

2011.03.03.

97471

Alma Mater



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

NR 3/76

ROK XX

ISSN 1230-0497

LIPIEC – PAŹDZIERNIK 2010

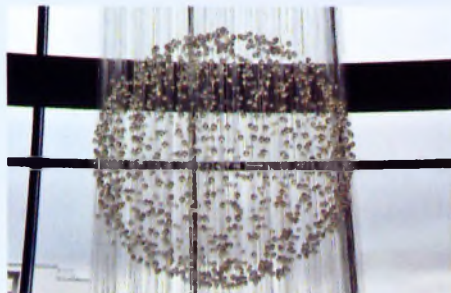


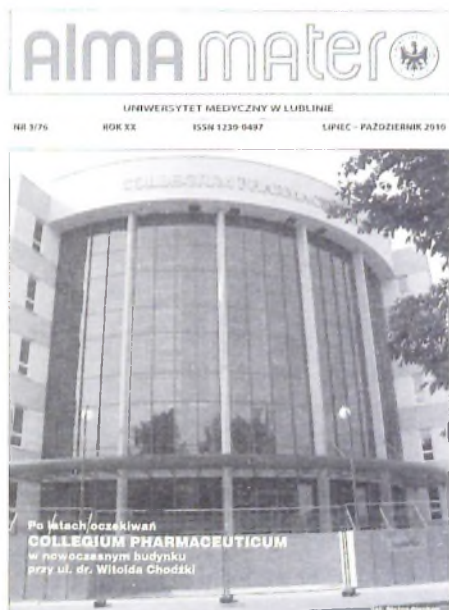
Po latach oczekiwania
COLLEGIUM PHARMACEUTICUM
w nowoczesnym budynku
przy ul. dr. Witolda Chodźki

Fot. Stefan Ciechan

Finisz i czas przeprowadzki

PIĘKNA, NOWA FARMACJA





LIPIEC-PAŹDZIERNIK 2010

Spis treści

Szpitala kliniczne

Inwestycje
w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym 20
MGR AGNIESZKA OSIŃSKA

Dobry rok 24
DR N. MED. ADAM BOROWICZ

Pod znakiem inwestycji budowlanych 26
MGR MARTA PODGÓRSKA

Pomoc humanitarna

W centrum uwagi zdrowie powodzian 30
ANNA GRZĄDZIEL
LEK. MED. JACEK JAGNICKI

Polonika

Polski Dzień
w Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL) 36
ELŻBIETA POPLAWSKA



W centrum uwagi
zdrowie
powodzian
str. 30



Dobrostan
i środowisko
str. 44



Zwierzyniec
2010 r.
str. 66



Spotkanie
w
Białowieży
str. 98

Międzynarodowe sympozjum naukowe

Przedstawiciele farmakognostycznych
i fitochemicznych ośrodków naukowych
z kraju i zagranicy obradowali w Lublinie 40
MGR FARM. JAROSŁAW WIDELSKI

**Międzynarodowa konferencja
naukowo-szkoleniowa**

Dobrostan i środowisko 44
DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA
PROF. DR. HAB. KRZYSZTOF TUROWSKI

Konferencja naukowo-szkoleniowa

Czynniki ryzyka i strategii bakterii
jako przyczyny niepowodzeń
antybiotykoterapii w chirurgii 50
MGR AGNIESZKA SIKORA
MGR DAGMARA STRZELEC-NOWAK

Międzynarodowy kurs szkoleniowy

Postępy neurologii 56
DR. MED. MARIA PILARCZYK

Sympozjum naukowe

Zespół metaboliczny u kobiet 60
DR. N. MED. ELŻBIETA PONIEDZIAŁEK-CZAJKOWSKA

Ratownictwo medyczne

I Mistrzostwa Województwa Lubelskiego
w Ratownictwie Medycznym i Drogowym
dla Szkół i Uczelni Kształcących
na Kierunku Ratownictwo Medyczne 64
DOROTA GÓRECKA

Obóz społeczno-naukowy

Zwierzyniec 2010 r. 66
PROF. DR. HAB. KRYSZYNA LUPA

Diagnostyka i terapia

Borelioza 70
DR. N. MED. EDYTA GAŁĘZIOWSKA

Zdrowie publiczne

Zapotrzebowanie pacjentek z nowotworem
piersi na informację medyczną 76
PROF. DR. HAB. TERESA B. KULIK
DR. N. MED. ANNA PACIAN
DR. N. PRAW. JOLANTA PACIAN
MGR AGNIESZKA J. KOWALSKA

Bioetyka

Rola wolontariatu w opiece paliatywnej 82
MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL

Zdrowie psychiczne

W poszukiwaniu recepty na dobre życie
(cz. XVIII) 86
DR N. PRZYR. ANIELA PIOTKA

Absolwenci

XXI Zjazd Koleżeński Absolwentów
Wydziału Lekarskiego
Rocznik 1955-1960 96
DR N. MED. ZBIGNIEW RZECKI

Zjazd koleżeński

Spotkanie w Białowieży 98
DR N. MED. MARIA KOSIŃSKA

Wspomnienia

Opowieści z dawnych lat (1944-1949) 102
PROF. DR. HAB. BIRUTA FAJROWICZ

Tranzytem przez Ukrainę 110
PROF. DR. HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI

Jak poznawałam problemy walki z gruźlicą ... 116
DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK

Medycyna na wożach

Litwa znana i nieznana 122
DR N. MED. PAWEŁ KRAWCZYK
DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI

Nie taka Turcja
czyli wyprawa MKT na Górę Ararat
i nie tylko (cz. I) 136
DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI
DR N. MED. PAWEŁ KRAWCZYK

Studenckie koło naukowe

Związki pochodzenia roślinnego
w profilaktyce i terapii nowotworów 148
JUSTYNA KINGA STĘPKOWSKA

Łamy studenckie

Lwowiacy w Lublinie 154
LEK. STOM. MONIKA SAPUŁA

Spotkanie ze stomatologią akademicką 156
IZABELA GRUSIEWICZ

57. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa
Studentów Stomatologii i Organizacji
Młodych Dentystów 158
JOANNA FILIPIUK

Nowe profilaktyczne wyzwanie 162
MATEUSZ STOLARSKI

Praktyki wakacyjne to najkrótsza droga
do zdobycia doświadczenia 164
EWELINA MIELKO

Przyjemne z pożytecznym 166
JOANNA FILIPIUK

Indyjska stomatologia 170
MACEJ MICHAŁAK

„Wystarczy tylko złapać bakcyła,
żeby za rok znów tu wrócić...” 176
JOANNA RYSZKA

E viva Espana, ole! 180
KAROL UNIEANTOWICZ

Wędrowki wzdłuż Renu 184
MGR JUSTYNA CHMIEL

Przepis na Lizbonę po studencku! 188
JUSTYNA FILIPIUK
MATEUSZ BIŁSKI

Sport akademicki

To był dobry, owocny rok! 196
JOANNA FILIPIUK
BARTŁOMIEJ ORYBKIEWICZ

Pro memoria

Odszedł Doktor Mirosław Klepacki 200

Jak nas widzą, tak nas piszą 202

Co piszą inni? 204



REKTOR I SENAT
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE

mają zaszczyt zaprosić

na

**UROCZYSTĄ INAUGURACJĘ
ROKU AKADEMICKIEGO 2010/2011,**

która odbędzie się 1 października 2010 roku o godz. 10³⁰
w Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
ul. Jaczewskiego 4/6

PROGRAM UROCZYSTOŚCI

- HYMN PAŃSTWOWY
- Otwarcie uroczystości
- Jego Magnificencja Rektor prof. dr hab. Andrzej Książek
- Immatrykulacja
- GAUDE MATER POLONIA
- Wystąpienia przedstawicieli studentów
- Wręczenie odznaczeń i wyróżnień
- Wykład inauguracyjny – prof. dr hab. Kazimierz Główniak
„Aktualne kierunki badań nad lekiem roślinnym”
- GAUDEAMUS

Inauguracyjna Msza Święta
celebrowana przez Arcybiskupa Metropolity Lubelskiego
ks. prof. dr. hab. Józefa Życińskiego odprawiona zostanie
1 października 2010 roku o godz. 9
w Kaplicy Szpitalnej p.w. Matki Bożej Uzdrawienia Chorych
SP Szpitala Klinicznego nr 4 przy ul. Jaczewskiego 8

Koncert Inauguracyjny w wykonaniu Zespołu Pieśni i Tańca
oraz Chóru Uniwersytetu Medycznego w Lublinie odbędzie się
1 października 2010 r. o godz. 16
w Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego, ul. Jaczewskiego 4/6

**Z PRAC
I POSIEDZEŃ
SENATU**

▼ Uchwała Nr CXCVI/2010
Senatu Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie
z dnia 16 czerwca 2010 roku
zmieniająca Uchwałę
Nr LXXXIII/2006 Senatu AM
z dnia 28 czerwca 2006 roku
w sprawie zasad pobierania
opłat za świadczone przez AM
w Lublinie usługi edukacyjne

▼ Uchwała Nr CCXXXVI/2010
Senatu Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie
z dnia 26 lipca 2010 roku
w sprawie wyrażenia zgody na
zakup nieruchomości

▼ Uchwała Nr CCXXXVII/2010
Senatu Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie
z dnia 26 lipca 2010 roku
w sprawie wyrażenia zgody
na przystąpienie do przetargu
nieograniczonego na zakup
prawa własności nieruchomości
położonej w Lublinie przy
ul. Lubartowskiej 58 a i 58 b

▼ Uchwała
Nr CCXXXVIII/2010
Senatu Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie
z dnia 26 lipca 2010 roku
w sprawie zmiany Uchwały
Nr CLXXXIV/2010 Senatu
Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie z dnia 24 marca
2010 roku w sprawie zatwier-
dzenia składu Uczelnianej
Komisji Rekrutacyjnej Uniwer-
sytetu Medycznego w Lublinie

• Dzięki dotacjom UE zmniejszamy dystans do świata

Z JM Rektorem
prof. Andrzejem
Książkiem
rozmawia
Włodzimierz
Matysiak

**– Panie rektorze,
kończy się stary rok
akademicki, zaczyna
nowy. Jaką nowinę
nam przyniesie?**

– Odnotowaliśmy szereg znaczących sukcesów, lecz mimo entuzjazmu z jakim je witaliśmy, znane od lat problemy wciąż spędzały nam sen z powiek. Dobra passa towarzyszyła Uczelni w zdobywaniu funduszy unijnych, których zastrzyk pozwolił realizować kilka projektów tzw. twardych, na które składają się m.in. nasze inwestycje, że wspomnę tu chociażby o sztandarowym przedsięwzięciu – budowie Collegium Pharmaceuticum, nowej siedzibie jednostek zlokalizowanych dziś



Projekty unijne są dla Uczelni wielką szansą rozwoju i jednym z naszych mocnych atutów

• W ostatnich trzech latach UM wzbogacił się o 200 mln zł

przy ul. Staszica. Raz jeszcze przypomnę, że warunki egzystencji w starym budynku farmacji były tak trudne, iż wciąż obawialiśmy się cofnięcia zgody na jego użytkowanie z powodu naruszania norm BHP i bardzo wyśrubowanych dziś norm ekologicznych. W budynku nowej farmacji znajdzie siedzibę 11 jednostek organizacyjnych Uczelni, zlokalizowane zostaną 72 laboratoria naukowo-dydaktyczne i 25 sal dydaktycznych. Będzie to miejsce pracy dla 200 osób oraz nauki dla kształcących się jednocześnie 500 studentów. Właśnie ruszyła wielka przeprowadzka...

– **Wspomniał Pan Rektor o problemach wywołujących bezsenne noce.**

– Tak, to bez wątpienia losy szpitali klinicznych skazanych na permanentnie niedoszacowane kontrakty NFZ, ścigające się z długami. Ich dyrektorzy uprawiają ekwilibrystkę, aby związać koniec z końcem w budżecie, a wszystko przez te słynne niezapłacone nadwykonania. Dziś jesteśmy jedynym miastem akademickim – mam tu na myśli medycynę kliniczną, w którym szpitale podległe uniwersytetowi medycznemu nie otrzymały zwrotu pieniędzy za nadwyko-

wania. I próbuje się po raz kolejny przerzucić winę za taki stan rzeczy na dyrektorów szpitali, imputując że to przejaw nieudolności, niegospodarności, a w sytuacji gdy szpital wstrzymuje ze względów ekonomicznych przyjęcia – straszyć prokuratorem. Cóż powiedzieć w takiej sytuacji? Zła wola? Niewydolność systemu? Próbujemy wdrażać, zresztą nie bez wstrząsów społecznych, optymalizację kosztów, restrukturyzację, redukcję zatrudnienia. Podejmujemy takie wysiłki chociaż wciąż zastanawiam się, dlaczego tak trudno pojąć decydującym, że leczenie kliniczne o najwyższym

stopniu referencyjności jest kosztowne, kosztochłonne i tak jest na całym świecie.

Dodam jeszcze do tych trosk proponowane w projekcie jednej z ustaw rozdzielenie funkcji dydaktycznej i usługowej prowadzonej przez kliniki. W tym celu ordynator nie będzie mógł jednocześnie pełnić funkcji kierownika kliniki. Nie wiem czy ten pomysł znajdzie swój finał, ale już zastanawiam się nad ewentualnymi konsekwencjami jego wprowadzenia w życie.

– **Uczelnia radykalnie zmienia swoje oblicze, modernizuje zaplecze naukowe,**

remontuje bazę dydaktyczną. Po latach chudych, trwającej posuchy finansowej nadeszły lata tłuste...

– Niemalą rewolucję w realizacji naszych zamierzeń czynią fundusze unijne i o tym, że dzięki nim zachodzi wiele widocznych zmian chyba już nikogo przekonywać nie trzeba. W ostatnich trzech latach staliśmy się ich prawdziwymi beneficjentami. W stronę Uczelni popłynął niespotykany w historii strumień pieniędzy, dzięki którym spełniają się marzenia, jak ma to miejsce w przypadku wspomnianej i oczekiwanej od lat nowej siedziby Wydziału Farmaceutycznego. Środki pozyskane w ramach dużego projektu „Przebudowa Centrum Innowacyjnych Technologii Nanobiomedycznych” przyczynią się do radykalnego przeobrażenia zaplecza aparaturowego, które wymaga pilnego dostosowania do współczesnych metod badawczych, abyśmy mogli konfrontować się w nauce z Europą i światem. Nowe technologie to środek niezbędny do konkurencyjności w międzynarodowym wyścigu technologicznym.

– Wśród realizowanych projektów unijnych zwraca uwagę ich tematyka, wychodząca naprzeciw oczekiwaniom społecznym.

– Ma Pan zapewne na myśli projekt „Wyposażenie innowacyjnych laboratoriów prowadzących badania nad nowymi lekami stosowanymi w terapii chorób cywilizacyjnych i nowotworowych”, którego przesłanie wpisuje się w krajowe programy profilaktyczne. Projekt ma inicjować nowoczesne technologie medyczne, techniki diagnostyczne i terapeutyczne poprzez tworzenie centrów badań i nowoczesnych technologii dla zwiększenia dostępności do posiadanego przez jednostki uczelni drogiego, wysokospecjalistycznego sprzętu diagnostycznego i laboratoryjnego. Dostępność do nowoczesnie wyposażonych laboratoriów i najnowszej generacji aparatury umożliwi prowadzenie prac badawczych na światowym poziomie. Realizacja przedsięwzięcia wpłynie korzystnie na poprawę warunków do prowadzenia badań z zakresu m.in. biologii molekularnej, genetyki, immunologii.

– To nie jedyny projekt przystający do życia...

– Podobnie „nośny” jest projekt pt. „Kompleksowe wyposażenie laboratoriów B+R prowadzących badania nad biomateriałami oraz nowoczesnymi metodami analizy substancji wykorzystywanych w naukach biomedycznych i farmaceutycznych”. Mamy już duże osiągnięcia na tym polu, chociażby prowadzone od kilku lat badania nad wytworzeniem sztucznej kości dają szansę i nadzieję na odkrycie nowych biomateriałów, są jaskółką nowych trendów badawczych w Uczelni.

– Ten zastrzyk finansowy pozwoli zmniejszyć lukę metodologiczną i technologiczną, która dzieli nas od krajów wysoko rozwiniętych.

– Rozwój bazy laboratoryjnej uczelni i wyposażenie jej w nowoczesną aparaturę badawczą pozwoli na zaistnienie w Uniwersytecie Medycznym zadań z obszaru jednostki badawczo-rozwojowej. Wzrost potencjału w zakresie badań będzie podstawą do wzmocnienia wizerunku uczelni i nadania jej rangi ośrodka badawczo-ro-

zwojowego o wymiarze ponadregionalnym. Chcemy, aby projekt pt. „Wyposażenie innowacyjnych laboratoriów prowadzących badania nad nowymi lekami stosowanymi w terapii chorób cywilizacyjnych i nowotworowych” pozwolił stworzyć do 2012 r. kilka ultranowoczesnych laboratoriów, co pozwoliłoby podjąć współpracę z innowacyjnymi firmami z rynku farmaceutycznego czy medycznego.

– Wspomniał pan o najbardziej spektakularnych projektach tzw. twardych. Uczelnia realizuje jeszcze szereg projektów miękkich określanych często mianem inwestycji w człowieka.

– Nie mniej istotne są środki unijne pozyskiwane w ramach tzw. projektów miękkich, których istotą jest m.in. wzmacnianie potencjału edukacyjnego naszej kadry akademickiej. Mam tu na myśli możliwość zdobywania kwalifikacji lingwistycznych w zakresie podstawowym i zaawansowanym z języka angielskiego i niemieckiego, czy doskonalenie umiejętności komputerowych. Dość ważne z punktu widzenia naszej efektywności edukacyjnej są

także zajęcia szkoleniowe w ramach projektu „Nowe kierunki dla kadr medycznych”.

– Czy szpitale kliniczne również poszukują funduszy na poprawę swej egzystencji.

– Nie wolno nam zapomnieć o modernizacji szpitali klinicznych, ich infrastruktury, wyposażenia. Wprawdzie resort zdrowia przewiduje prolongatę do 2016 roku tego obowiązku, ale codzienność każe prowadzić tego typu działania, aby podołać konkurencji na rynku świadczeń medycznych. Dobrej jakości infrastruktura daje większe szanse na to, żeby przyciągnąć pacjenta i płatnika. Imponujący bilans dokonań w tym względzie trzech naszych szpitali został wymownie zaprezentowany w bieżącym wydaniu „Alma Mater”.

– Skoro wspomnieliśmy o infrastrukturze pomówmy – proszę – o remontach.

– Rzeczywiście jest o czym mówić. I znów przyszły nam w sukurs fundusze europejskie, stając się dla Uczelni największym dobroczyńcą wszechczasów. Trwają przygotowania do remontu dwóch dużych budynków –



Nowa siedziba Collegium Pharmaceuticum

Collegium Medicum położonego przy ul. Radziwiłłowskiej i Collegium Pharmaceuticum mającego siedzibę przy ul. Staszica. Remont generalny obu gmachów to ogromne przedsięwzięcie, przy czym w budynku na Radziwiłłowskiej trwać on będzie podczas prowadzenia zajęć dydaktycznych. Robimy wszystko, aby prace budowlane nie zakłócały procesu edukacyjnego. W opróżnionym po przeprowadzce dotychczasowym „Collegium Pharmaceuticum”, gdzie prace ruszą w pierwszym półroczu przyszłego roku, zechcemy w przyszłości stworzyć bazę dla całego, rozpro-

szonogo dziś w kilku obiektach Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu. Trzecim, dużym przedsięwzięciem jest remont i termomodernizacja Collegium Novum, czyli rektoratu, na który to budynek po długiej batalii zdobyliśmy wreszcie akt własności. Wspomniane remonty pochłoną ok. 35 mln zł z UE.

– Co chciałby Pan powiedzieć Czytelnikom „Alma Mater” w przededniu nowego roku akademickiego?

– Przedstawione w naszej rozmowie problemy i zadania, a także osiągnięcia to

tylko fragment moich codziennych przemyśleń i rozważań. Aby myśleć o sukcesach należy brać pod uwagę nie tylko możliwości finansowe, lecz także potencjał ludzki. Zdaję sobie sprawę, że bez zaangażowania wielu, bardzo wielu pracowników Uczelni nie byłoby ubiegłorocznych sukcesów, osiągnięć i wysokich ocen. Gorąco za to wszystkim pracownikom Uniwersytetu Medycznego dziękuję. Wierzę i ufam Wam, że i w tym roku sprostacie wszystkim obowiązkom.

Rozmawiał:

WŁODZIMIERZ MATYSIAK

KOMUNIKAT

Pragniemy serdecznie zaprosić do udziału w Międzynarodowej Konferencji Zdrowia Publicznego zatytułowanej:

„Zdrowie Publiczne wyzwaniem XXI wieku”,

która odbędzie się w dniach
20-22 października 2010 r.
w Centrum Targowo-Wystawienniczym
MTL SA w Parku Ludowym
przy ul. Dworcowej 11 w Lublinie.

Wychodząc naprzeciw Państwa oczekiwaniom, proponujemy w ramach udziału w Konferencji możliwość opublikowania pełnotekstowych prac w monografii.

Publikacja w monografii została zakwalifikowana jako 7 pkt KBN.

Pragniemy dodać, że w szczególny sposób zapraszamy wszystkich do udziału w tym także historycznym momencie wydania Monografii, gdzie każdy będzie miał możliwość uczestnictwa i publikacji, a także zwiedzania Targów Medycznych LUBMED 2010.

Zainteresowanych informujemy, iż publikacja w monografii z udziałem w Konferencji oraz uzyskaniem certyfikatów i materiałów zjazdowych jest odpłatna. Koszt zależny jest od terminu nadesłania pracy i zgłoszenia, tj.:

L.p.	Termin nadsyłania prac do dnia	Oplata konferencyjna
I.	1 września 2010 roku	1 599 zł
II.	1 października 2010 roku	1 699 zł
Po upływie wskazanych wyżej terminów opłata konferencyjna wynosić będzie 1 799 zł.		

Wpłaty prosimy uiszczać na konto nr:
48 1940 1076 3088 3587 0000 0000
tytułem „Opłata zjazdowa – monografia”.

Program oraz szczegółowe informacje będą Państwu przekazywane na bieżąco oraz dostępne pod numerem telefonu: 781-807-700.

Ufamy, że Państwa udział w Międzynarodowej Konferencji „Zdrowie Publiczne wyzwaniem XXI wieku” będzie doniosłym wydarzeniem, łączącym walory naukowe z bogatym doświadczeniem zawodowym. Łącząc wyrazy szacunku i uznania, oczekujemy pełni nadziei na pozytywną Państwa reakcję i tym samym na Państwa udział w Konferencji.

KOMITET NAUKOWO-ORGANIZACYJNY
MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI
„ZDROWIE PUBLICZNE WYZWANIEM XXI WIEKU”

Oferta pracy naukowej dla studentów w projekcie TEAM

Laboratorium Badań Receptorowych Wydziału Farmaceutycznego UM w Lublinie poszukuje studentów chętnych do prowadzenia badań naukowych w projekcie: „**Multidisciplinary Development of Drugs Acting on Selected Neuronal Receptors**”. Projekt finansowany jest ze środków Fundacji na rzecz Nauki Polskiej (program TEAM) i zapewnia studentom możliwość uczestniczenia w interdyscyplinarnych badaniach naukowych z zakresu nowoczesnej chemii medycznej. Poszukujemy trzech studentów (powyżej III roku studiów) do pracy w następującej tematyce badawczej:

1. bioinformatyka i modelowanie molekularne oddziaływań ligand-receptor;
2. synteza chemiczna nowych substancji o potencjalnych właściwościach leczniczych;
3. badania biologiczne aktywności nowych substancji *in vitro*.

Kandydaci powinni być osobami kształcącymi się na studiach drugiego stopnia (albo 4 lub wyższym roku jednolitych studiów magisterskich) na kierunkach farmacja, medycyna, chemia, biologia, informatyka lub pokrewnych, charakteryzować się dobrą znajomością języka angielskiego oraz wysoką średnią ocen ze studiów. Preferowane będą osoby już zaangażowane w pracę badawczą, np. w kołach studenckich.

Program TEAM zapewnia studentom wynagrodzenie: stypendium 1000 zł miesięcznie przez okres realizacji zadań badawczych.

Zainteresowani kandydaci proszeni są o przesłanie CV oraz listu motywacyjnego (w j. angielskim) elektronicznie do koordynatora programu dr. hab. Krzysztofa Józwiaka na adres: team@umlub.pl, nr tel. 081 7423686.

**Termin nadsyłania zgłoszeń upływa
8 października 2010.**

Maciej Michalak najlepszym studentem kierunków medycznych

5 lipca 2010 roku w Belwederze,
poznaliśmy zwycięzców ogólnopolskiego konkursu
„Studencki Nobel 2010 – Twoja szansa na sukces”.



Krajowy etap konkursu zakończył się uroczystą Galą Finałową w Belwederze. Swoją obecnością uświetnili ją, m.in.: prof. dr hab. Barbara Kudrycka – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Jacek Michałowski – p.o. Szefa Kancelarii Prezydenta RP.

Po uprzednim przedstawieniu sylwetek brązowych laureatów wojewódzkich, podano nazwiska najlepszych w danych branżach na szczeblu krajowym.

Najlepszym studentem w branży nauki medycznej i nauki o zdrowiu okazał się student Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – **Maciej Michalak**.

Maciej poza studiami znajduje czas również na wiele innych rzeczy: pełni

funkcję Prezydenta Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii, aktywnie uprawia sport, zdobył już siedem medali na Akademickich Mistrzostwach Polski w lekkoatletyce, w tym tegoroczne złoto na dystansie 200 m, organizuje cykliczną akcję MEDYCY ODDAJĄ KREW, aktywnie angażuje się w życie naszej Uczelni, bierze udział w wymianach i wolontariatach naukowych w kraju i za granicą, działa w kilku kołach naukowych, publikując i wygłaszając własne prace badawcze, organizuje oraz uczestniczy w wielu krajowych konferencjach PTSS i STN. W wolnych chwilach skacze na spadochronie, żegluguje oraz uprawia snowboard.

W.M.

Zamówienia i Zintegrowany System Informatyczny

Wdrażany obecnie Zintegrowany System Informatyczny – Egeria zmienia dotychczasowy sposób składania zamówień i zaopatrzenia. W miejsce aktualnie obowiązującego obiegu dokumentów w formie papierowej wprowadzona zostaje nowa forma elektroniczna. Począwszy od dnia 15 października 2010 r. składanie dokumentów, ich weryfikacja i akceptacja oraz kontrola stanu realizacji odbywać się będzie wyłącznie za pośrednictwem systemu informatycznego. Natomiast w okresie do dnia 14 października 2010 r. poszczególne działy UM realizujące zakupy będą przyjmować dokumenty związane z zaopatrze-

nem w dotychczasowej i w nowo wprowadzanej formie.

Do obsługi wszystkich etapów postępowania i śledzenia obiegu dokumentu wymagana jest dowolna przeglądarka internetowa oraz klient poczty elektronicznej i konto w domenie umlub.pl. Pracownicy nie posiadający skrzynki pocztowej w domenie umlub.pl proszeni są o kontakt z Działem Informatycznym Uniwersytetu Medycznego. Szczegółowy opis sposobu postępowania został opisany w instrukcji.

http://www.umlub.pl/nowy_sposob_skladania_zapotrzebowan_w_um_w_lublinie_id_7498.html

Seminarium Bolońskie

W związku z procesem ciągłych zmian w systemie szkolnictwa wyższego, uprzejmie informujemy, że organizowane jest seminarium z udziałem ekspertów bolońskich.

Seminarium odbędzie się 18 października 2010 roku (poniedziałek) w godz. 10-15, Collegium Maius (Aula Kongresowa), ul. Jaczewskiego 4. Zgłaszanie udziału w spotkaniu może odbywać się drogą e-mailową – e-mail: joanna.bogusz@umlub.pl. W związku z ograniczoną liczbą miejsc, należy jak naj-

szybciej zgłosić uczestnictwo. Rejestracja do 10 października 2010 r. lub do wyczerpania wolnych miejsc. Szkolenie jest bezpłatne. Bliższe informacje: http://www.umlub.pl/seminarium_bolonskie_id_7507.html

JOANNA BOGUSZ
ANNA GOSIK

Samorząd Studentów po wyborach

Kolejny raz przyszło mi napisać „COS” o wyborach do Samorządu Studentów, ale tym razem chciałabym zrobić to trochę inaczej niż w latach poprzednich. Właściwie, pisząc ten tekst czuję się trochę jak reżyser spektaklu teatralnego przed jego rozpoczęciem, który z niepokojem obserwuje twarze widzów z nadzieją, że jakiś choć najmniejszy gest zdradzi, czy jego dzieło się podoba. W majowych wyborach bowiem powierzono mi funkcję przewodniczącej Zarządu Samorządu Studentów. Na szczęście *Wiceprzewodniczącymi Zarządu Samorządu Studentów* zostali **Jacek Biel** i **Jacek Janicki**, również wieloletni i bardzo doświadczeni działacze nie tylko samorządowi, od których się wiele nauczyłam. Zresztą każdy z nich pełnił już funkcję przewodniczącego, więc liczę na ich wsparcie i pomocną dłoń.



W roku akademickim 2010/2011 *Przewodniczącą Komisji ds. Badania Opinii Studentów i Informacji Samorządu Studentów* została **Asia Łazarczyk** – dotychczasowa *Przewodniczącą Rady Uczelnianej Samorządu Studentów*, której miejsce zajęła **Ania Dobrowolska**. Ciężar dbania o sprawy socjalno-bytowe naszych Studentów wziął na swoje barki **Marcin**

Ciolek, jako *Przewodniczącą Komisji Ekonomicznej Samorządu Studentów*. O poprawne relacje z kolegami z innych Samorządów, zwłaszcza tych z lubelskich uczelni, będzie dbał **Grzesio Jastrząb** – jako *Przewodniczącą Komisji ds. Współpracy Międzyuczelnianej Samorządu Studentów*. Nad pozytywnymi relacjami i rozwojem współpracy

ze studentami z English Division sprawowała będzie pieczę **Ania Klimek** jako *Przewodniczącą Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej Samorządu Studentów*. *Przewodniczącym Komisji Informatycznej Samorządu Studentów* został **Grzesio Kamracki**. **Bartek Sztorc** został *Przewodniczącym Komisji Kultury Samorządu Studentów*. **Marek Grabik** natomiast będzie bacznie obserwował wszystkie poczynania całej dziesiątki i interweniował w razie zaobserwowanych nieprawidłowości, takie jest bowiem zadanie *Przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Samorządu Studentów*, którym Marek został na najbliższą kadencję. O jednej funkcji jeszcze warto wspomnieć, która powstanie w tym roku i obejmie ją naprawdę podobnie nasz wieloletni kolega i działacz samorządowy **Michał Paulo**. Jaka to funkcja, wszyscy przekonają się niebawem. Na razie na zwijmy go do dobrego ducha samorządu.

ANNA GRZADZIŁA

Medal nagrodowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Lubelski Uniwersytet Medyczny ustanowił medal nagrodowy.



Twórcą medalu wykonanego ze złotego brązu jest lubelski artysta-plastyk Zbigniew Kotyła.

Awers: (lekką wypukły) godło Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – orzeł w koronie (typu śląskiego), tło oksydowane, napis otokowy UNIWERSYTET MEDYCZNY / W LUBLINIE. **Rwers:** na tle krzyża, którego pionowe ramiona tworzą inicjał UM (nakładane) godło medycyny – laska z wężem Asklepiosa. Średnica 70 mm, waga 150 g. Medal jest wręczany w estetycznej okładce z imiennym dyplomem podpisanym przez Przewodniczącego Kapituły – JM Rektora prof. dra hab. Andrzeja Książka. Medal jest atrakcyjny, odpowiednio do rangi wyróżnienia.

PROF. DR. H.C. LEONARD WÓJCIEWSKI

Zarządzenie nr 37/2010

Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
z dnia 4 marca 2010 roku

w sprawie podziału roku akademickiego 2010/2011

Na podstawie § 5 Regulaminu studiów w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie z dnia 30 kwietnia 2008 roku, zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rok akademicki 2010/2011 w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie trwa od 1 października 2010 roku do 30 września 2011 roku i obejmuje:

- a) semestr zimowy w okresie od 01.10.2010 r. do 13.02.2011 r.
b) semestr letni w okresie od 14.02.2011 r. do 30.06.2011 r.

§ 2.

1. Ustala się poniższy rozkład semestru zimowego:

Okres szkolny:	od 01.10.2010 r.	do 19.12.2010 r.
	od 03.01.2011 r.	do 30.01.2011 r.

Przerwa świąteczna	od 20.12.2010 r.	do 02.01.2011 r.
Sesja egzaminacyjna	od 31.01.2011 r.	do 06.02.2011 r.
Sesja poprawkowa	od 07.02.2011 r.	do 13.02.2011 r.
Przerwa międzysemestralna	od 07.02.2011 r.	do 13.02.2011 r.

2. Ustala się poniższy rozkład semestru letniego:

Okres szkolny:	od 14.02.2011 r.	do 20.04.2011 r.
	od 28.04.2011 r.	do 07.06.2011 r.

Przerwa świąteczna	od 21.04.2011 r.	do 27.04.2011 r.
Sesja egzaminacyjna	od 08.06.2011 r.	do 30.06.2011 r.
Sesja poprawkowa	od 01.09.2011 r.	do 18.09.2011 r.

§ 3.

Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się Prorektorowi ds. Kształcenia.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 1 października 2010 roku.

Rektor
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Prof. dr hab. Andrzej Książek

KOMUNIKAT

Samodzielna Pracownia Genetyki Klinicznej

oraz

**Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej
UM w Lublinie**

serdecznie zapraszają do udziału
w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej,

*„Casus pro diagnosis – kazuistyka
wieku rozwojowego”,*

która odbędzie się w Lublinie
w dniach **3-5 grudnia 2010 r.**

Współorganizatorami Konferencji są:

Polska Akademia Nauk, Oddział w Lublinie,
Polskie Towarzystwo Genetyczne, Oddział w Lublinie,
Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Oddział w Lublinie
i Polskie Towarzystwo Neonatologiczne,
Oddział w Lublinie.

Głównym celem konferencji jest przedstawienie trudnych diagnostycznych przypadków z zakresu medycyny wieku rozwojowego oraz wzajemna wymiana doświadczeń i metod działania pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin medycyny. Postawienie właściwego rozpoznania choroby jest najważniejszym elementem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i umożliwia realizację nadrzędnego celu lekarza, jakim jest leczenie chorego. Każde postępowanie diagnostyczne uzależnione jest, między innymi od aktualnego stanu wiedzy medycznej, logicznego myślenia i doświadczenia lekarza, środków technicznych, jakie ma do dyspozycji. Dziecko jest psychosomatyczną całością – zarówno w czasie obciążenia chorobą, jak i w uzależnieniu od świata otaczającego. Dla lekarza dziecko jest nie tylko żywą istotą, lecz także, począwszy od pierwszego kontaktu, osobowością z doświadczeniami życiowymi. Lekarz powinien brać to pod uwagę. Mając przed sobą chore dziecko, stojąc przed zadaniem znalezienia przyczyny choroby, powinien rozważyć zarówno cechy typowe, naukowo ustalone dla określonej choroby, jak również indywidualne odrębności reakcji chorego. Diagnoza jest też zależna od osobowości lekarza. Osobistą sprawą lekarza jest rozważenie, jak dalece może być zadowolony z ustalonego rozpoznania.

**Termin przesyłania streszczeń i pełnych publikacji
do 31 października 2010 r.**

Więcej szczegółów na stronie
www.genetykakliniczna.umlub.pl
lub pod nr telefonu **81 528-84-08.**

Z żałobnej karty

W ostatnim czasie odeszli od nas
do wieczności:

dr n. farm. Michał Hajnos

– adiunkt Katedry i Zakładu Farmakognozji UM,

dr hab. Tadeusz Kostarz

– emerytowany pracownik naukowy

Katedry i Zakładu Patofizjologii AM/UM,

Krystyna Rucka

– em. pracownik Działu Technicznego AM/UM.

*Pokój Icb Duszom!
Cześć Icb Pamięci!*



GRANTY

MINISTERSTWA NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

► PROJEKTY BADAWCZE WŁASNE

Prof. dr hab. Ryszard Maciejewski

Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka
I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Ocena indukcji odpowiedzi immunologicznej komórek dendrytycznych limfocytów T-regulowalnych, Th17 oraz T17/Th1 indukowanej antygenami tkanki nowotworowej pacjentów chorych na raka jelita grubego.

..... 300 000 zł

Dr Agnieszka Bojarska-Junak

Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej
II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

Rola komórek NKT w patogenezie przewlekłej białaczki limfocytowej B-komórkowej. Ocena ich przydatności jako czynnika rokowniczego.

..... 250 000 zł

Dr hab. Agnieszka Mądro

Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową
II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym

Wpływ inhibitorów systemu renina-angiotensyna na przebieg przewlekłego zapalenia trzustki z uwzględnieniem predyspozycji genetycznej.

..... 200 000 zł

Prof. dr hab. Teresa Bachanek

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Ocena wybranych parametrów śliny, a stan jamy ustnej osób palących tytoń.

..... 231 150 zł

Dr Anna Bogucka-Kocka

Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej
Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

Ocena poziomu ekspresji genów oporności wielolekowej: glikoproteiny P, Mrp1, Lrp i Bcrp w komórkach białaczkowych i szpiczakowych człowieka eksponowanych na działanie związków kumarynowych i stilbenowych.

..... 280 000 zł

► PROJEKTY BADAWCZE PROMOTORSKIE

Dr hab. Zbigniew Marzec (Wojciech Koch)

Katedra i Zakład Żywności i Żywienia
Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

Wpływ zawartości wybranych składników diet, zwłaszcza polifenoli, na całkowity status antyoksydacyjny całodziennych racji pokarmowych studentów.

..... 52 000 zł

Prof. dr hab. Jolanta Kotlińska (Ewa Gibuła-Bzurda)

Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką
Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej

Wpływ analogów deltorfin i enkefalin na percepcję bólu i motywacyjne aspekty uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

..... 60 000 zł

Dr hab. Andrzej Stepulak (Aneta Grabarska)

Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej
II Wydział Lekarski

Inhibitory deacetylaz histonów jako potencjalne cytostatyki w komórkach raka krtani. Badania in vitro.

..... 50 000 zł

Dr hab. Halina Antosz (Joanna Sajewicz)

Samodzielna Pracownia Genetyki Klinicznej
I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym

Badanie szlaków transdukcji sygnałów pochodzących od receptorów Toll-podobnych w limfocytach B białaczki limfocytowej przewlekłej.

..... 45 600 zł

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

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

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

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	łączy IF
1	Katedra i Zakład Patofizjologii	12,25	1142	220	1362	111,18	56,271
2	II Katedra i Klinika Ginekologii	11,75	542	441	983	83,66	25,979
3	Katedra i Zakład Immunologii Klinicznej	8	467	377	844	105,50	40,404
4	Katedra i Klinika Neurologii	18	452	168	620	34,44	42,852
5	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej	14	481	128	609	43,50	8,466
6	Katedra i Klinika Kardiologii	18,2	311	260	571	31,37	65,276
7	Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej	13	376	186	562	43,23	10,81
8	Katedra i Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii	12	244	235	479	39,92	2,886
9	Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej	17	385	46	431	25,35	20,561
10	Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	9,3	139	276	415	44,62	2,067
11	Katedra i Klinika Gastroenterologii z Pracownią Endoskopową	9	265	116	381	42,33	15,236
12	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	5	78	302	380	76,00	3,733
13	Katedra i Klinika Nefrologii	14	293	73	366	26,14	17,99
14	Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii	12	179	186	365	30,42	2,778
15	Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	8	106	258	364	45,50	2,959
16	Katedra i Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej	12	235	74	309	25,75	14,097
17	Katedra i Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej	8	248	47	295	36,88	16,118
18	Zakład Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii Katedry Radiologii	8	84	185	269	33,63	5,06
19	Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej III Katedry Pediatrii	11	84	164	248	22,55	2,285
20	Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego	8,5	164	49	213	25,06	2,606
21	Klinika Ortopedii i Traumatologii Katedry Ortopedii	8	61	147	208	26,00	2,997
22	I Zakład Radiologii Lekarskiej z Pracownią Telemedycyny Katedry Radiologii	5,1	117	82	199	39,02	6,878
23	III Katedra i Klinika Ginekologii	5	157	41	198	39,60	5,576
24	I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Kliniknym Oddziałem Dziecięcym	10	87	95	182	18,20	4,687
25	Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	4	62	106	168	42,00	1,213
26	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	5	77	88	165	33,00	2,65
27	Katedra i Klinika Endokrynologii	8	54	77	131	16,38	3,061
28	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	6	68	58	126	21,00	5,378
29	Zakład Radiologii Dziecięcej Katedry Radiologii	5	54	71	125	25,00	3,588
30	Klinika Pediatrii III Katedry Pediatrii	2	27	90	117	58,50	0
31	Klinika Patologii Noworodków i Niemowląt I Katedry Pediatrii	7	46	60	106	15,14	4,122
32	Katedra i Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatryi i Audiologii	5	31	75	106	21,20	0
33	Klinika Nefrologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii	7	90	8	98	14,00	5,639
34	Katedra i Zakład Epidemiologii	4	51	43	94	23,50	2,886

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

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
35	Zakład Propedeutyki Pediatrii i Katedry Pediatrii	6	44	47	91	15,17	1,888
36	Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych	12	48	41	89	7,42	0,337
37	Katedra i Zakład Biofizyki	6	41	35	76	12,67	0
38	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Katedry Ortopedii	5	14	46	60	12,00	0
39	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Katedry Ortopedii Dziecięcej	5	12	47	59	11,80	0
40	Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej	6	8	48	56	9,33	0
41	Katedra i Klinika Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej	3	14	28	42	14,00	0
42	I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego	11,5	24	16	40	3,48	0
43	Klinika Kardiologii Dziecięcej i Katedry Pediatrii	4	0	28	28	7,00	0
44	Katedra i Zakład Medycyny Nuklearnej	4	0	20	20	5,00	0
45	Klinika Kardiologii	3	10	3	13	4,33	0
46	Klinika Ortopedii Dziecięcej Katedry Ortopedii Dziecięcej	4	12	0	12	3,00	0

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

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
1	Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych	11	541	215	756	68,73	34,990
2	Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką	10	388	168	556	55,60	33,821
3	Katedra i Zakład Chemii Leków	10	289	187	476	47,60	14,899
4	Zakład Chemii Fizycznej, Katedry Chemii	5	154	227	381	76,20	7,068
5	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	7	124	246	370	52,86	11,545
6	Zakład Chemii Analitycznej, Katedry Chemii	8	299	69	368	46,00	16,205
7	Katedra i Zakład Biochemii i Biotechnologii	9	224	92	316	35,11	3,623
8	Zakład Chemii Nieorganicznej, Katedry Chemii	7	191	110	301	43,00	11,615
9	Katedra i Zakład Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych	7	91	170	261	37,29	7,332
10	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej	7	114	73	187	26,71	4,624
11	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej	7,5	147	34	181	24,13	3,279
12	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	10	100	69	169	16,90	4,859
13	Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej	6	135	31	166	27,67	1,772
14	Katedra i Zakład Toksykologii	6	67	53	120	20,00	4,503
15	Katedra i Zakład Żywności i Żywienia	3	87	30	117	39,00	0,000
16	Katedra i Zakład Biologii z Genetyką	2	53	19	72	36,00	4,599
17	Samodzielna Pracownia Chromatografii Planarnej, Katedry Chemii	2	38	31	69	34,50	0,662

Ranking

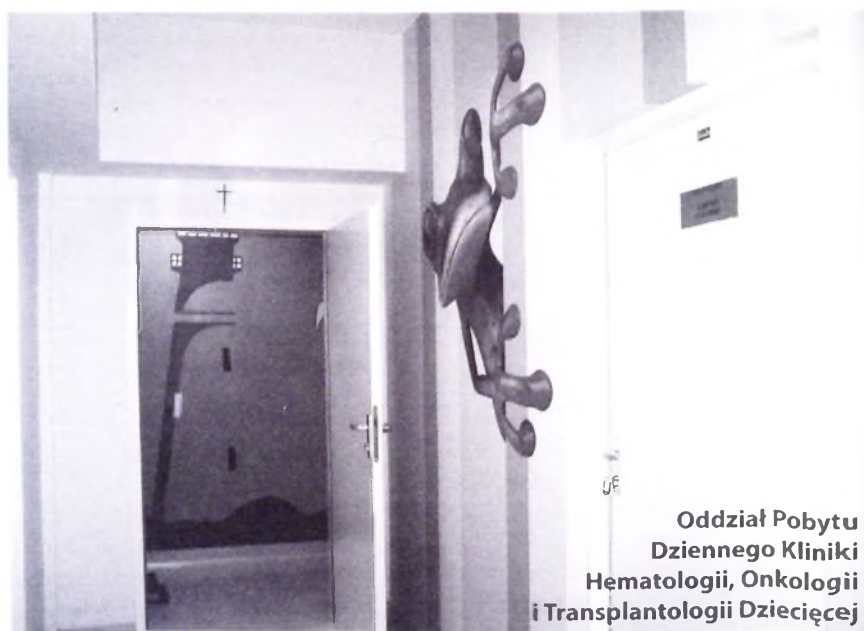
L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
18	Zakład Diagnostyki Biochemicznej, Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej	2	53	12	65	32,50	0,000
19	Zakład Historii Nauk Medycznych	2	4	0	4	2,00	0,000

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

L.p.	Nazwa Jednostki	Liczba pracowników (N)	Punkty za publikacje i cytowania	Punkty pozostałe	Suma punktów	Punkty / N	Łączny IF
1	Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa	8,0	257	314	571	71,38	3,162
2	Katedra Zdrowia Publicznego	3,0	76	247	323	107,67	0,000
3	Zakład Rehabilitacji i Fizjoterapii, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	4,0	155	155	310	77,50	0,000
4	Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego	2,5	107	183	290	116,00	0,000
5	Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej	4,0	133	131	264	66,00	2,778
6	Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej	2,0	230	20	250	125,00	0,337
7	Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych	1,0	165	71	236	236,60	1,443
8	Pracownia Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedry Środowiskowej Opieki Zdrowotnej	2,0	127	94	221	110,50	0,000
9	Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedry Nauk Humanistycznych	3,0	180	16	196	65,33	0,000
10	Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Katedry Nauk Humanistycznych	3,0	161	30	191	63,67	2,176
11	Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych	2,0	124	58	182	91,00	0,641
12	Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie	3,0	82	99	181	60,33	0,000
13	Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego	8,0	149	32	181	22,63	7,460
14	Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego	3,0	91	84	175	58,33	6,821
15	Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Katedry Środowiskowej Opieki Zdrowotnej	2,0	70	102	172	86,00	0,000
16	Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	3,0	117	45	162	54,00	0,000
17	Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Neurologicznej, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	1,0	105	33	138	138,00	2,317
18	Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego	2,0	64	64	128	64,00	0,000
19	Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego	5,0	114	6	120	24,00	1,443
20	Pracownia Ratownictwa Medycznego	2,0	45	44	89	44,50	0,000
21	Zakład Dietetyki Klinicznej	0 (1)	59	0	59	0 (59)	0,000
22	Zakład Balneoterapii, Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii	2,0	52		52	26,00	0,000
23	Zakład Psychologii Klinicznej, Katedry Nauk Humanistycznych	2,0	15	33	48	24,00	0,000
24	Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki Medycznej	4,5	24	15	39	8,667	0,000
25	Pracownia Technik Diagnostycznych	1,0	16	16	32	32,00	0,000
26	Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof	2,0	15	13	28	14,00	0,000

Inwestycje w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym

W roku 2009
Ministerstwo Zdrowia
przyznało
Dziecięcemu Szpitalowi
Klinicznemu
im. prof. Antoniego Gębali
w Lublinie
dotacje na zadania
inwestycyjne
i zakup aparatury
medycznej.



Oddział Pobytu
Dziennego Kliniki
Hematologii, Onkologii
i Transplantologii Dziecięcej

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

Dzięki tym środkom w bloku operacyjnym zostały wymienione centrale klimatyzacyjne, drzwi do sal operacyjnych oraz nadproża. Wymieniono dwa urządzenia dźwigowe, dokonano naprawy dachów wraz z wymianą pokrycia. W Klinice Hematologii, Onkolo-

gii i Transplantologii Dziecięcej wykonano instalację wentylacji i klimatyzacji, wymieniono uzdatniacz wody. Przebudowano oddział pobytu dziennego Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej. Utworzono Pracownię Leków Cytostatycznych. Zakład Diagnostyki Obrazowej doposażono w najnowszej generacji cyfrowy aparat RTG oraz urządzenie USG z kompletem głowic. Do bloku operacyjnego zakupiono wielo-

funkcyjny stół operacyjny. Wartość wszystkich inwestycji i zakupów ze środków Ministerstwa Zdrowia to kwota 5 582 003 zł.

Drugi aparat USG o wartości 365 199 zł dla potrzeb DSK, w postaci darowizny, przekazała Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

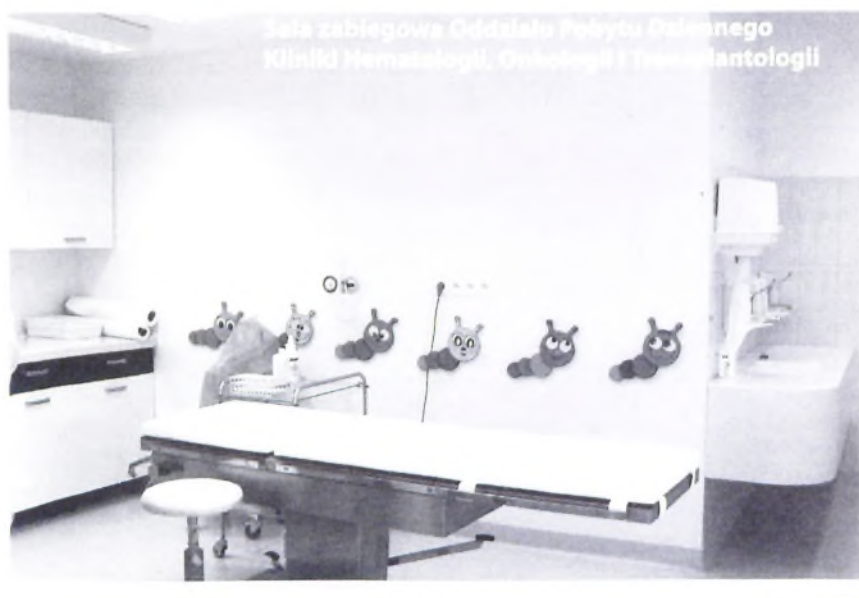
Dzięki zakupionemu nowoczesnemu sprzętowi poprawiła się jakość udzielanych świadczeń medycznych, a także bezpieczeństwo



Nowe ciągi wentylacyjne Bloku Operacyjnego



Centrala nawiewno-wyiewna Pracowni Leków Cytostatycznych i Żywienia Pozajelitowego

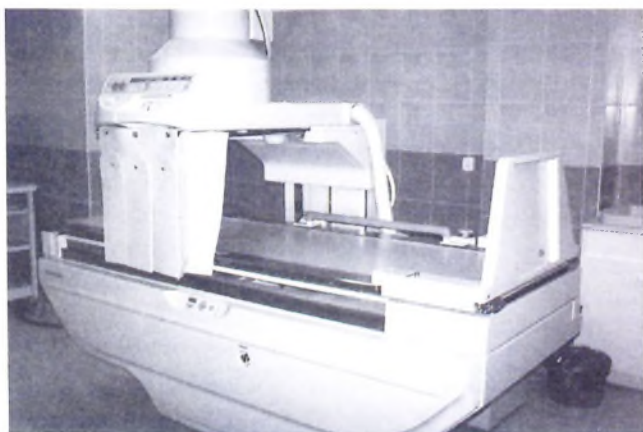


Sala zabiegowa Oddziału Polytu Dalekiego Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii

badani diagnostycznych poprzez dużo mniejsze dawki promieniowania radiologicznego. Nowy aparat RTG posiada doskonale możliwości przetwarzania obrazu, co wpływa na precyzję badań i dokładniejsze wykrywanie zmian chorobowych. Zakupiony aparat USG z zestawem głowic pozwala na bardzo precyzyjną diagnostykę jamy brzusznej, węzłów chłonnych, a także klatki piersiowej. Urządzenia te są szczególnie istotne w diagnostyce dzieci ze schorzeniami onkologicznymi.

Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Chorobami Krwi sfinansowało koszty malowania ścian w salach pacjentów i korytarzy w Klinice Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, zaś firma **Black Red White SA** zaprojektowała i wykonała w całości z własnych środków wystrój wnętrza pobytu dziennego, doposażyła sale i gabinety lekarskie w nowoczesne meble. Kolorowe ściany wpływają na poprawę samopoczucia leczonych dzieci. Komfort leczonych pacjentów w Klinice znacznie poprawił się. Połączenie w całość Kliniki i oddziału pobytu dziennego usprawniło pracę zespołu medycznego pod względem organizacyjnym i kadrowym. W razie konieczności kadra medyczna natychmiast służy pacjentom pomocą. Warty odnotowania jest fakt, że po zmianach więcej pacjentów może być hospitalizowanych w trybie dziennym, o czym mówią za siebie statystyki. Z około 3 000 hospitalizacji w Klinice, aż 1 000 pacjentów odbywa leczenie w trybie dziennym, przy czym występuje tu tendencja wzrostowa.

Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Chorobami Krwi przekazało w postaci darowizny komputery dla Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, wórkę do preparatyki szpiku i komórek hematopoetycznych dla pacjentów poddawanych przeszczepom komórek krwiotwórczych oraz kardiomonitor.



Najnowszej generacji aparat cyfrowy



Najnowszej generacji aparat rentgenowski

Realizację kolejnych istotnych inwestycji planowane są w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie w drugiej połowie 2010 roku. W czerwcu br. DSK otrzymał z Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy wniosek przekazujący Szpitalowi 64-rzędowy tomograf komputerowy najnowszej generacji o wartości około 4 mln zł. Tak szybko jak to będzie możliwe, zastąpi on jednorzędowy tomograf zakupiony w roku 2001. Przed DSK pozostaje jeszcze do wykonania zadanie dotyczące przystosowania infrastruktury szpitalnej dla lokalizacji tomografu komputerowego o wartości kosztorysowej ok. 820 000 zł.

Dyrekcja Szpitala złożyła w Ministerstwie Zdrowia wniosek o dotację na zadania inwestycyjne w roku 2010. Jeśli wniosek ten zostanie

pozytywnie rozpatrzony, to natychmiast rozpocznie się realizacja zadań pn. „Przebudowa urządzeń i sieci energetycznych w zakresie wymiennikowi ciepła, wewnętrznej sieci wodociągowej z hydrantami, wytwornicy pary technologicznej oraz urządzenia przetwarzającego prąd stały na zmienny”, a także zadania pn. „Przebudowa rejestracji w poliklinice wraz z otoczeniem obiektu i pomieszczeniem na odpady medyczne”. Stale wzrastająca liczba pacjentów w poradniach DSK wymusza konieczność przebudowy rejestracji (w 24 poradniach specjalistycznych udzielanych jest ponad 100 000 porad lekarskich). Brakuje miejsca do przechowywania kart pacjentów przyjmowanych przez specjalistów.

Oba te zadania stanowią integralną część zadania inwestycyjnego

pn. „Dostosowanie DSK do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. oraz Rozporządzenia MSWiA z 16 czerwca 2003 r. Te najpilniejsze zadania warunkują funkcjonowanie i rozwój Szpitala. Koszt najpilniejszych zadań na rok 2010 wynosi ok. 3 300 000 zł.

W ramach projektu unijnego pn. „Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych poprzez zakup nowoczesnej aparatury medycznej dla Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. Antoniego Gębali w Lublinie”, zakupiono 48 sztuk niezbędnego sprzętu medycznego o łącznej wartości ponad 3,9 mln (videogastroskop, komora Cryo wraz z wkładem do komory i awaryjnym zasilaniem, wirówka MPW-350e, zestaw fiberoskopów pediatrycznych z oprzyrządowa-



Aparat USG z kompletem głowic



Wielofunkcyjny stół operacyjny



Nowa winda Bloku Operacyjnego z alarmowym systemem przyzywowym

niem, respirator oscylacyjny dla dzieci, respirator oscylacyjny dla noworodków, aparat do ogrzewania pacjenta, uniwersalny respirator do intensywnej terapii, inkubatory noworodkowe do intensywnej terapii, łóżka do intensywnej terapii, uniwersalny monitor funkcji życiowych, lampa szczelinowa, videostroboskop, mikroskop laryngologiczny – diagnostyczny, stół operacyjny laryngologiczny, instrumentarium do operacji kręgosłupa, sterylizator do sterylizacji tlenkiem etylenu, system archiwizacji i dystrybucji obrazów – system PACS i system RIS).

Budowany w latach 80. DSK w Lublinie nie posiada docieplonych ścian. Ponad 10 lat temu wymieniono okna z drewnianych na plastikowe, co znacznie poprawiło warunki termiczne w budynku. Termomodernizacja budynku jest niezbędna, przyczyni się do zmniejszenia kosztów ogrzewania. Jeśli Szpital otrzyma środki finansowe na ten cel, to przystąpi do tego przedsięwzięcia w 2011 roku. Zostałyby ocieplone ściany zewnętrzne i stropy, zaizolowane elementy konstrukcyjne oraz

Uzdatniacz wody



wymienione grzejniki w całym szpitalu z żeliwnych na panelowe, wyposażone w termostawy.

W roku 2011 planowana jest również rozbudowa Zakładu Diagnostyki Obrazowej. Śledzimy na bieżąco również pojawiające się informacje o projektach finansowanych ze środków unijnych. Będziemy z nich aktywnie korzystać.



Wymienione drzwi i nadproża na Bloku Operacyjnym



Pracownia Leków Cytostatycznych

Analizujemy na bieżąco również informacje o projektach finansowanych ze środków unijnych. Nadal będziemy z nich aktywnie korzystać.



Wymiana tarketu na Bloku Operacyjnym

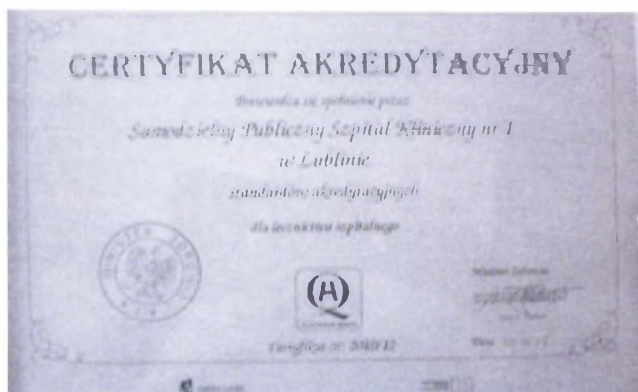
W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie

Dobry rok

Rok akademicki 2009/2010 w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie to szereg wydarzeń, których znaczenie należy postrzegać w perspektywie nadchodzących lat. Do najważniejszych należy zaliczyć:

DR N. MED. ADAM BOROWICZ
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY
NR 1

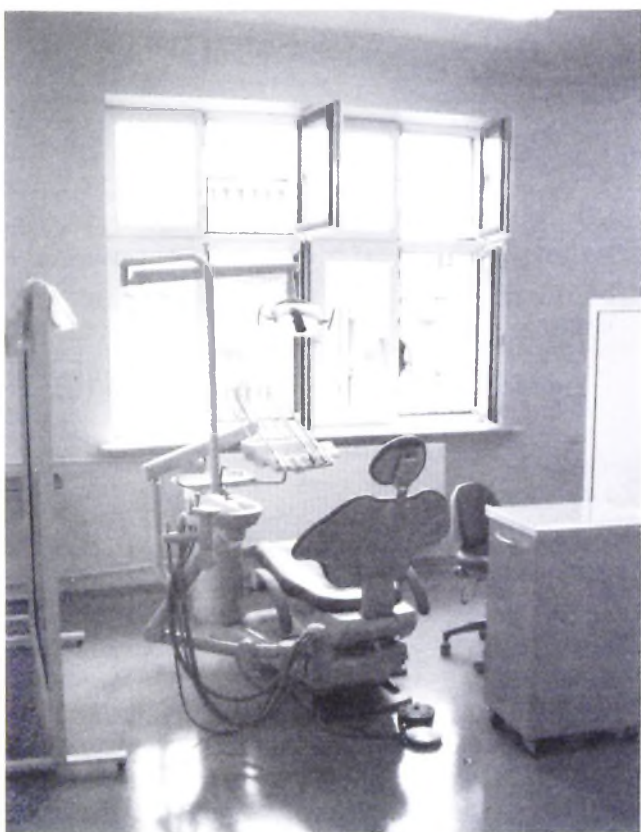
1. Uzyskanie po raz kolejny Certyfikatu Jakości Centrum Monitorowania Jakości.



Wizytatorzy Ośrodka Akredytacyjnego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w czasie wizyty akredytacyjnej w dniach 21-23 kwietnia 2010 roku dokonali pozytywnej oceny działalności SPSK nr 1 w Lublinie. Minister Zdrowia nadał Szpitalowi Certyfikat Akredytacyjny Nr 2010/2012 potwierdzający spełnienie wymaganych standardów akredytacyjnych.

2. W 2009 roku Szpital zakończył adaptację budynku przy ul. Staszica 14A na potrzeby Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej. W obecnej siedzibie funkcjonuje 15 poradni specjalistycznych, spełnione są wszystkie wymogi sanitarno-techniczne wraz z nowoczesną rejestracją pacjentów. Budynek dostosowany jest do potrzeb osób niepełnosprawnych.

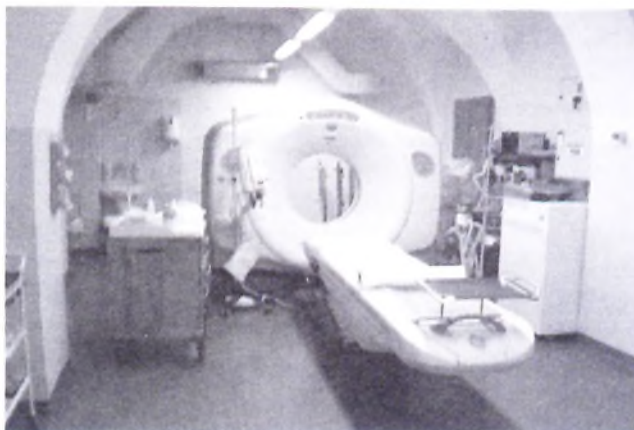




3. Dokonano zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej dla potrzeb Klinik Szpitala, jest to, m.in. videogastrofiberoskop, ultrasonograf typ HD, respiratory (2 szt.), aparat RTG stacjonarny, mikroskop operacyjny do zabiegów okulistycznych, inkubatory (4 szt.) oraz aparat do znieczulenia ogólnego (2 szt.).
4. Zakończono przebudowę pomieszczeń Zakładu Radiologii Lekarskiej oraz uruchomiono nową Pracownię Tomografii Komputerowej i Mammografii.

W 2009r. wykonano prace adaptacyjne wraz z wymianą urządzeń peryferyjnych, które były niezbędne

do uruchomienia tomografu komputerowego. Wprowadzono cyfrową obróbkę zdjęć.



Uzyskując dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej, zrealizowano i rozpoczęto działania mające na celu uruchomienie następujących zadań:

- utworzono i wyposażono Klinikę Chorób Zakaźnych w zespole budynków przy ulicy Staszica 16 w Lublinie, która rozpoczęła działalność 14 sierpnia 2009 r.
- utworzono Dzienny Oddział Chemioterapii. Dokonano stosownej adaptacji pomieszczeń oraz wyposażenia Oddziału, funkcjonalnie podległego Klinice Chirurgii Onkologicznej. Pozwoli to na uzyskanie pomieszczeń dla uruchomienia nowych łóżek onkologicznych.

W wyremontowanym budynku utworzono Zakład Diagnostyki Endoskopowej Przewodu Pokarmowego gdzie będą prowadzone badania dla wszystkich pacjentów Szpitala.

Rozpoczęto prace związane z przebudową i remontem budynku D-16, które pozwolą na:

- zwiększenie bazy łóżkowej i rozbudowę zaplecza operacyjnego I Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii,
- modernizację pomieszczeń Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży oraz jej zaplecza operacyjnego,
- utworzenie nowoczesnego bloku operacyjnego dla Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologii i Nowotworów Układu Pokarmowego oraz Klinik pionu ginekologiczno-poloźniczego.

W 2011 roku Szpital nadal będzie kontynuował rozpoczęte w latach poprzednich działania mające na celu zmianę funkcjonalności organizacyjnej jednostek SPSK nr 1 w Lublinie. Większość obiektów, w których trwa przebudowa i modernizacja, wyposażona zostanie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną. Szpital będzie mógł zapewnić wysokospecjalistyczną opiekę medyczną pacjentom z obszaru naszego regionu i coraz liczniej przybywających z innych województw.

Pod znakiem inwestycji budowlanych

Z całą pewnością można stwierdzić, iż w długoletniej historii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie nie było tak gorącego okresu pod względem ilości i zakresu inwestycji budowlanych jak obecnie.

MGR MARTA PODGÓRSKA
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY
NR 4

Rok 2010 stoi pod znakiem inwestycji budowlanych, z których największa, będąca kontynuacją z roku ubiegłego – dobudowa bloku operacyjnego, daje najwięcej powodów do zadowolenia. Nie pomniejsza to satysfakcji z kolejnych pozytywnych decyzji, dotyczących finansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego projektów modernizacji Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej oraz Kliniki Neurochirurgii, umożliwiających rozpoczęcie realizacji tych projektów jeszcze w bieżącym roku.

Wracając do inwestycji budowlanej nowego bloku operacyjnego, przypomnieć należałoby, iż inwestycja ta realizowana jest od czerwca 2009 r. w ramach koncepcji opracowanej przez służby techniczne szpitala, zakładającej usytuowanie nowego budynku w pobliżu głównego budynku szpitala i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii połączonego czterokondygnacyjnym łącznikiem i łącznikiem podziemnym (do transportu bielizny, odpadów, itp.). W budynku zaplanowano usytuowanie na dwóch kondygnacjach Bloku Operacyjnego z dwunastoma salami operacyjnymi z zapleczem oraz Oddziału Intensywnej Terapii z 21 stanowiskami na parterze.

Ponadto, w budynku znajdują się pomieszczenia Centralnej Sterylizacji (niski parter) oraz pomiesz-

czenia techniczne (wentylatornie, rozdzielacze elektryczne, węzły cieplne, itp.). Komunikację pionową zapewni 6 dźwigów towarowo-osobowych i towarowych, w tym jeden 8-przystankowy przy istniejącym budynku Szpitala. Powierzchnia dobudowywanego obiektu wyniesie 7986,52 m², a kubatura budynku 37169,20 m³.

Stan zaangażowania prac realizowanych przez konsorcjum trzech firm, którego liderem jest firma „Mostostal” Warszawa, pozwala z optymizmem przyjąć, iż użytkowanie obiektu rozpocznie się zgodnie z planem, tj. w czerwcu 2012 r. Szybki postęp robót widoczny jest z zewnątrz, zakończono bowiem prace kubaturowe przy wznoszeniu budynku, jak również prace przy dobudowie szybu windy przy budynku głównym. Według sza-



cunków na dzień 30 lipca 2010 r., wykonano stan surowy budynku głównego, łącznika podziemnego i łącznika nadziemnego. Wykonano ścianki działowe wewnątrz budynku. Realizowane są roboty tynkarskie na całym budynku.

Do końca października 2010 r. przewiduje się zakończenie prac przy elewacji zewnętrznej. Aktualnie wykonywane są również roboty końcowe przy montażu fasad aluminiowych i ocieplanie budynku oraz montaż instalacji centralnego ogrzewania. Prace wykończeniowe kontynuowane będą w okresie zimowym, w tym wykonawstwo posadzek i stropów podwieszanych. Zaawansowanie robót wynosi 33,28 procent.

Z 41 786 000 zł przyznanych z budżetu państwa na inwestycję, przy koszcie robót budowlanych 46 176 962 zł, wydatkowano w 2009 r. kwotę 15 366 640 zł, a na rok 2010 zaplanowano realizację robót na kwotę 13 000 000 zł.

Koszt inwestycji nie zabezpieczony przyznaną dotacją będzie przedmiotem starań dyrekcji w Ministerstwie Zdrowia lub u dysponenta środków unijnych, a w przypadku jej nie pozyskania ze wskazanych

źródeł, Szpital zmuszony będzie do wygospodarowania brakujących środków z własnego budżetu.

Priorytetowy charakter inwestycji pt. „Dobudowa Bloku Operacyjnego” nie przesłania innych potrzeb

inwestycyjnych, niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania jednostki. Aktualnie rozstrzygnięto przetarg na modernizację Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, przy czym przewidywany okres realizacji inwestycji wynosi 18 miesięcy. Całkowita wartość projektu opiewała na kwotę 18 496 870 zł, w tym do realizacji w roku 2010 przewidziano roboty na kwotę 3 199 178 zł. Dofinansowanie w

wysokości 8 500 000 zł zapewnia Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego oraz Ministerstwo Zdrowia w kwocie 1 500 000 zł. Pozostała kwota pozostaje do pokrycia ze środków własnych. Harmonogram robót zakłada dwuetapowość realizacji inwestycji dostosowaną do technologii przedsięwzięcia.

Stworzenie nowoczesnej bazy leczniczej dla pacjentów Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii z założenia ma zwiększyć skuteczność wczesnej diagnostyki leczenia raka płuc, toteż inwestycje zaplanowano z uwzględnieniem wszystkich standardów i norm europejskich. Terminowość i rzetelność wykonawstwa zadania inwestycyjnego, nad którą czuwać będzie zespół fachowców ze strony inwestora, pozwoli Klinice Pneumonologii, Onkologii i Alergologii kontynuować działalność w 2012 r. w zupełnie nowych warunkach.

Kolejną inwestycją współfinans-

Inwestowanie w obecną infrastrukturę Szpitala jest procesem ciągłym, koniecznym do prawidłowego funkcjonowania jednostki, stosownie do współczesnych wymogów obowiązujących w krajach UE.

owaną ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz Ministerstwo Zdrowia jest utworzenie Makroregionalnego Centrum Inwazyjnej Diagnostyki Chirurgicznego Leczenia Raka Płuc na bazie Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej. Instytucje te przekażą środki w identycznej wysokości jak na modernizację Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii, z tym że wartość projektu jest mnie-

sza i wynosi 10 427 660 zł. Zadania te w zakresie robót budowlanych zostały już zrealizowane w 2009 r., w bieżącym roku środki zostaną wykorzystane na wyposażenie Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej.

Trzeci projekt, który znalazł uznanie w oczach instytucji przydzielającej środki na priorytetowe zadania, dotyczy przebudowy i doposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, celem podniesienia jakości i dostępności do świadczeń medycznych w stanie nagłego zagrożenia życia. Wartość projektu stanowi kwota 15 123 092 zł, przy czym dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wyniesie 12 854 628 zł i 2 268 463 zł z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

Aktualnie rozstrzygnięto przetarg na wykonawstwo robót, przewidywana data podpisania umowy to 8 września 2010 r. Wartość robót budowlanych, obejmujących swoim zasięgiem nie tylko powiększenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, ale również budowę nowych ciągów komunikacyjnych do transportu chorych, podjazdów dla karettek, przebudowę nawierzchni na dziedzińcu, budowę komory hiperbarycznej i poczty pneumatycznej, wyniesie niemal 7 000 000 zł, z czego w bieżącym roku przewiduje się finansowanie robót na kwotę 2 523 448 zł.

Wstępny harmonogram robót zakłada ich trzyetapowość w celu zachowania ciągłości funkcjonowania Oddziału i Szpitala, przy czym w I etapie trwającym 9 miesięcy zrealizowana zostanie przebudowa pomieszczeń Izby Przyjęć Ogólnej oraz wjazdu dla karettek. Cała działalność Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zostanie przeniesiona do Izby Przyjęć Urazowej. W II etapie robót dokończona zostanie przebudowa drogi do ładowiska oraz kolejnego wjazdu dla karettek. Zakładany czas realizacji II etapu – 2 miesiące.



W III, pięciomiesięcznym etapie realizacji robót, dokonana zostanie przebudowa Izby Przyjęć Urazowej oraz sal operacyjno-zabiegowych. Działalność Oddziału będzie przeniesiona do zmodernizowanych pomieszczeń.

Przeprowadzona modernizacja poprawi funkcjonalność Oddziału niezwykle ważnego z punktu widzenia zabezpieczenia działań ratowniczych w sytuacji zagrożenia życia pacjentów. Przyznanie środków z instytucji europejskich i Ministerstwa Zdrowia na powyższe zadanie jest wyrazem priorytetowego podejścia do systemu ratownictwa medycznego w kraju, a zarazem wysokiej oceny wniosku aplikacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym (z około dwustu projektów wniosków SPSK nr 4 sklasyfikowano na wysokim, 16. miejscu). Wizja przyszłościowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wiąże się ściśle z perspektywą utworzenia w SPSK nr 4 Centrum Urazowego, bowiem SPSK nr 4 jako jeden z niewielu szpitali w naszym województwie spełnia wymogi ustawowe i został powołany przez Ministra Zdrowia do utworzenia Centrum Urazowego. Decyzja ta

dała możliwość skorzystania z unijnej dotacji na ten cel. Całkowita wartość projektu, uwzględniającego modernizację Kliniki Neurochirurgii i Kliniki Ortopedii, wyniosła 11.243.000,00 zł, z czego Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego sfinansuje przedsięwzięcie do kwoty 9 556 550 zł, a Ministerstwo Zdrowia do kwoty 1 686 450 zł. Środki zostaną przeznaczone na refundację robót realizowanych już od 2007 r., przy czym planowane wydatki w zakresie robót budowlanych w 2010 r. wyniosą 288 100 zł. Aktualnie podpisano preumowę, podpisanie właściwej umowy planowane jest po uzyskaniu akceptacji złożonego przez Szpital studium wykonalności projektu.

Poza zadaniami współfinansowanymi ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, planowane jest również wykonanie zadań inwestycyjnych finansowanych ze środków własnych. Niebawem ogłoszony zostanie przetarg na roboty budowlane w III Klinice Ginekologii, których wartość oszacowano na kwotę 2 021 000 zł, w tym do realizacji w 2010 r. przewidziano roboty na kwotę 1 440 000 zł. Pozo-

stałe roboty zrealizowane będą do końca marca 2011 r.

W planach jest również remont Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, obejmujący przebudowę sal chorych, wymianę dwóch wind i wydzielenie Sali Intensywnego Nadzoru. Remont realizowany byłby w ramach inwestycji utworzenia Centrum Urazowego. W pozostałym zakresie Szpital ubiegał się będzie o środki z Ministerstwa Zdrowia. Szacowana wartość zadania wynosi 6 028 000 zł, a jego realizacja przewidziana jest na okres od 1 listopada 2010 r. do 30 czerwca 2011 r.

W opracowaniu omówiono jedynie najważniejsze zadania, jakie będą realizowane w 2010 r. Pominięto bieżące remonty wynikające z faktycznych potrzeb czy z zaleceń służb sanitarno-epidemiologicznych, które również stanowią istotną pozycję w budowie Szpitala. Inwestowanie w obecną infrastrukturę Szpitala jest procesem ciągłym, niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania jednostki, stosownie do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i bu-

dynki zakładów opieki zdrowotnej.

Pozyskanie środków finansowych z funduszy europejskich na niespotykaną dotychczas skalę w historii Szpitala daje ogromną satysfakcję i nadzieję na przyszłość.

Jest bowiem jeszcze wiele obszarów działalności Szpitala, które wymagają doinwestowania w celu sprostania standardom europejskim. Mamy nadzieję, że kolejne lata przyniosą nie tylko kontynuację inwestycji rozpoczętych w bieżącym roku, ale również nowe inwestycje, znajdujące się na „liście” pilnych potrzeb. Do takich priorytetowych inwestycji należy projekt termomodernizacji, obejmujący swoim zakresem docieplanie ścian zewnętrznych, stropodachów i dachów wszystkich budynków SPSK nr 4, wymianę starej stolarki okiennej, modernizację instalacji grzewczej, instalację kolektorów słonecznych, cieczowych, wspomagają-



cych podgrzewanie wody w basenie rehabilitacyjnym oraz wody użytkowej w bloku C. Efektem realizacji tej inwestycji będzie obniżenie kosztów ogrzewania i podgrzewania wody, podniesienie komfortu użytkowania budynków, jak również zmiana wizerunku i estetyki zewnętrznej kompleksu obiektów SPSK nr 4. Decyzja o przyznaniu środków finansowych w wysokości ok. 18 000 000 zł w ramach projektu „Zarządzanie energią w budynkach użyteczności publicznej”, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej oraz System Zielonych Inwestycji, powinna za- paść jeszcze w bieżącym roku.



Obóz społeczno-naukowy w Karczmiskach

W centrum uwagi zdrowie powodzian

**Ekipa UM pod kierownictwem Profesora Piotra
Książka kolejny raz pospieszyła z pomocą
mieszkańcom Powiśla**



Tegoroczna powódź, która w tak wielkim rozmiarze dotknęła Lubelszczyznę, odcisnęła piętno nie tylko na mieszkańcach zatopionych miejscowości, ale również na tych, którzy ruszyli im z pomocą – mamy tu na myśli zwłaszcza studentów naszej Uczelni, którzy zaangażowali się w pracę w punktach medycznych. Niejednokrotnie w myślach wracamy do tamtego dramatycznego okresu, a kiedy tylko znów pojawiają się komunikaty o zbyt wysokim poziomie wody w Wiśle, to w sercu rodzi się niepokój, że ten dramat może rozegrać się na nowo.



ANNA GRZĄDZIEL
STUDENTKA II ROKU
KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU
LEK. MED. JACEK JAGNICKI
DOKTORANT
UM W LUBLINIE

Wynieśliśmy z tamtego okresu spory bagaż doświadczeń, przeżyliśmy wiele dramatycznych chwil, a także zawarliśmy mnóstwo przyjaźni, które wzbogaciły nasze życie. Losy mieszkańców terenów

objętych powodzią nie są nam obojętne, nawet teraz, kiedy wróciliśmy już do swoich spraw.

Dlatego właśnie prof. dr hab. Piotr Książek wraz z pracownikami Katedry i Zakładu Zdrowia Publicznego oraz Zarządem Samorządu Studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, we współpracy z Elżbietą Korszlą – dyrektorem oraz Józefem Stępnem – p.o. zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Opo-

lu Lubelskim, a także Starostwem Powiatowym w Opolu Lubelskim, postanowili zorganizować obóz społeczno naukowy w miejscowości Karczmiska, skierowany właśnie do mieszkańców terenów poszkodowanych przez tegoroczną powódź. W ten projekt zaangażowała się również kilkunastoosobowa grupa studentów z naszego Uniwersytetu. Obóz trwał dwa tygodnie i odbywał się w dniach od 2 do 15 sierpnia 2010 r. Mieszkaliśmy w Internacie Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wy-

Spędzaliśmy długie godziny, m.in. na słuchaniu, czując, że tak naprawdę to, co próbujemy dla tych ludzi zrobić, stanowi niewielką kroplę w morzu potrzeb.





chowawczego w Karczmiskach. Grupa młodych medyków koordynowana przez Profesora Piotra Książka codziennie wyruszała około godziny 9 rano. Każdego ranka wspólnie z naszym Profesorem ustalaliśmy plan danego dnia oraz cele naszych działań, często grupa studentów wyruszała z naszym opiekunem na spotkania z wójtami bądź sołtysami poszczególnych miejscowości w celu udzielania informacji w jaki sposób zapobiegać zagrożeniom epidemiologicznym. W zależności od tego do jak odległego miejsca się udawaliśmy, naszym środkiem lokomocji stawał się samochód bądź rower. Wracaliśmy w późnych godzinach popołudniowych. W tym czasie spotykaliśmy

się z mieszkańcami gmin Wilków i Łaziska, rozmawialiśmy z nimi i staraliśmy się zorientować, w jakiej teraz są sytuacji. Zwłaszcza próbowaliśmy wychwycić tych najbardziej potrzebujących opieki medycznej i psychologicznej. W kilku miejscach udało się zorganizować dzienne punkty pomocy doraźnej, gdzie Profesor Piotr Książek osobiście udzielał medycznych konsultacji, zarówno mieszkańcom, jak i pracującym ciągle na tamtych terenach wolontariuszom. Chcieliśmy również dowiedzieć się, czy mieszkańcy

Te dwa tygodnie były dla nas kolejnym dużym doświadczeniem. Uczyliśmy się rozmawiać z różnymi ludźmi, co na pewno wpłynie na umiejętność prowadzenia wywiadu z przyszłymi pacjentami. Znowu czuliśmy, że w jakiś sposób pomagamy, iż jesteśmy potrzebni. Dwa tygodnie wakacji poświęciliśmy bliźnim i to dało nam olbrzymią satysfakcję.



podejmują jakiegokolwiek działania mające na celu zminimalizowanie ryzyka wystąpienia epidemii. Czy mają w ogóle świadomość takiej możliwości i czy wiedzą, w jaki sposób mogą się chronić? Wędrowaliśmy poprzez kolejne miejscowości, z każdym dniem coraz bardziej uświadamiając sobie, jak olbrzymie spustoszenie poczyniła woda. Spędzaliśmy długie godziny na słuchaniu, czując, że tak naprawdę to co próbujemy dla tych ludzi zrobić, to tylko niewielka kropla w morzu potrzeb. Czasami my również mie-



waliśmy gorsze chwile, zwłaszcza kiedy kolejna osoba z płaczem opowiadała o swoich przeżyciach, obawach i braku sił do jakiegokolwiek działania, wtedy mogliśmy liczyć na wsparcie i dobre słowo naszego opiekuna. Często słyszeliśmy, że ludzi męczy zwłaszcza lęk o to, jak sobie poradzą, wszak nieubłaganie zbliża się zima, a wielu z nich zostało pozbawionych domu i tylko niewielu ma możliwość schronienia się u krewnych. Niejednokrotnie siadaliśmy wieczorami i we własnym gronie omawialiśmy sytuację, dzieliliśmy się wrażeniami oraz skrupulatnie notowaliśmy nazwiska tych najbardziej potrzebujących.

Organizując wycieczkę do małowniczego Kazimierza Dolnego oraz zabierając nas na rejs po Wiśle, Profesor starał się złagodzić negatywne emocje, które wywoływało w nas przebywanie wśród ofiar powodzi.

Dwa razy w tygodniu spotykaliśmy się z dyrektorami E. Korszlą i J. Stępnem z SP ZOZ w Opolu Lubelskim, żeby przekazać im informację, na kogo szczególnie powinni zwrócić uwagę i do kogo skierować właściwą pomoc medyczną lub socjalną. Na takim raporcie dopiero czuliśmy, że nasze działania przynoszą efekty. Podczas jednego z takich spotkań odwiedził nas również starosta opolski Zenon Rodzik, żeby dowiedzieć się, jakie są efekty naszej pracy i czy nasze rozmowy z mieszkańcami mogą nasunąć mu jakieś pomysły w kwestii usprawnienia pomocy pokrzywdzonym przez powódź mieszkańcom powiatu opolskiego.

Do akcji włączyła się również Prof. dr hab. Anna Malm wraz z pracownikami Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej z Pracownią Diagnostyki Mikrobiologicznej, którzy badali wodę z rzek, studni kopanych, głębinowych, ujęć wodociągowych, a także pobierali wymazy od mieszkańców. Niestety,

mimo naszego zachęcania niewielu ludzi postanowiło skorzystać z możliwości przebadania się, co było dla nas zresztą zaskoczeniem. Wydawało nam się, że warto się zbadać nawet dla własnego komfortu, jednak ludzie często tłumaczyli iż nie mają czasu bo teraz są zajęci porządkowaniem domów, obejść i remontami. Niestety, wyniki badań pokazały również, że tylko woda z wodociągu nadaje się do użytku. Zarówno w studniach kopanych jak

i głębinowych skażenie biologiczne jest tak duże, że nie można z nich bezpiecznie korzystać.

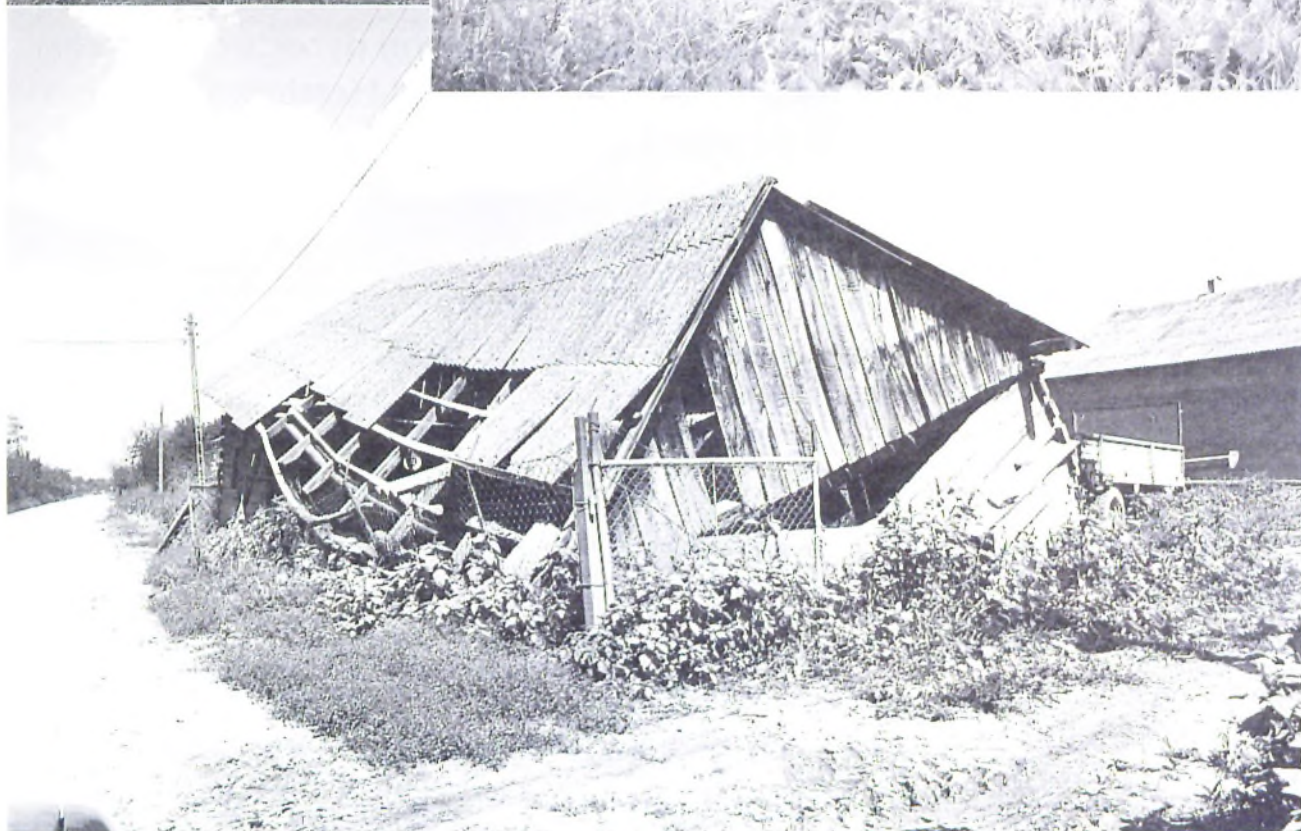
Bardzo ważne jest, aby o ofiarach tegorocznej powodzi na Lubelszczyźnie nie zapominać, zwłaszcza teraz, kiedy emocje budowane przez media opadły, a tamtejsi mieszkańcy nadal walczą z tragicznymi skutkami wielkiej wody. Dlatego ważne są takie akcje, jak ta zainicjowana przez Profesora Piotra Książka, który poprzez szereg działań pokazał, że

jest nie tylko dobrym pedagogiem i lekarzem, ale również człowiekiem wrażliwym na krzywdę innych.

Te dwa tygodnie były dla nas kolejnym dużym doświadczeniem. Uczyliśmy się rozmawiać z różnymi ludźmi, co na pewno wpłynie na umiejętność prowadzenia wywiadu z przyszłymi pacjentami. Znowu czuliśmy, że w jakiś sposób pomagamy. Dwa tygodnie z wakacji poświęciliśmy innym i to dało nam olbrzymią satysfakcję.



Wynieśliśmy z akcji zwalczania skutków powodzi spory bagaż doświadczeń, przeżyliśmy wiele dramatycznych chwil, a także zawarliśmy mnóstwo przyjaźni, które wzbogaciły nasze życie. Losy mieszkańców terenów objętych powodzią nie są nam obojętne, nawet teraz, kiedy wróciliśmy już do swoich spraw.



Święto polskiej nauki w USA

Polski Dzień w Cold Spring Harbor Laboratory (CSHL)

Laboratorium w Cold Spring Harbor (CSHL) to światowej sławy instytut naukowy zajmujący się badaniami w zakresie m.in. neurobiologii, chorób nowotworowych, bioinformatyki, genetyki roślin, biologii komórki. CSHL – zostało założone w 1890 roku jako prywatny, niedochodowy instytut naukowy. Przez Laboratorium przewinęło się wielu znakomitych naukowców, w tym wielu noblistów m.in. odkrywca struktury DNA oraz wieloletni dyrektor instytutu James D. Watson, Barbara McClintock, Alfred Hershey, Phillip Sharp, Richard J. Roberts oraz Carol Greider.



Cold Spring Harbor na Long Island, to urokliwe miasteczko była osada poławiaczy wielorybów, zachowało się sporo zabytkowych budynków z tamtego okresu. Jest pięknie wkomponowane w przyrodę na Long Island, położone na zboczu wzgórza nad zatoką Cold Spring Harbor. Porośnięte ogromnymi drzewami, ciekawym odmianami krzewów i kwiatów, aktualnie dobrze utrzymany park. Pośród takich impresjonistycznych obrazów przyrody znajdują się budynki CSHL. I tak na głównym kampusie znajdują się budynki auli wykładowych Grace Auditorium oraz Vanevar Bush Auditorium, Blackford Hall z barem i stolówką, Biblioteka Carnegie z aneksem i czytelnią, oba imienia Profesora Waława Szybalskiego, laboratoria badawcze oraz budynki mieszkalne dla kadry i studentów – doktorantów. Teren, na którym znajduje się Laboratorium wraz z budynkami należał do Johna D. Jonesa, który w 1889 przekazał to na własność instytutowi. Południowa część tych terenów to znana wszystkim nowojorczykom słynna plaża Jones Beach. Laboratorium w CSH było pierwszą na świecie instytucją badawczą w dziedzinie genetyki. Od 1968 dyrektorem, a następnie w latach 1994-2003 prezydentem CSHL był noblista James D. Watson, wieloletni przyjaciel Profesora Waława Szybalskiego. To noblista J. Watson przekonał Profesora do rozbudowania biblioteki Carnegie i dobudowania trzypiętrowego aneksu oraz pięknej sali czytelnia i tak się stało. Aneks imienia Profesora Waława Szybalskiego był uroczystie otwarty 18 czerwca 2010, a w dniu 25 sierpnia odbyło się uroczyste otwarcie sali czytelnia ufundowanej też przez Profesora Waława Szybalskiego. Tego dnia Profesor witał wszystkich

przybyłych w foyer budynku – Grace Auditorium. Przybyła najbliższa rodzina fundatora: córki Jolanta i Barbara, brat Stanisław z żoną Julienne Szybalscy. Przyjechał przyjaciel 95-letni dr Karl Maramorosch rodak z wschodnio-polskiej Kolomyji – wybitny specjalista wirusolog, dr Henryk Cioczek z rodziną, który był również tzw. duchowym i technicznym współorganizatorem uroczystości. Obecni byli studenci z kilku amerykańskich uniwersytetów z Ala-

W uroczystości otwarcia w CSHL sali czytelnia im. prof. Waława Szybalskiego uczestniczył laureat nagrody Nobla James D. Watson, przyjaciel rodziny Szybalskich. To noblista Watson rozpoczął uroczystości i w swoim choć krótkim przemówieniu powitalnym, przedstawił prof. Waława Szybalskiego jako prekursora naukowego wielu noblistów, który w swoich pomysłach naukowych zawsze wyprzedzał swoje czasy (Visionary). Profesor Wa-

Prof. Waław Szybalski: Stworzyliśmy nowy dział nauki i medycyny, terapię genową. W roku 2012 przypada 50. rocznica naszej „polskiej terapii genowej”.

bamy, Florydy. Przebywający w USA piosenkarz Jerzy Hochman, artysta Jerzy Kapuściński, Larissa Baldwin, polska doktorantka z Gdańska Magdalena Gierszewska. Wiele osób adorowało Profesora tego dnia, chcąc skorzystać z każdej nadarzającej się okazji na rozmowę. Wśród gości zaproszonych obecny był jak zawsze na polskich uroczystościach Nowy Dziennik, pani Malina Stadnik – jedna z dyrektorów zarządu ND wraz synem studentem ostatniego roku medycyny i korespondentką ND z Long Island Elżbietą Popławską. Przed wejściem do auditorium, rozdane były plansze ze zdjęciami i obszernymi informacjami o życiu i twórczości naukowej Profesora Waława Szybalskiego. Ciekawie wyeksponowane zostały informacje o najbliższej rodzinie, polskiej szlachcie ze Lwowa (Herb – Prus I) z dziada pradziada, polskiej inteligencji „Semper Fidelis” Lwowiaków, dla której sprawy Polski i Polaków były zawsze sprawą nadrzędną.

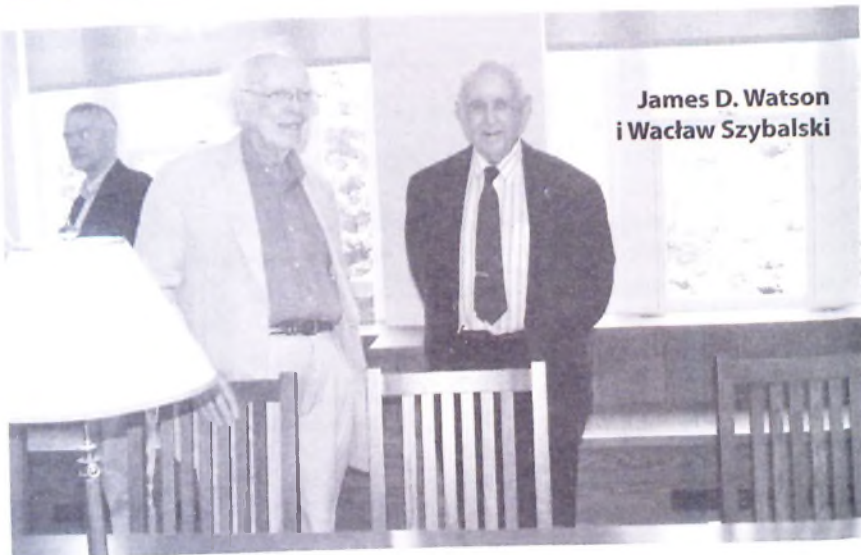
claw Szybalski urodził się we Lwowie w 1921 roku. Ukończył słynne VIII Gimnazjum im. Kazimierza Wielkiego w 1939 roku. Następnie chemię na Politechnice Lwowskiej, w warunkach okupacji sowieckiej, a później okupacji hitlerowskiej. W czasie okupacji niemieckiej, w latach 1941-1944 pracował jednocześnie w słynnym Instytucie Badań nad Tyfusem Plamistym i Wirusami prof. Rudolfa Weigla. Szczepionka na tyfus uratowała życie milionom ludzi na całym świecie. W 1941 roku wyjechał do Końskich i bezpośrednio po zakończeniu wojny udał się do Gdańska. Tutaj zorganizował Katedrę Technologii Środków Spożywczych Politechniki Gdańskiej. W roku 1949 otrzymał tytuł doktora nauk chemicznych, promotorem był prof. Ernest Sym. Tego samego roku wyjechał do Kopenhagi na stypendium Królewskiej Duńskiej Akademii Nauk, tam pracował nad genetyką drożdży u prof. Oyvind Winge. Profesor nie zdecydował się

na powrót do Polski, po otrzymaniu wiadomości, że sowiecki generał Rokossowski został marszałkiem Polski i ministrem obrony narodowej. Emigrował do Stanów w 1950 roku, zaraz po przyjeździe otrzymał pracę jako pracownik naukowy w słynnym Cold Spring Harbor Laboratory, gdzie pracował do 1956. Kolejne pięć lat pracy naukowej spędził w instytucie Mikrobiologii Uniwersytetu Rutgersa w New Brunswick, a od 1960 roku do chwili obecnej jest profesorem onkologii na Uniwersytecie w Wisconsin.

Po wspaniałym lunchu odbyło się uroczyste otwarcie sali czytelnia. Wstępę przeciął fundator Profesor Waclaw Szybalski w asyście noblisty Jima Watsona i jego żony Elizabeth (Liz) Watson oraz wszystkich przybyłych na tę uroczystość gości. W czytelnia znajduje się duży portret fundatora, tablica z brązu z jego herbem rodzinnym, informacje o osiągnięciach i przebiegu pracy naukowej. W przerwie na kawę już w sali czytelnia im. Waclawa Szybalskiego, Profesor z wielką przyjemnością opowiadał o sobie i swojej pracy.

Elżbieta Popławska. Panie Profesorze, wiemy, że jest pan chemikiem, biotechnologiem, genetykiem. Proszę przybliżyć czytelnikom czym się pan zajmował, zajmuje w swojej pracy naukowej?

Prof. Ja zawsze chciałem poznać co to jest życie, co to jest chemicznie życie. Kiedy z naukowych czasopism około 1944 roku, dowiedziałem się, że DNA jest substancją chemiczną, nośnikiem informacji genetycznej czyli życia, to wiedziałem, że chcę studiować i robić doświadczenia z DNA. Jestem chemikiem z wykształcenia, ukończyłem Wydział Chemiczny na Politechnice Lwowskiej, dlatego łatwo podjąłem decyzję. Kolejne doświadczenia naukowe w których uczestniczyłem, pokazały, że geny można transfekować za pomocą DNA. Następne pytanie, jakie sobie zadałem w mojej pracy – czy



DNA można chemicznie zmienić, okazuje się że tak, a dziedziczność i tak pozostanie niezmienna. Zrobiliśmy też enzymatycznie po raz pierwszy biologicznie aktywne DNA w 1962, tu w Cold Spring Harbor laboratorium, ówczesny dyrektor dr John Cairns oświadczył, że jest nowa era w biologii.

Wszystkie doświadczenia robiliśmy na bakteriach. Zadałem sobie wreszcie pytanie: – Czy można wziąć DNA od człowieka i transfekować ludzkie komórki, szczególnie potrzebne ludziom chorym. Znów okazało się, że naukowa intuicja mnie nie zawiodła, potwierdziły to kolejne doświadczenia. **STWORZYLIŚMY NOWY DZIAŁ NAUKI I MEDYCYNY, TERAPIĘ GENOWĄ. W ROKU 2012, BĘDZIE 50. ROCZNICA NASZEJ „POLSKIEJ TERAPII GENOWEJ”.**

E.P. Panie Profesorze, czy jest Pan powiązany w doświadczeniach z J. Watsonem w badaniu struktury DNA, za które otrzymał nagrodę Nobla?

Prof. Bezpośrednio nie miałem nic wspólnego z doświadczeniem w badaniu struktury DNA. Podziwiałem Jim'a za to, że wspólnie z Francis Crick tak genialnie wytrwali do końca i określili strukturę DNA. W takich badaniach

naukowych ważna jest współpraca z partnerem, nic się samemu nie da zrobić. Konstrukttywne dyskusje naukowców z danej dziedziny to bardzo ważne w pracy naukowej. Powinienem się pochwalić, że ja opracowałem wiele nowych metod badania w pracy naukowej, to jest bardzo ważne bo czasem wystarcza na kilka lat takie opracowanie. Podam na przykład, że DNA składa się z dwu nici, ja opracowałem w 1967 roku nową metodę do rozdzielania tych nici, co pozwoliło po raz pierwszy zrozumieć program rozwoju wirusa i też komórek.

E.P. Czy rzeczywiście genetyka jako nauka jest tak ważna, że trzeba jej poświęcać aż tyle uwagi.

Prof. Genetyka to królowa nauk biologicznych, pokazuje dokładnie jak powstaje życie i dokładnie można określić jak się z czasem zmienia. Dużym zainteresowaniem cieszy tzw. *epigenetyka nowa dziedzina, Syntetyczna Biologia, którą zaproponowałem prawie 40 lat temu.*

E.P. Panie Profesorze, czy to znaczy, że np. jak kogoś na to stać przybywa do CSHL i zamawia sobie specjalną tabletkę – DNA, aby jego dziecko było np. muzykiem światowej sławy.

Prof. Tak może będzie w dalekiej przyszłości, bo na razie praca nad

ustrojem nerwowym, pamięcią to są te obszary DNA jeszcze niezbadane. Ale genetyka zrobiła ogromny postęp w leczeniu np. wielu postaci raka i innych chorób.

E.P. Panie Profesorze, jakie jest powiązanie genetyki z klonowaniem ludzi.

Prof. Słowo klonowanie ma wiele znaczeń. Dla mnie klonowanie to np. ułamanie gałązki z jakiegoś krzewu i przeniesienie do ziemi lub do próbki. Czyli bez nasion powstanie nowe drzewo. Naukowe znaczenie klonowania tzn. wycinamy dany gen wkładamy do „wektora” i robimy duplikat. To wszystko jeszcze przed nami, zapewne bardzo będzie potrzebne, ważne aby wymieniać chore części ludzkiego ciała i nie czekać na inną śmierć, aby taki organ pozyskać.

E.P. Dziękuję Panu Profesorowi za rozmowę.

Prof. Dziękuję, życzę wszystkim czytelnikom wiary w siebie i dumy, że się jest Polakiem tzn., że mamy b. dobre geny bo przeżyliśmy tyle tragicznych okresów w naszych dziejach historii i nic nie zniszczyło naszego polskiego ducha.

Zakończenie uroczystości odbyło się w parku otaczającym laboratorium tzw. „wine and chees” party i toastami z udziałem wszystkich przybyłych gości i studentów z programów doktoranckich, którzy ze względu na zajęcia później dołączyli do zebranych już gości. Wśród uczniów – studentów Profesora obecna była polska doktorantka z Gdańska pani Magdalena Gierszewska, aktualnie odbywająca praktykę doktorancką na CSHL. Magda Gierszewska z ogromną radością w głosie wygłosiła swoje wystąpienie okolicznościowe.

E.P. Pani Magdo, proszę kilka słów o Profesorze W. Szybalskim od polskiej studentki w CSHL.



Profesor Waclaw Szybalski z doktorem Henrykiem Cioczkiem

Magda Gierszewska. Profesor Szybalski jest nie tylko znakomitym naukowcem ale również mecenasem polskiej nauki. Trzy budynki Uniwersytetu Politechniki w Gdańsku noszą Jego Nazwisko, Profesor otrzymał trzy DHC (Doctor Honoris Causa). Zawsze bardzo skutecznie wspomagał i nadal wspomaga polskich naukowców. Przez Jego laboratorium na Uniwersytecie w Wisconsin przewinęło się wielu Polaków. Profesor angażuje się w rozwój polskiej kadry naukowej nie tylko poprzez organizowanie staży naukowych za granicą dla studentów oraz doktorantów ale pomaga bezpośrednio w Polsce. Przykładowo, w latach 90. prof. Szybalski razem ze swoimi wychowankami, rektorem Karolem Taylorem i prof. Anną Podhajską oraz grupą znakomitych gdańskich naukowców zorganizowali Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii w Gdańsku. Na tym wydziale ukończyłam studia magisterskie wraz z dwiema moimi koleżankami: Katarzyną Hrecką i Justyną Janaś. Część doświadczeń z studiów doktoranckich odbyłyśmy

tutaj w CSHL. Powiem szczerze, że studenci gdańskiej biotechnologii czują się studentami Profesora. Niemal każdego roku podczas inauguracji Profesor jest obecny w Gdańsku i inspiruje do nauki i wyjątkowej pracy umysłowej.

Zakończenie uroczystości trwało b. długo, toasty i życzenia pod adresem ŚWIĄTOWEJ SŁAWY POLSKIEGO Profesora Waclawa Szybalskiego trwały i trwały. Toast w imieniu rodziny wznosił młodszy brat Stanisław Szybalski, który wraz z żoną Julienne przybył na tę uroczystość z Florydy.

E.P. Panie Stanislawie, wznosząc toast powiedział Pan, że jest Pan bardzo wzruszony, zwiedzając piękną salę czytelną ufundowaną przez Pana brata Profesora Waclawa Szybalskiego, bo wrócili wspomnienia ze Lwowa.

Stanisław Szybalski: Zwiedzając salę czytelną nazwaną imieniem mojego brata widzę dużo polskich i rodzinnych konotacji związanych z polskim Lwowem. Na tablicy z brązu, gdzie widnieje nasz herb rodzinny, znajduje się łaciński napis wzięty z Biblioteki Politechniki Lwowskiej cyt. „HIC MORTUI VIVUNT ET MUTI LOQUUNTUR” tzn. ZMARLI ŻYJĄ A NIEMI MÓWIĄ. Otóż Biblioteka Politechniki Lwowskiej była zbudowana we Lwowie w 1934 roku, a nasz ojciec, Stefan Szybalski, był jednym z jej fundatorów. Mogę tylko dodać, że jestem bardzo szczęśliwy i dumny, że miałem tak wspaniałego ojca, a teraz brata.

Dziękuję Panu Profesorowi za rozmowę i życzę dużo zdrowia oraz dalszych sukcesów na niwie naukowej.

Od redakcji: Wywiad z profesorem Waclawem Szybalskim ukazał się w chicagowskim Nowym Dzienniku.

Z udziałem 200 uczestników reprezentujących 44 kraje świata

Przedstawiciele farmakognostycznych i fitochemicznych ośrodków naukowych z kraju i zagranicy obradowali w Lublinie



W dniach pomiędzy czternastym a siedemnastym czerwca bieżącego roku w Lublinie odbyło się siódme z kolei Międzynarodowe Sympozjum na temat Chromatografii Związków Naturalnych (7th International Symposium on Chromatography of Natural Products). Tegoroczne Sympozjum miało szczególny charakter, ponieważ było połączone z szóstym Międzynarodowym Sympozjum Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju Produktów Naturalnych (6th International Symposium of International Society for the Development of Natural Products).

Inicjatorem połączenia obu Konferencji był prof. Kazimierz Głowniak, który oprócz pełnienia funkcji Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego i Naukowego ISDNP, został w 2009 roku na zjeździe ISDNP, który odbył się na kontynencie afrykańskim (Botswana) wybrany na Wiceprzewodniczącego tej naukowej organizacji.

Trzon komitetu organizacyjnego stanowiła zaprawiona w tego rodzaju działalności grupa pracowników Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych naszego Uniwersytetu, której prof. Głowniak jest szefem.

Uczestnikami było prawie 200 naukowców reprezentujących 44 kraje świata (by wspomnieć Austrię, Anglię, Belgię, Bułgarię, Chiny, Chorwację, Czechy, Hiszpanię, Holandię, Japonię, Kanadę, Indonezję, Mongolię, Niemcy, Nigerię, Norwegię, Republikę Południowej Afryki, Rumunię, Szwajcarię, Tajlandię, Turcję, Ukrainę, Uzbekistan, Stany Zjednoczone, Węgry i Włochy), wszystkie kontynenty i większość znanych, i cenionych ośrodków akademickich, które parają się farmakognozą i fitochemią.

Spotkanie zostało zapoczątkowane przez wykład światowej sławy uczonego prof. Y. Asakawę z Tokushima Bunri University. Odczyt ten dotyczył różnorodności chemicznej i aktywności biologicznej wątrobowców ("CHEMICAL DIVERSITY AND BIOLOGICAL ACTIVITY OF LIVERWORTS"). Japoński uczonego zapoznał słuchaczy z zakrojonymi na szeroką skalę badaniami dotyczącymi tej gromady roślin, których wynikiem była izolacja ponad kilkuset nowych związków pochodzenia naturalnego, spośród których ponad 50 należało do klasy terpenoidów i związków aromatycznych. Omówione związki cechują się licznymi aktywnościami biologicznymi, wśród których wymienić należy aktywność przeciwwirusową dotyczącą wirusa HIV, przeciwbakteryjną i przeciwgrzybiczą, hamowanie cyklooksygenazy (COX) i 5-lipooksygenazy (LOX) oraz zdolność zwiotczenia mięśni. Dzięki tym informacjom można było nabrać pewności, że wiele leków na większość chorób trapiących ludzkość XXI wieku jest wciąż ukrytych w skarbach natury.

Po krótkiej przerwie na kawę, rozpoczęła się pierwsza regularna sesja wykładowa Sympozjum, którą rozpoczął wykład prof. B. Abegaza z Botswany, przewodniczącego współorganizującego Konferencję ISDNP. Wykład ten poruszył zagadnienia związane z izolacją, charakterystyką i syntezą naturalnych związków ak-



tywnych biologicznie, których źródłem były rośliny występujące w południowej Afryce ("THE ISOLATION, CHARACTERIZATION AND SYNTHESIS OF BIOACTIVE NATURAL PRODUCTS FROM PLANTS OF SOUTHERN AFRICA").

Następnie słuchacze mogli zapoznać się z nowymi odkryciami dotyczącymi leków pochodzenia naturalnego uzyskanych z roślin rosnących na Jamajce („NOVEL INVESTIGATIONS AND APPLICATIONS WITH ECONOMIC SIGNIFICANCE FROM THE JAMAICAN BIODIVERSITY”) oraz ciekawym zastosowaniem techniki LC-MS-NMR („MICROSCALE LC-MS-NMR APPLIED TO THE DEREGULATION OF NATURAL PRODUCTS”), dzięki wykładom odpowiednio prof. T. Yee z jamajskiego Instytutu Produktów Naturalnych oraz prof. L. K. Ndjoko z Uniwersytetu Genewskiego, Szwajcaria.

Po przerwie na lunch odbyła się druga sesja wykładowa, w której wyniki swoich badań prezentowali prof. R. Kaliszan z Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, poruszający temat wiązania się alkaloidów piperydynowych i pirydynowych z beta-amyloidem, powodującym chorobę Alzheimera („BINDING OF PYRIDINE AND PIPERIDINE ALKALOIDS WITH AMYLOID-BETA PEPTIDE”), prof. Stuppner, Uniwersytet w Innsbrucku, Austria, który zaprezentował swoje badania dotyczące związków pochodzenia naturalnego o działaniu przeciwzapalnym („NATURAL PRODUCTS TARGETING INFLAMMATION”).

Ostatnim wykładem tej sesji była prezentacja prof. J. Zjawionego, Uniwersytet Mississippi (Stany Zjednoczone), poruszająca ciekawy i kontrowersyjny temat substancji psychoaktywnych pochodzenia naturalnego („NEW DEVELOPMENTS IN PSYCHOACTIVE

NATURAL PRODUCTS RESEARCH”).

Po zakończonych wykładach odbyła się pierwsza sesja posterowa Sympozjum, która zakończyła się o godzinie osiemnastej.

O godzinie dziewiętnastej uczestnicy Sympozjum spotkali się w budynku Filharmonii Lubelskiej, gdzie wysłuchali wspaniałego koncertu kwartetu prezentującego liczne szlagiery muzyki poważnej, ludowej i popularnej.

Po wspaniałej uczcie duchowej, jaką stanowił niezapomniany koncert, dane było wszystkim gościom zakosztować stawy bardziej przyziemnej, ale nie gorszej jakości, albowiem budynek filharmonii był miejscem bankietu.

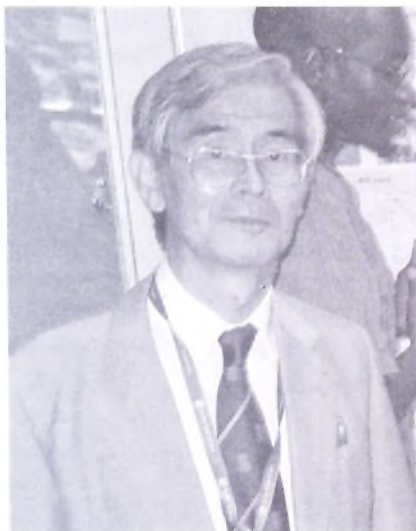
Podczas spotkania można było odnowić stare przyjaźnie i znajomości oraz oczywiście zawiązać nowe kontakty, które tak bardzo ułatwiają potem współpracę naukową.

Drugi dzień lubelskiego spotkania, rozpoczął, jeśli chodzi o stronę naukową, prof. A. EL TAHCHY z Uniwersytetu Nancy, Francja, swoim wykładem dotyczącym badań wykorzystujących metody LC-MS i GC-MS dotyczących alkaloidów z rodziny *Amaryllidaceae*, które mają duże znaczenie farmakologiczne („BIOTRANSFORMATION OF DEUTERIUM-LABELED-4'-OMETHYLNORBELLADINE IN *LEUCOJUM AESTIVUM* TISSUE CULTURES STUDIES USING LCMS AND GCMS”).

Wykład ten rozpoczął trzecią sesję wykładową Sympozjum, w której przedstawiono krótkie wykłady prezentujące dokonania młodych naukowców. Z uwagi na dużą liczbę wykładów, sesja ta, podzielona na dwie części A i B, odbywała się w dwóch niezależnych salach Collegium Maius, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Po krótkiej przerwie kawowej, czwartą sesję wykładową rozpoczął prof. G. Bringmann, Uniwersytet

Wurzburg, Niemcy, który przybliżył słuchaczom temat nowych bioaktywnych związków stereochemicznych oraz nowatorską metodę identyfikacji, określenia struktury i aktywności biologicznej, które przeprowadzane są on-line („NOVEL BIOACTIVE AND STEREOCHEMICALLY UNIQUE PRODUCTS FROM PLANTS: ONLINE RECOGNITION, STRUCTURAL ELUCIDATION AND BIOACTIVITY”).



Następny wykład, prof. D. Ferriery, Uniwersytet Mississippi, Stany Zjednoczone, dotyczył diterpenów wyizolowanych z organizmów morskich („ABSOLUTE CONFIGURATION OF MARINE DITERPENE CEMBRANOLIDS via CIRCULAR DICHROISM”).

Piąta sesja wykładowa to trzy ciekawe wykłady, z których pierwszy prof. G. K. Bonna, Austria, dotyczył nowych technik analitycznych wykorzystywanych w kontroli jakościowej produktów leczniczych pochodzenia roślinnego („NEW ANALYTICAL TECHNOLOGIES FOR QUALITY CONTROL IN PHYTOPHARMACY”), drugi wygłoszony przez A. Marstona, zapoznał zainteresowanych z techniką chromatografii przeciuprądowej („HIGH-SPEED COUNTERCURRENT CHROMA-

TOGRAPHY – NEW APPLICATIONS”), a prof. M. Waksmundzka-Hajnos, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, zapoznała ze znaczeniem chromatografii cienkowarstwowej w badaniu tożsamości ekstraktów uzyskanych z roślin leczniczych („ROLE OF THIN-LAYER CHROMATOGRAPHY IN CONSTRUCTION OF FINGERPRINTS FOR MEDICINAL PLANTS”).

Po zaprezentowaniu wszystkich zaplanowanych wykładów odbyła się druga sesja posterowa.

Pierwsza sesja wykładowa trzeciego dnia konferencji, który przypadł na środę 16 czerwca, umożliwiła zaprezentowanie wyników badań młodym naukowcom. Podobnie jak w dniu poprzednim, wykłady odbywały się w dwóch salach wykładowych *Collegium Maius*.

Wśród wielu ciekawych wykładów, których tytułów nie sposób wymienić, wspomnieć należy o wykładzie dr A. Ludwiczuk, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, dotyczącym chemicznego pokrewieństwa pomiędzy algami, wątrobowcami i paprociami („CHEMICAL RELATIONSHIP BETWEEN ALGAE, LIVERWORTS AND FERNS”).

VII sesja wykładowa rozpoczęta przez wykład prof. D. Arbaina z Indonezji, o najnowszych badaniach dotyczących chemizmu roślin występujących na Sumatrze („RECENT STUDY ON THE CHEMISTRY OF SUMATRAN PLANTS”), kontynuowana przez ciekawy wykład prof. M.S.J. Simmonds z Królewskiego Ogrodu Botanicznego, Anglia, będący formą dyskusji nad trafnością badań chemotaksonomicznych („IS CHEMOSYSTEMATIC RESEARCH RELEVANT TODAY?”), zakończona została przez prof. P. Raharivelomanana, Polinezja Francuska, opisującą nowe aktywne biologicznie piranokumariny („BIOACTIVE PYRANOCUMARINS FROM TAHITIAN *CALOPHYLLUM INOPHYLLUM*”).



Po lunchu odbyła się sesja wykładowa numer VIII, podczas której wygłoszone zostały następujące wykłady: wykład prof. R. Verpoorte, Uniwersytet Leiden, Holandia, o intrygującym tytule-pytaniu: czy istnieją negatywne wyniki? („DO NEGATIVE RESULTS EXIST?”), wykład prof. T. Kowalskiej, Uniwersytet Śląski, o znaczeniu detekcji w nowoczesnym TLC i HPLC w aspekcie badań fitochemicznych („ON THE IMPORTANCE OF MODERN TLC AND HPLC DETECTION IN PHYTOCHEMICAL RESEARCH”) oraz prezentacja prof. H. Franka, Niemcy, o chromatograficznym rozdzielaniu enantiomerów („CHROMATOGRAPHIC ENANTIOMER SEPARATION OF NATURAL PRODUCTS – STATE OF THE ART”).

Tego dnia odbyła się również trzecia, ostatnia sesja posterowa tegorocznego Sympozjum.

O godzinie dwudziestej rozpoczął się uroczysty bankiet w Hotelu Victoria, na którym goście sympozjum bawili się do białego rana.

Ostatni dzień Konferencji rozpoczęła sesja wykładowa numer IX, którą, tradycyjnie, jak każdą pierw-

szą sesję wykładową danego dnia, wypełniły krótkie wykłady, wśród których wymienić należy wykład prof. Y. Nomy, Japonia, poruszający tematykę bakteryjnej transformacji różnych substancji występujących w roślinach oraz właściwościach tych metabolitów („MICROBIAL TRANSFORMATION OF KAWAPYRONES, STILBENES AND CHALCONE AND ANTIOXIDANT ACTIVITY OF METABOLITES”).

Na ostatniej X sesji wykładowej zaprezentowane zostały dwa wykłady pierwszy prof. R.X. Tan, Chiny („SYMBIOTIC GENERATED BIOACTIVE MOLECULES”) i drugi „chiński” wykład prof. Y. Z. Zhu („NOVEL COMPOUNDS DISCOVERY FROM NATURAL RESOURCES: A VIEW OF SCM (SCIENTIFIC CHINESE MEDICINE”).

Kolejnym „stałym”, a zarazem ostatnim punktem programu było uroczyste zakończenie konferencji, po którym nastąpiły liczne i gorące podziękowania dla lubelskiego komitetu organizacyjnego składane na ręce Szefa lubelskiej farmakognozji prof. K. Głowniaka.

Dokonano również wyboru miejsca następnej Konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju Produktów Naturalnych (International Society for the Development of Natural Products). Z dwóch rywalizujących o miejsce organizacji krajów RPA i Indii, zgromadzeni uczestnicy Sympozjum wybrali Indie.

Po czterech wyjątkowo pracowych dniach Sympozjum, wypełnionych 32. wykładami, trzema sesjami posterowymi (154 postery), licznymi prezentacjami sprzętu laboratoryjnego najnowszej generacji, to fantastyczne naukowe spotkanie zakończyło się.

Większość zasmuconych uczestników pocieszało się faktem, że za dwa lata Lublin znów powita gościnnie uczestników już ósmego lubelskiego Sympozjum.

Po zakończeniu Sympozjum, ale w jego ramach, odbył się okrągły stół dotyczący problemów związanych z rejestracją produktów leczniczych pochodzenia naturalnego.

Podczas tego interesującego spotkania przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego mogli uzyskać odpowiedzi na nurtujące ich problemy odnośnie regulacji prawnych dotyczących produktów roślinnych, zwłaszcza w odniesieniu do prawa unijnego oraz zapoznać się ze strukturą oraz zadaniami EMA – European Medicines Agency.

Wykład dotyczący działalności EMA wygłosiła prof. Joanna Chinou z Uniwersytetu Ateńskiego, a równocześnie wiceprzewodnicząca HMPC – Committee on Herbal Medicinal Products.

Tegoroczne lubelskie Sympozjum zostało zadedykowane pamięci dra Michała Hajnosa, pracownika Katedry i Zakładu Farmakognozji, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i wieloletniego organizatora lubelskiego Sympozjum, który zginął tragiczną i nagłą śmiercią 9 kwietnia 2010 roku.

Wellness and nature

Dobrostan i środowisko

W dniach 11-13 czerwca 2010 r. odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w Krasnem, na Pojezierzu Łęczyńsko-Włodawskim. Organizatorami tej konferencji na temat dobrostanu i środowiska byli pracownicy: Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego UM w Lublinie, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Białej Podlaskiej, National Wellness Institute University of Wisconsin-Stevens Point, USA.

DR N. PRZYR. ANIELA PŁOTKA

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
UM W LUBLINIE

PROF. DR HAB. KRZYSZTOF TUROWSKI

KATEDRA I ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA NEUROLOGICZNEGO
UM W LUBLINIE

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. Krzysztof Turowski. Członkami Komitetu – Annie C. Wetter PhD CSCS, Bogda Swiatoniowski PhD, dr n. przyr. Aniela Płotka, dr n. med. Mirosław Jasiński, dr n. med. Regina Lorencowicz, dr n. med. Barbara Chmielewska, dr n. med. Stanisława Spisacka, mgr Elżbieta Przychodzka.

Konsultację naukową tworzyli: prof. dr hab. n. biol. Ryszard Asienkiewicz (Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze), prof. dr hab. n. med. Leszek Bidzan

(Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku), prof. dr hab. n. o kult. fiz. Ewa Dybińska (Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie), prof. dr hab. n. med. Wiesław Kurlęj (Akademia Medyczna we Wrocławiu), prof. dr hab. n. med. Krystyna Markocka-Mączka (Akademia Medyczna we Wrocławiu), prof. dr hab. n. hum. Grażyna Nowak-Starz (Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach), prof. dr hab. n. o kult. fiz. Elżbieta Rutkowska (Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie), prof. dr hab. n. biol. Józef Tatarczuk (Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze), prof. dr hab. n. med. Krzysztof Turowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr hab. n. psych. Wioletta Tuszyńska-Bogucka (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie).

Sekretariat Konferencji prowadziły: Wanda Lewicka, mgr Iwona Gładysz.



Otwarcie konferencji, od lewej: prof. Teresa B. Kulik (UM Lublin), prof. Wioletta Tuszyńska-Bogucka (UMCS Lublin), prof. Krzysztof Turowski (UM Lublin), prof. Józef Tatarczuk (UZ Zielona Góra)

Celem konferencji było stworzenie interdyscyplinarnego forum dla prezentacji dotychczasowych osiągnięć naukowych w zakresie dobrostanu (wellness) i środowiska (nature) oraz wytyczenie nowych kierunków badań.

Na konferencję zgłoszono 289 prac. Do głoszenia zostało wybranych 112 referatów. Ogółem brało czynny udział 139 osób.

Prace były prezentowane w siedmiu sesjach naukowych. Każda sesja poprzedzona była znakomitym wykładem szkoleniowym:

- Wpływ środowiska na styl życia i dobrostan
- Środowiskowe uwarunkowania dobrostanu w chorobie i niepełnosprawności

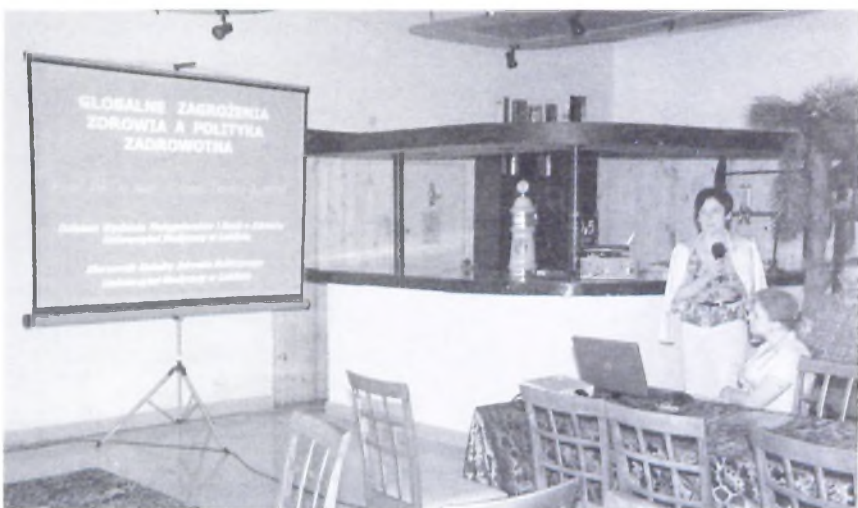
- Środowiskowe i kulturowe zachowania warunkujące dobrostan
- Środowisko i edukacja a dobrostan
- Dobrostan i wsparcie środowiska w zdrowiu i chorobie
- Środowisko i dobrostan w różnych fazach życia
- Dobrostan, środowisko i sukces sportowy

W pierwszym dniu uroczystego otwarcia Międzynarodowej Konferencji dokonał prof. dr hab. Krzysztof Turowski. W tym dniu wykłady plenarne wygłosili:

- Prof. dr hab. Teresa Bernadetta Kulik (UM Lublin), „Globalne zagrożenia zdrowia a polityka zdrowotna”;

- Annie C. Wetter, Phd, CSCS, Associate Professor of Nutrition & Dietetics, University of Wisconsin-Stevens Point, United States “Sustainable food: Supporting personal health, resilient communities, and vibrant natural environments”;
- Dr hab. n. psych. Wioletta Tuszyńska-Bogucka (UMCS Lublin), „Współczesne zagrożenia zdrowia jednostki. Przykład negatywnej inspiracji internetowej”.

Do wystąpień, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem w sesji plenarnej należały: Leszka Bidzana, Beaty Dutezak, Jakuba Grabowskiego (Gdańsk), „Emocje a funkcje poznawcze”; Krzysztofa Boryslawskiego, Kamila Dąbrowny, Magdaleny Maciejowskiej, Wiesława Kurleja (Wrocław), „Ocena warunków mieszkaniowych studentów i ich znaczenie dla zdrowia”; Renaty Chlebowskiej i Krzysztofa Turowskiego (Biała Podlaska – Lublin), „Wpływ zanieczyszczeń środowiska naturalnego na powstawanie chorób cywilizacyjnych. Działania naprawcze na rzecz ochrony przyrody w opinii młodzieży studiującej”; Ewy Dybińskiej (Kraków), „Próba oceny poziomu rozwoju fizycznego w odniesieniu do sprawności motorycznej młodzieży gimnazjalnej z wybranych szkół powiatu debickiego”; Lucyny Patyjewicz (Lublin), „Bezradność lekarza w obliczu śmierci”; Mariusza Goniwicza, Anny Marciniak-Niemcewicz, Patryka Rzońca, Krzysztofa Goniwicza, Witolda Pawłowskiego (Lublin – Warszawa), „Wypadki drogowe jako przyczyny obrażeń u osób dorosłych”; Justyny Krzepoty (Szczecin), „Znajomość zagrożeń zdrowia a elementy stylu życia i zachowania zdrowotne młodzieży”; Cezarego Kuśmierza (Opole), „Kompetencje oraz skuteczność realizacji celów wychowania fizycznego, autoocena nauczycieli”; Katarzyny Leszczyń-



Prof. Teresa Bernadetta Kulik – Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie – podczas wykładu plenarnego



Annie C. Wetter PhD CSCS University of Wisconsin – Stevens Point, USA – podczas wykładu plenarnego



Prof. Wioletta Tuszyńska-Bogucka z Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie – sesja plenarna

skiej, Joanny Piwowarczyk, Aleksandry Cieślak, Ilony Jasnos (Katowice), „Rola pielęgniarki w ocenie bólu chorego w okresie terminalnym”; Bożeny Matyjas (Kielce), „Warunki życia i edukacji dzieci ze środowisk wiejskich”; Anity Gębskiej-Kuczerowskiej, Jacka J. Pruszyńskiego, Alicji Cichej-Mikołajczyk, Beaty Szolc (Warszawa – Płońsk), „Ocena zaniedbań i nadużyć wobec osób starszych w Polsce – wyniki badania pilotażowego”; Ireny Pufal-Struzik (Kielce), „Środowisko rodzinne a agresja jako przejaw zaburzonego dobrostanu adolescentów”; Moniki Szpringer, Grażyny Nowak-Starz, Zbigniewa Formella, Mirosława Kowalskiego, Jolanty Karyś, Mariana Florezyka (Kielce – Rzym – Zielona Góra), „Czynniki środowiskowe a uzależnienie od alkoholu”; Krzysz-

tofa Włocha, Piotra Książka, Ewy Warchol-Sławińskiej, Jolanty Herdy, Piotra Drehera (Lublin), „Środowiskowe uwarunkowania dobrostanu w depresji”.

W drugim dniu obrad w sesji „Wpływ środowiska na styl życia i dobrostan” do wyjątkowo ciekawych prac należały: Bogusławy Banaśzak-Żak, Katarzyny Mizia-Stec, Zbigniewa Gąsiora, Haliny Kulik, Magdaleny Mizia, Macieja Haberka (Katowice), „Czynniki determinujące wysokie ryzyko chorób układu krążenia w subpopulacji młodych dorosłych osób – studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego”; Marioli Bidzan, Aleksandry Szulman-Wardal, Iwony Aponowicz (Gdańsk), „Aktualizacja siebie wśród personelu medycznego jako czynnik podnoszący jakość życia”;

Aleksandry Cieślak, Beaty Pietrzyk, Joanny Piwowarczyk, Ilony Jasnos (Katowice), „Satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarym i domowym”; Jolanty Glińskiej, Barbary Przybylskiej, Be-

aty Brosowskiej, Małgorzaty Lewandowskiej (Łódź), „Czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego związane ze stylem życia w opinii dzieci i ich rodziców”; Mariusza Goniewicza, Marcina Niemcewicza, Ewy Chemperek, Renaty Domżał-Drzewickiej, Anny Pacian (Lublin), „Czynniki ryzyka chorób układu krążenia a styl życia i dobrostan”; Barbary Mazurkiewicz, Moniki Szymoniak, Ewy Dmoch-Gajzlerskiej (Warszawa), „Ocena wiedzy pacjentek ciężarnych dotycząca naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego”; Anny Jabłońskiej-Chmielewskiej, Anety Waśkiewicz, Mirosława Jarosza, Marka Chmielewskiego, Anieli Płotki, Marii Ferańskiej, Marioli Ruszniak, Feliksa Świrszcza, Marioli Pelc-Marciniak, Grzegorza Pęziola, Magdaleny Liska, Karoliny Marzędy (Lublin), „Problem odpadów biologicznych w świetle prawa polskiego i europejskiego”; Krzysztofa Boryślowskiego, Anny Trojan, Magdaleny Maciejowskiej, Wiesława Kurlęja (Wrocław), „Czynniki środowiskowe wpływające na objawy depresji u studentów Uniwersytetu Wrocławskiego”; Pawła Kijo (Łódź), „Zachowania zdrowotne studentów kierunków pedagogicznych łódzkich uczelni publicznych i niepublicznych”; Bożeny Krawczyk, Anny Michalik, Eweliny Jaksz-Recmianiak, Joanny Zalewskiej-Puchały, Ire-



Podleśniczy Sławomir Wróbel podczas prezentacji

ny Puźoń (Bielsko-Biała), „Opinia pensjonariuszy Domu Opieki «Samarytanin» na temat ich funkcjonowania w ośrodku”; Moniki Mazurek, Krystyny Sobczyk, Beaty Naworskiej, Katarzyny Dymczyk-Ociepki, Beaty Podsiadło, Marioli Czajkowskiej, Iwony Gałązki, Violetty Skrzypulec-Plinty (Katowice – Częstochowa), „Pielęgniarstwo jako zawód w opinii samych pielęgniarek”; Barbary Mróz (Wrocław), „Koncepcja siebie u menadżerów wysokiego szczebla zarządzania w świetle koncepcji autodeterminacji R. M. Ryana i E. L. Deciego”; Beaty Ogórek-Łęczy, Barbary Gierat-Semik (Kraków), „Osobowościowe uwarunkowania wyboru form terapii w ramach profilaktyki chorób psychosomatycznych”; Magdaleny Pasińskiej, Magdaleny Kozłowskiej, Wandy Hawuły, Agaty Zdrojewskiej, Grzegorza Przybylskiego, Krzysztofa Piotrowskiego, Agaty Runge, Olgi Haus (Toruń – Bydgoszcz – Łódź – Szczecin), „Wpływ czynników genetycznych i pozagenetycznych na występowanie wad wrodzonych u dzieci matek

poddanych diagnostyce prenatalnej”; Jolanty Świdorskiej (Szczecin), „Jakość usług świadczonych w gabinetach stomatologicznych w opinii pacjentów”; Józefa Tatarczuka, Ryszarda Asienkiewicza, Artura Wandyczka (Zielona Góra), „Skład ciała młodzieży akademickiej Uniwersytetu Zielonogórskiego w świetle rytmów sezonowych”.

W kolejnej sesji „Środowiskowe uwarunkowania dobrostanu w chorobie i niepełnosprawności” duże zainteresowanie wywołały prezentacje: Grażyny Bączek, Anny Błędowskiej, Ewy Dmoch-Gajzlerskiej (Warszawa), „Czynniki warunkujące satysfakcję z porodu w warunkach szpitalnych”; Renaty Chlebowskiej, Krzysztofa Turowskiego (Biała Podlaska – Lublin), „Funkcjonowanie w środowisku osób po przebytym zabiegu operacyjnym w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego”; Aleksandry Cieślik, Joanny Bierut, Ilony Jasnos, Joanny Piwowarczyk (Katowice), „Funkcjonowanie i znaczenie grup Balinta w środowisku pielęgniarek psychiatrycznych”; Mirosława Jasińskiego,

Ewy Zienkiewicz, Joanny Dubelt, Renaty Koncewicz (Lublin), „Udary mózgu u dzieci a uwarunkowania społeczno-socjalne”; Mariana Jędrycha, Małgorzaty Polz-Dacewicz, Urszuli Rogali, Emilii Głowniak-Józefczak (Lublin – Rzeszów – Jarosław), „Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w szpitalach wśród kobiet i mężczyzn”; Macieja Kisiela, Henryka Konona, Małgorzaty Konon-Kisiel (Biała Podlaska), „Rak jądra – przegląd. Oparty naEAU Guidelines 2010”; Aleksandry Cieślik, Ilony Jasnos, Katarzyny Leszczyny, Joanny Piwowarczyk (Katowice), „Wiedza i postawy wobec chorych na schizofrenię”; Janusza Kocika, Jerzego Gawela, Marcina Niemcewicza, Izabeli Pachuty, Michała Bartoszcze (Warszawa – Puławy – Lublin), „Grypa przeszła, jak i terazniejsze zagrożenie dla populacji ludzkiej”; Dariusza Lautenbacha, Marka Bronka, Bartosza Rybaka, Alfreda Sameta, Krzysztofa Preisa (Gdańsk), „Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealyticum – izolacje z dróg rodnych u pacjentek hospitalizowanych w Klinice Położ-



Uczestnicy konferencji
w czasie obrad
w Ośrodku
Wypoczynkowym Riviera



nictwa Katedry Perinatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego”; Reginy Lorencowicz, Ewy Krzyżanowskiej, Barbary Chmielewskiej, Elżbiety Przychodźkiej, Agnieszki Brzozowskiej, Józefa Jasika, Krzysztofa Turowskiego (Lublin), „Badania akceptacji choroby u osób dorosłych chorych na padaczkę”; Barbary Mazurkiewicz, Katarzyny Chwojko, Ewy Dmoch-Gajzlerskiej (Warszawa), „Przyczyny i uwarunkowania związane z ciążą u nieletniej – studium przypadku”; Anety Opolskiej, Anieli Płotki, Krzysztofa Turowskiego (Lublin), „Wpływ diety na nastrój człowieka. Zaburzenia depresyjne w kontekście wybranych niedoborów witaminowych”; Grzegorza Przybylskiego, Anity Dąbrowskiej, Małgorzaty Bannach, Małgorzaty Pyskir, Magdaleny Pasińskiej, Ryszarda Gołdy, Jerzego Pyskiry, Aleksandry Gadzińskiej (Toruń – Bydgoszcz – Świeć), „Badanie zależności między wiedzą o astmie a jakością życia u chorych na astmę oskrzelową leczonych w Poradni Alergologicznej”; Stanisławy Spisackiej, Barbary Sokolowskiej, Diany Piaszczyk, Danuty Pawlik (Biała Podlaska), „Rola pielęgniarki szkolnej w profilaktyce skoliozy a zachowania warunkujące dobrostan dzieci i młodzieży”; Elżbiety Stasiak, Karoliny Stasiak, Andrzeja Stanisławka (Lublin), „Główni odbiorcy

świadczeń zdrowotnych na poziomie opieki domowej długoterminowej na przykładzie województwa śląskiego i lubelskiego”; Marty Tyneckiej-Turowskiej, Iwony Halczuk (Lublin), „Rola wsparcia środowiskowego w chorobie Parkinsona”; Tadeusza Pawła Wasilewskiego (Lublin), „Subiektywna ocena wsparcia społecznego udzielanego pacjentom z półkulowymi uszkodzeniami mózgu”.

Niezwykle inspirujące były również referaty: Marioli Bidzan, Iwo-

ny Aponowicz, Aleksandry Szulman-Wardal (Gdańsk), „Specyfika oceny jakości życia wśród młodych pacjentów z chorobą reumatyczną. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące”; Izabeli Korabiewskiej, Moniki Lewandowskiej, Dariusza Białoszewskiego (Warszawa), „Wpływ szkolenia baletowego na zmiany obciążenia stóp u uczniów klas pierwszych szkoły baletowej im. Romana Turczynowicza w Warszawie”; Justyny Krzepoty (Szczecin), „Aktywność fizyczna jako czynnik warunkujący dobrostan wśród zachowań zdrowotnych młodzieży”; Stanisławy Nowak, Wandy Pilch, Dariusza Muchy, Tomasza Pałki, Teresy Muchy, Rafała Frączka (Radom), „Świadomość spożywania alkoholu wśród młodzieży ze szkół gimnazjalnych”; Anny Marii Słowik-Gabryelskiej, Anny Krajewskiej-Pędzik, Marka Lickendorfa (Szczecin), „Czekolada w diecie studentów”; Marka Jagusza (Opole), „Rola i miejsce nauczyciela wychowania fizycznego w szkolnym procesie dydaktyczno-wychowawczym”; Doroty Młyńskiej (Kalisz), „Edukacja seksualna polskich na-



Pierwsza od lewej: Bogda Swiatoniowski PhD, Annie C. Wetter PhD CSCS – obie panie są z University of Wisconsin – Stevens Point, USA, prof. Krzysztof Turowski (UM Lublin), dr Aniela Płotka (UM Lublin)

stolatków. Czy to naprawdę potrzebne?"; Beaty Ogórek-Tęczy (Kraków), „Znaczenie psychoedukacji pacjenta w kontekście psychologicznych predyspozycji do rozwoju chorób psychosomatycznych”; Krystyny Markockiej-Mączki, Michała Geneja, Andrzeja Lewandowskiego, Renaty Taboly, Krzysztofa Grabowskiego (Wrocław), „Ocena stosowanych metod chirurgicznego leczenia raka przelyku”; Jolanty Pęgiel-Kamrat, Moniki Nowalińskiej, Bernadety Schultz, Zofii Pankrac, Krzysztofa Preisa, Bogumily Kielbratowskiej, Marzeny Zarzecznej-Baran (Gdańsk – Wejherowo), „Rola pielęgniarki w zapewnieniu poprawy jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę”; Elżbiety Rutkowskiej, Piotra Kamieniaka (Warszawa – Lublin), „Wczesna kinezyterapia po stabilizacji instrumentalnej lędźwiowego kręgozmyku przedniego”; Leszka Bidzana, Beaty Dutcza, Jakuba Grabowskiego (Gdańsk), „Podejście holistyczne w terapii zaburzeń wieku podeszłego”; Moniki Lewandowskiej, Izabeli Korabiewskiej, Dariusza Białoszewskiego, Witolda Rongiesa (Warszawa), „Ocena oddziaływania przeciwbólowego laseroterapii i magnetoterapii u chorych z zespołami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa”; Grzegorza Przybylskiego, Ryszarda Pujszo, Małgorzaty Pyskir, Jerzego Pyskiry, Małgorzaty Bannach (Toruń – Bydgoszcz), „Spirometria jako jeden ze wskaźników dobrostanu fizycznego studentek Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego”; Joanny Solan, Ewy Nowackiej-Chiari, Justyny Stuly (Zielona Góra – Poznań), „Wskaźnik BMI a wybrane cechy sprawności fizycznej u kobiet”; Joanny Zapolskiej, Lucyny Ostrowskiej, Radosława Majewskiego, Agnieszki Falkowskiej, Aleksandry Zarębskiej, Andrzeja Suchanowskiego (Białystok – Gdańsk), „Programowanie indywidualnych i grupowych form zajęć fitness w terapii nadwagi



i otyłości”; Ryszarda Asienkiewicza, Józefa Tatarczuka (Zielona Góra), „Zróżnicowanie morfologiczne dzieci przedszkolnych województwa lubuskiego w świetle wybranych czynników społecznych”.

Pomimo bogatego programu naukowego nie zabrakło również okazji do spotkań i ożywionych rozmów, imprez towarzyskich oraz artystycznych, a także rekreacji. Na zewnątrz panowała cudowna pogoda – było bardzo gorąco.

W pierwszym dniu zjazdu pan Podleśniczy Sławomir Wróbel przedstawił bardzo interesującą prezentację „Dzieje Polesia wg S. Wróbla”. Historia tego terenu to wielokulturowość i cenne pozostałości w postaci starych zabudowań, wiatraków. Polesie – to rozległe bagna, ciche pustkowia, liczne kręte rzeki,

mgły snujące się nisko nad bagnami i torfowiskami oraz zwierzęta, które można spotkać wczesnym rankiem. Jest to miejsce, gdzie czas się zatrzymał. Piękno tego terenu oddawała pieśń „Polesia czar”, która towarzyszyła prezentacji. Uczestnicy konferencji zostali zainspirowani do poznawania historii krainy największych bagien w Europie.

Tego dnia wieczorem miało również miejsce spotkanie przy ognisku. Tę imprezę uświetnił Zespół Pieśni i Tańca Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie.

W 2011 roku, w okresie od 10 do 12 czerwca planowana jest kolejna międzynarodowa konferencja pod tytułem DOBROSTAN I SPOLECZYSTWO / WELLNESS AND SOCIETY.



Tancerze występującego Zespołu Pieśni i Tańca Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie

Aktualne problemy mikrobiologiczne w praktyce klinicznej

Czynniki ryzyka i strategie bakterii jako przyczyny niepowodzeń antybiotykoterapii w chirurgii

W malowniczej,
choć w tym roku groźnej
(powódź) scenerii
Kazimierza Dolnego
w Hotelu Król Kazimierz
w dniach 28-29 maja 2010
roku odbyła się
III Konferencja
Naukowo-Szkoleniowa
„Aktualne problemy
mikrobiologiczne
w praktyce klinicznej –
– Czynniki ryzyka i strategie
bakterii, jako przyczyny
niepowodzeń
antybiotykoterapii
w chirurgii”.

MGR AGNIESZKA SIKORA
MGR DAGMARA STRZELEC-NOWAK
KATEDRA I ZAKŁAD MIKROBIOLOGII LEKARSKIEJ
UM W LUBLINIE

Konferencja została zorganizowana przez Katedrę i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, I Klinikę Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego UM w Lublinie, Klinikę Ortopedii i Traumatologii UM w Lublinie, Oddział Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Numer 4 w Lublinie oraz Stowarzyszenie Przyjaciół I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej UM w Lublinie.

Swój wkład w zorganizowanie zjazdu miał również Komitet Mikrobiologii II Wydziału Polskiej Akademii Nauk oraz Sekcja Immunologii Zakażeń Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej.

Honorowy patronat nad konferencją objął JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie **prof. dr hab. Andrzej Książek**. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego oraz Naukowego konferencji był **prof. dr hab. Sławomir Rudzki** – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Transplantologii Klinicznej, kierownik I Kliniki

Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego UM w Lublinie.

Nad sprawnym przebiegiem obrad i oceną prac czuwał Komitet Naukowy konferencji, w skład którego weszli: **prof. dr hab. Maria Koziół-Montewka** – kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie, **dr hab. Andrzej Wolski** – konsultant wojewódzki w dziedzinie angiologii, ordynator oddziału Chirurgii Naczyniowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, **prof. dr hab. Tomasz Mazurkiewicz** – konsultant wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii UM w Lublinie, **prof. dr hab. Marek Niemiałtowski** – Przewodniczący Komitetu Mikrobiologii PAN i Sekcji Immunologii Zakażeń Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, kierownik Katedry Mikrobiologii i Immunologii Wydziału Weterynaryjnego Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, **prof. dr hab. Anna Przado-Mordarska** – emerytowany konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej oraz **prof. dr hab. Andrzej Dorobisz** – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej z Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Za stronę organizacyjną spotkania odpowiedzialny był komitet w składzie: **prof. dr hab. Sławomir Rudzki**, **prof. dr hab. Maria Koziół-Montewka**, **dr hab. Andrzej Wolski**, **prof. dr hab. Tomasz Mazurkiewicz**, **dr Justyna Niedźwiadek** – adiunkt Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie, **lek. Jerzy Ligęza** – wykładowca Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie, **dr n. med. Jacek Piłat** oraz **dr n. med. Zbigniew Kosut** – adiunkci



Powitanie uczestników konferencji przez prof. dr hab. Marię Koziół-Montewkę, prof. dr hab. Sławomira Rudzkiego, prof. dr hab. Tomasza Mazurkiewicza i dr hab. Andrzeja Wolskiego.

I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego UM w Lublinie.

Pomimo postępu i doskonalenia technik chirurgicznych, szerokiej wiedzy chirurgów i mikrobiologów, wysokiego standardu sal operacyjnych, profilaktyki antybiotykowej i antybiotykoterapii, zakażenia w chirurgii są nadal jednymi z głównych powikłań leczenia operacyjnego. W związku z powyższym głównym celem tegorocznej konferencji i jej myślą przewodnią była analiza wybranych czynników ryzyka i strategii bakterii, jako przyczyny niepowodzeń antybiotykoterapii w chirurgii.

Program konferencji obejmował sesję inauguracyjną, cztery sesje naukowe oraz sesję poświęconą doniesieniom uczestników przeprowadzone w ciągu dwóch dni jej trwania, z których każda poruszała bardzo istotne i zróżnicowane tematy. Obradom towarzyszyła wystawa firm farmaceutycznych oraz medycznych.

Piątkową sesję inauguracyjną otworzyli wspólnym przywitaniem uczestników i gości prowadzący: prof. dr hab. S. Rudzki oraz prof. dr hab. M. Koziół-Montewka. Na-

stępnie wykład wprowadzający sesji inauguracyjnej o tytule „Przyczyny niepowodzeń antybiotykoterapii w chirurgii” wygłosił prof. dr hab. S. Rudzki.

Prof. dr hab. M. Koziół-Montewka w kolejnej prelekcji zatytułowanej „Mikrobiologiczne aspekty niepowodzeń w antybiotykoterapii zakażeń chirurgicznych” przedstawiła bardzo ciekawy przegląd klinicznych i mikrobiologicznych przyczyn niepowodzeń w antybiotykoterapii empirycznej i celowanej stosowanej w leczeniu zakażeń u chorych operowanych. Przede wszystkim związane są one z przebiegiem procesów życiowych bakterii, ich możliwościami adaptacyjnymi, obecnością biofilmu czy komplikacjami w trakcie zabiegu. Pani Profesor podkreśliła na koniec wykładu decydujący wpływ wcześniej rozpoczętej racjonalnej empirycznej antybiotykoterapii w oparciu o rekomendacje oraz korygowanej znajomością lokalnego spektrum drobnoustrojów zakażających i ich wzorów wrażliwości na antybiotyki.

W sesji inauguracyjnej wykład zatytułowany „Kształtowanie modelu antybiotykoterapii w ciężkich

postaciach zakażeń” przedstawili **prof. dr hab. W. Gaszyński** oraz **dr A. Tokarz**, natomiast **prof. dr hab. M. Niemiałtowski** zaprezentował i w bardzo ciekawy sposób przybliżył naszym gościom problem „Aktywacji latentnych zakażeń wirusowych u chorych operowanych”.

Drugiej, piątkowej sesji: „Zakażenia biomateriałów jako przyczyna niepowodzeń w antybiotykoterapii” przewodniczyli **prof. dr hab. E. A. Trafny** (kierownik Zakładu Mikrobiologii i Epidemiologii Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie) oraz **prof. dr hab. T. Mazurkiewicz** (kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii SPSK 4 w Lublinie). Pierwszy z prelegentów – **prof. dr hab. W. Marczyński** (Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego) omówił skrupulatnie problem zakażeń biomateriałów, jako bezpośrednią przyczynę niepowodzeń antybiotykoterapii. Wykład ten wywołał duże zainteresowanie i ożywienie wśród naszych gości. Kolejny z wykładowców **prof. dr hab. Z. Dudkiewicz** z Kliniki Chirurgii Ręki UM Łódź, zapoznał nas z efektywnością antybiotykoterapii i immunoterapii w leczeniu złamań otwartych narządu ruchu. **Dr P. Matras** z I Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnościowego UM w Lublinie zaprezentował bardzo ciekawy i szczegółowy wykład dotyczący „Zakażeń cewników naczyniowych”.

Kolejne trzy prelekcje dotyczyły biofilmu – struktury biologicznej tworzonej przez drobnoustroje, sposobów komunikowania się komórek mikroorganizmów wewnątrz biofilmu oraz problemów z jego eradycją. W tym temacie głos zabrali: **prof. dr hab. E. A. Trafny** – „Rola cząsteczek komunikacyjnych w biofilmie bakteryjnym – nowe substancje przeciwbakteryjne”, **prof. dr hab. B. Różalska** – „Zapobiega-

nie powstawaniu biofilmów – perspektywiczne strategie ich eradycji” oraz **mgr A. Bartler** z firmy Baxter, jednego ze sponsorów konferencji „Zwalczanie biofilmu technologią nanosrebra – zabezpieczenie łącznikiem przeciwbakteryjnym dostępu żylnego do 7 dni”.

Po krótkiej przerwie posileni „królewskim” obiadem w malowniczo położonym Hotelu Król Kazimierz uczestnicy powrócili na kolejne wykłady sesji III dotyczącej niedokrwienia jako przyczyny niepowodzeń w antybiotykoterapii. Prowadzącymi tej sesji byli **dr hab. A. Wolski** oraz **prof. dr hab. E. Gospodarek** (kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy).

Prof. dr hab. T. Guzik w swej prelekcji przedstawił wykład o roli śródbłonna w zakażeniach, natomiast **dr hab. A. Wolski** przedstawił ważny problem niedokrwienia kończyn. W sesji tej swoje wykłady wygłosili również **prof. E. Gospodarek** „Tkanka martwicza – znaczenie drobnoustrojów, dystrybucja antybiotyków” oraz **dr B. Sadowska** „Zaburzenia równowagi reakcji obronnych jako czynnik ryzyka rozwoju zakażeń rany”. Piątkową sesję zakończył **dr G. Mix** z firmy Bruker przedstawiając nowy sposób identyfikacji bakterii w XXI wieku, oparty na analizie spektrograficznej przy użyciu urządzenia MALDI Biotyper.

Pierwszy, owocny dzień konferencji zwińczyło spotkanie towarzyskie w restauracji „Dom Michalaków” – miejscu położonym w sercu Kazimierza Dolnego z pięknym widokiem na górę Trzech Krzyży. Wieczór uświetnił swoim występem zespół „Rzeszów Klezmer Band”. Do późnych godzin nocnych rozbrzmiewały nuty muzyki przeplatane wesołymi rozmowami uczestników i gości Naszej konferencji.

Następnego poranka wypoczęci uczestnicy oraz organizatorzy przy-

stąpili z nowymi siłami do pracy drugiego, a zarazem ostatniego dnia konferencji. Sobotnie obrady rozpoczęła sesja dotycząca immunosupresji jako przyczyny niepowodzeń w antybiotykoterapii pod przewodnictwem **prof. dr hab. S. Rudzkiego** oraz **prof. dr hab. Z. Grucy**. Jako pierwszy wystąpił **prof. dr hab. S. Rudzki** („Immunosupresja stosowana w transplantacji narządów a niepowodzenia w antybiotykoterapii”), który rozbudził w słuchaczach zainteresowanie tematem. Kolejne wystąpienia dostarczały licznych wiadomości i nowych doniesień dotyczących zależności immunosupresja - antybiotykoterapia. Swoje referaty w tej sesji wygłosili również **dr M. Pacholczyk** („Ryzyko zakażeń grzybiczych w chirurgii transplantacyjnej (wytyczne IDSA 2009)”), **dr M. Bartoszewicz** („Monitorowanie powikłań w antybiotykoterapii – grzybice – aspekt kliniczny i mikrobiologiczny”), **dr A. Łukaszewska** („Indeks PK/PD, a skuteczność antybiotykoterapii u chorych w immunosupresji”), **mgr E. Ochman** („Kolonizacja jako potencjalne źródło grzybicy układowej”) oraz **dr P. Matras** („Total Parenteral Nutrition a zakażenia w chirurgii”). Prace mgr E. Ochman oraz dr A. Łukaszewskiej zostały wyróżnione spośród wszystkich prezentowanych podczas konferencji.

Pierwsza prezentacja – E. Ochman dotyczyła kolonizacji, jako potencjalnego źródła grzybic układowych. Prelegentka podkreśliła kosmopolityczność grzybów, w tym również ich obecność zarówno na skórze, jak i w układach organizmu człowieka. Kolonizacja grzybami dotyczy zwłaszcza pacjentów z drenażem limfatycznym oraz żywionych parenteralnie i polega na formowaniu przez grzyby z rodzaju *Candida*, *Aspergillus* czy *Geotrichum* biofilmu. E. Ochman zwróciła uwagę na rolę profilaktyki oraz diagnostyki w uzyskaniu wia-

rygodnego wyniku mikrobiologicznego. Kolejna wyróżniona praca poruszała problem antybiotykoterapii u pacjentów w immunosupresji. Autorka zaznaczyła istotność parametrów farmakokinetycznych oraz farmakodynamicznych (indeks PK/PD) na skuteczność leczenia. Według dr. A. Łukaszewskiej w terapii zakażeń szpitalnych podstawową rolę odgrywa monitorowanie oraz wiedza dotycząca epidemiologii szczepów charakterystycznych dla danego szpitala i poszczególnych oddziałów.



Mgr Elżbieta Ochman

Sesja V – „Zdarzenia niepożądane w chirurgii jako czynnik ryzyka niepowodzeń w antybiotykoterapii” to cykl wykładów pod patronatem Złotego Sponsora Konferencji – Firmy Ethicon J&J. Przewodnictwo sesji objęli **prof. dr hab. A. Dziki** (Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich) i **prof. dr hab. W. Rudnicka** (kierownik Katedry Immunologii i Biologii Infekcyjnej Uniwersytetu Łódzkiego). Po trzech wykładach naukowych: **prof. dr hab. A. Dziki** („Zdarzenia niepożądane w chirurgii”), **prof. dr hab. A. Dorobisz** („Niedokrwienie jelit”) oraz **prof. dr hab. J. Meszaros** („Nowe problemy w leczeniu zakażeń gronkowcowych i enterokokowych – przyjęte poglądy i kontrowersje”) przyszedł

czas na doniesienia uczestników konferencji. Stanowiły je następujące prace: „Różnorodność infekcji bakteryjnych u dzieci leczonych z powodu wodogłowia, a nabyte zakażenia szpitalne” (**M. Borówka**, Kraków), „Poziom żelaza w surowicy krwi chorych na zapalenie otrzewnej” (**M. Dolecki**, Kraków), „Analiza zakażeń ran pooperacyjnych u chorych leczonych z powodu przepukliny w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu” (**R. Chrzan**, Wrocław), „Ana-

liza szpitalnych zakażeń wewnątrzbrzusznych w aspekcie spektrum drobnoustrojów i ich wrażliwości na antybiotyki rekomendowane w ich leczeniu” (**M. Montewka**, Lublin), „Inwazyjna choroba meningokokowa – opis przypadku, zasady postępowania w szpitalu” (**Z. Ko-**

sut, Lublin), „Wpływ zdolności do tworzenia biofilmu przez *S.epidermidis* i *Enterococcus spp.* na przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów leczonych kardiochirurgicznie” (**A. Bilewska**, Warszawa), „Skuteczność mykafunginy w leczeniu inwazyjnej kandydozy u 6-miesięcznego niemowlęcia – opis przypadku” (**A. Bartkowska-Śniatkowska**, Poznań).

Zamknięcie części wykładowej konferencji stanowiła sesja VI zatytułowana: „Wstrząs septyczny przyczyną niepowodzeń w antybiotykoterapii”. Przewodnictwo objęli: **prof. dr hab. W. Gaszyński** oraz **prof. dr hab. A. Przondo-Mordarska**. Sesję rozpoczęła prelekcja **prof. dr hab. J. Grzybowski**

dotycząca immunologii wstrząsu septycznego. Profesor omówił najważniejsze zagadnienia związane z reakcją SIRS, zwracając uwagę na groźne konsekwencje w postaci sepsy oraz wstrząsu septycznego. Kolejny wykład zaprezentowany przez **prof. dr hab. A. Przondo-Mordarską** dotyczył problemów w zdiagnozowaniu czynników etiologicznych sepsy, a także trudności w antybiotykoterapii zakażeń w chirurgii. Wynikają one nie tylko z rodzaju mikroorganizmów, ale też ze stanu chorego oraz jego odpowiedzi immunologicznej. Pani Profesor zwróciła szczególną uwagę na czynniki utrudniające diagnostykę sepsy, m.in. stany kliniczne u noworodków, sepsy wielobakteryjne lub naprzemiennie, bardzo małą liczbę bakterii we krwi, czy gorączki o nieznanym pochodzeniu.

Ostatnie wystąpienie podczas III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej należało do **dr B. Kowalskiej-Krochmal**. Prelegentka wygłosiła wykład zatytułowany „Znaczenie szybkiej i bezpośredniej diagnostyki mikrobiologicznej krwi w podejmowaniu trafnej i optymalnej antybiotykoterapii”, zwracając uwagę na zakażenia uogólnione zwłaszcza u chorych z oddziałów intensywnej terapii, hematologicznych czy onkologicznych.

O trafnym wyborze tematyki konferencji świadczy duże zainteresowanie uczestników, przejawiające się licznymi pytaniami do referentów oraz komentarze wynikające z własnych doświadczeń. W zjeździe brało udział około 450 osób – lekarzy i mikrobiologów klinicznych.

Pełne teksty prac prezentowane na konferencji, ich streszczenia oraz doniesienia uczestników zostały opublikowane w ogólnopolskim czasopiśmie SEPSIS.

Zorganizowanie III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej było możliwe dzięki zaangażowaniu i pomocy finansowej firm farmaceutycznych.



Uczestnicy konferencji





Stoiska firm farmaceutycznych

Podziękowania należą się: Ethicon – Johnson & Johnson, MSD, Pfizer, Sanofi – Aventis, Alab Laboratoria, Astellas, AstraZeneca, Baxter, BioMerieux, Biomet, BioRad, Bristol Mayer-Squibb, Bruker, Eusa Pharma, GlaxoSmithKline, Grasso, Hand Prod, Paul Hartmann, Nutrica, Polfa Tarachomin, Roche oraz Stryker.

W związku z dużym zainteresowaniem uczestników tematyką konferencji organizatorzy planują kolejne spotkanie naukowo – szkoleniowe z cyklu „Aktualne problemy mikrobiologiczne w praktyce klinicznej” w przyszłym roku, które odbędzie się w ostatni weekend maja w Kazimierzu Dolnym.

Organizatorzy pragną podziękować również osobom tworzącym biuro organizacyjne konferencji, do którego należeli: dr Małgorzata Tokarska-Rodak, dr Jolanta Paluch-Olech, inż. Wanda Pyszna, Anna Jaśkowska, Agata Szczuchniak, mgr Dagmara Strzelec-Nowak, mgr Małgorzata Koziół oraz mgr Iwona Jaworska-Gromaszek.



Miejsce obrad



Od lewej: inż. Wanda Pyszna, dr Elżbieta Mazur, dr Justyna Niedźwiadek, dr Małgorzata Tokarska-Rodak, Anna Jaśkowska, mgr Iwona Jaworska-Gromaszek, mgr Małgorzata Koziół, mgr Dagmara Strzelec-Nowak

Postępy neurologii

Kolejna, szósta edycja Międzynarodowego Kursu Szkoleniowego organizowanego w ramach International Danube Symposium for Neurological Sciences and Continuing Education w Kazimierzu Dolnym na stałe wpisała się w kalendarz dorocznych spotkań dla neurologów z Polski oraz innych krajów europejskich. Jest to znaczące wydarzenie przede wszystkim pod względem naukowym, ale również towarzyskim, które umożliwia wymianę doświadczeń oraz pomaga zacieśniać współpracę pomiędzy ośrodkami w regionie Europy Środkowowschodniej.

DR MED. MARIA PILARCZYK
KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII
UM W LUBLINIE

Pomimo że termin spotkania przypadł w okresie bardzo trudnym dla rejonu Powiśla, i lokalne społeczeństwo walczyło jeszcze ze skutkami tegorocznej powodzi, to jednak konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem, ponad 400 osób przybyło do Kazimierza Dolnego.

Uroczyste otwarcie konferencji miało miejsce w dniu 10 czerwca 2010 r. o godz. 9 z udziałem **prof. Zbigniewa Stelmasiaka** przewodniczącego komitetu organizacyjnego oraz zaproszonych gości: **prof. Franza Gerstenbranda** z Wiednia

(honorowego prezydenta International Danube Symposium Society) oraz **prof. Laszlo Vécsei** z Budapesztu.

Tuż po ceremonii otwarcia rozpoczął się napięty program naukowy rozłożony na dwa dni intensywnych wykładów i warsztatów.

Pierwsza sesja tzw. **President Session**, której przewodniczyli **prof. Franz Gerstenbrand**, **prof. Laszlo Vécsei** i **dr hab. Konrad Rejdak**, prowadzona była w języku angielskim i poświęcona była wiodącym zagadnieniom współczesnej neurologii. Honorowe wykłady (*Danube Lectures*) wygłosili kolejno: prof. Amos Korczyn z Izraela, który omawiał zagadnienia medycyny opartej na dowodach (*Evidence based/biased medicine*), prof. Laszlo Vécsei, który scharakteryzował ostatnie odkrycia dotyczące

patofizjologii migreny (pt.: *Migraine is a neuronal disorder: therapeutic considerations*) oraz prof. David Russel z Norwegii, który omawiał nowoczesne metody terapii udaru mózgu (pt.: *The treatment of acute ischemic stroke – now and the future*).

Kolejna sesja w programie poświęcona była zagadnieniom neurorehabilitacji. Wykładowcami byli: F. Gerstenbrand, który poruszał zagadnienia zaburzeń w zakresie kręgosłupa szyjnego, dr E. M. Hagen z Norwegii która omówiła wyniki leczenia po uszkodzeniu rdzenia kręgowego na bazie doświadczeń własnych oraz prof. Domańska-Janik, która przedstawiła aktualne osiągnięcia w zakresie zastosowania komórek macierzystych w terapii schorzeń neurologicznych.

Znaczną część Konferencji poświęcono stwardnieniu rozsianemu. Stwardnienie rozsiane (SR) jest autoimmunologiczną chorobą układu nerwowego i występuje głównie u ludzi młodych. Jej istotą jest wieloogniskowe, rozsiane uszkodzenie układu nerwowego, co prowadzi do pojawienia się dysfunkcji różnych struktur ośrodkowego układu nerwowego.

Wykłady dotyczące SR podzielono na dwie sesje tematyczne. Pierwsza dotyczyła diagnostyki i nowych trendów w terapii stwardnienia rozsianego, a przewodniczyli jej prof. K. Selmaj, i prof. J. Kotowicz. W pierwszym wykładzie prof. Selmaj omówił perspektywy nowych terapii tego schorzenia. Jest to bardzo istotna problematyka, ponieważ dotąd nie ma w pełni skutecznego leczenia SR, a poszukiwanie nowych skutecznych terapii w SR jest aktualnie jednym z najintensywniej rozwijanych problemów badawczych w neurologii. Kolejny wykład poświęcony był diagnostyce płynu mózgowo-rdzeniowego w rozpoznawaniu stwardnienia rozsianego. Wykładowca, prof. J. Losy skupił się na ocenie immunologicznych parametrów płynu mózgowo-rdzeniowego, co wg aktualnych kryteriów diagnostycznych jest niezbędne do prawidłowego ustalania diagnozy. Równie istotna w ustalaniu diagnozy pewnego SR jest diagnostyka elektrofizjologiczna. Ten problem został bardzo interesująco omówiony przez prof. J. Kotowicza.

Tradycyjnie dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja dotycząca aktualnych metod terapii stwardnienia rozsianego. Przewodniczyli jej **prof. J. Losy i dr hab. H. Bartosik-Psujek.**

W pierwszym wykładzie prof. Z. Stelmasiak bardzo interesująco omówił preparaty doustne, które mogą być stosowane w leczeniu stwardnienia rozsianego. Jest to bardzo oczekiwana przez pacjentów forma przyjmowania leków, po-

nieważ obecnie dostępne terapie są stosowane w formie iniekcji. Wśród najnowszych leków, które uzyskały rejestrację w terapii SM ważne miejsce zajmuje Cladrybina. Pionierskie badania oceniające jej skuteczność prowadzone były w Klinice Neurologii w Lublinie pod kierunkiem prof. dra hab. Zbigniewa Stelmasiaka (od 1994 r.) i zostały potwierdzone przez inne ośrodki na świecie, co doprowadziło do praktyki klinicznej. Różne aspekty aktualnie obowiązujących standardów leczenia immunomodulacyjnego omówiła wyczerpująco **dr hab. H. Bartosik-Psujek, a dr K. Mitosek-Szewczyk** przedstawiła zasady leczenia agresywnych postaci stwardnienia rozsianego. Wszystkie wykłady sesji terapeutycznej zawierały bardzo dużo informacji praktycznych.

Dalszą częścią programu była sesja dotycząca bólów i zawrotów głowy prowadzona **przez prof. Teofana Domżała, prof. Adama Stępnia i dr Krystynę Mitosek-Szewczyk.** Zostały przedstawione cztery prace. Pierwszy wykład „Czy migrena jest czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych” przedstawił prof. Adam Stępień. Powiedział, że **osoby cierpiące na bóle migrenowe są dwukrotnie bardziej narażone na zawał serca i mają podwyższone ryzyko udaru mózgu.** Zapobieganie atakom migreny może zredukować ryzyko sercowo-naczyniowe. Mechanizm wiążący migreny z aurą, z chorobami sercowo-naczyniowymi pozostaje niewyjaśniony i prawdopodobnie jest dosyć złożony. Niektórzy badacze sugerują udział w incydentach naczyniowych tzw. rozprzestrzeniającej się depresji korowej, która jest przyczyną aury migrenowej. Ponadto wiadomo też, że migreny są czynnikiem ryzyka, m.in. nadciśnienia, hiperlipidemii i cukrzycy, które z kolei sprzyjają zawałom serca i udarom mózgu. Są to znane czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Zdaniem naukowców, migreny i schorzenia układu krąże-

nia mają jakiś wspólny mechanizm rozwoju. Być może są to zaburzenia w funkcjonowaniu śródbłonna, tj. warstwy komórek wyścielającej naczyń krwionośne.

Następny wykład „Szyjne zawroty głowy – czy są rzeczywiście” przedstawił prof. Teofan Domżał. Zauważył, że szyjnopochodne zawroty są wieloczynnikowym zespołem objawowym. Nasilenie zawrotów głowy jest zmienne, o różnym okresie trwania. Za powstawanie szyjnopochodnych zawrotów głowy odpowiedzialne są różne czynniki, predysponują zmiany wrodzone kręgosłupa szyjnego, często powstają po urazie odgięciowym kręgosłupa, ale za powstawanie zawrotów głowy szyjnopochodnych mogą być również odpowiedzialne inne czynniki. Objawy mają tendencję do utrzymywania się przez szereg miesięcy. Badania diagnostyczne, w tym klasyczne badania radiologiczne i badania MRI odcinka szyjnego najczęściej nie ujawniają zmian. **Powody 30 procent zawrotów głowy pozostają tajemnicą. To znaczy, że pacjent nie otrzyma wyjaśnienia źródła swoich dolegliwości, nie dowie się, dlaczego kręci mu się w głowie.**

Zagadnienia związane z problemami diagnostyki zawrotów głowy omówiła dr Anna Szczepańska-Szerej z Kliniki Neurologii UM w Lublinie. Zawroty głowy stanowią częstą skargę pacjentów zarówno w praktyce ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Nie jest to jednak prosty temat diagnostyczny. Przede wszystkim jest to bardzo niejednorodna grupa dolegliwości, relacjonowana przez pacjentów w różny i mało precyzyjny sposób. Dodatkowo, sama ocena zaburzeń jest trudna do zobiektywizowania w badaniu lekarskim i opiera się głównie na subiektywnej ocenie pacjenta. Nie wiadomo również do końca, gdzie przebiega czynniosciowa granica pomiędzy zawrotami typu układowego i nieukładowego i czy pokrywa się ona z granicą ana-

tomiczną? Nie ma też testu, który użyty do oceny błędnika pozwoliłby na całkowite wykluczenie wpływu ośrodkowego układu nerwowego. Dlatego w diagnozowaniu przyczyn zawrotów głowy należy duży nacisk położyć na dokładny wywiad. Szczegółowy wywiad dotyczący typu objawów, ich początku, czasu trwania, związku z ruchami głowy i współistniejącymi innymi objawami może ułatwić określenie lokalizacji uszkodzenia i wskazać na odpowiedni dobór badań diagnostycznych.

W wykładzie pt. „Diagnostyka ultrasonograficzna zawrotów głowy” dr Joanna Wojczal omówiła możliwości diagnostyki naczyniowych przyczyn zawrotów głowy za pomocą badania ultrasonograficznego. Ostre epizody zawrotów głowy mogą być spowodowane zmianami patologicznymi w tętnicach kręgowych lub tętnicy podstawnej, a także w tętnicy podobojczykowej. Do najczęstszych patologii należą: zwężenia miażdżycowe lub niedrożności tętnicy podobojczykowej, z zespołami podkradania powyżej III stopnia w tętnicy kręgowej, zatory i zakrzepice tętnic kręgowych oraz tętnicy podstawnej, zmiany miażdżycowe, rozwarstwienia i zapalenia tych tętnic. Tęgo typu zmiany można wstępnie zdiagnozować za pomocą badań ultrasonograficznych dupleksowych tętnic kręgowych wewnątrzczaszkowych oraz ultrasonograficznego badania przezczaszkowego. Na podstawie konstelacji zmian hemodynamicznych w tętnicach domózgowych oraz w tętnicach na podstawie mózgu można również precyzyjnie zdiagnozować źródło dolegliwości i lepiej zakwalifikować pacjentów do ewentualnych zabiegów udroźnienia tętnicy podobojczykowej lub kręgowej.

Drugi dzień Konferencji poświęcony był w całości padaczce. W godzinach przedpołudniowych odbyły się dwie sesje. Pierwsza z nich była w całości poświęcona leczeniu

operacyjnemu padaczki. **Profesor G. Bauer z Austrii**, wybitny specjalista zajmujący się problemami leczenia chirurgicznego padaczki, przedstawił niezwykle istotny problem organizacji tworzenia oddziałów leczenia operacyjnego pacjentów cierpiących na padaczkę. W oparciu o własne doświadczenia, w sposób niezwykle przejrzysty zaprezentował etapy procesu diagnostycznego potrzebne do podjęcia ostatecznej decyzji co do leczenia operacyjnego, a także wypunktował trudności, na jakie można napotkać przy tworzeniu oddziałów neurochirurgicznych specjalizujących się w leczeniu padaczki.

Następny wykładowca, dr n. med. Andrzej Rysz z Warszawy, przedstawił kliniczne efekty leczenia operacyjnego padaczki w oparciu o doświadczenia z Kliniki Neurochirurgii w Warszawie. Wczesna i precyzyjna diagnostyka, zwłaszcza połączenie badań elektrofizjologicznych i neuroobrazujących, stanowi kluczowy element decydujący o sukcesie leczenia operacyjnego padaczki.

Druga sesja poranna była poświęcona problematyce leczenia farmakologicznego padaczki. Dr n. med. Barbara Chmielewska z Kliniki Neurologii UM w Lublinie przedstawiła zasady wyboru leku

Istnieje pilna potrzeba precyzyjnego określenia definicji padaczki lekoopornej, ponieważ wiąże się to bezpośrednio z możliwością zastosowania określonych opcji terapeutycznych zarezerwowanych dla tego typu padaczek.

Kolejny wykład wygłosił dr P. Kunert z Warszawy i przedstawił aktualne metody leczenia operacyjnego padaczki odpornej na leczenie farmakologiczne. Leczenie chirurgiczne padaczki lekoopornej jest obecnie opcją terapeutyczną, która dzięki poszerzeniu wskazań do podjęcia takiego postępowania, coraz wcześniej od momentu rozpoznania znajduje swoje zastosowanie. Dzięki doskonaleniu metod diagnostycznych ustalających lokalizację ogniska padaczkorodnego, metody rozległych resekcji zastąpione są niezwykle precyzyjnymi metodami resekcji ogniska padaczkorodnego, czy, w przypadkach szczególnych, stymulacją nerwu błędnego. Wykład był poparty doskonałej jakości zdjęciami z pola operacyjnego.

pierwszego rzutu w leczeniu napadów padaczkowych. Ponownie została podkreślona niezwykle ważna rola właściwego przeprowadzenia postępowania diagnostycznego, postawienia prawidłowego rozpoznania typu napadów i rodzaju padaczki. Dopiero w dalszej kolejności wybór leku dostosowanego do postawionego rozpoznania, a w wyborze tym pomocne są stale aktualizowane zalecenia grup ekspertów. Profesor Stanisław Czuczwar z Katedry i Zakładu Patofizjologii UM w Lublinie przedstawił wykład, w którym zajął się problemem monitorowania stężenia leków przeciwpadaczkowych w surowicy krwi. Stężenie leku w surowicy zależy od wielu zmiennych, które mogą modyfikować te wartości. Jednocze-

śnie, w odniesieniu do leków nowej generacji, to odpowiedź kliniczna oraz niewystępowanie objawów niepożądanych jest bardziej użytecznym wskaźnikiem optymalnego leczenia przeciwpadaczkowego. Profesor Joanna Jędrzejczak z Warszawy przedstawiła nowe koncepcje definicji padaczki lekoopornej. Istnieje pilna potrzeba precyzyjnego i jednoznacznego określenia definicji padaczki lekoopornej, ponieważ wiąże się to bezpośrednio z możliwością zastosowania określonych opcji terapeutycznych zarezerwowanych dla tego typu padaczek. Jest to kluczowe zagadnienie, zwłaszcza w świetle problemów związanych z refundacją leczenia lekami nowej generacji. Docent Konrad Rejda z UM w Lublinie przedstawił szereg nowych opcji terapeutycznych padaczki, które aktualnie znajdują się w fazie badań. Rozległość działań skierowanych na poszukiwanie nowych leków przeciwpadaczkowych świadczy o dużych potrzebach z tym związanych oraz o niedoskonałości dotychczas oferowanego leczenia.

Po obiedzie odbyły się dwie kolejne sesje, pierwsza poświęcona zespołom padaczkowym, druga poruszała problemy padaczki i schorzeń współistniejących.

Sesja padaczkowa pod przewodnictwem **prof. J. Majkowskiego, Z. Stelmasiaka i dr. hab. K. Rejda** była zatytułowana „Zespoły padaczkowe – diagnostyka i leczenie”.

Pierwszy wykład na temat „Padaczka w okresie menopauzy” przedstawiła dr n. med. Iwona Haleczuk. Zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety w okresie przekwitania nie pozostają bez wpływu na przebieg kliniczny padaczki. Na zmianę przebiegu klinicznego choroby mają wpływ także zmiany zachodzące w organizmie, typowe dla podeszłego wieku – jak spadek metabolizmu wątrobowego, zmniejszenie wydalania nerkowego, zmniejszenie absorpcji leków przeciwpadaczkowych w obrębie prze-

wodu pokarmowego, obniżenie poziomu białek w surowicy krwi oraz interakcje pomiędzy stosowanymi lekami.

W okresie menopauzy obserwuje się także szereg zmian w układzie kostnym, które zależą od zmian hormonalnych, ale także mogą być następstwem działań ubocznych stosowanych leków przeciwpadaczkowych. Wzrost katabolizmu witaminy D, przyspieszenie metabolizmu kostnego, zaburzenia absorpcji jelitowej wapnia czy też wzrost wydalania wapnia i fosforu z moczem wskutek dysfunkcji kanałków nerkowych, to zasadnicze działania leków przeciwpadaczkowych mogące prowadzić do osteomalacji i osteoporozy. Działanie niektórych leków przeciwpadaczkowych nowej generacji, np. Okskarbazepiny, na podstawie dotychczas dostępnych badań wydaje się wywierać mniej niekorzystny efekt na strukturę układu kostnego niż działanie leków klasycznych.

Hormonalna terapia zastępcza, która jest zalecana w profilaktyce osteoporozy u kobiet w okresie menopauzy, może istotnie zwiększać ryzyko zaburzeń napadowych zarówno na drodze prodrógawkowego działania estrogenów, jak również wskutek zwiększenia metabolizmu leków przeciwpadaczkowych. Zawsze więc w sytuacji konieczności jej zastosowania u kobiet z padaczką istnieje potrzeba modyfikacji dawek leków przeciwpadaczkowych.

Kolejny wykład na temat „Napaady częściowe – właściwe rozpoznanie – właściwe leczenie” przedstawiła dr n. med. Krystyna Niedzielska. Niekiedy zdarzają się pomyłki w rozpoznaniu napadów częściowych i uogólnionych, które mogą przyczynić się do niepowodzenia w terapii. Zastosowanie, np. karbamazepiny w padaczce mioklonicznej może spowodować zwiększenie liczby zaburzeń napadowych. Dlatego tak ważne jest właściwe przeprowadzenie procesu diagnostycz-

nego. Profesor Barbara Steinborn z Poznania i dr n. med. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska z Gdańska przedstawiły w debacie problem pacjenta z padaczką miokloniczną. Padaczka miokloniczna jest zespołem chorobowym, który, rozpoczynając się w wieku dziecięcym, trwa nadal w wieku dorosłym. Z innymi problemami u tego samego chorego będzie borykał się neurolog dziecięcy, z innymi zaś neurolog wieku dorosłego. Znajomość specyfiki tego zespołu chorobowego może pozwolić na skuteczniejszą i bardziej bezpieczną terapię.

W ostatniej sesji profesor Danuta Ryglewicz z Warszawy omówiła problem padaczki i chorób somatycznych w populacji osób dorosłych. Docent Barbara Blaszczyk z Kielc przedstawiła problem współistnienia padaczki i zaburzeń poznawczych, mogących być z jednej strony skutkiem choroby, z drugiej zaś postępowania terapeutycznego. Dr Piotr Dropko z Kliniki Neurologii z Lublina przedstawił, na podstawie własnych obserwacji, zjawisko występowania wzorców periodycznych w zapisach EEG u pacjentów hospitalizowanych w sali intensywnego nadzoru. Ostatni wykład wygłosiła dr n. med. Marta Kaczynska-Hala dyj na temat zaburzeń psychicznych pojawiających się w grupie dzieci i młodzieży z padaczką.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem, a tym samym świadczyła pełną funkcję w czasie prezentacji i ożywionego dyskusji na koniec sesji. W trakcie konferencji prowadzona była zbiórka pieniędzy dla ośrodka powodzi jako spontaniczny gest solidarności z osobami poszkodowanymi. Mamy nadzieję, że kolejna edycja konferencji odbywać się będzie w bardziej pomyslnych okolicznościach dla pięknego regionu Kazimierza Dolnego.

Problem interdyscyplinarny

Zespół metaboliczny u kobiet

**XIV Sympozjum
Sekcji Gestozy
i Nadciśnienia
w Cięży Polskiego
Towarzystwa Gine-
kologicznego
odbyło się
w dniach
4-6 czerwca
2010 roku
w Kazimierzu
Dolnym.**

**DR N. MED. ELŻBIETA
PONIEDZIAŁEK-CZAJKOWSKA**
KATEDRA I KLINIKA POŁOŻNICTWA
PERINATOLOGII
UM W LUBLINIE

Pracami Komitetu Organizacyjnego i Naukowego Sympozjum kierowała **prof. dr hab. Bożena Leszczyńska-Gorzela**k, Przewodnicząca Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Cięży Polskiego

Towarzystwa Ginekologicznego. Sympozjum zgromadziło blisko trzystu uczestników z całej Polski, specjalistów nie tylko położnictwa i ginekologii, ale także anestezjologii, endokrynologii i kardiologii. Swoją obecnością zaszczylił Sympozjum **prof. dr hab. Ryszard Poręba** – Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz **prof. dr hab. Przemysław Oszukowski** – Prezes-Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Obecny był również **profesor dr hab. Stanisław Radowski** – Konsultant Krajowy ds. Ginekologii i Położnictwa i **prof. dr hab. Witold Malinowski** – Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Gemelologicznego. Gościem specjalnym była **prof. Miriam Katz** z Izraela. Wśród zaproszonych gości znaleźli się wybitni eksperci o ogromnym autorytecie naukowym i klinicznym, reprezentujący wszystkie ośrodki akademickie w kraju, których udział uświetnił Sympozjum.

Po raz kolejny rozszerzona została tematyka Sympozjum, wy-

chodząc poza problemy związane wyłącznie z ciążą i jej powikłaniami. Tematem wiodącym tego rocznego Sympozjum był zespół metaboliczny jako problem interdyscyplinarny u kobiet. Podjęcie tego problemu podyktowane było stale zwiększającą się liczbą kobiet, również w wieku rozrodczym i ciężarnych, obarczonych otyłością i jej konsekwencjami.

Celem XIV Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Cięży PTG było wyeksponowanie wielowymiarowego charakteru zespołu metabolicznego u kobiet w każdym okresie życia. Jego wyodrębnienie jako stanu patologicznego umożliwia prowadzenie badań nad genetycznie uwarunkowaną podatnością na jego rozwój, lepsze zrozumienie zachodzących w nim procesów patofizjologicznych oraz wprowadzenie skutecznych metod profilaktyki i leczenia. Zespół metaboliczny, którego podstawowymi cechami jest oporność na insulinę, otyłość brzuszna, zaburzenia lipidowe oraz zaburzenie funkcji śródbrzońka.

w istotny sposób wpływa na zdrowie kobiety w każdym wieku. Należy podkreślić także znaczenie zespołu metabolicznego u matki dla zdrowia przyszłego potomstwa. Stąd w programie Sympozjum znalazły się wykłady na temat patogenezy zespołu metabolicznego, powikłań ciąży i porodu oraz zaburzeń ginekologicznych u otyłych kobiet. Zaproszeni przez Organizatorów wykładowcy-eksperti przedstawili najnowsze osiągnięcia dotyczące znaczenia, rozwoju, rozpoznawania i leczenia zespołu metabolicznego u kobiet oraz jego profilaktyki, a także własne doświadczenia kliniczne. Opieka interdyscyplinarna nad tą grupą pacjentek jest już standardem: różnorodne i skomplikowane sytuacje kliniczne stwarzają konieczność ścisłej współpracy wielospecjalistycznych zespołów, a nadrzędnym celem ich działania jest zapewnienie kobiecie z zespołem metabolicznym w każdym okresie jej życia i jej potomstwu najlepszej opieki i bezpieczeństwa. Perinatologia staje więc przed wyzwaniem połączenia sztuki położniczej ze specjalistyczną wiedzą z zakresu innych dyscyplin i trend ten znalazł odzwierciedlenie w tematyce XIV Sympozjum.

W ramach XIV Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Cięży odbyły się cztery sesje wykładowe, w czasie których zaprezentowano 22 wykłady.

Pierwszy dzień obrad został poświęcony w całości problemowi zespołu metabolicznego. Wykład inauguracyjny pt. „Definicja i rozpoznawanie zespołu metabolicznego” wygłosiła **prof. dr**



hab. Bożena Leszczyńska-Gorzelak, która przedstawiła kryteria diagnostyczne, zmiany patofizjologiczne oraz związek zespołu metabolicznego z ciążą. Prezentacja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem zgromadzonych gości i uczestników Sympozjum tak ze względu na jej wymiar merytoryczny, jak i sposób przedstawienia. **Profesor dr hab. Alfred Reroń** zaprezentował historię badań zespołu metabolicznego. Szeroko zostało omówione w trzech wykładach zna-

czenie zespołu metabolicznego w kontekście cukrzycy ciążyowej i preeklampsji, a także zaburzeń metabolizmu wewnątrzmacicznego i programowania płodowego jako przyczyny chorób przewlekłych (wykłady **prof. dr hab. Ewy Wender-Ożegowskiej**, **prof. dra hab. Mirosława Wielgosia** oraz **dr hab. Agnieszki Seremak-Mrozikiewicz**).

Po zakończeniu sesji wykładowej, wykładowcy i uczestnicy spotkali się na kolacji powitalnej, która była okazją nie tylko do in-

tegracji środowiska, ale także do wymiany doświadczeń i dyskusji kularowych.

W następnym dniu obrad, który śmiało można określić mianem „maratonu”, w ramach trzech sesji wygłoszono 17 wykładów, które spotkały się z ogromnym zainteresowaniem oraz stały się punktem wyjścia dla ożywionej dyskusji, prowadzonej nie tylko na sali obrad. Problem ciąży u kobiety z zespołem metabolicznym, pomimo ogromnego postępu tak w perinatologii, diabetologii, jak i w kardiologii, pozostaje w dalszym ciągu istotny, co wykazali w swoich wystąpieniach **prof. Miriam Katz**, **prof. dr hab. Jan Wilczyński** oraz **prof. dr hab. Roman Smolarczyk**. Coraz bogatszy arsenal środków technicznych umożliwia dokładniejsze badanie struktur anatomicznych płodu, ale badanie ultrasonograficzne otyłej ciężarnej należy do jednych z najtrudniejszych badań diagnostycznych, co podkreślił w swojej prezentacji ilustrowanej bogatym materiałem klinicznym **prof. dr hab. Jacek Brązert**. Wykład **prof. dr hab. Izabeli Ulman-Włodarz**, dotyczący przewlekłych następstw zdrowotnych cukrzycy ciążowej i nadciśnienia w ciąży, wskazuje na istnienie szeregu problemów, które ujawniają się w czasie trwania ciąży, ale nie kończą się wraz z porodem i które dotyczą coraz liczniejszej grupy otyłych pacjentek. Bardzo interesujący i niosący praktyczne wskazówki był cykl wykładów dotyczących zasad racjonalnego żywienia i suplementacji witaminowej w ciąży wygłoszonych przez **prof. dr**

Całemu Sympozjum towarzyszyła niezwykle serdeczna atmosfera, a liczne gratulacje dla organizatorów świadczą o zadowoleniu obu stron.

hab. Urszulę Koprek-Kowalską i dra n. med. Radziśława Mierzynskiego. Duże zainteresowanie i ciekawą dyskusję wzbudziły wykłady zaprezentowane w sesji poświęconej powikłaniom okołoporodowym u kobiet z zespołem metabolicznym, przede wszystkim z racji ich znaczenia praktycznego w codziennej pracy klinicznej. Omówiony został poród i cięcie cesarskie u otyłej pacjentki (**prof. dr hab. Krzysztof Czajkowski**) i problem dystokii barkowej (**dr n. med. Dariusz Szymula**). Wykłady **prof. dra hab. Jana Oleszczuka** oraz **dra n. med. Sławomira Sobieszczyka**, dotyczące zasad postępowania w krwotokach poporodowych, potwierdziły wagę problemu. Krwotoki okołoporodowe są jedną z zasadniczych przyczyn zgonów matek nie tylko w krajach rozwijających się, ale

również w Polsce. Wypracowanie schematów postępowania farmakologicznego i operacyjnego oraz właściwa organizacja opieki nad pacjentkami z krwotokiem okołoporodowym jest pilnym zadaniem, które nadal czeka na opracowanie rozwiązań systemowych. Poruszając problem zespołu metabolicznego u kobiet, należy także uwzględnić jego wpływ na płód w okresie ciąży i porodu. Rola kliniczna hiperinsulinizmu u płodu została przedstawiona w wykładzie **prof. dra hab. Macieja Józwicka**, natomiast jego znaczenie w ciąży wielopłodowej omówił **prof. dr hab. Witold Malinowski**.

Ostatnia sesja została poświęcona problemom ginekologicznym u kobiet zespołem metabolicznym. **Profesor dr hab. Jana Skrzypczak** przedstawiła problem zespołu policystycznych



jajników, rozpoznawany u coraz większej grupy kobiet w wieku rozrodczym, a **prof. dr hab. Romuald Dębski** i **dr n. med. Jacek Tomaszewski** przedstawili możliwości i ograniczenia terapii hormonalnej u otyłych kobiet. Duże zainteresowanie wzbudził wykład **dra n. med. Janusza Kudlickiego** o powikłaniach sercowo-naczyniowych u kobiet z zespołem metabolicznym.

Zgromadzeni na sali obrad uczestniczyli w ożywionej dyskusji, która dotyczyła nie tylko tematów wykładów. Zostało podkreślone, m.in. znaczenie ponownego określenia norm dla rozpoznawania cukrzycy ciężarowej, możliwości wczesnej predykcji stanu przedrzucawkowego, za pomocą badania ultrasonograficznego oraz metod biochemicznych czy zasad leczenia krwią i preparatami krwio pochodnymi w krwotoku poporodowym. Dyskusja ta była dowodem na to, że różne ośrodki w Polsce, opierając się na literaturze, zaleceniach towarzystw naukowych i własnym doświadczeniu klinicznym, przyjęły niekiedy odmienne zasady postępowania w niektórych sytuacjach położniczych i tego typu spotkanie może być doskonałą okazją do wymiany doświadczeń i opinii. Umożliwia także krytyczne spojrzenie na obowiązujące kryteria rozpoznawania niektórych powikłań ciąży i potwierdza potrzebę ich weryfikacji.

Zaprezentowane wykłady oraz zagadnienia, które z racji ograniczonych możliwości czasowych nie zostały przedstawione w formie wykładów, zamieszczono w wydanej z okazji Symposium



monografii pt.: „Zespół metaboliczny u kobiet – problem interdyscyplinarny”.

Po zakończeniu sesji wykładowych odbyło się Walne Zebranie Członków Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Cięży. Po przedstawieniu sprawozdania z działalności Sekcji przez **Przewodniczącą prof. dr hab. Bożenę Leszczyńską-Gorzela**k, po upływie dwóch kadencji, Walne Zgromadzenie jednogłośnie udzieliło absolutorium ustępującemu Zarządowi. Zostały przeprowadzone wybory władz Sekcji na następne lata. Na stanowisko Przewodniczącego Sekcji wybrano **prof. dra hab. Jana Oleszczuka**. W skład Zarządu Sekcji weszli: **prof. dr hab. Bożena Leszczyńska-Gorzela**k – Wiceprzewodnicząca oraz Członkowie: **prof. dr hab. Urszula Kowalska-Koprek**, **prof. dr hab. Witold Malinowski**, **prof. dr hab. Jerzy Sikora**, **dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska**, **prof. dr hab. Izabela Ulman-Włodarz**. Stanowisko Sekretarza Sekcji piastuje nadal

dr n. med. Beata Marciniak, a Skarbnika – **dr n. med. Andrzej Sławatyński**.

Miłym uwieńczeniem pracujących dni obrad było spotkanie plenerowe, które przebiegało w niezwykle sympatycznej atmosferze i skończyło się późno po północy. Serwowano pyszne dania kuchni polskiej, a towarzysząca muzyka sprzyjała nawiązywaniu znajomości i zacieśnianiu przyjaźni. Okazało się, że zarówno wykładowcy jak i uczestnicy Symposium mogą poszczycić się doskonałą kondycją fizyczną, co udowodnili na parkiecie.

Celemu Symposium towarzyszyła niezwykle serdeczna atmosfera, a liczne gratulacje dla organizatorów świadczą o zadowoleniu obu stron. Jego uczestnicy wyjeżdżali pod wrażeniem doskonałej organizacji, niezwykle interesujących sesji wykładowych i bogatego programu towarzyskiego, mając nadzieję na ponowne spotkanie w tak magicznym miejscu, jakim jest Kazimierz Dolny.

I Mistrzostwa Województwa Lubelskiego w Ratownictwie Medycznym i Drogowym

dla Szkół i Uczelni Kształcących na Kierunku Ratownictwo Medyczne

W dniach 13-15 maja 2010 r. w Puławach odbyły się I Mistrzostwa Województwa Lubelskiego w Ratownictwie Medycznym i Drogowym dla szkół i uczelni kształcących na kierunku ratownictwo medyczne. Pomysłodawcą i głównym organizatorem było Medyczne Studium Zawodowe w Puławach. Patronat nad mistrzostwami objął Marszałek województwa lubelskiego, Burmistrz miasta Puławy oraz Burmistrz miasta Kazimierz Dolny.



DOROTA GÓRECKA

STUDENTKA III ROKU
KIERUNEK RATOWNICTWO MEDYCZNE
UM W LUBLINIE

Uniwersytet Medyczny w Lublinie reprezentowała 4-osobowa drużyna studentów III roku kierunku Ratownictwo Medyczne w składzie: Jacek Draganek (kierownik zespołu), Dorota Górecka, Kamil Jargot i Adam Gorgol – członków Studenckiego Koła Naukowego przy Samodzielnej Pracowni Ratownictwa Medycznego. Do mistrzostw drużynę przygotowywali pracownicy Pracowni pod kierownictwem pplk dr n. med. Mariusza

Goniewiczza oraz mgr Mariusz Gawroński z SPSK nr 4 w Lublinie.



Reprezentujący Uniwersytet zespół z opiekunem mgr Aliną Dzirbą

W ciągu trzech dni trwania zawodów każdy zespół wziął udział w teście wiedzy z zakresu ratownictwa medycznego, 6 zadaniach praktycznych, warsztatach oraz konferencji. Pierwszego dnia w Urzędzie Miasta w Puławach – test składający się z 50 pytań rozwiązywało dwóch reprezentantów z każdej drużyny. Drugiego i trzeciego dnia mistrzostw wykonywane były zadania praktyczne oparte na standardach postępowania w stanach nagłych (ALS, PALS, ITLS). W trakcie konkurencji każdy zespół w pełnym składzie musiał wykonać medyczne czynności ratunkowe m.in. w następujących sytuacjach: kobieta rodząca w centrum handlowym, nieoddychający noworodek, starsza kobieta z drgawkami na ławce w parku, mężczyzna pchnięty nożem w udo, podtopiony nastolatek, wypadek masowy z 23 osobami poszkodowanymi. Konkurencje te rozgrywały się w okolicach Urzędu Miasta Puławy oraz w Kazimierzu Dolnym. Każde zadanie oceniane było przez komi-



Zadanie – odbieranie porodu

sję konkursową składającą się z pracowników systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Po zakończeniu konkurencji w niedzielne popołudnie komisja konkursowa ogłosiła werdykt. Zwycięzcą została drużyna Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, która zdobyła Puchar Marszałka województwa lubelskiego. II miejsce zajęli słuchacze Medycznego Studium Zawodowego w Puławach, III miejsce – drużyna Medycznego Studium Zawodowego w Chełmie.

Mistrzostwa były okazją do zaprezentowania wiedzy medycznej, zweryfikowania nabytych w trakcie studiów umiejętności oraz wymiany doświadczeń. Dzięki zdrowej rywalizacji i niepowtarzalnej atmosferze spotkanie to było wspaniałą okazją do integracji młodzieży kształcącej się na kierunku ratownictwo medyczne.



Drużyna podczas wieczorku zapoznawczego



Zwycięski zespół z pucharem i dyplomem

Cieszymy się, że mieliśmy możliwość godnego reprezentowania naszej Uczelni. Organizatorom gratulujemy pomysłu, który został zrealizowany na najwyższym poziomie. Należy mieć nadzieję, że to przedsięwzięcie będzie podejmowane w przyszłych latach.

Zwierzyniec 2010 r.

W tym roku Obóz Społeczno-Naukowy odbył się ponownie w Zwierzyncu, w dniach od 5 lipca do 23 lipca. Zaprosił nas Burmistrz Zwierzynca, mgr Jan Skiba oraz bardzo przychylna na tej akcji Rada Miasta i Gminy.





LUBLINI







PROF. DR HAB. KRYSZYNA LUPA

KATEDRA I ZAKŁAD
FIZJOLOGII CZŁOWIEKA
UM W LUBLINIE

Podobnie jak w ubiegłych latach, patronat objął JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, prof. dr hab. Andrzej Książek, który wraz z małżonką uczestniczył w uroczystym otwarciu Obozu. Przypomnił o długoletniej tradycji Obozów, kiedyś Akademii Medycznej, a obecnie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz, że władze uniwersytetu są bardzo przychylnie wszelakiej działalności społeczno-naukowej uczelni.

Działalność nasza spotkała się z bardzo pozytywną oceną mieszkańców Miasta i Gminy Zwierzyniec – zgłosiła się rekordowa liczba pacjentów – 2420 osób. Na ulicy, w sklepie mogliśmy usłyszeć pochwały jakości udzielonych przez nas porad i badań. Największym powodzeniem cieszyło się nasze laboratorium analityczne zorganizowane przez prof. Solskiego, a kierowane przez mgr. Jacka Petkowicza. Przy obecnych procedurach



na zgromadzenie odczynników i sprzętu potrzeba ponad 6 miesięcy. Wykonano analizy u 526 pacjentów. Pracowali tam dr Magdalena Hałabiś, mgr Marcin Dziedzic, mgr Radosław Mlak oraz studenci z Analityki Medycznej. Gabinety lekarskie najbardziej oblegane to: gabinet kardiologiczny – dr Elżbieta Mazur-Stążka, dermatologiczny – prof. Krystyna Lupa, okulistyczny – dr Jolanta Wójcikowska-Karska, dr Tomasz Chorągiewicz, dr Elżbie-

ta Jarosławska, dr Anna Wyszynska. W pozostałych gabinetach pracowali: dr Maria Kurowska i dr Mariola Dec-Szlichtyng – gabinet endokrynologiczny, dr Michał Sagan – gabinet neurologiczny, dr Jolanta Zamościńska – gabinet stomatologiczny, gabinet chorób metabolicznych – dr Katarzyna Skórzyńska-Dziduszko oraz gabinet ginekologiczny – dr Arkadiusz Baran. Dr Leszek Grzywina i dr Piotr Żychowski raz w tygodniu przyjmowali pacjentów laryngologicznych. Nie zawiadli ortopedzi, udzielali porad: prof. Tomasz Karski i prof. Grzegorz Kandzierski, a także dr Mariusz Długosz, dr Jacek Karski i dr Jacek Madej. Po raz pierwszy konsultowała pacjentów onkolog, dr Monika Lewicka.

Pracownią cytologiczną opiekowała się dr Agnieszka Korolezuk, pomagali jej studenci ze studenckiego koła naukowego przy Katedrze i Zakładzie Patomorfologii.

Pracownię spirometryczną (260 badań) prowadziły mgr Joanna Warchulińska i mgr Monika Jakubiak.

Studenci (35 osób), głównie członkowie studenckich kół naukowych, pracowali w gabinetach lekarskich, laboratorium analitycznym i pracowniach – kierował nimi



Tomasz Harnatkiewicz, student V roku wydziału lekarskiego.

Najbardziej aktywnymi byli studenci ze studenckiego koła naukowego przy Katedrze i Klinice Kardiologii. W pięknie urządzonej gabinecie kardiologicznej, oprócz porad udzielanych przez dr Elżbietę Mazur-Stążkę (opiekun koła), wykonywano EKG i prowadzono szeroką akcję profilaktyczną na temat czynników ryzyka chorób serca i naczyń. Zorganizowali też cieszący się dużym zainteresowaniem pokaz udzielania pierwszej pomocy medycznej, również dla dzieci, były dyplomy dla małych ratowników.

60-letnia tradycja organizowania letnich obozów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie we wsiach i miasteczkach makroregionu, oprócz bardzo pożytecznej funkcji społecznej, jaką niesie, odgrywa ogromnie ważną rolę dydaktyczną oraz integracyjną, i ta działalność o b o z o w a jest chyba jedynym takim działaniem wśród uczelni medycznych w Polsce.



Studenckie koło naukowe przy Katedrze i Zakładzie Epidemiologii pod opieką dr Barbary Jędrzejewskiej zorganizowało spotkanie naukowe. Wygłoszono referaty: Tomasz Harnatkiewicz, Dorota Król, Justyna Wójcik, Natalia Grondecka, Piotr Gromek – „Nadwaga i otyłość – przyczyny, profilaktyka, sposoby leczenia” oraz mgr Katarzyna Nowak – „Literatura a medycyna”, wysłuchano z zainteresowaniem i dyskutowano długo.

Działalność naukowa była bardzo bogata

Prof. dr hab. Anna Malm z pracowników z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej – pobierała wymazy od ochotników na obecność pałeczek jelitowych oraz próbki z ujęć wody w Zwierzyńcu i kąpielisku Echo. Dr Katarzyna Skórzyńska-Dziduszko, dr Anna Olszewska, mgr Szymon Zmorzyński – wykonali badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnostyki nietolerancji glukozy i gospodarki lipidowej, określano markery wczesnego wykrywania cukrzycy.

Przeprowadzono też wiele badań ankietowych, m.in. na temat uzależ-



prof. dr hab. Anna Malm, Prodziekan II Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Hanna Trębacz, Dyrektor Dziecięcego Szpitala Klinicznego dr Jerzy Szarecki, Kanclerz mgr Ewa Abramek, Wicekanclerz mgr Małgorzata Lobo-dzińska, Kwestor mgr Danuta Golema, Kierownik Dziekanatu I Wydziału Lekarskiego dr Katarzyna Sidor.

W prowadzonych dyskusjach podkreślano, że ta 60 letnia tradycja organizowania obozów naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, oprócz bardzo pożytecznej funkcji społecznej, odgrywa ogromną rolę dydaktyczną i integracyjną, i ta działalność obozowa jest chyba jedyną spośród takich działalności uczelni medycznych w Polsce.

nień od alkoholu i narkotyków (dr Katarzyna Sidor).

Większość gabinetów lekarskich była rozmieszczona na terenie Publicznego Zakładu Opieki Lekarskiej w Zwierzyńcu. Pani dr Urszula Kotwis – dyrektor tej placówki, podobnie jak w latach ubiegłych, wykazała się niezwykłą gościnnością, przyjemnie współpracowało się ze wszystkimi pracownikami.

Pani mgr Halina Studnicka – wiceburmistrz Gminy – pomagała w organizowaniu Obozu i opiekowała się nami troskliwie w czasie jego trwania, wspólnie likwidowaliśmy wszelkie problemy związane ze stroną techniczną obozu.

Było nam bardzo miło, że odwiedzili nas

JM Rektor Uniwersytetu prof. dr hab. Andrzej Książek wraz z małżonką, Prorektor ds. Kształcenia prof. dr hab. Jacek Roliński, Prorektor ds. Klinicznych prof. dr hab. Andrzej Drop, Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Grzegorz Wallner, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Janusz Solski, Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego



Pamiętka nie tylko z wakacji

Borelioza

Borelioza jest chorobą wywoływaną przez bakterie, należące do krętków, przenoszoną na człowieka przez kleszcze. Po raz pierwszy chorobę opisano w 1975 roku i odnosiła się do masowo występującego zapalenia stawów u dzieci z miasteczka Lyme w stanie Connecticut. Bakteria, wywołująca tę chorobę, została zidentyfikowana w 1981 roku przez Willego Burgdorfera.



Wielkość kleszcza

Kleszcze i patogeny przez nie przenoszone

Rezerwuarem zarazków są różne gatunki ssaków (m.in. myszy, sarny, jelenie), a także niektóre ptaki. Cykl rozwojowy kleszcza trwa ok. 2 lat i w tym czasie z larwy, poprzez stadium nimfy, powstaje postać dorosła. Aby przejść kolejne przeobrażenia, kleszcz musi napić się krwi kręgowca. Kleszcze żerują, m.in. na ssakach – tych małych (np. myszy), jak i tych całkiem dużych (np. sarny). Podczas żerowania na zakażonych zwierzętach, kleszcz sam staje się nosicielem bakterii, którą przekazuje następnym organizmom podczas kolejnego żerowania. Dlatego w ich organizmach zazwyczaj jest wiele różnych patogenów chorobotwórczych dla człowieka, tj. bakterii (np. wywołująca boreliozę czy bartonellozę), wirusów (np. wywołujących kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych) czy pierwotniaków (wywołujących np. babeszjozę). Jeśli kleszcz będzie żerował w skórze człowieka – przy okazji przekaże mu wszystkie te swoje „prezenty”. Stosunkowo łagodne zimy sprzyjają przeżyciu nawet słabych kleszczy.

Jedną z najczęstszych chorób odkleszczowych jest borelioza, jednak ze względu na fakt zainfekowania organizmu człowieka wieloma patogenami naraz, należałoby ją rozpatrywać raczej jako chorobę z Lyme, czyli zespół objawów wynikających z zakażenia organizmu różnymi drobnoustrojami odkleszczowymi równocześnie. Występowanie koinfekcji odkleszczowych w boreliozie jest raczej normą, a nie wyjątkiem i z tego powodu leczenie samej boreliozy często jest mało efektywne.

W organizmach kleszczy zazwyczaj jest wiele różnych patogenów chorobotwórczych dla człowieka, tj. bakterii (np. wywołujących boreliozę czy bartonellozę), wirusów (np. wywołujących kleszczowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych) czy pierwotniaków (wywołujących np. babeszjozę). Jeśli kleszcz będzie żerował w skórze człowieka – przy okazji przekaże mu wszystkie te swoje „prezenty”. Stosunkowo łagodne zimy sprzyjają przeżyciu nawet słabych kleszczy.

Borelioza – sytuacja epidemiologiczna w Polsce

W Polsce, wg oficjalnych statystyk, zapadalność na boreliozę w 2009 r. wyniosła 27,8/100.000, ale porównując sytuację epidemiologiczną w Polsce z krajami sąsiednimi należy przyjąć, że te dane są заниżone nawet wielokrotnie. Obszar Polski uznawany jest za endemiczny, co oznacza, że nie ma bezpiecznego miejsca, gdzie kleszcze nie są zarażone bakterią boreliozy, a brak przypadków tej choroby na tych terenach nie należy wiązać z jej niewystępowaniem, ale z tym, że jest ona nierozpoznawana. Przeglądając meldunki Państwowego Zakładu Higieny, można często zauważyć bardzo duże różnice w zapadalności w dwu sąsiednich województwach, co zmusza do refleksji.

Aby zarazić się boreliozą, wcale nie trzeba wchodzić do lasu – zarażone kleszcze można spotkać w ogródku przydomowym, łące czy sadzie, a także parku miejskim (Chorzów, Pola Mokotowskie w Warszawie). Ocenia się, że odsetek zakażonych kleszczy w różnych rejonach Polski może wynosić nawet ponad 60 procent.

Do organizmu człowieka bakteria dostaje się podczas opijania się kleszcza ludzką krwią. Nie ma zgodności co do czasu, jaki jest konieczny, aby bakterie z kleszcza wniknęły do organizmu człowieka – niektórzy podają, że są to 72 godziny, inni, że nie ma bezpiecznego czasu, kiedy wbity w skórę kleszcz nie może zarazić; znane są przypadki zachorowania na boreliozę nawet po kilku godzinach przebywania kleszcza w skórze człowieka.

Bakterie *Borrelia burgdorferi* mogą wywołać objawy choroby już w ciągu kilkunastu godzin po wtargnięciu do ciała człowieka, jednakże różnorodne objawy mogą się pojawić w czasie późniejszym – po wielu tygodniach czy miesiącach, a nawet po wielu latach. *Borrelia* rozsiewa się po całym organizmie niesłychanie szybko – na modelach zwierzęcych stwierdzono, że kilka dni po zainfekowaniu, bakterie znajdowały się już w mózgu, sercu, mięśniach czy ścięgnach.

Rumień wędrujący

Jedyny objaw, który na 100 proc. świadczy o wtargnięciu bakterii do organizmu człowieka, to rumień wędrujący. Typowy rumień pojawia się zazwyczaj w ciągu miesiąca od zakażenia i ma najczęściej średnicę ponad 5 cm, z ciemniejszą otoczką, powoli zanikającym, blednącym wnętrzem od środka, czasami nieco wypukłym pierścieniem otaczającym. Jednakże często rumienie nie mają typowego wyglądu i np. w miejscu ukąszenia przez kleszcza może pojawić się wysypka czy zaczerwienienie. Jeśli na tym etapie



Rumień wędrujący

Borelioza

jest chorobą bardzo trudną w diagnostyce i leczeniu, jeśli nie było rumienia i nie zauważyło się kleszcza. Jest to choroba, przez którą wiele dzieci, z nierozpoznanym problemem, traci dzieciństwo, a dorośli sens życia. W medycynie do dzisiaj obowiązuje dogmat, iż borelioza jest uleczalną krótkoterminową, miesięczną terapią. Niestety, badania wykazują, że tak nie jest.

zostanie wdrożone leczenie antybiotykiem, prawie wszystkie przypadki choroby kończą się pomyślnie, tj. całkowitym powrotem do zdrowia.

Niestety, rumień nie występuje zawsze, czasami ma inny wygląd, nie zawsze pamięta się czy zauważyło ukąszenie kleszcza (np. w przypadku małej nimfy) – to powoduje opóźnienie leczenia i zmniejsza szanse na całkowite wygaśnięcie procesu chorobowego.

Wg różnych badań, rumień charakterystyczny dla boreliozy, pojawia się u od 30-40 proc. do 60-70 proc. chorych, w zależności od kraju

i badań. Tam, gdzie decydującą rolę przypisuje się testom, tam odsetek osób chorych, którzy kiedykolwiek zauważyli u siebie rumień jest większy – tak, jak np. w Polsce. Świadczy to o tym, że przy braku rumienia w przeszłości zazwyczaj nie jest brana pod uwagę możliwość boreliozy jako przyczyny zgłaszanych dolegliwości, a tym samym są małe szanse na otrzymanie prawidłowego leczenia.

Czasami rumieniowi towarzyszą objawy infekcji, przypominające np. grypę – może być to wysoka gorączka z bólami głowy, stawów, mięśni i całkowitym osłabieniem, ale także może być to lekkie przeziębienie, z obniżoną temperaturą ciała, które na ogół nie budzi niepokoju. Stan ten jest spowodowany rozsiawem bakterii w całym organizmie.

Jeśli leczenie nie zostało wdrożone na etapie wczesnym, albo zastosowane leczenie okazało się nieskuteczne, to choroba przechodzi w kolejne stadium – jest to choroba rozsiana w stadium wczesnym. Obecne są łagodne symptomy, które nie trwają dłużej niż rok i w tym czasie osoba chora nie była leczona sterydami. Na tym etapie leczenie będzie trudniejsze, ponieważ bakterie zdołały rozsiać się w całym organizmie, dostając się także w miejsca, gdzie trudno będzie je zabić antybiotykami. U części chorych na tym etapie nie udaje się uzyskać trwałego wyleczenia, choć możliwa jest radykalna poprawa stanu zdrowia i ewentualne kolejne terapie antybiotykami.

Gdy rumienia brak...

Niestety, część chorych nie ma rozpoznanej choroby we wcześniejszych stadiach lub zastosowane leczenie nie dało zadowalających rezultatów. Przy objawach trwających dłużej niż rok, bardzo nasilonych oraz z wcześniejszym leczeniem

sterydami, choroba przechodzi w stadium zaawansowane. W tym stadium są zaatakowane narządy wewnętrzne, układ nerwowy, stawy – właściwie cały organizm jest objęty procesem chorobowym. Na tym etapie choroba jest trudna do wyleczenia, terapia długa i niebezpieczna i, niestety, nawet lekarze amerykańscy, specjalizujący się w leczeniu boreliozy i mający najlepsze osiągnięcia, nie są w stanie doprowadzić do całkowitego wyleczenia u ok. 20 proc. chorych.

w podstawowej temperaturze ciała, funkcjonowanie układu immunologicznego, występowanie bólu, zmiany osobowości, objawy psychiczne, zmiany skórne, ocena snu. Borelioza potrafi wywoływać przeróżne objawy i imitować wiele chorób, np. stwardnienie rozsiane (SM), zespół przewlekłego zmęczenia, chorobę Alzheimera, otępienie naczyniowe, schizofrenię, depresję, fibromialgię, padaczkę i wiele innych.

Sytuację komplikuje jeszcze fakt, że bakteria *Borrelia burgdorferi* ma kilka genotypów – w USA dominuje *Borrelia burgdorferi* sensu

Chorzy, świadomi różnic w podejściu do problemu boreliozy, czują niepokój, gdy lekarz interesuje się tylko wynikami badań, a pomija aspekt samopoczucia chorego. Tym bardziej, że posiadanie idealnie dobrych wyników nie wyklucza istnienia boreliozy u chorego – wręcz przeciwnie, zazwyczaj wyniki są bardzo dobre, tylko chory czuje się źle.

Objawy boreliozy

Borelioza zwana jest wielkim imitatorem – podobnie jak np. inna choroba odkrętkowa – kila. Nie ma w niej typowych, charakterystycznych tylko dla niej objawów – za wyjątkiem rumienia. Obraz choroby u każdego z chorych może być zupełnie inny. Na liście możliwych objawów są np. objawy ze strony układu nerwowego (np. napady padaczkowe, pogorszenie funkcji poznawczych, przeczulica skóry, bóle głowy), układu oddechowego, narządu słuchu i wzroku, układu krążenia, funkcjonowanie emocjonalne, zmęczenie, senność, zmiany

stricto, której przypisuje się powinno wactwo głównie do stawów i wywoływania w nich stanów zapalnych; inne genotypy występują sporadycznie. Natomiast w Europie, i tym samym w Polsce, boreliozę wywołaną tym genogatunkiem, spotyka się rzadko, gdyż przeważa tu *Borrelia garinii* i *Borrelia afzelii*, które atakują głównie układ nerwowy (porażenia, nerwobóle, zaburzenia funkcji poznawczych, stany depresyjne, napady padaczkowe, itp.). *Borrelia afzelii* odpowiedzialna jest także za przewlekłe zmiany skórne (zapalenie, zanik) oraz trudną do leczenia neuroboreliozę. Te dwa ostatnie

genogatunki bakterii noszą nazwę *Borrelia burgdorferi* sensu lato. Taka sytuacja powoduje, że każdy z boreliozą może mieć różne objawy. Wzorowanie się na doświadczeniach amerykańskich w diagnostyce i leczeniu genogatunków dominujących w Europie, bardzo często kończy się na odrzuceniu możliwości postawienia prawidłowej diagnozy, gdyż w dość powszechnej opinii – także wśród lekarzy – w boreliozie zajęte są stawy, co raczej spotyka się u nas o wiele rzadziej niż np. neuroboreliozę.



Kleszcz w skórze

Nieleczona lub nieprawidłowo leczona borelioza stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia chorej osoby. Rzadko bywa ona bezpośrednią przyczyną śmierci; najczęściej obniża wydatnie jakość życia, zaburza życie zawodowe, społeczne i rodzinne. Jedną z częstszych przyczyn śmierci w boreliozie jest samobójstwo – rozwiązanie wybierane przez tych, którzy nie mają wsparcia ze strony bliskich oraz pracowników ochrony zdrowia, a stan ich uznawany jest jako hipochondria

lub psychosomatyka. Ze względu na towarzyszące, różnorodne objawy i – najczęściej – wzorowe wyniki badań typu morfologia, poziomy hormonów – osoby z boreliożą są traktowane jak hipochondrycy i symulanci, bo ich stanu nie można ocenić obiektywnie, przy pomocy metod laboratoryjnych. Dodatkowo obciążeniem dla osób z rozpoznaną boreliożą są kontrowersje wokół jej leczenia w stadium późniejszym, po rumieniu.

Dwa stanowiska lekarzy

Część lekarzy uważa, że choroba ta jest bardzo rzadka, a poza tym łatwa w diagnostyce i leczeniu. Taką opinię głoszą lekarze z USA, z towarzystwa naukowego IDSA (The Infectious Diseases Society of America); to na ich wytycznych opiera się leczenie boreliozy także w Europie, mimo, iż zdecydowana większość badań naukowych przeczy takiemu pojmowaniu sprawy. Inni, opierając się na badaniach naukowych

nad bakterią i chorobą oraz własnej praktyce twierdzą wręcz odwrotnie – specyfika przemysłnej bakterii nie sprzyja ani prostej, szybkiej diagnostyce, ani krótkiemu leczeniu jedynym antybiotykiem. Towarzystwo naukowe ILADS (The International Lyme and Associated Diseases Society) zrzesza LLMD (Lyme-Literated Medicine Doctor), czyli lekarzy specjalizujących się w leczeniu boreliozy, którzy stoją na stanowisku, że tylko długotrwała, agresywna terapia antybiotykami jest w stanie spowodować wyleczenie z boreliozy.

Lekarze z IDSA twierdzą, że wystarczy krótkie leczenie, a jeśli po nim występują jeszcze jakieś objawy, to wynikają one z tzw. zespołu poboreliozowego. Chory czuje się nadal źle, ale nie otrzyma już leczenia przyczynowego, gdyż uważany jest za zdrowego. Zespołu nie udało się potwierdzić w badaniach naukowych – wręcz przeciwnie, u osób z tym „zespołem” można znaleźć żywe bakterie w organizmie człowieka, z których otrzymuje się hodowle. Zaprzeczeniem istnienia tego zespołu jest także fakt, że, mimo upływu czasu, takim chorym nie poprawia się stan zdrowia, nie zdrowieją ostatecznie, ale dochodzi do pogłębiania się istniejących dolegliwości i pojawiania się nowych.

Wobec braku testu, potwierdzającego wygaśnięcie choroby, lekarze LLMD leczą z kolei tak długo, aż stan chorego wróci do stanu sprzed choroby, dodając do tego okres 3-4 miesięcy bez objawów, kiedy kontynuuje się leczenie. Jest to leczenie długie i niebezpieczne, ale tylko w ten sposób można zwiększyć prawdopodobieństwo wyleczenia się z boreliozy. Lekarze ci wskazują na rolę cyst i „blebs” w nawrotach choroby – te formy przetrwalnikowej bakterii mogą przetrwać wiele tygodni nawet w roztworze antybiotyków i to one odpowiadają za nawrót choroby po zakończeniu leczenia.

Chorzy, świadomi tych różnic w podejściu do problemu boreliozy, czują niepokój, gdy lekarz interesuje się tylko wynikami badań, a pomija aspekt samopoczucia chorego. Tym bardziej, że posiadanie idealnie dobrych wyników nie wyklucza istnienia boreliozy u chorego – wręcz przeciwnie, zazwyczaj wyniki są bardzo dobre, tylko chory źle się czuje.

Borelioza jest chorobą bardzo trudną w diagnostyce i leczeniu, jeśli nie było rumienia i nie zauważyło się kleszcza. Jest to choroba, przez którą wiele dzieci, z nierozpoznanym problemem, traci dzieciństwo, a dorośli sens życia. W medycynie do dzisiaj obowiązuje dogmat, iż borelioza jest uleczalną krótkoterminową, miesięczną terapią. Niestety, badania wykazują, że tak nie jest i że taka kuracja może czasami pomóc w leczeniu fazy rumienia.

Ruch chorych

Wraz z szybkim dostępem do publikacji naukowych oraz z coraz bardziej powszechną znajomością j. angielskiego, pojawiły się grupy osób chorych na boreliozę, skupiające się wokół problematyki swojej choroby od strony „medycznej”, tj. wymieniania się publikacjami, korespondencją z lekarzami z ILADS,

a także tworzenia grup wsparcia, sięgający nawet poza kontynenty. Należy przy tym wspomnieć, że borelioza nie wybiera i chorują także lekarze, którzy po standardowym leczeniu, pozostawieni samym sobie, zostali zmuszeni zainteresować się również i tą chorobą, aby ratować swoje zdrowie, utrzymać pracę zawodową, rodzinę i kontakty społeczne. Ruch chorych skupia więc przedstawicieli różnych zawodów, płci i ludzi w różnym wieku i stanie zdrowia, którzy domagają się przeprowadzenia rzetelnych badań naukowych, na podstawie których zostałyby ustanowione standardy leczenia boreliozy w fazie późnej i jej koinfekcji, gdyż do tej pory takich badań nie przeprowadzono (zob. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis). Na całym świecie, gdzie są chorzy na boreliozę, powstają organizacje, które ich skupiają. W Polsce w 2007 r. zostało zarejestrowane Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę, a w 2009 r. – Fundacja BARTEK na Rzecz Osób z Boreliozą i Innymi Chorobami Odkleszczowymi, działające na rzecz chorych.

Petycja w sprawie boreliozy

Mimo, iż cały obszar Polski uznany jest za endemiczny, a chorych

ciągle przybywa, w Polsce brakuje programu profilaktycznego, który obejmowałby likwidację kleszczy, edukację szkolną i dla dorosłych oraz możliwość wykonania badania kleszcza na obecność patogenów po usunięciu go ze skóry. Brakuje również szkoleń dla lekarzy, zwłaszcza pierwszego kontaktu, ale także innych specjalistów, którzy z chorymi na boreliozę też mają kontakt (kardiolodzy, reumatolodzy, neurologi). Nie prowadzi się też badań nad nowymi metodami diagnostycznymi i porównaniem ich skuteczności, mimo, że np. w Polsce są dostępne testy, które do tej pory można było wykonać jedynie za granicą – głównie w USA. Polskie zalecenia w sprawie diagnostyki boreliozy stoją w sprzeczności z zaleceniami europejskimi, gdyż eliminują z dalszej diagnostyki osoby z negatywnymi wynikami badań serologicznych, u których podejrzewana była borelioza (europejskie zalecenia proponują tej grupie osób PCR i hodowlę).

Z tego powodu Fundacja BARTEK w Lublinie podjęła inicjatywę, tj. wystosowanie petycji do Premiera Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie włączenia problematyki boreliozy i innych chorób odkleszczowych do Narodowego Programu Zdrowia. Szczegóły – na stronie Fundacji: www.fundacja-bartek.pl

Piśmiennictwo

Burrascano J.J. Advanced topics in Lyme disease. Diagnostic hints and treatment guidelines for Lyme disease and other tick borne illnesses, Sixteenth Edition, 2008.

Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Lyme Disease – USA, 2001-2002, *Morb Mortal Wkly Rep* 2004, 53 (17), 365-369.

Fallon B.A et al. A randomized, placebo – controlled trial of repeat IV antibiotic therapy for Lyme encephalopathy, *Neurology* 2007, 10

Food & Drug Administration. Lyme disease test kits: potential for misdiagnosis. FDA Medical Bulletin, Summer, Final Issue, 1999.

Iwanowski P., Hertmanowska H., Wanat R., *Stwardnienie rozlane i borelioza*, *Przegląd Epid* 2008, 62, 180.

Johnson L., Stricker R.B. Treatment of Lyme disease: a medicolegal assessment. *Expert Rev Anti-Infect Ther* 2 (4), 2004, 533-557.

Legatowicz-Koprowska M., Gziut A., Walczak E., Gil R., Wagner T., *Borelioza – jednoczesne zajęcie serca oraz zaburzenia psychiczne – opis przypadku*, *Pol. Merk. Lek.* 2008, XXIV, 143, 433-435.

Maroszyńska-Dmoch E., Wozakowska-Kapłon B., *Borelioza z Lyme – niedoceniany problem w praktyce kardiologa*, *Folia Cardiol Exp* 2008, 3, 8-9, 375-382.

Mygland A., Ljostad U., Fingerle V., Rupprecht T., Schmutzhard E., Steimer L., *EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis*, *European Journal of Neurology* 2010, 17: 8-16

Sibilia J., Limbach F.X., *Reactive arthritis or chronic infectious arthritis?*, *Annals of Rheumatic Diseases*, Vol. 61 (7) July 2002, s. 580-587

Siuda K., *Kleszcze (Ixodida) o znaczeniu epidemiologicznym w Polsce; Biologia molekularna patogenów przenoszonych przez kleszcze*, Skotarczak B. (red.), PZWL, Warszawa 2006, 25-32

Sokalska-Jurkiewicz M.: *Borelioza*, *Służba Zdrowia*, 22 października 2007, 41-44.

Stricker R.B. et al. Lyme disease without erythema migrans: cause for concern? *Am J Med* 2003, 115, 72

The ILADS Working Group. The International Lyme and Associated Diseases Society. Evidence based guidelines for the management of Lyme disease. *Expert Rev Anti-Infect Ther* 2004, 2 (1), 1-13

Wierzbanowska-Tylewska S., Chmielewski T., *Diagnostyka serologiczna boreliozy z Lyme – wytyczne europejskie*, *Podst. Mikrobiol* 2005, 44, 3, 289-293.

Zapotrzebowanie pacjentek z nowotworem piersi na informację medyczną

Wymiana informacji jest jednym z podstawowych warunków prawidłowego funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Proces efektywnego komunikowania odgrywa ogromną rolę w życiu każdego człowieka. Sprawne komunikowanie się ludzi stanowi bowiem niezbędny element współpracy i współdziałania.



PROF. DR HAB. TERESA B. KULIK¹
DR N. MED. ANNA PACIAN¹
DR N. PRAW. JOLANTA PACIAN¹
MGR AGNIESZKA J. KOWALSKA²

¹ KATEDRA ZDROWIA PUBLICZNEGO
UM W LUBLINIE

² ZAKŁAD METOD INFORMATYCZNYCH
I EPIDEMIOLOGICZNYCH
UM W LUBLINIE

Właściwa komunikacja lekarza z pacjentem jest zasadniczym warunkiem prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego, terapeutycznego oraz rehabilitacyjnego. Przekazywanie pacjentowi informacji medycznej służy realizacji jego podmiotowego prawa do prawdy. Nie ma mowy o wolności w odniesieniu do jednostki pozbawionej prawa do informacji. Pozbawienie pacjenta prawa do wiedzy o stanie zdrowia, możliwych oraz stosowanych metodach diagnostyki i terapii stanowić może pole do nadużyć. Zasadą jest, że pacjent ma prawo do prawdziwej i rzetelnej informacji medycznej, zanim podejmie decyzję w odniesieniu do własnego zdrowia czy życia. Przy aksjologicznym uzasadnieniu tegoż prawa przywołuje się najczęściej dwa argumenty: pierwszy z nich wskazuje, iż ze względu na szacunek dla autonomii pacjenta nieodzowne jest, aby znał on prawdę o swym stanie zdrowia; drugi natomiast zakłada, że pełna informacja o kondycji chorego jest nieodzownym warunkiem partnerskich relacji personel medyczny – pacjent. Informacja medyczna powinna być udzielona pacjentowi w odpowiednim czasie przed zabiegiem medycznym, by mógł on przemyśleć decyzję, zanim podejmie zgodę na konkretne świadczenie zdrowotne [1,2,3].

Już w 1960 roku Scottish Association for Mental Health opublikowała badania, dotyczące psychologicznych problemów występujących wśród chorych leczonych w szpitalach. Jak się okazało, zasadniczym

powodem złego samopoczucia pacjentów, ich przygnębienia i obniżonego nastroju był w znacznej mierze brak wiedzy albo informacji na temat samej choroby, zastosowanego i możliwego leczenia, prognozy w danej chorobie, czasu niezbędnego do wyzdrowienia oraz powrotu do aktywności zawodowej [4]. W żadnym wypadku niewskazane jest zatem potęgowanie w chorym lęku związanego z niedoinformowaniem. Nawet najtrudniejsze informacje medyczne przekazywane przez lekarza stopniowo, z zachowaniem należytego szacunku do pacjenta jako osoby ludzkiej i człowieka cierpiącego, mogą odegrać rolę bodźca motywującego go do walki z chorobą. Istotne jest zatem zwrócenie uwagi na szczególną rolę aktu przekazywania pacjentowi informacji medycznych, a także wpływu komunikacji personel medyczny – pacjent na przebieg całego procesu leczenia i rekonwalescencji [5,6,7,8].

Cel pracy

Poznanie i ocena zapotrzebowania pacjentek z nowotworem piersi na informację medyczną.

Materiał i metodyka

Badania kwestionariuszem ankiety przeprowadzono wśród pacjentek Kliniki Chirurgii Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, Poradni Onkologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie oraz Ośrodka Rehabilitacji z Poradnią i Gabinetem Rehabilitacyjnym przy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej. W badaniach wzięły również udział kobiety zrzeszone w lubelskim Klubie Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, Klubie Amazonki Zespół Poradni Specjalistycznych w Ostrowcu Świę-



tokrzyskim oraz Klubie „Amazonki” w Radomiu.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką badawczą kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz standaryzowany kwestionariusz Listy Oczekiwań Pacjenta – PRF autorstwa Petera Salmona i Johna Quine, adaptowany przez Z. Juczyńskiego. Narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach zawierały pytania dotyczące zapotrzebowania respondentek z nowotworem piersi na informację medyczną. Kwestionariusze ankiety zakończono metryczką, w której zawarto pytania dotyczące sytuacji życiowej i zawodowej ankietowanych.

W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych, opartą o testy niezależności². Istotność różnic pomiędzy wynikami badań stwierdzano przy poziomie $p \leq 0,05$. Opracowanie wyników badań zostało dokonane z wykorzystaniem programu „STATISTICA”[9].

Wyniki

W badaniach ankietowych wzięło udział 120 kobiet z rozpoznanym nowotworem piersi. Po przeanalizowaniu wyników badań, grupę respondentek podzielono na trzy przedziały wiekowe. Pierwszą grupę stanowią kobiety w przedziale wiekowym od 25 do 49 lat, co daje 16% badanych. Druga grupa respondentek to kobiety w przedziale wiekowym od 50 do 60 lat, co stanowi

46% badanej populacji. Ostatnią grupę reprezentują kobiety w przedziale wiekowym od 61 do 81 lat, co daje 38% badanej populacji. Kolejnym istotnym elementem charakteryzującym badaną populację jest wykształcenie. Wykształcenie podstawowe posiadało 3% badanych, wykształcenie zawodowe 14% badanych, wykształcenie średnie 47% badanych, wykształcenie pomaturalne posiadało 8% ankietowanych, ukończone wyższe studia licencjackie 3% respondentek, a wykształcenie wyższe zadeklarowało 25% ogólnej liczby badanych. Stan cywilny badanych kobiet kształtuje się następująco: panny stanowią 7% ogólnej liczby badanych, mężatki stanowią 71% respondentek, osoby rozwiedzione stanowią 4% ogółu ankietowanych, natomiast wdowy 18% badanych. Miejscem zamieszkania dla większości respondentek jest miasto (82,5%). Jedynie 17,5% ankietowanych to mieszkanki obszarów wiejskich. Dla określenia długości trwania choroby wprowadzono pięć przedziałów czasowych: w pierwszym przedziale czasowym do 6 miesięcy znalazło się 31% badanych, w drugim od 7 do 12 miesięcy – 5% badanych, w trzecim > 1 do 3 lat – 13% badanych, w czwartym przedziale > 3 do 5 lat znalazło się 13% respondentek, natomiast w ostatnim przedziale, powyżej 5 lat – 38% ankietowanych. W przypadku 76% respondentek zastosowano radykalny zabieg leczniczy polegający na usunięciu całej piersi wraz z węzłami chłonnyymi dołu pachowego, u 14% kobiet wykonano operację oszczędzającą (usunięcie fragmentu piersi wraz z guzem i węzłami chłonnyymi dołu pachowego), w grupie 5% kobiet zastosowano operację oszczędzającą polegającą na usunięciu guzka z pozostawieniem węzłów chłonnych dołu pachowego, natomiast 5% respondentek było w momencie badania kwestionariuszem ankietowy przed zabiegiem.

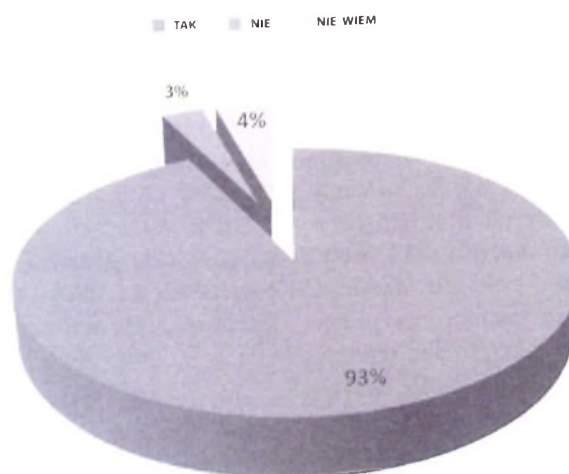
Ze względu na szacunek dla autonomii chorego, rzetelna informacja medyczna powinna być przekazywana pacjentowi na każdym etapie procesu leczenia oraz rehabilitacji.

Zdecydowana większość ankietowanych (93%) uważa, że pacjent powinien być informowany o stanie zdrowia oraz rokowaniach. Jedynie niewielki odsetek respondentek (3%) jest odmiennego zdania, a pozostałe 4% ankietowanych nie

udzieliła jednoznacznej odpowiedzi (ryc. 1).

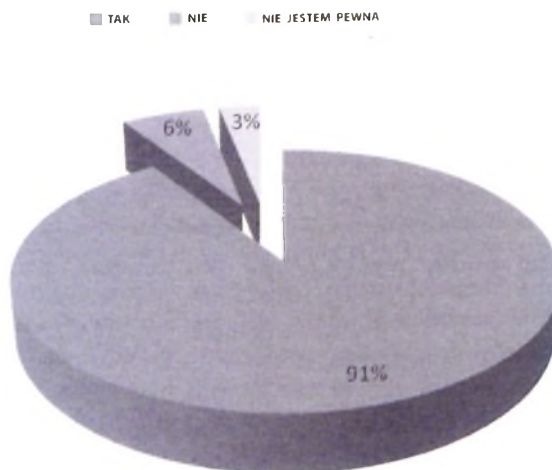
Z badań wynika, że aż 91% ankietowanych chce znać wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych, 6% respondentek jest odmiennego zdania, a pozostałe 3% badanych nie ma pewności, czy oczekuje od lekarza informacji na temat wyników badań (ryc. 2).

Czy Pani zdaniem pacjent powinien być informowany o stanie zdrowia, diagnozie oraz rokowaniach?



Ryc. 1. Oczekiwania respondentek w zakresie informacji o stanie zdrowia, diagnozie oraz rokowaniach

Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań



Ryc. 2. Oczekiwania respondentek w zakresie informacji dotyczących wyników przeprowadzonych badań diagnostycznych

Analiza statystyczna nie wykazała zależności między miejscem zamieszkania respondentek, a oczekiwaniami w zakresie informacji dotyczących wyników przeprowadzonych badań ($p=0,620970$). Nie ma związku pomiędzy obecnym statusem zawodowym, a analizowaną cechą ($p=0,271091$). Nie wykazano również zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a oczekiwaniami w zakresie informacji dotyczących wyników przeprowadzonych badań diagnostycznych ($p=0,191946$). Istnieje natomiast zależność między analizowaną cechą, a stanem cywilnym respondentek ($p=0,045722$). Panny w 100% oczekują od lekarza informacji na temat wyników przeprowadzonych badań, podobnie mężatki są zainteresowane tego rodzaju informacjami (93%). Kobiety rozwiedzione oraz wdowy oczekują informacji na temat wyników badań odpowiednio w 80% i 82%, przy czym wdowy aż w 18% nie chcą znać powyższych informacji (tab. 1).

Tab. 1. Zależność pomiędzy stanem cywilnym respondentek, a oczekiwaniami w zakresie informacji dotyczących wyników przeprowadzonych badań

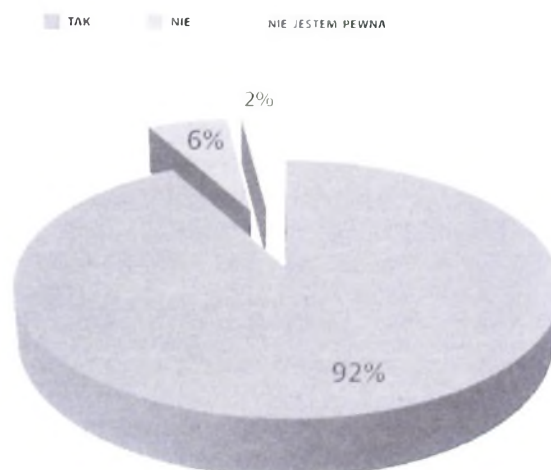
Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań	TAK		NIE		NIE JESTEM PEWNA		RAZEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
panna	8	100,00	0	0,00	0	0,00	8	100
mężatka	79	92,94	3	3,53	3	3,53	85	100
rozwiedziona	4	80,00	0	0,00	1	20,00	5	100
wdowa	18	81,82	4	18,18	0	0,00	22	100
RAZEM	109	90,83	7	5,83	4	3,33	120	100

Chi² Pearsona:12,8362, df=6, p=0,045722

Spośród ogólnej liczby kobiet objętych badaniem, ponad 92% oczekuje od lekarza omówienia wyników przeprowadzonych badań, 6% respondentek jest odmiennego zdania, a niespełna 2% badanych nie ma pewności czy oczekuje od lekarza omówienia wyników badań (ryc. 3).

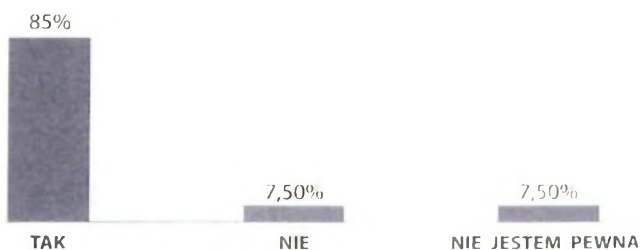
Z przeprowadzonych badań wynika, że 85% ankietowanych oczekuje od lekarza przedstawienia prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby, 7,50% respondentek nie chcą znać dalszych konsekwencji choroby nowotworowej, tyle samo kobiet nie ma pewności czy chciałaby znać prawdopodobne przyszłe skutki choroby nowotworowej (ryc. 4).

Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań



Ryc. 3. Oczekiwania respondentek w zakresie omówienia przez lekarza wyników przeprowadzonych badań

Chcę, aby lekarz przedstawił mi prawdopodobny dalszy przebieg choroby

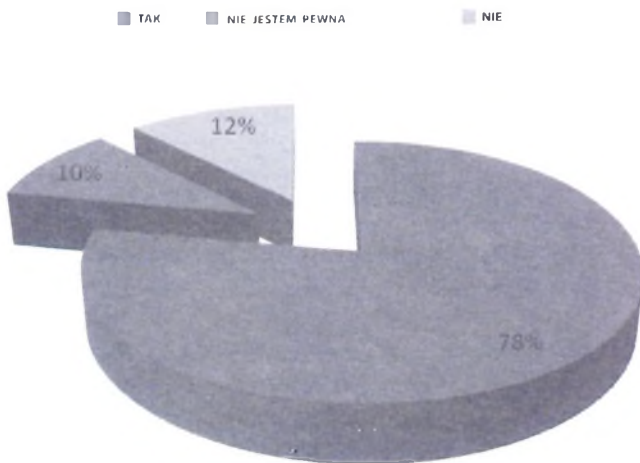


Ryc. 4. Oczekiwania respondentek w zakresie przedstawienia prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby

Spośród kobiet objętych badaniem ankietowym, 78% chce wiedzieć czy w związku z chorobą nowotworową mogą pojawić się w przyszłości inne problemy zdrowotne, 12% ankietowanych nie jest zainteresowanych informacjami w tym zakresie, natomiast pozostałe 10% respondentek nie jest w stanie jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie (ryc. 5).

Spośród kobiet objętych badaniem ankietowym, zdecydowana większość (89%) chce znać możliwe skutki uboczne choroby nowotworowej, ponad 77% ankietowanych oczekuje informacji na temat leków jakie przyjmuje, a 93% oczekuje od lekarza wyjaśnienia istoty prowadzonego leczenia. Z badań wynika, że odsetek respondentek zadowolonych z rzetelności przekazanych informacji co do możliwych działań ubocznych leków wynosi 62%. Jedynie 48% ankietowanych uważa, że przekazywane przez personel medyczny informacje dotyczące diagnozy, leczenia oraz rokowania w chorobie były wyczerpujące i zrozumiałe.

Chcę wiedzieć, czy najprawdopodobniej będę miała problemy



Ryc. 5. Oczekiwania respondentek w zakresie przedstawiania informacji dotyczących prawdopodobnych problemów zdrowotnych związanych z chorobą mogących zaistnieć w przyszłości

Omówienie wyników badań oraz dyskusja

W przeprowadzonych badaniach zwrócono uwagę na różne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Zainteresowanie zogniskowane zostało na pacjencie jako podmiocie dwustronnej relacji z lekarzem. Celem prowadzonych badań było zbadanie poziomu zapotrzebowania na informację medyczną wśród kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi.

Na podstawie prowadzonych w Polsce i za granicą badań ankietowych nad zapotrzebowaniem pacjentów na informację medyczną wynika, że jest ono bardzo duże. Wg K. Czubalskiego, A. Zacharę i M. Łempickiej-Jastrzębskiej, chęć uzyskania informacji o własnym stanie zdrowia zgłasza 75% respondentów, a spośród pacjentów chorych na raka odsetek ten jest wyższy i wynosi 91%. Analiza przedstawionych w niniejszej pracy badań potwierdza wyniki uzyskane przez innych naukowców, bowiem wśród kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi aż 93% respondentek jest zdania, że pacjent powinien znać diagnozę. Prezentowane w pracy wyniki badań wykazały również zależność pomiędzy analizowaną cechą, a stanem cywilnym respondentek ($p=0,045722$). Panny w 100% oczekują od lekarza informacji na temat wyników przeprowadzonych badań, podobnie mężatki są zainteresowane tego rodzaju informacjami (93%). Kobiety rozwiedzione oraz wdowy oczekują informacji na temat wyników badań odpowiednio w 80% i 82%, przy czym wdowy aż w 18% nie chcą znać powyższych informacji.

Pacjenci są zainteresowani informacjami na temat istoty prowadzonego leczenia. Zarówno w prezentowanej pracy jak i w pracach K. Czubalskiego, A. Zacharę i M. Łempickiej-Jastrzębskiej, zapotrzebowanie na informacje dotyczące procesu leczenia jest bardzo duże, bowiem zgłasza je ponad 90% ankietowanych.

Zarówno prezentowane w niniejszej pracy badania, jak i badania innych autorów (K. Czubalski, A. Zacharę i M. Łempicka-Jastrzębska) wykazały, że pacjenci chcą znać prawdopodobny dalszy przebieg choroby oraz jej skutki. Zapotrzebowanie na informacje w tym zakresie zgłosiło blisko 90% ankietowanych [10].

Z badań przeprowadzonych w 2007 roku przez CMJ PASAT w SP Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu z udziałem 784 respondentów wynika, że respondenci negatywnie oceniają zakres uzyskanych informacji dotyczących skutków ubocznych stosowanych leków. Jedynie 33% badanych uważa, że uzyskane od lekarza informacje w tym zakresie są wyczerpujące. Według prezentowanych w niniejszej pracy badań przeprowadzonych wśród kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi, odsetek respondentek zadowolonych z rzetelności przekazanych informacji co do możliwych działań ubocznych leków jest prawie dwukrotnie wyższy i wynosi 62%.

Badania ankietowe prowadzone przez CBOS w 2001 roku wśród osób, które leczyły się w okresie od początku 1999 roku do połowy maja 2001 roku ($N=794$) wykazały, że przekazywane przez personel medyczny informacje dotyczące diagnozy, leczenia oraz rokowania w chorobie były wyczerpujące i zrozumiałe dla 69% (zawsze w sposób rozumiały) i 37% (zazwyczaj w sposób rozumiały) ankietowanych, podczas gdy badania prezentowane w niniejszej pracy wskazują, że odsetek ten jest znacznie niższy, bowiem wynosi jedynie 48% [11]. Sposób przekazywania pacjentom informacji medycznej, jej rzetelność jak i zakres, odgrywają niezmiernie istotną rolę w relacji lekarz-pacjent. Osobowe relacje personelu medycznego z pacjentem, zwłaszcza cierpiącym, mają bardzo duży wpływ na postawę wobec nowej sytuacji i akceptację choroby [12].

Wnioski

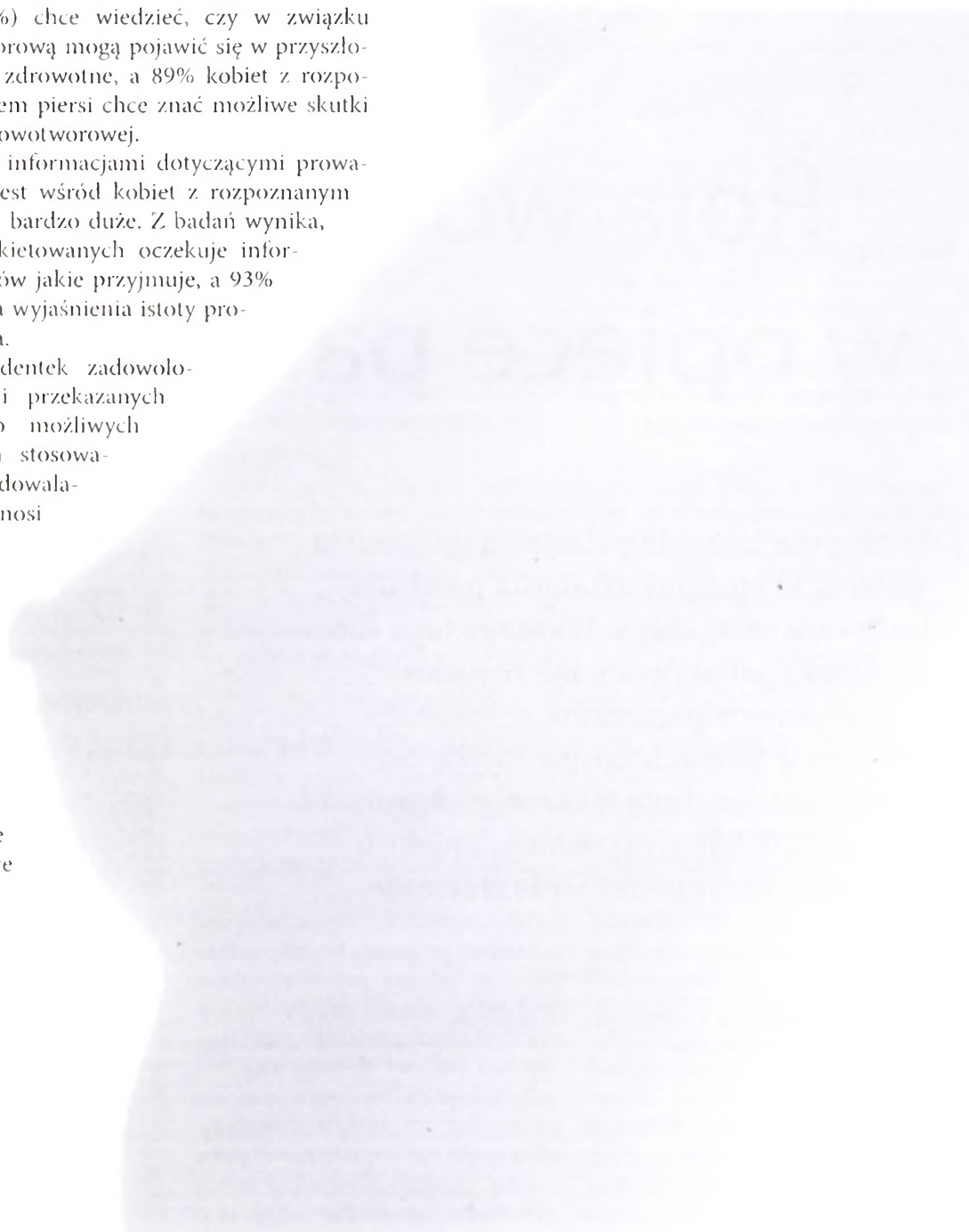
Zdecydowana większość ankietowanych (93%) uważa, że pacjent powinien być informowany o stanie zdrowia oraz rokowaniach. Respondenci chcą znać wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych (91%) i oczekują od lekarza ich omówienia (92%).

Z przeprowadzonych badań wynika, że 85% ankietowanych oczekuje od lekarza przedstawienia prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby. Większość

respondentek (78%) chce wiedzieć, czy w związku z chorobą nowotworową mogą pojawić się w przyszłości inne problemy zdrowotne, a 89% kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi chce znać możliwe skutki uboczne choroby nowotworowej.

Zainteresowanie informacjami dotyczącymi prowadzonego leczenia jest wśród kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi bardzo duże. Z badań wynika, że ponad 77% ankietowanych oczekuje informacji na temat leków jakie przyjmuje, a 93% oczekuje od lekarza wyjaśnienia istoty prowadzonego leczenia.

Odsetek respondentek zadowolonych z rzetelności przekazanych informacji co do możliwych działań ubocznych stosowanych leków jest zadowalający, bowiem wynosi 62%. Niepokojące jest natomiast, że jedynie niespełna połowa ankietowanych (48%) uważa, że przekazywane przez personel medyczny informacje medyczne były wyczerpujące i zrozumiałe.



PIŚMIENNICTWO

1. Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B., *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1994, s. 47.
2. Bernatek Zaguła I., *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 6, 78.
3. Nesterowicz M., *Prawo pacjenta i zadośćuczynienie pieniężne za ich naruszenie*, Prawo i Medycyna 2005, nr 2, s. 88.
4. Swirydowicz T., *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomysłnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, Nowa Medycyna 2000(1), VII, 97, s. 74.
5. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmion G., *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.
6. Barański J., *Interakcja lekarz-pacjent*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Barański J. (red.), Piątkowski W. (red.), Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002, s. 158-161.
7. Gordon T., Edwards W.S., *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1999, s. 37.
8. *Onkol. Prakt. Klin.*, 2006: 2 (3), s. 95-98.
9. Watyla C., *Biostatystyka – wykorzystaniem metod statystycznych w pracy badawczej w naukach biomedycznych*, Wydawnictwo o Medicum Press, Bielsko-Biala 2002, s. 121-130.
10. Czubiński K., Zachara A., Tempicka J., Jastrzębka M., *Wyniki wstępnych badań postaw opinii i zachowań lekarzy dotyczących informowania chorych na nowotwory złośliwe o ich rozpoznaniu*, Nowotwory 1999, 42, s. 261-268.
11. <http://www.ebi.org.pl>
12. Ślusarska L., *Stosunki społeczne w środowisku pacjentów szpitalnych*, Szpitalnictwo polskie 1982, 26 (3), s. 79.

Rola wolontariatu w opiece paliatywnej

W zespole leczenia paliatywnego podstawowym kryterium działania powinna być praca całej ekipy. Wymaga tego filozofia opieki paliatywnej, jak również dobro samych pacjentów.

Dlatego w domach hospicyjnych nad pacjentami czuwają lekarze, pielęgniarki, asystent socjalny, psycholog, opiekun duchowy, jak również wolontariusze.

Każdy chory człowiek jest jedyny i wymaga indywidualnego podejścia, podobnie zresztą jak osoba kochana czy nienawiedzona jest zawsze jedyna.

MGR SOCJOL. ARTUR P. TOFIL
OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

Wolontariusz odgrywa bardzo ważną rolę w środowiskach opieki paliatywnej. Według definicji przedstawionej przez Caritas w 1970 roku, „wolontariusz to ten, kto wypełniwszy swoje obowiązki członka rodziny, pracownika, obywatela, oddaje się do nieodpłatnej dyspozycji społeczeństwa, ze szczególną uwagą dla najbiedniejszych i odsuniętych na margines, w celu ich całościowego awansu”.¹ Dzisiaj

wyduje się nam ten termin zbyt wąski, ograniczony tylko do osób starszych, a przecież obecnie do grona ochotników należą również młodzi ludzie. Tak naprawdę o wolontariacie zaczęto mówić dopiero w połowie lat 70. Okazją był kongres zorganizowany przez Caritas w 1975 roku. Wydarzenie to wyznaczyło punkt zwrotny w ruchu zaangażowania społecznego wobec najbardziej potrzebujących.² Inne, szersze spojrzenie kładzie nacisk na aktywność wobec drugiego człowieka i definiuje ją w kategoriach potrzeb. „Wolontariusz, to taka osoba, która

A. Kępiński, *Rytm życia*

¹ S. Leone, *Śmiertelnie chory*, WAM, Kraków 2000, s. 69.

² S. Gawroński, *Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie*, Warszawa 1999, s. 23.

Wolontariuszem może zostać każdy, w każdej dziedzinie życia społecznego, wszędzie tam, gdzie taka pomoc jest potrzebna, ale warto pamiętać, że nie każdy wolontariusz jest odpowiedni dla każdego rodzaju pracy.

ochotniczo, z własnej potrzeby, podejmuje jakieś pożyteczne działania na rzecz innych ludzi.³ Działalność ochotnicza jest tu rozumiana jako nieprzymusowa, nienakazana, niewynikająca ze stosunku pracy czy z zawodowo pełnionej funkcji.

Najprościej: „bycie wolontariuszem, to bezpłatne, świadome, dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinne czy koleżeńsko-przyjacielskie.”⁴ Wolontariuszem może zostać każdy, w każdej dziedzinie życia społecznego, wszędzie tam, gdzie taka pomoc jest potrzebna, ale warto pamiętać, że nie każdy wolontariusz jest odpowiedni dla każdego rodzaju pracy.

Główne wartości, jakimi kierują się wolontariusze to: postawienie w centrum zainteresowań człowieka, zwrócenie uwagi na najsłabszych i najbardziej cierpiących, szacunek dla innych, sens służby, bezinteresowność w działaniu, dzielenie własnego istnienia z istnieniem innych.⁵

Wolontariat może przyjmować różne formy, dlatego trudno jest o precyzyjny i jednolity opis tego zjawiska. Intuicyjnie łączymy tę dziedzinę z bezinteresownością. Istotą tego pojęcia określają przynajmniej cztery cechy. Są nimi: świadoma bezinteresowność, do-

browolność, bezpośredniość, systematyczność.

W niemalże każdym ośrodku hospicyjnym działa blisko osiemdziesięciu wolontariuszy. Część „nowych” wolontariuszy przychodzi za namową pracujących już w hospicjum. Nie ma tutaj żadnych wymogów formalnych, gdyż przede wszystkim liczy się dobra wola i chęć pomocy. Najważniejszym kryterium jest akceptacja przez chorego i rodzinę, potem także umiejętności pracy w zespole, twórcze myślenie. Wolontariusze postrzegają swoją pracę w hospicjum, jako zobowiązanie wymagające dyscypliny, ale nade wszystko kontakt z niesamowitymi ludźmi, którzy pomagają przekonać siebie, że warto pomóc. Aby być wolontariuszem, trzeba mieć pragnienie pokory, chęć współpracy i isierkę miłości.

Najczęściej wolontariusze w hospicjach stanowią w większości niewykwalifikowaną kadrę, to po prostu ludzie, którzy niosą pomoc chorym i słabym ludziom. Wolontariusze są przygotowywani do swoich działań, przechodzą szereg szkoleń, kursów dla wolontariuszy. Natomiast zakres czynności, obowiązków jest uzależniony od stanu chorego, od jego poziomu intelektualnego, warunków socjalnych w domu.

Wolontariusze w hospicjach to w większości studenci rekrutujący się z szeregów wyższych uczelni,

a także uczniowie szkół średnich. Są tutaj studenci psychologii, pedagogiki, medycyny, socjologii, filologii, itp. Zadaniem tych ochotników jest odwiedzanie chorego. Olbrzymim zadaniem dla wolontariuszy jest nauczenie się „języka osoby umierającej”. Chory w pewnym momencie sygnalizuje, że jest gotowy i potrzebuje porozmawiać z kimś na temat swojej śmierci. Nie wolno wolontariuszowi okłamywać, podawać na siłę pewnych rzeczy, musi zdobyć się na uczciwość i prostotę – w sensie przezroczystości logicznej przekazu.⁶

Zadania wolontariusza nie kończą się w wymiarze opieki nad chorym i jego rodziną, gdyż rozciągają się na okres, w którym chorego już nie będzie. Także i w tym okresie jest wiele zadań, których wolontariusz może się podjąć. Towarzyszy on w żałobie nie tylko bezpośrednio po śmierci podopiecznego, lecz także później, sprawiając, że rodzina nie będzie się czuła opuszczona w swoim cierpieniu.⁷

Bycie wolontariuszem to ciężka praca, pełna poświęceń, wyrzeczeń. Praca w hospicjum nie znosi udawania ani gry pozorów. W niej naprawdę trzeba być sobą.⁸ Ze świadectw wolontariuszy wynika jednoznacznie, że ważnym motywem skłaniającym ich do podjęcia tej pracy jest pragnienie „bycia potrzebnym innym”. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji terminalnie chorych, w przypadku, których życie jawi się jako wartość największa, zaś odnawianie jego pozytywnych stron w sytuacjach beznadziejnych staje się zajęciem, które równie wiele dobrego przynosi cierpiącemu dziecku, jak i tym, którzy się nim opiekują.⁹

Ludzie, którzy pracują w hospicjach mają w sobie pewną kre-

³ Z. Cendrowski, *Wolontariusze*, Warszawa 1998, s. 8.

⁴ „Integracja Magazyn dla niepełnosprawnych, ich rodzin i przyjaciół”, nr 2, IV-V: 2001, s. 10.

⁵ S. Gawroński, *op. cit.*, s. 26.

⁶ „Spojrzenia”, nr 1, 2: 1999.

⁷ S. Leone, *op. cit.*, s. 71.

⁸ Ks. W. Chrostowski, *W spotkaniu z cierpieniem i śmiercią. Rozwój duchowy pracowników hospicjum dla dzieci*, „Homo Dei”, 1/1999.

atywność, chęć tworzenia i ofiarowywania czegoś chorym ludziom. Są osobami odpowiedzialnymi, wyrozumiałymi, cierpliwymi. Potrafią słuchać. Pracownicy hospicjum są świadomi tego, że to nie oni wymagają pomocy, pocieszenia i umacniania, ale ci, z których cierpieniem się stykają i usiłują mu ulżyć. Praca w hospicjum powinna stanowić owoc i świadectwo najgłębiej pojmowanej miłości drugiego człowieka. Posługa ta nigdy nie ma charakteru indywidualnego, ale zawsze zakłada otwarcie się na innych. Jedynie owocna współpraca daje dziecku gwarancję bezpieczeństwa, polegającą na tym, że czuje się ono bezpieczne i potrzebne.

Wolontariusze niemedycyjni, w odróżnieniu od personelu medycznego, są natomiast obciążeni stygmatem „zwiastuna śmierci”, co zasadniczo utrudnia wprowadzenie ich do domu chorego. Z relacji wolontariuszy opisujących poszczególne przypadki wynika, że zapotrzebowanie na ich pomoc wiąże się z typem reakcji chorego na stan swego zdrowia i stadium zaawansowania choroby. Średnio (10 procent) rodzin podopiecznych hospicjum na samym początku zaznacza: „Tylko proszę nie mówić, że to z hospicjum”.

Wolontariusz niemedyczny, występujący jawnie w swojej roli, może otoczyć pacjenta opieką duchową. Właśnie wtedy nawiązuje się autentyczna, trwała więź emocjonalna między hospicjantem a pacjentem.

Wolontariusz dla pacjentów będących w końcowej fazie choroby występuje najczęściej w roli towarzysza śmierci. Wtedy też mamy do czynienia z rozwinięciem pełnej opieki hospicyjnej, która przecież oprócz zabiegów pielęgnacyjno-lekarskich dąży do psychicznego wsparcia osoby umierającej.

Bardzo ważna jest również (a może najważniejsza) bezwzględna akceptacja osoby chorej, umiejęt-

Wolontariusze postrzegają swoją pracę w hospicjum, jako zobowiązanie wymagające dyscypliny, ale nade wszystko kontakt z niesamowitymi ludźmi, którzy pomagają przekonać siebie, że warto pomóc.

ność dostosowania się do oczekiwań podopiecznych i przede wszystkim umiejętność nieszablonowego reagowania na postępowanie chorych – to podstawowe warunki umożliwiające trwanie interakcji pomiędzy wolontariuszem a chorym.

Wolontariusz z hospicjum lubelskiego¹⁰ stwierdza jednak, iż ostatecznie to, czy zostaniemy zaakceptowani przez środowisko, w którym żyje chory i przez jego samego, zależy od niego właśnie. Bardzo trudno przewidzieć, co może zdecydować o tym, iż chory zaakceptuje opiekuna:

Umiejętność nawet pierwszego wejścia do środowiska, przekraczania progu. Albo pan wtedy staje się wolontariuszem akceptowanym, albo traci się wszystko. Był taki moment, że ja poszłam do swojej podopiecznej i namawiałam ją – to była młodsza dziewczyna – że będzie do niej przychodziła młoda dziewczyna, która przy okazji podciągnie ją w angielskim. No i przyszłam z nią, zaprowadziłam ją i pan wie, że ona jej nie zaakceptowała. Nie wiem, dlaczego, jakich cech charakteru jej brakowało. [...] A tamta powiedziała, że nie chce korzystać z jej pomocy. Ona mówiła: „my się nie możemy jakoś

dogadać, nie możemy porozumieć”. Nie wiem czy ona się bała tam do niej podejść, czy..., nie wiem. Jak weszłam, to muszę to środowisko chorej zaakceptować, nie mam odwrotu. Wydaje mi się, że to jest najważniejsza cecha, umiejętność zaakceptowania tego środowiska, takim, jakim ono jest.

Z opisu tych zdarzeń wynika, że wolontariusze starają się w przypadku tak ujawnionego lęku przed konfrontacją z umieraniem sprawować rodzaj kompromisu, skłaniać do umożliwienia choremu spokojnej śmierci w najkorzystniejszych dla niego warunkach, zapewniając jednocześnie o swojej pomocy.

Aczkolwiek są oni w potocznym odbiorze identyfikowani jako „zwiastun śmierci”, to w rzeczywistości rzadko zdarza się im asystować przy akcie zgonu.

W analizie widać, iż rola i zadania wolontariuszy zostały ukazane tak, jak załamują się w ich doświadczeniu i pamięci. Okazuje się, że ich miejsce w rodzinie chorego zależy od jego (chorego) reakcji na stan swojego zdrowia. Wymaga to więc ze strony hospicjantów dużej elastyczności oraz wyczucia nastrojów pacjenta i jego otoczenia. Zawsze chodzi o to, aby ich zachowania były dostosowane głównie do oczekiwań osób wspomaganych.

Rola wolontariusza niemedycznego w rozwiązaniu trudności wła-

¹⁰ Badania T. Paklepy przedstawione w pracy magisterskiej *Hospicjum – proces społecznego tworzenia instytucji*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny...*, op. cit., s. 182-198.

ściwych okresowi terminalnemu mieści się między kulminacjami: wyręczenia pacjenta i jego rodziny w czynnościach, których sami nie są w stanie podjąć z jednej strony i towarzysza śmierci z drugiej. Może obejmować ów cały cykl, tylko jego fragmenty i zmieniać się tak, jak zmieniają się wiązane z nim oczekiwania.

Bardzo ważnym pytaniem jest pytanie dotyczące motywów, które uruchamiają wolę pełnienia służby przy umierających. Badani wolontariusze podawali zazwyczaj kilka motywów, które skłoniły ich do pracy w hospicjum. Można dokonać pewnego usystematyzowania tych powodów w postaci pięciu bloków: motywacja altruistyczna, zadaniowa, ideologiczna, afiliacyjna i egoistyczna.

Badani najczęściej wymieniali motywację altruistyczną (46,3 proc. wskazań). Na drugim miejscu plasuje się motywacja zadaniowa (21,8 proc. wskazań). Dominującą kategorię w tej grupie stanowi doświadczenie i powinność zawodowa (13,1 proc.). Dotyczy to głównie wolontariuszy, inspirowanych również innymi przyczynami niż predyspozycje zawodowe. Wśród kobiet bardzo mocno (24,5 proc. wskazań) jako powód przystąpienia do hospicjum zarysowuje się doświadczenie związane z pielęgowaniem w chorobie kogoś bliskiego.

Motywacja ideologiczna (14,8 proc.) sprowadzana jest w wypowiedziach respondentów do przeżyć religijnych. Wskazują ją najczęściej osoby ze średnim, jednostkowo reprezentowane osoby z wykształceniem niepełnym średnim i pomaturalnym.

Motywacja afiliacyjna, którą wskazuje 9,2 proc. badanych, natomiast motywacja egoistyczna pojawia się sporadycznie (7,9 proc.). Poza kilkoma przypadkami (4,3 proc.), które są ewidentnie ukierunkowane na własne korzyści, obejmuje osoby



pragnące w ten sposób uwolnić się od wyrzutów sumienia.

Motywacja ta nie uwalnia przyszłych wolontariuszy od poczucia winy, rozterek. Blisko 90,0 proc. badanych miało różnego rodzaju obawy. Wątpliwości te mają najczęściej podłoże psychiczne (62,5 proc.), a wśród nich jako główne pojawiają się wahania spowodowane brzemieniem odpowiedzialności, nieprzewidywalną reakcją na cierpienie, którego trzeba być świadkiem. Silnie akcentowany jest lęk przed ogromem obowiązków wobec chorego i rodziny, naruszeniem sfery prywatności i wyjawieniem niechcianej prawdy, w ogóle rozmowa z chorym, konfrontacja z bólem, któremu nie da się zaradzić, przynębiającą atmosferą domu, załamaniem się w trakcie sprawowania opieki.

Pozostałe bariery o charakterze psychicznym wyrażają stan napięcia wewnętrznego i skrupuły, które uwydatniają niepewność własnych sił i trudnych do udźwignięcia zadań.

Bycie wolontariuszem to ciężka praca, pełna poświęceń, wyrzeczeń. Praca w hospicjum nie znosi udawania ani gry pozorów. W niej

naprawdę trzeba być sobą.¹¹ Ze świadectw wolontariuszy wynika jednoznacznie, że ważnym motywem skłaniającym ich do podjęcia tej pracy jest pragnienie „bycia potrzebnym innym”. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji terminalnie chorych, gdzie odnajdywanie pozytywnych stron w sytuacjach bezradziejnych staje się zajęciem, które równie wiele dobrego przynosi cierpiącemu, jak i tym, którzy się nim opiekują.

Pracownicy hospicjum są świadomi tego, że to nie oni wymagają pomocy, pocieszenia i umacniania, ale ci, z których cierpieniem się stykają i usiłują mu ulżyć. Praca w hospicjum powinna stanowić owoc i świadectwo najgłębiej pojmowanej miłości drugiego człowieka. Posługa ta nigdy nie ma charakteru indywidualnego, ale zawsze zakłada otwarcie się na innych. Jedyne owocna współpraca daje terminalnie choremu człowiekowi gwarancję bezpieczeństwa i poczucie, że jest potrzebny.

¹¹ Ks. W. Chrostowski, *W spotkaniu z cierpieniem i śmiercią. Rozwój duchowy pracowników hospicjum dla dzieci*, „Homo Dei”, 1/1999.

W poszukiwaniu recepty na dobre życie (cz. XVIII)

Szkolenie podyplomowe



Życie ludzkie traktujemy jako dynamiczną sekwencję procesów fizykochemicznych i psychospołecznych, przebiegających w określonych warunkach zewnętrznych, szczególnie społecznych, w toku których wytwarzają się różne formy interakcji i równowagi między jednostką a światem.

Zycie nasze dokonuje się zawsze w czasie terażniejszym (J. Mellibruda, 2001). W pierwszych latach życia człowiek jest głównie przedmiotem oddziaływania środowiska rodzinnego, które kształtuje podstawowe zręby osobowości i struktury ja, by w latach późniejszych uzyskać status osoby w miarę autonomicznej, podmiotu, który na podstawie subiektywnego systemu znaczeń realizuje określone cele i zadania, dokonuje wyboru i kształtuje w mniejszym lub większym stopniu przebieg swego życia [17].

W procesie przechodzenia na wyższy poziom życia i rozwoju węzłową rolę odgrywa samoświadomość jednostki, jej racje własne i związane z nimi scenariusze i plany życiowe. Samoświadomość jest procesem otwierania się na nowe treści, wychodzeniem poza bariery i ograniczenia związane ze środowiskiem, trafnym, bez samookłamywania się, rozpoznawaniem swojego miejsca i potencjału życiowego i na tej drodze tworzenia wyższych form równowagi między sobą a otoczeniem; równowagi typu progresywnego [1, 4, 10, 12, 27].

W książce „Poszukiwanie siebie” (2001) J. Mellibruda pisze: Życie wciąż szuka wyrażenia siebie. Człowiek przy całej świadomości zewnętrznych uwarunkowań, w których przebiega jego życie ma jednak poczucie, iż jest autorem tego życia i że jest za nie odpowiedzialny. Życie stanowi największą, najgłębszą rzeczywistość naszego doświadczenia. Urodziliśmy się, żeby wyrazić całe jego piękno i wspaniałość. Umiejętność przeżywania w pełni swego życia, czyli zdolność angażowania się w sprawy świata, jest warunkiem autentycznego i twórczego istnienia [9, 17].

Z kolei problem dostrzegania i realizacji wartości jest jednym z najbardziej istotnych dylematów stojących przed dzisiejszym człowiekiem.

Przez potencjał życiowy rozumiemy wszystkie zasoby typu fizycznego, biologicznego, społecznego, psychicznego, duchowego, jakimi jednostka dysponuje i które może wykorzystywać w swym życiu. Tytułem przykładu można wymienić kilka ważniejszych zasobów: zdrowie, inteligencja, uzdolnienia cząstkowe, np. artystyczne, językowe, wytrwałość, odporność na stresy, uczciwość, życzliwość, religijność, stosunki rodzinne, znajomości, role, pozycje społeczne [3, 5, 15, 19].

Ogólnie biorąc, osobowość można traktować jako ważny składnik

każ gospodarki rynkowej, oraz od takich cech temperamentu jak aktywność, wrażliwość sensoryczna i emocjonalna, odporność na stres [26, 28].

Nasze życie prywatne, osobiste, zawodowe itp., to nasze sprawy związane z określoną sferą naszej aktywności.

W życiu ludzi w dzisiejszych, cywilizowanych społecznościach doniosłą rolę odgrywa praca zawodowa. W pracy człowiek realizuje się, aktywizuje własne zasoby, np. uzdolnienia, pracowitość. Są zawody, które uruchamiają zasoby jednostki i w których potrafi ona osiągnąć samorealizację (np. inżynier konstruujący nową tokarkę). Z kolei osoba bezrobotna nie realizuje swego potencjału życiowego [18].

Przez potencjał życiowy rozumiemy wszystkie zasoby typu fizycznego, biologicznego, społecznego, psychicznego, duchowego, jakimi jednostka dysponuje i które może wykorzystywać w swym życiu.

potencjału życiowego jednostki. Osobowość można ujmować w sposób węższy jako system integracji i regulacji zachowań, złożony z potrzeb, postaw, samooceny lub w sposób szerszy jako system tworzący i realizujący plany.

Szerokie ujęcie osobowości ułatwia pełniejszą i kompleksową analizę zasobów wewnętrznych człowieka; przebieg jego życia zależy nie tylko od postaw, samooceny czy zainteresowań, lecz w równej mierze od jego rzeczywistych uzdolnień, co jest szczególnie ważne w warun-

Praca w wydanym konkurencji rynkowej jest również szczególnym powodem stresu. Wysiłek ponad siły, bezwzględność pracodawców, syndrom odrzucenia pracowników, którzy młodość mają już za sobą, kult sukcesu i przedsiębiorczości przyczyniają się do powstania sytuacji stresogennych [21].

Organizm i procesy fizykochemiczne i fizjologiczne funkcjonujące w nim są ściśle powiązane z procesami psychicznymi, świadomością, osobowością. Istnieją przeciwstawne koncepcje ujmujące relacje mię-

dzy organizmem a psychiką. Paralelizm psychofizyczny przyjmujący, że procesy fizyczne i psychiczne są samodzielne i niezależne, stanowi koncepcję anachroniczną w świetle współczesnej nauki.

Przyjmuje się obecnie, że organizm i psychika wzajemnie na siebie oddziałują i że interakcja ta ma charakter dynamiczny zmierzający w kierunku optymalnym do stanów względnej równowagi, która znajduje wyraz w zdrowiu, czyli dobrostanie psychofizycznym [11].

Prawidłowe funkcjonowanie organizmu jest ściśle związane z dopływem tlenu. Niedotlenienie wywołuje zmiany zarówno somatyczne jak i psychiczne, między innymi zmniejszenie zawartości adrenaliny, osłabienie mięśni oddechowych, zły samopoczucie, spadek wydajności umysłowej, drażliwość uczuciową. Na przykład u taterników, którzy wspinają się na wyższe szczyty bez masek tlenowych, pojawia się duże zmęczenie, ból głowy, nudności, apatia, halucynacje słuchowe i wzrokowe [11].

Właściwe doprowadzenie tlenu do organizmu, oddychanie świeżym powietrzem ma ważne znaczenie, szczególnie w pracy twórczej. Pisarze, artyści, uczeni chętnie pracują w ośrodkach podmiejskich, na wsi. Dotlenienie mózgu sprzyja aktywizacji myślenia twórczego, intensyfikacji pamięci, wyobraźni, intuicji [7].

Układ nerwowy i mózg

Układ nerwowy obejmuje dwa systemy: ośrodkowy i obwodowy. Ośrodkowy system składa się z mózgu i rdzenia kręgowego; jego funkcja polega na integrowaniu różnych części ciała. Obwodowy układ obejmuje włókna nerwowe łączące układ ośrodkowy z receptorami, a więc komórkami wrażliwymi na bodźce zewnętrzne i mięśniami,

dzięki którym organizm wykonuje ruchy i czynności umożliwiające przystosowanie do otoczenia. Obwodowy układ nerwowy reguluje również funkcjonowanie narządów wewnętrznych: gruczołów, serca, mięśni gładkich, układu krwionośnego. Autonomiczny układ nerwowy obejmuje część trzewną układu obwodowego; wyodrębnia się w nim układ sympatyczny i parasympatyczny, które połączone są z pniem mózgu i rdzeniem kręgowym. Powyższe układy działają przeciwstawnie. Układ parasympatyczny pobudza trawienie, wydalanie nie strawionych produktów, układ sympatyczny działa przeciwstawnie – hamuje procesy trawienne [11].

Ośrodkowy układ nerwowy obejmuje neurony i synapsy w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego.

Jedną z ważnych funkcji mózgu jest regulowanie zachowań orientacyjnych, za pomocą których organizm zwraca uwagę na zmiany w środowisku. U podłoża zachowań orientacyjnych leży wzrost wrażliwości, np. rozszerzenie źrenic, zmiany aktywności elektrycznej w mięśniach i mózgu, rozszerzenie naczyń krwionośnych w mózgu i zwężenie w kończynach. Reakcją orientacyjną wywołują nowe bodźce, bodźce o dużej sile, bodźce konfliktowe, a więc takie, które zostały

Michał Tombak uważa, że eliksirem młodości są przede wszystkim nasze pozytywne myśli, emocje i uczucia. Zupełnie nie ma znaczenia, ile mamy lat, zawsze możemy przesunąć wskazówki naszego „zegara biologicznego” ze starości na młodość.



skojarzone równocześnie z nagrodami i karami, bodźce sygnałowe o specjalnym znaczeniu. Reakcje orientacyjne odgrywają ważną rolę życiową, ułatwiają przystosowanie do środowiska i przetrwanie organizmu. Zakłócenia w orientacji, między innymi w związku z osłabieniem receptorów, niewłaściwym różnicowaniem bodźców, wadliwą generacją, destabilizują równowagę organizmu ze środowiskiem i osłabiają szanse utrzymania zdrowia, a niekiedy i życia [7].

Mózg człowieka jest najważniejszą rzeczą na ziemi. Nasz mózg zdolny jest przerobić 140 tys. milionów informacji na sekundę. Pojemność pamięci mózgu jest miliard razy większa niż najdoskonalszej maszyny [7].

Elżbieta Szeląg (2001) napisała: Mózg człowieka to skomplikowana, stale ucząca się maszyna, a efektem uczenia się są trwałe zmiany w jego strukturze. Impulsem do tworzenia tych zmian morfologicznych są nabywane doświadczenia [11].

Mózg składa się z dwóch półkul, które połączone są ciałem modzełowatym. W półkulach wyodrębnia się płat czołowy, skroniowy, ciemieniowy i potyliczny. Funkcje słuchowe są zlokalizowane w płacie skroniowym, wzrokowe – w płacie potylicznym, funkcje ruchowe – w rejonach mózgu przed bruzdą Rolanda. W pozostałych obszarach znajdują się pola kojarzeniowe, które są podłożem integracji funkcji poznawczych i ruchowych.

Lewa półkula mózgu kontroluje prawą stronę ciała, prawa półkula kontroluje lewą stronę. W lewej półkuli zlokalizowane są funkcje poznawcze, językowe, związane z myśleniem linearnym. W prawej półkuli dominują procesy nieliniarne, niewerbalne, związane z intuicją, wyobraźnią, widzeniem przestrzennym i regulacją czynności motorycznych [7].

W mózgu występują dwa antagonistyczne procesy pobudzenia i hamowania, będące podstawą złożonych czynności mózgu, między innymi analizy i syntezy. Na podłożu procesów analizy i syntezy funkcjonuje świadomość i samoświadomość człowieka, które integrują różne sfery osobowości i regulują celową działalność [7].

Ważne jest, aby każdy człowiek uświadomił sobie, że jego mózg to ogromnie skomplikowana i niepowtarzalna struktura. Wszystko, czego się uczy, emocje, jakich doświadcza, jak się odżywia, odpoczywa, radzi sobie ze stresem, nie zostaje bez wpływu na budowę i funkcjonowanie jego mózgu, a tym samym na jego życie (A. Jaczewski, 2001).

Człowiek jest istotą psychofizyczną – między psychiką a ciałem istnieją obustronne zależności. Psy-

z zaspokajaniem potrzeb i realizacją różnych celów [3, 28].

Organizm funkcjonuje w określonym środowisku, w którym działają bodźce wykazujące większy lub mniejszy zakres zmienności. Względna stałość środowiska i związanych z nim bodźców umożliwia przystosowanie organizmu. Człowiek jest organizmem plastycznym, który może przystosować się do zmian w środowisku i uczyć się nowych form zachowania. Zbyt szybkie zmiany warunków lub częste zmiany zachowań mogą przeciążać organizm, zaburzać funkcjonowanie systemu nerwowego i osłabiać zdrowie. Życie w sensie biologicznym łączy się z reagowaniem organizmu na bodźce środowiska, pod wpływem bodźców powstają zmiany w ustroju, jednak zmiany te nie mogą przekraczać określonych granic [3].

Mózg człowieka jest najważniejszą rzeczą na ziemi. Nasz mózg zdolny jest przerobić 140 tys. milionów informacji na sekundę. Pojemność pamięci mózgu jest miliard razy większa niż najdoskonalszej maszyny.

chika oddziałuje na funkcjonowanie organizmu, może przyczyniać się do usprawniania go, zapobiegania chorobom lub ułatwiania ich leczenia. Zdrowe ciało podnosi wydajność pracy umysłowej i fizycznej, poprawia nastrój i samopoczucie oraz stymuluje motywację. Organizm ludzki jest układem energetycznym pobierającym energię z otoczenia, przetwarzającym ją na inne rodzaje energii i wydatkującym na różne czynności, zachowania związane

Na przykład bioenergetyka stanowi nową dyscyplinę naukową zajmującą się relacjami między ciałem i psychiką w związku ze świadomością. Ujmuje ona człowieka w kategoriach energetycznych; jednostka zdrowa odznacza się prawidłowym przepływem energii. Gdy osoba traci kontakt z ciałem, przepływ energii jest zablokowany (osobnik nie oddycha pełną piersią, lecz jest stale na wydechu) i powstają różnego rodzaju zaburzenia [14].

Organizm i psychika stanowią dynamiczną całość; w funkcjonowaniu zależności między organizmem i psychiką kluczową rolę odgrywa samoświadomość. Samoświadomość powierzchowna, uboga, obronna, nie rejestruje sygnałów nadchodzących z organizmu, upraszcza je i nierzadko zniekształca. Im lepszy kontakt człowieka z własnym ciałem, im trafniejsze rozumienie jego funkcjonowania, tym większe poczucie integralności i tożsamości jednostki. Zdrowa, dojrzała samoświadomość znajduje wyraz w różnych formach zachowania, gestach, wyrazie oczu, mimice, sposobie oddychania, itp. [14].

Bioenergoterapia

Powodzenie i szczęście człowieka zależy w dużym stopniu od funkcjonowania jego organizmu biologicznego. Jeden z twórców bioenergetyki – nauki o przepływie energii w organizmie, A. Loven, dobitnie podkreśla w swojej książce pt. „Duchowość ciała” (1995), że psychika ma silny związek z organizmem [15].

Należy podkreślić, że u podłoża wadliwego funkcjonowania organizmu leży zablokowany przepływ energii. Człowiek czerpie energię poprzez odżywianie, oddychanie, wchłanianie ciepła, kontakty z ludźmi. Oddaje



ją w toku aktywności fizycznej, celowej działalności, wyrażając swoje myśli, emocje, pragnienia. Szczególnie doniosłą rolę w przepływie energii odgrywają emocje. A. Loven podkreśla, że emocje „będące uczuciami całego ciała mają moc integrowania osobowości”. Emocje pozytywne, np. miłość, radość, ułatwiają swobodny przepływ energii i zasilanie nią różnych układów i tkanek. Uczucia stłumione, nieuświadomione utrudniają przepływ energii, wywołują blokadę lub napięcie mięśniowe, skutkiem czego człowiek może utracić kontakt z różnymi organami i nie uświadamiać sobie ich funkcjonowania [15].

Życie codzienne

Życie codzienne przeciwstawia się życiu nastawionemu na realizację wartości, samorealizację, życiu kulturalnemu, duchowemu. Życie codzienne polega na myśleniu i doświadczaniu spraw przyziemnych, dbaniu o zdrowie, pożywienie, higienę, ochronie przed różnymi zagrożeniami, np. chłodem, niebezpieczeństwami, itp. Jest to życie na ogół typu wegetacyjnego, którego celem jest utrzymanie się na powierzchni przez posiadanie środków materialnych, konsumpcję dla reprodukcji sił, załatwianie spraw doraźnych, np. różnego typu opłat, napraw, zakupów, robienie porządków, itp. [6, 27].

Zajmując się psychologiczną problematyką życia codziennego, koncentrujemy uwagę na jego aspektach behawioralnych i samoświadomościowych [21].

Powodzenie i szczęście człowieka zależy w dużym stopniu od funkcjonowania jego organizmu biologicznego.

Życie codzienne stanowi sekwencję czynności, działań zorientowanych na rozwiązywanie aktualnych spraw i zadań. Są to z reguły czynności krótkotrwałe przechodzące jedne w drugie [22].

Ciążar życia może być odczuwany z różną intensywnością, w sposób sporadyczny, okresowy lub trwały. Może on obejmować różne wymiary i dziedziny, różne sytuacje i układy interpersonalne, społeczne [1].

Człowiek żyje raz, nie powtarza się swego życia, za jego przebieg jest on sam odpowiedzialny; idzie więc o to, by przeżyć życie w sposób udany, zdrowy, mądry, by nie popełniać wiele razy tych samych błędów, by szybko uczyć się życia wartościowego, korzystnego dla jednostki i otoczenia.

Mądrość życiowa w odniesieniu do własnego życia może przejawiać się w:

- umiejętnej, skutecznej realizacji celów i zadań,
- realizowaniu akceptowanych przez siebie wartości i życia zgodnego z nimi,
- ułożeniu i utrzymywaniu konstruktywnych relacji z otoczeniem, tj. z innymi ludźmi, grupami, instytucjami,
- samorealizacji rozwoju własnych talentów, wykorzystywaniu silnych stron.

Mądrość życiowa nie polega na tym, by gromadzić dobra, zasoby, bogacić się, kontrolować innych i dominować nad nimi, lecz na tym, by osiągać coraz wyższy poziom świadomości, samoświadomości, rozwijać się duchowo i samorealizować się [24, 25].

Należy podkreślić, że mądrość życiowa łączy się z dojrzałym optymizmem, nietraceniem nadziei w trudnych warunkach, np. losowych. Trzeba ciągle rozjaśniać własną egzystencję, myśleć pozytywnie o sobie samym, o innych, o świecie [2, 16].

Problematyka psychologii życia obejmuje takie kategorie, jak miejsce życiowe, potencjał życiowy, bilans życiowy, racja własna, postawa życiowa. Ułatwiają one zarówno deskrypcję złożonych wydarzeń życiowych i mechanizmów psychospołecznych funkcjonowania, jak i właściwe wyjaśnianie przebiegu życia i prawidłowości w tym zakresie. Psychologia życia w takim ujęciu ma charakter molarny a nie molekularny [26, 27].

Problemy życiowe

Ludzie różnią się między sobą tym między innymi, jakie mają problemy w swoim życiu. Oto X-owi stale dokucza niski wzrost i nieśmiałość, Y jest impulsywny i łatwo wpada w konflikty, Z – mało zarabia i stale pożycza pieniądze [27].

Poniżej przedstawiono 50 sformułowań – hasel. Przeczytaj je uważnie, a następnie oceń w skali 0 – 5 (0 – minimum, 5 – maximum) adekwatność każdego hasła w twoim życiu. Np., jeśli łatwo ulegasz innym i pozwalasz im manipulować sobą – postaw 5 przy pozycji 29, gdy przykre myśli często psują ci nastrój, postaw 4 przy pozycji 5.

Po wykonaniu zadania wypisz na kartce pozycje oceniane na 5 i 4 i staraj się wykorzystywać w życiu zawarte w nich sady i zalecenia. Po pewnym czasie możesz inne hasła wysunąć na plan pierwszy.

- ▶ Masz takie same prawo do życia i rozwoju jak inni.
- ▶ Nie zamartwiasz się przedwcześnie.
- ▶ Nie bądź zbyt surowy dla siebie, stawiaj sobie jednak określone wymagania.
- ▶ Zawsze możesz zmienić warunki i siebie. Nie ma sytuacji bez wyjścia.
- ▶ Nie psuj sobie nastroju przykrymi myślami.
- ▶ Czy musisz to zrobić? Pomyśl, może są inne, lepsze rozwiązania.
- ▶ Gdy ktoś cię traktuje niewłaściwie, krytykuje, zastanów się dlaczego, może on ma jakieś braki, frustracje (np. jest niski, nie awansuje).
- ▶ Nie przesadzaj z kontrolą takich uczuć jak poczucie żalu, krzywdy, niechęć – one same powoli wygasną.
- ▶ Nie przejmuj się zbyttnio – może to mało ważny fakt.
- ▶ Naucz się myśleć o przeszłych i przyszłych przyjemnościach.
- ▶ Popatrz na siebie z boku – jak cię widzą inni.
- ▶ „Odpuść sobie” niedobre sprawy i stosunki.
- ▶ Pomyśl o swoich silnych, dobrych stronach.
- ▶ Nie wszyscy cię muszą akceptować i dobrze mówić o tobie.
- ▶ Stosuj metodę małych kroków w pracy i życiu, w myśl przysłowia *nulla dies sine linea* (w każdym dniu – linijka).
- ▶ Powiększaj swoje osiągnięcia.
- ▶ Nie bądź zbyt krytyczny w stosunku do innych – unikaj mentorstwa.
- ▶ Pomyśl, w jakie pułapki psychospołeczne wpadasz i dlaczego, uważaj na pułapki myślenia: wszystko albo nic, inni są winni, nie ja.
- ▶ Jesteś zdenerwowany, „spięty” – zrób kilka głębszych oddechów.
- ▶ Wyobraź sobie przyszłe sukcesy.
- ▶ Bądź otwarty na innych, na współpracę, nie oceniaj zbyt pochopnie ludzi, koncentruj się na podobieństwach z innymi, a nie na różnicach.
- ▶ Gdy pracujesz w pośpiechu – rób kilkuminutowe przerwy.
- ▶ Masz na głowie wiele spraw – ustal ich ważność i kolejność.
- ▶ Gdy jesteś spięty, zły – możesz zakłąć (unikaj tłumienia swoich emocji).
- ▶ Masz przykrość, niepowodzenie – zwieryż się z nich osobom bliskim.
- ▶ Staraj się nie okłamywać samego siebie.
- ▶ Stale miej przed sobą rozsądne cele i działania.
- ▶ Staraj się uświadomić sobie własne potrzeby i motywy (które potrzeby masz zaspokojone, a które nie?).
- ▶ Nie ulegaj naciskom, nie daj się manipulować, bądź asertywny.
- ▶ Staraj się wyciszyć wewnętrznie: usiądź wygodnie i licz swoje oddechy.

- ▶ Próbuj wybierać uczucia, jakich doznajesz w różnych sytuacjach (np. gdy masz niepowodzenie – czy zamiast złości nie możesz sobie powiedzieć: przeszkody są po to, aby je pokonywać, itp.).
- ▶ Co jakiś czas odmów sobie jakiejś przyjemności, np. pal mniej papierosów, nie jedz deseru.
- ▶ Gdy masz przykre myśli i stajesz się pesymistą, pomyśl o osobach upośledzonych, np. o ubogich, niepełnosprawnych, chorych.
- ▶ Raz w tygodniu wybierz się na dłuższy spacer na świeżym powietrzu (np. do parku poza miasto).
- ▶ Uprawiaj codziennie gimnastykę.
- ▶ Bądź zaprzyjaźniony z kulturą – czytaj książki, chodź do teatru, kina, na wystawy.
- ▶ Nie jesteś w centrum świata; świat jest wielki, inni też mają swoje problemy.
- ▶ Nie musisz być doskonały w tym co robisz, bądź dobry.
- ▶ Nie wyrządzaj krzywdy sobie i innym.
- ▶ Przygotuj się na to, że pewne sprawy mogą się nie udać.
- ▶ Słuchaj co inni mówią, interesuj się sprawami innych ludzi.
- ▶ Nie porównuj się zbyt często z innymi; są osoby lepsze i gorsze od ciebie.
- ▶ Podejmując pewne działania, bądź wytrwały i wierz w sukces.
- ▶ Nie licz zbyt wiele na innych czy na szczęśliwy los, licz głównie na siebie („umiesz liczyć, licz na siebie”).
- ▶ Nie koncentruj się zbyt wiele na własnej osobie, interesuj się polityką, sportem, itp.
- ▶ Pewne postacie historyczne lub wybitne jednostki współcześnie żyjące mogą być dla ciebie wzorami!
- ▶ Unikaj sytuacji bez wyjścia.
- ▶ Unikaj sytuacji i ludzi wytwarzających u ciebie napięcie i niepokój.

- ▶ Naucz się odprężyć, rozluźnij mięśnie rąk, nóg, brzucha, twarzy.
- ▶ Od czasu do czasu sprawiaj sobie przyjemność: zjedz ulubioną potrawę, kup sobie ładny album lub płytę.

Jak żyć długo i szczęśliwie

Czuj się szczęśliwy

Dzień dobry, mój kochany.
Znajdź trochę czasu na to,
by być szczęśliwym!
Jesteś cudem, który żyje,
Który rzeczywiście istnieje na ziemi.
Jesteś kimś jedynym, niepowtarzalnym,
nie można cię z nikim pomylić.
Czy wiesz o tym?
Dlaczego się nie zdumiewasz,
nie podziwiasz,
nie cieszysz się swoim istnieniem
i istnieniem innych wokół ciebie?
Czy to tak oczywiste,
czy to nic nadzwyczajnego,
że żyjesz,
że możesz żyć,
że dano ci czas,
abyś śpiewał i tańczył,
czas, abyś był szczęśliwy? (...)

(Phil Bosmans: Nie zapomnij o radości.
Pallotinum, Warszawa 1990)

Michał Tombak (2002) uważa, że eliksirem młodości są przede wszystkim nasze pozytywne myśli, emocje i uczucia. Zupełnie nie ma znaczenia, ile mamy lat, zawsze możemy przesunąć wskazówki naszego „zegara biologicznego” ze starości na młodość. W tym celu należy nauczyć się „wybierać” z pokładów pamięci wspomnienia o młodości, o pierwszej sympatii, o wszystkich miłych chwilach, które przeżyliśmy. Należy przeglądać zdjęcia naszej młodości, spotykać się z przyjaciółmi ze szkoły, z młodzieńczymi lat. Takie spotkania są dla naszego organizmu, dla naszej psychiki swoistym eliksirem młodości. Stałe nastawienie psychiczne na młodość

i zdrowie, nie tylko hamuje nadejście starości, ale może przywrócić nam młodość [23].

Żeby żyć długo, trzeba umieć żyć szczęśliwie. To jest sztuka, której nikt nas nie może nauczyć. Każdy musi się tego nauczyć sam.

Korzystając z podanych niżej rad mędrców, możemy przedłużyć młodość, zdobyć zdrowie, zatrzymać starość. Po to, żeby być zdrowym, trzeba zerwać ze złymi nawykami, które powstawały całymi latami, zmienić styl życia i sposób myślenia. Należy stopniowo przyzwyczajając organizm do nowego trybu życia.

Pomóż sobie sam [23]:

- Kochaj siebie takim, jakim jesteś.
- Nigdy nikomu nie zazdrość.
- Jeśli się sobie nie podobasz – zmień się.
- Złość, obraza, krytyka siebie i innych – to najbardziej szkodliwe emocje dla zdrowia.
- Jeśli coś postanowiłeś – działaj.
- Pomagaj biednym, chorym, starym i czyn to z radością.
- Nigdy nie myśl o chorobach, starości, śmierci.
- Najlepszym lekarstwem na choroby i starość – jest miłość.
- Twoimi wrogami są: obżarstwo, chciwość, uleganie własnym słabościom.



- Troski prowadzą do zejścia z tego świata. Wzdychania niszczą ciało człowieka.
- Największym grzechem jest strach i podłość.
- Najlepszym dniem jest dzień dzisiejszy.
- Najlepsze miasto – to to, w którym ci się najlepiej powodzi.
- Najlepsza praca – to ta, którą lubisz.
- Największy błąd – utrata nadziei.
- Największy prezent, który możesz podarować lub otrzymać – to miłość.
- Największe bogactwo – to zdrowie.

Teoria „sześciu filarów”

Rodzimy się bez „instrukcji użycia” i tylko nieliczni odkrywają prawa rządzące naszym życiem i szczęściem i umieją je wykorzystać. Sztuka życia to cała dziedzina wiedzy, do niedawna znana tylko wybranym (T. Niwiński, 1993). Można się jej nauczyć tak jak pływania. Analogia idzie nawet dalej, bo tak jak złe nawyki podczas pływania bardzo utrudniają poprawne pływanie, nawet jak sobie zaczynamy z nich zdawać sprawę, tak złe nawyki w życiu, negatywne myślenie i samoograniczające przekonania często uniemożliwiają nam osiągnięcie rzeczy, które obiektywnie jesteśmy w stanie bez trudu osiągnąć [20].

Nathaniel Branden spędził blisko 40 lat studiując zjawisko poczucia własnej wartości i jest autorem wielu doskonałych książek na ten temat, na czele z „Psychologią poczucia własnej wartości”, która doczekała się 27 wydania. To on zaproponował teorię „sześciu filarów”, która sprowadza się do genialnie prostych zasad. Są nimi:

- ✓ świadomość,
- ✓ samoakceptacja,
- ✓ odpowiedzialność,
- ✓ asertywność,
- ✓ celowość,
- ✓ prawość.

Umiejętność świadomego życia

Pierwszy filar poczucia własnej wartości to świadomość, a bardziej dokładnie, umiejętność świadomego życia. Znaczy to aktywne używanie umysłu, zdawanie sobie sprawy w każdej chwili, że istniejemy, co przeżywamy, co czujemy i jaki jest świat dookoła nas. Świadome życie polega również na dostrzeganiu prawdy. Prawda bywa czasami trudna do przeżycia, trudna do zaakceptowania. Niemniej, im bardziej potrafimy żyć w zgodzie z prawdą, im bardziej potrafimy dopuszczać prawdę do siebie, niezależnie od tego czy jest to wygodne czy nie, tym wyższe jest poczucie własnej wartości.

Świadome życie, to również umiejętność obiektywnego widzenia samego siebie. Umiejętność spojrzenia na siebie jak gdyby z zewnątrz.

Człowiek żyje raz, nie powtarza się swego życia, za jego przebieg jest on sam odpowiedzialny; idzie więc o to, by przeżyć życie w sposób udany, zdrowy, mądry, by nie popełniać wiele razy tych samych błędów, by szybko uczyć się życia wartościowego, korzystnego dla jednostki i otoczenia.

Każdy z nas ma jakieś unikalne zalety i nieuniknione wady. Umiejętność obiektywnego spojrzenia na swoje cechy podnosi poczucie własnej wartości. Wiąże się z tym drugi filar, na którym ono się opiera.

Samoakceptacja

Samoakceptacja, to umiejętność zaakceptowania siebie takim, jakim się jest. Może to się wydawać trochę dziwne, bo jeśli ja nie jestem zadowolony z tego kim jestem, to czy powinienem siebie akceptować? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że tak! Nie znaczy to, że jeśli akceptuję siebie bezwarunkowo, to nie mam prawa chcieć się zmienić. Jak najbardziej mam prawo i przy wysokim

Żeby żyć długo, trzeba umieć żyć szczęśliwie. To jest sztuka, której nikt nas nie może nauczyć. Każdy musi się tego nauczyć sam.

poczuciu własnej wartości mam także ochotę się zmienić.

Już dawno stwierdzono, że aby zmienić jakiś nawyk, np. ograni-

czyć jedzenie, rzucić palenie, czy zmienić się w jakimkolwiek innym aspekcie, trzeba po pierwsze zauważyć i potwierdzić stan faktyczny. Jeśli chcę się odchudzić, to muszę przede wszystkim zauważyć, że jestem za gruby. Nałogowy alkoholik, żeby odzwyczaić się od picia, musi przede wszystkim przyznać, że ma problem. Jeśli zaprzecza i twierdzi, że problemu nie ma, nigdy nie będzie się w stanie zmienić, dlatego że nie da się zmienić czegoś, co nie istnieje.

Samoakceptacja jest warunkiem wyjściowym do doskonalenia się. Samoakceptacja dotyczy zarówno myśli, czynów i marzeń, jak i wyglądu fizycznego. Prawdziwie mądra osoba jest w stanie zaakceptować rzeczy, których nie może zmienić w swoim wyglądzie, pracując jednocześnie nad zmianą tych, które są w jej mocy. Samo rozpaczanie, że jesteś za gruby, sytuacji nie zmieni, jeśli nie podejmiesz działań w kierunku schudnięcia.

Samoakceptacja, to umiejętność zaakceptowania siebie takim, jakim się jest.

Samoakceptacja wiąże się także z lubieniem siebie. Prawda o lubieniu siebie jest taka, że nie można autentycznie lubić kogoś bardziej niż siebie samego. „Kochaj bliźniego swego, jak siebie samego” nie mówi, żeby bliźniego kochać więcej, a przeciwnie: najpierw kochaj siebie, abyś mógł kochać bliźniego. Dlatego należy zacząć od kochania siebie. Pierwsza „szczęśliwa miłość” w życiu człowieka powinna być do siebie.

Odpowiedzialność

Odpowiedzialność ma olbrzymie znaczenie w życiu. Jest to również jeden z filarów poczucia własnej wartości. Życie odpowiedzialne, to życie w taki sposób, że za wszystkie swoje czyny czujemy się odpowiedzialni i jednocześnie wiemy, że to, co robimy, zależy od nas. Im bardziej biorę w swoje ręce swój los, tym bardziej jestem odpowiedzialny za to, co się ze mną dzieje, tym wyższe jest moje poczucie własnej wartości.

Odpowiedzialność dotyczy nie tylko czynu, lecz również i myśli. Ponoszę odpowiedzialność za to, co myślę, odpowiedzialność za to, jak działa mój umysł, jak bardzo potrafię panować nad swoimi uczuciami i zachowaniem.

To ja jestem odpowiedzialny za osiągnięcie celów, jakie sobie stawiam. Ja jestem odpowiedzialny za decyzje, jakie podejmuję, za zachowania w stosunku do innych ludzi, za jakość kontaktów z bliskimi

ludźmi. Ja jestem odpowiedzialny za to, w co wierzę i jaki uznaję system wartości. Ja jestem odpowiedzialny za swoje szczęście.

Asertywność

Czwarty filar poczucia własnej wartości to asertywność. Jest to pewność siebie. Pewność siebie nie w negatywnym znaczeniu postawy zarozumiałego człowieka, który zadziera nosa, ale pewność pozytywna. Pewność, że potrafisz. Pewność, że mam prawo do własnych opinii,

własnego życia, że mam prawo do tego, żeby być traktowanym, jak na to zasługuję. Asertywność to również umiejętność przekazywania własnej opinii, własnego zdania, wtedy, kiedy jest to istotne.

Zachowanie asertywne może obejmować ekspresję takich uczuć jak: gniew, strach, zaangażowanie, nadzieję, radość, rozpacz, oburzenie, zakłopotanie, itd., ale w każdym z tych przypadków uczucia te wyrażane są w sposób, który nie narusza praw innych osób. Zachowanie asertywne odróżnia się od zachowania agresywnego, które, wyrażając uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa – nie respektuje tych samych elementów u innych osób (M. Król-Fijewska, 1993).

Ludzie, którym pozwala się swobodnie uczyć na własnych błędach, w efekcie końcowym dochodzą do o wiele lepszych rezultatów. Wychowanie w atmosferze, że wszystko musi być od razu doskonałe, powoduje zniechęcenie, które manifestuje się w wieku dorosłym jako brak wiary w siebie.

Asertywność, to umiejętność komunikowania swoich potrzeb, pragnień, wartości i przekonań. Często jest ona mylona z zarozumiałością lub egoizmem, dlatego wielu ludzi w imię przypodobania się czy po prostu unikania problemu, rezygnuje z asertywności kosztem poczucia własnej wartości. Jest to smutne, gdyż asertywność, to także wiara w słuszność tego co się robi, a to jest podstawą wszelkiego rozwoju i postępu [8, 13].

Celowość

Piątym filarem, na którym opiera się poczucie własnej wartości jest „celowość”, czyli celowe życie. Mówimy dużo o potrzebie stawiania sobie celów i ich osiągnięcia. Wiemy, że umysł człowieka zbudowany jest w ten sposób, że musi mieć wyty-

zione cele i musi pracować nad ich osiągnięciem. Jeśli umysł nasz nie ma wytyczonych celów, przestaje funkcjonować poprawnie. Podobnie jak nie używany mięsień po pewnym czasie zanika, umysł, który nie stawia sobie celów i nie osiąga ich, przestaje poprawnie funkcjonować.

Cała historia ludzkości oparta jest na stawianiu i realizacji celów.

Celowe życie jest jednym z filarów, na których to poczucie się opiera. Dochodzi tutaj do ciekawego zjawiska. Jeśli stawiam sobie jakiś cel i go osiągam, to moje poczucie własnej wartości rośnie. Powoduje to, że chcę stawiać sobie coraz większe, coraz bardziej wartościowe i śmiałe cele, a w miarę jak je osiągam, coraz łatwiej jest mi stawiać sobie kolejne. Stawiamy sobie cele i osiągamy je, pamiętajmy przy tym, że jest to jeden z filarów, na którym opiera się nasze poczucie własnej wartości.

Prawość

Szósty filar, to prawość i uczciwość (ang. integrity), dosłownie oznacza całość, jedność. Osoba posiadająca tę cechę jest „zjednoczoną całością”, jest pełna harmonii i nie

ma sprzecznych ze sobą elementów w swoim wnętrzu. Człowiek prawy to taki, który żyje w zgodzie ze swoim obrazem świata, postanowieniami i systemem wartości. Nie musi to mieć nic wspólnego z żadną religią ani orientacją polityczną. Człowiek prawy ma swoje zasady i nie łamie ich.

Im bardziej łamiemy zasady, w które wierzymy, tym niższe jest nasze poczucie własnej wartości. Im bardziej jesteśmy wierni swoim ideałom i temu w co wierzymy, tym wyżej rośnie to poczucie.

Poczucie własnej wartości, to sędzia, który nie da się oszukać. Tylko my możemy ocenić, czy postępujemy w zgodzie z własnymi przekonaniami. Nie zdajemy sobie sprawy, jak bardzo drobne nawet kłamstwa i oszustwa wstrzymują osiągnięcie przez nas sukcesu.

Ważne jest, aby prawość i uczciwość szły w parze z filarem pierwszym – świadomym życiem, aby nasz obraz świata był w zgodzie z rzeczywistością. Idzie o to, żeby poznawać świat coraz lepiej i coraz precyzyjniej budować nasze wewnętrzne przekonanie o tym, co słuszne i niesłuszne.

Należy pamiętać o wszystkich filarach

Model, w którym poczucie własnej wartości opiera się na sześciu filarach, jest doskonałym obrazem naszego psychologicznego wnętrza (T. Niwiński, 1993). Nie rodzi się z wysokim poczuciem własnej wartości, te sześć filarów musi być budowane przez całe życie. Jednym przychodzi to łatwo i naturalnie, innym – trudno i z mozołem. Na tych sześciu filarach opiera się szczęśliwe życie [20]. W trudnych chwilach dobrze jest przypomnieć sobie te filary, skoncentrować się na pracy nad nimi i działać, działać...

- *Twoje życie się liczy*
 - *Twoje życie jest ważne*
- *Ty się liczysz*
 - *Walcz o swój najwyższy potencjał*
- *Walcz o swoje szczęście*
 - *Nie poddawaj się bierności i cierpieniu.*

C.D.N.

Opracowano na podstawie pozycji Aniela Plotka „Zdrowy styl życia psychicznego”, wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.

Człowiek prawy ma swoje zasady i nie łamie ich.

PIŚMIENNICTWO

1. Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1999.
2. Canfield J., Hansen M. V., *Zrób to, o czym marzysz*, Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 2001.
3. Czabala J. Cz. (red.), *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
4. Galdowa A. (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
5. Glasser W., *W życiu możesz wybierać*, Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 2001.
6. Gliński P., *Badania aktywizujące w studiach stylu życia*, [w:] A. Siciński (red.): *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1980.
7. Greenfield S., *Tajemnice mózgu*, Wyd. Diogenes, Warszawa 1998.
8. Hare B., *Bądź asertywny – skuteczne sposoby komunikacji*, Wyd. „Ravi”, Łódź 1997.
9. Harris T. A., *I'm OK – You're OK A Practical Guide to Transactional Analysis*, Pan Books Ltd., London 1973.
10. Hilgard E. R., *Wprowadzenie do psychologii*, PWN, Warszawa 1971.
11. Jaczewski A. (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. Podręcznik dla studentów uczelni pedagogicznych*, Wyd. Akademickie „Zak”, Warszawa 2001.
12. Kozielecki J., *Psychologiczna teoria decyzji*, PWN, Warszawa 1975.
13. Król-Fijewska M., *Trening asertywności*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1993.
14. Lauster P., *Świadomość samego siebie*, Świat Książki, Warszawa 1995.
15. Loven A., *Duchowość ciała*, Wyd. Santorski, Warszawa 1995.
16. Mandino O., *Największa tajemnica świata*, Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 1999.
17. Mellibruda J., *Poszukiwanie siebie*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001.
18. Mika S., *Psychologia społeczna*, PWN, Warszawa 1984.
19. Murphy J., *Potęga ludzkiego ducha*, Wyd. Diogenes, Warszawa 1999.
20. Niwiński T., *Ja*, Wyd. „Ravi”, Łódź 1993.
21. Plotka A., *Zdrowy styl życia psychicznego*, Wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.
22. Santorski J., *Jak żyć żeby nie zwariować*, Wyd. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1999.
23. Tombak M., *Jak żyć długo i zdrowo*, firma Kągarka Serwis Galaktyka Sp. z o.o., Łódź 2002.
24. Twardowski J., *Jak żyć*, Wyd. Książki Mananow, Warszawa 2002.
25. Youngs B. B., *Z potrzeby serca. Opowieści o chwilach ważnych*, Bertelsmann Media Sp. z o.o., Warszawa 2001.
26. Zaborowski Z., *Współczesne problemy psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Oficyna Wyd. „Profi”, Warszawa 1996.
27. Zaborowski Z., *Problemy psychologii życia*, Oficyna Wyd. „Profi”, Warszawa 1992.
28. Zimbardo P. G., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 2005.

XXI Zjazd Koleżeński Absolwentów Wydziału Lekarskiego

Rocznik 1955-1960

W dniach
17-20 czerwca 2010 r.
odbył się kolejny
XXI Zjazd Koleżeński
Absolwentów AM
w Lublinie.

DR N. MED. ZBIGNIEW RZECKI
LUBLIN

Zjazd odbył się w Nałęczowie, w pięćdziesiątą rocznicę uzyskania absolutorium w 1960 r. Z tego powodu w dniu 18 czerwca 2010 r. odbyło się „odnowienie dyplomów”. Zostaliśmy przyjęci przez władze Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w osobach prorektorów, profesorów Andrzej-



ja Dropa i Kazimierza Głowniaka. W Sali Senatu odbyła się podniosła uroczystość wręczenia dyplomów, poprzedzona przemówieniami, bardzo sympatycznymi, obu panów prorektorów. Panowie prorektorzy byli zaskoczeni liczbą „dyploman-tów”, było nas 67 osób, i ich kondy-cją psychofizyczną. Wspominaliśmy naszych profesorów, w szczególności prof. Józefa Tyneckiego i prof. Wiesława Hołobuta, którzy byli rektorami AM w czasie naszych stu-diów i prof. Stanisława Grzyckiego, który był dziekanem.

Pierwszy Zjazd Koleżeński na-szego roku odbył się we wrześniu 1985 r., w 25. rocznicę uzyskania absolutorium. Nasi koledzy – Józe-fa Wójtowicz-Koziara i Stanisław Zderkiewicz, pomysłodawcy zorga-nizowania zjazdu, namówili jeszcze Krystynę i Leszka Danilkiewiczów, Marylę (Twaróg) Kitlińską, Edmun-da Fijołka i Zbigniewa Rzeckiego, i tak powstał komitet organizacyj-ny zjazdu. Część oficjalna odbyła się w Sali wykładowej Collegium Anatomicum, w której w latach 1955-1956 słuchaliśmy wykładów z anatomii prawidłowej człowieka niezapomnianego prof. Mieczysła-wa Stelmasiaka. W czasie I zjazdu kierownikiem Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka był prof. Stanisław Załuska i to on przyjął nas w czasie części oficjal-nej zjazdu. Przyjęli też zaproszenia profesorowie: Jarosław Bielewicz-Stankiewicz, Wiesław Hołobut, Ka-zimierz Pietroń, Mieczysław Zakryś i Radziśław Sikorski. Listy gratula-cyjne przysłały panie profesor Irena Krzeczowska i Janina Opińska-Blauth. W zjeździe wzięło udział 99 koleżanek i kolegów, a więc prawie połowa z tych 205., którzy uzyska-li absolutorium w 1960 r. Każdy z uczestników zjazdu miał wizy-tówkę z imieniem i nazwiskiem, ale i bez tego rozpoznawaliśmy się bez trudności. W następnym roku był II zjazd w Firleju, III zjazd był w

Iwoniczu Zdroju w 1991 r. i kolej-ny IV zjazd w Kołobrzegu w 1993 r. Od tego zjazdu, kolejne zjazdy są organizowane co rok. Po studiach rozjechaliśmy się po całej Polsce, a niektórzy koledzy wyjechali na-wet za granicę. Stało się już regułą, że kolejny zjazd jest organizowany w innym miejscu w Polsce przez ko-legów tam mieszkających. Były więc zjazdy w Łańsku, Krasnobrodzie, Kazimierzu Dolnym, Cisnej, Spale, Świętym Krzyżu, Cieclocinku, Ser-pelicach, Lidzbarku Warmińskim, Dżonkowie k. Zielonej Góry, Mycz-kowcach, Zakopanem, Szklarskiej Porębie i w Tardzie k. Ostródy.

Nasze zjazdy to nie tylko sym-patyczne spotkania, wspomnienia, rozmowy typu – jak ci się powodzi, ilu masz wnuków, ale zwiedzanie ciekawych miejsc i obiektów świec-kich i sakralnych. W czasie zjazdu w Krasnobrodzie zwiedzaliśmy Zamość i wysłuchaliśmy koncertu Orkiestry Włościańskiej im. Karola Namysłowskiego. Podczas zjazdu w Cisnej pod koniec maja 1997 r. zdobywaliśmy najwyższy szczyt Bieszczadów – Tarnicę (1346 m). Wyszliliśmy rankiem z Wołosatego przy pięknej słonecznej pogodzie, a na szczycie złapała nas solidna zamieć śnieżna. W Kazimierzu Dolnym wzięliśmy udział w inauguracji przeprawy promowej do Janowca Goerderland. Płynęliśmy do Janowca drugim kursem, tuż po oficjelach. Zwiedziliśmy zamek w Janowcu. W czasie zjazdu na Świętym Krzyżu, oprócz zwiedzania samego klasz-toru, byliśmy też w podziemiach Opatowa. Zwiedziliśmy Krzemion-ki, gdzie w neolicie wydobywano krzemień. W czasie zjazdu w Spale mieszkaliśmy w Centralnym Ośrod-ku Przygotowań Olimpijskich. Zwiedziliśmy najstarszy kościół romański w Polsce i w Inowłodzu, byliśmy w miejscu, gdzie zginął ma-jor Dobrzański Hubal i klasztorze oo. Filipinów w Świętej Górze, gdzie kręcono sceny pasterki do filmu

„Hubal”. Byliśmy też w ostoi żubrów w lasach spalskich. Zjazd w Mycz-kowcach w Bieszczadach był okazją do wypadu do Lwowa. Zwiedziliśmy miasto i cmentarze – Lyczakowski i Orląt, obrońców Lwowa. W 2002 r., zjazd XIII z kolei, był w Lublinie. Byliśmy przyjęci przez władze uczel-ni i w Sali Senatu spotkaliśmy się z Rektorem prof. Maciejem Latal-skim, naszym tylko o rok starszym kolegą ze studiów. W 2005 r. zjazd odbył się w Dżonkowie pod Zielo-ną Górą. Mieszkaliśmy w słynnym ośrodku pięcioboju nowoczesnego. Zwiedzaliśmy Zieloną Górę, Łagów i byliśmy w pocysterskim klasztorze w Gościkowie, zwanym Parady-żem. W czasie ubiegłorocznego XX zjazdu byliśmy w Tardzie k. Ostró-dy. Płynęliśmy Kanałem Elbląskim z Ostródy do Elbląga. Kanał ten uruchomiony w 1860 r., jest wielką atrakcją turystyczną. Stateczki, które płyną kanałem, część drogi pokonu-ją na pochylniach poruszających się na szynach. Jest to niezapomniany widok – statek wśród łąk.

W czasie obecnego zjazdu ustalono, że następny XXII zjazd odbędzie się w 2011 r., gdzieś na Małym Ma-zowszu. Organizacji podjął się prof. Jerzy Karski, kolega z roku. Przez 25 lat tak żyliśmy się ze sobą, że nie wyobrażamy sobie, iż mogłoby nie być kolejnego zjazdu. Niektórzy z ko-legów nie opuścili żadnego zjazdu. Zdarza się, że pojawiają się też kole-dzy, którzy nie byli na poprzednich zjazdach, a na tym zjeździe zjawił się kolega, który był na zjeździe po raz pierwszy, przyjechał ze Stanów Zjed-noczonych – Tadeusz Ostasz.

W Lublinie na stałe mieszka pięć-dziesiąt troje koleżanek i kolegów z naszego roku. Większość z kolegów jest jeszcze czynna zawodowo. Spotykamy się dwa razy w roku, w okre-sie przed Świętami Wielkanocnymi i przed Bożym Narodzeniem, w Izbie Lekarskiej. Oczywiście wspomnie-niom nie ma końca, wspominamy też odbyte zjazdy koleżeńskie.

35 lat minęło, jak jeden dzień...

Spotkanie w Białowieży

„Skok” do Białowieży – dlaczego nie, otóż dlatego, że to nasze 35-lecie uzyskania dyplomu magistra pielęgniarstwa, że warto posłuchać, jak potoczyły się nasze losy zawodowe i życiowe, co komu dolega, czym zajmujemy się na emeryturze, o czym jeszcze marzymy.

DR N. MED. MARIA KOSIŃSKA
KATOWICE

Organizator Ela Kacprzak-Pacholska. Termin 6-9 września 2010 r. Poniedziałek – zjeżdżamy do Białowieży – to kawał drogi, czeka obiadokolacja, ale wcześniej powitanie szczególnie tych, których na poprzednich spotkaniach nie było.



Lista odszukanych ze spotkania na spotkanie wydłuża się. W Konstancinie na pierwszym spotkaniu z okazji 30-lecia, które organizowała Grażyna Bendkowska-Wysiadecka było 18 osób, wówczas podjęliśmy decyzję o organizacji spotkań co dwa lata i poszukiwaniu tych, z którymi „urwał się” kontakt. Do Wisły w 2007 roku przyjechało już 27 osób z 43 odszukanych. Zmiana nazwisk, miejsc zamieszkania dość poważnie utrudniała i nadal utrudnia to poszukiwanie. Teresa Woś-Buczak jest w tym szukaniu znakomita i w organizacji spotkań też.



Trochę historii

W 1975 roku tytuł migra pielęgniarstwa uzyskało 60 osób. Do naszego rocznika zaliczamy te, które rozpoczęły studia w roku akademickim 1971/1972 oraz te, które po krótkiej przerwie dołączyły do nas, razem to 65 osób. Podział na kierunki administracyjny i pedagogiczny nie miał – jak się później okazało – większego znaczenia. Podejmowałyśmy pracę zgodnie z zapotrzebowaniem środowisk, do których trafiłyśmy po studiach. Najczęściej proponowano nam stanowiska nauczycieli zawodu, w działach metodyczno-organizacyjnych, przełożonych pielęgniarek, naczelnich pielęgniarek, kierowników żłobków, kilka osób zostało zatrudnionych jako nauczyciele akademicki w Lublinie, we Wrocławiu, Katowicach, Poznaniu. Trzy osoby na stałe zamieszkały za granicą – w Niemczech i Austrii. W naszym gronie sześciu osobom udało się obronić tytuł naukowy doktora. W tym trzeba wyróżnić Marcelę Błaszczyk, która po wielu problemach z dopuszczeniem do obrony „przetarła ścieżkę”, jest pierwszą pielęgniarką w Polsce z tytułem doktora nauk medycznych. Byłyśmy obecne w Polskim Towarzystwie Pielęgniarskim, w samorządzie pielęgniarskim.

Halina Wojnowska-Dawiskiba przez okres trzech kadencji przewodniczyła Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Początki nie były dla nas łatwe, cieszymy się, że przetrwałyśmy.

Niemal każda z nas może przytoczyć anegdotę o przyjęciu przez środowisko medyczne, typu: „– Pani magister w czepku?!” Najtrudniejsze jednak były spory z administratorami odnośnie interpretacji przepisów prawnych – dotyczących czasu pra-

cy, czy uznawania naszych kwalifikacji jako wyższych.

Nikt obecnie nie dziwi się, gdy do osoby w czepku służbowo kierowany jest zwrot „pani magister” czy „pani doktor”.

Dzisiaj

Radość ze spotkania: „– Dojechałaś?!, nie miałaś problemów po drodze?, jak zdrowie?, dlaczego nie przyjechałaś do Wisły?”





I gdyby nie kolejne: „- Jesteś babcią? Ile masz wnuków? Masz znośną emeryturę, czy dorabiasz?”, to można by pomyśleć – nic się nie zmieniło.

Opowieści i wspomnienia przerywane są zwiedzaniem Białowięzy i Hajnówki, Białowieskiego Parku Narodowego, Rezerwatu Pokazowego Żubrów, Muzeum Przyrodniczo-Leśnego, Soboru św. Trójcy.

Fragment puszczy pozostawia niezapomniane wrażenie, dla każdej zapada w pamięć coś innego – to sosna Iwa ze swym wzrostem i systemem korzeniowym 40 cm w głąb ziemi o średnicy 12 metrów, to grzyb „palec umarlaka”, to storczyki, trawy bagienne, to gniazda ptaków, spróchniałe przewrócony pień, cisza, to lustro wody.

W rezerwacie pokazowym żubrów – nie tylko są żubry, jest wilk – wspaniały, dzik, jeleni,łoś i jest

ciekawostka – zwierzę wyhodowane z krzyżówki żubra i krowy.

W muzeum przyrodniczo-leśnym bogactwo eksponatów, nowocześnie przedstawionych.

Sobór św. Trójcy w Hajnówce urzeka architekturą i wnętrzem –

nietypowymi dla świątyń prawosławnych witrażami i panikadilem (żyrandolem).

Na kolacji odczytana lista obecności – trzy osoby odeszły – zmarły: Gienia Leśniewska-Maciąg, Danusia Pietrzak, Zosia Wielgus-Bielenka – starościna roku.

Pozdrowienia od tych, które z różnych powodów nie mogły przyjechać.

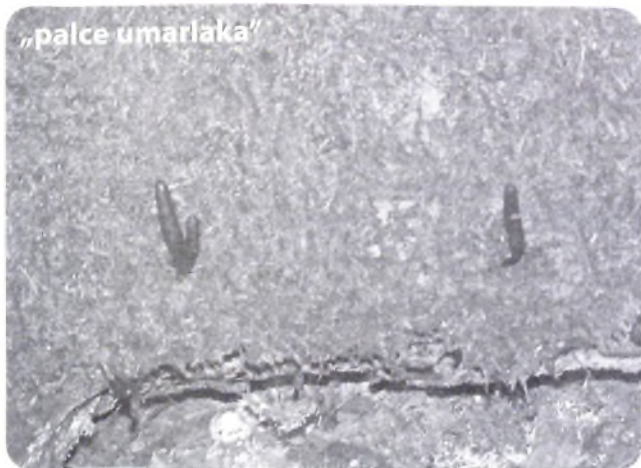
Wspomnienia o przeżyciach egzaminacyjnych (egzamin fizjologii, filozofii, farmakologii, podstaw nauk politycznych, szkolenia wojskowego, pedagogiki, pielęgniarstwa), wakacyjnych wyjazdach i powrotach na „Chodźkowo”, bo tak nazywałyśmy akademik, w którym mieszkaliśmy, przerywane były tańcami, śpiewem, dowcipami i jadłem – regionalna kiszka ziemniaczana zrobiła wrażenie.

Plany na przyszłość – gdzie robimy kolejne spotkanie. Jesteśmy z całej Polski, dlatego też podano kilka propozycji – Elk i Mazury, Kłodzko i okolice, Inowrocław, Zakopane, Lublin. Ostatecznie większością głosów wybrano Lublin. Organizatorem będzie Ewa Rebizant-Gajewska i Aniela Płotka.

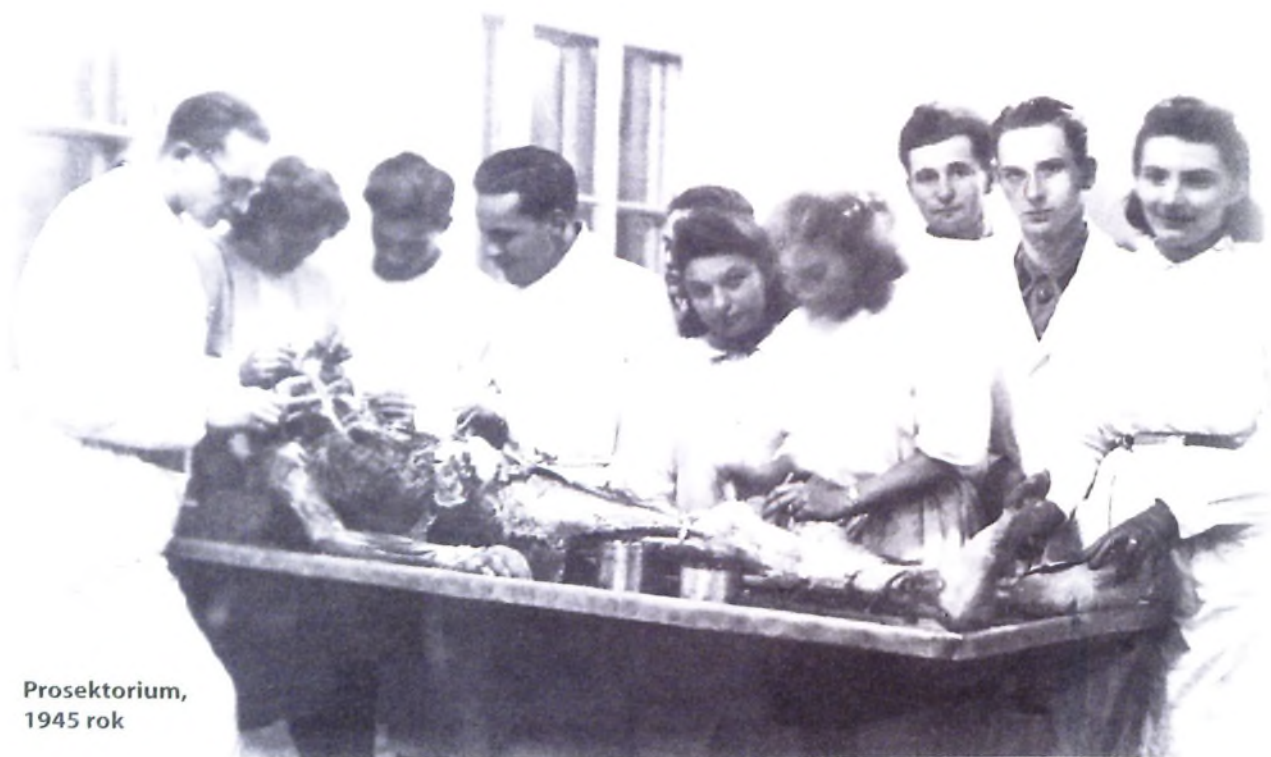
Eli pięknie dziękujemy, było super.

Przed wejściem do Parku





Opowieści z dawnych lat (1944-1949)



Prosektorium,
1945 rok

Jest to opowieść świadka pierwszych kroków nauczania na Wydziale Lekarskim w Lublinie przeznaczona dla obecnych adeptów medycyny, aby poznali swoje korzenie i ocenili wielki postęp nauki i techniki początków XXI wieku.

Codzienne życie studentów

Trwała jeszcze II wojna światowa. Na terenach Polski położonych na wschód od Wisły już w lecie 1944 roku przygotowywano wyższe uczelnie dla rzeszy młodzieży, która z różnych stron i przyczyn znalazła się w Lublinie. Profesor Henryk Raabe wraz z dobranym gronem naukowców zorganizował Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej. Pierwszym wydziałem był Wydział Lekarski. Siedzibą uczelni i jej władz był budynek Gimnazjum im. Stanisława Staszica przy Al. Raclawickich. Tam też odbywały się wykłady i ćwiczenia. Następnym budynkiem, w którym umieszczono anatomię prawidłową było przedwojenne Gimnazjum im. Batorego przy ul. Spokojnej. W miarę rozwoju uczelnia otrzymywała od miasta kolejne budynki: gmach po Jeszybocie przy ul. Lubartowskiej, następnie przy Al. Raclawickich, Krakowskim Przedmieściu (obecnie Grand Hotel) i przy Placu Litewskim. Studenci pierwszych lat medycyny musieli przemierzać pieszo trasy między tymi gmachami, spiesząc na zajęcia. W tym czasie w Lublinie nie istniała komunikacja miejska.

Po egzaminie wstępnym przyjęto na pierwszy rok Wydziału Lekarskiego 275 osób. Starsze lata (II, IV i V rok) były mniej liczne. Pierwsi studenci medycyny byli bardzo zróżnicowani wiekowo, zaczynając od najmłodszych, którzy zdali konspiracyjny egzamin dojrzałości, przedwojennych maturzystów lub studentów tajnych wydziałów medycznych funkcjonujących w czasie okupacji czy Instytutu Medyczne-



go we Lwowie. Wielu z nich miało za sobą różne przeżycia wojenne, ale o tym wówczas nie mówiło się. Wszyscy bali się, a sytuacja polityczna była niepewna. W tym okresie studenci mieli pewne przywileje i władze państwowe nie wtrącały się. Muszę przyznać się do niewiedzy, dopiero po przeczytaniu książki „Studentkie lata” Alojzego Srogi – studenta chemii – wydanej w 1966 roku dowiedziałam się dużo o życiu studentów z innych wydziałów i ich działalności politycznej. Sroga pisze: „W tych początkowych latach istnienia UMCS większość studentów odzegnożywała się od polityki. Filozofia

Marksizmu była mało rozpowszechniona”. Działal jednak Związek Walki Młodych „Życie”, Związek Niezależnej Młodzieży Socjalistycznej – ZNMS i Związek Młodzieży Wiejskiej „Wici”. W 1948 roku dwa ostatnie związki połączyły się i powstał Związek Akademicki Młodzieży Polskiej – ZAMP. Środowisko studenckie skupiało się przy Kole Medyków i Bratniej Pomocy (niezależne stowarzyszenie międzywydziałowe UMCS). „Bratniak” troszczył się o wszystkie dziedziny życia młodzieży akademickiej: prowadził stołówki, akademiki, organizował wypoczynek, zabawy, ale również

*em. kierownik Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AM/UM w Lublinie

Kilka osób karmiło własną krwią wszy w Instytucie Weigla, który to instytut produkował, bardzo potrzebne w powojen- nych latach, szczepionki przeciw tyfusowi.

**Odgruzowywanie budynku stomatologii
(po lewej Rektor prof. Henryk Raabe)**



brał udział w ułatwianiu edukacji, np. drukując skrypty. Uczelnia otrzymywała dotacje od państwa, ale również od różnych instytucji w Polsce i za granicą, szczególnie mile widziane były paczki UNRRA.

Od 1945 roku Polska zaczęła dostawać pomoc z UNRRA (Organizacja Stanów Zjednoczonych ds. Pomocy dla Państw Zniszczonych Podczas II Wojny Światowej – powstała w 1943 roku, a rozwiązana w 1947). Pomoc dla Polski przekroczyła 474 mln dolarów (wg A. Srogi). W Lublinie dary te były rozdzielane przez Koło Medyków i Bratnią Pomoc. Dostawaliśmy konserwy mięsne, jarzynowe, owocowe, herbatę, kawę (poznaliśmy kawę rozpuszczalną), papierosy, itd. oraz ubrania i buty. Również Szwedzi wspomagali nasz kraj. Stanowiło to dla studentów dużą pomoc. W owym czasie istniały w Lublinie niemałe problemy z mieszkaniami. Większość kolegów zamieszkiwała w wynajętych pokojach lub u rodziny. Dopiero po 1945 roku, po wyremontowaniu domów przy ul. Leszczyńskiego i ul. Skłodowskiej powstały akademiki, w których mogli mieszkać studenci ze wszystkich wydziałów UMCS.

Niektórzy koledzy otrzymywali stypendia Ministerstwa Zdrowia, Izby Lekarskiej i innych instytucji. Wysokość tych stypendiów nie zawsze wystarczała na utrzymanie. Studenci, podobnie jak obecnie, dodatkowo pracowali. Z naszego roku kilkoro dawało korepetycje, dwóch nawet uczyło w szkole średniej – zdaje mi się – chemii, a już po drugim roku wiele osób pracowało w zakładach naukowych jako laboranci, a potem jako p.o. asystenci. Kilka osób karmiło własną krwią wszy w Instytucie Weigla, który to instytut produkował bardzo potrzebne w tym okresie szczepionki przeciw tyfusowi. Dawały się wtedy we znaki duże trudności z zakupem prowiantu. Większość produktów

była jeszcze na kartki. Ciekawostką po wkroczeniu wojsk ze wschodu były sklepy tzw. wojentorgi czyli sowieckie delikatesy (w Lublinie przy Krakowskim Przedmieściu w miejscu, gdzie obecnie mieści się salon księgarski Świat Książki). Sprzedawano tam produkty spożywcze, które obywatele naszego miasta pamiętali jedynie sprzed wojny: herbata, czekolada, kakao, różne przyprawy, itd. Wszystko sprzedawano naturalnie w ograniczonych ilościach, ale mieszkańcy naszego miasta po pięciu latach przypominali sobie ich smak. Studenci na pewno nieczęsto korzystali z tych lakoci.

Studia medyczne rozpoczęły się już jesienią 1944 roku, jeszcze w trakcie wojny. Brakowało podręczników akademickich, więc uczyliśmy się na podstawie notatek z wykładów. Dopiero dzięki staraniom wykładowców podręczniki zaczęły się pojawiać, jednak najpierw powstały skrypty przygotowane przez nich. Był jednak problem z powielaniem ich. Pierwszy skrypt wydał prof. Stanisław Grzycki „Histologia ogólna i anatomia mikroskopowa człowieka cz. 1”, który zaczynał się od słów: „Huk dział...”, był bardzo dobrze zredagowany i dostępny dla wszystkich studentów. Dzięki wykładom profesora i temu skryptowi utrwaliłmy histologię. Prof. Grzycki był wymagającym nauczycielem, ale też świetnym organizatorem i specjalistą. Dużo mu zawdzięczamy. W pierwszych latach w jego zakładzie zatrudnionych było kilka osób. Na pierwszym roku na 275 studentów mieliśmy tylko jeden egzemplarz podręcznika do fizyki autorstwa Kalendyka. Trudno było uczyć się anatomii bez Bochenka, nie mówiąc o chemii organicznej i nieorganicznej. W następnych latach napływały podręczniki z ZSRR, książki zdobyte z „szabru”, szczególnie z tzw. ziem odzyskanych pochodziły książki w języku niemieckim,

w języku angielskim przesyłala nam Polonia z USA. W Lublinie 200 książek medycznych ofiarowali Władysław Wach i Franciszka Mandelbaumowa (wg A. Srogi). Należy dodać, że również lekarze lubelscy byli bardzo zaangażowani w działalność Uczelni.

Brakowało sprzętu, odczynników do ćwiczeń, mikroskopów (podobno część dostaliśmy z ZSRR). Nie brakowało tylko materiału do ćwiczeń z anatomii prawidłowej. Te ostatnie ćwiczenia były dla wszystkich dużym przeżyciem mimo, że wśród nas byli żołnierze, partyzanci, a kilka osób pracowało wcześniej w szpitalach. Kierownikiem Katedry Anatomii Prawidłowej był profesor Mieczysław Stelmasiak. Bardzo lubił osteologię. Musieliśmy perfekcyjnie znać kości. W tym samym budynku przy ul. Spokojnej ćwiczyli studenci weterynarii rywalizujący z nami. Uważali, że ich studia są trudniejsze. Mówili zawsze: „Co wy medycy macie do nauki? Tylko człowieka! My natomiast ssaki, ptaki, gady, płazy i jeszcze na dodatek człowieka!”. Na pierwszym roku ćwiczenia z chemii organicznej i nieorganicznej były bardzo trudne dla wielu studentów. Na drugim roku była chemia fizjologiczna. Drugi rok medycyny 1945-1946 był bardzo ciężki – dużo ćwiczeń, wykładów oraz końcowe egzaminy: anatomia prawidłowa,



histologia, biologia, chemia fizjologiczna i fizjologia. Wielu kolegów i wiele koleżanek przekładało terminy na „po wakacjach”. Liczna grupa musiała repetować, ponieważ nie zaliczyła tych egzaminów. Trzeci rok studiów 1946-1947 był bardzo ciekawy. Było również dużo zajęć, ale byliśmy już zahartowani, były już przedmioty kliniczne i uważaliśmy, że to był wstęp do prawdziwej medycyny. Propedeutykę chorób wewnętrznych wykładał prof. Henryk Lubieniecki – przedwojenny wytrawny pedagog. Dawał z siebie wszystko, abysmy mogli się nauczyć. Omawiał fizjologię i patologię. Przypominam, że nie było metod i urządzeń audio-wizualnych, więc, aby nauczyć nas szmerów słyszalnych nad płucami i sercem, chodził między ławkami, imitując za pomocą własnego głosu te zjawiska. Dopiero w latach 50. pojawiły się nagrania tych szmerów na płycie winylowej.

**W Zakładzie Histologii
(w środku prof. Stanisław Grzycki)**



W owym czasie na wykładach i prezentacjach naukowych pomocą w obrazowaniu były ręcznie pisane duże plansze. Dopiero w latach 60. pojawiły się slajdy i aparatura do ich wyświetlania. Obecne osiągnięcia techniki dają wielkie możliwości nauczania metodami audiowizualnymi, co przyspiesza, ułatwia i urozmaica zajęcia.

W 1945 roku obchodziliśmy jeszcze święta 1 i 3 maja, 9 maja zakończyła się druga wojna światowa. W tym roku wielu studentów z naszego rocznika przeniosło się do nowopowstałych uczelni w innych miastach. W związku z tym zostało nas znacznie mniej. Trzeci rok medycyny – 1946-1947 – dla większości przebiegał spokojnie. Ujawniły się u kilku osób kłopoty ze zdrowiem. Rozpoznano u nich gruźlicę płuc, która zbierała wielkie żniwo w całym społeczeństwie. Obliczono, że 36 procent studentów UMCS chorowało na gruźlicę (wg A. Srogi). Z inicjatywy prof. Goldschmieda – kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych – zorganizowano Ośrodek Zdrowia UMCS. Powstała Organizacja Pomocy Lekarskiej dla Studentów KUL i UMCS (wg A. Srogi). Wszyscy studenci mogli

korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej, szpitali, sanatoriów i wczasów profilaktycznych.

Tragicznym przeżyciem dla wszystkich była śmierć prof. Mariana Godlewicza wykładającego chemię organiczną, który nie wytrzymał częstych odwiedzin funkcjonariuszy UB po przyjeździe z Anglii, gdzie przebywał na stypendium naukowym. W 1947 roku w Lublinie był strajk młodzieży, w którym brali udział również studenci UMCS. Strajk ten był związany ze sfałszowanymi wyborami

parlamentarnymi i z osobą wicepremiera Stanisława Mikołajczyka. Dzięki prof. Henrykowi Raabe zakończył się bez większych konsekwencji. Natomiast aresztowanie studentów w 1949 roku były związane z tzw. cudem w Lublinie.

Mimo braku akceptacji panującej atmosfery i sytuacji w kraju, w większości środowisk akademickich widać było dbałość o edukację młodzieży. Patrząc z perspektywy lat na okres studiów 1944-1949, można ocenić, że to czas był spokojny i „luksusowy” w porównaniu z okresem ostrego stalinizmu, który zaczął się już w 1949. Nawet tok naszych studiów wzorowany był na okresie międzywojennym. Czwarty (1947-1948) i piąty (1948-1949) rok to nauka przedmiotów klinicznych i, po zaliczeniu ćwiczeń, otrzymanie absolutorium, po którym zdawało się dopiero egzaminy dyplomowe. Nie było stażu podyplomowego ze względu na brak lekarzy i konieczność podjęcia pracy już przez absolwentów. Byliśmy zatrudniani jako p.o. asystenci i zdawaliśmy egzaminy. W 1949 roku 4 osoby zdobyły dyplomy, pozostali w 1950 i 1952 roku, razem 89 osób. Potem każdy dostał przydział pracy i czekała nas dalsza ustawiczna nauka, nawet na zasłużonej emeryturze, co jest ko-





Absolvenci po półwieczu od chwili ukończenia studiów



Ówczesny reżim
izolował nas
od reszty świata.
Zdarzały się
wyjazdy na różne
szkolenia i zjazdy,
szczególnie
w okresie gierkowskim,
toteż zawsze czuliśmy się
w świecie
jak „ubodzy krewni”.

Nie tylko w osiągnięciach naukowych,
ale przede wszystkim w warunkach
życia codziennego.



nieczne, jeżeli nie chce się wypaść z zawodu.

Na asystenta, podejmującego pracę w klinice, spadały następujące zadania: prowadzenie chorych, ćwiczeń ze studentami, prac naukowych, zdobywanie specjalizacji, czego ukoronowaniem była zazwyczaj praca doktorska (od 1950 roku zwana kandydacką). Potem już tylko awansowanie i cały czas nauka i praca. Podobnie było i jest z lekarzami w lecznictwie zamkniętym i poradniach. Można tylko nie wykonywać prac naukowych, ale praca ze studentami zdarza się często na praktykach wakacyjnych. Muszę w tym miejscu jeszcze dodać, że szybki rozwój nauki i techniki we wszystkich dziedzinach powoduje, iż trudno jest uwierzyć, że niedawno, bo w połowie XX wieku, nie było komputerów, telewizji, nie mówiąc już o różnych metodach diagnostyki medycznej.



Prace naukowe z pierwszego okresu powojennego miały skromny zasięg, nie z powodu braku pomysłów, ale środków i możliwości. Naturalnie były w tym okresie nawet wybitne polskie odkrycia, ale nie zawsze wykorzystane. Natomiast powszechnie rzecz ujmując, były to opisy przypadków, różne zestawienia, porównania leczenia, rzadziej prace doświadczalne. Wszelkie obliczenia statystyczne do lat 50. były czynione ręcznie – jak to dziś młodzież mawia – „na piechotę”, potem pojawiły się komputery Odra zwane „szafami”. W Lublinie Odra była w Zakładzie Matematyki UMCS i Politechniki. Przygotowanie publikacji do druku było mozolną pracą. Pisało się na maszynie. Obecnie trudno sobie wyobrazić, aby z chwilą, gdy pojawi się błąd w maszynopiśmie trzeba było wszystko ponownie przepisywać. Publikowanie prac też nie było łatwe... Wychodziło

zaledwie kilka pism fachowych. W mojej specjalności był to miesięcznik „Gruźlica” (wydawany już od 1926 roku, z przerwą w okresie II wojny światowej). Edytowanie prac, drukowanie, korekta – wszystko to stawało się wielkim wydarzeniem. Muszę tu dodać, że bardzo mozolną czynnością było zbieranie i kompletowanie potrzebnej literatury. Szukało się odpowiednich artykułów bezpośrednio w bibliotekach. Często trzeba było jeździć do odległych ośrodków naukowych. Ja, na przykład, pracując w Akademii Medycznej w Białymstoku, musiałam korzystać z bibliotek w Warszawie, Białymstoku, Lublinie, a nawet Bydgoszczy. Nie wiedzieliśmy wtedy jakim cudem, ba, dobrodziejstwem, jest komputer, telefon komórkowy czy nawet telewizor. Nie każdy w domu miał telefon stacjonarny, czy chociaż radio. Ówczesny reżim izolował nas od reszty świata. Zda-

rzały się wyjazdy na różne szkolenia i zjazdy, szczególnie w okresie gierkowskim, ale zawsze czuliśmy się w świecie jak „ubodzy krewni”. Nie tylko w osiągnięciach naukowych, ale przede wszystkim w warunkach życia codziennego.

Dzisiejsza młodzież, dla której nie istnieją granice, trzeba tylko zdobyć trochę pieniędzy i świat staje przed nią otworem, nie zdaje sobie sprawy jak wyglądało życie w PRL, szczególnie w okresie wzmoczonego reżimu (1949-1956). Chociaż pierwsze lata po wojnie były biedne, nie wyglądały tak jak sobie wymarzyliśmy i wiedzieliśmy od rodziców, ale młodość i zapał pozwoliły przeżyć nawet wiele groźnych chwil.

Obszerniej o życiu w okresie studiów medycznych napisałam na 60-lecie nauczania medycyny w Lublinie („Wspomnienia dawne i niedawne”, Lublin 2004, s. 17). Domyslam się, że niezbyt wiele osób

młodych interesuje się historią najnowszej Polski, młodzi powinni jednak znać swoje korzenie... Cóż powiedzieć, na początku było ziarno, małe ziarenko, które rozwinęło się dzięki ciężkiej pracy i poświęceniu kilku pokoleń oraz wielkiemu postępowi nauki, techniki, jak również dostępności tych wielu osiągnięć w naszym kraju.



Tranzytem przez Ukrainę

Z Lublina na Ukrainę jest niewiele ponad 100 kilometrów. Przejeżdżający przez ten kraj polski turysta był jednak na każdym kroku zaskakiwany. Wyraźnie dawały się odczuć różnice w zwyczajach, regulacjach prawnych, sposobach życia i kontaktowania się z bliźnimi.

PROF. DR HAB. LESZEK SZCZEPAŃSKI*
LUBLIN

Często wracam myślami do tych sytuacji, które wynikały ze spotkań z ludźmi wychowanymi w dwóch odmiennych, choć tak bliższych, systemach społecznych i kulturowych. Wydają one mi się warte przypomnienia.

Początkowo wschodni kierunek podróży samochodowych uważaliśmy za niebezpieczny. Nie braliśmy go pod uwagę przy planowaniu wczasowych wyjazdów zagranicznych. Los jednak zrzędził, że po raz pierwszy przejechaliśmy przez Ukrainę zaraz na początku naszych wczasowych wojaży, jeszcze w sierpniu roku 1968.

Z pobytu we Włoszech planowaliśmy powrót przez Wiedeń. Prze-

szkodziły czołgi naszych bratnich krajów socjalistycznych, które, jak głosiła ówczesna propaganda, wjechały do Czechosłowacji na wezwanie klasy robotniczej miast i wsi. W Wiedniu z trudem udało nam się przekonać czeskich turystów, by nie przewracali naszych samochodów. Polska ambasada w Wiedniu pokierowała nas do ambasady w Budapeszcie. Z Węgier, po beznadziejnym koczowaniu pod ambasadą, z naiwną wiarą w pomoc i obiecaną zapomogę pieniężną, kazano nam jechać przez Ukrainę.

Na granicy czekaliśmy w kolejce przez długie godziny. Słońce paliło, a o klimatyzacjach w samochodach wówczas jeszcze nie słyszeliśmy. Samochody nasze stanęły w kolejce na dłuższą chwilę na moście nad graniczną Cisą. Po moście, z karabinem w rękę, przechadzał się tam i z powrotem młody żołnierz straży granicznej. Swoją powinność traktował chyba poważnie, bo na marsowej twarzy nie widać było żadnej mimiki.

Koleżanka, której wczesne dzieciństwo upłynęło w środowisku rosyjsko-języcznym, postanowiła wykorzystać znajomość tego języka i nawiązać kontakt z pogranicznikiem.

– *Bienzyna u was charosza?* – zapytała.

Żołnierz nie zmienił wyrazu twarzy.

– *Ja nie kuszał.* – rzekł rzeczowo i poważnie.

W Użhorodzie zatankowaliśmy samochody i wykupili bony na benzynę i olej silnikowy na dalszą podróż. Nakazano nam jechać drogą okrężną, przez Mukaczewo i Stryj.

W Mukaczewie, które zapamiętałem jako ogromną wioskę, postanowiliśmy dobrać wody do kanistrów. Natychmiast po zatrzymaniu samochodów obstała nas duża grupa młodych ludzi.

Gdybym pamiętał, że przed wojną Mukaczewo należało do Węgier, nie zadalbym tego pytania:

– A wy kto? Ukraińcy? Rosjanie? Słowacy? Węgrzy? Mołdawianie?

* Em. kierownik Katedry i Kliniki Reumatologii AM/UM w Lublinie

– *My zakarpaccy* – usłyszeliśmy odpowiedź.

Dziwna narodowość.

Widać było, że dla miejscowej młodzieży stanowiliśmy egzotyczne zjawisko. Zapytali:

– *Od kuda wy?*

Mówimy, że z Polski, z Lublina, ale oni chcą wiedzieć, skąd wracamy.

– *Znajesz* – zaczynam nie bez odcięcia dumy i próżności (przecież w tamtych czasach nawet z Polski odwiedzili Włochy tylko bardzo nieliczni) – Wenecja, Padwa, Florencja, Rawenna, Salerno, Sorrento, Pompeje, Neapol, Rzym, Wiedeń.

Grupa młodzieży zamilkła. Nikt z nich w tym czasie nie miał najmniejszych możliwości odbycia takiej podróży. Nikt jednak najmniejszym gestem nie okazał, że nam zazdrości, nikt także nie wyraził też jakiegokolwiek uznania.

Niezręczną ciszę przerwała hoża dziewczyna w chustce, która zrobiła krok w naszym kierunku, wzięła się pod boki i zapytała:

– *A wy nasze sanatorium widzieli?*

– *Niet.*

– *Ot żalko. Prekрасne!*

Na szosie uderzył nas brak znaków drogowych. Jedynie za Mukaczewem dostrześliśmy symbol stacji benzynowej, a pod nim napis: 140 km. Kilkadziesiąt kilometrów dalej stał także jeden drogowy wskaźnik w prawo i w lewo na dojazd do okolicznych wsi piaszczystymi, polnymi drogami.

Nie mając pewności czy trzymamy dobry kierunek jazdy, początkowo zatrzymywaliśmy się przy z rzadka napotykanym osobach z pytaniem o drogę. Reakcje były jednakowe – zapytywani uciekali bez słowa. Szybko uświadomiliśmy sobie, że boją się zostać posądzeni o pomoc zagranicznym szpiegom.

Po noclegu na kompletnym bezludziu, następnego dnia znaleźliśmy się we Lwowie. Podczas włączęgi po ulicach napotkaliśmy młodego człowieka, który przedstawił nam

się jako Polak, Józek, batiar lwowski. Pracował jako magazynier i wobec kolegów ukrywał swoje polskie pochodzenie. Twierdził, że jest to bardzo racjonalne zachowanie. Z tamtego spotkania utkwiła mi w pamięci tylko nasza rozmowa o zarobkach.

– Ile zarabiasz miesięcznie? – zapytałem

– 130 rubli.

To tyle, ile kosztowała tam wtedy jedna para dżinsów.

– Mało.

– Ale to nie wszystko! – zaripostował szybko – drugie tyle zarobię na tym co ukradnę, lub wezmę w łapę.

– Nie boisz się?

– Dlaczego? Wszyscy tak robią.

Jesteśmy we Lwowie, więc wspinała okazja zwiedzenia słynnej przedwojennej luksusowej restauracji „U Żorża”. Postanawiamy tam zjeść obiad. Od wejścia bucha w nos zapach parówek i musztardy. Na stolikach jest to najczęstsze danie. Znajdujemy wolny stolik z oszczędnościowymi serwetkami, bibulkowymi – każda ręcznie porwana na cztery mniejsze.

– *My chaczyl...* – zaczynam dukać do kelnerki.

– Nie silcie się na rosyjski. – odpowiada czystą polszczyzną kelnerka – co podać?

– Może bryzol i...

– Oj, nie radzę. Mięsko niepewne.

– To może kotlet z...

– Niebezpiecznie. Nie polecałabym.

– To co pani poleca?

– Dzisiaj bezpiecznie można zjeść tylko kurczę po gregoriańsku.

Kurczę było niezłe.

Odwiedzam toalety. Ze zdumieniem konstatuje, że drzwi do kabin stanowią dość wąskie deski znajdujące się na poziomie twarzy siedzącego. Widać konstruktorzy uznali, że najważniejsza jest anonimowość człowieka załatwiającego fizjologiczne potrzeby. Od dołu i tak nikt nie pozna.

Ze Lwowa wyjeżdżamy zaopatrzeni w zakupione w Užhorodzie bony na paliwo. Tankujemy w stacji benzynowej na obrzeżu miasta. Podaję bonę. Pracownik stacji zwraca mi bonę na olej silnikowy do samochodu dwusuwowego (jeździłem wartburgiem).

– *U mienia masła niet!* – oznajmia krótko i zdecydowanie.

– Jak to nie ma oleju silnikowego? Jak ja stąd wyjadę? Zaraz zatnę silnik!

– *U mienia masła niet.* – powtarza spokojnie pracownik.

Rozglądam się bezradnie. Zawładam towarzyszy podróży.

Dowiaduję się, że najbliższa stacja benzynowa jest na drugim końcu miasta, ale tam prawdopodobnie także oleju nie ma.

– *Czto diełat?* – pytam obsługę stacji i czuję, jak głos mi się łamie.

– *Nie znaju.* – słyszę odpowiedź i po chwili.

– *Może zdieś?* – ręką wskazuje na prawo.

W oddali na prawo stoi inny pracownik – cała moja nadzieja.

– *U mienia masła niet!* – słyszę po okazaniu bonu na olej.

Stoję bezradnie. Trudno. Może w końcu gdzieś kupię. Wracam.

– *Tawariszcz!* – słyszę za sobą – *Pajdi suda! U mienia masło jest – tak prywatne.*

– *Skolko?*

Słyszę sumę dziesięciokrotnie większą niż płaciłem za bon, ale płacę z ochotą, dodając jako premię bon benzynowy. Pracownik bierze pustą puszkę, podchodzi do wmontowanego w ziemię dystrybutora i pompuje upragniony olej.

– Gdzie mogę to rozmieszać z benzyną?

– *Nie znaju.*

– Pan tu chyba pierwszy raz – zagaduje mnie zyczliwie napotkany rodak. – Plastikowe wiadro i leszczynowy patyk Polacy trzymają za tymi krzakami.

Podaję 5-litrowy bon na benzynę, mieszam z olejem, wlewam rozlewając część po samochodzie. Oddaję pozostałe bony benzynowe nieświadomy miejscowego systemu napełniania baku samochodowego benzyną.

Bony upoważniają do nabrania o kilka litrów benzyny więcej, niż może pomieścić mój samochód. Dystrybutor z uruchamiającym guziczkiem znajduje się w budynku stacji i raz wpuszczony w ruch nie może zostać zatrzymany. Nadmiar benzyny rozpryskuje się na wszystkie strony.

Miejscowa benzyna ma bardzo ostry zapach i podczas powrotnej podróży cuchnie odurzająco. Ale samochód jakby nabral wigor. A może nam się tylko tak zdaje, bo dom już blisko.

Po tych doświadczeniach przez dalszych kilkanaście lat nie przekraczaliśmy wschodniej granicy. Przyszła jednak stan wojenny z zakazami wyjazdów do krajów zachodniej Europy. Kilkakrotne przejazdy przez Ukrainę w latach osiemdziesiątych uczyniły z nas ekspertów od turystyki w kierunku wschodnim.

Nauczyliśmy się, że wolno jechać tylko jedną drogą tranzytową. Zboczenia z niej choćby na kilometr

kończy się nieprzyjemnym spotkaniem ze stróżem porządku publicznego.

Nauczyliśmy się, że do większych miast – Lwowa i Tarnopola wjeżdżać nie wolno. No, chyba, że się skłamię, że na przykład dziecko chore.

Nauczyliśmy się, że poza Lwowem, Tarnopolem i Czerniowcami nigdzie nie ma hoteli, nawet w miastach większych od Zamościa.

Nauczyliśmy się, że po drodze, poza wyznaczonymi miejscami parkingowymi, nie wolno się zatrzymywać.

Nauczyliśmy się, że z milicjantem dyskutować nie należy.

Wielokrotnie byliśmy przepędzani z zatoczek parkingowych. Zjawiał się milicjant i wołał:

– *Ujeżdżaj!*

Początkowo wdawałem się w dyskurs.

– My tylko na chwilę. Tu przecież jest miejsce parkingowe. Nie możemy się zatrzymać?

– *Nie lzia!*

– *Paczemu?*

– *Patemu, czto nie lzia!*

Nauczyliśmy się, że trzeba mieć ze sobą pomidory, ogórki i masło.

W sierpniu czerwonych pomidorów na Ukrainie nigdy nie napotkaliśmy. Czasem można było trafić na małe, zielone.

Kiedyś w samoobsługowym sklepie w Czortkowie zwróciłem się do ekspedientki z pytaniem o masło. Nie uzyskałem odpowiedzi. Słyszac to, pewien starszy pan, jak się okazało Polak, skinął na mnie i poprowadził na koniec sklepu.

– Niech się pan nie naraża – szepnął – tu od niepamiętnych czasów masła się nie sprzedaje. Takie pytanie może być uznane za prowokację!

Przekonaliśmy się, że przestrzeganie ograniczeń szybkości na szosach nie ma sensu. Można się wlec 20 km/godz. a milicjant i tak zarzuci przekroczenie szybkości.

Utwierdził się w przekonaniu, że milicjant to też człowiek,

któremu chyba nie najlepiej się prowadzi i z którym można się dogadać. Najlepiej na każdą jego uwagę odpowiadać:

– *A ja tiebia dam suvenir!*

Niezmienną odpowiedzią jest:

– *A czto ty mienia dasz?*

Przestrzegalbym przed zbytnią hojnością w tym momencie, a szczególnie przed zgodą na penetrowanie zawartości samochodu, ponieważ zauważyłem, że stróż porządku publicznego lubi, by wartość suweniru była duża.

Włókłem się z przyczepą po obrzeżu któregoś z miast, gdy zostałem zatrzymany przez milicjantów i poproszony do radiowozu.

– *Skorost'* – usłyszałem.

Nie było sensu dyskutować. Spokojnie wysłuchałem stałej formułki, że będę płacił mandat, ale nie u nich, tylko na komendzie, ale nie dzisiaj, tylko jutro, bo dziś kasa jest już zamknięta, ale jak będę płacił mandat jutro, to nie zmieszczą się w dozwolonym limicie 48 godzin przejazdu tranzytem i na granicy będę miał potężne kłopoty. Chłopcy byli mili, dobrze mówili po polsku, więc z serdecznym uśmiechem odparłem:

– A ja mam dla was suvenir!

– Co masz?

– A co was interesuje. Flaszka wódki będzie dość?

– E tam! Może masz krzyżaki?

– Jakie krzyżaki?

– Takie do lady.

– Przecież jadę polonezem

– To co? Wszyscy Polacy wożą krzyżaki na handel. A może masz breloczki do kluczyków samochodowych?

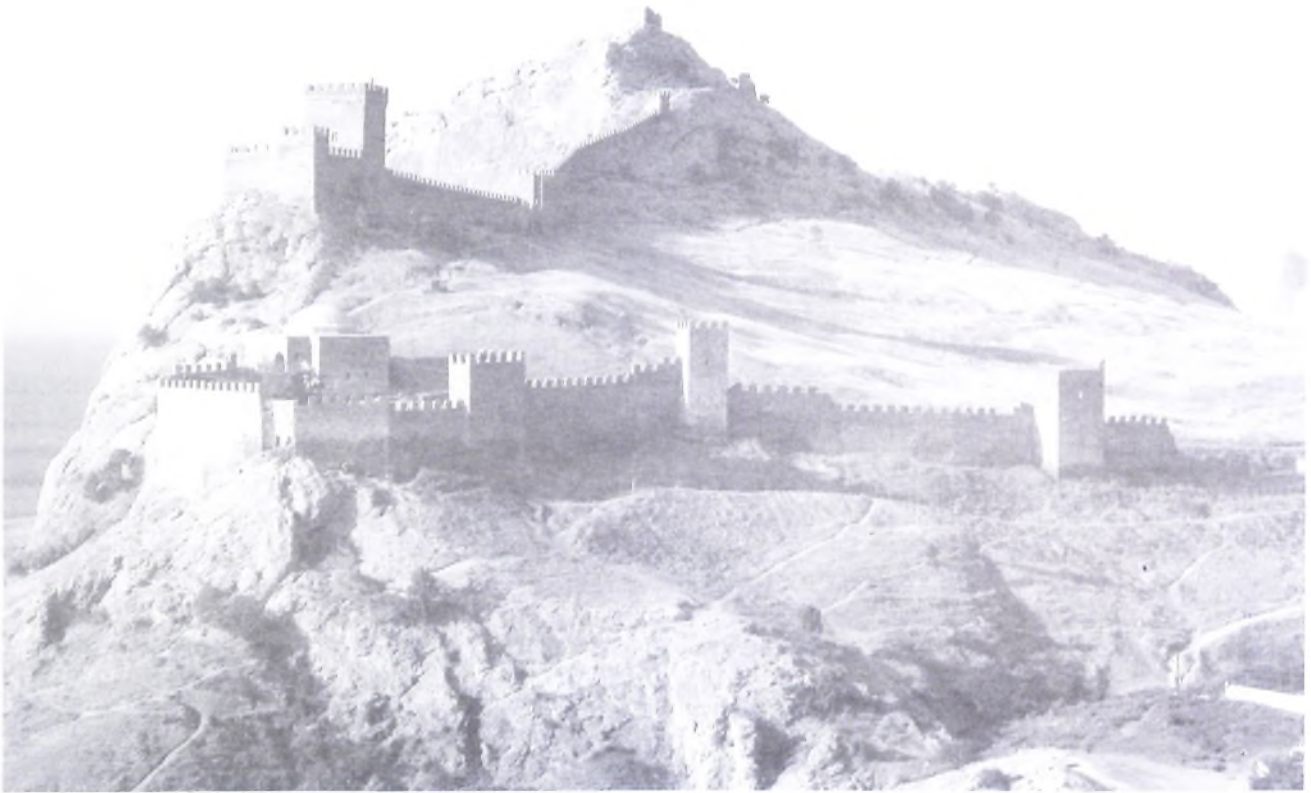
– Mam! – ucieszyłem się.

– Z tym, że interesują nas tylko takie z gołymi babami.

– Takich nie mam.

Zapanowała chwila milczenia, podczas której jeden z milicjantów zapalił papierosa. To mnie natchnęło.

– Dam wam piękną zapalniczkę do papierosów. Amerykańską!



– Gdzie ją masz – przy sobie, czy w samochodzie?

– W samochodzie.

– A wiesz, gdzie ją schowałeś?

– Wiem.

– To szybkim krokiem podejdź do samochodu i natychmiast wracaj. Bez szukania, szperania, bo tu wszędzie ludzie i zawsze może się znaleźć jakiś donosiciel.

– Już się zdenerwowałam. – powiedziała żona – Myślałam, że cię zamkną! Dlaczego tak się ciągle śmiałeś w tym radiowozie?

– Bo rozmowa była śmieszna.

Zapalniczka nie zyskała aprobaty.

– E, jednorazówka!

– We Lwowie przerobią ci na wielorazową. To jest najmłodniejsza w Ameryce zapalniczka! Zobacz, tu jest napisane Pfizer!

Tym razem skończyło się na utracie reklamowej zapalniczki rozdawanej podczas zjazdów na stoiskach farmaceutycznych. Nie zawsze jednak było tak łatwo. Pewnego razu postanowiliśmy się przepakować i zatrzymaliśmy się za gęstymi krzakami na ugorze, przy samej szosie. Sądziliśmy, że z szosy nie będziemy widoczni. Bystry milicjant, który nas dostrzegł i „upolował” stwierdził, że złamaliśmy kilka przepisów ruchu drogowego, a ponadto wjechaliśmy w pole uprawne. Do dziś nie wiem, czy z tym polem mówił prawdę, bo dostrzegłem tam tylko chwasty.

Chwilę przyglądał się mojej żonie.

– Moja żona jest twojego wzrostu i tuszy. – rzekł do niej – masz dla niej jakąś sukienkę?

Ela zaczęła grzebać w bagażniku.

– Sam sobie poradzę. – poinformował stróż porządku publicznego i wybrał 3 najładniejsze sukienki. – A ponieważ wasze przewinienie jest duże, biorę także butelkę koniaku.

Kilkanaście kilometrów dalej był punkt milicyjny z drewnianą wieżą wartowniczą, tak zwany GAJ. Znałem to miejsce, i wiedziałem, że przy tych punktach obowiązuje ograniczenie szybkości do 40 km/godz. Przejeżdżałem więc jeszcze wolniej, ale nie pomogło.

– *Skorost* – usłyszałem – 52 km.

Poprowadził mnie na wieżę i pokazał jakiś przyrząd pomiarowy, wyglądający jak barometr. Widać było, że został już poinformowany przez kolegę co mam w samochodzie.

dzie i przedstawił swoje zamówienie. Cóż miałem robić?

Przed Czerniowcami funkcjonowali milicjanci, kolekcjonerzy alkoholi. Kilkanaście kilometrów przed miastem – jadąc w stronę Rumunii – był zakręt w lewo z rondem. Nie było to jednak zwykłe rondo, a raczej pętla w kształcie polipu, przyczepionego do prawego brzegu szosy. Szeroka droga skręcała tam łagodnym łukiem, zapraszając jakby do przejazdu z ominięciem tego wybrzuszenia szosy. Za zakrętem stał milicjant, który wylapywał wszystkich, którzy nie dostrzegli znaku drogowego i nie przejechali nakazaną pętlą. Złapanego turystę prowadzili do punktu kontrolnego i zapoznawali ze zbiorem alkoholi, jakie posiadali. Nakazywali przynie-

sienie z samochodu tylko takiej butelki, jakiej jeszcze nie mają. Ludzcy chłopcy! Nic więcej nie chcieli.

Ludzkie podejście do turystów przejawiało się kiedyś w szacunku, z jakim do mojej pozycji społecznej odniósł się pewien milicjant. Zatrzymał mnie na punkcie kontrolnym GAJ podczas przejazdu nocą, poinformował, że na Ukrainie nocą jeździć nie wolno, nakazał nocowanie w przyczepie, zabrał paszporty i polecił zgłoszenie się o godz. 6. Po zgłoszeniu się rano na wieżę kontrolną wskazał na przyrząd w kształcie barometru.

Usłyszałem rytualne:

– *Skorost! Sorok p'iat' kilometrów.*

Dalej znana formułka, że nie tu, że muszę się wrócić i nie zdążę, itp. Spojrzał na mnie raz i drugi i zapytał:

– *A wy gdzie robotajecie?*

– *Ja docent w medycznym instytucie.* – odrzekłem prostując się nieco.

W oczach mego rozmówcy pojawił się wyraz prawdziwego uznania.

– *Ja tak wyżej stawiennego czieżłowika zdieś nie uwidil. Ujeżdżaj!*

Jak widać, można było spotkać się także z przyjaznym milicjantem. Podobnego doświadczenia doznałem we Lwowie. W roku 1982 wracaliśmy przez Ukrainę z pobytu w Bułgarii. Po drodze dołączyło do nas dwóch obrotnych mężczyzn, którzy w harmonijny sposób łączyli odpoczynek z turystyką i przemysłem. Uzbierane po drodze ruble należało zamienić na dolary.

– Nie ma problemu – poinformowali chłopcy – zrobimy to na kempingu we Lwowie.



Okazało się, że działa tam 3-osobowa, wyraźnie zhierarchizowana grupa cinkciarzy. Zachowywali się ostentacyjnie i bezczelnie wymachiwali walutą. Nagle zamarłem z wrażenia. Podczas rozliczeń z nami zaszedł nas od tyłu milicjant. Wróżyło jak najgorzej.

Szef cinkciarzy tylko się roześmiał.

– *Nie bojsia! Eto Wania! Eto nasz czielowiek!*

Okazało się, że Wania stanowił ochronę kempingu. Chyba w tej pracy czuł się dobrze, bo wraz z cinkciarzami i poznanymi przez nas na wczasach panami pił wódkę do rana.

Handlujący polski turysta, chyba bardziej niż milicjantów, powinien był wystrzegać się złodziei. Na trasie turystycznej grasowały ich całe bandy. Najsprytniejsi podobno byli miejscowi Cyganie. Prostym sposobem na uzyskanie džinsów od Polaka, było zatrzymanie samochodu na szosie, pod lasem. Kupujący przez chwilę niby oglądał towar, po czym czmychał z nim w gęste poszycie lasu.

Czasem zdarzały się sytuacje odwrotne. Znajomi opowiadali nam o spotkaniu z ukraińskim kapitanem na przydrożnym parkingu (*pastojce*).

– *Poliaki! Wy nie turisty! Wy kontrabandysty!*

– My nie przemytnicy. – replikowali obłudnie znajomi.

– *Kontrabandysty! I złodzieje! Smatri, czto Poliaki mi prodały!*

Pan kapitan rozwinął opakowanie i wyjął... połowę džinsów! Sprytni Polacy rozpruli spodnie i sprzedali każdą z części dwojgu kupującym! Po jednej nogawce!

Kapitan nie krył wściekłości.

– *Ja go najdu!* – wołał – *Ja go najdu!*

Kapitan szukał polskiego oszusta po parkingach i widać było, że nie

rozładuje swoich emocji, dopóki go nie schwyta.

Z innym rodzajem emocji spotkaliśmy się kiedyś w drodze powrotnej, na granicy rumuńsko-ukraińskiej.

Powitała nas zapłakana celniczka.

– *Znajcie, czto sluczysz siwodnia?* – zapytała nas przez łzy.

– *Anna German umierła!*

Wzruszyło nas to uczucie i żal po sympatycznej i utalentowanej polskiej piosenkarce. Anna German była chyba bardziej doceniana w republikach ZSRR niż w rodzinnym kraju.

Z sympatii do Polaków celniczka pozwoliła nam na granicy zjeść przewożone rumuńskie winogrona, bo wwozić owoców do Ukrainy nie wolno.

Na teźże granicy, ale podczas podróży w stronę Rumunii, byliśmy świadkami pracy ukraińskiej służby granicznej. Obserwowaliśmy zabiegi celników w poszukiwaniu złota przewożonego przez Polaków. Złoto na Ukrainie było znacznie tańsze niż w Polsce, a granica z Rumunią wydawała się Polakom bezpieczniejsza. Jednak niemal każdego Polaka zabierano do oddzielnego pomieszczenia – jak informowano „na prześwietlenie”. Widać było, jakie zdenerwowanie towarzyszy „prześwietlanym”.

Przejście graniczne miało być otwarte przez całą dobę, ale zostało zamknięte o północy. Szlaban zamknięte tuż przed naszym samochodem. Spędziliśmy kilka godzin, drzemiąc nieco na siedząco w samochodzie.

Przed pierwszym brzaskiem pojawili się pracownicy. W zupełnej jeszcze ciemności, jedynie przy świetle słabych lamp, sięgnęli po złożone w stertę witki brzozone i zaczęli sprawnie robić z nich mioty.

– Biedni ludzie – mówiliśmy pomiędzy sobą – Tak wcześnie muszą

być w pracy i taką marną posługę wykonywać.

Z chwilą, gdy zaczęło się rozjaśniać pracownicy rzucili się do zamiętania. Niektórzy zaczęli czolgać się po placyku. Okazało się, że wszyscy szukali złotych przedmiotów, wyrzucanych ze strachu przez Polaków idących „na prześwietlenie”.

– Zamiatacz na granicy to tutaj bardzo intratna posada – wyjaśnił mi później jeden z Polaków – Trudno ją dostać.

Nasze współczucie do zamiataczy wyraźnie zmalało.

Polak przejeżdżający przez Ukrainę odnosił wrażenie, że poziom życia jest tu niski. Sądzę jednak, że większość obywateli była zadowolona z tego, co mają.

Na parkingu w Złoczewie podszedł do mnie starszy pan.

– Jak tu się żyje? – zagadnąłem.

– Wie pan, różnie. Ja tu jestem od dzieciństwa. Pamiętam jeszcze cara Mikołaja II, Petlurę, Piłsudskiego, Hitlera, Stalina.

– Kiedy było najlepiej?

– Chyba najlepiej było za Piłsudskiego. Tak! Na pewno! Ale i Hitler był sprawiedliwy!

Zdębiałem.

– Hitler?

– Tak panie. Wszyscy z grubszą mieli po równo. A teraz co? Niech pan spojrzy na ten budynek. Tam na wzgórzu. Komitet partyiny. Za kilka kopiejek masz pan smaczny i obfity obiad w stołówce. Ale tylko dla nich!. Mnie, ani pana tam nie wpuszczą!

Od tamtych tranzytowych przejazdów przez Ukrainę minęło blisko ćwierć wieku. Przez ten czas wiele zmieniło się na świecie, wiele na Ukrainie. Napotkany starszy pan, gdyby jeszcze żył, mógłby dziś chyba wejść do tego budynku.

Sądzę, że niektóre opisane tu zdarzenia mogą być dziś dla mieszkańców terenów na wschód od Bugu równie egzotyczne jak dla nas.

Jak poznawałam problemy walki z gruźlicą

Chyba w grudniu 1938 roku moja matka Kazimiera Litwiniukowa zdała ostatnie egzami-ny dyplomowe na wydziale lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego i zdobyła tytuł lekarza medycyny. Bardzo aktywna w tym czasie organizacja LOP – Liga Obrony Przeciwlotniczej powierzyła mojej matce prowadzenia kursu pierwszej pomocy. Kurs odbywał się w jednej z klas mojego gimnazjum. W prowadzeniu tego szkolenia służyłam wykładowczyni jako manekin do prezentowania sposobów zakładania opatrunków, bandażowania, unieruchamiania złamanych kończyn. W czasie wakacji na obozie harcerskim wcielili mnie do drużyny łączności, bo do sanitarnej, jak chciałam byłam „za młoda”. To były ostatnie wakacje przed wojną.

DR KRYSZYNA PŁATAKIS-RYSAK
LUBLIN

Wojna radykalnie zmieniła sytuację mojej rodziny. Z luksusowych warunków w Katowicach, gdzie matka rozpoczęła staż podyplomowy wylądowaliśmy w bardzo prymitywnych warunkach w Lublinie. Matka niezwłocznie zgłosiła się jako wolontariusz do pracy w Wojennym Szpitalu Czerwonego Krzyża, przy ulicy Narutowicza 12 w budynku Państwowego Gimnazjum i Liceum im. Unii Lubelskiej do momentu przejęcia szpitala przez Niemców. Po uzupełnieniu stażów koniecznych do uzyskania prawa praktyki otworzyła prywatny gabinet lekarski w dzielnicy Dziesiąta, przy ulicy Łukasińskiego 1.

Po aresztowaniu poprzedniego lekarza Ubezpieczalni Społecznej doktora wszech nauk lekarskich (taki był napis na szyldzie jego gabinetu) Józefa Laufra i śmierci w wypadku samochodowym jego następcy doktora Adama Żurakowskiego obowiązki lekarza Ubezpieczalni Społecznej dla dzielnicy Dziesiąta przejęła moja matka lekarz medycyny Kazimiera Litwiniuk. I to był początek jej zmagania z cierpieniami, dolegliwościami i dramataми



Kazimiera Litwiniuk, 1963 r.

mieszkańców dzielnicy i jej okolic bliższych i dalszych. Od władz miejskich jako lekarz urzędowy otrzymała dokument uprawniający do przebywania poza miejscem zamieszkania również po godzinie policyjnej. Była dostępna nie tylko w dzień, ale i w nocy. Na wizyty na wieś jeździła furmanką zawsze z dużym sterylizatorem zawierającym komplet narzędzi chirurgicznych i ginekologicznych oraz zapas pod-

stawowych leków. Pełniła funkcję pogotowia ratunkowego. Pamiętam, że był kiedyś skorzystała z pomocy specjalisty chirurga i asystowała mu przy jakiejś operacji wykonanej na wsi w domu na stole kuchennym, przy świetle lamp naftowych. Gabinet lekarski znajdował się w bliskim sąsiedztwie mieszkania więc pacjenci nie mieli trudności ze znalezieniem „pani doktor”. W tamtym czasie poważny problem

stanowiła gruźlica. Ciężkość mieszkaniowa, bliskie kontakty z chorymi dziadkami przewlekłe kaszlącymi z nierozpoznaną przyczyną sprzyjały rozsiewaniu infekcji gruźliczej. Złe odżywianie, brak odpowiednich leków utrudniały, a nawet uniemożliwiały skuteczne leczenie. Podstawowym lekiem było *Calcium chloratum* podawane w dożylnych iniekcjach. Pamiętam kilkuletnią dziewczynkę, która ze swoją mamą przychodziła do nas do domu. Ja trzymałam na ręce małej pacjentki zacisk z gumowej rurki, a moja matka robiła jej dożylny zastrzyk z wapna. Wiem też, że mama chodziła z zastrzykami do młodej, ciężko chorej na gruźlicę dziewczyny, która już nie wstawała z łóżka. Pamiętam też młodą kobietę u której w kilka dni po porodzie wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ponieważ chora nie przyjmowała pokarmów i zwracała, moja matka usiłowała dostarczać jej pokarm dojelitowo, odżywką spreparowaną ze śmietanki zmieszanej z żółtkiem. Przy okazji słyszałam o próbach leczenia zapalenia opon z użyciem „szaruchy”, czyli maści rtęciowej, z tym że taka kuracja była jakoby

Obok wejścia do jej dawnego gabinetu poradni przeciwgruźliczej dla dzieci na pierwszym piętrze, przy ulicy Hipotecznej 4, aktualnie służącego poradni pediatrycznej, na pamiątkowej tablicy widnieje napis:

Pamięci Kazimiery Litwiniukowej, lekarza społecznika, organizatora lecznictwa otwartego i profilaktyki w Lublinie w latach 1947-1970



Ośrodek zdrowia przy ul. Morsztynów, 1956 r.

stosowana przy ropnym zakażeniu opon. Gdy w 1944 roku, w efekcie nalotów samolotów radzieckich na naszą okolicę spadło kilka bomb, chodziłam z matką w poszukiwaniu ofiar. Pomocy trzeba było udzielić rannemu naszpikowanemu dużymi drzazgami z drzwi uszkodzonych odłamkami bomby.

W roku 1947, po trzyletniej nieplanowanej, przymusowej nieobecności (zesłanie do obozu w ZSSR) moja matka doktor Kazimiera Litwiniukowa powróciła na poprzed-

nie zajmowane stanowisko lekarza domowego dla dzielnicy Dziesiąta, tyle tylko, że już w innym gabinecie. Po powrocie otrzymała propozycję zorganizowania Ośrodka Zdrowia nr 2 na wzór analogicznej placówki profilaktycznej istniejącej od czasów przedwojennych przy ulicy Górnej 4. Placówka ta podlegała Wydziałowi Zdrowia Urzędu Miejskiego zajmowała się profilaktyką i epidemiologią, czyli opieką nad dziećmi, i chorobami nękającymi wówczas społeczeństwo jak alkoholizm,

gruźlica i choroby weneryczne. Lecznictwo podlegało wtedy w całości Kasie Chorych. Ośrodek Zdrowia nr 2 rozpoczął pracę w styczniu 1948 roku.

Ulica Morsztynów

Wprowadzona po wojnie reforma służby zdrowia doprowadziła do zmian w organizacji opieki zdrowotnej Połączyła lecznictwo i profilaktykę pod zarządem Miejskiego Wydziału Zdrowia w Przychodniach rejonowych. Ośrodek Zdrowia nr 2 przy ulicy Morsztynów został przeorganizowany w Przychodnię Rejonową nr 6. Teren objęty opieką tej Przychodni był bardzo duży. Była to cała dzielnica „Za Tunelem” z centralnie przebiegającą ulicą Bychawską, obecnie Kunickiego. Przychodnia posiadała poradnie dla dzieci zdrowych i chorych, punkt szczepień, poradnię ogólną, stomatologiczną, ginekologiczną, laboratorium analityczne i rentgen w poradni przeciwgruźliczej. Ten rentgen to był dar UNR-y – polowy Picker z założenia nadający się wyłącznie do wykonywania zdjęć. Trzeba było przerobić go na aparat tylko do prześwietleń. Pierwszym lekarzem, który rozpoczął pracę w tej w poradni przeciwgruźliczej był doktor Włodzimierz Dworak. Placówka ta na tym terenie była bardzo potrzebna, gdyż ze względu, na złe, raczej prymitywne warunki mieszkaniowe i bytowe zachorowalność jak wspominałam na tym terenie na gruźlicę była bardzo duża. Kierownik Przychodni, doktor Kazimiera Litwiniukowa wspólnie z Wojewódzką Przychodnią Przeciwgruźliczą przeprowadziła akcję kontroli rentgenem małoobrazkowym wszystkich mieszkańców dzielnicy. Takiej akcji, na taką skalę, do dzisiaj w Lublinie nie przeprowadzano. Polegała ona na odwiedzeniu

przez pielęgniarki domu za domem, ulicy za ulicą, wpisywania każdego mieszkania na specjalne karty i kierowania mieszkańców z tymi kartami do na zdjęcie małoobrazkowe. Osoby, u których na zdjęciu stwierdzono zmiany, kierowano na szczegółową kontrolę do rentgena w przychodni, i ci pacjenci u których stwierdzono gruźlicę zostali zarejestrowani w poradni przeciwgruźliczej oraz objęci bezpłatnym leczeniem. Dzieci do lat dziesięciu nie kierowano na mały obrazek, tylko od razu były prześwietlane w ośrodku na Morsztynów. Dzielnica liczyła wtedy około siedemnaście tysięcy ludności. Choć nie wszyscy zgłosili się do prześwietleń, ale w rezultacie wyłowiono z tego mocno zagruzliczonego środowiska, (co doktor Litwiniukowa jako lekarz rodzinny Ubezpieczalni miała okazję stwierdzić w czasie okupacji), sporo poważnie chorych na różne postacie gruźlicy Również u dzieci. Wtedy zorientowała się, że koniecznie trzeba zorganizować poradnię przeciwgruźliczą, również dla dzieci. Na jej prowadzenie kandydatów nie było. Zdecydowała się więc uzupełnić swoje kwalifikacje w tym kie-

1 stycznia 1949 roku przyjęła pierwszych małych pacjentów w poradni przeciwgruźliczej dla dzieci.

Do tej pory byłam tylko obserwatorem rozwiązywania problemów związanych z leczeniem tej strasznej choroby jaką była gruźlica, zbierająca ogromne żniwo, tak wśród dorosłych jak i dzieci bezbronych, narażanych na zakażenie w środowisku prątkujących dorosłych. Skuteczne metody, tak leczenia, jak i zapobiegania, praktycznie w tym czasie były raczej niedostępne.

Z Duńczykami przeciw prątkom

W 1947 roku Ministerstwo Zdrowia zawarło umowę z duńskim Czerwonym Krzyżem i International Tuberculosis Campaign w sprawie pomocy Polsce w przeprowadzeniu szczepień BCG. Polska otrzymała pomoc w materiale: (szczepionka i tuberkulina), w wyposażeniu w sprzęt, i fachową pomoc. Ekipy duńskiego Czerwonego Krzyża przeprowadzały badania tuberkulinowe, szczepiły dzieci i młodzież przeciw gruźlicy i szko-

choroby i dużą śmiertelność w wyniku wojennych i powojennych zaniedbań.

Jeżeli dobrze sobie przypominam, organizatorem i koordynatorem akcji szczepień na terenie Lublina i Lubelszczyzny był niezwykły już doktor Stefan Wąsowski. Po wyjeździe Duńczyków kompletował ekipy szczepiące bazując na studentach medycyny. Byłam już absolwentką trzeciego roku. Czwarty rok studiów był nieco luźniejszy. Zablokowane ćwiczenia kliniczne pozwalały na lepsze wykorzystanie czasu i możliwość podejmowania obowiązków poza nauką.

Udało mi się plan obowiązkowych ćwiczeń na Uczelni dopasować do możliwości dwutygodniowych wyjazdów w teren. Wszłam w skład pięcioosobowej ekipy plus kierowca. Dwie medyczki z Krakowa, już doświadczone (starsza pełniła obowiązki kierownika ekipy) i ja, miałyśmy przeprowadzać badania odczynów tuberkulinowych metodą Moro (proba plastrowa) u dzieci młodszych i metodą Mantoux u dzieci szkolnych. Dwie osoby nie związane z zawodem pełniły obowiązki sekretarzy.

Terenem naszego działania był powiat lukowski. Mieszkałyśmy w pokojach wynajętych w Lukowie w kilku prywatnych domkach bez wody bieżącej i bez kanalizacji, a stółowaliśmy się wspólnie w jednym z tych mieszkań. Luków sprawiał wrażenie dużej wsi. Rano, kierowca rozwoził nas sześciuosobowym Chewroletem na stanowiska pracy, do wcześniej umówionych szkół i przedszkoli. W małych placówkach pracowaliśmy pojedynczo. Ewentualnie z sekretarzem. W większych – dwie osoby szczepiące plus sekretarz, a czasem wszyscy razem, jeżeli szkoła była liczna. Przez trzy kolejne dni zakładaliśmy próby, a później przez trzy następne – odczytywanie prób i szczepienie. Szczepienia były

Polska otrzymała w 1947 roku od duńskiego Czerwonego Krzyża i International Tuberculosis Campaign pomoc w postaci szczepionki i tuberkuliny, sprzętu medycznego i fachowej pomocy.

runku. Wyjechała do Łodzi na kurs przeciwgruźliczy zorganizowany przez tamtejszą Akademię Medyczną. Zdobyła specjalizację i z dniem

lily polski personel w planowaniu i wykonywaniu szczepień. Akcja ta była niesłychanie cenna, wzięwszy pod uwagę rozpręstrzenianie się

Najczęstszymi postaciami gruźlicy u dzieci, trafiającymi do Kliniki Pediatricznej, była gruźlica węzłów chłonnych i groźne w skutkach zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

poprzedzone spotkaniem z rodzicami, wyjaśnieniem sensu i celu naszego działania. Rodzice na szczepienie musieli wyrazić zgodę. Bez zgody rodziców nie szczepiliśmy. Na terenie powiatu łukowskiego nasza akcja została przyjęta ze zrozumieniem. Protestów nie było.

Kolejny poligon walki z gruźlicą: Puławy

Następnym terenem naszego działania były Puławy i powiat puławski. Trafiałam do innego zespołu. Koleżanka Irena Lize, najstarsza studiami i doświadczeniem kierowała naszym zespołem. Szczepiła ona, szczepiłam ja i koleżanka z roku Halina Nowakowska. Zakwaterowanie i wyżywienie mieliśmy zapewnione na terenie szpitala. To było znacznie wygodniej niż w Łukowie. Z komplikacji pamiętam, gdy jedna z matek zaniepokojona wysypką płoniczą u dziecka, zaobserwowaną po założeniu próby tuberkulinowej oskarżyła nas o spowodowanie choroby. Miałyśmy też sporo kłopotu z przedszkolem dla dzieci pracowników Instytutu Rolniczego w Puławach. Lekarz weterynarii związany z tym instytutem zaprotestował przeciw zaszczepieniu jego dziecka i jako „autorytet” zasiał wątpliwość wśród innych rodziców. Posiały się protesty. Pamiętam również, że

obecny na tym spotkaniu lekarz powiatowy również nie pozwolił zaszczepić swojej córeczki. Była to dla nas bolesna porażka, gdyż ideą profilaktyki przeciwgruźliczej byliśmy autentycznie przejęte.

W roku 1952 moja matka, doktor Kazimiera Litwiniukowa – fizjopediatra i organizator służby zdrowia podjęła się obowiązków kierownika miejskiego wydziału zdrowia niezależnie od pracy w poradni przeciwgruźliczej dla dzieci. Teraz terenem jej działania było całe miasto, a bazą budynek przy ulicy Hipotecznej 4, do tychczas wykorzystywany nie w pełni z pierwotnym przeznaczeniem.

Po zaadaptowaniu pierwszego piętra na cele lecznictwa przeniosła tam poradnię przeciwgruźlicze z korytarza ogólnego na Hipotecznej oraz z Ośrodka przy Górnej 4, zapewniając im obszerną, słoneczną poczekalnię, jednocześnie wydzielając gabinet przeciwgruźliczy dziecięcy z osobnym wejściem i obszerną poczekalnią, ale wspólną kartoteką dla obu poradni, co usprawniało pracę. (dawało możliwość ustalania kontaktów środowiskowych).

Po ukończeniu studiów i uzyskania dyplomu otrzymałam przydział pracy do Akademii Medycznej w Białymstoku, w której już od roku pracował mój mąż doktor Jerzy Platakis. Od lat chorował i nieskutecznie leczył się na gruźlicę płuc. Zmarł w 1953 roku, a ja po dwóch latach stażu w klinice chorób wewnętrz-

nych w białostockiej Akademii Medycznej w powróciłam do Lublina z zamiarem rozpoczęcia specjalizacji pediatrycznej. Pracując na pół etatu w poradni dla dzieci zdrowych rozpoczęłam staż w klinice dziecięcej na warunkach wolontariatu. Wtedy po raz pierwszy na oddziale małych dzieci spotkałam przypadek gruźliczego zapalenia opon. Dzieciątko było nieprzytomne blade i uszywnione. Widok przerażający, a rozpoznanie było wyrokiem śmierci.

Wkrótce otrzymałam od Profesora Klepackiego propozycję pracy na pełnym etacie w oddziale sanatoryjnym gruźlicy dziecięcej w Kazimierzówce k/Lublina, poprzedzonej czteromiesięcznym szkoleniem z zakresu fizjopediatrii, organizowanym przez Instytut Doskonalenia Kadr Lekarskich w Warszawie.

Kazimierzówka

Organizatorzy zakwaterowali kursantów w nowiułtkim budynku internatu Instytutu Doskonalenia Kadr Lekarskich przy ulicy Schroegeera na Bielanach. Pięć dni w tygodniu mieliśmy zajęcia w sanatorium im. Marchlewskiego w Otwocku, a jeden dzień na miejscu, w Warszawie w Klinice Gruźlicy Dorosłych przy ulicy Płockiej. Po ukończeniu szkolenia powróciłam do Lublina i rozpoczęłam pracę w Kazimierzówce.

Chyba sześćdziesiąt łóżeczek dziecięcych było ulokowanych w trzech, czy czterech sypialniach w parterowym drewnianym baraku, pamiętającym jeszcze czasy zaboru austriackiego i pierwszej wojny światowej. Budynek przecięty w środku długim korytarzem. Sypialnie po jednej stronie, po drugiej kuchnia, magazyn, pralnia, łazienka, izolatki dla chorujących zakażenie, podręczne laboratorium i gabinet lekarski z aparatem rtg służącym

wyłącznie do prześwietleń. Był to taki sam Picap z Unry, jaki służył w poradni przeciwgruźliczej w Przychodni na Morsztynów. Byłyśmy we dwie z koleżanką Ewą Kurzypową, pełniącą obowiązki ordynatora. Praca nasza nie była skomplikowana. Badania kontrolne, interwencja w razie niespodziewanych infekcji i powikłań, prowadzenie kart chorobowych, spotkania z rodzicami małych pacjentów, udzielanie informacji. Badania to nie tylko osłuchanie i opukanie. Musiałyśmy wszystkie dzieci przy przyjęciu prześwietlić, a pacjentów po przebytych zapaleniu opon wykonać punkcję i pobrać płyn mózgowo rdzeniowy do okresowych kontrolnych badań laboratoryjnych. Najczęstszymi postaciami gruźlicy u dzieci trafiającymi do Kliniki Pediatricznej była gruźlica węzłów chłonnych i groźne w skutkach zapalenie opon mózgowo rdzeniowych. Spotykało się gruźlicę nerek, a także postacie

Opiekę pielęgniarską i gospodarczą sprawowały siostry Szarytki. Personel cywilny poza lekarzami stanowiły salowe i nauczycielka prowadząca z dziećmi indywidualne nauczanie. Rozpiętość wieku naszych pacjentów oscylowała między wiekiem od 3 lat do czternastu. W lecie dzieci spożywały posiłki na werandzie stanowiącej przedłużenie budynku, służącej również do leżakowania. W zimie ograniczano ilość pacjentów, a jedna sypialnia służyła za jadalnię. Do planowego leżakowania otulano dzieci w spiwory z baranich kożuchów.

Po moim powrocie z kursu profesor Helena Mysakowska, kierownik Kliniki Gruźlicy Płuc poleciła mnie do organizowania Poradni Przeciwgruźliczej dla Dzieci w Kolejowej Przychodni Przeciwgruźliczej przyjmującej dotychczas wyłącznie dorosłych. Miałam tam pracować przez jeden czy dwa dni w tygodniu w dniu, w którym nie było przyjęć

W tym czasie w Lublinie pracowało już kilka poradni przeciwgruźliczych dla dzieci. Przy ulicy Morsztynów, Hipotecznej, Łabędziej, Sławińskiego (obecnie Niecała).

Wpadłam w wir pracy. Codzienne dojazdy autobusem do Kazimierzówki, ciężkie powroty poprzędzone nużącym oczekiwaniem na nieregularnie kursujące autobusy niekiedy w deszczu, przenikliwym wietrze i mrozie nie należały do przyjemności.

Bliżej domu

W roku 1963 zrezygnowałam z pracy w lecznictwie walki z gruźlicą, zresztą dzięki konsekwentnej profilaktyce coraz mniej agresywnej i skorzystałam z możliwości pracy w sąsiedztwie miejsca zamieszkania opodal szkoły mego synka.

Prowadząc na terenie mojej działalności poradnię dla dzieci chorych

Kierownik Przychodni, doktor Kazimiera Litwiniukowa wspólnie z Wojewódzką Przychodnią Przeciwgruźliczą przeprowadziła w latach 50. akcję kontroli rentgenem małoobrazkowym wszystkich mieszkańców dzielnicy. Takiej akcji, na taką skalę, do dzisiaj w Lublinie nie przeprowadzano.

gruźlicy dorosłych ze zmianami naciekowymi, a nawet rozpadowymi. Do Kazimierzówki trafił mały pacjent z radiologicznymi objawami rozsianej gruźlicy płuc – prosówki. Przy dokładniejszym badaniu i obserwacji okazało się że to była sarcooidoza.

dorosłych. Najczęściej były to dzieci z kontaktów rodzinnych, niekiedy ze zmianami węzłowymi, rzadziej naciekowymi. Zapisywałam hydryd i wystawiałam wnioski do prewentorium, a w razie potrzeby do sanatorium.

i zdrowych, gruźlicy u moich pacjentów nie spotkałam. Zresztą nie dziwnego... To nowe osiedle, a nie stare, zatłoczone rudery, sutereny, czy prowizoryczne slumsy.

Moja matka dopóki starczyło jej sił interesowała się swoimi pacjentami. Zmarła w roku 1973.

Wycieczka Stowarzyszenia Chorych na Astmę Oskrzelową i Medycznego Klubu Turystycznego na kresy dawnej Rzeczypospolitej

Litwa znana i nieznaną



Cerkiew w Druskiennikach

Jak co roku na wiosnę, wśród organizatorów i uczestników wycieczek na kresy dawnej Rzeczypospolitej rozgorzała dyskusja nad celem kolejnej wyprawy. W ciągu ostatnich kilku lat odwiedziliśmy Bieszczady Polskie i Ukrainie, Podole i twierdze w Kamieńcu i Chocimiu oraz Czarnohorę z najwyższym szczytem Ukrainy – Howerlą. Tym razem zapadła decyzja o zmianie kierunku naszej eksploracji. Wybraliśmy Litwę.

DR N. MED. PAWEŁ KRAWCZYK

KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII,
ONKOLOGII I ALERGOLOGII
UM W LUBLINIE

DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI
INSTYTUT MEDYCYNY WSI

30 kwietnia 2010 roku wyruszyliśmy spod Kliniki Pneumologii na północ. Po krótkim odpoczynku nad rozlewiskami Narwi i w Białymstoku dotarliśmy na Suwalszczyznę, słynącą nie tylko z czystego powietrza, pięknych jezior i polodowcowych wzgórz, ale także z wyśmienitych serów. Co roku w sierpniu stowarzyszenie Macierzanka organizuje w Wiżajnach Festiwal Sera, podczas którego można wziąć udział w warsztatach tradycyjnego wyrobu serów podpuszczkowych. Jest to impreza plenerowa polegająca na promowaniu zdrowej i oryginalnej żywności, produkowanej w sposób niespotykany w innych miejscach na świecie. Nie było czasu na obserwację spo-

sobu wyrobu serów, ale mieliśmy okazję degustacji serów i przednich trunków lokalnej produkcji w gospodarstwie Państwa Racisów. Wieczór spędziliśmy, mimo deszczowej pogody, przy ognisku nad Jeziorem Wiżajny. Trzeba wiedzieć, że miejsce to należy do najzimniejszych w całej Polsce. Wiżajny są najwyższą położoną miejscowością na polskim niżu (243 m n.p.m.) i uznawane są przez meteorologów za „polski biegun zimna”. Jeszcze kilkanaście lat temu notowano tutaj zimną temperatury poniżej -40°C .

Droga na Litwę prowadziła z Wiżajn przez najwyższy szczyt Suwalszczyzny – Rowelską Górę (299 m n.p.m.), wznoszącą się 100 m ponad Dolinę Rowelską. Po sklonie góry szosa wiła się prawdziwą serpentyną, żeby dotrzeć do przejścia granicznego w Budzisku. Tereny na południe i wschód od Budziska po stronie polskiej zamieszkuje mniejszość litewska. Na tych terenach, a szczególnie w najważniejszym

mieście Małej Litwy – Puńsku, trudno nawet mówić o litewskiej mniejszości. W niektórych wioskach ponad 90 proc. mieszkańców stanowią Litwini.

Naszym celem były Troki, ale zanim dotarliśmy do legendarnego zamku, zatrzymaliśmy się w Prenach, by w strugach deszczu podziwiać największą litewską rzekę – Niemen. W linii prostej Niemen w okolicy Pren i Birsztanów (jedno z litewskich uzdrowisk) pokonuje odcinek zaledwie 10 km, ale długość koryta rzeki tworzącej liczne zakola i wysepki przekracza 60 km.

Zamek w Trokach to prawdziwa architektoniczna i krajobrazowa perła Litwy, chociaż mało kto wie, że swój obecny wygląd uzyskał dopiero w 1987 roku po trwającej kilkadziesiąt lat odbudowie niemal od podstaw. Czworoboczny pałac wielkoksiążęcy z wewnętrznym dziedzińcem otoczonym drewnianymi galeriami jest jak przed wiekami zbudowany z czerwonej cegły. Mury

Niemen w Druskiennikach



**Auksztocka Góra
- najwyższy szczyt Litwy**



nymi stiukowymi dekoracjami – figuralnych kompozycji naliczonych tutaj ponad 2000.

Kolejny dzień pobytu w Wilnie rozpoczęliśmy od zwiedzenia Cmentarza na Rossie. To miejsce szczególne dla Polaków. Na cmentarzyku wojskowym u podnóża zadrzewionych wzgórz usianych kamiennymi nagrobkami znajdują się groby polskich żołnierzy poległych w walkach o Wilno w latach 1919-1920 oraz mauzoleum Marszałka Piłsudskiego. Pod czarną płytą

Bazylika w Sejnach

i czosnkowe grzanki z ciemnego litewskiego chleba, wysmienite do piwa. Wszyscy kupili przynajmniej jedną butelkę suktinis – nalewki miodowej doprawianej goździkami, pękami topoli, żołądziami dębu, jagodami jałowca o zawartości alkoholu przekraczającej 50 proc. Nie obyło się też bez degustacji tego bardzo mocnego trunku w pokojach zarezerwowanego przez nas hotelu, który okazał się trudny do odszukania na jednej z głównych arterii Wilna. Z jednej strony zawiódł GPS, który wyprowadził nas na peryferie miasta, z drugiej nasza znajomość języka litewskiego. Kto by pomyślał że litewskie słowo „viešbutis” oznacza hotel?

Trudno opisać wszystkie architektoniczne i historyczne atrakcje Wilna. Miasto zwiedziliśmy z iście przewodnikową dokładnością począwszy od położonych nieco na uboczu: Zaulka Gotyckiego z unikalną w tej części Europy perelką gotyckiej architektury – kościołem św. Anny, domu Adama Mickiewicza oraz barokowego kościoła pw. św. Piotra i Pawła. W tym ostatnim zachwyt wzbudziła nie tylko barokowa fasada, ale przede wszystkim białe wnętrza świątyni z niezliczo-





z granitu wołyńskiego spoczywa Maria z Billewiczów Piłsudska i serce jej syna – Józefa Piłsudskiego złożone w srebrnej urnie w pierwszą rocznicę śmierci Marszałka. Dotarcie do płyty i zapalenie świeczki w okresie natężonego ruchu turystycznego wydaje się niemal niemożliwe. Przy grobie zmieniają się dzisiaj nie żołnierskie warty, ale liczne polskie wycieczki.

Obowiązkowym punktem zwiedzania, który zaliczają polscy turyści podróżujący po Litwie i Krajach Nadbałtyckich jest wileńska starówka. Do starego miasta prowadzi, znana chyba każdemu Polakowi, Ostra Brama – jedyna z zachowanych bram miejskich. Wewnątrz bramy znajduje się malutka kapliczka ze słynnym obrazem Matki Boskiej Ostrobramskiej, a w jej wnętrzu przechowywanych jest ponad 8000 srebrnych wotów, złożonych przez wiernych w podzięcie za otrzymane łaski. Zwiedzanie kapliczki

odbywa się w korowodzie turystów przesuwających się powoli przed cudownym obrazem, który można też podziwiać wprost z ulicy przez otwarte okno.

Niedaleko Ostrej Bramy wznosi się cerkiew Trójcy Świętej i dawny klasztor bazylianów, w którym urządzone więzienie carskie i przetrzymywano, podczas procesu filomatów i filaretów, samego Adama Mickiewicza. Właśnie w tym budynku znajdowała się cela Konrada uwieczniona przez poetę w „Dziadach”.

Trasa zwiedzania wileńskiego starego miasta wiedzie zwykle obok ratusza do kompleksu uniwersytetu z najstarszym w mieście kościołem św. Jana i monumentalnymi dwunastoma dziedzińcami, a dalej obok licznych pałaców, kościołów i cerkwi do katedry św. Stanisława. Kłasykistyczna budowla, która powstała na początku XIX wieku, kryje w podziemiach szczątki Barbary Ra-

dziwiłówny. Nieopodal katedry, za odbudowywanym wciąż Zamkiem Dolnym, którego rekonstrukcja rozpoczęła się w 1990 roku, rozpoczęliśmy wspinaczkę na Górę Turzą do baszty Giedymina – jedynego zachowanego fragmentu Zamku Górnego. Z baszty i pobliskiej Góry Trzykrzyskiej roztaczała się wspaniała panorama Wilna. To był ostatni widok na Litwę znaną z przewodników. Wkrótce kontynuowaliśmy eksplorację Litwy nieznaną.

Wyruszyliśmy na południe do granicy z Białorusią. Celem był najwyższy szczyt Litwy – Auksztocka Góra, wznosząca się na wysokość 293,84 m n.p.m. Wysokość wzniesienia została ustalona dopiero w roku 2004 przez specjalistów z Wileńskiego Uniwersytetu Technicznego. Do 2004 roku sąsiednia Józefowa Góra była uważana za najwyższą górę Litwy. Po przeprowadzeniu badań okazało się jednak, że Józefowa Góra jest o niemal metr



Dom Mickiewicza w Wilnie



Grób Matka i serce syna
na Cmentarzu na Rossie

niższa. Szczyt Józefowej i Auksztockiej góry, wznoszący się wśród pól i lasków tej jedynej litewskiej wyżyny, osiągnęliśmy bez wysiłku. Sprawilo to nam niemal tyle radości, co zdobycie rok wcześniej najwyższego szczytu Ukrainy. Pod pomnikiem Mendoga, pierwszego i ostatniego króla Litwy, który przyjął chrzest i koronował się w 1253 roku, zrobiliśmy pamiątkowe zdjęcia.

U podnóża litewskich „gó” znajduje się jeszcze jedno miejsce warte odwiedzenia. Są nim Miedniki Królewskie z ruiną średniowiecznego zamku, w którym bywał Kazimierz Jagiellończyk. Co ciekawe, w wiejskim starostwie Miedniki mieszka ponad 90 procent osób polskiego pochodzenia i zaledwie 3 proc. Litwinów. Ten zapomniany zakątek Litwy, położony 4 km od granicy z Białorusią, uniknął dobrowolnych i przymusowych przesiedleń i czystek, które dotknęły między innymi Wilno. Przed II Wojną Światową w obecnej stolicy Litwy mieszkało ponad 65 proc. Polaków, 28 proc. Żydów i niecały 1 proc. Litwinów. W 2001 roku wskaźniki te uległy zupełnej zamianie: 60 proc. mieszkańców stanowią Litwini, 20 proc. Polacy i niespełna 1 proc. Żydzi. Uwarunkowania narodowościowe i przywiązanie Józefa Piłsudskiego do Wilna tłumaczą wydarzenia roku 1920,



Dziedziniec zamku w Trokach

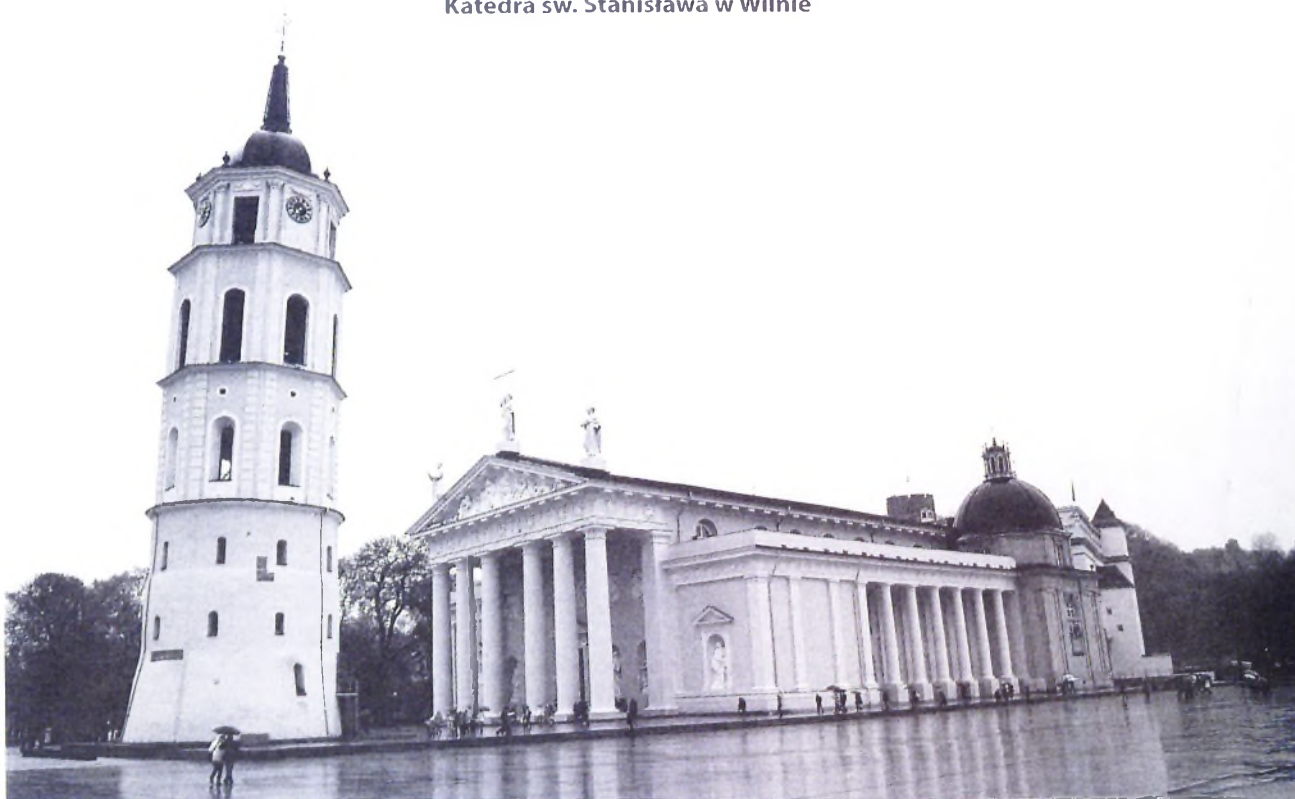
Świątynia Karaimów – kinesa w Trokach



kiedy to wojska litewskie sprzyjające Armii Czerwonej zostały wyparte z Wilna przez polską dywizję litewsko-białoruską pod wodzą Lucjana Żeligowskiego. Piłsudski, chcąc uniknąć zaognienia sytuacji politycznej na Litwie, posłużył się fortelem. Dywizja gen. Żeligowskiego, wkraczając do Wilna, była oficjalnie zbuntowaną jednostką, która wymknęła się spod rozkazów Marszałka. Powstała Litwa Środkowa – państwo funkcjonujące pod polskim protektoratem przez dwa lata. Jednak sejm wileński, wbrew woli Marszałka, wydał w 1922 roku uchwałę o połączeniu Litwy Środkowej z Polską.

Nadchodził czas pożegnania z Litwą. Ostatniego dnia wycieczki udaliśmy się w kierunku polskiej granicy szosą przecinającą rozległe leśne kompleksy – pozostałości nieprzebytej litewskiej puszczy, w kierunku najbardziej znanego uzdrowiska – Druskienniki. Zanim jednak tam dotarliśmy, czekały nas dwie, niemal nieodwiedzane przez polskich turystów atrakcje. Jedną z nich był malowniczy przełom Niemna w Merezcu. Panoramę podziwialiśmy ze starego grodziska położonego przy ujściu Merezanki do Niemna. Drugą atrakcją była wieś Grutas. Na jej krańcach znajduje się Park Grutas – „skansen socjalizmu”. Na pomysł zgromadzenia w jednym miejscu wyrzucanych z litewskich miast radzieckich pomników wpadł Viliūmas Malinauskas – biznesmen, którego firma zajmowała się przetwórstwem grzybów i owoców leśnych. Także dzisiaj nieopodal parku znajdują się tajemnicze budynki, przed którymi ustawia się kolejka zdezelowanych ład. Ich właściciele są zbieraczami ślimaków. Na 20 ha Malinauskas zgromadził pomniki Lenina, Dzierżyńskiego, lokalnego litewskiego komunisty Mickievičiusa Kapsukas i samego Józefa Wyszarionowicza Stalina. Park otwarto w kwietniu 2001 roku i jest

Katedra św. Stanisława w Wilnie



on atrakcją nie tylko dla dorosłych, którzy przyjeżdżają tu ze względu na zgromadzone rzeźby, księgozbiór i propagandowe plakaty, ale także dla dzieci, które znajdują rozrzucone w lesie i nad brzegiem jeziora armaty, kuchnię polową i mini ogród

zoologiczny, a przede wszystkim plac zabaw. Zresztą nie tylko dzieci lubią korzystać z takich urozmaiceń, przez co nasz pobyt w Grutas nieco się przedłużył.

Spóźnieni dojechaliśmy do Druskiennik. To najnowocześniejsze

uzdrowisko na Litwie zostało też uznane za jedno z najlepszych uzdrowisk klimatycznych i balneologicznych w Europie. Nic dziwnego, że do 9-ciu sanatoriów i niezliczonych pensjonatów oferujących pełny asortyment zabiegów leczniczych i odmładzających oraz niedawno otwartego Aqua-Parku ściąga tłum turystów i kuracjuszy z nieodległej Polski. PKS oferuje nawet regularne połączenie autobusowe Druskienniki – Warszawa. My poprzestajemy na degustacji wody mineralnej z jednego z 6-ciu tryskających tutaj leczniczych źródeł i ostatniej możliwości podziwiania płynącego leniwie szerokim zakolem Niemna.

Polską granicę postanowiliśmy przekroczyć w sposób, który jeszcze pięć lat temu, przed wejściem Polski i Litwy do Unii Europejskiej, wydawał się niemożliwy. Wybraliśmy boczne drogi, które wkrótce zamieniły się w szutrowe leśne dukty.

Mury Starego Miasta w Wilnie



Na szczycie Józefowej Góry



Na szczycie najwyższej góry Litwy – Auksztocka Góra





Uzdrowisko Druskienniki

Widok ze Wzgórza Trzykrzyskiego na Wilno





Wilno – Stare Miasto

Wódz rewolucji w Parku Socrealizmu w Grutas



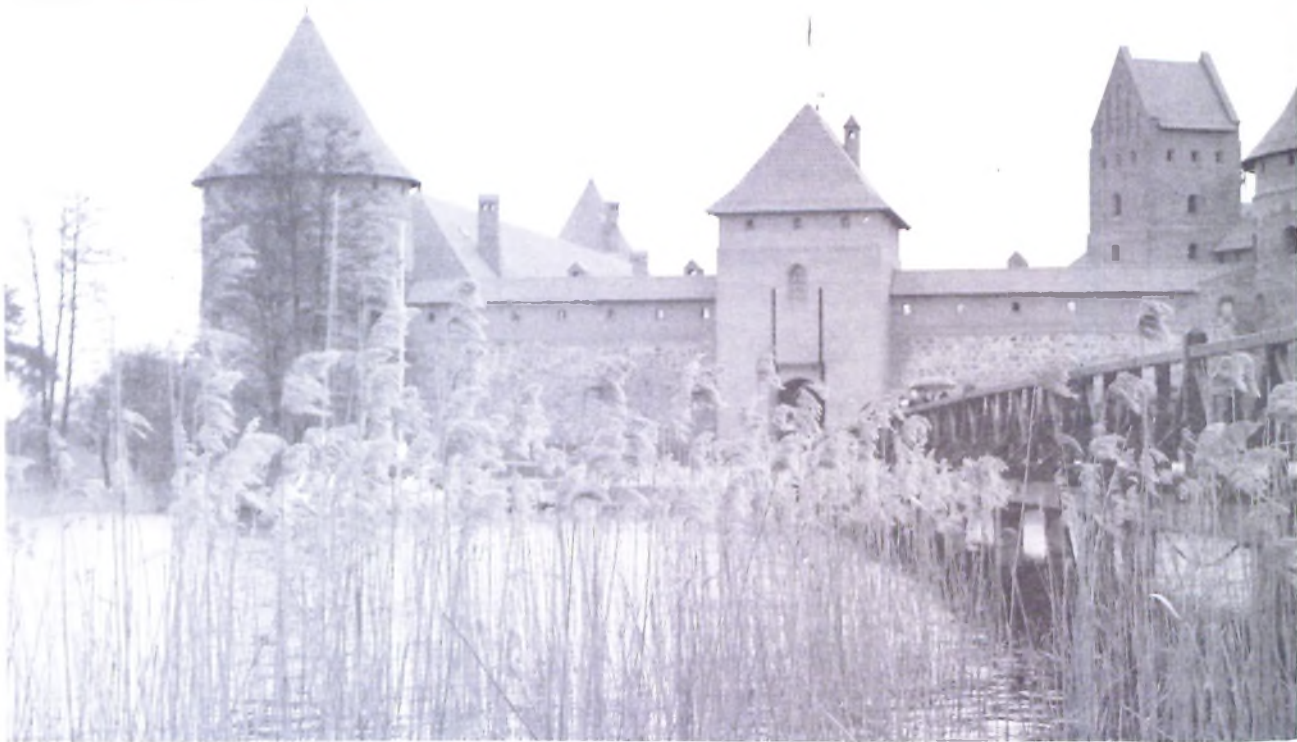


Zamek
w Miednikach
Królewskich



Zamek
w Trokach

Zamek w Trokach i Jezioro Galwa



Przecinały one połodowcowe krajobrazy skraju Puszczy Augustowskiej i Dzukijskiego Parku Narodowego – największego na Litwie obszaru chronionego, obejmującego litewskie pojezierze. Wkrótce zatrzymała nas litewska straż graniczna, ale po rutynowej kontroli dowodów osobistych żołnierze przepuścili nas przez „zieloną” granicę.

Suwalszczyzna przywitała nas deszczem. Zdążyliśmy się już jednak przyzwyczać, że podczas naszych wojaży pogoda nas nie rozpieszcza. I tym razem nie przeszkodziła nam zwiedzić bazyliki w Sejnach, w której przechowywana jest słynąca cudami drewniana, gotycka figura Matki Boskiej z Dzieciątkiem koronowana w 1973 roku. W Sejnach odwiedziliśmy także synagogę i dom talmudyczny będący siedzibą fundacji „Pogranicze – sztuk, kultur i narodów”. Nazwa stowarzyszenia dobrze pasuje do charakteru naszych wycieczek. Jak zwykle podczas naszych wędrow-



wek mieliśmy okazję podróżować po terenach tak zróżnicowanych kulturowo i etnicznie, że nieliczne regiony Europy mogłyby poszczycić się taką mozaiką. Byliśmy w polskiej Litwie i litewskiej Polsce. Degustowaliśmy suwalskie sery, litewskie świńskie

uszy, nalewkę suktinis i cepeliny. Zabrakło tylko niemieckiego sękacza – słynnego specjału Sejneńszczyzny. Potrafiliśmy nawet znaleźć góry do zdobycia w jednym z najbardziej nizinnych krajów Europy.

Fotografowali:
Paweł Krawczyk, Anna Sosik



Nie taka Turcja

czyli wyprawa MKT na Górę Ararat i nie tylko (cz. I)



Widok na Ararat,
fot. P. Paprzycki

W połowie drogi między Erzurum i Dogubayazid, ponad 100 km od masywu Araratu, z okien autobusu zaczynamy wypatrywać naszego szczytu. Bez powodzenia. Wierzchołek pokrywają czarne, burzowe chmury. Brakuje tylko tęczy jak ta, którą Noe zobaczył po ustąpieniu wód potopu, kiedy opuścił swoją Arkę. Nasze podniecenie wynika nie tylko z bliskości Araratu. Minęło już blisko 24 godziny, odkąd wyjechaliśmy z dworca autobusowego w Ankarze i, pomimo klimatyzowanego wnętrza autobusu, krótkiego postoju w Erzurum oraz licznych przerw na turecką herbatę, wszyscy niecierpliwie czekają końca podróży. Dopiero w Dogubayazid otrzymujemy nagrodę za nasze trudy. Chmury ustępują i pokryty lodową czapą szczyt Araratu pojawia się wysoko na tle horyzontu. Za kilka dni wespniemy się na ten lodowiec i w huraganowym wietrze będziemy walczyć o zdobycie szczytu.



W drodze pod Ararat, fot. M. Truszkowska

DR N. MED. PIOTR PAPRZYCKI

INSTYTUT MEDYCYNY WSI

DR N. MED. PAWEŁ KRAWCZYK

KATEDRA I KLINIKA PNEUMONOLOGII, ONKOLOGII I ALERGOLOGII
UM W LUBLINIE

Po niewłaściwej stronie Turcji

Wszystko przebiegało inaczej niż podczas standardowej wycieczki do Turcji. Turcja to dość duży kraj, 800 km z północy na południe i 1500 km z zachodu na wschód, ale znowu nie przesadzajmy – to nie Rosja, żeby się o 1000 km pomylić. Przecież każdy porządny Polak wie gdzie jechać i co robić podczas urlopu. Leć czarterowym samolotem do Antalyi na Turecką Riwierę z voucherem za 2000 zł od osoby. Potem zakwaterowuje się w czterogwiazdkowym hotelu z usługą *all inclusive* i odpoczywa z chłodzącym napojem w rąku pod srodziemnomorskim słońcem, nawet bez konieczności oglądania tegoż Śródziemnego Morza. Oczywiście nie dyskredytujemy naszych turystów; większość będzie miała ambicję obejrzeć kraj swego wypoczynku. Oprócz południowego wybrzeża mogą też odwiedzić Turcję Egejską ze słynnymi starożytnymi ruinami Efezu, Pergamonu i Troi, czy europejską Turcję ze Stambułem. Wytrwali pewnie pojedą na fakultatywne wycieczki do wapiennych tarasów Pamukkale lub nawet odzalażą dwa dni na podróż do skalnych miast Kapadocji.

A w Medycznym Klubie Turystycznym, oczywiście wszystko na odwrót – zamiast na południe i zachód postanowiliśmy pojechać na wschód i północ Turcji.

Członków MKT w roku 2010 czekała kolejna wyprawa w egzotyczne góry wysokie. W 2006 roku sukcesem zakończyła się wspinaczka na Aconcagua – najwyższy szczyt obu Ameryk. W 2008 roku eksplorowaliśmy nieznanne Himalaje Lahul, docierając w rejon działalności lubelskiej wyprawy w Himalaje z 1973 roku. W 35-tą rocznicę śmierci Zbigniewa Stepka – kierownika tamtej wyprawy i Andrzeja Grzązka, ucziliśmy ich pamięć przy symbolicznej mogile nad brzegiem Rzeki Księżycowej. Dyskusja wśród klubowych pasjonatów gór nad celem nowej wyprawy rozpoczęła się jeszcze w 2009 roku. Wspólnie z Uniwersytetem Medycznym planowaliśmy zorganizować wyprawę naukowo-sportową w góry Mongolii – w rejon Charchiry, gdzie znajdują się szczyty zdobyte po raz pierwszy przez lubelską wyprawę w 1967 roku. Niestety, zwłoka w załatwieniu formalności w Ulan Bator przekreśliła nasze plany.

Wobec braku realnego pomysłu MKT na transkontynentalne górskie atrakcje w Andach czy Himalajach, szybka kwerenda po bliskich Polsce 5-tysięcznych szczytach wskazała jednoznacznie na Ararat.

Ararat (turecki Agri Dagı) jest szczytem wznoszącym się samotnie na wysokość 5165 m n.p.m. na terytorium Turcji. Jest oddalony 35 km od granicy z Armenią i 15 km od granicy irańskiej. Wierzchołek pokrywa wieczny śnieg i kilka skromnych lodowców. Wielki Ararat i sąsiadujący z nim, znacznie niższy Mały Ararat, są drzemiącymi wulkanami, choć nie ma udokumentowanych opisów wybuchu. Ostatnia erupcja miała miejsce prawdopodobnie 3-4 tysiące lat p.n.e. Jednak rejon ten jest nadal bardzo aktywny sejsmicznie, o czym świadczy wielkie trzęsienie ziemi

z roku 1840, które zniszczyło wznoszący się u podnóża góry klasztor św. Jakuba, a wielki obryw skalny będący jego następstwem pogrzał wioskę Akori. Ararat zachował typowy wygląd i budowę geologiczną stratowulkanu. Łagodne u podnóża stoki wznoszą się stromo do wierzchołka, powodując, że Ararat jest jedną z wyższych samotnych gór na świecie, przewyższającą sąsiednie doliny o ponad 3600 m. Sam krater uległ już całkowitej erozji, ale dawne erupcje lawy znaczą bazaltowymi rzekami zbocza góry i sięgają głęboko w doliny. To musi być ciekawe. Dochodzi do tego jeszcze niejasna sytuacja polityczna okolic Araratu związana z grasującymi tam kurdyjskimi partyzantami, na tyle jednak stabilna, aby z odpowiednim dreszczykiem emocji w ogóle dało się tam przebywać.

Nietypowy cel podróży to poważne problemy logistyczne. O kwestii polityki i pozwoleń na szczyt opowiemy w odpowiednim miejscu. Na razie jednak problemem stał się sposób podróży. Niemożliwe było skorzystanie z regularnych lotów czarterowych, bo jedyne biuro podróży z Polski urządza tylko jedną wycieczkę objazdową po wschodniej Turcji i tylko raz w roku. Wycieczką tą spotkaliśmy zresztą nieprawdopodobnym zbiegiem okoliczności pod samą górą i byli to jedyni spotkani przez nas Polacy. Ostatecznie, jak zwykle w naszych wojażach, skończyło się na podróży wiązanej samolotem Lufthansy przez Monachium do Ankarę a dalej autobusem na wschód Turcji.

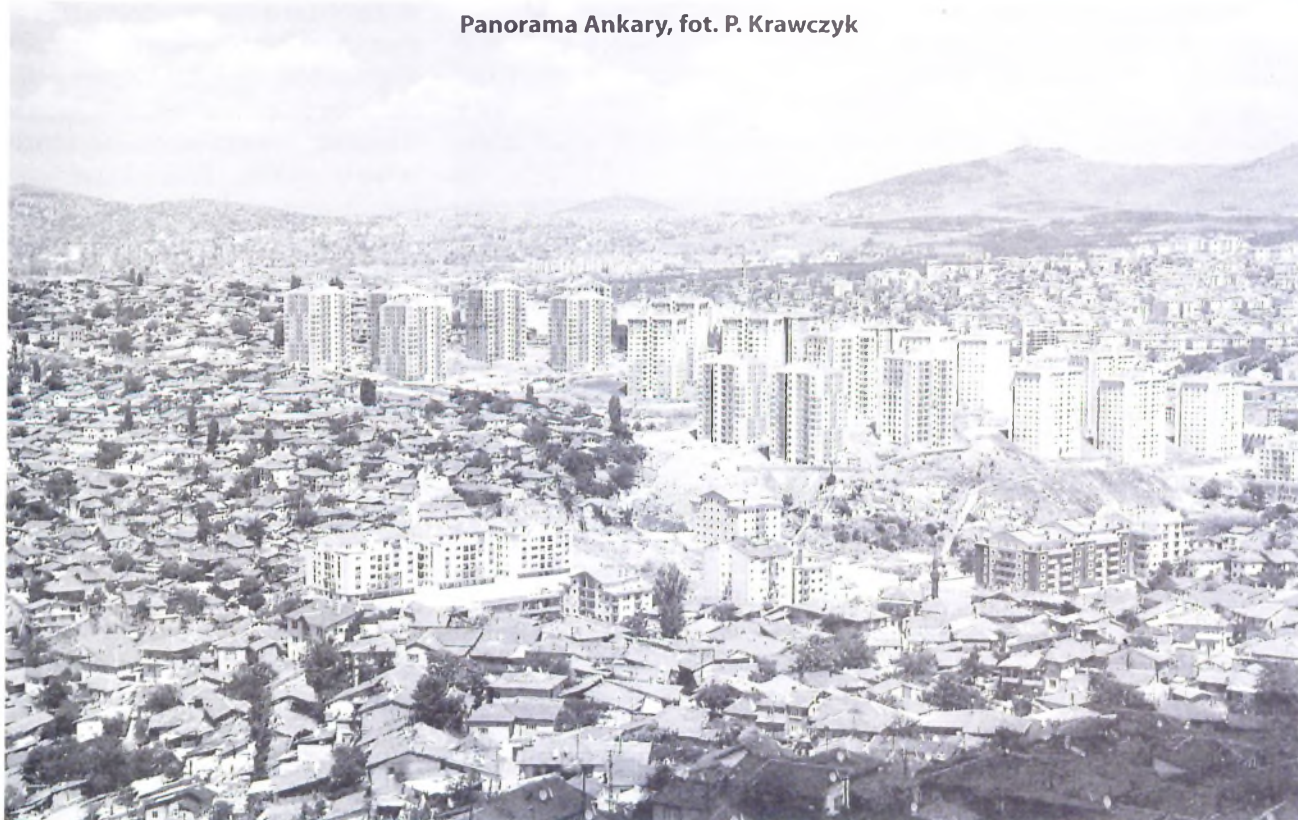
Na wyżynach Anatolii

Łądujemy na lotnisku Esenboga w Ankarze – piątka członków Medycznego Klubu Turystycznego: Małgorzata Truskowska, Michał Drożdż, Paweł Krawczyk, Mariusz Nowak oraz Piotr Paprzycki. W dro-

dze do górskiej przygody znajdujemy się na peryferiach wielkiego stołecznego miasta, do którego z racji oddalenia od popularnych kurortów rzadko trafiają turyści. A szkoda, bo to kwintesencja współczesnej Turcji – bardziej turecka i zarazem europejska niż stary Istambuł. Aby Ankara stała się 4,5-milionową metropolią, stolicą demokratycznego 70-milionowego państwa, w 30-tysięcznej zapadłej miejscinie, żyjącej starożytną tradycją, musiał urządzić swój sztab i siedzibę w roku 1920 pewien ambitny turecki wojskowy – Mustafa Kemal. Trwała jeszcze I Wojna Światowa, kiedy po obaleniu sultana, reżim młodych nacjonalistycznych polityków nierozważnie związał Turcję – byłego „chorego człowieka Europy” – sojuszem z przegranymi Niemcami. Zwycięzcy – zachodni Alianci, potraktowali Turków obcesowo i najpierw zajęli strategiczne terytoria europejskie ze starą stolicą i cieśninami czarnomorskimi, a potem dokonali formalnego rozbioru kraju między Grecję, Armenię, Kurdów i siebie samych.

Ankara pozostawała w centrum nieokupowanych jeszcze ziem i stała się dobrą bazą dla armii tureckiej pod wodzą Mustafy Kemala, byłego masona i nowoczesnego nacjonalisty. W ciągu kilku lat nacjonaści naprawili swoje błędy: rozbili nacierających Greków; w sojuszu z Rosją Sowiecką wyeliminowali Armenię; poróżnili Aliantów, by ostatecznie uratować swój kraj w całkiem rozległych granicach. Nic więc dziwnego, że Turcy uczynili Mustafę dożywotnim prezydentem nowej świeckiej republiki i nadali mu tytuł Ojca Turków – Atatürka. Dyktatura Atatürka nie była reżimem zbyt dotkliwym – przypominała nieco twardszą wersję polskiej sanacji. Tak jak w Polsce Piłsudski, Mustafa Kemal ciągle odbiera cześć jako postać nieco nadludzka. Zaświadcza o tym gigantyczne, piaskowcowe mauzoleum (wyróżnie nawiązujące do podobnego na Placu

Panorama Ankary, fot. P. Krawczyk



Czerwonym), którego niestety nie mogliśmy zwiedzić. Za to podziwialiśmy na centralnym placu miasta Ulus Meydani, jak i w większości tureckich miast i miasteczek, wielki pomnik konny Mustafy Kemala z dwoma pieszymi żołnierzami w poniemieckich mundurach.

Pierwsze wrażenie z nocnej Ankary to rozrzucone po ulicach reklamówki agencji towarzyskich. Drugie poranne wrażenie to 30-stopniowy upał i dobrze utrzymane trawniki w reprezentacyjnym centrum. Niestety, nadzieja kontynuowania podróży na wschód natychmiast okazuje się płonna z powodu zamknięcia linii kolejowej do Erzurum. Dzisiaj nie wyjedziemy. Maszerujemy więc przez miasto na dworzec autobusowy, który zadziwił nas swoją wielkością i sprawną organizacją. Niektóre stolice państw europejskich mają mniejsze lotniska niż ankarcki terminal: półkilometrowa hala główna, trzy poziomy peronów

na estakadach, przy wjeździe prawdziwa wieża kontroli ruchu. Mimo ponad 70-ciu operatorów linii autobusowych (przy jeszcze większej liczbie kas), znalezienie odpowiedniego połączenia jest banalnie proste. Łatwo skorzystać z oficjalnej informacji, a mnóstwo naganiaczy nieustannie penetruje dworzec w poszukiwaniu potencjalnych klientów i wykrzykuje nazwy docelowych miast. My połączenie mamy dopiero wieczorem i zostaje czas na zwiedzanie miasta.

Szybko stajemy przed jego bogatą historią. Najpierw przechodzimy obok kolumny cesarza Juliana Apostaty zwieńczonej starym bocianim gniazdem. Kolumna jest nieco sfałtgowana, ale ewenementem jest już to, że się zachowała. Ankarczycy postawili ją władcy z wdzięczności za jego niechęć do triumfującego chrześcijaństwa i wspieranie pogańskich kultów. W jaki więc sposób uszła uwadze bizantyjskich bisku-

pów? Obok kolumny wspinamy się na wzgórze zwieńczone najstarszymi zabytkami Ankary, między innymi ruinami świątyni Augusta i Romy, w której jest jeden z najcenniejszych pomników rzymskiego antyku.

Monumentum ancyranum – nazwa znana każdemu miłośnikowi historii starożytnej – to długi tekst pokrywający ściany. Jest to jedna z najlepiej zachowanych kopii „Czynów Boskiego Augusta” wyryta w czasach, kiedy Ankara nazywała się jeszcze Ancyra. Dzieło to cesarz August zredagował osobiście i wszyscy historycy wczesnego imperium, a nawet scenarzyści kasowego serialu „Rzym”, muszą się na nim oprzeć. Niestety, świątynia, która wytrzymała najpierw przeróbkę na kościół, a potem na szkołę koraniczną, wymaga remontu i napis nie jest dostępny. Trochę zawiedzeni pośród nawoływań muezzina, dochodzącego z wielkiego namiotu-meczetu obok świątyni, wyznaczaliśmy sobie

inny cel. Po drugiej stronie doliny mamil nas obietnicą wspaniałego widoku na miasto zamek (Hisar), wzniesiony na skalistym wzgórzu przez Bizantyjczyków i Seldżuków. Obietnica był prawdziwa. Panorama spod wieży Akkale i z zachowanych murów twierdzy daje wreszcie sposobność objęcia wzrokiem całej stolicy, aż po horyzont. Z jednej strony oglądamy uciekające w dół urwisko i wzgórza zabudowane na dziko domkami biedoty, gdzie pomiędzy wielkich śmietnisk wyrastają małe meczetki. Z drugiej podziwiamy dzielnice wielopiętrowych mieszkaniowych punktowców, a tuż pod stopami mozaikę czerwonych dachów samego Hisar. Wokół biegają dzieci po przepaścistej koronie murów, puszczając latawca, w sposób, który każdą matkę przyprawilby o palpację serca.

Syci widoków, ale spragnieni cienia, schodzimy na niziny. Bez trudu właściciel pewnej milej restauracji zwabia nas do spowitego dzikim winem wnętrza. Nie mogło się obejść bez zapoznania z prawdziwym kebabem z kurczaka i wyśmienitymi zakąskami – och, rozkosze aktywnych wakacji, kiedy człowiek nie musi liczyć kalorii, bo i tak wszystko zużyje!

U podnóża zamku czeka na nas jeszcze jeden punkt programu –

Muzeum Cywilizacji Anatolijskich (MAC). Mało jest okolic na świecie, które mogłyby się pochwalić nieprzerwanym istnieniem cywilizacji ludzkiej od 10 tysięcy lat. Anatolia, czyli półwysep Azji Mniejszej jest jedną z takich krain, a MAC urządzony w dawnym budynku osmańskiego targowiska to prawdziwy skarbiec archeologicznych zapisów tej cywilizacji. Podziwiać tu możemy pieczołowicie zrekonstruowaną świątynię ze słynnego na całym świecie osiedla Çatalhöyük. Jego twórcy – jako jedni z pierwszych na Ziemi – zaczęli uprawiać rośliny i lepić gliniane garnki. Podobno ludzie ci żyli w matriarchacie. Kapłanki ubrane w stroje sępów, po spełnieniu przez mężczyzn seksualnych obowiązków, miały składać ich – już niepotrzebnych – w ofierze Bogini Wielkiej Matce. Ściany muzeum zdobi wiele pięknych płaskorzeźb pozostałych po narodzie Hetytów, którzy w XVIII wieku p.n.e. stworzyli w dzisiejszej Turcji mocarstwo tak potężne, że w bitwie pod syryjskim Kadesz faraon Ramzes Wielki ledwo wymęczył z nimi remis. Warto też wspomnieć o rekonstrukcji grobu mitycznego króla Frygów – Midasa (ten, któremu wszystko przemieniało się w złoto i miał osłe uszy) oraz o wspaniałej starożytnej

złotej biżuterii i o naczyniach z brązu z Alacahöyük, liczących ponad 4 tysiące lat. Oglądając takie miejsca, można czasem ze zdziwieniem stwierdzić, że musiało się chyba opuścić niektóre lekcje historii, bo nic nie wie się o istnieniu takich potężnych ludów.

Nieuchronnie przyszło opuścić Ankarę z całkiem dobrymi wrażeniami i wyruszyć w nocną podróż po anatolijskich wyżynach. Stolica Turcji leży na wysokości Zakopanego, a całe wnętrze półwyspu Azji Mniejszej to same góry, w tym wiele szczytów 3-tysięcznych. Ruchy gór, twórcze, które wydzwignęły Anatolię z dna nieistniejącego już oceanu, spowodowały tak wielką aktywność wulkaniczną, że jeszcze 3 miliony lat temu wyrzucony popiół wulkaniczny pokrywał wyżynę warstwami o grubości kilkuset metrów. To właśnie w tym wulkanicznym tufie wiatr i woda wyrzeźbiły słynne nieziemskie kapadockie skalne miasta. Za oknem autobusu rozciągają się wciąż niższe lub wyższe grzbiety górskie, niemal bezleśne, za to niektóre z obfitymi polami śniegu, mimo że przecież to środek upalnego lata.

Czasem szosa zjeżdża na większą śródgórską równinę, zwykle przez przepaściste skalne wąwozy, wyżłobione przez dziwnie nikłe rzeki. Wtedy góry oddalają się nieco. Pastwiska i wzgórza, posiekane owczymi ścieżkami niczym mapy poziomcami, ustępują miejsca polom uprawnym i sadom. Przy szosie pojawiają się dziesiątki wielkich straganów z arbusami, których sprzedawcy nie opuszczają nawet w nocy i próbują nie przegapić żadnej okazji do zarobku, przysypiając przy świetle lampy.

To właśnie takie kotliny od tysięcy lat przyciągały ludzi do tej zdawałoby się pustynnej i suchej krainy. Umożliwiały one kupcom wędrowni z towarem między Azją a Europą, dawały dochód, z którego żyły przez setki lat wielkie państwa

Kurdyjskie dzieci u stóp Araratu, fot. M. Nowak



i ich poddani. Niestety, także dzięki tym kotlinom, zwabieni bogactwem najeźdźcy mogli wtargnąć w głąb Anatolii. Zwykle bardzo szybko prymitywniejsi przybysze przyswajali sobie lokalne obyczaje, przekazując miejscowym język i państwotwórcze zdolności oraz tworząc na gruzach starych cywilizacji nowe monarchie. Tak przez wieki najeżdżana ze wschodu i zachodu Anatolia trwała nadal i kwitła. Źródłem dzikich najeźdźców najczęściej bywał euroazjatycki Wielki Step, gdzie pasterska gospodarka, mocno wrażliwa na pogodowe anomalie,

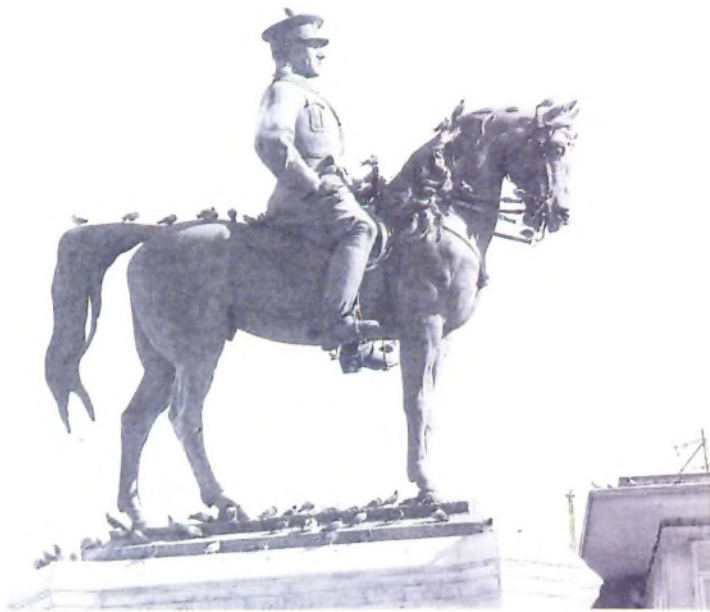
Medresa w Erzurum, fot. P. Krawczyk



Amasya, fot. M. Drożdż

kreowała nowe fale wygłodniałych i żądnych grabieży narodów.

Pierwszym znanym historii ludem najeźdźczym byli właśnie wspomniani Hetyci. Z kolei ich imperium rozpadło się po najeździe grabieżców z terenów Bułgarii, Grecji i Italii zwanych Ludami Morza. Za nimi z Europy wtargnęli Frygowie, ale za nim ich państwo okrzepło, ze wschodu przybyli Kimeriowie (prawdziwi, nie ci z Conana Barbarzyńcy). Kiedy z zamętu wyłoniło się Państwo Lidyjskie (to właśnie, którym rządził bajecznie bogaty Krezus), zostało ono zmiecione przez Persów. Tych z kolei wyparł Aleksander Macedoński, a państwa jego następców zagarnął Rzym. Rzymska (a potem bizantyjska) władza dzielnie trzymała Anatolię przez ponad tysiąc lat, aż do pamiętnego 1071 roku, gdy na równinie pod Manzikertem cesarz Roman IV Diogenes stanął ze swoim wojskiem naprzeciwko armii nowych rozjuszonych zdobywców. Tym razem byli to wyrojoni z głębi Azji Środkowej Turcy Seldżuczcy pod wodzą Arp Arslana (czy nie podobnie nazywał się pewien gadający lew z poczytnej powieści i nie mniej popularnego filmu?), którzy już zdążyli ograbić Iran, Bagdad i Indie. Bizantyjczycy oddali pola, cesarz popadł



Ataturk na głównym placu Ankary, fot. P. Paprzycki

w niewolę, Konstantynopol utracił większość ziem.

Z pokrótce przedstawionej historii wynika, dlaczego miasto, do którego dojechaliśmy następnego dnia, nazywa się do dzisiaj Erzurum (zamek Rzymian). Miasto leży dość wysoko i w zimie jest tu sporo śniegu i nawet w tym roku ma odbyć się tutaj zimowa uniwersjada – o przygotowaniach zaświadcza nieco surrealistyczna przy tym upale skocznia narciarska. Erzurum nie jest zbyt piękne, bo większość starej zabudowy zrujnowały wielkie trzęsienia ziemi. Zostały tylko: bizantyjski zamek, dwa meczety oraz medresa z bliźniaczymi utraconymi minaretami. Początkowo, nauczeni doświadczeniem z innych krajów muzułmańskich, dość nieśmiało zachodziliśmy do meczetów, gdzie Europejczyków spotykają rozliczne ograniczenia. Turcja jest wybitnym wyjątkiem – nie tylko nie oburza nikogo wchodzenie do świątyni w krótkich spodniach, ale nawet wpuszczane są do środka dość swobodnie, jak na muzułmańskie gusta, ubrane kobiety. Teraz już odważnie penetrowaliśmy wnętrza, bo zawsze

warto obejrzeć budowle mające po 700 i więcej lat, a Medresa Podwójnego Minaretu ma ten tajemniczy nastrój wiekowej ruiny. Architekturę wznoszoną przez Seldżuków łatwo rozpoznać po misternych „stalaktytowych” portalach, które nieco przypominają stiukowe sklepienia z oddległych świątyni Hiszpanii i Maroka.

Ararat, góra wojen i niezgody

Równina, z której wyrasta zaśnieżony Ararat, to część Wyżyny Armeńskiej. Ziemia ta od tysięcy lat należała do Ormian. Niedaleko stąd, nad jeziorem Van znajdowała się stolica Państwa Urartu (zbieżność nazw z Araratem nieprzypadkowa), sięgającego od gór Kaukazu aż po Syrię. Państwo Urartu w VI wieku p.n.e. zniszczyli najeźdźcy z Azji – Medowie. W nich historycy upatrują przodków dzisiejszych Kurdów. Jednak królestwa armeńskie nadal trwały. Coraz podbijane lub hołdowane przez Rzym, Partów, Persów, Bizantyjczyków, Arabów czy Mongołów, miały w starożytności i w średniowieczu dłuższe epizody

niepodległości. Ormianie pamiętają małe armeńskie imperium między trzema morzami: Kaspijskim, Czarnym i Śródziemnym za Tigranesa Wielkiego, czy też Państwo Bagratydów z X-XI wieku. Okolice Araratu to sam środek tych królestw. W pobliskiej Tigranocercie i w Ani zakładano świetne stolice, wyrastały pałace, świątynie, a potem wspaniałe chrześcijańskie kościoły i klasztory. Turcy przyczynili się do ostatecznego podziału Armenii między Sułtana i Szacha Perskiego. Pod wodzą nacjonalistów pogrzebali ostateczne szanse na odrodzenie Wielkiej Armenii po I Wojnie Światowej. Stało się to w wyniku wysiedlenia i eksterminacji Ormian, określanych pierwszym ludobójstwem w dziejach świata. Ormianie, zgrzytając zębami z powodu zamkniętej granicy, do dziś tęsknie spoglądają na swoją górę Masis i nie mogą przeboleć, że ktoś nazywa ją teraz Agri Dagi. Uważają Ararat za świętą górę, a zdobycie jego szczytu za świętokradztwo. Wierzchołek Araratu nie tylko widoczny jest z Erewania, ale także widnieje w oficjalnym herbie Armenii. Ale historia lubi być złośliwa, na opustoszałe ziemie zamiast Turków przybyli Kurdowie i zamiast problemu ormiańskiego, Turcja ma problem kurdyjski.

Dzisiaj właśnie Kurdowie, naród bez państwa mówiący indoeuropejskim językiem, najliczniej zamieszkują rejon Araratu. Autonomii Kurdom odmawia nie tylko Turcja, gdzie jest ich ponad 10 milionów, ale też Iran, a do niedawna także Irak (obecnie prezydentem tego kraju jest Kurd – Dżalal Tałabani). Chociaż sytuacja polityczna we Wschodniej Anatolii uległa w ostatnich latach normalizacji, a liczba zamachów terrorystycznych przeprowadzanych przez Partię Pracujących Kurdystanu znacznie zmalała po aresztowaniu jej przywódcy Abdullacha Ocalana, cały ten obszar jest nadal strefą zmilitaryzowaną.

Pierwszą styczność z tureckim wojskiem mieliśmy jeszcze podczas podróży autobusem. Zatrzymali nas żołnierze z ciężką bronią i granatnikami, jak przystało na przedstawicieli władzy, pieczołowicie celebrujący zbieranie paszportów, które nie wiadomo po co znikają w betonowym bunkrze. Była to rutynowa kontrola paszportów wszystkich podróżnych, ale nawet taka mogła już skutecznie odstraszyć nas od próby zdobycia Araratu na własną rękę. Jednak, znając sytuację polityczną we wschodniej Turcji, jeszcze w Polsce przystąpiliśmy do załatwiania wszystkich formalności. Nie było to bardzo skomplikowane. Nawiązaliśmy kontakt z polecanymi w internecie braćmi – Muratem i Saimem Sahin, którzy prowadzą w Dogubayazid agencję Murat Camping. Po przesłaniu naszych danych drogą mailową, wszystkie pozwolenia bracia załatwili dwa miesiące przed naszym przybyciem do Turcji. Nie widzieliśmy wprawdzie tych pozwoleń na własne oczy, ale renoma, którą cieszy się Murat Camping pozwalała przypuszczać, że bracia mieli wystarczające kontakty z turecką armią, żeby zapewnić nam bezpieczeństwo i umożliwić zdobycie Araratu. Początkowo niepokoił nas tylko fakt, że bracia, jak i cała ich rodzina zatrudniona w turystycznym biznesie, byli Kurdami. Okazało się jednak, że mimo prześladowań Kurdów przez turecką mniejszość, nasi opiekunowie radzili sobie całkiem nieźle w tej rzeczywistości. Murat Camping zapewnił nam także namioty w obozach górskich, transport bagażu na koniach i jedzenie, a wszystko to za 350 dolarów od osoby. Murat stał się naszym przewodnikiem górskim i nie opuścił nas aż do samego szczytu.

Dogubayazid jest brzydkie. Z rozkopanymi ulicami, niedokończonymi szkieletami domów i powszechnym bałaganem wygląda jakby było w permanentnym remoncie. Trzy



Bocianie gniazdo z Araratem w tle, fot. P. Krawczyk

powody mogą skłonić do przybycia do miasta: podróż do Iranu, wspinaczka na Ararat albo zjawiskowy pałac Ishaka Pashy. Szczęście się do nas uśmiecha i gdy wysiadamy w Dogubayazid nie tylko odsłania się widok na Ararat, ale też przypadkiem pojawia się zdezelowany landrover należący do Murat Camping z kierowcą o imieniu Musa, który stanie się naszym kucharzem podczas całej wyprawy. Jedziemy drogą obok koszar pełnych czol-

gów i wozów opancerzonych, a potem wspinamy się serpentynami do podnóża pałacu Ishak Paszy, gdzie zlokalizowany jest Murat Camping. Z załatwieniem formalności musimy poczekać do zakończenia ćwierćfinałowego meczu Mundialu, ale potem szybko pieniądze przechodzą z rąk do rąk i nie musimy martwić się już o żadne dokumenty. Jaka to ulga w porównaniu do wypraw w inne rejony świata...



Domniemana Arka Noego – formacja Durupinar, fot. M. Drożdż

Ilu Turków mieszka w Dogubayezit? – pytamy Saima przy milej pogawędce – I kim oni są?

Ilu? Trochę. To armia, żołnierze. Inni mieszkańcy to Kurdowie. – Wiecie – kontynuuje Saim – tu po górach dużo wojska i dużo partyzantów. Guerilla. Ale nikt nie wie, kto jest w Partii Pracujących, Kurdystanu. Może on... – tu wskazuje znacząco na nieco zdziwionego Musę. – A może ja? – robi przy tym konfidencjonalną minę. A my nie wiemy, czy żartuje, czy stara się przydać sobie znaczenia, czy może mówi prawdę...

Przynależność Saima do PPK wydaje się nieco niewiarygodna w kontekście prowadzenia przez nich interesu w przygranicznej strefie całkowicie kontrolowanej przez

turecką armię. Partia Pracujących Kurdystanu to dla Kurdów nie tylko napadający na tureckich żołnierzy partyzanci, ale też coś w rodzaju podziemnego rządu Kurdystanu. Jej wpływy, przynajmniej te deklarowane przez Kurdów, są dość rozległe i sięgają nieoczekiwanych dziedzin życia, jak na przykład turystyka górska. Wprawdzie turecki rząd próbuje uregulować ruch wspinaczkowy na Araracie za pomocą swojego Klubu Wysokogórskiego i niepotrzebnych wiz alpinistycznych, które można otrzymać za wysoką opłatą w Ambasadzie Tureckiej w Warszawie, ale tak naprawdę to miejscowi Kurdowie, pasterze, przewodnicy, poganiacze koni i właściciele biur turystycznych decydują, kto wejdzie na górę za wiedzą czy bez wiedzy

władz tureckich. Przecież – wszyscy tu jesteśmy Kurdami – mówi z dumą Jakub – obsługujący nas chłopak zatrudniony do pomocy Musy i Murata.

Tymczasem na skałach nad kempingiem kusi Pałac Ishaka Paszy. Korzystając z ostatnich promieni słońca, wspinamy się na urwiska fortecy na sesję fotograficzną. Pałac od XVII wieku wznosił pewien miejscowy kurdyjski emir Colak Abdi Pasha ze swoim synem Ishakiem Pashą. Turcja sułtańska miała lepsze sposoby na rozwiązywanie problemu kurdyjskiego niż dzisiejsza Republika i pozwalała na pokojowe współistnienie obu narodów. Budowniczy przez stulecie mieszał style seldzuckie, perskie czy ormiańskie i stworzyli prawdziwy pałacyk

z tysiąca i jednej nocy. Dla władców Turcji osmańskiej był to ważny ośrodek administracji wschodniej Anatolii. Osiedle na stokach wokół romantycznej górskiej twierdzy-saraju nazwano na cześć sułtana Bajazyda II. Dziś, po opuszczeniu i po latach użytkowania przez wojskowych, to jedynie zabezpieczona, trwała ruina. Piękne pozłacane drzwi od głównej bramy, skradzione podczas okupacji rosyjskiej na początku XX wieku, można zobaczyć w petersburskim Ermitażu. Czemu nas to nie zdziwiło?

W różowym świetle wieczoru pałac i okolica rzeczywiście wydają się jakby nierealne. Zawieszona nad dolinami forteca, a pod nią zarastające od niemal wieku ruiny wsi Eski (Stare) Bayazit powoli pograżały się w mroku. Ciemność i cisza zasiedlały rozwalone domki bez dachów, nieczytelną już płataninę uliczek, ułomek starego meczeciku ze smętym cmentarzykiem oraz położone na przeciwległym urwistym stoku ruiny twierdzy urartyjskiej. Po wielkim i nieudanym kurdyjskim powstaniu w latach 30-tych ubiegłego wieku Republika Turecka wygnała stąd ludzi na równinę, gdzie na siatce prostokątnych ulic zbudowano brzydkie Dogu (Wschodnie) Bayazit.

W drodze na szczyt

Następny dzień budzi nas piękną pogodą. Słońce nie zajdzie za chmury przez najbliższe trzy dni, co jest nietypowe dla rejonu Araratu. Wyniosłość góry sprawia, że skupia na sobie deszczowe chmury i dni bez opadów deszczu albo śniegu należą do rzadkości. Stłoczeni w kabinie landrovera wyruszamy na zakupy do Dogubayazid, a potem drogą w kierunku irańskiej granicy i dalej szutrową dróżką, która prowadzi do kurdyjskich wiosek u podnóża Araratu. Saim dokonuje cudów,

żeby dojechać do wysoko położonych namiotów pasterzy, należących oczywiście do rodziny naszych przewodników i kucharza. Landrover podskakuje na wystających kamieniach, koła osuwają się w korytach potoków, a silnik dla ochłody trzeba polewać wodą. Za to miejsce, do którego docieramy jest już blisko obozu I. Natychmiast otaczają nas dzieci. Przyzwyczajone do turystów, pozwalają się fotografować, nie naciągając nas zbyt na prezenty. W tym czasie bagaż wyprawy ładuje na grzbiecie koni, a my z lekkimi plecakami wyruszamy wśród zielonych i kwitnących łąk wygodną ścieżką. Po chwili zatrzymujemy się na herbatę w kurdyjskim namiocie. Tak komfortowo jeszcze nie zdobywaliśmy żadnej góry, chociaż Gośka zaczyna odczuwać wysokość. Jedyna z naszego zespołu nie ma doświadczenia wysokogórskiego i teraz chyba za bardzo forsuje tempo. Mimo to, w dobrych humorach i w krótkim czasie docieramy do obozu pierwszego, położonego na wysokości 3400 m n.p.m. nad potokami z topniejącego śniegu i u podnóża rozległych piarżysk, które wyżej przechodzą w pola śnieżne. Rozbijamy namioty i siadamy do pierwszego posiłku przygotowanego przez Musę. Mariusz, Michał i Paweł zaliczają też krótki rekonesans, zapuszczając się w czarne bazaltowe piargi do wysokogórskich, ukwieconych łąk położonych nad lodowcowymi rzeczkami.

Do naszej ekipy dołączyli, w charakterze uczestników wyprawy, dwaj Kurdowie, w tym Nuri – kurdyjski fotograf i pieśniarz ze swoim kolegą. Widoczną estymą cieszy się u wszystkich Murat. Dlatego też udaje się nam przeżyć niezapomniany wieczór. Po zachodzie słońca kurdyjscy przewodnicy z innych grup, poganiacze koni i pasterze zbierający za opłatą śmieci w rejonie Araratu dołączają do nas. Muzyka początkowo pochodzi

z odtwarzacza mp3, ale później nasi przyjaciele sami śpiewają kurdyjskie pieśni. Pod rozgwieżdżonym niebem zaczynamy tańczyć w korowodzie prowadzonym przez mężczyznę wymachującego białą chustką. Wszyscy trzymają się za ręce tylko małymi palcami. Choć to taniec mężczyzn, w tej wyjątkowej sytuacji nawet Gośka ma prawo wziąć w nim udział.

Rano konie z bagażem wyruszają chwilę po nas. Wspinamy się stromym piargiem pomiędzy płatami śniegu. Tempo jest jak najwolniejsze z uwagi na konieczność przeprowadzenia aklimatyzacji. Po chwili końska karawana mija nas. Zwierzęta pewnie stąpają po ruchomych głazach wąskiej ścieżki. Niespodziewanie wspinaczka okazuje się łatwa i krótka. Już po 5 godzinach rozbijamy namioty na platformach ograniczonych skalnymi murkami w obozie II na wysokości 4200 m n.p.m. Obóz znajduje się jak w orlim gnieździe na zakończeniu skalnej grzędy, tuż poniżej granicy wiecznego śniegu. Pozostałe wyprawy właśnie go opuszczają i zostajemy zupełnie sami zawieszani wysoko ponad zamglonymi dolinami. Zaczyna się niesamowity, prawie zaczarowany, cichy, spokojny i ciepły wieczór. Mariusz i Gośka sprawdzają raki – będzie to dla nich lodowcowy chrzest. Murat wychodzi powyżej obozu, żeby ocenić warunki śniegowe. Ararat widoczny jest jak na dłoni, aż szkoda, że nie jesteśmy już dzisiaj w okolicy wierzchołka. Gotujemy herbatę, jemy „na zapas”. Jutro atak na szczyt.

O godzinie drugiej nad ranem wszyscy jesteśmy na nogach. Kolejna pozytywna niespodzianka. Jest bardzo ciepło i bezwietrznie. Zaledwie jeden lub dwa stopnie poniżej zera. Czekamy na naszych kurdyjskich towarzyszy, którzy punktualnością nie grzeszą. W Alpach, gdzie trzeba wyruszyć przed świtem w trzaskającym mrozie, nie



Bulwar w Amasya, fot. M. Nowak

byłoby z nich pożytku. Nareszcie wspinamy się w świetle czołówek coraz bardziej stromym i kruchym piargiem, którego kamienie zespała słaby lód, żeby o świcie osiągnąć granicę wiecznego śniegu. Tu zakładamy raki. Wschodzące zza Araratu słońce rzuca w dolinę Dogubayazid cień wielkiej góry. Podziwiamy to zjawisko, jak przed kilku laty w obozie I na drodze Polaków pod Aconcagua. Znowu przychodzi do głowy słowa piosenki Budki Sullera, która poświęcona była tragicznej śmierci Zbigniewa Stepka w Himalajach Lahul.

W rakach i z kijkami w dłoniach wspinamy się stromymi zboczami (do 40 stopni) do grani, która ogranicza lodowiec Parrota i Zachodnie Plateau. To dwa historyczne miejsca. Nazwa Lodowca Parrota pochodzi od nazwiska pierwszego zdobywcy Araratu – niemieckiego

profesora filozofii na Uniwersytecie w Tartu (Estonia) – Friedricha Parrota, który wraz z Ormianinem Khachaturem Abovianem – poetą i twórcą nowożytniej literatury ormiańskiej, zdobyli wierzchołek 9 października 1829 roku. Była to ich trzecia próba zdobycia szczytu. Swoją wspinaczkę północnymi stokami Araratu rozpoczęli w Klasztorze świętego Jakuba w wiosce Agori. Abovian i Parrot zdobyli także Mały Ararat, a Abovian stanął na szczycie Wielkiego Araratu jeszcze dwukrotnie: w 1845 roku z niemieckim mineralogiem – Otto von Abich i rok później z Anglikiem Henry Seymorem. Abovian był prawdopodobnie ostatnim człowiekiem z nizin, który widział klasztor św. Jakuba i wioskę Agori przed ich zagładą, która miała miejsce w 1840 roku podczas trzęsienia ziemi. W roku 1848 Abovian w wieku 39 lat zaginął w tajemni-

czych okolicznościach, być może w górach, które stały się dla niego prawdziwą pasją. Czyżby była to zemsta świętej góry na człowieku, który jako pierwszy postawił na niej stopę? Przypomina się historia zdobycia Nanda Devi East (7434 m n.p.m.) w 1939 roku przez pierwszą polską wyprawę w Himalaje. Na wierzchołku stanęli Jakub Bujak i Janusz Klarner, ale dwaj inni uczestnicy wyprawy: Stefan Bernadzikiewicz i Adam Karpiński zginęli w lawinie, stając się pierwszymi ofiarami fatum nazwanego później „kłątwą Nandy”. Jakub Bujak i Janusz Klarner zaginęli kilka lat później w niewyjaśnionych okolicznościach.

Fotografowali: Małgorzata Truskowska, Michał Drożdż, Paweł Krawczyk, Mariusz Nowak i Piotr Paprzycki

C.D.N.



Freski w klasztorze Sumela, fot. M. Truskowska

Związki pochodzenia roślinnego w profilaktyce i terapii nowotworów

JUSTYNA KINGA STĘPKOWSKA

STUDENTKA V ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE BIOCHEMIKÓW
PRZY KATEDRZE I ZAKŁADZIE
BIOCHEMII I BIOLOGII MOLEKULARNEJ
UM W LUBLINIE

Terapia schorzeń nowotworowych w wielu przypadkach wciąż okazuje się być nieefektywna. Asortyment leków przeciwnowotworowych wzbogacił się o preparaty pochodzenia roślinnego – fitoterapeutyki. Surowce roślinne stanowią doskonałe źródło wielu silnie działających substancji farmakologicznie czynnych, wykazujących aktywność cytostatyczną.

Większość surowców roślinnych, zawiera w swym składzie substancje, takie jak: antyoksydanty, UV-protektory, związki regulujące procesy wzrostu i różnicowania, substancje przeciwzapalne, immunostymulujące, wtórne przekaźniki oraz niezbędne pierwiastki śladowe.

W oparciu o nowoczesne metody analityczne i farmakodynamiczne, posiadamy coraz więcej danych na temat molekularnego działania preparatów pochodzenia roślinnego.

Współczesna medycyna największy nacisk kładzie na profilaktykę. Szczególnie jest ona istotna w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, do których należą choroby nowotworowe.

W profilaktyce i leczeniu choroby nowotworowej należy pa-

miętać o preparatach pochodzenia roślinnego.

Warunkiem docenienia leczniczych wartości roślin jest jednak pełne rozpoznanie ich właściwości biochemicznych i rozpowszechnianie wiedzy w tym zakresie.

Kuracja preparatami pochodzenia roślinnego, jako uzupełniająca do chemioterapii i radioterapii pod kontrolą lekarza i fitoterapeuty, może w wielu przypadkach przedłużyć czas

Kuracja preparatami pochodzenia roślinnego, jako uzupełniająca do chemioterapii i radioterapii pod kontrolą lekarza i fitoterapeuty, może w wielu przypadkach przedłużyć czas przeżycia i zmniejszyć cierpienie pacjenta.

przeżycia i zmniejszyć cierpienie pacjenta.

W niniejszej pracy przedstawiono związki użyteczne w profilaktyce choroby nowotworowej – flawonoidy oraz główne grupy substancji pochodzenia roślinnego wykorzystywane w terapii chorób onkologicznych: alkaloidy, laktony seskwiterpenowe oraz peptydy roślinne.

Do związków roślinnych stosowanych w profilaktyce schorzeń onkologicznych należą flawonoidy [4, 5, 6, 11, 16, 17].

Związki te występują w formie wolnej oraz związanej jako glikozydy. Obie formy są wchłaniane w jelicie, choć z różną szybkością. Główne źródło flawonoidów w diecie stanowią warzywa, owoce, a także czekolada, herbata i czerwone wino. Badania struktury i funkcji flawonoidów wykazały ich właściwości przeciwutleniające i immunomodulacyjne skuteczne w profilaktyce i terapii onkologicznej.

Badania prowadzone na modelach zwierzęcych dowodzą hamującego wpływu flawonoidów zarówno na powstawanie nowotworów (Ryc. 1), jak i na wzrost już istniejących. Wykazano też, że flawonoidy zmniejszają ryzyko powstawania przerzutów.

W badaniach prowadzonych na nowotworowych liniach komórkowych wykazano (Ryc. 2), że dodatek flawonoidów powodował:

- hamowanie proliferacji komórek nowotworowych przez zatrzymanie cyklu komórkowego (najczęściej na etapie G1/S lub G2/M);
- wzrost apoptozy poprzez wpływ na aktywność białek pro-apoptotycznych p21, p-53

oraz białek anty-apoptotycznych: Bcl-2;

- wzrost różnicowania ludzkich komórek białaczkowych HL-60 do granulocytów (apigenina, luteolina) i monocytów (kwercetyna, floretyna);
- hamowanie odwrotnej transkryptazy (terapia AIDS).

Związki roślinne wykorzystane w terapii zaawansowanej choroby nowotworowej zawierają substancje hamujące proliferację, angiogenezę, migrację komórek, uszczelniające naczynia, immunostymulujące, blokujące receptory estrogenowe, przeciwzapalne, inicjujące apoptozę komórek nowotworowych. Zaliczamy do nich alkaloidy, laktony seskwiterpenowe oraz peptydy roślinne.

Alkaloidy – surowce z rodzaju *Catharanthus* sp. z rodziny Apocynaceae należące do *Winkoidów* są źródłem silnie działających związków: *winblastyny* (stosowanej w terapii chłoniaka Hodgkina, ziarnicy złośliwej), *winkrystyny* (w ostrych białaczkach limf. u dzieci) oraz *windezyny* – amidu d-acetylowinblastyny.

W chemioterapii wykorzystywane są głównie: winblastyna, winkrystyna, windezyna, leurozyna, leurozydyna. Bogatym źródłem tych związków jest barwinek różyczkowy.

Winblastyna i winkrystyna to alkaloidy dimeryczne. Ajmalicyna (główny alkaloid korzeni), serpentyna, windolina, windolina to alkaloidy monomeryczne wykorzystywane jako leki hipotensyjne i antyarytmiczne.

Winblastyna (Ryc. 3) to najlepiej zbadany alkaloid *Catharanthus roseus* (1958 r.), najważniejszy znany cytostatyk o budowie

dimerycznej. Jest silnym inhibitorem polimerazy mikrotubulinowej, uniemożliwia utworzenie prawidłowego wrzeciona kariokinetycznego niezbędnego do podziału komórki (zatrzymanie podziału w metafazie), hamuje syntezę DNA.

Winkrystyna (Ryc. 4) to dimeryczny alkaloid indolowy (R-z grupą formylową) *Vincaminor*. Należy do cytostatyków fazowo-specyficznych (faza M). Alkaloid ten hamuje syntezę kwasów nukleinowych poprzez blokowanie wbudowywania tymidyny do nici DNA i urydyny do RNA. Winkrystyna znalazła zastosowanie w ostrej białaczce limfoblastycznej, przełamie blastycznym w przewlekłej białaczce szpikowej, ziarnicy złośliwej, chłoniakach nieziarnicznych, drobnokomórkowym raku płuc, guzie Wilmsa, szpiczaku mnogim, neuroblastomie, raku sutki oraz siatkówczaku.

Należy pamiętać, że dimeryczne alkaloidy indolowe stosowane w dawkach chemioterapeutycznych wykazują ogólnoustrojowe działanie niepożądane: neurotoksyczne (zaburzenia czucia, zanik odruchów mimowolnych, zmniejszenie siły mięśniowej); upośledzenie funkcji szpiku – leukopenia, trombocytopenia; objawy ze strony przewodu pokarmowego – nudności, wymioty, biegunka.

Alkaloidy [5, 6, 7, 11, 13] uzyskane z *Taxus baccata* – *Taksoidy* – to alkaloidy diterpenowe stanowiące ważną grupę leków przeciwnowotworowych. Są silnym inhibitorem topoizomazy I. Trwale stabilizują uformowane mikrotubule, hamując podział komórek w fazie M.

Kancerostatyczne związki czynne roślin odznaczają się wielką różnorodnością struktury chemicznej i mechanizmów działania farmakologicznego. Wyizolowane i zastosowane w dawkach chemioterapeutycznych wykazują silne działanie toksyczne na cały ustrój. Pełne ekstrakty pozyskane z roślin leczniczych działają łagodniej i wielokierunkowo.

Taksoidy zidentyfikowane zostały w 1962 roku. Prace nad poznananiem tych związków trwały przez ponad 20 lat ze względu na trudności z uzyskaniem wystarczającej ilości surowca (igłowiec, kora cisu).

Paklitaksel – alkaloid diterpenowy, izolowany z kory różnych gatunków cisu (*Taxus baccata*, *T. brevifolia*) należy do cytostatyków fazowo-specyficznych (faza G2 i faza M). Jego działanie antymitotyczne polega na zahamowaniu depolimeryzacji mikrotubul i trwałym usztywnieniu wrzeciona kariokinetycznego (*paklitaksel* jest antagonistą depolimerazy mikrotubulinowej), co uniemożliwia rozdzielenie chromatyd siostrzanych i wędrówkę chromosomów podczas podziału komórki. Konsekwencją tak wywołanych zaburzeń mitozy jest obumarcie komórki.

Ze względu na trudne pozyskiwanie tego alkaloidu (zawartość *paklitakselu* w korze cisu – 0,01%), zakłada się hodowlę komórek tkanki kallusowej cisu lub przeprowadza ½-syntezę z 10-DAB III (10-deacetylobakaryna III) – zawartość tego związku w korze jest znacznie większa, jednak nie wykazuje on własności p/nowotworowych.

Głównym przedstawicielem alkaloidów izochinolinowych jest *chelidonina* – trucizna mitotyczna. Ekstrakt z *Chelidonium majus* wykazuje także morfinopodobne działanie na OUN oraz działanie spazmolityczne na mięśnie gładkie zbliżone do działania *papaweryny* (fenantrenowy alkaloid *Papaver somniferum*).

Kolchicyna pozyskiwana z nasienia *Colchicum autumnale* jest zaliczana do pseudoalkaloidów, gdyż nie zawiera heterocyklicz-

nego azotu i nie ma charakteru alkalicznego (Ryc. 5). To silna trucizna mitotyczna. Hamuje mitozę w stadium metafazy, oddziałując na wrzeciono kariokinetyczne. W dawkach terapeutycznych wykazuje działanie przeciwzapalne, antymikrotubularne. Zatrzymuje podział komórki na etapie metafazy poprzez uniemożliwienie wytworzenia mikrotubul wrzeciona kariokinetycznego. Upośledza segregację chromosomów podczas podziału komórki, doprowadzając do powstania komórek o zduplikowanym garniturze chromosomów. Stosowana do leczenia nowotworów skóry.

Do związków roślinnych wykorzystanych w terapii zaawansowanej choroby nowotworowej zaliczamy również **laktony seskwiterpenowe** [11, 14, 15].

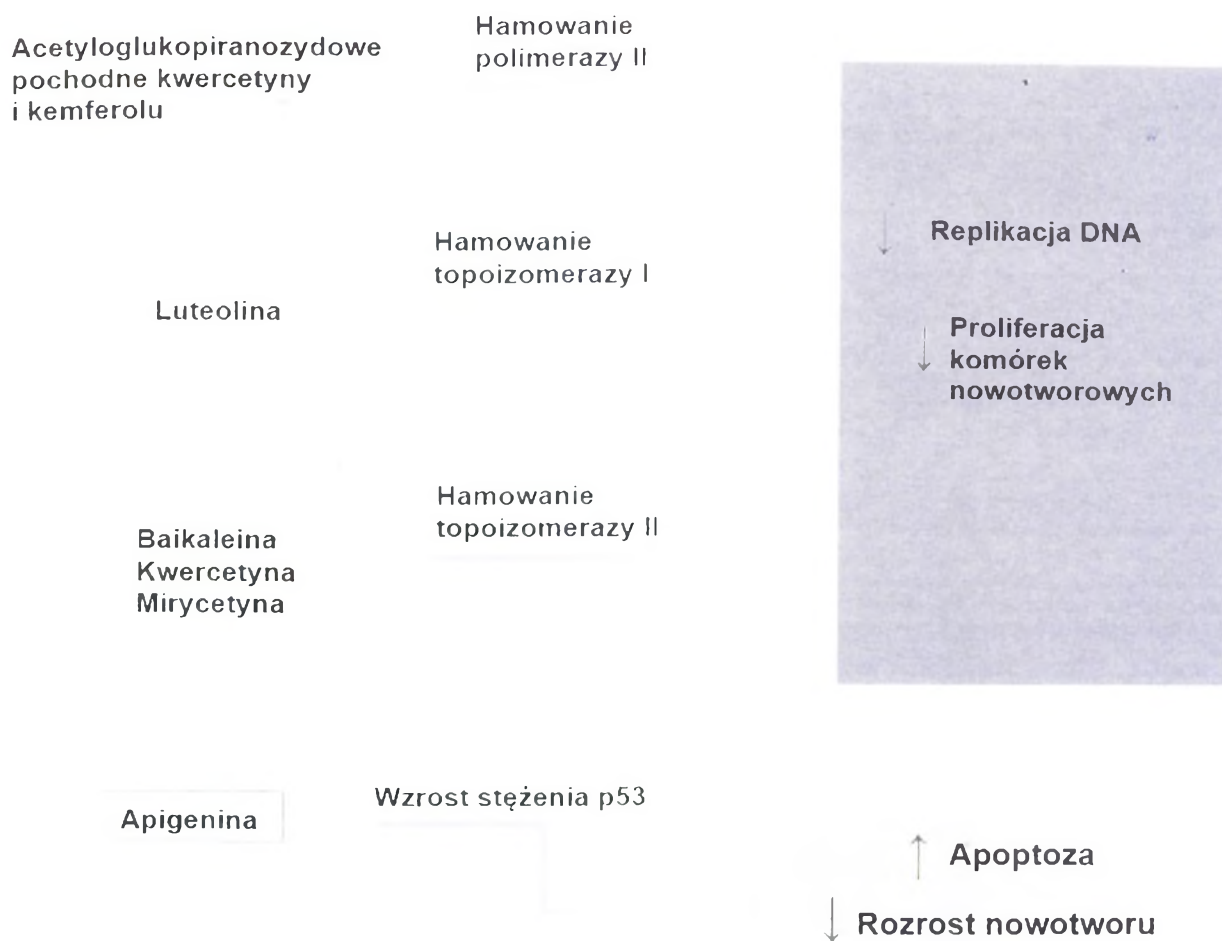
Za działanie cytotoksyczne laktonów odpowiada ugrupowanie α -egzometylenowe w pierścieniu γ -laktonu, a szczególnie obecność w nim ugrupowania $0=CH-CH=CH_2$.

Mechanizm działania polega na reakcji tego ugrupowania z grupami sulfhydryłowymi glutationu lub L-cysteiny (addycja nukleofilowa typu Michaela; reakcja zachodzi w środowisku lekko zasadowym, $pH \approx 7,4$). W ten sposób dochodzi do hamowania aktywności licznych enzymów.

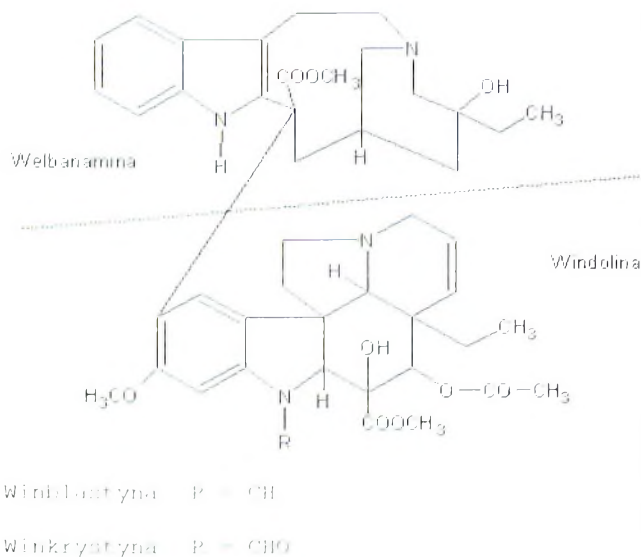
W badaniach na komórkach białaczkowych z linii L-1210 wykazano, iż *eupatoriopikryna* i *hydroksyzonobilina* hamowały syntezę kwasów nukleinowych w limfocytach ludzkich traktowanych fitohemaglutyniną. Związki te redukowały transformację blastyczną limfocytów oraz zmniejszały ich zdolność do podziałów.



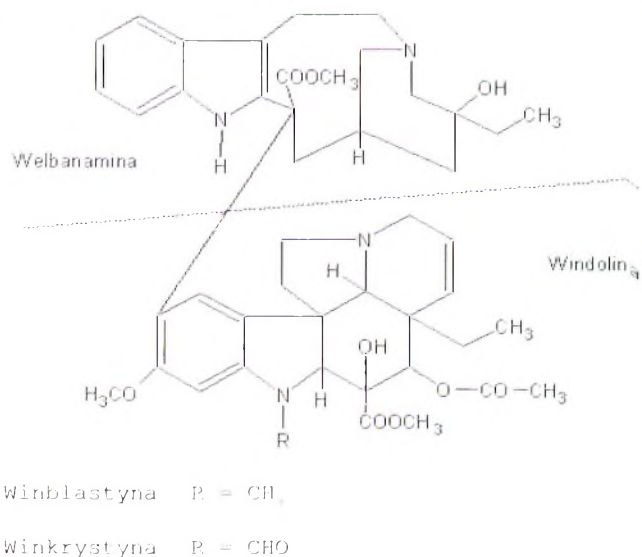
Ryc. 1. Zawartość izoflawonów (izomery flawonu) w diecie koreluje z obniżeniem ryzyka raka piersi. (Yamamoto S. Sobue, T. Kobayashi, M. Sasaki 2003 J Natl Cancer Inst 95, 906-913; I. Zhong M. Goldberg S. Gao T. Hanley ME Parent F. Jin, 2001 Epidemiology 12:695-700)



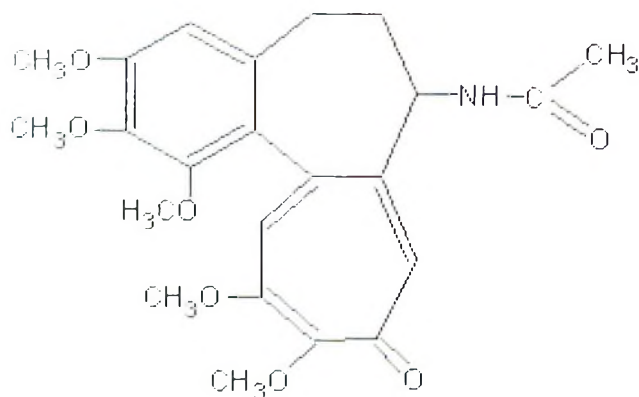
Ryc. 2. Mechanizm działania wybranych flawonoidów



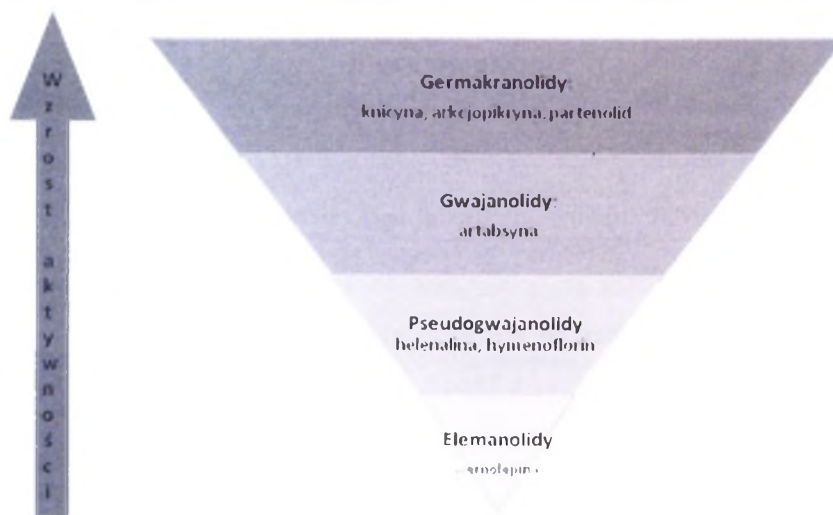
Ryc. 3. Winblastyna [8]



Ryc. 4. Winkrystyna [9]



Ryc.5. Kolchicina [10]



Ryc. 6. Różnice w aktywności poszczególnych grup laktonów seskwiterpenowych

Znaczącą aktywność przeciw komórkom białaczki limfatycznej z linii L-1210 i białaczki z linii P-388 wykazywały odpowiednio hymenoflorin i paucin, izolowane z *Hymenoxys grandiflora*.

Do najsilniej działających laktonów seskwiterpenowych zalicza się: wernolepinę, wernomeninę z rodzaju *Veronica* sp. (rodzina Compositae); helenalinę – lakton z gr. pseudogwanolidów (*Helenium autumnale*, *Arnica montana* Compositae) (Ryc. 6).

Wiskotoksyna [11] to cytotoksyczna peptydowa. Posiada silne właściwości nekrotyzujące po podaniu do skóry. Preparaty farmakologiczne zawierające wiskotoksynę (preparaty z *Viscum album* Loranthaceae) wykorzystywane są w leczeniu guzów skóry.

Przewlekły stan zapalny może doprowadzić do inicjacji procesu nowotworzenia oraz pobudzać progresję nowotworu poprzez nagromadzenie w tkance czynników prozapalnych indukujących proces proliferacji, m.in.: TNF- α , interleukin, czynnika aktywującego transkrypcję NF- κ B, eikozanoidów).

Wykazano, że preparaty pochodzenia roślinnego hamują syntezę prostaglandyn i leukotrienów [1, 2, 12] poprzez:

- osłabienie ekspresji fosfolipazy A2 (pełny ekstrakt z *Punica granatum* L.) przy jednoczesnej stymulacji ekspresji PGI2 – wazodilatator, antyagregator trombocytów (ekspresja PGI2 hamowana jest przez popularne NLPZ) [pełny ekstrakt z *Punica granatum* L., kwas punikowy];
- osłabienie wywołanej przez TNF- α ekspresji COX-2 w ludzkich komórkach HT-29 raka jelita zależne od dawki punikalaginy (elagotanina)

oraz przez pełny ekstrakt *Punica granatum* L.;

- hamowanie wywołanej naswietlaniem prom. UV-B fosforylacji cytokin w prawidłowych ludzkich keratocytach, w tym fosforylacji kinaz białek aktywowanych mitogenicznie (MAPK) oraz zmniejszenie aktywności NF- κ B; zahamowanie procesu kancerogenezy skóry myszy CD-1 eksponowanych na działanie pochodnych forbolu (antocyjany i polifenole soku owoców *Punica granatum* L.);
- zablokowanie indukowanej przez TNF- α aktywacji Akt (kinazy białkowej B) niezbędnej do aktywacji NF- κ B (tylko pełny ekstrakt z *Punica granatum* L.; zarówno czysta punikalagina jak i kwas elagowy były nieaktywne);
- upośledzenie fosforylacji podjednostki p65 (RelA) NF- κ B oraz wiązania RE (response element) do NF- κ B.

Wykazano, że aktywne substancje otrzymane z *Punica granatum* L. hamowały in vitro metaloproteiny chondrocytów ludzkich poprzez inhibicję aktywacji kinaz MAP i NF- κ B [1, 2, 3].

Dotychczas rozpoznano i wyizolowano substancje roślinne, które wykazują silne właściwości cytotoksyczne o różnych punktach uchwytu w komórce. Kancerostatyczne związki czynne roślin odznaczają się wielką różnorodnością struktury chemicznej i mechanizmów działania farmakologicznego. Wyizolowane i zastosowane w dawkach chemioterapeutycznych wykazują silne działanie toksyczne na cały ustrój. Pełne ekstrakty pozyskane z roślin leczniczych działają łagodniej i wielokierunkowo.

Literatura

1. Afaq F, Malik A, Syed D, Maes D, Matsui M.S., Mukhtar H., Pomegranate fruit extract modulates UV-B-mediated phosphorylation of mitogen-activated protein kinases and activation of nuclear factor kappa B in normal human epidermal keratinocytes. *Photochem Photobiol* 2005; 81: 38-45.
2. Ahmed S, Wang N, Hafeez B, Cheruvu V.K., Haqqi T.M., Punica granatum L. extract inhibits IL-1 β -induced expression of matrix metalloproteinases by inhibiting the activation of MAP kinases and NF- κ B in human chondrocytes in vitro. *J Nutr* 2005; 135: 2096-2102.
3. Aslam M.N., Fligiel H., Lateef H., Fisher G.J., Ginsburg L., Varani J., PADMA 28: A multi-component herbal preparation with retinoid-like dermal activity but without epidermal effects. *J Invest Dermatol* 2005; 124: 524-529.
4. Auyeung K.K.-W., Ko J.K.-S., Novel herbal flavonoids promote apoptosis but differentially induce cell cycle arrest in human colon cancer cell. *Invest New Drugs* 2010; 28: 1-13.
5. Cragg G.M., Newman D.J., Plants as a source of anti-cancer and anti-HIV agents. *Ann Appl Biol* 2003; 143: 127-133.
6. Graham J.G., Quinn M.L., Fabricant D.S., Farnsworth N.R., Plants used against cancer – an extension of the work of Jonathan Hartwell. *J Ethnopharmacol* 2000; 73: 347-377.
7. Hren M., Baebler S., Camloh M., Kovac M., Ravnikar M., Zel J., Yew (Taxus x media Rehd.) cell suspension cultures as a source of taxanes. *Acta Physiologiae Plantarum* 2006; 28: 3-8.
8. <http://farmakognozja.farmacja.pl/alkaloid/31winbla.html>
9. <http://farmakognozja.farmacja.pl/alkaloid/32winkry.html>
10. <http://farmakognozja.farmacja.pl/alkaloid/6kolchic.html>
11. Kohlmuenzer S. *Farmakognozja*. PZWL, Warszawa 1993.
12. Lansky E.P., Newman R.A., Punica granatum (pomegranate) and its potential for prevention and treatment of inflammation and cancer. *J Ethnopharmacol* 2007; 109: 177-206.
13. Phillipson JD. *Phytochemistry and pharmacognosy*. *Phytochemistry* 2007; 68: 2960-2972.
14. Robinson A., Kumar T.V., Sreedhar E., Naidu V.G.M., Krishna R.S., Babu K.S., Srinivas P.V., Rao J.M., A new sesquiterpene lactone from the roots of *Saussurea lappa*: Structure – anticancer activity study. *Bioorg Med Chem Lett* 2008; 18: 4015-4017.
15. Urbańska M., *Helenium hoopesii*, Asteraceae – laktony seskwiterpenowe, hemotaksonomia, aktywność biologiczna. Poznań 2009.
16. Yamamoto S., Sobue T., Kobayashi M., Sasaki S., Tsugane S., Soy, isoflavones and breast cancer risk in Japan. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 906-913.
17. Zhong L., Goldberg M.S., Gao Y.-T., Hanley J.A., Parent M.E., Jin F., A population-based case-control study of lung cancer and green tea consumption among women living in Shanghai, China. *Epidemiology* 2001; 12: 695-700.

Lwowiacy w Lublinie

Z wielką radością po raz kolejny witaliśmy studentów z Ukrainy, którzy w ramach porozumienia między Uniwersytetami w Lublinie i Lwowie gościli w murach Naszej Uczelni. Przyjechała do nas dziesięcioosobowa grupa z Oddziału Stomatologicznego z opiekunem, dr. Włodzimierzem Hryniohem.



LEK. STOM. MONIKA SAPUŁA

KATEDRA I ZAKŁAD STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
UM W LUBLINIE

Wakacyjna wymiana grup studenckich rozpoczęła się 2 sierpnia 2010 r., a gościny na najbliższe dwa tygodnie udzieliły im akademiki UM, które jak zwykle zrobiły bardzo dobre wrażenie pod względem warunków socjalnych.

Podczas powitalnego spotkania, na którym zaszczylił nas obecnością Prorektor – prof. dr hab. Ryszard Maciejewski, mieliśmy okazję rozmawiać o programie studiów na tamtejszym Uniwersytecie, warunkach stażu podyplomowego, perspektywach pracy i możliwościach specjalizacji zawodowej.

Podczas praktyk wakacyjnych studenci przebywali w Oddziałach Stomatologicznego Centrum Klinicznego przy ul. Karmelickiej. Zajęcia odbywały się w Katedrze i Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, Katedrze i Zakładzie Ortopedii Szczękowej oraz Katedrze Chirurgii Twarzowo-Szczękowej. Podczas zajęć praktycznych odbywających się pod opieką dr n. med. Katarzyny Jarmolińskiej i lek. stom. Moniki Sapuły, studenci przyjmowali pacjentów, asystowali przy zabiegach stomatologicznych lub je wykonywali, tj. opracowywali ubytki próchnicowe i zakładali wypełnienia. Podczas zabiegów stomatologicznych stosowali urządzenie do diagnozowania próchnicy – Diagnodent, kamerę wewnątrzustną oraz mieli okazję do praktycznego zastosowania ozonu w stomatologii, wykorzystując aparat Healozon. Jak co roku, bardzo duże zainteresowanie studentów budziła praca z zastosowaniem mikroskopu podczas leczenia endodontycznego. Zajęcia w tym zakresie prowadził dr n. med. Mirosław Orłowski. Zajęcia w Zakładzie Ortopedii Szczękowej, a w szczególności w Poradni Rozszczepowej wzbudziły w studen-



tach wiele emocji i zainteresowania, ponieważ mieli możliwość badania pacjentów z rozszczepami w obrębie jamy ustnej i wykorzystania metod leczenia, o których mogli czytać tylko w podręcznikach. Studenci szczególnie zainteresowani chirurgią uczestniczyli w zabiegu osteosyn-tezy, wyluszczeniu torbieli, wszczepiania implantu i sanacji jamy ustnej w znieczuleniu ogólnym.

W godzinach wolnych od zajęć, idąc szlakiem zabytków architektury, zwiedzaliśmy Lublin, studenci poznawali architekturę miasta, zabytki kultury, urokliwe zakątki Starego Miasta z podziemną siecią uliczek. W upalne popołudnia studenci wypoczywali nad wodą Zalewu Zembrzyckiego i kompleksem nowoczesnych basenów oraz spacerowali wśród bujnej zieleni

w otoczeniu stawów, starych młynów i chat Muzeum Wsi Lubelskiej.

Podczas dwutygodniowego pobytu studentów powstał kolejny projekt wspólnego przeprowadzenia badań stanu zdrowia jamy ustnej i zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów ze Lwowa i Lublina, porównanie wyników i opisanie ich we wspólnej pracy naukowej prezentowanej na dorocznej Konferencji Kół Naukowych.

Na zaproszenie prof. dra hab. Ryszarda Maciejewskiego – prorektora UM, w ostatnim dniu pobytu odbyło się uroczyste wręczenie studentom ze Lwowa certyfikatów potwierdzających udział w praktykach wakacyjnych, zakończone wspólnym zdjęciem.

We Lwowie

Spotkanie ze stomatologią akademicką

W dniach od 2 do 13 sierpnia 2010 roku grupa studentów trzeciego i czwartego roku Oddziału Stomatologicznego UM w Lublinie brała udział w zagranicznych praktykach zawodowych we Lwowskim Narodowym Uniwersytecie Medycznym im. Danyła Halycky'ego na Ukrainie. Opiekunkami praktyk były prof. dr hab. Teresa Bachanek oraz dr n. med. Ewa Wolańska. Zajęcia odbywały się w Katedrach Stomatologii Zachowawczej, Protetyki, Stomatologii Dziecięcej z Ortodoncją oraz Chirurgii Stomatologicznej.

IZABELA GRUSIEWICZ
STUDENTKA IV ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Byliśmy obserwatorami różnych zabiegów stomatologicznych, m. in. usunięcia torbieli w zuchwie, leczenia endodontycznego, opracowywania kanałów korzeniowych pod wkłady koronowo-korzeniowe i czynnie uczestniczyliśmy, m.in. w pobieraniu wycisków czynnościowych, a także ustalaniu wysokości zwarcia w protezach całkowitych. Mile zaskoczył nas fakt funkcjonowania wyjątkowo nowoczesnej pracowni protetycznej. Wyposażona

była w bardzo dobrej klasy sprzęt do obróbki materiałów oraz bardzo sprawną kadrę techniczną. Pracownia ta wykonuje w naszej ocenie bardzo ładne porcelanowe uzupełnienia protetyczne.

We Lwowie zostaliśmy otoczeni serdeczną opieką oraz wsparciem. Organizatorzy praktyk zapewniali noclegi w akademiku, stypendia oraz jednodniową wycieczkę szlakiem „Złotej Podkowy” (trasa obejmująca zwiedzanie trzech zamków w: Olesku, Podhorcach i Złoczowie). Niezapomniane wrażenie zrobił na nas zamek w Podhorcach. Dawna rezydencja magnacka hr. Koniecpolskich i Sanguszków, obecnie odna-

wiana przy zaangażowaniu również wielu wolontariuszy z całego świata.

W czasie wolnym od zajęć podziwialiśmy przepiękny Lwów. Najbardziej urzekł nas widok z wieży Ratusza obejmujący całe miasto. Zwiedzaliśmy również Czarną Kamienicę, Katedrę Ormiańską, Kościół Dominikanów, Arsenal miejski, Katedrę Łacińską – w której braliśmy udział we Mszy Św. oraz monumentalny gmach Opery. W szczególności historyczne oglądanych zabytków wprowadził nas lwowski stomatolog, który ukończył również historię sztuki. To właśnie on oprowadził nas po Cmentarzu Łyczakowskim i Cmentarzu Orłąt



Lwowskich, gdzie zapaliliśmy symboliczny znicz i złożyliśmy wiązanek kwiatów. Zwiedzaliśmy również obiekty uniwersyteckie: Katedry Anatomii Prawidłowej i Topograficznej, Anatomii Patologicznej wraz z najstarszym w Europie Muzeum, Katedrę Farmakologii. Wspaniałe stare gmachy z zachowanymi salami wykładowymi, gdzie panuje niecodzienny klimat nauki; schody i korytarze, na których niemal słyszy się jeszcze kroki dziesiątek pokoleń adeptów sztuki medycznej uczą pokory wobec Mistrzów i historii. Bo gdzie jeszcze na świecie jest pomnik, który naukowcy postawili... żabie – jako dowód wdzięczności dla zwierzęcia, które jest tak nierozdzielnie związane z nauką medycyny.

Dane nam było poznać historię „Lwowskiej Szkoły Stomatologicznej” – wszak Jej twórcą był prof. Antoni Cieszyński, a z Lwowską Almae Matris związany był również prof. Józef Jarząb, który tworzył stomatologię w Lublinie.

We Lwowie panują specyficzne warunki klima-

tyczne. Pogoda zmienia się jak w kalejdoskopie. Często jest parno i pada deszcz, a za moment słońce i upał.

Mieszkańcy Lwowa są bardzo życzliwi, komunikatywni, służący pomocą. Solemnie obiecywali, że zdążą z budową stadionów i dróg na Euro 2012.

W imieniu całej naszej studenckiej grupy wyrazy szczególnego podziękowania kieruję do Pana

Dziekana Wydziału Stomatologii Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego profesora Rostislava Stupnińskiego, który gościł nas na wystawnej kolacji oraz do Docenta Wołodymira Hrynowca – opiekuna praktyk ze strony ukraińskiej. Miło wspominamy również Dyrektorów Polikliniki – dra Oresta Lozińskiego i Mirosława Swiszczaka.

Nasz wyjazd nie doszedłby do skutku, gdyby nie ogromna życzliwość JM Rektora UM w Lublinie – profesora Andrzeja Książka, jak również zaangażowanie prof. Teresy Bachanek oraz dr Ewy Wolańskiej. Panie te, uczestnicząc w wyjeździe, służyły nam radą i pomocą. Dziękujemy im za to serdecznie!

Z przyjemnością wracamy wspomnieniami do czasu tych praktyk i gorąco polecamy je naszym młodszym koleżankom i kolegom z wydziału.

P.S. Każdy odwiedzający Lwów powinien skosztować pierogów z kartoflami i serem, nadziewanej cukinią i torciku orzechowego w restauracji „Puzata Chata”.



57. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Studentów Stomatologii i Organizacji Młodych Dentystów

16-22 lipca Brno, Czechy



Uczestnicy kongresu
podczas wspólnej zabawy
w czeskim klubie

I tym razem tradycji stało się zadość. Za nami kolejne owocne spotkanie! W dniach 16-22 lipca br. czeskie Brno było najbardziej studenckim, pracowitym oraz wielokulturowym miastem w Europie!

JOANNA FILIPIUK
STUDENTKA III ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Kiedy fala lipcowych upałów zalewała środkową Europę, do niewielkiego czeskiego miasta przyjechali studenci stomatologii z całego świata. Powodem ich spotkania był 57. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Studentów Stomatologii. To już trzecie spotkanie IADS, na którym, jako Narodowy Koordynator Wymian oraz delegat Polskiego Towarzystwa Stomatologii, miałam zaszczyt reprezentować interesy PTSS. Moja przygoda z IADS-em rozpoczęła się w 2009 roku w Rumunii, gdzie odbył się 56. kongres IADS. Do tej pory efekty pracy organizatorów spotkań przechodziły najśmielsze oczekiwania uczestników zjazdów. I tym razem tradycji stało się zadość. Za nami kolejne niezapomniane i owocne spotkanie! Bowiem w dniach 16-22 lipca czeskie Brno było najbardziej studenckim, pracowitym oraz wielokulturowym miastem w Europie!

Nasze główne spotkanie na Kongresie w Brnie zostało poprzedzone trzydniowym Pre-kongresem w Pradze. Spotkanie w stolicy Czech miało charakter towarzysko-turystyczny, a uczestniczyła w nim niespełna połowa studentów właściwego kongresu. Nowe znajomości oraz bogaty program socjalny zapewniony przez organizatorów sprawiły, że nie można było się nudzić choćby przez chwilę. Wizyta w klinice stomatologicznej Uniwer-

sytetu Praskiego, nocny rejs statkiem po Wełtawie, kąpiel w kompleksie otwartych basenów, pobyt w Aquaparku, zwiedzanie Praskiej Starówki – to tylko niektóre z atrakcji, które mieliśmy okazję przeżyć. Plan każdego dnia przewidywał ponadto posiłki w tradycyjnych czeskich restauracjach oraz wieczorne imprezy praskich klubach.

badawcze. Wśród tematów wykładów znalazły się, m.in.: *Volunteer Dentist In Rural Nepal*, *Hypnosis In Pediatric Dentistry*, *Functional diagnosis*, *The postgraduate Programme in Prosthodontics at the University of Freiburg*, *Implant Planning for optimal aesthetic result*, *Composite*. Swoje szczególne miejsce znalazła również praca dr Magdy Maciejow-

Każdy program Międzynarodowego Towarzystwa Studentów Stomatologii to dla studentów niezwykła szansa na rozwijanie swoich zawodowych stomatologicznych zainteresowań.

16 lipca pożegnaliśmy się z Pragą, „miastem, które nigdy nie śpi” i przyjechaliśmy do Brna. Nasz kraj reprezentowała pięcioosobowa grupa dziewcząt: dr Ilona Lalak, dr Adrianna Jastrzębska, dr Aneta Filipiuk, studentka Magdalena Wilczek oraz ja czyli Joanna Filipiuk.

Pierwszy dzień kongresu poświęcony był wykładom. Jako pierwsi wystąpili studenci biorący udział w konkursie na najlepszą pracę naukową – *IADS lecture competition*. O główną nagrodę walczyli, m.in. studenci z Malezji, Iranu, Białorusi, Sudanu, Indii oraz Rumunii. Zwycięzcą został Hossain Bassir z Uniwersytetu w Iranie. Dalszą, popołudniową część panelu wykładowego, wypełnili lekarze stomatolodzy, prezentując swoje osiągnięcia

skiej z Wrocławia, która traktowała o ścisłej zależności pomiędzy medycyną a stomatologią. Wszystkie wykłady cieszyły się ogromnym zainteresowaniem studentów oraz zostały nagrodzone gromkimi brawami. Widocznie każdy czas, nawet ten wakacyjny to dobra okazja, żeby się dowiedzieć czegoś nowego i interesującego z zakresu stomatologii.

Kolejny dzień upłynął na obradach Organizacji Młodych Dentystów – YDW. W południe organizatorzy zaprosili nas do wzięcia udziału w wykładach firmy *Cura-prox*. Plan wykładów obejmował instruktaż higieny jamy ustnej i prezentacje najnowszych osiągnięć badawczych firmy. Kolejną niespodzianką był kurs implantologiczny, w ramach którego każdy uczestnik



miał możliwość wkręcić implant do sztucznej żuchwy stosując najnowszą generację technikę jego zakładania.

Wieczorem wszyscy uczestnicy zjazdu spotkali się na Exchange Fair. Prezentując narodowe stroje, tradycyjne potrawy i smakołyki, stworzyli niezapomnianą barwną mieszankę folkloru, która pozwoliła po raz kolejny zapoznać się po trochu z tradycją każdego z obecnych krajów.

Następne dwa dni poświęcone były sprawom biznesowym towarzystwa. Każdy dzień składał się z cyklu obrad, z przerwami na kawę i lunch. W tym roku obrady delegatów były bardzo owocne. Jak zwykle rozpoczęły się od raportów poszczególnych członków zarządu głównego

ze swojej działalności: prezydenta, sekretarza, skarbnika, koordynatora wymian, edytora, koordynatora do spraw programów naukowych. Potem zaprezentowano nowych pretendentów do członkostwa IADS. Po pomyślnym głosowaniu grono IADS powiększyło się o Bułgarskie Towarzystwo Studentów Stomatologii oraz organizację Young Dentist Worldwide.

Ważnym punktem obrad kongresu, była dyskusja nad przyszłorocznymi spotkaniami IADS. Swoją kandydaturę na organizację śródrocznego spotkania w 2011 roku zgłosiły Egipt oraz Rosja. Głosowanie wygrało Rosyjskie Towarzystwo Studentów Stomatologii, zatem nie jest już tajemnicą, że zimowy

Mid-Year Meeting odbędzie się w Konakowie pod Moskwą. Potem Dr Chandresh Shukla – prezydent Indyjskiego Stowarzyszenia Studentów Stomatologii zaprezentował szczegóły 58. kongresu IADS, który to odbędzie się w sierpniu 2011 roku w Bhopalu w Indiach.

Przez dalszą część obrad delegaci skupili swoją uwagę na programach prowadzonych w zakresie IADS. Podjęto wiele ważnych dla rozwoju towarzystwa decyzji, zaprezentowano nowe projekty. Delegaci szukali rozwiązań problemów, z którymi borykają się Narodowi Koordynatorzy Wymian, a także pracowali nad poprawą jakości przepływu informacji w zakresie sieci koordynatorów. Najważniejszymi przedstawionymi programami były Voluntary Work Abroad Dental Outreach Project – „YoU cAn MaKe A sMiLe” umożliwiający pracę wolontariacką w Ghanie, International Dental Summer School na Yogokharcie oraz International Dental Reaserch Program, który otwiera przed studentami drogę do prowadzenia prac naukowych na Uniwersytetach w Waszyngtonie, Amsterdamie oraz Wiedniu. Efekty prac Międzynarodowego Koordynatora Wymian – Anety Filipiuk oraz Pavla Scarlata międzynarodowego koordynatora naukowego – zrobiły na delegatach ogromne wrażenie. Każdy program to dla studentów niezwykła szansa na rozwijanie swoich zawodowych stomatologicznych zainteresowań.

Następnie wszyscy delegaci zostali przydzieleni do poszczególnych komitetów: SCORE, COSPIE, CREME, komitetu do spraw sponsoringu oraz komitetu ds. profilaktyki. Tam, w mniejszych grupach, przedyskutowane zostały najistotniejsze kwestie: pozyskiwanie sponsorów, problemy z nieaktywnymi członkami towarzystwa, nowe pomysły dotyczące promocji programów naukowych, szerzenie profilaktyki higieny jamy ustnej. Warto również



wspomnieć o tym, że zostały omówione sprawy komunikacji i publikacji, mianowicie sprawa zmiany wyglądu strony internetowej oraz ogłoszenie letniej edycji pisma *IADS - Newsletter*. Prezydent IADS zaprezentował długą listę organizacji, z którymi współpracować będzie w bieżącym roku IADS. Są to, m.in.: World Dental Federation, European Dental Students Association, IFM-SA, World Health Organization, International Association Of Dental Research, UNESCO, American Dental Students' Association.

Bardzo ciekawym punktem obrad była prezentacja o Asia-Pacific Dental Students Association. Przedstawicielka zarządu APDSA przybliżyła nam strukturę i działalność tej organizacji. Po wprowadzeniu kilku zmian do konstytucji IADS, delegaci dotarli do najważniejszego punktu obrad, czyli wyborów nowego zarządu głównego. Efektem głosowania był całkowicie nowy skład Executive Committee. W zarządzie znaleźli się przedstawiciele Rumunii, Węgier, Czech, Niemiec oraz Egiptu.

Wieczorem organizatorzy zaprosili nas do prywatnej winnicy na tradycyjny czeski wieczór. W miłej atmosferze chłodnego winnego zapachu oraz w rytmie folkowej muzyki, próbowaliśmy czeskich specjalów. Ostatni dzień kongresu zwieńczony został rejsem na zamek *Veveri*. Tego wieczoru, po uroczystej ceremonii zamknięcia, uczestnicy udali się do klubu, by tam, tańcząc razem i bawiąc się, spędzić ostatnie niezapomniane chwile.

Kiedy nadszedł czas rozstania, nikt z osób obecnych na kongresie nie chciał wypowiedzieć słowa „żegnajcie”, bo na szczęście większość z nas będzie miała okazję kolejnego spotkania się już niebawem w Moskwie. „Do zobaczenia” więc na następnym kongresie Międzynarodowego Towarzystwa Studentów Stomatologii – IADS.



Pożyteczna akcja studentów stomatologii

Nowe profilaktyczne wyzwanie



MATEUSZ STOLARSKI
STUDENT V ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Wyjątkiem była jedynie „biała niedziela”, kiedy nasza działalność edukacyjna docierała do całej „palety wiekowej” obywateli Lublina. Dlatego też pojawił się pomysł zorganizowania akcji w domu pomocy społecznej, a ja, jako koordy-

nator do spraw profilaktyki naszego Towarzystwa, postawiłem sobie za punkt honoru jego zrealizowanie.

Akcja w domu opieki była dla nas szczególnym wyzwaniem, ponieważ miało to być dziewicze przedsięwzięcie tego typu w historii PTSS. Pierwszą przeszkodą do pokonania okazało się ustalenie terminu. Nawal obowiązków zmuszał do odraczenia tej decyzji. W końcu jednak,

Towarzystwo Studentów Stomatologii od początku swojej działalności w Lublinie, tj. od 2003 roku, za priorytet stawiało pomoc mieszkańcom tego pięknego miasta. Przez te wszystkie lata, aż po dzień dzisiejszy organizowaliśmy liczne akcje profilaktyczne, których odbiorcą byli najmłodszy Lublinianie – z przedszkoli, szkół podstawowych i domu dziecka.

zbliżająca się sesja zmusiła mnie do przyspieszenia poczyniń. I tak, „sądny dzień” został ustalony na 12 maja 2010 roku.

Dwa tygodnie przed ustalonym terminem zacząłem pracę nad prezentacją, która miała być wstępem do naszych dalszych działań. Chciałem, aby odbiorcy mogli odświeżyć lub zdobyć podstawową wiedzę na tematy: budowy przyzębia, zmian zachodzących z wiekiem w jamie ustnej oraz ich skutków, wpływu uzębienia na organizm, roli diety w utrzymaniu zdrowia jamy ustnej, higieny jamy ustnej przy istniejącym uzębieniu i przy jego braku oraz uzupełnień protetycznych i podstawowych zasad ich użytkowania.

Akcja cieszyła się dużym zainteresowaniem członków TSS. Zgłosiło się na nią dziesięć osób i w takiej grupie przybyliśmy do Domu Pomocy Społecznej „Karlina”. Na miejscu spotkaliśmy się z dużą sympatią i chęcią pomocy ze strony pracowników placówki. Rozpoczęliśmy od przedstawienia się naszym



sluchaczom i pokazania prezentacji, co zajęło około pół godziny. Następnie zaprosiliśmy wszystkich chętnych na przeglądy i konsultacje stomatologiczne przy zorganizowanych przez nas wcześniej czterech prowizorycznych stoiskach. Przy każdym z nich przyjmowała jedna z koleżanek z piątego roku, a asystowały im, zdobywając bezcenne doświadczenie, młodsze studentki naszej Almae Matris z trzeciego oraz drugiego roku. Pacjenci chętnie pytali o nurtujące ich kwestie związane ze stanem jamy ustnej, byli żywo zainteresowani udzielanymi przez nas poradami. Niestety, mimo naszych szczerych chęci do pracy i udzielania wskazówek, na wizytę dentystyczną zdecydowało się jedynie szesnastu mieszkańców domu opieki. Uśmiech pacjentów i ciepłe słowa podziękowania były dla nas najcenniejszą formą nagrody za trud włożony w organizację tego ważnego dla nas przedsięwzięcia.

Akcje profilaktyczne to nie tylko działalność z najmłodszymi, również z pacjentami w każdym wieku. Udało nam się pokazać, że można i że warto organizować tego typu spotkania edukacyjne. Doświadczenie, które zdobyliśmy tego dnia, to bezcenny skarb, który na pewno zaprocentuje w przyszłości.

Akcje profilaktyczne członków Towarzystwa Studentów Stomatologii to działalność z pacjentami w każdym wieku, nie tylko z najmłodszymi. Udało nam się dowieść, że można i że warto organizować tego typu spotkania edukacyjne. Doświadczenie, które zdobyliśmy tego dnia, to bezcenny skarb, który zapewne zaowocuje w przyszłości.



Praktyki wakacyjne to najkrótsza droga do zdobycia doświadczenia

Obowiązkowe praktyki wakacyjne są niestety najczęściej jedynie spełnieniem obowiązku narzuconego odgórnie przez plan studiów medycznych. Co bowiem może być interesującego w sterylizacji narzędzi, podpatrywaniu organizacji pracy gabinetu, czy umawianiu kolejnych wizyt pacjentów? Co studenci mogą z nich wynieść po drugim roku studiów? Po tegorocznych wakacyjnych praktykach postanowiłam obalić wszechobecny mit.

EWELINA MIELKO
STUDENTKA III ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Na początku maja otrzymałam ramowy plan miesięcznych praktyk w gabinecie. Dla laika mogłoby się wydawać, że obejmuje on tylko sprzątanie gabinetu, podawanie narzędzi i „podglądanie” pracy lekarza, aczkolwiek postanowiłam dać im szansę. Pierwszym zadaniem było wybranie gabinetu. Zależało mi, aby wykonywano w nim różnorodne zabiegi – w szczególności takie, których nie będę miała okazji zobaczyć w kolejnych latach studiów. Nowoczesny sprzęt i ma-

teriały oraz innowacyjne sposoby pracy, również miały znaczący wpływ na moją decyzję.

Poszukiwania odpowiedniego miejsca trwały około tygodnia, lecz ostatecznie mój wybór padł na gabinet dra Mieczysława Silkiewicza – Specjalistycznej Przychodni Stomatologii Kosmetycznej „DentMedica” w Białymstoku. Wykonywane są tam zabiegi z zakresu protetyki, periodontologii, chirurgii stomatologicznej, implantologii, pedodontacji oraz stomatologii zachowawczej, w tym endodontacji z użyciem mikroskopu endodontycznego. Był on pierwszy na mojej liście, lecz niejako na „wszelki wypadek” wpisałam na nią jeszcze około piętnastu adresów. Pomiędzy studentami krąży plotka, iż lekarze bardzo niechętnie przyjmują młodych adeptów sztuki lekar-



skiej na praktyki, wystrzegając się przyszłej konkurencji. Jest to bardzo przykra wiadomość dla osoby, która wybrała zawód opierający się na bezinteresownej pomocy drugiemu człowiekowi. Pomimo wszelkich obaw, moja prośba została rozpatrzona pozytywnie i 1 sierpnia br. miałam rozpocząć praktykę w „DentMedica”.

W progu zostałam przywitana przez niezwykle ciepłą osobę – panią Magdę, asystentkę stomatologiczną. Od samego początku pozwoliła mi wczuć się w rolę pełnoprawnego członka zespołu. To ona dba o organizację i porządek w gabinecie oraz to ją pierwszą widzą zestresowani pacjenci, przekraczając próg DentMedica. Tworzy atmosferę, dzięki której emocje związane z zabiegami są zmniejszane do absolutnego minimum. Z jej pomocą szybko powtórzyłam i utrwaliłam wiedzę zdobytą na zajęciach dotyczącą dezynfekcji i sterylizacji.



Pomimo tego, że w ramowym planie praktyk *stricto* medyczna część jest zminimalizowana do jednego zdania mówiącego o asystowaniu przy zabiegach, miałam cichą nadzieję, iż uda mi się dowiedzieć i zobaczyć znacznie więcej. Szybko przekonałam się, że dr M. Silkiewicz jest istną kopalnią wiedzy i dobrego humoru. Pierwszy tydzień stanowił powtórkę z dwóch lat nauki – począwszy od opowieści o właściwościach kompozytów, bondów czy gutaperki, kończąc na sposobach wypełniania i polerowania wypełnień. Byłam też świadkiem wielu rozmów z pacjentami, a także lekcji profilaktyki z uwzględnieniem ich konkretnych potrzeb. W przeważającej części dzięki nim lekarz zdobywa lub nie zaufanie leczonej osoby.

Korzystając ze sposobności, iż dr Silkiewicz wykonuje specjalistyczne zabiegi endodontyczne przy użyciu mikroskopu i najnowocześniejszego sprzętu do termicznej kondensacji, mogłam zobaczyć jak krok po kroku opracować, a następnie wypełnić kanały w nawet najbardziej skomplikowanych przypadkach. Wszystko to było wzbogacone mnóstwem wiadomości na poziomie akademickim, a także wskazówkami z kuluarów życia endodontów.

Pierwszy raz mogłam przypatrywać się pracy protetycznej wykonywanej od samego początku do końca, gdy w pełni usatysfakcjonowany pacjent wychodził z gabinetu z „nowym” uśmiechem na ustach. Jak wiadomo, prace protetyczne są nie tylko pracą, ale i czasochłonne, dlatego też nie zawsze mogłam zobaczyć wszystkie etapy ich wykonania. Dr M. Silkiewicz ułatwił mi to, analizując wspólnie co ciekawsze przypadki z pomocą bogatej dokumentacji fotograficznej, jak też pokazowych wycisków i modeli. „Zapoznałam się” w ten sposób z technikami wykonania koron, mostów, wszczepiania implantów oraz wielu innych.

Dzięki uprzejmości doktora mogłam również na samodzielnie zwerbowanym ochotniku nauczyć się sztuki zakładania koferdamu. To co na co dzień w obcych rękach wydawało się banalnie proste, okazało się nie lada wyzwaniem dla początkującej stomatolożki. Na szczęście mogłam liczyć na życzliwość i zrozumienie koleżanki, która dzielnie przetrwała wiele moich prób.

Podsumowując, mogę gorąco polecić praktyki wakacyjne. Każdy nowy przypadek czy zdjęcie RTG było okazją do rozwikłania kolejnej medycznej zagadki. Usystematyzowałam moją wiedzę, jak również wzbogaciłam ją o nowe wiadomości i doświadczenia. Wierzę w swoje umiejętności, dlatego też pierwszy pacjent nie będzie musiał obawiać się wizyty na moim fotelu.

Chcę serdecznie podziękować za zaangażowanie i poświęcony mi czas dr. Mieczysławowi Silkiewiczowi oraz całemu zespołowi DentMedica.

Polsko-turecka wymiana studentów

Przyjemne z pożytecznym

Towarzystwo Studentów Stomatologii od wielu lat aktywnie uczestniczy w wakacyjnym programie wymiany studenckiej IADS. Co roku organizujemy plan 2-tygodniowego pobytu dla studentów z najróżniejszych krajów świata.

Tym razem Lublin odwiedziło pięciu studentów z Turcji.



JOANNA FILIPIUK
STUDENTKA III ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

W dniach 15-27 sierpnia br., jako Regionalny Koordynator Wymian, opiekowałam się grupą studentów z Istambułu. Dzięki pomocy opiekuna naszego Towarzystwa dr Renacie Chałas oraz dzięki uprzejmości i zaangażowaniu dra Tomasza Bieżanka i dr Malgorzaty Strycharz-Dudziak, zapewniłmy naszym gościom program edukacyjny na wysokim poziomie.

Podczas wizyty w Katedrze i Zakładzie Stomatologii Zachowawczej w Stomatologicznym Centrum Klinicznym tureccy studenci mieli

Na wspólnym obiedzie



okazję zapoznać się z lubelską stomatologią uniwersytecką. W ciągu dwóch dni uczestniczyli w wykładach i prezentacjach. Dr T. Bieżanek zaprezentował studentom mikroskop stomatologiczny oraz aparat do leczenia ozonem. Studenci mogli nie tylko zapoznać się z pracą urzędów, ale również samodzielnie sprawdzić ich działanie. Dr Strycharz-Dudziak przybliżyła gościom tajniki lubelskiej stomatologii zachowawczej, wyjaśniła strukturę kliniki oraz oprowadziła studentów po salach klinicznych.

Jako gospodarze zobowiązani byliśmy także zapewnić studentom program socjalny. W realizacji planów pomogły mi trzy studentki z drugiego roku stomatologii; Agata

Modzelewska, Anna Mieszkowska oraz Joanna Knyba. W lipcu tego roku dziewczyny uczestniczyły w dwutygodniowym programie wymian w Istambule, Turcja.

Czas wolny składał się ze zwiedzania lubelskich zabytków i korzystania z rozrywkowych punktów Lublina. Muszę przyznać, że opustoszały wakacyjny Lublin bez wszystkich studentów przebywających tu cały rok akademicki, napawał mnie nieco obawą. Ale fakt jak bardzo myliłam się w tej kwestii, zaskoczył nie tylko mnie... Nie da się ukryć, że termin, jaki wybrali na przyjazd do Lublina nasi goście, okazał się bardzo trafiony. W czasie ich pobytu Lublin wprost wrzał od kulturalnych wydarzeń. Już pierwszego dnia nasi

zagraniczni studenci spotkali się z gwarną atmosferą Jarmarku Lubelskiego. W następnym tygodniu czekał ich Festiwal Sztuk Mistrza wraz z barwną paradą kuglarstwa. Impreza gwarantowała koncerty i występy artystów nie tylko sztuki cyrkowej. Ponadto w jednym z weekendów w Muzeum Wsi Lubelskiej odbywało się Święto Chleba – celebrowanie plodów rolnych w scenerii zabytkowego skansenu, tradycyjnych strojów oraz regionalnych śpiewów. Fakt, że tureccy studenci nie mogli narzekać na nudę był niewątpliwym powodem naszej dumy. Tym bardziej cieszyło nas, że wydarzenia te w pełni oddawały niezwykłą, tradycyjną, folkową atmosferę Lubelskiej Ziemi. Bo czyż nie o to właśnie cho-

dzi w turystyce, by odkrywać rodzime piękno miasta i regionu?

Swoją przygodę z historią Lublina zagraniczni goście rozpoczęli od odkrywania Starego Miasta. Zwiedzili Lubelski Zamek wraz z Kaplicą Trójcy Świętej. Kolejnego dnia mieli okazję zobaczyć przepiękną panoramę miasta z 40 metrowej Wieży Trynitarzkiej oraz odbyć mistyczną wędrowkę Lubelskimi Podziemia-
mi. Kolejny dzień pobytu Turcy poświęcili na wizytę na Majdanku. Była to przede wszystkim okazja do wzbogacenia ich wiedzy o smutną lekcję polskiej historii, a także chwila głębszej zadumy nad przeszłością.

W ramach programu socjalnego zabraliśmy naszych zagranicznych kolegów na spływ kajakowy oraz grill nad Zalewem Zemborzyskim. Nieodzownym elementem pobytu studentów z Turcji było uczestnictwo w nocnym życiu Starego Miasta oraz imprezy w lubelskich klubach dyskotekowych.

Ciekawa opinii swoich podopiecznych, nie raz wysłuchałam pozytywnych komentarzy na temat Lublina i gościnności jego mieszkańców. Najbardziej przypadła mi do gustu wypowiedź kolegi Abdulsameta: „Lublin to małe miasto. Klinika stomatologii nie różni się od naszej na Istanbul University. Jednak to miasto ma duszę, ma wszystko czego mu potrzeba. Ma bogatą historię i tradycję. Znajduje się tu zamek, stare miasto, wiele zabytków i muze-ów. Odpocząć można nad pobliskim jeziorem, a wieczorem przyjemnie spędzić czas w klimatycznych restauracjach bądź pubach. Lublin jest po prostu różnorodny! A w dodatku jest taki zielony!”

Mamy nadzieję, że Lublin jeszcze nie raz oczaruje obcokrajowców swoim urokiem. My natomiast, studenci z Lublina czekamy, by w nadchodzącym roku zaprosić do siebie więcej studentów, aby wspólnie z nimi na nowo odkrywać piękno Lublina!



Majdanek oczami studentów tureckich

Podczas wizyty w Katedrze i Zakładzie Stomatologii Zachowawczej w Stomatologicznym Centrum Klinicznym tureccy studenci mieli okazję zapoznać się z lubelską stomatologią uniwersytecką.

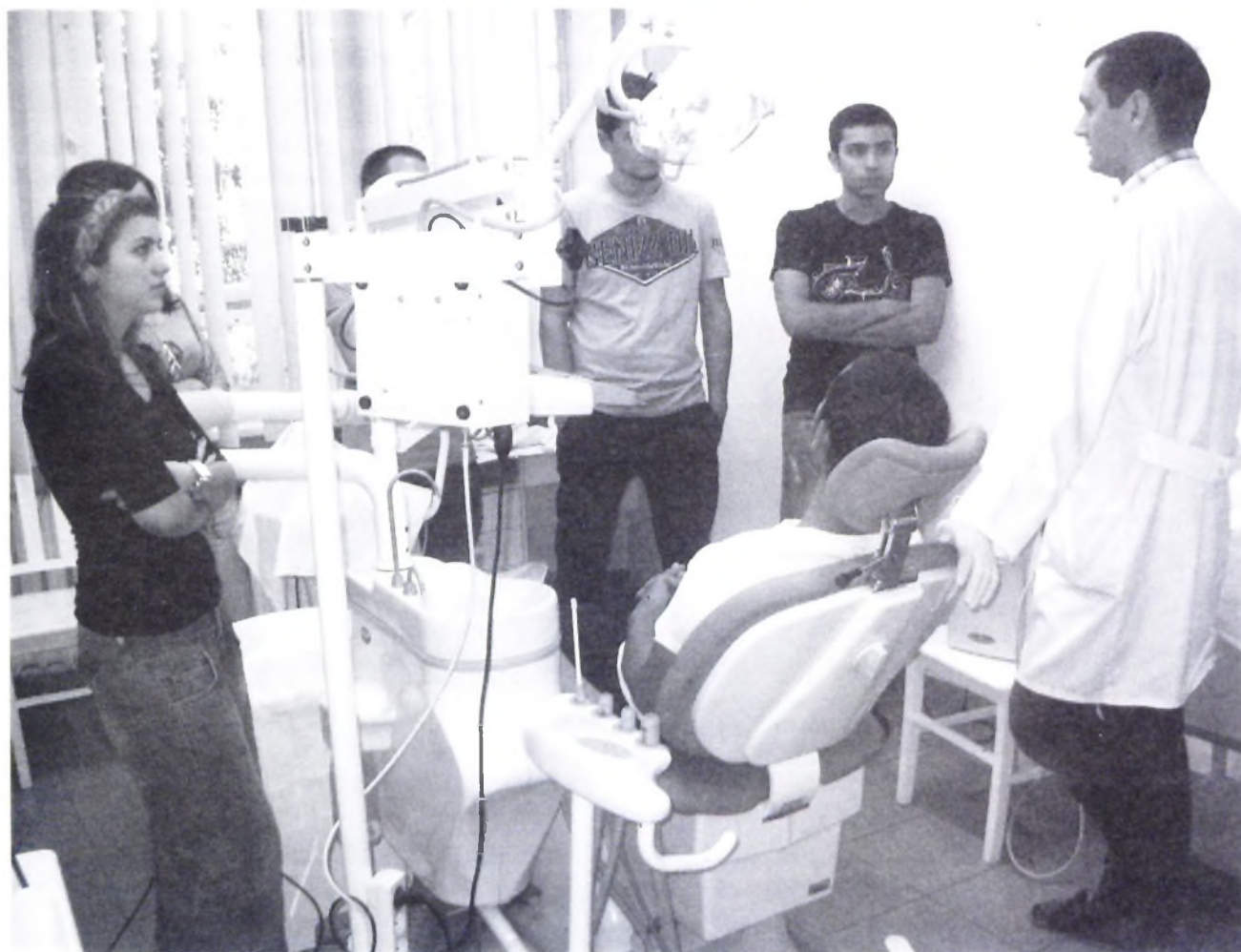


Degustacja świeżo warzonego piwa w restauracji „Grodzka 15”

Panorama Lublina
z Wieży Trynitarzkiej



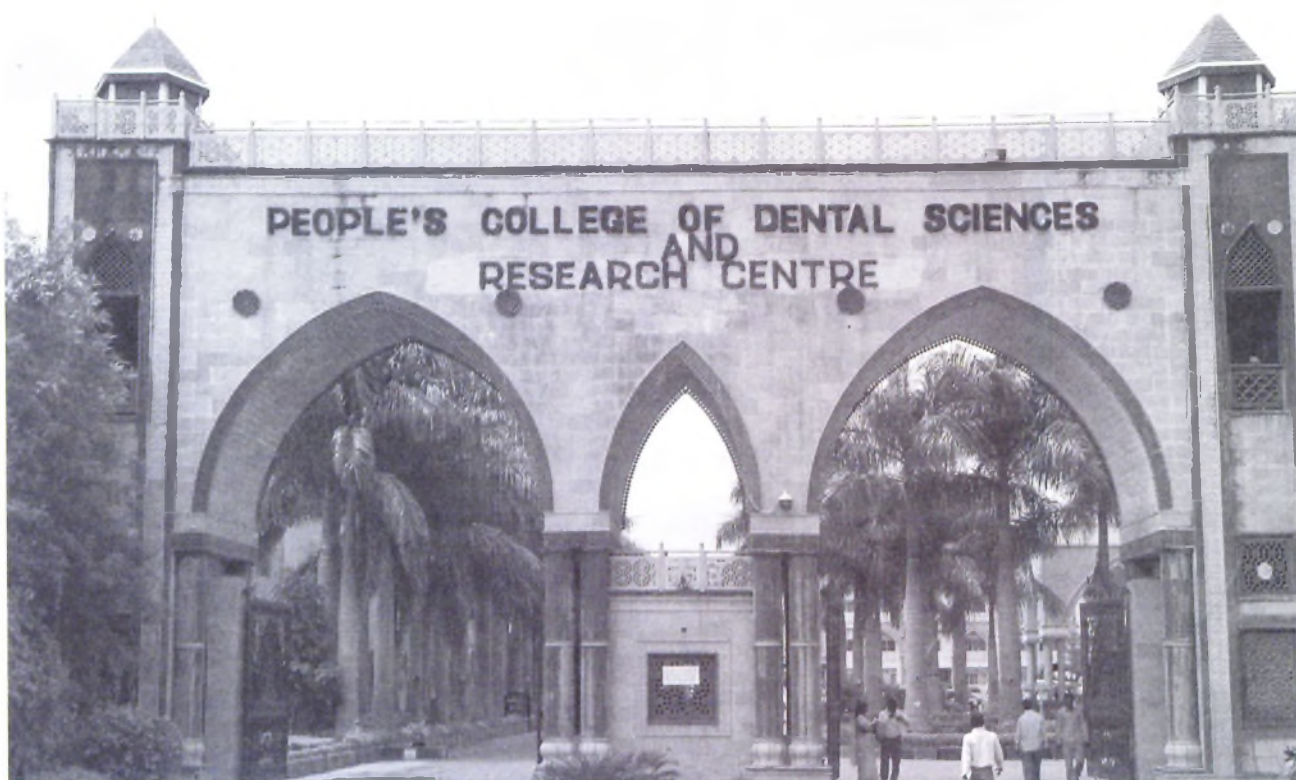
Dr Tomasz Biezanek
oraz
studenci z Turcji
w Stomatologicznym
Centrum Klinicznym



Praktyki studenckie w Bhopalu

Indyjska stomatologia

Program wymian wakacyjnych cieszy się coraz większym zainteresowaniem. W tym roku członkowie PTSS odwiedzili, m.in. Węgry, Turcję, Malte, Malezję oraz Czechy. Najbardziej odległą, a i z pewnością najbardziej egzotyczną, tegoroczną wyprawą studencką może się pochwalić lubelska grupa studentów stomatologii. Odbyła się ona w Indiach; trafiliśmy do oddalonego o ponad 6 tys. km od naszego słowiańskiego skrawka na mapie Europy, miasta Bhopal.



MACIEJ MICHALAK

STUDENT V ROKU STOMATOLOGII
UM W LUBLINIE

Polska była reprezentowana przez: Natalię Kowalczyk, Magdalenę i Izabelę Więclaw, Annę Niedźwiadek, Macieja Kwiatkowskiego oraz Macieja Michalaka. Indyjska uczelnia, na której praktykowali polscy studenci – People’s College of Dental Sciences and Research Center zaskakiwała pod wieloma względami. Cały kompleks uniwersytecki: wszystkie budynki naukowe, akademiki, obiekty sportowe były ogrodzone wielkim murem, a żeby wejść na teren kampusu należało przejść przez ogromną bramę stale obsadzoną kilkoma sumiennie wykonującymi swoją pracę strażnikami. Opisywany teren uczelni można by porównać do swoistego małego miasteczka, gdzie poza budynkami naukowymi, bibliotekami czy akademikami znajdowały się też obiekty sportowe oraz sklepy. Największą budowlą kampusu był instytut stomatologii, gdzie miała siedzibę większość katedr. Niezmiernie zaskoczyła nas wielkość sal klinicznych, w których to



Niezmiernie zaskoczyła nas wielkość sal klinicznych, w których nierzadko znajdowało się 50 i więcej unitów stomatologicznych.

nierządkiem znajdowało się po 50 unitów stomatologicznych. Wyposażenie sal klinicznych nie odbiegało znacząco od tego, którego używamy na co dzień w polskich uczelniach medycznych. Jak się później dowiedzieliśmy, PCDSRC jest pod wieloma względami najlepszą uczelnią dentystyczną w Indiach, znacznie kontrastującą z większością szkół wyższych w tym kraju. Studenci z Polski mieli pełną dowolność wyboru miejsc praktyk, a dokonując go kierowali się głównie własnymi zainteresowaniami, preferencjami i umiejętnościami, czy też planowanym kierunkiem specjalizacji. Największą popularnością cieszyła się Katedra Chirurgii Stomatologicznej i Chirurgii Twarzowo-Szczękowej, na których, oprócz przyjmowania pacjentów, dokonywania ekstrakcji oraz przeprowadzania innych standardowych procedur, analogicznych do tych, które wykonywalibyśmy na praktykach w Polsce, warto zaznaczyć, że pod cierpliwym okiem prof. Thomasa – Kierownika Katedry, pozwalano nam brać udział, w często dość skomplikowanych zabiegach operacyjnych. Studenci naszej Uczelni mogli poćwiczyć szycie oraz podstawowe cięcia skalpelem, a jak



powszechnie wiadomo, to właśnie praktyka czyni mistrza. Bardziej zainteresowani i żądni wiedzy adepci stomatologii mogli asystować na bloku operacyjnym podczas zabiegów, takich jak np. zespalanie złamanych kości za pomocą śrub i płytek (osteosynteza płytkowa). Atrakcyjne również okazały się katedry stomatologii zachowawczej i protetyki, gdzie można było sprawdzić własne, dotychczas zdobyte umiejętności, ale przede wszystkim posiadać sporo nowej wiedzy, pod-

Członkowie lubelskiego PTSS byli pierwszą grupą wymiany studenckiej w historii indyjskiego towarzystwa. To niewątpliwie duże wydarzenie dla tego regionu, co potwierdzał fakt, iż Polaków gościli, m.in.: rektor uczelni, dziekan stomatologii, kierownicy większości katedr, jak i minister turystyki oraz przewodniczący rady ministrów.

czas asystowania hinduskim doktorantom.

Przyjazd polskiej grupy był znaczącym wydarzeniem dla Indyjskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii, gdyż – w co być może trudno uwierzyć – była to pierwsza wymiana w historii tej wielkiej organizacji. Analogiczna do PTSS organizacja w Indiach ma niezwykle złożoną strukturę – składa się z **300 oddziałów**, do których należy ponad **8000 członków!** Dodatkową ciekawostką jest fakt, iż poza zarządami lokalnymi i Zarządem Głównym, Hindusi posiadają 24 zarządy stanowe, na czele których stoją prezydenci stanowi.

Polską delegację na miejscu przywitał dziekan bhopsalskiej stomatologii – **dr. N. D. Shashikiran**. W opiekę nad uczestnikami wymiany zaangażowanych było bardzo wielu działaczy indyjskiego IADS, z Prezydentem Zarządu Głównego na czele.

Jak wcześniej wspomniałem, członkowie lubelskiego PTSS byli pierwszą grupą wymiany studenckiej w historii indyjskiego towarzystwa. To niewątpliwie duże wydarzenie dla tego regionu, co potwierdzał fakt, iż Polaków gościł: zarówno rektor uczelni, dziekan stomatologii, kierownicy większości katedr, jak i minister turystyki oraz przewodni-





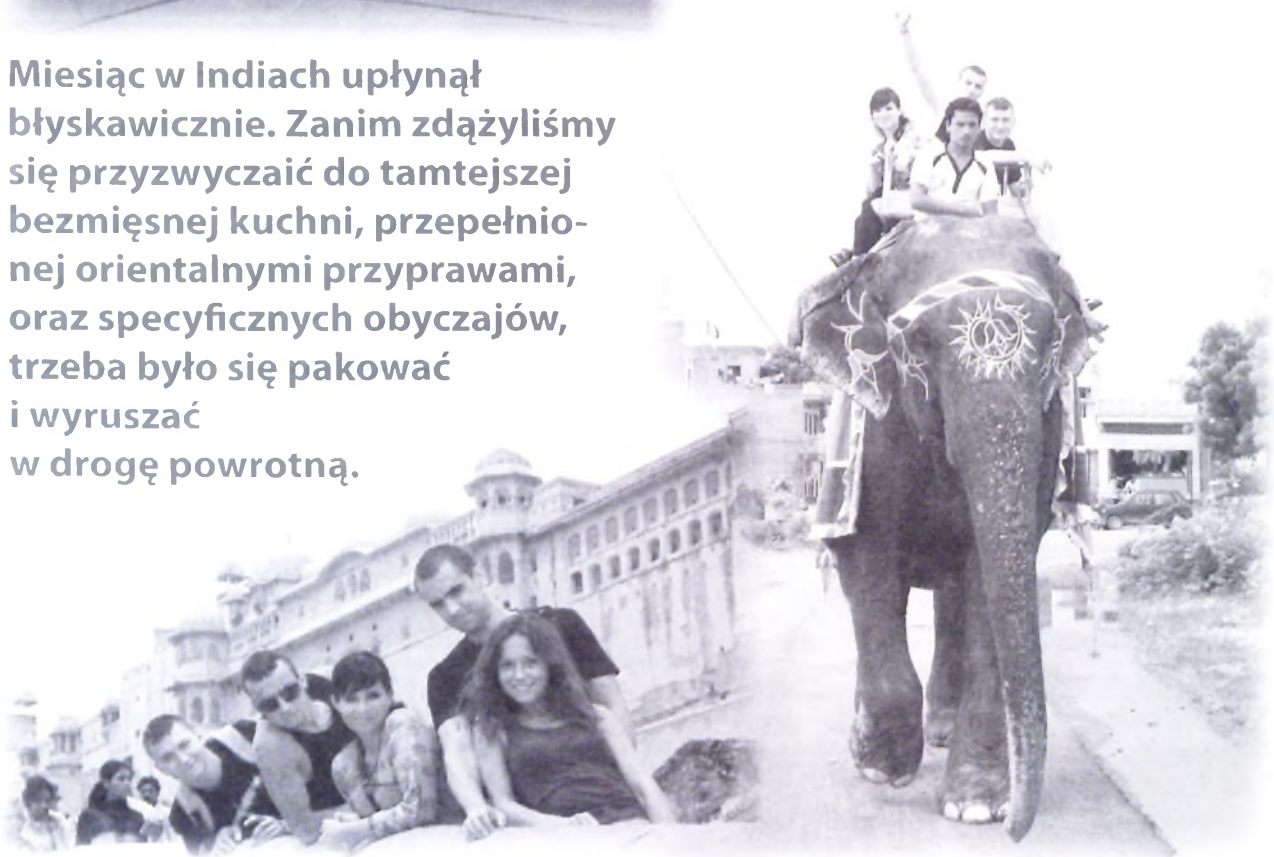
czący ministrów **Shivraj Singh Chauhan** – najwyższa osoba w stanie **Madhya Pradesh**. Należy podkreślić, że pobyt w Indiach wspomniany bardzo miło, bowiem Hindusi to niesłychanie otwarty i przyjacielski naród. Podczas naszej wizyty poznaliśmy mnóstwo wspaniałych ludzi – koleżanek i kolegów, z którymi po powrocie do Polski nadal utrzymujemy serdeczny kontakt.

Poza nauką i praktyką stomatologiczną, uczestnicy wymiany znaleźli również czas na poznawanie tego ciekawego i intrygującego kraju. Potwierdzeniem tych słów jest fakt, iż lubelska grupa odwiedziła wiele odległych miejsc. Wymienię tylko część z nich. Duże wrażenie zrobiła na nas wielka aglomeracja miejska, zbitka wielu kultur, a zarazem stolica państwa – Delhi; podobnie jak





Miesiąc w Indiach upłynął błyskawicznie. Zanim zdążyliśmy się przyzwyczać do tamtejszej bezmięsnej kuchni, przepętno-nej orientalnymi przyprawami, oraz specyficznych obyczajów, trzeba było się pakować i wyruszać w drogę powrotną.



Agra, ośrodek kultu religijnego muzułmanów ze słynnym Tadž Mahal i Czerwonym Fortem. Nie zapomniemy także o łaście gorącym i suchym klimacie Dżajpur – który znajduje się już niemal na pustyni Thar, czy Bhopal – miasto naszych praktyk, ale zapewniam, że samo w sobie stanowi przepiękne, godne odwiedzenia miejsce. Pośród tej listy nie może zabraknąć też zaulka kinematografii indyjskiej – znanego wszystkim miastu Mumbai, gdzie życie toczy się na najwyższych obrotach. Niezwykle mile wspominamy słoneczne plaże Goa, na których czas płynął zdecydowanie za szybko. Podsumowując, w Indiach pokonaliśmy ponad 3 tys. kilometrów, a to i tak stanowczo za mało, gdyż niektórzy z nas do dziś odczuwają „niedosyt” tego kraju. Żadne słowa nie są w stanie opisać malowniczości, uroku i różnorodności tej fascynującej krainy, ale mam nadzieję, że ciekawość Czytelnika choć w niewielkiej części zostanie zaspokojona dzięki obrazom na zamieszczonych fotografiach.

Jak to w życiu bywa – wszystko co dobre szybko się kończy. Miesiąc w Indiach upłynął błyskawicznie. Zanim zdążyliśmy się przyzwyczaić do tamtejszej bezmięsnej kuchni, przepelnionej orientalnymi przyprawami, oraz specyficznych obyczajów, trzeba było się pakować i wyruszać w drogę powrotną. Dziś, wspominając tę wymianę, jestem przekonany, że było warto – zarówno pod względem zdobytych umiejętności, wiedzy oraz możliwości obcowania z kulturą Indii, dlatego też bardzo się cieszę, że działalność w PTSS daje takie nieograniczone wręcz możliwości i bezcenne doświadczenia. Mam szczerą nadzieję, że nie był to mój ostatni udział w wymianie studenckiej. Korzystając ze sposobności – polecam wszystkim studentom stomatologii naszej Almae Matris starania o wymianę wakacyjną PTSS w przyszłym roku, która – jestem pewien – że stanie się także Waszą „przygodą życia”.



Piekoszów: studenci w Domu dla Niepełnosprawnych

„Wystarczy tylko złapać bakcyła, żeby za rok znów tu wrócić..”

Nie wszyscy wiedzą o Piekoszowie, malowniczej wiosce położonej w województwie świętokrzyskim, nieopodal miasta Kielce. Choć miejscowość ta jest punktem początkowym czarnego szlaku turystycznego prowadzącego do Zgórskich Gór, obszarem należącym do popularnej w regionie niebieskiej ścieżki rowerowej, zachęcającym miłośników historii ruinami XVII-wiecznego pałacu Tarłów, to jednak studenci uczelni medycznych mogą kojarzyć Piekoszów nie tylko z walorami rekreacyjnymi.

JOANNA RYSZKA
STUDENTKA IV ROKU STOMATOLOGII
W LUBLINIE

O tym, co naprawdę nazwać można „sercem” Piekoszowa przekonałam się w te wakacje, pomagając przez dwa intensywne tygodnie na turnusie rehabilitacyjno-rekolekcyjnym w prężnie działającym tam Domu dla Niepełnosprawnych. Historia tego ośrodka sięga roku 1980. Wtedy to zaczęto już promować wśród wolontariuszy chęć niesienia dobrowolnej pomocy chorym, która zwykle okazywana była podczas wczasorekolekcji dla niepełnosprawnych z całej Polski. Od tego czasu ośrodek z roku na rok coraz aktywniej się rozwijał, co oczywiście wiązało się ze wsparciem finansowym. Szczególny wkład miała tutaj śp. Izabela Borowska, która przekazała na rozbudowę domu spadek po Kawalerze Maltańskim Edwardzie Borowskim z Francji. I tak dziś Dom dla Niepełnosprawnych może poszczycić się wspaniałym zapleczem rehabilitacyjno-wypoczynkowym, które obejmuje: pokoje mieszkalne z pełnym węzłem sanitarnym, dostosowane do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; gabinety lekarskie oraz liczne gabinety zabiegowe, fizykoterapii i hydroterapii; salę gimnastyczną do ćwiczeń grupowych i gier zespołowych; salę ćwiczeń indywidualnych; basen rehabilitacyjny; salę komputerową; świetlicę



z TV oraz oczywiście własną kuchnię. Wszystko to jednak byłoby niczym, gdyby nie zaangażowanie i pomoc osób opiekujących się chorymi.

Piekoszów jest tym miejscem, gdzie, dając coś od siebie, zyskujemy wiele więcej. To miejsce, gdzie przyszły medyk staje się humanistą, bo zostawia za sobą tytuły lekarskie, a w kontakcie z chorym sprawdza, na ile jest człowiekiem.

Dzień na co dzień

W czasie miesięcy letnich organizowane są w Piekoszowie dwu-

tygodniowe turnusy rehabilitacyjno-rekolekcyjne, podczas których wolontariusze zajmują się przydzielonymi im podopiecznymi. Dzień podczas takich wczasorekolekcyj-

jest wypełniony aż po brzegi wieloma atrakcjami, na które osoby niepełnosprawne nie mogą sobie na co dzień pozwolić. Wszystkie zaję-

cia odbywają się zgodnie z planem dnia, ustalonym przez kierownika turnusu i instruktora kulturalno-oświatowego. Głównym punktem jest tu intensywne rehabilitacja, grupowa i indywidualna, dobrana przez specjalistę i zgodnie z osobistymi potrzebami chorego. Nad przebiegiem ćwiczeń czuwają fizjoterapeuci i stale pomagający wolontariusze. Nie brakuje również zajęć wokalnych. Śpiew i radość, mimo zmęczenia, towarzyszą wszystkim niemalże nieustannie. Ksiądz kapelan czuwa nad duchowym przebiegiem rekolekcji, odprawiając codziennie Eucharystię, kierując do nas słowo podczas konferencji, a klerycy starają się zachęcić wszystkich do wspólnej modlitwy różańcowej. Zwykle dzień kończy się wieczorkiem pogodnym, który nieraz przybiera formę dyskoteki, ogniska, wieczorka talentów czy karaoke. Oczywiście



nie brakuje również gier i zabaw sportowych, które, poprzez wesołą rywalizację, wyzwalają drzemiące w nas pokłady energii i ducha walki. Stałym punktem programu jest też całonocna wycieczka, która pozwala nam odkrywać piękno naszej Ojczyzny.

Po co niedoświadczona młodzież?

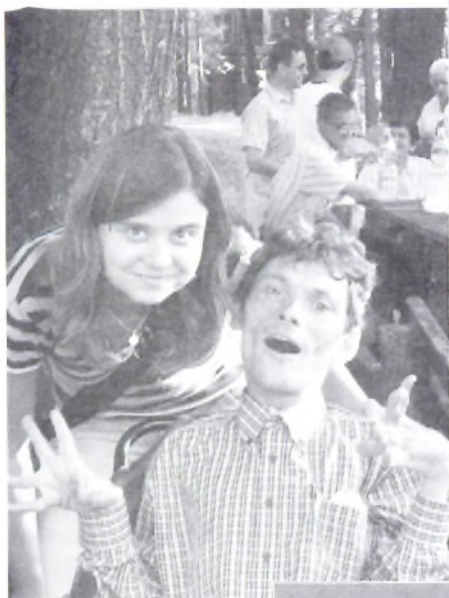
Takie pytanie może zadać sobie każdy, kto nigdy nie był na turnusie i nie zna idei Piekoszowa. Wydawać by się przecież mogło, że nad osobami niejednokrotnie przykutymi do wózków inwalidzkich opiekę sprawować powinna tylko i wyłącznie specjalnie przeszkolona kadra i osoby z odpowiednim wykształceniem. Nie o to jednak tutaj chodzi. Owszem, na początku każdego turnusu wszyscy opiekunowie zostają stosownie przeszkoleni z zakresu

obsługi sprzętu dla niepełnosprawnych oraz sposobu postępowania w stanach nagłych. Wszyscy jednak możemy nawzajem liczyć na swoją pomoc (a zwłaszcza fachową pomoc lekarską bądź pielęgnarską). Poza tym podopieczni dobierani są pod względem doświadczenia i możliwości opiekunów. Niektórzy – zarówno chorzy, jak i wolontariusze – przyjeżdżają tu kolejny rok z rzędu, więc bardzo dobrze się już znają i wiedzą, czego mogą od siebie nawzajem oczekiwać i czego się spodziewać.

Dużo radości z bolących kości

Ktoś kiedyś żartobliwie nazwał turnus w Piekoszowie „obozem zagłady”. I w zasadzie nie pomylił się. Nigdzie bowiem wcześniej nie spotkałam się z tak odczuwalną zagładą potrzeby snu, odpoczynku i...własnej

pychy. Są chwile, kiedy obowiązki i opieka nad chorym przekraczają nasze siły, kiedy zwyczajnie stajemy twarzą w twarz z bezradnością i zniecierpliwieniem; kiedy po ludzku mamy wszystkiego dość. Ale jest też wewnętrzna satysfakcja z bycia na turnusie, z możliwości niesienia pomocy komuś bardziej potrzebującemu od nas. Niejednokrotnie podczas spacerów i rozmów z podopiecznymi okazuje się, że nie tylko my im pomagamy. Piekoszów jest bowiem tym miejscem, gdzie, dając coś od siebie, zyskujemy wiele więcej. To miejsce, gdzie przyszły medyk staje się humanistą, bo zostawia za sobą tytuły lekarskie, a w kontakcie z chorym sprawdza, na ile jest człowiekiem. I jak to powiedział jeden z podopiecznych: „Wystarczy tylko złapać bakcyła, żeby za rok znów tu wrócić”. Bo wyjątkowa, pełna ciepła i serdeczności, piekoszowska atmosfera raz poznana, nie daje tak łatwo wymazać się z pamięci.



Ktoś kiedyś żartobliwie nazwał turnus w Piekoszowie „obozem zagłady”. I w zasadzie nie pomylił się. Nigdzie bowiem



wcześniej nie spotkałam się z tak odczuwalną zagładą potrzeby snu, odpoczynku i... własnej pychy. Są chwile, kiedy obowiązki i opieka nad chorym przekraczają nasze siły (...); kiedy po ludzku mamy wszystkiego dość.



E viva Espana, ole!

KAROL UNIFANTOWICZ

STUDENT VI ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

UM W LUBLINIE

POCZĄTEK

Data: 30 czerwca 2010 r., czas: godz. 5, miejsce: lotnisko im. Fryderyka Chopina w Warszawie, cel: Santiago de Compostela.

Tak oto właśnie rozpoczyna się nasza przygoda, wymiana w ramach programu SCOPE Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA, oddział Lublin. Wraz z koleżanką z roku Izabelą Kośmider, wyjechaliśmy na praktyki wakacyjne. Po ośmiogodzinnej podróży, dwóch międzylądowaniach, w Monachium i Barcelonie, o godz. 14 dotarliśmy na miejsce – Santiago de Compostela, położone w Galicji, urokliwym regionie Hiszpanii. Na lotnisku czekali nasi *contact person* Carmen i Daniel. Początkowo byliśmy pełni obaw, jak poradzimy sobie w nowym środowisku, jaki będzie nasz poziom językowy i jak będziemy radzić sobie w kontaktach z ludźmi różnych narodowości. Wszystkie te wątpliwości rozwiązały się po spotkaniu z pierwszymi Hiszpanami. Po zapoznaniu się i krótkiej



rozmowie, ruszyliśmy z lotniska do centrum Santiago de Compostela, aby zameldować się w mieszkaniach.

SZPITAL

Szpital *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)*, bo tak brzmiała jego pełna nazwa odwiedziliśmy już drugiego dnia pobytu. Zostaliśmy oprowadzeni po poszczególnych częściach tego olbrzymiego kompleksu medycznego. Byłem zaskoczony „przepychem”,

z jakim został on wybudowany. Zachwyciło mnie jego położenie na wzniesieniu, z którego rozciągał się urokliwy widok na całą okolicę.

Zostałem oddelegowany na Oddział Onkologii. Poznałem też mojego opiekuna, *dra Rafaela Lopeza*. Od początku personel oddziału był mi bardzo pomocny, choć czasem trudno było porozumieć się w języku angielskim. Pierwszy dzień spędziłem w przychodni onkologicznej, gdzie miałem okazję przeglądania historii chorób, omawiania poszczególnych przypadków medycznych, a także tłumaczono mi dalsze po-



stępowanie i leczenie. Kolejne dni to następne wyzwania, takie jak wywiady, badania fizykalne, które jednak zbyt różniły się od standardów przyjętych w Polsce. Byłem zaskoczony niebywałą pogodą ducha pacjentów. Podczas praktyk miałem okazję do porównania doświadczenia kilku opiekunów. Należą im się słowa wdzięczności za

trud włożony w edukowanie młodych studentów z innych krajów.

LUDZIE

Naszym lokum były mieszkania studenckie, w których poznałem studentów z całego świata, począwszy od Włoch, Słowenii czy Austrii,

a skończywszy na Tajwanie, Chile czy Meksyku. Od samego początku tworzyliśmy zgraną i dobraną grupę. Na całym wyjeździe było nas ok. 30 osób (SCOPE i SCORE). Żyliśmy się dzięki wspólnemu uczestniczeniu w grupowych obiadach, zwiedzaniu, wyjazdach i podróżowaniu. Mieliśmy też okazję przeżywania wspólnie Mistrzostw Świata w Piłce Nożnej i ostatecznego triumfu Hiszpanów. Po meczu finałowym w mieście zapanowała wielka feta z okazji zdobycia tytułu. Było to przeżycie nie do opisania, a żywiołowość Hiszpanów, z której słyną, zaimponowała nam wszystkim.

MEIGA

Pod tym skrótem kryje się Stowarzyszenie Studentów Medycyny w Galicji, regionie Hiszpanii, w którym mieliśmy przyjemność przebywać. Poznaliśmy charakter funkcjonowania organizacji i podstawowe metody nauczania medycyny. Do-





staliśmy też masę przewodników i ulotek, które zachęciły nas do podróży po Galicji. MEIGA zorganizowała nam także zwiedzanie miasta, wirtualną wycieczkę po Santiago oraz kolację galicyjską *Cena gallega*. Po ukończeniu praktyk dostaliśmy od nich certyfikaty potwierdzające odbycie praktyk w szpitalu.

PODRÓŻE

Organizowaliśmy sobie czas wolny na różne sposoby. Odwiedziliśmy piękne miasto *La Coruna* z atrakcjami takimi jak *Wieża Herkulesa* czy port. Mieliliśmy okazję gościć też w małym miasteczku o nazwie *Noia*,



w którym odbywał się tzw. *Medieval Festival*. Zachwyciła nas także jego plaża. Zachodnie wybrzeże Hiszpanii uwiiodło nas swoim krajobrazem. Piękne plaże z daleka od cywilizacji, a także i te w miastach. Zwiedziliśmy też *Vigo*, które było naszym przystankiem w drodze do Porto. W Portugalii spędziliśmy trzy wspaniałe dni, poznając kulturę Portugalczyków, miasto, a także jego wspaniałe zabytki.

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Miasto, w którym mieszkaliśmy i odbywaliśmy praktyki. W centrum katedra budowana od XI-XII do XVIII w., miejsce spoczynku św. Jakuba. Jest to także cel licznych pielgrzymek, etap końcowy tzw. *Camiño de Santiago*. Miasto podzielone jest na część nową, którą cechowała dbałość o szczegóły, wielkie kompleksy handlowe i mieszkalne, a także część starszą z licznymi klasztorami, kolegiami i placami. Czas naszych praktyk zgrał się idealnie z wielkim świętem mieszkańców Santiago zwanym *Xacobeo*, odbywającym się na cześć św. Jakuba Apostoła. Mielśmy przyjemność uczestniczyć w wielu koncertach, wydarzeniach kulturalnych, latynoskich fiestach, sztukach, festynach i targach kulturalnych. Uwieńczeniem *Xacobeo 2010* były zapierający dech w piersiach pokaz pirotechniczny i animacje prezentowane na tle katedry.

KONIEC

Swój pobyt w Hiszpanii zakończyliśmy kolacją międzynarodową, dzięki której mieliśmy okazję poznania kuchni poszczególnych krajów. Każdy w swoim zakresie przygotował charakterystyczne danie dla swojej narodowości. Mielśmy przy-



jemność degustacji wielu potraw, które w Polsce nie są spotykane. Pożegnanie zbliżało się nieuchronnie. Były łzy, radość z odbycia praktyk i poczucie doświadczenia czegoś wyjątkowego.

PODSUMOWANIE

Dokonując wyboru kraju, sugerowałem się kilkoma czynnikami: poziomem opieki medycznej, prestiżem, a także zapleczem kulturalnym i turystycznym. Początki były trudne, ale z biegiem czasu wątpliwości

rozwiały się, przyszła pewność siebie. Wielkim plusem było poznanie tylu wartościowych osób z całego świata, ich kultury, wspólne spędzanie czasu oraz poznanie charakteru opieki medycznej w Hiszpanii. Minusów wyjazdu nie mogę wskazać, bo takich nie było. Chciałbym polecić praktyki każdemu, kto pragnie przeżyć przygodę i poznać inną kulturę. Zachęcam więc do brania aktywnego udziału w akcjach IFM-SA, które pozwolą wam wyjechać na takie praktyki. Kończąc, chcę zaznaczyć, iż były to jedne z najlepszych wakacji mojego życia.

Odpoczynek od codziennego zgiełku
pośród bajecznych zamków, winnic i cudownych krajobrazów...

Wędrówki wzdłuż Renu

MGR JUSTYNA CHMIEL

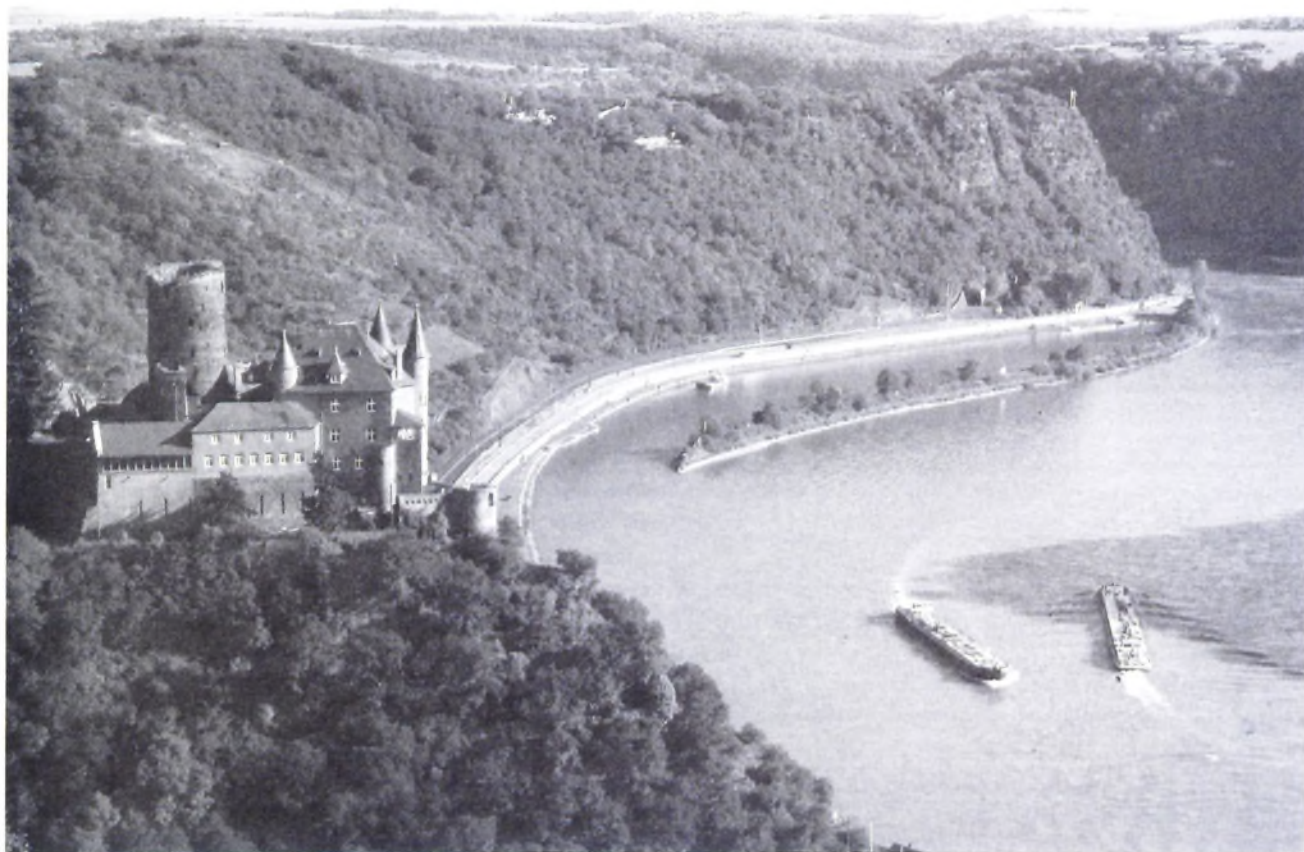
STUDENCKIE KOŁO NAUKOWE FIZJOTERAPII
PRZY ZAKŁADZIE REHABILITACJI I FIZJOTERAPII
UM W LUBLINIE

We wspaniałej Dolinie Środkowego Renu, wpisanej na listę światowego dziedzictwa kulturowego i przyrodniczego UNESCO, gdzie Ren ciasnymi przełomami pokonuje góry *Hunsrück* i *Taunus*, wznosi się znana na całym świecie skała Lorelei (*Loreley*). Wąska dolina, wartki nurt rzeki i tajemnicze echo zrodziły prawdopodobnie również opowieść o jasnowłosej dziewczynie na słynnych skałach Lorelei. Jej czarujący głos i niezrównana uroda doprowadzały do zguby żeglarzy. Podanie jest znane od niepamiętnych czasów, jednak dopiero wersy Heinricha Heinego w połączeniu z melancholijną melodią Friedricha Schlegela uczyniły Lorelei sławną na cały świat. Lorelei jest tam nadal, jednak nikogo już nie zabija. Co dwa lata spośród młodych kobiet z regionu wybierana jest najładniejsza Lorelei. W tym wspaniałym, niezmiennym od stuleci krajobrazie, człowiek czuje się jakby był przeniesiony w czasy rycerzy-rozbójników. Wrażenie takie można odnieść

choćby, zwiedzając którąś z twierdz wzniesionych wysoko na brzegu Renu czy też warownię celną Pfalz, wybudowaną na wyspie pośrodku rzeki niedaleko *Kaub*. Właśnie od *Kaub* po *Kestert*, 56-kilometrowy romantyczny Szlak Lorelei i Zamków Nadreńskich wprowadza nas do świetnie zachowanych zabytków zamierzczej przeszłości. Wspaniałym punktem na trasie podróży wzdłuż Renu jest twierdza *Maus*, która dla dawnych właścicieli była

ogromnym przywilejem: istniała tam i istnieje do dziś hodowla orłów i sokołów, codziennie odbywają się pokazy umiejętności tych ptaków. W regionie odbywają się również święta winobrania, seminaria winiarzy oraz imprezy kulinarne. Zbaczając nieco z trasy w kierunku krainy winnic (*Rheingau*), można poznać miejscowych winiarzy i skosztować ich wybornych produktów. Wina, a szczególnie niemieckie rieslingi, z okolicy Reingauhessen i Reinhes-

Można wiele pisać o zabytkach Koblencji i urokach nadreńskich okolic, ale ani słowa, ani fotografie nie odzwierciedlą emocji i tego, co widzi ludzkie oko. Tam naprawdę warto pojechać, popłynąć statkiem wzdłuż Renu, zajrzeć do okolicznych winnic i skosztować wina tamtejszej produkcji, a po kolacji w jednej z tych licznych przytulnych restauracyjek wybrać się na spacer wzdłuż Renu i zachować w pamięci jak najwięcej tych przepięknych przeżyć.



Burg Katz – widok z Patersberg

sem i nie tylko prawdziwi konese-rzy, lecz także laicy mogą się tam wiele dowiedzieć na temat historii i teraźniejszości uprawy winorośli i wytwarzania wina.

Tradycyjnymi obszarami produkcji wina ze słynnymi winnicami w okolicach Moguncji (Mainz) są: położony na lewym brzegu Renu region *Rheinhesen*, a na prawym brzegu tej rzeki – region *Rheingau*. Rheingau to krajobrazowy klejnot, który położony jest w miejscu, gdzie Ren skręca z kierunku południowo-wschodniego, obierając na odcinku od Moguncji/Wiesbaden (*Mainz/Wiessbaden*) do Rüdeshheim w kierunku zachodnim. Winorośl uprawiano w tych rejonach już w czasach rzymskich. Klimat w Niemczech sprawia, że tereny uprawy winorośli są silnym magnesem przyciągają-

cym rzesze turystów. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź jest prosta: w Niemczech wino dojrzewa tylko na nasłonecznionych południowych zboczach gór, w przeciwieństwie do takich regionów, jak Włochy, Francja, Kalifornia czy RPA, gdzie dzięki warunkom klimatycznym winorośl może rosnąć również na nizinach. Szczególnie ciekawe są górskie winnice położone w wąskich dolinach rzek. Ale żaden gatunek wina nie poruszy znawców tego afrodyzjaku na całym świecie tak bardzo, jak riesling, który najlepiej się udaje właśnie w regionie Rheingau. Winnice o starych tradycjach mają tak dźwięczne nazwy, jak Schloss Johannisberg, Schloss Vollrads, czy też Kloster Eberbach – heska winnica państwa. Zabytkowe mury opactwa Eberbach zdobyły światową

sławę jako miejsce, gdzie nakręcono film „Imię róży”. Na zielonych zboczach Taunusu między Wiesbaden a Rüdeshheim, na około 3 tys. hektarów winnic rośnie kilka z najświetniejszych rieslingów świata. Przez stulecia produkcja wina skoncentrowana była w regionie Rheingau na rozległych latyfundiach, należących do kościoła i możliwych rodzin szlacheckich. Poszczególne winnice i miasteczka winne połączone są siecią znakowanych szlaków rowerowych i pieszych. Rozległa, ale urozmaicona jest sceneria tego regionu, obejmująca plenery przyrodnicze, tysiącletni krajobraz kulturalny, łagodną rzeźbę terenu, ale także strome zbocza. Tego regionu nie da się opisać w kilku zdaniach, pobyt w Rheingau należy się powoli rozkoszować i to nie tylko dlatego,



że w każdej miejscowości można się zatrzymać i spróbować miejscowego wina, ale przede wszystkim dlatego, iż zachwyca piękno krajobrazu i spokój panujący w każdym z tych przepięknych nadreńskich miasteczek – to trzeba po prostu zobaczyć na własne oczy.

Podróżując wzdłuż Renu, nie sposób pominąć przepiękną Koblencję (*Koblenz*). W 9 roku p.n.e. Rzymianie zbudowali fort u zbiegu Renu i Mozeli. W ten sposób powstały podwaliny dla późniejszego Koblencji (*Koblenz*), które obok takich miast jak Kolonia, Regensburg, Worms uznawane jest za jedno z najstarszych i najpiękniejszych

miast w Niemczech. Ruiny zamku w Koblenz-Niederberg zachowano w celu upamiętnienia założenia miasta i są częścią rzymskiego systemu umocnień granicznych Górno-germańsko-Retyckiego Limes – tzw. Limesu rozciągającego się między Renem a Dunajem (ok. 550 km). Obszar ten zaliczany jest do największych zabytków archeologicznych w Europie Środkowej oraz wpisany na listę dziedzictwa kulturowego UNESCO w 2005 roku.

Nawet dziś, na obszarze pomiędzy Renem i Mozelą (*Rhein und Mosel*) decydujące znaczenie dla miasta ma „*Deutsches Eck*” – „Niemiecki Róg”, który jest jej znakiem

rozpoznawczym – to żywa lekcja historii. Plac „Niemiecki Róg” otrzymał swoją nazwę w XIII wieku, w związku z osiedleniem się Zakonu Krzyżackiego (*Deutscher Ritterorden*) u zbiegu Renu i Mozeli. Stoi tam pomnik cesarza Wilhelma I, który w latach 1953-1990 był uważany za symbol niemieckiej jedności. Na krótko przed końcem II wojny światowej został zniszczony. W 1993 r., pierwotny posąg konny został przebudowany.

Po przeciwległej stronie Niemieckiego Rogu wznosi się na wysokości 118 metrów nad Renem Twierdza *Ehrenbreitstein*, w której mieści się obecnie *Landesmuseum Koblenz*. Około roku 1000 powstał tam niewielki kompleks zamkowy, który na przestrzeni wieków rozbudowany został przez elektorów trewirskich do rozmiarów twierdzy. Po zburzeniu kompleksu przez Francuzów, Prusacy polecieli ponownie wzmocnić także *Ehrenbreitstein*. Powstała jedna z najpotężniejszych twierdz wzniesionych w Europie po 1825 roku, która zachowała się prawie w całości do dziś. Miasto o tak długiej historii jak Koblenz ma wiele innych atrakcji.

Już podczas spaceru można zauważyć fascynujący charakter Koblencji (*Koblenz*) – romantyczne uliczki i historyczne place, do tego malownicze zaułki Starego Miasta z romańską bazyliką św. Kastora





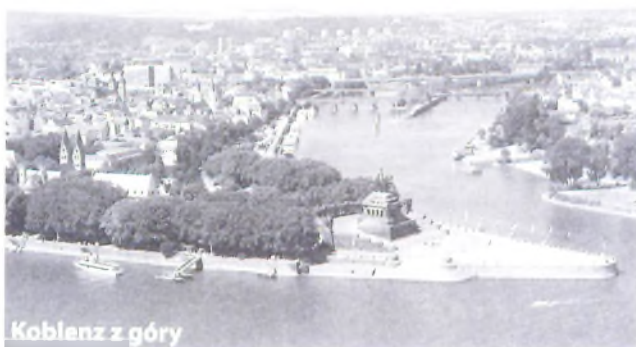
Koblencja – zachód słońca nad Mozelą



(*Bazylika St. Kastor*) i kościołami: św. Floriana (*St. Florin-Kirche*), Najświętszej Marii Panny (*Liebfrauenkirche*) z XII wieku oraz **Bazyliką św. Kastora** (*Basilika St. Kastor*). W poświęconej w 836 roku romańskiej świątyni toczyły się w 842 roku rokowania wysłanników synów Ludwika Pobożnego, które w rezultacie doprowadziły do podziału Państwa Franków na podstawie układu w Verdun. Budowla, którą można dziś podziwiać, powstała w większej części pod koniec XII wieku. Papież Jan Paweł II podniósł kościół do rangi basilica minor. Interesująca jest studnia na placu kościelnym, w której wnętrzu kuriozalny napis przypomina o końcu panowania francuskiego w Koblencji.

Można wiele pisać o zabytkach Koblencji i urokach nadreńskich okolic, ale ani słowa, ani fotografie nie odzwierciedlą emocji i tego, co widzi ludzkie oko. Tam naprawdę warto pojechać, popłynąć statkiem wzdłuż Renu, zajrzeć do okolicznych winnic i skosztować wina tamtejszej produkcji, a po kolacji w jednej z tych licznych przytulnych restauracyjek wybrać się na spacer wzdłuż Renu i zachować w pamięci jak najwięcej tych przepięknych przeżyć.

Widok z Patersberg



Panorama Deutsches Eck – posąg Cesarza Wilhelma I



Przepis na Lizbonę po studencku!

SKŁADNIKI:

- SCOPE-Program Wakacyjnych Praktyk Klinicznych IFMSA-Poland,
- 2 studentów medycyny,
- bilety lotnicze do Lizbony.

PRZYPRAWY:

- szczypta dobrego humoru,
- garść znajomości języka angielskiego,
- portugalskie słońce według uznania.

SPOSÓB PRZYRZĄDZANIA:

patrz poniżej.



Podczas pierwszej wizyty w jakimś kraju można poczuć się jak Kolumb odkrywający nieznane ziemie. Takim nowo odkrywanym lądem była dla nas Portugalia, a głównie jej stolica. To właśnie tutaj, w Lizbonie odbyliśmy nasze wakacyjne praktyki kliniczne. Ponadto, w myśl zasady „łącz przyjemne z pożytecznym”, udało nam się sprawić, że miesiąc spędzony w Lizbonie był niewątpliwie wyjątkowy i niezapomniany.



JUSTYNA FILIPIUK
MATEUSZ BILSKI
STUDENCI VI ROKU
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
UM W LUBLINIE

Przepis na udane studenckie wakacje połączone z praktykami klinicznymi? To naprawdę nie jest trudne, pod warunkiem, że człowiek wykaże odrobinę zaangażowania i dobrej woli. Mamy nadzieję, że nasze sprawozdanie podsyć Wasz studencki apetyt do działania.

Wszystko zaczęło się od tego, że od kilku lat jesteśmy działaczami IFMSA-Poland – oddziału w Lublinie. To właśnie ta organizacja studencka oraz program zagranicznych praktyk wakacyjnych – SCOPE IFMSA umożliwiła nam ten wspólny wyjazd.

Wystarczyło aktywnie uczestniczyć w życiu naszej organizacji, złożyć aplikacje na praktyki do wybranego kraju i miasta w grudniu 2009 roku oraz cierpliwie czekać, aż szczęście się do nas uśmiechnie, a wyjazd stanie się rzeczywistością. Ku wielkiej radości, w kwietniu 2010 roku dowiedzieliśmy się, że nasze aplikacje zostały pomyślnie rozpatrzone, i sierpień spędzimy w Portugalii. Jakże byliśmy uradowani... Dlaczego wybraliśmy Lizbonę? Na pewno dlatego, że położona jest na krańcu Europy, a słońce



Stara część Lizbony – Alfama

świeci tam zawsze. Przy wyborze kierowaliśmy się również faktem, iż miasto jest dużym ośrodkiem turystycznym oraz posiada bezpośredni dostęp do oceanu oraz piękne plaże.

Jak się później przekonaliśmy, Lizbona to niezwykle urokliwe miasto, które podbija serce każdego. Zachwyca przede wszystkim malowniczym położeniem wśród wzgórz nad ogromną rzeką Tag. Urzeka także kontrastem między wąskimi uliczkami Starego Miasta i otwartymi przestrzeniami. Każdy znajdzie tutaj coś dla siebie. Lizbona to

mieszanka tradycji i nowoczesności w doskonałych proporcjach. Jej ogromny urok wypływa z indywidualizmu, niespotykanego w żadnej innej europejskiej stolicy.

Nasza wakacyjna przygoda rozpoczęła się od wyczerpującej, całonocnej podróży samolotem. Zaraz po wylądowaniu na lizbońskim lotnisku zostaliśmy ciepło przywitani przez grupę studentów z *local committee*, którzy następnie zabrali nas do miejsca zakwaterowania. W wymianie uczestniczyło prawie 60 osób z całej Europy, prawdziwa

Lizbona bez tajemnic

Lizbona to miasto, którego historia bogata jest w wydarzenia tragiczne, ale również napawające optymizmem i godne podziwu. W 1755 r. miało tu miejsce potężne trzęsienie ziemi. To, co ocalało po trzęsieniu, strawiły pożary. Katakлизmy te zniszczyły niemal doszczętnie całe miasto. Zachowały się jedynie części zabudowań dwóch dzielnic Alfamy i Belem. Alfama to najstarsza dzielnica Lizbony, tworzy ją sieć drobnych uliczek biegnących od brzegów rzeki Tag po szczyt wzgórza, na którym znajduje się Castelo de Sao Jorge. Przechadzając się między starymi kamienicami, w oczy rzucają się charakterystyczne portugalskie Azulejos,

pokrywające fasady kościołów i kamienic. Są to obrazy oraz pejzaże umieszczone na kafkach, a przedstawiają historię Lizbony. Warto wstąpić do XII-wiecznej Sao Vicente de Fora zbudowanej w stylu romańskim, która została wzniesiona na cześć wyzwolenia miasta spod władzy Maurów. Również w tej dzielnicy obowiązkowo należy wybrać się do Castelo de Sao Jorge. Był on siedzibą dworu po przeniesieniu stolicy kraju z Coimbr do Lizbony. W dzisiejszych czasach zostały po nim praktycznie tylko fortyfikacje obronne. Wycieczka w to miejsce atrakcyjna jest również ze względów widokowych. Z terytorium zamku można podziwiać krajobraz całego

mieszanka kulturowa. W Lizbonie znajdują się dwa Uniwersytety z lekarskim wydziałem, toteż od samego początku zostaliśmy podzieleni na dwie grupy. Nasza grupa mieszkała w akademiku „Universidade nova de Lisboa”, ale nie byliśmy tam jedynymi rezydentami. Stacjonowała tam bowiem duża grupa studentów różnych kierunków z wymiany Socrates-Erazmus, którzy odbywali w Lizbonie swoje wakacyjne staże albo zdawali ostatnie egzaminy. Zabawnym był fakt, że przez blisko miesiąc żyliśmy w swoistej międzynarodowej wspólnotce. Na parterze akademika była wielka kuchnia z jadalnią, w której co wieczór spotykali się młodzi ludzie z całego świata, a zapachy przyrządzanych przez nich potraw i dań, przyprawiały niekiedy o zawrót głowy. Wielokrotnie uczestniczyliśmy w tradycyjnych obiadach, które były między innymi dziełem kuchni włoskiej, hiszpańskiej, bałkańskiej, mmmmmiam... pyszne!

Medycyna po portugalsku

Jeśli chodzi o zajęcia kliniczne w szpitalu, to byliśmy naprawdę pozytywnie zaskoczeni. „Hospital de Sao Jose”, w którym praktykowaliśmy, był najważniejszym centrum medycznym Lizbony i znajdował się



w ścisłym centrum miasta. Ponadto szpital był bardzo stary, a jego zabytkowe budynki liczyły sobie blisko 300 lat. Ściany szpitalnych korytarzy w wielu miejscach zdobiły Azulejos – obrazy ułożone z niebiesko-białych kafelków, które są znakiem rozpoznawczym Portugalii. Praktyki na oddziale chirurgicznym były pożytecznie spędzonym czasem. Dzięki naszej opiekun, pani doktor Luizie Quaresmie, wzbogaciliśmy medyczną wiedzę o nowe doświadczenia. Uczestniczyliśmy w badaniu pacjentów, studiowaliśmy badania laboratoryjne i zdjęcia RTG z opisami przypadków medycznych, obserwowaliśmy drobne procedury medyczne i oczywiście operacje chirurgiczne. Klinika, w której sta-

cjonowaliśmy, zajmowała się przede wszystkim pacjentami z problemami gastroenterologicznymi, więc większość operacji, które widzieliśmy, to operacje jamy brzusznej.

Wydawać by się mogło, że miesiąc wakacji, te 30 dni za granicą, w zupełności wystarczą, aby wszystko zobaczyć, zwiedzić i jeszcze odpocząć. Nic bardziej mylnego. Już po pierwszych dniach zorientowaliśmy się, że czas w towarzystwie międzynarodowej ekipy rówieśników i portugalska, jakże cudowna pogoda sprawiają, że czas płynie o wiele szybciej niż normalnie. Musieliśmy zatem jak najszybciej dokładnie zaplanować, co chcemy zobaczyć w Lizbonie i jakie inne miejsca



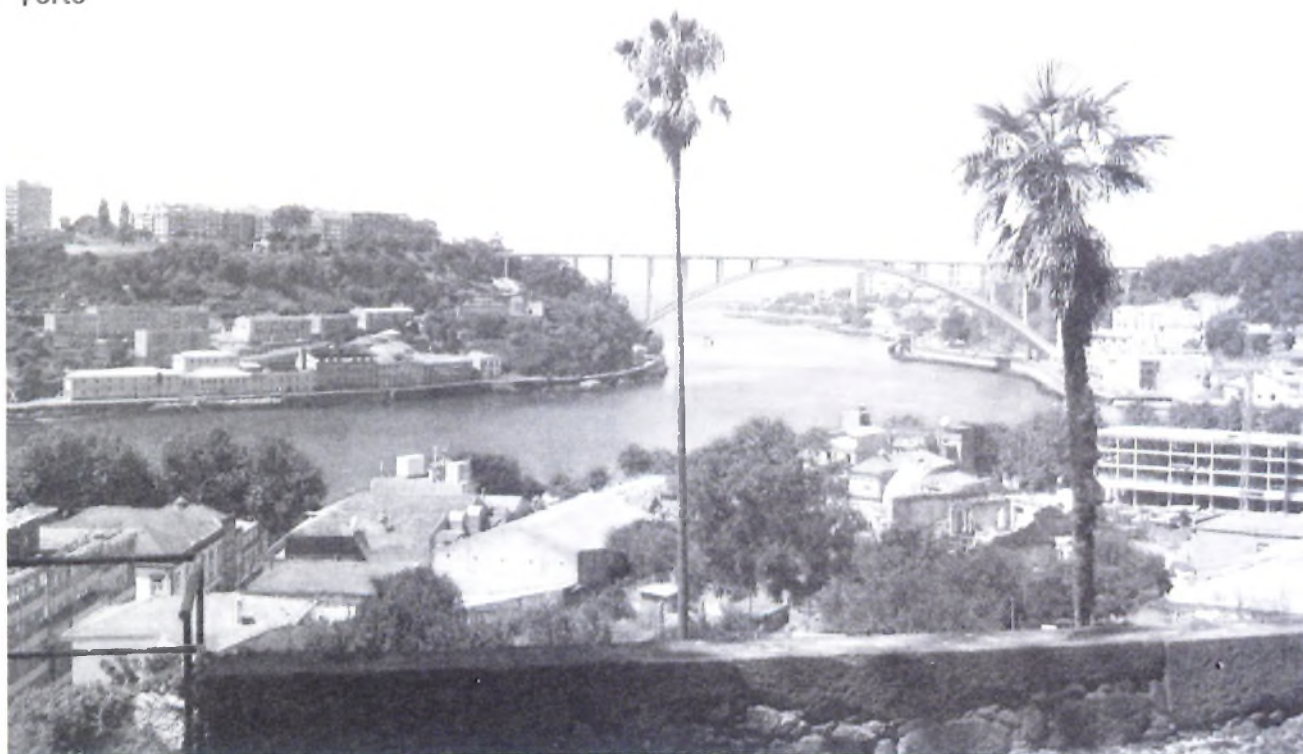
Kogut z Barcelos – symbol Portugalii

Lizbona bez tajemnic

miasta. Dopiero wtedy tak naprawdę ukazuje nam się zapierająca dech w piersiach architektura odbudowanego miasta. Jest ona efektem ciężkiej pracy zdeterminowanych ludzi pod dyktando architekta Markiza Pombala. Po stromych i wąskich uliczkach Alfamy można poruszać się również za pomocą starego, ale wspaniale odrestaurowanego żółtego tramwaju. Jest to niezapomniana przejażdżka wzdłuż najczęściej uczęszczanych ulic dzielnicy. Są one tak wąskie, że co kilka minut ma się wrażenie, że tramwaj zahaczy o pobliskie balkony, samochody czy znaki drogowe. Równie piękną dzielnicą Lizbony jest Belem, która, w odróżnieniu

od Alfamy, rozpościera się na płaskim terenie wzdłuż rzeki. Położona jest ona na obrzeżach miasta, mniej więcej w połowie trasy prowadzącej na piaszczyste plaże miejscowości Cascais. Znajduje się tu najbardziej monumentalny budynek Lizbony, a mianowicie Mosteiro dos Jeronimos. Jest on wyrazem dziękczynienia króla Manuela I za szczęśliwą wyprawę Vasco da Gamy do Indii. Powstał on w XVI w. i ukazuje w pełni piękno stylu manuelińskiego, który jest połączeniem renesansu i gotyku. Na terenie klasztoru został podpisany tak ważny dla Unii Europejskiej Traktat Lizboński. Wychodząc z klasztoru i mijając tzw. zaczarowane ogro-

Porto



z portugalskiej mapy chcemy odwiedzić. I tu z pomocą przyszedł nam *local committee* i nasza *contact person* Gi Lima. Pierwszy weekend był zarezerwowany na zwiedzanie według bogatego programu Lizbony, z uroczystymi kolacjami i imprezami w stołecznych klubach. Portugalczycy pokazali nam Lizbonę ich oczami. W kolejny weekend wybraliśmy się na wycieczkę autokarową do Porto.

Porto

Porto jest drugim co do wielkości miastem Portugalii. Stanowi bardzo ważny ośrodek biznesowy tego kraju. Trzeba przyznać, że chociaż spędziliśmy tam trzy krótkie dni, zdołaliśmy poczuć wyjątkowy klimat tego miasta. Wynajęty przez nas profesjonalny przewodnik, oprowadził nas po najładniejszych ulicach i pokazał najważniejsze zabytki miasta. Wspom-

niale zaprezentowało się **Nabrzeże Ribeira** oraz **Kościół św. Franciszka**. Trzeba przyznać, że jest to miasto o bogatej historii. Na jego obszarze znajduje się mnóstwo średniowiecznych zabudowań. Justyna: *„Była to wspaniała okazja do poszerzenia swojej wiedzy dotyczącej historii Portugalii. Miasto nie było dotknięte trzęsieniem ziemi, toteż jego średniowieczne dzieje odzwierciedlone w architekturze zachowały się po dzień dzisiejszy.*

Lizbona bez tajemnic

dy, naszym oczom ukazuje się Pomnik Odkrywców. Jest on poświęcony wielkim osobistościom zaangażowanym w odkrycia geograficzne. Kształtem przypomina on karawele. Po obu jego stronach możemy zobaczyć wykute w betonie postacie, m.in. Henryka Żeglarza, Vasco da Gamy czy Ferdynanda Magellana, patrzące w stronę oceanu. Ciekawa jest również znajdująca się bezpośrednio przed monumentem ogromna mozaika ukazująca trasy podróży portugalskich żeglarzy. Spod pomnika warto przespacerować się wzdłuż brzegu do Torre de Belem. Jest to XVI-wieczna wieża wzniesiona całkowicie w stylu manuelińskim w okresie odkryć geograficz-

nych. Należy ona do symboli żeglarskiej potęgi Portugalii, która pełniła funkcję ochronną względem portu, jak i również orientacyjną dla statków. Ciekawostką jest fakt, iż był w niej więziony generał Józef Bem, założyciel Legionu Polskiego w Portugalii.

Na każdym z placów w centralnym jego punkcie znajduje się strzelista, pięknie rzeźbiony pomnik przedstawiający zasłużoną dla Portugalii postać. Mateusz: *„Największe wrażenie zrobił na mnie plac Praca do Comercio. Lizbończycy znają go również pod drugą nazwą, a mianowicie Terreiro do Paco, gdyż przed trzęsieniem ziemi znajdował się tu pałac królewski. Na środku*



Wyjątkowym miejscem, które szczególnie przypadło mi do gustu, był również Dom Kultury o nazwie Casa de Musica. Jest to ogromne miejsce koncertowe, które stanowi najbardziej prestiżową instytucję kulturalną miasta.

Wieczorem, podczas uroczystej kolacji, mieliśmy okazję spróbować najpopularniejszych portugalskich potraw, w tym **francesinha** (rodzaj kanapki na ciepło, z różnymi rodzajami mięs, serem i sosem na bazie piwa). Ponieważ Portugalia słynie z wyrobu świętego wina, a trunek z Porto znany jest na całym świecie, to też nasza wycieczka nie mogła się obyć bez zwiedzania winiarni i degustacji. Natomiast uwieńczeniem naszej wizyty w Porto była wycieczka promem wzdłuż północnego brzegu rzeki *Douro*.

Lizbona bez tajemnic

placu znajduje się pomnik króla Józefa I na koniu, który depta węża. Od północnej strony placu znajduje się wspaniały łuk triumfalny, który prowadzi do najpopularniejszej ulicy Augusta. To magiczne miejsce było bramą do Lizbony, dopływały tu wieści i towary ze świata.

Koniecznym jest zobaczyć również nowoczesną Lizbonę, która znajduje się w dzielnicy Parque das Nações. Nazwa ta wywodzi się od licznych, bogatych w atrakcje wodne ogrodów, które przeplatają się ze strzelistymi budynkami przypominającymi pojazdy kosmiczne, a powstała w związku z odbywającymi się tutaj targami Expo '98. Główną atrakcją jest Oceanario de Lisboa,

Fatima

Czy podczas takiej wakacyjnej wyprawy do słonecznej Portugalii jest czas na chwilę refleksji i zadumy? Ależ oczywiście, w trzeci weekend wybraliśmy się do Fatimy. Fatima jest dla Portugalczyków tym, czym dla wierzących Polaków Częstochowa. Znajduje się tam przepiękna Bazylika Matki Boskiej Różańcowej wybudowana na cześć jej objawień. Mateusz: „*Fatima to wyjątkowe*



Fatima

które jest trzecim pod względem wielkości na świecie. Na jego terenie znajdują się bogate w gatunki sale tematyczne poświęcone każdemu z oceanów. Uwagę przyciąga również 140-metrowa wieża widokowa Torre Vasco da Gama przypominająca swoim wyglądem potężny żagiel. Spod wieży startuje kolejka linowa, dzięki której można z lotu ptaka podziwiać piękno dzielnicy, jak również objąć wzrokiem najdłuższy w Europie most. Jego długość to 17,2 km. Został otwarty w 500-setną rocznicę odkrycia drogi z Europy do Indii przez Vasco da Gamę.

miejsce, o wyjątkowej historii, którą najlepiej poznać i zobaczyć, udając się do Muzeum Historii Fatimskiej. W muzeum znajduje się kilkanaście pokoi, w których umieszczone są do złudzenia przypominające żywych ludzi rzeźby. Całość poukładana jest chronologicznie w sceny ukazujące

przebieg objawień fatimskich". Na placu przed bazyliką znajduje się słynny dąb, na którym objawiała się Matka Boska oraz Kaplica Objawień wraz z figurą Matki Boskiej, będącą głównym celem pielgrzymów. W koronie figury umieszczona jest kula wyciągnięta z ciała Jana Pawła

II po zamachu, gdyż papież wierzył, że życie ocaliła mu właśnie Matka Boska Fatimska. Niesamowita energia tego miejsca wylała w nasze wnętrza dużą dawkę spokoju ducha.



Nasza ekipa

Lizbona bez tajemnic

Oferta gastronomiczna Lizbony ma jedną wspólną cechę – wierność tradycji. Bogactwo ryb i owoców morza, niezwykła różnorodność gatunków kawy, wyrafinowane w smaku ciastka i słodczyce oraz lokalne wina decydują o walorach portugalskiej kuchni.

Tradycyjną potrawą z ryby jest dorsz czyli bacalhau, który podobno można przyrządzić na 365 sposobów.

Coś słodkiego? Na chwilę relaksu nadają się doskonale niezliczone pastelarie serwujące wysmienite ciasta i ciasteczka. Jednym z najpopularniejszych słodkich przysmaków Lizbony jest pasteis de nata czyli krucha tarta z kremem jajecznym. Pycha!





Most Ponte 25 de Abril niczym Golden Gate



Nowa część Lizbony



Torre de Belem



Lizbona po studencku

Czas między chodzeniem na praktyki, a zwiedzaniem pięknych zakątków Portugalii, szczególnie Lizbony, upływał nam na integracji międzynarodowej z ludźmi z wymiany. Jednym z naszych ulubionych zajęć były wyjazdy na plażę. Wokół Lizbony rozciągają się wyjątkowo malownicze plaże, jak np. **Costa de Caparica**, a specyficzny klimat i wysokie fale sprawiają, że Portugalia to raj dla surferów. Co prawda nie starczyło nam czasu, aby spróbować surfingu, ale kąpiel w oceanie i odpoczynek na złotym piasku w zupełności zaspokoily nasze wymagania.



Jak widać na załączonych obrazkach, po wymieszaniu wszystkich niezbędnych składników, dodawszy przyprawy, udało nam się stworzyć wysmienite danie czyli „Lizbonę po studencku”. Szczęściu trzeba pomagać i uwierzyć, że i Wy możecie przeżyć podobną przygodę w wybranym przez was kraju. Już dziś zachęcamy wszystkich studentów medycyny do wstąpienia w szeregi naszej organizacji EMSA-Poland, oddział w Lublinie i aktywnego działania.

Bilans działalności w roku 2009/2010 Klubu Uczelnianego AZS UM w Lublinie

To był dobry, owocny rok!



Złote medale z mistrzostw w futsalu

JOANNA FILIPIUK

STUDENTKA III ROKU ODDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO

BARTŁOMIEJ ORYBKIEWICZ

STUDENT V ROKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO

UM W LUBLINIE

Klub Uczelniany AZS UM jest aktualnie najliczniejszą organizacją działającą w naszej Uczelni. Sympatyków zjednujemy sobie uniwersalnymi celami do których należą: rozwój kultury fizycznej, promocja zdrowego stylu życia, wy-

chowanie młodzieży w atmosferze sportu i aktywności fizycznej. Obecnie klub tworzy 340 studentów, nad którymi czuwa 19-osobowy zarząd główny. W obrębie klubu prężnie funkcjonuje 13 sekcji sportowych; koszykówka, lekkoatletyka, piłka nożna, piłka ręczna, pływanie, samobrona, siatkówka, szachy, tenis stołowy, tenis ziemny, turystyka, unihokej, żeglarsstwo. Członkowie KU AZS mają możliwość trenowania na obiektach sportowych UM pod okiem swoich opiekunów. Praca

12 medali, awanse do półfinałów i finałów Akademickich Mistrzostw Polski to efekt ciężkich treningów i sportowego zamiłowania. Z sukcesów cieszą się zarówno indywidualiści, jak i całe drużyny wraz ze swoimi trenerami.

Do ważnych osiągnięć KU AZS w roku akademickim 2009/2010 zaliczyć warto także kilka sukcesów organizacyjnych.



i wysiłek włożony w treningi sprawiły, że rok akademicki 2009/2010 stał się niezwykle owocnym w sukcesy sportowe.

Sezon na sukcesy rozpoczęli Tomasz Obruśnik i Grzegorz Wojtunik, byli prezesi KU AZS UM w Lublinie. Ich wieloletnie zaangażowanie w życie AZS, trud włożony w rozwój Związku, rzetelność i pracowitość zostały docenione przez Akademicki Związek Sportowy. W czasie wyborów do zarządu AZS województwa lubelskiego zostali nagrodzeni Srebrną Odznaką.

Na II Mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych w Piłce Siatkowej Kobiet i Mężczyzn, odbywających się w Warszawie w dniach 20-22 marca, zarówno damska jak i męska reprezentacja spisały się znakomicie. Męska reprezentacja pokonała w finale drużynę z Katowic aż 3:0. Warto podkreślić, że jest to czwarty z rzędu złoty medal dla podopiecznych mgr Andrzeja Welcza. Drużyna pań zakończyła turniej ze srebrnymi medalami ulegając w meczu finałowym zawodniczkom z Poznania. Trenerką naszych dziewcząt jest pani mgr Agnieszka Kotwica. To nie jedyne sukcesy siatkarzy i siatkarek. Męska reprezentacja zajęła II miejsce w Akademickich Mistrzostwach Województwa Lubelskiego

i uzyskala awans do półfinałów strefy C, rozgrywanych w Lublinie. Tam z kolei nasi koledzy zajęli czwarte miejsce, co dało awans do finału. Tym samym panowie zostali jedną z szesnastu najlepszych akademickich drużyn w kraju. Co ciekawe, w finale byliśmy jedynymi przedstawicielami uczelni medycznych. Z kolei panie mogą pochwalić się wygranymi rozgrywek w naszym województwie oraz zakwalifikowaniem dwóch par do finału Akademickich Mistrzostw Polski w siatkówce plażowej w Gdańsku. W zawodach tych Agnieszka Latoś

i Edyta Gęśla zajęły miejsca 9-12. Nieco gorzej poszło Barbarze Bądel i Grażynie Soroce. Dziewczyny pokonały w drodze do finałów jak i w samym finale wiele drużyn, między innymi drużynę z Akademii Wychowania Fizycznego z Warszawy. W łącznej klasyfikacji zajęły wysokie 6 miejsce wśród wszystkich uczelni w kraju, oraz pierwsze miejsce i złoty medal wśród uczelni medycznych.

W ostatni weekend marca w Lublinie rozegrano II Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Futsalu Mężczyzn. Po wielu emocjonujących, a momentami nawet dramatycznych meczach mistrzostwo zdobyła drużyna naszej Almae Matris prowadzona przez dr Adama Fijewskiego. Ponadto nasi chłopcy zajęli V miejsce w AMWL i uzyskali awans do półfinałów rozgrywanych w Krakowie.

W dniach 27-28 marca br. na mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych w pływaniu nasza sztafeta w składzie Bogusław Kania (Ratownictwo Medyczne), Maciej Narożnik (wydział Lekarski), Jan Sobstyl (wydz. Lekarski), Filip Stański (fizjoterapia) popłynęła po złoty krążek na dystansie 4x50 m. Natomiast indywidualnie srebro za 50





Lekkoatleci z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

i 100 m stylem klasycznym zdobył Bogusław Kania. Na dystansie 50 m stylem dowolnym na metę pierwszy dopłynął Jan Sobstyl.

Awans do półfinałów Akademickich Mistrzostw Polski wywalczyli koszykarze trenowani przez mgr Stefana Cynke oraz piłkarze ręczni, których opiekunem jest mgr Marcin Hanzel. Piłkarce ręczne zakończyły AMWL na trzecim miejscu.

W majowych Akademickich Mistrzostwach Polski w Trójboju Siłowym naszym reprezentantem w kategorii wagowej +125 był Gabriel Krawczyk (II rok stomatologii). Nasz przedstawiciel ukończył zawody z łącznym wynikiem 735 kg, zdobywając złoty medal.

W Warszawie w dniach 28-29 maja 2010 r. na stadionie AZS AWF War-

szawa odbyły się Akademickie Mistrzostwa Polski w Lekkiej Atletyce. Po brąz w sztafecie 4x100 m pobiegli Maciej Michalak, Bartłomiej Orybkiewicz, Mateusz Stolarski i Jakub Olszowy. Największym dorobkiem może pochwalić się Maciej Michalak (student IV roku stomatologii), który stanął na najwyższym podium po biegu na 200 m oraz wywalczył srebro na dystansie 100 m. Trenerką studentów z sekcji lekkoatletyki jest pani mgr Wiesława Lipska.

Warto wspomnieć także prężnie działającą sekcję żeglarską, która



to sprawdzi swoje umiejętności na wakacyjnych Mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych w Żeglarskim.

KU AZS UM w Lublinie dba także o miejscowego ducha walki i promocję aktywnego stylu życia

organizując dla studentów Turniej Międzywydziałowy. Turniej ten składa się z wielu konkurencji. W tym roku rywalizowało ze sobą 7 drużyn z następujących kierunków: fizjoterapia, farmacja, lekarski, stomatologia, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne oraz analityka medyczna. W klasyfikacji opartej na meczach koszykówki, futsalu, uni-hokeja i tenisa stołowego na pierwszym miejscu uplasowali się reprezentanci Fizjoterapii.

Drogocenne krążki i miejsca na podium to nie wszystko, jeśli chodzi o całokształt pracy lubelskich medyków. KU AZS UM w Lublinie w roku akademickim 2009/2010 doskonale sprawdził się w roli organizatora. Po raz kolejny zarząd główny podjął się organizacji Sylwestra na nartach z AZS-em. Uczestnikami wyjazdu było aż 80 członków naszej organizacji. Wiosną klub był gospodarzem II Mistrzostw Uczelni Medycznych w Futsalu Mężczyzn. W maju wiceprezes klubu Eliza Ganczarska zaprosiła członków KU do wzięcia udziału w Majówce żeglarskiej po mazurskich jeziorach.



Maciej Michalak na podium

Największym dorobkiem w Akademickich Mistrzostwach Polski w Lekkiej Atletyce może poszczycić się Maciej Michalak (student IV roku stomatologii), który stanął na najwyższym podium po biegu na 200 m oraz wywalczył srebro na dystansie 100 m.



Drogocenne krążki i miejsca na podium to nie wszystko, jeśli chodzi o całokształt pracy lubelskich medyków.

Jak widać nasz dorobek jest całkiem pokaźny. To niezaprzeczalny dowód na to, że nadal kochamy sportową rywalizację i prowadzimy aktywny tryb życia. Trenując osiągamy wspaniałe wyniki, bo każdy z nas wie, że sukcesy to satysfakcja. Sukcesy nadają naszemu życiu barwny wyraz. Są potwierdzeniem, że to co robimy ma sens i warto wspinać się na wyżyny. To najlepsza motywacja do dalszego działania. Dzięki nim zyskujemy tak bardzo ważne w życiu doświadczenie. Jako sportowcy i działacze możemy obiecać, że nie spoczniemy na laurach! Po wakacjach zmierzmy się z nowymi wyzwaniami.



Bartek Orybkiewicz przed biegiem w sztafecie



Tomasz Obruśnik i Grzegorz Wojtunik
pogroździł srebrną odznaką AZS



Odszedł

Doktor Mirosław Klepacki

W dniu 20 marca 2010 r. zmarł dr nauk medycznych Mirosław Klepacki, długoletni pracownik Kliniki Gruźlicy i Chorób Płuc Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Urodził się 8 października 1921 r. w Baranowie Sandomierskim. Jego ojciec, Michał Klepacki, był oficerem Wojska Polskiego. Jego matką była Izabela z domu Obuchowska Klepacka.

Szkołę średnią ukończył w Liceum Ogólnokształcącym, im. T. Zana w Pruszkowie w 1939 r.; w latach 1936-39 uczestniczył w zajęciach Przynależności Wojskowej i Junackich Hufcach Pracy. W okresie okupacji hitlerowskiej, w latach 1940-1944 brał udział w ruchu oporu (ZWZ-AK, ps. Lechita, Ir) w Podobwodzie B-Puławy, jako łącznik i dowódca łączników, zajmując się kolportażem prasy konspiracyjnej, przewozem meldunków i rozkazów do jednostek AK, organizacją punktów kontaktowych, szkoleniem w Szkole Podchorążych AK i Wojskowej Służbie Kobiet. Był

komendantem i wykładowcą Tajnej Szkoły Podoficerskiej AK w Puławach. Uzyskał awans na stanowisko podporucznika rezerwy.

Równolegle uczestniczył w tajnym nauczaniu w zakresie szkoły średniej jako wykładowca matematyki, fizyki, chemii i łaciny.

W lipcu 1944 był poszukiwany przez Gestapo, jednak uniknął aresztowania.

W latach 1944-1949 studiował medycynę na Wydziale Lekarskim UMCS w Lublinie, w 1952 r. otrzymał tytuł lekarza medycyny. Był zatrudniony jako asystent w Katedrach Anatomii Prawidłowej Człowieka, Chirurgii i Farmakologii AM w Lublinie. W okresie od 6 września 1952 do 10 lutego 1955 r. był więziony za działalność w Armii Krajowej. Postanowieniem z dnia 2 lutego 1955 r. wyrok skazujący na 8 lat więzienia został uchylony przez Naj-

wyższy Sąd Wojskowy w Warszawie, który postępowanie umorzył z braku dowodów winy.

W dniu 21 stycznia 1992 r. Sąd Wojewódzki w Lublinie uznał wyrok Wojskowego Sądu Rejonowego w Lublinie z dnia 16 kwietnia 1953 r. i postanowienie Najwyższego Sądu Wojskowego z dnia 15 maja 1953 za nieważne.

Po zwolnieniu z więzienia, od roku 1955 do emerytury w r. 1990 był zatrudniony w Klinice Ftyzjopulmunologii AM w Lublinie; w r. 1959 uzyskał I stopień, a w 1965 r. II stopień specjalizacji w zakresie chorób płuc. W 1970 r. otrzymał stopień doktora medycyny (promotor: prof. dr hab. Helena Mysakowska). Tematem doktoratu była jego działalność przeciwgruźlicza jako ordynatora przychodni w Fabryce Samochodów Ciężarowych (od r. 1955).



Dziekan
Wydziału Lekarskiego
prof. dr hab. Marian Wielosz
wręcza doktorowi
Miroslawowi Klepackiemu
odnowiony dyplom
ukończenia studiów medycznych.

Poza działalnością leczniczą w Klinice, dr Klepacki prowadził badania nad szkodliwością palenia tytoniu i zajmował się aktywną propagandą antynikotynową, pełniąc funkcję przewodniczącego Sekcji Klinicznej Społecznego Komitetu Zwalczania Palenia Tytoniu. Opublikował liczne prace naukowe nt. szkodliwości palenia tytoniu. Był długoletnim członkiem Polskiego Towarzystwa Ftyzjopulmonologicznego pełniąc funkcję skarbnika w Zarządzie Oddziału Lubelskiego PTF.

Od r. 1958 był członkiem Związku Bojowników o Wolność i Demokrację. Jako sekretarz Społecznej Komisji Zdrowia zorganizował wraz ze specjalistami z zakresu medycyny Specjalistyczną Społeczną Przychodnię Kombatancką dla starających się o renty wojenne, a także związane z powojennymi walkami o niepodległość lub uwięzieniem politycznym. Lekarze ci badali kombatanów ze wszystkich organizacji kombatanckich, a zwłaszcza Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej. Po analizie uzyskanych

diagnoz tych specjalistów oraz wyników innych badań (na które kierował dr Klepacki) i po skompletowaniu dokumentacji dr Klepacki przygotowywał wnioski do ZUS-u co znacznie zwiększyło szanse na uzyskanie renty (ZUS na ogół przyznawał je z oporami). Od roku 1990 przyjmował rocznie ok. 2000 kombatanów, w następnych latach liczba pacjentów stopniowo malała. Dr Klepacki prowadził tę bezinteresowną działalność nawet w czasie, gdy jego stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu (do roku 2009).

Dr Miroslaw Klepacki za swoją działalność otrzymał liczne odznaczenia i wyróżnienia. Są to m.in. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal Zwycięstwa i Wolności, Złota Honorowa Odznaka „Zasłużony dla Lublina” i „Za zasługi dla Lubelszczyzny”, odznaki za zasługi dla ZBOWiD, Związku Inwalidów Wojennych., Akademii Medycznej w Lublinie, PSK nr 4, FSC w Lublinie, Towarzystwa Walki z Gruźlicą. Otrzymał również Złotą Odznakę Polskiego Towarzystwa

Ftyzjopulmonologicznego i medal „Zasłużony dla AM w Lublinie” oraz wyróżnienia szeregu organizacji kombatanckich – Światowego Związku Żołnierzy AK, zasłużonego dla organizacji „Wolność i Niezawisłość” (z awansem na stopień podpułkownika), Medal Wojska (1,2,3,4), Krzyż Więźnia Politycznego, Order Przelanej Krwi za Ojczyznę, pośmiertnie medal Związku Więźniów Politycznych Okresu Komunistycznego 1939-1989.

Dnia 2.II. 1950 zawarł związek małżeński z Martą Niemirską, z którą miał dwóch synów, Mariusza (ur. 15 kwietnia 1953 r.) i Krzysztofa (ur. 2 sierpnia 1957 r.); obaj synowie ukończyli studia medyczne. W 1982 r. ożenił się ponownie z mgr farm. Zofią Soczewińską.

Dr Klepacki był wzorem lekarza – społecznika. Liczni kombatanzi dzięki jego staraniom uzyskali renty inwalidzkie umożliwiające im godne życie.

Cześć Jego pamięci!

PRZYJACIELE

Inwestycje uczelniane

Medyczny rozmach oszałamia

Co tydzień prezentujemy działania inwestycyjne lubelskich uczelni. Przed tygodniem przedstawiliśmy plany Politechniki Lubelskiej. Dziś kolej na Uniwersytet Medyczny, który kończy właśnie swoją największą inwestycję, budowę Teoretycznych Zakładów Naukowych III czyli nowego Collegium Pharmaceuticum, które powstaje przy ul. Chodźki.

Collegium Pharmaceuticum to sztanदारowa inwestycja uczelni. Jej wartość to ponad 52 mln zł, z czego prawie 38 mln zł to kwota dofinansowania z programu unijnego Rozwój Polski Wschodniej. W obiekcie znajdują siedzibę wszystkie katedry Wydziału Farmaceutycznego, który zostanie przeniesiony z ulicy Staszica, co rozwiąże jego problemy lokalowe i umożliwi rozwój. – *Przeniesienie wydziału ogromnie poprawi warunki jego pracy. Stary budynek i stare instalacje ciągle przeszkadzały w uzyskiwaniu atestów* – mówi Włodzimierz Matysiak, rzecznik Uniwersytetu Medycznego.

Nowy, czterosegmentowy budynek ma powierzchnię ponad 9300m². W obiekcie zlokalizowane zostaną 72 laboratoria, 25 sal dydaktycznych i aula na 212 miejsc. Budowa gmachu rozpoczęła się w 2007 roku. Początkowo przewidywano, że zakończy się w czerwcu 2011 roku. Inwestycja jest już jednak niemal zupełnie gotowa. – *Na początku września zaczniemy przeprowadzkę ze starej siedziby Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Staszica. Tamten obiekt zostanie kapitalnie wyremontowany i zmodernizowany i stanie się siedzibą wszystkich jednostek Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, który obecnie jest rozproszony po różnych budynkach uczelni. Ta inwestycja pochłonie ok. 19-20 mln zł środków unijnych. Modernizacja potrwa do połowy 2012 roku* – mówi W. Matysiak.

Kolejną inwestycją Uniwersytetu Medycznego jest przebudowa Centrum Innowacyjnych Technologii Nanobiomedycznych (Collegium Medicum) przy ul. Radziwiłłowskiej. Ma się ona rozpocząć jeszcze w tym roku. Zostanie ukończona do końca 2012 roku. Na ten cel uczelnia pozyskała ponad 30 mln zł z programu Rozwój Polski Wschodniej. Dotacja umożliwi kapitalny remont budynku, a także doposażenie 8 katedr i zakładów w ponad 177 urzędzeń. W centrum prowadzone będą prace związane z genetyką, biologią i medycyną nuklearną. – *To bardzo ważna inwestycja z punktu widzenia mieszkańców Lublina i Lubelszczyzny. W ramach projektu zakupiona zostanie aparatura do wczesnego, bardzo precyzyjnego wykrywania raka. Najbliższe takie urządzenie jest w Warszawie lub Krakowie. Dzięki zakupowi mieszkańcy naszego regionu nie będą już musieli czekać nawet pół roku na wykonanie takiego badania. Będą je mogli zrobić na miejscu i bezpłatnie, ponieważ będziemy używać aparatury w ramach kontraktu z NFZ* – mówi Ewa Sosnowka-Tkaczyk, kierownik Zespołu ds. Funduszy Europejskich UM.

Uczelnia stara się także o środki z Programu Zielonych Inwestycji (to również pieniądze z UE, ale można je otrzymać za pośrednictwem Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej) na termomodernizację budynku przy ulicy Radziwiłłowskiej i rektoratu przy Al. Raclawickich. – *Czekamy na decyzję, ale mamy obiecujące wstępne akceptacje na przyznanie łącznie około 12 mln zł na ocieplenie budynków, wymianę stolarki okiennej, instalacji ciepłowniczej oraz zainstalowanie, tam gdzie istnieje taka potrzeba i możliwość, ogniw solarowych w tych dwóch obiektach* – mówi Włodzimierz Matysiak.

Okres wakacji uniwersytet wykorzysta na remonty akademików, w których zostaną, m.in. wymienione okna i instalacje elektryczne, a także zainstalowane dźwiękowe systemy ostrzegawcze. Ponadto wyremontowana zostanie hala sportowa przy ulicy Chodźki. Będą też wykonane inne, drobne prace w wielu obiektach uczelni. Łącznie uczelnia przeznaczy na remonty prawie kilkanaście mln zł.

JUSTYNA GRZYWACZEWSKA
NOWY TYDZIEŃ W LUBLINIE

Ilu w Lublinie jest wybitnych młodych naukowców? Dwóch

WLublinie działa pięć wyższych uczelni, a w ostatnich trzech latach...

Stypendia ministra nauki dla „wybitnych młodych naukowców” to prestiżowe wyróżnienie, ale przede wszystkim wymierne korzyści finansowe. Stypendysta przez trzy lata, co miesiąc, inkasuje 3,8 tys. zł. Idea jest taka, by, dzięki tym pieniądzom (i pensji, którą dostaje ze swojej uczelni), nie szukał dodatkowego zatrudnienia, tylko skoncentrował się na pracy badawczej. W ciągu ostatnich trzech lat resort przyznał 121 stypendiów, w tym roku 85. Kandydaci muszą mieć nie więcej niż 35 lat i znaczące osiągnięcia naukowe. Stypendium przyznawane jest w drodze konkursu, dostają je najlepsi z najlepszych. Na tegorocznej liście są silne grupy badaczy reprezentujące zarówno nauki ścisłe, jak i medyczne, przyrodnicze, techniczne, humanistyczne i społeczne.

Ilu naukowców z Lublina może liczyć na stypendium? Ani jeden. Tegoroczni liderzy to Uniwersytet Warszawski – 11 stypendiów, Uniwersytet Wrocławski i Jagielloński – po 10. Jeszcze garść danych. Otóż w ciągu ostatnich trzech lat Lublin, w którym działa pięć wyższych uczelni wywalczył... dwa stypendia. W obu przypadkach otrzymali je naukowcy z Uniwersytetu Medycznego. To prof. Jarogniew Luszczycki (2008 r.) oraz dr hab. Krzysztof Giannopoulos (2009 r.).

– Stypendium daje spokój materialny. Gdyby nie ono, musiałbym pracować dodatkowo w jakiejś szkole wyższej – mówi Luszczycki.

Jest specjalistą w zakresie patofizjologii, bada przyczyny, występowanie i leczenie padaczki. Ma 36 lat i już imponujące osiągnięcia. 120 publikacji naukowych, również w prestiżowych zagranicznych czasopiśmie. W ubiegłym roku z rąk prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego odebrał nominację profesorską, był wówczas najmłodszym naukowcem w Polsce, który otrzymał ten tytuł. Trzy lata po doktoracie zrobił habilitację.

Ilu w Lublinie, mieście akademickim, jest wybitnych młodych naukowców? Ministerstwo nauki właśnie przyznało dla badaczy stypendia w kolejnej edycji programu premiującego najlepszych. Uniwersytet Wrocławski dostanie ich dziesięć. To więcej niż przez trzy lata otrzymały wszystkie lubelskie uczelnie razem wzięte.

Wcześniej radca prawny Uniwersytetu Medycznego przygotował analizę, która odpowiedziała na pytanie – czy tak młody człowiek może się habilitować.

– Jestem absolutnym pasjonatem mojej dziedziny – przyznaje Luszczycki. – Badania pochłaniają mnie bez reszty, bywało też, że w czasie urlopu jeździłem do zagranicznych ośrodków naukowych, by podpatrzeć przy pracy najlepszych.

Dr hab. Krzysztof Giannopoulos, drugi ze stypendystów, ma 33 lata, jest immunologiem, bada nowotwory. – Bardzo mi pomogło, gdy jeszcze przed i potem, po doktoracie, byłem na stażach w uniwersytecie w Ulm. Trafiałem do młodego, ambitnego zespołu. Praca od 8 do 18, co chwila prezentacja własnych wyników. To niezwykle motywujące. Nie da się ukryć, że u nas dynamika pracy jest znacznie mniejsza.

Jedną z odpowiedzi na pytanie, dlaczego Lublin wypada tak skromnie, kryje się w liczbie wniosków, które uczelnie złożyły, ubiegając się o stypendia. Z całego kraju w tym roku było ich 300, na tym tle Lublin wypada żałośnie – miał... trzy wnioski (UM, Instytut Medycyny Wsi i Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie). Dla porównania – sam Uniwersytet Wrocławski złożył ich 33.

– To jedna z recept na sukces. Składać jak najwięcej wniosków – mówi prof. Adam Jezierski, prorektor ds. badań naukowych i współpracy z zagranicą dol-

nośląskiej uczelni, która też w poprzednich edycjach konkursu stypendialnego co roku miała kilku stypendystów. – Bo jak można wygrać w totolotka, jeżeli nie kupi się kuponu? Poza tym jest jeszcze kilka elementów. Gdy przed laty przyjechałem na rozmowę w sprawie mojego doktoratu do prof. Bogusławy Jeżowskiej-Trzebiatowskiej [wybitna fizykochemik – red.], powiedziała mi: „No dobrze, ale jak pan jeszcze przed doktoratem nie opublikuje czegoś w zachodnim piśmie, to nie mamy o czym rozmawiać.” Chodzi o to, by jak najwcześniej rzucić młodych na głęboką wodę. W końcu – najlepszych trzeba wyławiać już podczas studiów, otaczać tę kilkuprocentową elitę opieką, choć oczywiście wiem, że to niełatwe.

Na UMCS, największej uczelni w regionie, pracuje około tysiąca naukowców. Dlaczego uniwersytet nie złożył ani jednego wniosku o stypendium? – Zależy sobie sprawę, że aktywność naszych pracowników nie w każdej dziedzinie jest wystarczająca. Pracujemy, by to zmienić – odpowiada Katarzyna Mieczkowska-Czerwiak, rzeczniczka UMCS. – Zgodnie z nowym systemem oceny, który wejdzie w życie od października, punktowana będzie też aktywność w pozyskiwaniu funduszy na badania oraz stypendiów.

PAWEŁ RESZKA
GAZETA WYBORCZA LUBLIN

W Katowicach powstaje Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej

**Powstanie w ciągu dwóch lat.
Podczas oficjalnej inauguracji
zaprezentowano jego możliwości.
Obiekt w rewolucyjny sposób
będzie szkolić studentów.**

– Niewątpliwie będzie to jeden z najnowocześniejszych ośrodków dydaktycznych – pierwszy tego typu w Polsce. Znacznie podniesie jakość kształcenia naszych studentów. W Centrum znajdzie się, m.in. sześć sal symulacyjnych, symulator karetki oraz obszar symulacji przedszpitalnej, gdzie studenci będą szkolić umiejętności praktyczne, zwłaszcza w zakresie działania w stanach nagłych i zagrożenia życia na nowoczesnych symulatorach pacjenta, czyli urządzeniach symulujących prawdziwych ludzi – mówi **Izabela Koźmińska-Życzkowska**, rzecznik Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Dwukondygnacyjny budynek zostanie wybudowany w miejscu nieczynnej pralni szpitala klinicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach-Ligocie. W jego wnętrzach znajdować się będą sale dydaktyczne i nowoczesne symulatory. Nie zapomniano również o nowych technologiach. We wnętrzu znajdzie się zespół pomieszczeń wyposażonych w infrastrukturę pozwalającą na kompleksowe wykorzystanie technologii informatycznych w kształceniu studentów.

– Wzorem dla naszego projektu są amerykańskie szkoły medyczne. Pierwsze piętro będzie więc w pełni

skomputeryzowane. Znajdzie się na nim, m.in. centrum multimediów, umożliwiające dostęp do baz medycznych oraz materiałów e-learningowych, c z a s o p i s m i skryptów oraz multimedialna sala wykładowo-ćwiczeniowa wyposażona w stanowiska komputerowe z monitorami LCD, wyposażonymi w technologię wyświetlania obrazu 3D, umożliwiającą prowadzenie zajęć interaktywnych z użyciem najnowszych technologii – wyjaśnia **Marcin Chabior**, kierownik Centrum Informatyki i Informatyzacji SUM.

Dodatkowo, w ramach projektu Centrum wzbogaci się o mobilne kamery. Dzięki nim możliwa będzie rejestracja lub bezpośrednia

transmisja obrazu i dźwięku z sal zabiegowych i operacyjnych szpitali klinicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. To pozwoli na naukę, konsultacje i analizę przypadków przez studentów.

Budowa Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej kosztować będzie 33 miliony złotych. Część środków udało się pozyskać ze środków Unii Europejskiej. Zakończenie prac na Ligocie planowane jest na październik 2012 roku. Wtedy też w obiekcie zaczną się kształcić pierwsi studenci.

W oficjalnej inauguracji nowej inwestycji SUM udział wzięli: prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera – JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; prof. dr hab. n. med. Przemysław Jallowiecki – Prorektor ds. Klinicznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; prof. dr hab. n. med. Joanna Lewin-Kowalik – Dziekan Wydziału Lekarskiego Ślą-



Porady medyczne przez telefon

skiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; prof. dr hab. n. med. Wojciech Król – Dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Błażej Śmigas – Koordynator projektu i Marcin Chabior – Kierownik Działu informatyki i Informatyzacji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Nie zabrakło również samych studentów, którzy liczą, że uda im się jeszcze skorzystać z symulatorów w Centrum.

– *Mielśmy okazję zobaczyć, jak wygląda nauka na symulatorach podczas wyjazdu do Monachium. Była to nie tylko przyjemność, ale wyjazd miał ogromne znaczenie dydaktyczne. To niesamowite, że manekiny w tak realistyczny sposób oddają realia pracy w szpitalu. Dobrze, że już niedługo i nasi studenci będą się uczyć na takim sprzęcie. Szkoda tylko, że powstanie już po tym, jak ukończymy Śląski Uniwersytet Medyczny, gdyż jesteśmy na V roku – przynajmniej Gabriela Hanc, studentka V roku SUM.*

Inwestycja warta 33 miliony złotych zostanie zrealizowana w 85 proc. ze środków Unii Europejskiej. Pozostałą część dołoży Ministerstwo Zdrowia. Placówka po uruchomieniu przez 5 lat będzie szkolić tylko lekarzy. Jednak w planach uczelni jest, by po tym okresie w interaktywnych zajęciach uczestniczyły również pielęgniarki i położne.

JĘDRZEJ BOGUS
MOJE MIASTO KATOWICE

Dzięki telemedycynie polska służba zdrowia mogłaby zaoszczędzić setki milionów złotych, a pacjenci szybciej dostaliby pomoc. – Trzeba tylko przekonać do tego lekarzy i sam NFZ – uważają eksperci.

System telemedyczny – odbiór EKG funkcjonuje już w Instytucie Kardiologii w Aninie.

W Instytucie Kardiologii w podwarszawskim Aninie od lat działa całodobowy serwis monitorujący chorych na serce. Pacjentów, choć są z całej Polski, w instytucie nie ma. Każdy ma za to niewielkie urządzenie z elektrodami, którym może sam przeprowadzać badanie serca w domowych warunkach.

Takie przenośne EKG można połączyć z telefonem komórkowym i wysłać dane do systemu komputerowego w Instytucie (komórka służy tu jako modem). Tam dane zostaną zapisane w postaci elektronicznej, a dyżurny lekarz może od razu ocenić stan zdrowia chorego.

To, co u nas jest rzadkością, w krajach starej Unii powszednie – we Francji (ok. 55 tys. łóżek szpitalnych) jest już 10 tys. chorych leczącymi się pod kontrolą lekarza, ale u siebie. Telemedycyna pochłania tam ponad 2 proc. wszystkich wydatków na zdrowie. Do 2015 r. ma to być już nawet 5 proc.

Na telemedycynie skorzystają wszyscy.

• Pacjenci – każdy woli być w domu niż w szpitalu. Skrócą się kolejki na zabiegi i operacje, bo internetową listą kolejkową łat-

wiej zarządzać. Chorzy nie mogą się wpisać na nią kilkakrotnie, co jest zmartwieniem obecnego systemu.

• Skorzysta też służba zdrowia, bo dużo zaoszczędzi. Szpitale lepiej skontrolują koszty. Zmniejszy się liczba zbędnych badań, konsultacji i hospitalizacji. Poprawia się też kontrola świadczeń. A to minimalizuje nadużycia występujące podczas rozliczeń z NFZ.

Z raportu przygotowanego przez Pracodawców RP wynika, że rozwiązanie tych problemów mogłoby przynieść oszczędności na poziomie nawet 40 proc. kosztów szpitali. Jeden dzień leczenia jest bowiem trzy razy droższy niż doba w domu. Natomiast inwestycja w telemedycynę zwraca się już w ciągu dwóch do sześciu lat.

Służba zdrowia bardzo potrzebuje tych oszczędności. Europa się starzeje: z danych OECD wynika, że za 20 lat 40 proc. społeczeństwa będą stanowić osoby mające więcej niż 65 lat. To pociągnie za sobą większe wydatki na służbę zdrowia, bo osoby starsze wymagają czterokrotnie więcej badań i konsultacji lekarskich niż osoby młode. Już dziś w Europie Zachodniej wydatki na służbę zdrowia wynoszą 10-15 proc. PKB i rosną w tempie 7 proc. rocznie.

Tymczasem polska służba zdrowia ciągnie się w ogonie Europy. W rankingu „Europejski konsumpcyjny indeks zdrowia” zajmujemy dopiero 26. miejsce wśród 33 badanych krajów. Przed nami jest nawet Macedonia.

– *Kłopot w tym, że NFZ nie ma w katalogu usług telemedycznych* – mówi dr Adam Koziarkiewicz, ekspert ochrony zdrowia. Zwraca jednak uwagę, że nie ma tam też radiologii, a mimo to robi się zdjęcia rentgenowskie. Tyle, że w ramach innych usług zamówionych przez Fundusz. – *Już nawet nieduże kwoty wypłacane za usługi telemedyczne mogłyby zachęcić placówki do korzystania z nich* – przekonuje.

Niechętni telemedycynie są też często sami lekarze. – W środowiskach medycznych telemedycyna traktowana jest wciąż jako ciekawy eksperyment, a nie szansa na trwałą zmianę sposobu działania placówki i nowy standard świadczenia usług medycznych – mówi dr Koziarkiewicz.

Lekarze twierdzą, że nowe procedury zabierają im czas i odciągają od pacjentów. – *Na początku zawsze jest opór* – mówi dr Koziarkiewicz. Z biegiem czasu jest już łatwiej. – *Zwłaszcza młodszy lekarze szybko się przystosowują do takich nowinek* – dodaje.

W Polsce od dwóch lat do usług e-zdrowia przymierza się grupa TP, której właścicielem jest France Telecom. We francuskiej wersji (polska ma być bardziej zaawansowana) pacjent może przez internet znaleźć wolny termin u lekarza i zapisać się na wizytę w elektronicznym kalendarzu swojej przychodni.

Plany ma też PTC, operator sieci Era. – *Od wielu lat jesteśmy technicznie przygotowani do wdrażania usług telemedycyny. Jeśli znajdzie się partner, który zechce podjąć z nami współpracę, z pewnością nie odmów-*

wimy – zapewnia Andrzej Pomański, przedstawiciel PTC.

Telemedycyna to duży biznes. Analitycy Parks Associates i Data Monitor szacują, że światowy rynek telemedyczny był wart w minionym roku 3 mld dol. Za dwa lata ma on wzrosnąć ponaddwukrotnie – do 7,7 mld dol.

W telemedycynę sporo inwestują wielkie koncerny, jak: General Electric, Intel czy Philips. Np. opracowany przez holenderski koncern system Motiva działa tak: pacjent do domu dostaje specjalną przystawkę do telewizora oraz bezprzewodowe urządzenie mierzące tętno czy wagę. Poprzez łącze szerokopasmowe dane trafiają na serwer ośrodka medycznego, pacjenci zaś swoje wyniki mogą oglądać na ekranie telewizora, tam też mogą zobaczyć informacje wysyłane im przez pielęgniarki (np. przypomnienie o wzięciu leku czy zalecenia dietetyczne).

O swój kawałek tortu walczy też Intel i GE. Oba koncerny w ub.r. podpisały umowę o współpracy – Intel rozwija swój system Health Guide, czyli urządzenie przypominające laptop z ekranem dotykowym, które bezprzewodowo zbiera różne informacje na temat pacjenta, np. tętno i ciśnienie ze specjalnych bransoletek noszonych przez pacjenta.

GE dorzuca do tego sieć różnych czujników rozmieszczonych po domu (na razie działa w domach opieki) – sprawdzają one, jak długo pacjent śpi, jak często otwiera lodówkę, jak często chodzi do toalety, itp.

**MARCIN BOJANOWSKI
PRZEMYSŁAW POZNAŃSKI**
wyborcza.biz

Skąd student ma pieniądze? Od mamusi i tatusia

954,30 zł na miesiąc – tyle musi wystarczyć na miesiąc przeciętnemu studentowi. Trzy czwarte polskich studentów nie poradziłoby sobie bez pomocy rodziców. Dla jednej piątej to jedyne źródło utrzymania.

Co pożera studenckie pieniądze? Najwięcej, około jednej trzeciej, opłata dachu nad głową (co ciekawe, najmniej, bo 25 proc. wydają na mieszkanie studenci w Warszawie) i jedzenie (22 proc.). Resztę, mniej więcej po równo, studenci dzielą między wydatki związane z nauką, ubrania i rozrywkę.

Statystycznie najwięcej mają studenci w Warszawie – 1 186,90 zł. W Poznaniu o 300 zł mniej, Krakowie 280 zł, a Wrocławiu 200 zł. To dane z ankiety przeprowadzonej przez portal Studente.pl, wśród 1,5 tys. studentów z sześciu największych polskich miast. – *Najbogatsi wśród najbiedniejszych* – komentuje prof. Jacek Kurzępa, socjolog młodzieży ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu. Rzeczywiście, jeśli zestawimy dane z przeciętnym wynagrodzeniem w kraju – 3 316,38 zł w I kwartale tego roku, czy płacą minimalną – 1317 zł.

Trzy czwarte studentów liczy na pomoc z domu. Najczęściej po pieniądze rodziców sięgają studenci z Trójmiasta (deklaruje to 86 proc. badanych), najrzadziej zaś ze Śląska (58 proc.).

Blisko połowa studentów pracuje. W większości łączy się zajęć nie związanych z ich kierunkiem studiów. – *Studenci wiedzą, że za chwilę czeka ich zderzenie z rynkiem pracy. Dlatego część pracuje, a inni robią kilka kierunków jednocześnie, by podwyższyć swoje kwalifikacje* – mówi prof. Kurzępa.

Jako inne źródła utrzymania studenci wskazywali też stypendium, rzadziej rentę czy kredyt studencki. – *Zdarzyły się też odpowiedzi typu „utrzymuje mnie mąż” czy „wyprzedaję rzeczy na Allegro”* – mówi Piotr Kulik, współautor raportu ze *Studente.pl*.

Magdalena Patynowska, studentka zarządzania kulturą z Krakowa

W ubiegłym roku utrzymywali mnie rodzice. Dostałam z domu 1,5 tys. złotych co miesiąc. Ale znalazłam pracę i sama się utrzymuję – mam dla siebie jakieś 1,7 tys. złotych. Pracuję w korporacji, właściwie na pełen etat. Na szczęście mam indywidualny tok nauczenia na studiach, poza tym to już piąty rok, więc udaje mi się to wszystko łączyć. Zatrzymałam się w Krakowie w mieszkaniu siostry, więc wydaję tylko na opłaty (ok. 500 zł miesięcznie). Stałym wydatkiem jest samochód – mniej więcej 300-350 zł. Nie jestem dobra w oszczędzaniu, więc różnie to wychodzi. Staram się robić większe zakupy raz w tygodniu w tańszym markecie. To chyba jedyny racjonalizatorski pomysł.

Przykładowy dzień:

- śniadania nie jem, piję tylko kawę z mlekiem w domu,
- w pracy precel krakowski (1,50 zł),

- obiad – biorę do pracy to, co przygotowałam wieczorem w domu, albo jem na stołówce (7-15 zł),
- kolacja najczęściej w domu, kanapki (około 5 zł),
- wieczorne spotkanie na mieście (około 20 zł),
- czasem kino (17 zł bilet).

Radek Wojnowski, studiuje stosunki międzynarodowe w Warszawie

Nie mam stałego budżetu. Bywa różnie – od 1,7 do 2,2 tys. miesięcznie. Od rodziców co miesiąc dostaję tysiąc złotych, co zżera mi wynajem mieszkania. Sam zarabiam na opłaty (około 200 zł na media i 150 zł internet z kablówką), życie i psa (około 200 zł). Łapię się różnych fuch. Teraz np. buduję autostradę w Mińsku Mazowieckim, wcześniej stażowałem w gazecie i byłem kierownikiem w kinie. Miesięcznie wychodzi mi od 700 do 1,2 tys. zł. Czasem, jak się trafi coś ekstra, to więcej. Dorabiam jako instruktor snowboardu, ale niewiele mam zaskórniaków, bo wszystko co nadliczbowe inwestuję w żaglówkę i wychodzę na zero.

Nie mam cudownych sposobów na brak kasy. Zakupy dzielę na takie, które mogę zrobić w Biedronce i te (np. mięso), za które już trzeba zapłacić więcej.

Przykładowy dzień:

- śniadania – brak, szybka kawa w domu,
- kanapka na mieście (około 8-10 zł),
- późny obiad w domu (od 10 do 20 zł – na mieście raczej nie jadam dużych posiłków. Bardzo lubię gotować, ale zależy to od czasu i środków. Jak nie mam czasu, to kureczak z ryżem lub makaronem i gotowy sos),
- wieczorem zdarza się wypad na piwko z kolegami (od 30 do 50 zł). A bywa i więcej.

ALICJA BOBROWICZ
METRO

„Studentka pozna sponsora”

Studenci szukają sponsorów w sieci, licząc na stypendia firmowe. Otrzymują niemoralne propozycje. Bo sponsoring nie kojarzy się ze wsparciem utalentowanego studenta, tylko z zapłatą w zamian za „towarzystwo”. Ile płacą sponsorzy firmowi, którzy chcą, by student u nich pracował? A ile ci, którzy chcą czegoś innego od studenta?

„Szukam sponsora, studiuje farmację, otrzymuję stypendium naukowe. Brałam udział w kilku międzynarodowych projektach badawczych. Swoje CV i więcej informacji prześlę mailowo. Czekałam na oferty” – tak w skrócie napisała w ofercie Beata, która szukała sponsora – firmę, która mogłaby „wziąć ją pod swoje skrzydła”, czyli wypłacać stypendium w zamian za pracę w czasie studiów i po studiach. Studentka dostała kilkanaście ofert. Wszystkie dotyczyły, delikatnie mówiąc, spotkań towarzyskich. Po tygodniu usunęła anon.

Kto mnie weźmie pod skrzydła

– Jacyś faceci proponowali mi spotkanie, prosili o CV i zdjęcie. Pisali, że mój udział w kilku projektach badawczych bardzo ich podnieca, prosili o pikantne szczegóły na temat tych badań... Coś ohydneho. A ja oczywiście szukałam firmy, która mogłaby mnie wesprzeć w czasie studiów. W zamian ja pracowałabym w tej firmie. Opublikowanie oferty w Internecie było błędem. Oferta skojarzyła się jednoznacznie. Nie miałam pojęcia, że tak zostanie odebrana. Teraz wysyłam CV i oferty pracy do konkretnych firm – twierdzi Beata, studiuje w Gdańsku.

Ze sponsoringu firmowego korzysta dziś wielu studentów. Przedsiębiorstwa szukają talentów na uczelniach, inwestują w ich rozwój. Najczęściej podpisują umowę ze studentem. W zamian za wypłatę stypendium (wynosi zwykle od kilkuset złotych do 1,5-2 tys. zł, w zależności od kierunku studiów i firmy), student zobowiązuje się pracować w firmie, najczęściej też przez kilka lat po uzyskaniu dyplomu. Studenci, którzy skorzystali z tej formy wsparcia często pozostali

w firmie również po wygaśnięciu umowy stypendialnej. Pośrednikiem w zawarciu umowy najczęściej jest uczelnia. Ale zdarza się coraz częściej, że studenci szukają sponsora na własną rękę. Czasem firma bez pośredników prowadzi rekrutację – publikuje oferty w sieci lub na uczelnianej tablicy ogłoszeń.

2,5 tys. zł dla utalentowanego studenta

Na firmowe stypendia mogą liczyć najczęściej przedstawiciele kierunków ścisłych, takich jak automatyka i robotyka, ochrona środowiska, matematyka czy budownictwo. Dla przykładu student z Wydziału Inżynierii Lądowej na Politechnice Krakowskiej może liczyć na 2,5 tys. zł. Otrzymuje stypendium od firmy (zapropozowano mu) oraz z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Student z Gdańska (studiuje matematykę na Politechnice Gdańskiej) samodzielnie załatwił sobie sponsoring w jednym z banków.

– Co miesiąc firma płaci mi 400 zł, do tego mam jeszcze stypendium naukowe. Firmowe stypendium nie jest

może oszalamiające, ale ja się bardzo cieszę. Bez tych pieniędzy byłby kłopot. Musiałbym gdzieś dorabiać. Jestem zadowolony, bo bardzo chciałem pracować w tym banku. Teraz robię staż i będę też pracować przez całe wakacje, a po ukończeniu studiów przez 2 lata – mówi Tomasz.

Inny sponsoring i dużo wyższe „stypendium”

Najczęściej jednak sponsoring nie kojarzy się ze wsparciem utalentowanego studenta przez firmę. A „stypendium” wynosi wielokrotność tego, co wypłaca pracodawca w ramach umowy.

Studenci swoje towarzystwo oferują w ogłoszeniach o pracę lub w działach ogłoszeniowych „towarzyskie/sponsoring”. Za rozmowę, wyjście do kina czy firmową imprezę każą sobie słono płacić. Za dodatkowe atrakcje – sponsor musi dopłacić. Wielu studentów w taki sposób „dorabia”. Anonsów tego typu przybywa. Okazuje się, że im bardziej prestiżowa uczelnia, na której studiuje szukający sponsora, tym cena za jego towarzystwo jest wyższa.

Taka gruba,

Agnieszka ledwo na kilka kroków odeszła od lodziarni na warszawskiej Starówce, kiedy za plecami usłyszała głos nieznanego przechodnia. „Popatrz, taka gruba, a jeszcze loda je” – mówił całkiem głośno mężczyzna do swoich przyjaciół. – Od razu lód sta-

nął mi w gardle, zanim go skończyłam, czułam na sobie wzrok wszystkich przechodniów. Jakbym zrobiła coś złego – – wspomina kobieta sobotnie popołudnie na Starówce. **Nie pierwszy raz, ze względu na swoją tuszę, stała się obiektem kpin.**

Szkoda czasu na gadanie

Studentka podpisująca się na forum Vicky jest dziewczyną do towarzystwa. Pisze, że studiuje na Uniwersytecie Warszawskim i za spędzenie z nią wieczoru trzeba zapłacić 600 zł. „Kulturalna, doskonała prezencja, inteligentna, w trakcie studiów prawniczych, tylko towarzystwo, za dodatkowe – dopłata, kontakt internetowy” – pisze w swoim anonsie. Co kryje się pod owymi „dodatkowymi”?

– Jasne, że chodzi o seks. Wiele studentek w taki sposób dorabia, działają na własną rękę, umieszczają ogłoszenia, ale to bardzo ryzykowne. Mogą trafić na zboczeńca albo przestępcę, który będzie chciał ich sprzedać do domów publicznych na Zachodzie. A poza tym, tacy klienci mało płacą. U mnie w lokalu są „pracujące panie”, ale współpracuję też właśnie ze studentkami. Mają gwarancję, że prześlę im tylko normalnych facetów z dużą kasą. Mam stałych klientów. Są też klienci, którzy rzeczywiście szukają młodych kobiet jako hostessy lub jako towarzyszek na imprezach, czasem rzeczywiście nie chodzi o seks. Ale takie sytuacje należą do rzadkości. Z mojego punktu

widzenia spotkanie bez seksu się nie opłaca, szkoda czasu na gadanie. Jakie są studentki? Najczęściej zwykłe, fajne dziewczyny. Klienci nawet proszą, żeby to nie były jakieś wyuzdane osoby, w krótkich spódniczkach i z dekoltami – wyjaśnia właściciel agencji towarzyskiej z Trójmiasta, prosił o anonimowość.

Starsze panie lubią studentów

Tomek też studiuje prawo, tyle że w Krakowie. Twierdzi, że zdarzyło mu się kilka razy iść na elegancką kolację za pieniądze.

– Dorabiam jako model. I szefowa powiedziała, że mogę zarobić ekstra. Wybrałem się na kolację ze starszą, samotną, ale mającą panią. Kolacja miała charakter biznesowy, w dobrym tonie było mieć partnera inteligentnego, dowcipnego i dobrze wyglądającego. Wypadliśmy wspólnie, a zarobiłem dwa tysiące złotych w jeden wieczór. Nie było seksu, ale gdybym dostał taką propozycję, to czemu nie. Nie miałbym z tym problemu. Kobiety chcą się dobrze bawić, mają pieniądze, co w tym zle-go – mówi Tomek.

Taniec lepszy niż praca w banku

Dagmara, studentka Uniwersytetu Gdańskiego, twierdzi że dorabia tańcząc w klubie. – Studiuje zaocznie polonistykę, pracowałam w oddziale banku, ale stawki nie były zbyt duże. Okazało się, że tańcząc w nocnym klubie można więcej zarobić. Nie jestem prostytutką, to tylko taniec. Jak faceci chcą płacić, to trzeba się tylko cieszyć. Na estradzie zapowiadają mój występ pod hasłem „Przeegzaminuj studentkę”. Tańczę w toczce i biercie z frędzlem. W pewnym momencie zrzucam togię. Miesięcznie zarabiam 3-4 tys., w zależności od napiwków – pisze na forum Dagmara.

Na Cambridge się cenią

Nie tylko polscy studenci w taki sposób dorabiają. Brytyjski tygodnik studencki „Versity” opisał, w jaki sposób zarabiają studenci uniwersytetu w Cambridge. Jedna ze studentek wyznała reporterce, że będąc na pierwszym roku, zarabiała jako prostytutka. Zarabiała 50 funtów na godzinę.

KRZYSZTOF WINNICKI
wp.pl

a jeszcze loda je

Agnieszka nazywa sprawę po imieniu: – Jestem gruba. Nie puszysta ani pulchna, nie jestem też zaokrąglona, ale zwyczajnie gruba. Mam duże, tłuste uda, wielką pupę i faldy sadła na brzuchu. Agnieszka mówi o tym wprost, ale kiedy tak sama się biczuje, jakby oczyszczały jej szklić. Bo te harde słowa to tylko fasada. Mur, za którym

Agnieszka kryje swój żal, upokorzenie, wstyd i nieprzespane noce, nieraz przeplakane do poduszki.

– Bo przecież zawsze znajdziesz się ktoś, kto przypomni ci, jaka jesteś obłeśna, jaka szpetna. A to boli – mówi już bez ironii w głosie.

Ciągle uchylany szlaban na lodówkę

Od zawsze była dużym dzieckiem. Przy porodzie ważyła prawie cztery kilogramy, najwięcej na całym oddziale noworodków. Później kilogramów przybywało, ale Agnieszka sama do końca nie wie, czy to przez geny, bo cała jej najbliższa rodzina jest wagi ciężkiej, czy może przez jedzenie ciągle podtykane pod nos. Jej matka do dziś wspo-

mina, jak lekarze zalecali małej Agnieszce „szlaban na lodówkę” i jak ciągle był on uchylany, kiedy tylko córka chodziła osowiała, na wół głodna.

Po latach Agnieszka ma żal do matki, że pozwałała na słodczyce przed obiadem, a latem na lody nawet kilka razy dziennie. Sama przyznaje jednak, że i jej brakuje silnej woli. Chwytała się rozmaitych diet. A to przestawała słodzić herbatę, odstawiała makarony i chleb, nie piła mleka. Innym razem jadła tylko jaja na twardo, gotowane mięso i szpinak, a jeszcze kiedy indziej upijała się tylko wodą mineralną i ziołami. Zawsze jednak wracała do starych nawyków - słodczy, późnych kolacji, lodów na spacerze po Starówce. W końcu zawsze wracała do pierwotnej wagi, chociaż czasami udawało się jej zrzucić nawet dziesięć kilogramów. Scenariusz zawsze wyglądał tak samo.

– *Zaczynałam dietę, bo chciałam wyglądać i czuć się lepiej, chciałam zrzucić parę kilogramów. Udawało mi się, zaczynałam być zadowolona, widziałam, że regularnie tracę na wadze. Ale dla innych zawsze byłam tłusta, zawsze brzydka. Dostawałam cios i znów popadałam w depresję. Wtedy jadłam* – przyznaje kobieta, która nie chce przyznać się do tego, ile dokładnie waży.

Ciosy padały zewsząd. Od ciotki, która na rodzinnej imprezie cieszyła się, że jest szczuplejsza niż Agnieszka. Od chłopaka, z którym flirtowała. Wydawało się, że coś z tego będzie, dopóki na mieście nie spotkali jego znajomych. Koledzy rzucili kilka spojrzeń, głupkowatych uśmiezków, a adorator zawstydzil się, że „prowadza się po mieście z taką grubaską”. Nie powiedział tego wprost, ale ona to wyczuła. Przykro jej się zrobiło, tym bardziej, że prawie wtedy głodowała, poniekąd dla niego zrzuciła trochę zbędnego balastu.

Wreszcie ciosy wymierzali nieznajomi, przypadkowi przechodnie. Agnieszka dostawała je od starszej pani, która z politowaniem wpatrywała się w nią na przystanku autobusowym. Od podpitych nastolatków, którzy w tym autobusie naśmiewali się z jej „wielkiej dupy”, czy od wspomnianego wcześniej mężczyzny ze Starówki, który głośno skomentował to, że taki grubas ośmiela się jeszcze jeść loda.

Zawsze kończyło się stresem i depresją. „Złe głosy” prowadziły ją na kanapę przed telewizorem i wpychały paczkę chipsów do ręki.

Silna wola albo wielka katastrofa

Specjaliści co do tego są jednak podzieleni. Według jednej koncepcji postawa Agnieszki to doskonały przykład na to, jak osobom otyłym w walce z nadwagą potrzebna jest zewnętrzna motywacja, akceptacja osób trzecich, które zauważają szczuplejszą sylwetkę, smuklejszą twarz, słowem zachęcają do dalszego stosowania reżimu kalorycznego. We-

dlug innego scenariusza ktoś, kto dostrzega u siebie efekty diety łatwo popada w samozadowolenie i popuszcza pasa. Jeśli ma tendencje do tycia, katastrofa gotowa.

– *Kiedy strata kilku czy kilkunastu kilogramów jest już zauważalna, motywacja do dalszego odchudzania, trzymania diety spada. Dla wielu osób styl życia oparty na diecie w dłuższej perspektywie czasu jest niemożliwy do zaakceptowania. Nieprzychylnie i często przykre opinie wypowiedziane nawet przez nieznajome osoby traktowane są jako forma usprawiedliwienia powrotu do starych nawyków, złego sposobu odżywiania. Nie wydaje mi się jednak, żeby był to realny powód* – mówi nam profesor Andrzej Kokoszka, psychodiabetolog związany ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie.

Szkopuł w tym, że fora internetowe dla puszystych aż puchną od zwierzeń ludzi otyłych, którzy ze względu na swoją tuszę stali się obiektem kpin.

Iza: „Mimo, że od początku liceum nie słyszałam ani jednej obelgi pod moim adresem, to i tak widzę odrazę w ich oczach. Prześladują mnie te ich rybie oczka, które testują każdy gram tłuszczu na moim ciele, każdą fałdkę. Wstydzę się wychodzić z domu, ponieważ boję się kąśliwych uwag, kpin, śmiechu. Ukrywam zwały tłuszczu pod czarnymi, workowatymi ciuchami. Jestem inteligentna, można ze mną rozmawiać na wiele tematów, ale nikt tego nie widzi, poza obrastającym mnie sadłem. Jestem sama ze swoimi walkami i bardzo cierpię. Staram się odchudzać, ale nie mam dość siły i samozaparć, aby odjąć sobie tego balastu z ciała”.

Dorota: „Chciałam kupić sobie sukienkę na chrzest, byłam dumna z tego, że od porodu schudłam dziesięć kilo. Kiedy weszłam i wybrałam tę moją wymarzoną sukienkę i już miałam iść do przymierzalni, za sobą usłyszałam głos sprzedawczynie. Mówiła, że sukienka będzie na mnie za mała i jej sklep nie ma wielkich rozmiarów, trzeba będzie iść do innego, a ona nie chce mieć porwanego ubrania. Kazala mi wyjść przy wszystkich. Znowu stałam się tą małą dziewczynką, która się bała samej siebie”.

Podobne historie można mnożyć. Otyli unikają basenów, żeby nie przykuwać spojrzeń, gdy rozbierają się do kostiumu kąpielowego. Zakupy w galeriach handlowych też robią pośpiesznie, żeby nie słyszeć od kolejnego sprzedawcy w kolejnym sklepie – „pani rozmiaru na pewno nie będziemy mieli”. Uskarżają się na to, że są dyskryminowani na rynku pracy, bo wiele firm stawia na prezencję swoich pracowników i choć nie mówią wprost, że chodzi o tuszę, to po rozmowie kwalifikacyjnej rekruterzy grzecznie informują otyłego kandydata, że poszukują pracownika o innym profilu.

Do wylewności w wirtualnej przestrzeni bardziej skłonne są kobiety, ale to nie oznacza, że problem nie dotyczy panów.

Zakład: poderwać grubasa

– *Myślisz, że grubasowi łatwo jest poderwać jakąś fajną dziewczynę? Nie chodzę na dyskoteki, bo i tak podpieralem ścianę. Na prywatkach też czuję się skrępowany. Wszyscy zaczynają tańczyć, a ja mam wrażenie, że każdy patrzy tylko na to, jak trzęsie mi się brzuch* – mówi Sebastian, trzydziestolatek z ponad dwudziestokilogramową nadwagą.

Doskonale pamięta, jak kilka lat temu w jednym z łódzkich pubów zagadała go szczupła blondynka. Zaczęli rozmawiać, flirtować. Sebastian nie zorientował się, że padł ofiarą żartu, ponieważ dziewczyna założyła się ze swoimi znajomymi, że poderwie „tłuściocha”. Wyczuł spisek dopiero wtedy, kiedy towarzystwo pękało już ze śmiechu. Od blondynki na koniec usłyszał, że jest „obleśnym grubasem”.

– *Poczułem się jak szmata* – przyznaje. – *Nic nie poradzę na to, że mam problemy z tuzą. Chodzę regularnie na basen, jeżdżę na rowerze, trochę biegam, ale nie potrafię zrzucić nadwagi. Stosowałem też kilka diet, ale byłem po nich osłabiony, źle się czułem. Nie zamierzam się głodzić. Zostanę grubasem* – dodaje Sebastian.

Zdaniem Anny Rudnickiej z Polskiego Towarzystwa Dietetyki, Polacy nie potrafią stosować diet. – *Zamiast korzystać z porad doświadczonych dietetyków, głodzą się albo wyszukują diet w kolorowych pismach. Do tego brakuje im silnej woli, szybko tracą zapał do zrzucania zbędnych kilogramów. Ale i tak najgorsze jest to, że wielu np. rodziców nie dostrzega w ogóle problemu nadwagi u swoich dzieci* – mówi nam Rudnicka.

Polacy przybierają na wadze

A statystyki są przerażające. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że otyłość lub nadwagę ma już co drugi Polak. Problem coraz bardziej dotyczy dzieci i nastolatki. Z badań Centrum Zdrowia Dziecka wynika, że średnio co piąty uczeń – od szkoły podstawowej do liceum – ma problemy z nadwagą i otyłością.

– *Doganiamy Niemcy i Stany Zjednoczone. Do tej pory dość chętnie chwaliliśmy się tym, że w naszym kraju nadwaga i otyłość są znikome. Natomiast tempo wzrostu, które jest prawie sześć razy większe niż w roku ubiegłym, świadczy o tym, że trzeba temu przeciwdziałać* – mówiła na majowej konferencji poświęconej problemowi otyłości minister zdrowia Ewa Kopacz.

Tymczasem, jak pokazują badania Państwowej Inspekcji Sanitarnej, aż 82 proc. rodziców dzieci z nadwagą nie dostrzega problemu u swoich pociech.

MACIEJ STAŃCZYK

Onet.pl

Świadczenia umiejętności dla lekarzy

Na posiedzeniu Rady Ministrów przyjęto założenia do projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Zmiany mają dotyczyć uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenia zawodowego.

Zgodnie z propozycją Ministerstwa Zdrowia, wprowadzony zostanie system uzyskiwania przez lekarzy umiejętności, które będą potwierdzone świadectwami zdobycia określonych kwalifikacji i kompetencji zawodowych. Świadczenia umiejętności mają być zdobywane znacznie szybciej, niż specjalizacje. Czas trwania szkolenia z zakresu umiejętności będzie wynosić od pół roku do dwóch lat.

Nie oznacza to jednak, że lekarze nie będą mogli robić specjalizacji w systemie dotychczasowego szkolenia. Proponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie szybszego i większego dopływu do systemu opieki zdrowotnej lekarzy, którzy będą wykonywać część świadczeń realizowanych do tej pory jedynie przez lekarzy specjalistów.

Zgodnie z założeniami, koszty szkolenia i egzaminu będą pokrywać lekarze lub podmioty, które skierują lekarza na szkolenie. Zakłada się, że dla każdej umiejętności egzamin będzie przeprowadzany jeden raz w roku. Centrum Egzaminów Medycznych opracuje zagadnienia i pytania testowe, a następnie przeprowadzi państwowy egzamin umiejętności. Do zadań Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego należeć będzie opracowanie programów umiejętności, prowadzenie akredytacji podmiotów prowadzących szkolenia, prowadzenie rejestrów lekarzy uczestniczących w szkoleniach.

W projekcie nowelizacji ustawy zostaną określone formy szkolenia zawodowego lekarzy pozostających w stosunku pracy lub służby. Przyjmuje się, że szkolenie będzie się odbywać w ramach płatnego urlopu szkoleniowego. Zakłada się, że uznawane mają być szkolenia

▶ odbyte uprzednio w Polsce lub za granicą jako odpowiadające realizacji całości lub części programu danej umiejętności i dopuszczenia lekarza do egzaminu. Minister zdrowia określi w rozporządzeniu katalog specjalizacji, których posiadanie ma być uznane za równoważne z posiadaniem określonych umiejętności.

Zgodnie z założeniami, w projekcie znajdują się przepisy określające szczegółowe zasady akredytacji jednostek prowadzących szkolenia w zakresie umiejętności.

Przyjmuje się, że akredytacja będzie udzielana na 5 lat. Nadzór nad jednostką posiadającą akredytację ma sprawować dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. On też będzie podejmował decyzję w sprawie wniosku lekarza o uznaniu szkoleń krajowych lub zagranicznych (w całości lub części) za równoważne ze zrealizowaniem programu przewidzianego dla danej umiejętności.

PAP

Dramat: Nadchodzi niż demograficzny

W ciągu ostatnich trzech lat zbankrutowało 10 spośród ok. 350 prywatnych uczelni. Do roku 2025 zniknąć może nawet co trzecia.

Między wyższymi uczelniami zaczęła się wojna na śmierć i życie, pisze „Dziennik Gazeta Prawna”.

Nadchodzi niż demograficzny i szkoły prześcigają się w pomysłach przyciągnięcia maturzystów, a nawet przeciągnięcia do siebie studentów z innych uczelni. Do łagodnych środków zachęcających – jak zniżki na czesne, stypendia, prezenty w postaci laptopów, kartów na fitness czy kręgle – dochodzą działania zaczepne.

Na biurko minister nauki i szkolnictwa wyższego trafił właśnie list podpisany przez studentów Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi o „akademickich hienach, które wychodzą na wierzch, gdy zauważą kryzys u sąsiada”.

Awantura wybuchła, gdy kierunek pedagogiczny na AHE został

negatywnie oceniony przez Państwową Komisję Akredytacyjną. Natychmiast kilka innych szkół z regionu zaczęło zabiegać o studentów zagrożonego wydziału, wabiąc ich brakiem wpisowego czy „wyrozumiałą kadrą”.

Przykładów „DGP” podaje więcej i dodaje, że wszystkiemu winien niż demograficzny. **Według prognoz GUS, do końca 2015 r. liczba osób w wieku 19-24 lata spadnie z 3,6 do 2,8 mln, a w 2020 r., w największym dołku, będzie ich jeszcze o 500 tys. mniej. Dla uczelni oznacza to katastrofę.**

INTERIA.PL/PAP

Świadectwa umiejętności zamiast specjalizacji

Ministerstwo zdrowia zamierza odejść od kategoriycznego wymogu posiadania przez lekarzy specjalizacji. Przedstawiło projekt zmian prawnych, dzięki którym do wykonywania konkretnych świadczeń wysoko specjalistycznych wymagane będzie „świadectwo umiejętności”, które będzie można uzyskać znacznie łatwiej niż stopień specjalizacji.

W czerwcu Ministerstwo Zdrowia opublikowało założenia do projektu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Planowane zamiany mają dotyczyć zasad uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenia zawodowego.

Konieczność wprowadzenia zmian w dotychczasowym systemie kształcenia podyplomowego lekarzy, Ministerstwo Zdrowia tłumaczy faktem braku odpowiednio wykwalifikowanej kadry medycznej. Medyków brakuje nie tylko w Polsce, podobne tendencje obserwuje się także na całym świecie. Na taki stan duży

wpływ ma aktualna sytuacja demograficzna oraz możliwość pracy poza granicami kraju. Przed kilkoma laty europejski rynek pracy „otworzył się” na polskich specjalistów, w związku z czym wielu z nich wyemigrowało. Kolejnym czynnikiem jest wejście w życie unijnych przepisów dotyczących ograniczenia czasu pracy do 48 godzin tygodniowo.

Ministerstwo Zdrowia dostrzegając powyższe problemy postanowiło zareagować i stworzyć projekt ustawy, która pozwoli zapłacić powstałe luki w kadrach medycznych. Resort zdrowia podkreśla, że aktualne regulacje, dotyczące umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych

świadczeń zdrowotnych, zawarte w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie spełniają swojej roli, w związku z czym należy je zmienić. W efekcie lekarze będą mogli zdobywać świadectwa umiejętności znacznie szybciej niż specjalizację.

„Nowo opracowana ustawa ma stworzyć podstawy prawne do wprowadzenia systemowych rozwiązań pozwalających na uzyskiwanie przez lekarzy świadectw posiadanie przez nich umiejętności. Skutkować to powinno większą dostępnością do usług medycznych i zmniejszeniem kolejek oczekujących”, czytamy w uzasadnieniach do założeń projektu.

(PAP)

Choroba studentów medycyny

Przypadłość dotykająca większość przyszłych lekarzy. Polega na tym, iż studenci dostrzegają u siebie objawy chorób, o których właśnie się uczą. „Poszedłem kiedyś do biblioteki i wypożyczyłem książkę o diagnostyce żeby przygotować się na kolokwium. Okazało się, że posiadam wszystkie opisane dolegliwości, może oprócz pylicy, choroby zawodowej górników. Przyszedłem do biblioteki jako zdrowy człowiek, wyszedłem jako obłożnie chory” śmieje się jeden ze studentów.

Co ciekawe, ostatnio modne stało się zjawisko diagnozowania chorób na podstawie opisów na forach internetowych. Wielu czytelników szybko zauważa u siebie opisywane „objawy”. Lekarze ostrzegają, by nie wpadać w panikę po przeczytaniu takiego forum. W razie wątpliwości konieczna jest wizyta u specjalisty. Pamiętajmy, że aby zdiagnozować chorobę potrzebne jest całe spektrum objawów, a nie tylko jeden lub dwa.

www.niewiarygodne.pl

Śmiech Eskulapa



- Przykro mi, ale wykryłem u pana piasek w nerkach, wodę w kolanie, wapno w żyłach, no i kamienie w woreczku...
- Nic, panie doktorze, tylko się budować...
- Wyniki analiz są bezlitosne - mówi lekarz do pacjenta.
- Od dziś koniec z papierosami, alkoholem, kobietami...
- Boże, to mam zapomnieć, że jestem mężczyzną?...
- Ależ skąd... Golić się pan może kilka razy dziennie.

Późnym wieczorem pielęgniarka podchodzi do pacjenta samotnie oglądającego telewizję.

- Idziemy do łóżka - mówi szeptem, by nie pobudzić śpiących już pacjentów.
- Dobrze siostró - odpowiada radosnym szeptem chory. - Ale co będzie, jak nas ktoś przyłapie?...
- Mamo, jakie jest lekarstwo na miłość od pierwszego wejrzenia - pyta dorastająca córka.
- Spójrzec drugi raz, córeczko...

Powiedzieli o zdrowiu

Istnieje tylko jeden powód choroby - trująca toksemia, która powstaje w organizmie poprzez złe nawyki życiowe i niesprawny proces wydalania.

ARRUTINOT LANE

Pacjent ma szczęście, jeżeli lekarz przepisze mu jedynie dietę i zaleci picie czystej wody, a resztę pozostawi dobrej matce naturze.

IMMANUEL KANT

Ten, kto chce pozostać w dobrym zdrowiu, powinien unikać smutnych nastrojów i zachowywać radosny umysł.

LEONARDO DA VINCI

Zdrowie nie jest wszystkim, ale bez zdrowia wszystko jest niczym.

KS. JAN TWARDOWSKI

Ludzie umierają na lekarstwa, nie na choroby.

MOLIER

Zdrowie jest tym czynnikiem, który dodaje wartości wszystkim zerom w życiu.

BERNARD FONTENELLE

Nie ma lekarstwa, które wyleczyłoby z tego, czego nie leczy szczęście.

GABRIEL GARCIA MARQUEZ

Im lepszy lekarz, tym więcej zna bezwartościowych lekarstw.

BENJAMIN FRANKLIN

Ogólnie wiadomo, że antybiotyki nie są zupełnie bezpieczne. Mimo to traktuje się je jako cud, choć w rzeczywistości skracają one ludzkie życie.

ARRUTINOT LANE

Wolność i zdrowie są do siebie podobne; zna się dobrze ich cenę, kiedy nam ich brak.

HENRY FRANÇOIS BECQUE

KWARTALNIK
ALMA mater

Adres redakcji: Rektorat UM, 20-095 Lublin, Al. Raclawickie 1, pok. nr 132, tel. + 48 81/528 84 48

Redagują: Dr n. med. Włodzimierz Matysiak oraz współpracownicy

Skład, łamanie, druk: EXPOL Wrocławek

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, możliwości skracania i adiacji tekstów oraz doboru ilustracji.

Wakacje

NA BIESZCZADZKIM SZLAKU



**Rajd, rajd, bieszczadzki rajd,
Czy to słońce, czy to deszcz,
Idziesz z nami przyjacielu,
Bo sam tego chcesz.**





A. Główniak - 4pa 08