

WZEMPLARZ
BEZPŁATNY

Alma Mater



AKADEMIA MEDYCZNA W LUBLINIE

NR 3 (20) ROK VI

ISSN 1230-0497

LIPIEC – WRZESIEŃ 1996

CENA 1,5 ZŁ



PROF. DR HAB. DR H.C. ZDZISŁAW KLEINROK
REKTOREM AM NA KADENCJĘ 1996 - 99

30 sierpnia br. odbyło się uroczyste przekazanie przez ustępującego Rektora prof. dr hab. Mariana Kazimierza Klamutę insygniów władzy Rektorowi – Elektowi prof. dr hab. dr h.c. Zdzisławowi Kleinrokowi



WŁADZE LUBELSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ NA KADENCJĘ 1996-99



Jego Magnificencja Rektor
prof. dr hab. dr h. c. Zdzisław Kleinrok



Prorektor do spraw nauki
prof. dr hab. Maciej Latalski



Prorektor do spraw studenckich
prof. dr hab. Alicja Sawa



Prorektor ds klinicznych i szkolenia podyplomowego
prof. dr hab. Jan Oleszczuk



Dziekan Wydziału Lekarskiego
prof. dr hab. Andrzej Papierkowski



Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
prof. dr hab. Kazimierz Główniak



Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego
prof. dr hab. Krzysztof Turowski

Z prac i posiedzeń Senatu

Wysoki Senat rozważał i postanowił co następuje: powołać na stanowisko kierownika Międzywydziałowej Katedry Zdrowia Publicznego prof. dr hab. Macieja Latałskiego, na stanowisko kierownika Kliniki Patologii Noworodków i Niemowląt I Katedry Pediatrii prof. dr hab. Hannę Chrząstek-Spruch, na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Kardiologii prof. dr hab. Teresę Widomską-Czekająską, na stanowisko kierownika Katedry Radiologii prof. dr hab. Mariana Kazimierza Klamuta, na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Neurologii prof. dr hab. Zbigniewa Stelmasiaka, na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Okulistyki prof. dr hab. Zbigniewa Zagórskiego, na stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków prof. dr hab. Hannę Hopkałę. Senat podjął uchwałę o przedłużeniu zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego: dr hab. Andrzejowi Papierkowskiemu, dr hab. Zofii Bieganowskiej-Klamut, dr hab. Franciszkowi Woźniakowi, dr hab. Edwardowi Zderkiewiczowi, dr hab. Halinie Jarnickiej-Stanios i dr hab. Teresie Wawrzynowicz. Senat zaakceptował stosowną uchwałę wnioski dotyczące mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego dr hab. Teresy Bachanek, dr hab. Marii Słomki, dr hab. Grażyny Wójcik, dr hab. Ryszarda Kocjana. Przyjęto uchwałę w sprawie likwidacji Stołówki Pracowniczej w Collegium Medicum. JM Rektor zaproponował Senatowi przyjęcie uchwały w sprawie odznaczenia Medalem „Zasłużony dla Akademii Medycznej” Głównej Biblioteki Lekarskiej, Instytutu Kardiologii w Aninie oraz Centrum Zdrowia Dziecka. Wysoki Senat zaakceptował uchwałę konieczność uregulowania należności wobec firmy GE. Senat przyjęła uchwałę w sprawie nadania Jimowi Edgarowi, Gubernatorowi Stanu Illinois tytułu Doktora Honoris Causa. Zaprobował też wniosek w sprawie mianowania na stanowisko profesora zwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka prof. dr hab. Zygmunta Urbanowicza. JM Rektor prof. Marian Kazimierz Klamut złożył serdeczne gratulacje Rektorowi - Elektowi prof. dr hab. dr h.c. Zdzisławowi Kleinrokowi z okazji nadania Mu tytułu Doktora Honoris Causa Śląskiej Akademii Medycznej.

Nowowybrany Senat (na kadencję 1996-1999) na swym pierwszym posiedzeniu rozpatrywał kwestię przyjęcia kandydatów na studia w terminie odwoławczym oraz możliwość powołania w Uczelni płatnych studiów wieczorowych. Najwyższe ciało uchwałodawcze AM postanowiło w tym względzie stosownymi uchwałami co następuje: zwiększyć o 15 osób listę studentów pierwszego roku Wydziału Lekarskiego (studia dzienne, bezpłatne - dotyczy osób z brakującym 1 punktem), zwiększyć o 9 osób liczbę przyjętych na studia dzienne stomatologiczne (bezpłatne) w oparciu o podobną zasadę (brakujący 1 punkt), zwiększyć o 15 osób liczbę przyjętych na 1 rok oddziału analityki medycznej Wydziału Farmaceutycznego (studia bezpłatne) a ponadto - utworzyć na Oddziale Zaocznym Wydziału Pielęgniarskiego dla 15

osób (położne) nowy kierunek studiów wyższych (płatnych) oraz na Wydziale Lekarskim dla 40 osób płatne studia wieczorowe, jak też dla 20 osób na stomatologii oparte na podobnych zasadach (płatne studia wieczorowe). Senat dopuścił możliwość ubiegania się o przyjęcie na płatne studia wieczorowe kilku ubiegiorocznych kandydatów procesujących się z Uczelnią w NSA.

Tytuły profesorskie

Z największą przyjemnością komunikujemy, że prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył 29 maja br. trojgu pracownikom naukowym naszej Uczelni dyplomy honorujące uzyskanie tytułu profesora. Otrzymali je Maria Bieganowska, Barbara Lecewicz-Toruń oraz Zbigniew Stelmasiak.



Dyplom profesora otrzymuje prof. dr hab. Maria Bieganowska.



Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręcza akt nadania tytułu profesora prof. dr hab. Barbarze Lecewicz-Toruń.



Prof. dr hab. Zbigniew Stelmasiak otrzymuje z rąk Prezydenta RP dyplom profesora.



24. Sympozjum Sekcji Ortopedii Szczękowej

W dniach 11-14 września toczyły się w Lublinie obrady 24. Sympozjum Sekcji Ortopedii Szczękowej, w których uczestniczyło 400 specjalistów z kraju i zagranicy (Czechy, Finlandia, Kanada, Niemcy, Ukraina, Wielka Brytania). Wygłoszono 80 prac i doniesień naukowych. W towarzyszącej Sympozjum okolicznościowej wystawie uczestniczyło kilkanaście firm reprezentujących producentów i dystrybutorów sprzętu stomatologicznego. Wydarzeniem stało się powołanie do życia Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego (dotychczas istniała jedynie Sekcja Ortopedii Szczękowej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego) z siedzibą pierwszego zarządu w Lublinie (na czele którego stanęła prof. dr hab. Anna Komorowska). W oka mgnienia rozeszły się wśród uczestników materiały organizacyjne (300 kompletów składających się ze statutu i deklaracji okazało się przy tak wielkiej popularności nowopowstałego towarzystwa zbyt małym pakietem).

Obrady - jak powiedziała nam prof. dr hab. Anna Komorowska - miały charakter jubileuszowy. W tym roku przypada bowiem 45-lecie Sekcji Ortopedii Szczękowej PTS. Za cztery lata tj. w 2000 roku podczas Światowego Kongresu Ortodontji w Chicago będzie obchodzona uroczystość 100 rocznica istnienia ortodontji jako dyscypliny medycznej. W ubiegłym roku delegacja polska w składzie: prof. dr hab. Anna Komorowska i dr med. Izabella Dunin-Wilczyńska zgłosiła akces przystąpienia Polski do Światowej Federacji Ortodontów.

Tematyka Sympozjum koncentrowała się wokół problemów transformacji (sięgania po nowe technologie lecznicze oraz metody diagnostyczne), współczesnego wdrażania wczesnych metod leczniczych w ortodontji (celem takiego działania ma być uniknięcie ciężkich zabiegów operacyjnych w obrębie twarzy), obejmowała również prezentację wyników badań ortodontycznych prowadzonych u pacjentów z manifestacją objawów w obrębie twarzy.

Obradowali reumatolodzy

W drugiej dekadzie czerwca debatowali w Lublinie reumatolodzy - uczestnicy XVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Wzięło w nim udział 800 osób, w tej grupie znaleźli się także goście zagraniczni z Czech, Francji, Holandii, Niemiec, Słowacji, Szwajcarii, Węgier, Włoch i Wielkiej Brytanii.

Gospodarzem Zjazdu była tym razem lubelska Katedra i Klinika Reumatologii oraz kierujący nią prof. dr hab. Leszek Szczepański. Program obejmował 8 głównych tematów. Dyskutowano między innymi wokół układowych chorób tkanki łącznej, leczenia w chorobach reumatycznych, epidemiologii wspomnianych schorzeń, zespołów bólowych narządu ruchu (w ramach tzw. forum lekarza praktyka).

Wyłoniono podczas Zjazdu nowy Zarząd PTR. Jego prezeską została prof. dr hab. Anna Filipowicz-Sosnowska, v-ce prezesami zaś prof. dr hab. Krystyna Bernacka z Białegostoku i prof. dr hab. Leszek Szczepański. Godność Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego powierzono: prof. dr hab. Henryce Małykowej, prof. dr hab. Stanisławowi Luftowi oraz prof. Witalisowi Dąbrowskiemu (Szwecja) i prof. Wol-



Przemawia prof. dr hab. Leszek Szczepański - kierownik Katedry i Kliniki Reumatologii lubelskiej AM

fgangowi Müllerowi (Szwajcaria).

Był to największy z dotychczasowych zjazdów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i - zdaniem uczestników - najbardziej udany. Organizatorzy zebrali wiele gratulacji, słów uznania. Po raz pierwszy wykorzystano jako obiekt kongresowy... Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM, okazało się, mogące świetnie pełnić tego typu funkcję obok swej podstawowej. Nie mała w tym zasługa dr Andrzeja Peplowskiego, który rad dziś nadał używać hali kongresmenom.

Otwarcie Pracowni Hemodynamicznej w Klinice Kardiologii

17 września br. otwarto w Katedrze i Klinice Kardiologii Pracownię Hemodynamiczną. Ośrodek kliniczny wzbogacił się o cenną aparaturę firmy PHILIPS. Posłuży ona kompleksowej diagnostyce pacjentów przygotowujących do zabiegów kardiochirurgicznych. Posiadany sprzęt umożliwia również uprawianie tzw. kardiologii interwencyjnej, czyli wykonywanie np. przeszskórnej trombolistyki naczyń wieńcowych oraz protez naczynio-



Goście zwiedzają Pracownię Hemodynamiczną

wych. Warto podkreślić spory udział w sfinansowaniu przedsięwzięcia władz województwa lubelskiego i WSK PZL Świdnik oraz Zakładów Azotowych w Puławach. Niemalże zaangażowanie w realizacji tej inwestycji wykazał zespół Katedry i Kliniki Kardiologii na czele z jej szefem prof. dr hab. Marianem Markiewiczem.

W uroczystym otwarciu pracowni udział wzięli: Arcybiskup Metropolita Lubelski Ksiądz prof. dr hab. Bolesław Pylak, wicewojewoda lubelski mgr Wiesław Brodowski, specjaliści krajowi - do spraw kardiologii prof. dr hab. Zygmunt Sadowski oraz do spraw kardiologii prof. dr hab. Antoni Działkowiak. Honory gospodarza czynili Jego Magnificencja Rektor prof. dr hab. dr h.c. Zdzisław Kleinrok oraz prof. dr hab. Marian Markiewicz. W okolicznościowych wystąpieniach zebrani akcentowali rolę i znaczenie tego typu wysokospecjalistycznej placówki w opiece zdrowotnej miasta, województwa i makroregionu.

XXXI Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa

Ortopedycznego i Traumatologicznego

W drugiej dekadzie września br. zjechali do Lublina ortopedzi i traumatolodzy, aby wziąć udział w XXXI Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. 734 uczestników (w tej grupie znalazła się silna, ok. 200 osobowa reprezentacja przedstawicieli tej dyscypliny z makroregionu), wśród których było obecnych 54 gości zagranicznych, obradowało m.in. na temat nowotworów narządu ruchu, uszkodzeń wielomiejscowych.

Zjazdowi, który z dużym sukcesem zorganizowała Katedra i Klinika Ortopedii lubelskiej AM, kierowana przez prof. dr hab. Krzysztofa Modrzewskiego wspólnie z Katedrą i Kliniką Ortopedii Dziecięcej (kierownik: prof. dr hab. Tomasz Karski) oraz Katedrą i Kliniką Rehabilitacji



Siedzą od lewej: prof. dr hab. Andrzej Wall - prezes Towarzystwa i v-ce Prezesi prof. dr hab. Ignacy Wośko oraz prof. dr hab. Jan Serafin.

(kierownik: prof. dr hab. Andrzej Skwarcz) towarzyszyła wystawa firm farmaceutycznych oraz producentów sprzętu medycznego.

Podczas Zjazdu 5 ortopedom nadano Godność Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. 3 osoby otrzymały wyróżnienia za najlepsze prace doktorskie.

Profesor Janusz Hanzlik otrzymał za ratowanie życia medal „SERCE DLA SERC”

Kapituła Wyróżnienia "Serce dla serc" działająca przy Kościele Polsko-Katolickim w Lublinie przyznała na swym tegorocznym posiedzeniu Medal "Serce dla serc" prof. dr hab. Januszowi Hanzlikowi - kierownikowi I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych AM w Lublinie. Ksiądz dziekan Bogusław Wołyński w piśmie informującym Jego Magnificencję Rektora o nadaniu wyróżnienia podkreśla wybitne zasługi Profesora w ratowaniu życia oraz krzewieniu idei promocji zdrowia.

Uroczystość wręczenia medalu odbyła się 29 września br. w Kościele Polskokatolickim pod wezwaniem Matki Bożej Wniebowziętej.

Wśród odznaczonych tym prestiżowym medalem znaleźli się także m.in. ksiądz profesor Alfons Skowronek (ATK Warszawa), załoga statku m/s Wieliczka, Marek Kotański (Monar), dr Maria Łopatkowa (Komitet Obrony Praw Dziecka), Jerzy Kukuczka, Halina Miroszowa (TVP), Hanna i Antoni Gucwińscy, Zdzisław Krzyszkowiak, Jan Wojewódka (Chicago), Juan Carlos (Król Hiszpanii), Jerzy Kulej, Jan Karski, Waldemar Marszałek, Jerzy Owsiak, Maria Fołtyn, Symcha Wajs, Jan Miodek.

Serdecznie gratulujemy!

Sławni lubelscy lekarze patronami ulic

Rada Miejska na swym ostatnim posiedzeniu w dniu 26 września br. podjęła uchwałę dotyczącą nazewnictwa ulic w Lublinie. I tak, przyjęto propozycję, aby kilku ulicom w osiedlu "Lipniak" nadać nazwę: Witolda Klepaczkiego, Tadeusza Krwawicza, Stanisława Piątkowskiego, Feliksa Skubiszewskiego, Mieczysława Stelmasiaka, Hieronima Jawłowskiego i Tadeusza Jacyny-Onyszkiewicza - znakomitych lubelskich lekarzy, bądź ludzi związanych z medycyną.

Gwoli ścisłości warto dodać, iż wnioskodawcami wspomnianej uchwały byli radni: Marian Kędracki, Andrzej Klimowicz i Eugeniusz Katakucki.

Awans dra hab. Ryszarda Kocjana

Doktor habilitowany Ryszard Kocjan, prof. nadzwyczajny w Uczelni - pracownik naukowy Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej z Pracownią Chemii Fizycznej został ostatnio powołany w skład Komitetu Chemii Analitycznej PAN oraz członkiem dwu komisji tegoż Komitetu: Komisji Dydaktyki Chemii Analitycznej oraz Komisji Nieorganicznej Analizy Śladowej. Gratulujemy serdecznie awansu Panu Profesorowi!

Wizyta wicepremiera Grzegorza Kołodki w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym

Stare przyjaźnie nie rdzewieją... tak można lapidarnie spuentować spotkanie po latach byłych działaczy organizacji studenckich, które odbyło się 17 kwietnia br. w Warszawie. Tamże znalazła się spora grupa Lubli-



Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wita się z dr med. Krystyną Radecką.

nian, w której nie zabrakło również pracowników naszej Uczelni. W spotkaniu, na którym gościł m.in. Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski, uczestniczyła dr med. Krystyna Radecka. Wówczas to przekazała na ręce wice-



Gospodarze informowali wicepremiera o postępie prac inwestycyjnych w DSK.

premiera i ministra finansów Grzegorza Kołodko zaproszenie do złożenia wizyty w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym. Premier zaproszenie przyjął i zjawił się w Lublinie 15 maja. Wizyta w DSK upłynęła w niezwykle miłej at-



Wicepremier Grzegorz Kołodko interesował się losami małych pacjentów.

mosferze. Grzegorz Kołodko odwiedził oddział intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, pediatryczne gabinety zabiegowe. Milusińskim pacjentom wręczył pasjonujące lektury szkolne. Spotkał się również z dyrekcją szpitala oraz władzami Uczelni. Kilka dni później nadesłał na adres dyr. Grażyny Paśniczek pismo tej treści: (...) *Pobył w szpitalu, którym Pani tak umiejętnie kieruje, stanowił dla mnie novum na tle moich kontaktów ze służbą zdrowia. Serdecznie Pani za to dziękuję. Życzę Pani, i Pani znakomitym pracownikom powodzenia, a dzieciom zdrowia i jak najkrótszego pobytu nawet w tak pięknym szpitalu.*

Dziękujemy sponsorowi

Serdeczne dzięki składamy - Towarzystwu Absolwentów i Przyjaciół AM za hojność w sponsorowaniu naszego czasopisma. Ostatnio napłynęła kolejna wpłata. To nie pierwszy tego rodzaju gest świadczący o pozycji Towarzystwa i chęci wspierania uczelnianej kasy.

Górnicy wspierają eskulapa

Z dniem 12 lipca br. w I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej funkcjonuje gastrofiberoskop. Nowy nabytek o wartości ok. 50 tys. zł znalazł się w rękach klinicyistów dzięki szczodrości górników z Kopalni Węgla Kamiennego „Bogdanka”, a służy do badania górnego odcinka przewodu pokarmowego. Przed kilkunastu laty Państwowy Szpital Kliniczny nr 4 oraz KWK „Bogdanka” parafowały porozumienie, mocą którego medycy mieli leczyć górników, ci ostatni zaś w miarę możliwości wspierać groszem ich wysiłki. Wieloletnia współpraca zaowocowała dotąd wieloma dobroczynnymi gestami, przysporzyła klinikom nowoczesnego wyposażenia, pracownikom kopalni dała natomiast możliwość korzystania z wysokospecjalistycznej opieki lekarskiej i satysfakcję biorącą się z faktu sponsorowania służby zdrowia. W piątek odbyła się w PSK nr 4 miła uroczystość, podczas której prezes zarządu kopalni Stanisław Stachowicz oraz jego zastępca zostali uhonorowani przez Rektora prof. Mariana Kazimierza Klamuta i elekta prof. Zdzisława Kleinroka medalami „Zasłużony dla Akademii Medycznej”. Jak nas poinformowali przedstawiciele kopalni, górnicy zamierzają jeszcze w tym roku dofinansować kwotą 30 tys. zł. Pracownię Badań hemodynamicznych Katedry i Kliniki Kardiologii AM.

Z żałobnej karty

W ubiegłym roku akademickim odeszli od nas na zawsze świętej i nieodżałowanej pamięci wieloletni pracownicy Uczelni: prof. dr hab. Witold Szewczykowski, doc. dr hab. Stefan Wieluński, doc. dr hab. Maria Przyborowska, dr Maria Krasowska, dr Teresa Derewecka.

Cześć Ich pamięci!

Trzy pytania

do Jego Magnificencji Rektora

– Jak znajduje Pan Rektor Uczelnię po sześciu latach przerwy w kierowaniu lubelską Akademią Medyczną?

– Nie mnie oceniać poprzedników. Stara to prawda, że najtrafniejsze recenzje wystawia zawsze cezura czasu. Historia, dzięki swym osądom, pozwala zająć stanowisko co do słuszności poczynań i zamierzeń. Nikt nie może uniknąć tej oceny, podobnie i my również za 3 lata – mam na myśli obecne władze Uczelni – będziemy konfrontowani z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością... Pragnę jednak przy tej okazji wyrazić władzom minionej kadencji serdeczne podziękowania za trud kierowania Uczelnią w nielatywnej dobie transformacji ustrojowej. Tegoroczna uroczystość jest inauguracją 53. roku nauczania medycyny w Lublinie. W tym okresie wykształciliśmy 11 760 lekarzy, 1 529 lekarzy stomatologów, 4 635 magistrów farmacji i 3 142 magistrów pielęgniarstwa. Tu, w tej Uczelni powstały liczące się w kraju i na świecie szkoły naukowe, których działalność kontynuują lub samodzielnie tworzą w zdecydowanej większości absolwenci naszych Wydziałów. I żyje ta Akademia, ma się – sądzę – nieźle, wbrew różnym przewidywaniom niektórych wieszczów.

– Jest Pan jednak radykalny w swych decyzjach. Konsekwentna odmowa ze strony dotychczasowych władz Uczelni otwarcia wieczorowych płatnych studiów lekarskich spotkała się u progu nowej kadencji z dezaprobatą Jego Magnificencji Rektora. Dlaczego tak się stało?

– Nie mogliśmy dłużej czekać. Lubelska AM była jedną z dwu ostatnich tego typu Uczelni, które dotychczas nie miały wspomnianego systemu kształcenia. Obecny pułap kształconych na Wydziale Lekarskim studentów (175 osób) uważam za dalece niewystarczający. Wielokrotnie to przeliczałem i zawsze dochodziłem do liczby około 250 osób kształconych na I roku studiów. Takie jest faktyczne roczne zapotrzebowanie na kadrę lekarską w makroregionie. Inny argument – Polska ma bardzo niski wskaźnik scholaryzacji tj. liczbę kształconych studentów przypadającą na 1 tys. mieszkańców. Gorzej niż w Polsce jest pod tym względem wśród krajów europejskich tylko w Albanii. I po trzecie – wielkie zainteresowanie tą formą studiów świadczy, że pewna część społeczeństwa jest przygotowana na ponoszenie opłat z tytułu czesnego. Nie mogłem pojąć dlaczego pieniądze mają uciekać z kraju za granicę np. do Kijowa, Koszyc czy Berlina, gdzie studiuje Polacy za wcale niemałe pieniądze, bo nie mogą tego uczynić w Lublinie. Mam jeszcze jeden powód, dla którego warto było podjąć decyzję o uruchomieniu płatnych studiów. Wielu nauczycieli akademickich nie straci pracy, znajdzie zatrudnienie, przestanie żyć niepokojem o jutro wynikającym z niezrealizowanego pensum dydaktycznego.



– U progu nowego roku akademickiego dziennikarze pytają o nowości...

– W zakresie działalności dydaktycznej będziemy dążyć do wprowadzenia w życie opracowanych teoretycznie zasad reformy studiów lekarskich oraz rozpoczęcia prac nad unowocześnieniem i częściowym zreformowaniem studiów stomatologicznych. W bieżącym roku akademickim rozpoczęte zostanie nauczanie położnictwa na Wydziale Pielęgniarskim. W działalności leczniczej będziemy dążyć do powołania do życia i odpowiedniego wyposażenia Kliniki Kardiokirurgicznej. Jest to moim zdaniem największe wyzwanie współczesnej medycyny z uwagi na fakt, że około połowa ludzi umiera na choroby serca i narządu krążenia, a zabiegi kardiokirurgiczne istotnie ten wskaźnik śmiertelności zmniejszają. Jest pewnym paradoksem fakt, że w naszym makroregionie, w którym nie dokonuje się niezbędnej ilości zabiegów kardiokirurgicznych wielu pacjentów musi umrzeć tylko dlatego, że nie mieszkają w Warszawie, Krakowie czy na Śląsku, gdzie takie zabiegi są powszechnie wykonywane. Z tego miejsca apeluję więc do szanownych panów posłów i senatorów, do panów wojewodów o pomoc w realizacji naszych planów dotyczących tej kwestii. W następnej kolejności spraw związanych z leczeniem jest znalezienie odpowiednich pomieszczeń dla wcześniej już powołanych klinik, które funkcjonują tylko na papierze. Są to klinika endokrynologii, psychiatrii młodzieżowej, chirurgii onkologicznej i transplantologii. Szczególnie istotnym jest powołanie do życia kliniki psychiatrii młodzieżowej wobec stale zwiększającej się w naszym makroregionie liczby uza-

leżnionych od narkotyków młodych ludzi, których możliwość leczenia stała się zdecydowanie niewystarczająca.

W zakresie działalności naukowej będziemy dążyć i apelować o większe niż dotychczas starania poszczególnych pracowników o uzyskiwanie grantów z KBN, gdyż jest to najpewniejszy sposób na umożliwienie zakupu nowoczesnej aparatury naukowo-badawczej. Dla właściwej i sprawiedliwej oceny działalności naukowej poszczególnych pracowników i jednostek organizacyjnych planujemy opracowanie rankingu, którego zasady zostaną zaakceptowane przez całą społeczność akademicką.

W działalności inwestycyjnej najważniejszym zadaniem jakie sobie stawiamy jest zdobycie środków na adaptację i remonty pomieszczeń dla kliniki kardiologii i innych, wspomnianych już, biblioteki głównej, a zwłaszcza zagospodarowanie pomieszczeń po Instytucie Pediatrii przy ul. Staszica. Również pełne zakończenie dotychczasowych inwestycji, a więc DSK, pralni i spalarni wymagać będzie dodatkowych, wcale nie małych, środków finansowych. Wreszcie do działalności inwestycyjnej należy zakup, uzupełnienie lub wymiana licznej aparatury i urządzeń diagnostycznych, bez których nie może być postępu w diagnostyce i terapii. Przykładem może być uruchomiona przed 3-ma miesiącami Pracownia Hemodynamiczna.

Oddzielny problem stanowi sprawa kontynuacji współpracy z przedstawicielami Stanu Illinois, która powinna przejść z fazy deklaracji i obietnic do konkretnych działań. W tej sprawie będziemy kontynuować rozmowy oraz dołożymy wszelkich starań, aby wprowadzić w życie dotychczas omawiane projekty współpracy, korzystne dla obu stron.

Na zakończenie naszej rozmowy wszystkim pracownikom Uczelni zarówno nauczycielom akademickim jak i pracownikom technicznym administracji i obsługi pragnę serdecznie podziękować za codzienny trud, za nieocenioną i mimo podwyżek płac niedocenioną pracę, dzięki której mogły być realizowane statutowe zadania Uczelni. Jednocześnie życzę Wam, aby Wasze plany szczególnie w zakresie wymienionej działalności statutowej zostały w bieżącym roku akademickim w pełni zrealizowane.

Również serdeczne życzenia wszelkich sukcesów w zdobywaniu wiedzy kieruję do naszych studentów, a zwłaszcza tych, którzy od dziś stają się pełnoprawnymi członkami naszej społeczności akademickiej. Stara łacińska maksyma – per aspera ad astra – (przez trudy do gwiazd) wskazuje, że podstawą sukcesu są często trudy związane z codzienną rzetelną pracą. Życzę Wam, abyście zawsze o tym pamiętali i w ten sposób realizowali deklaracje składane w podaniach o przyjęcie na studia.

– Dziękuję za rozmowę. ☺

WŁODZIMIERZ MATYSIAK

TWÓRCA TEORII I PRAKTYKI PRZESZCZEPANIA SZPIKU

Laureat Nagrody Nobla prof. E. D. Thomas
gościem warszawskiej AM



Na zaproszenie władz warszawskiej AM w pierwszej dekadzie października br. przyjedzie do Polski prof. E. Donall Thomas, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny.

Prof. Thomas jest pionierem i twórcą programu transplantacji szpiku. Jego badania doświadczalne stworzyły podstawy wprowadzenia tego zabiegu do leczenia białaczek i niedoborów immunohematologicznych, co zrealizował w kierowanym przez siebie Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle. Wskazania do przeszczepiania szpiku wciąż się poszerzają i dotyczą dziś wielu tysięcy chorych, u których corocznie wykonuje się ten ratujący życie zabieg.

W 1990 roku Prof. E.D. Thomas otrzymał Nagrodę Nobla „za wykazanie wątplącemu światu, że przeszczepianie może uratować życie umierającym chorym”.

Nagroda ta jest ukoronowaniem długiej listy prestiżowych nagród, wyróżnień i odznaczeń, jakie otrzymał.

Wizyta Prof. Thomasa będzie znaczącym wydarzeniem w życiu polskiej medycyny, czynione są zatem starania, aby Gościa przyjąć godnie i stosownie do Jego rangi i osiągnięć. Planowane jest ogólnopolskie sympozjum z wykładem prof. Thomasa, które odbędzie się 3 października br. w Warszawie w gmachu Intraco 2 (ul. Chałubińskiego 5).

Zainteresowani udziałem w tym niecodziennym spotkaniu naukowym powinni zaawizować swoje uczestnictwo w Dziale Nauki AM w Warszawie (tel. 25-38-96, 25-47-01). ☺

SKŁAD SENATU AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE W KADENCJI 1996-1999

1. Prof. dr hab. dr h.c. Zdzisław Kleinrok – Rektor
2. Prof. dr hab. Maciej Latański – Prorektor do spraw Nauki
3. Prof. dr.hab. Alicja Sawa – Prorektor do spraw Studenckich
4. Prof. dr hab. Jan Oleszczuk – Prorektor do spraw Klinicznych i Szkolenia Poddyplomowego
5. Prof. dr hab. Andrzej Papierkowski – Dziekan Wydziału Lekarskiego
6. Prof. dr hab. Kazimierz Główniak – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
7. Prof. dr hab. Krzysztof Turowski – Dziekan Wydziału Pielęgniarskiego

Nauczyciele akademicy – samodzielni pracownicy nauki

8. Prof. dr hab. Stanisław Czuczwar – Katedra Farmakologii
9. Prof. dr hab. Anna Dmoszyńska – Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii
10. Prof. dr hab. Jerzy Jakowicki – Kierownik II Kliniki Ginekologii Operacyjnej
11. Prof. dr hab. Jerzy Karski – Kierownik Kliniki Chirurgii Urazowej
12. Prof. dr hab. Elżbieta Korobowicz – Katedra i Zakład Patomorfologii
13. Prof. dr hab. Lucjan Kurylcio – Katedra Onkologii
14. Prof. dr hab. Radziław Sikorski – Kierownik Kliniki Ginekologii
15. Prof. dr hab. Leszek Szewczyk – Kierownik III Katedry Pediatrii
16. Prof. dr hab. Tomasz Trojanowski – Kierownik Katedry i Kliniki Neurochirurgii
17. Prof. dr hab. Marian Wielosz – Katedra Farmakologii
18. Prof. dr hab. Jacek Wojcierowski – Kierownik Zakładu Genetyki Medycznej
19. Prof. dr hab. Zbigniew Zagórski – Kierownik Katedry Okulistyki
20. Prof. dr hab. Tadeusz Krzaczek – Kierownik Katedry i Zakładu Botaniki Farmaceutycznej
21. Prof. dr hab. Danuta Malec – Katedra i Zakład Farmakodynamiki
22. Prof. dr hab. Teresa Wawrzynowicz – Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej
23. Prof. dr hab. Maria Frelek-Karska – Klinika Patologii Noworodków i Niemowląt

Pozostali nauczyciele akademicy

24. Dr Barbara Drop – Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej
25. Dr Andrzej Drop – I Zakład Radiologii Lekarskiej
26. Dr Marcin Olajossy – Katedra i Klinika Psychiatrii
27. Dr Jacek Roliński – p.o. Kierownika Zakładu Immunologii
28. Dr Zofia Siezieniewska – Katedra i Zakład Patomorfologii
29. Dr Anna Flieger – Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej
30. Dr Helena Smolarz – Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej
31. Dr Maria Pieniążek – Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Pracownicy nie będący nauczycielami akademickimi

32. Dr Anna Chodkowska – Katedra Farmakologii
33. Zygmunt Iwanicki – Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego
34. Mgr Ewa Busse – Turczyńska – Biblioteka Główna AM

Przedstawiciele studentów

35. Robert Blicharz – V r. Wydziału Lekarskiego
36. Artur Danieluk – III r. Wydziału Lekarskiego
37. Piotr Ruciński – IV r. Wydziału Lekarskiego
38. Monika Kierłowicz – I r. Wydziału Pielęgniarskiego

Członkowie Senatu z głosem doradczym

1. Mgr Andrzej Niedzielski – Dyrektor Administracyjny AM
2. Mgr Lucyna Smyk – Dyrektor Biblioteki Głównej AM
3. Danuta Golema – Kwestor AM
4. Prof. dr hab. Leszek Wdowiak – Przedstawiciel NSZZ Pracowników AM
5. Dr Stanisław Popławski – Przedstawiciel NSZZ Solidarność

Profesora Wiesława Kawiaka

45 - LECIE PRACY I 26 - LECIE KIEROWNICTWA
W KATEDRZE I KLINICE NEUROLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Prof. dr hab. med. Wiesław KAWIAK urodził się 8 grudnia 1925 w Dąbrowie Leśnej w rodzinie leśników. W czasie okupacji pomagał ojcu w prowadzeniu kancelarii leśnictwa i uczył się prywatnie. W dniu 10 stycznia 1945 r. został powołany do Wojska Polskiego, aby pełnić służbę wojskową w pułku samochodowym II-giej Armii Wojska Polskiego. W marcu 1947 r. został zdemobilizowany. Kontynuował naukę w liceum dla dorosłych, mieszczącym się w gmachu gimnazjum im. Jana Zamojskiego, gdzie w 1948 r. zdał egzamin maturalny.

Studia w Akademii Medycznej w Lublinie rozpoczął w 1948 roku, a zakończył w 1953 roku, uzyskując dyplom lekarza medycyny. Już jako student pracował w Zakładzie Chemii Fizjologicznej do 1952 roku, kiedy to rozpoczął pracę w Klinice Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie.

Specjalizację II-go stopnia z neurologii uzyskał w 1961 roku.

Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał 13 października 1965 r. po obronie pracy pt. „Badania nad wydalaniem kwasu 5-hydroksyindolooctowego dla poznania roli serotoniny w mechanizmie powstawania udaru mózgu“, a stopień doktora habilitowanego - 18 czerwca 1969 r. na podstawie dorobku naukowego i po przedstawieniu pracy habilitacyjnej pt. „Badania aktywności układu podwzgórze-przysadka-nadnercza w niektórych regulacjach przemian we wczesnym okresie ostrych zaburzeń krążenia w mózgu“.

Od 1970 do 1996 roku był kierownikiem Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie, pełniąc także okresowo funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Chorób Układu Nerwowego od roku 1976 do chwili jego rozwiązania. W latach 1971-1996 był kierownikiem



Neurologicznego Ośrodka Naukowo-Konsultacyjnego w Państwowym Przedsiębiorstwie Uzdrawiskowym w Iwoniczu-Zdroju, w którym prowadzono badania naukowe. Był członkiem Senatu Akademii Medycznej w Lublinie w okresie 1987 - 1996.

Został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Medalem 50-lecia Nauczania Medycyny w Lublinie, Medalem Zasłużony dla Akademii Medycznej w Lublinie, Medalem Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie, Odznaką Zasłużony dla Miasta Lublina oraz Odznaką Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia.

Profesor Wiesław KAWIAK sprawował funkcję prezesa Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w okresie od 1975 do 1985 roku. Od roku 1970 jest przewodniczącym Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz członkiem Głównego Zarządu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Jest członkiem Zarządu Lubelskiego Oddziału Stowarzyszenia Lekarzy Katolickich.

Profesor Wiesław KAWIAK istotnie przyczynił się do zorganizowania oddziałów neurologicznych w Puławach, Poniatowej, Chełmie, Krasnymstawie, Białej Podlaskiej,

Tomaszowie Lubelskim i Radzyniu Podlaskim. Systematycznie szkolił przez wiele lat kadra neurologów w regionie lubelskim, będąc wymagającym nauczycielem. Sprawował jednocześnie przez wiele lat nadzór specjalistyczny nad województwem lubelskim i makroregionem środkowo-wschodnim.

Jest autorem i współautorem ponad 100 oryginalnych prac naukowych, głównie z zakresu patofizjologii naczyniowych chorób mózgu. Mając doświadczenie i przygotowanie biochemiczne znakomicie łączył je z kliniką, co zaowocowało stworzeniem lubelskiej szkoły naukowej w zakresie chorób naczyniowych mózgu. Był promotorem 26 przewodów doktorskich oraz opiekunem 2 prac habilitacyjnych i 4 magisterskich. Jest członkiem Komitetu Redakcyjnego Neurologii i Neurochirurgii Polskiej.

Interesował się bardzo problemami etyki lekarskiej, którą wykladał w latach 1972 - 1995 dla studentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego. Przez kilka lat był wykładowcą medycyny pastoralnej w Wyższym Seminarium Duchownym w Lublinie.

Profesor Wiesław KAWIAK jest wybitnym naukowcem i lekarzem praktykiem, zasłużonym wychowawcą wielu pokoleń neurologów, bardzo wymagającym w stosunku do siebie i innych, pozostał człowiekiem skromnym, który uważa, że uroczystości rocznicowe z okazji Jego 45-lecia pracy i 26-lecia kierownictwa w Katedrze i Klinice Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie nie są potrzebne. Pomimo nieodległej perspektywy przejścia na emeryturę zgodził się w miarę możliwości nadal służyć chorym oraz swoim uczniom swą głęboką wiedzą i doświadczeniem. ☺

PROF. DR HAB. ZBIGNIEW STELMASIAK

Nagrody ministra zdrowia i opieki społecznej za rok akademicki 1995/96

Nagrody indywidualne

Dr hab Włodzimierz Baranowski
Prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym
Prof. dr hab. Roman Mądro
Prof. dr hab. Hanna Chrząstek-Spruch

Prof. dr hab. Jerzy Jakowicki
Dr hab. Jan Kotarski
Dr Krzysztof Postawski
Dr hab. Tomasz Rechberger

Prof. dr hab. Maria Kleinrok
Dr Janusz Kleinrok

Nagrody zespołowe

Dr Elżbieta Rutkowska
Prof. dr hab. Andrzej Skwarcz
Prof. dr hab. Krzysztof Turowski

Prof. dr hab. Maria L. Bieganowska
Dr Anna Petruczynik

Prof. dr hab. Zofia Tynecka
Dr Anna Malm

Nagrody rektorskie za ubiegły rok akademicki

NAGRODY NAUKOWE INDYWIDUALNE

I stopnia

1. Prof. Anna Dmoszyńska - 3660 zł, 2. Dr Tadeusz Dzido - 3660 zł, 3. Prof. Zdzisław Kleinrok - 3660 zł, 4. Prof. Leszek Szewczyk - 3660 zł, 5. Dr hab. Irena Wrońska - 3660 zł

II stopnia

1. Prof. Jerzy Czuczwar - 1830 zł, 2. Dr Jolanta Górajek-Jóźwik - 1830 zł, 3. Dr Maria Mielnik-Błaszczak - 1830 zł, 4. Dr Marek Sikorski - 1830 zł, 5. Dr Piotr Szczęsny - 1830 zł, 6. Prof. Tadeusz Tkaczyński - 1830 zł

NAUKOWE ZESPOŁOWE

II stopnia

1. Prof. Małgorzata Szczerbo-Trojanowska - 500 zł, Prof. Stanisław Bryc - 400 zł, Dr hab. Janusz Złomanić - 400 zł, Dr hab. Zofia Bieganowska-Klamut - 500

zł, Dr Andrzej Wieczorek - 500 zł, Prof. Anna Tarkowska - 400 zł.

2. Prof. Leszek Szczepański - 700 zł, Lek. Dariusz Chudzik - 400 zł, Dr Mariusz Piotrowski - 600 zł, Dr Bożena Targońska - 400 zł, Dr Jacek Roliński - 400 zł, Dr Marek Hus - 400 zł, Lek. Ewa Wąsik-Szczepanek - 400 zł.

3. Prof. Andrzej Książek - 500 zł, Dr hab. Lucyna Janicka - 400 zł, Dr Maria Majdan - 400 zł, Prof. Marian Markiewicz - 400 zł, Dr hab. Andrzej Wysokiński - 500 zł, Dr Krzysztof Celiński - 400 zł.

4. Prof. Jerzy Kowalczyk - 400 zł, Dr Andrzej Emeryk - 500 zł, Prof. Tomasz Karski - 400 zł, Dr Sławomir Snela - 500 zł, Dr hab. Grażyna Niedzielska - 400 zł, Dr Andrzej Wypyski - 400 zł.

5. Prof. Ewa Jagiello-Wójtowicz - 600 zł, Prof. Maria Sieklucka-Dziuba - 700 zł, Prof. Waldemar Turski - 700 zł, Prof. Marian Wielosz - 600 zł, Dr Kinga Borowicz - 400 zł, Dr Maciej Gąsior - 400 zł.

6. Prof. Jacek Wojcierowski - 500 zł, Dr Joanna Kitlińska - 500 zł, Prof. Zygmunt Urbanowicz - 500 zł, Dr hab. Zbigniew Wójtowicz - 400 zł, Dr Artur Kruk - 400 zł.

7. Prof. Paweł Misiuna - 500 zł, Dr Wojciech Polkowski - 700 zł, Dr Andrzej Sory - 500 zł, Dr Grzegorz

Wallner - 400 zł, Dr Krzysztof Zinkiewicz - 400 zł.

8. Prof. Tomasz Trojanowski - 600 zł, Dr Robert Kaczmarczyk - 400 zł, Prof. Zbigniew Zagórski - 400 zł, Prof. Lucjan Kurylcio - 400 zł, Prof. Jerzy Michalak - 500 zł.

9. Prof. Janusz Perzyński - 700 zł, Dr hab. Anna Grzywa - 600 zł, Dr hab. Halina Marmurowska-Michałowska - 500 zł, Dr Alina Ciupak - 500 zł, Dr Anna Hunca-Bednarska - 700 zł, Dr Jacek Gajewski - 500 zł, Lek. Bartosz Łoza - 600 zł.

10. Prof. Barbara Lecewicz-Toruń - 500 zł, Dr hab. Janusz Urban - 400 zł, Dr Dorota Krasowska - 600 zł, Dr Katarzyna Szmygin - 400 zł, Dr Iwona Halczuk - 400 zł, Dr Halina Krasieńska-Czerlunczakiewicz - 400 zł.

11. Dr hab. Franciszek Furmanik - 700 zł, Prof. Stanisław Jabłonka - 400 zł, Dr Marek Sawicki - 400 zł, Prof. Tadeusz Spruch - 400 zł, Dr Andrzej Bednarek - 400 zł.

12. Dr hab. Małgorzata Polz - 500 zł, Dr Bolesław Floriańczyk - 500 zł, Dr Kazimierz Pasternak - 900 zł, Dr Grzegorz Kania - 600 zł, Dr Grażyna Olchowik - 400 zł.

13. Prof. Maciej Latański - 400 zł, Dr Teresa Kulik - 400 zł, Dr Leszek Grochowski - 400 zł, Dr Wiesława Okła - 400 zł, Dr Lucyna Patyjewicz - 400 zł, Dr Włodzimierz Piątkowski - 700 zł.

14. Prof. Henryk Żrubek - 400 zł, Dr Artur Czekierdowski - 400 zł, Prof. Marian Semczuk - 500 zł, Dr Janusz Kraczkowski - 700 zł, Dr Anna Kwaśniewska - 500 zł, Dr Grzegorz Jakiel - 900 zł.

15. Dr hab. Jan Oleszczuk - 700 zł, Dr Krzysztof Kamiński - 500 zł, Dr Bożena Leszczyńska-Gorzela - 500 zł, Dr Grzegorz Pietras - 400 zł, Dr Artur Jakimiuk - 400 zł, Dr Roman Miturski - 400 zł, Dr Lechosław Putowski - 400 zł.

16. Prof. Krystyna Fetkowska-Mielnik - 400 zł, Dr Elżbieta Pels - 400 zł, Lek. Dorota Krawczyk - 400 zł, Dr hab. Teresa Bachanek - 600 zł, Dr hab. Joanna Wysockińska - 400 zł, Dr Małgorzata Klichowska - 400 zł, Dr Krystyna Mierzwińska - 400 zł.

17. Prof. Edward Soczewiński - 500 zł, Dr hab. Władysław Gołkiewicz - 500 zł, Dr Grażyna Matysik - 400 zł, Dr Halina Waksmundzka-Hajnos - 500 zł, Dr hab. Maria Dobosz - 700 zł, Dr Bożena Modzelewska - 800 zł.

18. Prof. Tadeusz Krzaczek - 400 zł, Mgr Anna Bogucka-Kocka - 400 zł, Dr hab. Kazimierz Główniak - 700 zł, Prof. Tadeusz Wolski - 700 zł, Mgr Sławomir Kawka - 400 zł, Dr Tadeusz Kucharczyk - 400 zł.

19. Prof. Janusz Solski - 600 zł, Dr Beata Jakubowska-Solarska - 700 zł, Dr Beata Wojtysiak - 400 zł, Prof. Romuald Buliński - 500 zł, Dr Zbigniew Marzec - 400 zł, Dr Andrzej Kot - 400 zł.

20. Prof. Danuta Małec - 500 zł, Prof. Romuald Langwiński - 400 zł, Dr hab. Sylwia Fidecka - 400 zł, Dr hab. Wiktor Czarnecki - 400 zł, Dr Maria Krasowska - 400 zł, Dr Marzena Rządłkowska - 400 zł, Dr Tomasz Kuliński - 400 zł.

21. Prof. Lech Przyborowski - 400 zł, Dr hab. Genowefa Misztal - 400 zł, Dr Stanisław Zaręba - 700 zł, Mgr

Beata Paw - 400 zł, Prof. Stanisław Szczepaniak - 400 zł, Dr Hanna Maciejewska-Kozak - 400 zł, Mgr Jarosław Dudka - 400 zł.

22. Dr Krystyna Bernat - 500 zł, Dr Irena Tymecka - 400 zł, Mgr Barbara Ślusarska - 400 zł, Dr Aniela Płotka - 400 zł, Mgr Beata Kropornicka - 400 zł, Dr Regina Lorencowicz - 400 zł, Dr Maria Pieniążek - 400 zł.

23. Dr Anna Sendeczka - 700 zł, Dr Kazimiera Adamczyk - 600 zł, Dr Maria Szczypińska-Majewska - 500 zł, Mgr Bożena Baczeńska - 500 zł, Dr Celina Łepecka-Klusek - 400 zł, Dr Alicja Wierzbicka - 400 zł, Mgr Anna Mróz - 400 zł, Dr Wiesława Ciechaniewicz - 700 zł, Dr Jadwiga Burian - 500 zł, Dr Nina Gozdek - 500 zł, Dr Grażyna Rogala-Pawelczyk - 400 zł, Dr Anna Ksykiewicz-Dorota - 600 zł, Dr Anna Piątek - 400 zł, Mgr Anna Abramczyk - 400 zł, Mgr Renata Bogusz - 400 zł.

NAGRODA DYDAKTYCZNA INDYWIDUALNA

II stopnia

1. Dr hab. Małgorzata Zajączkowska - 1830 zł, 2. Dr hab. Ryszard Maciejewski - 600 zł,

DYDAKTYCZNE ZESPOŁOWE

II stopnia

1. Prof. Iwona Żebrowska - 500 zł, Dr hab. Grażyna Rajtar-Cynke - 500 zł, Prof. Leon Jabłoński - 500 zł, Dr hab. Krystyna Lupa - 400 zł, Dr hab. Helena Gawda - 400 zł, Dr Anna Sidor-Wótcowicz - 400 zł, Dr Elżbieta Mazur - 400 zł.

2. Dr hab. Andrzej Papierkowski - 500 zł, Dr Teresa Jaklińska - 500 zł, Dr Jadwiga Szczepińska-Sobótka - 500 zł, Dr Maria Adamczyk-Cioch - 400 zł, Dr Małgorzata Kowal - 400 zł, Dr hab. Janusz Milanowski - 700 zł.

3. Dr hab. Teresa Wawrzynowicz - 600 zł, Dr hab. Ryszard Kocjan - 400 zł, Dr Jerzy Kuczyński - 400 zł, Mgr Teresa Dragan - 500 zł, Mgr Małgorzata Kozyra - 400 zł, Mgr Renata Magier - 400 zł.

4. Dr hab. Hanna Hopkała - 500 zł, Mgr Angieszka Wittek - 400 zł, Dr hab. Anna Kosior - 400 zł, Dr Anna Sokołowska-Woźniak - 400 zł, Dr Helena Smolarz - 400 zł, Mgr Renata Łoś - 400 zł.

5. Dr hab. Marta Stryjecka-Zimmer - 500 zł, Dr Wojciech Kałski - 400 zł, Dr Witold Kołłątaj - 400 zł, Dr Grzegorz Kopacz - 400 zł, Mgr Monika Mielko - 400 zł, Inż. Krystyna Maciąg - 400 zł.

6. Mgr Lucyna Smyk - 500 zł, Dr Marek Sekowski - 400 zł, Mgr Stanisław Blacha - 400 zł, Mgr Grażyna Ogrodnik - 400 zł, Dr Andrzej Peplowski - 400 zł, Mgr Regina Kalinowska - 400 zł, Mgr Andrzej Welcz - 400 zł. ☉

Pracownicy naukowo-dydaktyczni, którzy w latach 1991-95 uzyskali ponad 100 pkt. za publikacje naukowe w tzw. „rankingu” według punktacji otrzymanych z Komisji Wydziałowych, zgodnie z obowiązującym w uczelni regulaminem naukowych nagród rektorskich

Wydział Lekarski

1. Prof. dr hab. Anna Dmoszyńska - 249
2. Prof. dr hab. Leszek Szewczyk - 246
3. Prof. dr hab. Zdzisław Kleinrok - 231
4. Prof. dr hab. Tomasz Karski - 170
5. Prof. dr hab. Jan Oleszczuk - 150
6. Dr hab. Janusz Milanowski - 144
7. Dr Bożena Leszczyńska-Gorzela - 127
8. Profesor dr hab. Barbara Leczewicz-Toruń - 123
9. Prof. dr hab. Janusz Perzyński - 119
10. Prof. dr hab. Maria Sieklucka-Dziuba - 118
11. Prof. dr hab. Paweł Misiuna - 117
12. Prof. dr hab. Hanna Chrzęstek-Spruch - 117
13. Dr hab. Tomasz Rechberger - 117
14. Prof. hab. Ryszard Maciejewski - 116

15. Prof. dr hab. Jerzy Czuczwar - 116
16. Dr hab. Włodzimierz Baranowski - 112
17. Prof. dr hab. Maria Kleinrok - 110
18. Prof. dr hab. Jerzy Jakowicki - 107
19. Dr hab. Andrzej Gregosiewicz - 107
20. Prof. dr hab. Leszek Szczepański - 106
21. Prof. dr hab. Krystyna Fetkowska-Mielnik - 103
22. Prof. dr hab. Andrzej Książek - 103
23. Prof. dr hab. Zofia Rupniewska - 100

hab. Genowefa Misztal - 139
6. Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak - 134
7. Dr hab. Maria Dobosz - 126
8. Dr Halina Waksmundzka-Hajnos - 118
9. Dr Grażyna Matysiak - 114
10. Prof. dr hab. Ewa Jagiełło-Wójtowicz - 112
11. Prof. dr hab. Janusz Solski - 110
12. Dr hab. Ryszard Kocjan - 107
13. Prof. dr hab. Maria Bieganowska - 101

Wydział Farmaceutyczny

1. Dr Tadeusz Dzido - 210
2. Prof. dr hab. Tadeusz Wolski - 179
3. Dr Stanisław Zaręba - 166
4. Prof. dr hab. Edward Soczewiński - 145
5. Prof. dr

Wydział Pielęgniarski

1. Prof. dr hab. Zofia Kawczyńska - Butrym - 226
2. Dr Irena Wrońska - 222
3. Dr Jolanta Górajek-Józwiak - 144
4. Dr Nina Gozdek - 140
5. Dr Włodzimierz Piątkowski - 100.

Pracownicy naukowo-dydaktyczni, którzy w latach 1991-95 uzyskali ponad 50 pkt. za dokonania dydaktyczno-organizacyjne zgodnie z punktacją uzyskaną od Komisji Wydziałowych według obowiązującego w uczelni regulaminu naukowych nagród rektorskich

Wydział Lekarski

1. Prof. dr hab. Iwona Żebrowska-Łupina - 90
2. Prof. dr hab. Hanna Chrzęstek-Spruch - 88
3. Prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut - 84
4. Prof. dr hab. Anna Dmoszyńska - 81
5. Dr hab. Małgorzata Zajączkowska - 80
6. Prof. dr hab. Marian Wielosz - 70
8. Prof. dr

hab. Marta Stryjecka-Zimmer - 70
8. Prof. dr hab. Leszek Szewczyk - 65
9. Prof. dr hab. Maciej Latański - 62
10. Prof. dr hab. Jerzy Czuczwar - 55
11. Prof. dr hab. Ryszard Maciejewski - 50

Wydział Farmaceutyczny

1. Prof. dr hab. Teresa Wawrzynowicz -

77
2. Prof. dr hab. Tadeusz Krzaczek - 60
3. Prof. dr hab. Hanna Hopkała - 50
4. Dr Wanda Sawicka - 50

Wydział Pielęgniarski

1. Prof. dr hab. Andrzej Niechaj - 50.

Zakłady i Kliniki, które osiągnęły w latach 1991 - 95 ponad 250 pkt. za publikacje naukowe w tzw. „rankingu” według punktacji uzyskanych od Komisji Wydziałowych zgodnie z obowiązującym w uczelni regulaminem naukowych nagród rektorskich

Wydział Lekarski

Zakłady teoretyczne

1. Katedra i Zakład Farmakologii - 1145 (18)
2. Katedra i Zakład Stomatologii Wieków Dziecięcego - 431 (18)
3. Katedra i Zakład Chemii Fizjologicznej - 418 (16)
4. Zakład Genetyki Medycznej - 343 (5)
5. Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka - 334 (20)
6. Katedra i Zakład Fizjologii - 296 (18)
7. Katedra i Zakład Histologii i Embriologii - 273 (9)
8. Międzywydziałowa Katedra Zdrowia Publicznego - 272 (11)
9. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej - 259 (6).

Kliniki zachowawcze

1. Katedra i Klinika Hematologii - 496 (11)
2. Katedra i Klinika Psychiatrii - 479 (28)
3. Katedra i Klinika Dermatologii -

473 (12)
4. Katedra i Klinika Gastroenterologii - 397 (10)
5. Klinika Endokrynologii i Chorób Młodości III Katedry Pediatrii - 365 (12)
6. Katedra i Klinika Nefrologii - 362 (12)
7. Klinika Nefrologii II Katedry Pediatrii - 359 (12)
8. Katedra i Klinika Kardiologii - 315 (25)
9. Zakład Propedeutyki Pediatrii I Katedry Pediatrii - 266 (10)
10. Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy - 262 (16).

Kliniki Zabiegowe

1. Klinika Ginekologii Operacyjnej II Katedry Położnictwa i Chorób Kobiety - 672 (13)
2. Klinika Położnictwa i Perinatologii II Katedry Położnictwa i Chorób Kobiety - 568 (15)
3. Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej - 514 (7)
4. Klinika Chirurgii Ogólnej II Katedry Chirurgii - 478 (17)
5. Katedra i Klinika Oto-

ryngologii - 347 (12)
6. Katedra i Klinika Ortopedii - 338 (11)
7. Klinika Ginekologii Operacyjnej I Katedry Położnictwa i Chorób Kobiety - 319
8. Klinika Ginekologii II Katedry Położnictwa i Chorób Kobiety - 296 (10).

Wydział Farmaceutyczny

1. Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej - 1207 (21)
2. Katedra i Zakład Chemii Leków - 518 (11)
3. Katedra i Zakład Chemii Organicznej - 400 (9).

Wydział Pielęgniarski

1. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji - 850 (28)
2. Katedra i Zakład Pedagogiki - 517 (8)
3. Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Społecznego - 375 (11).

Wykład inauguracyjny

Neuroimmunoendokrynologia

Prof. dr hab. Bronisław Niewiedziol

Rozwój i życie człowieka odbywa się w ciągłej konfrontacji z wrogim mu otoczeniem. Stałe zagrożenie, które stanowią chorobotwórcze czynniki atakujące ustroj doprowadziło do rozwoju mechanizmów obronnych, wśród których główną rolę odgrywa układ immunologiczny i neuroendokrynowy.

Neuroimmunoendokrynologia jest intensywnie rozwijającą się dziedziną wiedzy biomedycznej ustalającą relacje między systemem biologicznej samoregulacji (układ neuroendokrynowy) a układem immunologicznym, który zaczynamy postrzegać także jako swoisty „narząd czucia”, kształtujący złożone wielokierunkowe mechanizmy obronne ustroju w odpowiedzi na rozpoznany czynnik chorobotwórczy.

Nowe spojrzenie na relacje między układami pozwala nam głębiej zrozumieć wzajemne oddziaływania nawzajem modulujących się układów w różnych stanach fizjologicznych i w patologii. Wskazuje nam drogę wpływu środowiska społecznego na czynność systemów obronnych naszego ustroju pośredniczonego przez wymiar psychiczno-duchowy.

Podstawowym warunkiem życia jest istnienie sprawnego systemu wewnątrzustrojowej samoregulacji, odpowiedzialnego za stałość środowiska wewnętrznego i struktur komórkowych, za adaptację czynności narządów, w tym układu immunologicznego, do aktualnych potrzeb ustroju oraz za jego prawidłowy rozwój. Zdolność przystosowywania się ustroju do stałych zmian zachodzących w środowisku wewnętrznym i otoczeniu oraz utrzymanie homeostazy zależy od czynności obwodowych efektorów tkankowo-narządowych, kontrolowanych przez system biologicznej samoregulacji. Ośrodki autonomiczne mózgu scalają w czasie i przestrzeni informacje napływające z środowiska wewnętrznego ustroju i otoczenia zewnętrznego. W złożonych procesach przekształcają je w informacje regulacyjne neurohormonalne i neurowegetatywne, realizowane przez układ wewnątrzwydzielniczy i układ nerwowy autonomiczny.

Regulujący wpływ związków biologicznie aktywnych (hormonów, neuropeptydów, neuroprzekaźników, cytokin, itd.) zależy od obecności swoistych receptorów w tkankach i narządach docelowych. Receptory definiujemy jako struktury makromolekularne wykazujące powinowactwo do związków biologicznie aktywnych. Aktualna wartość różnych właściwości biologicznych układu immunologicznego i neuroendokrynowego stanowi wypadkową działań i przeciwdziałań mechanizmów regulujących w momencie dokonywania oceny. Podstawowym działaniem układów jest

sterowanie reakcjami ustroju w zależności od oddziaływań zewnętrznych w odniesieniu do układu (antygeny, alergeny) oraz regulowanie sygnałów powstających na wyjściu (związki biologicznie aktywne) w zależności od sygnałów wejściowych i zwrotnych sygnałów obwodowych.

Sterowanie polega na odbieraniu i przekazywaniu informacji poprzez istniejące w układzie powiązania. Kanalem łączności między środowiskiem a efekтором jest układ, w którym przez receptory na wejściu (np. immunocyty) można wywołać jeden z wielu możliwych stanów. Stan ten może pojawiać się na wyjściu (informacja ośrodkowa, reakcja czynnościowa np. immunomodulacja) i być przekazany innemu układowi (np. efektorowi neuroendokrynowemu). Informacja o tym, który z możliwych stanów w danym układzie zaistniał jest przekazywana za pomocą sygnałów (cytokiny, neuropeptydy, hormony, neuroprzekaźniki, immunoglobuliny, itd.). Ich odpowiednikiem będą więc określone procesy biologiczne, których analiza pozwala wnioskować o stanie wewnętrznym układu. Działania wejściowe (czyli bodziec) i wewnętrzny stan układu wyznaczają określone działania wyjściowe (odpowieź).

Stan wewnętrzny wyznaczony jest przez „pamięć” układu, czyli genetycznie i ontogenetycznie uwarunkowany „zapis” (komórki pamięci immunologicznej) wartości należącej (odpowiedzi należącej) oraz nabyty zapis (kodowanie) minionych działań wejściowych (szczepienie, przebyte choroby).

Istotną czynnością systemu neuroimmunoendokrynowego jest przeciwdziałanie zakłóceniom równowagi wewnętrznej czyli utrzymanie homeostazy, zaś zasadą działania jest sprzężenie zwrotne. Ośrodki neuroendokrynowe mózgu tworzą strukturę neuronalno-sięciową, która przedstawia geometryczny układ ośrodków i połączeń pomiędzy nimi. Zgodnie z koncepcją scalonej reprezentacji czynnościowej przyjmujemy istnienie ośrodkowych obwodów neuronalnych, aktywujących lub tłumiących określone mechanizmy ośrodkowe, przekazujące odpowiednie informacje do efektorów obwodowych w tym układu immunologicznego. Teoria neurosekreacji uznaje bezpośredni humoralny wpływ regulujący ośrodków neuroendokrynowych podwzgórza na przysadkę oraz inne efekторы obwodowe. W modulacji aktywności systemu biologicznej samoregulacji duże znaczenie ma zespół substancji biologicznie aktywnych, których źródłem jest układ immunologiczny (cytokiny, hormony, neuropeptydy).

Układ immunologiczny obejmuje narządy limfatyczne: grasicę, szpik, grudki limfatyczne, w tym kępy

ki Payera, węzły limfatyczne i śledzionę. Grasica odgrywa zasadniczą rolę w czynnościowym dojrzewaniu limfocytów, limfocyty nabywają zdolność do odpowiedzi immunologicznej. Hormony grasicze - tymozy-na, tymopoetyna, grasiczy czynnik surowiczy, tymolina i tymostymulina - produkowane są przez komórki nabłonkowe i indukują różnicowanie i dojrzewanie czynnościowe limfocytów T. Szpik wydaje się spełniać rolę centralnego narządu limfatycznego, w którym powstają limfocyty B. Zasadniczą funkcją śledziony jest udział w odpowiedzi immunologicznej. Śledziona odpowiada na antygeny, które docierają do niej drogą krwi. Uczestniczy ona głównie w odpowiedzi typu humoralnego, tzn. produkcji przeciwciał.

Immunoglobuliny mają zdolność swobodnego łączenia się z antygenami i są najważniejszymi cząsteczkami układu immunologicznego. W wyniku kontaktu z antygenem, którego rozpoznanie dostarcza tak zwanego sygnału pierwszego, limfocyt ulega pobudzeniu, czyli aktywacji, a następnie proliferuje i różnicuje się w komórki efektorowe.

Wyróżnia się dwa zasadnicze typy odpowiedzi immunologicznej: odpowiedź typu humoralnego (wolne przeciwciała) i odpowiedź typu komórkowego (limfocyty T).

W odpowiedzi immunologicznej wyróżniamy dwa etapy: fazę indukcji (limfocyty łączą się z antygenem i zaczynają proliferować i różnicować się w komórki efektorowe), i fazę efektorową (nowowytworzone komórki efektorowe odpowiadają na antygen, doprowadzając do jego unieszkodliwienia).

Poznanie naturalnych mechanizmów regulujących odpowiedź immunologiczną umożliwia zrozumienie wielu stanów patologicznych ale jest też punktem wyjścia dla prób sterowania tą regulacją w celu stymulowania lub hamowania odpowiedzi immunologicznej.

Zależności między układem neuroendokrynowym a układem immunologicznym zależą od: obecności w narządach limfatycznych zakończeń nerwowych, występowania w komórkach układu immunologicznego receptorów dla hormonów i neuropeptydów, wpływu cytokin produkowanych przez komórki układu immunologicznego na układ neuroendokrynowy, produkcji niektórych hormonów przez komórki układu immunologicznego.

W narządach limfatycznych - centralnych i obwodowych - stwierdzono obecność zakończeń nerwowych cholinergicznym, noradrenergicznym i peptydergicznym. W korze grasicy obserwuje się liczne włókna noradrenergiczne, a na dojrzewających tymocytach receptory beta-adrenergiczne, co interpretuje się jako sugestię udziału katecholamin w procesie dojrzewania tymocytów.

W grasicy, węzłach limfatycznych, śledzionie i kępkach Payera stwierdzono obecność zakończeń nerwowych zawierających somatostatynę, substancję P, opioidy, a także naczynio aktywny polipeptyd jeli-

towy. Wydaje się, że jednym z ogniw między układem neuroendokrynowym i układem immunologicznym są komórki tłuszczne.

Komórki układu immunologicznego posiadają specyficzne receptory dla wielu hormonów i peptydów neuroendokrynowych, co stanowi warunek odpowiedzi immunologicznej. W komórkach układu immunologicznego stwierdzono specyficzne receptory dla wielu substancji aktywnych biologicznie: kortykoliberyny, tyreoliberyny, gonadoliberyny, somatoliberyny, somatostatyny, somatotropiny, kortykotropiny, prolaktyny, tyreotropiny, wazopresyny, oksytocyny, progesteronu, estrogenów, parathormonu, met-enkefaliny, beta-endorfiny, naczynioaktywnego peptydu jelitowego i substancji P. W większości przypadków fizjologiczna rola tych receptorów nie jest znana, jednak uważa się, że za ich pośrednictwem system biologicznej samoregulacji uczestniczy w regulacji czynności układu immunologicznego.

Komórki jednojądrzaste śledziony myszy mają podwójne - o wysokim i niskim powinowactwie - receptory dla kortykotropiny. Badania wykazują że receptory kortykotropiny leukocytów i komórek nadnerczy mają identyczne właściwości wiązania, co sugeruje, że receptory w tych dwóch populacjach komórek są zbliżone strukturalnie. Odpowiednie badania potwierdzają tą sugestię. Tak więc układy hormonalny i immunologiczny są w stanie komunikować się dwukierunkowo przy użyciu wspólnych sygnałów i identycznych receptorów. Leukocyty ujawniają receptory dla wielu neuroendokrynowych hormonów peptydowych. Receptory te są podobne, jeśli nie identyczne z takowymi komórek układu neuroendokrynowego.

Ogólnie należy stwierdzić, że niektóre neuropeptydy i hormony mogą poprzez swoje receptory modulować czynność komórek uczestniczących w odpowiedzi immunologicznej, a te z kolei komórki poprzez syntetyzowane cytokiny, neuropeptydy mogą w wyniku pobudzenia oddziaływać na system biologicznej samoregulacji. Oddziałując wzajemnie na siebie, te dwa układy zdają się wzajemnie uzupełniać w różnych stanach patologicznych. Układ immunologiczny jest układem o bardzo precyzyjnych mechanizmach autoregulacyjnych, nadzorowanych przez różne populacje komórek i wydzielane przez nie mediatory, w tym także hormony, neuropeptydy, itd. Precyzja ta została wykształcona w wyniku konieczności szybkiego i wysokiego pobudzenia aktywności mechanizmów obronnych przed wpływem czynników środowiskowych, przede wszystkim zakaźnych, z jednoczesnym szybkim hamowaniem reakcji immunologicznych po zlikwidowaniu czynnika narażenia.

Najlepiej poznany hormony neuroendokrynowymi są syntetyzowane przez leukocyty, a wywodzące się z pro-opiomelanokortyny hormony peptydowe - kortykotropina i endorfiny. Wzbudzoną syntezę kortykotropiny i endorfin wykazano w większości limfocytów. Leukocytarne peptydy są struktu-

ralnie identyczne z takowymi pochodzenia układu neuroendokrynowego. Wykazano istnienie informacyjnego mRNA dla pro-opiomelanokortyny w limfocytach, i makrofagach, zaś sekwencja aminokwasów kortykotropiny śledziona i przysadki są identyczne. Układ immunologiczny syntetyzując wywodzące się z pro-opiomelanokortyny peptydy może być uważany za gruczoł wewnętrznego wydzielania. Komórki układu immunologicznego są w stanie syntetyzować większość neuroendokrynowych peptydów hormonalnych - gonadotropinę kosmówkową, tyreotropinę, i inne hormony. Aktywacja limfocytów T wzbudza w nich syntezę enkefalin z pro-proenkefaliny mRNA, zaś stymulowane mitogenicznie i antygenowo limfocyty produkują prolaktynowe i somatotropinowe mRNA, których synteza zachodzi w rybosomach.

Podstawowe stężenia innych peptydów - substancji parahormonalnych - wydają się być sprzężone z komórkami układu immunologicznego. Znajdują się wśród nich naczynioaktywny peptyd jelitowy, somatostatyna, wazopresyna argininowa i oksycytyna.

Dane doświadczalne pozwalają nam porównać regulację pro-opiomelanokortyny. Kortykoliberyna wywołuje *de novo* syntezę i wydzielanie leukocytarnej kortykotropiny i beta-endorfiny. Także arginino-wazopresyna w wysokich dawkach wykazuje aktywność kortykoliberyny. Łącznie działa w sposób addytywny wzbudzając wydzielanie wywodzących się z pro-opiomelanokortyny peptydów. Proces ten jest tłumiony przez dexametazon. Tak więc aktywność hormono-syntetyczna leukocytów zdaje się być regulowana podobnie jak komórek przysadki z uwzględnieniem kontroli genów kodujących pro-opiomelanokortynę przez dodatni sygnał podwzgórzowy i zwrotne hamowanie przez syntetyczne glukokortykosteroidy.

Produkcja neuroendokrynowych hormonów peptydowych i ich receptorów przez komórki układu immunologicznego sugeruje, że poza ich czynnością endokrynną, cząsteczki te mogą także regulować odpowiedź immunologiczną. Aczkolwiek zasadniczą czynnością kortykotropiny jest modulacja sterydogenyzy w nadnerczach, to hormon ten jest również potencjalnym i bezpośrednim inhibitorem syntezy przeciwciał. Immunocyty T są bardziej wrażliwe na kortykotropinę aniżeli limfocyty B. Ponieważ endorfiny i kortykotropina wywodzą się z tych samych prekursorowych cząsteczek, stąd podobny modulujący wpływ na syntezę immunoglobulin. Natomiast istnieją istotne różnice w działaniu modulacyjnym poszczególnych endorfin. *In vitro* odpowiedź immunologiczna limfocytów śledziona była wyraźnie tłumiona przez alfa-endorfiny. Także enkefalina metioninowa i leucytynowa hamują odpowiedź immunologiczną, natomiast gamma-endorfiny i beta-endorfiny nie działają supresyjnie. Wynika to z nieco odmiennej struktury cząsteczkowej tych ostatnich. Zależne od rodzaju endorfin i kortykotropiny zmienna aktywność immunomodulacyjna może być funkcją zróżnicowanej produkcji pro-opio-

melanokortyny. Ponieważ kortykoliberyna wpływa na leukocytarną syntezę ACTH1-39 i beta-endorfin, można przypuszczać, że do zmiany odpowiedzi immunologicznej może dojść innymi drogami, jak to czynią bakteryjne lipopolisacharydy, wzbudzające syntezę ACTH1-24 do 26 i alfa/gamma endorfin. Inny sposób zróżnicowanej modulacji czynności układu immunologicznego to alternatywne działanie różnych hormonów. Na przykład wykazano, że kiedy pod wpływem kortykotropiny ulega obniżeniu synteza immunoglobulin, wówczas podanie tyreotropiny wzmacnia odpowiedź immunologiczną. Wiele substancji biologicznie aktywnych wpływa na aktywność proliferacyjno-mitogeniczną układu immunologicznego. Beta-endorfiny efektywnie tłumią T-komórkową mitogenezę u człowieka. Endogenne opiaty są również zaangażowane w regulację aktywności naturalnych immunocytów niszczących i w chemotaksję komórek jednojądrzastych. Wiązanie różnych peptydów opioidowych do określonych mózgowych receptorów opiatowych wywołuje różnorodne zmiany fizjologiczne i zachowawcze.

Badania przy użyciu różnych peptydów pochodzących z systemu neuroendokrynowego wykazały, że substancje te także wywoływały efekty immunomodulacyjne: ludzkie obwodowe limfocyty T były stymulowane do proliferacji przez substancję P, naczynioaktywny peptyd jelitowy tłumia mitogenezę limfocytów, somatostatyna tłumia proliferację limfoblastów i stymulowany przez sitohemaglutyniny limfocyty T, somatotropina i insulina współuczestniczą w aktywacji i wzroście limfocytów podczas odpowiedzi na mitogeniczną i antygenową stymulację.

Z przedstawionych badań wynika, że wiele peptydów czynnych w systemie biologicznej samoregulacji wpływa modulującą na czynność komórek układu immunologicznego. Immunomodulacja może być rezultatem odśrodkowej drogi neuroendokrynną, lub może zachodzić drogą autokrynną lub parakrynną przez syntezę peptydowych hormonów przez leukocyty.

Układ immunologiczny nie tylko podlega czynnościowej modulacji, ale poprzez uwalnianie cytokiny oddziałuje na cały układ nerwowy i na gruczoły wydzielania wewnętrznego. Cytokiny stanowią pośredniczące substancje biologicznie aktywne o wielokierunkowych działaniach i wywodzą się z limfocytów, monocytów lub makrofagów. Wydają się reprezentować drugą kategorię sygnałów powstających w układzie immunologicznym. Interferony są pierwszymi zaobserwowanymi substancjami wykazującymi aktywność hormonalną. Interferon wzbudza *in vitro* rzekomo-ACTH zależną odpowiedź sterydogenetyczną w kulturze komórek nadnerczy. Alfa-interferon działa bezpośrednio na nadnercza wzbudzając odpowiedź sterydogenetyczną. Inne kininy wydają się regulować aktywność osi przysadkowo-nadnerczowej drogą pośrednią. Tymozyna alfa-1 *in vivo* wydaje się wpływać na wydzielanie kortykotropiny przez działanie na ośrodkowy układ nerwowy, który zwrótnie sty-

muluje przysadkę. Podobnie działa interleukina-2. Interleukina-1 jest istotnym czynnikiem w prezentacji antygenów i aktywacji limfocytów T. Działa także jako endogenny pyrogen odpowiedzi gorączkowej podczas endotoksemii, prawdopodobnie przez współdziałanie z ośrodkami termoregulacyjnymi mózgu. Syntezę interleukiny-1 wykazano także w astrocytach, w komórkach gąbczastych, w mózgu endokrynnie traktowanych myszy, co wskazuje inną stronę interakcji mózgu i układu immunologicznego.

Istnieją dane doświadczalne wskazujące, że bezsenność tłumi odpowiedź immunologiczną. Pewne cytokiny zdają się wpływać na podwzgórzowe ośrodki neuronalne i mogą wywoływać sen, utratę łaknienia i wzrost ciepłoty ciała. Proces ten zdaje się być pod kontrolą genów kodujących niektóre cytokiny. Senność obserwowaną w chorobach zakaźnych wydaje się być skutkiem działania interleukiny-1 i stanowi jeden z objawów mechanizmów obronnych układu immunologicznego. Spostrzeżenie, że komórki układu immunologicznego są źródłem wydzielania kortykotropiny sugeruje, że w wielu okolicznościach przysadka nie jest zaangażowana w odpowiedź sterydogenetyczną pośredniczoną przez kortykotropinę. Pogląd ten narodził się z obserwacji że zakażenie wirusem New castle (in vitro wzbudza syntezę leukocytnego ACTH) u myszy pozbawionej przysadki wywołuje czasowo zależny wzrost wydzielania kortykosteronu, hamowany przez dexametazon. Opierając się na powyższych obserwacjach przyjmuje się istnienie osi immunologiczno-nadnerczowej, która częściowo może być odpowiedzialna za obserwowany podczas infekcji wzrost poziomu kortykosterydów.

Jednym z najlepiej poznanych powiązań między tymi dwoma układami jest stymulacja wydzielania kortykotropiny przez uwolnioną w trakcie odpowiedzi immunologicznej interleukinę - pierwszą i szóstą. Kortykotropina wzmacnia wydzielanie kortykosteroidów, które mogą zwrócić hamować odpowiedź immunologiczną.

Inną sytuację patofizjologiczną reprezentują posocznice gram-ujemne i wstrząs endotoksyczny, w której immunologiczna synteza peptydów wywodzących się z pro-opiomelanokortyny odgrywa pierwszoplanową rolę.

W patofizjologię obrazu klinicznego wmięszane są endorfiny układu immunologicznego, zaś podanie antagonistów opiatów blokuje wiele zaburzeń kardio-pulmonologicznych i przedłuża czas przeżycia. Na interakcję między układem immunologicznym i neuroendokrynowym wskazuje wiele innych spostrzeżeń klinicznych.

Komórki układu immunologicznego mogą precyzyjnie rozpoznać antygeny, a następnie komunikować się z systemem biologicznej samoregulacji, który nie jest zdolny do ich bezpośredniego rozpoznawania.

Immunoglobuliny mogą występować w błonie wielokomórkowej, ale tylko na limfocytach B są wbudowane

w błonę i występują jako receptory wiążące antygen. Receptory limfocytów T są, obok immunoglobulin, jedynymi cząsteczkami zdolnymi do swoistego wiązania antygeny. Błony śluzowe, przede wszystkim przewodu pokarmowego i układu oddechowego, są wraz ze skórą głównym miejscem kontaktu organizmu ze środowiskiem zewnętrznym. Stanowią one zasadniczą drogę penetracji czynników zakaźnych i potencjalnie szkodliwych.

Dominującą rolę w obronie spełnia układ immunologiczny związany z błonami śluzowymi i skórą, miejscami pierwszego kontaktu i wzbudzenia odpowiedzi immunologicznej. Powierzchnia wchłaniania jelita cienkiego wynosi około 100m², jest 60 razy większa od powierzchni skóry i zawiera około 25% tkanki limfoidalnej. Limfocyty układu pokarmowego regulują odpowiedź immunologiczną na antygeny dostające się do przewodu pokarmowego tak, by nie dochodziło do nadmiernego wzbudzenia odpowiedzi immunologicznej. Skóra stanowi narząd immunologicznie czynny (keratynocyty), spełniający ważne funkcje obronne oraz odgrywający istotną rolę w patogenezie różnych chorób.

Opierając się na powyższych wybranych stwierdzeniach, morfologiczno-fizjologiczna podstawa dla współdziałania między systemem biologicznej samoregulacji a układem immunologicznym wydaje się być oczywista. Układy stanowią część sygnałów i ich receptorów, które pozwalają na łatwą komunikację i modulację czynności w nich i między nimi.

Możliwy wniosek z tej wspólnoty sygnałów i receptorów jest następujący: układ immunologiczny stanowi narząd czucia dla wielorakich bodźców (antygenów), które nie są rozpoznawane przez ośrodkowy i obwodowy system nerwowy. Odpowiednia informacja jest przekazywana do systemu biologicznej samoregulacji przez wywodzące się z limfocytów substancje biologicznie aktywne (cytokiny, peptydy, hormony), które kształtują zmiany fizjologiczne ustroju; i odwrotnie, rozpoznanie przez ośrodki wegetatywne mózgu informacji wywołuje podobną neurohormonalną i neurovegetatywną odpowiedź przenoszoną i rozpoznawaną przez receptory limfocytów, modulującą aktywność układu immunologicznego. Wydaje się prawdopodobne, że czynność czuciowa układu immunologicznego może inibować aktywność układu neuroendokrynowego w okresie działania bodźca (antygeny), wzbudzając wydzielanie określonej grupy substancji biologicznie aktywnych, kształtujących stan patofizjologiczny danego zespołu chorobowego. O ile proces ten zachodzi rzeczywiście, wówczas patofizjologia, związana z określonymi czynnikami infekcyjnymi lub guzami, może być odniesiona do określonych substancji biologicznie aktywnych wydzielanych przez układ immunologiczny.

Wynikają z tego dalekosiężne konsekwencje w rozumieniu wielu objawów chorobowych oraz istotne następstwa terapeutyczne. ☺

Prof. dr hab dr h.c. Zdzisław Kleinrok

DOKTOREM HONORIS CAUSA ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

Nadawanie przez uczelnie wyższe tytułów doktora honorowego jest wyrazem szczególnej uwagi okazywanej wybitnym uczonym lub ponadprzeciętnym osobom publicznym, które wyróżnia wyjątkowej miary prestiż ogólnospołeczny.

Najwyższa godność uniwersytecka została nadana 25 czerwca br. przez Śląską Akademię Medyczną w Katowicach profesorowi Zdzisławowi Kleinrokowi - kierownikowi Katedry i Zakładu Farmakologii lubelskiej AM.

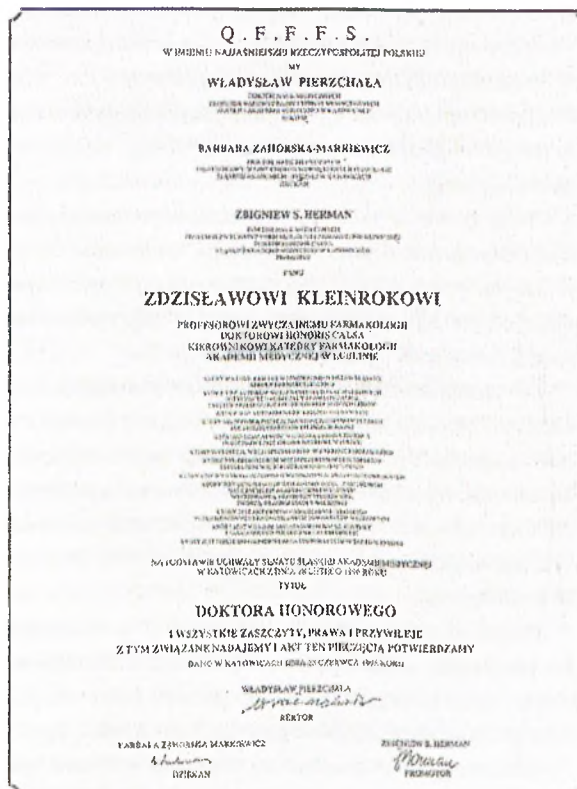
Prof. Z. Kleinrok - Rektor Elekt AM w Lublinie, obdarzony już tytułem doktora honoris causa przez Uniwersytet w Tartu (Estonia) w 1991 roku, posiada ogromne zasługi w tworzeniu podstaw śląskiej szkoły



Doktor Honoris Causa Śląskiej Akademii Medycznej prof. dr hab. dr h.c. Zdzisław Kleinrok wygłosił wykład okolicznościowy zatytułowany „Moje Uniwersytety”

farmakologicznej - czytamy treść uchwały senatu AM w Katowicach - jest autorem szeregu wybitnych prac naukowych (posiada ich w dorobku 350) dotyczących miazdżycy doświadczalnej, psychofarmakologii i poszukiwania nowych leków. Posiada w dorobku wiele autorskich podręczników i monografii akademickich, cieszy się wielkim uznaniem polskich i międzynarodowych gremiów naukowych, wyhabilitował w macierzystej katedrze 11 osób, zaś 5 osób z innych placówek badawczych wykonało część doświadczalną rozpraw habilitacyjnych w kierowanym przez niego Zakładzie Farmakologii. Był promotorem 27 prac doktorskich i opiekunem kilkudziesięciu prac magi-

sterskich. Stworzył lubelską szkołę farmakologii; pod jego kierunkiem tytuły profesorskie zdobyło kilkoro najbliższych współpracowników. Prof. Z. Kleinrok utrzymuje ożywione kontakty badawcze z ośrodkami medycznymi Włoch, Niemiec, USA, Francji i Anglii. Zasiada w Centralnej Komisji do spraw Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych, pełni funkcję wiceprzewodniczącego Komitetu Nauk Fizjologicznych Polskiej Akademii Nauk, jest członkiem wielu innych komisji i komitetów PAN a także aktywnym i honorowym członkiem kilku krajowych oraz zagranicznych towarzystw naukowych. Bywał wielokrotnie zapraszany przez komitety organizacyjne medycznych kongresów naukowych do prowadzenia w charakterze moderatora sesji plenarnych, dyskusji okrągłego stołu oraz rozmaitych mityngów farmakologicznych. Przebywał niejednokrotnie w krajach europejskich z misjami naukowymi jako visiting professor. Senat AM w Katowicach stwierdza w uzasadnieniu wniosku o nadanie tytułu Doktora Honoris Causa: „prof. Z. Kleinrok jest wybitnym uczonym o wysokich walorach humanitarnych, zasłużonym nauczycielem akademickim, jak również wielkim ambasadorem nauki, kultury i farmakologii polskiej na całym świecie”. Po ceremonii promocyjnej Doktor Honorowy zaprezentował wykład zatytułowany „Moje Uniwersytety”. ◉





AKADEMIA MEDYCZNA
W LUBLINIE

REKTOR

Lublin, 24 czerwca 1996 r.

Jego Magnificencja
Rektor Śląskiej Akademii Medycznej
w Katowicach
Prof. dr hab. Władysław PIERZCHAŁA

Magnificencjo Rektorze, Czcigodny Senacie,
Wysoka Rado Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej

W imieniu Senatu Akademii Medycznej w Lublinie, lubelskiego medycznego środowiska akademickiego oraz własnym, przesyłam serdeczne gratulacje z okazji nadania przez Waszą Uczelnię najwyższej godności akademickiej tytułu doktora honoris causa Profesorowi zw. dr hab. Zdzisławowi Kleinrokowi.

Wpisując do księgi Wielkich Nieśmiertelnych Waszej Uczelni tak wybitnego, światowej sławy uczonego, doktora honoris causa Uniwersytetu w Tartu, członka licznych towarzystw naukowych, autora wielu prac, monografii i podręczników, wybraliście dla swoich nauczycieli akademickich i młodzieży studenckiej wspaniały wzór do naśladowania.

Dzisiejszy dzień jest wielkim świętem również dla lubelskiej Uczelni, bo chociaż Profesor Zdzisław Kleinrok jest absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej, to przeważającą część zawodowego życia spędził w Lublinie, gdzie stworzył słynną szkołę farmakologii. Jako Promotor imponującej liczby prac doktorskich, opiekun wielu habilitacji i patron tytułów profesorskich stworzył najmocniejsze fundamenty lubelskiej Almae Matris.

Spółeczność akademicka powierzała Mu liczne odpowiedzialne funkcje - m.in. Prodziekana i Dziekana Wydziału Lekarskiego, Rektora Akademii Medycznej - wiedząc, że wszystkie wypełni rzetelnie i do końca.

Uprzejmie proszę o przekazanie w tym uroczystym dniu, Panu Profesorowi Zdzisławowi Kleinrokowi najlepszych życzeń i gratulacji od całej społeczności lubelskiej Akademii Medycznej, która może mieć powód do dumy, że jej obecny Rektor - Elekt otrzymał wyraz najwyższego uznania, od zasłużonej, słynnej i jakże bliskiej Śląskiej Akademii Medycznej.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku

REKTOR

Prof. dr hab. Marian K. Klamut

10-lecie

KATEDRY I KLINIKI REHABILITACJI AM W LUBLINIE

Klinika Rehabilitacji AM w Lublinie została powołana do życia 7 kwietnia 1986 r. na bazie Oddziału Rehabilitacji Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4. Funkcję ordynatora pełnił wówczas DR MED. CEZARY REJZNER.

- Decyzją Rady Wydziału Lekarskiego kierownikiem Kliniki z dniem 1 października 1986 r. został doc. dr hab. Andrzej Skwarcz. Od początku działalności Klinika oprócz usprawniania chorych z dysfunkcją narządu ruchu prowadzi leczenie kompleksowe zniekształceń, wad, chorób i urazów kręgosłupa u dzieci i dorosłych. Szczególną uwagę zwrócono na zniekształcenia kręgosłupa u dzieci i młodzieży czyli skoliozy prowadząc leczenie nieoperacyjne i operacyjne.
- Do leczenia operacyjnego wprowadzono nowoczesne sposoby korekcji i stabilizacji wewnętrznej.
- Klinika dysponuje obiektami sportowymi (salą gimnastyczną i basenem) oraz nowoczesnym działem hydroterapii, fizykoterapii i kinezyterapii.
- W Klinice pracuje 91 osób reprezentujących personel wyższy, średni i pomocniczy; w tej grupie jest 10 lekarzy, z których czterech są nauczycielami akademickimi prowadzącymi dydaktykę.
- W okresie dziesięciolecia w Klinice leczono 5415 pacjentów, wykonano 1031 zabiegów operacyjnych.
- Pracownicy Kliniki (4) uzyskali specjalizację II^o i I^o (7), a 140 osób spoza Kliniki odbyło staże specjalistyczne.
- W Poradniach Przyklinicznych leczono łącznie 75536 osób w tym w Poradni Rehabilitacyjnej 18727 a w Poradni Chorób, Wad i Zniekształceń Kręgosłupa 56809.
- Pracownicy Kliniki uczestniczyli w licznych sympozjach, zjazdach naukowych w kraju i za granicą wygłaszając około 80 referatów z czego 54 ukazały się jako publikacje.
- Klinika była organizatorem jednego sympozjum i 2 współorganizatorem. Prowadzone są bieżące szkolenia i kursy doskonalące.
- W roku 1995 decyzją Rady Wydziału Lekarskiego Klinika Rehabilitacji została przekształcona w Katedrę i Klinikę Rehabilitacji.

Okolicznościowe wystąpienie Jego Magnificencji Rektora wygłoszone z okazji 10-lecia Katedry i Kliniki Rehabilitacji oraz 40-lecia pracy Profesora Andrzeja Skwarcza w dniu Jubileuszu (13 czerwca 1996 r.) podczas uroczystej sesji naukowej w Kazimierzu Dolnym.

Dostojny i Drogi Jubilacie, Szanowni Państwo!

Kiedy przed 40 laty nieodżałowanej pamięci wielki polski uczyony, organizator i dydaktyk Profesor Stanisław Piątkowski kładł podwaliny lubelskiej ortopedii wiedział, że trwałość uniwersyteckiego gmachu zależy przede wszystkim od osobowości i talentów tworzących go ludzi. Wbrew obowiązującej wówczas doktrynie głosił elitaryzm uczelni, na której nowatorski głos jednego uczonego bywa ważniejszy od utartych i zgodnych poglądów wielu prawomyślnych pracowników nauki. Profesor Piątkowski bardzo starannie dobierał współpracowników. Nie tolerował pozamerytorycznych nacisków i wpływów, nepotyzmu, kumoterstwa. Na równi z intelektem cenił charakter, zaangażowanie emocjonalne, postawę moralną kandydata. W poszukiwaniu talentów sieci zarzucał daleko i blisko. To Profesorowi Piątkowskiemu zawdzięczamy sprowadzenie z Poznania Doktora Józefa Kamińskiego, późniejszego twórcę ortopedii białostockiej. Z Gdańska przyciągnął Doktora Ignacego Wośko, który swym wspaniałym twórczym życiem i różnorodnością zainteresowań ubogacił naszą uczelnię.

Profesor Stanisław Piątkowski zwrócił również uwagę na nadzwyczaj pilnego, zdolnego, entuzjastę nauki i pracy, studenta medycyny Andrzeja Skwarcza. Dziś obchodzimy piękny jubileusz 40-lecia Jego pracy, połączony z 10-leciem stworzonej i kierowanej przez Jubilata Katedry i Kliniki Rehabilitacji Akademii Medycznej w Lublinie.

Zawsze poważny Doktor Andrzej Skwarcz lubił budować rzeczy trwałe, niezawodne, oparte na mocnej podstawie. Dodatkowa specjalizacja z zakresu anatomii patologicznej, uzyskana w znakomitej szkole Profesora Marburga pozwala Mu na stworzenie i rozwinięcie Pracownik Histopatologicznej ukierunkowanej na badanie kości i chrząstek. Dawało to rzetelną podbudowę dla licznych, wychodzących z kliniki opracowań.

Ze swej strony chciałbym podkreślić pewne aspekty Jego pracy, szczególnie ważne ze społecznego i ludzkiego punktu widzenia.

W Klinice kierowanej przez Profesora Skwarcza realizowane są w praktyce idee promocji zdrowia, holistycznego widzenia człowieka i dążenia nie tylko do przywrócenia sprawności fizycznej, niesienia ulgi w cierpieniu i łagodzeniu skutków kalectwa, ale zgod-

KIEROWNIK

KATEDRY I KLINIKI REHABILITACJI AM
PROF. DR HAB. MED. ANDRZEJ SKWARCZ

WRAZ Z ZESPOŁEM

nie z duchem czasu również przywracanie chorym możliwości samodzielnego, aktywnego i twórczego życia.

Szczególną troską otacza On wytrącone przez chorobę z normalnego życia dzieci, dążąc do łączenia leczenia, nauczania i wychowania. Działający na terenie kliniki nauczyciele ze szkoły im. Marii Grzegorzewskiej nawiązują kontakt z macierzystymi szkołami, uczą, wystawiają oceny, pomagają przechodzeniu uczniom do następnej klasy.

Do wielkich zasług i osiągnięć Profesora Skwarcza zaliczyć trzeba organizowanie i objęcie patronatem letnich kolonii rehabilitacyjnych działających nieprzerwanie już 25 lat. Wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Dzieci, prowadzona przez Dostojnego Jubilata, Poradnia Schorzeń Kręgosłupa, dokonuje społecznie kwalifikacji dzieci na kolonie, podziału na grupy, przygotowania programu ćwiczeń, wreszcie wyszukiwania miejsc z obiektami sportowymi, salami gimnastycznymi, basenami, boiskami. Program wychowawczy skoordynowany jest z programem usprawniania. Opiekę nad dziećmi sprawują wychowawcy, najczęściej studenci wyższych lat pedagogiki UMCS i instruktorzy wychowania fizycznego, nauczyciele lub studenci uczelni wychowania fizycznego. Około 100 dzieci rocznie ma szczęście wracać do zdrowia, odzyskiwać radość życia i wiarę w społeczną solidarność. Powszechny podziw i najwyższe uznanie znajdowało Jego poświęcenie własnych urlopów dla urzeczywistnienia idei kolonii rehabilitacyjnych dla dzieci.

Wreszcie specjalną troską otacza Profesor Andrzej Skwarcz grupę Aktywnej Rehabilitacji dla osób niepełnosprawnych, jeżdżących na wózkach inwalidzkich. Ile energii, zaangażowania i serca wkłada w załatwienie spraw socjalno-bytowych, przygotowywanie rodziny i środowiska na przyjęcie osób niepełnosprawnych, utrzymywanie kontaktów i przygotowywanie ośrodków zdrowia pracowników socjalnych w zakładach pracy.

Pozwólcie Państwo jeszcze na kilka wspomnień i refleksji poświęconych naszemu Jubilatowi oraz Jego pozaprofesjonalnej aktywności. Ośmiela mnie do tego prawie półwieczna nasza znajomość i przyjaźń. Mało osób zna zapewne zainteresowania przyrodnicze Jubilata i umiłowanie turystyki górskiej. Posiadacz złotej górskiej odznaki turystycznej, co roku przemierzał szlaki ukochanych polskich Tatr, których piękno, majestat, niezwykły urok pomagały Mu regenerować siły i odzyskiwać równowagę po ciężkiej całorocznej pracy.

W mieście potrzebę kontaktu z przyrodą i miłość do natury przenosił na czworonożnych psich przyjaciół. Kiedyś prowadziły go na spacer wielkie i groźne wilki i buldogi, ostatnio towarzyszy Mu jamniczek. Zmniejszają się i łagodnieją podmioty uczuć, ale sama miłość do zwierząt nie maleje.

Z okna gabinetu PSK nr 4 widzę Poradnię Przykładową Profesora Andrzeja Skwarcza jest zwykle ostatnim Profesorem, który ją opuszcza. Lekko przygarbiony i zamysłony zawsze oblatowany teczkami zdjęć rentgenowskich i innej dokumentacji. Prostując tysiące kręgo-

słupów u chorych zapominał o swoim własnym. Ma dużo czasu dla innych - mało dla siebie. Jest to cena jaką płać zwykłe altruści za bezinteresowną służbę i poświęcenie dla innych.

Inne oblicze Profesora Andrzeja Skwarcza ujrzałem w czasie telewizyjnego spoktania z Lucyną Winnicką i grupą entuzjastów medycyny naturalnej. Choć samotniony, jak lew bronił bezkompromisowo i odważnie pozycji naukowej medycyny. Miażdżył przykładami trwałego kalectwa jakie spotkało chorych, którzy nie chcieli w porę skorzystać ze sprawdzonej nowoczesnej pomocy medycznej.

Drogi Jubilate, Szanowni Państwo,

Mamy za sobą rok bardzo licznych uroczystości jubileuszowych - przedstawiono na nich osiągnięcia klinik i zakładów, najczęściej jako efekt zbiorowej pracy. A przecież za sukcesami kryją się pojedynczy ludzie, ich talent, osobowość, pasja twórcza, altruizm, pracowitość. Te indywidualne cechy mistrzów i przewodników pokazujemy zwykle dopiero wtedy, kiedy odejdą na wieczną wartę, a przecież młodzież czeka na wzorce osobowe aktualnie działających profesorów i nauczycieli.

Ortopedia przełamała ten zwyczaj i organizuje również jubileusze pokazując żywych, działających ludzi z krwi i kości. Miejmy nadzieję, że ten dobry przykład upowszechni się.

Na zakończenie niech mi wolno będzie, również w imieniu Senatu Akademii Medycznej w Lublinie i całej społeczności akademickiej, wyrazić najserdeczniejsze podziękowania Profesorowi Andrzejowi Skwarczowi za trud swego życia, którym tak szczerze obdarowuje naszą Uczelnię. Równocześnie życzę Ci Drogi Jubilate dalszych długich lat owocnej i równie satysfakcjonującej działalności oraz zdrowia i szczęścia dla Ciebie i dla całej Twojej rodziny.

Curriculum vitae Jubilata

Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1955 roku. Rozpoczął pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej lubelskiej AM jako stypendysta Ministerstwa Zdrowia. Uzyskał pierwszy stopień specjalizacji z zakresu anatomii patologicznej. W roku 1957 podjął pracę w Klinice Ortopedii Akademii Medycznej w Lublinie. W roku 1960 uzyskał I stopień specjalizacji, w roku 1966 II stopień specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii. W roku 1965 otrzymał stopień naukowy doktora nauk medycznych na podstawie pracy: "Patomechanika zniekształceń piszczeli po uszkodzeniu przyśrodkowej części bliższej płytki nasadowej".

Po uzyskaniu stopnia doktora zainteresowania Jubilata zostały ukierunkowane potrzebami Kliniki Ortopedii na problemy związane z chorobami, zniekształceniami i wadami kręgosłupa. W wyniku tych zainteresowań



Profesor Andrzej Skwarcz

w roku 1980 uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie ortopedii na podstawie oceny ogólnego dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej pod tytułem: „Zmiany zanikowo-wytwórcze w segmentach ruchowych kręgosłupa lędźwiowego jako funkcja wieku“.

Na stanowisko docenta w Klinice Ortopedii AM został powołany w październiku 1981 r.

Prace opublikowane w czasopiśmie zagranicznych prezentowane były na Zjazdach Naukowych Niemieckiego Towarzystwa Ortopedycznego. Posiada 3 świadectwa autorskie o uzyskaniu wzoru użytkowego i wyróżnienie Ministra Zdrowia w Konkursie Mistrz Techniki i Organizacji Służby Zdrowia 1984 r.

Zainteresowania naukowe: patologia kręgosłupa u dzieci i dorosłych (choroby, zniekształcenia i urazy kręgosłupa).

Zainteresowania kliniczne: połączenie rehabilitacji z diagnostyką i leczeniem w patologii kręgosłupa. Działalność organizacyjna: stworzył od podstaw w roku 1958 przykliniką pracownię histopatologiczną, która nadal działa w Katedrze i Klinice Ortopedii. W roku 1966 zorganizował poddział leczenia skolioz, a następnie wprowadził nowoczesne leczenie urazów i zniekształceń kręgosłupa. Od roku 1986 wspomniane leczenie zostało wprowadzone w Klinice Rehabilitacji. Wieloletni sekretarz Oddziału Wojewódzkiego PTOiTr. Od roku 1984 do 1988 Przewodniczący Sekcji Spondyloortopedii Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego a obecnie v-ce przewodniczący. W roku 1987 został powołany na członka Komisji Urazów Układu Nerwowego Komitetu Nauk Neurologicznych PAN a od roku 1991 na członka Komitetu Rehabilitacji i Adaptacji Społecznej PAN. Od czerwca 1991 Przewodniczący Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Za osiągnięcia w pracy naukowo-badawczej i dydaktycznej wielokrotnie otrzymywał nagrody Rektora Akademii Medycznej.

Działalność dydaktyczna: promotor 8 prac magisterskich na Wydziale Pielęgniarstwa, recenzent 7 doktoratów i 1 pracy habilitacyjnej. ☺

KOMUNIKAT

W ramach Towarzystwa Absolwentów i Przyjaciół Akademii Medycznej w Lublinie został powołany do życia Klub Absolwenta Wydziału Lekarskiego lubelskiej AM - rocznik 1954.

Spotkania w Klubie będą się odbywały w gmachu Collegium Novum AM (Al. Racławickie 1) w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca o godz. 16.

Powiadamiając o powyższym serdecznie zapraszamy wszystkich absolwentów z rocznika 1954 oraz przyjaciół na spotkania klubowe.

Obowiązki gospodarzy Klubu powierzono:

Domicelli Pomykalskiej-Wośko - przewodnicząca,

Witoldowi Komarnickiemu - v-ce przewodniczącemu,

Marii Ziótkowskiej-Miturskiej - sekretarz

Pierwsze spotkanie połączone z otwarciem Klubu odbędzie się już

7 października br. (poniedziałek) o godz. 16.

Zapraszamy

TRZY *jubileusze* chirurgów

W tym roku przypadł Jubileusz 25-lecia trzech klinik: Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyń, Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca oraz Kliniki Chirurgii Urazowej. Przedstawiamy poniżej trzy szkice profesorów Stanisława Jabłonki, Jerzego Karskiego i Jerzego Michalaka ukazujące historię, teraźniejszość oraz plany na przyszłość wspomnianych klinik. Zamieszczamy również fotoreportaż z uroczystości jubileuszowych, które odbyły się 18 maja br. w Lublinie.

Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca Akademii Medycznej w Lublinie

Klinika została wyłoniona z I Kliniki Chirurgii Ogólnej i powołana do życia 1 czerwca 1971 roku pod nazwą Kliniki Torakochirurgicznej Instytutu Chirurgii przemianowaną następnie na Klinikę, a obecnie Katedrę i Klinikę Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca.

Pierwszym Kierownikiem Kliniki został prof. dr hab. Zbigniew Papliński, a po jego odejściu w 1979 roku do Gdańska, kierownictwo objął doc. dr hab. Stanisław Jabłonka. Współorganizatorami Kliniki i jej pierwszymi pracownikami byli dr med. Stanisław Jabłonka (od 1977 roku docent, od 1989 roku profesor, od 1995 r. profesor zwyczajny) oraz Alicja Sawa (od 1981 r. docent, od 1993 profesor nadzwyczajny). W kolejności pracę w Klinice rozpoczęli lekarze: w 1971 r. - dr Antoni Wilgoszyński (zmarł w 1982 roku) i Zygmunt Modrzewski, w 1972 r. - Jan Bojarski (do 1992), 1973 r. - Andrzej Wrona, 1975 r. - Franciszek Furmanik (od 1986 r. dr hab.), 1976 r. - Zenon Górniewski (do

1992), 1977 r. - Janusz Stążka, 1980 r. - Kazimierz Goździuk i Wojciech Kądziołka, 1983 r. - Cezary Jurko, Grzegorz Wilczyński i Piotr Fijałkowski (do 1992), 1984 r. - Janusz Jendrej, Andrzej Jabłonka, 1986 r. - kardiolog Jerzy Wilkołaski, 1988 r. - Marek Sawicki i Adam Kadej (do 1992), 1992 r. - Marek Czajkowski oraz Andrzej Mirosław, a w 1996 r. - Dariusz Sagan.

Historię Kliniki tworzy również duża dziś grupa oddanych i zasłużonych pracowników naukowo-dydaktycznych, laboratoryjnych i pielęgniarek. Pracownię bronchoskopową prowadzi mgr Jola Kowalczyk (poprzednio przez 17 lat - felczer Maria Kaftańska), pracownię badań czynnościowych - lek. wet. Grażyna Bałicka. Zespołami pielęgniarek kierują na III piętrze - Czesława



Dzirba (do 1985 r. Barbara Pieczykolan), na I piętrze Wiesława Breś. Pracujące z nami od początku pielęgniarki: Honorata Litwin, Maria Skwarek, Teresa Jankowska i wiele innych tworzą klimat życzliwej i fachowej opieki ułatwiający leczenie chorych i wpływający znacząco na imię Kliniki.

Początkowo Klinika zajmowała pomieszczenia na V piętrze PSK nr 4 przy ul. Jaczewskiego 8, od maja 1973 roku została przeniesiona na III piętro tego szpitala. W sierpniu 1984 roku powiększono ją o oddział septyczny zlokalizowany na I piętrze, rozbudowany w 1988 roku o 4 łóżkowy oddział IOP-u. Obecnie Klinika liczy 49 łóżek, w tym 8 na oddziałach intensywnej opieki pooperacyjnej. Wzrost liczby pracowników i bazy łóżkowej był niezbędny z uwagi na rosnące potrzeby makroregionu w zakresie leczenia chorych, a jednocześnie pozwolił na dynamiczny rozwój Kliniki. Dane te wyraźnie wskazują na rosnące zapotrzebowanie w zakresie reprezentowanych przez Klinikę specjalności. Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca obejmuje dwa kierunki działania: chirurgię klatki piersiowej i kardiochirurgię. Ta druga rozwinęła się w Lublinie dopiero z chwilą powołania Kliniki Torakochirurgicznej w 1971 r.

Ważniejsze daty dokumentujące systematyczny rozwój lubelskiej kardiochirurgii to:

1. wykonanie pierwszej komissurotomii zamkniętej - 1971 r.
2. rozpoczęcie operacji w krążeniu pozaustrojowym - 1978 r.
3. pierwszy pomost aortalno-wieńcowy wykonany z powodzeniem w grudniu 1979 r.

Ilościowy i jakościowy wzrost lubelska kardiochirurgia ma jeszcze przed sobą. Nadzieje na jej dynamiczny rozwój związane są z uzyskaniem odpowiedniej bazy lokalowej, powstaniem nowoczesnej pracowni diagnostyki chorób układu krążenia oraz wydzieleniem zespołu skoncentrowanego jedynie na problemach leczenia chorób serca. Istnieją uzasadnione nadzieje, że wieloletnie starania zespołu zaowocują

wkrótce powstaniem wydzielonego oddziału lub kliniki kardiochirurgicznej w ramach Katedry Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca.

Historia chirurgii klatki piersiowej i serca w Lublinie wiąże się z nazwiskiem prof. Zbigniewa Papińskiego, który po przeszkoleniu odbyłym u pioniera torakochirurgii polskiej - prof. Wita Rzepeckiego rozpoczął wykonywanie operacji torakochirurgicznych ok. roku 1950 w I Klinice Chirurgii Ogólnej. Stopniowo poszerzano zakres wykonywanych zabiegów (np. resekcja rozwidlenia tchawicy po wycięciu płuca w 1966 r., zamknięcie przetoki oskrzelowej od strony śródpiersia czy resekcje zwężeń tchawicy wprowadzone od 1974 r.) i obecnie wykonywane są w Klinice wszystkie typy operacji torakochirurgicznych.

Ostatnie lata przyniosły dynamiczny rozwój specjalności związany przede wszystkim z wprowadzeniem nowych technik chirurgicznych. Video-torakoskopia i tzw. stapling płucny (nowoczesne postaci szwu mechanicznego) przyczyniły się do obniżenia stopnia inwazyjności rękoczynów chirurgicznych i poprawy wyników leczenia. Te imponujące zdobycze techniczne wymagały wypełnienia treścią medyczną. Klinika lubelska wprowadziła jako pierwsza w kraju (1992 r.) i wkrótce po wiodących światowych ośrodkach torakochirurgicznych zastosowała zabiegi video-torakoskopowe w leczeniu odmy opłucnowej, ropniaka i skrzepłego krwiaka opłucnej oraz w diagnostyce chorób opłucnej, płuc i śródpiersia.

Działalność dydaktyczna Kliniki obejmuje:

1. działalność statutową poprzez prowadzenie wykładów i ćwiczeń dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego, III i IV roku Oddziału Stomatologii oraz Wydziału Pielęgniarskiego na studiach dziennych i zaocznych,
2. udział w szkoleniu podyplomowym ordynatorów i lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej, ortopedii, pulmonologii. Ogółem odbyło staże specjalistyczne w Klinice ponad 200 lekarzy,

3. udział w procesie wyszkolenia lekarzy medycyny ogólnej i lekarzy rodzinnych,

4. organizację ogólnopolskich (5) i regionalnych (8) kursów wykonywanych na zlecenie CMKP, W.O.Sz. K.M. i Szkoły Endoskopii przy Instytucie Onkologii w Warszawie,
5. szkolenie praktyczne pielęgniarek w ramach SM w Lublinie.

Działalność organizacyjna Kliniki, Jej Kierownika i Pracowników polegała na:

1. ustaleniu zasad współpracy w zakresie rozpoznawania i leczenia chorych wymagających leczenia specjalistycznego jak: wad i choroby niedokrwiennej serca, raka płuca, stanów po ciężkich urazach klatki piersiowej, ostrej niewydolności oddechowej, zwężeń tchawicy. W sposób otwarty udzielane są liczne konsultacje specjalistyczne oraz pomoc w przeprowadzaniu nagłych operacji torakochirurgicznych.
2. rozpoczęciu działalności w ramach tzw. tworzenia organizacji wczesnego wykrywania raka płuca.

W okresie od 1983 roku zorganizowano i przeszkolono liczne grono specjalistów do pracy w poradniach i punktach konsultacyjnych oraz pracowniach bronchoskopowych na terenie objętym specjalistycznym nadzorem regionalnym. W roku 1995 konsultantem regionalnym został prof. dr hab. Stanisław Jabłonka.

Działalność organizacyjną prowadzili przedstawiciele Kliniki w Oddziale Lubelskim Towarzystwa Chirurgów Polskich (w latach 1991-1995 Przewodniczącym Oddziału był Prof. St. Jabłonka, sekretarzem dr C. Jurko), w Sekcji Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca TChP, Sekcji Viscerosyntezy, Klubie Kardio i Torakochirurgicznym i wielu innych. Wyrazami uznania dla środowiska lubelskiego było powierzenie stanowiska Prezesa Sekcji w 1974 r. profesorowi Papińskiemu, który zorganizował Zjazd Sekcji w Lublinie w 1976 roku, oraz obecnie profesorowi Jabłonce, który wybrany został prezesem elektem z obowiązkiem zorganizowania Zjazdu w 1998 r.

Działalność naukowa Kliniki

przejawiła się uzyskaniem przez jej pracowników: 1 tytułu profesora zwyczajnego, 1 nadzwyczajnego, przeprowadzeniem 3 habilitacji, 12 przewodów doktorskich w tym 3 dla lekarzy spoza Kliniki. Ogółem opublikowano 198 prac, z których 143 ogłoszono drukiem w zagranicznych i krajowych czasopismach lekarskich, a pozostałe w materiałach międzynarodowych krajowych i regionalnych zjazdów i sympozjów naukowych. Liczne prace powstały w ramach planów rządowych (PR-6), ministerialnych (MZ-XV) oraz na zlecenie PAN i KBN. Aktualnie zespół Kliniki (prof. Jabłonka, doc. Furmanik) przygotowuje rozdziały do zbiorowego wydania podręcznika „Chirurgia klatki piersiowej”. Liczne grono pracowników odbyło przeszkolenie na stypendiach i stażach naukowych w kraju i zagranicą, tak w zakresie kardio, jak i torakochirurgii (Francja, Niemcy, Belgia, Szwecja, USA). Specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej uzyskało 8-miu, II st. 5-ciu i z chirurgii klatki piersiowej 13 pracowników Kliniki.

Pracownicy Kliniki brali czynny udział w wielu zjazdach naukowych za granicą i w kraju, prowadząc konferencje okrągłego stołu, sesje,

wyłaszczając referaty i uczestnicząc w dyskusjach. Główne zainteresowania naukowe związane są i wynikają z aktualnych potrzeb w zakresie reprezentowanej specjalizacji.

Do ważniejszych osiągnięć Kliniki zaliczyć można:

1. wdrożenie nowoczesnych metod diagnostycznych w rozpoznawaniu raka płuca,
2. wykonanie ekspertyzy na zlecenie PAN na temat „Stan rozpoznawania raka płuca w Polsce”,
3. opracowanie postępowania w ostrej niewydolności oddechowej w oparciu o szeroko zakrojone badania doświadczalne i kliniczne,
4. określenie przydatności oceny parametrów hemodynamiki krążenia płucnego po ciężkich urazach klatki piersiowej lub wielonarządowych, a także w przebiegu pooperacyjnym po zabiegach na klatce piersiowej.

Aktualnie wiodącymi tematami badawczymi Kliniki pozostają:

1. skojarzone leczenie raka płuc w tym z użyciem tzw. chemioterapii indukcyjnej,
2. dalsze opracowanie metod chirurgicznych wykorzystujących najnowsze osiągnięcia techniki w zakresie videotoraskopii i tzw. staplingu płucnego,

3. opracowanie techniki zamykania przetoki oskrzelowej w gojeniu przewlekłego ropniaka opłucnej z przetoką przy pomocy myoplastyki,
4. chirurgia tchawicy.

W trakcie pozostają przygotowania do podjęcia nowych programów związanych z:

1. wdrożeniem nowatorskiej metody fotodynamiki do diagnostyki i leczenia przypadków raka płuca,
2. zastosowania śródoperacyjnej brachyterapii jako leczenia uzupełniającego leczenia operacyjne przypadków raka płuca,
3. chirurgicznym wycięciem mięzsza płucnego (LVR) w leczeniu zaawansowanej postaci rozedmy płuc,
4. dalszym rozwojem ośrodka kardiochirurgicznego.

Ograniczone ramy prezentacji nie pozwalają na wyszczególnienie wielu nowatorskich i oryginalnych osiągnięć zespołu Kliniki. Wyniki pracy organizacyjnej, naukowej i dydaktycznej pozwoliły na uzyskanie wysokiej oceny Kliniki szczególnie w chirurgii klatki piersiowej plasując ją wśród czołowych ośrodków polskich.

STANISŁAW JABLONKA I ZESPÓŁ

Katedra i Klinika Chirurgii Naczyń Akademii Medycznej w Lublinie

Klinika Chirurgii Naczyń powstała 1 czerwca 1971 roku na bazie Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, mieszczącego się przy ulicy Staszica 16, jako jedna z Klinik Instytutu Chirurgii.

Pierwszym kierownikiem Kliniki mianowany został doc. dr hab. Paweł Misiuna. Obsadę lekarską stanowili ponadto adiunkci: dr Jerzy Michałak i dr Tadeusz Olewiński oraz starsi asystenci: lek. Franciszek Brakowiecki, lek. Andrzej Madejczyk i lek. Wiesław Woźniacki (zmarł w roku 1994). Pielęgniarką oddziałową została Danuta Nowakowska, która pełni tę funkcję do chwili obecnej.

Już w początkowym okresie istnienia Kliniki powstała Pracownia Chirurgii Doświadczalnej. W 1973 roku utworzono Przykliniczne Laboratorium Naukowe, w którym podjęła pracę starsza technik Krystyna Wójtowicz. Od 1976 roku pracuje w Laboratorium mgr Irena Bidacha, a od 1983 roku mgr Danuta Kaczor.

W latach 1973-1993 sekretariat kliniki prowadziła Hanna Urbanowicz. Od 1993 roku obowiązki te przejęła Małgorzata Sundstrom. W 1974 roku zorganizowano przy Klinice Pracownię Fotograficzną. Zespół lekarski Kliniki stopniowo powiększał się. W kolejności chro-

nologicznej pracę podejmowali: Wojciech Kobusiewicz (1975), Adam Stepień (1981), Mirosław Melaniuk (1982), Andrzej Wolski (1983), Paweł Józwiakowski (1985), Jacek Wroński (1986), Piotr Niedziela i Witold Żywicki (1987), Marek Durakiewicz (1988), Janusz Ślepko (1989), Stefan Mocarski (1990), Tomasz Zubilewicz, Marcin Feldo oraz Piotr Terlecki (1994).

W dniu 15 października 1980 roku nastąpiła zmiana kierownika Kliniki. Doc. Paweł Misiuna objął kierownictwo II Kliniki Chirurgii Ogólnej, a na stanowisko kierownika Kliniki Chirurgii Naczyń został powołany doc. Jerzy Michałak. Od chwili

swego powstania do roku 1987 Klinika liczyła 30 łóżek. Warunki pracy były utrudnione ciasnotą pomieszczeń, nadmiernym zagęszczeniem chorych oraz dostępnością zaledwie 1 sali operacyjnej. Początko-

lach terenowych (pęknięte tętniaki aorty, ostre niedokrwienia i urazy). Od 1994 roku połowę dyżurów ostrych pełni Oddział Chirurgii Naczyń w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym nr 2 w Lublinie.



wo wykonywano około 350 operacji rocznie, później liczba ta stopniowo wzrastała osiągając 450 operacji rocznie. W 1987 roku Klinika została przeniesiona do Państwowego Szpitala Klinicznego nr 4, mieszczącego się przy ul. Jaczewskiego 8. Mimo niewielkiego tylko wzrostu liczby łóżek do 35, zdecydowanej poprawie uległy warunki pobytu chorych oraz pracy personelu lekarsko-pielęgniarskiego. Dzięki możliwości korzystania z 2 sal operacyjnych bardzo wyraźnie wzrosły możliwości operacyjne Kliniki. W ostatnich latach wykonuje się około 900 operacji rocznie.

W 1994 roku w związku z utworzeniem Oddziału Chirurgii Naczyń w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym nr 2 odeszli z Kliniki następujący lekarze: Franciszek Brakowiecki, Andrzej Madejczyk, Mirosław Melaniuk oraz Paweł Józwiakowski.

W okresie 1971-1996 ogółem leczono 15 725 chorych i przeprowadzono 12 485 operacji. Klinika sprawuje nadzór specjalistyczny w zakresie chorób naczyń dla całego regionu środkowo-wschodniego (województwa: lubelskie, białsko-podlaskie, zamojskie, chełmskie, tarnobrzskie i radomskie). W ramach pełnienia ostrego dyżuru naczyniowego pracownicy Kliniki wykonali 1164 operacje wyjazdowe w szpita-

Wzrastająca liczba leczonych chorych i wykonywanych operacji świadczy o rosnących potrzebach specjalistycznej opieki w zakresie angiologii i angiochirurgii.

W 1977 roku dr n. med. Jerzy Michalak uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy pt.: „Leczenie hiperlipidemii i zapobieganie miażdżycy za pomocą wyłączenia końcowego odcinka jelita krętego”. W roku 1987 doc. Jerzy Michalak uzyskał tytuł profesora.

Przeprowadzono 14 przewodów doktorskich, w tym 4 dla lekarzy spoza zespołu Kliniki. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskali: Franciszek Brakowiecki (1977), Andrzej Madejczyk (1977), Maria Ogonowska-Kobusiewicz (1980), Tadeusz Chmieliński z Radomia (1981), Ryszard Głąb z Przemysła (1981), Wojciech Kobusiewicz (1984), Zbigniew Waga z Zamościa (1985), Wiesław Woźniacki (1986), Adam Stępień (1987), Andrzej Wolski (1988), Piotr Niedziela (1993), Witold Żywicki (1994), Stefan Mocarski (1995), Marcin Felde (1994 - w ramach studium doktorskiego). W okresie istnienia Kliniki 12 lekarzy uzyskało II stopień, a 5 I stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej.

Pracownicy kliniki opublikowali 196 prac naukowych, których

większość stanowiły prace badawczo-kliniczne. Bardzo dobra współpraca z Zakładem Patofizjologii Akademii Rolniczej w Lublinie zaowocowała licznymi pracami doświadczalnymi. Współdziałanie z Zakładem Radiologii Zabiegowej pozwoliło na wprowadzenie do rutynowego postępowania leczniczego w chorobach naczyń: przeszłornej plastyki tętnic przy ich miażdżycowych zwężeniach, embolizacji anomalii wrodzonych czy też zakładania filtru do żyły głównej dolnej w nawracającej zatorowości płucnej. Współpracujemy również z Kliniką Hematologii w zakresie badania czynników krzepnięcia w chorobie Buergera, aktywacji płytek krwi i granulocytów obojętnochłonnych, Kliniką Dermatologii (sklerodermia, a zmiany naczyniowe) oraz Kliniką Chirurgii Klatki Piersiowej i Serca w wykonywaniu sympatektomii piersiowej metodą videotoroskopii, co owocuje licznymi opracowaniami naukowymi, publikowanymi w kraju i za granicą.

Klinika brała udział w opracowywaniu programu węzłowego 10.8 „Rozwój diagnostyki i terapii nadciśnienia tętniczego i chorób naczyń”. We współpracy z Instytutem Medycznym we Lwowie realizowano temat „Diagnostyka i leczenie operacyjne miażdżycowej niedrożności głównych odgałęzień aorty brzusznej”.

W początkowym okresie pracy tematyka naukowa dotyczyła głównie następujących zagadnień:

- 1) odległe wyniki leczenia miażdżycowej niedrożności tętnic i tętniaków,
- 2) zastosowanie metod radioizotopowych i ultradźwiękowych w ocenie stopnia niedokrwienia kończyn,
- 3) operacyjne leczenie nadciśnienia naczyniowo-nerkowego,
- 4) chirurgiczne metody leczenia hiperlipidemii,
- 5) leczenie nadmiernej otyłości metodami chirurgicznymi,
- 6) leczenie zespołu pozakrzepowego kończyn dolnych.

W ostatnich latach obok powyższych, wiodącymi tematami są:

- 1) optymalizacja wyników leczenia tętniaków aorty brzusznej,

2) leczenie operacyjne miażdżycowych zwężeń tt. szyjnych i innych gałęzi łuku aorty,

3) sympatektomia videotoraskopowa oraz videosympatektomia lędźwiowa (w Klinice wykonano pierwsze tego typu zabiegi w Polsce - 1995),

4) cukrzyca, a miażdżycy.

Opracowania tych tematów są często prezentowane na kongresach międzynarodowych i ogólnopolskich, wywołując żywe zainteresowanie (Rostock-1988, Ateny-1992, Barcelona-1993, Berlin-1994, Antwerpia-1995, Paryż-1996).

Prof. Jerzy Michalak jest członkiem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (ESVS) i Międzynarodowej Unii Angiologicznej (IUA). Cały zespół lekarski należy do Polsko-Francuskiego Towarzystwa Angiologicznego.

Na bazie łóżkowej Kliniki prowadzone są zajęcia dydaktyczne dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego oraz studentów Wydziału Pielęgniarstwa. W ramach stażów do II stopnia specjalizacji w zakresie specjalności zabiegowych szkolenie odbyło ponad 200 lekarzy. Ponadto w ramach kursów, prowadzo-

nych na zlecenie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych przeszkolono 145 ordynatorów z całego kraju. Pracownicy naukowo-dydaktyczni kliniki przebywali na szkoleniach naukowych i klinicznych w przodujących ośrodkach specjalistycznych w kraju i za granicą (ZSRR, Wlk. Brytania, Szwajcaria, Niemcy, Francja).

Działalność organizacyjna zespołu lekarskiego kliniki polegała głównie na stworzeniu systemu organizacyjnego rozpoznawania i leczenia chorób naczyń oraz szkolenia w tym zakresie chirurgów regionu. Utworzono 3 ośrodki, w których wykonuje się, przy udziale naszych lekarzy, operacje naprawcze tętnic: Lubartów, Kozienice i ostatnio Kraśnik. Prof. Jerzy Michalak w latach 1984-1995 był specjalistą wojewódzkim dla województwa lubelskiego, a od 1995 jest specjalistą regionalnym do spraw chirurgii naczyń. Ponadto w latach 1984-1990 pełnił funkcję prorektora AM do spraw klinicznych i kształcenia podyplomowego. Terenem naszej intensywnej działalności jest Towarzystwo Chirurgów Polskich. W la-

tach 1987-1991 prof. Jerzy Michalak był przewodniczącym, a dr Tadeusz Olewiński sekretarzem Oddziału Lubelskiego TChP. Na forum Oddziału nasi lekarze wygłosili wiele referatów szkoleniowych. Zespół lekarski brał czynny udział w organizowaniu Zjazdu Sekcji Chirurgii Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń w Lublinie w 1976 roku i 56. Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Lublinie w 1993 roku.

Za ogromne osiągnięcie uważamy powstanie w dniu 30 stycznia 1996 roku Stowarzyszenia Rozwoju Angiochirurgii przy Katedrze i Klinice Chirurgii Naczyń w Lublinie. Stowarzyszenie, w naszym mniemaniu, ma być ukoronowaniem 25-letniej działalności Kliniki na rzecz prozdrowotnego trybu życia oraz uwrażliwienia możliwie jak największej części społeczeństwa na palące problemy profilaktyki, leczenia i rehabilitacji chorych z chorobami naczyń. Uważamy, że bez zwiększenia świadomości społecznej nie możemy liczyć na poprawę katastrofalnych wskaźników zachorowalności na miażdżycę w naszym kraju.

JERZY MICHALAK

Klinika Chirurgii Urazowej Akademii Medycznej w Lublinie

Klinika Chirurgii Urazowej, jako samodzielna jednostka kliniczna, powołana została na bazie PSK Nr 1 przy ul. Staszica 16 przez JM Rektora AM w Lublinie 1 listopada 1971 r. i weszła w skład Instytutu Chirurgii. Liczyła ogółem 44 łóżka, na składały się dwa oddziały: Kobięcy - 20 łóżek i Męski - 24 łóżka.

Z dniem powstania Kliniki, na stanowisko p.o. kierownika powołany został adiunkt dr n. med. Tadeusz Jastrzębski. W 1977 r., po habilitacji i mianowaniu na docenta, objął On stanowisko Kierownika Kliniki i funkcję tę pełnił do 30 września 1995 r. Prof. T. Jastrzębski uzyskał 1 listopada 1988 r. tytuł profesora

nadzwyczajnego, a 16 marca 1995 r. profesora zwyczajnego.

Dnia 1 października 1995 r. na

stanowisko Kierownika Kliniki Chirurgii Urazowej został powołany przez JM Rektora AM, po wygraniu



konkursu, prof. nadzwyczajny dr hab. n. med. Jerzy Karski.

W chwili powstania Kliniki skład osobowy zespołu lekarskiego przedstawiał się następująco: pełniący obowiązki kierownika Kliniki dr n. med. T. Jastrzębski oraz dr n. med. Marian Opolski, który pracował w Klinice do 1993 r., lek. med. Rudolf Mieszkowski (do 1972 r.), lek. med. Stefan Łączek (do 1990 r.) oraz nadal pracujący w Klinice doc. Jan Podlewski.

W 1973 r. rozpoczął pracę w Klinice lek. med. Krzysztof Michałowski, a w 1974 r. dr Kazimierz Goździuk. W 1975 r. został zatrudniony dr n. med. Adam Borowicz oraz dr Henryk Zbański, specjalista z zakresu ortopedii. W dalszych latach pracę w Klinice rozpoczęli: dr Grzegorz Olszewski (1977), dr Zbigniew Chabros (1980), dr Leszek Jankiewicz (1983), dr Mieczysław Jazienicki (1983), dr Jacek Sompor (1991), dr Adam Nogalski (1991), dr Tomasz Lubek (1993).

Z dniem 1 października 1995 r. do kliniki włączony został wraz z pensum dydaktycznym i asystentami Zakład Pierwszej Pomocy Medycznej AM.

W pierwszych latach działalności, warunki w Klinice były bardzo skromne. Duże kilkunastoosobowe sale chorych, ciasne pomieszczenia dla personelu, brak własnych sal operacyjnych, bardzo utrudniały funkcjonowanie Kliniki. Pierwszy remont przeprowadzono w 1977 r., dobudowano wtedy pomieszczenia socjalne dla oddziału męskiego, sale chorych podzielono na 3-4 łóżkowe, wykonano centralne ogrzewanie i sieć telefoniczną. Udało się także wyodrębnić z części pomieszczeń kliniki salę Intensywnej Opieki Medycznej i wyposażić ją w nowoczesny sprzęt reanimacyjny. Zabiegi operacyjne jednak nadal przeprowadzane były w salach Bloku Operacyjnego wspólnego z II Kliniką Chirurgii Ogólnej. Stan ten uległ zmianie w 1987 r., kiedy klinice zostały przyznane pomieszczenia uprzednio zajmowane przez Klinikę Neurochirurgii. W marcu 1989 r., po wyremontowaniu pomieszczeń na parterze, stwo-

rzono 16-to łóżkowy oddział kobiecy z salą opatrunkową i salą operacyjną.

W maju 1991 r. ukończono remont na drugim piętrze. Utworzono 36-łóżkowy oddział męski z dwoma salami operacyjnymi, salą intensywnego nadzoru i salą konferencyjną.

Z dniem 1 października 1995 r. wyodrębniono w Klinice 3 oddziały: A - Urazów Narządu Ruchu i Rehabilitacji, którego kierownikiem jest dr n. med. Grzegorz Olszewski, B - Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Chirurgii Ręki i Oparzeń, którego kierownikiem jest dr hab. Jan Podlewski oraz oddział C - Ogólny i Urazów Wielonarządowych, którym kieruje dr n. med. Adam Borowicz.

Od momentu powstania, pracownicy Kliniki prowadzili intensywną działalność leczniczą, naukowo-szkoleniową i dydaktyczną. Do Kliniki przyjmowano pacjentów po urazach głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, układu kostno-stawowego, pacjentów z ciężkimi oparzeniami i ubytkami powłok. Jako jedna z pierwszych w kraju (a pierwsza w regionie), klinika zaczęła się specjalizować w udzielaniu pomocy chorym z mnogimi obrażeniami ciała. Ogółem w 25 letnim okresie hospitalizowano 20 438 chorych i przeprowadzono 9 422 operacje. W Poradni Przyklinicznej przyjęto 185 971 osób. W czasie codziennych dyżurów w Izbie Przyjęć udzielono pomocy ambulatoryjnej 24 340 chorym.

W ciągu minionego 25-lecia zespół kliniki miał również swój udział w poszerzaniu dorobku naukowego lubelskiej AM. Odzwierciedleniem tego są publikacje w czasopiśmie krajowych i zagranicznych oraz aktywny udział członków zespołu lekarskiego w posiedzeniach naukowych, sympozjach i zjazdach organizowanych przez Towarzystwa Naukowe.

Osiągnięcia naukowe i diagnostyczno-lecznicze:

- publikacje naukowe w liczbie 108 ogłoszone w czasopiśmie krajowych i zagranicznych,
- opracowania dotyczące badań naczyniowych z zakresu uszkodzeń rdzenia kręgowego, oceny poziomu

odjęcia kończyny, badań venograficznych w ocenie martwicy głowy kości udowej po złamaniach szyjki, tamowania masywnych krwotoków wewnętrznych,

- wykrywanie wczesnych zmian zapalnych kości, oceny stanu krążenia śródmostnego i zmian narządowych w przebiegu ostrego bakteryjnego zapalenia kości,

- rekonstrukcje pourazowych ubytków powłok płatami skórno-mięśniowymi, plastyki ubytków czaszki i okolic kostnych kończyny oraz przeszczepów skórnych w rozległych powierzchniach pooparzeniowych oraz operacyjne zaopatrywanie odleżyn,

- opracowania z zakresu połączonych uszkodzeń klatki piersiowej i brzucha, uszkodzeń śródbrzusznym jak wątroba, śledziona, jelita, pęcherz moczowy oraz przepona,

- wprowadzenie nowych rozwiązań operacyjnych, takich jak hemiplastyka i totalna plastyka stawu biodrowego, osteotomia pod- i międzykłętarzowa w coxartrozie i zastarzałych złamaniach szyjki, osteotomia pogłowowa piszczeli typu Nogota, odbarczenie rdzenia po złamaniach kręgosłupa z dojścia przedniego, osteosynteza stabilna złamań trzonu kości długich i osteosynteza typu „Zespołu Ramotowskiego” oraz zewnętrzna stabilizacja odłamów kostnych,

- wprowadzenie profilaktyki zatokowej oraz pobudzenie zrrostu opóźnionego metodą przestrzykiwania szpiku.

W czasie 25 lat działalności kliniki pod kierunkiem prof. T. Jastrzębskiego, siedmiu lekarzy uzyskało stopień doktora nauk medycznych, a dr Jan Podlewski tytuł doktora habilitowanego w 1994 r. Specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej uzyskało 10 osób, II stopnia z chirurgii ogólnej 6 osób, a 1 z ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Wszyscy pracownicy Kliniki wielokrotnie brali udział w szkoleniach, stażach i kursach specjalistycznych o tematyce związanej z zakresem działalności Kliniki. ☉



Moja wielka, życiowa pasja...

Kilka tygodni temu JM Rektor Lubelskiej Akademii Medycznej, Profesor M. K. Klamut, zaprosił Roberta Mirzyńskiego i mnie do swojej uczelni, aby wręczyć nam niezwykle interesujący i piękny medal, nawiązujący swą formą nie tylko do ciała, lecz także do ducha ludzkiego. Wybito go specjalnie z okazji 50-ej rocznicy AM, co również uradowało nas i dało poczucie dumy. Po ceremonii Rektor zadał pytanie: jak?... dlaczego to wszystko czyniliśmy? Wydawało się nam, że nie istnieje jedna, konkretna odpowiedź na nie...

Około 10 lat temu los zrzucił, że zostałam Dyrektorem Polskiego Oddziału Ockendem Venture. Jest to Stowarzyszenie Charytatywne zajmujące się uchodźcami ze wszystkich krajów. Oddział Polski skupiał wyłącznie ochotników - było nas sześcioro - 3 Polaków, 3 Anglików, lecz od czego zacząć?... Wybrałam się z około 40-osobową grupą na 2 tygodnie do Polski. Trasa obejmowała Oświęcim, szpitale oraz inne obiekty w Częstochowie. Mimo dość krótkiego pobytu zaczęliśmy rozumieć Polskę i Polaków.

Po powrocie do Anglii postanowiliśmy, że naszym priorytetem stanie się pomoc medyczna. Na początku była Warszawa za pośrednictwem Komisji Charytatywnej, następnie po kolejnej wizycie w Polsce zdaliśmy sobie sprawę, iż większość ciężarówek wysyłanych przez kraje europejskie dociera do Warszawy, co wydawało się nie całkiem w porządku. Moja przyjaciółka, lekarz, Halina Jędrzejewska, poproszona o radę, zaproponowała Lublin. Po następnym wyjeździe do Polski, podjęliśmy decyzję, aby dr Stanisław Terlecki, znany weterynarz, wybrał się do Puław, gdzie mieszkał jego bliski znajomy, też lekarz. Dr. S. Terlecki posiadający dyplomy za-



równy polski jak i angielski, szef Placówki Badawczej pod Woking, który nieco wcześniej przeszedł na rentę w wyniku 2 poważnych operacji serca, sam zgłosił tę propozycję. Poprosiłem go aby sfotografował oddziały pediatryczne szpitali, z którymi się zetknie oraz żeby przywiózł listy od ich szefów zawierające listę potrzeb. Nie wiedzieliśmy jeszcze wtedy, że Stanisław miał początki choroby nowotworowej, zaś on sam doskonale zdawał sobie sprawę, że będzie to jego ostatnia wizyta w Polsce, lecz świadomość, że może w ten sposób pomóc swemu krajowi dodawała mu sił. W listach, które przywiózł, niektóre szpitale oczekiwały gwiazdki z nieba..., lecz w jednym przeczytaliśmy: „cokolwiek przyślecie, przyjmimy z wdzięcznością”... List był podpisany przez Profesora Ignacego Wośkę. Przytoczone wyżej Jego słowa wzruszyły nas i sprawiły, że wybraliśmy jako cel pomocy właśnie ten szpital. I tak to się zaczęło...

Dzięki zainteresowaniu i uprzejmości Rady Hrabstwa Surrey uzyskaliśmy wycofany z eksploatacji dawny budynek szkolny. Zwolniono nas z opłat za energię. W budynku tym

segregowaliśmy dary pakując je w podarowane przez sieć sklepów Sainsburys i Tesco.

Naszym biurem był nędzny domek, który ozdobiłmy plakatami z polskich biur podróży, nadając pomieszczeniom polski charakter. Teraz czuliśmy się gotowi aby zacząć... Dyrektor Naczelny Pekaes'u, mieszkający w Londynie Pan Robert Mirzyński, zaproponował pomoc. Obejmowała ona użyczenie dla naszych celów ciężarówek kontenerowych powracających bez ładunku do Polski. Może się to wydać łatwe, ale takie nie było - mnóstwo pracy, robota papierkowa związana z wymogami Urzędów Celnych polskiego, brytyjskiego i niemieckiego, jak też odpowiedzialność za same ciężarówki. Dyrektor Mirzyński nigdy nas nie zawiodł, wybierał osobiście kierowców, którzy okazywali się rzetelni, życzliwi i zawsze gotowi pomóc, czerpiący swą własną radość z możliwości pomagania polskim dzieciom.

W zeszłym roku przyznano panu Mirzyńskiemu Polski Order Zasługi w Ambasadzie Polskiej w Londynie, który tak bardzo mu się należał...

Finanse - fundusze na działalność

pochodziły głównie od organizacji Rotarian, a konkretnie Kręgu Wewnętrzznego (kobieca sekcja organizacji), kościołów różnych wyznań, jak też osób prywatnych.

Propagować zaczęliśmy naszą działalność w katedrze w Guildford. Było to przedsięwzięcie gromadzące chóry polskie i angielskie, duchownych katolickich i anglikańskich, uwieńczone wspólnym pochodem, który znalazł szeroki oddźwięk w miejscowych mediach.

W Ockenden mieszkał Czesław Chmieliński, Polak zesłany z okolic Poznania do obozu pracy przymusowej przez Niemców w czasie II wojny światowej. Czesław był barwną postacią. Po burzliwych przejściach wojennych osiedlił się w końcu w Woking, gdzie pracował jako kierownik sklepu spożywczego w Ockenden. Kiedy zaczęło mu się wieść finansowo, nagle zmarł. W testamencie zapisał 18 tysięcy funtów dla Polski". Kochany Czesław, wszyscy go kochaliśmy - czasem był trudny w kontaktach, lecz stale miał kłopoty ze zdrowiem. Kochał dzieci, choć nie mógł mieć własnych, więc pod ladą trzymał słodycze które rozdawał dzieciakom.

18 tys. funtów - co za to kupić, aby uczcić jego pamięć - może coś dla dzieci - postanowiliśmy zakupić 10 inkubatorów dla szpitala, który nie posiadał żadnego... Pieniądze stale napływały i wreszcie mogliśmy nabyć w/w inkubatory, które specjalnie zapakowano i dzięki p. Mirzyńskiemu wysłano (w długą podróż) do Lublina. Dwa tygodnie później Nita Davidson, przyjaciółka pracująca w naszym imieniu w Sheffield i ja pojechałyśmy do Lublina po raz pierwszy. Podczas powitania nas przez Profesora i jego zespół, młody, zmartwiony lekarz wpadł do pokoju trzymając na rękach dwudniowego noworodka. Dziecko było sine, bez oznak życia, z obustronnym zapaleniem płuc. Profesor natychmiast zarządził użycie 1-go z pochodzących od nas inkubatorów. Rozpakowano go i dzięki jego zastosowaniu małej chłopiec przeżył, zawdzięczając życie Czesławowi, przyjaźni polsko-angielskiej oraz in-

teligentnemu, utalentowanemu, wrażliwemu Profesorowi.

W Wells (Anglia) mieszkała moja bardzo bliska przyjaciółka, Pani Jemasie Roberts-Wray. Zainteresowana naszą pracą, zgromadziła wokół siebie 85 osób w różnym wieku. Każdej z nich wręczyła torebkę z materiału i poprosiła o napełnienie ich i o wpisanie na nalepce torebki swojej płci i wieku. Torebki zawierały zabawki, książki, słodycze - to wszystko przez co napełnianie torebek napawało radością, bo miały one wyruszyć w Bożonarodzeniową podróż do Polski aby dać radość polskim dzieciom.

Dwa tygodnie przed wyjazdem ciężarówek Jemarie przywoziła do Woking pełen samochód wypełnionych torebek od rana do wieczora.

W Byflet Aniela Terlecka używała swego czaru i wdzięku dla uzyskania od miejscowego właściciela sklepu dodatkowego pudła pomarańczy i czekoladek. Kiedy kupowała te artykuły dla polskich dzieci z naszych funduszy. Apelowaliśmy o zabawki wszelkiego rodzaju. Dzień odjazdu ciężarówki do Polski zgromadził wiele osób. Odmawialiśmy na zmianę modlitwy katolickie, metodystów, anglikańskie za nas, za ładunek ciężarówki oraz przede wszystkim, za kierowcę. Następnie, wśród wiwatów, ciężarówka ruszała w swą długą podróż.

Profesor Wośko zdecydował się na przyjazd do Londynu, aby odwiedzić swoich przyjaciół z czasów wojny, aby odwiedzić Anglię, tak jak ja odwiedziłam Polskę.

Dwa dni spędził w szpitalu Św. Tomasza jako gość dr Michaela Smith, ortopedy dziecięcego. Nasz szpital, choć nie w obecnej siedzibie, powstał w XI-ym wieku i jest prawdopodobnie najstarszy i na pewno obdarzony największym sentymentem w Anglii - Szkoła Pielęgniarska przy tym szpitalu, którą ja także ukończyłam założona została przez Florence Nightingale. Tłumaczem w czasie wizyty Profesora była Dorota Kędzior. W pewnym momencie, gdy zobaczył nowoczesny aparat ultrasonograficzny w działaniu, stwierdził mimochodem, że posia-

danie takiego sprzętu w Lublinie jest marzeniem jego życia, ale nie do spełnienia, bo Polski na to nie stać. Później Dorota powtórzyła mi te słowa, a my postanowiliśmy, że z Bożą pomocą, to będzie nasz następny zakup! Zatelefonowałam do ECHO, organizacji charytatywnej założonej przez 2 lekarzy misjonarzy, i wykorzystywanej przez nasz Rząd dla wszystkich uchodźców i krajów w trudnej sytuacji, w wyniku wojny, lub głodu, skąd moglibyśmy kupić towary wolne od VAT-u i innych obciążeń. Koszt i tak był przerażający - sumy przekraczające nasze możliwości. Mąż mój był dowódcą eskadry RAF-u więc napisałam do Komendanta Lotniczego, Aleksandra Meissnera, z Polskiego Stowarzyszenia Lotników w Londynie, odwiedziłam go i otrzymaliśmy czek na 1000 funtów. Niestety Stanisław Terlecki nie mógł nam już pomagać - nowotwór zaatakował całe jego ciało i został przewieziony do szpitala. Umierał w domu, gdzie na pytanie czy życzy sobie kwiaty na pogrzebie odparł: „żadnych kwiatów, pieniądze na USG Beryl”. Po tych słowach zapadł w śpiączkę i zmarł następnego dnia. Był znaną postacią więc nadeszły чеки na ponad 1500 funtów. Od tego dnia USG był „jego” aparatem i wszystkie dalsze fundusze były w jego imieniu. Tyle mogliśmy zrobić dla tego wspaniałego człowieka.

ECHO także wykazało entuzjazm i na naszą prośbę wysłało pismo do producenta USG z prośbą o rabat - udzieliłi nam jednego na 6000 funtów i w końcu uświadomiliśmy sobie, że mamy pełną sumę i skaner był nasz!

Nie mogliśmy przechowywać tak drogiego sprzętu w naszym Magazynie. Kierowca z Pekaes uzyskał zezwolenie na zboczenie z trasy, aby załadować go w fabryce. Później, kiedy pojechałam do Lublina, Profesor Wośko zorganizował jeden z najwspanialszych dni, o jakim można marzyć. Zaprosił Arcybiskupa Metropolity Lubelskiego Księdza Profesora Bolesława Pyłaka, który poświęcił aparat, dzieci - pacjenci, na wózkach i kulejący śpiewały



i grały. Przygotowano specjalne torty i na koniec odśpiewano „Sto lat”. Z naszą pracą wiąże się wiele historii, zarówno wesółych jak i smutnych, lecz czas i przestrzeń mają granice - nasz cudowny, mały zespół, bez którego żadne z opisanych zadań nie byłoby wykonane - Anieła Terlecka, Danuta Urbaniec, Blanka Michalewicz, George Nobett, Tom Sterens, Averil Plender i ja, wszyscy zostaliśmy zaktywizowani przez Solidarność. Wszyscy wiedzieliśmy, że kiedy Anglia była na kolanach, polscy piloci co 5-ty walczący w RAF był Polakiem, oddawali życie za nas podczas gdy ich własny kraj był wyniszczany. Teraz przyszła nasza kolej, aby pokazać nasze uczucia i wdzięczność, w ten drobny sposób, cementując polsko-angielską przyjaźń. W Lublinie znaleźliśmy szpital będący mniejszą repliką Szpitala Św. Tomasza w Anglii - prowadzony jak *Don* dla chorych dzieci przez Profesora, człowieka wielkiego umysłu, o wspaniałej empatii, traktującego każdego w ten sam sposób, pacjentów, lekarzy, pielęgniarki, z życzliwością. My, którzy pochodzimy z Anglii, dumni jesteśmy, że jesteśmy „jego przyjaciółmi”.

Lecz nadal nie odpowiadałam na pytanie Rektora: „Dlaczego?”. Wszystko co dotąd napisałam jest w pewnym sensie odpowiedzią na to pytanie, z wyjątkiem następującej historii, którą zakończę tę wypowiedź. Dawno temu, dokładnie 12 lat, pod-

czas mojej pierwszej wizyty w Polsce pojechaliśmy do Oświęcimia - ja osobiście nie chciałam tam jechać - z obawy przed widokiem przejawów nieludzkiego traktowania ludzi przez ludzi, ale dziś jestem wdzięczna za to doświadczenie. Przechodziliśmy obok baraków, krematoriów - potem weszliśmy do budynku z centralną nawą i dużymi oknami po obu stronach - było to coś przypominającego zespół sklepów. Włosy w jednym, protezy zębowe w innym, liche walizki, a następnie sklep pełen zniszczonych butów - stopy obuwiawszystkich kształtów i rozmiarów. W pewnym momencie zauważyłam pojedynczy sandałek, w jakim dziecko chętnie poszłoby na zabawę. Kim było to dziecko? Jakie miało włosy, jakie oczy? Czy było przeżalone? Czy oddzielono je od matki, aby uśmiercić w komorze gazowej? Nie było odpowiedzi na te pytania. Czasem w Ockendeu Venture kiedy byliśmy zmęczeni - znużeni, tyle roboty, być może gniewni, przychodziło wspomnienie tego dziecka - w jakiś sposób ona tam była oraz wiedziała i uśmiechała by się, więc wbrew wszelkim przeciwnościom musieliśmy kontynuować pracę, aby jej małe życie nie było bezowocne. ☺

BERYL TAYLOR

BERYL TAYLOR

o sobie

Urodziłam się na Wschodnim Wybrzeżu Anglii, w Ipswich, byłam jedynaczką.

Ukończyłam liceum w Ipswich, o którym zachowałam bardzo dobre wspomnienia. Wybrano mnie w szkole na Prefekta. Grałam też w ataku drużyny hokejowej. Najbardziej lubiłam, z przedmiotów szkolnych, literaturę i historię.

Edukację pielęgniarską otrzymałam w szkole przy Szpitalu Św. Tomasza w Londynie i tak zostałam Nightingale (słownik) - od nazwiska założycielki naszej szkoły. Później odbyłam kilkuletnie, dalsze szkolenie w zakresie pediatrii i powróciłam do szpitala im. Św. Tomasza. Kochałam swój zawód i ten znakomity szpital.

Mąż mój był dowódcą eskadry ze stałym przydziałem (radar). Pobraliśmy się w Hyde, małej wiosce w Hampshire. Mąż zmarł kiedy nasz jedyny syn, David, miał 6 lat.

W latach osiemdziesiątych 1985 zostałam Dyrektorem Oddziału Polskiego Ochendem Venture - było to stanowisko bez wynagrodzenia i rozpoczęłam pracę dla Polski. Obecnie zajmuję małe mieszkanie w centrum Londynu, w milej dzielnicy o nazwie Pimlico w pobliżu Tamizy.

Moje hobby to muzyka, szczególnie Beethoven, Mahler i Schubert, a także sztuka, zwłaszcza Monet i Rembrandt, należę ponadto do Klubu Turystyki Pieszej.

Na koniec, ale jest to dla mnie bardzo ważne, pragnę wspomnieć, że Ambador Tadeusz de Virion wręczył mi w polskiej Ambasadzie w Londynie Wielki Order Uśmiechu, przyznany na wniosek dzieci i personelu lubelskiej Kliniki Pediatricznej. Order jest piękny stanowi równocześnie widomy znak ich uczuć wyrażanych także wierszami, piosenkami i obrazami.

Ftyzjopneumonologia wczoraj, dziś i jutro

Profesor Biruta Fańrowicz w dniu 1 października 1996 r. przechodzi na emeryturę po 21 latach kierowania Katedrą i Kliniką Chorób Płuc i Gruźlicy AM i 46 latach pracy na stanowisku nauczyciela akademickiego.

W dniu 23 kwietnia 1996 roku wygłosiła ostatni, uroczysty wykład z pneumonologii dla studentów IV roku Wydziału Lekarskiego. Na wykładzie zgromadzili się zaproszeni goście: prorektor do spraw nauki AM prof. Leszek Szewczyk, profesorowie, ordynatorzy i konsultanci pneumonologii z makroregionu, koleżanki i koledzy ze studiów, pracownicy Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy oraz rodzina Pani Profesor. Współorganizatorem tych uroczystości była Firma Eli Lilly, od szeregu lat współpracująca z naszą Kliniką.

Wykład Pani Profesor był podsumowaniem osiągnięć pneumonologii polskiej w okresie powojennym. Oddajmy głos Wykładowcy (przedstawiamy w skrócie wykład):

Serdecznie witam Pana Rektora, Kierowników Klinik i Zakładów, którzy blisko współpracowali ze mną przez wszystkie lata mojej pracy w Klinice Chorób Płuc i Gruźlicy AM w Lublinie. Bardzo serdecznie witam studentów IV roku Wydziału Lekarskiego i jednocześnie żegnam, ponieważ jest to mój ostatni wykład akademicki przed przejściem na emeryturę. Uroczystość taką jak dzisiejsza widziałam przed laty we Włoszech, daje mi ona możliwość pożegnania się z dotychczasową moją działalnością nauczyciela akademickiego i satysfakcję goszczenia znakomitych kolegów profesorów. Wybrałam temat historyczny wykładu, wychodząc z założenia, że musimy znać nasze korzenie. Uczestniczę w rozwoju tej gałęzi nauki od lat.

Kariere swoją w tym dziale medycyny zaczęłam na 3 roku studiów, kiedy to zachorowałam na gruźlicę. Na IV i V roku byłam stypendystką Ministerstwa Zdrowia, potem młodszym asystentem w Klinice, asystentem, adiunktem, habilitowałam się, byłam docentem, profesorem nadzwyczajnym, zwyczaj-



nym - i teraz wchodzę w ostatni etap życia - emeryta.

Zaraz po wojnie powstała z konieczności nowa specjalizacja zwana ftizjologią, a potem ftizjatrią. Była to prawdziwa konieczność w tym czasie, ponieważ w Polsce było bardzo dużo chorych na gruźlicę, którymi trzeba było się zająć - izolować i leczyć. Powstawały oddziały gruźlicze, sanatoria i kliniki. Wskaźniki zapadalności wynosiły ponad 400/100 tys., śmiertelność dochodziła do 200/100 tys. trzeba było opracować podstawy walki z gruźlicą. I właśnie w drugiej połowie lat 40-tych powstał system walki z gruźlicą, wzorowany na poradni Edynburskiej. Prowadzącą jednostką był Instytut Gruźlicy i Departament Walki z Gruźlicą w Ministerstwie Zdrowia. Powstały Wojewódzkie Poradnie Przeciwgruźlicze. Tym ostatnim podlegały z kolei miejskie, powiatowe, rejonowe poradnie przeciwgruźlicze. Organizacja taka w pewnej modyfikacji przetrwała do

dziś i możemy się nią poszczycić. Opanowanie epidemii gruźlicy zawdzięczamy w dużej mierze sprawnej organizacji i pracy lekarzy oraz pielęgniarek, jak również ustawodawstwu. W 1959 roku zatwierdzono ustawę przeciwgruźliczą dającą duże przywileje chorym na gruźlicę, a także personelowi medycznemu.

Wprowadzie wskaźniki zapadalności od 3 lat nie obniżają się, lecz w porównaniu z tymi nawet z lat 70-tych są niskie (4,3/100 tys.). Umieralność spadła do 3,2/100 tys. mieszkańców w 1994 roku, z 200-300 osób/100 tys. w okresie powojennym.

Życie chorych na gruźlicę zostało przedłużone dzięki lekom przeciwprątkowym, bezpłatnemu leczeniu, ogromnej pracy lekarzy i pielęgniarek z pionu ftizjatricznego.

Leczenie przeciwprątkowe rozpoczęto w Polsce w latach 1945/46. Leki były rozdzielane centralnie przez komisję w Instytucie Gruźlicy. Pierwszym preparatem była streptomycyna, która uratowała życie przede wszystkim chorym na gruźlicze zapalenie opon i mózgu oraz chorym na prosówkę.

W latach 1947 rozpoczęto stosowanie PAS-u, tj. kwasu paraaminosalicylowego, w 1952 - hydrazyny kwasu izonikotynowego. W tym czasie wydawało się, że gruźlica jest

pokonana. Rozglądaliśmy się nawet za nową specjalnością. Niestety, mimo tak potężnej broni jak obecnie stosowane leki: Rifampicyna, Pyrazynamid, Etambutol, a ostatnio chinolony, nadal jeszcze nie tylko w Polsce, lecz również na całym świecie gruźlica będzie problemem.

W latach 70-tych, jak mówiłam, obniżyły się wskaźniki zapadalności i umieralności z powodu gruźlicy, ale znacznie zwiększyły się i nadal rosną wskaźniki zapadalności na raka płuc, przewlekłe obturacyjne choroby układu oddechowego, choroby zawodowe układu oddechowego, astmę oskrzelową itp.

Przez te lata pracy lekarskiej byłam świadkiem doskonalenia metod iagnostycznych. Wiele osiągnięć światowych zbliżyło się do Polski. Dysponujemy już systemem fluoroskopii laserowej LIFT, rezonansem magnetycznym, tomografią komputerową, systemem AMBRA, szybką i skuteczną diagnostyką mikrobiologiczną itp.

W warunkach lubelskich od kilku lat do diagnostyki bronchoskopowej przybyła nam bronchofiberoskopia, wykonujemy popłuczyny skrzelikowo-pęcherzykowe (BAL). Dzięki prężnemu ośrodkowi torakochirurgii mamy do dyspozycji videotorakoskopię i inne inwazyjne metody diagnostyczne. Jak wiadomo, Zakład Radiologii AM służy nam od kilku lat tomografią komputerową, ultrasonografią, badaniami naczyniowymi i innymi metodami obrazowymi. Bardzo pomocne w rozpoznaniu są badania prowadzone przez Zakład Patomorfologii. Szybkie i trafne rozpoznanie jest podstawą sukcesu leczenia i powstaje często przy ukierunkowanym działaniu prowadzonym przez wielu specjalistów.

W naszej Uczelni kształcimy studentów przekazując im wiedzę na zajęciach i ćwiczeniach, seminariach i wykładach. Nauka Medycyny jest powiązana z doświadczeniem, które nabywa się w trakcie wykonywania zawodu. Konieczne jest studiowanie piśmiennictwa i podręczników, ale równie ważna jest wiedza przekazywana przez do-

świadczonych nauczycieli. W okresie, kiedy wykłady były obowiązkowe sale były pełne, ale nieraz obserwowałam drzemiących studentów. Dziś chodzi na wykłady właściwie garstka słuchaczy, lecz widzę u nich zainteresowanie, co inspiruje mnie do lepszego „wyłożenia przedmiotu”.

Bardzo bym pragnęła, żeby moi następcy - asystenci, studenci - byli dobrymi, światłymi lekarzami.



Na zakończenie chciałabym poświęcić parę słów nauczaniu fizjatrii i potem pulmonologii w naszej Uczelni.

Po otwarciu Wydziału Lekarskiego, który wchodził jeszcze w skład Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, dla IV i V roku wykładał fizyjatry prof. Zbigniew Ski-biński, a następnie prof. Tadeusz Kielanowski, który zorganizował w 1948 roku oddział gruźliczy przy II Klinice Chorób Wewnętrznych prof. A. Goldschmidta. Klinika Ftyzjatryczna powstała dopiero w 1954 roku i jej kierownikiem przez 21 lat była prof. Helena Mysakowska. Ja też - jak się okaże - będę pełnić tę funkcję przez 21 lat, tj. od 1975 do 1996 roku.

Prof. H. Mysakowska jest nestorem fizyjatrów polskich, jest organizatorem nie tylko szkolnictwa akademickiego, ale również pionierem walki z gruźlicą na terenie naszego miasta i województwa lubelskiego. Pracę swoją rozpoczęła już w 1929 roku. Wyszkołiła kilka pokoleń fizyjatrów. Zawdzięczamy Jej inicjaty-

wie wybudowanie obecnej Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy przy ul. Jaczewskiego.

W Klinice naszej hospitalizowani są pacjenci chorzy na choroby układu oddechowego. Obserwacja w ciągu lat populacji chorych wykazała, że odsetki różnych chorób istotnie się zmieniały. W latach 1950-70 były to przede wszystkim przypadki gruźlicy, a obecnie około 30 % to nowotwory złośliwe płuc,

przewlekłe obturacyjne choroby płuc, a gruźlica stanowi tylko niewielki odsetek.

W Klinice pracuje wielu doświadczonych lekarzy, nauczycieli akademickich, specjalistów z chorób wewnętrznych i pneumonologii. Jest dużo młodzieży aktywnej i zdolnej. Widzę jasno dalszą drogę Kliniki.

Cieszę się, że mam komu powierzyć kontynuację pracy prof. H. Mysakowskiej i mojej.

Kończę już mój ostatni wykład akademicki i kończę tzw. karierę uniwersytecką, muszę powoli przyzwyczajać się do następnego etapu w życiu każdego człowieka - emerytury.

Gdybym raz jeszcze rozpoczęła życie od nowa - napewno zostałabym lekarzem. To jest ciężki, pełen wyrzeczeń zawód, lecz dający również wiele pięknych chwil i satysfakcji.

Dziękuję za przybycie i wysłuchanie. ☺

Publikujemy in extenso treść listu skierowanego przez Jego Magnificencję Rektora do Gubernatora Stanu Illinois Jima Edgara w związku z przyznaniem Mu przez Wysoki Senat Uczelni godności Doktora Honoris Causa lubelskiej Akademii Medycznej.



AKADEMIA MEDYCZNA

W LUBLINIE

R E K T O R

Lublin, 1996.07.01

The Honorable Jim Edgar
Governor
The State of Illinois
State Capitol
Springfield Illinois
U.S.A.

Dear Governor Edgar

It is my great pleasure and satisfaction to inform you that the Senate of our Medical University at the session on June 28th, 1996 granted you our highest academie dignity - the title of Honorary Doctor. By this act we pay tribute to an outstanding statesman, the man famous for his willingness and ability to solve the most complex social, economic, health, educational and other problems. Your extraordinary personality, great qualities of mind and character, giftedness, industry and integrity will be shown to our students and the whole academic community as a model to follow.

We are grateful for your visit to Lublin with your wife and daughter and for taking part in the inauguration of the academic year 1995/96. Your visit gave the opening ceremony a historical dimension and showed us your great kindness and vital support for American - Polish projects carried out in our city. I wish to express my gratitude, to you, for the brilliant manager, Mr John F. Briggs, his advice and help. He has become our very precious friend and teacher. He lights up for us the way of transition from gloomy communism to market economy, teaches us to respect democracy and love freedom and sovereignty.

Including you among the honorary members brightens our University and makes it more important. I am deeply convinced that it will also be a source of joy for our nationals living in the State of Illinois.

With best regards,
Most sincerely

P.S. Since my term of office as Rector comes to an end, the diploma of the honorary doctor will be handed to you by the new Rector, Professor Zdzisław Kleinrok, who takes over the office on 1st September, 1996. He will suggest the date and form of the academie ceremony.

● Po 3 latach polsko-amerykańskiej współpracy nasi partnerzy z Illinois chcą podzielić się swymi obserwacjami, spostrzeżeniami, uwagami i przemyśleniami dotyczącymi polskiej służby zdrowia, uczelni medycznych, i szpitali klinicznych.

Alma Mater udostępni niniejszym swoje łamy dla artykułów przygotowanych przez naszych amerykańskich gości i przyjaciół.

OPIEKA ZDROWOTNA W POLSCE

NIEPOWTARZALNA OKAZJA

Obserwacje

W swoich usilnych staraniach o dynamiczną transformację do nowoczesnego, wolnorynkowego systemu oznaczającego lepszą i stale rosnącą jakość życia obywatelem, Polska będzie postawiona przed szeregiem zasadniczych decyzji.

W realnym świecie część z nich będzie wymuszona przez sytuację polityczną, inne przez ekonomię. Pozostaje trudne zadanie wyboru i utrzymania priorytetów działań. Ale to właśnie właściwy wybór i realizacja kluczowych zadań pozwoli na stopniową transformację.

Należy wyznaczyć kolejność długo- i krótkoterminowych zadań. Niektóre priorytety nie mogą być zmieniane i będą wymagały ciągłego wsparcia oraz umocnienia przez klarowne akcje ze strony rządu i władz lokalnych przy zaangażowaniu sektora prywatnego. Jest to niezbędne jeśli ma nastąpić rozwój ekonomiczny Polski i wzrost stopy życiowej ludności. Dwie ważne sprawy, tak w krótszej jak i dłuższej perspektywie to zdrowie i edukacja. Nie można ich rozdzielić. Historycznie rzecz biorąc narody posiadające zdrowe i wykształcone społeczeństwa osiągały dominację w najbardziej zyskownych działaniach ekonomicznych. Podczas gdy realizacja tych zadań wymaga czasu to należy zdać sobie sprawę z potencjalnych zysków już w chwili wydania zgody na rozpoczęcie akcji i uruchomienie programów wspierających. Zwłoka często oznacza niepowodzenie.

Niezwykle rzadko naród ma szansę w znaczący sposób wpłynąć na sprawy regionu i świata. Polska ma swoje pięć minut w ciągu najbliższych kilku lat. Nie znaczy to jednak, że automatycznie będą one wykorzystane.

Zawsze pozytywnie mówimy o wykorzystanych możliwościach doceniając najwyższe ludzkie wartości i zaangażowanie. To właśnie na te czynniki kładą nacisk oceniający dzieła i pod wieloma względami myślą się w swoich opiniach, gdy chwilowy obraz zdarzeń przesłania im faktyczny stan realizacji zadań i ich rezultat.

Jakże często lamentujemy: „Gdybym tylko wiedział wtedy to, co teraz wiem!”. To bardzo łatwo narzekać na rzeczy niespełnione, lecz nawet gdy możemy przewi-

HEALTH CARE IN THE REPUBLIC OF POLAND

AN UNPRECEDENTED OPPORTUNITY

Observations

As Poland strives to achieve a rapid transformation to a modern competitive enterprise system that emphasizes improved and continually expanding quality of life for its citizens, it will be faced with many decisions. In a real world situation some of these will be required by political circumstances and others by economics realities. The task of choosing and sustaining priorities will be difficult. However, it is the ability to choose and then sustain the pursuit of key objectives that will result in successful realization of this transformation.

Priorities must be established that will achieve both short and longer term objectives. Certain priorities should not change and will require continuous support and reinforcement through tangible action by the national and local governments with support from the private sector if the economic development of Poland is to proceed and be able to support an increasingly higher quality of life for its citizens.

The two most important priorities, both short and long term, are health and education or education and health. They are inseparable. Historically, nations with educated and healthy people increasingly dominate the most lucrative economic activities. While the realization of each of these objectives requires time, benefits can and should be realized soon after the commitments to proceed are affirmed and supported with specific programs. Delay often means disaster.

It is unusual for a nation to have an opportunity to significantly impact regional and even world affairs. This opportunity exists for the Republic of Poland during the next few years. However, just because an opportunity exists does not mean that it will be seized and implemented. We always talk about opportunities being realized and do so in positive terms that reflect the highest human values and standards. This is where the „spin doctors“ leave their mark and in many respects perform a disservice because the „mage“ becomes the focus of

John F. Briggs

dzień przyszłość to zastosowanie tej wiedzy w realnym życiu nie jest wcale proste. Świadomość co zrobić, czy nawet jak zrobić nie jest wystarczająca. Zmiana jest kluczowym słowem postępu, zmianą, która nie jest łatwa. Może nawet znacznie trudniejsza niż sądzimy w środowisku szeregu sprzecznych ze sobą zdarzeń w szczególności ekonomicznych.

Polska ma teraz wyjątkową pozycję jeśli chodzi o system opieki zdrowotnej. Ma możliwość przeskoczenia za jednym zamachem dziesiątek lat i uniknięcia wielu pomyłek (pomyłek liczonych w ludzkim zdrowiu i stratach ekonomicznych), których doświadczyły inne kraje na ich drodze rozwoju. Ten postęp jest możliwy i w trakcie jego realizacji można wnieść znaczny wkład do bieżącej polityki zdrowotnej i przyszłych zmian w organizacji opieki zdrowotnej w innych krajach. Podczas gdy zazwyczaj dobre rzeczy zdarzają się przez przypadek tym razem mamy do czynienia z sytuacją wyjątkową.

Rozwiązania, zwłaszcza te dobre, pojawią się jeśli podejmowany będzie stały wysiłek dla ich wypracowania i istnieje będzie pełne porozumienie co do poświęceń koniecznych dla postępu.

Identyfikacja rzeczy i zadań, które mogą i muszą być zrealizowane i szczegółowa dyskusja nad nim zajęła by kilka tomów. Należy się skupić na kilku podstawowych zadaniach, którymi Polska musi się zająć jeśli jej system opieki zdrowotnej i stopa życiowa ma być podniesiona i utrzymana.

Musi być stworzone powszechne zrozumienie i akceptacja historycznych i logicznych konsekwencji faktu, że służba zdrowia nie jest zawieszona w próżni. Opieka zdrowotna jest jednym z głównych czynników wpływających na rozwój społeczeństwa. Wiadomo, że każdy kraj który chce osiągnąć pełny potencjał w zakresie społecznego i ekonomicznego rozwoju musi mieć bardzo dobry program edukacji i opieki zdrowotnej funkcjonujący na stałej dostępnej dla wszystkich bazie. Niepokojącym jest fakt, że wysiłki nad ekonomicznym rozwojem skupiają się na przemysłowych programach promocyjnych, które na czołowej pozycji stawiają zasoby, w tym ludzi, gdy tymczasem opieka zdrowotna nie jest uwzględniona gdyż wydaje się nie mieć najmniejszego związku z inwestycjami w rozwój ekonomiczny.

System opieki zdrowotnej musi skupić się na potrzebach indywidualnych osób jako klientów, przed którymi jest odpowiedzialny i którym wystawi rachunek. Odbiorcy usług medycznych są klientami a nie materiałem klinicznym. Jednostki opieki zdrowotnej istnieją by świadczyć usługi i odpowiadać na zmieniające się potrzeby. Wzorce usług i technologie medyczne zmieniają się gwałtownie i sytuacja ta będzie trwać w przyszłości. Służba zdrowia musi elastycznie odpowiadać na te zmiany.

Polski system opieki zdrowotnej odpowiadał istniejącej niezmiennie przez 40 lat rzeczywistości. Nie można aktualnie oczekiwać, że będzie on, bez znacznych zmian, odpowiadał dzisiejszym potrzebom.

efforts and the realization of programs become less important and often lost.

How often have we lamented, „If I only knew then what I know now?“. It is easy to wish for things, but even if the knowledge to foretell the future exists, the application of that knowledge in a real environment, is not easy. Knowing what to do and even how to do it, is not enough. Change is the watchword of progress and change is not easy. It is even more difficult in an environment of conflicting philosophical and vested interests of all kinds, especially economic.

The Republic of Poland is in a unique position with regard to its health care system. It has an opportunity to advance in terms of ten year leaps and to avoid many of the mistakes (costly mistakes in both human and economic terms) that have already been made by others. This advance is possible and in the process there is the opportunity to contribute much to the advancement of health care policies and practices in other nations both established and emerging. While on occasion good things happen by accident, this is the exception. Things, especially good things, happen because there is a positive and sustained effort to make them happen. And there is a resolute commitment to sacrifice to make the changes required for progress.

The identification of things that can and should be done and exhaustive discussion of each of them would take a book or perhaps several books. The focus here is on a limited number of things that Poland must deal with if its health care and therefore its national viability are to be realized and sustained.

There needs to be an understanding and acceptance of the historic and logical validity that health-care does not exist in a vacuum. Health care is a primary contributor to the development and progress of a community (nation). It is an established fact that any nation that has the desire to achieve its full potential in terms of human and economic development must have superior education and health care programs that function on a sustained basis and are available to all (most) people. It is distressing that the efforts at economic development focus on industrial promotion programs that command a priority position for resources while healthcare is not even considered to have a relationship to the investment in economic development.

The health care system must focus on the needs of individuals as clients to whom the system must be responsible and accountable. Recipients of health care services are customers not clinical material. Health care institutions exist to provide services to meet changing service needs. Patterns of service and medical technology are changing rapidly and will continue to do so. Health care systems need to

Warunkiem sukcesu jest aby medycyna praktyczna pozytywnie odnosiła się do zmian. Niezwykle istotne jest traktowanie pacjenta jako aktywnego uczestnika w procesie leczenia i podejmowania decyzji medycznych.

Bardzo łatwo jest na przykład w każdej specjalności mówić o konieczności przeniesienia działań na prewencję i tym samym eliminowanie tradycyjnej funkcji leczniczej. W praktyce jednak wykonanie takiego zadania jest skrajnie trudne. W opiece zdrowotnej oznacza to zmianę systemu z biernego na aktywny i kierujący się własną inicjatywą. Odejściem od leczenia choroby na rzecz zapobiegania jej. Skupieniu się na zdrowiu a nie na chorobie. Oznacza to, że wszystkie jednostki organizacyjne służby zdrowia ze swoim zakresem obowiązków i interesów muszą zmienić się i to zmienić się dramatycznie.

Polski system opieki zdrowotnej, oparty na lecznictwie zamkniętym jest przestarzały. Jeśli ktoś mógłby magiczną różdżką wprowadzić konieczne zmiany to w rezultacie zniknęłyby wszystkie polskie szpitale w ich dzisiejszym kształcie. W zamian powstałyby w całym kraju regionalne centra medyczne połączone z lokalnymi poradniami.

Niezależny system szpitalny dla określonych grup chorych stałyby się przeszłością. Jedynym oczywistym wyjątkiem byłaby potrzeba odrębnych jednostek dla zabezpieczenia potrzeb wojskowych na wypadek działań wojennych. Zawodowy personel wojskowy, pracownicy kolei i policji i ich rodziny mogą być lepiej obsłużeni w ogólnym, wysokiej jakości systemie opieki zdrowotnej dysponującym zasobami pozwalającymi na zapewnienie najwyższej jakości usług.

W procesie poprawy systemu konieczny jest znaczący nacisk na jakość usług zaspokajających podstawowe i specjalne potrzeby populacji. System opieki zdrowotnej musi być prowadzony tak by w całości skupiał się na procesie leczniczym bez rozdrabniania się na zewnętrzne ogniwa infrastruktury jak pralnie, kuchnie, i inne działania tworzące biurokratyczne imperia, których głównym zadaniem jest ochrona własnych miejsc pracy. Tworzą one niepotrzebną grupę nacisku będącą przeszkodą w przemianach. Jednostki służby zdrowia mają być ośrodkami usługowymi, a nie miejscem zatrudnienia.

Razem z naciskiem na jakość usług i efektywne użycie zasobów, tak ludzkich jak i materialnych konieczne jest zrozumienie i akceptacja niezbędności profesjonalnych umiejętności menadżerskich. Oznacza to współdzielenie odpowiedzialności za zarządzanie kierowników klinicznych i administracyjnych. Tego nie osiągnie się przez wzajemną zależność. Chodzi o prawdziwe partnerstwo i współpracę dwóch specjalizowanych i uzupełniających się obszarów skupionych na osiągnięciu określonych rezultatów. Odpowiedzialność w każdym z tych obszarów wymaga pełnotatowego zaangażowania najwyższej kwalifikowanych osób i otwartego, wzajemnego komunikowania się. Dodatkowo konieczna

be responsive to these changes. The Polish health care system was designed to respond to an environment that existed forty years ago. It cannot be expected to be responsive to current needs without major adjustments.

For success it is absolutely necessary that the practice of medicine embrace a positive attitude for change. It is essential that the patient be treated as an active participant in medical decisions and services. It is for example easy for any profession to preach prevention and therefore the implied elimination of its traditional function. It is extremely difficult to change this initiative posture. From treating illness to preventing illness. Focusing on wellness as contrasted to illness. This means that all of the institutional aspects of health care, with their extensive vested interests, must change and change extensively.

The polish hospital based delivery system is obsolete. If one could wave a magic wand and make changes it would result in the elimination of most of the hospitals in Poland as they now exist. There would instead be a series of regional medical centers networked with community based clinics throughout the country. Separate hospital systems for selected clientele (groups) would become a thing of the past. The one obvious exception would be the need for a special military combat medical capability to meet that special need. Regular military personnel and their dependents, police and their dependents, railroad workers and their dependents can be better served in a general high quality health care delivery system where resources are efficiently applied to assure the highest quality of services.

In the process of improving the system emphasis needs to be placed on quality services that can responsive to the basic and special needs of the population. The health care system should be driven by concern for health care and not bothered by the distractions of ancillary activities such as laundries, food service and the other activities that create large bureaucratic empires wherein employment (jobs) become the major concern and the source of power and therewith obstacles to change. Health care facilities should be places of service not places of employment.

With an emphasis on service to clients and maximum effective use of resources, human and material, there is need to recognize and accept the fact that professional management skills are indispensable. This means a shared responsibility for management between clinical and operations management. This is not achieved by one (either one) being subservient to the other. It means a true working partnership between the two skill area that is complementary and focused on the realities of accomplishing identifiable results. Both of these management responsibilities require the full time attention

jest stabilność i ciągłość prowadzonej polityki. To z kolei wymaga stworzenia systemu zabezpieczającego przed okresowymi zmianami na szczeblu wyższej administracji dokonywanymi na bazie określonych w czasie kadencji. Zmiany takie mogą powodować dowolne odejścia od kierunku polityki i działań.

Polska z powodu swojej ostatniej historii (od końca II Wojny Światowej) stała się niestety ekspertem w dziedzinie działania „Systemu”. W dzisiejszej rzeczywistości na szczęście możemy całkowicie odrzucić te praktyki. Wszystkie organizacje tworzą metody ochrony i poszerzenia swoich pozycji. Typowym podejściem jest otaczanie tajemnicą wszystkiego co jest robione i jak jest robione, przez co uzależnia się innych od siebie. Po pewnym czasie pozwala to budować fikcyjnie wysoką pozycję osób i stanowisk. Wyobraźmy sobie trudności administratora, który spotyka się z opinią „eksperta”, że to czy tamto nie może być wykonane z powodu rozporządzeń, regulacji, czy prawa. Zadaniem administracji jest znalezienie sposobu realizacji zadań, które muszą być wykonane, obrona uzyskanych w ten sposób zysków, respektowanie reguł (w tym wypadku priorytetem jest jednak realizacja zadań, nawet jeśli oznacza to zmianę reguł). Czy tak można działać w Polsce? Jeśli PLL LOT, będąc firmą państwową, mogły stać się wiodącą w świecie linią lotniczą z chyba najnowocześniejszą flotą w świecie ze świetnie notowaną, nastawioną na klienta obsługą, to nie ma żadnych wątpliwości, że zmiany są możliwe nawet w trudnych warunkach.

Być może największa trudność we wprowadzaniu zmian w Polsce jest identyczna jak w innych krajach. Szpitale szczególnie duże zatrudniają znaczną ilość pracowników. Zmniejszenie lub zamknięcie oznacza redukcję miejsc pracy i konieczność przekwalifikowania pracowników. Jest to szczególnie trudne gdy szpital jest największym zakładem pracy w okolicy. Jest to trudne, ale cały czas należy pamiętać, że misją szpitala jest dostarczanie usług medycznych a nie nadmiarowych stanowisk pracy, nieefektywnych dla podstawowej funkcji szpitala.

Strach przed zmianami jest prawdopodobnie największą przeszkodą w przeprowadzeniu korzystnych zmian. W Polsce ten strach jest być może większy niż gdzie indziej z powodu konieczności zmian generacji wyrosłej w atmosferze kontroli, strachu i frustracji. Wyczuwa się zwątpienie, czy zmiany, które nawet są wprowadzane będą w przyszłości utrzymane. Jakkolwiek z historycznej perspektywy jest całkowicie jasne, że Polska już nigdy nie wróci do przeszłości ostatnich 40 lat. Pytanie na teraz i na przyszłość to - jak szybko i jak dalece Polska stanie się na stałe liderem wśród krajów wschodniej Europy i świata?

Żadna dyskusja o służbie zdrowia nie byłaby kompletna bez kilku obserwacji na temat edukacji kadry medycznej. Polska szczęśliwie posiada dobrze rozwiniętą strukturę szkolnictwa medycznego. Akademie medyczne są równo rozproszone pokrywając swoim zasięgiem całość terytorium kraju. Posiadają swoje własne szpitale

of the best qualified individuals and open communication between them. In addition there needs to be policy continuity and stability. This requires a policy structure that protects against changes in senior management at regular intervals that can produce arbitrary departures from program directions.

Poland, because of its recent history (at least since world war II) has, to the credit of its people, become expert in how to „work the system”. However, in an open system these practices must be substantially discarded. All organizations produce „techniques” to protect and enhance the positions of incumbents. The typical approach is to not let anyone know what you do or how it is done thereby creating „dependence” on a person. Over time this is the way to build false ideas of individual and position importance. Imagine the difficulty an administrator has when he is told by a long time, respected „expert” that this or that cannot be done because the rules or regulations or even the law, say that it can't be done. The task of administration is to find ways to get things done that should be done, be able to defend their benefits, respect the rules, but get in done even if it means changing the rules. Can this be done in Poland? If LOT Polish Airlines can become a leading world airline with probably the most modern fleet of airplanes in the world, with a superior service record and an acknowledged „customer” service orientation while a government corporation, there is no doubt that change is possible even under difficult circumstances.

Perhaps the most difficult element in making changes in the Polish health care system is the same that has and still exists in other countries. Hospitals, especially large hospitals, employ large numbers of people. To downsize or close them means reducing the number of employees and changing the jobs and qualification of employees. This is even more difficult in communities where the hospital is the largest employer. It is difficult, but remember the mission of the hospital is to provide health care service not jobs that are superfluous to the hospital mission.

The fear of change is perhaps the greatest barrier to the realization of beneficial change. In Poland this fear may be greater because there has been a generation of control, fear and frustration at efforts to change. There is an element of disbelief that even the changes that have begun will last. From a historical perspective however, it can be said that Poland will never return to its recent forty year past. The question for the present and the future is how far and how fast will Poland become a permanent leader in Eastern Europe and the world?

No discussion of health care would be complete without some observation about the medical education environment. Poland is fortunate in having a

i prowadzi specjalistyczną i ogólną opiekę. W większości to właśnie programy szkół medycznych pozwalają na świadczenie najwyższej jakości usług medycznych. Nie znaczy to oczywiście, że wszystko jest dobrze lub tak dobrze jak by mogło i powinno być. Nie znaczy to również, że mamy tu bazę do znaczącego skoku w przód i punkt startowy dla długo- i krótkoterminowych zadań.

Akademie medyczne wraz z ich szpitalami muszą zostać zrestrukturyzowane dla zapewnienia wiodącej pozycji tak w technologii jak i w zarządzaniu. Programy nauczania muszą być dostosowane dla potrzeb wysokiej jakości świadczonych w przyszłości usług. Dlatego też, akademie medyczne powinny stać się centrami inicjującymi i utrzymującymi najnowsze „techniki” kliniczne i menadżerskie. Bezsensowne jest uczenie przyszłych lekarzy przestarzałej wiedzy medycznej, przestarzałych technologii. Spowoduje to przygotowanie ich do świadczenia miernych usług, poniżej wymaganego standardu opieki zdrowotnej z negatywnym skutkiem dla stanu zdrowia i społeczeństwa. Przy inwestowaniu w możliwości szkół medycznych jako najlepszych centrów szkoleniowych i usług medycznych konieczne jest posiadanie najlepszej i zaangażowanej kadry naukowej i personelu szpitalnego. Musi być jasno określone porozumienie co do współpracy i zarządzania między akademią i podległymi szpitalami. Ich interesy nie mogą iść w różnych kierunkach. Nie mogą być niezależnymi królestwami z własnymi planami działań. W swoich działaniach muszą odzwierciedlać wzajemnie uzupełniające się programy realizowane pod przewodnictwem akademii. Akademie muszą być bardziej otwarte i pozwolić na znacznie większy udział studentów. Przyszłość medycyny leży w rękach akademii medycznych i muszą one zaakceptować odpowiedzialność za przyszłość opieki zdrowotnej w Polsce. Nie mogą one być miejscem wygodnej kariery i ucieczki od odpowiedzialności. Muszą stać się „centrami zmian”. Powinny przewodzić w ustanawianiu standardów i rozwijać możliwości stosowania najnowszych technologii (jak na przykład telemedycyna) do opieki zdrowotnej. Akademie powinny dopasować swoje techniki i programy nauczania dla zapewnienia przyszłej jakości usług medycznych (medycyna rodzinna). Powinny interesować się polityką zdrowotną, zarządzaniem i edukacją na równi z bezpośrednim procesem leczniczym. Aby tego dokonać muszą aktywnie uczestniczyć w badaniach naukowych. Muszą po prostu przewodzić. W swojej roli przewodnika akademie medyczne powinny agresywnie korzystać z możliwości restrukturyzacji swoich programów (szkoleniowych i szpitalnych). Powinny szukać sposobów dla jak najlepszej realokacji swoich zasobów dla podniesienia produktywności. To łatwo powiedzieć, że nic nie da się zrobić bez dodatkowych pieniędzy. W rzeczywistości mówimy, że naszym priorytetem jest ochrona tego co mamy i wszystkie zmiany muszą przyjść z zewnątrz, że nie możemy lub nie będziemy uczestniczyć w rozwoju naszej własnej profesji. Być może potrzeba więcej środ-

well established medical education structure. That is, a regional distribution of medical schools that provide geographical coverage of the entire nation. They are designed, basically, with related hospitals and serve as centers for general and specialty care. By and large it is the medical school programs where the highest quality care exists. This does not mean that all is well or as good as it could or should be. It does mean that the basis for significant progress is in place and should be the focal point for short and long term gains.

The medical universities and their related hospitals need to be restructured to assure that they are the best in terms of medical technology and management. The teaching programs need to be the best in terms of insuring the future quality of medical care. Therefore, the medical universities should become the centers of the initial upgrading and maintenance of state-of-the-art technology, both clinical and managerial. It makes no sense to train physicians in medical knowledge, techniques and technology that is obsolete. This will prepare them for mediocre service and perpetuate substandard health care with a negative impact on the health and progress of the community and the nation. In making the investment in the capacity of the medical universities as centers of the best education and medical service (both general and special) it is necessary that the university and university hospital staffs be the best and most dedicated. There needs to be a clear working and management relationship between the university and the related hospitals. They cannot be going in separate directions. They cannot be separate empires with separate agendas. They need to reflect compatible and complimentary programs under university leadership. The universities need to become more open and allow for greater participation of students. The future of medicine is in the hands of the medical universities and they need to accept the responsibility for the future of medicine and health-care in Poland. They cannot be or become places for casual and comfortable retirement. They need to be „Centers For Change“. They need to be the leaders in setting standards and developing the capacity to apply technology (such as telemedicine) to extend the best medical care throughout the nation. They need to adjust teaching programs and techniques to assure the best medicine for the future (such as family practice). They need to be concerned with health care policy, management and education as well as the provision of direct services. To do this they must also be active in medical research. They need to be centers of leadership.

In their leadership role the medical universities should be aggressively pursuing restructuring their programs (education and hospital). They should look for ways to reallocate existing resources for greater productivity. It is easy to say that we cannot do any-

ków, ale jeśli my nie potrafimy maksymalnie wykorzystać posiadanych zasobów to wykazujemy naszą nieumiejętność zmian i rozwoju. Prosty przykład: dlaczego każdy ze szpitali podległych jednej akademii ma identyczne, zdublowane struktury i funkcje administracyjne.

Działania mające na celu poprawę i rozwój opieki zdrowotnej powinny teraz skupić się na podwyższeniu standardu akademii medycznych i ich szpitali do najwyższego poziomu. Sukces ich działań będzie oddziaływał na niższe stopnie opieki zdrowotnej i w efekcie (jeśli praca będzie wykonana dobrze) na zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych dla obywateli polskich.

Kilka uwag: rzadko zdarza się by można było uzyskać znaczące zyski bądź zrealizować zamierzenia w wyznaczonym czasie. Znacząca poprawa nie zdarzy się bez kłopotów i niewygody pojedynczych osób czy organizacji. Postęp będzie wymagał restrukturyzacji instytucji prowadzących opiekę zdrowotną. Skostniały system ochrony osób i imperiów musi ustąpić przed otwartymi systemami skupionymi wokół wyników, wydajności, satysfakcji klienta i efektywności finansowej. Lekarz i jednostki opieki zdrowotnej pracują dla pacjenta a nie odwrotnie. Historia ostatnich czterdziestu lat spowodowała brak wiary w przyszłość. Zmiany postrzegane są jako coś co próbujemy zrobić ale nigdy nie osiągniemy a cena ich wprowadzania jest ogromna.

Rozwiązanie leży w przewodnictwie i zaangażowaniu. Jeśli te dwie jakości nie są obecne w akademiach medycznych i wśród kadry akademickiej to gdzie je znajdziemy?

Polska jest na progu wielkości. Czy przekroczy ten próg, zależy od niej. Jest wiele chęci aby wspomóc te działania, lecz inicjatywa musi wyjść z samej Polski i jej instytucji. Polska musi otwarcie zademonstrować usilne dążenie do inwestowania we własną przyszłość przez rozpoczęcie przemian, wypełnianie umów, zaangażowanie środków. Tylko w takim wypadku znacząca i wartościowa współpraca wniesie rzeczywisty wkład w lepszą przyszłość Polski, jej obywateli i instytucji.

Moja rada: „ Po prostu - zróbcie to!”

• • •

John Briggs jest prezesem Life Management Systems, Inc., amerykańskiej korporacji z siedzibą w Barrington, Illinois. Jest również dyrektorem (CEO) CARE L.L.C. - międzynarodowej korporacji zajmującej się opieką zdrowotną z siedzibą w Springfield, Illinois. CARE L.L.C. jest partnerem Akademii Medycznej w Lublinie w joint - venture pod nazwą Uniwersytecka Opieka Zdrowotna. Jest to polska firma z siedzibą w Lublinie.

John Briggs swoją rozległą karierę zawodową poświęcił opiece zdrowotnej i jej funkcjonowaniu w sektorze publicznym, prywatnym i akademickim.

Jego zainteresowania Polską sięgają 1989 roku i trwają nadal. Jest autorem pracy „Propozycje po-

thing unless we have more money. That is saying in effect that our priority is to preserve what we have and that all changes will have to come from without and that we cannot or will not contribute to the advancement of our own profession. While more resources may be required, failure to maximize what is available is a demonstration of inability to change and improve. A simple example. Why do several hospitals related to a single medical university each have separate and duplicated administrative structures and functions?

The focus of health care improvement and advancement should be focused at this time primarily on making the medical universities and their related hospitals the very best. Their success will spread to the lowest level of health care activity and ultimately (if they do their job right) provide the best service for the citizens of Poland.

Several caveats: Very little will be of significant benefit and realized in a timely manner by accident. Significant change (for the better) will not happen without disruption and discomfort to someone individually or to some organizations. Progress will require restructuring the institutions that provide health care services. The instilled and almost cherished skill of protection of personal programs and empires will have to give way to an open system that is focused on results, performance and customer satisfaction and accountability. The physician and the health care institutions work for the clients not the reverse. The history of the past forty years has created a distrust for the future. Change is viewed as something we try but which we never realize and the price that we pay for pursuing the change process is excessive.

The answer lies in leadership and commitment. If these qualities are not present in the medical universities and their dedicated and professional staffs, where can they be found?

The Republic of Poland is on the threshold of greatness. Whether it crosses that threshold is its decision. There are many willing to help but the initiative must come from the Republic and its institutions. There must be a demonstrated willingness to invest in its own future through initiating changes, fulfilling commitments and investment of resources. Only then will meaningful and fruitful partnerships be productive and the future of the Republic and its institutions and citizen well-being be assured.

My final observation and advise is, „Just Do It“.

• • •

Mr. Briggs is Chairman of the Board of Life Management Systems, Inc., a US Corporation headquarters in Barrington, Illinois, USA. He also serves as the Chief Operating Officer of CARE, L.L.C., an International Health Care Corporation located in Springfield, Illinois, USA. CARE, L.L.C is a joint

szerzenia jakości i zakresu opieki medycznej w Polsce w warunkach gospodarki wolnorynkowej” opublikowanej w 1992 roku. Od tego czasu jest aktywnym uczestnikiem i promotorem wielu inicjatyw w zakresie ochrony zdrowia w Polsce.

Wśród wielu funkcji sprawowanych w okresie kariery zawodowej Johna F. Briggsa są również stanowiska piastowane w Urzędzie Gubernatora Stanu Illinois (członek komitetu wyborczego, dyrektor Departamentu Stanu Illinois do spraw Zdrowia Psychicznego, v-ce dyrektor Departamentu Stanu Illinois do spraw Pomocy Publicznej). Jest obecnie bliskim współpracownikiem Gubernatora Jima Edgara. ©

venture partner with the Medical Academy of Lublin, Poland in University Health Care, A Polish Corporation, located in Lublin, Poland. Mr. Briggs has had an extensive career in the public and private sectors as well as the academic community focusing on health care. He became interested in Poland and its healthcare system in 1989 and this interest has continued. He is the author of, „Proposal to Enhance the Quality and Quantify of Health Care in a Private Enterprise Environment in Poland“ in 1992. Since that time he has been active in understanding, articulating and implementing health care initiatives in Poland. ©



O G Ł O S Z E N I E

Rektorat Akademii Medycznej w Lublinie ogłasza dodatkowy nabór kandydatów na I rok studiów w roku akademickim 1996/97 na pełnopłatne studia lekarskie (40 miejsc) i stomatologiczne (20 miejsc), obejmujące pierwsze trzy lata programu studiów z nauk przedklinicznych, z przejściem po ich zaliczeniu na IV rok bezpłatnych studiów dziennych. Jeżeli student uzyska średnią ocen 4,5 z pierwszych 2-ech lat zostanie zakwalifikowany na III rok studiów dziennych - bezpłatnych.

Rekrutacja obejmuje kandydatów, którzy w bieżącym roku zdawali egzamin wstępny na Wydział Lekarski lub Oddział Stomatologii, o przyjęciu decydować będzie liczba uzyskanych punktów.

Oplata roczna tytułem czesnego wynosi 12 tys. zł.

Termin składania podań z pełną dokumentacją (podanie, świadectwo dojrzałości, karta zdrowia, zaświadczenie o liczbie uzyskanych punktów na egzaminie wstępnym) upływa z dniem 25 września 1996 roku.

Szczegółowych informacji udziela Rektorat Akademii Medycznej w Lublinie, Al. Raławickie 1, tel. 246-33, 209-21 lub 246-34

Wspólna perspektywa

Providing for a society's health A corporate perspective

Bruce D. Kenamore, M.D.

W USA koszty opieki zdrowotnej większości obywateli są w dużej mierze pokrywane przez pracodawcę. W przeszłości pracodawcy nie zwracali uwagi na stan zdrowotny całego społeczeństwa skupiając się jedynie na własnych kosztach jego funkcjonowania. Było to możliwe dzięki dobrej kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Do niedawna pracodawcy słyszeli niewiele narzekań na słabą opiekę zdrowotną. W dzisiejszej dobie, gdy zakres działań biznesu obejmuje życie społeczeństwa, wiele korporacji (nie tylko amerykańskich) zmuszonych jest niejako do rozważenia kwestii właściwego systemu opieki zdrowotnej. Słaby stan zdrowia obywateli powoduje spadek produktywności społeczeństwa oraz pochłania znaczne środki finansowe, które mogłyby być przeznaczone na inny cel.

KOOPERACJA

Korporacje chciałyby otwartych kontaktów i rzetelnej współpracy z przedstawicielami opieki zdrowotnej oraz lekarzami budowanych na wzajemnym zrozumieniu potrzeb i celów, a nie na zwalczaniu się, chociaż środowiska biznesu mogą mieć zastrzeżenia co do kosztów i szczególnych wymagań programów mających na celu poprawienie stanu zdrowia w społeczeństwie, takich jak ochrona środowiska naturalnego, to w końcu większość z nich popiera te programy. Wiele krajów byłego bloku wschodniego posiada wciąż system bardzo surowo sformułowanych i jednocześnie nie przestrzeganych norm dotyczących ochrony środowiska naturalnego. Należy to zmienić. Z punktu widzenia amerykańskiej korporacji ważniejszy jest ostateczny wynik działalności gospodarczej i jej wpływ na środowisko, niż przestrzeganie restrykcyjnych przepisów, bez spoglądania na końcowy rezultat.

Wielu lekarzy nie zdaje sobie sprawy, z tego jak wysoki jest koszt nieobecności pracownika w pracy. Mamy do czynienia ze spadkiem produktywności, musimy też zwrócić uwagę na aspekt psychologiczny przerywania pracy. Początkowo jest to utrata poczucia konieczności pracy, a następnie stopniowe zmiany psychiki w kierunku permanentnie chorej osoby lub nawet ofiary wykonywania pracy. Im dłużej pracownik nie powraca do pracy, tym mniej prawdopodobne jest to, że w ogóle do niej powróci. Dlatego pracownicy powinni wracać do pracy w chwili, gdy tylko są do tego zdolni. Zakłady pracy zobowiązane są do przeprowadzenia tzw. procesu akomodacji - przystosowania pracownika nie w pełni zdolnego do wykonywania swoich dotychczasowych obowiązków. Na przykład krótsze dni pracy lub eliminacja dużego wysiłku w czasie pracy mogą być dobrym rozwiązaniem w okresie przystosowawczym.

Z doświadczeń amerykańskich firm wynika, że zachęcanie pracowników i stwarzanie im możliwości do prowadzenia zdrowego trybu życia wpływa bardzo korzystnie na pro-

In the United States, health care for most citizens is funded, to a great extent, by their employer. Yet historically, employers have paid little attention to the overall health of the nation, but have focused only on their out-of-pocket costs. Employers have been able to focus on cost because the overall health of the populace is good and, until recently, employees had few complaints about their health care. As businesses become more global in scope, many corporations (not just Americans) are forced to consider what protects the public's health, and what a good health care system should provide. This is because poor health erodes a nation's productivity, and resources spent on health cannot be spent otherwise.

COOPERATION

Corporations want public health officials and physicians to deal openly and honestly with them, and not work from an anti-business bias. While corporations may object to the cost and to the particular requirements of public health programs, such as environmental clean-up, in the end most support public health measures. Many former Eastern block countries have very strict and largely unenforced environmental regulations which need to be changed. American corporations view performance standards as more effective and economically feasible than proscriptive standards.

Many physicians do not understand, or perhaps care about, the full cost to business of having an employee away from work. There is the loss of the employee's productivity, the cost of his or her replacement, the payment of benefits to the ill employee, and often a general disruption of work patterns. Further, there is a psychological loss to the employee. Initially, this is a loss of the structure and camaraderie of work; later, there may be a subtle slipping into the role of the sick person or of the victim. The longer an employee is away from work, the less likely he or she is to return. For these reasons, it is important that employees return to work as soon as they are able. Businesses have an obligation to assist return by accommodating employees who are not able to fully return to their previous job. Allowing an employee to work restricted hours, or avoid the more strenuous parts of a job, can assist recovery.

America's businesses have learned that encouraging their employees and providing the opportunity to live a healthy lifestyle can increase productivity

duktywność i tym samym obniża koszty opieki zdrowotnej. Ta cenna inicjatywa wymaga dostosowania do systemu publicznej ochrony zdrowia oraz indywidualnych programów opieki zdrowotnej. Szczególna możliwość współpracy zarysowuje się w kwestiach ograniczenia palenia tytoniu oraz nadużywania innych używek, co powinno przynieść wyraźne efekty.

EKONOMIA

Finansowanie opieki zdrowotnej zawsze wiąże się z konfliktem między kwestiami słuszności i sprawiedliwości podziału usług a ekonomią. W Stanach Zjednoczonych w ostatnich latach sprawy ekonomiczne nabrały szczególnego znaczenia, zaś tempo wzrostu kosztów opieki zdrowotnej zmalało. Niewiele zrobiono w celu rozwiązania problemu 41 milionów Amerykanów pozostających bez ubezpieczenia medycznego. Wielu z nich jest bezrobotnych lub prowadzi samodzielną działalność gospodarczą, inni zarobkujący otrzymują minimalne stawki zarobkowe. Dla wyjaśnienia zaistniałej sytuacji wskazuje się na niewspółmiernie wysoki koszt zapewnienia ubezpieczenia medycznego pracownikom nisko zarabiającym, co czyni zakład pracy niekonkurencyjnym. Jednakże niektóre kompanie, jak na przykład Starbucks Coffee, rozumieją znaczenie zagwarantowania dobrych świadczeń socjalnych, przyciągają tym samym pracowników i związują ich z zakładem pracy.

Amerykański biznes koncentruje się bardziej na stronie finansowej opieki zdrowotnej niż jej innych aspektach. Wiele krajów posiada uniwersalny system opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli, lecz w rzeczywistości nie zapewnia on jednakowej jakości usług medycznych. Bez względu na kwestie finansowe sprawiedliwie funkcjonujący system musi zapewnić odpowiedniej jakości usługi wszystkim. Chora osoba nie powinna pokonywać dużych dystansów, aby dostać się do lekarza, czekać długo na wyznaczenie wizyty, lub płacić łapówki w celu uzyskania właściwej opieki lekarskiej. Ponadto każdy powinien mieć pewien wybór co do zestawu usług medycznych dostępnych dla niego, jakkolwiek podstawowe usługi (szczególnie dotyczące zdrowia psychicznego) powinny być zawarte w każdym programie. Wszyscy, poza najbiedniejszymi obywatelami, powinni uiścić drobną opłatę za wizytę lekarską lub inną usługę medyczną, w celu wyeliminowania nieuzasadnionego korzystania z opieki lekarskiej.

Współczesna medycyna zmierza w kierunku stosowania nowoczesnej i kosztownej technologii. Jeśli społeczeństwo nie będzie korzystało z niej w nadmiarze, pacjenci będą rzadziej kierowani na zbyteczne testy i w ten sposób zredukuje się wysokie koszty utrzymania sprzętu specjalistycznego. Każda procedura medyczna, której poddany ma być pacjent powinna być weryfikowana pod względem równowagi pomiędzy korzyścią dla pacjenta, jego bezpieczeństwem i kosztem.

W Stanach Zjednoczonych występuje problem tworzenia zbyt dużej liczby szpitali. Przez wiele lat rząd Stanów Zjednoczonych czynił wysiłki w celu kontrolowania tego procesu poprzez wymaganie specjalnych zaświadczeń o potrzebie budowy nowego szpitala lub rozbudowy istniejącej

and reduce health care costs. This corporate wellness initiative has not been well integrated with either the public health or the personal health care systems. There is clearly an opportunity, in areas such as smoking cessation and prevention of other substance abuse, to increase effectiveness by combining efforts.

ECONOMICS

In health care, there is a tension between equity and economics. In the United States over the last few years, economics has been emphasized and the rate of cost increase for health care has slowed. Little has been done to address the problem of the 41 million Americans who are without health insurance. While many of these are unemployed or self-employed, others work in minimum-wage jobs. The argument has been that the cost of providing health insurance for workers at or near the minimum wage is too great, and makes a company non-competitive. However, there are companies, such as Starbucks Coffee, who realize that by providing better benefits, they attract and retain more productive employees. Nevertheless, U.S. business has not dealt with equity to the extent it has with expense. However, there are many countries that have universal coverage, but are not truly equitable because the quality of care is low or because the system is overloaded. No matter what the payment method, a truly equitable system will have an irrevocable commitment to provide a certain quantity and quality of easily accessed care to all. A sick person should not have to travel long distances, wait long periods, or make under-the-table payments to receive proper care. Individuals should have some choice in deciding what mix of health care services are available to them, but basic health coverage (especially mental health care coverage) should be required. All but the poorest citizens should pay a small amount out-of-pocket at the time of service to reduce unnecessary use of medical resources.

Medical resources tend to create their own demand, especially glamorous and expensive technology. If a society does not overbuy expensive technology, there will be less ordering of unnecessary tests to pay for the test equipment. Every procedure should be evaluated to be sure that there is balance between patient benefit, cost, and safety. We can disagree where the balance lies and it may change as new indications are found, but the evaluation should be made before new technology is purchased.

Overbuilding of hospitals has also been a problem in the United States. For many years, the United States Government attempted to control the problem of overcapacity by requiring a certificate of need before new hospitals could be built or beds added. This was only partially successful, because

Tak wybieraliśmy władze Uczelni...









go. Proces rozbudowy szpitali nie był do końca kontrolowany, gdyż nowe potrzeby uzasadniano przyrostem i migracją ludności. Obecnie powstał nowy trend w leczeniu szpitalnym, który prowadzi do redukcji długości pobytu pacjenta w szpitalu oraz przeprowadzania wielu zabiegów dotąd szpitalnych, w przychodniach przyszpitalnych lub gabinetach lekarskich. Małe szpitale zostały zamknięte, pozostałe współzawodniczą w walce o pacjenta. Dość komicznym przykładem jest prestiżowy szpital w Chicago, który ogłasza się w reklamach telewizyjnych. Nieco mniej groteskowy przykład to rezygnacja z młodych lekarzy odbywających praktykę na oddziale pediatrycznym w tymże szpitalu, uzasadnia teorię, że kierują pacjentów na zbyt wiele badań. Podobnym, negatywnym w swym wydźwięku skutkiem, jest prowadzenie pacjentów według opracowanych ogólnych wytycznych dotyczących danej choroby a nie indywidualnej terapii. Należy się spodziewać, że pewna równowaga pomiędzy oczekiwaniami pacjentów a jakością usług zostanie wreszcie osiągnięta wskutek sprzeciwu samych pacjentów. Pierwsze wyniki walki pacjenta o swoje prawa daje się zauważyć w postaci zalegalizowania w wielu stanach prawa matki do pobytu wraz z jej nowonarodzonym dzieckiem w szpitalu przez co najmniej 48 godzin po porodzie.

Budowa nadmiernej liczby szkół medycznych stanowi kolejny poważny problem w Stanach Zjednoczonych. W latach 60-tych powstało bardzo wiele szkół medycznych i medycznych programów szkoleniowych. Przyczyną tego zjawiska były trzy czynniki: 1) zbyt optymistyczne prognozy co do przyszłych potrzeb, 2) kontrowersyjny pogląd, że zwiększenie liczby lekarzy wpłynie na obniżenie cen usług medycznych poprzez większą konkurencję, 3) politycy, w których interesie było stwarzanie stanowisk pracy w prestiżowej medycznej dziedzinie. Wiele spośród krajów postkomunistycznych ma zbyt rozbudowane medyczne programy szkoleniowe w stosunku do potrzeb. Nadmierna liczba tych programów, bez względu na system ekonomiczny, jest marnotrawstwem sił i środków finansowych. Z doświadczenia korporacji amerykańskich wynika, że w przypadku konieczności wdrażania ograniczeń, należy czynić to w bardzo przemyślany sposób, po uprzednich dogłębnych analizach i uwzględnieniu konsekwencji wspomnianego procesu.

Jakiegokolwiek sposobu regulacji należności za usługi medyczne społeczeństwo by nie wybrało, sposób ten nie powinien stwarzać możliwości „przerzucania kosztów” na poszczególnych podatników. W Stanach Zjednoczonych bogatsi płatnicy niejako wspierają „mniej bogatych”. Nic dziwnego, gdyż mniej bogaci korzystają z państwowych programów. Niektóre szpitale w celu pokrycia swoich strat związanych z opieką nad pacjentami korzystającymi z programów rządowych obciążają firmy ubezpieczeniowe i prywatnych pacjentów zawyżonymi kosztami leczenia. Z kolei niektóre firmy ubezpieczeniowe przerzucają koszty na korporacje, z którymi zawierają kontrakty, argumentując, że ich pracownicy nabyli dane schorzenia wskutek pracy jaką wykonują, podczas gdy medyczna dokumentacja zdaje się temu przeczyć. Ten sam problem występuje w ogromnych

new hospitals and equipment could be justified as the population shifted and grew. Now, new modes of treatment have drastically reduced the length of hospitals stays, or have converted inpatient procedures to outpatient procedures. Smaller, less efficient hospitals have been closed while large ones survive through cutthroat competition. One somewhat comical result is that, in Chicago, very prestigious university hospitals now advertise for patients on television. A less comical result is restraints placed on training programs in order to attract managed care contracts. At least one prestigious pediatric training program will no longer use residents in the intensive care unit on the theory that they order too many tests. A similar disheartening result is the move to treat patients by protocol rather than individualization of therapy. Eventually some balance will be reached, probably by revolt of the consumers (that is, the patients). Beginning of such a revolt can be seen in legislation passed in several states mandating that mothers and newborns be allowed to stay in the hospital at least 48 hours post partum.

Another element of waste is the overbuilding of medical schools. In the United States during the 1960's, there was a growth of medical schools and training programs. This was pushed by three factors: 1) overly optimistic estimates of future needs, 2) a somewhat contrary view that more physicians tend to create competition and drive down medical costs and 3) the final driver was politicians who wanted the prestige and jobs of medical schools in their precincts. Many former socialist countries have an even greater excess of training capacity. Excess capacity, no matter what the economic system, is wasteful and causes painful distortions as attempts are made to survive the inevitable shake-out. American corporations have learned that if „downsizing” is necessary, the most humane and efficient way to carry it out is to plan the reduction carefully, consider all the consequences, and then carry it out swiftly.

Whatever the system of health care payment a society chooses, it should not allow cost-shifting among payers. In the U.S., the wealthier payers, to some extent, support the „less wealthy”. Not surprisingly, the less wealthy tend to be government programs. Some hospitals try to recoup their losses on government-sponsored patients through increased charges to insurance companies and private payers. Some insurance companies, in turn, try to pass the charges on to corporations by arguing that an employee's illness or injury arose out of his or her work when the evidence is to the contrary. This same sort of problem is seen within large corporations where one business group will attempt to shift its costs to another business group or to the corporation as a whole. Many corporations have devel-

korporacjach, gdzie poszczególne grupy biznesowe, z którymi zawierane są kontrakty, wzajemnie przerzucają na siebie odpowiedzialność finansową lub wręcz obciążają nią całą korporację. Wiele korporacji poczyniło wysiłki na rzecz zaniechania powyższych praktyk, dochodząc do wniosku, że najlepszym rozwiązaniem jest obciążenie całkowitą finansową odpowiedzialnością poszczególnych grup biznesowych.

Jak wynika z mojego dotychczasowego wywodu, system medyczny w Stanach Zjednoczonych przedstawiam dość krytycznie. Podobnie jak w waszej sytuacji, także i my przechodzimy szereg przemian w tej dziedzinie. W naszym przypadku najbogatszego kraju świata, odkryliśmy, że trudno jest płacić za to, co jest uważane za najlepszą opiekę medyczną na świecie dla większości społeczeństwa, nawet mimo, że ta „najlepsza opieka” nie jest dostępna dla wszystkich. Rygory finansowe redukują wydatki, lecz powodują niezadowolone konsumentów, nie przyczyniają się także do oferowania usług medycznych dobrej jakości osobom, nie posiadającym prywatnego ubezpieczenia medycznego. Według mnie rodzaj finansowania systemu opieki zdrowotnej nie ma większego znaczenia dla ogólnego balansu poziomu usług medycznych. Jeżeli pozwolimy zadziałać prawom rynkowym to potrafią one szybciej i bardziej precyzyjnie wyregulować system niż jakikolwiek mechanizm oparty na środkach finansowych otrzymanych z podatków. Jednym z poważniejszych problemów systemu opieki zdrowotnej w USA jest ograniczony wpływ konsumenta (pacjenta) na wybór firmy ubezpieczeniowej. Ponieważ korporacje ponoszą największe koszty związane z ubezpieczeniem medycznym dla swoich pracowników i mają w tym interes aby była to opieka zdrowotna na wysokim poziomie, dlatego właśnie dokonują tak dogłębnej analizy tych kosztów. Systemy opieki zdrowotnej finansowane z wpływów podatkowych są mało elastyczne czego przykładem jest system Wielkiej Brytani. Jeżeli już dochodzi do zmiany, posunięcie najczęściej jest zbyt radykalne i późne. Podjęcie adekwatnych w czasie i zakresie decyzji wymaga rzetelnych i pełnych danych wnikliwej analizy konsekwencji, które pociągnie ona za sobą. Na drodze przemian przez jakie przechodzi Polska, aby usprawnić swój system opieki zdrowotnej i poprawić stan zdrowia społeczeństwa mam nadzieję, że wraz z kosztami z tym związanymi, zostanie uwzględniony ogólny interes społeczny. W Stanach Zjednoczonych wzajemne interesy menadżerów finansowych i firm ubezpieczeniowych rozchodzą się z interesem kadry medycznej. Prawidłowo funkcjonujący system opieki zdrowotnej wymaga współpracy wszystkich, z uwzględnieniem udziału społecznego zarówno w skali makro jak i w przypadkach indywidualnego pacjenta.

Dr Kenamore jest dyrektorem do spraw ochrony zdrowia w Amoco Corporation. Amoco jest międzynarodową korporacją z siedzibą w Chicago, Illinois. Dr Kenamore jest doświadczonym praktykującym lekarzem, który na zlecenie firmy Amoco wykonuje analizę systemów opieki zdrowotnej wielu krajów, w tym także Polski. ☉

oped strict guidelines in order to prevent this from happening, because they have learned that total costs are reduced when each component is held responsible for its particular costs.

By now you have realized that much of what I have presented as the corporate view is criticism of the American health care system. Like yours, ours is undergoing rapid change. In our case, the world's wealthiest country has found it difficult to pay for what is the best care in the world for the majority of the population, even though that „best care” is not available to all segments of the population. Financial controls are reducing costs but causing unhappiness among the consumers, and are not resulting in an expansion of quality care to those who lack private health insurance.

To my mind, it is not clear that any one system of payment is more likely to achieve the proper balance than another. Market forces do cause more rapid changes and can fine-tune a system faster than a tax-financed system if allowed to work. The problem with much of the U.S. system is that the consumer (the patient), has only limited say in choosing among health care providers. Corporations pay the majority of the costs, and while they have an interest in providing good care for their employees, they are still primarily driven by cost concerns. Tax-supported systems, once in place, can be hard to change, as witnessed by the slowness to respond of Great Britain's system. When change does occur, it is more often radical and late. Good business decisions are based on quality data and full assessment of the breadth of consequences that a policy may entail. As Poland continues to reshape its public health and health care systems, I hope that cost considerations will be balanced with consideration of public benefit and safety. In the U.S., there has been a separation of those who concern themselves with cost -the financial managers and underwriters - from those who are concerned with benefit and safety - the physicians. An equitable and economically sound system will require all players, including the public, to be continually cognizant of cost, benefit, and safety, both at a macro-level, and at the level of care delivery to the individual patient.

Dr. Kenamore is the Medical Director for the Amoco Corporation. Amoco is a multi national corporation headquartered in Chicago, Illinois, USA, Dr. Kenamore is an experienced practicing physician and in his official capacity with Amoco has reviewed the healthcare systems of many countries, including Poland. ☉

SYSTEMY INFORMACYJNE
Łączenie enklaw

Hooman Bahmandeji

Dla wielu pacjentów najistotniejszym aspektem właściwej opieki lekarskiej jest kontrolna wizyta po rozpoczęciu leczenia. Chorzy na nadciśnienie lub cukrzycę muszą regularnie konsultować się z lekarzem. Czy pacjenta w ogóle nie powinna obejmować wizyta kontrolna i jaki tryb postępowania ma przyjąć lekarz? Zapytajmy lekarzy o sposób leczenia artretyzmu a okaże się, że każdy z nich stosuje nieco inne metody. Na jakiej podstawie lekarz jest w stanie wybrać najlepszą z nich?

Mając do dyspozycji ograniczone środki, główną decyzję podejmuje sam lekarz - czy przyjąć hipochondryka, który konsultuje się z lekarzem zawsze kiedy poczuje się trochę gorzej, czy pacjenta, który przychodzi w przypadku absolutnej konieczności. Co leży u podstaw takiej decyzji?

Pacjent wysyłany do wielu lekarzy podczas swojego pobytu w szpitalu czuje się zdezorientowany i w takim stanie powraca do swojego lekarza prowadzącego (Primary Care Physician - PCP). W jaki sposób lekarz prowadzący dowie się co działo się z pacjentem w czasie jego pobytu w szpitalu?

Aby odpowiedzieć sobie na powyższe pytania i wiele innych, musimy najpierw zrozumieć istotę obecnego systemu informacji. Następnym etapem powinno być rozwinięcie sieci systemu informacji. W procesie tym musi być uwzględnionych wiele czynników takich jak infrastruktura, szkolenia, materiały merytoryczne, źródła finansowe, a także programy edukacyjne.

W związku z ogromnym postępem technologicznym przez ostatnie dwie dekady i wszelkimi naciskami ze strony podatników, w medycynie nastąpiło bardzo wiele zmian. Zaawansowane procedury medyczne i nowoczesna technologia pozwalają lekarzom leczyć pacjentów znacznie skuteczniej, przy jednoczesnym uwzględnieniu ciągłego obniżania kosztów. Ponieważ występuje coraz mniejsza konieczność przeprowadzania zabiegów medycznych w szpitalach, koncentrują się one bardziej na ogólnej opiece medycznej. Większa różnorodność usług medycznych poprawia sytuację pacjenta. Na przestrzeni lat system opieki zdrowotnej zmienił kierunek z opartego głównie na zwrocie kosztów poniesionych przez pacjenta, na system całkowicie obciążający odpowiedzialnością finansową firmy ubezpieczeniowe. W związku z wieloma problemami i skargami pacjentów na obecny system występuje wyraźna tendencja firm ubezpieczenio-

For many patients the most important aspect of health care is the follow-up visit. Patients with conditions such as hypertension or diabetes must consult physicians for regular check-ups. Should the patient not return, how does the physician know to follow up?

Ask a medical group how they treat arthritis and chances are they all do things a little different. How does a doctor determine the best method?

With limited resources, physicians are often left deciding which patient, the hypochondriac who consults a doctor every time he feels sick, or the individual who only comes in when absolutely necessary, to call to come in. More importantly, what is the basis of this decision?

A patient sent to many doctors during a hospital visit suffers some discomfort and returns with these symptoms to the primary care physician (PCP). Where does the PCP look to find out exactly what happened to the patient throughout his health continuum process?

In order to answer the above questions and more, we must first understand the foundation of the current information delivery system. The next step is to develop a framework for using information technology as an enabling tool. In doing this, barriers such as incentives, infrastructure, training, and support, along with the education to deal with traditional „people issues“, must all be addressed.

Due to the technological advances over the past two decades, along with the financial pressure from payers, medicine has seen tremendous change. Advanced technology and procedures allow physicians to treat patients more efficiently, as payers look for ways to reduce healthcare costs. With less inpatient care, hospitals are expanding their primary care base. A larger care base provides greater coverage and brings services closer to the patient. Historically, the health care system moved from reimbursements based on a cost plus system, to DRG's, to the current system of sharing risk headed toward full capitation (i.e. providers taking full responsibility for the health of their people or covering lives). With the current system based on complaints and problems, providers are shifting towards health prevention and wellness programs. Health care professionals must have access to

wych do wprowadzania programów opartych na polityce profilaktycznej. Lekarze muszą mieć dostęp do informacji zawierających całą historię choroby pacjenta. W oparciu o ten materiał i przy współpracy z innymi specjalistami powstaje największa szansa prawidłowego wyboru najskuteczniejszej metody leczenia.

Współczesna metoda gromadzenia i przepływu informacji

Według współczesnej metodologii przekazu informacji system opieki zdrowotnej operuje w oparciu o funkcjonalnie niezależne enklawy. Szpital jest podzielony na wiele departamentów, z których każdy kieruje się własnym interesem. Wymiana informacji jest bardzo trudna lub wręcz niemożliwa gdyż gabinety lekarskie nie są włączone do sieci informacyjnej systemu. Pacjenci przechodzą wielokrotnie przez przewlekłe procedury wywiadów medycznych, przeprowadzanych zarówno przez lekarzy jak i kadrę administracyjną. Leki przepisywane są nie zawsze zgodnie z potrzebami pacjentów.

System opieki zdrowotnej potrzebuje modelu, który dostarczy podstawowych informacji użytecznych przy planowaniu i zastosowaniu leczenia, przy efektywnym użyciu systemów informacyjnych.

Osoba - czy pacjent?

Pod pojęciem pacjenta rozumiemy osobę chorą potrzebującą opieki medycznej. W nowym systemie informacyjnym pacjentów nazywamy Osobami, aby uwydatnić nowy sposób podejścia do zagadnienia. Termin Osoba wyraźnie oznacza dla lekarza człowieka prowadzącego zdrowy tryb życia, a w przypadku zaistnienia choroby, on lub ona leczeni będą w najbardziej efektywny sposób.

Główny indeks identyfikacyjny osób (Master Person Index - MPI)

Główny indeks identyfikacyjny osób jest mechanizmem identyfikowania Osób przydzielonych opiece medycznej danego lekarza. W kontaktach Osoby z lekarzem, Osoba jest wielokrotnie pytana o swoją tożsamość. Firmy ubezpieczeniowe w poszczególnych planach różnie identyfikują pacjentów. Wiele z nich stosuje specjalny numer identyfikacyjny, inne przypisują każdemu pacjentowi jego numer prawa jazdy, a niektórzy stosują kombinację numerów i dat. Identyfikacja pacjenta tylko na podstawie jego imienia i nazwiska nie jest wystarczająca i może prowadzić do poważnych w skutkach pomyłek. W dużych populacjach szczególnie ważna jest dokładna identyfikacja Osób, aby po-

information for the full continuum of care. Understanding the full medical management process, physicians and other health care professionals can determine the best method of treatment.

The current delivery method

In the current delivery model, most aspects of the health care systems operate in functional silo's. The hospital, divided into a number of departments, has each department acting on its own interests and priorities. Information sharing is difficult, if not impossible, because physician offices are not connected to the rest of the health delivery system. Patients typically go through health delivery systems with clinicians and administrators asking them the same questions. Medications are prescribed to patients with no certainty of patient compliance and outcomes.

Health care systems need a model which provides basic information useful in evaluating, planning, and implementing health care with the efficient use of information systems.

Person versus patient

Regarding people as patients implies he or she is already sick and seeking medical help. In the new delivery model, we consider people as Persons, emphasizing wellness, preventive health, and proactive management of high risk individuals. The term person indicates health care professionals will work with the individual in living a healthy life, and should the individual become sick, he or she will be treated in the most efficient manner.

Master Person Index

A Master Person Index (MPI) is the mechanism used in identifying people whom healthcare a physician is responsible for. As Persons are seen by individual care givers, he or she is asked repetitive information about who they are. Each provider assigns identification to the Person differently. Some use a unique number, some use the Person's driver's license number, and some use a combination of dates and numbers. By using just a Person's name for identification, the possibility of using a different Person's chart in making clinical decisions is greater. In a large population, proper identification of a Person is critical for providing accurate healthcare. Using the MPI, a physician can identify a Person and get his or her medical history and demographics.

moc medyczna była udzielana właściwie. Stosując MPI, lekarz jest w stanie skorzystać ze wszystkich informacji na temat historii choroby danego pacjenta.

Infrastruktura sieci

W celu umożliwienia właściwej współpracy pomiędzy lekarzom a Osobą, i zapewnienia Osobie chorej opieki medycznej, musi istnieć infrastruktura sieci. Ta technologia odnosi się do lokalnej sieci informacji (Local Area Network - LAN) i ogólnej sieci informacji (Wide Area Network - WAN). Lokalna sieć znajduje zastosowanie w szpitalu, w którym współpracują różne departamenty. LAN jest zbiorem wszystkich informacji zawartych w komputerach, które operują we wspólnym systemie. WAN natomiast służby połączeń pozaszpitalnym, typu laboratoria, gabinety lekarskie, apteki, może też łączyć komputerowo poszczególne szpitale.

Informacja kliniczna

W przypadku zastosowania infrastruktury sieci i głównego indeksu identyfikacyjnego osób (MPI) należałoby opracować kryteria, według których uzyskiwano by informacje potrzebne do podjęcia właściwych decyzji. Proces ów powinien być zapoczątkowany przez określenie pytań, na które powinny być udzielone odpowiedzi (rodzaj pytań uprzednio omawianych w tekście). Większość instytucji rozpoczyna ten proces od zaprojektowania poszczególnych systemów z uwzględnieniem ram czasowych. Stosując tę metodę powstaje problem polegający na tym, że użytkownicy nie zawsze znajdują zunifikowany sposób porozumiewania się w systemie. Poprzez uprzednie wyeksponowanie pytań, współpracująca ze sobą grupa ludzi ma większą szansę zrozumienia przedsięwziętych celów, każdy może zadać sobie pytanie czy postępuje właściwie. Innym czynnikiem decydującym o sukcesie jest odpowiedni udział lekarzy - konieczny - i stanowiący najważniejszy komponent nowej metody przekazu informacyjnego. Bez ich uczestnictwa nie powiedzie się wprowadzenie systemu finalnego.

Budować czy kupić?

Posiadając już wiedzę na temat tego, jak powinien wyglądać system i co trzeba zrobić, aby zaczął funkcjonować, należałoby rozważyć kwestię, czy zacząć go tworzyć - budować czy kupić? Przed podjęciem powyższej decyzji przeanalizujemy wszystkie za i przeciw. Jeżeli placówka posiada wysoko wykwalifikowaną kadrę techniczną z dużą wiedzą na temat współczesnej technologii, można rozpocząć budowę systemu.

Network Infrastructure

To connect care givers and identify and maintain good health for Persons, there must be and adequate network infrastructure. This technology is sometimes referred to as a Local Area Network (LAN) and a Wide Area Network (WAN). A LAN will most likely be used in a hospital setting connecting all the different departments together. LAN's consist of the equipment installed inside a computer, with another larger device interconnecting all the computers together. A WAN is used to connect locations outside the main campus, such as remote laboratories, pharmacies, and physician offices. A WAN can also be used to link multiple hospitals.

Clinical information

Once both a Network Infrastructure and a Master Person Index strategy is in place, it is necessary to determine information needs for decision making. A good way to begin laying this process out is starting with the types of questions that are trying to be answered (not unlike like the questions at the beginning of this paper). Most institutions begin the process by systems design and implementation time frames. The problem with this method is the many people contributing have a difficult time finding a unified understanding of the deliverables. By laying out the questions first, the team can have a better understanding of team goals and individuals can ask themselves: „Is what I am doing going to help answer those questions?“ Another critical success factor is adequate representation of physicians. As the most crucial component of this new delivery model, participation by the physician is crucial. Without participation and „buy in“ by the physician, failure in the final system is almost guaranteed.

Build versus buy

With the knowledge of what is needed and how it should be done, the next step is deciding either to build a system or by one. Before such a decision can be made, a discussion of the pro's and con's of each is necessary.

If an organization has the adequate technical staff who fully understand modern technology, an organization can attempt to build a system. On the other hand, organization without resources and technical ability should consider buying a system. Building a successful system can be rewarding because the system will be more flexible to the workings of the organization the system was

Z drugiej strony, placówki pozbawione bazy technicznej i odpowiednich źródeł powinny rozważyć kupno systemu. Stworzenie prawidłowego systemu sprawi, że będzie on wszechstronnie wykorzystywany do różnych działań w poszczególnych placówkach. W przypadku budowania systemu od początku, tworzenie go może zabrać lata, zanim będzie całkowicie sprawny. Dodatkowo istnieje zagrożenie, że nie będzie on funkcjonował na wszystkich odcinkach. Natomiast kupując system placówka dokładnie wie co dostaje i dostaje to od razu. Problem w tej sytuacji może polegać jednak na konieczności zapewnienia przez sprzedawcę stałego serwisu na dłuższy okres czasu. Z mojego doświadczenia wynika, że tak skomplikowane systemy, budowane całkowicie wewnątrz, zawodzą. Przyczyną niepowodzeń jest przede wszystkim wysoki koszt i niewystarczające zaangażowanie odpowiednich kadr. Lekarze zajęci leczeniem Osób nie mogą poświęcić wymaganej ilości czasu, aby budować system prawidłowo. Zakup systemu daje korzyść polegającą na eliminacji błędów wewnątrzsystemowych. Zmniejszenie kosztu zakupu systemu może nastąpić na skutek większej liczby nabywców.

Zarządzanie środkami

W jaki sposób najlepiej korzystać z zainstalowanego systemu? Samodzielne operowanie systemem jest najkorzystniejsze przy założeniu, że istnieje baza techniczna. Nie mając bazy technicznej należy skorzystać z usług specjalistycznych firm. Większość placówek medycznych zawiera kontrakty z wieloma różnorodnymi instytucjami. Szpital jest ośrodkiem medycznym a nie komputerowym. Wyżej wymienione firmy specjalizują się w zarządzaniu systemami komputerowymi oraz szkoleniach komputerowych. Placówki medyczne zawierając z nimi kontrakty umożliwiają swojej kadrze medycznej koncentrowanie się przede wszystkim na udzielaniu właściwej opieki lekarskiej.

Szkolenie i baza techniczna

W większości przypadków nieprawidłowe funkcjonowanie systemu następuje wskutek niewiedzy na temat jego stosowania. Jeżeli lekarz nie otrzyma odpowiedniego szkolenia, nie będzie w stanie posługiwać się systemem. Choć niektórzy lekarze będą samodzielnie próbowali eksperymentować na komputerze, większość tego nie uczyni. Pierwszoplanowym przedsięwzięciem w procesie wdrażania systemu informacyjnego powinno być fachowe szkolenie włącznie z zapewnieniem stałego punktu informacyjnego. Dodatkowo nowe zastosowania systemu mogą wymagać wyjaśnień na temat funkcji lub użycia. Jeżeli lekarz natrafia na trudności obsługując komputer, powinien uzyskać natychmiastową pomoc techniczną. W prze-

designed for. Yet when building a system, it may take years for the system to develop. There is also the chance the system will not provide everything needed. When buying a system, an organization knows exactly what it gets and can get it right away. The problem is this system may not do exactly what is expected and an organization must choose a vendor who will be around for a long time to maintain the system. In my experience, the most internally developed systems of this complexity fail. Most of these failures are caused by development costs and inadequate involvement of the right people. Physicians busy seeing Patients cannot spend the amount of time needed to build the system properly. Buying a system gives the advantage of having most of the bugs worked out of the system by the vendor. Also, the system is more affordable as the cost of the system is spread across to many customers.

Facilities Management

With a system in place, which is the best way to manage it? Self management work if internal technical resources are present. Without the resources, outsourcing is becoming an economical way to maintain system needs. Most outsourcing organizations have contracts with multi-institutions. The expertise and abilities of a hospital is medicine, not computers. These outside systems management organizations specialize in computer management and training. Instead of managing a technical organization, outsourcing allows health care professionals to focus on their specialty, health care, while developing a relationship and contract with the outsourcing company.

Training and support

Most system implementations fail due to lack of knowledge on how the product works. If this product is just delivered to the physician without adequate training, it will not work. Although some physicians will experiment with computers to learn the system, the majority won't. Setting up adequate time and resources for training, including providing a help desk ready to answer questions, is an essential part of information systems. In addition, new applications may require clarification on function and use. If a physician is using a computer and he or she is stuck, the individual must get an answer right away on how to proceed. Otherwise, this may break their momentum and confidence in the continued use of the system.

ciwnym razie może się zniechęcić brakiem postępu w nabieraniu umiejętności posługiwania się nowym systemem.

Korzyści, wartości i komunikacja

Wprowadzając system komputerowy należy pamiętać, aby był on skonstruowany, w sposób przynoszący korzyści samemu lekarzowi. Jeżeli lekarz wprowadzi szereg danych do komputera, a nie otrzyma nic w zamian, wkrótce zrezygnuje z korzystania ze sprzętu komputerowego. Musi istnieć forma korzyści dla lekarzy z używania systemu komputerowego. Na przykład szybkie otrzymanie wyników testów lub historii choroby. Jako że lekarze zainteresowani są różnymi danymi informacyjnymi, muszą istnieć ogólne wytyczne i hierarchia ważności w systemie przekazywania informacji.

Wzajemne komunikowanie się użytkowników systemu jest kluczowe, gdyż muszą oni widzieć postęp w przeciwnym razie przestaną współdziałać. Wydawanie comiesięcznego biuletynu z aktualnymi informacjami na temat zastosowania i funkcjonowania systemu oraz regularne zebrania kadry sprzyjają zainteresowaniu i pogłębianiu wiedzy na temat rozwoju tego systemu.

Podsumowanie

Poprzez dobrze zaplanowaną i właściwie zastosowaną strategię technologii informacyjnej, w bardzo wielu aspektach opieki zdrowotnej można odnieść znaczącą korzyść. Większość państw na świecie próbuje uporać się z problemami tutaj omawianymi. Polska znajduje się w szczególnie korzystnej sytuacji. Kraje zachodnie jak na przykład Stany Zjednoczone poczyniły wiele inwestycji aby stać się modelem wzorcowym, lecz przebudowywanie starych systemów zawsze wiąże się z większymi wstrząsami. W przeciwieństwie do tego Polska może budować silne podstawy korzystając z doświadczeń i ucząc się na błędach innych krajów na świecie.

(Hooman Bahmandeji, kierownik zespołu „Systemów Informacyjnych i Technologii w Opiece Zdrowotnej” firmy Searle, której światowe centrum mieści się w Skoie - Illinois. W przeszłości był szefem Zespołu Rozwoju i Projektów Systemowych w RUSH Medical University - Chicago, Illinois. Jest wykładowcą systemów i technologii opieki zdrowotnej w Uniwersytecie Harvarda). ☉

Incentives, values, and communication

Not to be overlooked are the incentives which physicians operate under and their perceived value of any computer system. If a doctor is asked to input information into the computer and gets nothing back in return, he or she will stop using them. There must be incentive to use the systems, such as quicker test results or immediate medical history, available to the physician to expect the physician to immediate medical history, available to the physician to expect the physician to take the time to input the information. As each physician seeks different information, specific environments must determine its own information value chain.

Communicating a system implementation is important because people in an organization must see progress or they will stop contributing. Developing a monthly progress newsletter and holding regular update meetings can help keep staff members informed and interested in the system development.

Conclusion

There are numerous aspects of healthcare which can benefit by a well planned and well executed information technology strategy. Most nations around the world struggle with the issues discussed here. Poland is a country with a significant advantage. Westernized countries such as the United States have made significant investments in becoming state of the art, but replacing old systems is not possible without major disruption. In contrast, Poland can begin building a solid foundation, taking advantage of experiences and mistakes learned from the rest of the world.

(Mr. Bahmandeji is Director of Healthcare Technology and Information Systems for the Searle Corporation. He is located at the World Headquarters in Skoie, Illinois, USA. He has served as Director of Systems Design and Development for the RUSH Medical University in Chicago Illinois, USA and is a lecturer on healthcare systems and technology at Harvard University). ☉

VI Zjazd Koleżeński

ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE

❁ Rocznik 1954 ❁

W sobotę 22 czerwca 1996 roku - 42 lata po uzyskaniu absolutorium na Wydziale Lekarskim AM w Lublinie, odbył się nasz kolejny Zjazd - Zjazd Roczника 1954.

I Zjazd Koleżeński - w 10-lecie absolutorium miał miejsce 16 - 17 maja 1964 r.

II Zjazd - odbył się w dniach 17 - 18 maja 1974 r. w 20-lecie ukończenia studiów.

III Zjazd - w 25-lecie absolutorium mieliśmy w dniach 2 - 3 czerwca 1979 r. - w pamiętnym roku pierwszej pielgrzymki Ojca Świętego Jana Pawła II - do Polski, która odbywała się w tym samym czasie.

IV Zjazd odbył się w dniach 28 - 29 maja 1993 r.

V Zjazd Koleżeński miał miejsce 27 - 28 maja 1995 r. w roku jubileuszowym, upamiętniającym 50-lecie nauczania medycyny w Lublinie.

VI Zjazd naszego rocznika 1954 odbył się dnia 22 czerwca (w sobotę) bieżącego roku.

Podobnie jak w roku ubiegłym rozpoczęliśmy nasze spotkanie uroczystą Mszą Świętą w Kościele Garnizonowym w Lublinie, która została odprawiona w intencji zmarłych profesorów, asystentów, koleżanek i kolegów.

Mszę Świętą celebrował jak poprzednio, ksiądz kapitan Marian Słabek - w tym roku specjalnie On na nasze życzenie. W pięknej homilii, podkreślił ksiądz celebrians znaczenie i rangę zawodu lekarza, tego zawodu, w którym pierwszorzędną rolę odgrywa powołanie.

„Lekarz, to sługa życia, to przywracający życie, oficer na pierwszej linii frontu życia” - rzekł z amboną ksiądz kapitan Marian Słabek.

Umiłowanie zawodu i poświęcenie się dla zawodu lekarza, to istotne problemy, jakie przeżywamy w naszej codziennej pracy, ciężkiej, trudnej, lecz dającej satysfakcję - spełnianej w poczuciu obowiązku i szaczonej służby dla ludzi, a przez ludzi dla Boga.

Otwarcie Zjazdu odbyło się w Auli Auditorium Maximum Collegium Novum AM przy Alejach Racławickich 1.

Ceremonii otwarcia Zjazdu przewodniczył kol. Czesław Popik kierujący Komitetem Organizacyjnym VI Zjazdu Koleżeńskiego.

Serdecznie i gorąco powitał wszystkich obecnych uczestników Zjazdu, Koleżanki i Kolegów wraz z współmałżonkami, oraz zaproszonych - obecnych gości.

Jego Magnificencję Rektora AM w Lublinie - prof. dr hab. Mariana Kazimierza Klamuta wraz z małżonką, a naszego kolegę - Kazka, profesora dr. hab. Mieczysława Zakrysia, redaktora kwartalnika „Alma Mater” dr med. Włodzimierza Matysiaka, redaktora naczelnego miesięcznika „Medicus” - dr Marka Stankiewicza.

Powitał też sponsorów, reprezentantów koncernu „Coca Cola” i firm farmaceutycznych z przedstawicielką „Polfy” - Lublin na czele, jak również Zespół Pieśni i Tańca wraz z kapelą Akademii Medycznej w Lublinie, pod dyrekcją pani mgr Krystyny Maciąg.

Zespół ten wprost nadzwyczajnie urozmaicił i wzbogacił nasze spotkanie nutkami pieśni i barwną muzyką naszą rodzinną, ludową, polską - czasem radosną (skoczną) - do tańca, niekiedy smętną, rzewną przenoszącą nas w świat naszej młodości „górną i chmurną” - w „kraj lat dziecińczych - co zawsze zostanie święty i czysty jak pierwsze kochanie”.

W słowach powitalnych kol. Czesław Popik powiedział: „5 letni okres studiów bardzo skonsolidował nas i sprzyjał nawiązaniu serdecznych więzi i przyjaźni, które tkwią do dnia dzisiejszego czego wyrazem jest już VI nasze spotkanie po ukończeniu studiów.

Uczestnictwo w Zjeździe zgłosiło spośród 122 absolwentów żyjących - 64 osoby, co stanowi 52%; udzieliło odpowiedzi na korespondencje 30 osób, co stanowi 25%, zaś 28 osób z niewiadomych powodów nie nadesłało odpowiedzi. 15 osób nie mogło przybyć z powodu choroby.

Ostatnio od maja ubiegłego roku odeszli od nas do wieczności: kol. Zbigniew Błażejowski, Jerzy Ichnowski, Edward Sternik, 19 maja br. zmarł Eugeniusz Polecki.

Od ukończenia studiów opuściło nasze środowisko akademickie na zawsze 47 profesorów. 27 listopada 1995 r. zmarł Profesor Jarosław Billewicz - Stankiewicz.

Uczczono pamięć zmarłych chwilą ciszy. Następnie kol. Czesław Popik wymienił osoby wchodzące w skład Komitetu Organizacyjnego VI Zjazdu: poza nim jako prezesem I vice przewodniczący - kol. Witold Komornicki, II vice przewodniczący - kol. Jerzy

Olczak, sekretarzowała kol. Maria Ziótkowska-Miturka, rolę skarbnika pełniła kol. Domicella Pomykałska-Woško, a Komisji Rewizyjnej przewodniczyła kol. Danuta Dylewska-Pawłowska z zastępczynią Aliną Dudek-Misiak.

Pomagali również w pracach organizacyjnych dwaj przewodniczący poprzednich Zjazdów - IV-go kol. Marian Kędracki i V-go kol. Michał Żyśko. Przewodniczący serdecznie podziękował wszystkim za współpracę i młodzieżowy entuzjazm w realizacji powierzonych zadań.

Szczególne słowa podziękowania wyraził Kolega prezes Rektorowi Kol. Marianowi Kazimierzowi Klamutowi za ogromną pomoc i życzliwość w zorganizowaniu Zjazdu.

Duży wkład pracy wniosły też panie - Lucyna Siemierowska, Wiesława Włodarczyk i Anna Biedulska - za co wyrażamy Im słowa podziękowania.

Jako kolejny mówca zabrał głos Pan Rektor. Serdecznie powitał wszystkich życząc radosnych przeżyć, miłych spotkań i owocnych obrad. W przemówieniu swoim podzielił się wrażeniami ze spotkania Rektorów Polskich Wyższych Uczelni z całej Polski, jakie odbyło się u Ojca Świętego - Jana Pawła II w Watykanie w dniu 4 stycznia 1995 r.

Udział w audiencji wzięło 56 rektorów prawie ze wszystkich ośrodków akademickich Lublin reprezentowali rektorzy: AM - prof. dr hab. Marian Kazimierz Klamut, AR - prof. dr hab. Józef Nurzyński, KUL - ksiądz prof. dr hab. Stanisław Wielgus i Politechnikę Lubelską prof. dr hab. Iwo Pollo.

Spotkanie trwało półtorej godziny i miało charakter historyczny. Ojciec Święty podkreślił historyczny charakter audiencji, ponieważ po raz pierwszy w dziejach Watykanu Papież spotkał się z rektorami Wyższych Uczelni całej Polski.

W posłaniu Jego Świętobliwości Jana Pawła II do Rektorów - są ważne słowa „Epoka nasza bardziej niż czasy ubiegłe potrzebuje mądrości”.

Spotkanie z Ojcem Świętym ocenił nasz Jego Magnificencja Pan Rektor jako cudowną chwilę, niepowtarzalne przeżycie, coś, czego nie da się zapomnieć do końca życia.

Rektor M.K. Klamut w swoim przemówieniu przypomniał hasło rzymskie „divide et impera” - dziel i rządź, które staramy się w miarę możliwości zmienić na służyć i łączyć.

W dalszej części wystąpienia kol. M. K. Klamut omówił pasjonująco ciekawe koncepcje elektronicznego modelu człowieka jako generatora i detektora fal elektromagnetycznych. Koncepcja ta przyjmuje, że życie jest zjawiskiem elektrycznym sterowanym magnetycznie, a jego podstaw należy szukać w procesach wiecznie aktywnych i zmiennych elementarnych cząstek atomowych. W badaniu tak widzianych zjawisk biologicznych, umysłowych i duchowych znajdzie być może zastosowanie metoda rezonansu magnetycznego.



Kolega Popik jako przewodniczący na zakończenie części oficjalnej obrad rzucił hasło: „bawmy się, cieszymy się, bo jesteśmy młodzi, ale spieszymy się - bo starość nadchodzi”.

Zespół nadal umiał nam chwile naszego wspólnego spotkania na sali obrad i te niezapomniane chwile zostały uwiecznione kamerą video.

Rozchodziliśmy się po zakończonej oficjalnej uroczystości zjazdowej z uczuciem oczekiwania na wieczorną koleżeńską biesiadę w XIV wiecznym tajemniczym dworku na wzgórzu w Jakubowicach Konińskich.

KOLACJA WE DWORZE

A więc znów spotykamy się w tym samym miejscu, w przytulnym i gościnnym dworku w Jakubowicach Konińskich, gdzie organizatorzy postanowili ugościć uczestników VI Zjazdu.

Byliśmy tu już przed rokiem, było wspaniale i dlatego chcieliśmy tu spotkać się ponownie -

A jednak ...

Niby to samo miejsce, ten sam dworek, a jednak wszystko tym razem wyglądało i przebiegało inaczej - i tu sprawdza się powiedzenie, że nie można dwa razy wejść do tej samej rzeki ... bo rzeka płynie ... a nam płynie czas - tak płynie jak to wyśpiewał kolega Wiesio Litwin w swoim brawurowym przeboju na kolacji: „Medycyno, medycyno - nasze lata z tobą płyną” - bo już choćby sam dojazd do dworku wyglądał inaczej; większość z nas przybyła na miejsce własnymi samochodami - znaleźliśmy już drogę i nie jechaliśmy w nieznaną.

A gdyby ktoś nas obserwował z ukrycia, to dostrzegłby bez trudu, że było nas znacznie mniej niż w poprzednim 95 roku.

Największą niespodzianką a sprawiła nam aura; w tamtym roku, gdy dotarliśmy na dziedziniec wszyscy z zachwytem rozkoszowali się widokiem dworku w blaskach zachodzącego słońca. Tym razem nasze wieczorne spotkanie wypadło w dzień, chłodny i deszczowy. Taka pogoda nie zachęcała do koleżeńskich spacerów i pogawędek na łonie natury wokół dworku.



Nic dziwnego, że po przyjeździe na dziedziniec każdy z nas spieszył - „na pokoje” - uprzednio obdarowano koleżanki bukiecikami biało-czerwonych różyczek.

A w tych pokojach też było inaczej.

Ponieważ stanowiliśmy w tym roku mniejszą gromadkę, mogliśmy zasiąść w jednym pokoju przy biesiadnych stołach - w pokoju z kominkiem. Mała grupa kolegów - żadna pełnej swobody i przestrzeni usadowiła się mimo to w sąsiednim pokoju - jak się niebawem okazało była to bardzo głośna grupa, która stałym śpiewem i dowcipami nadawała ton i stwarzała nastrój w ciągu całej kolacji. A nastrój ten się poprawiał z minuty na minutę, bo wyzerka była wręcz wyśmienita, za co wypada wyrazić uznanie i podziękować miłym gospodarzom dworku p. Trumińskim. W tym roku mogliśmy tylko wspominać ubiegłoroczne nocne tańce i parady na wolnym powietrzu pod rozgwieżdżonym niebem - tego nam teraz brakowało. Nie brakowało natomiast radosnych przeżyć, koleżeńskiej przyjaźni i wspomnień, ... niekończących się wspomnień.

Nie zabrakło także niezapomnianych i wzruszających występów kol. Wiesia Litwina. Tym razem popisał się wspaniałym szlagierem, wręcz przebojem „Medycyno, medycyno - nasze lata z Tobą płyną” wyśpiewanym wraz z kilkoma kolegami (na melodie „O Marianno”).

Nagrodziliśmy go za to dzieło gorącymi oklaskami, bo w tym żywym utworze każdy z nas odnajdywał jakąś cząstkę samego siebie z przeszłości.

Jeszcze nie ochłoniliśmy po medycynie - Marianie, a już Wiesio wystąpił z drugim numerem - wierszowaną pochwałą naszego rocznika, zatytułowanym „Nasz niezawodny, 54”

Było wiele wspomnień i wrażeń bez liku

A ja wiersz wygłoszę o naszym roczniku.

Wiersz jest utworem żartobliwym, proszę więc o przyjęcie go z przymróżeniem oka. Nosi on tytuł:

Nasz niezawodny '54.

*A któryż to rocznik tak pilnie studiował?
U innych roczników zazdrość powodował
Pełne samych piątek są indeksów karty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!
I niejeden rocznik chciałby sobie marzyć
Mieć tylu uczonych, wybitnych lekarzy
Podąża przez życie w mocnym szyku zwarty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!
Wśród wszystkich roczników, rocznik to jedyny
Przystojni tu chłopcy i piękne dziewczyny
Lekarzy elita - prawda - to nie żarty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!
A któryż to rocznik jest taki udany?
Miły, koleżeński i tak bardzo zgrany?
Ma on w sobie jakiś urok nieodparty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!
A teraz wytoczę argument najcięższy
Ten rocznik - jak wino - im starszy tym lepszy
Zostawi przyjaźni obraz niezatarty
To nasz niezawodny pięćdziesiąty czwarty!
Więc drogi roczniku wesel się i śmiej
Bo może za rok znow nas będzie mniej?
W każdą porę - czy będzie to lato czy zima
Głośmy nasze hasło: „Tak trzymać, tak trzymać”:*

Za zgodą autora załączam tekst tego utworu.

Podczas kolacji nie obyło się rzecz jasna bez oficjalnych wystąpień i toastów.

Najpierw Czesio Popik - jako przewodniczący Komitetu Zjazdowego - w podniosłym, serdecznym tonie powitał wszystkich kolegów i władze uczelni życząc zebrany - miłego nastroju, wesołej zabawy wznosząc na koniec toast za zdrowie Rektora AM i zarazem naszego przemiłego Kolegi Mariana Kazimierza Klamuta.

W swej wypowiedzi Pan Rektor skierował do nas wiele serdecznych słów za co został nagrodzony burzą oklasków. Nie zabrakło też wypowiedzi kilku innych kolegów.

Rozbawieni i pełni wrażeń kończyliśmy to nasze uroczyste wieczorne spotkanie a rozstając się z kolegami zwłaszcza przyjezdnymi odczuwaliśmy ucisk w sercu i żal z leżką w oku, że to już nadeszła chwila rozstania - nucąc stosowną na tę okoliczność piosenkę - za rok, za dzień, za chwilę razem nie będzie nas - wyrażaliśmy w duchu przekonanie, że za rok, za dwa, za ... znowu spotkamy się - na kolejnym VII Zjeździe.

Oby tylko los nam sprzyjał! ☺

Tekst z dedykacją: sobie ku szczęściu

Artura Schopenhauera widzenie świata O TYM, CO CZŁOWIEK SOBĄ REPREZENTUJE

O ile więc cześć znajduje z reguły sprawiedliwych sędziów i nie zagraża jej niczyja zazdrość, ba, każdemu przyznaje się ją z góry, na kredyt, o tyle sławę trzeba sobie wywalczyć na przekór zazdrości, a wawrzyny rozdaje trybunał, w którym zasiadają zdecydowanie nieprzychylni sędziowie. **Cześć bowiem możemy i jesteśmy gotowi dzielić z każdym, sławę uszczupla lub utrudnia każdy, kto już ją zdobył.** Dalej, trudność zdobycia sławy dzięki dziełom jest odwrotnie proporcjonalna do liczby ludzi, będących dla tych dzieł publicznością; powody łatwo dostrzec. Dlatego trudności te są znacznie większe w wypadku dzieł pisanych gwoli pouczenia niż dzieł pisanych gwoli rozrywki. Największe trudności występują przy dziełach filozoficznych, gdyż z jednej strony pouczenia, które obiecują, są niepewne, z drugiej zaś, nie przynoszą materialnych korzyści, wobec czego publiczność ich składa się przede wszystkim z samych współzawodników. - Z tego wykładu trudności, jakie przeszkadzają zdobyciu sławy, wynika jasno, że gdyby ludzie, którzy tworzą dzieła godne sławy, nie robili tego z czystej chęci ich tworzenia i gwoli własnej przyjemności, lecz oczekiwali zachęty od sławy, ludzkość niewiele by otrzymała dzieł nieśmiertelnych lub w ogóle by ich nie dostała. Co więcej, aby stworzyć rzecz dobrą i słuszną, a nie stworzyć złą, trzeba stawić czoło sądom tłumu i jego rzeczników, a więc wzgardzić nimi. Na tym polega słusność uwagi, którą podkreśla zwłaszcza Ozoriusz (*De gloria*), iż sława ucieka przed ludźmi, którzy jej szukają, idzie zaś śladem tych, którzy o nią nie dbają; pierwsi bowiem dostosowują się do gustów swej epoki, drudzy buntują się przeciw nim.

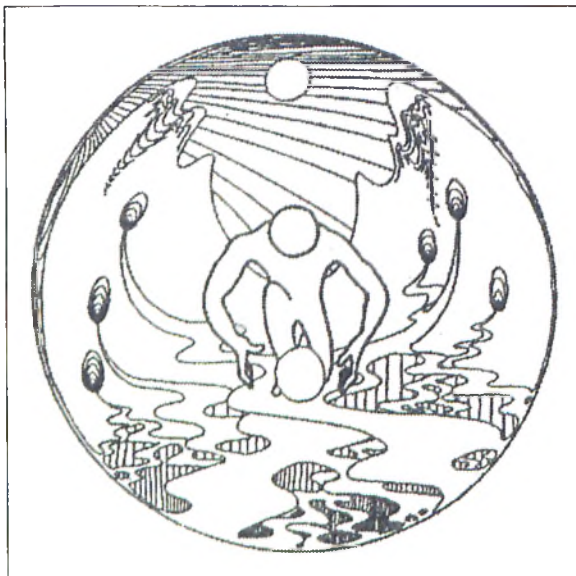
O ile bardzo trudno zdobyć sławę, o tyle łatwo ją zachować. Także i pod tym względem jest ona przeciwieństwem czci. Cześć przyznaje się bowiem każdemu, nawet na kredyt; trzeba ją tylko zachować. Na tym jednak polega zadanie: albowiem wystarcza jeden nikczemny czyn, by przepadła raz na zawsze. Sławy natomiast nigdy właściwie nie można stracić, albowiem czyn lub dzieło, dzięki któremu ją uzyskano, istnieje raz na zawsze i z tego tytułu sława zawsze przypada jego twórcy, nawet jeśli nie zdobywa jej ponownie. Jeśli jednak sława rzeczywiście wygasa, jeśli się przeżywa, w takim razie była to sława nierzetelna, tj. niezasłużona, i powstała ona dzięki doraźnej zbyt wysokiej ocenie; chyba że jest to zgoła taka sława, jaką cieszył się Hegel, „roztrąbiona - jak

pisze Lichtenberg - przez przyjazną juntę kandydatów do wiedzy, której echo dźwięczy w pustych głowach... lecz potomność, jakże ta się ubawi, gdy zapuka kiedyś do barwnych gmachów słownych, do pięknych wylegarni przelotnej mody, do siedlisk dawno już przebrzmiałych spisków i wszędzie, wszędzie zostanie pustką, nigdzie nie znajdzie ani cienia myśli, która oznajmiłaby stanowczym głosem: „Wejź!”



Sława polega właściwie na tym, czym się jest w porównaniu z pozostałymi ludźmi. Z istoty więc jest relatywna i dlatego może mieć tylko wartość względną. Nie byłoby jej wcale, gdyby inni dorównali sławionemu. Wartość absolutną może posiadać tylko to, co zachowuje ją niezależnie od okoliczności, a zatem w danym wypadku to, czym się jest bezpośrednio i samemu przez się; na tym więc polega wartość i szczęście z posiadania wielkiego serca i tęgiej głowy. Nie sława zatem, lecz to, dzięki czemu się ją zdobywa posiada wartość. Jest to bowiem substancja całej sprawy, a sława jest tylko jej acydemsem; co więcej, sława działa na uwiecznioną nią przede wszystkim jako symptom zewnętrzny: potwierdza jego własne wysokie mniemanie o sobie; można by zatem powiedzieć, że tak jak światło jest zgoła niewidoczne, jeśli nie odbija się od jakiegoś przedmiotu, tak też każda doskonałość dopiero dzięki sławie staje się w pełni świadoma siebie. Nie jest to jednak symptom niezawodny, bo istnieje także sława niezasłużona i zasługa bez sławy; dlatego tak trafne jest zdanie Lesinga: „bywają ludzie sławni, bywają zasługujący na sławę”. Nędzna też byłaby to egzystencja,

której wartość lub brak wartości opierałby się na jej ocenie w cudzych oczach; taką egzystencję wiedliby jednak bohaterowie i geniusze, gdyby wartość ich wynikała ze sławy, tj. z poklasku innych ludzi. Każda istota istnieje i żyje przede wszystkim ze względu na siebie, czyli w sobie i dla siebie. - **Czym kto jest, obojętne jaki typ i gatunek sobą przedstawia, tym jest przede wszystkim i głównie dla siebie samego; a jeśli z tego punktu widzenia niewiele jest wart, w takim razie w ogóle niewiele. Natomiast obraz jego zarysowany w głowach innych ludzi jest rzeczą wtórną, pochodną, zależną od przypadku i jego związek z oryginałem jest nader pośredni. Pospolite głowy są zresztą zbyt mizerną sceną, by mogło na niej zagościć prawdziwe szczęście. Spotkać tam można raczej tylko szczęście chimeryczne. Cóż bowiem za mieszane towarzystwo spotyka się w tej świątyni powszechnej sławy! Wodzowie, ministrowie, szarlatani, kuglarze, tancerze, śpiewacy, milionerzy, ba, zalety wszystkich tych ludzi ocenia się tam znacznie wyżej, przyznaje się im znacznie więcej estime sentie (rzetelnego uznania) niż zaletom duchowym, zwłaszcza wyższego rzędu, które u większości ludzi spotykają się tylko z estime sur parole (słownym uznaniem). Z punktu widzenia eudajmonologii sława jest niczym więcej jak tylko najrzadszym, najbardziej smakowitym kąskiem dla naszej pychy i próżności. Lecz u większości ludzi, choć się z tym kryją, cechy te występują w nadmiarze, najsilniej zaś u ludzi, którzy mają jakiegokolwiek dane, aby zdobyć sławę, i dlatego zazwyczaj długo obnoszą się nie mając pewności co do własnej wysokiej wartości, póki nie zdarzy się okazja, by poddać tę wartość próbie i wreszcie uzyskać jej potwierdzenie; aż do tej chwili mieli takie poczucie, jakby spotykała ich ukryta niesprawiedliwość.***



Wogóle jednak - jak wykazano na początku niniejszego rozdziału - człowiek przypisuje cudzej opinii o sobie wartość zupełnie przesadną i zgoła nierozsądną i **Hobbes** ujmuje sprawę co prawda skrajnie, niemniej bardzo słusznie, kiedy powiada: *omnis ani-*

mi voluptas, omnisque alacritas in eo sita est, quod quis habeat quibuscum conferens se, possit magnifice sentire de se ipso (wszelka uciecha duchowa i wszelka radość ma swoje źródło w tym, iż człowiek ma takich, z którymi siebie porównując może umocnić się w znakomitym mniemaniu o sobie). Jest więc zrozumiałe, że na ogół przywiązuje się do sławy wielką wartość i że ponosi się znaczne ofiary, byle uzyskać choćby tylko nadzieję, iż kiedyś się ją zdobędzie:

Fame is the spur, that the clear spirit doth raise
(that last infirmity of noble minds)
To scorn delights and live laborious days.

(Sława, ta w duszy szlachetnej złożeniu
Ostatnia słabość, jest to bodziec złoty
Budzący bystry duch ku się wzniesieniu.
Ta znagła w pracach żyć, gardzić pieśzcoty.)

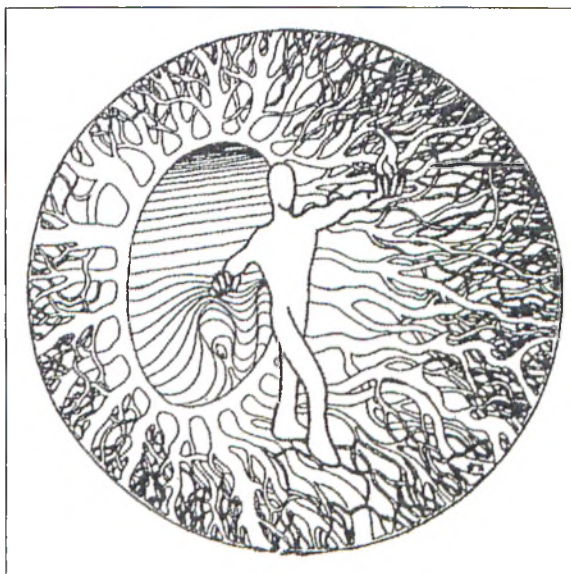
oraz:

how hard it is climb
The highs where Fame's proud temple shines afar.
(Jak trudno wspinać się na szczyty,
Gdzie sławy wznosi się świątynia dumna.)

Tym wreszcie tłumaczy się też, czemu najbardziej próżny ze wszystkich narodów stale ma na ustach la gloire (sławę) i uznaje ją bez zastrzeżeń za główną sprężynę wielkich czynów i wielkich dzieł. - **Ale ponieważ sława jest bezsprzecznie tylko rzeczą wtórną, po prostu echem, odbiciem, cieniem, symptomem zasługi, i ponieważ zawsze przedmiot podziwu musi mieć większą wartość niż sam podziw, przeto prawdziwe źródło szczęścia nie może tkwić w sławie, lecz w czymś, dzięki czemu ją zdobywa, a więc w samej zasłudze, lub, mówiąc ściślej, w postawie i zdolnościach, z których zasługa wyrasta, obojętne, czy jest to zasługa moralna, czy też intelektualna. Albowiem największą wartość powinien człowiek mieć we własnych oczach; co z niej zaś znajdzie odbicie w cudzych głowach i jak inni ludzie go oceniają, to sprawa drugorzędna i tylko ubocznie może go ona interesować. Kto zatem tylko zasługuje na sławę, nawet jej nie zdobywszy, ten i tak posiada rzecz najważniejszą i w braku czego innego może się tym pocieszyć. Nie to bowiem, że bezkrytyczny, jakże często otumaniony tłum uważa go za wielkiego człowieka, lecz to, że nim jest, czyni człowieka godnym zazdrości; najwyższe zaś szczęście też nie na tym polega, że o człowieku dowie się potomność, lecz na tym, że w jego głowie zrodziły się myśli godne zachowania i rozważania przez wieki. A ponadto nikt nie zdoła mu tego odebrać: jest to to co nasze, tamto zaś to, co nie nasze. Gdyby natomiast sam podziw był rzeczą najważniejszą, wówczas przedmiot jego nie byłby go godzien. Ma to rzeczywiście miejsce w wypadku fałszywej, tj. niezastużonej sławy. Jej posiadacz musi się nią żywić**

nie posiadają naprawdę tego, czego symptomem, zwykłym odbiciem być ona powinna. Ale i ta nawet sława często bywa zaprawiona goryczą, skoro, mimo że człowiek ludzi sam siebie pod wpływem miłości własnej, chwilami kręci mu się w głowie na wyżynach, do których nie dorósł, lub doznaje uczucia, że jest jak pozłacany dukat; wtedy bowiem ogarnia go lęk przed zdemaskowaniem i zasłużonym poniżeniem, zwłaszcza że na obliczu co mądrzejszych ludzi czyta już wyrok potomności. Przypomina on zatem spadkobiercę na mocy fałszywego testamentu. - Prawdziwej sławy, sławy u potomności, jej przedmiot nigdy przecież nie zaznaje, a jednak uważa się go za szczęśliwca. Szczęście jego polegało zatem na chlubnych właściwościach, które przyniosły mu sławę, oraz na tym, że miał okazję je rozwinąć, a więc że dane mu było działać na miarę swej wielkości, czynić to, co sprawiało mu ochotę i upodobanie: albowiem tylko w tych warunkach zrodzone dzieła zdobywają sławę u potomności. Szczęście jego polegało więc na posiadaniu wielkiego serca lub bogactwa duchowego, które wywarło piętno na jego dziełach zyskując mu podziw późniejszych wieku; polegało ono tylko na myślach, które podejmą i którymi rozkoszować się będą najwznieślsze duchy w najdalszej przyszłości. Zasłużyć na sławę pośmiertną - oto na czym wyłącznie polega jej wartość, a zasługa ta sama dla siebie jest nagrodą. Jeśli niekiedy dzieła, które zyskały sławę u potomnych, zdobyły ją także u współczesnych, zdecydował o tym zbieg okoliczności i nie ma to większego znaczenia. Ludzie z reguły nie mają własnego zdania, a na dodatek brak im zupełnie umiejętności oceny ważnych i trudnych osiągnięć, dlatego stale zdają się na cudzy autorytet i gdy idzie o dzieło naprawdę wielkie, spośród stu chwalców dziewięćdziesięciu dziewięciu sławi je na słowo i na wiarę. Dlatego nawet tłumny poklask u współczesnych ma dla mądrych ludzi niewielką wartość, stale bowiem brzmi w nim tylko echo nielicznych głosów, które sam z kolei są wytworem chwili. Czyż pochlebilyby wirtuozowi głośne oklaski publiczności, gdyby wiedział, że z jednym lub dwoma wyjątkami składa się ona wyłącznie z głuchych, którzy chcąc ukryć swe klectwo klaszczą gorliwie, skoro tylko dojrzą ruch rąk jedyne, który słyszy? A gdyby jeszcze wiedział na dodatek, że prowodyrów klaki można często przekupić, by aplaudowali oni gorąco najgorszego skrzypka! - Tłumaczy to, czemu sława u współczesnych tak rzadko przemienia się w sławę u potomnych; dlatego też d'Alembert w prześlicznym opisie świątyni sławy literackiej powiada: „wnętrze tej świątyni zamieszkuje wyłącznie zmarli, którzy za życia w niej nie byli, oraz nieliczni żywi, którzy prawie wszyscy zostaną z niej po śmierci wyrzuceni”. Wspomnijmy tu na marginesie, że budowanie komuś pomnika za życia równa się oświadczeniu, że gdy idzie o niego, nie można dowierzać potomności. - Jeśli mimo to ktoś doznaje za życia sławy, który przetrwa u potomności,

rzadko następuje to wcześniej niż na starość; wśród artystów i poetów zdarzają się wprawdzie od tej reguły wyjątki, lecz wśród filozofów niezmiernie rzadko. Świadczą o tym portrety mężów wsławionych swymi dziełami, najczęściej bowiem malowano je, kiedy sława ich była już ustalona: z reguły przedstawiają one ludzi starych i posiwiiałych, zwłaszcza gdy idzie o filozofów. Z punktu widzenia eudajmonologii jest to całkiem słuszne. Sława i młodość naraz, to za dużo dla śmiertelnika. Życie nasze jest tak ubogie, że dobra należy w nim wydzielać oszczędnie. Młodości wystarczy własne bogactwo i niechaj się nim zadowala. Lecz starość, kiedy obumierają wszystkie rozkosze i radości, jak drzewa w zimie, jest najstosowniejszą porą, by wybijało drzewo sławy, prawdziwa zieleń zimowa; można by też porównać ją z gruszkami, co w lecie rosną, lecz zimą się je spożywa. Nie ma piękniejszej pociechy na starość, niż kiedy człowiek wcielił całą swą młodzieńczą siłę w **dzieła**, które nie starzeją się z nim razem.



Przyjrzyjmy się jeszcze nieco bliżej drodze, która zarówno w nauce, jak i w najbliższej nam dziedzinie wiedzy do sławy; odkryjemy wówczas następującą regułę. Przewaga intelektualna, jaką znamionuje taka sława, ujawnia się zawsze w nowej kombinacji pewnych danych. Mogą to być dane różnego rodzaju, sława jednak, uzyskana przez ich kombinację, będzie tym większa i tym bardziej rozpowszechniona, im powszechniej znane i bardziej każdemu dostępne są same dane. Jeśli np. danymi są pewne liczby albo krzywe, albo jakiegokolwiek szczególne fakty fizyczne, zoologiczne, botaniczne lub anatomiczne, albo jakieś uszkodzone miejsca u starych autorów, albo na wpół zatarte napisy, albo też takie, których alfabetu nie znamy, albo ciemne punkty w historii, wówczas sława zdobyta przez właściwą ich kombinację sięgnie niewiele dalej niż znajomość samych faktów, jej zasięg ograniczy się więc do wąskiego kręgu ludzi żyjących przeważnie w ukryciu i zazdrosnych o sławę w swoim zawodzie. - Jeśli natomiast są to dane, które

zna cały rodzaj ludzki, jeśli np. są to istotne, wszystkim wspólne właściwości ludzkiego rozumu lub serca, albo siły natury, których całą działalność mamy nieustannie przed oczyma, albo powszechnie znany przebieg wydarzeń w przyrodzie w ogóle, wówczas sława, jaką przynosi rzucenie na nie światła dzięki nowej, ważnej i oczywistej kombinacji, rozprzestrzeni się z czasem na cały cywilizowany świat. Jeśli bowiem każdemu dostępne są dane, w takim razie najczęściej będzie też dostępna ich kombinacja. - **Niemniej sława będzie zawsze odpowiadała przewyższonym trudnościom. Bo im powszechniej znane są dane, tym trudniej skombinować je w nowy, a zarazem słuszny sposób, ponieważ ogromna liczba głów próbowała już na nich swoich sił i wyczerpała możliwe kombinacje. Natomiast dane niedostępne dla szerokiej publiczności, osiągalne tylko na żmudnej i trudnej drodze, te dane dopuszczają jeszcze niemal zawsze nowe kombinacje; wystarczy zatem niespaczony rozum oraz zdrowy sąd, czyli niewielka przewaga duchowa, by poszczęściło się komuś odkrycie nowej, prawidłowej kombinacji danych. Zdobyta jednakże dzięki temu sława sięgnie mniej więcej tak daleko, jak znajomość samych danych. Wprawdzie bowiem rozwiązanie tego rodzaju problemów wymaga wielkiej wiedzy i pracy, choćby po to, by zdobyć znajomość danych, gdy tymczasem przy problemach pierwszego rodzaju, gdzie zdobywa się największą i najrozleglejszą sławę, dane otrzymuje się za darmo, ale też w tej mierze, o ile te ostatnie wymagają mniej pracy, dokładnie o tyleż więcej wymagają one talentu, ba, nawet geniuszu, z tymi zaś żadna praca ani żadne studium nie wytrzymuje porównania, jeśli idzie o ich wartość i ocenę.**

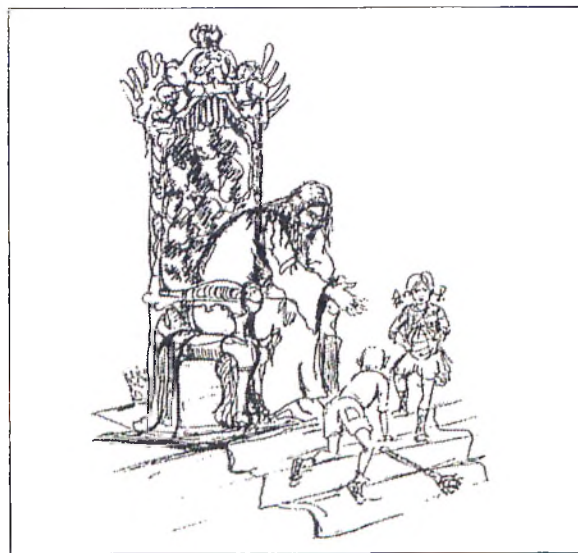
Wynika stąd, że ludzie, którzy czują w sobie tęgi rozum i zdrowy sąd, lecz nie przypisują sobie najwyższych darów ducha, nie powinni szczerzyć studiów i wyteżonej pracy, by dzięki temu wybić się spośród ludzi dysponujących ogólnie znanymi danymi i sięgnąć w dalsze regiony, dostępne tylko pracowitości uczonych. **Tutaj bowiem, gdzie zmniejsza się nieskończenie liczba współzawodników, nawet umysł średnio wybitny znajdzie wkrótce okazję do nowego i prawidłowego skombinowania danych; zasługę z tego odkrycia powiększy nawet trudność związana z uzyskaniem danych. Ale tłum ludzki posłyszcy tylko daleki odgłos zdobytego w ten sposób uznania pozostałych badaczy danej dziedziny, którzy są jedynymi znawcami przedmiotu. - Śledząc wskazaną drogę aż do końca, można nawet wskazać punkt, w którym do zdobycia sławy wystarczy samo uzyskanie danych bez jakiegokolwiek ich kombinacji, tak trudno bowiem do nich dotrzeć. Ma to miejsce w wypadku podróży do odległych mało uczęszczanych krajów: człowiek zdobywa sławę dzięki temu, co widział, a nie, co pomyślał. Ta droga ma przy tym jeszcze tę wielką zaletę, że znacznie łatwiej przek-**

zać innym, co człowiek ujrzał, niż co pomyślał, a zrozumieć to łatwiej w drugim. Już Asmus bowiem powiada:

Jeżeli ktoś się wybrał w podróż,
Ma coś do powiedzenia.

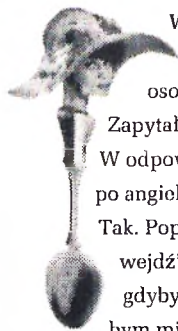
Ale odpowiednio też zdarza się, że zawierając osobistą znajomość ze słynnymi ludźmi tego pokroju człowiek przypomina sobie uwagę Horacego:

Coleum, non animum, mutant, qui trans mare currunt
(Jadąc za morze, klimat zmieniamy, nie siebie.)



Zdrugiej strony, co się tyczy umysłu obdarzonego zwybitnymi zdolnościami, a tylko taki może się ważyć na rozwiązania wielkich, ogólnych, całościowych, a wobec tego najtrudniejszych problemów, to uczyni on najlepiej rozszerzając stale swe horyzonty możliwie jak najbardziej i w każdym kierunku, równomiernie, nie gubiąc się nigdy za bardzo w specjalnych, nielicznych tylko znanych regionach, tj. nie wnikając zbyt głęboko w szczegóły jakiegokolwiek dziedziny, nie mówiąc już o uprawianiu mikrobiologii. Taki umysł niemusi bowiem wgłębiać się w trudno dostępne przedmioty, by uniknąć tłumu konkurentów; materiału do nowych, ważkich i prawdziwych kombinacji dostarczy mu właśnie, to czym dysponują wszyscy. Stosownie jednak do tego zasługę jego będą też mogli uznać wszyscy, którym znane są te dane, czyli znaczna część rodzaju ludzkiego. Oto przyczyna ogromnej różnicy między sławą, jaką zdobywają poeci i filozofowie, a tą, jakiej dostępują fizycy, chemicy, anatomowie, mineralogowie, zoologowie, filologowie, historycy itd. ☉

* Ponieważ największą przyjemność sprawia nam cudzy podziw, zaś chętnych do podziwu, nawet kiedy zdarza się po temu przyczyna, jest niewiele, zatem najszcześliwszy jest ten człowiek, który w jakikolwiek sposób osiągnął to, że szczerze sam siebie podziwiał. Niech tylko nie da się zwieść innym.



Wsiadłam do przedziału, były w nim już dwie osoby, chłopak i dziewczyna. Zapytałam o wolne miejsce. W odpowiedzi usłyszałam pytanie po angielsku: „Czy jesteś sama?” - Tak. Popatrzyli na siebie: „No to wejdz”. Usiadłam zadowolona, gdyby mnie nie przyjęli mogłabym mieć trudności ze znalezieniem miejsca w zatłoczonym pociągu. Chłopak okazał się Irlandczykiem, a zgrabna dziewczyna Amerykanką o imieniu Thelma. Obydwoje jechali po raz pierwszy do Polski. „On, Thelma i Luiza”, roześmiałam się. Przypomniał mi się wiersz Bursy: „Ogród Luizy”, który lubię. „Czy ty jesteś Luizą?” - zapytała Thelma, „nie, nie jestem Luizą, chociaż bardzo lubię to imię”. „A widziałeś film?” - „Nie, nie-stety nie”. Irlandczyk był ciekawy, dokąd jadę, do Warszawy? „Nie, wysiadam w Katowicach”.

- „Jak to, „do Warszawy”, przecież to jest wagon do Krakowa” - powiedziała Thelma.

- „Nie do Krakowa, tylko do Warszawy, wagony do Krakowa są bliżej lokomotywy” - odpowiedział Irlandczyk.

- „To niemożliwe, ja muszę się przesiąść, przecież mam zły bilet, oni mnie stąd wyrzucą. Muszę stąd iść. Porozmawiam z konduktorem”. Obydwoje staraliśmy się uspokoić ją zapewnieniami, że może prawie całą drogę jechać z nami, a nad ranem przesiąść się do wagonu do Krakowa. To nie przekonało Thelmy. Bardziej zainteresował ją fakt, że ja też mam bilet „nie do Warszawy”, a zatem według logiki Thelmy „zły bilet”. To ją pocieszyło. „Wyrzucą nas obie”. Ale i tak poszła rozmawiać z konduktorem. Irlandczyk popatrzył na mnie, ja na niego: „Tak to prawdziwa Amerykanka”. Wróciła Thelma: - „to niemożliwe, ja nie mogę się stąd przesiąść. To niemożliwe. Gdybyście zobaczyli kto tam siedzi. Nie, ja nie mogę się tam przesiąść. To niemożliwe, ale ja mam bilet do Warszawy. Oni mnie stąd wyrzucą. Chociaż przecież nie mogę się tam przesiąść. Co ja mam zrobić?”

Irlandczyk i ja staraliśmy się opanować sytuację i Thelme. I stało się - Thelma zdecydowała: zostaje. Zaczęła się zastanawiać, co mogłaby zrobić w ciągu 5 dni, które spędzi w Polsce.

Thelma

„Łyzeczka I” collage Jolanta Przychoda,
zdjęcie Arkadiusz Gruszecki

- „Skoro jestem w wagonie do Warszawy, a przejeżdżamy przez Czechy, to może mogłabym pojechać do Pragi, a może Gdańsk jest ciekawszy? Chciałabym pojechać w takie miejsce, gdzie nie ma snobów.” - rzekła.

„A co Ciebie interesuje?” „Jestem rzeźbiarką”. „Churea?” - „Same muzea mnie nie interesują”. Pomyślałam o Biskupinie, słyszałam w radiu o niezwykłych atrakcjach przygotowanych tam we wrześniu. To wydało jej się godne uwagi, ale przecież był dopiero lipiec. A zatem pomysł upadł. Irlandczyk zapytał o nocleg w Warszawie. Powiedział, że ma 20 lat i kupił strefowy bilet na kraje byłego wschodniego bloku, chce jeździć tam, gdzie pokaże mu jego książka - przewodnik. Chce się bawić. Pół roku mieszkał w Mediolanie, uczył angielskiego, teraz jedzie do Polski. Zainteresowało mnie zajęcie Thelmy. Rzeźbiarka? „Tak, jestem rzeźbiarka. Wcześniej skończyłam studia psychologiczne”.

Oho! I to był początek. Całą noc rozmawialiśmy o jej pracy, podróżach po Meksyku, artystach w Nowym Yorku. Konduktorzy, celnicy, żołnierze sprawdzali dokumenty, bilety. Thelma dziwiła się niesłychanie liczbie kontrolerów. Przez Czechy pociąg włókł się niesłychanie, zatrzymywał się na małych stacjach czym Thelma także była zdumiona. Jechaliśmy w półmroku lampki. W pewnej chwili, poświata zza okna oświetliła twarz Thelmy. Rozmawialiśmy wtedy o bardzo trudnej decyzji, którą muszę podjąć w najbliższym czasie. Ta mieszanina światła i cieni zamieniła Thelme w czarownicę - może z „Calineczki”, a może z baśni o „Małej Syrence”.

Rozmawiała ze mną zupełnie inna osoba, niż dziewczyna, którą była na początku. Mówiła do mnie kobieta może stu może sto pięćdziesięcioletnia, która wie wszystko, jeździ do Meksyku po Ły-

są Górę i w drodze przepowiada przyszłość młodym kobietom. Bałam się jej. To była głęboka obawa przed koniecznością wypełnienia się słów, które właśnie w tej chwili wypowie czarownica. Nie szukam czarownic. Nie poszłabym nigdy do wróżki. Wolę mieć chociażby nadzieję, że mogę sama decydować o moim życiu.

Irlandczyk już trzy godziny wcześniej zrezygnował z naszego towarzystwa, pograżył się w terapeutycznej muzyce walkmana, który na nieszczęśliwy wypadek, jakim zawsze może być spotkanie kobiet zainteresowanych psychoterapią, miał przy sobie.

Thelma oświadczyła, że idzie spać. Pomyślałam i powiedziałam: „To dobrze”. Miałam już dosyć tej jej czarownej metamorfozy. Po godzinie, może po dwóch, byliśmy na polskiej granicy. WOP-ista poprosił bardzo grzecznie o paszporty. „Czy mogłaby Pani - zwrócił się do mnie - „poprosić tę panią o inny dokument tożsamości?”.

Byłam zaskoczona, ale nie do mnie należało zastanawianie się: po co i dlaczego - przetłumaczyłam prośbę. Thelma, zapytała już sama po niemiecku: „Dlaczego?”. „Bo to nie jest Pani paszport”. Zmroziło mnie. „Jak to, jest mój paszport” zapytała Thelma. „To nie jest Pani paszport” spokojnie powtórzył WOPista. „Ile Pani ma lat??” - „trzydzieści osiem” - „To niemożliwe” - pomyślałam - „dwadzieścia pięć, dwadzieścia osiem, ale nie trzydzieści osiem. To nie jest jej paszport.” „Jakiś inny dokument poproszę, prawo jazdy, cokolwiek”. „Ale nie mam” - Thelma na to. „W którym roku się Pani urodziła?”. „W pięćdziesiątym ósmym, Paszport jest tak zniszczony, bo podróżowałam po Meksyku” - i po różnych stolicach świata, jak Woland i jego świta - pomyślałam. „Dobrze może Pani jechać” - powiedział oficer WOP i odszedł. Thelma zasnęła znowu. Irlandczyk też. Za godzinę byłam w Katowicach. Pożegnaliśmy się. Już za nią tęskniłam. Chciałam jechać z Thelmą do Warszawy, ale chciałam też, być już w domu. Na peronie rozplakałam się. Thelma obiecała, że przyśle mi kartkę z Warszawy. Tak też się stało. Dostałam już od niej trzy kartki i... Deborę, ale o niej będzie inny collage. ☉



PAMIĘCI



Doktor Ewy Klimowicz

Rozwój współczesnej medycyny i biologii stawia przed człowiekiem konieczność przemyślenia na nowo tradycyjnie uznawanych wartości. Daje mu bowiem możliwości tak głębokiego wpływu na własne bycie w świecie, jakimi nigdy dotąd nie dysponował. Czy możliwości te nie obrócą się przeciwko samemu człowiekowi - oto pytanie, które trapi wielu humanistów. Osiągnięcia nauki, poszerzając wolność człowieka, mogą bowiem stać się źródłem zniewolenia. Czy człowiek będzie stale pamiętał o tym, że większa wolność wiąże się nie z większymi prawami, lecz z większą odpowiedzialnością?

(Ewa Klimowicz)

Spółeczność lubelskiej Akademii Medycznej z głębokim żalem pożegnała 3 czerwca 1996 r. DR EWĘ KLIMOWICZ - znanego polskiego etyka i bioetyka, ofiarnego nauczyciela i wychowawcę, adiunkta w Zakładzie Etyki i Estetyki Wydziału Filozofii i Socjologii UMCS oraz w Pracowni Bioetyki Zakładu Etyki Międzywydziałowej Katedry Nauk Humanistycznych AM.

DR EWA KLIMOWICZ urodziła się 17 lipca 1942 r. w Lublinie w rodzinie inteligenckiej. Tu też ukończyła szkołę podstawową i Liceum Ogólnokształcące im. M. Konopnickiej. W latach 1960-1965 studiowała na Wydziale Humanistycznym UMCS; dyplom magistra filologii polskiej otrzymała w 1965 r. W 1969 r. uzyskała ponadto dyplom magistra filozofii. Pracę doktorską pt. „Teoria etyki Johna Stuarta Milla i jej krytycy” przygotowała pod kierunkiem naukowym prof. Marka Fritzhanda na Studium Doktoranckim przy Wydziale Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, a obroniła ją 17 stycznia 1972 r. otrzymując tytuł naukowy doktora nauk humanistycznych w zakresie filozofii. Jeszcze przed obroną, od 1 października 1971 r. została pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Zakładzie Logiki i Metodologii Nauk Instytutu Nauk Pedagogicznych i Filozoficznych UMCS, a później (od 1974 r.) w Zakładzie Etyki i Estetyki Międzyuczelnianego Instytutu Filozofii i Socjologii tejże uczelni. Od 1 października 1991 r. realizowała zajęcia z etyki i bioetyki ze studentami Wydziału Lekarskiego, pełniąc obowiązki kierownika Pracowni Bioetyki Zakładu Etyki AM. Na zajęciach ze studentami podejmowała wszystkie trudne problemy moralne współczesnej medycyny, których znajomość jest niezbędna przyszłemu lekarzowi w jego odpowiedzialnej pracy zawodowej. Była znakomitym dydaktykiem, doświadczonym i wymagającym, o ogromnej

wiedzy etycznej, erudycji i wysokiej kulturze osobistej. Prowadzone przez nią na wysokim poziomie merytorycznym i piękną polszczyzną wykłady cieszyły się uznaniem wśród studentów i zjednywały jej opinię wzorowego nauczyciela akademickiego. Świadomie i odważnie uczestniczyła w kształtowaniu moralnego autorytetu przyszłych kadr medycznych wywodzących się z lubelskiej AM.

DR E. KLIMOWICZ była przykładem aktywnego zawodowo i społecznie, pracowitego, rzetelnego i niezwykle twórczego pracownika naukowego. Była m.in. działaczką Polskiego Towarzystwa Filozoficznego, Komitetu Głównego Olimpiady Filozoficznej, źródłem wielu doniosłych inicjatyw społecznych i obywatelskich oraz aktywną uczestniczką wielu międzynarodowych i ogólnopolskich sympozjów, zjazdów i konferencji etycznych.

Pomimo krótkiego życia, pozostawiła po sobie okazały, liczący ponad 50 publikacji, dorobek naukowy. Składa się on - obok monografii n.t. utylityzmu w etyce (Warszawa 1974) - z 40 artykułów naukowych, ok. 15 recenzji i kilku wydrukowanych przekładów tekstów filozoficznych z języka angielskiego na język polski.

Do najciekawszych jej prac bioetycznych należą pozycje bibliograficzne zatytułowane: Główne zagadnienia bioetyki, Problem statusu moralnego ludzkich form prenatalnych, Kryzys tradycyjnych wartości w psychiatrii, Dawstwo transplantantów w świetle zasad etyki lekarskiej, Niektóre filozoficzne i etyczne aspekty medycznych ingerencji w organizm człowieka, Spór o prawdę w etyce, Dwie odmiany uniwersalizmu w medycynie i etyce lekarskiej, Pojęcie pater-

nalizmu, jego rodzaje i problem jego moralnej zasadności, Moralny sens tolerancji, Przesłanki filozoficzne, kierunki i zasady etyki ekologicznej, Wartość śmierci.

Dr E. KLIMOWICZ nie doczekała obrony swojej pracy ukończonej pracy habilitacyjnej z bioetyki, ani wydania Przewodnika encyklopedycznego dla pielęgniarek, do którego przygotowała hasła z zakresu etyki. Wiele jej prac pozostało w maszynopisach, jak np. Moralne problemy autokreacji człowieka w świetle niektórych osiągnięć współczesnej medycyny lub *The right to dispose of the own body and its limits in the light of certain philosophical theories of man* (streszczenie w j. angielskim wydrukowane w maju 1996 r. z okazji międzynarodowej konferencji w Krakowie n.t. „Man-Medicine-Philosophy”). Prace naukowe EWY KLIMOWICZ zawierają szczegółowe analizy - dokonane z nieprzeciętną erudycją specjalisty - najważniejszych problemów moralnych współczesnej medycyny i możliwych sposobów ich rozwiązywania. Autorka skłania się ku etyce uniwersalistycznej a przy tym ekologicznej, implikowanej aksjomatami holistycznej teorii człowieka i świata. Uważała, że uniwersalistyczny system wartości może najlepiej służyć każdemu człowiekowi, zwłaszcza lekarzowi i pacjentowi. Twierdziła, że uniwersalizm w medycynie wyraża się w odwoływaniu się do jednego, uniwersalnego pojęcia „zdrowia” lub „choroby”, przyjmując za swą filozoficzną podstawę istnienie jednolitej, pojętej biologicznie lub humanistycznie, natury ludzkiej, która - zdaniem jego zwolenników - jest taka sama (stała), niezależnie od miejsca i czasu, w jakim żyją poszczególne jej emanacje.

W bioetyce - nowej dyscyplinie filozoficznej będącej działem filozofii medycyny zajmującym się badaniem moralnych aspektów niektórych odkryć z dziedziny nauk biologicznych i medycyny - EWA KLIMOWICZ postrzegała taki rodzaj wiedzy, który posiada ogromne znaczenie praktyczne dla lekarzy i pacjentów. Podkreślała, że bioetyka powstała nie tylko jako wyraz teoretycznej pasji badawczej przejawiającej się w próbach uogólniającej refleksji filozoficznej nad kondycją współczesnego człowieka - często radykalnie modyfikowaną przez najnowsze odkrycia w dziedzinie genetyki, medycyny lub psychiatrii - ale także jako odpowiedź na praktyczną potrzebę znalezienia zasad i norm, które określałyby jasno granice moralnej dopuszczalności ingerencji człowieka w przebieg naturalnych procesów biologicznych. Akceptując szerokie rozumienie zakresu i przedmiotu bioetyki, postulowała regulację ustalonymi przez bioetykę normami etycznymi wszystkich sytuacji granicznych (związanych z życiem, cierpieniem i śmiercią), w których może znaleźć się człowiek. Bioetykę E. KLIMOWICZ zdefiniowała ostatecznie jako „normatywną dyscyplinę filozoficzną zainteresowaną ustaleniem zasad, na których opiera się przekonanie o nie-

naruszalności życia, i zmierzającą do wytyczenia granic, w ramach których wolno ingerować w przebieg naturalnych procesów biologicznych, a poza którymi takie praktyki byłyby uznane za moralnie naganne”. (Główne zagadnienia bioetyki, Lublin 1991, s. 185). Bioetyka jako dział filozofii medycyny uzasadnia słuszność medycznych wyborów i działań dokonywanych w imię życia i zdrowia - jako wartości zawsze godnych ochrony moralnej, bez względu na stan prawny. Wszelkie ingerencje medyczne muszą się z tym liczyć.



Dr Ewa Klimowicz

Propagując ideał ofiarnej służby lekarza bliźniemu E. KLIMOWICZ akcentowała wartość odpowiedzialności za całość dokonywanych przez niego działań leczniczych i sposób traktowania pacjenta. Stosunek lekarza do chorego powinien być zawsze podmiotowy, nieinstrumentalny, afirmujący jego prawo do godności i wolności w podejmowaniu ostatecznych decyzji. Sądziła, że lekarz jest moralnie zobowiązany leczyć pacjenta a nie tylko jego organizm; że powinien dostrzegać i uwzględniać w procesie terapii jego osobę i świat wewnętrzny (myślenie i uczucia oraz akty woli), nie ograniczając się tylko do działań naprawczych o charakterze somatycznym, dotyczących funkcji określonych narządów. Kwestie sporne w relacji lekarz - pacjent proponowała rozstrzygnąć na drodze negocjacji, perswazji i innych form wzajemnego porozumienia.

Dostrzegając złożoność ludzkiego życia, której nie można zamknąć w przepisach kodeksów etycznych,

ani - tym bardziej - prawnych, widziała głęboki sens umiejętnego kształcenia moralnego w zakresie postaw altruistycznych, empatii, tolerancji, wrażliwości sumienia na ludzką niedolę i cierpienia, ofiarności i solidarności w walce wyłącznie dobrem o dobro. Nie przeceniała więc roli kodeksów, chociaż nie kwestionowała ich pozytywnej funkcji w zapobieganiu namyślnemu naruszaniu norm i istotnych wartości, jakim one służą; np. pisząc o pobieraniu transplantałów od żywych dawców, twierdziła że powinno być ono nadal obwarowane szeregiem warunków, choćby dla zapobieżenia możliwym nadużyciom, a także pomysłom lekarskim.

Szczególne miejsce w filozofii medycyny DR EWY KLIMOWICZ miały rozważania na temat paternalizmu, jego odmian i moralnej zasadności. Walcząc o prawo do wolności działania i decydowania (autonomii woli) negowała wszelkie formy przymusu kamuflowanego pozorem troski o czyjeś dobro, zwłaszcza chorego i bezbronno. Poszukiwała granic uprawnionej moralnie ingerencji w ludzką wolność oraz zakresu usprawiedliwionej kontroli nad jej zachowaniem. Twierdziła, że subiektywne przekonanie opiekuna o tym, iż działa racjonalnie na rzecz cudzego dobra, jest wprawdzie warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym dla usprawiedliwienia paternalizmu. Czynnikiem rozstrzygającym miał być test powszechnej zgody: o tym, co jest moralnie usprawiedliwione może decydować tylko opinia publiczna. Dodawała, że nie wszyscy etycy godzą się z założeniem, iż dobre jest to, co większość lub wszyscy ludzie za dobre uważają. W paternalizmie dostrzegała specyficzną formę udzielania pomocy, polegającą na jej narzucaniu, a za podstawę wyróżniającą go spośród innych aktów świadczenia pomocy przyjmowała rzeczywistość wyrażoną lub zasadnie domniemaną zgodę osoby, w której imieniu i dla której dobra ktoś działa. W przypadku braku takiej zgody (jej obecność potwierdza, że działanie jest pomocą) lub wątpliwości w jej wiarygodność, działanie staje się paternalistyczne i wymaga moralnego usprawiedliwienia. Trudności paternalizmu wynikają z braku jednoznacznego kryterium moralnej oceny w udzielaniu innym pomocy, z czego nie wynika, że należy w ogóle zaprzestać działań paternalistycznych: trzeba innym pomagać, choć nie zawsze wiemy, jak, oraz choć dokładnie nie wiadomo, gdzie kończy się pomoc, a zaczyna przemoc. Obowiązek pomagania bliźniemu może bowiem być w konflikcie z obowiązkiem poszanowania jego autonomii. W imię prawa pacjenta do samostanowienia, posiadania i wyrażania własnej indywidualności („inności”), DR E. KLIMOWICZ krytykowała taki przymus terapeutyczny, który - jak to ma często miejsce w psychiatrii, zwłaszcza zinstytucjonalizowanej - przekształca terapię medyczną w formę kontroli ludzkich zachowań według arbitralnie przyjętego wzorca, np. rzekomej „normalności”. Pisząc o psychiatrii,

wskazywała, że podważenie wiary w jej neutralność etyczną, ujawnienie jej ideologicznych i politycznych funkcji może uświadomić ludziom rzeczywiste cele rzekomej terapii i skłonić ich do sceptycyzmu w stosunku do uzurpowania sobie przez nią prawa do występowania w roli *zbawiciela* całej ludzkości (droga modelowania osobowości i manipulowania zachowaniem przy użyciu różnych technik psychiatrycznych, jak np. psychochirurgia lub elektrowstrząsy).

Zabierając głos w kwestii ochrony szeroko rozumianego środowiska naturalnego (zewnętrznego jak wewnętrznego), twierdziła, że poszukiwanie technik i technologii nieinwazyjnych dla środowiska powinno iść w parze z upowszechnianiem postaw proekologicznych przez uwrażliwianie ludzi na potrzeby innych istot i troskę o przyszły los świata.

W jednej z ostatnich swych prac, pt. *Wartość śmierci* E. KLIMOWICZ ukazała ewolucję postaw moralnych wobec zjawiska śmierci, zachodzącą pod wpływem rozwoju cywilizacyjno-kulturowego. Postawy te, - wyrażone w dwu sprzecznych tendencjach: 1/ odrzucający „problem śmierci” i myśli o niej oraz 2/ proponującej wybranie sposobu i chwili umierania - wskazują na proces „denaturalizacji śmierci”, wynikający z wewnętrznej niezgody na jej przyrodniczą konieczność. Ludzkie pragnienie wiecznego trwania (nieśmiertelności) jest podstawą przekonania, że śmierć nie powinna należeć do naturalnego porządku rzeczy, naturalne bowiem byłoby to, żeby ludzie w ogóle nie umierali. Obiektywnie śmierć może być traktowana jako przejaw swoistej racjonalności i sprawiedliwości natury, lecz z punktu widzenia ludzkiej miary dobra i zła, wrażliwości i empatii jawi się jako zjawisko dramatyczne i nonsensowne. Współczesne zracjonalizowane społeczeństwo wycofuje się z rozmyślań nad śmiercią (traktuje ją nawet jako skutek lekarskiej nieudolności), co sprawia, że nie jest ono duchowo przygotowane do godnego jej przyjmowania.

Dr Ewa Klimowicz całym swoim życiem potwierdziła wyrażane przez siebie poglądy, które modyfikowała i uzupełniała do końca. Była obiektywna i krytyczna, wnikliwa i precyzyjna, a przy tym otwarta na solidne i racjonalne argumenty swoich oponentów (niedogmatyczna). Należy się jej za to pamiętać i szacunek. ☉

Wspomnienie o Docent Marii Przyborowskiej

„16 czerwca 1996 roku odeszła od nas Doc. dr hab. Maria Przyborowska - Nauczyciel Akademicki, Wychowawca wielu pokoleń farmaceutów, Nauczyciel, a dla wielu Przyjaciel”- takim nekrologiem koledzy z Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej upamiętnili ten bolesny fakt.

Za każdym słowem nekrologu kryje się szeroki kontekst zdarzeń, codziennej pracy, kontaktów i rozmów.

Doc. dr hab. Maria Przyborowska rozpoczęła pracę na Wydziale Farmaceutycznym w kwietniu 1946 roku. Miała za sobą pracę konspiracyjną w AK Ziemi Zamojskiej - lata niepewności w życiu, zagrożeń aresztowaniem. Był to dla Niej i dla wielu innych okres organizacji Wydziału. Kto pamięta te czasy, rozumie, że słowo „organizowanie” oznaczało zdobywanie każdego sprzętu, stołów laboratoryjnych, książek, prostych odczynników, wag, każdej próbówki. Dzięki mecenatowi Izby Aptekarskiej kierowanej przez mgr Witolda Łobarzewskiego - jednego z głównych kreatorów Wydziału Farmaceutycznego przy UMCS i dzięki tej niezwyklej spontaniczności i zapałowi młodych pracowników, urządzono pierwsze laboratoria zakładowe. Kto pamięta te czasy wie, jakie ogromne rzesze młodych ludzi wychodzących z konspiracji, ocalałych od więzień, łagrów, wywózek, demobilizowanych z wojska, garnęły się na studia. Odrabiano stracone, ponure lata okupacji. Nikt z pracowników utworzonego od podstaw Zakładu Chemii Nieorganicznej nie myślał wówczas o karierze naukowej, nikt nie mierzył godzin pracy poświęconej prowadzeniu ćwiczeń, seminariów, pracowitemu wystukiwaniu na maszynie skryptów do ćwiczeń. Nikt nie rozumiałby pojęcia „dyscyplina pracy i studiów”.

O pracy naukowej można było pomyśleć, gdy zaistniały nieco lepsze po temu warunki. Dla Katedry Chemii Nieorganicznej było to uzyskanie w 1957 roku nowych pomieszczeń w Collegium Pharmaceuticum. Pod kierunkiem prof. dr hab. Andrzeja Waksmundzkiego rozpoczęto badania naukowe obok stale przeogromnej pracy dydaktycznej. Powstają pierwsze publikacje, rozwija się chromatografia - powstaje polska Szkoła Chromatografii. W 1964 roku Doc. dr hab. Maria Przyborowska obroniła pracę doktorską na temat „Rozdział alkaloidów kwiatów Ostróżeczki polnej (*Consolida regalis*) metodą ekstrakcji przeciwwąprowej”.



Doc. dr hab. Maria Przyborowska

Promotorem był prof. A. Waksmundzki. Prawdziwą pasją, wiódącym kierunkiem badań w Katedrze stała się chromatografia. Doc. dr hab. Maria Przyborowska już samodzielnie kontynuuje badania nad chromatograficzną analizą związków organicznych, stopniowo ukierunkowując się na analizę leków i oznaczanie ich poziomu oraz metabolitów w płynach ustrojowych. W 1976 r. odbywa się kolokwium habilitacyjne przed Radą Wydziału Chemii UMCS i zatwierdzenie habilitacji na podstawie dysertacji: „Badanie wpływu struktury

slabych zasad organicznych na parametry chromatograficzne w układach ciecz - ciecz”.

Zdobyte doświadczenia teoretyczne i metodologiczne Doc. dr hab. Marii Przyborowskiej zaowocowały we współpracy z Kliniką Psychiatryczną nad monitorowaniem poziomu leków psychotropowych w surowicy krwi pacjentów oraz w wieloletnim kierowaniu tematem badawczym w ramach Programu Resortowego. Wraz z kilkusobowym zespołem Doc. dr hab. Maria Przyborowska prowadziła badania publikując rezultaty lub prezentując na konferencjach chromatograficznych.

W pracy dydaktycznej kieruje pracownią Analizy Ilościowej, wpływając na wyposażenie jej i opracowując programy ćwiczeń, prowadzi prace magisterskie, bierze udział w kursach szkoleniowych. Zawsze wymagała wiele - przede wszystkim od siebie, ale też od współpracowników i studentów. Studenci cenili w Niej kulturalny i sprawiedliwy sposób traktowania, wiedzę i życzliwość. Dla wielu pracowników - kolegów, stała się powiernikiem ich niepokojów, przeżyć, kłopotów, mediatorem dla zwaśnionych. Umiała znaleźć słowo dobrej rady, prawdy - choćby gorzkiej. Wiadomo było, że nie zawiedzie w przyjaźni. Trudno zapomnieć, że powodowana właśnie tym poczuciem solidarności, podjęła uciążliwą podróż do Goldapi, by odwiedzić internowaną koleżankę z Zakładu. Łączyła w sobie takt, kulturę osobistą, umiar ocen. Odczuliśmy Jej brak z chwilą odejścia na emeryturę. Odczuwamy go dziś boleśnie, gdy ciężka choroba przecięła pasmo pracowitego i prawego życia.

Jej pamięci poświęcamy to wspomnienie i nasze myśli.

PRZYJACIELE
PRACOWNICY KATEDRY I ZAKŁADU CHEMII NIEORGANICZNEJ
I ANALITYCZNEJ
AKADEMII MEDYCZNEJ

Stypendia naukowo-badawcze w Niemczech 1997/98

1. Stypendia roczne (10-miesięczne)

dla absolwentów wszystkich kierunków studiów, zatrudnionych w szkołach wyższych lub instytutach badawczych, przeznaczone na studia uzupełniające, praca naukowo-badawcze w niemieckich uczelniach.

Limit wieku - 32 lata w momencie rozpoczęcia stypendium.

2. Stypendia 1-6-miesięczne (Forschungskurzstipendien)

dla wybitnych absolwentów i młodych pracowników naukowych wszystkich specjalności, przeznaczone na realizację prac badawczych, a w szczególności na zebranie materiałów do pracy doktorskiej przygotowywanej w kraju. Limit wieku - 32 lata w momencie rozpoczęcia stypendium.

3. Stypendium semestralne (5 miesięcy w semestrze zimowym 1997/98) dla studentów germanistyki III lub IV roku, którzy

chcą studiować przez jeden semestr na jednym z niemieckich uniwersytetów.

4. Letnie kursy języka niemieckiego (1 miesiąc)

dla studentów uniwersytetów, szkół pedagogicznych oraz kolegów języków obcych, jak również absolwentów, zatrudnionych w szkołach wyższych celem udziału w kursie języka i kultury niemieckiej. Limit wieku - 32 lata w momencie rozpoczęcia stypendium. Preferowani będą studenci kierunków humanistycznych.



5. Stypendia 1-3-miesięczne (Studienaufenthalte) dla naukowców wszystkich specjalności, zatrudnionych w szkołach wyższych lub instytutach badawczych, przeznaczone na realizację prac (projektów) naukowo-badawczych.

Termin składania podań upływa:
10. listopada 1996

Wnioski należy kierować do:
Biura Kształcenia Zagranicznego, Ministerstwa Edukacji
Narodowej, ul. Smolna 40, 00-920 Warszawa

Pod wyżej wymienionym adresem można uzyskać także bliższe informacje.

Po formularze zgłoszeniowe należy zwracać się bezpośrednio do Prorektoratu do spraw Nauki AM w Lublinie.

Niemiecka Akademska Służba Wymiany (DAAD)

Referat d/s Europy Środkowo-Wschodniej

Kennedyallee 50, D-53175 Bonn Tel. 49/228/882-284 względnie 882-330 Fax 49/228/882-444 E-mail Ostmitteleuropa@daad.de

Spotkali się absolwenci rocznika '49

W dniach 17-19 maja br. odbył się VII Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego z 1949 r. Przybyły 32 osoby, z tego 17 spoza Lublina.

Tym razem było to właściwie nieoficjalne spotkanie koleżeńskie. Główną atrakcją stało się zwiedzanie zabytków Kozłówki przy pięknej pogodzie, w doskonałej atmosferze i przy wspomnieniach „z tamtych lat”. Podczas zwiedzania ekspozycji socrealizmu przez chwilę powiało grozą... Przypomniały się nie tylko blaski, lecz i cienie naszej młodości. Chociaż w okresie naszych studiów (1944-49) nie było jeszcze wielkiego terroru stalinowskiego. Przede wszystkim funkcjonowały organizacje młodzieżowe oparte o zasady przedwojenne - Bratnia Pomoc, Koło Medyków, AZS; socjalistyczne dopiero się wykluyały. Niemniej zwiedzanie tej wystawy wywarło wielkie wrażenie na nas - ludziach, którzy już przeżyli najaktywniejszy okres swojej działalności zawodowej. Wystawa to - jak sądzę - memento dla wszystkich.

Piękna pogoda, miła rozmowa i wspólne ognisko z pieczeniem kiełbasek spowodowały, że powrót do Lublina był radosny. Czekala nas jeszcze kolacja koleżeńska w pięknej stołówce KUL.

Zjazd zakończył się Mszą Świętą odprawioną w Kościele Akademickim za dusze naszych kolegów i profesorów.

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych w spotkaniach koleżeńskich brali udział nasi nauczyciele. Była wówczas wymiana zdań, doświadczeń, wspomnienia z wykładów i egzaminów. Dziś nie ma już wszystkich profesorów wśród nas, pozostały tylko po nich wspomnienia.

Więc między kolegami naszego rocznika jest bardzo silna, postanowiliśmy więc spotykać się częściej, co roku, dopóki jeszcze chcemy i możemy. ☺

Komitet Organizacyjny

Biruta Fąfrowicz
Grażyna Jarzab
Irena Lize



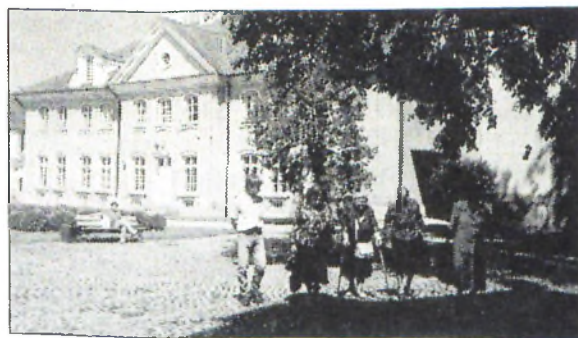
Kiełbaski były wysmienite...



W ogrodzie pałacowym.



Stoi jak na nasze lata okazał się zbyty obfity.



Pogoda dopisywała. Kozłóvkę ujrzelismy w pełnej krasie.

ODEZWA!

Do Aptekarzy zrzeszonych w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Lublinie oraz wszystkich absolwentów i sympatyków Wydziału Farmaceutycznego w Lublinie.

Lubelska Okręgowa Izba Aptekarska w Lublinie na posiedzeniu w dniu 7 lutego 1996 roku na wniosek dwu farmaceutów - Ryszarda Łoborzewskiego i Jerzego Łoborzewskiego podjęła uchwałę o utworzeniu przy OIA w Lublinie, **Fundacji Rozwoju Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie imienia mgr farm. Witolda Łoborzewskiego.**

Okręgowa Izba Aptekarska w Lublinie uznała zadania Fundacji przedstawione we wniosku jak i imię patrona Fundacji za ze wszech miar uzasadnione.

Magister farmacji Witold Łoborzewski był współorganizatorem oraz pierwszym prezesem OIA w Lublinie od roku 1944, a także organizatorem podwalin przemysłu farmaceutycznego w Lublinie poprzez utworzenie farmaceutycznej spółki „ORFA”, potem przekształconej w spółdzielnię pracy „INLEK” z której powstały Zakłady Farmaceutyczne „Polfa-Lublin”.

Mgr farm. Witold Łoborzewski zabezpieczył przed parcelacją dla potrzeb przemysłu zielarskiego majątek Szczekarów, który stał się własnością Izby Aptekarskiej i Hurtowni Aptekarzy Ziemi Lubelskiej, produkujący nadal zioła lecznicze.

Mgr farm. Witold Łoborzewski - to jest chyba najważniejsza Jego zasługa dla Farmacji Polskiej, zainicjował i przeprowadził skutecznie, przy udziale OIA, projekt powołania Wydziału Farmaceutycznego na nowo utworzonym w 1944 roku w Lublinie Uniwersytecie M. Curie-Skłodowskiej, dzięki czemu zainaugurowano studia farmaceutyczne w Lublinie już w styczniu 1945 roku. Wydział powstał i zaczął się rozwijać od podstaw dzięki ofiarności farmaceutów członków OIA w Lublinie.

W 1995 roku obchodzono uroczyste 50-lecie Wydziału. Obecnie na skutek przemian ustrojowych zawodów Farmaceutów przeżywa renesans. Podstawą edukacji nowych kadr dla aptek i przemysłu farmaceutycznego oraz zielarskiego naszego regionu jest Wydział Farmaceutyczny AM w Lublinie, który ma istotne kłopoty z wyposażeniem Zakładów i rozwojem kadry naukowej, gwarantującej kształcenie na wysokim poziomie nowych absolwentów - magistrów farmacji tak niezbędnych dla społeczeństwa i stanu aptekarskiego. Trzeba jasno powiedzieć, że pracownicy naukowcy Wydziału Farmaceutycznego przechodzą do pracy w aptekach i hurtowniach przyciągani konkurencyjnymi zarobkami, a coraz mniej absolwentów decyduje się na pracę naukową.

W świetle istniejącej - trudnej sytuacji Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie zwracamy się do społeczności farmaceutycznej z przesłaniem:

Lubelski Wydział Farmaceutyczny znajduje się w potrzebie. Mamy godnego patrona Fundacji mgr farmacji Witolda Łoborzewskiego. Starajmy się więc przywołać dziś dawniejsze działania społeczne, które nie powinny ulec zapomnieniu. Włączmy się do ruchu Fundacji mającej na celu szczytne zadania utrzymania tak ważnego dla regionu środkowowschodniego Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie. Pamiętajmy, że nasi ojcowie i dziadowie swoją ofiarnością tworzyli zręby polskiej myśli farmaceutycznej i pomagali w budowie Lubelskiego Wydziału Farmaceutycznego.

Okażmy się godnymi spadkobiercami ideałów naszych przodków. Wyłoniona na posiedzeniu Rady OIA w dniu 7 lutego 1996 roku grupa inicjatywna Fundacji uchwaliła, że przystąpienie do Fundacji w charakterze członka założyciela wymaga wpłacenia kwoty 1 000 PLN od osób fizycznych na fundusz założycielski,

zaś kwoty 5 000 PLN dla osób prawnych (firmy, hurtownie, apteki, zakłady i inne). Osoby fizyczne i prawne spełniające ten warunek będą stanowiły Radę Fundacji.

Inicjatorzy założenia Fundacji mgr Ryszard Łoborzewski i prof. dr hab. Jerzy Łoborzewski oraz inni uczestnicy spotkania zadeklarowali wymaganą kwotę na rzecz Fundacji.

Członkiem Fundacji po jej zarejestrowaniu może zostać każda osoba fizyczna lub prawna po wpłaceniu dowolnej kwoty na rzecz Fundacji.

OIA w Lublinie zadeklarowała udostępnienie lokalu oraz świadczenie pomocy organizacyjnej, mającej na celu powołanie Fundacji.

W załączeniu przekazujemy deklarację przystąpienia do Fundacji (druk), projekt Statutu, Apel oraz list Intencyjny, licząc jednocześnie, że znakomita większość Koleżanek i Kolegów, a także osobowości prawnych poprzez działania zmierzające do poprawy warunków i poziomu nauczania na Wydziale Farmaceutycznym AM w Lublinie.

Będziemy informowali wszystkich zainteresowanych o postępie prac organizacyjnych. O dacie rejestracji Fundacji powiadomimy natychmiast wszystkie zainteresowane osoby fizyczne i prawne, podając jednocześnie konto bankowe, na które należy dokonać wpłat zadeklarowanych kwot.

Za Komitet Organizacyjny

Mgr farm. Marian Mikułski

Prezes Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Prof. dr hab. Kazimierz Główniak

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego AM w Lublinie

Prof. dr hab. Jerzy Łoborzewski

Syn pierwszego prezesa OIA w Lublinie

Lista członków-założycieli Fundacji na rzecz wspierania Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Lublinie.

1. Rozborowski Janusz 2. Zwolińska Zofia 3. Filiks Danuta
4. Gruszka Stanisław 5. Drzazga Jadwiga 6. Mucha Aniela
7. Tomczyk Alicja 8. Wojda Jan 9. Leśkiewicz Maria
10. Piech Zofia 11. Zamojska-Madej Bożena 12. Haratym Teresa
13. Naporowska Małgorzata 14. Podolski Adam 15. Sierant Bogumiła
16. Łoborzewski Ryszard 17. Główniak Kazimierz
18. Kocjan Ryszard 19. Kieciar Teresa i Jan 20. Mikułski Marian
21. Dąbrowski Henryk 22. Kot Andrzej 23. Zając Szymon
24. Kloc Jan 25. Mielnicka Krystyna 26. Księżycycki Piotr
27. Łoborzewski Jerzy 28. Prężyna Barbara 29. Belniak Kazimierz
30. Kołodyńska Maria 31. Niedziela Grażyna
32. Wysocka Irena 33. Staniec Wioletta 34. Przydziożeń-Woś Anna
35. Dębska-Juda Izabela 36. Zieliński Krzysztof
37. Kałuża Lucyna 38. Kania Henrietta 39. Bielnika Kazimierz
40. Walko Bogdan.

OD MEDYCYNY BIOLOGICZNEJ DO MEDYCYNY UNIWERSALISTYCZNEJ

Od kilkunastu lat zwiększa się liczba głosów krytyki kierowanych w stronę tzw. medycyny biologicznej. Wielu lekarzy, etyków, filozofów apeluje o dokonanie przewartościowań w medycynie. Porzucenie mechanistycznej koncepcji człowieka i biologicznej koncepcji choroby, powrót do hipokratesowskiego modelu medycyny, jej podmiotowości i partnerskich stosunków między lekarzem, a pacjentem to to, co najważniejsze w nowym, aczkolwiek opartym na starych zasadach, modelu medycyny. Przewartościowania, które już się dokonują i, których jesteśmy świadomi, to przejście od medycyny biologicznej do medycyny humanistycznej, holistycznej i uniwersalistycznej.

A. POJĘCIE MEDYCYNY BIOLOGICZNEJ (NAUKOWEJ)

MEDYCINA BIOLOGICZNA określana również jako naukowa, czy somatyczna, oparta jest na metodzie naukowej, na mierzalnych prawach fizyki i chemii, na technice, a więc coraz doskonalszych aparatach diagnostycznych i leczniczych. Jest z założenia redukcjonistyczna, sprowadza wszechświat i człowieka do mechanicznego układu. Człowieka redukuje do prostej sumy poszczególnych narządów, którymi zajmują się odrębne nauki doświadczalne. Jest skuteczna. Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne znacznie wydłużyły życie ludzkie, zlikwidowały wiele śmiertelnych dotąd chorób. Linearne myślenie, analityczne procedury - wnioskowanie „od szczegółu do ogółu”, ogrom narastającej wciąż wiedzy wymagającym koncentrowania się na określonym, szczegółowym zagadnieniu doprowadziły do powstania ogromnej ilości specjalizacji. Medycyna podzielona na wąskie specjalności straciła z oczu obraz całości. Dezintegracja medycyny powoduje to, że lekarz często czuje się zwolniony z posiadania wiedzy ogólnej z „nie swojej dziedziny”. Medycyna biologiczna traktuje pacjenta przedmiotowo, jako maszynę wymagającą naprawy, pozbawiła go wszystkiego co w nim niematerialne - duszy, sił witalnych, subiektywnych odczuć. Tak więc medycyna biologiczna coraz lepiej poznaje budowę, funkcje i działanie biologicznej maszyny ludzkiej, przyswaja dla swoich potrzeb wiele elementów wiedzy zdobytej przez inne nauki przyrodnicze, włącza do praktyki medycznej osiągnięcia techniczne z wielu dziedzin, przez co zwiększa sprawność i skuteczność leczenia, płacąc za to wysoką cenę. Nie spełniła bowiem pokładanych w niej nadziei, niosąc za sobą wiele zagrożeń takich jak np. redukcjonizm, który wg V. E. FRANKLA „redukuje człowieka nie tylko o cały wymiar, lecz skraca go ni mniej ni więcej

tylko o wymiar tego, co specyficznie ludzkie”. Zagrozeniem jest również jej pogłębiająca się heterogenność, która objawia się we wciąż zwiększającej się liczbie coraz węższych specjalności. Często medycyna biologiczna niesie ze sobą również wiele zagrożeń moralnych zapominając, że celem medycyny jest za-



pobieganie chorobami leczenie chorych, a nie tylko gromadzenie wiedzy. Postęp nauki i techniki nie jest celem samym w sobie, ale ma służyć człowiekowi.

B. POJĘCIE MEDYCYNY UNIWERSALISTYCZNEJ (HOLISTYCZNEJ)

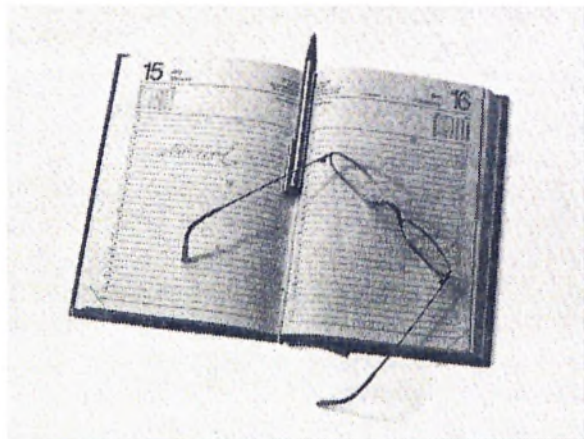
K. Imieliński w oparciu o prace lekarzy (np. J. Aleksandrowicza, U. Dąbrowskiego) i filozofów (np. A. Shweitzera, M. Heideggera) oraz własne refleksje i doświadczenia dokonał pełnej analizy występujących we współczesnej medycynie nurtów „reformatorskich”, przedstawiając koncepcję medycyny uniwersalistycznej, która daje pełny obraz medycyny, zwanej przez innych holistyczną czy humanistyczną. U progu XXI wieku, aby sprostać stawianym jej wymaganiom, medycyna powinna być więc: holistyczną, ekologiczną, rodzinną, promocyjną i filozoficzną. Wszystkie te cechy złożą się na medycynę UNIWERSALISTYCZNA.

Zacznijmy ich charakterystykę od **MEDYCYNY HOLISTYCZNEJ**, którą cechuje całościowe postrzeganie człowieka jako kompozytu biologiczno-psychologiczno-społecznego, uwzględniające oprócz biologicznych również jego problemy psychiczne o społeczne. Poza celem najwyższym jakim jest ochrona życia, me-

dycyna ta stawia sobie za zadanie ochronę psychicznego, duchowego zdrowia człowieka, traktując psychikę jako atrybut człowieczeństwa.

MEDYCYNĄ HOLISTYCZNĄ jest sztuką opartą na podstawach i metodach naukowych nie zaś sensu *stricte* nauką.

Proces leczenia jest spotkaniem ludzi w ich człowieczeństwie, spotkaniem dwóch osobowości. Lekarz ma być doradcą, przyjacielem, opiekunem chorego,



który ma znać nie tylko jego chorobę, ale również chorego. Tylko takie podmiotowe, oparte na wzajemnym zaufaniu relacje lekarz - pacjent pozwalają wykorzystać drzemający w człowieku potencjał sił witalnych, zwiększyć przez to skuteczność leczenia.

MEDYCYNĄ EKOLOGICZNĄ to teoria oparta na koncepcji determinizmu środowiskowego, którego istotą jest systemowe i holistyczne traktowanie rzeczywistości, dostrzeganie nierozzerwalnego związku człowieka i środowiska. Filozofia ekologii opiera się na zasadzie jedności rzeczy, wychodzi z ontologicznej tezy o jedności struktury bytu, wszechzwiązku zjawisk. Jej metodologicznym wskazaniem jest poznanie ciała jako elementu określonej całościowej struktury. Filozofia ekologiczna określa człowieka nie tylko jako organizm biologiczny, nie tylko jako nośnik ról społecznych, ale jako czynnik, który dzięki mózgowi koordynuje zjawiska zachodzące w środowisku wewnętrznym i zewnętrznym.

MEDYCYNĄ PROMOCYJNĄ wg K. Imielińskiego zbiega się w swych ogólnych założeniach z tym co inni (np. J. Aleksandrowicz) nazywają profilaktyką. Tak więc profilaktyka i medycyna promocyjna to poszukiwanie nowych, coraz doskonalszych dróg myślenia i działania, które w konsekwencji prowadzą do tego by zdrowiej żyć, nie powodować przedwczesnych zgonów. Profilaktyka to zapobieganie procesom chorobowym, propagowanie zdrowego stylu życia i promocja zdrowia. Medycyna promocyjna jest więc utrzymywaniem naturalnej obronności organizmu i środowiska w takim stanie, by nie oddziaływało chorobotwórczo na organizm człowieka. Zajmuje się zdro-

wiem jako uznaną wartością społeczną, określając je (zdrowie) jako nadrzędny cel polityki. Propaguje otwarty, sprzężony z innymi dziedzinami życia system ochrony zdrowia.

MEDYCYNĄ FILOZOFICZNĄ jako odmianę medycyny humanistycznej, odnosi się do tych, których utrata zdrowia czy niepełnosprawność zmuszają do dokonania przewartościowań w dotychczasowym systemie wartości. Daje choremu alternatywę, proponuje przystosowanie do zmienionej sytuacji, (zamiast rezygnacji). Z drugiej zaś strony przeciwstawia się tendencjom traktowania chorego jako nieużytecznego. Jest przeciw jakościowej ocenie wartości życia ludzkiego, w której pozbawia się życie cierpiącego jakiegokolwiek wartości. Ten nurt medycyny zawiera w sobie zagadnienia tanatologii, istnienia śmierci, pogodzenia się z nią tzn. stosunek do eutanazji, roli umierania i śmierci w myśleniu lekarskim, problem traktowania śmierci z jednej strony z godnością, z drugiej zaś jako część życia gatunkowego.

MEDYCYNĄ PARTNERSKĄ dotyczy relacji lekarz - pacjent, opartych na wzajemnym zaufaniu, w których w przeciwieństwie do modelu paternalistycznego, obaj jej uczestnicy występują jako równorzędni partnerzy. Ten nowy model interakcji między chorym, a lekarzem zakłada pełną podmiotowość pacjenta, która pozwala na współdecydowanie o przebiegu leczenia. Możliwość wpływania na decyzje lekarza zmusza pacjenta do ponoszenia współodpowiedzialności, nakładając na niego tym samym obowiązki. Obowiązkiem pacjenta jest aktywna współpraca z lekarzem, która przejawia się w wewnętrznej dyscyplinie, w wyzwoleniu woli wyzdrowienia, a w praktyce prowadzi do reorganizacji i przewartościowania dotychczasowego stylu życia. W tak pojmowanej relacji lekarz - pacjent obaj oni mają wpływ na efekty leczenia. Jednak ciężar odpowiedzialności za jakość tych interakcji spoczywa na lekarzu. To on musi wnikać w duchowe życie pacjenta, pozbyć się rutyny i schematów działania, reagować spontanicznie, modyfikując swoje zachowanie w odniesieniu do tego konkretnego pacjenta. Skutkiem ukształtowania się partnerskich stosunków między lekarzem, a pacjentem jest ujęcie praw pacjenta w formie odrębnego (poza Kodeksem Etyki Lekarskiej) aktu prawnego, jakim jest Karta Praw Pacjenta.

MEDYCYNĄ HUMANISTYCZNĄ odnosi się głównie do postawy moralnej lekarza, poszanowaniu godności, wolności i odczuć chorego. „Żeby pomóc lekarz musi przekroczyć granice swej profesji, stać się jak przed wiekami, choć naturalnie w inny sposób »filozofem-lekarzem«, godzącym specjalistyczną wiedzę z humanistyczną rozległą refleksją o człowieku i ludzkości”. ●

EUROPA DONNA

KOALICJA DO WALKI Z RAKIEM PIERSI

Aktualne informacje na temat raka piersi

EUROPA DONNA jest nową organizacją, jeszcze zbyt młodą i nie posiadającą długiej historii, lecz można by o niej powiedzieć, że powstała w wyniku natchnienia Profesora Umberto Veronesi, Dyrektora Europejskiego Instytutu Onkologii w Mediolanie. Uznał on, że czas najwyższy, aby wszystkie kobiety były lepiej informowane na temat problemów związanych z rakiem piersi; tylko wówczas gdy kobiety zrozumieją czego mają prawo oczekiwać w ramach zapobiegania, leczenia i opieki medycznej, będą wiedziały czego żądać i będą w stanie zapewnić sobie to czego im potrzeba. Kobiety amerykańskie wskazały Europie drogę, kiedy w czasie manifestacji w 1991 zażądały od Senatu przesunięcia funduszy federalnych przeznaczonych na obronę, na badania naukowe nad rakiem piersi i osiągnęły swój cel.

Profesor Veronesi przedstawił koncepcję organizacji EUROPA DONNA na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Mastologicznego (zajmującego się chorobami sutka) (EUSOMA) w Paryżu, w lutym 1993 r. Niewielka grupka kobiet reprezentująca różne kraje Europy odpowiedziała na jego apel i po wielu miesiącach przygotowań udało im się zorganizować pierwszą konferencję ruchu Europa Donna w Mediolanie, w czerwcu 1994 r.

Nasza pierwsza konferencja

Szkoląc kobietę - szkolisz rodzinę, szkoląc rodzinę - szkolisz społeczeństwo. Taki był temat inauguracyjnego spotkania ruchu EUROPA DONNA w Mediolanie, w czerwcu 1994 r.

Uczestnicy z ponad 20 krajów mieli okazję usłyszeć jak prelegenci podkreślali fakt, że szkolenie i współpraca międzynarodowa są kluczem do poprawy leczenia i opieki nad pacjentkami z rakiem piersi.

Profesor Umberto Veronesi, założyciel organizacji EUROPA DONNA, otworzył konferencję podając w krótkim zarysie swoje 23 zasady prawidłowo wykonywanej praktyki lekarskiej, która obejmuje wszystkie aspekty raka piersi od profilaktyki do rehabilitacji. Podane w tak zwięzły sposób, wydają się być oczywiste i proste w zastosowaniu, wiemy jednak, że zbyt często są nieobecne w doświadczeniach kobiet cierpiących wskutek urazów psychicznych spowodowanych rakiem sutka.

Gloria Freilich, dyrektor koordynujący działalność organizacji pomocniczej Cancerkin mającej swoją bazę w Royal Free Hospital w Londynie stwierdziła, że ruch Europa Donna stanowi unikalne forum dla wszystkich kobiet w Europie, zarówno chorych jak i nie cierpiących na raka sutka. Dzięki niemu mogą się dowiedzieć jak najskuteczniej połączyć siły i, współdziałając z personelem medycznym, pokonać chorobę. Freilich stwierdziła, że istnieje nagła potrzeba leczenia wspierającego, nie tylko samej pacjentki, lecz

również jej rodziny i innych bliskich osób. Zapewnienie tego rodzaju usług medycznych różni się w sposób zasadniczy w poszczególnych częściach Europy. Przeszkolone nieprofesjonalne ochotniczki, które same powróciły do zdrowia po chorobie nowotworowej sutka potrafią zaofiarować jedyne w swoim rodzaju wsparcie psychiczne.

CELE RUCHU EUROPA DONNA

- 1 Przyczyniać się do rozpowszechniania i wymiany dokładnych i aktualnych informacji na temat raka piersi w całej Europie.
- 2 Uświadamiać kobiety o zagrożeniu rakiem i zachęcać je do regularnej kontroli własnych piersi.
- 3 Propagować konieczność poddawania się okresowej kontroli mammograficznej w celu ewentualnego, wczesnego wykrywania choroby nowotworowej.
- 4 Domagać się zapewnienia każdej pacjentce optymalnego dla niej sposobu leczenia.
- 5 Zapewnić wysokiej jakości opiekę wspomagającą w trakcie leczenia i w okresie późniejszym.
- 6 Domagać się właściwego przygotowania personelu Służby Zdrowia w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji.
- 7 Dostrzegać właściwe działania i popierać ich rozwój.
- 8 Domagać się kontroli jakości aparatury diagnostycznej i klinicznej.
- 9 Zapewnić wszystkim pacjentkom możliwość zrozumienia proponowanych kierunków leczenia, włączając w to badania kliniczne oraz respektować ich prawo do zasięgania innych opinii medycznych.
- 10 Przyczyniać się do rozwoju badań nad rakiem piersi.

Freilich powiedziała: „Jako ktoś, kto tam był (chorował) i przeżył, ochotniczka jest żywym dowodem na to, że pokonanie raka piersi jest możliwe. Dlatego potrafi wzbudzić nadzieję i podnieść na duchu jak nikt inny i rzucić linę ratowniczą nowo zdiagnozowanej pacjentce w najgorszych momentach jej choroby”. Powiedziała także, że grupa Reach to Recovery (Spróbuj Wyzdrowieć) opracowała już bardzo nowoczesny podręcznik do celów szkoleniowych, w oparciu o analizę pracy nieprofesjonalnych wolontariuszek w 36 krajach. Przewodnik ten można łatwo adaptować do potrzeb lokalnych. Przeznaczony dla organizatorów programów szkoleniowych powinien być pomocny w rozwijaniu u ochotniczek zdolności słuchania i reagowania, rozumienia języka ciała oraz umiejętności przeprowadzenia wywiadu i rozpoznania sytuacji kiedy choroba powinna uzyskać pomoc specjalistyczną.

Gloria Freilich zwróciła uwagę na niektóre osiągnięcia grup europejskich

◆ We Włoszech, dzięki grupie ANDOS, pacjentki są odwiedzane przez ochotniczki w czasie pobytu w szpitalu i spotykają się regularnie towarzysko oraz na ćwiczeniach i zajęciach rehabilitacyjnych. ANDOS zapewnia usługi w dopasowywaniu protez i organizuje pokazy mody, sprzedaż prac ręcznie wykonanych i inne imprezy w czasie których zbierane są pieniądze.

◆ W Polsce, Klub Amazonek koncentruje się na sprawności fizycznej i wsparciu psychicznym. Użytkowane darowizny uzupełnia sprzedając protezy i odzież sportową.

◆ Rosyjska grupa Nadieżdża, z bazą w St. Petersburgu, dostarcza wsparcia psychicznego, informacji i leczenia rehabilitacyjnego działając w niezmiernie trudnej sytuacji gospodarczej. Nadieżdża utrzymuje się jedynie ze zbiórek przeprowadzanych przez rosyjskie dzieci.

◆ W Wielkiej Brytanii, Cancerkin, Breast Cancer Care i inne organizacje prowadzą pełny program działalności i usług pomocniczych, które są finansowane z pieniędzy pochodzących z darowizn (dotacji) i specjalnych przedsięwzięć, na których zbiera się fundusze. Dr Mary Buchanan, przewodnicząca organizacji Women's Nationwide Cancer Control Campaign (Ogólnokrajowej Kampanii Kobiecej do Zwalczenia Raka), z bazą w Londynie, stwierdziła, że kobietom oczekującym na wyniki badań związanych z wykrywaniem raka piersi „każda minuta wydaje się dniem”. Powiedziała, że Szpital Świętego Bartłomieja w Londynie skrócił czas oczekiwania poprzez jednorazowe badanie w przychodni/klinice diagnostycznej.

Konsultacja w czasie której kobieta zostaje poinformowana, że ma raka jest niezmiernie stresująca, a szok może utrudnić zrozumienie w pełni tego co się do niej mówi. Dr Buchanan poradziła lekarzom nagrywanie takiej wizyty. Umożliwiłoby to pacjentce

zabranie taśmy do domu, gdzie razem z rodziną mogłaby posłuchać tego co powiedział konsultant/lekarz.



„To tylko moja wina”

„Jeśli uważasz, że kształcenie się jest, spróbuj płacić za nieuctwo (ignorancję)” - powiedział Dr Alberto Costa, cytując Groucho Marxa w celu podkreślenia swojego wątku, że lekarz musi posiadać gruntowną wiedzę i być na bieżąco w swojej specjalności. Dr Costa ostrzegł, że bez trwałego całe życie odnawiania wiedzy i ustawicznego dokształcania się w dziedzinie medycyny, onkologów w dużym stopniu ryzykują utratę kompetencji i możliwości sprostania zawodowym obowiązkom wobec swoich pacjentów. Profesor Niall O'Higgins, dyrektor chirurgii onkologicznej w Europejskim Instytucie Onkologii w Mediolanie, stwierdził, że lekarze i pozostały personel medyczny muszą być przeszkoleni w kierunku udzielania pomocy pacjentkom z rakiem piersi, w podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących ich leczenia. Powiedział, że lekarze muszą być szczerzy i uczciwi wobec swoich pacjentek i dostarczać możliwie najpełniejszą informację. Zarówno kobiety, którym dano wolny wybór pomiędzy mastektomią a możliwością zachowania piersi, cierpiały wskutek podobnego nasilenia depresji i lęku. Jednakże, właściwa informacja i wyjaśnienia łagodziły stan psychicznego niepokoju. Jeanette Webber, Naczelna Pielęgniarka w Cancer Relief Macmillan Fund w Zjednoczonym Królestwie stwierdziła, że problemy psychiatryczne można zredukować do minimum jeśli chorymi z rakiem sutka opiekuje się pielęgniarka z przygotowaniem specjalistycznym. W przeprowadzonym ostatnio badaniu 2500 kobiet z rakiem sutka, 70% populacji określiło taką pielęgniarkę jako „bardzo pomocną” (wspierającą psychicznie), natomiast 75% orzekło, że była oso-

bą, która udzieliła im najwięcej wsparcia spośród całego personelu medycznego.

Julietta Patnick, krajowy koordynator Programów Badań Przesiewowych (skriningowych) Raka Sutka i Szyjki Macicy w Zjednoczonym Królestwie, powiedziała, że badania wykazały, iż mammografia ratuje wiele istnień ludzkich, wykrywając w sposób niezawodny raka sutka u kobiet po 50 roku życia. Niestety, ciągle nie ma pewności, czy dotyczy to również młodszych kobiet.

Powiedziała, że Program Badań Przesiewowych Narodowej Służby Zdrowia, w celu wykrycia raka piersi, stosuje pięciopunktowy plan pozwalający uświadomić kobiety o zagrożeniu rakiem piersi: poznaj co jest normalne w twoim przypadku; oglądaj i badaj (dotykaj) piersi; wiedz jakich zmian masz szukać; niezwłocznie powiadom lekarza o jakichkolwiek zmianach; uczęszczaj na badania skriningowe piersi po ukończeniu 50 roku życia.

Patrick powiedziała, że program badań przesiewowych obejmuje obecnie ponad 1 milion kobiet rocznie i zdecydowanie dąży do osiągnięcia celu tj. zmniejszenia liczby zgonów z powodu raka piersi o 1250 rocznie do roku 2000.

Amy Langer, dyrektor NABCO (Amerykański Związek Organizacji do Walki z Rakiem Piersi), odniosła się do celu nr 9 Ruchu Europa Donna podkreślając na początku istnienie wielu barier na jakie napotykają lacy w odbiorze informacji i rozumieniu zagadnień medycznych. Następnie poddała rozważaniu niektóre z rozwiązań. Chociaż skłonni jesteśmy wierzyć, że osobowość Amerykanki cechuje większa asertywność aniżeli osobowość Europejki, z łatwością można było identyfikować się z wieloma problemami, które poruszyła. Pozostałe osoby, które zabrały głos to Profesor Sabine von Kleist (Niemcy), Profesor Silvestrini (Włochy) i profesor van der Schueren (Belgia).

Europejski Instytut Onkologii

Ten nowo utworzony instytut jest pierwszym ogólnoeuropejskim ośrodkiem prowadzącym badania nad rakiem i zajmującym się jego leczeniem i ma ściśle powiązania z ruchem EUROPA DONNA.

Nawet zatrudniony w pełnym wymiarze personel Instytutu liczący 200 osób odzwierciedla jego zaangażo-

wanie we wszystkich krajach Europy. Główny chirurg (szef chirurgii) jest Irlandczykiem, szefem radioterapii jest Belg, szefem epidemiologii (która bada w jaki sposób choroby atakują raczej całe populacje aniżeli tylko pojedyncze osoby) jest Szkot, a szefem odtworzonej chirurgii plastycznej - Francuz.

Oprócz tego, że nie ma równych sobie, jako instytut badawczy i leczniczy, będzie odgrywał ważną rolę w szkoleniu lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego i nabywaniu przez nich specjalistycznych kwalifikacji wymaganych w opiece nad chorymi na raka.

AKTUALNOŚCI MEDYCZNE

Geny odpowiedzialne za powstawanie raka piersi

Nasz organizm zbudowany jest z bilionów komórek, a każdą komórką rządzą zawarte w niej geny. Geny to mikroskopijne biologiczne jednostki kontrolne, które decydują o działaniu i długości życia komórki. Nasze geny dziedziczymy od rodziców. Jeśli jakiś gen nie działa prawidłowo, lub brak go w ogóle, komórki, których działanie powinien regulować, mogą się rozmnożyć w sposób niekontrolowany, w wyniku czego powstaje guz nowotworowy.

Uważa się obecnie, że czynniki dziedziczne są odpowiedzialne za około 5% zachorowań na raka piersi. W tych przypadkach ludzie dziedziczą układ genetyczny, w którym określony gen nie działa prawidłowo lub po prostu go brakuje. To oznacza, że istnieje u nich większa niż przeciętnie możliwość zachorowania na raka sutka w ciągu życia. Naukowcy zaczynają już identyfikować te geny. Pierwszym z nich jest tzw. „gen raka piersi”, któremu nadano łatwą do zapamiętania nazwę BRCA1. Inne geny przyczyniające się do rozwijania raka sutka to gen TP53 oraz gen AT. Mimo powstawania wciąż nowych badań diagnostycznych, które potrafią identyfikować kobiety narażone na raka piersi, ciągle nic nie można zrobić, aby zapobiec zachorowaniu na raka, poza usunięciem piersi „na wszelki wypadek”. Naukowcy nie wiedzą jeszcze jak leczyć, ani jak zastępować wadliwe lub brakujące geny.

Pozostawienie piersi

Liczne badania kliniczne wykazały, że operacja, która pozwala na zachowanie piersi tj. wycięcie guzka, jest równie skutecznym leczeniem we wczesnym stadium raka piersi jak operacja, znana jako mastektomia, w której usunięta zostaje cała piersć.

W poszczególnych przypadkach kobiety poddane operacji wycięcia guzka połączonej z naświetlaniem mają taką samą szansę przeżycia wielu lat jak kobiety w zbliżonym wieku i stadium choroby leczone za pomocą mastektomii.

W CELU WYKRYCIA RAKA PIERSI, STOSUJ PIĘCIOPUNKTOWY PLAN:

1. Poznaj co jest normalne w twoim przypadku.
2. Oglądaj i badaj (dotykaj) piersi.
3. Wiedz jakich zmian masz szukać.
4. Bezwzględnie powiadom lekarza o jakichkolwiek zmianach.
5. Uczęszczaj na badania skriningowe piersi po ukończeniu 50 roku życia.

Nowe leki

Dwa nowe leki, TAXORETE i bardzo podobny związek pod nazwą TAXOL wydają się być obiecujące w leczeniu zaawansowanego raka piersi. To stadium choroby, znane w medycynie jako „rak sutka z przerzutami”, występuje kiedy nowotwór rozprzestrzenia się do innych części ciała. Kiedy to nastąpi, rak jest bardzo trudny do wyleczenia.

Wyżej wymienione leki, które obecnie przechodzą próby kliniczne, wydają się zwalniać postęp choroby w tym późnym stadium.

PROPONOWANE KSIĄŻKI

Osoby pracujące w pionie podstawowej opieki zdrowotnej zachęca się do przeczytania nowej książki zatytułowanej „Zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet”. Autor, Dr Basil Stoll, napisał bardzo pouczającą książkę, której celem jest szkolenie lekarzy, pielęgniarek i osób zajmujących się poradnictwem w zakresie najnowszych metod wykrywania i leczenia. To, z kolei powinno im umożliwić odpowiadanie na

pytania ustawicznie zadawane przez kobiety, które obawiają się, że są narażone na zachorowanie na raka piersi. Jeśli chcesz nabyć tę książkę, zadzwoń do:

Kluwer Academic Publishers Group
in the Netherlands tel. 31 78 524400

Przedstawiciele Organizacji EUROPA DONNA w poszczególnych krajach:

Austria - Mrs Christl Zimmerman, Irlandia - Mrs Cecily Dawson, Rosja - Dr Eugeny Demin, Chorwacja - Prof. Dr Ruza Sabol, Izrael - Mrs Miri Ziv, Słowenia - Dr Marija Veegelj-Pirc, Estonia - Dr Vaino Ratsep, Włochy - Mrs Luisa Nemez, Hiszpania - Mrs Carmen Vllardel March, Niemcy - Prof. Sabine von Kleist, Litwa - Dr Jonas Tutkus, Szwajcaria - Mrs Susi Gaillard, Grecja - Mrs Toulia Triphyliss, Polska - Dr Krystyna Mika, Wielka Brytania - Mrs Gloria Freilich, Węgry - Mrs Gyongyi Gerzsenyi, Portugalia - Mrs Henriette Nesbitt de Almeida Lima ☉

Fundusz im. Marii Skłodowskiej-Curie

DZIAŁAJĄCY NA PODSTAWIE UMOWY MIĘDZY RZĄDAMI RP I USA

*zaprasza
do składania wniosków*

o finansowanie prac naukowo-badawczych, które zostaną podjęte przez naukowców polskich we współpracy z naukowcami amerykańskimi w następujących dziedzinach:

rolnictwo, medycyna i ochrona zdrowia,
ochrona środowiska naturalnego,
badania podstawowe, badania nad energią, badania inżynierskie, nauki o ziemi i eksploatacja zasobów naturalnych, komunikacja, budownictwo.

SZCZEGÓLWNE INFORMACJE I FORMULARZE
WNIOSKÓW O GRANTY MOŻNA OTRZYMAĆ W BIURZE
FUNDUSZU MSC, 00-529 WARSZAWA, UL. WSPÓLNA 1/3
(GMACH KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH), POK. 536.
TEL. 629 16 79 I 628 40 71 W. 534.

Studium Doktoranckie

Komisja w składzie: przewodnicząca Senackiej Komisji do spraw Rozwoju Kadry Naukowej prof. dr hab. Teresa Widomska - Czekajka, kierownik Studium Doktoranckiego AM prof. dr hab. Sylwia Fidecka oraz prorektor do spraw nauki prof. dr hab. Leszek Szewczyk po rozpatrzeniu 30 wniosków o przyjęcie na studia doktoranckie, po wnikliwym przeanalizowaniu nabytego w ramach studenckich kół naukowych warsztatu badawczego (udział w badaniach, prezentacje prac na konferencjach, publikacje), wyników uzyskanych w czasie studiów, znajomości języków obcych oraz innych osiągnięć **postanowiła przyjąć następujące osoby:**

Dorota Darmochwał - immunologia,
Urszula Gąsowska-Giszcak - genetyka,
Jarosław Jabłoński - farmakologia kliniczna,
Paweł Krawczyk - immunologia,
Angieszka Kudasiewicz-Kardaszewska - genetyka,
Konrad Rejdak - farmakologia,
Marta Skoczyła - chemia fizjologiczna,
Michał Skrzypek - socjologia medycyny,
Halina Szymczyk - farmakologia,
Marta Tarczyńska - radiologia
Witold Zgodziński - farmakologia

„Sztuka leczenia”

O PODEJŚCIE INTEGRALNE W MEDYCYNIE

Prezentowany już na łamach Alma Mater krakowski kwartalnik „Sztuka leczenia” w kolejnych, tradycyjnie wielowątkowych zeszytach przynosi szereg interesujących prac. Autorzy poruszają się w wielu dyscyplinach, realizując redakcyjną wizję zintegrowanej refleksji nad problemami współczesnej medycyny. Nie dziwi więc obecność wypowiedzi znawców nauk humanistycznych na równi z pracami lekarzy. W zamyśle twórców pisma służyć ma to „powiązaniu sztuki leczenia z kompleksowym wizerunkiem człowieka, realizującego się w przestrzeni moralnych i duchowych wartości”.

Bo leczenie sztuką niewątpliwie jest. Jak pisze Jan Trąbka, profesor biocybernetyki UJ, „pomimo znaczących osiągnięć w zakresie teoretycznych przedmiotów medycznych, medycyna jako działalność lecznicza pozostaje sztuką. I zawsze tak będzie, ponieważ główny nurt ludzkiej aktywności - nie tylko zresztą lekarskiej - toczy się po większej części w obrębie sztuki. Prace naukowe mogą lub powinny stanowić jedynie koronę, zwieńczenie, a równocześnie fundament każdej działalności człowieka.” Trąbka stwierdza, iż „człowiek, nawet tak ścisły jak matematyk, nie zdaje sobie sprawy, ilu wyborów dokonuje, ile kroków stawia pod wpływem natchnienia i inteligencji, manifestujących się jako „czystej krwi” sztuka. Gdyby pominąć w procesie leczenia ów fragment pochodzący od sztuki, to działalność medyczna - z fenomenologicznego punktu widzenia - byłaby odrażającym i budzącym przestraszyć doświadczeniem, a pacjent królikiem doświadczalnym.”

Istotnym elementem podejścia integralnego w medycynie, promowanego przez omawiany kwartalnik są zagadnienia z dziedziny psychosomatyki, skupiającej się na problemie wpływu psychicznych aspektów człowieka na jego zdrowie somatyczne. „Psychosomatyka pozostaje jak dotąd nauką typu klinicznego, to jest zajmującą się patologią oraz mającą charakter praktyczny. W zasadzie nie ma ona dotąd satysfakcjonującego odpowiednika w dziedzinie nauk teoretycznych i podstawowych. Dlatego - jak uważa Andrzej Mirski z Instytutu Psychologii UJ - kluczowym zagadnieniem teoretycznym - podstawowym dla współczesnej psychosomatyki - stać się musi problem body-mind, a więc wzajemnych relacji pomiędzy ciałem a umysłem”. Dla poczynienia satysfakcjonujących ustaleń dotyczących tego zagadnienia konieczny

jest - jak postuluje autor - powrót do zasadniczych kwestii ontologicznych, z wykorzystaniem całego dorobku szczegółowych nauk psychologicznych i medycznych, z wyraźnym odwołaniem się do tradycji filozoficznej, w tym tej, która odpowiedzialna jest za ukształtowanie się redukcjonistycznego paradygmatu współczesnej medycyny. Wywodzący się od de La Mettrie mechanicystyczny materializm powoduje, iż „psychosomatyka, psychoterapia, socjoterapia, a także dowody o psychologicznych i społecznych warunkowaniach różnych chorób u wielu jeszcze osób będą poważne zastrzeżenia”. Spoczywa on również u podstaw - jak sądzi autor - psychiatrii biologicznej - gdzie „zaburzeniom psychicznym przypisuje się wyłącznie przyczyny fizjologiczne bądź nawet anatomiczne, całkowicie pomijając doświadczenie ludzkości”. „Powstaje obecnie wiele szkół w dziedzinie psychosomatyki, lecz wciąż jeszcze brak szerszej, jednoczącej teorii”. Wobec dowodów na rolę układu immunologicznego jako elementu pośredniczącego pomiędzy mind i body, na gruncie psycho-neuroimmunologii możliwa wydaje się integracja dotychczasowych ustaleń w zakresie psychosomatyki.

Istotnym elementem podejścia integralnego w terapii jest połączenie oddziaływania leczniczego o charakterze stricte biologicznym z elementami psychoterapii. Liczne publikowane w „Sztuce leczenia” prace dotyczą tego zagadnienia, wskazując na możliwości dokonywania tego typu interwencji również w postępowaniu terapeutycznym nie-psychiatrycznym. Antoni Kępiński pisał, że „element psychoterapeutyczny jest integralną składową rolą każdego lekarza i każdej pielęgniarki niezależnie od ich specjalności”. Helena Wrońska-Połańska podnosi to zagadnienie w kontekście pacjentów z chorobami o niepomyślnym rokowaniu stawiając pytanie „jak chorzy radzą sobie z tym jednym z największych stresów, jakim jest choroba o niepomyślnym rokowaniu i jak można im w tym pomóc?”. Autorka zakłada, że w przebiegu choroby chorzy wartościują siebie na tle ludzi zdrowych poszukując odpowiedzi na pytanie: kim ja teraz jestem? „Pytania te prowadzą do wytworzenia poczucia mniejszej wartości własnej, będącego źródłem wtórnego lęku o charakterze dezintegrującym. Lęk ten w konsekwencji prowadzić może do dezorganizacji zachowania i osobowości, a w szczególności obrazu samego siebie, rozumianego jako suma lub synteza sądów wartościują-

cych odnoszących się do własnej osoby. Autorka w badaniach swoich, dotyczących osób chorujących na białaczkę wykazuje dynamikę zmian obrazu „ja” w zależności od czasu trwania choroby i proponuje w oparciu o nie program oddziaływań terapeutycznych, których celem powinno być „skuteczne obniżenie przeżywanego przez chorych lęku i niepokoju, aby nie dopuścić do /.../ wytworzenia negatywnej samooceny, utrudniającej radzenie sobie z chorobą”. Autorka postuluje, że „Psychoterapia chorych somatycznie winna posiadać charakter kompleksowy, wymagający ścisłej współpracy całego zespołu leczącego, z uwzględnieniem różnych form psychoterapii grupowej i indywidualnej /.../. Powinna obejmować także rodzinę chorego.”

Wydaje się, że wobec wydłużającej się długości życia nagłym wyzwaniem staje się wypracowanie właściwych form opieki nad pacjentem w wieku senioralnym. Ludzie starzy tworzą obecnie największą pojedynczą grupę odbiorców świadczeń medycznych i tak będzie, w większym nawet zakresie, przy końcu stulecia. Wydaje się, że tradycyjne nastawienie naprawcze wobec problemów zdrowotnych ludzi starszych nie jest w stanie sprostać częstym z ich strony pytaniom o to, jak mogą poprawić jakość swojego życia. Zagadnienie to podejmują prace opublikowane w numerze 3/1996 „sztuki leczenia”.

Czymś naturalnym stało się, zarówno w medycynie jak i psychologii, używanie pojęcia „rozwój” jedynie w odniesieniu do procesów dokonujących się w pewnych, arbitralnie wyznaczonych granicach wieku człowieka. Oczywiście różnie przebiega granica wyznaczana przez pediatrię - medycynę wieku rozwojowego, inaczej przez psychologię rozwojową. Andrzej Mirski wskazuje na diametralnie różny sposób rozumienia tego zjawiska. W obszar zainteresowania psychologii rozwojowej wchodzi bowiem ma cały dorosły wiek człowieka aż do biologicznej śmierci, jako czas, w którym dokonują się autentyczne, progresywne procesy rozwojowe. W ten sposób powstaje nowy paradygmat określany jako „life-span development approach”, ujmujący rozwój jako proces zachodzący w całej rozciągłości życia człowieka. Jeden z czołowych teoretyków tego nurtu, R.J. Havinghurst stwierdza, iż „w każdym etapie dorosłego życia, nawet w najpóźniejszym stoją przed człowiekiem ważne cele rozwojowe do realizacji”, które rozumie jako zadania, których rozwiązanie wiedzie do poczucia szczęścia i do sukcesów w wypełnianiu następnych celów.

Wobec nieuchronnie dokonujących się w organizmie człowieka procesów starzenia się o charakterze degeneracyjnym i regresywnym, dotyczących wszystkich narządów i układów, osłabiających aktywność życiową jednostki, wydaje się - jak pisze

Mirski, że najważniejsze dziedziny trwałego, potencjalnego rozwoju progresywnego u człowieka istnieją głównie w sferze psychicznej. Tylko do pewnego momentu rozwój w dziedzinie psychiki jest warunkowany programem genetycznym. Dalszy rozwój odbywa się już tylko poprzez zbieranie i organizowanie informacji. Osiągnięcie umiejętności zadowalającego funkcjonowania we współczesnej cywilizacji wymaga nabycia tak wielu umiejętności, że nawet w optymalnych okolicznościach wymaga z pewnością nie dwudziestu kilku lat życia, ale czterdziestu czy nawet więcej, jak uważa autor. W tym świetle interesująca wydaje się definicja psychoterapii, która „jest niczym innym, jak nadrabianiem strat poniesionych we wcześniejszym procesie rozwoju”, obciążających dalsze etapy.

Rozwój w okresie dorosłości, jakkolwiek możliwy, jest tylko i wyłącznie potencjalny, i nie ma żadnych programów genetycznych, ani żadnych zmian natury biologicznej, które same z siebie mogłyby go forsować czy gwarantować. Tak więc możliwy jest wyłącznie poprzez własny wysiłek człowieka, zwalniającego i kompensującego procesy regresywne i wprowadzającego na ich miejsce procesy progresywne. Jak bowiem dowodzi nauka, to nie ilość komórek w mózgu, ale jakość ich wykorzystania decyduje o sukcesie rozwojowym. Za rozwój i optymalne funkcjonowanie takich cech jak osobowość, podmiotowość, moralność, kompetencje społeczne odpowiedzialna jest nie tyle ilość komórek mózgowych, ile ich organizacja, nie tyle dobre funkcjonowanie receptorów i efektorów, ile sposób obróbki dostarczanych przez nie informacji.

Medycyna współczesna, określana często mianem medycyny naprawczej, opiera się nadal - jak pisze Engel - na „koncepcji ciała jako maszyny, choroby - jako konsekwencji uszkodzenia maszyny i roli lekarza polegającej na reperowaniu tej maszyny”. Niewątpliwie takie rozumienie roli lekarza realizowane w praktyce odcina go od wielu niezwykle istotnych sfer życia człowieka. „Unikanie tematów filozoficznych i egzystencjalnych nasuwających się nieodparcie w związku z każdą poważniejszą chorobą stanowi charakterystyczny aspekt współczesnej medycyny. Jest to kolejna konsekwencja kartezjańskiego dualizmu, który doprowadził uczonych do zajmowania się wyłącznie fizycznymi aspektami zdrowia”. Ważną, wypełniającą tę lukę, i niewątpliwie wartą zaprezentowania wypowiedzią jest praca Zygmunta Pucko, będąca „próbą filozoficznej interpretacji relacji interpersonalnej w sytuacji granicznej: chorobie terminalnej, umieraniu, śmierci”. Jak podkreśla autor, artykuł oparty jest na doświadczeniach podczas pracy terapeutycznej w Ośrodku Interwencji Kryzysowej z rodzicami dzieci chorych terminalnie, leczonych w Instytucie Pediatrii CM UJ. Tym większa jest war-

tość tej pracy, dającej wgląd w sytuację egzystencjalną osoby doświadczającej jednej z najcięższych sytuacji granicznych: śmierci osoby bliskiej. „W przeżyciu śmierci drugiego człowieka uderza świadomość pustki niczym niemożliwej do wypełnienia. Rodzi się ono - jak pisze H. Bergson - gdy świadomość pozostaje przywiązana do stanu dawnego, chociaż już inny jest stan obecny. Jest ona porównaniem pomiędzy tym, co jest, a tym, co mogłoby być lub powinno być /.../.” Owa pustka - jak pisze autor - „nabiera mocy zwyciężającej pełnię, jaką jest człowiek. Pustka podchodzi do człowieka, wnika coraz głębiej i radykalnie we wszystko, co jest jego. Na pierwotnym przeżyciu irracjonalności śmierci wyrasta trwoga oraz protest przeciwko niej. Zarówno owa trwoga, jak i protest należą wtedy do „śmiertelnych nastrojów” (termin używany przez J. Tischnera) współkonstituujących świadomość człowieka”. Postawiony w takiej sytuacji „człowiek może stopniowo pogrążyć się coraz bardziej w trwodze, aż do całkowitej nieczułości wobec innych i na to, co się wokół niego dokonuje. Zamykając się w swojej trwodze i pozostając jedynie ze swoimi myślami skazuje się na rozpięcie pomiędzy pustoszącą pustką, ofiarującą mu jedynie kontynuację unicestwienia, a innymi możliwościami, dającymi choć odrobinę nadziei.” Sytuacja ta „stawia człowieka przed samym sobą w konieczności dokonania ostatecznego wyboru: życia lub całkowitej rezygnacji. Człowiek musi podjąć jedną z dwóch ewentualnych dróg, jedną z nich jest szansa wyjścia, a druga derealizacji.” Opowiadając się przeciwko naporowi derealizacji, przełamując „wycofywanie się ze świata”, człowiek może stanąć po stronie życia.

Ukazanie takiej możliwości człowiekowi złamaniem cierpieniem często staje się wyzwaniem dla lekarza, niejednokrotnie poruszającego się w obszarze sytuacji granicznych. ©

LEK. MED. MICHAŁ SKRZYPEK

Cytowane prace:

1. Trąbka J., „State of art” medycyny współczesnej., Sztuka Leczenia 1995; t.I, 3, 25 - 27.
2. Mirski A., Wzajemne relacje ciało - umysł jako podstawowy problem teoretyczny psychosomatyki., Sztuka Leczenia 1995; t.I, 4, 43 - 51.
3. Wrońska - Polańska H., Dynamiczna psychoterapia chorych somatycznie oparta na obrazie samego siebie., Sztuka Leczenia 1995; t.I, 3, 61 - 68.

4. Mirski A., Life-span development - perspektywa permanentnego rozwoju człowieka dorosłego., Sztuka Leczenia 1995; t.I, 3, 29 - 37.

5. Pucko Z., Próba filozoficznej interpretacji relacji interpersonalnych w sytuacji granicznej: chorobie terminalnej, umieraniu, śmierci. , Sztuka Leczenia 1995; t.I, 4, 37 - 42.

¹ Julien Offray de La Mettrie (1709-1751), francuski lekarz, kontynuator filozoficznej myśli Kartezjusza, autor sformułowania „człowiek-maszyna”, istotnego dla dalszego kształtowania się redukcjonistycznego paradygmatu medycyny. Por.: Tatarkiewicz Wł., Historia filozofii, t.II, str. 133-137.

² por. Kępiński A., Autoportret człowieka, Wydawnictwo Literackie Kraków 1992, str. 300.

³ za: Capra F., 1987, Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, PIW Warszawa, str 199.

ERRATA DO TEKSTU:

Skrzypek M., „Dualizm w filozofii a dehumanizacja współczesnej medycyny. Przyczynek do rozważań o medycynie holistycznej.”, Alma Mater 1996, 18 (1), str.25-28.

Na stronie 27 jest:

Wspomnieć wypada o postulatach Igora Alexandra Caruso, psychologa i psychoterapyty, wybitnego przedstawiciela psychologii głębi, który pisze: „Ani sfera psychofizyczna, ani sfera duchowa nie stanowią właściwości: ucieleśnienie duchowości i uduchowienie cielesności.”

Winno być:

Wspomnieć wypada o postulatach Igora Alexandra Caruso, psychologa i psychoterapyty, wybitnego przedstawiciela psychologii głębi, który pisze: „Ani sfera psychofizyczna, ani sfera duchowa nie stanowią właściwości człowieczeństwa. Właściwością człowieczeństwa jest inkarnacja duchowości: ucieleśnienie duchowości i uduchowienie cielesności.”



AKADEMIA MEDYCZNA
W LUBLINIE

REKTOR

Lublin, 30 sierpnia 1996 r.

Sz. Pan
Dr med. Włodzimierz MATYSIAK
Redaktor Kwartalnika Alma Mater

Szanowny i Drogi Panie Doktorze,

Z przyjemnością i pewną zadumą pochylilem się nad pokaźnym zbiorem zeszytów „Alma Mater”, aby zanurzyć się w jakże dla mnie interesującej, budzącej wiele refleksji i wspomnień lekturze.

Wiernie zarejestrowane, inteligentnie komentowane i ciekawie ilustrowane wydarzenia oraz dokonania minionych 6-ciu lat, chronią od zapomnienia ludzi i ich czyny. Sercem pisane, piękne jubileuszowe wydania poświęcone poszczególnym wydziałom, przywołują z odległej przeszłości i oddają należny hołd zasłużonym twórcom, organizatorom i pierwszym nauczycielom Uczelni. Wreszcie liczne artykuły o medycynie holistycznej, promocji zdrowia, lekarzu rodzinnym, reformie studiów, proponują kierunki przyszłych działań. Na wszystkich stronicach kwartalnika przebija troska o zachowanie humanistycznego oblicza medycyny, dbałość o dobro i godność, zarówno chorego jak i lekarza, poszukiwanie i propagowanie prawdy.

„Alma Mater” uczynił Pan pismem całej społeczności akademickiej, platformą wymiany myśli, prezentowania programów, ustalania celów i zadań, wreszcie dyskusji nad wyborem systemu wartości.

Poczułem nieodpartą, wewnętrzną potrzebę złożenia Panu publicznie najserdeczniejszych gratulacji i podziękowań za znakomitą współpracę, za wytrwałość, zapał, entuzjazm, lojalność i niezawodność. Wreszcie za to, że zechciał Pan swój wielki talent wykorzystać w służbie Uczelni.

Osiągnął Pan wielki sukces, lecz niewiele osób wie, że za tym sukcesem kryje się ogromna praca, wiele nieprzespanych nocy, nadmiernych stresów, nerwowego napięcia, nieustającego wyścigu z czasem. Najlepiej wiedzą o tym żona Wiesława oraz córka Ania - maturzystka, którym chcę przekazać wyrazy specjalnych podziękowań za cierpliwość i wyrozumiałość oraz przeprosić za wszystkie samotne wieczory i weekendy. Zawsze będę uważał Panie za ciche współtwórczynię naszej „Alma Mater”.

Drogi Panie Doktorze,

współpracę z Panem, nasze wielogodzinne dyskusje i pogawędki, błyski Pana oczu, kiedy wpadał Pan o różnych godzinach z nowymi, pachnącymi świeżą farbą coraz piękniejszymi egzemplarzami kolejnych numerów, zachowam w pamięci i sercu jako jeden z najjaśniejszych fragmentów czasu pełnienia rektorskiej służby. Z podziwem patrzyłem, jak obok pracy redakcyjnej rozwija Pan zainteresowania naukowe.

Życzę Panu serdecznie wielu dalszych osiągnięć i satysfakcji w pracy naukowej oraz redakcyjnej, jak również dużo szczęścia w życiu osobistym.

Z szacunkiem i przyjaźnią

REKTOR

Prof. dr hab. Marian K. Klamut

Od redakcji: Serdecznie dziękujemy Jego Magnificencji Rektorowi za skierowane pod nasz adres wyrazy uznania. List publikujemy na wyraźne życzenie Pana Rektora z niemalym zakłopotaniem, bowiem kwartalnik „Alma Mater” - jak wspomina w liście okolicznościowym Jego Magnificencja - jest pismem całej społeczności lubelskiej Akademii Medycznej, toteż nie nam, lecz przede wszystkim współredagującym Czytelnikom należy się te ciepłe słowa. My spełnialiśmy jedynie swego rodzaju misję, zgodnie ze złożoną wcześniej deklaracją i obietnicą redagowania gazety. Cieszy nas fakt przychylnego przyjęcia „Alma Mater” przez forum czytelnicze, buduje też świadomość istnienia licznej grupy współpracowników wyrażającego wolę publikowania na łamach naszego pisma. Nic tak jednak nie wspiera jak przychylność władz Uczelni do tej i podobnych inicjatyw. My ze swej strony również składamy Jego Magnificencji Rektorowi prof. dr hab. Marianowi Kazimierzowi Klamutowi podziękowania za cenne inspiracje, dostrzeżenie roli prasy akademickiej w życiu Uczelni i wielką tolerancję dla naszych pomysłów, bywało że i niedoskonałości. Raz jeszcze serdecznie dziękujemy Panie Rektorze.



AKADEMIA MEDYCZNA
W LUBLINIE

REKTOR

Lublin, 30 sierpnia 1996 r.

Sz. Pan
Stanisław SADOWSKI
Fotoreporter Kwartalnika „Alma Mater”

Serdeczne podziękowania składam Panu za wytrwałość i niezawodność w dokumentowaniu uroczystości akademickich i innych uczelnianych wydarzeń. Miło mi było obserwować jak w ciągu minionych 6-ciu lat przeobrażał się Pan z fotografa w fotografa. Serdecznie gratuluję i życzę dalszych sukcesów w dążeniu do doskonałości.

REKTOR

Prof. dr hab. Marian K. Klamut

Medykalia '96

Kiedy pierwsze upały odciągają brać studencką od wytężonej nauki, wówczas myśli wszystkich mieszkańców akademików przy ulicy W. Chodźki skupia co roku idea Medykaliów zwanych też Dniami Chodźkowa.

To tradycyjne już święto młodych medyków zostało w tym roku zaplanowane przez grupę działaczy różnych formacji studenckich tworzącą komitet organizacyjny na dni 9-12 maja równoległe do innych imprez, które miały odbywać się z okazji Dni Kultury Studenckiej - Kożienalia '96. Było to ogromne wyzwanie dla organizatorów. Program musiał być super atrakcyjny, by nie oddać naszych kolegów konkurencji, a wręcz przeciwnie - przyciągnąć do wspólnej zabawy także studentów z innych uczelni.

Znakomitą rozrywkę w majowy weekend zapowiedziały już na tydzień przed ustawowym terminem kolorowe plakaty, podsycając gorączkę oczekiwania.

Zacząło się w czwartek - 9 maja. W stołowce studenckiej spotkały się w towarzyskim meczu szachowym drużyny pracowników naukowych i studentów lubelskich szkół wyższych. Tym razem młodość wzięła górę nad doświadczeniem. Wygrali studenci 33,5 : 15,5. Najefektywniej z nich swe mózgi wysilali dwaj reprezentanci naszej Uczelni : Arkadiusz Kielec (V Lek.) i kapitan drużyny - Mirosław Cuch (III Farm.), zaś w zespole pod kierunkiem prof. dr hab. Eligiusza Złotkiewicza (UMCS) do najlepiej grających zaliczyć można było lek. med. Wojciecha Krzyżanowskiego (Zakład Radiologii Naczyniowej - PSK 4) i dr Tomasza Sławika (Zakład Chemii Leków).

W piątek rozpoczął się trzydniowy maraton filmowy w kinie „Medyk”. Wyświetlano m. in. „Maskę”, „Epidemię”, „Wampiry bez zębów”. Trzy spośród pięciu przedstawionych pozycji studenci mogli obejrzeć gratis.

Oczywiście najważniejszym wydarzeniem piątkowego wieczoru była dyskoteka. Wspaniała atmosfera i muzyka, którą prezentuje Baks, zwabiła tłumy miłośników tańca. Nie zawiedli się oni tym bardziej, że organizatorzy dostarczyli im dodatkowych atrakcji w postaci konkursów z niezapomnianą „Randką w ciemno” na czele. Główną stawką w tej zabawie była kolacja w ekskluzywnym lokalu rozrywkowo-gastronomicznym „Resursa”.

W sobotę - 21 maja rozruszała się już większość mieszkańców Chodźkowa. Może przyczyniła się do tego atrakcyjność programu, a może chłodne piwo, które serwowali przedstawiciele Lubelskich Browarów, jednego ze sponsorów tegorocznej imprezy.

Już od godz. 10:00 tętnić życiem zaczęła hala sportowa AM. Wśród okrzyków kibiców toczył się tam turniej siatkarskich mixtów (2 + 2). Poziom był bardzo wyrównany i drużyna „Niezlomnych” musiała się nieźle napocić, by wykazać wyższość nad rywalami.

Po siatkarzach na hali pojawili się miłośnicy piłki nożnej halowej, by już tradycyjnie walczyć do upadłego o prymat na Naszej Uczelni. Tym razem najlepiej piłkę kopała dużyna „Olimpique” złożona ze starych wyjadaczy, stałych uczestników turniejów wewnętrzuczelnianych. Królem strzelców został Ahmed Ibrahim (V Lek.).

W międzyczasie odbył się pokaz Margaret Astor. Dziewczęta miały okazję podziwiać piękne makijaże, chłopcy zaś - urodę modelek.

W samo południe rozegrany został bieg o beczkę piwa. Atrakcyjność jego podniósł fakt, iż zawodników przebranych w koszulki reklamujące „Perłę” filmowała lokalna telewizja.

Również w sobotę odbyły się 3 konkursy siłowe. Najlepszym ciężarowcem okazał się Artur Łaskawiec (V Lek.), który leżąc na ławeczce wycisnął sztangę o masie 127,5 kg. „Na rękę” wygrał Andrzej Warzachowski (II Lek.), prawdziwy „czarny koń” w tym konkursie. Obserwatorzy z niedowierzaniem patrzyli, jak w pięknym stylu „rozkladał” on przeciwników o potężniejszej fizjonomii. Doskonałą zabawą okazało się przeciąganie liny rozegrane zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Organizatorzy nie docenili siły uczestników. W wyniku tego 2 przygotowane liny, ku uciesze kibicujących, przeobraziło się w 4 - o połowę krótsze. Zwycięzców poznaliśmy tylko dzięki temu, że w tajemniczych okolicznościach przed akademikami znalazł się wąż strażacki, który zastąpił linę. O zwycięzcy walcze w czasie tego konkursu długo jeszcze będzie świadczył pas zrytej murawy przed DS-2.

Okolo 17-ej na scenie ustawionej między akademikami rozpoczął się koncert. nie potrwał on jednak długo, gdyż Chodźków utonął w strugach deszczu. Czyżby Niebiosa nie pochwały studenckich zabaw?



Na wszystko jest jednak rada. Muzycy rockowi i shantmeni wystąpili przed licznym gronem słuchaczy w stołówce studenckiej dostarczając wielu wspaniałych wrażeń i dobrej rozrywki.

Po koncercie odbył się Bal Przebierańców. Niestety, większości studentów zabrakło już kondycji i konceptu, toteż oryginalnie przebranych było niewiele.

W niedzielny poranek Chodzków zionął pustkami. Wszyscy odsypiali sobotnie szaleństwa. Dopiero po południu bać studencką ściągnęła z łóżek na halę sportową nie byle jaka atrakcja: mecz piłki nożnej kobiet, między sekcją siatkówki, a sekcją koszykówki. Poziom tej zabawy był tak wysoki, że trener Marek Dąca powinien się zastanowić, czy nie porzucić swych piłkarzy na rzecz drużyny żeńskiej.

Zawodniczki popisowały się tak widowiskowymi sztuczkami technicznymi jak wyszukane dryblingi, uderzenia piłki głową, czy miękkie przyjęcie na biust. Zacięty mecz znalazł rozstrzygnięcie dopiero w rzutach karnych, gdzie lepsze okazały się koszykarki. Zyskały one dzięki temu pierszeństwo konsumpcji ogromnego pudła ciastek. Ważniejsze jednak było to, że sportsmenki z obu drużyn doskonale się bawiły, a kibice byli zadowoleni (mimo, że obyło się bez powiadanej wymiany koszulek).

O 15-tej rozpoczął się towarzyski mecz siatkówki między Zarządkiem KU AZS, a członkami Samorządu Studenckiego. Zawodnicy obu drużyn dzielnie serwowali, ścinali, bronili się przed atakami przeciwników niejednokrotnie polerując przy tym parkiet swymi ciałami. Ostatecznie, po zażartej walce, wygrali ci, którzy ze sportem mają więcej do czynienia 3 : 1.

Niedziela w hali obfitowała również w szereg atrakcyjnych konkursów dla kibiców. Zakończyła się natomiast o godz. 18-ej rozdaniem nagród, które zwycięzcom odpowiednich konkurencji sportowych wręczała p. prezes KU AZS AM - Edyta Kaźmierczuk.

Dzięki wspaniałej pogodzie Medykalia '96 mogły zakończyć się w ciepłej atmosferze ogniska. Jego blask połączył wszystkich obecnych

Organizatorzy przygotowali do pieczenia kiełbaski. Królował śpiew i dźwięki gitary. Gwiazdą wieczoru była Ewa Młodawska (I Lek.) - dziewczyna „urodzona z gitarą w ręce”, o wspaniałym głosie. Ewa była chyba najbardziej aktywną uczestniczką Dni Chodźkowa (była w składzie zwycięskich zespołów w turnieju siatkarskich mixtów, przeciąganiu liny, grała w piłkę nożną w drużynie siatkarek).

Organizatorzy Medykaliów składają podziękowania Władzom naszej Alma Mater, a zwłaszcza Działowi Technicznemu, za pomoc w organizacji imprezy. Dziękujemy także wszystkim studentom za wspólną, kulturalną zabawę.

Specjalne podziękowania należą się także PZU, głównego sponsora Dni Chodźkowa '96, który wyłożył 90% z 7000 zł przeznaczonych na cele organizacyjne. ☺

GRZEGORZ SZCZEŚNIAK

Medykalia

'96

OD REDAKCJI:

Na III stronie okładki znajdują Czytelniczy kolorowy fotoreportaż z Medykaliów '96.

Firmy farmaceutyczne a lekarze

PARTNERSTWO CZY

PODLEGŁOŚĆ?

My, lekarze zapisujemy „ich” leki, które szpitale bądź nasi pacjenci kupują. Ludzie firm z tego żyją. Nawet nieźle... Przemysł farmaceutyczny to jedna z najbardziej dochodowych branż na świecie. W Polsce można dużo zarobić na lekach. Preparat, który rocznie przynosi milion dolarów, należy do grupy, która się „średnio sprzedaje”. Są lepsze, tzn. dające większy zysk. Jak wiadomo, nic się nie sprzeda, jeśli my nie będziemy zainteresowani. Naturalnie my jesteśmy zainteresowani, jeśli lek jest dobry, skuteczny - i jest tańszy od innych podobnych.

Firmy w swoim najlepiej rozumianym interesie pomagają medycynie. Dają granty wyjazdowe, pomagają w sympozjach. Czy to akcje charytatywne? Ależ skąd! To jest przecież normalny marketing. Wszyscy wiedzą, że ów grant dała właśnie taka firma, jako iż nie stosuje ona się bynajmniej do ewangelicznej zasady czynienia dobra tak, aby „nie wiedziała prawica co czyni lewica”. Zanim normalne przedsiębiorstwo zachodnie wyda dolara - starannie analizuje ile za to zyska - na prestiżu, popularności, sympatii, co odbije się bezpośrednio na sprzedaży, na zysku. Wie to każdy handlowiec, że jeśli produkt (lek) jest podobnej jakości - to kupuje się ten, którego wytwórca jest bardziej popularny, szerzej obecny, więcej odejmuje ze swego zysku, aby wspierać różne pożyteczne akcje. Menedżer firmy nie wydaje pieniędzy, bo akurat podoba mu się jakiś uczonec bądź towarzystwo naukowe, czy sympozjum. Musi się dokładnie rozliczyć z tych pieniędzy przed swymi przełożonymi i przekonać ich, że wydatki się opłaciły... A jeśli nie przekona - to szuka innej pracy. Choć motyw działania „dobroczynej” firm są oczywiste - to jest

to działalność pożyteczna dla medycyny i pomocna w jej rozwoju. Trzeba jednak pamiętać, że każde nasze porozumienie finansowe z firmą to jest po prostu biznes korzystny dla obu stron. Ich pomoc my splecamy wskazując to w naszych materiałach zjazdowych, udostępniając nasze kongresy dla działalności marketingowej, a nasze piśma dla ich ogłoszeń.

Po co zatem ten tekst - jeśli wszystko jasne?

Nieraz nie jest takie jasne. Otóż bywam na zjazdach naukowych, gdzie organizatorzy jakby oszołomieni gestem jakiejś firmy - kłaniają się w pół. Zafundowali obiad! A więc na obiedzie młody menedżer łaskawie wystuchuje dziękczynnych przemówień siwych profesorów. A gdy zagra dla atrakcji jakiś zespół muzyczny, to zapowiadający (widać przejęty honorarium) jednym tchem - obok Mozarta - wymienia daną firmę. Wygląda na to, że wspólnie to skomponowali. A gdy jakaś sesja, na której wykazuje się użyteczność jakiegoś instrumentu - to zaraz na początku dowiadujemy się kto za tę sesję zapłacił, choć ten instrument (pożyteczny istotnie) będzie się i tak m.in. dzięki tej sesji świetnie sprzedawał. A na transparentach informujących, jakiego to towarzystwa zjazd - wciska się znak firmy (na razie jeszcze mniejszy od logo organizacji lekarskich). Jeszcze trochę - a przewodniczący sesji będą prowadzić obrady w czapczkach ze stosownym napisem... Wstydzę się, gdy na to patrzę. Skąd to się bierze? Sądzę, że to jakiś atawizm z PRL, kiedy fakt kupienia pół kilo szynki w Delikatesach u Pani Józki był tak oszałamiającym szczęściem, że - choć płacono co należy - to jeszcze były i kwiatki, czekoladki i przytulne uśmiechy. Mogła nie sprzedać - a sprzedała!

Proszę Panów Docentów i Profesorów. Pani Józka DZIŚ cieszy się, że MOŻE sprzedać. Sprzedaje dzięki nam! To my teraz jesteśmy ważni. Wystarczy wejść do sklepu. Nie kłaniajmy się w pas Pani Józki, bo popłaczą się jej czasy.

Nota bene ludzie firm farmaceutycznych postępują logicznie - im

bardziej dynamiczny marketing - tym lepiej. Gdybym był ich szefem, to bym takich ludzi nagradzał. Ale interesy świata lekarskiego są inne i musimy dbać, aby zachować pełną niezależność i czystość (od natrętnej reklamy) naszych obrad.

Towarzystwa naukowe nie są na tyle ubogie, aby nie było ich stać na opłacenie kolacji dla Zarządu po jego obradach - jeśli inna opcja pociąga za sobą konieczność wygłoszenia specjalnych przemówień. A nawet jeśli wspólna kolacja stanowi za duży wydatek dla Towarzystwa, to zawsze jest bar mleczny! O polskich sprawach można rozmawiać i przy ruskich pierogach...

Medycyna i firmy farmaceutyczne żyją - jak wiadomo - w symbiozie. Obie strony są sobie potrzebne.

LESZEK CEREMUŻYŃSKI
KARDIOLOGIA POLSKA 7/96

W NAUCE *nie ma* DEMOKRACJI

Zniesienie centralnej komisji zatwierdzającej stopnie i tytuły naukowe grozi polskiej nauce zalewem miernoty porównywalnym do okresu po marcu 1968. Bo dla uczelni im więcej profesorów, tym więcej pieniędzy - pisze Krzysztof Dołowy.

Przedstawiciele nauki wielokrotnie alarmowali z trybuny sejmowej i w środkach masowego przekazu, że katastrofalny brak pieniędzy powoduje uwiędnięcie badań. Polska wydaje na naukę ledwie 0,5 proc. PKB, podczas gdy kraje cywilizowane przeznaczają na nią od 2 do 3 proc. PKB (nie wspominając, że ten procent jest tam liczony od wyższej podstawy). Nie znam kraju o gospodarce wolnorynkowej, w którym profesor renomowanej uczelni nie zarabiałby od 4 do 6 średnich pensji krajowych (w Polsce - 1,5 średniej). Brak pieniędzy na naukę powoduje skutki przypominające przedłużającą się suszę. Bardziej wrażliwe gatunki roślin obumierają, a rozwijają się chwasty. Naukowcy emigrują,

niektórzy porzucają pracę naukową, inni pracują na kilku etapach nie mając czasu na konieczną w pracy naukowej refleksję, a ich miejsce zajmują mniej odważni, mniej zaradni czy mniej zdolni. Największym zagrożeniem dla przyszłości polskiej nauki jest jednak brak młodych ludzi gotowych poświęcić się tej skandalicznie niskopłatnej pracy.

Im dłużej trwa finansowa posucha, tym więcej nieodwracalnych zmian zachodzi w nauce. Jednak finansowe kłopoty są niczym wobec próby zamachu na polską naukę, jaką przeprowadzili ostatnio, postowie rządzącej koalicji i sprzyjający im minister Wiatr. Po raz pierwszy od marca 1968 r. polska nauka znalazła się w takim niebezpieczeństwie. Postowie koalicji rządzącej wnieśli do Sejmu projekt faktycznej likwidacji Centralnej Komisji ds. Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych. Centralna Komisja składa się z około 200 uczonych z różnych dyscyplin wybieranych przez wszystkich polskich profesorów w demokratycznych wyborach na trzyletnią kadencję. Nadaje poszczególnym radom wydziałów lub radom naukowym instytutów (i odbiera) uprawnienia do nadawania stopni (dr. i hr. hab.) oraz tytułów (prof.). Ale głównym zadaniem CK jest czuwanie nad jakością prac doktorskich, habilitacyjnych oraz ocena dorobku osób ubiegających się o tytuł profesora. Po otrzymaniu decyzji od odpowiedniej rady wydziału CK powołuje tajnych superrecenzentów, którzy ponownie analizują jakość pracy i zatwierdzają bądź odrzucają nadany stopień naukowy lub tytuł.

Mimo że członkowie rad naukowych wiedzą, że ich ewentualna decyzja nadania stopnia naukowego będzie analizowana przez CK, i tak wypuszczają blisko 20 proc., „bubli”. Akceptowanie słabych prac przez rady naukowe ma, jak sądzę, dwie przyczyny. Pierwsza - towarzyska. Nie oceniamy krytycznie (lub odwrotnie - oceniamy nadmiernie krytycznie) ludzi, z którymi spędzamy większość czasu. Druga przyczyna jest o wiele poważniejsza i dotyczy wszystkich sfer naszego życia - jest

nią brak tradycji i umiejętności prowadzenia merytorycznej krytyki. Reakcją polskiego naukowca na zwrócenie mu uwagi, że w równaniu powinien być minus, a nie plus, jest przekonanie, że istniały jakieś prywatne, polityczne lub finansowe powody tej publicznej napaści godzącej w jego dobra osobiste. Te dwie przyczyny powodują, że CK, jako ciało zewnętrzne, spełnia fundamentalną funkcję dbania o wysoką jakość pracy.

Postowie koalicji zaproponowali, aby decyzje rad naukowych dotyczących habilitacji, tytułów profesorskich, były ostateczne. A od liczby profesorów zależy ilość pieniędzy, jakie otrzymuje uczelnia, dlatego w jej interesie leży szybkie „wyprodukowanie” jak największej liczby profesorów. W ciągu kilku lat nastąpiłby potężny zalew miernoty porównywalnej tylko do okresu po marcu 1968.

Wnioskodawcy nie ukrywają swych planów, pisząc w uzasadnieniu, że proponowane zmiany „powinny zachęcać (małe) uczelnie do zwiększania kadry profesorów tytułarnych (...) we własnym zakresie”.

Oczywiście, można rozważyć możliwość zmian w tytułach naukowych. Na przykład znieść habilitację. Jako przedstawiciel nauk przyrodniczych nie widzę jednak sensu takiego kroku. Przy dzisiejszych przepisach można przedstawić jako habilitację kilka opublikowanych przez siebie prac. Jeżeli po zrobieniu doktoratu naukowiec publikuje, choćby w umiarkowanym tempie, jedną dobrą pracę na rok, to po pięciu, ośmiu latach ma w kieszeni habilitację, a po piętnastu, dwudziestu profesurę. Nie ma więc sensu znoszenie habilitacji. Być może inaczej jest w naukach technicznych.

Można by w zmianach modelu kariery naukowej pójść jeszcze dalej i zlikwidować zarówno habilitację, jak i profesurę (wtedy również CK przestałaby być potrzebna). Zwolennicy tego pomysłu powołują się na USA. Ale większość z nich chciałaby, by nie było habilitacji, lecz bez amerykańskiej konkurencji i głębokiej nierówności pomiędzy uczonymi nominalnie zajmującymi

tę samą pozycję. Zapewne nie zaakceptowaliby dziesięciokrotnych różnic w wysokości pensji pomiędzy dobrą i złą uczelnią czy jednym i drugim wydziałem tej samej uczelni. Również tego, że gdy stary profesor przestaje podobać się studentom i nie dostaje grantów na badania naukowe, musi przenieść się do klitki w bocznym skrzydle z jedną trzecią dotychczasowej pensji.

To, co stało się w czwartek, ma jeszcze jeden niepokojący aspekt. Oto grupa postów z koalicji postanowiła pogwałcić autonomię, jaką musi mieć nauka, i postanowiła zacząć ustanawiać prawa jej dotyczące pomimo jednoznacznie przeciwnej opinii środowiska naukowego. Najwyższy „Sejm” polskich uczelni, czyli Rada Główna Szkolnictwa Wyższego, oceniła projekt poselski zdecydowanie negatywnie i zwróciła uwagę, że „ewentualne zmiany w ustawach dotyczących szkolnictwa wyższego i nauki nie mogą być dokonywane w sposób fragmentaryczny. Może to bowiem wprowadzić chaos i przynosić trudne do przewidzenia szkodliwe skutki”. Rada Rektorów największych naszych (autonomicznych) uczelni wydała jednomyślną (co zdarza się bardzo rzadko) miazdzącą opinię o tej ustawie. Przedstawiciel PAN odrzucił projekt na posiedzeniu komisji. Profesor Kaleta w artykule w „Rzeczpospolitej” przestrzegał swych kolegów z SdRP przed awanturnictwem.

Postowie koalicji uznali jednak, że są bardziej kompetentni od uczonych. Przypomina to najgorszy okres w historii nauki, gdy Stalin zarządził, że genetyka, cybernetyka i teoria względności to spisek burżuazyjno-syjonistyczny przeciwko światowemu proletariatu, zakazał ich uprawiania, a uczonych wystąpił „na białe niedźwiedzie”.

Minister Wiatr pomimo jednoznacznie negatywnej opinii rządu namówił postów koalicji, aby projektu nie odrzucali. Czy zrobił to ze strachu przed towarzyszami klubowymi czy z katastrofalnego braku wyobraźni - wszystko jedno. Przyszłość polskiej nauki jest bardzo poważnie zagrożona. Apeluję do postów koalicji.

Opanujcie się. Nauka, podobnie jak sport, nie jest demokratyczna. Lepiej mieć jednego Einsteina niż pięciu profesorów mianowanych bez kontroli Centralnej Komisji, podobnie jak lepiej mieć jednego skoczka, który skacze wzwyż 2,5 metra, niż pięciu po 0,5 metra.

Nota o autorze:

Krzysztof Dolowy - prof. fizyki, poseł, rzecznik parlamentarny klubu Unii Wolności do spraw edukacji, nauki i kultury.

GAZETA WYBORCZA 130/96

Starość NIE RADOŚĆ

Przeoglądam najnowszy "Skład osobowy na rok akademicki 1995/96" lubelskiej Akademii Medycznej. Lektura rzetelna i - pouczająca. Oto wnioskować na jej podstawie można, że najlepiej w lubelskiej służbie zdrowia mają się chirurdzy. Owóż w samych przynależnych strukturalnie do Akademii Medycznej jednostkach klinik i katedr, w których specjaliści mają na co dzień do czynienia ze skalpelem, jest bodaj kilkanaście, wliczając w to chirurgię dziecięcą, położniczą, neurochirurgię etc. Bliźniaczo niemal zorganizowane są inne lubelskie szpitale. W każdym jest chirurgia, oprócz niej np. neurochirurgia, chirurgia naczyń, traumatologia etc. od okulistyki po onkologię. Więc przeliczmy sobie.

Spoglądam jeszcze na dane dotyczące Wydziału Pielęgniarskiego. Jest Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Neurologicznego i Neurochirurgicznego, jest Rehabilitacyjny.

W żadnej z należących do Akademii Medycznej klinik, ani w części informującej o Wydziale Pielęgniarstwa, nie znajdują kliniki (oddziału) geriatrycznej, ani też pracowni, w której studentki pielęgniarki uczą się o chorobach i problemach staroego człowieka. Może chowają się pod szyldem Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego. Hm, znałoby to - i słusznie - że geriatra jest problemem społecznym. Bo rzeczywiście. Statystyki alarmują -

mimo iż niektóre rodziny decydują się na kilkoro dzieci, wkrótce będziemy społeczeństwem starzejącym się. I dopiero "zaczną się schody". Choć wiele osób uważa, że one już są. Ludźmi starymi nikt się zajmować nie chce. Tabliczki informują, że "tu przyjmuje specjalista geriatra" z przysłowiową świecą szukać. Takich ludzi jest pewnie na kilkuset tysięcy Lublin paru, nie mówiąc o regionie. Na dobrą sprawę nie wiadomo, na jaki oddział mają trafić ludzie starzy. Często traktowani są jak piąte koło u wozu. Ich specyficzne problemy i kłopoty wynikające z choroby, wieku, zwykłego zmęczenia organizmu, są lekceważąco pomijane. To fatalny znak dzisiejszych czasów. Widoczny także na papierze.

(MAD)

Anatomia fantomu

W uczelniach medycznych brakuje zwłok do celów naukowych

Uczelnie medyczne mają coraz większe problemy z pozyskiwaniem zwłok ludzkich do celów naukowych. W Collegium Medicum UJ w Krakowie brakuje tkanek na zajęcia z anatomii.

Katedra Anatomii już kilkakrotnie pisała w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia, ale resort nie ma pomysłu jak tę sprawę rozwiązać. Nie ma też pieniędzy na zakup za granicą fantomów, czyli modeli ludzkiego ciała. Jeden kosztuje ponad 300 mln starych zł. Niedługo może dojść do tego, że świeżo upieczony lekarz wewnątrz ludzkiego ciała będzie znał tylko z lektury akademickich podręczników.

- Anatomii można się nauczyć tylko na zwłokach - mówi prof. Janina Sokółowska-Pituchowa, emerytowana pracownica Katedry Anatomii Collegium Medicum UJ, przez 25 lat kierowniczką tej katedry.

- Przed wojną nie było takiego problemu. Uczelnie medyczne otrzymywały wiele zwłok osób bezdom-

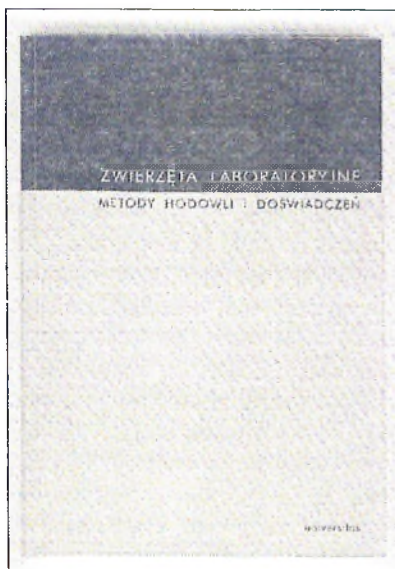
nych, o nieznanym personalia. Po wykorzystaniu niektórych tkanek i narządów, zwłoki były chowane przez władze miejskie i na ich koszt. Oczywiście nie tył to pochówek z honorami, ale godny. Pamiętam, że we Lwowie, gdzie studiowałam medycynę, jedne zwłoki preparowało średnio 12 studentów. Tuż po wojnie ćwiczenia przeprowadzano na zwłokach poległych na polu bitwy, gdy nie wiadomo było skąd pochodzą. Z tym, że każda uczelnia prowadziła rejestr takich zwłok. Potem, przez wiele lat, otrzymywaliśmy zwłoki z domów pomocy społecznej. To byli ludzie, których nie miał kto pochować. Z upływem lat coraz trudniej było o organy i tkanki ludzkie. Pamiętam, że raz wysyłałam karetkę aż do Gdańska. Teraz zwłok dla celów naukowych praktycznie nie ma. O ile wiem, w domach pomocy społecznej ludzie składają się, aby zapewnić pochówek biedniejszemu. Pozostają sztuczne szkielety, sztuczne modele narządów ludzkich i kości. Kolorowe plansze. Ale co to za chirurg, który zanim przystąpi do operacji nie obejrzy jak wygląda naprawdę jama brzuszna człowieka.

Zgodnie z rozporządzeniem wydanym w 1969 r. przez ministra zdrowia, do celów naukowych można wykorzystywać ciała osób, które mają być pochowane na koszt państwa. W całej Polsce jest rocznie zaledwie kilka takich ciał. Do niektórych uczelni przychodzą czasem starsze, samotne osoby, które deklarują, iż po śmierci mogą oddać swoje ciało na potrzeby nauki. Uczelnie nie mogą oferować za to pieniędzy, mają natomiast obowiązek pochowania zwłok. Niedawno taki przypadek miał miejsce w krakowskiej Katedrze Anatomii. Starsza pani, która wystąpiła z taką propozycją musiała sporządzić testament z odpowiednią adnotacją i podpisać go u notariusza.

Prof. Sokółowska-Pituchowa podkreśliła bardzo wyraźnie, że studentów uczy się godnego traktowania ludzkich szczątków.

(G)

DZIENNIK POLSKI 184/96



**ZWIERZĘTA LABORATORYJNE.
METODY HODOWLI I DOŚWIADCZEŃ.**
PRACA ZBIOROWA POD REDAKCJĄ
JADWIGI BRYLIŃSKIEJ I JANINY KWIAT-
KOWSKIEJ. UNIVERSITAS, KRAKÓW 1996.

Mianem „zwierzęta laboratoryjne” określa się kilka gatunków ssaków, używanych do badań w pracowniach biologicznych i biomedycznych. Są to: mysz, szczur, królik, chomik syryjski, gerbil, świnka morska, kot i pies; listę tę uzupełniają niekiedy inne gatunki gryzoni, ssaki „wyższe” (małpy) i jeden gatunek ptaka: przepiórka japońska. Doświadczenia na zwierzętach wykonuje się również w obrębie nauk rolniczych i leśnych: tam chodzi o gatunki gospodarczo wykorzystywane przez człowieka, w tym również zwierzę tętniącą. Biolodzy zajmujący się zagadnieniami ekologicznymi lub ewolucyjnymi muszą nieraz objąć swoimi badaniami wiele innych gatunków. Wszystkie je można zaliczyć do ogólniejszej kategorii „zwierząt doświadczalnych”.

Jednak kiedy porównamy proporcje ilościowe, okaże się, że zwierzęta laboratoryjne w sensie wyżej sformułowanym stanowią ogromną większość wszystkich zwierząt używanych do badań. Ze statystyk prowadzonych w Wielkiej Brytanii wynika, że tylko w tym jednym kraju na zwierzętach laboratoryjnych wykonuje się rocznie około po 3 milionów testów toksyczności różnych sub-

stancji oraz kilkadziesiąt tysięcy prac badawczych dotyczących leków. Chociaż ostatnio uwidacznia się tendencja do zmniejszania liczby doświadczeń na zwierzętach (zwłaszcza testów szkodliwości produktów nie będących lekami), to jednak są dziedziny nauki, w których intensywność badań musi rosnąć. Dotyczy to zarówno postępów medycyny w zwalczaniu dawno znanych chorób, jak i nowych zagrożeń. Obecne i przyszłe osiągnięcia nauk stosowanych są możliwe tylko dzięki wcześniejszym lub równoległym postępom nauk „czystych”, jak filozofia, genetyka, embriologia czy biologia molekularna.

Człowiek wykorzystuje zwierzęta w różny sposób: od zarania naszej cywilizacji zwierzęta dostarczały nam pokarmu i dla nas pracowały. Zwierzęta laboratoryjne, jak to ujął profesor Jerzy Vetulani, służą nam nie pracą, nie ciałem - ale cierpieniem. Eksploatacja zwierząt w taki sposób jest w naszej kulturze zjawiskiem stosunkowo nowym. Wielu ludziom trudniej się z tym pogodzić, niż z hodowlą zwierząt na ubój, wykorzystywaniem pracy koni pociągowych i zatrudnianiem psów do różnych ryzykownych zajęć. Pod naciskiem opinii publicznej w wielu krajach wprowadzono bardzo skrupulatne przepisy zmierzające do ograniczenia eksperymentów na zwierzętach. Naiwnością byłoby oczekiwać, że kiedyś uda się całkowicie wyeliminować takie doświadczenia, zastępując je metodami alternatywnymi lub porzucając je w imię wąsko pojmowanej „bioetyki”. Niemożna by tego uczynić inaczej, niż rezygnując w ogóle z postępu nauk przyrodniczych, a to oznaczałoby regres cywilizacyjny, który obróciłby się zarówno przeciw ludziom, jak i zwierzętom.

Ograniczenie cierpień zwierząt laboratoryjnych postulują nie tylko obrońcy praw zwierząt, kierujący się pobudkami etycznymi lub emocjonalnymi, ale także sami badacze -

ze względów praktycznych. Dla każdego, kto miał do czynienia z doświadczeniami na zwierzętach, jest oczywiste, że dobra kondycja zwierząt doświadczalnych jest podstawowym warunkiem osiągnięcia sukcesu w pracy naukowej. Jest w interesie badacza stworzyć zwierzętom jak najlepsze warunki życia w hodowli i stosować jak najmniej stresujące i najmniej bolesne zabiegi. Dawno już do historii przeszły metody i techniki „wiwisekcji”, które wprowadzono w XVII i XVIII w. przyniosły wielki postęp fizjologii, ale dzisiaj budzą odrazę swoją brutalnością. Z korzyścią dla badacza jest również i to, aby używać jak najmniejszej liczby zwierząt, zapewniającej miarodajne wyniki.

Biolog eksperymentator, oprócz znajomości swojej dziedziny, musi więc dysponować dość specyficznymi umiejętnościami warsztatowymi. Nie wystarczy restrykcyjne prawo ani skrupulatna postawa moralna badacza, jeżeli zabraknie im wiedzy o poprawnym projektowaniu doświadczeń, sprawności w wyszukiwaniu informacji o wcześniejszych rezultatach, a przede wszystkim o zasadach prawidłowej hodowli i eksperymentowania na zwierzętach.

Dzięki znajomości zasad rachunku prawdopodobieństwa i statystyki matematycznej można przygotować badania w taki sposób, aby wiarygodne rezultaty osiągnąć przy jak najmniejszej liczbie powtórzeń, oszczędzając nie tylko cierpień zwierzętom doświadczalnym, ale też placówkom naukowym - czasu i pieniędzy. Uczą tego podręczniki, których nie brakuje.

Nieznamość dawniej osiągniętych wyników badań w danej dziedzinie sprowadza do absurdu każde, choćby najstarannie wykonane eksperymenty i niweczy sens ofiary zwierząt doświadczalnych. Mimo lawinowo rosnącej ilości informacji naukowej wyszukanie potrzebnych danych nie jest zadaniem beznadziejnym, cho-

cięż wymaga nie lada umiejętności. Błędna strategia publikowania własnych wyników może spowodować, że nigdy nie dotrą do nich potencjalni czytelnicy. W konsekwencji eksperymenty przeprowadzone na zwierzętach okażą się bezużyteczne, a przez to etycznie naganne. Potrzebnych poradników wyszukiwania i rozpowszechniania informacji naukowej w biologii, medycynie i naukach rolniczych jeszcze u nas nie opublikowano.

Jednak najdotkliwszy był dotychczas brak podręcznika metod hodowli i doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych. Lukę tę wypełnia dopiero niniejsza książka. Podręcznika takiego potrzebują studenci biologii, medycyny, farmacji, nauk rolniczych, a także młodzi pracowni-

cy naukowcy i naukowo-techniczni. Dzieło o podobnym zakresie ukazało się w Polsce ponad 20 lat temu (Zwierzęta laboratoryjne; hodowla i użytkowanie, red. H. Krzanowska, Warszawa 1974) i jego nakład jest od dawna wyczerpany.

Niniejszy podręcznik stanowi kompendium wiedzy o prawidłowym postępowaniu ze zwierzętami. Omawiane są praktyczne metody urządzania hodowli i utrzymania zwierząt w dobrym zdrowiu; podaje się szczegółowe wskazówki o hodowli poszczególnych gatunków. Aspekty praktyczne uzupełnione są o niezbędną wiedzę teoretyczną z zakresu genetyki, fizjologii rozrodu i fizjologii żywienia, a także historii nauki o zwierzętach laboratoryjnych i zasad nomenklatury. Ostatnie rozdzia-

ły zajmują się pragmatyką doświadczeń na zwierzętach, zasadami etyki i odnośnymi przepisami prawa. Autorzy ograniczają zakres podręcznika do kilku najważniejszych gatunków ssaków laboratoryjnych, ale badacze zajmujący się innymi zwierzętami również znajdą w tym podręczniku wiele cennych wskazówek. Zespół autorów to grupa wytrawnych specjalistów-praktyków, zajmujących się zwierzętami laboratoryjnymi w najlepszych ośrodkach naukowych w Polsce. Nie jest rzeczą przypadku, że są wśród nich osoby znane ze swej troski o poprawienie warunków, w jakich żyją i poddawane są eksperymentom zwierzęta laboratoryjne w naszym kraju.

JANUARY WEINER
(ZE WSTĘPU DO KSIĄŻKI)

KaPro v. 1.0

System kalkulacji kosztów dla szpitala



Możliwości:

- przyjazne, graficzne środowisko pracy
- rozliczenie kosztów w 100% zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
- łatwość konfiguracji dla potrzeb własnego szpitala
- kilkadziesiąt wyczerpujących ra-

- portów po naciśnięciu klawisza
- możliwość kalkulacji kosztów w odniesieniu do wybranego wskaźnika
- możliwość prognozowania kosztów na przyszłość
- diagnostyka poprawności i kompletności wprowadzonych danych
- podręcznik obsługi wraz z podbudową teoretyczną
- system naprawy uszkodzonych baz danych

Wymagania sprzętowe:

- komputer PC 486 DX2 66MHz, 8MB RAM,
- 10 MB na twardym dysku
- Windows 3.*, Windows 95,
- drukarka

Zawartość pakietu:

- KaPro v. 1.0 - 4 dyskietki 3.5f
- instrukcja obsługi
- licencja
- karta rejestracyjna

Uniwersytecka Opieka Zdrowotna
Sp z o. o.
Al. Raclawickie 1
20-037 LUBLIN

E-mail: uhc@clinicom.lublin.pl
WWW: <http://www.uhc.lublin.pl>

Firma UHC to młoda, dynamicznie rozwijająca się firma, której przedmiotem działań jest rozwój najlepszego w Polsce systemu informacyjnego spełniającego wszystkie aktualne i przyszłe wymagania administracji służbą zdrowia w Polsce. Perspektywnym celem UHC jest oferowanie kompleksowych rozwiązań w zakresie przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia między wszelkimi jednostkami zaangażowanymi w opiekę zdrowotną w Polsce: szpitalami, poradniami, placówkami prywatnymi, jednostkami statystycznymi, towarzystwami ubezpieczeniowymi.

PO RAZ PIERWSZY KSIĄŻKA MEDYCZNA

MEDICA'96

impreza towarzysząca

III KRAJOWYM TARGOM KSIĄŻKI AKADEMICKIEJ **ATENA'96**

7-10 listopada 1996
Aula Główna Politechniki Warszawskiej
Warszawa, Plac Politechniki 1

**OKAZJA DO ZAPOZNANIA SIĘ Z OFERTĄ POLSKICH
WYDAWCÓW MEDYCZNYCH**

**MOŻLIWOŚĆ ZAKUPU NAJNOWSZYCH PUBLIKACJI
Z ZAKRESU MEDYCZYNY**

**SZANSA ZNALEZIENIA TEJ KSIĄŻKI MEDYCZNEJ,
KTÓREJ SZUKASZ**

**MOŻLIWOŚĆ ZAPOZNANIA SIĘ Z POLSKĄ PRASĄ
MEDYCZNĄ**

MEDICA'96

oferuje

- książki medyczne
- prasę medyczną

prezentuje

- medycynę
- stomatologię
- farmakologię
- pielęgniarstwo
- weterynarię

zaprasza

- lekarzy
- pielęgniarzy
- studentów

**NAGRODY
dla zwiedzających**

Organizatorzy:

Wydawnictwa Naukowo-Techniczne
ul. Mazowiecka 2/4, 00-048 Warszawa
tel. 26 72 71 w. 288, fax 268293

Sekcja Wydawców
Książki Medycznej PIK
tel. 26 22 87, fax 263182

Uśmiech Eskulapa

* * *

- Panie doktorze, mam dopiero czterdzieści lat i już jestem zupełnie łysy.
- Niech się pan nie martwi, pociesza pacjenta lekarz - wypadanie włosów to bodaj jedyna choroba, która nie ma nawrotów...

* * *

Lekarz do pacjenta:

- Pańska dolegliwość nie jest groźna, ale i tak trzech na sto pacjentów umiera na nią.
Pacjent z nadzieją: - A czy tych trzech już umarło?

* * *

W klinice zjawił się młody człowiek, by odwiedzić przyjaciela, który uległ wypadkowi samochodowemu.

- Czy mój kolega ma jakieś szanse? - pyta ładną pielęgniarkę.
- Żadnych, proszę pana. On nie jest w moim typie.

* * *

Panie doktorze, nie mogę spać na lewym boku!
- A czy nie próbowała pani obrócić się na prawy?
- Wtedy nie słyszałabym, o czym mówią sąsiedzi!

* * *

- Mój lekarz powiedział, że wkrótce postawi mnie na nogi.
- I dotrzymał słowa?
- Tak, musiałem sprzedać auto na jego honoraria.

* * *



- Byłam u mego doktora w związku z zanikiem pamięci - zwierza się przyjaciółce Kasia.
- I co ci zalecił?
- Płacić z góry za wizyty.

* * *

- Panie doktorze - mówi pacjent w szpitalu - w żadnym razie nie pozwolę się zoperować. Wolę już umrzeć!
- Ależ, niech się pan nie denerwuje, drogi panie. Nie-raz daje się połączyć jedno z drugim.

* * *

Pacjent leżący na jednej ze szpitalnych sal pyta lekarza:
- Panie doktorze, czy rzeczywiście jest ze mną aż tak źle?
- Tego bym nie powiedział. Ale nie powinien pan raczej czytać gazetowych powieści w odcinkach...

* * *

Do pielęgniarki dyżurnej podchodzi profesor i pyta:
- Ilu w nocy zmarło pacjentów?
- Czterech.
- Jak to? Przecież dla pięciu zapisałem lekarstwo.
- Tak, ale jeden odmówił przyjęcia leku!

* * *

Na sąsiednich łóżkach w szpitalnej sali spotykają się dwaj pacjenci.
- Co się panu przytrafiło?
- Pozwoliłem żonie prowadzić samochód. A panu?
- Ja swojej nie pozwoliłem!

* * *

Staruszek oświadcza się jednej z pielęgniarek, w której zakochał się podczas pobytu w szpitalu:
- Uprzedzam jednak panią, że mam reumatyzm, hemoroidy, astmę, wrzody i zapalenie spojówek.
- A czy pan czegoś nie ma?
- Tak. Nie mam zębów.

* * *

Do męża leżącego w szpitalu pod namiotem tlenowym przysłała żona. Gdy stanęła przy nim, on nagle zszedł, a oczy stanęły mu w ślup. Zaczął pokazywać na migi, że chce kartkę i coś do pisania. Gdy dostał kartkę, szybko coś napisał, podał ją żonie i w tej właśnie chwili wyzionął ducha. Gdy żona ochłonęła po stracie męża, przeczytała kartkę:
„Zejdź z węża, blokujesz dopływ tlenu“.

* * *

Sala operacyjna w szpitalu. Na stole leży operowany pacjent.

- Panie doktorze - zauważa pielęgniarka - ten uśpiony pacjent mruga prawą powieką!
- Niech siostra nie traktuje tego poważnie, to pewnie jakiś podrywacz...

* * *

Pielęgniarka wchodzi do gabinetu lekarskiego i mówi:

- Dzwoni Kowalska. Żona tego Kowalskiego, którego dziś odwieźliśmy do domu. Po zdjęciu bandażu z głowy okazało się, że to nie jej mąż!
- Jest bardzo zdenerwowana?
- Przeciwnie, bardzo nam dziękuje!

* * *

Z sali szpitalnej, na której leży ciężko chory, wychodzi lekarz i mówi do zmarłej kobiety:

- Mam dla pani dwie wiadomości: jedną złą, drugą dobrą. Wiadomość zła: mąż jest beznadziejnie ciężko chory. Wiadomość dobra: jeszcze żyje.

* * *

Kowalski opowiada koledze:

- Czy wiesz, że mój pies uratował mi życie?
- W jaki sposób?
- Kiedy leżałem w szpitalu, nie dopuścił żadnego lekarza do mojego łóżka!

* * *

Chory mówi do lekarza:

- Macie tu cudowną pielęgniarkę! Od jednego jej dotknięcia spadła mi gorączka!
- Wiem, wiem. Słyszałem ten odgłos uderzenia w twarz na końcu korytarza.

* * *

Po zakończeniu obchodu lekarskiego ordynator oddziału mówi:

- Zobaczycie, po reformie w służbie zdrowia pacjenci jeść będą wyłącznie salami.
- Skąd weźmiemy tyle tego salami?
- Przecież mówię, że salami! W poniedziałek - sala nr 1, we wtorek - sala nr 2 i tak dalej...

* * *

- Dziękuję, panie doktorze. Lekarstwo, które mi pan przepisał bardzo mi pomogło.
- A widzi pani?! Byłe co przepisałem, a jednak pomogło.

* * *

Aforyzmy i przysłowia

O ZDROWIU I CHOROBIĘ

Nie potrzeba cyrulika, kiedy gardło dobrze łyka.

(polskie)

Na nic oczy, skoro mózg jest ślepy.

(arabskie)

Wstydlivość posiada dwóch wrogów: miłość i chorobę.

(hiszpańskie)

Zdrowa baba chorego chłopca przeskoczy.

(polskie)

Im większa głowa, tym większa migrena.

(serbskie)

Kto ma w maju gorączkę, resztę roku żyje zdrowo i wesoło.

(francuskie)

Kiedy car ma ospę, cała Rosja jest dziobata.

(rosyjskie)

Żaden środek nie uleczy zmyślonej choroby, wódka nie uleczy prawdziwego smutku.

(chińskie)



Medykalia '96



12 MAJA - NIEDZIELA
17⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "EPIDEMIA" (wszystki wory)

DNI CHODZKOWIA '96
NA STOLOWCE AM PRZY UL. CHODZKI 10-11 MAJ
SPONSORUJĄ... (czytaj na plakacie)

10 MAJA - PIĄTEK
17⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "Pola na ciemnościach" (wszystki wory)
18⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "Dziądoła - niegruby brat Sędziwy"
20⁰⁰ SHOW DYSKOTEKOWE
z taniec w cieniu

BAX
SERDECZNI
ZAPRASZAM
11 MAJA - SOBÓ
17⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "Dziądoła - niegruby brat Sędziwy"
18⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "Dziądoła - niegruby brat Sędziwy"
19⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "Dziądoła - niegruby brat Sędziwy"
20⁰⁰ SHOW DYSKOTEKOWE
z taniec w cieniu

12 MAJA - NIEDZIELA
17⁰⁰ KINO "MEDYK" film: "EPIDEMIA" (wszystki wory)



FOTOGRAFOWALI
Cezary Klank
Rafał Stec