

MŁODY

MŁODY

MIESIĘCZNIK STUDENTÓW UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

Nr 08 (163)

LISTOPAD 2018

1950

OKU



Depresja okiem specjalisty s. 8

Paraliż przysenny – fenomen

czy nocna zmora? s. 9

Neuronawigacja w neurochirurgii s. 9 - 10

Po pierwsze jestem sobą s. 12 - 13

POSZUKUJESZ HARMONII PRZED ZIMOWYM SZALEŃSTWEM?
Z MŁODYM MEDYKIEM I DAWKĄ SUDOKU NA PEWNO JE ZNAJDZIESZ!

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

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

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

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

JEŚLI ZNASZ ZASADY - DO DZIEŁA!

JEŚLI NIE, TO WIEDZ, ŻE:

- MUSISZ UZUPEŁNIĆ PUSTE POLA CYFRAMI OD 1 DO 9
- CYFRY NIE MOGĄ SIĘ POWTÓRZYĆ ANI W POJEDYŃCZEJ KOLUMNIE, ANI W POJEDYŃCZYM WIERSZU, ANI W KWADRACIE 3x3

POWODZENIA!



MŁODY MEDYK

MIESIĘCZNIK STUDENTÓW UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

MŁODY

1950

OKU

Kiedy wszystkie liście spadną z drzew, a rankiem termometr za oknem zaczyna wskazywać minusową temperaturę – to znak, że zima zbliża się wielkimi krokami.

Jednak zanim wszystko przykryje biały śnieg, a z odbiorników radiowych przeplatać się będą na zmianę kolędy i świąteczne utwory, zmierzyć się musimy z chłodną i szarą prozą dnia codziennego.

Wiele osób uważa ten okres za najcięższy w ciągu roku. Ciemna noc za oknem, kiedy trzeba rano wstać oraz zmierzch, zapadający w godzinach popołudniowych, nie sprzyjają całodniowej vitalności. Mało tego – często jedyną krążącą po głowie myślą jest chęć zakopania się pod kołdrę z książką i kubkiem gorącej herbaty.

Dryfując na morzu bezkresnej melancholii dobrze jest mieć latarnię, wskazującą kierunek rejsu. Latarnię ukazującą drogę, którą warto przemierzyć, bez względu na ulewne burze, sztormy czy zawieje śnieżne, aby dotrzeć do wyznaczonego celu.

W takie mroźne listopadowo-grudniowe dni dobrze jest wybrać sobie jedną z wielu latarni, na produktywnie przeczekanie tego czasu. Mieć cel, który każdego dnia motywować nas będzie do wstania z łóżka, który mimo pogody za oknem nie będzie przesłaniał naszej pogody ducha. Istnieje cały wachlarz możliwości na spędzenie wolnego czasu poza zajęciami, wszystko inne to kwestia chęci i dobrego zaplanowania.

Studia to wspaniały czas na poznawanie samego siebie – swoich zainteresowań, swojego hobby oraz pasji. Studia to również czas poszukiwań – dobrze byłoby poświęcić parę chwil na odszukanie i zapoznanie się z zawodem, który wykonywać będziemy przez dłuższy okres naszego życia. Z tego miejsca serdecznie zachęcam do angażowania się w działalność kół naukowych, które jak żadne inne, przybliżą nam charakter pracy różnych specjalności. Nie bójmy się szukać i próbować. Nie bójmy się zmieniać swojego zdania. Być może po kilku miesiącach prób i poszukiwań przypadnie nam do gustu dziedzina, której nigdy wcześniej nie braliśmy pod uwagę. Jednak kto nie szuka – ten nie znajduje.

Jako studenci mamy również możliwość brania udziału w zjazdach, konferencjach i sympozjach przeznaczonych głównie specjalistom. To doskonała okazja, aby poszerzać swoją wiedzę z wykładów, głoszonych przez profesjonalistów w swoich dziedzinach. W trakcie spotkań możemy poznać także studentów z Uniwersytetów Medycznych całej Polski, którzy również dzielą się z nami swoimi zainteresowaniami.

Nigdy nie jest zbyt wcześnie, aby się czegoś nauczyć. Nigdy nie jest zbyt wcześnie, żeby spróbować czegoś nowego – być może czegoś, co rozjaśni nam będzie szare, jesienne dni.

Być może czegoś, co zostanie z nami znacznie dłużej.



Magdalena Rybaczek

Spis treści

4 **ROKSANA MAŁYSIAK**
W kilku słowach o Radiosuple

ANETA KOZIÓŁ

5 **AfricaMed – teraz także w Białymstoku!**

BŁAŻEJ WOLSZCZAK

6 **Lizbona – Miasto niesamowitego spotkania**

ANGELIKA CZAJKOWSKA

7 **Cukrzyca typu I, a sport – czy mogą zacząć ćwiczyć?**

8 **LEK. DARIUSZ MIERZEJEWSKI**
Depresja okiem specjalisty

JAKUB JAROSZEWICZ, KATARZYNA JACEWICZ

9 **Paraliż przysenny – fenomen czy nocna zmara?**

9-10 **MAGDALENA RYBACZEK**
Neuronawigacja w neurochirurgii

11 **PATRYCJA ŚWIDERSKA, KRZYSZTOF ŻUKOWSKI**
Tura kultury

12-13 **Z.**
Po pierwsze – jestem sobą

13 **OLGA ZWOLIŃSKA**
Kobido, czyli starożytna droga do piękna

SKŁAD REDAKCJI MŁODEGO MEDYKA:

Redaktor naczelny: Magdalena Rybaczek

Zastępca: Karolina Siedlaczek

Sekretarz: Tomasz Charytoniuk

Korekta: Katarzyna Miniewska

Członkowie: Angelika Czajkowska, Patrycja Dajnowicz, Katarzyna Jacewicz, Mateusz Jankiewicz, Jakub Jaroszewicz, Aneta Kozioł, Katarzyna Król, Roksana Małysiak, Agnieszka Ruczaj, Patrycja Świdowska, Błażej Wolszczak, Olga Zwolińska, Krzysztof Żukowski

Siedziba Główna Redakcji: Collegium Universum, ul. Adama Mickiewicza 2C, 15-001 Białystok

Kontakt: tel. 573 367 167 (Magdalena Rybaczek) facebook.com/mlodymedyk.umb; mlodymedyk@gmail.com

W kilku słowach o Radiosuple

Była mroźna, zimowa noc. Pierwsi studenci Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku świętowali przywitanie Nowego Roku. Wtedy właśnie zrodził się w ich głowach pomysł, który kilka miesięcy później został zrealizowany. W 1951 roku po raz pierwszy rozległ się głos polskich studentów w eterze.

Sześć lat po wojnie, kiedy kraj wciąż był w odbudowie, a wyższa edukacja zaczęła być powszechna, wszystkich ogarnęła nieopisana radość i szczęście. Założenie pierwszej rozgłośni na naszym uniwersytecie było przejawem wolności, a przede wszystkim odzyskanym głosem przez młodych ludzi. Wtedy siedziba mieściła się w pałacu Branickich, jednak po wybudowaniu Domu Studenta nr 1 w 1957 została przeniesiona na jego pierwsze piętro, gdzie do dziś można je znaleźć. Na samym początku pierwsi „Supłowcy” razem z opiekunem „Ojcem-założycielem”, Ryszardem Szewczykiem, stawili czoła niejednemu problemowi. W tym chociażby jakości sprzętu, który w tamtych czasach nie pozwalał na wiele oraz często się psuł i miał swoje humorki.

Na przestrzeni wielu lat, radio niejednokrotnie wspierało studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jednym z przykładów jest chociażby historia z lat 70, kiedy to na obowiązkowe ćwiczenia militarne trzeba było wstać o 6 rano. Otóż wtedy, możliwość słuchania była możliwa tylko w Akademiku. W każdym pokoju znajdował się odbiornik tzw. troczek, którego głośność indywidualnie ustawiał sobie mieszkaniec. Wieczór przed wspomnianymi zajęciami radiowcy specjalnie wyciszali na konsoli muzykę, a że puszczały najnowsze utwory, większość słuchaczy podkręcała odbiornik zwiększając głośność. Następnego ranka, o wyznaczonej godzinie, ustawiano maksymalną wartość na konsoli i puszczano w eter. W ten sposób nie było możliwości uniknięcia pobudki. Nawet jeżeli we własnym pokoju wyłączyło się troczek, to na pewno któryś z sąsiadów o tym zapomniał. Niestety w późniejszych latach, w konsekwencji spopularyzowania odbiorników ra-

*Mimo, że różni nas wiek
oraz poglądy,
to wszyscy mamy wspólną
cechę. Chcemy wolności.
Chcemy radości.
Chcemy być sobą.
Właśnie to zapewnia nam
ta organizacja. Możemy
pozwolić sobie na przywilej
pokazania jacy naprawdę
jesteśmy, bez narażania się
na krytykę czy śmiechy.*

diowych, te z pokoi zostały zdemontowane. Jednak i wtedy „Radiosuple” wybrnął z kłopotliwej sytuacji. Teraz jest to w pełni radio internetowe, którego można posłuchać z każdego zakątka Polski, a nawet i świata.

Przez wiele lat studenci przychodzili jako przestraszone pierwszorzoczniki, a odchodzili już jako (zazwyczaj) poważni absolwenci Uniwersytetu Medycznego. Jednak do tej pory z chęcią wracają do radiostacji, kiedy mają taką możliwość. Wtedy siadają z obecnymi członkami przy herbacie i opowiadają „bajkę” o Radiosuple. Mimo, że różni nas wiek oraz poglądy, to wszyscy mamy wspólną cechę. Chcemy wolności. Chcemy radości. Chcemy być sobą. Właśnie to zapewnia nam ta organizacja. Możemy pozwolić sobie na przy-

wilej pokazania jacy naprawdę jesteśmy, bez narażania się na krytykę czy śmiechy. Wiemy również, że to co się dzieje w naszych pokojach, zostaje w nich. Jednak, każdy z nas chce się podzielić swoim głosem i myślami ze światem.

Każdy znajdzie tu coś dla siebie. Prowadzone są zarówno audycje muzyczne („Autofobia” Olgi Malinowskiej, „Koniec tygodnia” Roksany Małysiak), jak i wyłącznie informacyjne („Wiadomości akademickie” przygotowywane przez Emilię Koper). Można posłuchać wielu reportaży z ważnych oraz ciekawych wydarzeń, nie tylko organizowanych przez uczelnię, czy też wywiadów przeprowadzonych przez Supłowców. Jeżeli jednak ktoś nie czuje się na tyle odważny, by usiąść za mikrofonem, może zaintryguje go Radiosuple od strony techniczno-informatycznej. Każdy jest mile widziany. Serdecznie zapraszamy na pierwsze piętro w Domu Studenta nr 1. Poznacie bogate zwyczaje oraz tradycje Radiosupła oraz usłyszycie nie jedną ciekawą historię ludzi, którzy mogą się okazać waszymi przyjaciółmi na długie lata.

Kto wie, może zapoczątkujecie swoją własną?

Do usłyszenia! ■

ROKSANA MAŁYSIAK



AfricaMed – teraz także w Białymstoku!

Pierwszy był Szpital Misyjny w Rubyi w Tanzanii. 250 łóżek i 7 lekarzy. Pierwszy szok. Jak to?

Szpital i brak lekarzy? Na szczęście pracuje i uczy się tam również wielu studentów i pielęgniarek, są zatrudniane osoby z 3-letnim przygotowaniem medycznym (tzw. medical officers), w wakacje dojeżdżają lekarze z innych Szpitali i wolontariusze. Liczba personelu jest jednak zdecydowanie za mała w stosunku do potrzeb. Pacjenci najczęściej przegrywają z czasem, wielu umiera zanim zostanie w ogóle zbadana.

Od 2015 roku zaopatrzyliśmy Szpital m. in. w aparaty do EKG, USG i KTG oraz przeprowadziliśmy specjalistyczne kursy dla całego personelu.

Kolejnymi naszymi placówkami stały się Szpital Misyjny i ośrodek Small Home w Chuce w Kenii. Szpital posiada aktualnie 56 łóżek, kilkanaście pielęgniarek i położnych, dwóch analityków i kilkunastu pracowników laboratorium, dwóch medical officers. Brakuje lekarzy. Składa się z oddziału dziecięcego, położniczego, dla noworodków, kobiecego i męskiego oraz laboratorium. Szpital jest w rozbudowie, planowane jest otworzenie bloku operacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego. Zaopatrzyliśmy tą placówkę m. in. w inkubator, autoklaw, zestaw diagnostyczny i kardiomonitor oraz współfinansowaliśmy budowę pralni szpitalnej. Small Home to dom dla niepełnosprawnych chłopców, w którym mają zapewniony dostęp do edukacji. Niestety budynek jest zupełnie nieprzystosowany, brakuje podstawowego wyposażenia, dostępu do rehabilitacji i opieki medycznej. Czasem brakuje jedzenia. Jeszcze niedawno dzieci korzystały z wózków inwalidzkich na zmianę lub na spółkę, często tym wózkiem było krzesło ogrodowe umieszczone w specjalnej ramie z kołami. Chłopcy nigdy nie narzekają. Chodzą do szkoły, osiągają sukcesy w nauce. Mimo niepełnosprawności, grają w piłkę nożną, pragną w przyszłości ukończyć studia i pracować w zawodzie. Głęboko wierzą, że będzie lepiej. Z pomocą naszych Darczyńców, udało nam się zapewnić większość wózków inwalidzkich. Placówkę co jakiś czas odwiedza lekarz, który wykonuje podstawowe badania, dzięki czemu wielu dzieciom mogliśmy zapewnić potrzebne leczenie, operacje i hospitalizacje.

W tym roku, objęliśmy naszym wsparciem kolejne 3 placówki. Pierwszą z nich jest Szpital Misyjny w Muganie w Tanzanii. W placówce znajduje się 175 łóżek, rozdzielonych między 4 oddziały: dziecięcy, położniczy, chirurgiczny i ogólny. Ponadto w szpitalu działa laboratorium, wydział zdrowia dzieci i zdrowia reprodukcyjnego, punkt opieki i leczenia zakażonych HIV w ramach programu CTC, można też wykonać badanie USG i zdjęcia rentgenowskie. W tym roku zorganizowaliśmy tam kursy pierwszej pomocy i współczesnej antybiotykoterapii oraz finansowaliśmy leczenie indywidualnych pacjentów.

Drugą placówką jest ośrodek zdrowia Centre Socio-Sanitaire Deli w Czadzie. Ośrodek boryka się trudnościami z opłace-



niem leków i podstawowych badań. Do tej pory wsparliśmy laboratorium, zaopatrując je w nowy mikroskop.

Trzecią nową placówką jest Szpital Misyjny w Antsirabe na Madagaskarze. Jest to przede wszystkim klinika położnicza, która posiada blok operacyjny i laboratorium, oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, pediatryczny i neonatologiczny. Do dyspozycji pacjentów jest 70 łóżek, jednak potrzeby są znacznie większe. Obecnie wspieramy rozbudowę Szpitala o salę reanimacyjną.

Do tej pory działaliśmy głównie w Lublinie, jednak od tego roku mamy również oddział wolontariuszy w Białymstoku. Powstał on z potrzeby serca białostockich medyków i jest stale otwarty na ludzi pełnych pasji i woli do poświęcenia odrobiny wolnego czasu.

Pierwsza zbiórka charytatywna na rzecz Fundacji odbyła się podczas akcji „Zdrowie pod Kontrolą” organizowanej przez IFMSA o.Białystok. Niebawem, w budynkach UMB, będziesz mógł oddać swoje stare, nieużywane telefony (szukaj kartonowych pudeł z logo AfricaMed). Fudusze pozyskane z ich sprzedaży również zasilą konto Fundacji.

Fundacja AfricaMed jest małą, lubelską organizacją, wspierającą 6 placówek w Afryce. Wysyłamy sprzęt medyczny, pomagamy w rozbudowach, opłacamy leczenie, prowadzimy specjalistyczne szkolenia a Afryce i wysyłamy personel medyczny do tamtejszych placówek. Działamy tak naprawdę na niewielką skalę, jednak widzimy, że każda kolejna opłacona przez nas operacja, diagnostyka, sprzęt medyczny, szkolenie, czy dodatkowa para rąk do pracy w Szpitalu, to realna zmiana kilku dodatkowych centymetrów kwadratowych tego świata na trochę lepszy. I tak kawałek po kawałku, próbujemy naprawiać rzeczywistość tam, gdzie się nam ona nie podoba i każdego z Was zapraszamy do pomocy.

Jeśli chcesz swoją kreatywnością zasilić szeregi oddziału w Białymstoku, napisz na: klaudia.berk@gmail.com. ■

ANETA KOZIÓŁ

Lizbona - Miasto niesamowitego spotkania



Lizbona to bez wątpienia cudowne miasto. Położone nad brzegiem oceanu, przyciąga swoim urokiem turystów z całego świata. Na pierwszy rzut oka może wydawać się niepozorne i skromne, skrywa jednak w sobie bardzo duże bogactwo. Choć nie brakuje tutaj cudownych zabytków, takich jak Wieża Belem czy Klasztor Hieronimitów, nie trzeba daleko szukać innych miejsc wartych odwiedzenia. Wystarczy wyjść z hostelu na ulicę, pospacerować i poczuć na własnej skórze błogi, śródziemnomorski klimat.

Mając świadomość, że powyższy opis brzmi bardzo zachęcająco, zwiedzanie nie jest jedyną aktywnością którą możemy wykonać podczas pobytu w Lizbonie. Miasto to jest stworzone dla osób otwartych na nowe doświadczenia, o czym sam się przekonałem i czym chciałbym się z wami podzielić.

W dniach od 11 do 15 lipca, razem z moją koleżanką Katarzyną Polkowską, mieliśmy przyjemność wziąć udział w kongresie EuRA, który został zorganizowany przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Farmacji (IPSF). Specjalnie na to wydarzenie do Lizbony zawitali reprezentanci lokalnych organizacji studenckich z całej Europy. W szerokim gronie, toczyliśmy wielogodzinne dyskusje na temat pracy organizacji, wskazywaliśmy jej mocne i słabe strony, a oprócz tego szukaliśmy nowych rozwiązań, które mogłyby przyczynić się do jej rozwoju.

Jako Oficjalni Delegaci Młodej Farmacji, zaprezentowaliśmy naszą organizację na arenie międzynarodowej, co można uznać za swojego rodzaju przełom. Gdy nastąpił moment podzielenia się efektami pracy, którą wykonaliśmy, pokazaliśmy zdjęcia z akcji i szkoleń, oraz przeczytaliśmy raport, w którym zostały poruszone najbardziej nurtujące, zarówno nas jak i innych studentów, kwestie. Zwróciliśmy uwagę na konieczność wprowadzenia ogólnodostępnej Opieki Farmaceutycznej jak i na zwiększenie roli farmaceuty w procesie leczenia osób chorych.

Nie mógłbym nie wspomnieć o tym, jak bardzo cenne było to dla mnie doświadczenie. Nie miałem nigdy wcześniej okazji zaprezentowania zarówno siebie, jak i mojej organizacji przed tak dużym gronem osób nie mówiących w moim języku. Co więcej, dowiedziałem się bardzo dużo o tym jak działa IPSF, jakie są jego struktury, jakie są jego zadania i jakie środki podejmuje, aby swoje założenia realizować, czego nie byłem do tamtego momentu świadomy.

Warto też wspomnieć, że każdego dnia po skończonych obradach, mieliśmy czas aby się zintegrować. Wydarzenie takie jak Kongres EuRA, daje możliwość nawiązania nowych znajomości z ludźmi z całej Europy i poznania kultur, z którymi nie mieliśmy wcześniej do czynienia. Podczas imprezy International Night, każdy kraj miał stanowisko, na którym wystawiał charakterystyczne dla swojego kraju przysmaki i trunki. Co jest wartym zwrócenia uwagi - polskie stoisko było jednym z największych. Zainteresowani mogli na nim skosztować między innymi ptasiego mleczka, cukierków „michałków” i niewątpliwie wspaniałych ogórków kiszonych.

Kongres został zwieńczony uroczystą galą, która odbyła się w restauracji Lisboa Marina, położonej nad brzegiem rzeki Tag. Wszyscy uczestnicy, ubrani w galowe stroje, spędzili razem ostatnie chwile całego przedsięwzięcia. Nie obyło się bez podziękowań organizatorów za przybycie i uczestnictwo.

Reasumując, bardzo się cieszę, że wziąłem udział w Kongresie EuRA. Będę miło wspominał to wydarzenie, biorąc pod uwagę czego się nauczyłem i kogo poznałem. Jeżeli macie możliwość wyjazdu na podobny event, nie zastanawiajcie się dłużej, bo warto. ■

BŁAŻEJ WOLSZCZAK



B
"Śmierć w Wenecji
czyli czego
najbardziej żałują
umierający"

7 grudnia, godz. 18.00
8, 9 grudnia, godz. 20.00

Cukrzyca typu I, a sport – czy mogę zacząć ćwiczyć?

„Muszę zacząć ćwiczyć, muszę się ruszać...” - od uświadomienia takiej konieczności zwykle każdy zaczyna swoją przygodę z uprawianiem sportu. Większości z nas wystarczy odpowiedni ubiór, mocne postanowienie wyjścia z domu i zajęcia się jakąś dziedziną sportu. Jednak nie wszyscy mają tak łatwo.

Na pewno trudniej jest osobom chorującym na choroby przewlekłe, w tym na cukrzycę typu I. Czy one mogą bezpiecznie ćwiczyć? Co muszą zrobić, aby trening był bezpieczny? Na te pytania postaram się odpowiedzieć w niniejszym artykule.

Okazuje się, że około 60% chorych na cukrzycę typu I jest otyłych lub ma nadwagę. To, że sport nie jest zakazany, a właściwie jest zalecany osobom z cukrzycą typu I, powinien wiedzieć każdy chory i osoba z jego najbliższego otoczenia. Regularne ćwiczenia fizyczne (>=2-3 x/tydz.) zmniejszają ryzyko niektórych nowotworów u osób chorych na cukrzycę typu I, a także powikłań odległych cukrzycy, np. chorób sercowo-naczyniowych, osteoporozy, retinopatii, udaru itd. Inne korzyści płynące z uprawiania sportu to przede wszystkim wzrost siły mięśniowej, normalizacja ciśnienia tętniczego, spadek insulinooporności. Maleje też ryzyko otyłości (które u cukrzycy jest zwiększone), a co najważniejsze, wzrasta dobre samopoczucie ćwiczącego. Badania naukowe wykazały także zmniejszenie HbA1c u osób chorujących na cukrzycę i regularnie uprawiających aktywność fizyczną. Wymienione wyżej korzyści z całą pewnością zachęcają diabetyków do rozpoczęcia aktywności fizycznej.

Rozpoczynający ćwiczenia ma naprawdę dużo opcji do wyboru. Może skupić się na ćwiczeniach aerobowych (np. jazda na rowerze), które wykorzystują przemiany tlenowe do produkcji energii lub na anaerobowych (np. ćwiczenia na siłowni) wykorzystujących przemiany beztlenowe. Może także połączyć oba typy ćwiczeń i wykonać trening interwałowy. Ćwiczenia aerobowe powodują spadek stężenia glukozy we krwi, natomiast krótki sprint (do 30 sekund) może prowadzić do wzrostu stężenia glukozy we krwi z powodu zwiększonej ilości katecholamin w osoczu. Aktualnie nie ma badań potwierdzających, który typ wysiłku fizycznego jest korzystniejszy dla diabetyków.

Zanim chory na cukrzycę typu I podejmie regularną aktywność fizyczną, powinien nauczyć się przestrzegać kilku bardzo ważnych zasad. Taka osoba powinna być świadoma swojej choroby i obecności ewentualnych powikłań (w razie ich wystąpienia konieczne jest skonsultowanie możliwości regularnych ćwiczeń z lekarzem prowadzącym),



powinna potrafić określić wpływ czasu trwania i nasilenia wysiłku na zapotrzebowanie na insulinę i węglowodany. Musi również pamiętać o kontroli glikemii, przed, w trakcie i po zakończeniu wysiłku. Tak więc każdy diabetyk powinien mieć przy sobie glukometr. Ponadto trenujący cukrzyk nie może zapomnieć o zwiększeniu podaży węglowodanów, czyli powinien przyjąć dodatkowe porcje przed, co godzinę w trakcie treningu, a gdy wysiłek trwa dłużej, to również po wysiłku (około 20-30g na 30 min). Ćwiczący powinien pamiętać, że nie powinno się wstrzykiwać insuliny w partię, które biorą udział w intensywnym treningu (np. podczas treningu nóg na siłowni - w udo). W przypadku gdy przed wysiłkiem poziom glukozy u trenującego jest w normie, to powinien obniżyć ilość wstrzykiwanej insuliny (jest to bardzo indywidualne, dlatego trzeba obserwować siebie i kontrolować wartości glikemii w trakcie wysiłku).

Reasumując stwierdzam, że wysiłek fizyczny w chorobie przewlekłej, jaką jest cukrzyca typu I, przynosi wiele korzyści. Jednak pamiętać należy, że wszelka aktywność fizyczna powinna odbywać się pod kontrolą lekarza diabetologa. Spodziewane korzyści z pewnością są zachętą do podjęcia aktywności fizycznej, ale wszelkie działania powinny być podejmowane rozsądnie i po odpowiednim przygotowaniu.

Niezbędnik diabetyka przy uprawianiu sportu to:

- Glukometr i paski
- Peny z insuliną lub pompa insulinowa
- Produkty spożywcze zawierające węglowodany proste
- Wiedza i świadomość
- Dobry humor ■

ANGELIKA CZAJKOWSKA

Depresja okiem specjalisty

Depresja stanowi formę obniżonego nastroju, może występować samodzielnie lub też pozostawać składową innych zaburzeń i chorób psychicznych, a także schorzeń o charakterze somatycznym. Wówczas najczęściej schorzenia te są predyktorem stanów depresyjnych, gdyż człowiek chory czuje się gorzej, mniej wartościowy, wyobcowany z otoczenia, nierzadko żyje na marginesie społecznym. Zdarza się także, że stan depresyjny jest skutkiem przyjmowania leków z różnych grup farmaceutycznych, w zależności od typu i stopnia ciężkości schorzenia somatycznego.



Współczesna klasyfikacja międzynarodowa (ICD10), klasyfikuje depresję do zaburzeń nastroju (afektywnych). Nastrój definiuje samopoczucie w danej chwili, w pewnym krótkim okresie w ciągu dnia. Niekiedy mówi się o tym, że ktoś jest w złym, podłym nastroju. Są to określenia potoczne, nazywające popularnie stan człowieka w danym momencie (np. jeden pracownik pyta drugiego w jakim nastroju jest dzisiaj szef). W codziennym użytku raczej nie stosuje się pojęcia nastroju obniżonego, a taki definiują psychiatrzy, jako główny objaw depresji.

Dodatkowo, istotne jest w przypadku depresji pogorszenie funkcjonowania. Zazwyczaj wiąże się to z obniżeniem napędu - czyli inaczej mówiąc aktywności. Nie mniej jednak zdarza się rodzaj depresji agitowanej, czyli z pobudzeniem psychoruchowym.

Współczesna klasyfikacja zaburzeń psychicznych różni epizody depresyjne uszeregowane w kolejności, w zależności od stopnia ciężkości objawów.

Depresję włączono do zaburzeń afektywnych, ponieważ nastroje są składnikami życia afektywnego, obejmującego swym pojęciem całość sfery dążeniowo-uczuciowej. Kiedyś mówiło się np. że ktoś zapałał afektem do kogoś, czyli po prostu zakochał się.

Epizody depresyjne stanowią biegun przeciwny do epizodów maniakalnych, z którymi zostały włączone do spektrum zaburzeń afektywnym. Może się zdarzyć, że te dwa bieguny będą ze sobą współtworzyć jedną jednostkę chorobową. Ponieważ tak jak u osoby zdrowej występują okresy gorszego i lepszego nastroju, tak też u osoby chorej mogą występować naprzemienne epizody manii i depresji, czyli skrajnych zachowań i odczuć, od nieujarzmionej euforii i afektywności, do totalnego przygnębienia, apatii, a nawet praktycznego zaprzestania funkcjonowania.

Oczywiście wszystko to ma charakter płynny, uzależniony od osobniczej wrażliwości. Takie połączenie manii

i depresji nosi nazwę zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, kiedyś określanego jako psychoza maniakalnie depresyjna, gdyż bardzo często składową tej choroby były objawy psychotyczne.

Tego typu objawy mogą się również pojawić w samodzielnym epizodzie depresyjnym, jeśli jest on szczególnie ciężki.

Depresja może być maskowana różnymi objawami (np. lękiem) i także sama może stanowić maskę dla innej choroby (np. nowotworu). Istotne jest podjęcie działań prewencyjnych dla zapobiegania postępowi depresji, ponieważ rozwój epizodu depresyjnego, niezależnie od jego podłoża, może prowadzić do niepożądanych samouszkodzeń czy zachowań samobójczych.

W terapii depresji istotna jest zarówno kwestia oddziaływań psychologicznych, jak też stosowanie leków. Rozłożenie stosownych proporcji pomiędzy tymi warunkami powinno być uzależnione od indywidualnego charakteru każdego przypadku. Najważniejsze jest, aby naszą sytuację, kiedy widzimy u siebie niepokojące objawy depresyjne przez dłuższy okres czasu (np. codziennie przez dwa tygodnie), ocenił lekarz lub psycholog.

Najgorszym wyjściem jest izolowanie się, sięganie po alkohol lub leczenie na własną rękę (często substancjami psychoaktywnymi), co może prowadzić do zgubnych następstw, zwłaszcza jeśli dojdzie do połączenia wyżej wymienionych używek, czego przykładem są historie osób, takich jak Jim Morrison, Jimi Hendrix czy też Janis Joplin. ■

LEK. DARIUSZ MIERZEJEWSKI

SPECJALISTA PSYCHIATRA
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO
W GRAJEWIE

Paraliż przysenny – fenomen czy nocna zmora?

Pacjent w wieku 33 lat opowiada lekarzowi o niepokojącej go przypadłości. Często w momencie przebudzenia zaczyna odczuwać paniczny lęk. Jest niezdolny do wykonania jakichkolwiek ruchów. Towarzyszy temu ucisk na klatkę piersiową, który utrudnia mu oddychanie, nieprzyjemne doznania psychiczne, takie jak wrażenie ogłuszającego dudnienia w uszach, bezwładnego spadania, wykręcania ciała. Usilne próby poruszenia którąś z kończyn pozwalają mu się uwolnić i odzyskać pełną kontrolę nad ciałem.

Wielu z Was mogło przeżyć podobne doświadczenie. Badania American Academy of Sleep Medicine wykazały, że około 40 % populacji doznało przynajmniej jednego epizodu paraliżu przysennego. Co jest przyczyną tak intrygującego zjawiska?

Kiedyś wierzono, że za paraliż przysenny odpowiedzialny jest demon „incubus”, który obezwładnia swoją ofiarę podczas snu. Wyobrażenie demona wiązało się z halucynacjami, które pojawiają się u niektórych ludzi - część z nich widzi postać siedzącą na ich klatce piersiowej, natomiast inni czują czyjąś obecności we własnej sypialni. Jak sprawa wygląda w ujęciu medycznym?

Paraliż przysenny należy do parasomnii związanych z fazą snu REM (rapid eye movement).

Po wybudzeniu ze snu, osoba doświadcza katapleksji (nagłej, krótkotrwałej utraty napięcia mięśniowego), co powoduje silny lęk. Halucynacje mogą być wynikiem nadmiernego pobudzenia śródmózgowia. Przyczyna tego zaburzenia nie została do końca poznana. Prawdopodobnie dochodzi do zaburzenia mechanizmów, odpowiedzialnych za całkowite wybudzenie ze snu. Badania encefalograficzne (EEG) pacjentów doświadczających paraliżu przysennego wykazują, że podczas trwania paraliżu utrzymuje się zapis charakterystyczny dla fazy REM. The International Classification of Sleep Disorders sugeruje, że może być to związane z pojawieniem się Alfa rytmu (EEG) w fazie REM, bądź utrzymaniem się atonii charakterystycznej dla tej fazy podczas wybudzenia.

Zaburzenie można podzielić na izolowany oraz nawracający paraliż przysenny. Różnica polega na częstotliwości



występowania, intensywności doznań i czasie trwania. Izolowany paraliż przysenny trwa zazwyczaj kilkanaście sekund, natomiast drugi typ charakteryzuje się dłuższym czasem trwania i często wymaga leczenia farmakologicznego. Wystąpieniu pojedynczych epizodów sprzyja brak higieny snu, zła dieta, stres, spanie na plecach. Dodatkowo predysponują czynniki genetyczne, typy HLA DR2, DQ1. Wynika z tego, że izolowany paraliż przysenny często występuje rodzinnie. Leczenie w większości przypadków nie jest konieczne, jednak przy formie nawracającej porażenia, często stosowane są leki z grupy trójcyklicznych antydepresantów czy SSRI (imipramina). ■

**JAKUB JAROSZEWICZ
KATARZYNA JACEWICZ**

Neuronawigacja w neurochirurgii

Przez kilka ostatnich dekad byliśmy świadkami prężnej ewolucji rozmaitych metod obrazowania, stanowiącej bez wątpienia milowy krok w rozwoju neurochirurgii. W oparciu o zalety, jakie niosą za sobą tomografia komputerowa (CT) oraz rezonans magnetyczny (MRI), możliwym było wykonanie kolejnego kroku, w kierunku ulepszenia wizualizacji oraz strategii planowanej procedury – wykorzystanie neuronawigacji w operacjach wewnątrzczaszkowych oraz operacjach kręgosłupa. Systemy neuronawigacyjne opracowywane są na podstawie technik stereotaksji –

mózg pacjenta uznawany jest za przestrzeń geometryczną, który w oparciu o kartezjański układ współrzędnych może zostać podzielony na trzy różne płaszczyzny – pionową, poziomą oraz strzałkową, na podstawie których program komputerowy tworzy model trójwymiarowy oraz obraz 2D. Podstawą wykorzystania systemu neuronawigacyjnego jest cienkowarstwowe badanie CT lub MRI, wykonane w możliwie jak największej rozdzielczości. W zależności od typu planowanej operacji oraz okolicy docelowej, ważny jest dobór odpowiedniego badania referencyjnego. Chcąc



dokładnie zlokalizować miejsce występowania patologii wewnątrzmoźgowej, zdecydowanie lepiej nadają się badania rezonansu magnetycznego, które w dokładniejszy sposób uwidaczniają tkanki miękkie, co ma istotne znaczenie w zaplanowaniu trajektorii dojścia operacyjnego do miejsca położonego z dala od wyraźnych struktur kostnych. Do operacji w zakresie nosa, zatok przynosowych i podstawy czaszki, więcej korzyści niosą za sobą badania tomografii komputerowej, ze względu na dokładniejsze obrazowanie struktur kostnych, stanowiących bardzo przydatne punkty orientacyjne podczas zabiegów endoskopowych. Oczywiście, idealnym rozwiązaniem jest możliwość fuzji obrazów CT oraz MRI, którą oferują nowoczesne systemy nawigacyjne. Dzięki przestudiowaniu miejsca występującej patologii oraz elementów ją otaczających, możliwe jest dokładne wyznaczenie bezpiecznej drogi dojścia operacyjnego, bez uszkodzenia ważnych struktur, włączając w to oszczędzenie naczyń krwionośnych.

Neuronawigacja służy nie tylko planowaniu trajektorii jak najlepszego dojścia operacyjnego, ale także śródoperacyjnej orientacji w polu zabiegowym. W praktyce klinicznej najczęściej stosowanymi urządzeniami do śródoperacyjnej nawigacji komputerowej są systemy optyczne i elektromagnetyczne. System optyczny wykorzystuje stereoskopową kamerę pracującą w podczerwieni. Odbiera ona sygnał płynący z diod, przymocowanych do elementów stałych, takich jak ramka referencyjna, bądź ruchomych, takich jak instrumenty chirurgiczne. Sygnały odbierane przez kamery przetwarzane są na trójwymiarowe współrzędne w programie komputerowym, pozwalając tym samym na rejestrowanie obrazu pola operacyjnego w czasie rzeczywistym. W zależności od rodzaju planowanej operacji – czy to z dostępu endoskopowego czy z tradycyjnego dostępu neurochirurgicznego, ułożenie głowy pacjenta jest odmienne. W przypadku dostępu tradycyjnego głowa musi zostać unieruchomiona przy pomocy specjalnej kłamy stabilizacyjnej (headrest), do której przymocowuje się ramkę rejestracyjną, co pozwala na zachowanie stałej linii łączności przesyłanego sygnału pomiędzy ramką a kamerą. W przypadku dojść endoskopowych, konieczność wielu zmian ułożenia głowy pacjenta, wymagałaby również częstej fiksacji ramki, co zdecydowanie byłoby bardzo czasochłonną procedurą, w związku z czym do tego typu operacji wykorzystuje się systemy elektromagnetyczne. Ramkę rejestracyjną stanowi detektor, który

przymocowywany jest za pomocą taśmy adhezyjnej oraz elastycznego paska do czoła pacjenta. Pacjent układany jest w polu elektromagnetycznym, wytwarzanym przez urządzenie umieszczone pod jego głową. Nowoczesne systemy elektromagnetyczne umożliwiają ponadto nawigowanie w sposób ciągły instrumentów mechanicznych, takich jak ostrza rotacyjne, co pozwala na szybkie i bezpieczne wykonanie procedury.

Wykorzystywanie systemów neuronawigacji cieszy się ogromną popularnością nie tylko pośród grona neurochirurgów. Nowa technologia znalazła swoich zwolenników także wśród przedstawicieli innych specjalności – otolaryngologów, chirurgów szczękowo-twarzowych, chirurgów plastycznych.

Zastosowanie neuronawigacji w przypadku operacji kręgosłupa znacząco różni się z jej wykorzystaniem podczas operacji wewnątrzczaszkowych. Wykonując pacjentowi badanie obrazowe dzień bądź dwa dni przed planowanym zabiegiem, istnieje bardzo niewielkie ryzyko, że struktury mózgowia zmieniły położenie względem siebie, ze względu na to, że kości czaszki zapewniają im unieruchomienie. Inaczej jest w przypadku kręgosłupa, kiedy to niewielka zmiana położenia ciała zasadniczo wpływa na przestrzenne ułożenie kręgów względem siebie. Z tego powodu konieczne jest uzyskanie obrazu dopiero po odpowiednim ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym. Do uzyskania trójwymiarowego obrazu kręgosłupa oraz jego przekroji w różnych płaszczyznach, wykorzystywane jest ramię „O”, dzięki któremu możliwe jest precyzyjne, a tym samym minimalnie inwazyjne zaplanowanie dojścia operacyjnego. Uzyskany obraz stanowi wirtualne pole operacyjne, które dzięki systemom nawigacyjnym ukazuje trajektorię wprowadzanych instrumentów oraz miejsce implantacji śrub, bądź innych elementów. Zanim ukazało się ramię „O”, system nawigacyjny podczas przeprowadzanej operacji zapewniało ramię „C”, będące śródoperacyjnym aparatem rentgenowskim, wykorzystywanym do dnia dzisiejszego.

Techniki neuronawigacyjne stanowią nieocenioną pomoc podczas planowania i wykonywania procedur w obrębie głowy i kręgosłupa. Umożliwiają dokładne zapoznanie się operatora z charakterem patologii oraz miejscem jej występowania, pozwalając na ustalenie bezpiecznej oraz jak najlepszej trajektorii dojścia operacyjnego do guzów w celu ich resekcji, a także biopsji, wykonując w tym celu jedynie niewielki otwór trepanacyjny. Zapewniają ułożenie jak najlepszego planu rekonstrukcji czaszki, a także tworzenie zindywidualizowanych płytek stabilizujących bądź implantów, wykorzystywanych podczas operacji kręgosłupa dla konkretnego pacjenta.

Wszystkie korzyści płynące z zastosowania systemów neuronawigacyjnych w wielkim stopniu przyczyniają się do skrócenia czasu trwania operacji, a tym samym poprawę jakości leczenia oraz dalszej opieki pacjenta, co jest najważniejsze. ■

MAGDALENA RYBACZEK



Dotychczasowa aura nie dała się nam szczególnie we znaki. Poza stopniowym spadkiem temperatury nie mogliśmy za bardzo narzekać na otaczający świat. Na uczelni jak zwykle, jakieś sprawdziany, kolokwia, być może pierwsze zaliczenia i egzaminy. Nie jest najgorzej. Kiedy jednak wracasz z całodniowych zajęć, trochę zmęczony siedzeniem w niewygodnych salach seminaryjnych i zmarznięty w trakcie powrotu do domu, chcesz jakoś sobie wynagrodzić ten dzień. Przygotuj koc, wielki kubek herbaty i sprawdź, co dla ciebie przygotowaliśmy. Śmiało, zasłużyłeś sobie.

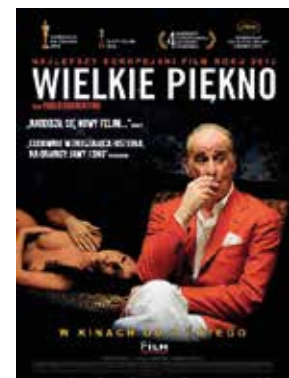
Psychodelia z daleka



Można mówić, że to muzyczna archeologia, ale kiedy trafi się na taki krążek, żal nie poświęcić mu chociaż chwili. Chodzi o zespół **Dos-Mukasan** i jego płytę o tej samej nazwie z 1976 roku. Ta kazachska kapela złożona z ówczesnych studentów politechniki w Ałma-Acie swoim połączeniem folklu i psychodelicznego rocka zawojowała kawałek świata – nie tylko po tej bardziej czerwonej stronie Muru Berlińskiego, ale również Francję, kraje Ameryki Południowej i USA. Swój sukces zawdzięczają nieszablonowości granych melodii. Album zaczyna się od klasycznego rocka, który dryfuje w stronę psychodelii, żeby w następnym utworze przejść w bardziej folkowe brzmienia. Po pewnym czasie można doszukiwać się powiązań z Trubadurami, No To Co czy Skaldami, a to za sprawą specyficznego łączenia tych właśnie gatunków. Ale nie sugeruj się tymi zespołami, ta muzyka to coś niespotykanego, wpada w ucho i nie chce wyjść. Cena oryginalnego tłoczenia na winylu potrafi dochodzić do 1700zł na aukcjach internetowych. Zasłużenie. Do zależenia na YT. /K.

Wielki kontrast

65 lat. Tyle ma główna postać filmu, który oczarował mnie od pierwszego wejrzenia (a miało to miejsce parę lat temu). Mowa o **"Wielkim pięknie"** Paola Sorrentino. Mogłoby się wydawać, że bohater swoje lata świetności ma już za sobą, ale pomimo pierwszych oznak starzenia w pełni korzysta z życia. Całonocne balangi, pijackie orgie, przelotne romanse to dla niego chleb powszedni, jednak nadchodzi moment życiowego rozliczenia i rozterek. I w taki oto sposób docieramy do kontrastów. Sorrentino zabiera nas na spacer po pięknym Rzymie, a tak naprawdę jest to wędrówka po duszy bohatera. Zestawia piękno miasta z brzydotą ludzką, sacrum spotyka się z profanum, sen z rzeczywistością, noc z dniem, starość z młodością. Jestem przekonana, że to film lustro - zobaczymy w nim to, co chcemy zobaczyć, a ostatecznie, być może, wypatrzymy siebie, gdzieś w tłumie. /P.



Karuzela śmiechu



Przyjęło się, że nie warto zaczynać od debiutów. Wiadomo przecież, że początki bywają trudne, dlatego też często poznajemy działalność artystów od ich największych i najbardziej znanych dzieł. **Milan Kundera** będzie wyjątkiem (być może potwierdzającym regułę). **"Zart"** to jego pierwsza książka, która, najogólniej pisząc, jest satyrą na życie w komunistycznej Czechosłowacji. Ale ta powieść to znacznie więcej - to ukazanie absurdu życia, rozliczenie życia, kpina z młodzińskich ideałów. To wszystko podane na tacy charakterystycznego dla Kundery stylu - niesamowitej plastyczności, humoru i niejednoznaczności. Główny bohater zostaje ofiarą przypadku, beznadziejnie nieprzewidywalnej konsekwencji zdarzeń. Ktoś czyni pozornie nieznaczący ruch, ktoś dorzuca swoje "trzy grosze", miesza fikcję z rzeczywistością - ot, taki żart. Rusza karuzela śmiechu, której nie sposób zatrzymać. /P. ■

PATRYCJA ŚWIDERSKA, KRZYSZTOF ŻUKOWSKI

Po pierwsze - jestem sobą

Czym jest choroba? Z odpowiedzią na takie pytanie z pewnością przyjdzie się nam, studentom Uniwersytetu Medycznego, zmierzyć - choćby podczas ćwiczeń z patofizjologii. Jedną z definicji podaje, że „jest to dynamiczny stan organizmu, w którym następują nieprawidłowe reakcje układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego i wewnętrznego. Stan taki prowadzi do zmian anatomicznych i zakłóceń mechanizmów regulacyjnych ustroju” [P. Thor *Podstawy patofizjologii człowieka*]. Tyle teorii. Czym jest jednak stan chorobowy dla samego zainteresowanego, czyli chorego? (Opis zawarty w artykule jest przypadkiem konkretnej osoby, oczywiście każdy odczuwa chorobę inaczej, a każda choroba jest inna.)

O ile grypa to tylko przejściowy, choć nieraz uciążliwy, dyskomfort, to pewne diagnozy wywracają świat do góry nogami. Czekałam na wynik rezonansu magnetycznego,

hobby. Może i jestem ciekawym przypadkiem klinicznym, co stwierdzili studenci przeprowadzający ze mną wywiad medyczny, gdy byłam w szpitalu. Ale nadal pozostaję sobą. Muszę walczyć ze swoimi myślami, by o tym pamiętać. Każdy dzień jest taką walką. Czytam wiele motywujących historii i wiem, że nie mogę się poddać. Dostrzegam sporo pozytywów w swoim życiu. Dzieje się tak pewnie dlatego, że do prawdy o swojej chorobie nie dopuszczam zbyt wielu osób. Nie mam więc wyjścia, przygotowuję jakąś wersję odpowiedzi na pytanie, co sływać. Mówię o fajnych wydarzeniach, praktykach, studiach. Zawsze można coś dobrego znaleźć. Tylko nieliczni wiedzą więcej - o zwiększonej dawce leku, kontrolnej wizycie u lekarza i o strachu o to, co będzie dalej.

Tylko nieliczni. I tak zostanie, bo ludzie różnie reagują na takie informacje. Niektórzy wręcz urywają kontakt. Inni

nadmernie i przy każdej okazji dopytują o samopoczucie. I, chociaż wiem, że mają jak najlepsze intencje, takie ciągłe pytania też są męczące. Dla mnie idealną sytuacją byłaby próba znalezienia złotego środka. Mówienie cały czas o chorobie jest trochę dołujące, dlatego podczas spotkań towarzyskich wszelkie inne tematy są pożądane! Dobrze by jednak było, gdyby „wtajemniczeni” znajomi zachowali wyrozumiałość. Samopoczucie bywa różne, nie zawsze jest siła i ochota na wyjście do

ludzi. Nie zawsze jest też taka możliwość, bo przemiłej randki z lekarzem, który się mną zajmuje, nie sposób przełożyć.

Po co o tym czytasz? Po co czytasz o swojej chorobie...? Ja uważam, że jak najbardziej warto, a nawet trzeba być świadomym pewnych rzeczy. Oczywiście starannie dobieram literaturę. Czytanie o swoich dolegliwościach na forach internetowych, gdzie pełno diwcypnisiów i osób pozbawionych rzetelnej wiedzy, ale znających się na wszystkim, zdecydowanie nie jest dobrym pomysłem. Jeżeli mówimy jednak o doniesieniach naukowych, jak najbardziej warto być zorientowanym! (Zwłaszcza z racji kierunku studiów... :D) Tak więc stałam się poniekąd ekspertem w tej dziedzinie. Dołączyłam także do grupy wsparcia na Facebooku. Jedno czy ona osoby z całego świata, które także zmagają się z tą samą dolegliwością. I to był strzał w dziesiątkę! Wreszcie znalazłam ludzi, którzy mają podobne problemy. Mogę zapytać ich o radę, a oni mnie rozumieją, bo sami tego doświadczają. Ostatnio przeczytałam tam post, dopiero co zdiagnozowanej osoby. I wiecie co? Ona wcale nie narzekała. Wręcz przeciwnie, pisała, że jest wdzięczna, bo zdiagnozowano u niej poważną chorobę, ale można to leczyć. Dodała, że trzeba być wdzięcznym za to, co się ma, za małe rzeczy. I myśleć pozytywnie. Bardzo mnie to podbudowało i dało po raz kolejny do myślenia. Tak, jestem chora. Tak, wynika z tego wiele ograniczeń i nieprzyjemnych objawów. Ale dużo zależy ode mnie. Mogę wiele osiągnąć. Mogę.



bijąc się z myślami. Byłam świadoma, że może wykazać nieprawidłowości. Obawy się potwierdziły. Gruczolak przysadki mózgowej. Na początku mnie to nawet nie przerażało. (Może pojawił się nawet cień triumfu, bo w końcu przewidziałam, co może mi dolewać - czyli nauka nie poszła na marne.) To działo się zbyt szybko. W przerwie między zajęciami poszłam z wynikiem do lekarza, a potem wróciłam na ćwiczenia i dzielnie notowałam coś o kolejnej grupie bakterii. Nawet w szpitalu, gdzie trafiłam na dodatkową diagnostykę, zajmowałam się jeszcze innymi rzeczami. Myślałam o prezentacji na konferencję, która miała odbyć się dwa tygodnie później.

Informacja o chorobie tak naprawdę dotarła do mnie z opóźnieniem. I to kilkutygodniowym. Gdy zażywałam już leki i zaczynałam odczuwać ich skutki uboczne. Później dotarło to do mnie jeszcze raz, tym razem mocniej, gdy podczas wizyty u lekarza dowiedziałam się, że prawdopodobnie te leki będą mi towarzyszyć już do końca życia.

Zmieniło się wszystko. Nawet nocne koszmary nie dotyczyły już odpytki z farmakologii, ale tego, że przyjeżdżała po mnie karetka. (Od biedy, te dwa sny można by połączyć w jeden - jest szansa, że to jeszcze kiedyś nastąpi.) Wiele myśli kręciło się wokół leku, jego działań niepożądanych, dopasowania planu dnia do pory jego zażywania...

Z czasem doszłam do wniosku, że to nie choroba definiuje mnie jako człowieka. Nadal mam ambitne plany, marzenia,

Wziąć na rok urlop dziekański czy próbować studiować dalej? - to pytanie pojawiło się w mojej głowie jeszcze przed usłyszeniem diagnozy. Na początku byłam za dziekanką. Ponieważ jednak o swojej chorobie dowiedziałam się w połowie semestru letniego, stwierdziłam, że trzeba jakoś dotrwać do wakacji i najwyżej potem zastanowić się, co dalej. Jestem w o tyle komfortowej sytuacji, że nie wymagam na razie hospitalizacji. Na uczelni zawsze coś się dzieje, dowiem się czegoś nowego, ktoś zażartuje... W domu myślałabym pewnie o tym, jak się czuję i jeszcze bardziej zamknęła we własnym świecie. Na razie zostanie więc pewnie tak, jak było. Szczególnie, że widzę, jak zaangażowanie się w różne aktywności pozwala zapomnieć o tym, co trudne.

Zmieniłam jednakże hierarchię wartości. Nauka tak, ale nie za wszelką cenę. Nie podążam ślepo w wyścigu szczu-

rów. Gdy nie czuję się na siłach, odpuszczam. Nadal jednak cieszę się ze swoich osiągnięć. Chociaż wyniki nie są na najwyższym poziomie moich możliwości, wiem, że muszę teraz włożyć więcej wysiłku w ich osiągnięcie. Staram się więc zadowolić tym, co mam, i bardziej dbać o siebie.

Nie podpiszę się imieniem i nazwiskiem, żebyś mi nie współczuł. Żebyś nadal traktował mnie normalnie. Wystarczy, że w moim życiu tak wiele się zmieniło. Niech przynajmniej środowisko, w którym się obracam, pozostanie tym bezpiecznym punktem podparcia, który pozostał taki, jaki był. A ja, choć trochę inna, postaram się wnieść w to środowisko coś dobrego, na ile zdrowie mi na to pozwoli. ■

—

Z.

Kobido, czyli starożytna droga do piękna

Masaż Kobido w ostatnich czasach zyskuje coraz większą popularność na rynku kosmetycznym, gdyż uznawany jest za alternatywę dla zabiegów medycyny estetycznej. Jest to masaż twarzy, który wywodzi się z tradycyjnej medycyny chińskiej, jednak został rozwinięty przez Japończyków po tym jak w XIV w. n.e. został zaimportowany do kraju kwitnącej wiśni. Kobido stanowi swoisty rytuał i według legendy powstał na skutek zjednoczenia talentów dwóch mistrzów masażu Anma (starożytne techniki japońskiego masażu ciała), którzy uprzednio ze sobą konkurowali.

Cechą charakterystyczną tego masażu jest fakt, że w odróżnieniu od innych technik masażu twarzy, które działają powierzchownie, Kobido działa na głębiej położone warstwy skóry oraz mięśnie. Jest to możliwe do osiągnięcia dzięki odpowiedniej intensywności ruchów oraz złożoności samego masażu, gdyż składają się na niego aż cztery techniki. Wśród nich możemy wyróżnić elementy masażu relaksacyjnego, masaż tkanek głębokich, drenaż limfatyczny oraz akupresurę. Dzięki temu Kobido stanowi najbardziej zaawansowaną technikę masażu.

Masaż ten łączy ze sobą tradycyjne japońskie koncepcje medyczne oraz zróżnicowane techniki manipulacji ręką. Szybkość palców i rąk terapeuty jest uwarunkowana dążeniem do osiągnięcia odpowiedniego efektu. Podczas powolnych ruchów klient ma się zrelaksować, natomiast dynamiczne ruchy mają na celu stymulację fibroblastów do produkcji kolagenu oraz pobudzenie metabolizmu komórek, dzięki czemu uzyskuje się efekt liftingujący. Ta technika masażu nigdy nie powinna sprawiać klientowi bólu, mimo że ruchy wykonywane z dużą szybkością wiążą się z dużym dyskomfortem i odczuwane są na pograniczu bodźca bólowego.

Masaż Kobido zwany jest niechirurgicznym liftingiem twarzy, gdyż regularnie wykonywany pozwala skutecznie zmniejszyć napięcie mięśniowe odpowiedzialne za powstawanie zmarszczek mimicznych, dzięki niemu proces starzenia się skóry twarzy ulega spowolnieniu, zwiększa się także metabolizm komórek przez co skóra ma lepsze zdolności regeneracyjne oraz usuwane są nagromadzone



toksyny. Dodatkowo stymulowana jest również produkcja kolagenu oraz elastyny, poprawia się owal twarzy. Podczas masażu usuwany jest także nagromadzony martwy naskórek wraz z zanieczyszczeniami, dzięki czemu skóra jest delikatnie oczyszczona oraz pełna blasku. Oprócz zadowalających efektów wizualnych, technika Kobido niesie ze sobą również efekty zdrowotne. Pomaga zniwelować stres, wpływa na bilans energetyczny całego ciała i przyczynia się do jego regulacji, zmniejsza efekty bruksizmu, poprawia wzrok, korzystnie wpływa na pracę układu pokarmowego, zmniejsza bóle głowy oraz umożliwia pełne odprężenie się.

Wśród wskazań do tego masażu zalicza się utratę jędrności skóry, jej wiotkość, bóle migrenowe, bruksizm. Tak jak przy każdym zabiegu, przed jego wykonaniem należy upewnić się, że osoba poddająca się temu masażowi nie posiada żadnych stanów zapalnych w okolicy zabiegowej oraz ostrych stanów zapalnych organizmu. Przeciwwskazaniem jest również cera naczyniowa, trądzik różowaty w okresie zaostrzenia, nieuregulowane nadciśnienie tętnicze, okołozębne stany ropne oraz stany po ekstrakcji zęba. ■

OLGA ZWOLIŃSKA