

PULS

GAZETA STUDENTÓW NR 192-193 • 02/03-2018

W TYM NUMERZE

Motywacja lub jej brak

Rekiny Sukcesu

Wywiad z Panią prof. Anną Latos-Bieleńską





Poszukujemy redaktorów!

Lubisz pisać, dobrze rysujesz lub znasz się na grafice komputerowej? Dołącz do nas!

Jeśli nie chcesz spędzić studiów wyłącznie z nosem w książkach, znajdziemy coś dla Ciebie.

Propozycje współpracy lub gotowe artykuły wysyłajcie na teksty@pulsum.pl

U M P U L S

GAZETA STUDENTÓW

NR 192-193 •
02/03-2018



MATEUSZ SZULCA
REDAKTOR NACZELNY

Czy gdy przyglądamy się temu, co się dzieje wokół, i obserwujemy ludzi, którzy odnoszą sukcesy i doświadczają porażek, odczuwacie czasami w sercu ukłucie ambicji? Trudno mi sobie wyobrazić, że mogłem spotkać kogoś, kto nie wiedziałby, o czym piszę. Ze względu na to, że jest to uczucie dość dobrze znane, wezmę na warsztat siostrę ambicji – motywację.

Choć prawie zawsze idą w parze, nie można ich traktować jako wręcz synonimicznego tandemu. Pierwsza z nich, w moim odczuciu, jest dość „punkтова”, wyznacza pewien określony cel w czasie; druga – to figura zdecydowanie bardziej skomplikowana, mówiąca wiele o przeszłości człowieka i ścieżce jego rozwoju. Motywacja ma wiele płaszczyzn, które definiują jej charakter – do dwóch podstawowych należy kierunek efektu osiągniętego dzięki dążeniom i emocje inicjujące. Jeśli rozwiązuję moje psychologiczne pseudopojęcia – efekt może oddziaływać przede wszystkim na nas samych, grupę osób lub oba środowiska jednocześnie, czego wspólnym założeniem jest osiągnięcie samospelnienia. Największego kolorytu nadają jednak emocje, które stanowią punkt zapalny wszystkich działań. W wyniku życiowych doświadczeń i balansu psychicznego stery przejmują albo zapędy negatywne, takie jak nienawiść czy zemsta, albo zapędy pozytywne – miłość, altruizm...

Kiedy następnym razem poczujecie się zmotywowani, wykorzystajcie tę okazję do spojrzenia w głąb siebie.

Redaktor naczelny: Mateusz Szulca (m.szulca@puls.ump.edu.pl)
Z-ca redaktora naczelnego: Mikołaj Bartoszkiewicz (m.bartoszkiewicz@puls.ump.edu.pl)
Redaktor techniczny: Filip Zerbst (f.zerbst@puls.ump.edu.pl)
Marketing: Alicja Pogorzelska (a.pogorzelska@puls.ump.edu.pl)
Skarbnicy: Karolina Broda (k.broda@puls.ump.edu.pl), Olga Mejer (o.mejer@puls.ump.edu.pl)

Okładka: Martyna Wróbel
Skład: Mikołaj Bartoszkiewicz, Filip Zerbst
Strona internetowa: Paweł Echaust

Kolegium: Mikołaj Bartoszkiewicz, Karolina Broda, Tamara Dunajewska, Mikołaj Dyrda, Paweł Echaust, Aleksandra Glowinkowska, Paweł Jessa, Sandra Kowalczyk, Kinga Marzec, Olga Mejer, Joanna Nowacka, Alicja Pogorzelska, Karolina Stachowiak, Mateusz Szulca, Alicja Świątała, Joanna Theda, Mateusz Wilczek, Paulina Wójcik, Przemysław Zakowicz, Monika Ziemkiewicz

Człowiek uczy się całe życie zarówno otaczającego go świata, jak i własnych emocji, które nim kierują. I niezależnie od tego, która z tych wielkich potęg zatriumfuje, żagle ludzkiej duszy doznają efektu kamikadze – boskiego wiatru.

SPIS TREŚCI

- 6 **Mikroskop** *Olga Mejer*
- 7 **Bo gdy bardzo się czegoś chce...** *Alicja Świątała*
- 8 **Jutro coś napiszę** *Karolina Broda*
- 9 **Rekiny sukcesu** *Olga Mejer*
- 10 **Koncert charytatywny Poznań Business Run**
Monika Chomej i Aniela Zubeł
- 11 **Obiad i deser – proste, a smaczne** *Ewa Kołodziej*
- 12 **Droga Angelo!** *Franek Maja*
- 13 **Cesarz USA** *Tomasz Łukawski*
- 14 **Krakowskie koledowanie** *Joanna Guz*
- 15 **Wiem co oglądam i co obserwuję** *prof. Michał Nowicki*
- 16 **Pomyśl o zebrze** *Katarzyna Brylak*
- 17 **Wywiad z Panią Prof. Anną Latos-Bieleńską**
Katarzyna Brylak
- 19 **Badajcie się, dziewczyny!** *Olga Mejer*
- 20 **USAtysfakcjonowana: nad rzeką Chicago** *Paulina Wójcik*
- 21 **Miłość jest serią reakcji chemicznych** *Sandra Kowalczyk*
- 23 **Gra na zimowe wieczory i nie tylko** *Paweł Jessa*
- 24 **„Poproszę szałwii i nabię!” – czyli o zastosowaniu podbięu pospolitego** *Sandra Kowalczyk*
- 25 **Epopeja Alkoholika** *Przemysław Zakowicz*
- 26 **Na karuzeli życia** *Tamara Dunajewska*
- 27 **Cukrzyca u dzieci „nie śpi i chodzi do szkoły”** *Olga Mejer*
- 30 **Billy Milligan. Najcięższy przypadek rozszczepienia osobowości** *Pamela Jeske*
- 30 **Jeszcze jeden oddech** *Kamila Jaz*
- 31 **Twoje zdrowie w twoich rękach** *Kamila Jaz*
- 32 **Kore** *Kamila Jaz*
- 32 **Triumf Teatru** *Kamila Jaz*
- 34 **Let's play a game vol. 8**
- 36 **Jolka**

Numer zamknięto: 01.03.2018
Nakład: 3500 egzemplarzy

Adres redakcji: ul. Przybyszewskiego 39, DS „Eskulap”
60-356 Poznań, tel. (61) 658-44-35

Korekta: Marta Drożyńska, Paulina Kościelniak, Monika Kujawa, Mikołaj Kwapiszewski, Natalia Majchrzak, Iza Palińska, Klaudia Raflik, Dorota Stürmer, Joanna Wiśniewska, Patrycja Wołkowska.

puls.ump.edu.pl • fb.com/PulsUMP • teksty@puls.ump.edu.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Zgłoszenie tekstu do druku jest jednoznaczne z przekazaniem Redakcji prawa do jego własności.

W A R I O G R A F

IMIĘ I NAZWISKO: Tomasz Koczorowski
STOPIEŃ NAUKOWY: doktor nauk farmaceutycznych
STANOWISKO: adiunkt w Katedrze i Zakładzie Technologii
Chemicznej Środków Leczniczych
STAŻ NA UCZELNI: 6 lat (w tym 4 lata studiów doktoranckich)



TRZY SŁOWA, KTÓRE NAJTRAFNIEJ MNIE OPISUJĄ: zorganizowany, wytrwały, obowiązkowy.

JESTEM MISTRZEM W: planowaniu podróży oraz wycieczek górskich.

MAM SŁABOŚĆ DO: gadżetów elektronicznych, czasem zupełnie niepotrzebnych.

NIE POTRAFIĘ: odmawiać pomocy.

ZAWSZE CHCIAŁEM SIĘ NAUCZYĆ: od dziecka marzyłem o pilotowaniu samolotów, a dzisiaj chciałbym wspinać się wyczynowo wysoko w górach.

CHCIAŁBYM JESZCZE: móc więcej podróżować, nie zawsze do miejsc bardzo odległych.

AUTORYTETEM JEST DLA MNIE: w świecie nauki każdy, kto posiada ogromną wiedzę i doświadczenie w konkretnej dziedzinie. Nie potrafię natomiast jednoznacznie wskazać autorytetów moralnych.

KIEDY KŁAMIE: widać to po mnie, gdyż trudno mi wtedy ukryć zdenerwowanie.

SŁOWA, KTÓRYCH NADUŻYWAM: nie potrafię sobie przypomnieć :-)

IRYTUJE MNIE: hipokryzja w postępowaniu ludzi, zwłaszcza tych uważających się za autorytety.

KIM LUB CZYM CHCIAŁBYM BYĆ, GDYBYM NIE BYŁ TYM, KIM JESTEM: W czasach szkolnych wielu nauczycieli mówiło mi, że mógłbym zostać spikerem radiowym lub lektorem.

STUDENTOM ZAZDROSZCZĘ: niekiedy dużo wolnego czasu (zwłaszcza w wakacje) i swobody wyboru jego zagospodarowania.

KIEDY STOJĘ W KORKU: kiedyś słuchałem radia, dzisiaj z reguły zabawiam swoje znużone dzieci ;-)

ZAWSZE MAM PRZY SOBIE: nieodłączny atrybut naszych czasów - telefon komórkowy (choć w dobie smartfonów to bardzo przydatne narzędzie).

NIEZWYKŁA UMIEJĘTNOŚĆ, KTÓRĄ POSIADAM: kończenie prawie każdego domowego majsterkowania na zakupach w Castoramie ;-)

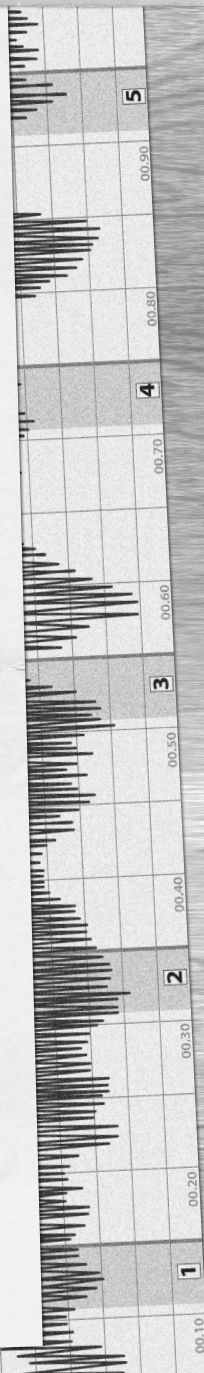
MOJE ULUBIONE MIEJSCE NA ZIEMI: góry, zwłaszcza Karkonosze.

MUZYKA, PRZY KTÓREJ SIĘ BAWIĘ: różne gatunki muzyki lat 80. i 90.

MUZYKA, PRZY KTÓREJ ODPOCZYWAM: różnego rodzaju rockowa, hardrockowa, a nawet metal.

ENERGII DODAJE MI: dobrze przemyślany plan działania.

MOJA RADA DLA STUDENTÓW: gdy dokonujecie w życiu różnych wyborów, nie palcie za sobą mostów, gdyż nigdy nie wiadomo, co przyniesie życie.



W A R I O G R A F

IMIĘ I NAZWISKO: Piotr Fichna
STOPIEŃ NAUKOWY: prof. dr hab. med
STANOWISKO: lekarz, nauczyciel, kierownik Kliniki Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
STAŻ NA UCZELNI: 43 lata + wcześniej 5 lat w SKN przy Histologii podczas studiów.



TRZY SŁOWA, KTÓRE NAJTRAFNIEJ MNIE OPISUJĄ: człowiek dość naiwny.

JESTEM MISTRZEM W: wizjonerstwie, co trzeba by zrobić w różnych sprawach (z wykonaniem jak zwykle).

MAM SŁABOŚĆ DO: endokrynologii i diabetologii dziecięcej.

NIE POTRAFIĘ: mnóstwa rzeczy, np. czytać nut (pozostaje pamięć ze słuchu).

ZAWSZE CHCIAŁEM SIĘ NAUCZYĆ: gry na instrumencie muzycznym (chciałem, ale nie próbowałem), bo można muzykę potraktować jako jeden z uniwersalnych języków stosowanych między ludźmi.

CHCIAŁBYM JESZCZE: zobaczyć dobre warunki przestrzenne Kliniki Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, aby móc sprostać standardom opieki nad ok. 1500 dziećmi z cukrzycą w Wielkopolsce.

AUTORYTETEM JEST DLA MNIE: ks. Adam Boniecki.

KIEDY KŁAMIĘ: wtedy kiedy milczę, a powinienem głośno mówić (wstyd, a wykrętne tłumaczenie zawsze się znajdzie).

SŁOWA, KTÓRYCH NADUŻYWAM: są „łagodne” obraźliwe wobec innych uczestników ruchu drogowego, ale ci na szczęście ich nie słyszą.

IRYTUJE MNIE: pycha i arogancja.

KIM LUB CZYM CHCIAŁBYM BYĆ, GDYBYM NIE BYŁ TYM, KIM JESTEM: np. studentem.

STUDENTOM ZAZDROSZCZĘ: młodości i podstawowej wiedzy, na której mogą dalej coś budować - zaczynają już wyżej niż wcześniejsze generacje (takie prawo natury i postępu).

KIEDY STOJĘ W KORKU: nie jestem zadowolony, czasem słucham radia, myślę, co mam do zrobienia.

ZAWSZE MAM PRZY SOBIE: telefon komórkowy, dokumenty itp., bardzo często też szczyrzyk.

NIEZWYKŁA UMIEJĘTNOŚĆ, KTÓRĄ POSIADAM: nie mam takiej - tylko zwykłe umiejętności, i to niedoskonałe.

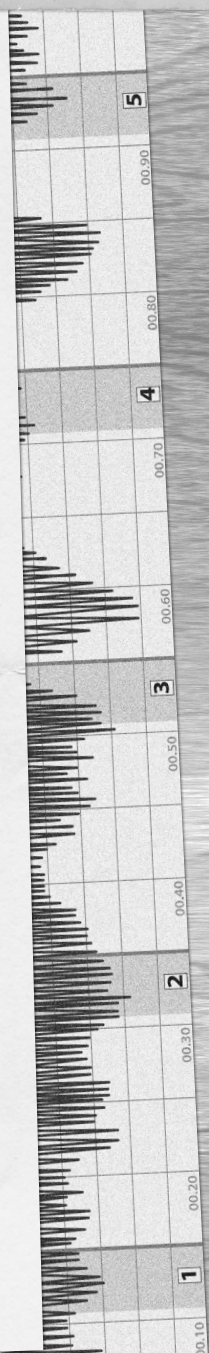
MOJE ULUBIONE MIEJSCA NA ZIEMI: te, w których bywałem w dzieciństwie, ale teraz już nie są takie same, dlatego zapisały się tylko w mojej pamięci.

MUZYKA, PRZY KTÓREJ SIĘ BAWIĘ: jeżeli chodzi o tańce - nie bawię się przy muzyce, jeżeli o relaks - jak niżej.

MUZYKA, PRZY KTÓREJ ODPOCZYWAM: klasyczna, ale nie tylko tzw. poważna.

ENERGII DODAJE MI: herbata z cytryną, miód itd., ale też każdy mały sukces, pochwała od żony...

MOJA DOBRA RADA DLA STUDENTÓW: nieustannie pytajcie, uczcie się stawiać pytania - tak sobie, jak i innym. Pytania są ważniejsze od odpowiedzi, te ostatnie z czasem często się zmieniają.



Nowy lek w terapii niedrobnokomórkowego raka płuc

Jedną z linii leczenia zaawansowanego raka niedrobnokomórkowego płuc (NSCLC), zwłaszcza gruczolakoraka z obecną mutacją w genie EGFR, jest stosowanie inhibitorów kinazy tyrozynowej EGFR (EGFR-TKI) – erlotynibu i gefitynibu, w przypadku stosowania których obserwuje się wyższy odsetek pozytywnych odpowiedzi, lepszą tolerancję i pozytywny wpływ na czas przeżycia wolnego od progresji choroby w porównaniu z chemioterapią. Trwają jednak badania nad lekiem trzeciej generacji, ozymertynibem, (również z grupy EGFR-TKI) – potencjalnie skuteczniejszym specyfikiem.

W kolejnym etapie badań w podwójnie ślepej próbie 556 pacjentów z rozpoznaniem zaawansowanego NSCLC z obecną mutacją EGFR (wcześniej nieleczonych) losowo przypisano do

dwóch grup: otrzymującej ozymertynib w dawce dobowej 80 mg lub otrzymującej EGFR-TKI według standardowych schematów (gefitynib – 250 mg dziennie lub erlotynib – 150 mg dziennie). Punktem odcięcia był czas wolny od przeżycia; dla grupy pacjentów przyjmującej ozymertynib był on znacząco dłuższy – średnio 18,9 miesiący, a dla grupy przyjmującej standardową terapię – 10,2 miesiąca. Ponadto odnotowano mniej działań niepożądanych podczas stosowania ozymertynibu.

The New England Journal of Medicine
11 stycznia 2018, dostęp online

Skuteczność transferu zarodków w metodzie in vitro

Płodność i zapłodnienie metodą in vitro są obecnie tematem wielu dyskusji, sporów i badań naukowych. Niektóre z nich analizują i porównują skuteczność transferu zarodka „mrożonego” ze „świeżym”; dotychczas wykazano, że w przypadku kobiet, u których zdiagnozowano zespół policystycznych jajników (PCOS), większą skutecznością (wyższym odsetkiem powodzeń ciąży i żywych urodzeń) cechuje się transfer zarodków „mrożonych”. Nieznane są jednak różnice w skuteczności obu transferów w przypadku kobiet, których problem z zajściem w ciążę niezwiązany jest z PCOS. Opublikowano jednocześnie wyniki dwóch niezależnych badań, które ten

problem podjęły; w obu przypadkach nie odnotowano znaczących różnic w odsetkach ciąży i żywych urodzeń między dwoma transferami. Wykazano natomiast, że zastosowanie transferu „mrożonego” zarodka zmniejszyło ryzyko wystąpienia zespołu hiperstymulacji jajników.

The New England Journal of Medicine
11 stycznia 2018, dostęp online

Wielka baza badań klinicznych

W ramach Mikroskopu chciałabym przedstawić internetową wielką bazę badań klinicznych. ClinicalTrials.gov to strona amerykańskiego National Library of Medicine, będąca największą bazą informacji na temat odbywających się badań klinicznych w około 200 krajach na świecie. Jest też jednocześnie platformą rekrutującą do wzięcia udziału w badaniach (oczywiście należy spełniać określone kryteria, by zostać zakwalifikowanym). Chcąc wyszukać badania kliniczne (rekru-

tujące bądź nie), musimy podać interesującą nas dziedzinę, przedmiot badania lub lokalizację. Można następnie zastosować odpowiednie filtry i doprecyzować swoje wyszukiwania; przykładowo, w samym Poznaniu obecnie trwa lub dopiero rozpocznie się rekrutacja do 211 badań. Polecam zajrzeć, chociażby dla zaspokojenia własnej ciekawości.

Bo gdy bardzo się czegoś chce...

ALICJA
ŚWITAŁA



Motywacja jest największym problemem w naszych przedsięwzięciach. Zaczyna się od genialnego pomysłu, który chcemy zrealizować i nagle, po chwili, zaczyna się problem od kiedy zacząć... Jeżeli nie zaczniesz od razu, mogę zagwarantować, że nie zrobisz tego jutro. Kiedy chcę zmienić swoje otoczenie i postanawiam przestawić meble, to robię to natychmiast oczywiście po przeprowadzeniu pomiarów oraz zrobieniu rysunków pomocniczych, tzw. małego projektu. Jeżeli chcę zmienić swoją sylwetkę i zacząć ćwiczyć, to czemu by od razu nie przebrać się w dresy i pogimnastykować się w pokoju czy też pójść na siłownię. Motywacja jest zależna od nas – jeżeli będziemy odkładać wszystko „na jutro”, efekty tego będą marne. Motywacją może być też najbliższa nam osoba, z którą będziemy daną rzecz robić. Może być naszym motywatorem i zapewniać nas, że „damy radę”, że „jesteśmy najlepsi”.

Jeżeli chodzi o sesję, to najmniej motywacji mamy do nauki. Najczęściej tak jest, bo przecież „mamy jeszcze czas” i „nie musimy się spieszyć”. Termin egzaminu przypada za dwa ty-

godnie, to czemu mielibyśmy poświęcać swój czas już teraz, skoro możemy zrobić to za tydzień, z pewnością więcej wtedy zapamiętamy. Podstawową rzeczą jest odpowiednie podzielenie nauki w czasie, żeby nie okazało się, że przerobiliśmy jakąś część, a na koniec zostało najwięcej. Po co kolejny raz mieć wyrzuty sumienia, bo znowu nam nie wyszło?

Jest wiele sposobów na to, aby efekty naszych „genialnych pomysłów” były szybko widoczne. Wystarczy zadać sobie pytania: co mogę zrobić, aby to osiągnąć i jak bardzo tego chcę? Jeśli bardzo się czegoś chce, to osiągnie się to prędzej czy później. Możemy wypisać na kartce rzeczy, które chcemy zrobić, a na drugiej wszystko, co może nam w tym pomóc. Znajdźcie dowolny sposób, który sprawi, że będziecie coraz bliżej celu, jaki sobie postawiliście, i do którego chcecie dążyć. I pamiętajcie: to, że jesteście na naszej uczelni znaczy, że już coś osiągnęliście, dla wielu z was jest to spełnienie marzeń o przyszłym zawodzie.

2	5		8	7	3	4		
			9		1	8		
	7		4				2	
5		1	2				4	9
8	9		1	5		3		
4		3				5	8	1
9		6	3	8			5	
3				4	7		9	8
	8	2	5	1			3	

Jutro coś napiszę

KAROLINA
BRODA



Od poniedziałku dieta, w następnym semestrze uczyć się regularnie, zacząć jutro... Zbyt częste składanie sobie obietnic tego typu może być objawem prokrastynacji, znanej też żartobliwie jako odjutronizm. Co ciekawe, zjawisko to jest od lat 90. minionego stulecia zaliczane do zaburzeń psychicznych i wynika z nierównowagi w działaniu kory przedczołowej oraz układu limbicznego. Ten ostatni jest związany z emocjami oraz dążeniem do uzyskania natychmiastowej nagrody, natomiast zadaniem kory przedczołowej jest zarządzanie uwagą, ustalanie celów oraz koncentrowanie się.

Jednak gdyby każdy, kto ma problem z przestrzeganiem deadline'ów miał wspomniane zaburzenie, leczyć musiałaby się przynajmniej połowa członków redakcji. Dlatego trzeba rozróżnić prokrastynatorów, których zwlekanie męczy i odczuwają z tego powodu wyrzuty sumienia, i zwyczajnych... leni, którym odkładanie obowiązków sprawia przyjemność.

Poniżej kilka z wielu sposobów na walkę z prokrastynacją:

- regularne ćwiczenia fizyczne, ponieważ dobre nawyki generalizują się i wprowadzenie systematyczności w jednej dziedzinie życia wpłynie też korzystnie na inne jego aspekty,
- drzemki kofeinowe, które działają energetyzująco oraz wzmagają czujność i uwagę,
- zdrowe, regularne posiłki, pomagające utrzymać stały poziom glukozy we krwi, gdyż hipoglikemia ułatwia uleganie pokusom,

- śmiech jako metoda podniesienia nastroju oraz zwiększenia motywacji do działania,
- zimne prysznice w temperaturze ok. 20 stopni Celsjusza, które warto brać dwa razy dziennie,
- żucie gumy, które podobno zwiększa koncentrację na 15-20 minut.

Gdyby jednak sposoby te nie przyniosły zamierzonego efektu, to warto dostrzec kilka zalet z odkładania zadań na później. Po pierwsze, aktywna prokrastynacja sprawia, że robimy więcej rzeczy. Być może mają one niższy priorytet, ale również musiałyby być zrobione. A kiedy lista mniej ważnych rzeczy skończy się, w końcu skupimy się na kluczowym zadaniu. Kolejną zaletą jest fakt, że kurczący się wraz z odkładaniem obowiązków czas powoduje zmniejszenie liczby obowiązków do niezbędnego minimum. Dzięki temu przestajemy robić rzeczy zbędne i mało ważne. Ostatecznie, w czasie kiedy nie działamy aktywnie, nasz umysł gromadzi pomysły na rozwiązanie problemu, a podejmowane decyzje są dokładniej przemyślane.

Życzę powodzenia wszystkim walczącym z prokrastynacją oraz tym, którzy starają się dostrzegać jej zalety!

6			1	2	3
1	3	2		4	5
2	4	3		1	
		6		3	4
4				5	
		5		6	1

Rekiny sukcesu

OLGA
MEJER



Blue Monday już za nami, wypadatoby zatem przestać się zadreć, wyrzucić wszelkie złe myśli z głowy, znaleźć trochę siły i wziąć się do roboty. Niektórych zobowiązują postanowienia noworoczne – spryciarze, mają łatwiej. Za oknem plucha, słońce w ujemnych dawkach, blokada twórcza nie chce odpuścić, ogólne nastroje też jakieś nie takie. I co tu zrobić...

Od jakiegoś czasu co roku przychodzi taki moment w naszej Gazecie, kiedy w końcu bezradni załamujemy ręce, mówiąc: „No dobra, niech już będzie o tej motywacji...”, własnej motywacji mając tyle, co kot napłakał. Może to kwestia pogody, może nawału pracy, może już taka nasza mała niepochlebna tradycja. Motywacji do punktualności też nam, jakby nie patrzeć, brakuje...

Abstrahując jednak od naszych niezdolności coachingowych, trzeba przyznać, że trenerzy motywacyjni w ostatnich latach zyskali niesamowitą popularność wśród społeczeństwa szarych ludzi. Właściwie można by nawet powiedzieć, że wyrosli jak grzyby po deszczu – nagle, szybko, w ilościach hurtowych. Cóż jednak po liczbach, jeśli to jakość gra tu pierwsze skrzypce? I tak właściwie, to po co nam coaching?

Wielu uważa, że powstał wyłącznie z myślą o ludziach, którzy nie potrafią zapanować nad swoim życiem ani radzić sobie z narastającymi problemami. Należy tu jednak odróżnić takich ludzi od osób, które, startując z pewnego poziomu, w którymś momencie stają w miejscu i potrzebują pchnięcia w odpowiednim kierunku. Ci pierwsi mogą raczej potrzebować pomocy psychologa, a nie coachingu, który z definicji nie zajmuje się rozwiązywaniem problemów i zaburzeń natury psychologicznej. Nie jest on formą psychoterapii ani jej zastępcą; dystansuje się od sfery emocjonalnej i poznawczej

klienta. Od osób chcących skorzystać z usług mentora wymaga się, by byli emocjonalnie stabilni i nastawieni na poprawę własnych zdolności zarządzania czasem, uczenia się, osiągania lepszych wyników i satysfakcji. Z coachingu korzystają ludzie, którzy wiedzą, co chcą osiągnąć, tylko nie bardzo mają pojęcie, jak zrobić to najlepiej i najefektywniej.

Dobry trener motywacyjny podchodzi do klienta partnersko, nie traktując go protekcjonalnie. Wspólnie ustala się formy doskonalenia samoświadomości i zdolności osiągania wyznaczonych celów, a także dokonuje ewaluacji wyników i poprawek; ze strony coacha można liczyć na obiektywne, chłodne oraz rzeczowe opinie i sugestie odnośnie wykonywanych zadań. Oczywiście klient ma prawo nie przyjąć proponowanych mu rad, jako że naczelną zasadą w relacji trener–klient jest ponoszenie odpowiedzialności za własne czyny i decyzje całkowicie przez osobę coachowaną.

Innym założeniem coachingu jest budowanie pewności siebie. Współpraca z trenerem motywacyjnym nie jest współpracą dożywotnią – po jej zakończeniu klient musi mieć świadomość, że potrafi sam skutecznie osiągnąć wyznaczone cele i podolać następnym czekającym na niego trudnościom i zadaniom.

Samo założenie coachingu uważam za bardzo słuszne i potrzebne; jakby nie patrzeć, każdy z nas w pewnych etapach swojego życia potrzebuje, mniej lub bardziej, kogoś w rodzaju takiego trenera. Podobno wielu największych ludzi tego świata korzystało z usług trenerów motywacyjnych; jeśli więc dla niektórych kluczem do osiągnięcia wymarzonego sukcesu jest coach, to dlaczego nie? Oczywiście, trzeba jeszcze trafić na dobrego coacha, a nie „kołcza”.

Koncert charytatywny Poznań Business Run

MONIKA CHOMEJ I
ANIELA ZUBEK

Każdy z nas chciałby jak najdłużej pozostać młody, wolny, bez obowiązków. Szczególnie teraz w czasie studiów. Pragnemy podróżować, spełniać marzenia czy wyjechać na praktyki do najdalszego zakątku świata. Po prostu żyć chwilą. Odkładamy na później ważne decyzje, snujemy plany dotyczące przyszłości. Jednak czasem na ich realizację może być już za późno.

Gorzko przekonał się o tym Michał Żyliński. Podczas wakacji w Alpach Szwajcarskich uległ poważnemu wypadkowi. Przerwany rdzeń kręgowy oraz reszta życia na wózku inwalidzkim. Mężczyzna, który aktywnie ćwiczył, trenował siatkówkę oraz siatkówkę plażową, nagle dowiaduje się, że już nigdy nie stanie na nogi. Brzmi jak wyrok. Jednak ogromne wsparcie rodziny, ukochanej, przyjaciół zapewniło mu powrót do normalnego życia oraz motywację, aby się nie poddawać.

Michał może liczyć nie tylko na bliskich, ale także na organizację Poland Business Run, której był zeszlórocznym beneficjentem. Misją fundacji jest kompleksowa oraz profesjonalna pomoc osobom z niepełnosprawnościami narządu ruchu, pomoc w ich aktywizacji, niwelowanie barier społecznych, a także pomoc osobom zagrożonym amputacją. Upowszechnia ona wiedzę na temat niepełnosprawności narządów ruchu oraz stara się wpłynąć na zmianę postrzegania osób z wyżej wymienionymi problemami.

12 grudnia w sali Centrum Kongresowo-Dydaktycznego UMP odbył się koncert charytatywny Poznań Business Run, którego koordynatorem była Aniela Zubeck, studentka IV roku farmacji. Cały dochód ze sprzedaży biletów został przekazany Michałowi. Mogliśmy wysłuchać recitalu Jana Gzeli, studenta Akademii Muzycznej im. Ignacego J. Paderewskiego w Poznaniu, laureata wielu wyróżnień i nagród. Jedną z nich było wykonanie koncertu fortepianowego z orkiestrą kameralną Capella Bydgosciensis. W ubiegłym roku został zaproszony do Moskwy, aby ponownie wziąć udział w Polsko-Rosyjskim

Festiwalu Młodzieżowa Akademia Muzyki, gdzie zagrał kilka koncertów. Pod koniec listopada został również laureatem XXVII Międzynarodowego Konkursu Pianistycznego w Rzymie. Wykonawcą kolejnych utworów był Solna Ensemble, zespół jazzowy złożony z grupy młodych improvizatorów. Ich muzyczne inspiracje oraz program orbituje wokół szeroko pojętego jazzu nowoczesnego. W jego skład wchodził: Antonina Kocińska – pianistka i wokalistka, Władysław Rajewski – perkusista, Nikodem Kluczyński – basista i kompozytor, Michał Rab – gitarzysta i kompozytor oraz Tomasz Rassek – saksofonista. Tego wieczoru mogliśmy wysłuchać również Rafała Zielonki – klarnecisty, który swoją przygodę z grą rozpoczął już 11 lat temu. Kolejnym artystą był Oskar Stabno, człowiek wielu talentów – pianista, harmonijkarz, kompozytor. Stabno gra głównie muzykę jazzową, choć szuka inspiracji również w muzyce klasycznej i wokalnej, jednocześnie łącząc różne style i koncepcje. Realizuje także oryginalne projekty bazujące na wielkich hitach muzyki popowej, tworząc do nich nietuzinkowe aranżacje. Podczas koncertu mogliśmy wysłuchać też Marcela Łukasza Lelo i Projektu Bombadil, w którego skład wchodził instrumentalista i wokaliści z różnych zespołów, różnych profesji i różnych stron świata. Ich repertuar to przede wszystkim tradycyjne melodie z Irlandii, Szkocji, Bretanii, Francji, Skandynawii oraz Polski. Owego wieczoru mogliśmy również zobaczyć pokaz taneczny zaprezentowany przez Michalinę Zawierzyńską, przewodniczącą Poznańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji.

Nie chodzi o to, żeby bać się jutra czy spodziewać się najgorszego. Należy pamiętać, że młodość, oprócz swoich praw, ma także obowiązki. Najlepiej oddadzą to słowa Horacego:

Vive memor, quam sis aevi brevis – Żyj, pamiętając, jak krótkie jest twoje życie.

Obiad i deser – proste, a smaczne

EWA
KOŁODZIEJ



Dzisiaj proponuję Wam sycący, a zarazem łatwy w wykonaniu dwudaniowy posiłek. Jest to jeden z moich ulubionych obiadów oraz dodatkowo prosty deser, który często sobie odpuszczamy – mimo że to, co słodkie i przyjemne często dodaje nam motywacji, bardzo potrzebnej na studiach medycznych. Podejrzewam, że pod presją nauki i zbliżających się egzaminów na pewno chętnie popróbowujecie swoich sił w kuchni, byle się tylko nie uczyć – a już po porządnej strawie nagle nabierzecie sił i ochoty do pracy.

Porowe spaghetti na białym winie

Makaron ugotuj. W międzyczasie pokrój pora w talarki i podsmaż chwilę na maśle. Dodaj wino i duś pod przykryciem 10 minut, co jakiś czas mieszając. Łyżkę mąki starannie rozmieszaj w słodkiej śmietance i po upływie podanego czasu wlej do pora. Całość jeszcze chwilę podgotuj, żeby sos się zagęścił. Dodaj makaron, wymieszaj wszystko i przypraw do smaku. Jeśli chcesz, możesz posypać dodatkowo żółtym serem.

Składniki:

- makaron spaghetti
- 1 por
- łyżka masła
- 50 ml białego wina
- 100 ml słodkiej śmietanki
- łyżka mąki
- sól, pieprz

Ciastka francuskie z jabłkiem

Jabłka obierz ze skórki i pokrój w plasterki. Podsmaż je pod przykryciem na patelni z rozgrzanym masłem i niewielką ilością wody aż do momentu, gdy staną się miękkie. Dodaj cukier i cynamon. Powstały mus możesz dodatkowo rozblendować mikserem.

Ciasto francuskie pokrój na prostokąty dowolnej wielkości. Ważne jest, żebyś uzyskała parzystą liczbę – na jeden prostokąt nałóż mus jabłkowy, a drugim przykryj ten pierwszy. Sklej brzegi gotowych ciastek. Posmaruj je z wierzchu żółtkiem i posyp cukrem. Piecz zgodnie z instrukcją z opakowania ciasta francuskiego.

Smacznego!

Składniki:

- gotowe ciasto francuskie ze sklepu
- 3–4 jabłka
- żółtko
- cynamon
- cukier
- masło klarowane

MONTSERRAT, 13 MAJA
1985 R.

FRANEK
MAJA



Droga Angelo!

Przejęty Twym ostatnim listem w pośpiechu zasiadam przy zawalonym dokumentami biurku, chwytam w dłoń ulubione pióro i czym prędzej spieszę Ci na ratunek, przelewając na papier te słowa. Jeszcze przez jakiś czas nie będzie nam dane się zobaczyć i tylko Ty jesteś w stanie wyobrazić sobie jak bardzo ubolewam nad tym, że muszę uciekać się do studiowania kartki papieru, by poznać Twoje myśli. Co więcej, moje możliwości reakcji ograniczają się do kreślenia surowych wyrazów, które nie podążają wyrażeniu moich uczuć. Mam jednak nadzieję, że poczujesz te słowa namacalnie, niczym gorący uścisk.

Bardzo dobrze rozumiem, że ten świat, jak piękny i fascynujący by nie był, sprawia Ci wiele przykrości i bólu. Niektórzy ludzie wydają się być zamknięci, nieczuli i obojętni. Być może faktycznie część z nas jest po prostu zła... Zawsze wierzyłem, że nie istnieje istota, którą można nazwać złym człowiekiem. Czytając Twoje słowa, sam już nie wiem, co o tym sądzić. Z całą pewnością każdego można skrzywdzić, zrobić to czynem lub słowem i właśnie to jest wykroczeniem przeciw dobru.

Wyobrażam sobie Twoje gorzkie łzy spadające na moje ramię. Gdybym był przy Tobie, mógłbym je wytrzeć. Przy okazji rozgoniłbym wszystkie Twoje niepokoje i obawy, rozwiałbym wątpliwości. Wypędziłbym wszystko, co nie pozwala Ci dostrzec błękitu nieba nad nami. Uściskiem, dotykiem, słowem i gestem...

Dlaczego się martwisz? Po trudnych chwilach nadchodzi jakieś dobro. Możliwe, że już za jakiś czas z uśmiechem wspomnisz to, co wydawało Ci się, że ciągnie Cię w dół. Wyjrzyj przez okno. Widzisz słońce czy deszcz? Po każdej ulewie obudzi się słoneczny dzień. Zawsze tak jest i zawsze tak będzie, więc... Dlaczego się martwisz?

Jesteś moim skarbem i w momentach słabości uciekam do Ciebie. Mimo tysięcy kilometrów wtulam się w Twoje pachnące, aksamitne ciało. Marzę o chwili, w której w końcu będziemy mogli wpleść się w siebie. W tym wszystkim, co robię, to Ty jesteś sensem i celem. Zdaję sobie sprawę, że bardzo łatwo powiedzieć czy napisać takie słowa. Jednak zapewniam Cię, że płyną one prosto z serca i mam nadzieję, że przesyłają z mocą także inne serce.

Kiedy cały świat wydaje się podły, zimny i okrutny, myślę o naszej miłości. O płonącym w nas ogniu koloru czerwieni i złota. O tym, co tak naprawdę jest w życiu najważniej-

sze. Wszystko inne, cała reszta, otaczające tło istnieje tylko przy okazji.

Dlaczego tak się martwisz? W trudnych chwilach myśl o nas. Po cierpieniu zawsze przychodzi ukojenie. Już niedługo będziesz się śmiać z przeszłych niepowodzeń. Widzisz padający deszcz za oknem? Po każdej ulewie wszędzie słoń-



ce i obudzi się jasny, promieniujący beztroską dzień. Zawsze tak było, zawsze tak będzie, więc... Dlaczego teraz się tak martwisz?

Proszę, nie przejmuj się rzeczami, na które nie masz wpływu. Jeśli jednak możesz coś zmienić, po prostu uczyni to! Niestety, czasami trzeba nam przyjąć to, co daje nam los, mimo że nikt nie dostarczy nam odpowiedzi na zadawane w głowie pytania. Myślę, że zbyt często za wiele rzeczy pozostaje znakiem zapytania. Jednak może właśnie to charakteryzuje prawdziwe i świadome życie? Świadomość bardzo często staje się zwyczajnie niewiedzą i wątpieniem.

W każdej chwili pamiętaj, że bardzo Cię kocham i z ogromnym wytęsknieniem czekam na nasze spotkanie.

WHY WORRY,
MARK KNOPFLER,
DIRE STRAITS



Podczas pogrzebu pierwszego i ostatniego cesarza w historii Stanów Zjednoczonych 30 tysięcy osób zgromadziło się na ulicach San Francisco. Władca był ekscentryczny, jednak ludzie nie mogli odmówić mu łaskawości. Zawsze był blisko swoich poddanych. Wydawał własną walutę, samodzielnie zbierał podatki, a jego dekrety publikowane były w gazetach.

Joshua A. Norton, przyszły cesarz, urodził się w 1819 roku w Wielkiej Brytanii. Nie miał w sobie królewskiej krwi. Wychowywał się w Południowej Afryce, ale po śmierci ojca postanowił spróbować szczęścia w Stanach Zjednoczonych. Początkowe sukcesy uczyniły go jednym z bardziej zamożnych osób w San Francisco. Jedna nieszczęśliwa inwestycja pochłonęła jednak cały majątek. Co działo się z nim potem – nie wiadomo. Ponownie na kartach historii pojawił się dopiero po 6 latach w spektakularny sposób – opublikował w gazecie edykt, w którym ogłosił się cesarzem Stanów Zjednoczonych.

Dziennikarze nie traktowali tego poważnie. Podobnie było z innymi mieszkańcami miasta. Nie przeszkadzało to jednak samemu cesarzowi. Norton wzbudzał powszechne zainteresowanie, gdy przechadzał się ulicami San Francisco ubrany w mundur marynarki wojennej, z kapeluszem z pawim piórem na głowie i szablą u boku. Pragnął odmienić oblicze miasta: pilnował policjantów przy pracy, doglądał robót drogowych, uczył przechodniów o zachowaniu czystości w przestrzeni publicznej. Ludzie podchodzili do niego i zagadywali go. Bili mu pokłony, które przyjmował z pełną powagą. Z czasem zyskał sobie powszechną sympatię. W restauracjach stawał się za darmo, w zamian łaskawie udzielał im cesarskiego znaku jakości. Nie płacił też za transport i miejsca w teatrze.

Gdy Piotr II, ostatni cesarz Brazylii, przybył do San Francisco, mieszkańcy prowadzili go na spotkanie z pierwszym cesarzem USA.

Był uwielbiany przez prasę; najpopularniejsze gazety miasta zgadzały się publikować jego zarządzenia, a niekiedy nawet drukowały materiały, podszywając się pod niego. Jego sława szybko dotarła poza granice San Francisco. Stał się maskotką i pewnego rodzaju atrakcją turystyczną. Sprzedawane były jego zdjęcia, a nawet lalki wzorowane na cesarskim wizerunku. Sam Norton był zawsze dobrotliwy i cierpliwy w stosunku do swoich poddanych. Chętnie rozmawiał o ich problemach, a także zbierał od nich podatki, dając płatnikom pokwitowania.



Pewnej nocy policjant zamknął go w areszcie za włóczęgostwo. Prasa zareagowała na to wydarzenie oburzeniem, dzięki czemu następnego dnia został wypuszczony. Sytuacja nigdy później się nie powtórzyła, a sam Norton ulaskawił nadgorliwego policjanta. Jeden z dziennikarzy pisał: „Nosząc cesarską purpurę, nikogo nie zabił, nikogo nie okradł, nie zniszczył żadnego kraju, a to więcej niż można powiedzieć o jego kolegach po fachu”.

W czasie swojego panowania Norton wydał wiele dekrety. Najślynniejszy z nich rozwiązywał Kongres, którego korupcja i nieefektywność miały pójść w niepamięć dzięki rządowi cesarza. Gdy politycy zignorowali to wezwanie, Norton wezwał na pomoc armię, jednak wojskowi również nie odpowiedzieli na jego apel. Przez wiele lat nie mógł się z tym pogodzić. Wielokrotnie zwracał też uwagę na konieczność budowy mostu łączącego San Francisco z Oakland. Konstrukcja ta powstała, ale dopiero w 1937 roku.

Joshua A. Norton zmarł w 1880 roku na skutek udaru. Nagłówki pierwszych stron gazet obwieszczały: *Le Roi Est Mort*. Jego legenda żyje jednak dalej, został upamiętniony przez wybitnych pisarzy tamtych czasów – Roberta Louisa Stevensona i Marka Twaina.

Krakowskie kołędowanie

JOANNA
GUZ

Choć grudniowa aura w niczym nie przypominała rozpo-
wszechnionej wizji białych Świąt, to Chórzyści naszego Uni-
wersytetu mieli okazję w pełni poczuć klimat zbliżającego się
Bożego Narodzenia. Wszystko za sprawą udziału w VIII Kra-
kowskim Festiwalu Pieśni Adwentowych i Bożonarodzenio-
wych.

W piątkowe popołudnie 8 grudnia pięćdziesięciu czterech
Chórzystów wraz z Kadrą wyruszyło w drogę do Krakowa. Po
przyjeździe na miejsce wszyscy marzyli jedynie o ciepłym
prysznicu i odpoczynku. W sobotę od samego rana musieli
być w pełnej gotowości. Przesłuchania konkursowe zaczynały
się o godzinie 11.30, a przedtem czekała jeszcze próba aku-
styczna.

O 12.00, w samo południe, przysłała kolej występu kon-
kursowego. Warto dodać, że Chór był najliczniejszy wśród
uczestników festiwalu. Wszystko odbyło się w dobrze znanym
porządku: sprawne wejście na scenę, otwarcie teczek z nutami,
wzrok utkwiony w dyrygencie, skupienie, wdech i pierwsze wy-
dane dźwięki, które odbiły się echem w imponującym wnętrzu
Kościoła św. Piotra i Pawła, miejscu przesłuchań. Repertuar
na festiwal został wybrany już w lipcu i składały się na niego
następujące utwory: *Magnificat* Andrzeja Koszewskiego, *Bóg
Człowiek* Pawła Łukaszewskiego, *Dzisiaj w Betlejem* w opr. Ma-
cieja Kubackiego oraz *Za Gwiazdą* Jana Maklakiewicza.

Po emocjach związanych z konkursem Chórzyści mie-
li w końcu trochę czasu dla siebie. Rozproszyli się po krakow-
skim rynku, głównie w poszukiwaniu miłego i przytulnego
miejsca na obiad. Wieczorem mieli jeszcze okazję zaśpiewać
Ubi Caritas Ola Gjeilo w przepięknym Kościele Mariackim.

Niedziela pozytywnie zaskoczyła wszystkich wspaniałą,
słoneczną pogodą. Przed południem wyruszyliśmy zaśpiewać
podczas Mszy Świętej o godzinie 12.30 w Kościele Matki Bo-
skiej Ostrobramskiej.

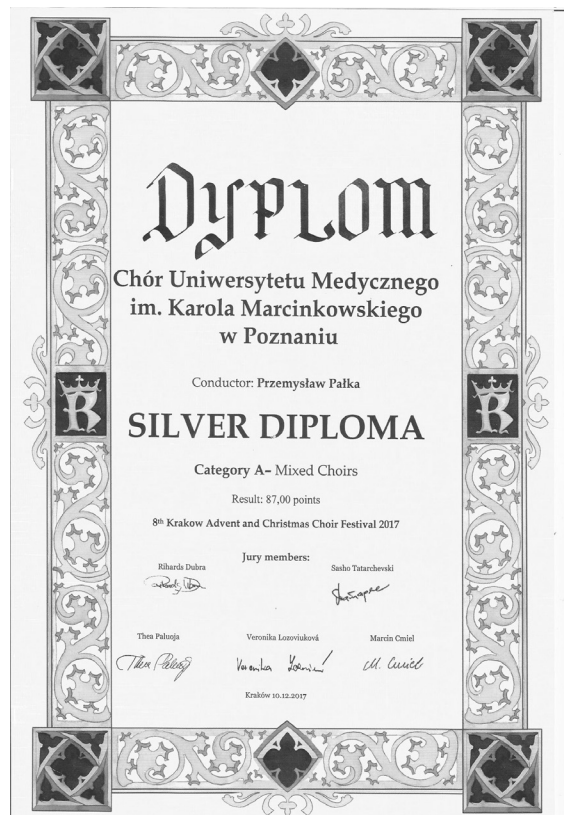
Uwieńczeniem festiwalu był koncert galowy, podczas któ-
rego mogły się zaprezentować chóry ze wszystkich festiwalo-
wych kategorii. W ten sposób można było wysłuchać takich
zespołów jak: Festival Choir of Kecskemet (Węgry), Youth Fe-
male Choir Menada (Macedonia), Chór Kameralny Państw-
owej Szkoły Muzycznej II st. w Bochni czy Żenskij Kamernyj
Chor Viva! (Rosja).

O 21.30 rozpoczęto ceremonię ogłoszenia wyników. Roz-
poczęto od kategorii A: Duże chóry mieszane, w której star-
tował nasz Chór. Wśród gromkiego aplauzu odebrał Srebrny
Dyplom i gratulacje od międzynarodowego jury.

Zaraz po ceremonii wręczenia nagród Chór wyru-
szył w drogę powrotną, docierając do Poznania chwilę po
3.00 w nocy. Jednak nieważne było zmęczenie, ważne było to,

że był to bardzo udany wyjazd, z którego po raz kolejny przy-
wieziono jedno z czołowych wyróżnień.

PS Nasze najświeższe dyplomy od niedawna można oglą-
dać w gablocie przy portierni w Collegium Anatomicum.



Wiem co oglądam i co obserwuję

PROF. MICHAŁ
NOWICKI



„Kiedy preparaty histologiczne będą dostępne dla studentów w ich domach?”.

„Dlaczego nie można udostępnić zasobów dydaktycznych Katedry Histologii w otwartej sieci informatycznej?”.

„Komu zależy na tym, aby studenci kierunku lekarskiego mogli powtarzać budowę histologiczną narządów wyłącznie na zajęciach?”.

Na te i na podobne pytania trudno było w ostatnich latach udzielić przekonującej odpowiedzi. Katedra i Zakład Histologii i Embriologii UMP, jako pierwsza katedra w Polsce, już w roku 2010 odstąpiła od tradycyjnego sposobu nauczania histologii studentów wszystkich kierunków naszego Uniwersytetu. Do tego czasu analiza preparatów histologicznych opierała się na używaniu klasycznego mikroskopu, a omawianie struktur polegało w pierwszym rzędzie na... znajomości tarczy zegara. „O! Tutaj, na godzinie szóstej, może pan zaobserwować gruczoł potowy” – padało stwierdzenie asystenta. „O szóstej rano czy wieczorem?” – pytał zdezorientowany student.

Dyskusje te definitywnie umilkły z początkiem roku akademickiego 2010/2011, kiedy to na sali ćwiczeń Katedry Histologii zagościły mikroskopy wirtualne – tzn. stanowiska komputerowe umożliwiające dostęp do biblioteki zeskanowanych cyfrowych preparatów histologicznych. I choć to „nowe otwarcie” znacznie ułatwiło naukę histologii (interesujące struktury histologiczne można było bez problemu wskazać na ekranie komputera), to nie wyeliminowało pytań. Nowych pytań. Dotyczących w pierwszym rzędzie możliwości korzystania z zasobów informatycznych Katedry w domu.

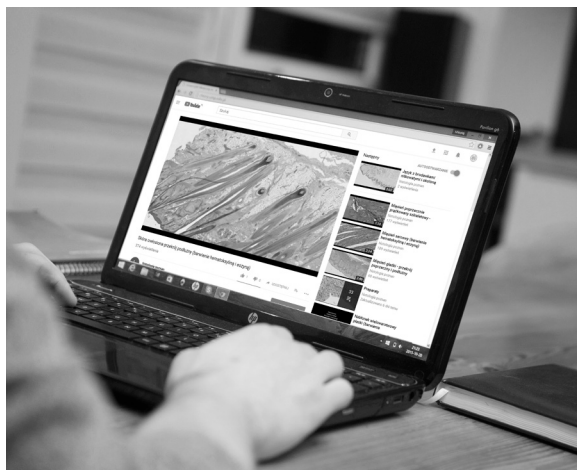
Problem wydawał się nie do przejścia. Podstawowe ograniczenie stanowiła wielkość cyfrowych plików, w których były „zaszyte” poszczególne obrazy. Zeskanowane w technice wysokiej rozdzielczości preparaty mikroskopowe zajmują bowiem od jednego do dwóch gigabajtów. I nie nadają się, niestety, do udostępnienia z wykorzystaniem zwyczajnej infrastruktury informatycznej. Potrzeba m.in. bezpośrednich szybkich łączy oferujących transmisję danych. Zadaniu temu nie może sprostać zwyczajna sieć telefonii komórkowej czy też domowe wi-fi.

Minęło 7 kolejnych lat, w których ujemne strony opisanej wyżej niedogodności przysłały ewidentne korzyści płynące z digitalizacji preparatów histologicznych. Sytuacja ta nabrzmiewała szczególnie przed terminami egzaminów praktycznych. Rozwiązanie pojawiło się niespodziewanie – za sprawą pomysłu wdrożenia na naszej Uczelni nauczania problemowego. W trakcie uważnej lektury anglojęzycznych materiałów dydaktycznych udostępnianych studentom na najlepszych europejskich i amerykańskich uczelniach zauważono, że

duża część relatywnie skomplikowanych zagadnień jest publikowana na kanałach tematycznych serwisu YouTube w postaci miniwykładów. Pomysł ten postanowiono zaadaptować do naszych warunków, potrzeb i oczekiwań.

W stosunkowo krótkim czasie (od października do grudnia 2017 r.) zespół Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii UMP przygotował scenariusze, wybrał preparaty i nagrał filmy obrazujące krok po kroku budowę mikroskopową wybranych tkanek i narządów. Zadbano nie tylko o przekaz typowo dydaktyczny, w wypowiedź lektora wpleciono również ciekawostki naukowe i wyniki prowadzonych w jednostce badań. Wszystko po to, aby do obejrzenia filmów (i subskrypcji kanału) zachęcić nie tylko studentów kierunków lekarskich, lecz także inne osoby zainteresowane tematyką histologiczną.

Á propos wzbudzania ciekawości: czy wiecie, kto użyczył swojego głosu do wprowadzania w tajniki i zakamarki anatomii mikroskopowej tkanek i narządów? Jeżeli jeszcze nie, to zachęcam do odwiedzenia kanału Histologia Poznań w serwisie YouTube. Niezapomniane wrażenia gwarantowane!



Pomysł o zebrze

KATARZYNA
BRYLAK

Kiedy słyszysz tętnotę kopyt, myśl o koniu, nie o zebrze – to zdanie często w toku edukacji słyszą młodzi adepci sztuki lekarskiej. Ma ono przypominać, aby swoje myślenie kliniczne kierować w pierwszej kolejności na choroby najczęstsze i w tym kierunku prowadzić diagnostykę. Założenie jest słuszne, bo w większości przypadków dzięki takiemu myśleniu możemy dosyć szybko, mało inwazyjnie i zwykle co ważne w naszym systemie ochrony zdrowia niewielkim kosztem postawić rozpoznanie. Wdrażamy standardowe leczenie i razem z naszym pacjentem szybko świętujemy sukces. Jednak zdarzają się sytuacje, kiedy standardowe postępowanie zawodzi. Nasze leczenie nie przynosi skutków, objawy nawracają albo pojawiają się nowe, których często w ogóle nie potrafimy ze sobą połączyć.

To właśnie moment, kiedy powinniśmy pomyśleć o zebrze – o wszystkich tych chorobach, które podczas studiów były ledwie wspomniane, a i to zwykle na ostatnich slajdach prezentacji z seminarium, kiedy każdy myślał już o obiedzie albo przynajmniej o drzemce.

Choroby rzadkie dotyczą ok. 6–8% społeczeństwa, czyli ponad dwóch milionów osób w Polsce. Zgodnie z definicją jest to grupa schorzeń występujących z częstością nie większą niż 5:10 000. Czas, jaki mija od momentu pojawienia się pierwszych objawów do postawienia właściwej diagnozy, to w Polsce średnio 3–4 lata. W tym czasie choroba zwykle postępuje, często powodując nieodwracalne zmiany, które można było zatrzymać lub przynajmniej spowolnić, gdyby je rozpoznano wcześniej i wdrożono odpowiednią terapię i rehabilitację. Nie należy również zapominać o tych pacjentach, którym diagnozy nie udało się doczekać.

Chociaż choroby rzadkie są niezwykle zróżnicowaną grupą chorób, to jednak pacjenci często zmagają się z podobnymi problemami: bardzo ograniczonym dostępem do informacji, niedostateczną wiedzą lekarzy i specjalistów, bagatelizowaniem pierwszych objawów, brakiem kompleksowego wsparcia. Wiele osób z chorobami rzadkimi, które mogłyby być efektywnie leczone (a taka możliwość występuje zaledwie w 4% znanych obecnie chorób rzadkich), trafia na mur w postaci barier ekonomicznych – terapie rzadko są refundowane przez NFZ ze względu na nieopłacalność sprowadzania drogich środków dla tak wąskiej grupy chorych. Leki te, zgodnie z procedurą rejestracyjną obowiązującą w Unii Europejskiej, określa się mianem leków sierocych. Organizacje pacjenckie aktywnie walczą o ich dostępność w Polsce.

28 lutego przypada Światowy Dzień Chorób Rzadkich. Niech to będzie okazja do bliższego przyjrzenia się problemom tej licznej grupy naszych przyszłych pacjentów. Pamiętajmy – choroby rzadkie są częstsze, niż nam się wydaje i każdy z nas będzie miał z nimi do czynienia w przyszłości. To od nas zależy szybkość postawienia diagnozy oraz jakość życia chorych i ich

rodzin. Nie musimy być ekspertami od każdej choroby, ale musimy być wnikliwi, dokładni i czujni. Jeśli nie mamy pomysłu, to nie bagatelizujemy objawów pacjenta, tylko skierujemy go do poradni genetycznej, gdzie będzie miał szansę na otrzymanie diagnozy i rzetelnych informacji.

Historia Jagody

Tuż po urodzeniu Jagoda otrzymała dziesięć punktów w skali Apgar. Nikt nie dziwił się temu, że przychodząc na świat, płakała cicho i piskliwie niczym zagubiony kotek. Dopiero podczas jednej z okresowych wizyt pediatra zauważył, że dziewczynka nie rozwija się prawidłowo – nie podnosi główki i nie podpira się na rączkach. Skierował Jagodę na zajęcia z wczesnego wspomagania rozwoju. Podczas zajęć rehabilitantka zasugerowała konsultację u neurologa, ten zaś skierował dziewczynkę w trybie pilnym do poradni genetycznej. To tam wykonano odpowiednie badania genetyczne i postawiono ostateczną diagnozę zespół kociego krzyku (fr. cri du chat). Jest to choroba spowodowana delecją krótkiego ramienia chromosomu 5, która wiąże się z licznymi zaburzeniami rozwoju fizycznego oraz niepełnosprawnością intelektualną.

Obecnie Jagoda ma już 15 lat i młodsze, zdrowe rodzeństwo. Opieka nad nią to duże wyzwanie dla rodziców – Jagoda jest niezwykle ruchliwa, pomysłowa i impulsywna. Na szczęście, po tylu latach i dzięki tak wcześnie postawionej diagnozie rodzice wiedzą już, czego można się po niej spodziewać. Teraz to oni edukują terapeutów i lekarzy na temat tego rzadkiego zaburzenia.

Historia Jasia

Jaś urodził się w 1999 r. Kiedy był małym chłopcem, rodzice zauważyli u niego dziwne, nietypowe zachowania: poszukiwanie jedzenia, zaburzenia snu, zachowania ze spektrum autyzmu, autoagresję. Początkowo sami szukali przyczyny – przeglądali książki, artykuły naukowe. W końcu doszli do wniosku, że może to być zespół Pradera-Williego (PWS, tzw. zespół wilczego głodu). Z tym podejrzeniem w 2007 r. udali się do poradni genetycznej, licząc na pomoc specjalistów. Lekarze nie zgadzali się z ich sugestią, jednak pod naciskiem rodziców postanowili zlecić badanie genetyczne metodą FISH. Nie wykazało ono żadnych nieprawidłowości, a rodzice usłyszeli, że „nie mają szukać u dziecka chorób na siłę”.

Nie dali za wygraną. Znaleźli w Internecie ankietę do wstępnej diagnozy PWS na podstawie objawów i zachowań dziecka – wynik był dla nich oczywisty. Dowiedzieli się, że metodą FISH można wykryć większość typów PWS, ale istnieją też atypowe formy choroby, których to badanie nie uwzględnia. Całkowicie pewni swojego rozpoznania, znaleźli endokrynologa zajmującego się pacjentami z tą jednostką. Krótko po przyjęciu na oddział endokrynologiczny potwierdzono PWS

dotatkowymi badaniami genetycznymi. Wdrożono terapię hormonem wzrostu, którą przy tej przypadłości stosuje się standardowo ze względu na niskorosłość oraz wiotkość mięśni. Zespołowi towarzyszą też deficyty rozwojowe, zaburzenia zachowania i lęki – nie do opanowania, pomimo terapii farmakologicznej, rehabilitacji i ciągłej pracy. Rodzice Jasia ściśle przestrzegają diety niskokalorycznej i włączają systematyczną aktywność fizyczną. Dostęp do jedzenia w domu musi być pod ich pełną kontrolą – na wejściu do kuchni pojawiły się ozdobne kraty zamykane na klucz. Jaś musi być pod opieką 24 godziny na dobę. Rodzice bardzo starają się, aby syn funkcjonował

najlepiej jak to możliwe, jednak sami przyznają, że jest to niezwykle trudne. Przyskre jest to, że nigdy nie będzie mógł samodzielnie żyć, a najgorszy – jak mówią – jest brak zrozumienia ze strony niektórych lekarzy specjalistów, ale także nauczycieli, pedagogów, a nawet członków rodziny.

Rodzice sami musieli stać się specjalistami od choroby własnego dziecka – uczestnicząc w spotkaniach i konferencjach organizowanych przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego i zachęcając specjalistów do poszerzania swojej wiedzy na temat tej rzadkiej choroby (www.prader-willie.pl).

Wywiad z Panią Prof. Anną Latos-Bieleńską, kierownikiem Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej UMP

KATARZYNA
BRYLAK

Katarzyna Brylak: 28 lutego obchodzimy Światowy Dzień Chorób Rzadkich. Jest to okazja, żeby pomyśleć o tej grupie naszych przyszłych pacjentów, o której zwykle się zapomina. W gabinecie lekarza rodzinnego pojawienie się osoby z chorobą rzadką jest sytuacją szczególną.

Prof. Anna Latos-Bieleńska: Wbrew powszechnej opinii większość przyszłych lekarzy będzie się z tymi pacjentami spotykała częściej, niż się wydaje. 68% populacji jest dotkniętych chorobą rzadką i nie ma takiej specjalizacji, w której lekarze by się z tymi chorobami nie spotykali. Co prawda nie zawsze będą tego świadomi. Nie tak łatwo zorientować się, że ma się do czynienia z chorobą rzadką, bo większość tych chorób przypomina choroby częste.

Sytuacja w poradni genetycznej wygląda nieco inaczej. Czy te proporcje są odwrotne?

Tak, rzeczywiście, w poradni genetycznej najczęściej mamy do czynienia z chorobami rzadkimi. Związane jest to z faktem, że 80% chorób rzadkich to choroby genetyczne. Oprócz tego w grupie chorób rzadkich możemy znaleźć m.in. nowotwory dziecięce, chociaż nawet niektóre z nich mają podłoże genetyczne, np. wiele przypadków retinoblastoma czy guza Wilmsa. Siłą rzeczy, w poradni genetycznej następuje swego rodzaju kumulacja chorób rzadkich i lekarz genetyk jest w dużej mierze właśnie lekarzem od tych chorób.

Według danych statystycznych w przypadku pacjentów z chorobami rzadkimi w Polsce od momentu wystąpienia pierwszych objawów do postawienia właściwej diagnozy upływają średnio 34 lata, a bywa, że i więcej. Z czego to wynika?

Zwykle jest tak, że pacjent długo błąka się po różnych specjalistach. Czasem genetyk jest ostatnim specjalistą, do którego trafia. Miałam takich pacjentów, którzy wchodzili do poradni genetycznej i mówili: Mam takie dziwne objawy i mój lekarz rodzinny powiedział, że została nam już tylko poradnia genetyczna. Jak słyszę coś takiego, to już z góry wiem, że to będzie jakaś rzadka choroba genetyczna i faktycznie tak jest. To jest typowe dla chorób rzadkich, i to nie tylko w Polsce, że upływa 57 lat, a w niektórych przypadkach nawet 20 lat do ustalenia rozpoznania. Takim przykładem może być zespół Ehlersa-Danlosa, w którym objawy narastają, są niecharakterystyczne. Nikt nie wie, dlaczego pacjent ma dolegliwości, wyniki są prawidłowe. Jak się nie wpadnie na to, że to jest coś genetycznego i pacjent w końcu nie trafi do genetyka, który go dokładnie zbada i zauważy, że ma większą elastyczność skóry, większą ruchomość w stawach, ma cienką skórę, przez którą prześwitują naczynia (a poza tym wszystko inne nie odbiega od normy), to do ustalenia rozpoznania nie dochodzi. Tak że opóźnione stawianie diagnozy jest typowe dla chorób rzadkich i jest to problem na całym świecie, który w mniejszym stopniu wynika z ograniczeń finansowych – z braku środków na badania – ale przede wszystkim z tego, że pacjenci są tak późno kierowani do poradni genetycznej. Zdarza się też, że nawet my w poradni musimy pacjenta długo obserwować i dopiero, kiedy zastosuje się nowoczesne metody diagnostyki, jak mikromacierze czy sekwencjonowanie następnej generacji, wówczas można ustalić rozpoznanie.

Czy wobec tego można coś zrobić, żeby ten czas jakoś skrócić? Żeby lekarze szybciej myśleli o tym, że może w danym przypadku jest jakieś podłoże genetyczne?

Tak, można to zrobić, ale trzeba przede wszystkim mocno

otworzyć lekarzy na edukację. Po pierwsze, uważam, że należy w każdej specjalności bez wyjątku wprowadzić w trakcie szkolenia specjalizacyjnego obowiązkowy kurs dotyczący chorób rzadkich z danej dziedziny. Drugą sprawą są szkolenia dla lekarzy, którzy mają specjalizację, ale zrobili ją dawno. W czasie, kiedy ci lekarze kończyli studia, genetyka jako nauka dopiero raczkowała, a o chorobach rzadkich się w ogóle nie mówiło – nie było nawet tego terminu. Badania genetyczne były szalenie prymitywne i sprowadzały się do badania kariotypu. Większość lekarzy się doksztalca, ale niestety nie wszyscy. Ci, którzy się nie doksztalcają, nie skierują swoich pacjentów do poradni genetycznej, bo często nie zdają sobie nawet sprawy, jakie są możliwości współczesnej diagnostyki genetycznej. Oczywiście wymagałoby to stworzenia specjalnego programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Gdyby przeszedł tzw. Plan dla chorób rzadkich, który funkcjonuje właściwie w każdym kraju, ale w Polsce nie wszedł jeszcze w życie, to jego częścią powinien być również system szkoleń. To wymaga nakładów finansowych, ale w ciągu kilku lat jest to realne. Genetycy nie są silną grupą nacisku, bo jest ich zaledwie osiemdziesięciu w Polsce, ale na decyzje polityczne mają wpływ przedstawiciele organizacji pacjenckich, którzy działają coraz prężniej i są zainteresowani powstawaniem takich planów.

W poradni genetycznej pacjenci często po raz pierwszy spotykają się z trudną nazwą swojej choroby. Nierzadko zdarza się, że ta choroba nie ma nawet nazwy i jest określana jedynie poprzez mutację, która ją spowodowała. Jak reagują rodzice, którzy nagle dowiadują się, że ich dziecko ma chorobę występującą u 1:100 000 dzieci?

Oni wiedzą, że jest problem, bo widzą, że dziecko inaczej wygląda, inaczej się zachowuje albo ma jakieś inne objawy, których nikt nie umie wytłumaczyć. Pierwszą reakcją, nawet kiedy nie ma żadnego leczenia, jest ulga, że „wreszcie wiem, na co choruje moje dziecko”. Dla tych rodziców kończy się tułaczka po różnych specjalistach, z których każdy rozkłada ręce i nie potrafi znaleźć przyczyny. Potem pojawia się pytanie, czy jest to uleczalne. Czasem tak, ale w większości przypadków niestety nie. Wobec tego pojawia się zawód i niepokój. Ludzie boją się rozpoznania, że jest to choroba genetyczna. Wolą, żeby przyczyna okazała się niegenetyczna, bo wówczas można by było zastosować skuteczną terapię i wszystko wróciłoby do normy. Chociaż mieliśmy też takich pacjentów, gdzie postawiliśmy rozpoznanie i dziecko nieme, leżące, po krótkiej terapii mogło wstać i pójść do normalnego przedszkola. Kolejną sprawą u rodziców jest niepokój, czy ta choroba może powtórzyć się w kolejnych ciążach. Z tym bywa różnie – czasem rzeczywiście ryzyko jest większe, ale często jest na poziomie ryzyka populacyjnego i wówczas możemy uspokoić rodziców, że prawdopodobieństwo powtórzenia choroby jest niewielkie.

Bardzo pomocny w zbieraniu informacji o chorobach rzadkich jest Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, który Pani Profesor stworzyła. Mogłaby Pani powiedzieć kilka słów na ten temat?

Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) to jest takie moje opus magnum, jeśli chodzi o sprawy zawodowe. Ma już 20 lat – powstał w 1997 r. i wtedy obejmował tylko obecne województwo wielkopolskie. Rok później obejmował już 40% Polski, a w następnych latach powiększał się i szybko objął cały kraj. Od 2015 r. jest to rejestr obowiązkowy – jeden z sześciu oficjalnych rejestrów Ministerstwa Zdrowia. Oprócz Polski rejestry obejmujące cały kraj funkcjonują jedynie w krajach skandynawskich, na Węgrzech i w Czechach, ale są to kraje znacznie mniejsze. W pozostałych państwach europejskich rejestry obejmują jedynie część populacji. Nam udało się stworzyć rejestr ogólnopolski przede wszystkim dzięki wielkiemu entuzjazmowi, który towarzyszył nam na początku jego prowadzenia i takiej strukturze organizacyjnej, że na terenie każdego województwa są zespoły wojewódzkie prowadzone przez lekarzy. PRWWR opiera się głównie o zgłoszenia neonatologów, a jest to wyjątkowa grupa lekarzy, z którymi fantastycznie się współpracuje, bo są po prostu entuzjastami i bardzo dobrze rozumieją potrzebę prowadzenia takiego rejestru. Obecnie mamy 150 tysięcy dzieci z wadami w naszym rejestrze. Od 2001 r. PRWWR jest w EUROCAT – konsorcjum europejskich rejestrów wad, w skład którego wchodzi ponad 40 rejestrów, spośród których nasz jest największy. Naprawdę jestem dumna z zespołu, który go prowadzi. My też do EUROCAT bardzo dużo wnosimy: jako pierwsi wprowadziliśmy zgłoszenia elektroniczne, biobankowanie i jako pierwsi wykorzystywaliśmy rejestr do badania podłoża molekularnego wad wrodzonych – i to długo przed innymi państwami. PRWWR ma też bardzo dużo różnych funkcji, w tym edukacyjną, co odróżnia go od pozostałych rejestrów EUROCAT. Przy swoim ogromnym zasięgu i znakomitej jakości jest także 10-20 razy tańszy niż inne rejestry europejskie.

Na koniec chciałabym zapytać, co, jako genetyk, chciałaby Pani Profesor przekazać nam – studentom – którzy w przyszłości będziemy lekarzami różnych specjalności.

Młody lekarz w pierwszych latach musi uczyć się dopiero medycyny i koncentruje się na chorobach częstych. Ale od samego początku zwracajcie uwagę na choroby rzadkie. To nie jest proste, wymaga dużej wnikliwości, szperania w piśmiennictwie czy w zasobach Internetu, ale oprócz tego, że niezwykle pomożecie pacjentowi, który bezradnie się tuła po specjalistach, to jest to również fascynujące naukowo. Zwłaszcza tym z kolegów, którzy są zainteresowani pracą naukową, dodałabym, żeby nawiązali kontakt z ośrodkami genetyki i żeby zajęli się właśnie chorobami genetycznymi w ramach swojej specjalności, bo dzisiaj, kiedy mamy mikromacierze i sekwencjonowanie następnej generacji, jest to bardzo atrakcyjny kierunek badań naukowych. Oczywiście nie każdego to będzie interesować, bo trzeba mieć osobowość „szperacza” i lubić czytać o różnych wyjątkowych sytuacjach w medycynie. Jeżeli ktoś się w tego typu pracy odnajduje i się w tym wyszkoli, to będzie to jego atut w środowisku. Może być dobry w chorobach rzadkich w obrębie swojej specjalności, a nawet w jednej chorobie rzadkiej – może stać się od niej ekspertem. Może wtedy

jeździć na zjazdy dotyczące tej konkretnej choroby rzadkiej, bo takie są organizowane, i może należeć ze swoją wiedzą ekspercką i swoją grupą pacjentów do grona ekspertów światowych. Myślę, że dla takiego młodego człowieka może to być bardzo zachęcające, bo zwykle w medycynie trzeba latami pracować, żeby się w jakiś sposób wybić. Tutaj można wejść w taką obiecującą niszę i bardzo szybko zabłysnąć, a pacjent będzie

miał oczywiście z tego korzyść. Poza tym, coraz więcej chorób genetycznych będzie miało możliwości leczenia i dzięki temu coraz większej grupie pacjentów będzie można zaproponować konkretną terapię, która przyniesie efekty.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

Badajcie się, dziewczyny!

OLGA
MEJER



Rak piersi jest obecnie najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym u kobiet – stanowi ponad 20% wszystkich nowotworów. W kwestii śmiertelności ustępuje miejsca nowotworom płuc, samemu jednak nie wykazując tendencji spadkowej. W 2015 roku na nowotwory piersi zachorowało 18 106 kobiet w Polsce i około 1,5 miliona na świecie. Nieobciążona genetycznie Polka ma sześcioprocentową szansę na zachorowanie na raka piersi w swoim życiu, obciążona 80%. Około 30% raków piersi jest wykrywanych zbyt późno, nie dając tym samym dużych szans na wyleczenie. Perspektywy niespecjalnie cieszą: nie wydaje się, by którakolwiek z tych liczb miała się w niedalekiej przyszłości zmniejszyć.

Rak piersi jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się z nabłonka gruczołowego piersi. Podstawowa klasyfikacja rozróżnia raki przedinwazyjne i inwazyjne; dalej określa się ich typy morfologiczne i molekularne, które z kolei determinują rodzaj stosowanego leczenia, stanowią o prognozie choroby i przewidują efekty jej leczenia. Nowotwór piersi może rozwijać się bardzo długo, pozostając przy tym niezauważonym i nie dając żadnych charakterystycznych objawów. Często wykrywany jest przypadkiem; z pomocą przychodzą badania przesiewowe (mammografia dla kobiet w wieku 50–69 lat), okresowe kontrole u lekarza (w tym badanie USG) i samobadanie piersi.

Mówiąc o raku piersi, kojarzymy go przede wszystkim z mutacjami genów supresorowych BRCA1 i BRCA2. Występowanie rodzinne składa się na niecałe 10% całej puli nowotworów piersi; zdecydowanie częstsze są mutacje spontaniczne (nie tylko w genach BRCA – również CHEK, PTEN, TP3, ATP, BRIP1), niemniej ryzyko rozwoju choroby u osób z obecną mutacją tychże genów wynosi aż 80%, w 30% predysponując także do raka jajnika. Nie samą genetyką rak się jednak karmi – ważne są także czynniki reprodukcyjne (np. pierwsza i ostatnia miesiączka, liczba ciąż), hormonalne i środowiskowe, medyczna historia rodzinna i własna (w tym również wcześniej występujące liczne zmiany łagodne w piersiach).

Rak piersi nie dotyczy wyłącznie kobiet po menopauzie, choć ta grupa pacjentek jest rzeczywiście najliczniejszą i tym samym docelową dla badań przesiewowych. Nie można jednakże zapominać o znacznie młodszych kobietach, u których, niestety, występowanie zmian nowotworowych obserwuje się

obecnie coraz częściej. Biorąc pod uwagę współczesne warunki środowiskowe, styl życia, dietę i wiele innych czynników, niewiele taka tendencja wprawia w zaskoczenie. W obliczu rosnącego ryzyka zachorowania pojawia się pytanie: jak zapobiegać? Nie mamy wpływu na część niebezpieczeństw, mamy jednak możliwości i szanse wczesnego wykrycia niepokojących zmian pod warunkiem, że będziemy się regularnie badać. Ze względu na różnice w zawartości tkanki gruczołowej i tłuszczowej piersi starszym kobietom (po 50. roku życia) zaleca się okresową mammografię, a młodszym – USG, nie zapominając oczywiście o regularnym badaniu palpacyjnym w obu grupach.

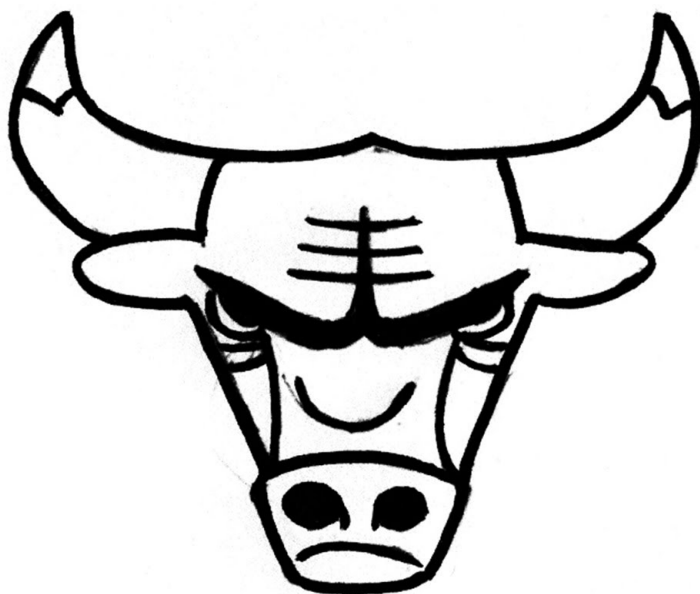
Mimo że nie udowodniono bezpośredniego wpływu samobadania na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi, to nie można powiedzieć, że nie jest ono ważne. Zwiększa samoświadomość kobiet oraz poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad własnym zdrowiem. Kobieta, która dobrze zna swoje piersi, wcześniej dostrzeże jakiegokolwiek zachodzącego w nich zmiany i szybciej zareaguje. Ważne jest, by nawyk częstego regularnego samobadania, kontroli i obserwacji swoich piersi wyrobić sobie jak najwcześniej – tylko w ten sposób każda z nas ma realne szanse w walce ze złośliwymi zmianami. Oczywiście nie każdy guz piersi, jaki wyczuujemy, jest złośliwy – przeważają zmiany łagodne; nie powinno nas to jednak zwalniać z obowiązku wobec siebie, jakim jest regularność badań. Wczesne wykrycie raka piersi może dawać nawet ponad dziewięćdziesięcioprocentowe szanse całkowitego wyleczenia – pod warunkiem, że będziemy poważnie podchodzić do kwestii własnego zdrowia. Nie warto zwlekać.

Prowadzonych jest wiele kampanii społecznych, które za cel obrały sobie zwiększenie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat raka piersi i metod samobadania. Można śmiało powiedzieć, że stopniowo odnoszą one sukces – coraz więcej kobiet zgłasza się do lekarza nie tylko z niepokojącymi zmianami, ale również w ramach profilaktyki. Jedną z takich kampanii jest akcja „Dotykam = Wygrywam”.

Zatem, dziewczyny – badajcie się. I wygrywajcie.

USA tysfakcjonowana: nad rzeką Chicago

PAULINA
WÓJCIK



Nie będzie to para artykułów, nie do trzech razy sztuka, ani nie będzie ich tyłu, ilu jeźdźców apokalipsy. Nie szczęśliwa siódemka. Będzie ich dziewięć.

Piątka!

Czas na artykuł o Windy City, mieście jazzu i koszykówki.

Przygoda z Chicago zaczęła się od lotniska O'Hare, na którym, jak już wspomniane było w poprzednich artykułach, przyszło mi spędzić całą noc z powodu przesunięcia lotu. Zmęczenie dawało się we znaki, ale teraz miło wspominać całe to zdarzenie. Było bardzo ciepło, wręcz parno, na zewnątrz przyjemniej niż w środku, dlatego część tamtej nocy spędziłam, siedząc z książką na betonowych umocnieniach budynku i kątem oka obserwując odjeżdżające taksówki. Nie wychyliłam nawet czubka nosa poza teren lotniska, a już czułam, że miasto mi się podoba!

O'Hare jest jednym z największych lotnisk na świecie, drugim w samych Stanach. Przejście z jednego terminala do drugiego zajmuje mnóstwo czasu, o czym warto pamiętać przy planowaniu przesiadki. Trzeba pokonać duże odległości, często przy użyciu środków transportu, np. autobusów. Za każdym razem, kiedy byłam na tym lotnisku i już podejrzewałam,

że idę w złym kierunku, bez problemu odnajdywałam punkt informacji, a udzielone wskazówki były zawsze jasne, czytelne i łatwo docierałam do wyznaczonych miejsc.

Chicago było naszą pierwszą destynacją już po zakończeniu pracy w Michigan. Dojechaliśmy tam wypożyczonym autem i po pozostawieniu go w punkcie udaliśmy się ze swoimi wielkimi walizkami do hotelu. Apartament był bardzo ładny, a sam hotel miał fantastyczną lokalizację i z okna sypialni miałam widok na jezioro Michigan, Millennium Park oraz na samą fasolkę Cloud Gate, którą podziwialiśmy z bliska następnego dnia i robiliśmy przy niej piękne zdjęcia. W tym parku znajduje się także kontrowersyjna Crown Fountain – duże fontanny w kształcie prostopadłościanów, na których ukazywane były twarze osób, naśladujące różne emocje.

To się nazywa sztuka w centrum miasta

Ich mimika była połączona z tryskającą wodą, która w pewnych momentach wypływała jakby z ich ust... To się nazywa sztuka w centrum miasta. Nieco bardziej przystępna znajduje się w Art Institute of Chicago. W szybkim tempie zobaczyłam prawie wszystko, co planowałam. Zajęło mi to dobrą godzinę, ale uważam, że na tego typu miejsca powinno się przeznaczać znacznie więcej czasu, podobało mi się bardzo! Znajdowało się tam wiele antycznych dzieł sztuki, ale także posągi buddy, obrazy (w tym Vincenta van Gogha), sztuka współczesna, która

zwykle nie przypada mi do gustu, a tam oglądałam uważnie każdy obraz!

Będąc w Chicago, warto odwiedzić park Lincolna, w którym poza posągiem Abrahama Lincolna znajduje się piękne, duże zoo, dostępne do zwiedzania za darmo. Możemy zobaczyć w nim między innymi flamingi, zebry, pingwiny i małpy. Widoki w parku są wspaniałe i nietypowe dla metropolii: dużo zieleni, a w tle wieżowce, odbijające się w tafli niewielkiego jeziora.

Wieczorem polecam przespacerować się przy przystani Navy Pier, która ma długość jednego kilometra. Są tam ogrody, sklepy, restauracje, wystawy. Podczas spaceru mijamy wielką karuzelę przypominającą London Eye, a na samym końcu ogródek piwny. Zachód słońca wygląda tam obłędnie! Jest to idealne miejsce na podziwianie miasta nocą, gdy całe mieni się światłkami. Tam też zjemy najlepszą pizzę w stylu chicagowskim! Jednak aby dostać tę najlepszą prosto z Giordano's Pizzeria należy, tak jak my, odczekać swoje stojąc w kolejce, złożyć zamówienie, po czym długo czekać na jego realizację, lub jeszcze dłużej na wolny stolik. Czas oczekiwania wynosił około godziny, więc z burczącymi brzuchami udaliśmy się na spacer wzdłuż portu, wstąpiliśmy też do miejsca ze słodyczami i zjedliśmy hiszpańskie churros. Pizze zabraliśmy ze sobą i usiedliśmy przy stoliku na tarasie, korzystając z cudownych widoków.

Ciasto pizzy przypominało tartę, co tłumaczyło, dlaczego musieliśmy na nią tak długo czekać. Miała dużo nadzienia, była pyszna i bardzo sycąca.

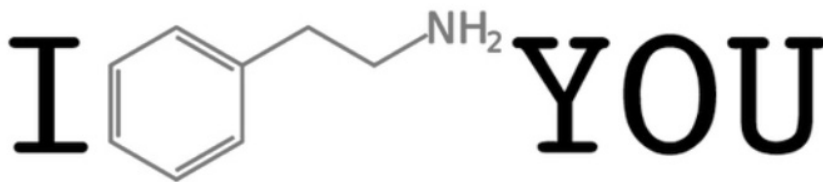
Wyjątkowo urokliwym miejscem w „wietrznym mieście” jest rzeka Chicago z wieloma masywnymi mostami oraz zbudowanym wzdłuż jej brzegu deptakiem. Można się przejść lub usiąść przy knajpce i napić się wina, mając widok na wysokie, majestatyczne zabudowanie miasta. W serialu Skazany na śmierć często pojawiają się obrazy rzeki Chicago – to właśnie do niej w pierwszym sezonie Michael Scofield wyrzucił swój dysk twardy, zanim upozorował napad na bank i trafił do więzienia. Serial oglądałam teraz z dodatkową przyjemnością.

Nad rzeką Chicago znajduje się również Trump Tower Chicago, z której widok rozciąga się na jezioro Michigan. Miał być to najwyższy budynek na świecie, jednak po ataku terrorystycznym z 11 września 2001 roku zmieniono plany i jest on obecnie drugim, co do wysokości wieżowcem w Chicago i czwartym w Stanach Zjednoczonych. Robi duże wrażenie i mimo swojego ogromu, uważam, że pasuje do otoczenia. Ma ciekawy kształt i wygląda jakby był pokryty milionem lusterek. Można go poznać po wielkim napisie „TRUMP”.

Nasze zwiedzanie Chicago zwińczył zestaw obiadowy w McDonald's oraz kawa ze Starbucks na najlepszym lotnisku O'Hare.

Miłość jest serią reakcji chemicznych

SANDRA
KOWALCZYK



Czy miłość rozpoczyna się od spojrzenia, uchwyconego uśmiechu, pierwszej wymiany zdań? Jeśli tak, to wciąż pozostają pytania: „Dlaczego akurat on?”, „Dlaczego akurat ona?”. Odpowiadają na nie naukowcy z University of Chicago. Wyniki ich badań opublikowano w czasopiśmie naukowym „Nature Genetics”. Okazuje się, że u kobiet za wybór partnera odpowiada niewielki zbiór genów, znany pod skrótem MHC. Panie wolą mężczyzn o zestawie MHC znacznie różniącym się od ich własnego, a wyboru dokonują za pomocą nosa. Uczestniczki eksperymentu wachały męską bielizną, bezbłędnie wybierając najbardziej pożądaną zestaw genetyczny. A zauroczenie? Namietność? Nieważne drobiazgi. Liczą się geny wywęszone przez partnerkę.

Neurobiolog Candace Pert jako przedmiot badań wybrała chomiki – do ich mózgów przed kopulacją wstrzykiwała łatwy do wykrycia radioaktywny opiat. Potem w różnych fazach stosunku mierzyła poziom napromieniowanych endorfin w mózgu samca oraz samicy. Okazało się, że po orgazmie wzrastał on o 200%. Pert chciała również wiedzieć, czy tak samo jest u ludzi. Okazało się, że chomiki nie były wyjątkiem. Poziom endorfin w ślinie człowieka także się podwaja.

Zawartość substancji chemicznych w naszym organizmie waha się nie tylko pod wpływem radosnych emocji. Dowiódł tego prof. Michel Liebowitz z State University of New York. Badał nieszczęśliwie zakochanych, osoby w stanie depresji lub próbujące popełnić samobójstwo. Wszyscy „chorzy z miłości” lub ci, którzy z jej powodu odebrali sobie życie, mieli obniżony poziom substancji o nazwie fenyloetyloamina (PEA). Liebo-

witz dowiódł jednoznacznie, że uczucie może (chemicznie) zabijać. To właśnie fenyletyloamina jest tym związkiem chemicznym, który neurobiolodzy najczęściej kojarzą ze stanami emocjonalnymi określanymi jako miłość lub zakochanie.

Od dawna było wiadomo, że PEA należy do grupy amfetamin (narkotyków) i że jej podwyższone stężenie w mózgu objawia się stanami podobnymi do tych, jakie odczuwają narkomani: euforią, bezsensownością, uczuciem nieuzasadnionej radości, pewnością siebie, zaburzeniami łaknienia czy depresją na przemian z ożywieniem, brakiem koncentracji. Krótko mówiąc, zakochani są w stanie nieustannego amfetaminowego rauszu. Towarzyszy mu bezkrytyczne oczarowanie kochaną osobą. Reakcją na podniesienie poziomu PEA jest zwiększone wydzielanie noradrenaliny – hormonu zwanego też substancją miłości. Nie znamy dokładnie jej działania, ale wiemy, że jej wysoki poziom w mózgu uwalnia wydzielanie innego związku – dopaminy. Ta z kolei, nazywana cząsteczką szczęścia, odpowiada za chemiczne procesy kontrolujące ruch i zdolność odczuwania przyjemności. Razem dopamina i PEA wywołują doznania, które ludzie odczuwają jako miłość. Poza tym dopamina w reakcji na zdarzenia lub zachowania wywołujące przyjemność, np. seks, pobudza obszar mózgu zwany ścieżką nagrody. Zależności między obiema substancjami sprawiają, że przebywanie z kochaną osobą wywołuje takie same uczucia, jakie towarzyszą odbieraniu nagród i wyróżnień. Dopamina pobudza też produkcję innej ważnej substancji – oksytocyny. Hormon ten produkowany jest głównie w mózgu, ale także w jajnikach i w jądrach. Magia oksytocyny polega na tym, że działa ona w momentach niezwykle istotnych dla człowieka. Wywołuje skurcze macicy wypychające w trakcie porodu dziecko na świat. Przy orgazmie kobiety nasila uczucie rozkoszy. Odpowiada także za laktację w trakcie karmienia niemowlęcia. Wysoki poziom tego hormonu pobudza również uczucia macierzyńskie u matek nowo narodzonych dzieci. Szczurzyce,

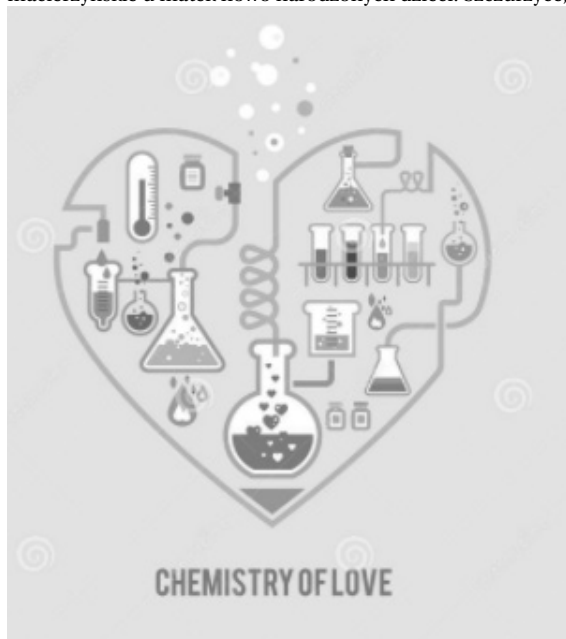
którym do mózgu wstrzykiwano substancję hamującą działanie oksytocyny, porzucały młode zaraz po urodzeniu. U mężczyzny z kolei niewielka ilość we krwi jest konieczna, by doszło do erekcji. Jednak zbyt duże jej stężenie może uniemożliwić wzrwać. Z kolei od szybkości obniżania się poziomu oksytocyny zależy czas, jaki musi upłynąć od jednego stosunku do ponownego wystąpienia objawów podniecenia seksualnego. Jeśli jeden mężczyzna odzyskuje sprawność seksualną po 15 minutach, a inny po 15 godzinach, to mimo że ten pierwszy jest prawdopodobnie ulubieńcem kobiet, obaj są całkowicie normalni, a jedynie oksytocyna działa u nich inaczej.

Najmniej zbadaną pod względem mechanizmów reakcji cząsteczką emocji jest noradrenalina. Działa podobnie do adrenaliny – podwyższa poziom glukozy we krwi, a u zakochanych powoduje uczucie podniecenia, zmniejsza apetyt i przyczynia się do skurczów naczyń krwionośnych. Te ostatnie zatrzymują krew w członku lub w łechtaczce, co powoduje ich lepsze ukrwienie i uwrażliwienie na dotyk. Ponadto noradrenalina podnosi ciśnienie krwi i przyspiesza bicie serca. To właśnie ona odpowiada za znane i wstydlive dla zakochanych czerwienienie się na widok ukochanej osoby.

Pomimo dużej ilości związków chemicznych mających wpływ na zakochanie, najważniejsza i tak jest fenyletyloamina (PEA). Jak zgodnie twierdzą naukowcy, nasz organizm z czasem uodparnia się na jej działanie. Tolerancja na PEA pojawia się między 18. miesiącem a 4. rokiem trwania związku. Statystycznie miłość trwa zatem nie dłużej niż cztery lata. Zakończenie fazy fenyletyloaminowej w miłości nie oznacza jednak, że ludzie muszą się rozstać. Przeciwnie – w większości wypadków tak nie jest. Do głosu dochodzą endorfiny, tłumione dotąd przez PEA. W swym „znieczulającym” działaniu podobne są do morfiny. Przynoszą spokój, przywiązanie, przyjaźń, harmonię, ale także bardzo często nudę. Jeżeli u obu partnerów procesy chemiczne związane z PEA i endorfinami zachodzą w tym samym czasie, związek pozostaje trwały. Jeśli jednak biochemiczne zegary mają inaczej ustawione wskazówki, pary zazwyczaj się rozstają.

Miłość jest chemią. Naukowcy mają prawo opisywać ją jako ciąg skomplikowanych reakcji. Jednak nie oznacza to, że traci ona magię, niepowtarzalne piękno i wzruszenia, jakie w nas wywołuje. Żadna reakcja chemiczna nigdy nie opisz uniesienia jakiego doświadczymy, gdy ukochana osoba szepcze nam „kocham cię”. I obojętne jest, czy wyznała to na pierwszej randce, będąc na fenyletyloaminowym haju, czy po latach pod wpływem oksytocyny wpływającej na harmonię i przywiązanie.

Zredagowała Sandra Kowalczyk – na podstawie *Miłość jest serią reakcji chemicznych*, „Zdrowie w prezencie”, luty 2014.



Gra na zimowe wieczory i nie tylko

PAWEŁ
JESSA



„Siadaj, ino drzwi zamknij. Zimno, że aż strach” – między innymi takim powitaniem wita nas Karczmarz w grze Hearthstone. Jest to elektroniczna, kolekcjonerska gra karciana produkcji firmy Blizzard, znanej z wykreowania takich uniwersów jak Diablo, Starcraft czy Warcraft, w których osadzony jest także Hearthstone.

Jak wygląda rozgrywka? Celem gry jest zadanie bohaterowi naszego rywala obrażeń tak, aby jego poziom zdrowia spadł do zera. Osiągamy to za pomocą przyzywanych przez nas stronników, używając broni, rzucając zaklęcia czy korzystając z mocy specjalnej. W grze występuje dziewięć klas bohaterów: mag, kapłan, łotr, łowca, paladyn, wojownik, druid, szaman, czarnoksiężnik. Każda klasa posiada typową dla siebie moc specjalną oraz indywidualne dla niej karty. W końcu czy wojownik może rzucić zaklęcie kuli ognia?

Z posiadanej przez nas kolekcji kart tworzymy talię i ruszamy naprzeciw naszym wrogom. Możemy grać przeciwko innym graczom lub sztucznej inteligencji. Z rzeczywistymi oponentami zagramy w jednym z kilku trybów różniących się mechaniką. Tryb klasycznych pojedynków podzielony jest na grę swobodną i rankingową, tryb Karczemnej Bójki posiada specyficzne zasady urozmaicające rozgrywkę, często są one zmieniane w losowy sposób (tu wojownik czasem rzuca kulę ognia) raz w tygodniu.

Chciałbym przybliżyć tryb Areny, ponieważ jest on całkiem interesujący. Na początku zabawy wybieramy jedną z trzech kart, wylosowanych spośród wszystkich w grze, niezależnie

od posiadanej przez nas kolekcji. Powtarzamy tę czynność aż do uzupełnienia talii (30 kart), mogąc wylosować same rzadkie i legendarne karty lub też jedynie zwykłe karty typu common. Wszystko zależy od naszego szczęścia. W trakcie gry wspinamy się po szczeblach drabiny aż do uzyskania dwunastu zwycięstw bądź też trzykrotnego przegrania pojedynku. W zależności od uzyskanego wyniku otrzymujemy nagrody – paczki z kartami powiększającymi naszą kolekcję, złoto na zakup paczek, przygód, kolejnych aren lub magiczny pył przydatny do bezpośredniego tworzenia interesujących nas kart.

Hearthstone jest grą F2P – jest darmowa, choć dla osób niecierpliwych i posiadających nadmiar gotówki istnieją mikropłatności pozwalające m.in. uzyskać nowy wygląd bohaterów lub znacznie przyspieszyć uzupełnienie kolekcji kart.

W mojej ocenie Hearthstone jest świetną produkcją. Nie tylko osadzona jest w jednym z moich ulubionych uniwersów, ale też sama w sobie posiada niezrównany klimat. Karty wielokrotnie nawiązują do znanych z popkultury wydarzeń i postaci, możemy tu m.in. odnaleźć nieustraszonego awanturnika i odkrywcę Harrisona Jonesa. Prosta mechanika gry sprawia, że naprawdę szybko przyswoimy zasady, a mnogość kart i zaskakująca nieraz losowość rozgrywki spowodują, że pozostaniemy na dłużej przy tym tytule.

PS Jeżeli jesteście zainteresowani lub być może uczestniczyć już w rozgrywce, odczwicie się na naszym fanpage'u, zorganizujemy Spotkanie przy kominku.



„Poproszę szalwie i nabiał” – czyli o zastosowaniu podbiału pospolitego

SANDRA
KOWALCZYK



Tussilago farfara, czyli podbiał pospolity to roślina znana głównie z anegdotek aptecznych: gdy pacjenci chcą otrzymać popularny lek ziołowy „tymianek i podbiał”, przekręcając nazwę proszą o „szalwie i nabiał”.

Z wyglądu podobna do mniszka lekarskiego, potocznie nazywanego mleczem przez podobieństwo ich żółtych kwiatów. Inne nazwy ludowe i zwyczajowe podbiału to białkuch, ośla stopa, końskie kopyto, boże liczko, kniat, kaczyńiec, grzybień, białodrzew, gęsie łebki czy kwiat szczupaczy. Należy do rodziny astrowatych (złożonych) i pospolicie występuje na terenie całej Polski.

Surowiec stanowią liście zbierane wiosną i latem, wysuszone na powietrzu, w cieniu. Dzięki zawartości śluzu i inuliny działają osłaniająco i powlekająco, garbniki warunkują działanie ściągające na błony śluzowe jamy ustnej i gardła, a flawonoidy z grupy flawonoli, jak pochodne kemferolu, kwercetyny, i olejek eteryczny zmniejszają napięcie mięśni gładkich. Oprócz tego liście działają przeciwbakteryjnie i ułatwiają odkrztuszanie, przez co surowiec jest chętnie stosowany w stanach zapalnych i nieżytach górnych dróg oddechowych z towarzyszącym kaszlem bez odkrztuszania wydzieliny z płuc oraz w ostrych i przewlekłych stanach zapalnych jamy ustnej i gardła. Znajduje się między innymi w takich preparatach, jak pastylki do ssania Tymianek i Podbiał, Gardlox, syropach Farfaron, Pyrosal, Sirupus Piroxil czy mieszankach ziołowych Neopektosan, Pektosan.

Odwar z liści podbiału przygotowuje się, zalewając 1 łyżkę liści 350 ml ciepłej wody i ogrzewając do wrzenia. Po 3 minutach gotowania pod przykryciem należy odstawić odwar na 10 minut i przecedzić, a następnie pić przy kaszlu 3–5 razy dziennie ¼ do ½ szklanki między posiłkami. Ten sam odwar stosuje się zewnętrznie do okładów na skórę przy stłuczeniach, zacerwienieniach i siniakach.

A ponieważ śmiech to zdrowie – na koniec kilka aptecznych hitów na poprawę humoru:

„Czy dostanę mleko Debilon?”

„Poproszę Striptiz intensywny na bolące gardło (Strepsils Intensive)”.

„Płyn do płukania jamy intymnej”.

„Poproszę Aspirynę z Bayernu”.

„Po ile macie Pensasexal? (Pentohexal)”

„Poproszę nasienie koziorożca (kozieradki)”.

„Poproszę KAZIRODKĘ”.

„Poproszę olejek z osiołka”.

„Poproszę sól filozoficzną”.

„Poproszę 3 kompresory 10 x 10 cm”.

„Proszę Hepapistilin”.

„Maść na świad osobisty”.

„Test przeciwciażowy”.

„Poproszę Supermen (Supremine)”.

„Poproszę coś na pocenie się mózgu”.

„Stoperan do uszu”.

„Nie chcę tego tranu, bo mi po nim łuski rosną”.

„Poproszę Esenszionale forte”.

„Maść z zęba diabła (maść z czarciego pazura)”.

„Poprosze Sex (miał być Zyx)”.

„Aleoz z miężem”.

„HALOPIERDOL (Haloperidol)”.

Oraz:

„Nie pamiętam, jak to się nazywało, ale jak mi pani pokaże, to będę wiedział, że to ten lek”.



Epopeja Alkoholika

PRZEMYSŁAW
ZAKOWICZ



Otwórz przede mną świat pełen bez troski
Jak wtedy, gdy dzieckiem byłem nieświadom
Wywlec z usunąć wszystkie me zmartwienia
Choć na chwilę wytchnienia
Odkręcam pod korek nalane problemy
Napętniam szkło i pochylam nad nim
Janusowe swe oblicze,
Na co liczę?
Dobrym i do ust wlewam
Stęzoną efemerydę radości
By na kilka dobrych minut
Opuścić Hades razem z Persefoną
Po drodze mijam zakopane w ziemi nieudane
dzieciństwo
Kłótnie i płacz nad własną swą marnością
Krzywdy i lata spędzone na dewaluacji pojęć
Jeszcze jak przez twarde granitoid przebijam
się przez moralność
Daj Bóg kilka łyków więcej i ekspressem
wyląduje nad ziemią
Zignoruję porozrzucane w trawie głosy krytyki
Piękny, odurzający świat
roztoczy ciepły swój krąg
Dulce et decorum
W końcu żyję
Gorzka posmak po chwili mija,
A roztacza się
Cudowna poświata i prawdziwi przyjaciele
Witają mnie, jestem jednym z nich.
Wódka rozumie.
Błogostan akceptacji, szczęście w nieszczęściu
Biegam, a nawet latam,
staram się nie stopić
swoich woskowych skrzydeł
Zaczerpnę więc jeszcze, póki źródło tryska

Dotkliwie odczuwam
Poczucie własnej wartości
Nie ma wszak żadnych przeszkód
Neguję także konsekwencje
Ale że co...

Stopniowo opadam z sił i zsuwam się z urojeń
Ratuję się strzępkami pamięci, próbując złożyć
w całość to co przeżyłem i uspokoić się,
że to nic złego cały ten palimpsest, tym razem
obeszło się bez szwanku, tylko głowa ciężka
Pakuje się przed podróżą z Juliuszem Vernem
Znowu jestem pod ziemią, która nawarstwia się
By pogrzebać mnie razem z moimi
problemami, kumuluję afekt, aż w końcu
Wylewam wodospad nad własną fortuną
Co nie taka ślepa, jak ją pisała
Tylko moja
Krzyczę i żalę się, a nikt mnie nie słyszy
Zostałem sam
Wódka rozumie

Na karuzeli życia

TAMARA
DUNAJEWSKA



Lata pięćdziesiąte ubiegłego wieku. Woody Allen przenosi swoich wiernych fanów do Coney Island – wesołego miasteczka położonego na nowojorskim Brooklynie. Z premedytacją można tu użyć wyrażenia „wierni fani”, gdyż ostatnie filmy reżysera z pewnością nie przysparzają mu nowych wielbicieli. Błyskotliwość, niebanalność żartu i kreatywność zdają się powoli gasnąć i być jedynie pozostałością po dawnym talencie. Tłumy biegnące do kin na każdy kolejny film Allena są przyciągane chyba już tylko samym nazwiskiem reżysera, gdyż po każdym z seansów wśród publiczności rozbrzmiewają fale krytyki.

Historia z Coney Island splata ze sobą losy czterech bohaterów. Pierwszą z nich, scharakteryzowaną na ekranie migrenowym bólem głowy i tendencją do melodramatyzmu, jest grana przez Kate Winslet Ginny – sfrustrowana, nieokrzesana i niedoszła aktorka, która marnuje swój talent jako kelnerka w jednym z barów w lunaparku. W chaotycznym życiu, pełnionym krzykiem i żalem towarzyszy jej Humpty, cierpiący po stracie żony nieco gburowaty kierownik karuzeli. Na dodatek oboje mają problemy z synem Ginny, który pała miłością do podpalania wszystkiego, co stanie mu na drodze. Jeszcze większy bałagan wprowadza w ich życie córka Humpty’ego – Caroline, pojawiająca się nieoczekiwanie w ich domu po latach rozłąki i milczenia. Jak się okazuje, dziewczyna ucieka przed swoim mężem gangsterem, który jako włoski mafiozo chce ją zabić. Te cztery nieco irracjonalne postacie to już całkiem sporo, jednak na ekranie pojawia się jeszcze Mickey – ratownik z plaży przy Coney Island. Niedoszły poeta i miłośnik książek, cechujący się przesadną i przekoloryzowaną skłonnością do romantyzmu. Taka wybuchowa mieszanka musi doprowadzić do dramatu, który szybko wybucha na ekranie, gdy obie kobiety zakochują się w młodym ratowniku. Dalsze losy bohaterów są tak banalne, że chyba bardziej miałkiego i nieefektownego rozwoju akcji wymyślić nie sposób.

Jest w tym filmie jakiś minimalny potencjał. Mogłaby to być historia o wpływie każdej decyzji na nasze życie, o niespełnionych marzeniach, stracie i rozczarowaniu. Jednak *Na karuzeli życia* to film nakręcony na akord – nieprzemyślany i absurdalny. Tej absurdalności dodaje mu dodatkowo przedziwna praca ze światłem, które sprawia, że bohaterowie wydają się jeszcze bardziej surrealistyczni. Poziomu nie trzyma również gra aktorska. Przerysowana i denerwująca Kate Winslet nadaje ciężkości całej fabule, a sztuczny i upozowany Justin Timberlake jest karykaturą człowieka. Czarę goryczy przelewa zakończenie całej tej historii. Niestety próżno doszukiwać się tu jakichkolwiek pozytywnych aspektów.



Cukrzyca u dzieci „nie śpi i chodzi do szkoły”

OLGA
MEJER



Rozmowa z profesorem Piotrem Fichną, kierownikiem Kliniki Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego, na temat cukrzycy u dzieci, jej perypetii, oddziałowych problemów oraz zbyt małej świadomości epidemiologicznej wśród społeczności akademickiej oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Klinika Diabetologii i Otyłości Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu stara się podolać standardom opieki medycznej zalecanym w leczeniu cukrzycy u dzieci. Jest jedynym takim ośrodkiem w województwie wielkopolskim, w obrębie którego liczba osób poniżej 18. roku życia chorujących na tę chorobę waha się w granicach 1300–1500. Zmienność tej liczby wynika z bilansu: jednoczesnych nowych zachorowań oraz przekraczania przez dotychczasowych pacjentów 18 lat i ich przejścia pod opiekę internistyczną. Trzeba pamiętać, że corocznie na cukrzycę typu 1 zapada w województwie wielkopolskim między 150 a 200 dzieci. Przez ostatnie 25 lat zapadalność wzrosła ponad 4-krotnie, podobnie jak w całej Polsce oraz innych krajach, i tendencja ta nie słabnie.

Olga Mejer: Uczymy się, aby zwracać uwagę na objawy cukrzycy, które nie zawsze są charakterystyczne i jednoznaczne, gdy występują pojedynczo i ze słabym nasileniem. Mowa o zwiększonym pragnieniu, wielomocz, zmianie apetytu i utracie masy ciała oraz o innych dolegliwościach, takich jak zaburzenia zachowania, osłabienie mięśni, zajady czy piękający język. Pomimo zdiagnozowania objawów rozpoznanie cukrzycy typu 1 wciąż nie jest łatwe.

Prof. Piotr Fichna: Nadal obserwujemy pewne trudności w szybkim rozpoznawaniu cukrzycy w podstawowej opiece zdrowotnej dzieci. Nie zależy to od niewiedzy lekarzy, ale raczej od braku doświadczenia i sugestywnego obrazu, np. infekcji współtowarzyszącej początkowi cukrzycy, która skupia uwagę na – wydawałoby się „pewnej” – diagnozie. Dlatego też apelujemy o to, żeby podczas zlecenia u chorych jakichkolwiek badań laboratoryjnych zawsze zadbać też o dołączenie oceny glikemii oraz zlecenie badań ogólnych moczu – chociażby po to, żeby sprawdzić, czy u pacjenta nie występuje glikozuria (o ketonach nie wspomnę). Zmusza nas do tego nie tylko rosnąca zapadalność na cukrzycę, lecz także stopniowa zmiana jej obrazu klinicznego.

Jakie są tego konsekwencje?

Początek choroby w przypadku typu 1 zwykle objawia się dość wyraźnie u dzieci, najczęściej wraz z rozwojem zaburzeń zagrażających życiu. Przykładowo: parametry takie jak w gazometrii: pH 6,85–6,95 i adekwatne do tego inne składowe tego badania, glikemia ponad 800–1000 mg/dl przy jednocześnie głębokim odwodnieniu i ostrych zaburzeniach elektrolitowych czy hipertriglicerydemia przekraczająca 1000–2000 mg/dl, to nie wyjątkowe sytuacje, chociaż niezbyt częste. Przytaczam te elementy odchyień w wynikach laboratoryjnych, którym nieraz towarzyszą objawy wstrząsu hipowolemicznego i zaburzenia neurologiczne, żeby uświadomić, do czego może prowadzić opóźnianie właściwego rozpoznania choroby i/lub zastosowanie wyłącznie leczenia objawowego, bez zachowania właściwych reguł kontroli jego przebiegu.

Jak widać, nie tylko właściwe rozpoznanie cukrzycy stanowi nie lada problem – równie ważne i trudne jest jej odpowiednie kontrolowanie, tym bardziej jeśli chodzi o dzieci. O czym powinniśmy pamiętać podczas opieki nad małym pacjentem z cukrzycą?

Przede wszystkim o tym, że podobne zaburzenia jak w ostrym początku choroby spotykamy u pacjentów z trwającą już cukrzycą typu 1, kiedy dotknie ich ciężki przebieg innej, dodatkowej choroby (zwykle infekcyjnej, chociaż bywa to też np. spożycie alkoholu), najczęściej wraz z długotrwałym zaniedbaniem kontroli cukrzycy przez pacjenta i jego rodzinę. Naszą szczególną troską objęci są zwłaszcza ci najmłodsi pacjenci (w wieku 2–7 lat) – są oni w największym niebezpieczeństwie i wymagają szczególnie uważnego leczenia, które może stwarzać trudności również bardzo starającym się rodzicom. Poza tym czasem zapomina się, że nie tylko ostre hipoglikemie z utratą świadomości są niebezpieczne dla chorego dziecka; w przypadku łagodnej hipoglikemii wystarczyć dekoncentracja uwagi lub gorsza koordynacja ruchowa, przez które dziecko może się przewrócić np. na betonowych scho-

dach, a skutki bywają tragiczne. Co więcej, nasi pacjenci stale zmieniają się też z powodów naturalnych, jak wzrastanie czy dojrzewanie. Zmienia się też ich stan psychiczny, zwykle wielokrotnie w ciągu leczenia choroby. Ponadto wszyscy jesteśmy w tej terapii notorycznie spóźnieni – zawsze najpierw musimy zauważyć, że coś idzie nie tak (mimo że dotąd jakoś kontrolowaliśmy cukrzycę), aby zacząć poprawiać naszą terapię, i tak bez końca. Jeżeli niezbyt łatwo osiągamy poprawę, dziecko buntuje się, zniechęca i wpada w depresję (dotyka ona nawet do 50% młodzieży), a w konsekwencji załamania przebiegu cukrzycy występują też stany ciężkie.

Pan Profesor wspomniał, że Klinika ma pod swoją opieką blisko 1,5 tysiąca dzieci z całej Wielkopolski. Czy jedna klinika nie jest za mała jak na taką liczbę pacjentów?

Oprócz Kliniki w Wielkopolsce są jeszcze 4 (w porywach do 5) poradnie diabetologiczne dla dzieci, które też otaczają je opieką specjalistyczną, jednak zarówno Klinika, jak i wymienione poradnie nie spełniają wszystkich wymogów tej opieki. Ich ograniczenie lub zamknięcie jest niemożliwe, gdyż nawet w tej niedoskonałej formie są ratunkiem dla dzieci z cukrzycą. Wszystkie oddziały oraz poradnie pediatryczne z całego województwa kierują nowo rozpoznane przypadki cukrzycy natychmiast do nas, co w takiej sytuacji jest zgodne z rodzajem „doktryny” w opiece nad dziećmi cierpiącymi na cukrzycę. Podobnie dzieje się przy ostrych załamaniach przebiegu cukrzycy lub gdy dodatkowo wystąpi inna choroba.

Ile dzieci jednocześnie można przyjąć na oddział?

Klinika dysponuje 16 łózkami, w tym trzema dla dzieci najmłodszych. Według moich wyliczeń do corocznej kontroli klinicznej wskazanej wyżej liczby dzieci już chorych na cukrzycę typu 1 potrzeba takich łóżek 30. Trzeba też pamiętać, że Klinika nie zajmuje się leczeniem tylko tej choroby – mamy pod opieką dzieci z otyłością, z których znaczna część ma do tego stopnia zaawansowane wtórne zmiany w wielu układach, w tym także dokrewnym, że wymaga rozszerzonej, wielokierunkowej diagnostyki w warunkach szpitalnych oraz wdrożenia – obok zaleceń dietetycznych i dotyczących wysiłku – farmakoterapii.

Jak w takim razie Klinika sobie z tym wszystkim radzi? Zakładam, że nie można powiedzieć, że nie boryka się z żadnymi problemami w obliczu takich realiów.

Nasza Klinika w swej żałości małej przestrzeni musi przyjmować zarówno dzieci skrajnie ciężko chore, jak i te, u których przebieg cukrzycy jest łagodny, a mają one od roku do 17 lat. Nie można też przemilczeć przyjmowania dzieci, których oczywiście nie można lekceważyć, z problemami neurologicznymi albo ostrymi infekcjami układu oddechowego czy biegunkami. Mamy nieustanny kłopot z przyjęciami dzieci bez cukrzycy i z ostrymi infekcjami do oddziału bez izolacji, gdzie łatwo o rozprzestrzenienie zakażeń także na te dzieci z ostrym początkiem lub załamaniem przebiegu cukrzycy. Dzieci z infekcjami też trzeba leczyć, ale nie udaje się planować pracy Kliniki w takich warunkach i jesteśmy zmuszeni odraczać przyjęcia według naszego profilu, podczas gdy obecność dzieci z cukrzycą na oddziałach o innej specjalności zdarza się tyl-

ko w specjalnych okolicznościach.

Cukrzyca to choroba wymagająca wiele uwagi, poświęceń i wyrzeczeń. W jaki sposób mali pacjenci i ich najbliżsi dowiadują się, jak sobie z nią radzić?

Konieczność edukacji dzieci z cukrzycą (stosownie do ich wieku) oraz ich rodziców (stosownie do ich zdolności przyswojenia trudnej wiedzy) to jeszcze inne oblicze pracy naszego oddziału, które często jest bagatelizowane. Nie jest to towarzyska rozmowa, ani psychologiczne wsparcie dziecka i rodzica, tylko niezbywalny element leczenia. Dziecko chore na cukrzycę typu 1 traci komórki beta będące nie tylko źródłem insuliny, lecz także doskonałym regulatorem jej dostępności w organizmie według stale zmieniającego się zapotrzebowania. Terapia musi zastąpić obie straty. Leczenie cukrzycy bardzo różni się od leczenia chorób, nazwijmy je: „tabletkowych”, kiedy to chory powinien wypełniać zalecenie lekarza, ale nie podejmuje samodzielnych decyzji terapeutycznych – w przeciwieństwie do cukrzycy. Chory (i/lub rodzic) podczas zwykłego mierzenia glikemii, np. 8 razy na dobę (w nocy cukrzyca nie śpi) lub częściej, musi zrozumieć sytuację i wynik badania oraz zdecydować o posiłkach, wysiłku, podaniu insuliny. Z edukacji diabetologicznej nie można zrezygnować ani na początku choroby, ani przy kolejnych wizytach w poradni i w szpitalu. Tu znowu pojawia się problem braku pełnego zespołu edukacyjnego oraz przestrzeni. Zdarza się, że na tym naszym małym oddziale pielęgniarki i lekarze edukują trzy różne grupy jednocześnie, a tego nie da się robić gdzieś na brzegu łóżka lub na blacie szafki.

Czy technologia stosowana w leczeniu cukrzycy może w jakimś stopniu zastąpić pracę dziecka, rodziców, pielęgniarek i lekarzy?

Obecnie dysponujemy doskonałymi preparatami insuliny i sposobami jej podawania (są to nie tylko tzw. peny, lecz także zaawansowane rodzaje osobistych pomp insulinowych), chorzy mają świetne glukometry i w ostatnich latach też systemy ciągłego monitorowania glikemii (niedawno jeden z systemów monitorujących uzyskał częściową refundację). Jednakże są to tylko doskonałe narzędzia, o których właściwym technicznym stosowaniu, programowaniu i – co najważniejsze – włączeniu do terapii decyduje pacjent (i/lub rodzic), który musi znać skomplikowane wymogi fizjologiczne organizmu, rozumieć związki insuliny z posiłkami, wysiłkiem, stresem, dodatkową chorobą (np. infekcyjną), regułami wzrastania, dojrzewaniem itd. O tym wszystkim musimy informować, żeby pacjenci (najczęściej młodzież) i ich rodzice podejmowali dobre decyzje w stale zmieniających się okolicznościach codziennego życia, aby zauważali i planowali wszystkie istotne elementy wpływające na przebieg cukrzycy oraz uprzedzali zagrożenia.

Tak jak Pan Profesor wspomniał, cukrzyca w nocy nie śpi, nie zostaje też jednak w domu, gdy dziecko wychodzi do szkoły. Rozumiem, że odpowiednia edukacja w zakresie wiedzy o cukrzycy powinna dotyczyć także pracowników szkolnych i innych osób z otoczenia chorego dziecka.

Dzieci są często bezkrytyczne w swoich zachowaniach; spędzają dużo czasu poza domem i w szkole, a tam „szaleją” jak ich rówieśnicy, podlegają wyzwaniom sportowym na lekcjach WF-u i zmagają się z typowym stresem szkolnym. Wpływa to na leczenie cukrzycy i wymaga adekwatnej wiedzy m.in. nauczycieli czy wychowawców w przedszkolu. Ze względu na to, że boją się oni swojego udziału, przełamujemy te lęki, edukując wszystkich, którzy kontaktują się z dziećmi z cukrzycą poza domem. Przeszkoliliśmy już ponad 1300 nauczycieli i wychowawców ze szkół w całej Wielkopolsce, jednak końca tej pracy nie widać.

Z tego, co wiem, od niedawna dzieci z cukrzycą mogą liczyć także na wsparcie poza szpitalem.

Ani w zwykłym postępowaniu leczniczym w poradniach cukrzycowych dla dzieci, ani na oddziale (jedynym takim w województwie) nie mamy możliwości realizowania w pełni wszystkich koniecznych elementów medycznej opieki, dlatego też od wielu lat pracujemy społecznie. Jestem dumny z zespołu Kliniki od najmłodszych po najstarszych – pielęgniarek i lekarzy – że sami podejmują i w razie potrzeby realizują te inicjatywy. Rodzice chorych dzieci często nawet nie zdają sobie sprawy z tego, że są beneficjentami czegoś poświęcenia poza obowiązkami zawodowymi. Na takie działania brakuje środków; czasem trzeba zwracać koszty materiałów edukacyjnych, przejazdów czy utraconych zarobków z tytułu urlopu bezpłatnego, dlatego w ubiegłym roku powołaliśmy Polskie Stowarzyszenie dla Badań i Terapii Cukrzycy u Dzieci, które ma bardzo szeroki zakres aktywności, ale w pierwszej kolejności obejmuje nasze społeczne zaangażowania na rzecz lepszej terapii dzieci z cukrzycą typu 1.

Jakie działania podejmuje Stowarzyszenie? Czy są to działania promujące jedynie edukację i pogłębianie świadomości społeczeństwa na temat cukrzycy, czy także mające na celu integrację młodych pacjentów i pokazanie, że cukrzyca nie musi całkowicie ograniczać ich życia?

Stowarzyszenie prowadzi też edukację w małych grupach dla młodzieży i jej rodziców w oryginalnym systemie jednoczasowego łączenia przekazu merytorycznej wiedzy o terapii choroby wraz ze wsparciem psychologicznym porządkującym hierarchię spraw do przypilnowania, motywującym do wytrwałej samokontroli cukrzycy oraz rozładowującym napięcia w rodzinie. Opracowaliśmy zeszyt samokontroli dla chorych w sposób sprzyjający intensywnej terapii oraz współpracy z nowoczesnym zapleczem technicznym (np. pompy insulinowe, systemy ciągłego monitorowania glikemii). Organizujemy Ogólnopolski Halowy Turniej Piłki Nożnej dla Dzieci z Cukrzycą. Jest to dla nich wielka radość, ale także praktyczne doświadczenie związku wysiłku z rygorami kontroli cukrzycy. Nasz uniwersytet objął to wydarzenie patronatem. Ustanowiliśmy też pierwszy Punkt Edukacyjny Cukrzycy u Dzieci jako placówkę Stowarzyszenia w powiecie gnieźnieńskim – chodzi o cykliczne prowadzenie edukacji dla dzieci oraz ich rodziców, nauczycieli, pielęgniarek szkolnych i środowiskowych. Zaplanowaliśmy ponadto pilotażowy 8-dniowy mikroturmus cukrzycowy (w

połowie lipca), który od strony medycznej zostanie zabezpieczony przez Stowarzyszenie w celu zweryfikowania efektów praktycznej edukacji cukrzycowej dla małych grup. Wspólnie z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pediatrii oraz endokrynologii i diabetologii dziecięcej Stowarzyszenie przygotowało wskazówki dla lekarzy ws. wczesnego rozpoznawania cukrzycy u dzieci i postępowania w razie nowo wykrytych przypadków. Organizujemy coroczne spotkania makroregionalne dla lekarzy zaangażowanych w opiekę nad dziećmi z cukrzycą – Diabetologiczne Dialogi Pediatrów. Wspomniałem o tym, co już jest w trakcie realizacji, dodatkowo zamierzamy doskonalić dotychczasowe działalności oraz prace badawczo-wdrożeniowe w diabetologii dziecięcej.

Cukrzyca nie jest chorobą, którą można bagatelizować, nie jest też dolegliwością, o której każdy z nas – i studenci, i pracownicy – wie już wszystko. Nie powinniśmy umniejszać znaczenia pracy zespołów terapeutycznych ani lekceważyć potrzeb zarówno Kliniki, jak i pacjentów.

JM Pan Rektor wie o wielu naszych działaniach w ramach Stowarzyszenia i wyraził zgodę na szereg ułatwień i wsparcie ze strony Uczelni. Jest to dla nas ważne nie tylko jako doraźne ułatwienie, lecz także jako współudział w promowaniu problematyki cukrzycy u dzieci w świadomości społeczności akademickiej, w tym także wśród studentów. Zależy nam też na łatwiejszym ukazywaniu tych zagadnień szerokim grupom lekarzy kontaktujących się z dziećmi w różnych specjalnościach. Nadal potrzebujemy przestrzeni do pracy i dla nowych lekarzy chcących pracować w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej (nasz oddział prowadzi obie części tej specjalności). Potrzebujemy tego wszystkiego, żeby – jako wyczuleni na cukrzycę u dzieci – móc wcześniej ją rozpoznawać, a potem dobrać leczenie według standardów krajowych i światowych (które są tożsame).

Dziękujemy bardzo za rozmowę.

Zachęcamy wszystkich czytelników do zaznajomienia się z problematyką cukrzycy u dzieci oraz zachęcamy do zaangażowania się w szeroko pojętą działalność Stowarzyszenia.

Billy Milligan. Najcięższy przypadek rozszczepienia osobowości

PAMELA
JESKE

Człowiek o 24 twarzach to powieść napisana przez Daniela Keyesa, która opowiada historię Billy'ego Milligana. Mężczyzna ten stał się sławny w niefortunny sposób – zostając oskarżonym o gwałt. Billy jednocześnie przyznawał się do winy i wytrwale temu zaprzeczał. Jak to możliwe? Otóż cierpiał on na chorobę określaną jako zespół osobowości wielorakiej. Polega ona na występowaniu w ciele jednego człowieka przynajmniej dwóch osobowości. Milligan miał ich aż 24. Dziesięć z tych osobowości zostało najlepiej poznanych, ponieważ to one rozmawiały z adwokatami, personelem medycznym i innymi osobami. Pozostałych trzynaście określano jako niepożądane; bardzo rzadko przejmowały władzę nad ciałem. Jedna z osobowości, określana jako Nauczyciel, rozmawiała z pisarzem i umożliwiła stworzenie książki. Gdy jedna osoba miała kontrolę, pozostałe nie wiedziały, co w tym czasie się działo. Tak więc policja, aresztując Milligana, miała do czynienia z nic nie wiedzącym, przestraszonym czternastolatkiem (kolejna z osobowości).

Jak jeden człowiek potrafił być agresywnym Jugosłowianinem, który świetnie znał się na broni i trzyletnią małą co rozumiejącą dziewczynką? Jak mógł być nienawidzącym osób homoseksualnych, napadającym na innych dealerem i szukającym miłości oraz piszącą wiersze lesbijką?

Milligan znał się na malarstwie, medycynie, prawie, historii, sztukach walki, broni, narkotykach i wielu innych dziedzinach, lecz nie był w stanie w pełni wykorzystać tych wszystkich umiejętności. Nie potrafił długo utrzymać swoich sukcesów, ponieważ niespodziewanie następował czas rozszczepienia i dominację obejmowały osobowości niepożądane.

Jest to niezwykle fascynująca i wstrząsająca historia chorego człowieka. Dokument skonstruowany jak dobry kryminał. Tych, którzy nie znają całej historii, autor na pewno będzie trzymał w napięciu do ostatniego zdania.

Poza głównym wątkiem dotyczącym choroby Billy'ego,



Człowiek o 24 twarzach

BILLY MILLIGAN - NAJCIEŻSZY PRZYPADK
ROZSZCZEPIONA OSOBOWOŚCI



można wyróżnić kilka innych motywów. Tym najbardziej szokującym były jego przeżycia z dzieciństwa. To, jak znęcał się nad nim ojczym (określenie tego gwałtem w niewielkim stopniu oddaje jego okrucieństwo), co przeżył w swoim domu, jak był traktowany przez rówieśników nie wiedzących o jego chorobie. Prześladowanie za skutkowało stworzeniem dodatkowych osobowości w celu przystosowania się do świata, w którym pierwotna osobowość nie chciała żyć.

Innym było ukazanie stosunku społeczeństwa do choroby psychicznej. Autor opisywał osoby początkowo sceptyczne, które zaczęły wierzyć w istnienie takiej choroby, ale przedstawił też zachowanie tych, którzy nigdy nie uwierzyli. Niektórzy po prostu się bali, a ludzie często strach ukrywają za agresją. W brutalny, lecz zgodny z prawdą sposób, opisano zachowanie niektórych pracowników zakładów psychiatrycznych, którzy bili Billego bez powodu. Dodatkowo ukazano negatywny wpływ mediów na przebieg rozpraw sądowych, który spowodował przeniesienie pacjenta z miejsca, gdzie go leczono, w miejsce, gdzie go karano.

Jeszcze jeden oddech

KAMILA
JAZ



*Co czyni życie wartościowym,
nawet w obliczu śmierci i rozkładu?*

– Paul Kalanithi, *Jeszcze jeden oddech*

Rzadko która powieść współczesnego autora wywiera na mnie wrażenie. Ta wywarła ogromne.

Paul Kalanithi jest dobrze zapowiadającym się rezydentem

neurochirurgii wiodącym szczęśliwie, pracowite życie u boku ukochanej żony Lucy. Jego dni wypełnia rezydentura wymagająca całkowitego oddania się pracy, co znacznie zubaża ży-

cie prywatne Paula. Nauka trudnej specjalizacji pochłania go bez reszty, nie dając mu czasu na myślenie o własnym zdrowiu – do czasu, gdy okropny ból pleców zaczyna przeszkadzać mu w operowaniu. Diagnoza tej z pozoru zwyczajnej przypadłości okazuje się być miazdżąca dla Paula – niedrobnokomórkowy rak płuc IV stopnia.

Jeszcze jeden oddech to powieść autobiograficzna, która trafiła na tak zwaną krótką listę książek nominowanych do nagrody Pulitzera. To powieść oparta na losach Paula Kalanithiego, absolwenta wielu prestiżowych, amerykańskich uczelni, którego ostatni rok rezydentury naznacza śmiertelna choroba – zaawansowany nowotwór. Będąc u szczytu kariery, Paul musi przewartościować swoje życie, by móc osiągnąć cele, o których zawsze marzył. Ostatkiem sił postanawia dokończyć specjalizację, założyć rodzinę i napisać powieść, czego zawsze pragnął.

Jego autobiografia nie opowiada o życiu nadzwyczajnym – powieść skupia się głównie wokół wspomnień z czasów dzieciństwa oraz heroicznej walki autora z chorobą, jednakże to właśnie zwyczajność opowiadana w prosty, ludzki sposób

nadaje urok fabule. W powieści zachwycą także język – lekki, prosty, ale wyrafinowany, ze zdumiewającą prędkością prowadzący nas przez kolejne wątki, odsłaniając kunszt autora, który zdaje się doskonale operować słowem. Styl Kalanithiego jawi się jako wspaniale dopracowana synteza budowana na solidnych podstawach klasycznych książek, które do dziś fascynują czytelników, a które sam autor czule wspomina. Będąc jednocześnie lekarzem i magistrem filologii angielskiej (przed rozpoczęciem studiów medycznych ukończył filologię angielską na Uniwersytecie Stanforda), stworzył dzieło przesiąknięte światowej klasy literaturą, której echa stale wybrzmiewają w powieści.

Na każdym kroku autorowi towarzyszy także śmiertelna choroba, która skłania go do filozoficznych przemyśleń nad życiem, przemijaniem i walką z niepojętą, niezbadaną i nieodwracalną śmiercią, dzięki której doceniamy wartość życia.

Jeszcze jeden oddech w przekładzie Łukasza Małeckiego wydało Wydawnictwo Literackie.

Twoje zdrowie w twoich rękach

KAMILA
JAZ



Mamy więc dobre i złe karty. Dzięki właściwej pielęgnacji naszego ciała i ducha możemy stale grać dobrymi, a złych w ogóle nie brać do ręki.

– Frédéric Saldmann, *Twoje zdrowie w twoich rękach*

Myślenie o zdrowiu jako o stanie nabytym, na który nie mamy wpływu, to wciąż pokutujący sposób myślenia w naszym kraju. Nie wszystko możemy zmienić, jednakże badania już dawno temu wykazały jednoznacznie, że stylem życia możemy znacznie modyfikować odziedziczone cechy.

Esencję takiej postawy przyniesie czytelnikowi lektura zabawnego poradnika Frédérica Saldmanna, francuskiego lekarza prowadzącego m.in. prezydenta François Hollande'a czy aktorkę Sophie Marceau. Dr Saldmann – kardiolog i dietetyk, propagator profilaktyki w medycynie – w swojej książce pokazuje jak niewielkie, sprytne zmiany w życiu mogą pomóc w zachowaniu zdrowia ciała i ducha. Dzięki lekturze dowiemy się, jakie pokarmy są sprzymierzeńcami w walce z powszechnymi dolegliwościami, a także w jaki sposób przestrzeganie higieny może skutkować pozytywnymi rezultatami w postaci zdrowego, wydolnego organizmu. Autor obala wiele mitów skrętnie przez pacjentów powtarzanych, a nieaktualnych, i proponuje nowe, perspektywne podejście, które pozwoli Ci zostać trenerem własnego zdrowia.

Twoje zdrowie w twoich rękach wydało wydawnictwo Muza. Z francuskiego przełożyła Małgorzata Bochwic-Ivanovska.



Kore

KAMILA
JAZ



Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze za mało), mówi: Stanę przy tobie. [...] Będę z tobą. Nie opuszczę cię. Nie zostaniesz sam.

– Andrzej Szczeklik, *Kore*

Zwykło się przyjmować, że zawód lekarza wiąże się ściśle z rozpoznaniem choroby i jej leczeniem. Patrząc na pacjenta widzimy głównie objawy, które kształtują diagnozę. Lekarze, otoczeni stosami dokumentów wymagających wypełnienia mają coraz mniej czasu, by spoglądając na pacjenta spojrzeć na człowieka. Często zdarza się, że w zawiłym systemie służby zdrowia uniwersalne wartości, którym hołduje hipokratesowa przysięga, zacierają się.

Na szczęście czasem można je odnaleźć w książce takiego autorytetu jak prof. Andrzej Szczeklik. Nazwisko znane studentom zapewne głównie za sprawą obszernej, wciąż uaktualnianej Interny Szczeklika, jednak niewielu wie, że profesor oprócz biegłości medycznej posiadał także talenty iście humanistyczne. Owocem tych talentów jest *Kore*, drugie dzieło z trylogii, kontynuacja dobrze przyjętej książki *Katharsis*. *Kore* to rodzaj eseju o tematyce medycznej, zręcznie przeplatane go wybranymi zagadnieniami ze sztuki, historii i kultury.

To książka niezwykła, odkrywająca na nowo humanizm zakorzeniony głęboko w medycynie, którą profesor zdaje się

widzieć nie tylko poprzez najnowsze odkrycia z tej dziedziny, ale przede wszystkim przez kontemplację natury rzeczy. Przez dzieło stale przebija się (jak błysk w oku) talent autora, który niczym artysta prowadzi nas przez korytarze pełne dzieł sztuki, obnażając ich zupełnie nowe, medyczne znaczenie. Książka przesycona jest lubianą przez autora (z wykształcenia także historyk medycyny) historią o wiedzy medycznej minionych pokoleń, która w utworze została umiejętnie zestawiona z nowinkami badawczymi. Prosty i bezpośredni język nadaje książce formę opowieści, swoistej podróży w głąb siebie, w głąb duszy medycyny. Jednocześnie na każdym kroku obcujemy z etyką lekarską; budującym się zaufaniem między lekarzem a pacjentem.

Etyka we wspomnieniach profesora zdaje się być ważną składową w procesie leczenia choroby. *Kore*, niczym żrenica, odbija nam istotę tego, co w medycynie najważniejsze.

Kore wydana została przez wydawnictwo Znak.

Triumf Teatru

KAMILA
JAZ



Jedno spojrzenie na repertuar pozwala wnioskować, że Teatr Muzyczny do światowej klasy z pewnością aspiruje.

Teatr Muzyczny w Poznaniu po raz kolejny miał okazję zaprezentować swoje umiejętności w wymagającym spektaklu *Evita*. Musical Andrew Lloyd Webbera, autora *Upiora w operze*, to równie znana i lubiana produkcja tego kompozytora. Spektakl – wystawiany m.in. na Broadwayu – zyskał międzynarodową sławę nie tylko ze względu na wspaniałą oprawę muzyczną, lecz także dzięki spójności kompozycji, wyrazistym postaciom oraz ciekawej choreografii z elementami argentyńskich tańców narodowych.

Evita to wokalna realizacja biografii kontrowersyjnej *Evity* Perón-Duarte. Niezwykła charyzma tej kobiety umożliwiła objęcie władzy w Argentynie przez sympatyzującego z ruchem

faszystowskim generała Juana Peróna. *Evita*, jako aktywna uczestniczka kampanii męża, identyfikowała się z najuboższą klasą Argentyńczyków z tzw. *descamisados*. Dzięki zaangażowaniu się w liczne akcje charytatywne szybko zyskała sławę jako obrończyni ubogich. Uwielbiana przez naród argentyński, nazywana „matką narodu” zmarła przedwcześnie z powodu zaawansowanego nowotworu szyjki macicy.

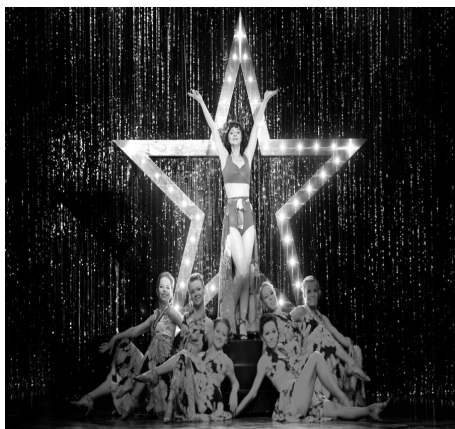
Skomplikowana historia tej kobiety stanowi prawdziwe wyzwanie aktorskie. Rzeczone *Evita* uznawana jest za sztukę do wykonania trudną; wyczerpujący wokół oraz rozbudowana choreografia nie oszczędzają aktorów, a pełne pasji, wyraziste postacie wymagają gruntownego przygotowania do roli. Słusz-

nie więc można by się zastanawiać, czy Teatr – jeszcze pod świeżym kierownictwem Przemysław Kiełszewskiego – poradzi sobie z prezentacją tej wymagającej sztuki.

Ostatni spektakl w Teatrze Muzycznym okazał się obiecującą inscenizacją wokalną i aktorską. Wiele uznania należy się przede wszystkim Piotrowi Deptuchowi, który muzyczną aranżacją oddał wszystko, czego było potrzeba, by nadać tej muzycznej biografii wyjątkowy charakter. Ogromne wrażenie zrobiła na mnie również odtwórczyni tytułowej roli – jej godny pozazdrosczenia talent wokalny, szeroka skala głosowa i umiejętna modulacja głosu wydobyły niepowtarzalną głębię osobowości Evity. Widzom z pewnością spodobał się także odtwórca roli Che – narratora i komentatora wydarzeń na wzór chóru greckiego. Perfekcyjnie przygotowany do roli, z doskonałą dykcją, stanowił wspaniały przykład prawdziwej gry aktorskiej. Moją uwagę przykuła także scenografia. Starannie dopracowane stroje, urzekające rekwizyty, takie jak ogromne lustro weneckie, oddały barwny klimat argentyńskiej stolicy. Wszystkie te elementy stworzyły spójną kompozycję, która zapada w pamięć, bawi i porusza.

Jedno spojrzenie na repertuar pozwala wnioskować, że Teatr Muzyczny do światowej klasy z pewnością aspiruje. Wystawiane sztuki są coraz ciekawsze, a ich wykonanie nie pozostawia widzom wiele do życzenia. Duży, dobrze widoczny ekran z tłumaczeniem ułatwia zrozumienie fabuły przyjeźdnym, których w tętniącym wymianami studenckimi Poznaniu nie brakuje.

Wydawałoby się więc, że tak znana i tak dobrze zagrana sztuka przyciągnie więcej pasjonatów kultury i historii. Dlatego też zachęcam do bliższego zapoznania się z Teatrem Muzycznym – miejscem, w którym każdy ma okazję znaleźć coś dla siebie.



Premiera Evity odbyła się 26 września 2015 roku.

Autor: Andrew Lloyd Webber

Libretto: Tim Rice

Przekład: Andrzej Ozga

Reżyseria: Sebastian Gonciarz

Kierownictwo muzyczne: Piotr Deptuch

Choreografia: Paulina Andrzejewska

Scenografia: Mariusz Napierała

Kostiumy: Agata Uchman

Asystent reżysera: Janusz Kruciński

Przygotowanie wokalne: Anna Domżańska

Współpraca muzyczna: Agnieszka Nagórka

Przygotowanie wokalne zespołu: Michał Łaszewicz

Asystent choreografa: Tomasz Manowski

Obsada

EVA

Oksana Hamerska

Anna Lasota

Marta Wiejak

CHE

Filip Cembala

Patryk Kośnicki

Janusz Kruciński

PERON

Janusz Kruciński

Tomasz Steciuk

Przemysław Rezner

MAGALDI

Mirosław Kin

Jarosław Patycki

KOCHANKA PERONA

Oksana Hamerska

Joanna Olek

Katarzyna Tapek

Ewa Kłosowicz

ARYSTOKRACI

Anna Lasota

Anna Lasota

Joanna Horodko

Agnieszka Wawrzyniak

Anita Urban

Anna Bajerska-Witczak

Karolina Garlińska-Ferenc

Łukasz Brzeziński

Włodzimierz Kalembe

ARMIA

Maciej Ogórkiewicz

Mirosław Kin

Jarosław Patycki

Wiesław Paprzycki

Jacek Ryś

Dzieci oraz Chór, Balet i Orkiestra Teatru Muzycznego w Poznaniu.

Let's play a game vol. 8

Luty obfituje w święta, które zdarza nam się obdarzać bardzo skrajnymi emocjami. Mam nadzieję, że Tłusty Czwartek i Międzynarodowy Dzień Pizzy uświęciliście należycie, poddaliście się karnawałowemu szaleństwu i mimo tajemniczych masek znaleźliście towarzysza miłosnych uniesień na czas czternastego dnia miesiąca (a może i na dłużej?) i ferie rozpoczęliście godnie, spędzając piątek w kinach na premierze ostatniej części najpopularniejszej trylogii ostatnich lat. Wisienką na torcie niech będzie zatem wygrana w naszych konkursach!

Zasady gry są naprawdę proste: najpierw musicie odpowiedzieć na podane pytania dotyczące artykułów umieszczonych w tym numerze. Odpowiedzi znajdziecie w tekstach i będą to zwykle pojedyncze słowa (chyba że podano inaczej), które następnie należy skreślić w wykreslance; dla urozmaicenia w diagramie podano również nadprogramowe wyrazy. Na koniec zostało oczywiście hasło – utworzą je litery, które znajdują się po prawej stronie lub nad pierwszą literą każdego skreślonego wyrazu. Proponuję przy tym, byście najpierw znaleźli wszystkie wyrazy, a dopiero potem litery. Hasło musicie odczytać tak jak w zwykłej wykreslance – litery są „czytane w kolejności występowania rzędami” (cytat prosto z Wikipedii; zbierajcie litery od lewej do prawej, z góry do dołu – począwszy od tej, która jest najwyżej i najbardziej po lewej stronie). Ruszcie zatem swoje synapsy i do dzieła!

Do wygrania w tym numerze:

1. Stetoskop
2. „Marzenia i spełnienia” J. Koczocik - Przedpelska

A oto pytania:

1. Jakim eufemizmem można określić zaburzenie psychiczne, którym wielu z nas usprawiedliwia swoje lenistwo?
2. Która z ponad dwudziestu osób żyjących w jednym cieśle, była świadoma podczas aresztowania?
3. Kto pada ofiarą podwójnej miłości w filmie o minimalnym potencjale?
4. Z trofeum jakiego koloru nasi Chórzyści wrócili nad ranem z krakowskiego festiwalu?
5. Za pomocą kogo próbuje się zmniejszyć poziom pewnej nadrzędnej wartości przeciwników w uniwersum, w którym wojownik czasem może, a czasem nie może rzucać kulą ognia?
6. Jaką substancję możemy obarczyć najwyższą winą za wszystkie objawy zakochania?
7. Skąd pochodził samozwańczy nosiciel purpury, którego słuchać nie chcieli ani politycy, ani armia?
8. Czym jest coaching?
9. Do nowotworu jakiego innego narządu predysponuje mutacja, która ogólnie przyczynia się do zachorowania ponad

stu tysięcy kobiet rocznie?

10. Park jakiego prezydenta oferuje darmowe oglądanie zwierzątek?
11. W jakiej rzece wylądował twardy dysk pewnej serialowej postaci?
12. W którym stadium choroby autora powstała książka nominowana do jednej z najbardziej prestiżowych nagród literackich?
13. O czym trzeba myśleć, gdy zawodzi koń?
14. W jakiej dziedzinie medycyny choroby rzadkie są chorobami częstymi?
15. Jaki gruczoł można było zaobserwować o godzinie szóstej i rano, i wieczorem, podczas jednych z lekcji histologii?
16. Histologiczne opowieści naszej Katedry czytała Krystyna...

Musicie zatem znaleźć szesnaście wyrazów – cztery z nich pionowo, dziewięć poziomo i trzy na skos, część z nich wspak. Powodzenia!

Odgadnięte hasło wraz z wybraną nagrodą oraz swoim imieniem, nazwiskiem i kierunkiem studiów prosimy przysyłać na adres jolka@pulsum.pl z dopiskiem „Let's play a game” do 4.04.2018. Termin może zawsze ulec zmianie, dlatego śledźcie uważnie nasz profil na fejsbuku! Wszelkie uwagi również mile widziane

Hasło wykreslanki Let's play a game vol. 7 z numeru 191

„Pulsu UM”:

„DESPULSCITO”

Za prawidłowe rozwiązanie nagrody otrzymują:

Ewa Piekarska – Stetoskop

Anna Olechnowicz – „Kudłata nauka”

Zuzanna Matyszevska – „Dieta roślinna na co dzień”

Hasło Jolki z numeru 191 „Pulsu UM”:

„ACU REM TETIGISTI”

Za prawidłowe rozwiązanie nagrody otrzymują:

Klaudia Dolińska - Stetoskop

Alicja Zamelczyk – Etui na stetoskop

Adam Dembny – „Tajemna historia”

O	P	G	A	N	G	S	T	E	R	W	A	R	T	A	I	R	G	M
D	R	U	I	D	Ó	W	P	I	E	S	Ę	S	O	C	P	J	O	A
J	U	H	A	S	L	E	Ń	Z	I	E	L	L	E	Ą	A	D	S	C
U	S	A	K	O	T	D	R	U	G	I	M	Z	F	J	J	O	P	I
T	R	U	M	P	A	B	X	R	A	K	R	Ó	N	A	C	P	E	C
R	Z	S	E	Z	E	O	L	U	I	T	A	I	O	Z	A	A	O	Y
O	A	T	C	Z	U	B	Ó	W	N	A	K	I	C	I	N	M	G	K
N	S	T	P	P	Ś	O	U	L	A	A	L	Ż	C	N	Y	I	A	O
I	Y	W	O	J	O	Ł	A	O	B	Ę	G	E	N	E	T	Y	C	E
Z	M	U	T	W	I	Ó	F	M	Y	N	R	B	E	R	S	S	I	K
M	O	T	O	R	N	T	R	Z	Y	C	E	Ś	S	T	A	R	H	O
B	B	A	W	Ó	Ł	I	Y	M	I	A	M	R	L	E	R	G	C	D
Y	M	Ł	Y	N	A	R	K	A	I	O	S	E	E	J	K	E	J	E
C	Y	N	M	Y	T	R	A	W	Z	C	L	I	N	C	O	L	N	A
Z	T	K	O	Ń	M	I	S	S	I	S	I	P	I	N	R	O	R	R
Y	O	K	Ą	I	P	A	R	E	T	O	H	C	Y	S	P	E	R	O
C	Ł	Ę	N	I	M	A	O	L	Y	T	E	O	L	Y	N	E	F	S
C	Z	T	E	R	N	A	S	T	O	L	A	T	E	K	A	D	U	J
B	L	A	Ł	S	I	W	Ó	K	I	N	N	O	R	T	S	A	P	A

Jolka

32								23				15					
			5							29		1					
22						21											
							26									4	
			3					13									
																34	17
				27							14						
20																	
		6										16					
																	33
				24								7					
25							10		28								
		9													8		
				31					12			19					
													2				
		30						11									18

1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	11	
12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	
23	24	25	26	27		28	29	30	31	32	33	34

Nagrody:

1. Stetoskop
2. "Farmakoekonomika" E. Nowakowska

Prawidłowe odpowiedzi, podpisane imieniem i nazwiskiem, kierunkiem studiów oraz z nazwą wybranej nagrody, przesyłajcie na adres: **jolka@pulsum.pl** do **4.04.2018**

PIONOWO

- wyraz dźwiękonaśladowczy
- Pitagorasa lub Talesa
- ojczyzna Juana Peróna
- wydzielanie kropeł roztworów wodnych przez rośliny
- pierwsza litera alfabetu greckiego
- igrzyska sportowe
- wylęganie się choroby
- swoisty antygen sterczowy
- cyrk lodowcowy
- związek organiczny mający grupę -CHO
- antonim degradacji
- zespół genów danego osobnika
- słodki ziemniak
- bezpostaciowość
- żona Edypa
- nagła, odwracalna utrata napięcia mięśniowego
- dział teologii zajmujący się obroną wiary
- imię syna Boltana (z Pieśni lodu i ognia) z nieprawego łoża
- przybrane nazwisko malarza Paola di Dona
- sztuka planowania i budowy miast
- opracował teorię dysocjacji elektrolitycznej
- Gajusz Juliusz, władca Rzymu
- okres w XIX i XX wieku propagujący hasło „sztuki dla sztuki”

POZIOMO

- imię pisarza, autora Kasacji
- przyjaciel kota Filemona
- październikowy polski orkan
- liczba, za pomocą której można obliczyć pole koła
- określenie czeskosłowackiego rozvodu
- zanik pamięci
- w judaizmie ostatni dzień tygodnia
- żywica traganka gumodajnego
- kanadyjski półwysep lub rasa psa
- sztuka pisanía
- „...Tower”, jeżycka plomba
- arabska lub rzymska
- majątek wniesiony przez żonę
- dostanie się powietrza między tkanki
- jest nią zarówno anoda, jak i katoda
- książka Toni Morrison inspirowana losami Margaret Garner
- państwo ze stolicą w Nawakszut
- w przypadku GKS wziewnych może być płucna lub gardłowa
- ...Lanka
- dwudziesty drugi dla Hellera
- starożytne miasto Charyt
- cytostatyk będący lekiem alkilującym pochodnym iperytu azotowego

Łał, ale masz szczęciopak, chodzisz na siłownię?

- Nie, trzeci tydzień z krztuścem walczę.

Czym jest biegunka?

- Stwardnieniem rozsianym.

Wchodzi żołnierz do triagu na SOR-ze:

- Co panu jest?

- Mam czkawkę.

- Czkawkę?! Ma pan CZKAWKĘ?! Pan sobie jaja robi?! To oddział ratunkowy, leczymy tu nagłe przypadki, zagrożenie zdrowia i życia!

- A ja pracuję w patrolu saperskim i za chwilę jedziemy na robotę.

Kto mieczem wojuje

-
-
-
-
-

ten łamie prawa Art. 191. § 1. Kto stosuje przemoc wobec osoby lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 i § 2. Jeżeli sprawca działa w sposób określony w § 1 w celu wymuszenia zwrotu wiarygodności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Kiedy nie masz racji i siedzisz cicho to znak, że jesteś mądry.

Kiedy masz rację i siedzisz cicho to znak, że jesteś na kontrakcie.

Do lekarza, świeżo upieczonego docenta przyszła rodzina z podziękowaniami za wyleczenie chorego.

- Dziękujemy, panie doktorze - mówią.

- Docencie, docencie - poprawia docent.

- Doceniamy, doceniamy.

Czwarta rano. Apteka dyżurna. Przychodzi dziewczyna i mówi:

- Proszę lekarstwo na bezsenność.

- Jakież?

- Test ciążowy.

,

Dzisiaj szef wezwał mnie do swojego biura z powodu mojego ubioru.

- Nie możesz chodzić w pracy w piżamie!

- Ale wszyscy tak chodzą...

- Kuźwa, to są pacjenci!

Co najczęściej wciągacie na imprezach?

Bo ja na przykład brzuch.

Pierwsza randka:

- Powiedz mi coś o sobie, czego jeszcze nie wiem.

- Cóż, moja żona myśli, że jestem w kinie, a ty myślisz, że jestem singlem.

Kino dla 4 osób: 86 zł

Popcorn: 12 zł

Hot-dogi: 24 zł

Napoje: 28 zł

Słodycze: 15 zł

Parking: 5 zł

Zobaczyć uśmiech na twarzach rodziny: 170 zł

- A mogę wykorzystać te minuty w miesiąc? - pyta kobieta konsultanta sieci telefonicznej, który poinformował ją, że dostała właśnie darmowe 120 minut.

- Tak.

- A w ciągu tygodnia?

- Oczywiście.

- A przez dzień?

- Tak, proszę pani.

- A w godzinę?

- W ciągu godziny - nie!

- Dlaczego?!

Wchodzi pacjent do lekarza. Lekarz pyta:

- Dzień dobry, pan z nietrzymaniem moczu, tak?

- Jak pan poznał?

- Ma pan zardzewiały rozpok.

Rozmawiają dwie koleżanki.

- Uwielbiam długie spacerować na świeżym powietrzu. Ko cham naturę!

- Nawet za to, co ci zrobiła?

Lekarz wystawia diagnozę pacjentowi:

- Nie będzie pan pił - to pan sobie życie przedłuży.

- Ma pan rację doktorze. Kiedyś nie piłem przez tydzień dla mnie to było jak rok...

Rozmawia dwóch myśliwych.

- Stary mam nową metodę na schwytanie lisa. Sto procent skuteczności.

- Jaką?

- Na chomika!

- Na chomika?

- No. Bierzesz chomika. Wsadzasz mu w łapki pół litra i wpuszczasz do lisiej nory.

- No i co?

- Piętnaście minut później chomik wychodzi z lisem żeby zająrać.



TEATR POLSKI W POZNANIU

1875

repertuar



MARZEC



2018

Teatr Polski w Poznaniu, ul. 27 Grudnia 8/10, 61-737 Poznań

* Pracownia Inicjatyw Aktorskich

UWAGA! Dyrekcja zastrzega sobie prawo do zmian w repertuarze.

CZW. 01 DR@CULA. Vagina dentata PiniA* 19.00 G	nd. 11 TEATRANKI 11.00 F Zabawy teatralne K. na Festiwalu Sztuk Przyjemnych i Nieprzyjemnych w Łodzi	CZW. 22 ODYS 19.00 DS GREAT POLAND 19.30 M
pt. 02 MYŚLI NOWOCZESNEGO POLAKA 19.00 M	pn. 12 XVI Przegląd Kabaretowy M	pt. 23 ODYS 19.00 DS GREAT POLAND 19.30 M EXTRAVAGANZA o miłości 22.30 P
sb. 03 MYŚLI NOWOCZESNEGO POLAKA 17.30 M KRAKOWIACY I GÓRALE 19.30 DS	wt. 13	sb. 24 ODYS 19.00 DS GREAT POLAND 19.30 M EXTRAVAGANZA o miłości 22.30 P
nd. 04 TEATRANKI 11.00 F Zabawy teatralne MYŚLI NOWOCZESNEGO POLAKA 17.30 M KRAKOWIACY I GÓRALE 19.30 DS	śr. 14	nd. 25 TEATRANKI 11.00 F Zabawy teatralne ODYS 17.00 DS dziecięce atelier GREAT POLAND 19.30 M
pn. 05	czw. 15 Moral Insanity. Tragedia Ludzi Głupich w ramach V Festiwalu Teatrów Studenckich START 18.00 M	pn. 26
wt. 06 DR@CULA. Vagina dentata PiniA* 19.00 G	pt. 16	wt. 27 ODYS 19.00 DS
śr. 07 EXTRAVAGANZA o władzy 22.00 P	sb. 17 ODYS 19.00 DS PREMIERA	śr. 28
czw. 08 OJCZYŻNA 12.00 M EXTRAVAGANZA o władzy 22.30 P	nd. 18 TEATRANKI 11.00 F ODYS 19.00 DS	czw. 29
pt. 09 OJCZYŻNA 10.00, 12.00 M DR@CULA. Vagina dentata PiniA* 19.00 G	pn. 19	pt. 30
sb. 10	wt. 20 Nie-boskie narracje 19.00 M spotkanie ODYS 19.00 DS	sb. 31
	śr. 21 ODYS 19.00 DS	

DS — Duża Scena | **M** — Malarnia | **G** — Galeria | **F** — Foyer I piętro | **P** — Piwnica pod Sceną

→ → → → → www.teatr-polski.pl ← ← ← ← ←

Współorganizatorzy: DR@CULA, Vagina dentata
QKA

ams

empik

NOVOTEL
POZNAN CENTRUM
PARTNER

SOLAR

epoznan.pl

WTH

TAX GROUP

42

POZnań*

dyrektor artystyczny Maciej Nowak
dyrektor Marcin Kowalski



sklepdialekarza.com, POZNAŃ ul. św. Szczepana 20a

sklep@sklepdialekarza.pl

tel.: 61 670 31 96 lub 61 810 75 01 fax: 61 624 26 95

sklepdialekarza.com/dlastudentow

