



Wiadomości Akademickie

Pismo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Nr 10 (2/2003)

Lipiec 2003

ISSN 1508-2180

2003
MEDICALIA
FESTIWAL NAUKI



Międzynarodowy Dzień Zdrowia



autor zdjęć: dr Krzysztof Nierzwicki

Koleżanki i Koledzy

Nazwy miesięcy w naszym Kraju wyznaczają i symbolizują ważne daty historyczne – Wrzesień, Grudzień, Sierpień, Styczeń, Maj – bohaterskie wojny, powstańcze zrywy, niewykorzystane szanse. Tym razem mamy wielką okazję, aby czerwiec pisany z wielkiej litery kojarzony z doniosłym wydarzeniem zmieniającym na korzyść polityczne i gospodarcze losy Polski.

Pisząc te słowa, mam nadzieję, że 7 i 8 czerwca będzie taką historyczną datą włączającą Nas do Europejskiej Rodziny, do której przecież należymy od ponad dziesięciu wieków.

Biorąc jednak całą odpowiedzialność za własne decyzje i wymagające ich realizacji czyny, winniśmy pamiętać o znanej maksymie Sofoklesa „Cel zamierzony i cel osiągnięty to nigdy nie jest to samo!”.

Pozdrawiam serdecznie z okazji zakończenia Roku Akademickiego i życzę wspaniałego, wakacyjnego wypoczynku!

prof. nadzw. AM dr hab. n. med. Zbigniew Wolski



Spis treści

Wywiad numeru

- Rozmowa z Jej Magnificencją Rektorem Akademii Medycznej
im. L. Rydygiera, prof. dr hab. n. med. Danutą Miścicka-Śliwką 2

Doktorat Honoris Causa

- Nadanie tytułu Doktora Honoris Causa prof. Larsowi Norgrenowi 3
Biografia profesora Larsa Norgrena 4
Laudacja prof. Arkadiusza Jawienia podczas nadania
tytułu Doktora Honoris Causa prof. Larsowi Norgrenowi 4

Medicalia

- Nauka pod strzechami, czyli jak promować wiedzę 6
Festiwal Nauki Medicalia 2003 7
Warsztaty z etyki i deontologii lekarskiej 7
Tajemnica „francuskiego paradoksu” 8
„AIDS – dżuma XX wieku?” 10
Zegar biologiczny człowieka – czy musimy mu się podporządkować? 12
Serce i fakty – homocysteina 13

Dydaktyka

- Ewaluacja zajęć dydaktycznych 15
Jak zdawać egzamin? 16
Z doświadczeń tutora STN 17
Komunikacja interpersonalna w procesie pomagania – wykorzystanie
Grup Balinta dla podnoszenia kompetencji psychologicznych” 17
Rozmowy pielęgniarzy z dzieckiem 19

Z życia Uczelni

- Przed Referendum Unijnym 20
Bazy pełnotekstowe w Domach Studenckich 21
Polscy stypendyści DAAD mają już swoje stowarzyszenie 21
Zarządzenia Jej Magnificencji Rektora 22
Zawiadomienie 22

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

- III Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne 23
Międzynarodowe Sympozjum - Onkologia w Otolaryngologii 25
Międzynarodowa Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego 25
Zaproszenie na XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 26

Historia medycyny

- Jan Jonston z Szamotuł

Z Biblioteki

- Bazy bibliograficzne dostępne w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej
w Bydgoszczy i analiza ich wykorzystywania za lata 1998-2002 28
Wykorzystanie baz pełnotekstowych w Bibliotece Głównej w 2002 r
(Proquest Medical Library i Academic Search Premier) 29

Sprawy osobowe

- Promocje doktorskie 32

„Wiadomości Akademickie” wydaje Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy za zgodą Rektora i na zasadzie pracy społecznej Zespołu Redakcyjnego. Redakcja zastrzega sobie prawo do adjustacji i skrótów w tekstach autorskich. Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów. © Wszelkie prawa zastrzeżone.

ISSN: 1508-2180

RADA PROGRAMOWA

Przewodniczący:

prof. AM dr hab. n. med. Zbigniew Wolski

Z-ca Przewodniczącego:

prof. dr hab. Gerard Drewa
prof. AM dr hab. n. med. Andrzej Dziedziczko
prof. AM dr hab. n. med. Eugenia Gospodarek
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień
mgr Lucyna Modrzejewska
mgr Ewa Nawrocka
dr Krzysztof Nierzwicki
dr n. med. Janusz Tyloch
dr n. med. Wojciech Szczęsny
lek. med. Jakub Szmytkowski

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Redaktor Naczelny:

dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego:

dr n. med. Janusz Tyloch
Sekretarz redakcji:
mgr Monika Kubiak

Adres redakcji

Biblioteka Główna Akademii Medycznej
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel.: +48 +52 585 35 09
fax: +48 +52 585 35 05
e-mail: biblio@amb.bydgoszcz.pl

Opracowanie techniczne i typograficzne

Studio „Skryba”
Skład komputerowy: Grzegorz Kubiak
Korekta merytoryczna:
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Janusz Tyloch
Korekta techniczna: mgr Ewa Dominas

Zdjęcie na okładce z archiwum firmy „Remedia”

Wywiad numeru

Rozmowa z Jej Magnificencją Rektorem Akademii Medycznej im. L. Rydygiera, prof. dr hab. n. med. Danutą Miścicka-Śliwką

Redakcja: Przede wszystkim dziękujemy, że mimo natłoku zajęć i spotkań znalazła Pani Rektor czas na rozmowę, by przekazać czytelnikom „Wiadomości Akademickich” spostrzeżenia i plany dotyczące rozwoju naszej Uczelni.

Proszę nam zatem powiedzieć, jakie zadania i cele stawia sobie Pani Rektor na rozpoczętą kadencję i które z nich wydają się Pani Rektor najważniejsze?

JM Rektor: Z pewnością czytelnicy „Wiadomości Akademickich” wiedzą, że oferta edukacyjna Akademii została znacznie poszerzona m.in. poprzez powstanie nowych kierunków, m.in. farmacji, wskutek czego aktualnie kształcimy studentów na 3 wydziałach, 7 kierunkach oraz 13 specjalnościach. Na tyle pozwala nam obecnie, posiadana przez nas, baza lokalowa. Teraz przyszła pora na podniesienie jakości kształcenia. Jest to dla nas szczególnie ważne, by zapewnić studiującą u nas młodzieży odpowiedni poziom edukacji. Procesy te są pracochłonne i wymagają czasu - nie mniej jednak są bardzo istotne. W ten sposób przygotowujemy się do spełnienia wszelkich wymogów nie tylko krajowych, ale i europejskich. Dołożymy wszelkich starań i postaramy się, by wymogi te spełnić. Sprawy związane z jakością nauczania, standaryzacją są dla nas szczególnie ważne także, w obliczu czekających nas wizytacji komisji akredytacyjnych. Obecnie jakość kształcenia oceniać mogą trzy działające komisje akredytacyjne. Są nimi: Państwowa Komisja Akredytacyjna, Komisja Akredytacyjna, powołana przez Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych oraz Ministerialna Komisja Akredytacyjna – powołana dla oceny jakości kształcenia pielęgniarzek i położnych. Ostatnio na Wydziale Nauk o Zdrowiu, na kierunku pielęgniarstwo, przyjeśliśmy taką właśnie Komisję. Tego typu wizytacja, oprócz konieczności przygotowywania odpowiedniej dokumentacji, pozwala dokonać weryfikacji jakości nauczania na danym kierunku, a ponadto pozwala dostrzec to, co chcielibyśmy i powinniśmy zmienić. Zmiany w zakresie poprawy jakości kształcenia warunkują spełnienie stawianych przed nami wymogów. Są one związane np. ze standardami obowiązującymi w krajach europejskich. Spełniając je będziemy mieli możliwość odpowiedniego przygotowania studentów do wymiany zagranicznej. Jedną z koniecznych zmian jest wprowadzenie systemu punktów kredytowych (ETCS), co pozwoliłoby na

większą mobilność studentów, nie tylko w kraju, ale i za granicą.

Dlatego też, zajmiemy się bardzo dokładnie jakością kształcenia. By ją poprawić planujemy wprowadzenie procedur sprawdzania jakości, np. pod względem ilości godzin dydaktycznych oraz systemu wizytacji na zajęciach, ale również pod względem merytorycznym. Poza tym, chcemy wprowadzić na



większą skalę nauczanie problemowe. Częściowo zostało to już wprowadzone, ale chcemy to znacznie poszerzyć, nawet na poziomie danego przedmiotu. Chcielibyśmy, aby przyszły lekarz nauczył się myśleć. Poza tym szersze poznanie problemu czy zagadnienia pozwala przy okazji poznać zupełnie nowe rzeczy.

Wprowadziliśmy już wykłady fakultatywne, które docelowo stanowiłyby mniej więcej kilka procent godzin dydaktycznych. Przy czym na Wydziale Lekarskim pozwalamy studentowi wybrać wykłady fakultatywne o odpowiednim profilu, którymi mogą być np.: specjalność z zakresu nauk klinicznych i lekarza rodzinnego, medycyny paliatywnej, czy nowoczesnej diagnostyki - jednym słowem bardzo nowoczesne kierunki. Studenci będą mogli kształcić się od razu w wybranym przez siebie kierunku. Uruchomimy także „ścieżkę” o charakterze prawno-ekonomicznym, tj.: organizacja i zarządzanie, prawo medyczne, czyli zagadnienia związane z administracją medyczną. Rozszerzyliśmy też program nauczania o elementy prawa europejskiego, wytyczne i dyrektywy Rady Europy w sprawach związanych z ochroną zdrowia, zagadnienia etyczne,

związane z organizacją i zarządzaniem w ochronie zdrowia w krajach Unii Europejskiej. Chcemy też ułatwić przygotowanie studenta do pracy w administracji służby zdrowia

Redakcja: Czy akredytacje niosą ze sobą jakieś zagrożenie dla naszej Uczelni?

JM Rektor: Otrzymaliśmy akredytację na Wydział Lekarski. Zakończyła się także wizyta Ministerialnego Zespołu Akredytacyjnego na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Powinniśmy jednak należycie przygotować się do pozostałych akredytacji. W przyszłym roku czeka nas dobrowolna akredytacja na kierunku biotechnologii, przeprowadzona przez Uczelnianą Komisję Akredytacyjną, powołaną przez Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych. By zakończyła się dla nas pomyślnie musimy być dobrze do niej przygotowani.

Redakcja: Skąd Pani Rektor czerpie siły na to wszystko? Na pewno po objęciu stanowiska pojawiło się mnóstwo spraw do rozpatrzenia.

JM Rektor: To raczej nietypowe pytanie... Faktycznie spraw jest dużo, a czasu - mało. Nie mniej jednak nie ma innego wyjścia.

Obecnie przygotowujemy się do przydzielenia funduszy na „badania własne”, w drodze konkursu. By je uzyskać należy w sensowny, pragmatyczny sposób opracować projekt badawczy. Jest to bardzo pożyteczne także z innego punktu widzenia. Pozwala naszej kadrze naukowej przygotować się do pozyskania grantów z innych źródeł, np z KBN-u, czy innych instytucji europejskich. Po naszym wstąpieniu do Unii Europejskiej wszystkie granty mają być przyznawane przez jeden ośrodek europejski. Mam jednak nadzieję, iż szybko do tego nie dojdzie, bo w tej chwili otrzymanie grantu z KBN-u również jest niezwykle trudne. Nie mniej jednak musimy zacząć się przygotowywać do takiej możliwości.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę. Mamy nadzieję, że podczas ponownego spotkania będzie możliwość omówienia spraw istotnych dla Uczelni. Jeszcze raz dziękujemy za poświęcony nam czas.

Ze strony Redakcji rozmowę prowadziła mgr Monika Kubiak, Sekretarz Redakcji „Wiadomości Akademickich”.

Doktorat Honoris Causa

Nadanie tytułu Doktora Honoris Causa prof. Larsowi Norgrenowi

Uroczystości związane z nadaniem tytułu i godności doktora honoris causa Akademii Medycznej im. L. Rydygiera prof. Larsowi Norgrenowi ze Szwecji oraz promocji doktorów i doktorów habilitowanych, połączone z inauguracją I Festiwalu Nauki „Medicalia 2003” rozpoczęły się 11 kwietnia 2003 roku o godz. 13:00 w Auli Akademii przy dźwiękach poloneza, w takt którego na salę wkroczyły władze Uczelni i dostojni goście. Po wprowadzeniu sztandaru i odśpiewaniu przez znakomity chór Akademii Medycznej w Bydgoszczy hymnu państwowego Jej Magnificencja Rektor, prof. zw. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka powitała gości: profesora Larsa Norgrena, jego rodzinę oraz przyjaciół; pana senatora Zbigniewa Cybulskiego; pana Romualda Kosieniaka, Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego; pana Konstantego Dombrowicza, Prezydenta Miasta Bydgoszczy; Przedstawiciela Jego Ekscelencji Księdzę Arcybiskupa prof. dra hab. Henryka Muszyńskiego Metropolity Gnieźnieńskiego, w osobie Księdzę Prałata Zbigniewa Maruszewskiego, Proboszcza Konkatedry - Kustosza Sanktuarium Matki Boskiej Pięknego Miłości; pana Henryka Baumgarta, Przewodniczącego Rady Powiatu Bydgoskiego; pana Piotra Myszkiera, Wicestarostę Bydgoskiego; panią Felicję Gwińcińską, Przewodniczącą Rady Miasta Bydgoszczy; pana Mirosława Krajewskiego, Wiceprezydenta Miasta Włocławka; pana Wiesława Olszewskiego, Wiceprzewodniczącego Rady Miasta Bydgoszczy oraz Rektorów Wyższych Uczelni regionu: prof. dra hab. Adama Marcinkowskiego, Jego Magnificencję Rektora Akademii Bydgoskiej; prof. Jerzego Kaszubę, Jego Magnificencję Rektora Akademii Muzycznej w Bydgoszczy; prof. dra hab. Zbigniewa Skindera, Jego Magnificencję Rektora Akademii Techniczno-Rolniczej w Bydgoszczy; prof. dra hab. Marka Zajdlawicza, Jego Magnificencję Prorektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; prof. zw. dra hab. Jana Domaniewskiego, Jego Magnificencję Rektora naszej Uczelni w latach 1984-1990 oraz 1996-2002; pana Ryszarda Ziętka, Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; Pana Andrzeja Kaszubow-

skiego, Komendanta Straży Miejskiej; przedstawicieli Izb Lekarskich i Pielęgniarskich Regionu oraz Dyrektorów Szpitali Regionu i członków Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr. A. Jurasza Akademii Medycznej w Bydgoszczy; przedstawicieli duchowieństwa, towarzystw naukowych i placówek kulturalnych; przedstawicieli jednostek służby zdrowia oraz zakładów pracy i instytucji finansowych Regionu; przedstawicieli wojska, policji i prokuratury; przedstawicieli lokalnej prasy, radia i telewizji.

Jej Magnificencja Rektor, prof. zw. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka podziękowała wszystkim przybyłym za uświetnienie swojej obecnością tego szczególnego dnia. W wygłoszonym przemówieniu m.in. podkreśliła znaczenie nadania kolejnego tytułu doktora honoris causa naszej Uczelni profesorowi Larsowi Norgrenowi ze Szwecji, zwróciła uwagę na liczne promocje doktorskie przyznane ostatnio w murach Akademii Medycznej w Bydgoszczy oraz omówiła ideę i cele przyświecające I Festiwalowi Nauki „Medicalia 2003”, z dumą podkreślając, że nasza Uczelnia podjęła się organizacji festiwalu nauki, jako pierwsza z akademii medycznych w Polsce. Po Jej Magnificencji Rektor głos zabierali m.in.: pan Romuald Kosieniak, Wojewoda Kujawsko-Pomorski; pan Konstanty Dombrowicz, Prezydent Miasta Bydgoszczy oraz pani Felicja Gwińcińska, Przewodnicząca Rady Miasta Bydgoszczy.

Po zakończeniu wystąpień gości przeprowadzono uroczystą Promocję Doktorską (dla podopiecznych 30 promotorów z Akademii Medycznej w Bydgoszczy) oraz Promocję Doktorów Habilitowanych (dyplomy otrzymali: dr hab. n. med. Alina Borkowska, dr hab. n. med. Akicja Grzanka, dr hab. n. med. Piotr Jurkowski oraz dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz).

Nadanie tytułu i godności „Doktora Honoris Causa Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy” prof.



Larsowi Norgrenowi, na co dzień kierującemu Kliniką Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego w Örebro oraz Kliniką Chirurgii Naczyniowej na Uniwersytecie w Malmö/Lund zostało poprzedzone wystąpieniem Dziekana Wydziału Lekarskiego, prof. dr. hab. n. med. Gerarda Drewy, który przedstawił proces przyznania tytułu, a także laudacją Promotora - prof. dra hab. n. med. Arkadiusza Jawienia, Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, i przebiegało w niezwykle podniosłej atmosferze. Wszyscy zebrani powstali, a po odczycie treści Dyplomu Jej Magnificencja Rektor, prof. zw. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka, ze słowami „*Ego rector te dominum Lars Norgren doctorem honoris causa creo. In eiusque rei fidem hoc diploma Academiae Medicae Bydostiensis sigillo insignitum, tibi in manus trado*” przekazała tubę z Dyplomem na ręce prof. Larsa Norgrena.

Następnie świeżo mianowany doctor honoris causa, prof. Lars Norgren wystąpił z niezwykle interesującym, wygłoszonym w języku angielskim i ubarwionym prezentacją slajdów wykładem promocyjnym, poświęconym zmianom w chirurgii na przestrzeni wieków - „The change in surgery”.

Uroczystości zakończyły podziękowania Jej Magnificencji Rektor, złożone na ręce gości, a zwłaszcza prof. hab. n. med. Arkadiusza Jawienia, oraz prof. Larsa Norgrena, chóru akademickiego, który uświetnił uroczystość i wszystkich przybyłych. Odśpiewano tradycyjne „Gaudeamus igitur”, po czym nastąpiło wyprowadzenie sztandaru i wyjście władz Uczelni.

mgr Monika Kubiak

*Doktorat Honoris Causa***Biografia profesora Larsa Norgrena**

Profesor Lars Norgren urodził się w 1942 roku. Nauki medyczne studiował w Sztokholmie w Karolinska Institute, gdzie w roku 1961 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych.

Doświadczenie chirurgiczne zdobywał w Klinice Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu w Lund pod kierunkiem znakomitego chirurga Stiga Bengmarka. W roku 1974 uzyskał stopień Ph. D. i w cztery lata później, po mianowaniu na stanowisko Associate Professor, objął kierownictwo Kliniki Chirurgii Naczyń Uniwersytetu w Lund. W roku 1994 został profesorem chirurgii naczyniowej Uniwersytetu w Lund, a w roku 2000 Kliniki Chirurgii Naczyń Uniwersytetu Lund/Malmö, gdzie pracuje do chwili obecnej.

Przez 22 lata, prowadząc jedną z najlepszych klinik naczyniowych Skandynawii, wykształcił wielu chirurgów naczyniowych własnego kraju, a ponadto przyjmując na szkolenia licznych stypendystów z Europy Centralnej i Wschodniej, przyczynił się do szybkiego rozwoju tej specjalizacji w naszej części Europy. W tym czasie był promotorem 11 obronionych prac doktorskich (Ph. D.), a kolejnych 7 jest w stadium przygotowania.

Profesor Lars Norgren jest autorem ponad 400 prac naukowych z chirurgii i biologii naczyń opublikowanych w szwedzkich i renomowanych angielskich czasopiśmie medycznych. Jego zainteresowania naukowe wykraczają daleko poza chirurgię naczyniową i obejmują zagadnienia biologii molekularnej naczyń krwionośnych, patofizjologię układu żylnego kończyn dolnych, badania nad wpływem chorób i zabiegów chirurgicznych na metabolizm komórki. Jest również pionierem

w popularyzacji zabiegów wewnątrz-naczyniowych w Szwecji.

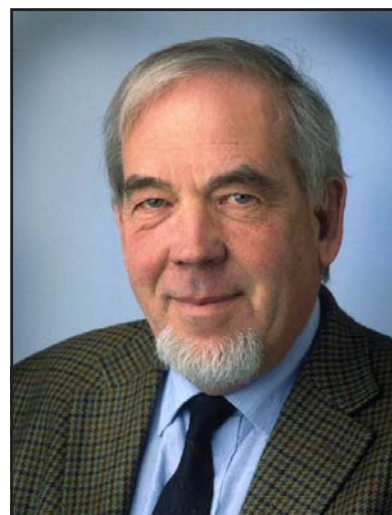
Pełnił wiele zaszczytnych funkcji w licznych towarzystwach naukowych, spośród których do najważniejszych należą:

- Prezes Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych (ESVS) 1996-1997,
- Prezes Societas Phlebologica Scandinavica 1996-2000,
- Wiceprezes Międzynarodowej Unii Angiologicznej (IUA).

Aktualnie jest członkiem European Board of Vascular Surgery, najwyższego organu odpowiedzialnego za szkolenie w chirurgii naczyniowej w Unii Europejskiej.

Profesor Norgren jest redaktorem naczelnym „Scope on Phlebology and Lymphology” oraz zastępcą redaktora naczelnego w czasopiśmie medycznych „Phlebology” i „International Angiology”, a ponadto zasiada w komitetach redakcyjnych wielu specjalistycznych czasopiśmie europejskich i amerykańskich. Wysoka pozycja naukowa Profesora powoduje, że jest członkiem komitetów sterujących w licznych badaniach naukowych z zakresu chorób naczyń krwionośnych o zasięgu europejskim i światowym. Należy do prestiżowej grupy Transatlantic Consensus Group, która opracowała w roku 2000 wytyczne postępowania z chorymi z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych - „Guidelines on Clinical Trials in PAOD”. Obecnie pełni funkcję przewodniczącego tej grupy.

Posiada także wiele zaszczytnych honorowych tytułów naukowych towarzystw medycznych, w tym Australian-New Zealand Chapter of the International



Society of Cardiovascular Surgery, The Royal College of Surgeons (London), The Royal Physiographic Society (Lund), The Royal Norwegian Society and Sciences and Letters.

Profesor Lars Norgren przebywał w Polsce wielokrotnie, w tym pięciokrotnie w Bydgoszczy, wizytując i wygłaszając wykłady w klinikach chirurgicznych naszej Uczelni. W ciągu ostatnich 20 lat trzech chirurgów z klinik AM w Bydgoszczy – prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, dr med. Włodzimierz Jundziłł, lek. Radosław Piotrowicz – przebywało na 3 i 6-miesięcznych stypendiach naukowych w prowadzonej przez Profesora Norgrena Klinice Chirurgii Naczyń. Ponadto Klinikę wizytowali też między innymi: prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz, dr hab. med. Stanisław Molski, dr med. Tadeusz Olejarski i dr med. Włodzimierz Gniłka.

Liczne kontakty chirurgów bydgoskich z Kliniką Profesora Larsa Norgrena zaowocowały wspólnymi publikacjami w czasopiśmie angielskich, a w jednym przypadku pobyt naukowy został uwieńczony pracą doktorską.

*Doktorat Honoris Causa***Laudacja prof. Arkadiusza Jawienia podczas nadania tytułu Doktora Honoris Causa prof. Larsowi Norgrenowi**

Prof. Lars Norgren urodził się w 1942 roku. Po ukończeniu studiów medycznych w Karolinska Institute w Sztokholmie uzyskał stopień doktora nauk medycznych w roku 1961. Pracę zawodową rozpoczął na Uniwersytecie Lund w Klinice Chirurgii Ogólnej kierowanej przez prof. Stiga Bengmarka, znakomitego chirurga i przyjaciela Polski. W 1974 roku uzyskał stopień Ph.D. i następnie w roku 1978 otrzymał stopień naukowy Associate Professor. W latach 1978 - 2000 pełnił funkcję kierownika Kliniki Chirurgii Naczyniowej Uniwersytetu w Lund. Stopień profesora chirurgii naczyniowej otrzymał najpierw w 1994 roku na Uni-

wersytecie Trondheim w Norwegii a następnie w 1998 na Uniwersytecie Lund. Obecnie jest kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego w Örebro oraz Kliniki Chirurgii Naczyniowej na Uniwersytecie w Malmö/Lund. Był promotorem 11 prac doktorskich i aktualnie prowadzi 7 przewodów doktorskich.

Dorobek naukowy prof. Norgrena obejmuje ponad 400 publikacji naukowych w tym monografii i rozdziałów w liczących się podręcznikach chirurgii naczyniowej.

Jest redaktorem naczelnym „Scope on Phlebology and Lymphology” oraz

Associate Editor w International Angiology oraz Phlebology. Ponadto jest członkiem komitetów redakcyjnych wielu czasopiśmie medycznych, w przeważającej mierze angiologicznych lub chirurgicznych. W latach 1996-1997 był prezydentem Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych, a obecnie przewodzi Skandynawskiemu Towarzystwu Flebologicznemu.

Wyrazem uznania dla działalności naukowej prof. Norgrena jest honorowe członkostwo Australian-New Zealand Chapter of the International Society of Cardiovascular Surgery oraz Royal College of Surgeons w Londynie.

Prof. Lars Norgren zalicza się do osób, które tworzyły podwaliny pod rozwój wszystkich działów chirurgii naczyniowej. Szczególnie wartościowe są prace z zakresu oceny hemodynamiki krążenia żylnego kończyn dolnych w tym wprowadzonej przez prof. Norgrena wolumetrii, czyli pomiaru zmieniającej się objętości stopy pod wpływem niektórych chorób żył. Metoda ta do dzisiaj wykorzystywana jest w licznych badaniach klinicznych nad wpływem leków na układ żylny.

Przez wiele lat pracy na Uniwersytecie w Lund prof. Norgren dysponował możliwościami prowadzenia badań doświadczalnych na zwierzętach, które pozwalały mu na sprawdzanie reakcji biologicznych na wszczepiane protezy naczyniowe, stenty i ostatnio protezy wewnątrznaczyniowe. Badania te, cytowane w wielu podręcznikach chirurgii naczyniowej stały się punktem wyjściowym dla późniejszych dogłębnych badań z zakresu biologii molekularnej.

Działalność naukowa prof. Norgrena wyraża się również aktywnym udziałem w wielu międzynarodowych gremiach ekspertów, formułujących konsensusy i wytyczne działania w chirurgii naczyń i angiologii. Na podkreślenie zasługuje fakt, że to właśnie w roku 1992 grupa naukowców, w skład której wchodził prof. Norgren, stworzyła pojęcie krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych i przyczyniła się do poznania patofizjologii tego niedokrwienia i ustalenia wytycznych postępowania, aktualnych i wykorzystywanych w codziennej pracy chirurgów naczyniowych do dziś. Innym niezmiernie ważnym i aktualnym dokumentem zredagowanym w 2000 roku między innymi przez prof. Norgrena jest transatlantycki konsensus w sprawie postępowania w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych. Dokument ten nie tylko uściśla mianownictwo niedokrwienia kończyn, ale podaje zasady rozpoznawania i prowadzenia odpowiedniej terapii.

Ostatnio, badania profesora Norgrena koncentrują się na wykrywaniu wczesnych metabolicznych zmian w jamie otrzewnej za pomocą mikrodializy otrzewnej. Rozpoznanie tych zmian wyprzedza pojawianie się objawów klinicznych powikłań pooperacyjnych co ma olbrzymie znaczenie w podejmowaniu szybkiego postępowania terapeutycznego.

Profesora Larsa Norgrena poznałem w październiku 1981 roku dzięki niezjademu już śp. Prof. Jorgenowi Gundersenowi. Wówczas to, podczas mojego 2-tygodniowego pobytu na Uniwersytecie w Lund w prowadzonej przez prof. Norgrena Klinice Chirurgii Naczyniowej zapoznałem się z możliwościami nieinwazyjnego pomiaru przepływu krwi w palcach rąk. Opanowana przeze mnie technika pomiaru oraz otrzymane na drogę od profesora mankiety palcowe umożliwiły mi wprowadzenie tej techniki pomiaru w naszym kraju. Przyczyniło się to do

zakończenia i pomyślnej obrony mojej pracy doktorskiej w 1983 roku. Nawiązanie bliskich kontaktów z prof. Norgrenem spowodowało, że w 1984 roku prof. Norgren wraz z częścią swojego zespołu, pomimo odwołanego niedawno stanu wojennego przybyli do Bydgoszczy na własny koszt i uświetnili swoją obecno-



ścią organizowany wówczas przez prof. Z. Mackiewicza 20 Zjazd Sekcji Chirurgii Kł. Piersiowej Serca i Naczyń TChP w Bydgoszczy. W 1987 roku zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń w składzie prof. Z. Mackiewicz, dr med. A. Jawień, dr W. Gniłka, dr S. Molski przebywali na zaproszenie prof. Norgrena w Klinice Chirurgii Naczyń na Uniwersytecie w Lund przez okres 7 dni. W trakcie pobytu miała miejsce konferencja naukowa, gdzie prezentowano zagadnienia z chirurgii naczyniowej i omawiano założenia dalszej współpracy naukowej pomiędzy obiema jednostkami.

W wyniku tych rozmów, w roku 1988 uzyskałem 3 miesięczne stypendium naukowe w klinice prof. Norgrena. W trakcie pobytu w Lund prowadziłem prace naukowe na świnich nad wgajaniem się protez naczyniowych. W wyniku przeprowadzonych badań opublikowaliśmy prace naukowe w *Annals of Vascular Surgery* oraz *VASA*. Pobyt w Lund pozwolił mi poznać nie tylko naukowe zamiłowania prof. Norgrena, ale również jego osobowość. Pasją prof. Norgrena jest gra na instrumentach dętych, zwłaszcza na klawirze. Do dnia dzisiejszego wspominam długie koncertowe wieczory, kiedy grono najbliższych przyjaciół profesora gromadziło się w jego domu i wykonywało wcale nie najłatwiejsze utwory klasyków muzyki poważnej.

Zacząłem przeze mnie badania naukowe w Lund, prowadził następnie dr Wiesław Jundziłł, który przebywał w klinice prof. Norgrena 5 miesięcy na przełomie roku 1990/91. Jego pobyt w Lund ukoronowany został napisaniem pracy doktorskiej i 3 publikacjami w *European Journal of Vascular Surgery*, *VASA* i *Journal of*

Cardiovascular Surgery. Rada Wydziału Lekarskiego AM w Bydgoszczy zaaprobowała w 1993 roku osobę prof. Norgrena jako jednego z recenzentów pracy doktorskiej dr W. Jundziłła. W czerwcu 1993 roku prof. Norgren przybył do Bydgoszczy i przeprowadzono obronę pracy doktorskiej w języku angielskim.

Profesor Norgren przyczynił się również bardzo wydatnie w organizację wyjazdu na stypendium naukowe do Lund dr A. Olejarza z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń. Pomimo, że stypendium dr. Olejarza obejmowało badania nad trzustką i nie dotyczyło bezpośrednio kliniki prowadzonej przez prof. Norgrena, to jednak jego odbycie możliwe było dzięki bezpośredniemu zaangażowaniu i zarekomendowaniu stypendysty, profesorowi Ake Sandbergowi.

W roku 1998 profesor Norgren przybył ponownie do Bydgoszczy, gdzie wizytował prowadzoną przeze mnie Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i spotkał się z ówczesnym rektorem naszej AM. Ustalono zasady dalszej współpracy pomiędzy naszymi jednostkami. W wyniku tego spotkania w roku 2000 udał się do Lund mój asystent dr Radosław Piotrowicz na 3 miesięczne stypendium. Jego pobyt w Szwecji pozwolił na zapoznanie się nie tylko z technikami endowaskularnymi, ale także umożliwił na większą skalę wprowadzenie techniki duplex-scanowej do diagnostyki schorzeń żylnych i tętniczych w prowadzonej przeze mnie jednostce.

Bliskie kontakty zawodowe i przyjacielskie z profesorem Norgrenem spowodowały, że dzięki jego życzliwości i wsparciu zostałem zaproszony w ciągu ostatnich 2 lat do grona specjalistów naczyniowych w tzw. komitetach sterujących w 3 europejskich badaniach naukowych.

Profesor Lars Norgren stanowi znakomity przykład osoby ze świata nauki promujący w sposób bardzo racjonalny pracowników naszej uczelni na forum europejskim. Dzieje się to, poprzez początkowe umożliwienie pobytu w swojej klinice i pogłębienie wiedzy w zakresie chirurgii i biologii naczyń oraz badań nieinwazyjnych, następnie wspólnych publikacji i w końcu na włączeniu i reprezentowaniu naszej uczelni w strukturach naukowych Europy.

Profesor Lars Norgren jest czynnym chirurgiem i naukowcem, znanym i cenionym w całym świecie chirurgicznym i angiologicznym. Przyznanie przez Senat AM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy zaszczytnego tytułu *doctora honoris causa* profesorowi Larsowi Norgrenowi jest wyrazem uznania nie tylko jego nieprzeciętnego dorobku naukowego, ale i dotychczasowej życzliwości skierowanej w stronę chirurgów naszej uczelni, uczelni noszącej imię jednego z największych chirurgów Europy przełomu XIX i XX wieku.

Nauka pod strzechami, czyli jak promować wiedzę

Mikołaj Kopernik był astronomem, lekarzem, prawnikiem, teologiem, ekonomistą. Jego następcy w epoce Odrodzenia, interesowali się wieloma dziedzinami nauki jednocześnie. Stąd też przetrwało określenie „człowiek Renesansu”, dla wymierającej już grupy wybitnych intelektualistów obejmujących swymi zainteresowaniami szeroki zakres wiedzy. Truizmem jest stwierdzenie, że dzisiaj nie ma już Koperników czy Gallileuszów. Nie obrażę ich chyba twierdząc, że mogliby mieć kłopoty na maturze.

Badania socjologiczne przeprowadzone w naszym kraju budzą przerażenie. Około 30 % Polaków jest wtórnymi analfabetami i nie rozumie prostych tekstów w ojczystym języku. Nikt prawie nie mówi poprawną polszczyzną, ogólne zrozumienie zjawisk zachodzących w kraju i otaczającym świecie jest na niebywale niskim poziomie. Politycy i pedagodzy spierają się czy wina leży po stronie systemu edukacyjnego, czy może odpowiadają za taki stan rzeczy nauczyciele i rodzice. Jakby nie było jest źle, a prywatnie uważam, że będzie jeszcze gorzej.

Postęp nauki, jaki dokonał się w ciągu ostatnich stu lat, uniemożliwia, nawet pobieżne poznanie wszystkich dziedzin. Ale nie tylko to jest problemem. Ostatnie wojny światowe i wiele lokalnych konfliktów, wskazuje wyraźnie na używanie osiągnięć nauki w celach zbrodniczych. Postępy antybiotykoterapii czy innych dziedzin medycyny były następstwem eksperymentów na ludziach, jeńcach wojennych. Kraje zwycięskie skwapliwie wykorzystwały osiągnięcia pokonanych zbrodniarzy i tak zdobyte okupione cierpieniem przeszły do klinik ratując wiele istnień. Historia bywa przewrotna... Również zdobywcze genetyki budzą niepokój. Zmodyfikowane genetycznie rośliny czy zwierzęta, przedstawiane są często jako niebezpieczne monstra rodem z laboratorium dr. Frankensteina. Klonowanie, przez większość społeczeństwa rozumiane jest jako bezpośrednie powielanie dorosłych osobników. Co ciekawe, wszyscy myślą o klonowaniu indywiduów rodzaju Stalina czy Hitlera. Również skrajne poglądy religijne, nie pomagają w zrozumieniu i ocenieniu prawdziwych dokonań naukowych. Przeczącące się przez media dyskusje, są w większości niezrozumiałe dla odbiorców, nieprzygotowanych teoretycznie do odbioru takich rozważań. Stąd też skrajne

poglądy znajdują wielu zwolenników. Przykłady oderwania nauki od „normalnego obywatela” można by mnożyć. Nie do końca rozumiemy, co dzieje się w obserwatoriach astronomicznych, cyklotronach czy nawet na zwykłej tablicy, gdzie kredą kreślone są znaki z zakresu wyższej matematyki. Wiele uwagi poświęca się konstrukcjom nowych broni i innych systemów zabijania bliźnich. Niestety po atakach terrorystycznych wielu ludzi uważa, że badania takie są niezbędne.

Nauki medyczne i biologiczne w ogólności, mają wszakże jeszcze głębszy wymiar. Dotyczy tego, co dla większości ludzi jest najcenniejsze - zdrowia i życia. Tu najłatwiej straszyć, rozliczać apokaliptyczne wizje manipulacji genami, świadomością i tak dalej. Trudno nie rozumieć niepokoju przeciętnego zjadacza chleba, gdy słyszy o komórkach macierzystych, „zabijaniu” embrionów, z których się je pozyskuje, o klonowaniu najbliższych nam ewolucyjnie istot.

Richard Dawkins brytyjski biolog, neodarwinista, autor bestsellerów „Samolubny gen” czy „Fenotyp rozszerzony” stwierdził, że nauka zamyka się w „wieży z kości słoniowej”. Oddalenie nauki od społeczeństwa jest jednak groźne i to z kilku względów. Po pierwsze to ono poprzez podatki finansuje badania. Po drugie w krajach demokratycznych, zastosowanie pewnych wyników badań naukowych odbywa się na zasadzie zgody społecznej.

Istnieje jeszcze jedno niebezpieczeństwo. Jest zrozumiałe i logicznie konsekwentne, że wszystko co można w nauce zrobić, zostanie zrobione. Nie wpłyną na to żadne zakazy etyczne, religijne czy jakiegokolwiek inne przeszkody. Chodzi jednak o to, by badania takowe odbywały się w laboratoriach specjalistów o uznanej marce i co ważniejsze, pod kontrolą sponsorów. W innym przypadku, odbędą się one w laboratoriach szaleńców - ludzi o poglądach budzących jednocześnie śmiech i przerażenie. Przykładem niech będą próby klonowania człowieka przez Realian.

Powstaje zatem pytanie, co zrobić aby zmniejszyć dystans dzielący naukowców od społeczeństwa. Odpowiedź nie jest wbrew pozorom łatwa. Edukacja jest na takim poziomie, na jaki pozwala ekonomia. W naszym kraju nadal odsetek ludzi z wykształceniem średnim lub wyższym jest niski. Choć dokonaliśmy

olbrzymiego postępu, ilość stanowisk internetowych jest mała. Podstawowym medium jest telewizja i gazety o powiedzmy delikatnie średnim poziomie. Pisma popularnonaukowe są drogie. Postęp nauki tym czasem jest nadal szybki i nie ma czasu na czekanie. Z nowymi propozycjami należy wychodzić już teraz i powinny być to działania atrakcyjne i ciekawe. Niektóre doświadczenia naukowe są widowiskowe i same w sobie stanowią atrakcję. Pomysły stworzenia festiwalu naukowych, mają w krajach zachodnich dość długą tradycję. Idea jest prosta. Pokazać w atrakcyjnej formie, czym zajmujemy się w laboratoriach, na salach operacyjnych, w obserwatoriach astronomicznych. Pewien poziom tajemniczości, wejścia tam gdzie zazwyczaj wejść nie można znakomicie pomaga w przekazie wiedzy.

Wyobrażenia społeczne o naukowcach zasadzają się w obrazie człowieka w białym fartuchu, nieco roztargnionego i oderwanego od rzeczywistości. Kontakt „na żywo” z takimi ludźmi zmienia ten obraz, czyniąc z nich być może bohaterów czegoś fascynującego.

Kto nie chciałby spojrzeć przez teleskop na gwiazdy, zobaczyć operacji chirurgicznej czy samodzielnie wykonać jakiegoś ciekawego doświadczenia? Pewnie wielu, a zwłaszcza młodzież, bo przecież do niej kierowane są te spotkania. To właśnie młodzi ludzie myślą teraz o wyborze liceum czy kierunku studiów. Ale pewnie i starsi chcą zobaczyć coś ciekawego nauczyć się czegoś nowego.

Już starożytni mawiali: „*ludendo discimus*” (bawiąc się uczymy). Ta zasada przyświeca festiwalom nauki. W Polsce od kilku lat w ośrodkach akademickich można oglądać pokazy fizyczne, chemiczne czy biologiczne. Astronomowie udostępniają swe teleskopy, a matematycy bawią się wraz z publicznością cyframi.

Pojęcia medyczne są mało znane w społeczeństwie. Akcje „Białych Niedzieli” czy badania poszczególnych narządów pomagają w profilaktyce chorób. Brakuje jednak wtedy objaśnienia jak działa owo urządzenie, jak operuje się poszczególnymi narządami, jak przeszczepia się nerki itd. Zawód lekarza nadal cieszy się szacunkiem społecznym. Niestety, wszelkie „wpadki” wpływają negatywnie na ten obraz. Po tzw. „aferze łódzkiej” dramatycznie wzrosła liczba odmów zgody na pobranie narządów. Ludzie sądzą, że lekarze będą w stanie

mordować chorych, by uzyskać narządy do przeszczepów. Tylko spokojne i rzeczowe objaśnianie mechanizmów rządzących transplantologią może zmienić ten stan rzeczy. Dotyczy to właściwie wszystkich dziedzin medycyny i nauk podstawowych z nią związanych. Przez

wiedzę dochodzi się do zrozumienia. Poprzez zrozumienie do akceptacji.

Z radością więc powitajmy fakt, że Nasza Akademia jako pierwsza w kraju zorganizowała „Medicalia” - festiwal wiedzy medycznej. Doświadczenie zdobyte w tym roku pozwoli na organi-

zowanie jeszcze ciekawszych zajęć za rok. Wiem, że wielu młodych ludzi już czeka na te zajęcia. Na pewno będzie ciekawie!

Vivat Academia, vivat Profesores, vivat Medicalia!!!

dr n. med. Wojciech Szczęsny

Medicalia

Festiwal Nauki Medicalia 2003

W dniach 11-13 kwietnia 2003 roku odbył się organizowany po raz pierwszy przez bydgoską Akademię Medyczną Festiwal Nauki - Medicalia 2003.

Głównym jego celem była popularyzacja nauk medycznych, bydgoskiego medycznego środowiska akademickiego oraz Akademii Medycznej jako uczelni o ogromnym potencjale naukowym w regionie kujawsko-pomorskim. Festiwal był również wspaniałą okazją do prezentacji dotychczasowych osiągnięć Akademii. W zamyśle Senatu AM *Medicalia 2003* były przede wszystkim ofertą dla uczniów szkół ponadpodstawowych, liceów i techników, których trzeba zachęcać do studiowania na jednym z wydziałów AM.

W dniach 11-13 kwietnia w salach wykładowych przy ul. Jagiellońskiej 13 odbył się cykl wykładów, prowadzonych przez profesorów naszej Akademii, w myśl hasła „Medycyna może być zrozumiała”, przedstawiający najnowsze osiągnięcia w zakresie nauk medycznych. Analizując ankiety oddawane przez młodych słuchaczy po prelekcjach całkowitą frekwencję na wykładach oszacowano na ponad dwa i pół tysiąca osób. Szczególnym zainteresowaniem cieszył się cykl wykładów poświęconych medycynie sądowej (*Z chromosomem Y dookoła świata, DNA w służbie sprawiedliwości*), zagadnieniom alergii (*Alergia - epidemia XXI wieku*) oraz chorobom zakaźnym (*Choroby*

zakaźne w rękach terrorystów, AIDS - dżuma XX wieku). Ankietowani podkreślali duże walory poznawcze i przystępność wygłaszanych wykładów. Słuchacze w przerwach między poszczególnymi wykładami mieli możliwość zbadania poziomu glukozy we krwi, wykonania testu posturograficznego oraz zmierzenia ciśnienia tętniczego krwi.

Na zainteresowanych czekali również przedstawiciele organizacji studenckich - IFMSA, Samorządu Studenckiego z informacjami dotyczącymi możliwości studiowania w naszej Akademii Medycznej.

Propozycja dla uczniów obejmowała również organizację bezpłatnych lekcji festiwalowych w zakładach teoretycznych, jak również w klinikach akademickich. Lekcje były prowadzone przez pracowników Akademii w dniach 12 i 13 kwietnia 2003 roku w godzinach 10-16. Największą liczbę uczestników zgromadziły warsztaty dotyczące nauki podstawowych czynności reanimacyjnych, badań diagnostycznych w alergologii



Uczestnicy I Festiwalu Nauki - Medicalia 2003

i gastroenterologii dziecięcej oraz zagadnień praktycznych w medycynie sądowej. Również lekcje festiwalowe zostały ocenione przez uczestników bardzo wysoko, zarówno pod względem atrakcyjności merytorycznej, jak i sposobu prezentacji oraz zrozumiałości poruszanych zagadnień.

Zdaniem Komitetu Organizacyjnego pierwsze Medicalia były przedsięwzięciem niewątpliwie udanym, ale będziemy dokładali wszelkich starań, by przyszłoroczne były jeszcze lepsze.

*dr n. med. Agnieszka Chrobot
Katedra i Klinika Pediatrii,
Alergologii i Gastroenterologii*

Medicalia

Warsztaty z etyki i deontologii lekarskiej



Pierwszy uczelniany festiwal „Medicalia” zorganizowany przez bydgoską Akademię Medyczną już za nami. Jednym z festiwalowych przedsięwzięć były warsztaty dotyczące etyki i deontologii lekarskiej, które odbyły się w Studium Medycyny Społecznej. Podczas zajęć przeznaczonych dla uczniów starszych klas gimnazjów i liceów przedstawiono krótkie wprowadzenie do podstawowych pojęć etycznych i zaprezentowano jedno z bardziej nurtujących zagadnień współczesnej medycyny, jakim jest transplantologia. W przygotowaniu warsztatów uczestniczyli studenci pierwszego roku kierunku lekarskiego pod baczny okiem dra n. hum. Stanisława Katafiasa i mgr Jolanty Katafias.

Podczas blisko dwugodzinnych zajęć zaprezentowano wybór kilku scenek z udziałem Sokratesa (w tę rolę wcielił się Łukasz Woda) i Glaukona (Michał Szymczak). Zadbano także o odtwo-

zenie antycznych realiów starożytnej Grecji z okresu kształtowania się początków myśli etycznej. Podczas warsztatów wykorzystano również osiągnięcia współczesnej techniki, prezentując

uczestnikom fragmenty filmu dokumentalnego dobitnie prezentującego dwa oblicza pobierania i przeszczepiania narządów. Całość zaowocowała bardzo konstruktywną dyskusją młodzieży na

temat przedstawionej problematyki.

Pozostaje tylko wierzyć, że szlachetne ideały ze słów przejdą w czyny przyszłych przedstawicieli sztuki lekarskiej.

mgr Jolanta Katafias



Medicalia

“Bonum vinum laetificat cor hominum”

Tajemnica „francuskiego paradoksu”

W ramach Festiwalu Nauki Medicalia 2003 miałem zaszczyt przedstawić społeczności akademickiej wykład głoszący zdrowotne właściwości wina i poświęcony fenomenowi, jakim jest „francuski paradoks”. Wykład ten miał charakter naukowy i zawierał wiele danych statystycznych i cytowań, którymi nie chciałbym absorbować czytelnika „Wiadomości Akademickich”. Postaram się jednakże przedstawić ten niezwykle interesujący problem w formie bardziej przyjaznej i poczytnej.

Ktoś mógłby mieć wątpliwości: dlaczego pochwała wina i to w periodyku medycznym? Alkohol przecież szkodzi zdrowiu! Będę starał się przekonać najbardziej nieufnych i podejrzliwych czytelników, podpierając się sprawdzonymi danymi naukowymi, że warto temu szlachetnemu trunkowi poświęcić nieco uwagi, chociażby ze względu na jego zdrowotne przymioty. Alkohol staje się wówczas przekleństwem, jeżeli nie towarzyszy mu umiar. We Francji każdej reklamie napojów alkoholowych towarzyszy wymóg formalny w postaci ostrzeżenia ministra zdrowia: „Nadużywanie alkoholu jest niebezpieczne dla zdrowia. Spożywać go trzeba z umiarkowaniem”. Powtórzmy więc i my - picie bez umiaru każdego alkoholu, również wina, jest szkodliwe. Jak życie udowodnia, sentencja ta nie dotyczy zresztą tylko tej przyjemności.

A życie jest krótkie! Trzeba się nim cieszyć, szukać radości, które z sobą niesie. Radość kojarzy się nam z przyjaźnią, z obcowaniem z ludźmi, których lubimy i z którymi wspólnie chcemy się cieszyć. Średnia spożycia alkoholu na jednego mieszkańca we Francji jest najwyższa w Europie, ale w tym kraju nie widzi się osób pijanych. Ludzie piją tam dla przyjemności, dla wywołania nastroju zabawy, milej pogawędki, czy błyskotliwej dyskusji. Sprzyja temu wino. Bo wino to właśnie umiar. Trudno się nim upić, łatwo rozweselić. Wino, jak muzyka, łagodzi obyczaje!

W ostatnich latach coraz częściej wyniki poważnych obserwacji epidemiologicznych i badań naukowych potwierdzają stare łacińskie powiedzenie, że nie tylko „in vino veritas”, ale także „in vino sanitas”. Jeżeli to prawda, to zapytajmy jeszcze odważniej, czy wino może nas, przynajmniej w części, chronić przed największym zabójcą XX wieku – chorobami serca?

Powrót do Hipokratesa

Hipokrates siedząc 2500 lat temu w cieniu wielkiego drzewa, tworzył podstawy medycyny, które są aktualne do dnia dzisiejszego. Słynna przysięga Hipokratesa jest również do dzisiaj podstawą kodeksu etyki lekarskiej. Wielki lekarz nauczał na greckiej wyspie Kos, gdzie zwyczajnie żywieniowe były częścią kultury śródziemnomorskiej. Podstawą większości swoich medykamentów

uczynił główne składniki diety śródziemnomorskiej, mianowicie wino i oliwę, które w krajach basenu Morza Śródziemnego królują do dzisiaj. Wiedza tego wielkiego uczonego nie opierała się, jak współcześnie, na nauce naszpikowanej informatyką i statystyką, ale bazowała głównie na dowodach empirycznych i obserwacji praw natury. Wiele obserwacji i wniosków naukowych ojca medycyny zadziwia współczesnych swą celowością i mądrością.

Gdy współcześnie, na podstawie wyników poważnych obserwacji epidemiologicznych i badań naukowych, przeanalizowano przyczyny śmiertelności w krajach Europy i Ameryki, zaczęto bić na alarm z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego – największego żniwiarza śmierci czasów współczesnych, bo odpowiedzialnego za 50 % zgonów. Po przeprowadzeniu dokładnej analizy okazało się, że zwyczaj żywienia w niektórych krajach kojarzą się z małą zapadalnością na choroby układu sercowo-naczyniowego. Między innymi zwrócono uwagę na Kretę, graniczącą z wyspą Kos, miejscem urodzin i pracy wielkiego Hipokratesa. W latach osiemdziesiątych zaobserwowano, że śmiertelność z powodu choroby wieńcowej na 100 000 mieszkańców na Krecie wynosiła 9, podczas gdy w USA aż nieprawdopodobnie 424! (Michel Montignac: „A la salud por el vino”). Gdy porównano dietę

Kreteńczyków i Amerykanów okazało się, że Kreteńczycy spożywają wielokrotnie więcej produktów zbożowych, suchych roślin strączkowych, owoców i ryb, zwłaszcza tych tłustych. A co z winem? Oczywiście, stosunek spożycia wina przez Greków w stosunku do mieszkańców Ameryki wynosił blisko 3:1.

„Francuski paradoks”

Badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia w latach 1985 - 1994, a w szczególności projekt MONICA, który objął 41 miast w 21 krajach, w większości europejskich i odpowiednio dobranych, by otrzymać możliwe do porównania wyniki, wykazały dodatni związek pomiędzy spożywaniem tłuszczów nasyconych, a wskaźnikiem śmiertelności z powodu choroby wieńcowej. Nie wszędzie jednak reguła ta znalazła potwierdzenie. Najbardziej spektakularnym przykładem była Francja, gdzie przy bardzo wysokim spożyciu tłuszczów nasyconych, zwłaszcza masła i serów, wyższym nawet, niż w USA, utrzymywał się zaskakująco niski wskaźnik śmiertelności z powodu chorób serca.

Jak wytłumaczyć ten paradoks? Wyjaśnił to publicznie 17 listopada 1991 roku prof. Serge Renaud, prorok fenomenu „francuskiego paradoksu” wobec czterdziestu milionów widzów popularnej audycji radiowej „Sixty minutes” amerykańskiej CBS. Dowiódł, że czynnikiem odpowiedzialnym za ten paradoks jest spożycie wina, zwłaszcza czerwonego. Jego rozmowa z korespondentem Morley’em Saferem, zdziwionym faktem, że Francuzom spożywającym o 30% tłuszczu więcej, niż Afrykańczycy, więcej palącym i mniej aktywnym fizycznie, zawały serca zdarzają się rzadziej, rozpoczęła się dość niewinnie. „Będąc Amerykaninem w średnim wieku ma się trzy razy większe ryzyko śmierci z powodu zawału, niż Francuz w tym samym wieku” powiedział Renaud. „Oczywiście jest więc, że Francuzi dysponują czymś korzystnym, czego nie robią Amerykanie”. „Nie sposób w to uwierzyć”, dziwił się rozgrzany z emocji amerykański dziennikarz. „Czy nie sprawiłoby panu kłopotu, gdybym mógł przekonać się o tym osobiście”? zapytał później w prywatnej rozmowie. „Ależ oczywiście, serdecznie zapraszam Pana”, odrzekł profesor.

Wspólny lunch w jednej z restauracji wyglądał mniej więcej tak: przepiórki pieczone we własnym tłuszczu, a następnie zalane sosem szampańskim, dzikie grzyby i pasztet z gęsich wątróbek. Posiłek jednakże zaczął się od sałatki z liści sałaty i jabłek przybranych bitą śmietaną. Zakończył się serem, kawą i czekoladowymi truflami. Oczywiście towarzyszyła mu butelka czerwonego

wina Bordeaux.

Taki posiłek może zwiększyć siwiznę i przyparwić o ból zębów w każdego współczesnego dietetyka. Na gościa profesora wywarł również piorunujące wrażenie. Można byłoby się spodziewać, że taka francuska dieta „wzbogacona o dym Galois’ów i Gitane’ów i połączona z brakiem wszelkiej aktywności fizycznej, powinna zapewnić nieustający napór na szpitale pacjentów z chorobą wieńcową. Nic z tych rzeczy. Mieszkańcy Tuluzy mają jeden z najniższych wskaźników zachorowań na chorobę wieńcową na świecie. Mieszkaniec Kalifornii jest dwa razy podatniejszy na zawał serca, niż mieszkaniec Tuluzy, a Getynburga nawet trzy razy.

„Niesamowite, dziwił się dziennikarz. Jak Francuzi mogą tak bezkarnie łamać zasady odżywiania”? „No cóż”, odrzekł profesor. „Dla mnie wyjaśnieniem jest konsumpcja wina. Umiarkowane spożycie alkoholu zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową nawet o 50 %”

Co to znaczy umiarkowanie? „Można ująć ten paradoks w następującej zasadzie: trzy kieliszki dziennie dla mężczyzn, dwa kieliszki dla kobiet, do posiłków i bez dojadania między posiłkami. Nie sposób upić się w ten sposób”. Dziennikarz sączący wino podkreślił, że Stany Zjednoczone należące do krajów o najniższym poziomie spożycia wina na świecie (siedem litrów na dobę w porównaniu z sześćdziesięcioma siedmioma we Francji), mają jeden z najwyższych wskaźników zawału serca. A część kraju, gdzie wypija się najmniej wina – zwana Bible Belt” i obejmująca stany południowe, jest określana przez lekarzy jako „zaulek zawałowców”.

Biochemik z Uniwersytetu w Toronto, prof. Goldberg ujął problem w aspekcie ekonomicznym: „Gdyby każdy dorosły mieszkaniec USA wypijał codziennie dwie szklaneczki wina, to odsetek schorzeń układu sercowo-naczyniowego odpowiedzialnych obecnie za 50% zgonów w tej populacji można by zmniejszyć o 40%, zaoszczędzając dzięki temu 40 bilionów dolarów”.

Kiedy zespół wspomnianego już programu MONICA przedstawił swój raport w 1994 roku, zawierał on niezwykle zaskakujące różnice dotyczące zapadalności na choroby układu krążenia. Na przykład w Glasgow kobiety miały ponad ośmiokrotnie większą szansę zgonu, niż mieszkanki hiszpańskiej Katalonii. Prawdopodobieństwo zachorowania na zawał mężczyzny w północnej Karelii w Finlandii było aż 12 razy większe niż mieszkańca Beijing w Chinach. Obronną ręką wyszły nie tylko kraje o rozwiniętej tradycji spożywania wina – Hiszpania i Włochy, tradycyjnie stosujące dietę

śródziemnomorską, ochraniającą nasze naczynia krwionośne, ale i Francja, z jej pasztetami i serami. Przez kontrast ze słonecznym południem dane dla Europy północnej okazały się przygnębiające: wskaźnik zawałów w szkockim Glasgow, irlandzkim Belfaście czy Finlandii okazał się blisko czterokrotnie wyższy. Co ciekawe, poziom cholesterolu u badanych w Tuluzie był identyczny lub tylko nieco niższy w porównaniu z mieszkańcami tych miast, ale wyższy niż mieszkańców Stanford w Kalifornii, gdzie ryzyko zawału było dwukrotnie wyższe, niż we Francji.

Gdzie trochę wina, zawału nie ma.

Oznajmienie francuskiego paradoksu odniosło wielki sukces medialny, ale naukowcy nie po raz pierwszy wykazali korzystny wpływ alkoholu. Już w 1974 roku Arthur Klatsky, konsultant kardiologii Ośrodka Kaiser Permanentne zaobserwował, że u osób pijących umiarkowane ilości alkoholu, prawdopodobieństwo wystąpienia zawału jest wyższe, niż u abstynentów. W 1986 roku Klatsky i jego zespół donieśli, że ryzyko hospitalizacji z powodu choroby wieńcowej było o 11% niższe u osób pijących wino, niż u preferujących inne napoje alkoholowe, a w 1990 roku ogłosili, że spożywanie wina obniża ryzyko zgonu na zawał o 50% w stosunku do abstynentów i o 20% w stosunku do ryzyka zgonu z innych przyczyn. W sierpniu 1996 roku Gronbaek i Sorensen ogłosili wyniki badań, które natychmiast trafiły na łamy dzienników na całym świecie. Wnioski z duńskiej 12 letniej obserwacji 13 285 mężczyzn i kobiet w wieku pomiędzy 30 a 69 rokiem życia wykazywały, że niemal całkowicie działanie ochronne dla serca i naczyń należy przypisać winu. Im więcej się go pija, nie przekraczając ilości trzech do pięciu szklaneczek dziennie, tym mniejsze ryzyko zgonu w wyniku zawału serca i udaru mózgu. Przy tym poziomie konsumpcji groźba zawału była mniejsza o 60%, a śmierci z innych przyczyn o 50%. Dla porównania wypijanie trzech szklanek piwa obniżało ryzyko zawału o 30%, ale nie chroniło przed innymi chorobami. Gorsze wiadomości przekazano natomiast miłośnikom mocniejszych trunków. Podczas gdy jeden do dwóch drinków dziennie nie zapewniało większej ochrony, niż abstynencja, trzy do pięciu podwyższały o jedną trzecią ryzyko wystąpienia zawału i innych schorzeń. Ostatnie obserwacje naukowców z Harvardu dotyczące 40 tys. mężczyzn opublikowane w prestiżowym piśmie „The New England Journal of Medicine” w styczniu b.r. również wykazały, że umiarkowane picie wina (1 – 3 kieliszków dziennie) zmniejsza ryzyko zawału o jedną trzecią.

Dlaczego wino działa skuteczniej, niż pita przez Finów (i Polaków) wódka lub też irlandzka lub amerykańska whisky? Renaud przypuszcza, że poza specyficznymi właściwościami wina, nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż spożywane w trakcie posiłków, trafia do organizmu we właściwym momencie, czyli wtedy, kiedy nasycone kwasy tłuszczowe wywołują największy stres w organizmie. A ponieważ wchłanianie jest stosunkowo wolno, więc jego ochronne działanie trwa dłużej. Poza tym należy uwzględnić inne fakty dotyczące kuchni francuskiej:

- Francuzi spożywają duże ilości owoców i warzyw, te ostatnie lekko obgotowane

- we Francji posiłki są spożywane spokojniej, trwają dłużej i nie ma tzw. pojawiania między posiłkami

- tłuszcz z mleka jest spożywany raczej jako ser, niż mleko. Do gotowania używa się dużo oliwy z oliwek lub gęstego smalcu, według Francuzów tłuszcze właśnie w takiej postaci są mniej szkodliwe.

Oznajmienie świata fenomenowi „francuskiego paradoksu” wywarło efekt imponujący. Gwałtownie wzrosło spożycie wina w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i innych krajach europejskich. O spektakularnym wyniku mogą mówić mieszkańcy Danii, w której wskaźnik śmiertel-

ności w ostatnich 15 latach obniżył się o 30% przy 70% wzroście spożycia wina w tym kraju. Duńczycy wypijają zaskakująco dużo (23 litry wina na osobę rocznie), przy czym większość pochodzi z regionów Bordeaux i Burgundii, znanych z produkcji win o znaczącym oddziaływaniu ochronnym na serce.

Zaletą wina jest spożywanie go do posiłków, co ułatwia, jak już wspomniano, korzystniejszy metabolizm zawartego w nim alkoholu. Nie zapominajmy, że o dodatnim wpływie wina możemy mówić, mając na uwadze umiarkowane i regularne spożywanie tego trunku. Tak więc tygodniowa abstynencja, a następnie „ostry popas” wysokoprocentowym alkoholem w weekend ma często skutki uboczne (tzw. „holiday heart syndrome”). Jednym z nich jest ryzyko zawału serca lub udaru mózgu. Należy wyraźnie podkreślić, że nadużywanie w Polsce wysoko procentowego alkoholu, jest przyczyną wielu chorób nowotworowych, psychicznych i marskości wątroby.

W Polsce więc, gdzie alkoholizm jest dużym problemem społecznym i zdrowotnym, trudno jest jeszcze pisać i mówić, zwłaszcza lekarzowi, o dobroczynnych skutkach umiarkowanego spożywania wina, pomimo że jest coraz więcej na to naukowych dowodów i epidemiolo-

gicznych danych, mając na uwadze, że istnieje szereg innych powszechnie potwierdzonych zachowań zmniejszających ryzyko zawału, jak porzucenie palenia, kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego, właściwa dieta i aktywność fizyczna. Trudno jest jeszcze w naszym kraju przełamać niechlubny obyczaj obowiązujący na zabawach, balach i weselach - „minimum pół litra na głowę”. Trudno jest zachęcić do wspólnych spotkań przy kieliszku dobrego wina w winiarni, czy też w restauracji, gdzie cena jednej butelki średniej klasy wina jest często trzykrotnie droższa od ceny obiadu, a wizyta kończy się na przejrzeniu karty dań i szybkim czmychnięciu z lokalu. Czas najwyższy, by restauratorzy, również w Bydgoszczy, na drzwiach wejściowych zaczęli wywieszać ogłoszenie: „U nas marża nie przekracza 30% ceny butelki wina”.

Rozpoczęliśmy ten artykuł wspominając Hipokratesa, zacytujmy Go również na koniec, czerpiąc z jego doświadczenia i mądrości. A zwykły był mawiać, że „wino jest doskonale użyteczne i wskazane dla chorego. Używane w rozsądnych dawkach pomaga zachować zdrowie”.

Uszanujmy wiedzę wielkiego uczonego lekarza i starajmy się stosować na co dzień jego cenne wskazówki.

dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz

Medicinalia

AIDS – dżuma XX wieku?

Pandemia dżumy, która wystąpiła w połowie XIV wieku była największym zagrożeniem biologicznym życia ludzkiego. Zabijała piorunująco. Ogółem w czasie tej pandemii zginęło od 1/3 do połowy mieszkańców Ziemi.

Za sprawą środków masowego przekazu, w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia określenie „dżuma XX wieku” stało się synonimem AIDS. Czy rzeczywiście AIDS stał się symbolem zagłady? Czy człowiek przełomu XX/XXI wieku wyposażony w ogromną wiedzę dotyczącą zakażeń HIV i AIDS, obejmującą także możliwości zapobiegania tej chorobie jest rzeczywiście bezbronny wobec zakażenia HIV, podobnie jak bezbronny był człowiek wobec dżumy przed 600 laty?

Pierwsze przypadki nieznanej choroby przebiegającej z niespotykaną na tak wielką skalę degradacją układu immunologicznego zostały zaobserwowane w USA na przełomie lat 1980/81. Przebiegały one pod postacią kliniczną atypowego zapalenia płuc etiologii *Pneumocystis carini*. Występowały u młodych, dotąd zdrowych mężczyzn. U wię-

kszości z nich występowała kandydoza, wszyscy byli homoseksualistami. Uwagę immunologa z Los Angeles Michela Gotliba zwróciły towarzyszące chorobie zaburzenia odporności komórkowej. Wykazał on u tych chorych znacznie obniżoną liczbę limfocytów CD4. W tym samym czasie w Nowym Jorku dermatolog Alvin Fridman-Kiem rozpoznał u kilku młodych dotąd zdrowych homoseksualistów płci męskiej przypadki mięsaka Kaposiego, choroby niezwykle rzadko występującej przed 60 rokiem życia. Podobnie jak u pacjentów z Los Angeles objawom towarzyszyły zaburzenia odporności.

Obydwa uczeni próbowali bez efektu opublikować swoje spostrzeżenia w renomowanych czasopismach medycznych. Doniesienia dotyczące pięciu przypadków pneumocystozowego zapalenia płuc oraz 26. mięsaka Kaposiego ukazały się w biuletynie CDC-MMWR – dwutygodniku adresowanym głównie do epidemiologów. Nie spodziewano się, że choroba osób z marginesu tak szybko rozprzestrzeni się na świecie. Tylko do sierpnia 1981 rozpoznano w USA 111 przypadków pneumo-

cystozy i mięsaka Kaposiego. 99% chorych było mężczyznami, 94% homo- i biseksualistami, 40% z nich wkrótce zmarło.

W grudniu 1981 roku artykuły w czasopismach NEJM i Lancet uświadomiły klinicytom z Ameryki i Europy istnienie nowego zagrożenia.

Na początku 1982 roku nadano chorobie nazwę AIDS. Wkrótce wykryto przypadki AIDS u narkomanów nęgujących zachowania homo- i biseksualne, uzależnionych od środków odurzających przyjmowanych drogą dożylną oraz chorych na hemofilię, którzy nie należeli do żadnej z poprzednich grup ryzyka, mieli natomiast w wywiadzie liczne przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych, zwłaszcza koncentratów czynnika VIII i IX. Przyczyna choroby nadal była nieznana, przedstawiano natomiast różne hipotezy.

Ponieważ przypadki choroby dotyczyły początkowo homoseksualistów prowadzących bardzo intensywny tryb życia seksualnego, pierwsze hipotezy tłumaczące AIDS były związane z przeładowaniem organizmu chorego nadmiarem

antygenów ze spermy męskiej, czy nadwrażliwością na związki azotanu amylu zawartego w „poppersach”. Popularna była również teoria wywoływania AIDS przez EBV, CMV lub adenowirusy. Nie brakowało hipotez sensacyjnych mówiących, że czynnik wywołujący AIDS wymknął się z tajnych laboratoriów militarnych. Żadna z teorii nie była jednak przekonująca.

Tymczasem pojawiły się nowe tropy. Wykrycie AIDS u hemofilików dało podejrzenia możliwości przenoszenia czynnika etiologicznego drogą krwi. Potwierdzeniem było wykrycie tej choroby u dziecka po przetoczeniu mu krwi od osoby zmarłej później z powodu AIDS. W 1983 roku pojawił się następny trop - Haiti - stanowiący bardzo interesujący problem. Poprzednie grupy chorych, co ciekawe także zaczynające się na literę H, obejmowały mężczyzn - byli nimi tak homoseksualiści jak w przeważającej części heroiniści oraz wszyscy hemofiliacy. Wśród ludności zamieszkującej, czy pochodzącej z Haiti AIDS dotyczył w równym stopniu mężczyzn i kobiet, a nawet dzieci. Było to początkowo trudne do wyjaśnienia. W obliczu znanych dziś faktów, że AIDS wywodzi się z Afryki, nie dziwi. Model epidemiologiczny Haiti okazał się bowiem identyczny z modelem afrykańskim.

Przełomowym momentem w historii poznania AIDS było odkrycie wirusa będącego czynnikiem etiologicznym choroby. Pierwszym, który wyizolował wirusa z limfocytów chorego z przewlekłym uogólnionym powiększeniem węzłów chłonnych był Luc Montagnier z Instytutu Pasteura. Opublikował on swoje doniesienie na łamach czasopisma *Science*, nazywając wirusa LAV. Kilka miesięcy później w tym samym *Science* ukazał się artykuł Roberta Gallo - znanego odkrywcy pierwszego retrowirusa ludzkiego HTLV-1 w 1978 roku. Artykuł ten dotyczył wyizolowania od chorych na AIDS wirusa HTLV-III. Obydwa wirusy LAV i HTLV-III były identyczne. Ponieważ uczeni współpracowali ze sobą pojawiły się głosy, że Gallo wykorzystał w publikacji dorobek Montagniera. Spór został rozstrzygnięty kilka lat później, a wyjaśnienie problemu sprowadzono do zanieczyszczenia surowic.

Od momentu odkrycia wirusów rozpoczął się wyścig w opracowaniu testu umożliwiającego wykrycie przeciwciał przeciw LAV/HTLV-III. Test ELISA zarejestrowano w marcu 1985 roku w USA, dwa miesiące później w Europie. Publiczne ogłoszenie testu anti-HIV w USA pociągnęło za sobą skutki finansowe, co zaogniło trwający konflikt

francusko-amerykański, który przeniósł się na szczebel państwowy. W cieniu tych rozgrywek AIDS zbierał żniwo w postaci wzrastającej ilości ofiar. Poszerzono jego definicję o inne zakażenia oportunistyczne i nowotwory.

W Polsce na rok przed wykryciem pierwszych przypadków zakażenia HIV Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Pełnomocnika i 10-osobowy zespół do spraw AIDS.

Kolejny rok przyniósł odkrycie LAV-2 i HTLV-IV przez zespoły francuski i amerykański. Wirusy wyizolowano z surowic prostytutek senegalskich w Afryce Zachodniej. W tym też roku Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów wprowadził nazwy HIV-1 i HIV-2 w miejsce poprzednio używanych. W 1997 rozpoczęto wytwarzanie pierwszego leku antyretrowirusowego - azydotyminy. Rozpoczął się nowy etap walki nauki z naturą.

HIV-1 i HIV-2 należą do retrowirusów - wirusów odkrytych na początku XX wieku. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że wirus HIV-1 przedostał się w latach 50-tych z populacji małp do populacji ludzkiej, a przekształcenia struktur lokalnych Afryki przez cywilizację europejską przyczyniły się do ekspansji wirusa na inne kontynenty. Badania archiwalne surowic pochodzących od mieszkańców Afryki z końca lat 50-tych, 60-tych i 70-tych dowodzą, że zakażenia HIV występowały już wtedy. Znany jest także kazuistyczny przypadek śmierci norweskiego marynarza, który zmarł na chorobę podobną do AIDS w końcu lat 50-tych, a w zamrożonej w banku jego surowicy wykryto obecność przeciwciał anti-HIV. Przyczyny ujawnienia się epidemii AIDS w latach 80-tych należy upatrywać w historii naturalnej zakażeń HIV oraz sprzyjających dla rozwoju epidemii warunkach biologicznych i społecznych w USA w tym czasie.

Homoseksualiści i narkomani należą do grup historycznie stygmatyzowanych, co spowodowało negatywną ocenę wszystkich zakażonych tym wirusem. Powstało przekonanie, że AIDS jest problemem ludzi z marginesu społecznego. Taki stosunek do zakażeń HIV nie przeminał mimo, iż powszechnie wiadomo, że zakażenie to szerzy się głównie drogą heteroseksualną. Przeciętny człowiek staje się ignorantem, nie dopuszczając możliwości zagrożenia własnej osoby.

Liczba zakażonych HIV przekracza obecnie 42 mln osób na wszystkich zamieszkałych kontynentach. W 2002 roku zmarło z powodu AIDS 3,1 mln ludzi, w tym 1,2 mln kobiet i 610.000 dzieci. Szacuje się, że codziennie dochodzi do ponad 14.000 nowych zakażeń. Oznacza

to w populacji pomiędzy 15 a 20 rokiem życia zakażenie co setnej osoby. Większość z nich jest nieświadoma zakażenia, co stanowi tym większe zagrożenie. Prawie 90% zakażonych HIV mieszka w krajach Afryki, Azji i Ameryki Łacińskiej. Tam też obserwuje się szybki wzrost liczby zakażonych HIV. Według WHO dołączają do nich kraje Europy Wschodniej, szczególnie byłego ZSRR. W Afryce na południe od Sahary żyje 2/3 zakażonych HIV na świecie, tam wystąpiło 83% zgonów z powodu AIDS. Afrykę zamieszkuje 4/5 kobiet oraz 90% dzieci zakażonych HIV. 40% dzieci traci z tego powodu rodziców przed osiągnięciem 15 roku życia. W Azji w samych Indiach żyje powyżej 6 mln zakażonych. Na terenach Europy Wschodniej, czyli krajów byłego Związku Radzieckiego notuje się zaskakujący wzrost liczby zakażeń HIV. Wśród zakażonych dominują narkomani i promiskuici.

W Polsce od początku epidemii zarejestrowano 7922 przypadki zakażeń HIV w tym 4766 narkomanów, 1246 zachorowań na AIDS, 610 zgonów (według danych PZH na dzień 28.02.2003 roku).

W ostatnich latach obniżyło się ryzyko transmisji zakażenia HIV w wyniku krwiolecznictwa. Wynosi ono w Polsce od 1:450.000 do 1:600.000 donacji. Zakażenie w wyniku sztucznego zapłodnienia jest bliskie 0 ze względu na możliwość badania dawcy w odstępach czasu i wykluczenia tym samym „okna serologicznego”. Droga parenteralna odgrywa istotną rolę wśród narkomanów, a też w gabinetach tatuażu, kosmetycznych, fryzjerskich. Należy spodziewać się wzrostu liczby zakażeń HIV drogą seksualną, głównie heteroseksualną, co pociąga za sobą wzrost liczby zakażeń wertykalnych.

Dzięki osiągnięciom biologii molekularnej bardzo dokładnie poznano budowę wirusa HIV i patomechanizm zakażenia. Kolejne lata przynoszą coraz to nowe odkrycia. Wiemy dziś na przykład, że do połączenia cząsteczki wirusa HIV z komórką gospodarza nie wystarcza domena V₃ białka gp 120 i domeny CDR-2 cząsteczki CD4, że konieczna jest ekspresja wielu koreceptorów (m.in. CCR5, CXCR4), jak też udział wielu mediatorów immunologicznych. Wiemy także, że w początkowej fazie zakażenia przeważają wirusy HIV-NSI, nie tworzące zespólni, a w fazie progresji zakażenia występują w przewodzie typy HIV-SI - tworzące zespólnie. Naukowcy co jakiś czas ogłaszają bliskie zwycięstwo nad wirusem, a tymczasem obraz AIDS jest nadal przerażający. Choć nauka wie o chorobie znacznie więcej niż na początku epidemii,

choć leki potrafią opóźnić jej rozwój, dane epidemiologiczne nie skłaniają do optymizmu. AIDS jest wieloobjawową chorobą, na którą, pomimo wielu osiągnięć, nie ma skutecznych leków ani szczepionki. Oko medycyny zaledwie dostrzega oblicze AIDS, nie znajdując na razie sposobów na powstrzymanie jej rozwoju.

Podstawową metodą zapobiegania jest promocja zachowań prozdrowotnych, rozpowszechnienie wiedzy na temat dróg szerzenia się zakażenia HIV i metod ochrony przed zakażeniem. W pierwszym rzędzie są to bezpieczne zachowania seksualne oraz bezpieczne procedury przyjmowania narkotyków. W celu uniknięcia zakażenia HIV propaguje się abstynencję i monogamię, a dla osób którym trudno przestrzegać tych zasad - korzystanie z prezerwatyw. Życie seksu-

alne człowieka z trudem i bardzo wolno poddaje się zmianom, stąd szczególnego znaczenia nabiera kształtowanie bezpiecznych zachowań seksualnych wśród młodzieży, która rzadko podchodzi do zagrożeń w sposób racjonalny. Nie należy oczekiwać ograniczenia dynamiki szerzenia się narkomanii, aczkolwiek pewne znaczenie może mieć zmiana sposobu zażywania leków odurzających z dożylnego na doustny. W przypadku narkomanii dożylną istotne znaczenie ma korzystanie z własnego sprzętu jak też gotowanie „kompotu” przed jego podaniem. Do profilaktyki zakażeń HIV zalicza się także możliwość nieodpłatnego, anonimowego badania w kierunku tego zakażenia, jak też porady lekarskiej na tych zasadach oraz brak obowiązku rejonizacji.

Chciałoby się widzieć świat bez HIV/

AIDS. Bez tego wirusa i strachu przed tą chorobą. Bez przerażającej wrogości opinii publicznej wobec osób żyjących z HIV, bez wszechobecnej pruderii, hipokryzji i ostracyzmu tworzących podłoże sprzyjające rozprzestrzenianiu się epidemii. Chciałoby się świata, w którym nie trzeba toczyć wojów o fundusze na leczenie AIDS, ani walczyć z dyskryminowaniem tych chorych w szpitalach i poradniach; świata wzajemnego zrozumienia, bez barier dla swobodnego szerzenia informacji o zapobieganiu tej chorobie. Wiedza jednak nie stanie się substytutem szczepionki dopóki nie uwierzmy, że AIDS może być również problemem naszym, naszych sąsiadów i przyjaciół.

dr n. med. Małgorzata Pawłowska
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych

Medicinalia

Zegar biologiczny człowieka – czy musimy mu się podporządkować?

Warunki panujące na naszej planecie, ukształtowały określoną rytmikę procesów biologicznych. Obrót Ziemi dookoła własnej osi odpowiada za cykliczne występowanie dnia i nocy, a więc jest to powtarzający się cykl światło/ciemność. Ruch Ziemi wokół Słońca jest natomiast przyczyną występowania pór roku. Wszystkie organizmy żywe, rozwijające się w tych warunkach, wykształciły własne zegary biologiczne, pracujące zgodnie z rytmem zmian zachodzących na Ziemi w wyniku jej wędrówki przez Wszechświat: mówimy o rytmie okołodobowym, lunarnym (księżycowym, 28-dniowym) i rocznym. Wydaje się, że to właśnie cykliczne zmiany natężenia światła były pierwotną przyczyną wykształcania rytmów biologicznych przez organizmy żywe. Te zmiany jednak tak głęboko zaistniały w specyfice gatunkowej organizmów żywych, że choć dzisiaj światło jest nadal jednym z synchronizatorów rytmów biologicznych, to w przypadku jego braku rytmiczność procesów biologicznych zostaje zachowana. Rytmu biologiczne, nie wymagające synchronizatorów zewnętrznych (zwanych również dawcami czasu (*Zeitgeber*), nazywamy rytmem endogennym, chociaż mamy świadomość, że ich obecność uwarunkowana została w toku ewolucji czynnikami opisanymi powyżej. Wszystkie rytmy sterowne i synchronizowane sygnałami zewnętrznymi – to rytmy egzogenne.

Rytm okołodobowy nazywany jest rytmem circadianym (od *circa* – około i *dies* – dzień). Określenie to oznacza, że nasze rytmy okołodobowe nie mieszczą

się idealnie w cyklu 24-godzinny, ale w czasie zbliżonym do 24 godzin. Człowiek przebywający w bunkrze, bez możliwości oceny upływającego czasu, demonstruje rytmy swobodnie biegące (*free-running*), przy czym pełny cykl tych rytmów jest zwykle nieco dłuższy niż 24 godziny. Podobne zmiany obserwuje się u osób niewidomych, które całkowicie utraciły zdolność odbierania światła,

u osób przebywających w jednostajnych warunkach izolacji od otoczenia (np. łódź podwodna, stacja orbitalna).

Światło jest najważniejszym synchronizatorem okołodobowego rytmu zegara biologicznego. Oprócz światła, inne bodźce mogą także pełnić rolę synchronizatora; są to min. sygnały akustyczne, temperatura, czy uwarunkowania społeczne, kształtujące naszą okołodobową aktywność.

Nadrzędnym zegarem biologicznym ssaków (również człowieka) są jądra nadskrzyżowaniowe (*suprachiasmatic nuclei*). Jądra te położone są obustronnie, nad skrzyżowaniem nerwów wzrokowych. Jądra nadskrzyżowaniowe regulują okołodobowe rytmy fizjologiczne, biochemiczne i behawioralne. Ich cechą elektrofizjologiczną jest zdolność wytwa-



prof. nadzw. AM dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Klawe z mężem

rzania samotrzymujących się oscylacji o rytmie aktywności o długości jednego cyklu około 24 godzin. Jądra te stanowią zatem oscylator, mający swoje wejście (sygnały aferentne, doprowadzające informacje ze środowiska) i wyjście (drogi eferentne, przesyłające rytmiczne sygnały powstające w zegarze do narządów efektorowych).

Za „biochemiczny sygnał ciemności”, koordynujący rytmy biologiczne, uważa się melatoninę (Zawilska, Nowak 2002). Rytmiczna synteza melatoniny w szyszynce, przebiega w rytmie okołodobowym, zależnym od cyklu światło/ciemność, wytwarzanym przez zegar biologiczny. Produkcja melatoniny jest zawsze najwyższa w nocy. U człowieka stężenie melatoniny w osoczu wzrasta wieczorem, osiągając maksimum po-

między godziną 2.00 a 3.00, a obniża się przed świtem. Informacja o intensywności światła jest odbierana przez siatkówkę, skąd drogą siatkówkowo-podwzgórzową dociera do jądra nadskrzyżowaniowego. Stamtąd dociera do szyszynki, do pinealocytów – komórek produkujących melatoninę.

Funkcjonowanie zegara biologicznego warunkuje indywidualny chronotyp biologiczny. Najbardziej skrajne chronotypy to typ wieczorny (*evening type*) i typ poranny (*morning type*). Większość z nas reprezentuje typ pośredni, mniej lub bardziej zbliżony do jednego z dwóch

wymienionych powyżej. Zaburzenia snu towarzyszące pracy zmianowej, choroba transatlantycka, zaburzenia snu u osób niewidomych, to przykłady chorób występujących w wyniku funkcjonowania niezgodnego z własnym rytmem biologicznym, czy zaburzenia tego rytmu. U podłoża pracy indywidualnego zegara biologicznego leży cykliczna ekspresja „genów zegarowych” i współdziałanie ich produktów – białek. Zatem – nasze możliwości „przetawienia” własnego zegara biologicznego – wydają się bardzo ograniczone. Znajomość zegara biologicznego pozwala jednak na szereg warto-

ściowych ingerencji w funkcjonowanie naszego organizmu: chronofarmakoterapia czy szerzej pojęta chronomedycyna, to dziedziny medycyny uwzględniające praktyczny aspekt chronobiologii, czyli nauki o rytmach biologicznych.

dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Klawe,
prof. nadzw. AM
Katedra i Zakład Fizjologii

Piśmiennictwo:
Zawilska JB, Nowak J.Z.: Rytmika
okolodobowa i zegar biologiczny.
Sen 2002, 2(4):127-136.

Medicinalia

Serce i fakty - homocysteina

Homocysteina - czy Twoje serce jest zagrożone?

Do listy czynników ryzyka chorób układu krążenia dołączyła niedawno Hcy, aminokwas zawierający siarkę.

Od dawna wiadano, że wysokie stężenie Hcy, występujące w genetycznie uwarunkowanym zaburzeniu metabolicznym - *homocystynurii*, ma niekorzystny wpływ na naczynia krwionośne. Jednak dopiero w ostatnim dziesięcioleciu zebrano wystarczająco dużo danych epidemiologicznych, klinicznych i doświadczalnych by stwierdzić, że już *nawet umiarkowane podwyższenie* we krwi stężenia tego parametru zwiększa znacznie zagrożenie chorobą wieńcową, udarami mózgowymi, miażdżycą tętnic obwodowych i zakrzepicą żył głębokich.

Celem tego wykładu jest przedstawienie najistotniejszych faktów, ustaleń i wniosków, które wynikają z dotychczasowych badań.

Hcy czynnik ryzyka choroby wieńcowej?

Zmodyfikowana Hcy (tiolakton Hcy) reaguje z cząsteczkami LDL tworząc agregaty wychwytywane również przez makrofagi. Agregaty te są *immunogenne*.

Hcy hamuje czynność śródbłonnka naczyń poprzez ograniczenie dostępności NO, co upośledza zdolności rozkurczowe

śródbłonnka.

Z przedstawionych danych wynika, że niekorzystne działanie podwyższonego stężenia Hcy na układ krążenia jest *wielostronne*. Nie można jednak stwierdzić, który z tych mechanizmów jest *pierwotny lub decydujący*.

Jakie są przyczyny *hiperhomocysteinemii*:

- genetycznie uwarunkowane niedobory enzymów biorących udział w metabolizmie metioniny lub mutacje genetyczne

- nabyte niedobory kwasu foliowego i witamin z grupy B będących koenzymami w przemianach Hcy

- wtórna hiperhomocysteinemia (w przebiegu niewydolności nerek, w chorobach nowotworowych)

- jatrogenne, wywołane stosowaniem leków wpływających na przemianę kwasu foliowego (metotreksat, fenytoina) lub przemiany wit. B6 (teofilina)

- związane ze stosowaniem używek - alkoholizm (hiperHcy może tu wynikać z niedożywienia i zaburzenia wchłaniania), spożywanie nadmiaru kawy, palenie papierosów

Należy podkreślić, iż defekty uwarunkowane *genetycznie* występują znacznie *rzadziej* niż przyczyny środowiskowe co napawa optymizmem jako że większość

tych czynników *można modyfikować*.

Badania wykazały, że wśród osób z łagodną hiperHcy znaczny odsetek charakteryzuje się występowaniem termolabilnej izoformy reduktazy 5,10 MTHF, która jest zaangażowana w remetylację Hcy do Met. Nie wykazano jednak, żeby obecność tej izoformy enzymu była związana z nasilonym ryzykiem choroby wieńcowej ocenianym poprzez pomiar grubości tętnicy szyjnej.

Bezpieczne stężenia Hcy

Jakie są bezpieczne stężenia Hcy, czy też inaczej mówiąc jakie powinny być stężenia docelowe w wyniku leczenia.

Obecne dane wskazują, że stężenia poniżej 9-10 mikromoli/L są poziomami pożądanymi.

Ocenia się, iż wzrost stężenia Hcy powyżej tego poziomu o 5 mikromoli/L powoduje wzrost ryzyka chorób układu krążenia o 40%, wg innych autorów aż o 60-80%. Odpowiada to mniej więcej wzrostowi ryzyka wynikającego z podwyższenia stężenia cholesterolu o 20 mg/dl.

Zakres wartości referencyjnych

Częstość występowania łagodnej hiperHcy w badanej przez nas populacji wynosiła 16,6% i był prawie 3-krotnie wyższa niż podawana dla populacji generalnej czyli 5-7%.

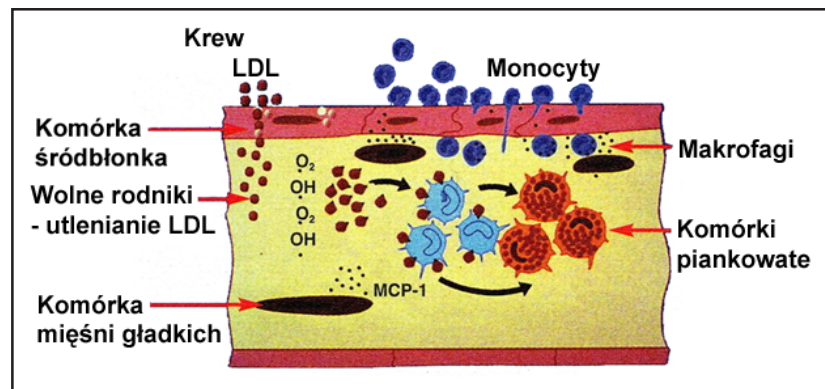
Niedobór folianów, suplementacja

Istnieje wiele danych przemawiających za tym, że dieta z odpowiednią zawartością kwasu foliowego ma znaczenie dla zapobiegania CHD. W badaniach epidemiologicznych stwierdzono, że im wyższe spożycie kwasu foliowego tym niższe ryzyko CHD.

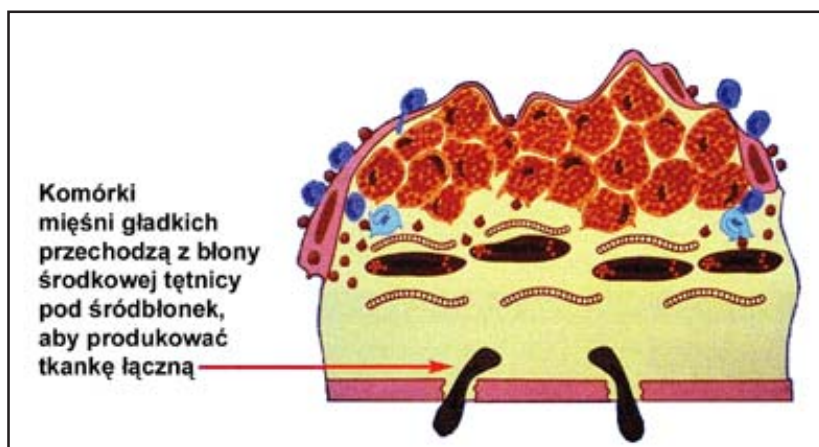
Sama dieta może nie wystarczyć do zapewnienia wysokiego spożycia FA. Źródłem FA są warzywa liściaste, rośliny strączkowe, orzechy, kiełki i ziarna zbóż, drożdże oraz wątroba zwierzęca.

Dieta wegetariańska dostarcza znacznie mniej metioniny- prekursora Hcy ale jest z kolei całkowicie pozbawiona wit. B12.

Kwas foliowy najskuteczniej obniża



Rysunek 1. Początek powstawania miażdżycy
Tworzenie się komórek piankowych pod śródbłonnkiem tętnicy



Rysunek 2. Następny etap rozwoju miażdżycy
Gromadzenie się komórek piankowatych pod śródbłonkiem

stężenie Hcy u osób z umiarkowaną hiperHcy. Podawanie FA pozbawionego praktycznie działań ubocznych w dawkach nawet 10-krotnie wyższych niż dzienne zapotrzebowanie (ok. 2 mg/dzień) *stwarza unikalną możliwość korzystnego modyfikowania czynnika ryzyka.*

Dzienne zapotrzebowanie na FA dla mężczyzn wynosi 150-200 mikrog, dla kobiet 150-180 mikrog, a dla kobiet w ciąży 400 mikrog.

Można również podawać wit B6; dzienne zapotrzebowanie 2 mg; stosowane dawki od kilku do kilkudziesięciu mg/dobę.

Efekty podawania FA i witamin są widoczne zwykle po 4-6 tyg.

Ocenia się wpływ suplementacji FA na rozwój i postęp miażdżycy. Holendrzy stwierdzili, że podawanie FA i wit.B6 przez okres 2 lat polepszyło wyniki elektrokardiograficznej próby wysiłkowej na podstawie której rozpoznawano bezobjawową miażdżycę u rodzeństwa pacjentów z klinicznie stwierdzoną CHD.

W innym badaniu -szwedzkim- stwierdzono, że podawanie FA, wit B6 i B12 znacząco zmniejszyło konieczność dodatkowych zabiegów po wykonanej angioplastyce wieńcowej.

Trwają badania mające na celu ustalić czy podawanie kwasu foliowego i witamin z grupy B (B12-kobalaminy) i B6, które skutecznie obniżają stężenie Hcy może zmniejszyć ryzyko chorób układu krążenia. Interpretacja wyników niektórych badań może być utrudniona ze względu na dodawanie FA do produktów spożywczych.

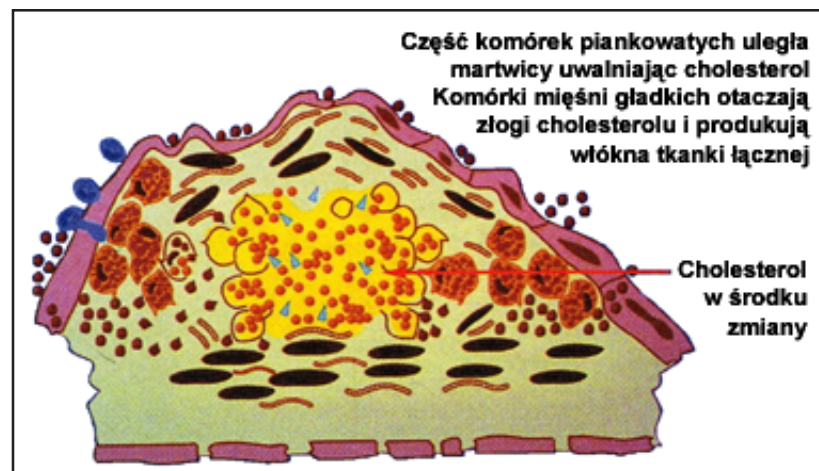
Ostatnio sugeruje się, iż to nie sama Hcy ale także jej prekursorzy S-adenozylometioniny lub S-adenozylhomocysteiny mogą być związane z ryzykiem chorób układu krążenia.

Jednak, przynajmniej w grupie osób starszych w wieku 60-85 r.ż. *nie wykazano zależności* pomiędzy stężeniem prekursorów Hcy a stężeniem kwasu foliowego

czy witamin z grupy B, takich jakie obserwuje się pomiędzy Hcy a folianami i wit.B. - istotnych ujemnych korelacji.

Jeśli zatem obecność potencjalnie szkodliwych prekursorów Hcy miałyby częściowo wyjaśnić dlaczego Hcy jest związana z ryzykiem chorób układu krążenia to wydaje się, że obniżanie stężenia Hcy poprzez suplementację witaminami *nie będzie miało takiego efektu jak dotychczas się spodziewano.*

Wpływ HiperHcy na funkcję śródbłonną naczyniową zależy od tego czy występuje ona u osób zdrowych czy też u osób z klinicznymi objawami choroby niedokrwiennej. U osób zdro-



Rysunek 3. Dalszy etap rozwoju miażdżycy

wych niekorzystny wpływ hiperHcy na funkcję śródbłonną jest znacznie słabszy.

Wyniki najnowszych badań pochodzących z Holandii wykonanych u klinicznie zdrowego rodzeństwa pacjentów z objawami miażdżycy, sugerują, że podawanie FA i wit.B6 w celu obniżenia poziomu Hcy *nie wpływa na zmniejszenie stężenia czynników zapalnych.* Badania te sugerują zatem, że u podłoża zależności pomiędzy Hcy a miażdżycą nie leżą mechanizmy pro-zapalne jak niegdyś przypuszczano.

Niedobór folianów w wieku podeszłym
Dotychczasowe dane wskazują, że hiperHcy jest czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Osoby z czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych są obciążone zwiększonym ryzykiem rozwoju otyłości i choroby Alzheimera. U tych osób, jak wykazały niektóre badania występuje zwiększone stężenie Hcy we krwi.

Można sobie zatem zadać pytanie:

Czy zwiększone stężenie Hcy u osób w wieku podeszłym stanowi niezależny czynnik ryzyka otyłości lub ChA?

W badaniach amerykańskich opublikowanych w roku 2002 stwierdzono,

- że wśród badanej populacji ponad 1000 kobiet i mężczyzn w podeszłym wieku 30% miało hiperHcy (>14 mikromoli/L)

- osoby z hiperHcy były prawie 2-krotnie częściej zagrożone otyłością lub ChA

- stężenie Hcy na początku obserwacji wyższe o 5 mikromoli/L wiązało się ze zwiększeniem ryzyka ChA o 40%

- wpływ Hcy nie zmniejszył się po uwzględnieniu potencjalnych czynników interferujących jak poziom FA i wit.B6, B12 i innych

- wniosek - zwiększone stężenie Hcy we krwi jest niezależnym czynnikiem ryzyka otyłości i ChA w populacji osób w podeszłym wieku

Przekonujące dowody wskazują na to, że odpowiednio dobrana dieta -(NNKT,

pełne ziarna zbóż, odpowiednia ilość kwasów omega-3) *dostateczna ilość owoców i warzyw* może stanowić istotną ochronę przed chorobami układu krążenia. Taka dieta w połączeniu z regularną aktywnością fizyczną, unikaniem palenia tytoniu i utrzymywaniem prawidłowej masy ciała może zapobiec chorobom układu krążenia w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych i uprzemysłowionych.

prof. nadzw. AM dr hab. med.
Grażyna Odrowąż-Sypniewska,

Ewaluacja zajęć dydaktycznych

Nieodzownym elementem nowoczesnego procesu dydaktycznego (oprócz sprzętu multimedialnego oraz stosowania aktywizujących metod nauczania) staje się ewaluacja; z fr. *evaluation* – oszacowanie, określenie wartości. Istnieje kilka definicji ewaluacji, które w szerszym lub węższym zakresie wyjaśniają jej opisowy charakter. Definicją wyjściową jest „Ewaluacja to proces zbierania danych i ich interpretacja w celu podejmowania decyzji”. Nieco rozszerzona brzmi: „Ewaluacja to proces diagnostyczno-oceniaczy i zawierający w sobie elementy pomiaru, osądu i decyzji”. Wg zespołu specjalistów z zakresu pedagogiki w USA: „Ewaluacja to systematyczne badanie wartości i korzyści danego obiektu”.

Czy ewaluacja to coś nowego? Nie. Każdy człowiek, przez całe życie jest oceniany przez innych i sam też ocenia. Wydawanie opinii o osobach, przedmiotach, zjawiskach, procesach towarzyszy nieustannie każdej dziedzinie życia społecznego.

Chyba nie ma nauczyciela akademickiego, który nigdy nie zastanawia się nad swoją pracą dydaktyczną. Intuicyjnie dokonuje wówczas samoewaluacji, zadając sobie pytania: „Co mi się udało osiągnąć?”, „Co mogło mi pójść lepiej?”, „Jak się dowiedzieć o zadowoleniu, czy odczuwanych korzyściach z prowadzonych przeze mnie zajęć?”, „Co zmienię następnym razem?”.

Ewaluacja opisuje „efekty” pracy, które nie zawsze są mierzalne, ponieważ charakteryzuje proces kształcenia nie tylko z punktu przyrostu wiedzy i umiejętności podmiotu uczącego się, ale i opisuje zmiany w kulturze pedagogicznej oraz „warsztat” pracy nauczającego – w aspekcie materialnym i niematerialnym.

W rezultacie, czy jest to ewaluacja wewnętrzna (podejmowana dla oceny przebiegu i wyników własnej pracy), czy zewnętrzna (podejmowana przez osobę z zewnątrz), jednorazowa lub ciągła, wstępna, bieżąca lub podsumowująca, na poziomie indywidualnym (pojedynczej osoby), jak i instytucji (określonej placówki), każda z nich zawiera ocenę wartości działań osoby organizującej i odpowiedzialnej za proces dydaktyczny.

Dlaczego warto ewaluować? Przede wszystkim, aby otrzymać informacje zwrotne – *feedback*, dzięki którym można dowiedzieć się o słabych i mocnych stronach procesu nauczania, uświadomić

sobie swoje kompetencje – stan, w którym wiemy co potrafimy zrobić i co powinniśmy udoskonalić, utwierdzić się w przekonaniu, że działa się dobrze, wzmocnić zaufanie do własnej fachowości. Tym bardziej, że współcześnie od osoby nauczającej oczekuje się, by była ona przewodnikiem – liderem uczących się, czuwającym nad dynamiką pracy w grupie przez organizowanie jej pracy, motywującym do pracy, posiadającym umiejętność komunikowania się, stwarzającym atmosferę zaufania i bezpieczeństwa oraz umiejącym zachować równowagę między ustalonym programem nauczania a potrzebami i oczekiwaniami studentów.

Jak wobec tego zbierać informacje użyteczne dla danej ewaluacji? Na razie nie ma jednego uniwersalnego narzędzia, bowiem różne rodzaje ewaluacji, przeprowadzanej w konkretnych celach i warunkach wymagają zróżnicowanych technik zbierania informacji.

Najbardziej przydatne to:

1. Wypowiedzi ustne. Studentów prosi się o wypowiedzenie się na temat odbytych zajęć w jednym – kilku zdaniach. Np. „Co podobało mi się na zajęciach?”, „Co proponuję zmienić?”. Student ma oczywiście niezbywalne prawo do odmowy, co jednak nie miało miejsca. Przeciwnie – studenci wyrażali niekiedy zdziwienie i zaskoczenie, że daje się im możliwość wyrażenia opinii o zajęciach.

2. Ankieta ewaluacyjna z prośbą o wypowiedzenie się na temat przeprowadzonych zajęć i dotyczących ich:

- Treści
- Klimatu
- Organizacji
- Prowadzących

Ankieta jest całkowicie anonimowa, udział w niej dobrowolny. Z odmową również nie spotkano się.

3. Ewaluacja zajęć w postaci zdań niedokończonych:

- Na zajęciach podobało mi się?.....
- Zaskoczyło mnie?.....
- Trudne dla mnie było?.....
- Zmienił(a)bym?.....

Oto niektóre wypowiedzi studentów: „Zajęcia bardzo mi się podobały, były atrakcyjne ze względu na prowadzenie zajęć metodami aktywizującymi”.

„Bardzo lubię, kiedy grupa aktywnie uczestniczy w zajęciach, łatwiej wtedy zapamiętuje się i dużo więcej wynosi się z tak przeprowadzonych zajęć”.

„Sposób przeprowadzonych zajęć zachęcił mnie do samokształcenia, poszukiwania dodatkowych informacji w piśmiennictwie medycznym, czy Internecie”.

„Treści przekazywane były bardzo zrozumiałe”. „Zbyt dużo informacji w krótkim czasie”.

„Ciepła, bezstresowa atmosfera zajęć”. „Przyjazny i sympatyczny klimat zajęć”. „Podmiotowe traktowanie studenta”.

Zaskoczyło mnie: „Ciekawy sposób prowadzenia zajęć”, „Nic”, „Możliwość swobodnego wypowiedzenia się”, „Obrazowy sposób przedstawiania treści materiału”, „Życzliwość i serdeczne traktowanie studenta”.

Zabrakło mi: „Czasu na poszerzenie, rozwinięcie zagadnienia”, „Czasu na głębszą dyskusję”, „Nic mi nie zabrakło”.

Trudne dla mnie było: „Zbyt szybkie tempo przyswajanych wiadomości”, „Nic”.

4. Arkusz ewaluacyjny

Studenci odpowiadają na pytania zaznaczając odpowiedzi w następujący sposób: ZT – zdecydowanie tak; RT – raczej tak; ? – nie mam zdania; RN – raczej nie; ZN – zdecydowanie nie. W niniejszym arkuszu ocenia się:

- po pierwsze: zajęcia i w tym - czy cele zajęć zostały jasno określone, czy przebieg zajęć był zgodny z programem, czy odniesiono korzyści z uczestnictwa w zajęciach, czy zajęcia były godne uwagi i ciekawe;

- po drugie: prowadzących zajęcia i w tym – czy prowadzący zajęcia jest dobrze zorganizowany, czy dobrze i ciekawie prowadzi zajęcia, czy stosuje odpowiednie metody i podaje adekwatne przykłady, czy ma prawidłowy kontakt z grupą, czy potrafi wzbudzić zainteresowanie tematem.

- po trzecie: mocne i słabe strony zajęć (pytanie ma charakter otwarty).

Otrzymywane informacje zwrotne w postaci sądów wartościujących stają się cennymi wskazówkami dla doskonalenia merytorycznego i metodycznego zajęć z pielęgniarstwa pediatricznego, bo o nich była mowa.

Informacji zwrotnej potrzebują nawet mistrzowie, a więc Ci, którzy osiągnęli najwyższy poziom fachowości, tym bardziej jest ona niezbędna innym.

mgr Mirosława Kram,

mgr Ewa Barczykowska

Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego

Dydaktyka

Jak zdawać egzamin?

Naturalną konsekwencją uczęszczania na zajęcia z ćwiczeń klinicznych, seminariów i wykładów jest kontrola wiadomości i umiejętności. Koniec wieńczy dzieło.

W dydaktyce medycznej stosuje się zazwyczaj cztery podstawowe metody egzaminacyjne: sprawdzian pisemny, ustny, testowy i praktyczny. Każdy z nich ma swoje pozytywne i negatywne.

Egzamin (zaliczenie, sprawdzian) pisemny polega na napisaniu w jasny i uporządkowany sposób mniej lub bardziej obszernej wypowiedzi. Jego celem jest sprawdzenie wiadomości, umiejętności logicznego wiązania faktów, zjawisk oraz ich ocenę. Najczęściej przyjmuje formę odpowiedzi na 3 do 6 pytań albo rozwiązaniu kilku zadań problemowych. Esej, jako trzecia forma, polega opisanie i własnej interpretacji, a także poddaniu analizie jakiegoś zagadnienia lub zaproponowaniu własnych rozwiązań na podstawie posiadanych wiadomości.

Egzamin pisemny daje możliwość samodzielnej, pogłębionej i uporządkowanej wypowiedzi na zadany temat, jednocześnie „sprawdza” umiejętność wyrażania myśli na piśmie.

Zaletą egzaminu pisemnego jest stosunkowo łatwe jego przygotowanie, wadą jest mała obiektywność i duża czasochłonność w fazie oceny pracy.

Egzamin ustny. Ma tyleż przeciwników, co zwolenników. Istota egzaminu tkwi w bezpośrednim kontakcie słownym między egzaminatorem a egzaminowanym. Głównym jego celem jest **umożliwienie zdającemu** wykazania się wiedzą, logicznym rozumowaniem oraz umiejętnością wyrażania myśli w słowach. Żeby tak się stało, od egzaminatora oczekuje się, aby wysłuchał uważnie odpowiedzi nie przerywając i nie komentując ich. Egzaminator ma prawo przerwać odpowiedź, jeśli jest ona nie na temat. Lecz każda niepotrzebna interwencja wpływa niekorzystnie na zdającego, na jego sprawność intelektualną, na emocje, a nawet przeszkadza w dalszym formułowaniu odpowiedzi.

Egzamin ustny pozwala jednocześnie na ocenę odporności psychicznej. Umiejętność opanowania się i sprawnego działania w trudnej psychologicznie sytuacji, jest niebywale cenną właściwością człowieka.

Czas trwania egzaminu ustnego nie powinien przekraczać 20- 30 minut.

Egzamin testowy zawiera zbiór zadań jednakowy dla wszystkich zdających. Test posiada najwyższy stopień obiektywności, ponieważ odpowiadanie na pytania następuje w takich samych warunkach zewnętrznych i sposób odpowiadania jest jednakowy dla wszystkich a wyniki ocenia się wg jednakowych ściśle określonych kryteriów. Test ma bardzo duże walory dydaktyczne. Jest jedyną formą egzaminu zawierającą dużą próbę nauczanych treści programu danego przedmiotu nauczania. Jego wadą jest niezwykle duża czasochłonność i pracochłonność w okresie przygotowania.

Na egzaminie praktycznym zdający wykonuje zadania wymagających czynności manualnych oraz umiejętności działania praktycznego. Sprawdzenie może być przeprowadzane w sytuacji naturalnej – „przy łóżku” pacjenta bądź w sytuacji bliskiej rzeczywistości – tzw. symulowanej. Powinien dotyczyć różnych umiejętności działania praktycznego (ale tylko tych, które były przedmiotem kształcenia).

Do zalet egzaminu praktycznego należą: szeroki zakres sprawdzenia wiedzy na różnych poziomach złożoności (najniższy, średni, najwyższy) oraz względna dowolność czasu i miejsca jego przeprowadzenia. Słabą stroną egzaminu jest stosunkowo niski poziom obiektywności, min. przez bardzo trudne sprecyzowanie wszystkich kryteriów dla wykonywanych czynności (choć możliwe do zrealizowania).

Nie istnieją całkowicie obiektywne egzaminy. Każdy z nich ma swoje mocne i słabe strony. Trudny jest także do uniknięcia subiektywizm w ocenianiu, który leży niejako w „samej naturze” oceniania.

Jaką wobec tego przygotować strategię postępowania, aby zdać egzamin?

Przede wszystkim należy przygotować się psychicznie i fizycznie do egzaminu. Warto zacząć od pozytywnego myślenia. To połowa sukcesu, jeśli nie więcej. Myśli kierować na czekającym nas zadaniu, uświadomić sobie, że to nie egzamin sam w sobie nas stresuje, ale najczęściej ocena i sposób w jaki go odbieramy. Prawdopodobnie sama myśl o rumieńcach na twarzy, o drżeniu rąk, wprawia nas w zakłopotanie. Przeżywamy zawstydzenie związane z nadmierną koncentracją na własnej osobie i obawą, że obraz ten wypadnie negatywnie. Do tego trudno jest kontrolować fizjologiczne reakcje organi-

zmu – pocenie się, przyspieszone bicie serca, nierówne oddychanie. Uświadamienie sobie przeżywanego stresu, zwykle zmniejsza jego intensywność. Pozytywne myślenie oznacza nie przewidywanie kłopotów na zapas. Istnieje coś takiego jak samosprawdzająca się przepowiednia. Lepiej myśleć tak: zdam egzamin, chodziłem (am) na zajęcia, uczyłem (am) się.

Konieczna trzeba pomyśleć o fizycznej stronie organizmu. Na kilka dni przed egzaminem **powrócić do higienicznego trybu życia**. Tylko w ten sposób gromadzić się energię, tak wkrótce potrzebną.

Aby w pełni zapanować nad egzaminacyjnym stresem, należy zadbać o swój wygląd. Od panów oczekuje się przyzwoitego wyglądu. Od panów oczekuje się przyzwoitego wyglądu w garniturze i dobranej do niego koszuli i krawacie, z ogoloną twarzą. Od pań oczekuje się stosownej garsonki lub kostiumu. Mile widziany makijaż.

Dzień egzaminu. Przed wyjściem z domu wypić ciepłą, dobrze osłodzoną herbatę i zjeść lekkie śniadanie. Nie jest polecana kawa naturalna. (Może spowodować gonitwę myśli).

Przed wejściem na salę, w której zdawać się będzie egzamin, opanować się i zachować spokój. Po przekroczeniu progu drzwi, po przywitaniu egzaminatora usiąść na wskazane miejsce. Usiąść wygodnie, głowę trzymać prosto (nie pochyloną, nie z wzrokiem skierowanym w podłogę), ramionami opierać się o krzesło, stopy złączyć razem lub skrzyżować na wysokości pięt – wszystko to mowa ciała świadcząca o opanowaniu i pewności siebie.

Na pytania egzaminacyjne odpowiadać należy zwięźle, konkretnie i zrozumiale. Żeby móc spełnić te warunki, konieczne należy słuchać treści pytań. Zdarza się, że zestresowany zdający nie rozumie pytania. Lepiej wówczas poprosić o powtórzenie pytania, niż mówić nie na temat. Swoją wypowiedź należy zakończyć w sposób zdecydowany, tak aby egzaminator mógł się zorientować, że to koniec.

Jednym zdaniem. Egzamin należy polubić (sic!) i przygotować się do niego, nie tylko pod względem intelektualnym, ale także pod względem somatycznym i emocjonalnym.

mgr Mirosława Kram

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego

*Dydaktyka***Z doświadczeń tutora STN**

Działalność statutowa pracownika naukowo-dydaktycznego wyższej uczelni obejmuje, między innymi, kształcenie studentów (§76.1.2, Statut AM Bydgoszcz). Na pracę dydaktyczną ze studentami w Klinice składają się różne formy zajęć, takie jak: wykłady, seminaria, omówienia, nauczanie problemowe, zajęcia w oddziale oraz zaliczenia. Dodatkową możliwością jest praca w charakterze opiekuna (tutora, mentora) Studenckiego Towarzystwa Naukowego (STN). Moje doświadczenia obejmują okres 9 lat prowadzenia STN przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii. Efektem działalności studentów w tym okresie są 22 prace prezentowane na 9 konferencjach studenckich; kilka prac doczekało się publikacji w czasopiśmie medycznych. Kilku członków STN po zakończeniu studiów obroniło lub kończy rozprawy doktorskie.

Do pracy w STN zgłaszają się studenci wyróżniający się w nauce, zainteresowani konkretną specjalnością medyczną i chcący rozszerzać swoje zainteresowania. Dla nich praca w STN to szansa rozwoju naukowego oraz możliwość kształtowania swojego życiorysu zawodowego. Motywacją może być też próba stopniowego wdrażania się do przyszłej pracy w Zakładzie lub Klinice. Jeden tutor jest w stanie efektywnie pracować jednocześnie maksymalnie z 4-6 studentami. Praca taka najczęściej ma charakter równoległych spotkań z poszczególnymi studentami lub zespołami studentów.

Formy aktywności STN w Klinice obejmują pracę naukową retrospektywną lub prospektywną o charakterze klinicznym oraz pracę eksperymentalną w oparciu o pracownię naukową Kliniki (Pracownia Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej). Studenci opracowując materiał, przygotowują go jednocześnie do prezentacji ustnych i opracowują wizualnie. Końcowym celem jest przygotowanie pracy na konferencję Studenckich Towarzystw Naukowych, a dla wybitnych studentów – manuskryptu do publikacji w uznanych czasopiśmie medycznych. Działalność naukowa wymaga od studentów gotowości poświęcenia dodatkowego czasu przeznaczonego na przygotowanie projektu, wykonanie badań lub zebranie materiału, przeanalizowanie i przygotowanie pracy naukowej. Pożądane cechy osobowości to konsekwencja, cierpliwość, spokój, gotowość przeprowadzenia procesu naukowego zakończonego napisaniem pracy i jej prezentacją ustną lub w postaci plakatu. Aktualnym wymogiem staje się znajomość języka angielskiego i umiejętność obsługi komputera. Wydaje mi się, że wskazane jest, aby do pracy naukowej wdrażać studentów jak najwcześniej w toku studiów. Pełny cykl przygotowania studenta do napisania pierwszej, dobrze przygotowanej i przemyślanej pracy naukowej trwa 2 lata. W pierwszym roku pracy poznaje się możliwości i zaangażowanie studenta, zapoznaje się go z podstawowymi zasadami panującymi w świecie nauko-

wym. Praca naukowa jaka powstaje w pierwszym roku pracy studenta jest w efekcie wypadkową doświadczeń tutora. Dopiero udział w konferencji STN pozwala studentom zweryfikować swoje możliwości. W drugim roku pracy studentów można obciążyć własnym tematem. Zajmując się wybranym zadaniem naukowym, studenci korzystają z baz medycznych, uczą się zasad evidence-based-medicine. Zaangażowani studenci są w stanie napisać 2-3 prace w trakcie roku akademickiego.

Najistotniejsze problemy tutora w pracy z STN to duży odsetek rezygnujących studentów, niewielka ilość godzin dydaktycznych przeznaczona na pracę z STN, ograniczone środki na prowadzenie badań i brak czasopiśm medycznych chcących opublikować prace studenckie (choć ostatnio Redakcja poznańskich „Nowin Lekarskich” zrobiła milowy krok w tej sprawie). Praca tutora STN daje jednak możliwość nowoczesnego podejścia do bezpośredniej pracy ze studentem. Dla studentów natomiast jest to szansa bezpośredniego zapoznania się z systemem pracy naukowej, co w praktyce skraca o co najmniej 2 lata późniejszy czas uzyskiwania sprawności naukowej.

*dr n. med. Jan Styczyński
Katedra i Klinika Pediatrii,
Hematologii i Onkologii*

*Serdecznie dziękuję
za uwagi mgr Małgorzacie Fafarze,
Kierownikowi Prorektoratu ds. Studenckich.*

*Dydaktyka***Komunikacja interpersonalna w procesie pomagania – wykorzystanie Grup Balinta dla podnoszenia kompetencji psychologicznych**

12. kwietnia bieżącego roku, w Zielonej Górze odbyła się konferencja zorganizowana przez Zakład Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Zielonogórskiego, przy współudziale członków Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego. Wraz z Aliną Fesser, lekarzem stażystą, miałem okazję tamże reprezentować środowisko bydgoskich medyków.

Celem konferencji było poznanie uwarunkowań komunikacji interpersonalnej w kontaktach terapeutycznych oraz podnoszenie kompetencji psychologicznych poprzez wymianę doświadczeń z różnych działów praktyki społecznej.

Metodą proponowaną podczas konferencji dla doskonalenia umiejętności komunikowania interpersonalnego, były warsztaty w Grupach Balinta. Do prowadzenia części warsztatowej konferencji zaproszeni zostali dr Rita Kielhorn (V-ce Prezydent niemieckiego Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie) oraz licencjonowani liderzy Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego.

Z życia wzięte...

Kobieta, około 50 lat przychodzi do lekarza z powodu bólów krzyża. Ten słyszy słowo – BÓLE KRZYŻA i myśli: aha, ona chce pozbyć się swojego bólu.

Lekarz zaraz zaczyna wypytywać: gdzie, kiedy, jak, dokąd i... wypisuje, może trochę dla świętego spokoju, skierowanie na zdjęcie rentgenowskie (ponieważ myśli, że w przeciwnym razie pacjentka nie będzie się czuła poważnie potraktowana ze swoim problemem) przepisuje lek antyreumatyczny, żegna kobietę i cieszy się ze sprawnego przebiegu wizyty.

Pacjentka ze swojej strony dochodzi w opowiadaniu o dolegliwościach nie dalej, niż do BÓLU KRZYŻA. Myśli potem: jeśli lekarz potraktował to tak poważnie, będzie to coś poważnego i choć środki przeciwbólowe nie całkiem jej odpowiadają, to wszystko poszło przecież

tak szybko. Jest znów na zewnątrz – właściwie dużo później przychodzi jej na myśl – chciałaby rozmawiać o swoim problemie, że samotna OPIEKA NAD TEŚCIOWĄ zaczyna powoli przerastać jej siły. Chciałaby omówić z lekarzem, co

matyki. Można zauważyć, że tacy pacjenci, proponują lub nasuwają wiele różnych chorób do momentu, kiedy oboje, lekarz i pacjent, rozpoznają i zaakceptują jedną, tę właściwą. Pacjent „organizuje się” w swojej chorobie.

Balint dyskutował z kolegami o alternatywach, które ma do dyspozycji lekarz, aby umożliwić choremu wgląd w swoje problemy. Alternatywa balintowska, jest możliwa tylko wtedy, gdy będziemy widzieli całą osobę pacjenta, a nie tylko sumę objawów.

Balint twierdził, że około 1/3 pracy lekarza praktyka jest

czystą psychoterapią, niezależnie od tego czy ten się tej nauczył, czy nie.

W swoich seminariach pokazywał, na podstawie przedstawianych przypadków, że relacja między lekarzem a pacjentem odgrywa istotną rolę w tym, jak on (pacjent) skoncentruje się na swojej chorobie, czy też będzie możliwa wyczerpująca, głęboka diagnoza i terapia.

„Istotną przesłanką do tego, aby tę głęboką diagnozę przedstawić, jest zdolność aktywnego słuchania, co jest niewątpliwie sztuką i wymaga niekiedy znacznego przestawienia lekarza.” „Kto pyta, otrzymuje nic innego jak odpowiedź.” Balint opisuje relację lekarz – pacjent jako rezultat kompromisu pomiędzy „oferdami” i dążeniami pacjenta a „reakcjami” na te lekarza. Zbyt mała znajomość siebie i apostolski zapal medyka, tzn. chęć nakłonienia pacjenta do swojego punktu widzenia, prowadzą nierzadko do wzmocnienia symptomatyki chorego. „Może dojść do walki o objawy i o właściwą terapię, kiedy oboje (lekarz i pacjent) nie będą rozumieć, że pacjent swoje problemy psychiczne konwertował w chorobę.

I w tych pierwszych prowadzonych przez Balinta seminariach powstało pytanie o obiekt badań: jak lekarz praktyk może wykorzystywać swoją wiedzę i małą znajomość z pacjentem, ażeby rozpoznać i opracować wspólnie z nim konflikty leżące za symptomatyką. Wyniki tej pierwszej „Grupy Balinta” jako rundę

dyskusji przedstawił Balint w swojej książce: „The doctor, his patient and the illness”, która została wydana w 1957 r. (w roku 1969 przetłumaczona na niemiecki: „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit”, skąd pochodzą powyższe cytaty).

Od Balinta do Zielonej Góry

Cóż specjalnego jest w Grupie Balinta? Co różni ją od tzw. grup omawiających przypadki? Celem Balinta było znalezienie z pomocą Grupy, czynników odgrywających rolę w kontakcie lekarz – pacjent podczas konsultacji, co znaczą dla siebie lekarz i pacjent oraz jak na siebie oddziałują. Nie chodziło mu o to, aby dać doktorowi wskazówki do dalszego postępowania. Członkowie Grupy zostają uczuleni, aby w szczególności zwracać uwagę na uczucia, które pacjent, lub przedstawienie problemu pacjenta, obudził w słuchających. Balint podkreślał wyraźną tendencję pracy w Grupie. Mianowicie przedstawiający lekarz dąży do tego, aby zachowywać się i czuć jak pacjent, podczas gdy pozostali członkowie zachowują się jak lekarz w sytuacji z pacjentem. Nazwał to „procesem paralelnym”.

Lekarz dowiadyuje się w Grupie także czegoś o sobie samym przede wszystkim poprzez dyskusje o swoim stosunku do pacjenta, a nie poprzez relacjonowanie faktów ze swojego własnego życia. Balint opisał, że ten wkład do poznania siebie prowadzi „do ograniczonej, ale istotnej zmiany w osobowości lekarza”, który przez dłuższy czas bierze udział w dyskusjach w Grupie.

W Zielonej Górze mieliśmy okazję przejść sześciogodzinny trening balintowski. Ponad setka uczestników (głównie psychologów) uczyła się jak efektywnie pracować w Grupach Balinta. Przed przystąpieniem do zajęć zostaliśmy podzieleni na małe grupki. Klasyczna Grupa Balinta liczy od 8 do 15 osób (optymalna liczba 12 osób). Liderem grupy powinien być lekarz psychoterapeuta z przygotowaniem do prowadzenia grupy i doświad-



można by zrobić, co ten myśli na powyższy temat, itd. W czasie konsultacji zapomniała o celu swojej wizyty. Myśli: lekarz chciał być może niebezpośrednio powiedzieć, że jej wątpliwości są bezpodstawne. Powinna wziąć tabletkę przeciwbólową i dalej zajmować się teściową. Eskalacja nieporozumień!

Nieporozumienia doprowadziły do tego, iż pacjentka nie odważyła się opowiedzieć o swoim poczuciu winy – głównym powódzie zgłoszenia się do lekarza – lecz przed sobą i przed medykiem potrzebowała usprawiedliwienia: BÓLU KRZYŻA.

Początki ...

Pomiędzy lekarzem a pacjentem może dojść do nieporozumień, które zakłócają proces leczenia. Na początku lat pięćdziesiątych w Londynie Michael Balint (1896-1970) zaprosił na seminarium lekarzy ogólnych (GP), aby „studiować problemy wewnątrz ogólnej praktyki medycznej”. Jego myślą było to, że „najczęściej stosowanym środkiem leczniczym powinien być sam lekarz” i żeby „do tego najważniejszego lekarstwa nie dodawać już żadnej farmakologii”. „W żadnej książce nie jest napisane, w jaki sposób lekarz powinien sam siebie ordynować... albo o ewentualnych nieoczekiwanych skutkach ubocznych.”

I w ten sposób Balint, jako psychoanalityk, wspólnie z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, postanowił „naszkicować farmakologię Drug Doctor”. Uważał, iż choroba somatyczna jest często wyrazem napięć lub konfliktów psychicznych. Pacjent przychodzi do swego lekarza z „ofertą” symptomów. Balint postawił wtedy hipotezę: gdyby ten chory mógł ze swoim wewnętrznym konfliktem udać się do lekarza, nie potrzebowałby wtedy swojej cielesnej sympto-



zeniem. Poza tym może nim być osoba z zawodów pokrewnych, pracująca z pacjentami (relacja kliniczna) i posiadająca wiedzę psychoterapeutyczną. Etapy pracy w grupie przedstawiłem w tabeli.

Etapy Pracy w Grupie Balinta (wg A. Lichtenstein, F. Dornfest, 1999)

1. Prezentacja przebiegu kontaktu lekarza z pacjentem jednego z uczestników.

2. Klasyfikacja zagadnienia stanowiącego przedmiot dyskusji przez pozostałych uczestników, aby dla wszystkich uczestników było jasne i czytelne.

3. Klasyfikowanie emocji lekarza i pacjenta.

4. Stawianie hipotez wyjaśniających omawiany problem

5. Przeprowadzenie problemu, czyli dochodzenie grupy do prawdziwych znaczeń zawartych w relacji lekarza i chorego.

6. Wysunięcie wniosków z dyskusji.

W przypadku większej grupy uczestników Balint zaproponował model tzw. „grupy zewnętrznej”. Grupa 12 osób tworzy wtedy wewnętrzne koło i pracuje ze sobą, pozostali obserwują z odległości pracę uczestników „grupy wewnętrznej” i zachowanie lidera. Tak było również na naszej konferencji, co umożliwiło nam później samodzielną pracę w małych grupach.

Co powoduje strach?

Siedzę w małej Grupie. Razem ze mną jest 12 osób. Opowiadam o pacjentce, z którą miałem kontakt podczas zajęć w Klinice Geriatrii. Chora, o której opowiadam bardzo mnie zajmuje. Nie przychodzi mi nawet na myśl, że wywołuje

ona u mnie negatywne, czy wręcz uciążliwe uczucia. Wiem, ma to pewnie także trochę wspólnego ze mną, jednak postawiony przed problemem nie widzę wyraźnie tego związku. Kiedy opowiadam, nie zdaję sobie sprawy, nie rozumiem sam jeszcze, jakie emocje wywołuję w grupie i u lidera. Być może podobne uczucia jak pacjent u mnie? Jak niemiło! Wyśmiewa mnie? Ujawnię się jako osoba niekompetentna? Czy będzie się mnie jeszcze potem brało poważnie? W końcu czy stracę dobre imię? Mówię mimo to, wszystko co pozostało mi w pamięci.

Opowiadanie zostało przyjęte przez grupę. Nici rozwinięte, fantazje rozbudzone, pytania postawione, przedstawione zaskakujące aspekty. Wkrótce stwierdzam jako referent, że... nie rozumiem samego siebie. Nie zauważam wpadających w oczy, ważnych faktów dotyczących chorej.

Niemiłe uczucia otrzymują sens – są one częścią pewnego wzoru zachowań, co wkrótce stanie się widoczne w Grupie. Nasze oczekiwanie dobrej pracy z pacjentką zostaje zakłócone. Dzięki pomocy Grupy udaje się znaleźć odrobinę dystansu, odrobinę ciepła, rozpętać z więzów i – w idealnym przypadku – zrozumieć, czego pacjentka nie mogła wyrazić i czego sama nie mogła rozpoznać. Być może da się ujrzyć, co właściwie czyni ciężkim jej życie.

Staje się jasne, że przedstawione w Grupie zakłócenie w kontakcie z pacjentem, prowadzące do niemiłych uczuć, jest kluczem do lepszego zrozumienia wyrażonych niewerbalnie trudności chorego.

Ćwiczenie czyni mistrza

Jak pisze Polskie Stowarzyszenie Balintowskie w swojej ulotce informacyjnej, celem treningu w Grupach Balinta jest poprawa funkcjonowania personelu medycznego poprzez analizę i szukanie efektywnych sposobów rozwiązywania trudnych problemów, powstających w kontakcie z pacjentem. Zdobyte przez osoby leczące umiejętności w postępowaniu z pacjentami sprawiającymi trudności, pozwolą być może na większą indywidualizację w podejściu do chorych, uzyskiwanie lepszych wyników leczenia.

Pisząc ten artykuł, pragnąłbym zainteresować czytelników tworzeniem i pracą w Grupach Balinta. Na wielu uczelniach medycznych za granicą udział w nich jest obowiązkowy. Być może w dobie reformy programu studiów należałoby zwiększyć liczbę zajęć nastawionych na praktyczną naukę nawiązywania dobrego kontaktu z pacjentem. Tym czytelnikom, którzy już teraz chcieliby nad nim popracować, serdecznie polecam uczestnictwo w naszej bydgoskiej Grupie prowadzonej przez Panię: Marię Rogiewicz i Marię Kurylo, spotykającej się regularnie raz w miesiącu.

Na koniec życzę wszystkim fascynującej pracy z chorymi z odważnym obchodzeniem strachu.

Sebastian Pietrzak,
student VI roku Wydziału Lekarskiego,
członek Polskiego Stowarzyszenia
Balintowskiego
e-mail: s_pietrzak@hotmail.com

Fotografie:
Grupa zewnętrzna z udziałem dr Rity
Kielhorn na konferencji w Zielonej Górze.

Dydaktyka

Rozmowy pielęgniarki z dzieckiem

Komunikowanie (łac. – comunicatio – wymiana, łączność, rozmowa) to pojęcie wieloznaczne. Umiejętność komunikowania się, tj. słuchania, rozmawiania, prezentowania można opanować tylko w praktyce. Warto jednak wiedzieć, co proponuje nam teoria – bowiem sprawne komunikowanie się pozostaje niezbędną umiejętnością w sytuacji współdziałania pielęgniarki z dzieckiem.

Warunkami dobrej komunikacji są: uważne słuchanie – nie przerywanie dziecku, kiedy ono mówi; otwartość, czyli gotowość do dzielenia się swoimi myślami, uczuciami, szanowanie dziecka; empatia – umiejętność wczucia się w stan wewnętrzny dziecka przez powiedzenie „Rozumiem, co w tej chwili przeżywasz” oraz branie odpowiedzialności (ponoszenie konsekwencji) za swoje myśli, uczucia i zachowania.

Kształtowanie relacji pielęgniarka –

dziecko osiągane jest za pośrednictwem komunikowania terapeutycznego. W komunikowaniu, słowa odgrywają rolę w 35%, sygnały bezsłowne 65%. Pielęgniarka musi koniecznie zdawać sobie sprawę z tego, że dziecko potrzebuje pewnego czasu na przyjęcie otrzymanych informacji. Nie należy więc przekazywać ich zbyt szybko i za dużo na raz. Informacje dziecku należy przekazywać zwięźle i prosto, np. „Moniko, teraz idź umyć się”, a nie „Moniko, teraz idź umyć się, bo jest już późno i nie zdążysz się wyspać, a jutro masz badania, których wyniki zadecydują, czy pójdziesz do domu, czy nie”.

Komunikowanie jest procesem, który odbywa się w czasie i przestrzeni, dzieli się na werbalne (słowne) i niewerbalne (bezsłowne, mowa ciała).

Komunikowanie niewerbalne występuje wcześniej w rozwoju człowieka niż

werbalne. Sygnały bezsłowne odbierane są szybciej, bo często bez udziału świadomości. Odgrywają one szczególną rolę w komunikowaniu się z dzieckiem w tych wszystkich sytuacjach, w których rozmowa z dzieckiem jest ograniczona lub niemożliwa. Na komunikowanie niewerbalne składa się: mimika, pantomimika (postawa i ruchy ciała, gesty), kontakt wzrokowy, dotyk, wygląd zewnętrzny pielęgniarki.

W kontaktach z dzieckiem wyraz twarzy, jej ekspresja odgrywa bardzo ważną rolę. Mimika twarzy wyraża emocje, nastroj i otwartość bądź „maskę”.

Gesty, ruchy ciała są kolejnym sposobem komunikowania się. Wyrażają autoprezentację. Pielęgniarka powinna poruszać się naturalnie i swobodnie, bez gwałtownych ruchów; przyjmować postawę otwartą, tj. bez krzyżowania nóg, rąk, z lekkim pochyleniem się do przodu w kierunku dziecka.

Kontakt wzrokowy – należy patrzeć w oczy od 1/3 do 2/3 w czasie rozmowy. Aby naturalnie odwracać wzrok co pewien czas, nie wskazane jest siedzieć dokładnie na wprost dziecka. Pożądane natomiast jest schylenie się do takiego poziomu wzroku dziecka, aby oczy pielęgniarki znajdowały się na podobnym poziomie. W czasie rozmowy należy utrzymać tzw. dystans personalny (osobisty). Wynosi on od 50 do 150 cm.

Dotyk w postaci przytulenia, pogłaskania, trzymania za rękę jest nieodzowny w chwilach trudnych dla dziecka.

Wygląd zewnętrzny pielęgniarki. Strój musi być schludny i czysty; mundurek pielęgniarski w ciepłych kolorach. Makijaż skromny, paznokcie bez jaskrawego lakieru.

Komunikowanie się pielęgniarki z dzieckiem za pomocą słów oznacza bezpośredni kontakt. Pielęgniarka nie powinna narzucać rozmowy i prowadzić ją za wszelką cenę. Można także spędzać czas z dzieckiem – milcząc. Od czasu do czasu zadawać proste pytania, z dostosowaniem słownictwa do wieku i możliwości umysłowych dziecka, np. „Co chciałbyś mi powiedzieć?”, „Jak spędziłeś czas, czekając na mamę?”.

Komunikowanie werbalne i niewerbalne tworzą proste czynności i gesty wobec dziecka. Są to: podanie dłoni (dzieci bardzo to lubią i czują się przy tym niezwykle ważne); zapytanie dziecka o to, jak się do niego zwracać, jak lubi być

nazywane; siadanie obok dziecka; pokazywanie zabiegów na przykładzie lalki, misia; mówienie „Postaram się, aby bolało cię najmniej”; wzięcie dziecka na kolana; pogłaskanie po głowie (wyraża serdeczność); zaczynanie rozmowy i kończenie jej; poświęcanie uwagi tylko jednemu dziecku (tu i teraz), z którym rozmawiamy; danie czasu na wypowiedzenie się dziecku; używanie prostych, codziennych słów.

Znaczącymi aspektami w komunikowaniu się pielęgniarki z dzieckiem są naturalność i spontaniczność z jednocześnie znajomością właściwych sposobów nawiązywania i utrzymywania rozmowy. Zawsze należy zacząć od przedstawienia się „Jestem pielęgniarką (studentką) i mam na imię ..., a Ty?”. **Należy zapamiętać imię dziecka.** Słuchać dziecko należy aktywnie, tzn. słyszeć i pamiętać możliwie wszystko, co dziecko mówi. Rozwijaniu sprawności aktywnego słuchania warto i należy poświęcić dużo uwagi. Człowiek jest zdolny usłyszeć i zatrzymać w pamięci zaledwie około połowy tego, co komunikuje mu ktoś drugi.

W rozmowie pielęgniarki z dzieckiem niezwykle ważne jest mówienie w swoim imieniu i używanie zwrotów typu „Ja” – zamiast „My”, np. **Ja myślę** Moniko, że teraz możesz umyć włosy”, a nie „Moniko, choć **umyjemy** teraz włosy”.

W formułowaniu swoich wypowiedzi pielęgniarka powinna zdecydowanie uni-

kać **nadużywania** pytania „Dlaczego?”, np. „Dlaczego płaczesz?”, „Dlaczego się smucisz?” (Tego typu pytania są po prostu tzw. śledcze). Należy przeformułować pytania na: „Co się dzieje, że płaczesz?”, „Co jest powodem twojego smutku?”.

Błędem jatrogennym jest mówienie przez pielęgniarkę „Wszystko będzie dobrze, nie masz się czym martwić”, „Nie płacz”, nadużywanie słowa „Dlaczego?”. Tego rodzaju truizmy niczego nie wnoszą i nie rozwiązują problemów dziecka. Niewłaściwym postępowaniem pielęgniarki jest także bagatelizowanie (lekceważenie) problemów dziecka. Wyraża się to w mówieniu przez pielęgniarkę np. „Nie tylko ty masz takie problemy, nie przejmuj się”. Przejawem traktowania dziecka z „góry” (tzw. patronowanie) jest używanie przez pielęgniarkę: języka dzieciennego, np. „Wypij to mleczko”, mówienie zbyt „słodkim” głosem.

Nie wolno śmiać się z tego co mówi dziecko; nie starać się na siłę rozweselać i zabawiać dziecko.

Kształtowanie terapeutycznej relacji pielęgniarki z dzieckiem nie zawsze przebiega bezproblemowo. Dziecko może przejawiać brak gotowości do współpracy i opór. Takie zachowanie jest zazwyczaj wyrazem stresu przeżywanego przez dziecko, a nie odrzuceniem pielęgniarki.

mgr Mirosława Kram – asystent Zakładu

Pielęgniarstwa Pediatricznego

Katarzyna Padee – studentka WNoZ

kierunek: pielęgniarstwo

Życia Uczelni

Przed Referendum Unijnym

21 maja w Toruniu pierwszy raz w historii spotkały się senaty pięciu akademickich szkół wyższych z regionu kujawsko-pomorskiego, które wspólnie opowiedziały się za przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej.

Ogłoszenie stanowiska środowisk akademickich Bydgoszczy i Torunia w sprawie przystąpienia do UE odbyło się na Rynku Staromiejskim przed przepiękną gotycką bryłą budynku Ratusza należącego do najwybitniejszych osiągnięć średniowiecznej architektury mieszczańskiej w Europie. Niezwykłą uroczystość z udziałem Senatów Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera, Akademii Muzycznej im. Feliksa Nowowiejskiego i Akademii Techniczno-Rolniczej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich oraz gospodarza spotkania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, uświetnił występ połączonych chórów uczelnianych i orkiestry wojskowej, które wykonały m.in. hymn Zjednoczonej Europy *Ode do radości*.

Wcześniej Senaty wzięły udział w uro-

czystym posiedzeniu w toruńskim Dworze Artusa. Przewodnictwo obrad objęła Rektor Akademii Medycznej JM prof. Danuta Miścicka-Śliwka. Uczestnicy spotkania wysłuchali dwóch interesujących wykładów: prof. Janusza Justyńskiego, kierownika Centrum Studiów Europejskich UMK pt. „Unia Europejska - historia, dzień dzisiejszy, przyszłość” oraz prof. Jerzego Woźnickiego, prezesa Fundacji Rektorów Polskich pt. „Polskie szkoły wyższe w Europie Wiedzy”.

Senatorowie zgromadzeni na uroczystości - zakończonej integracyjnym spotkaniem na bankiecie we foyer Auli UMK - podkreślali wagę i wyjątkowość spotkania, będącego wyrazem dążeń środowiska naukowego naszego regionu do



Rektorzy szkół wyższych regionu kujawsko-pomorskiego na spotkaniu pięciu senatów

uczestnictwa w niezwykle istotnych wydarzeniach społecznych, pośród których miejsce najważniejsze, w kształtującej się na naszych oczach historii, zajmuje udział społeczności Kujaw i Pomorza w referendum oraz regionalne TAK dla wejścia Polski w struktury Unii Europejskiej.

dr Krzysztof Nierzwicki

Życie Uczelni

Bazy pełnotekstowe w Domach Studenckich

Od maja tego roku mieszkańcy Domów Studenckich Akademii Medycznej mają dostęp do baz pełnotekstowych czasopism medycznych z komputerów w swoich pokojach.

Kilka miesięcy temu jako członek Zarządu Studenckiego Towarzystwa Naukowego, a zarazem mieszkaniac Domu Studenta zwróciłem się z prośbą do Dyrektora Biblioteki Głównej Akademii Medycznej, Pana dra Krzysztofa Nierzwickiego o zezwolenie na dostęp do baz pełnotekstowych czasopism medycznych z komputerów w Domach Studenckich. Bardzo szybko otrzymałem odpowiedź pozytywną. W tym miejscu

pragnę w imieniu Studenckiego Towarzystwa Naukowego serdecznie podziękować Panu Dyrektorowi za życzliwe zrozumienie i przychyłność dla studenckiego ruchu naukowego.

Pewne opóźnienie, które nastąpiło w faktycznym podłączeniu baz wynikało wyłącznie z przyczyn technicznych. Niemniej jednak udało się przezwyciężyć wszystkie trudności i jeszcze w tym roku akademickim oddać studentom do dyspozycji dostęp do cyfrowej biblioteki czasopism.

Jest to dla nas niezwykle ułatwienie. Do tej pory, żeby skorzystać z baz pełnotekstowych trzeba było jechać do biblio-

teki, a tam nierzadko czekać aż zwolni się miejsce przy komputerze. Teraz studenci będą mieli praktycznie nieograniczony dostęp do baz

Mam nadzieję, że taki ułatwiony dostęp zachęci do korzystania z aktualnej literatury medycznej większą liczbę studentów. W szczególności myślałem o osobach zaangażowanych w działalność Studenckich Kół Naukowych, piszących prace naukowe i publikujących je.

Należy wierzyć, że jest to kolejny krok, który przyczyni się do ożywienia ruchu naukowego wśród studentów naszej Uczelni.

Tomasz Hawro

Życie Uczelni

Polscy stypendyści DAAD mają już swoje stowarzyszenie

Warszawa, dnia 2 czerwca 2003 r. W ostatnich dniach zostały dopełnione formalności zamykające proces tworzenia ogólnopolskiego Stowarzyszenia Stypendystów DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst / Niemiecka Centrala Wymiany Akademickiej) w Polsce. Po zakończeniu procesu rejestracji i ukonstytuowaniu się władz organizacji rozpoczyna się akcja informacyjna skierowana do byłych stypendystów DAAD w Polsce, którzy mogą już zgłaszać wolę przystąpienia do stowarzyszenia.

Głównym zadaniem stowarzyszenia będzie utrzymywanie kontaktów między byłymi i obecnymi stypendystami DAAD. Cel ten realizowany jest poprzez szereg działań, do których należą m.in.: organizowanie krajowych i międzynarodowych sympozjów naukowych, w tym przede wszystkim o interdyscyplinarnym charakterze oraz pogłębianie naukowych, kulturalnych i koleżeńskich więzi między byłymi stypendystami DAAD.

Stowarzyszenie będzie też działać na rzecz osób zainteresowanych kontynuowaniem pracy naukowej. Zamierza bowiem inspirować i propagować udział DAAD w poszerzaniu polskim uczonym możliwości ich kontaktu z nauką światową oraz poszukiwać form zaopatrywania uczonych w nowoczesną aparaturę i literaturę naukową.

W celu utrzymywania i pogłębiania kontaktów naukowych pomiędzy Polską i Niemcami stowarzyszenie stawia sobie również za cel inicjowanie i popieranie międzynarodowej wymiany stypendialnej

między Niemcami i Polską oraz informowanie o możliwościach studiowania i prowadzenia prac badawczych w Niemczech.

„Myślę, że niezależnie od celów statutowych, powstanie stowarzyszenia ma ogromne znaczenie w związku ze zbliżającym się przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Utrzymywanie i pogłębianie kontaktów z najbliższymi sąsiadami Polski, nie tylko na gruncie stosunków prywatnych i biznesowych, ale i naukowym, służy zbliżeniu oraz lepszemu zrozumieniu korzyści płynących z przynależności do wspólnej Europy”. – powiedział Hans Golombek, Dyrektor Przedstawicielstwa DAAD w Polsce

Podczas Walnego Zebrania Członków w dniu 8 lutego 2003 roku zostały wybrane władze stowarzyszenia. Prezesem Zarządu Głównego Stowarzyszenia Stypendystów DAAD został prof. dr hab. Andrzej Kidyba (Lublin), wiceprezesem prof. dr hab. Władysław Rzymiski (Łódź). Członkami zarządu zostali: prof. dr hab. Joanna Jabłkowska (Łódź) oraz dwaj przedstawiciele z ośrodka warszawskiego: dr Grzegorz Szczesny (skarbnik) i Magdalena Żuk (sekretarz). Docelowo w ramach ogólnopolskich struktur stowarzyszenia zostaną utworzone regionalne ośrodki w głównych miastach akademickich.

Przynależność do stowarzyszenia jest dobrowolna. Formularz zgłoszeniowy oraz status stowarzyszenia są dostępne w siedzibie Przedstawicielstwa DAAD w Warszawie oraz pod adresem e-mailowym: alumnidaad@op.pl.

W momencie zakończenia prac nad stroną internetową stowarzyszenia wszystkie informacje (status, formularz zgłoszeniowy, itd) będą dostępne przez Internet.

Niemiecka Centrala Wymiany Akademickiej (Deutscher Akademischer Austauschdienst) jest wspólną organizacją niemieckich szkół wyższych. Jej zadaniem jest wspieranie współpracy z uczelniami zagranicznymi przede wszystkim poprzez wymianę studentów i naukowców. Programy DAAD skierowane są do wszystkich krajów i obejmują wszystkie dziedziny nauki. Ponadto DAAD wspiera międzynarodową działalność szkół wyższych poprzez szereg usług, takich jak programy informacyjne, publikacje, marketing, konsultacje, opieka i doradztwo, a także przyczynia się do zagranicznej polityki kulturalnej.

Przedstawicielstwo DAAD w Warszawie powstało w 1997 roku. Ma ono za zadanie nawiązanie bliskich kontaktów z polskimi uczelniami i informowanie studentów o możliwościach studiowania i prowadzenia badań naukowych w Niemczech i w Polsce. Opiekuje się również lektorami DAAD na polskich uczelniach i utrzymuje ścisłe kontakty z byłymi polskimi stypendystami DAAD.

Więcej informacji o DAAD na stronach: www.daad.de.

Dodatkowych informacji udzielają:
Hans Golombek, Birgit Roser
Przedstawicielstwo DAAD w Polsce
ul. Czeska 24/2, 03-902 Warszawa
Tel.: 616 13 08, 617 71 00
e-mail: alumni@daad.pl

Życia Uczelni

Zarządzenia Jej Magnificencji Rektora

ZARZĄDZENIE NR 05/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 3/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 24.01.2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu, ze struktury Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego wyłączam Zakład Pielęgniarstwa Ginekologicznego, który przekształcam w Katedrę i Klinikę Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego (P042).

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 28 marca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 06/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 4/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 24.01.2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu tworzę Zakład Diagnostyki Obrazowej Nowotworów (P043).

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 28 marca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 07/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 27 marca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 5/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 24.01.2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu tworzę Zakład Neuropsychologii Klinicznej (P044).

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 28 marca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 09/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 16 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 16/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 18 marca 2003 r. w sprawie zmiany nazwy Katedry i Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych na Katedrę i Klinikę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Lekarskim zmieniam nazwę Katedry i Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych na: Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Lekarskiego.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 18 kwietnia 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 10/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 16 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 17/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 18 marca

2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu znoszę Zakład Pielęgniarstwa Rehabilitacyjnego, funkcjonujący w ramach Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 18 kwietnia 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 11/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 16 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 18/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 18 marca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu zmieniam nazwę Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego na: Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 18 kwietnia 2003 r.

opracował: mgr Tomasz Ossowski

Zawiadomienie

Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy zaprasza wszystkich zainteresowanych na szkolenie z zakresu immunocytochemii, które odbędzie się w dniach 9-24.07.2003 roku. Szkolenie przeprowadzi prof. Barbara Safiejko-Mroccka z Department of Zoology, University of Oklahoma, USA.

III Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne

W dniach 9-10 maja 2003 roku w Bydgoszczy już po raz trzeci odbyło się Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne organizowane przez prof. A. Jawienia i zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej. W spotkaniu wzięli udział flebolodzy z Włoch: dr A. Cavezzi, dr S. Ricci, dr G. Ragazzi oraz z Polski: prof. Z. Mackiewicz, prof. M. Szostek, prof. Z. Rybak, także dr J. Winczakiewicz i dr J. Targoński. Podczas otwarcia zjazdu, zgodnie z powstałą tradycją, wystąpił chór Akademii Medycznej, który wykonał narodowe utwory Polski i Włoch.

Obrady rozpoczęły się od podjęcia tematu współczesnego spojrzenia na anatomię układu żylnego kończyn dolnych. Dr Stefano Ricci z Rzymu wygłosił pracę dotyczącą żyły odpiszczelowej dodatkowej, której występowanie ocenił za pomocą Duplex-Scan (techniki wykorzystującej ocenę anatomii naczyń i hemodynamiki przepływu krwi). Ż. odpiszczelową dodatkową rozpoznawał tylko w przypadkach, gdy naczynie żyłne przebiegało nad ż. udową w jednej linii i było objęte osobną powięzią, co w badaniu Duplex-Scan tworzy obraz tzw. oka ultrasonograficznego. Dr Ricci stwierdził niewydolność ż. odpiszczelowej dodatkowej u 203 (14%) chorych spośród 1450 przebadanych osób z cechami przewlekłej niewydolności żyłnej (PNŻ). Według jego danych, żyła ta występuje jako naczynie pojedyncze w 11% przypadków, jako naczynie współistniejące z ż. odpiszczelową w 41% przypadków, natomiast w 48% występuje tylko pojedyncza ż. odpiszczelowa. Śledząc przebieg ż. odpiszczelowej dodatkowej, zauważył, iż w 83% przypadków żyła ta przebiega ze strony bocznej ku przyśrodkowej uda, w 11%

powstaje z dopływów obu powierzchni uda, a w 6% zarówno swoim początkowym, jak i końcowym odcinkiem łączy się z ż. odpiszczelową.

We wszystkich typach przebiegu odcinek końcowy biegnie równolegle do ż. odpiszczelowej w górnej części uda. Ż. odpiszczelowa dodatkowa najczęściej uchodzi do ż. udowej wspólnym pniem razem z ż. odpiszczelową (90%), a tylko w 10% uchodzi jako naczynie samodzielne. Dr Ricci zwrócił uwagę, że ż. odpiszczelowa dodatkowa jest często mylona z głównym pniem ż. odpiszczelowej, a to kończy się zazwyczaj niepotrzebnym strippingiem ż. odpiszczelowej.

W dalszej części obrad prof. Arkadiusz Jawień wygłosił pracę przedstawiającą nowy pogląd na anatomię żył powierzchownych kończyn dolnych, w której na materiale sekcyjnym (132 kończyny) zostały opisane typy ujścia żyły odpiszczelowej (tzw. żyły żylaków) wraz z jej wszystkimi możliwymi dopływami w okolicy połączenia odpiszczelowo-udowego. Zaobserwowano wspólne ujście rozdwójonego pnia ż. odpiszczelowej w 55 preparatach kończyn (41,7%), dwa oddzielne ujścia rozdwójonego pnia w 32 (24,6%), ujście w kształcie litery „H” również w 32 (24,6%), natomiast tzw. typ klasyczny z roztrzęsieniem w ujściu pnia ż. odpiszczelowej oraz tzw. typ wyspowy ujścia w 6 (4,5%) preparatach kończyn. W danym materiale nie stwierdzono 3 typów ujść opisywanych w literaturze (roztrzęsienie obejmujące całe połączenie odpiszczelowo-udowe, poszerzone ujście schodzące na pień ż. odpiszczelowej i połączenie żyłne w kształcie splotu). W pracy zwrócono także uwagę na występowanie obocznic okolicy ujścia odpiszczelowo-udowego. Do najbardziej stałych dopływów zaliczono ż. nabrzuśną powierzchowną (100%), ż. sromową zewnętrzną (98%), ż. odpiszczelową dodatkową (97,7%) oraz ż. okalającą biodro powierzchowną (96, 2%). Zależność między liczbą dopływów ż. odpiszczelowej a ż. udowej lub ż. odpiszczelowej dodatkowej jest odwrotnie proporcjonalna. Im mniej obocznic dochodziło do ż. odpiszczelowej, tym więcej można było stwierdzić w ż. udowej lub ż. odpiszczelowej dodatkowej. Często żyły górnego dorzecza (ż. nabrzuśna powierzchowna i ż. okalająca biodro powierzchowna) łączyły się ze sobą, uchodząc wspólnym pniem w okolicy połączenia odpiszczelowo-udowego. Dlatego też prof. Jawień podkreślił wartość preparowania obo-

cznic na dłuższym odcinku, aby wszystkim dopływy móc podwiązać osobno, co zapobiega powstawaniu żylaków nawrotowych.

W burzliwej dyskusji poświęconej sesji anatomicznej zwrócono uwagę, że typy ujścia ż. odpiszczelowej nie były



Otwarcie Spotkania - przemawia dr Attilio Cavezzi

symetryczne na obu kończynach. Z kolei w badaniu Duplex-Scan nie zawsze można było uwidocznąć drobne naczynia żyłne, które były widoczne na preparatach. Dlatego pomimo oceny przedoperacyjnej układu żylnego za pomocą badania Duplex-Scan ważne jest dokładne preparowanie i ocena żył podczas zabiegu.

W dalszej części obrad skupiono się na leczeniu PNŻ. Dr Attilio Cavezzi z Bolonii omówił sposoby oceny wydolności ż. odpiszczelowej za pomocą badania Duplex-Scan. Spośród pacjentów z niewydolną ż. odpiszczelową i żylakami kończyn dolnych w 1/3 przypadków stwierdził wydolną zastawkę końcową ujścia odpiszczelowo-udowego. Oznacza to, że refluks nie jest wynikiem przepływu wstecznego z ż. udowej do ż. odpiszczelowej, natomiast pojawia się poniżej ujścia, gdzie krew cofa się z innej niewydolnej ż. powierzchownej lub z niewydolnego perforatora uda. Obraz śródoperacyjny w pełni potwierdzał wynik badania Duplex-Scan. Kolejny wniosek prelegenta dotyczył zakresu niewydolności ż. odpiszczelowej. Zauważył on, iż niewydolność żyły na jej całej długości występuje tylko w 3% przypadków, natomiast w pozostałym odsetku - niewydolność żyły jest odcinkowa. W takim przypadku niewydolny odcinek kończy się wstecznym odpływem krwi do żylakowo zmienionej żyły powierzchownej lub żyły głębokiej przez perforator typu re-entry. Dlatego też zaproponował wykonywanie odcinkowego strippingu z pozostawieniem wydolnego odcinka, który w przyszłości może posłużyć jako materiał do pomostowania w zabiegach



Prof. AM dr hab n. med. Arkadiusz Jawień

naczyniowych i kardiochirurgicznych.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym przez dra Cavezzi'ego były niepowodzenia leczenia operacyjnego żyły odstrzałkowej. Wg jego danych refluks w ujściu odstrzałkowo-podkolanowym nie zawsze wymaga takiego leczenia. W ok. 5% przypadków odcinek ż. podkolanowej powyżej ujścia ż. odstrzałkowej może być uciśnięty np. przez tętnicę, mięsień lub ścięgno, co utrudnia swobodny, dogłówny przepływ krwi. Dlatego uciskając gołę podczas badania Duplex-Scan, można zaobserwować refluks skurczowy w ż. odstrzałkowej, ponieważ następuje wzrost ciśnienia żylnego w układzie żył głębokich. Jeżeli przerwiemy to połączenie, to zawsze dojdzie do nawrotu żylaków, gdyż krew znacznie szukać przepływu drogą okrężną. Z kolei, jeżeli w badaniu Duplex-Scan będzie widoczny refluks rozkurczowy w ż. odstrzałkowej i ż. podkolanowej, to podejrzewać można niewydolność zastawki w ujściu ż. odstrzałkowej. W takich przypadkach dr Cavezzi stosuje odcinkowy, odwrócony stripping ż. odstrzałkowej w jej części górnej lub skleroterapię za pomocą tzw. pianki (środek obliterujący wymieszany z powietrzem). Już w dziesiątej dobie po sklerotyzacji zanika refluks zarówno w ż. odstrzałkowej, jak i ż. podkolanowej. Na uwagę zasługuje fakt, iż flebektomię wykonuje w znieczuleniu miejscowym, używając 0,25-0,5% roztworu mepiwalkainy w ilości ok. 100-150 ml. Środek znieczulający otaczając żyłę, tworzy tzw. obraz „tube” („rurki”) w badaniu Duplex-Scan. Natomiast w Polsce większość zabiegów usuwania żylakowo zmienionych żył wykonuje się w znieczuleniu przewodowym.



Chór akademicki

Skleroterapia jest bardzo popularną metodą leczenia PNŻ w krajach Europy Zachodniej. Dr Cavezzi sklerotyzuje żyły za pomocą pianki od ok. 6 lat. Kierując się własnym doświadczeniem, zaleca stosowanie strippingu w leczeniu niewydolnych żył o dużej średnicy, a sklerotyzację w żyłach o małej średnicy. W przedstawionych wynikach stwierdził, iż u 66,7% pacjentów dochodzi do całkowitej niedrożności niewydolnej żyły pół roku po zastosowaniu skleroterapii, natomiast u 25,8% - żyła jest tylko częściowo zarośnięta, natomiast nie

stwierdza się nawrotowych żylaków.

Prof. Zygmunt Mackiewicz podjął temat kontrowersji, jakie istnieją w leczeniu owrzodzenia żylnego goleni. Zaproponował metodę operacyjną, polegającą na głębokim wycięciu owrzodzenia wraz z powięzią i uzupełnieniu ubytku tkankowego za pomocą przeszczepu skórno. Następnie poruszył zagadnienie kompresoterapii. W metodzie tej wykorzystuje się materiały nieelastyczne, short-, medium- i long-stretch (o małym, średnim i dużym stopniu rozciągliwości). W Polsce najczęściej stosowane są opaski typu long-stretch, ze względu na łatwy sposób zakładania w przeciwieństwie do opasek typu short-stretch, których używanie wymaga specjalnego przeszkolenia.

Z kolei dr Ricci zaproponował nowatorski sposób kompresoterapii w leczeniu owrzodzeń żylnych. Polega on na kilkuwarstwowym nakładaniu materiałów opatrunkowych. Pierwsza warstwa składa się z gazy pokrywającej owrzodzenie oraz delikatnego bandażu bawełnianianego. Drugą warstwę stanowi bandaż wielokrotnego użytku o małej rozciągliwości, który jest zdejmowany raz na tydzień. Natomiast trzecią – elastyczny bandaż o średnim stopniu rozciągliwości, noszony tylko w ciągu dnia. Jest on umocowany na opasce akrylowej poniżej kolana, co zapobiega zsuwaniu się go podczas chodzenia. W fazie gojenia się owrzodzenia dr Ricci proponuje zakładanie dwuczęściowej podkolanówki uciskowej, której górnej części nie wymienia przez dłuższy okres czasu, zaś dolna jest często wymieniana wraz z gazą.

Kolejni prelegenci omówili mało inwazyjne metody leczenia PNŻ, które w przyszłości mogą znaleźć szerokie zastosowanie w leczeniu chorób żył, zwłaszcza w lecznictwie ambulatoryjnym. Praca przedstawiona przez dra Janusza Targońskiego, który na co dzień praktykuje w Niemczech, dotyczyła zastosowania wewnątrznaczyniowej żyłnej laseroterapii (EVLT).

Metoda ta znalazła zastosowanie w chirurgii ż. odpiszczałowej, żył przeszywających oraz telegiektazji i żył siateczkowatych. W przypadku niewydolnej ż. odpiszczałowej sondę, emitującą światło laserowe, wprowadza się pod kontrolą ultrasonograficzną w okolicę połączenia odpiszczałowo-udowego. Następnie przesuwają ją co 3-4 mm, stosując jednosekundowe naświetlania. W tym celu wykorzystuje się wiązki światła o długości 600 mikrometra i mocy 10 W.

Natomiast dr Giovanni Ragazzi z Mo-



Dr Stefano Ricci w trakcie badania

deny omówił leczenie niewydolności żył powierzchownych za pomocą metody Closure System. Metoda ta składa się z trzech etapów. W pierwszym etapie – przedoperacyjnym – za pomocą badania Duplex-Scan ocenia się najmniejszą i największą średnicę niewydolnej żyły, jej przebieg i lokalizację ujścia. Drugi etap stanowi właściwą fazę leczenia. Polega ono na umieszczeniu wewnątrz naczynia sondy, która emituje fale o częstotliwości radiowej drażniące ścianę żyły, co doprowadza do jej zarośnięcia. W trzecim etapie przeprowadza się kontrolę pooperacyjną przy pomocy badania ultrasonograficznego. Istnieje niewiele przeciwwskazań do stosowania tej metody; są to tętniaki obwodowe w sąsiedztwie leczonych żył, zakrzepowe zapalenie żył, a także wszczepiony rozrusznik lub stymulator serca.

W drugim dniu spotkania odbywały się warsztaty poświęcone diagnostyce i leczeniu PNŻ. Dr Cavezzi zademonstrował technikę sklerotyzacji przy użyciu pianki u pacjentów z PNŻ. Natomiast dr Ricci badał pacjentów z chorobami żył, wykorzystując metodę Duplex-Scan. Zadziwił wszystkich niezwykłą znajomością tajników tego badania oraz swoim bogatym doświadczeniem w dziedzinie flebologii, która nazywana jest przez Włochów „flebofilozofią”. Zarówno technika skleroterapii, jak i badanie Duplex-Scan wzbudziły ogromne zainteresowanie wśród uczestników konferencji, którzy w licznych grupach obserwowali „sztukę” uprawiania flebologii w wykonaniu jej włoskich mistrzów.

Konferencja została uwieczniona baniekietem w BRE Banku w gronie polsko-włoskim. Trzecie Spotkanie Flebologiczne zakończono postanowieniem zorganizowania kolejnego zjazdu za dwa lata.

lek. med. Paweł Brzisz
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
Akademii Medycznej w Bydgoszczy

*Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe***Międzynarodowe Sympozjum - Onkologia w Otolaryngologii**

W dniach 15–17 maja 2003 roku w Bydgoszczy odbyło się X Międzynarodowe Sympozjum „Onkologia w Otolaryngologii”. Sympozjum zostało zorganizowane przez zespół Katedry i Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy pod kierownictwem profesora Stanisława Betlejewskiego oraz Sekcję Onkologiczną Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi (PTOChGiS) i zgromadziło ponad 100 uczestników – przedstawicieli wielu specjalności klinicznych, jak też dyscyplin teoretycznych, w tym wielu wybitnych polskich otolaryngologów oraz gości zagranicznych. Wśród nich znaleźli się wykładowcy z Norwegii, Danii oraz delegacja z Białorusi.

Uroczystość otwarcia Sympozjum miała miejsce w Filharmonii Pomorskiej. Po powitaniu i przemówieniach okolicznościowych gości honorowych – Prezydenta m. Bydgoszczy, przedstawicieli

Wojewody kujawsko-pomorskiego, Rady miasta Bydgoszczy, uczestnicy wysłuchali koncertu w wykonaniu chóru Akademii Medycznej. Uroczystość zakończył koktajl powitalny.

W pierwszym dniu Sympozjum odbyło się zebranie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi. Ustalono miejsce następnego Sympozjum Onkologicznego – odbędzie się ono w 2005 r. w Gdańsku. Zalecono także dalszą ścisłą współpracę z radą Polskich Towarzystw Onkologicznych oraz Polską Unią Onkologii. Przewidziano także udział Sekcji Onkologicznej PTOChGiS w II Kongresie Towarzystw Onkologicznych, który odbędzie się w Poznaniu w 2006 r. W trakcie obrad Zarządu Głównego Prof. Ulrik Pedersen przedstawił problemy kształcenia podyplomowego realizowanego obecnie w krajach Unii Europejskiej.

Podczas trwania sympozjum przedstawiono ponad 100 prac naukowych w 9 se-



sjach tematycznych poświęconych istotnym problemom onkologicznym spotykanym w otolaryngologii.

Kolejno omawiano zagadnienia dotyczące

- nowotworów ślinianek przyusznych
- nowotworów gardła
- nowotworów nosa i zatok przynosowych
- leczenia onkologicznego skojarzonego
- immunologii i genetyki w onkologii
- nowotworów krtani
- problemów jakości życia i odżywiania chorych onkologicznych
- nowotworów podstawy czaszki i uszu
- węzłów chłonnych szyi

Wiele uwagi wzbudziła dyskusja okrągłego stołu poświęcona kolejno nowotworom ślinianek, gardła, nosa i zatok przynosowych oraz krtani, dyskusja podejmująca problemy zarówno epidemiologiczne, kliniczne i lecznicze.

*Sekretarz sympozjum
dr n. med. Krzysztof Dalke*

*Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe***Międzynarodowa Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego**

W dniach 25-26 kwietnia tego roku odbyła się w Bydgoszczy Międzynarodowa Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego. Już po raz trzeci mieliśmy przyjemność i zaszczyt gościć studentów innych uczelni medycznych, działających w Studenckich Kołach Naukowych.

Po raz pierwszy jednak impreza miała charakter międzynarodowy. Wzięło w niej udział około stu pięćdziesięciu studentów, z czego omal 10% stanowili studenci z zagranicy. Najliczniejszą grupą spośród obcokrajowców byli goście z Akademii Medycznej we Lwowie.

Oficjalnego otwarcia Konferencji dokonała Jej Magnificencja Rektor Aka-

demii Medycznej w Bydgoszczy, prof. zw. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka.

Wykład inauguracyjny „Dreaming, Imagery and Perception” wygłosiła dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. nadzw. AM, a całą uroczystość otwarcia uświetnił występ kwartetu smyczkowego z Zespołu Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy.

Po uroczystej inauguracji Pani Rektor przecięła wstęgę, otwierając oficjalnie Klub Inicjatyw Studenckich.

Po obiedzie, wykładem dr hab. n. med. Grażyny Odrową-Sypniewskiej, prof. nadzw. AM zatytułowanym „Role of cardiac natriuretic peptide testing in heart failure” oraz wykładem prof. dr hab.

Ryszarda Olińskiego - „Informacje o 6. Programie Ramowym”, rozpoczęła się Sesja Nauk Podstawowych.

Pierwszy dzień konferencji uczestnicy zakończyli wieczornym bankietem i imprezą towarzyską.

Następnego dnia odbyły się Sesje Nauk Klinicznych. Wykłady przygotowali: dr n. med. Zbigniew Włodarczyk - „Limiting factors of cadaveric organ transplantation in Poland” oraz dr n. med. Krzysztof Stachewicz z UAM w Poznaniu - „Czy etyka lekarska jest potrzebna?”. Ponadto osoby zainteresowane mogły uczestniczyć w warsztatach i prelekcjach.

Część naukową zakończyła i podsumowała uroczystość ogłoszenia wyników

i wręczenia nagród. Zwycięzcy otrzymali liczne nagrody rzeczowe i pieniężne. Te ostatnie zostały ufundowane przez Prorektora ds. Studenckich, dra hab. Bronisława Grzegorzewskiego, prof. nadzw. AM, z którego pomocy i poparcia w organizacji Konferencji organizatorzy korzystali wielokrotnie oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy i Bydgoską Izbę Lekarską. Nagrodę ufundowaną przez Bydgoską Izbę Lekarską dla najlepszej pracy z Akademii Medycznej w Bydgoszczy wręczył osobiście Zastępca Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej, dr Witold Hrynciewicz, który z wielkim zaangażowaniem pomagał przy organizacji Konferencji już po raz trzeci. Cenne nagrody rzeczowe przekazało wiele firm produkujących i dystrybuujących sprzęt medyczny, wydawnictwa literatury medycznej i księgarnie.

Należy tu zwrócić uwagę na wzrastającą rangę naukową bydgoskiej Konferencji i to nie tylko w kontekście jej obecnego międzynarodowego charakteru. W tym roku, decyzją organizatorów, do udziału kwalifikowano jedynie prace badawcze. Wyjątek, ze względu na swą odrębność, stanowiły tematy z dziedziny etyki, gdzie dopuszczono prace pogładowe. Mimo to liczba uczestników była wyższa niż w latach ubiegłych.

Wieczorem, po ogłoszeniu wyników uczestnicy zostali zaproszeni na imprezę

towarzyską, która odbyła się w centrum Bydgoszczy, na barce zacumowanej w Starym Porcie. Była okazją do podsumowań, rozmów przy świecach, a przede wszystkim wspianiałej zabawy, w niesamowitym klimacie tego uroczego zakątka Bydgoszczy.

Niestety nadszedł też moment pożegnań. Znaczna część uczestników wyjeżdżała następnego dnia rano. Mówili, że nie zapomną poznanych przyjaciół, miłej atmosfery i że wrócą tu w przyszłym roku na kolejną Konferencję.

Na tych, którzy zostali jeszcze jeden dzień, czekała wycieczka do Torunia, połączona ze zwiedzaniem tego pięknego miasta.

Należy wierzyć, że Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego, którą kolejny raz udało się zorganizować w Bydgoszczy, przyczyniła się do wymiany myśli i wiedzy, promocji naszej Akademii Medycznej, polskiej nauki, ale też do zawarcia przyjaźni między uczestnikami, również przyjaźni międzynarodowych.

Zorganizowanie konferencji nie by-



Organizatorzy konferencji

łoby możliwe bez życzliwej pomocy Władz Akademii, pracowników administracji oraz wszystkich tych pracowników naukowych, którzy podjęli się trudu pracy w Komitecie Naukowym, opiekunów Komitetu Organizacyjnego, licznych sponsorów, patronów medialnych i wreszcie koleżanek i kolegów współorganizatorów. Im wszystkim składam serdeczne podziękowania w imieniu Komitetu Organizacyjnego.

Tomasz Hawro

P.S. Zainteresowanych zapraszam do odwiedzenia strony internetowej Konferencji www.icsss.w.pl, na której można obejrzeć resztę zdjęć i zapoznać się z oficjalnymi wynikami.

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Zaproszenie na XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Szanowni Państwo!

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Z prawdziwą przyjemnością zapraszam na XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, który odbędzie się w Bydgoszczy w dniach 17-20 września 2003 roku. Rok 2003 jest wyjątkowym dla PTG, gdyż łączy się ze 100-leciem utworzenia z trzech zaborów Towarzystwa Ginekologów Polskich, 80-leciem I Zjazdu tego Towarzystwa oraz 50-leciem powołania Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Tematyka Kongresu będzie dotyczyła schorzeń nowotworowych od poczęcia do późniejszego starości oraz chorób powodujących zwiększoną śmiertelność matek i noworodków. W programie naukowym Kongresu przewidujemy także zorganizowanie Sesji Historycznej, sesji satelitarnej oraz Sesji Naukowej z udziałem lekarzy ginekologów pracujących za granicą. [...] Pragniemy z pomocą władz samorządowych województwa i miasta

Bydgoszczy oraz wszystkich miast Regionu zapewnić Kongresowi wysoki poziom pod względem naukowym i organizacyjnym. Planujemy zorganizować równolegle sesje naukowe, plenarne, referatowe i satelitarne z udziałem znakomitych specjalistów z położnictwa i ginekologii z kraju i zagranicy.

Serdecznie zapraszamy do przedstawienia na XXVIII Kongresie PTG swoich osiągnięć doświadczalnych i klinicznych.

Do zobaczenia w Bydgoszczy!

w imieniu Komitetu Organizacyjnego
prof. zw. dr hab. n. med. Wiesław Szymański

W środę 17 września 2003 roku rozpocznie się Sesja Studenckich Kół Naukowych Akademii Medycznych, posiedzenie Zarządu Głównego PTG oraz walne zgromadzenie PTG. W czwartek 18 września 2003 roku odbędzie się sesja poświęconą tematowi „Nowotwory narządów płciowych od poczęcia do starości” oraz uroczyste otwarcie XXVIII

Kongresu PTG w Operze Nova. Na piątek 19 września 2003 roku oraz sobotę 20 września 2003 roku zaplanowano sesję dotyczącą „Chorób zwiększających śmiertelność matek i noworodków”. Kongres zakończy się 20 września 2003 roku o godzinie 14:00, również w Operze Nova w Bydgoszczy.

W sprawach dotyczących zgłoszeń, streszczeń prac, programu naukowego i wystaw prosimy o kontakt z Komitetem Organizacyjnym XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,

Katedra i Klinika Położnictwa i Chorób Kobiety Akademii Medycznej w Bydgoszczy,
ul. Ujejskiego 75,
85-168 Bydgoszcz,
tel. (052) 271-26-36,
fax (052) 372-59-71,

e-mail: bydgoszcz@kongresptg.org,
strona internetowa: www.kongresptg.org.

Historia medycyny

Jan Jonston z Szamotuł 1603 – 1675 (w czterechsetną rocznicę urodzin)

Lekarz, polihistor, encyklopedysta, przyrodnik, historyk, filolog, filozof, teolog, znakomity dydaktyk – te określenia chyba jeszcze nie w pełni oddają rozległość zainteresowań doktora Jana Jonstona, znakomitego uczonego epoki baroku, zapomnianego, a może niezbyt dobrze znanego. Reprezentował on nowy dla XVII wieku typ uczonego – erudyty, miłującego naukę, popularyzatora wiedzy. Szkot z urodzenia, pomimo obcego pochodzenia sentymentem ciążył ku Polsce. W dokumentach immatrykulacyjnych wpisywał się jako *Scoto* – *Polonus*, albo *Polonus*.

Był synem emigranta szkockiego ze szlacheckiej rodziny, który przybył do Polski pod koniec XVI wieku i Anny Becker. Urodził się 3. IX. 1603 roku w Szamotułach. Po ojcu pozostał kalwinem, miał więc utrudniony dostęp do szkół katolickich. Uczęszczał początkowo do szkoły Braci Czeskich w Ostrorogu, potem do gimnazjum w Toruniu. W tym czasie zmarli jego rodzice. Po ukończeniu gimnazjum podjął studia uniwersyteckie w Szkocji, których jednak nie ukończył. Wrócił do Polski i zamieszkał w Lesznie, gdzie objął obowiązki nauczyciela w zamownym domu Zawadzkich. Wtedy opublikował już swe pierwsze traktaty filozoficzno – przyrodnicze, które zwróciły na niego uwagę europejskich środowisk naukowych. Po powrocie z kolejnej podróży wrócił do Leszna i zajął się wychowaniem Bogusława Leszczyńskiego, syna wojewody. Wraz z wychowankiem udał się niebawem w kolejną podróż – do Lejdy. Tutaj ogłosił swe kolejne dzieło, tym razem historyczne. W czasie pobytu w Lejdzie w 1634 roku uzyskał na podstawie rozprawy o gorączkach (*De febribus*) tytuł doktora medycyny. Następnie udał się do Cambridge, gdzie wpisał się na listę doktorów medycyny, podpisał się jako „*John Jonston from Szamotuły*”. Wykształcony na wielu zagranicznych uniwersytetach, autor licznych dzieł naukowych, głównie z dziedziny nauk przyrodniczych, odrzucił propozycje objęcia katedr uniwersyteckich w Niemczech i Holandii.

Po kolejnym powrocie do Polski osiadł w Lesznie, przyjął obowiązki lekarza nadwornego wojewody Rafała Leszczyńskiego, był też fizykiem powiatowym w Lesznie. Uprawiał tu praktykę lekarską i przygotował do druku kilkanaście nowych publikacji. Warto nadmienić, iż w tym samym czasie w Lesznie mieszkał, pracował i tworzył Jan Amos Komenski,

wielki reformator szkolnictwa i twórca nowożytnej pedagogiki. W 1637 roku Jonston ożenił się z Anną Wechner – córką znanego lekarza. Z czworga ich dzieci przeżyła tylko córka Anna. W następnych latach kupił majątek Składowice w powiecie legnickim, gdzie spędził wiele lat i zakończył życie 8. VI. 1675 roku.

Z ogromnej spuścizny pisarskiej Jonstona zwrócić należy uwagę na te prace, które dotyczyły medycyny. Poza rozprawą o gorączkach opublikował on encyklopedyczne dzieło z zakresu medycyny: „*Idea universae medicinae practicae libri VIII absoluta*” (Amsterdam 1644) oraz farmaceutyczną rozprawę o teriaku, środku używanym przeciw zarazom: „*De theriaca Andromachi et eius praecipuis ingredientibus*” (Lugduni, Batavorum 1642), zarys higieny: „*Idea hygieines recensita*” (Jena 1661), poszerzony podręcznik medycyny praktycznej „*Syntagma universae medicinae practicae*” (Jena 1673). W koncepcjach medycznych Jonstona króluje jeszcze *doctrina Hippocratica*, są one odzwierciedleniem ówczesnego stanu medycyny europejskiej. Doceniał on jednak zdobycze odrodzenia, starał się nie tylko obserwować, ale i zrozumieć zachodzące w organizmie procesy, ustalić, co z tych nauk wynika dla diagnostyki i terapii.

Biografowie Jonstona, zwłaszcza prof. Tadeusz Bilikiewicz, którego znakomita monografia przedstawia doktora z Szamotuł właśnie jako lekarza, podkreślają znaczenie jego prac dla rozwoju polskiej myśli lekarskiej. Jan Jonston nie miał aspiracji wynalazczych ani odkrywczych, nie stworzył nowej doktryny naukowej, czy oryginalnego systemu filozoficznego. Był przede wszystkim kompilatorem, eklektykiem, jak pisał T. Bilikiewicz: „nabijał ciężkie arkusze streszczeniami bezmiaru dzieł, gdyż czuł w sobie powołanie do tej roli i widział dookoła siebie głód takiej wiedzy encyklopedycznej



i popyt na takie dzieła... Na karb tak rozumianego encyklopedyzmu można położyć jakieś 90% zawartości jego dzieł. Ale zawsze jakieś 10%, a choćby i 5% trzeba przypisać osobowości autora...”. Już samo zebranie ówczesnej wiedzy medycznej, farmaceutycznej, czy przyrodniczej miało ogromne znaczenie dla dydaktyki, ułatwiało pracę nauczycielom i uczniom poprzez liczne publikacje typu podręcznikowego, kompendialnego czy encyklopedycznego. Dzieła Jonstona doczekały się licznych wydań, także po śmierci autora, podręcznik medycyny praktycznej był przetłumaczony na język angielski.

Znaczenie Jana Jonstona w rozwoju myśli lekarskiej polega właśnie na tym, iż dzieła jego stały się pomostem łączącym wiek XVII z ideami oświecenia, które pchnęły rozwój nauk medycznych na nowe tory.

Zob. szerzej: S. Kościński, Słownik lekarzów polskich, Warszawa 1888, s.201–203;

T. Bilikiewicz, Jan Jonston (1603–1675). Żywot i działalność lekarska, Warszawa 1931
S. Szpilczyński, Jan Jonston z Szamotuł (W trzechsetną rocznicę zgonu), Archiwum Historii Medycyny, t.38, 1975, z.2, s.201–206

dr n. hum. Walentyna Korpalska
Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

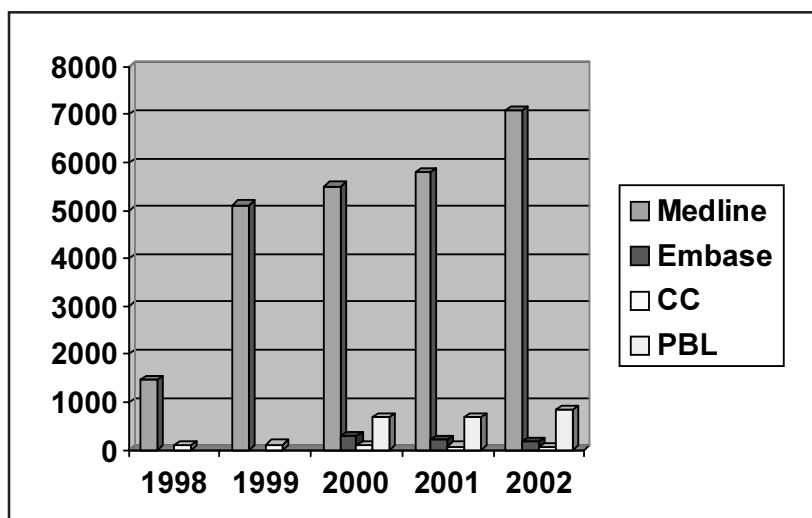
Bazy bibliograficzne dostępne w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy i analiza ich wykorzystywania za lata 1998-2002

Bazy bibliograficzne analizują wartość publikacji dobranych według określonych kryteriów, często obok podstawowych danych bibliograficznych zawierają również streszczenia dokumentów. Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Bydgoszczy zapewnia bezpłatny dostęp dla pracowników Uczelni, studentów oraz członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej do czterech podstawowych baz bibliograficznych:

- *Medline* - największa i najwszechstronniejsza na świecie bibliograficzna baza danych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych. Baza istnieje od 1966 roku, opracowywana jest przez Narodową Bibliotekę Medyczną (National Library of Medicine) w Stanach Zjednoczonych. Zawiera omówienia 11 milionów artykułów z około 4.300 czasopism biomedycznych oraz wybranych monografii, kongresów i sympozjów naukowych.¹ Mniej więcej 80% cytowań posiada abstrakty. Baza aktualizowana jest co miesiąc na DVD i co tydzień przez Internet, każdego roku przybywa około 300 tysięcy rekordów.

- *Embase* - komplementarny do bazy Medline tytuł, który obejmuje piśmiennictwo światowe z zakresu biomedycyny, farmacji, nauk biologicznych, medycyny klinicznej, ochrony środowiska. Baza opracowywana jest przez Elsevier Science Publishers. Około 80 % rekordów pokrywa się z bazą MEDLINE, a pozostałe 20% to szeroko ujęte piśmiennictwo europejskie, zwłaszcza zagadnienia związane z lekami i toksykologią.² Indeksuje artykuły z około 3.600 czasopism oraz monografie, materiały konferencyjne, dysertacje i raporty. Rocznie do bazy przybywa około 375 tysięcy nowych opisów bibliograficznych, z których ponad 65 % posiada abstrakty. Baza ma tezaurusz obejmujący 38 tysięcy słów kluczowych i ponad 150 tysięcy synonimów. Obecnie dostępne są dane za okres od 1989 do chwili bieżącej (ponad 2 miliony rekordów) z miesięczną aktualizacją.³

- *Current Contents Life Sciences* - to tygodniowy przegląd piśmiennictwa z zakresu nauk biomedycznych i przyrodniczych. Indeksuje spisy treści 1370 tytułów czasopism i książek jeszcze przed ukazaniem się publikacji.⁴ Baza danych jest tworzona przez Institute for Scientific Information (ISI) w Filadelfii i aktualizowana co tydzień na dyskietkach.



Wykres 1 Liczba osób korzystających z baz bibliograficznych w latach 1998-2002

źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Przynosi najświeższe informacje ze świata medycyny, głównie dotyczące prowadzonych badań i testów klinicznych.

- *Polska Bibliografia Lekarska* zawiera informacje bibliograficzne dotyczące prac o tematyce medycznej autorów polskich, niezależnie od miejsca i źródła publikacji. Tworzona jest w Zakładzie Naukowej Informacji Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie. Rejestruje polską literaturę naukową, kliniczną i fachową z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych, a także popularną z zakresu oświaty zdrowotnej. Obejmuje polskie piśmiennictwo biomedyczne za lata 1979-2002. Od roku 1979 jest zautomatyzowana i na bieżąco aktualizowana co 3 miesiące.⁵ Obecnie zawiera ponad 263 000 rekordów i jest jedną z największych bibliografii dziedzinowych w Polsce. W bazie można również znaleźć informacje o monografiach, niepublikowanych pracach doktorskich i habilitacyjnych będących w zbiorach Głównej Biblioteki Lekarskiej.⁶ Od 1991 roku baza wzbogacona została o streszczenia dokumentów w języku polskim i angielskim.

Wśród użytkowników Biblioteki bazy bibliograficzne cieszą się dużym powodzeniem. Wyraźnie widać to na podstawie statystyki za lata 1998-2002 prowadzonej przez Dział Informacyjno – Bibliograficzny. Dane te pokazują również jak wiele osób korzysta z bazy Medline, która jest zdecydowanie najpopularniejszym źródłem bibliograficznym. W roku 1998

zalogowało się na serwerze 1447 użytkowników przeszukujących tę bazę, w latach 1998-2001 było ich już ponad pięć tysięcy rocznie, a w roku 2002 odnotowano 7080 logowań. Pozostałe bazy bibliograficzne, cieszą się dużo mniejszą popularnością i są mniej wykorzystywane, Embase na poziomie ok. 200 osób rocznie, Current Contents ok. 100, a Polska Bibliografia Lekarska w granicach 600-800 (zob. wykres 1).

Podobnie przedstawia się statystyka dotycząca liczby wyszukanych dokumentów, zdecydowanie najwięcej pochodzi ich z bazy Medline. W latach 1998-1999 czytelnicy otrzymali ok. 170.000 rekordów, a w latach 2000-2002 ich liczba szacowana była między 350.000 a 400.000. Jeżeli chodzi o bazy Embase liczby wyszukanych rekordów spadły z 12724 w roku 2000 do 7404 w roku 2002, a Current Contents z 50222 w 1998 roku do 16871 w 2002 roku. W przypadku Polskiej Bibliografii Lekarskiej widoczny jest wzrost liczby otrzymanych dokumentów z 35322 w 1999 roku do 74676 w 2002 roku (zob. wykres 2).

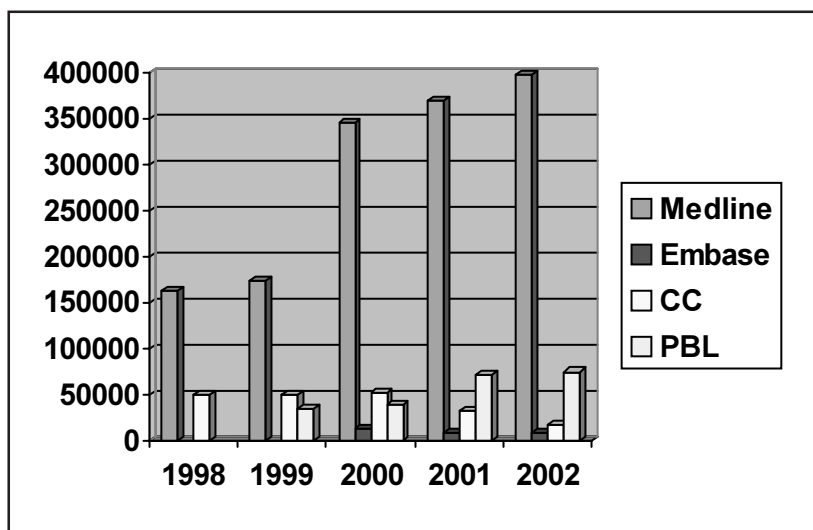
Medycyna jako bardzo dynamicznie rozwijająca się dziedzina nauki wymaga, aby zarówno lekarze, studenci oraz pracownicy naukowcy mieli dostęp do wyników badań i najnowszych odkryć najszybciej jak to jest możliwe. Ciągły rozwój technik komputerowych sprawia, że czytelnicy uzyskują potrzebne materiały w krótszym czasie i w dużo prostszy sposób, niż korzystając z bibliografii

w wersji tradycyjnej. Zapewne dlatego tak chętnie korzystają z dostępnych komputerowych baz bibliograficznych.

Joanna Słomkowska

Przypisy

- 1 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/otherresources.html>
National Library Medicine (11.12.02)
- 2 <http://www.ml.usoms.poznan.pl/Bazy%5Cembase.htm>
(02.01.03)
- 3 <http://www.amb.bydgoszcz.pl/~biblio/> (02.01.03)
- 4 <http://www.isinet.com/isi/products/cc/editions/ccsl/index.html>
(08.01.03)
- 5 <http://www.gbl.waw.pl/html/pblek.htm> (14.01.03)
- 6 Tamże (14.01.03)



Wykres 2 Liczba wyszukanych rekordów za lata 1998-2002

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Z Biblioteki

Wykorzystanie baz pełnotekstowych w Bibliotece Głównej w 2002 r (*Proquest Medical Library* i *Academic Search Premier*)

Biblioteka wydaje spore (jak na swój budżet) kwoty na pełnotekstowe bazy dostępne przez internet. Powstaje pytanie: jak one są wykorzystywane przez czytelników. Ilość czasopism elektronicznych w bazach udostępnianych w naszej bibliotece wzrasta corocznie, co obrazuje poniższa tabelka.

W tabeli uwzględniono tylko czasopiśma z pełnymi tekstami, nie tylko biomedyczne, ale także z innych dziedzin wiedzy. Wykupujemy również dostęp on-line do baz wielodyscyplinowych ze względu na dużą ilość zawartych w nich czasopism związanych z kierunkami studiów na naszej uczelni. W 2003 roku z ogólnej liczby 9475 tyt. ok. 35% to tytuły z szeroko pojętych nauk medycznych. Stosunkowo niezbyt duży procent czasopism z biomedycyny w 2003 r. wynika stąd, że zakupiliśmy dostęp do pakietu Science & Technology (ponad 3900 tytułów) ze względu na Nursing Journals oraz z faktu, że ASP jest bazą wielodyscyplinową. Dane o ilości tytułów czasopism w 2003 r. pochodzą

z marca br.

Analizę bazy najpełniej można przeprowadzić, jeśli dostawca zapewnia również dostęp do funkcji administracyjnych dotyczących wykorzystania zawartości bazy, dane do analizy można użyć takie, jakie są ujęte w dostępnej statystyce. Statystyki z programu są najbardziej miarodajne, lepiej obrazują wykorzystanie bazy niż liczniki odwiedzin lub rejestracje prowadzone w zeszytach w pracowniach komputerowych.

Przeprowadzono analizę wykorzystania 2 baz: Proquest Medical Library (wersja on-line) i Academic Search Premier, przy czym zwrócono głównie uwagę na wykorzystanie pełnych tekstów, gdyż jest to podstawowa cecha i zaleta tych baz.

PROQUEST MEDICAL LIBRARY

Proquest Medical Library to baza amerykańskiej firmy Proquest Company. Oferuje ponad 300 tytułów czasopism biomedycznych. Zawiera roczniki czaso-

pism od 1994 r. Umożliwia wyszukiwanie nie tylko według tytułów czasopism, posiada także wbudowaną wyszukiwarkę pozwalającą na wyszukiwanie według słów kluczowych. Do wyboru jest wyszukiwanie proste i złożone, interfejs użytkownika przejrzysty w systemie windows. Teksty udostępniane są w formatach html, pdf, tekst+grafika, oprócz tekstu prezentuje zawarte w artykułach wykresy, fotografie, tabele i inne elementy graficzne. Baza dostępna jest w sieci akademickiej naszej uczelni na IP komputerów. Statystyka udostępniona w bazie PML jest obszerna, stąd można przeprowadzić dość dokładną analizę jej wykorzystania. W roku 2002 mieliśmy dostęp do 303 tytułów czasopism. Wykorzystano, tzn. obejrzano na ekranie, wydrukowano, skopiowano na nośnik elektroniczny lub przesłano e-mailem 6415 pełnych tekstów artykułów.

Jak wykorzystywane były poszczególne tytuły? Sporządzono listę najbardziej poczytnych czasopism.

Nazwa bazy	2000	2001	2002	2003
Bazy Proquest Company	215	220	303 ¹⁾	3916
Ideal Library (od 2003 r. Science Direct)	234	234	272	272
Spinger-Link	364	431	506	506
Bazy EBSCO Publishing	550	670	3606	4781
Razem	1363	1555	4687	9475

Tytuły czasopism w bazach pełnotekstowych w latach 2000-2003

L.p.	Tytuł czasopisma	ISSN	IF 2001	Medline	ASP	Ilość art.
1	Lancet	0140-6736	13,251	+	+	426
2	Circulation	0009-7322	10,517	+		264
3	British Medical Journal. International Edition	0959-8146	6,629	+	+	243
4	Jama	0098-7484	17,569	+	+	210
5	Stroke	0039-2499	5,33	+		208
6	American Journal of Psychiatry	0002-953X	6,913	+		188
7	Gut	0017-5749	6,17	+		156
8	Annals of the Rheumatic Diseases	0003-4967	3,188	+		138
9	Archives of Dermatology					138
10	Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology	1079-5642	5,816	+		138
11	Journal of Bone and Joint Surgery	0021-9355	2,138	+	+	128
12	Chest	0012-3692	2,48	+		124
13	British Journal of Anaesthesia	0007-0912	2,205	+		114
14	Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery	0886-4470	1,121	+		102
15	American Family Physician	0003-1348	1,182	+		100

Ilość wykorzystanych pełnych tekstów artykułów w PML w roku 2002

W tabeli przedstawiono 15 najczęściej wykorzystywanych tytułów. Na dalszych pozycjach ilość artykułów systematycznie maleje, a po 75 miejscu jest to już liczba poniżej 20, co należałoby uznać za słabe wykorzystanie. Bardzo mała jest natomiast liczba tytułów, z których nie wykorzystano ani jednego artykułu, nie ma takiego czasopisma, które nie byłoby w ogóle wykorzystane (przynajmniej abstrakty).

Najbardziej poczytne tytuły to czasopisma przeznaczone głównie dla lekarzy, jak większość tytułów w PML. W bazie znajdują się również, choć w mniejszości, czasopisma typowo pielęgniarские, są one wykorzystywane zdecydowanie rzadziej, najczęściej następujące tytuły:

1. Nursing
2. Nurse Practitioner
3. Orthopaedic Nursing
4. Critical Care Nursing
5. Nursing Management
6. Western Journal of Nursing

Research

Z zestawienia widać, że najczęściej czytane przez naszych czytelników są czasopisma, indeksowane w Medline (wszystkie), posiadające Impact Factor w paru przypadkach bardzo wysoki (Jama, Lancet, Circulation). Jak wskazuje statystyka bardzo często wykorzystywane

były nawet te tytuły, które są również w Academic Search Premier.

Sposób wykorzystania

W 2002 roku 6% tekstów zostało przesłanych e-mailem wprost z programu na konta poczty elektronicznej użytkowników, natomiast 94% wyświetlono na ekranie, które następnie można było wydrukować, skopiować na dyskietkę, CD, itp.

W prenumeracie drukowanej biblioteka kupuje przede wszystkim czasopisma najczęściej poszukiwane przez użytkowników. W bazie różne tytuły są różnie wykorzystywane. Gdyby koszt całej bazy rozłożyć tylko na 35 tytułów, z których wykorzystano powyżej 50 artykułów to koszt jednego wyniósłby ok. 50% ceny czasopisma drukowanego zagranicznego, przy czym należy pamiętać, że koszt bazy to 2 wersje on-line i na CD.

ACADEMIC SEARCH PREMIER

Academic Search Premier jest bazą holenderskiej firmy EBSCO Publishing – wielodyscyplinarna baza zawierająca aktualnie pełne teksty z ponad 3800 publikacji a łącznie z tytułami czasopism, które zawierają tylko abstrakty ponad

7695 tytułów. Około 1400 tytułów w bazie to czasopisma z nauk medycznych i pokrewnych. Dostępna była w 2002 r. wraz z innymi bazami EBSCO zawierającymi pełne teksty czasopism, bądź informacje o lekach (USP DI, Advice for Patient²⁾) lub opisy przypadków klinicznych (Clinical Reference Systems²⁾). „Poczytność” poszczególnych tytułów obrazuje tabela nr 2.

ASP była zdecydowanie rzadziej wykorzystywana. Ilość czasopism, z których wykorzystano poniżej 20 artykułów zaczyna się już od 13 pozycji w tabelce.

Zwraca uwagę wysokie miejsce 2 tytułów, które były również często wykorzystywane w PML a mianowicie Lancet i British Medical Journal. Poza tym są również wykorzystywane te tytuły z ASP, które znajdują się w PML, chociaż nie znalazły się w pierwszej piętnastce. Z ASP częściej też są wykorzystywane czasopisma bez IF lub (oprócz Lancet i British Medical Journal) z dość niskim wskaźnikiem IF, natomiast wszystkie z wyjątkiem Cortlandt Forum są notowane w Medline. Okres karencji posiadały tylko 3 z wymienionych tytułów: British Journal of Haematology, Kidney International i Journal of Advanced Nursing (12 miesięcy).

Sposób wykorzystania 2002 r.

Przesłano e-mailem - 4%, obejrzano na ekranie full text (html) 43%, PDF 53% (a następnie możliwy wydruk, kopiowanie), w sumie wykorzystano 1735 artykułów.

Koszt całego pakietu EBSCO rozliczony tylko na 15 najbardziej poczytnych tytułów Academic Search Premier jest ponad sześciokrotnie niższy niż koszt prenumeraty 1 tytułu czasopisma w prenumeracie drukowanej a przecież pakiet baz EBSCO to nie tylko ASP.

Najczęściej wykorzystywanymi czasopismami z obu baz były w 2002 r.:

1. Lancet –560
2. British Medical Journal -344
3. Circulation -264
4. Journal of Bone and Joint Surgery – 260
5. Jama –210
6. Stroke -208

Z roku na rok rośnie nie tylko liczba tytułów dostępnych w bazach, wzrasta liczba korzystających, ilość wyszukanych pełnych tekstów dla porównania przedstawiono rok 2002 i tylko I kwartał br.

W bazach notowane są i takie czasopisma, które nie są indeksowane w bazach bibliograficznych, więc oprócz dostępu do pełnych tekstów poszukujący literatury może powiększyć zestaw prac na interesujący go temat (jeśli w bazie są tylko abstrakty), które następnie można

czytać w wersji drukowanej czasopisma lub sprowadzić za pośrednictwem wypożyczalni międzybibliotecznej z innego ośrodka.

W roku 2002 w PML przeprowadzono 5602 przeszukiwania a w całym pakiecie Proquest (PML, Medline, testy Science & Technology) - 21.089, natomiast w ASP 1554 przeszukiwań a we wszystkich bazach EBSCO – 3473.

Bazy dostępne przez internet dają także możliwości powiązania linkami opisów z katalogu czasopism biblioteki z bazami udostępnianymi przez bibliotekę. Często są też powiązane między sobą, zwłaszcza bazy tej samej firmy. Przykładem powiązania baz mogą być bazy EBSCO. Baza bibliograficzna Medline udostępniana w pakiecie baz EBSCO zawiera linki do pełnych tekstów tych czasopism, które są zawarte w bazie Academic Search Premier. Użytkownik szukając w Medline uzyskuje od razu dostęp do pełnego tekstu artykułu, gdy jest dostępny w innej bazie. Podobnie jest z bazą Medline w pakiecie baz Proquest Company. Firmy oferują całe serwisy, gdzie oprócz tekstów czasopism można znaleźć, np. czytelniki do różnych formatów tekstów, galerię grafiki, itp.

Baza dostarcza użytkownikowi potrzebny materiał wprost na jego biurko w klinice czy zakładzie bez konieczności korzystania w bibliotece z wersji drukowanej lub robienia odbitki kserogra-

ficznej, co przy rozlokowaniu klinik w różnych punktach miasta nie jest bez znaczenia. Czasopisma w bazach to czasopisma obcojęzyczne, ale coraz więcej pojawia się w internecie polskich czasopism. Współczesna biblioteka fachowa ma przede wszystkim dostarczać czytelnikom poszukiwaną informację szybko i w jak największym zakresie. Dostęp do baz on-line, przynajmniej w części realizuje to zadanie. Na podstawie statystyki można udowodnić, że zakupy baz są wydatkiem opłacalnym (również ekonomicznie) dla bibliotek, zwłaszcza baz zawierających tytuły związane z profilem biblioteki. Nasi czytelnicy mają do dyspozycji nie tylko pełnotekstowe bazy, ale również dostęp do pełnych tekstów tych prenumerowanych czasopism, gdzie wydawca przy prenumeracie wersji drukowanej zapewnia dostęp on-line do tytułu. Na naszej stronie internetowej oprócz informacji o bazach są zamieszczone linki do bezpłatnych serwisów.

mgr Halina Wanatowska

PRZYPISY

1) W II półroczu 2002 r. doszły tu również tytuły z Science & Technology udostępnionego w ramach testów

2) W 2002 r. EBSCO udostępniało bazy pod takimi tytułami, w 2003 materiał z nich został włączony do innych baz

3) Artykuły z czasopism nie posiadających ISSN

L.p	Tytuł	ISSN	IF 2001	Medline	PML	Ilość art.
1	Lancet	0099-5355	13,251	+	+	134
2	Journal of Bone and Joint Surgery	0021-9355	2,138			132
3	Unknown ³⁾	-----	-----	-----	-----	111
4	British Medical Journal. International Edition	0959-8146	6,629	+	+	101
5	Clinical Rehabilitation	0269-2155		+		45
6	ENT: Ear, Nose & Throat Journal	0145-5613		+	+	43
7	American Family Physician	0002-838X	0,936	+	+	35
8	British Journal of Haematology	0007-1048	2,815	+		33
9	Women's Health Weekly	1078-7240		+		31
10	Kidney International	0085-2538	4,815			22
11	Journal of Advanced Nursing	0309-2402				21
12	Canadian Medical Association Journal	0820-3946	2,762	+	+	21
13	Cortlandt Forum	1048-5791				19
14	Southern Medical Journal	0038-4348	0,650	+		18
15	Journal of Rehabilitation Research & Development	0748-7711	1,108	+	+	18

Ilość wykorzystanych pełnych tekstów w PML i ASP w 2002 r. i I kwartale 2003 r.

Sprawy osobowe

Promocje doktorskie

W okresie od 16.04.03. do 04.06.03. Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy nadała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny i biologii medycznej niżej wymienionym osobom:

1. Tatiana Janiszewska z Wojewódzkiego Szpitala im. J. Bizziela w Bydgoszczy dnia 16.04.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Współistnienie odpływu żółdkowo-przełykowego i IgE-zależnej alergii u dzieci”.

Promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM. Recenzenci: dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof. nadzw. AM; prof. dr hab. Krzysztof Buczyłko z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

2. Elżbieta Szymańska z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu dnia 16.04.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Fibrinogen na tle innych czynników ryzyka miażdżycy – badania własne”.

Promotor: prof. dr hab. Irena Ponikowska, Recenzenci: prof. dr hab. Maria Kotschy, prof. zw. AM; prof. dr hab. Barbara Cybulska z Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie.

3. Renata Kołodziejska z Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej dnia 16.04.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Acylowanie nukleozydów i acyklonukleozydów pirymidynowych – wykorzystanie katalitycznych właściwości lipaz”.

Promotor: prof. dr hab. Marcin Damiński, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Zygmunt Kazimierzczuk z SGGW w Warszawie; prof. dr hab. Marek Wójcik z ATR w Bydgoszczy.

4. Małgorzata Sobiś-Żmudzińska z SPSK w Bydgoszczy dnia 16.04.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena wybranych parametrów gospodarki lipidowej u ciężarnych chorujących na cukrzycę typu 1”.

Promotor: dr hab. Roman Junik, prof.

nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Szymański, prof. zw. AM; prof. dr hab. Waldemar Karnafel z AM w Warszawie.

5. Ahmad Thabit Sinjab z Katedry i Zakładu Farmakologii dnia 16.04.03. uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Farmakologiczna analiza działania imidazolu i kurary na mięśniówkę prąkową szczura”.

Promotor: dr hab. Leszek Szadujkis-Szadurski, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Maria Kotschy, prof. zw. AM; prof. dr hab. Konstanty Korolkiewicz z AM w Gdańsku.

6. Anna Zawadzka-Gralec z SP ZOZ w Chełmnie dnia 04.06.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Analiza przyczyn i okoliczności zatruc przypadkowych u dzieci i młodzieży”.

Promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń; prof. dr hab. Marian Krawczyński z AM w Poznaniu.

7. Ewa Kowalińska z Katedry i Zakładu Biofizyki dnia 04.06.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Badanie procesu opadu krwi metodami optycznymi”.

Promotor: dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. nadzw. AM. Recenzenci: dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, prof. nadzw. AM; dr hab. Andrzej Kowalczyk, prof. UMK w Toruniu.

8. Renata Kabacińska z Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy dnia 04.06.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Optymalizacja rozkładu dawki w stereotaktycznej brachyterapii HDR guzów mózgu – analiza fizycznych i radiobiologicznych parametrów charakteryzujących rozkład dawki”.

Promotor: dr hab. Roman Makarewicz, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Bogusław Maciejewski z Instytutu Onkologii w Gliwicach; dr hab. Julian Malicki z Wielkopolskiego Centrum

Onkologii w Poznaniu.

9. Piotr Wojtynek z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu dnia 04.06.03. uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Czynnik von Willebranda (vWf) i tkankowy aktywator plazminogenu (t-PA) w osoczu krwi i płynie owodniowym kobiet ciężarnych i rodzących oraz osoczu krwi pępowinowej noworodków w ciążach powikłanych gestozą”.

Promotor: prof. dr hab. Maria Kotschy, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Mieczysław Uszyński, prof. zw. AM; prof. dr hab. Krzysztof Worowski z AM w Białymstoku.

10. Joanna Rosińska-Migda z NZOZ Mig.-Med. Wąbrzeźno dnia 04.06.03. uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Przydatność badania ultrasonograficznego i badania hydrosoneograficznego w diagnostyce zmian patologicznych żołądka pacjentów z pozytywnym wywiadem wrzodowym w warunkach ambulatoryjnych”.

Promotor: dr hab. Władysław Lasek, prof. nadzw. AM. Recenzenci: dr hab. Maciej Świątkowski, prof. nadzw. AM; prof. dr hab. Grażyna Wilk z Pomorskiej AM w Szczecinie.

Ponadto uprawomocniły się uchwały Rady Wydziału Lekarskiego w następujących sprawach:

1. nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – fizjologii – dr Dariusz Soszyński z Katedry i Zakładu Fizjologii.

2. nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – dr Alina Grzanka z Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej.

3. nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – okulistyki – dr Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska z Katedry i Kliniki Chorób Oczu.

*podpisał Dziekan Wydziału Lekarskiego
prof. dr hab. Gerard Drewa*



Międzynarodowa Konferencja Studenckiego Towarzystwa Naukowego

*autorzy zdjęć:
Tomasz Hawro, Szymon Jarzębowski*



XXVIII KONGRES
POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
BYDGOSZCZ 17-20 WRZEŚNIA 2003 R.



*“NOWOTWORY NARZĄDÓW PŁCIOWYCH OD POCZĘCIA DO STAROŚCI”
“CHOROBY ZWIĘKSZAJĄCE ŚMIERTELNOŚĆ MATEK I NOWORODKÓW”*