



Wiadomości Akademickie

Pismo Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Nr 11 (3/2003)

Listopad 2003

ISSN 1508-2180



**Połączeniu
AMB i UMK - tak**

„Nowy świat i nowe życie powstaną dopiero wówczas, gdy zmienia się ludzkie dusze”
dr med. Stanisław Breyer
„Z rozmyślań lekarza”

Drodzy Czytelnicy!

To już jedenaste spotkanie na łamach naszego pisma. Mamy nadzieję, że „Wiadomości Akademickie” w coraz większym stopniu spełniają Państwa oczekiwania, z numeru na numer zwiększając swoją objętość i zyskując na barwności. Od lat pozostajemy swego rodzaju kroniką życia Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a równocześnie miejscem wymiany poglądów na najistotniejsze dla Uczelni tematy.

W niniejszym numerze najwięcej miejsca poświęciliśmy relacjom z konferencji organizowanych w ostatnich miesiącach przez Katedry i Kliniki naszej Uczelni, zamieściliśmy kilka artykułów polemicznych, powróciliśmy także do wykładów wygłoszonych podczas I Festiwalu Nauki Medicalia 2003 i zrelacjonowaliśmy przebieg Ogólnopolskiego Dnia Nauki.

Jednak na pierwszym miejscu bezspornie znalazły się najnowsze wydarzenia z życia Uczelni, a wśród nich to najważniejsze – chęć połączenia się z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu. Senaty obu Uczelni wyraziły już wolę połączenia, teraz los przyszłego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pozostaje w rękach Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu oraz parlamentu.

Wraz z całą Uczelnią stajemy przed nowym wyzwaniem i w obliczu nowych możliwości. Jednakże zarówno tych, którzy są pełni nadziei, jak i tych, których dręczą obawy i wątpliwości, zapewniamy, że w tej czy innej postaci „Wiadomości Akademickie” pozostaną ze swoimi czytelnikami ...

Redakcja „Wiadomości Akademickich”

Spis treści

Wywiad numeru

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Wiesławem Szymańskim

2

Z życia Uczelni

Uchwała nr 72/2003 Senatu Akademii Medycznej

4

Senaty Akademii Medycznej w Bydgoszczy oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu wyraziły wolę połączenia obu Uczelni

5

Wizyta Premiera

6

Nowe logo Akademii Medycznej

6

Otwarcie Ośrodka Transplantacji Szpiku Kostnego

7

Otwarcie Pracowni Tomografii Komputerowej

7

Jubileusz Profesora Waldemara Jędrzejczyka

8

Zarządzenia Jej Magnificencji Rektor

9

Inauguracja Roku Akademickiego

Inauguracja roku akademickiego 2003/2004

11

Ogólnopolski Dzień Nauki

Ogólnopolski Dzień Nauki

13

Warsztaty „Biblioteka Główna – możliwości działania”

13

Borelioza – niebezpieczna choroba odkleszczowa

14

Depresja problemem współczesnego człowieka

16

Medicalia

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego

17

Alergia – epidemia XXI wieku

19

Czy nowotwory są wyleczalne?

22

Szczęśliwe, przypadkowe odkrycia w okulistyce

23

Polemiki

Wokół Kodeksu Etyki Lekarskiej – kilka uwag

25

Toruński casus

26

Dydaktyka

Dzieci mniejszych szans

27

Rozumieć dziecko

28

Historia medycyny

O rocznicy, która nie jest rocznicą

29

Głos w sprawie genezy Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego

29

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Zjazd naukowy XXI wieku: szansa, obowiązek i przyjemność

30

Ogólnopolski Zjazd Pediatrów

31

III Ogólnopolska Konferencja „Badania nad lękiem”

32

Naukowa uczta nefrologów

33

XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

34

Z Biblioteki

Biblioteka Główna w Konsorcjum Bibliotek Naukowych Regionu

36

Ze sportu

Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych na półmetku XXII edycji

37

Tenis ziemny – sportem życia pracowników ochrony zdrowia

39

Sprawy osobowe

Promocje doktorskie

39

Informacje kadrowe

40

„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 Dziedzicko

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 Szczepny

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

„Gazety Wyborczej”

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Wiesławem Szymańskim

W imieniu czytelników „Wiadomości Akademickich” dziękujemy, że Pan Profesor zgodził się na rozmowę z nami.

Redakcja: Niedawno zakończył się XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, którego Pan Profesor i pańska Klinika byliście głównymi organizatorami, dlatego też na początek prosilibyśmy Pana Profesora o kilka słów poświęconych zjazdowi. Przede wszystkim chcielibyśmy pogratulować Panu Profesorowi otrzymania Krzyża Komandorskiego Orderu Odrodzenia Polski, który został wręczony podczas uroczystej inauguracji Kongresu. Co czuł Pan Profesor, otrzymując tak wysokie odznaczenie państwowe?

Profesor Szymański: Oczywiście dumę i zadowolenie, że z okazji tak wspaniałych jubileuszy Towarzystwa Naukowego znalazłem się w gronie osób wyróżnionych przyznaniem tak wysokich odznaczeń państwowych.

Pracuję 40 lat. Pełnię funkcję Kierownika Kliniki AM w Bydgoszczy od 24 lat. Kierowałem 22. pracami doktorskimi i opiekowałem się 4. przewodami habilitacyjnymi, a 1 osoba otrzymała tytuł profesora.

Jestem autorem i współautorem 370. publikacji naukowych i redaktorem podręcznika „Położnictwo”.

Przez 17 lat przewodniczyłem Sekcji Płodności i Niepłodności PTG. Przez 3 lata (1997–2000) pełniłem funkcję Prezesa-elekta, a następnie w latach 2000–2003 Prezesa ZG PTG.

Byłem Przewodniczącym Krajowego Zespołu Specjalistów (1992–1993) a w latach 1994–1998 pełniłem funkcję Przewodniczącego Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego (specjalisty krajowego).

Cieszę się, że moja praca zawodowa i naukowa, a także zaangażowanie organizacyjne zostały docenione i tak wysoko wyróżnione.

Redakcja: Wracając do XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Co było tematem przewodnim zjazdu?

Profesor Szymański: XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, który odbył się w Bydgoszczy w dniach 17–20 września 2003 roku był dużym wydarzeniem naukowym w życiu naszego Towarzystwa.

Tak się złożyło, że rok 2003 jest wyjątkowym dla naszego Towarzystwa

Naukowego, bowiem łączy się ze wspaniałymi jubileuszami – 100-letnią rocznicą powstania Towarzystwa Ginekologów Polskich, 80. rocznicą I Zjazdu TGP i wydania pierwszego numeru czasopisma „Ginekologia Polska” oraz półwieczem zmiany nazwy na Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Głównymi tematami Jubileuszowego Kongresu były nowotwory narządów płciowych od poczęcia do późnej starości oraz choroby zwiększające śmiertelność matek i noworodków.

Zagadnienia dotyczące tej tematyki zostały omówione na 12 sesjach plenarnych.

Program naukowy Kongresu obejmował także dodatkowe sesje plenarne: „Medycyna rozrodu a procesy nowotworowe u kobiet”, „Sesję Historyczną”, Sesję naukową z udziałem zaproszonych wykładowców, Sesję Polonii Zagranicznej, a także 5 sesji sponsorowanych i 2 sesje dyskusyjne + video.

Na Kongres nadeszło 730 prac, które przesłano do recenzji 60. członkom Komitetu Naukowego Jubileuszowego Kongresu PTG. Każde streszczenie pracy było oceniane przez dwóch recenzentów w skali ocen od 0 do 6.

Decyzją Komitetu Naukowego do Autorów prac, które otrzymały średnią ocen 4,5 i powyżej wysłano prośbę o przysłanie pełnych tekstów prac. Prace te były następnie oceniane przez recenzentów czasopisma „Ginekologia Polska” według obowiązującego w nim regulaminu oceny prac naukowych.

Ostatecznie zakwalifikowano do druku 127 prac w przygotowywanych na Jubileuszowy Kongres dwóch numerach czasopisma „Ginekologia Polska”, a 137 prac do wygłoszenia w 12 sesjach referatowych. W sesji „Rak szyjki macicy” - 12 prac, w sesji „Rak sutka” - 10 prac, w sesji „Rak endometrium” - 13 prac, w sesji „Rak sromu i varia” - 11 prac, w dwóch sesjach „Rak jajnika” - 20 prac,



w trzech sesjach „Patologia ciąży i porodu” - 40 prac, w sesji „Poród przedwczesny” - 12 prac i w dwóch sesjach „Stany zagrożenia płodu i patologia okresu noworodkowego” - 19 prac.

W sesji plakatowej Kongresu przedstawiono 451 prac naukowych.

Redakcja: Czy program Kongresu obejmował również Konferencję Naukową Studenckich Kół Naukowych Położniczo-Ginekologicznych?

Profesor Szymański: Tak, uczestniczyło w niej ponad 50 osób. Zorganizowano 2 sesje naukowe: Referatową, na której przedstawiono 33 prace naukowe oraz Plakatową – prezentacja 9 prac.

Miło mi donieść, że prace naukowe Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobiety AM w Bydgoszczy uzyskały 2 nagrody i 1 wyróżnienie: I nagrodę otrzymali autorzy Joanna Klyszejko i Katarzyna Moszczyńska za pracę pt. „Ocena badań profilaktycznych przeprowadzonych w 2001 i 2002 roku w Tucholi i Gliwicach”, II nagrodę autorzy Małgorzata Małek i Magdalena Derenda za pracę pt. „Znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu i jego zastosowanie w opinii lekarzy gine-

kologów-położników oraz anestezjologów” oraz wyróżnienie dla autorów Bartłomieja Wolskiego i Olgi Ossowskiej za pracę pt. „Analiza kliniczna stanu płodu i noworodka po zabiegach odbarczających u płodów z wewnątrzmacicznie rozpoznaną wadą OUN i układu moczowego”

Redakcja: Oprócz sesji teoretycznych zorganizowano warsztaty praktyczne. Na czym one polegały?

Profesor Szymański: Zorganizowano także przedkongresowe endoskopowe warsztaty praktyczne z udziałem profesorów z zagranicy: prof. Mohameda Hefniego (W. Brytania), prof. Petera von Theobalda (Francja), prof. Stefano Bettocci (Włochy), prof. Andrea Ceresoli (Włochy) oraz 5 profesorów z wiodących ośrodków klinicznych z Polski m.in.: prof. Andrzeja Malinowskiego, prof. Andrzeja Skręta, prof. Jerzego Radwana.

Wykonano kilkanaście operacji chirurgiczno-endoskopowych, w tym kilka tzw. ambulatoryjnych histeroskopii z użyciem doskonałego sprzętu endoskopowego.

Redakcja: Kim byli goście honorowi Kongresu?

Profesor Szymański: Kongres odbywał się pod patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Aleksandra Kwaśniewskiego, a członkami Komitetu Honorowego byli: Prezes Rady Ministrów – Leszek Miller, Marszałek Senatu RP – Longin Pastusiak, Minister Zdrowia – Leszek Sikorski, Pełnomocnik Rządu ds. Kobiet i Rodziny – Izabela Jaruga-Nowacka, Poseł na Sejm – Anna Bańkowska, Senatorowie RP – Dorota Kempka i Zbigniew Cybulski.

Gośćmi honorowymi Kongresu byli: profesor Shirish S.Sheth – Prezydent FIGO (Światowej Federacji Ginekologów i Położników) oraz profesorowie: Wolfgang Künzel (Niemcy), Vit Unzeitig (Czechy), Štefan Lukačín (Słowacja), Juraj Dubčák (Słowacja), Peter G.Fedor-Freybergh (Szwecja), Michal Valent (Słowacja), Louis Keith (USA), Giovanni Miniello (Włochy), Jan Horejsi (Czechy) ściśle współpracujący z PTG oraz ośrodkami naukowymi w Polsce, którym Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego przyznał członka honorowego Towarzystwa.

Redakcja: Co wydaje się największym sukcesem Kongresu?

Profesor Szymański: Poza zrealizowaniem całego zaplanowanego programu naukowego niewątpliwie sukcesem jest wydanie 2 tomów zakwalifikowanych na Kongres streszczeń prac w języku polskim

i angielskim, 2 numerów 9 i 10 „Ginekologii Polskiej” zawierających 127 prac naukowych w pełnym tekście oraz dwóch pozycji książkowych: „Ginekolodzy o sobie” – autor Edmund Waszyński oraz „Słownik biograficzny samodzielnych pracowników naukowych z dziedziny położnictwa i ginekologii” – autorów Wiesław Szymański i Marek Grabiec. Książka zawiera 142 noty biograficzne osób posiadających tytuł naukowy profesora lub stopień doktora habilitowanego i zawiera wiele informacji naukowych i zawodowych pracowników nauki.

Redakcja: Co sprawiło Państwu jako organizatorom najwięcej problemów?

Profesor Szymański: Oczywiście finanse. Trudno jest zorganizować Kongres obliczony na 2000 uczestników bez odpowiednich nakładów finansowych.

Szukanie sponsorów – targi o każdą wydaną „złotówkę”, Ciągła niepewność czy nakłady pokryją wydatki kongresowe.

Redakcja: Podczas uroczystego otwarcia XXVIII Kongresu PTG zamiast wykładu inauguracyjnego zaprezentowano film poświęcony zabiegowi cięcia cesarskiego z udziałem Pana Profesora i prof. Waszyńskiego. Kto był pomysłodawcą nakręcenia owego filmu i w jaki sposób udało się go zrealizować? Jak uczestnicy zjazdu przyjęli film zamiast wykładu? Czy doceniono wprowadzenie podobnej innowacji? Czy przyjąłby Pan Profesor podobną propozycję w przyszłości?

Profesor Szymański: Wybraliśmy dla tego oryginalnego wykładu inauguracyjnego temat omawiający jedną z najstarszych operacji położniczych – cięcie cesarskie, które było wykonywane już kilkaset lat przed naszą erą. Aż do średniowiecza obowiązywał przepis z VIII i VII w.p.n.e. mówiący o obowiązku wykonania cięcia cesarskiego na zmarłej kobiecie, gdyż w wielu krajach obowiązywał zakaz chowania zmarłej z dzieckiem w łonie. Ten podyktowany religijnymi przesłankami zakaz stał się przyczynkiem do milowego kroku jakim jest niewątpliwie w położnictwie cięcie cesarskie.

Zmiana wskazań do cięcia cesarskiego z religijnych na medyczne nastąpiła prawdopodobnie wówczas, gdy przez przypadek wykonując cięcie tuż po śmierci matki udało się wydobyć żywy płód.

Decyzję nakręcenia filmu podjęliśmy wspólnie z prof. Edmundem Waszyńskim. Zdjęcia do części historycznej były nakręcane w kilku miastach Polski i zagranicą, a części medycznej w Szpitalu Wojewódzkim im. J. Bizuela w Bydgoszczy, głównie na Oddziale Intensywnej

Opieki Noworodka. Opracowaliśmy scenariusz całości filmu i teksty dla narratora nagrania, którym był Redaktor Polskiego Radia i Telewizji Tadeusz Szuk.

Redakcja: Bardzo serdecznie gratulujemy pomysłu i jego doskonałej realizacji. Od dawna nie widzieliśmy tak świetnej polskiej produkcji popularno naukowej przy rynku zalewanym głównie przez wielkie zachodnie koncerty telewizyjne.

Prowadzona przez pana Profesora Katedra i Klinika Położnictwa i Chorób Kobiety cieszy się zasłużoną renomą w całym kraju. W 2002 roku w rankingu przeprowadzonym przez „Newsweek” zajęła 6 miejsce wśród oddziałów ginekologiczno-położniczych.

Profesor Szymański: W rankingu „Newsweeka” Klinika zajęła w 2001 roku – 5 miejsce, a w 2002 – 6 miejsce wśród oddziałów ginekologiczno-położniczych mimo, że nie prowadzi diagnostyki i terapii sutka. Wprowadzenie tych procedur zwiększyłoby punktację i podwyższyłoby pozycję Kliniki w rankingu ogólnopolskim.

Redakcja: Co sądzi Pan o artykule, który ukazał się w Newsweeku nr 36.2003, a który m.in. powiazał wyjazdy na konferencje naukowe z korupcyjnymi działaniami firm farmaceutycznych. Czy Pan Profesor sądzi, że tego typu korupcja jest w Polsce istotnie tak powszechna, a lekarze ulegają wpływow firm farmaceutycznych?

Profesor Szymański: Nie zgadzam się z taką opinią, ponieważ nigdy jako lekarze nie deklarowaliśmy jakiegokolwiek zaangażowania w wypisywanie tych lub innych leków.

Każdy z lekarzy specjalistów ma swoją opinię o poszczególnych preparatach.

Jako Kierownik Kliniki stwarzam możliwości prezentacji leków na posiedzeniach naukowych Kliniki dla każdej zgłaszającej się Firmy. Odbywa się dyskusja nad mechanizmami działania preparatu, oceną kliniczną w tym wynikami leczenia, a także możliwościami ewentualnych komplikacji i powikłań.

Na Kongresie PTG prezentowały swoje preparaty i aparaturę medyczną wszystkie firmy, które się zgłosiły a nawet miały możliwości zorganizowania sesji naukowych.

Dopóki nie będą unormowane przepisy prawne lekarze będą korzystać ze sponsoringu, aby móc uczestniczyć w kongresach i konferencjach naukowych (opłaty są bardzo wysokie, tylko tzw. registration fees wynosi często powyżej 500 euro. A ile kosztuje podróż i zakwaterowanie, nie wspominając o po-

siłkach). W samym tylko 2002 roku PTG organizowało 13 kongresów i sympozjów naukowych - w tym Prezesowi wypadało być na wszystkich.

Przepisy finansowe powinny uwzględniać te wydatki i stwarzać możliwość odpisania ich od podatku. Niewiele nawet profesorów stać finansowo na wyjazdy naukowe. Uczelnie nie dysponują odpowiednią ilością pieniędzy na refundację takich wyjazdów.

Jako Prezes PTG na początku swojej kadencji dążyłem do stworzenia dobrowolnego funduszu przez firmy farmaceutyczne, który byłby kontrolowany, a przyznane wyjazdy naukowe zatwierdzane byłyby przez Władze Towarzystwa Naukowego. Niestety nie uzyskałem poparcia firm i skończyło się tylko na wstępnych rozmowach i niezrealizowanej deklaracji.

Redakcja: Związki łączące lekarzy z przedstawicielami firm farmaceutycznych były również omawiane podczas obrad nad nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej, które miały miejsce 19.09.2003 w Toruniu podczas Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy. Jeszcze bardziej kontrowersyjnym punktem obrad były jednak proponowane nowelizacje, które, gdyby je przeformowano, mogły

ograniczyć badania prenatalne oraz zapłodnienie in vitro. Jakie jest zdanie Pana profesora w tej sprawie, zwłaszcza, że w Pańskiej Klinice przeprowadza się zabiegi sztucznego zapłodnienia?

Profesor Szymański: Jako położnicy - ginekolodzy byliśmy zaniepokojeni wstępnymi propozycjami nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej dotyczącymi badań prenatalnych i technik wspomaganego rozrodu.

W imieniu Zarządu Głównego zwróciłem się do Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Konstantego Radziwiła z pismem wyrażającym przekonanie, że nowelizacja powinna nastąpić po szerokiej, gorącej i głębokiej dyskusji, w której deklarujemy udział, a VII Nadzwyczajny Zjazd Krajowy Lekarzy powinien stać się pierwszym krokiem w ogólnopolskiej debacie.

Doceniam wagę dokumentu i wkład włożonej pracy w przygotowanie mamy jednakże pełną świadomość, że niektóre zapisy w Kodeksie rodzą wiele kontrowersji oraz wzbudzają niepokój w naszym środowisku lekarskim i z niepokojem są postrzegane przez pacjentki.

Nie powinniśmy dopuścić, by Polska po wejściu do Unii Europejskiej była jedynym krajem, w którym te procedury,

nie dość że pozbawione jakiejkolwiek refundacji ze strony państwa, miałyby być na dodatek drastycznie ograniczone przez Kodeks Etyki Lekarskiej. Nie wolno nam tracić z oczu tysięcy indywidualnych dramatów spowodowanych niemożnością posiadania dzieci. Według naszych obecnych szacunków w tej chwili w Polsce co 6-7 małżeństwo czyli około 1,3 miliona osób, ma kłopoty z płodnością. To jest nadrzędny problem, nie zaś metoda pozwalająca doczekać się potomstwa.

Nasze propozycje zostały przyjęte ze zrozumieniem i komisja wycofała się z rygorystycznych stwierdzeń, proponując zapis: lekarz powinien dążyć do starań, aby zminimalizować ryzyko zagrożenia w medycznie wspomaganej prokreacji.

Na szczęście delegaci Nadzwyczajnego VII Zjazdu Lekarzy nie przyjęli żadnego z kontrowersyjnych zapisów.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę oraz za wyczerpujące odpowiedzi Pana Profesora i życzymy dalszych sukcesów w pracy zawodowej i nie tylko.

w imieniu Redakcji „Wiadomości Akademickich” wywiad przeprowadzili
Redaktor Naczelny dr Krzysztof Nierzwicki
oraz Sekretarz Redakcji mgr Monika Kubiak

Życia Uczelni

Uchwała nr 72/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Uchwała nr 72/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 14 października 2003 roku w sprawie wyrażenia woli połączenia Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Na podstawie: *art. 48 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym*

(Dz. U. Nr 65 poz. 385 z późn. zm) oraz § 24 ust. 1 Statutu Akademii podjęto Uchwałę następującej treści:

§ 1.

Senat Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy wyraża wolę połączenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu z zachowaniem jej funkcji i struktury jako Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

§ 2.

Senat wyraża pogląd, że realizacja idei połączenia naszych Uczelni nie tylko

umożliwi dalszą kontynuację Misji Akademii dla dobra regionu i kraju, ale też pozwoli na lepsze wykorzystanie potencjału naukowego, dydaktycznego i klinicznego dla dobra rozwoju nauki, kształcenia studentów oraz kadry, a także wysokospecjalistycznej opieki medycznej.

§ 3.

Senat zwraca się do JM Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu prof. dra hab. Jana Kopcewicza, Senatu i Społeczności Akademickiej o poparcie tej idei pozwalającej nie tylko na przywrócenie struktury Uniwersytetu w tradycyjnej formie wszechnicy, ale też pozwalającej na spełnienie uniwersalności zainteresowań naukowych obu środowisk oraz stworzenia szerokiej korporacji uczących się i uczonych między naszymi ośrodkami i miastami.

Połączenie się naszych Uczelni przysporzy regionowi kujawsko-pomorskiemu nowoczesny ośrodek, mocny ekonomicznie, merytorycznie silny o potencjałe porównywalnym z najlepszymi Uniwersytetami Unii Europejskiej.

Będzie to drugi Uniwersytet w Polsce, który podobnie jak Uniwersytet Jagiel-

oński, będzie mógł poszczycić się obecnością, w swej strukturze, wydziałów medycznych.

§ 4.

Senat upoważnia Rektora do przygotowania warunków połączenia oraz upoważnia Rektora do prowadzenia rozmów negocjacyjnych w sprawie połączenia obu Uczelni.

Wskazówką do realizacji tego przedsięwzięcia winno być funkcjonowanie Collegium Medicum UJ w Krakowie opierające się na obecności w Collegium Medicum wydziałów medycznych, odrębności finansowej oraz niezależności merytorycznej w ramach prowadzonych przez Collegium kierunków i specjalności studiów, działalności naukowo-badawczej i szkolenia podyplomowego oraz nadzoru nad Szpitalami uniwersyteckimi.

§ 5.

Senat oczekuje bieżących informacji o sposobie realizacji niniejszej uchwały.

§ 6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Senaty Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu wyraziły wolę połączenia obu Uczelni

14 października 2003 roku Senat Akademii Medycznej w Bydgoszczy jednogłośnie (głosami wszystkich 34. członków) wyraził wolę połączenia z toruńskim Uniwersytetem Mikołaja

nie historii. Szkoła powstała bowiem z oddziału zamiejscowego AM w Gdańsku. Ta ostatnia natomiast została utworzona z wydziału medycznego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie – uczelni, której UMK jest spadkobiercą.

Wzorem dla przygotowywanej fuzji będzie funkcjonowanie Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. „Szlak przetarło nam już Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Niedawno rozmawiałem z profesorem z tegoż Collegium, który twierdzi, że wchodzenie aka-

demii medycznych w struktury uniwersytetów, to najwłaściwsza droga rozwoju. Skoro Kraków jest zadowolony, to nam też powinno się udać.” twierdzi prof. Zygmunt Mackiewicz.

Na połączeniu z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika Toruniu mają skorzystać również studenci, którzy z uwagi na

uspokaja. prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Słiwka.

Kolejnym krokiem na drodze do połączenia obu Uczelni stała się decyzja Senatu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, który na posiedzeniu 28 października 2003 roku również jednogłośnie (głosowało 55 senatorów) zgodził się na połączenie z Akademią Medyczną w Bydgoszczy i powołanie Collegium Medicum UMK.

„Czekałem na to stanowisko i jestem z niego bardzo zadowolony” – powiedział prof. Jan Kopcewicz, Rektor i Przewodniczący Senatu UMK. „To jest bardzo dobre zarówno dla Uniwersytetu i Akademii Medycznej oraz dla naszych studentów. Tak powstała uczelnia ma realną szansę, aby zaistnieć w europejskiej przestrzeni edukacyjnej. Collegium Medicum może się stać bardzo ważną częścią UMK.” Senatorowie Uniwersytetu podkreślali, że w ten sposób, dzięki fuzji z AM toruński uniwersytet powraca do tradycji przedwojennych uczelni o szerokim profilu.

Teraz, aby doszło do połączenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika



Obrady Senatu AM w Bydgoszczy (archiwum Gazety Wyborczej).

Kopernika w Toruniu. Bydgoska Uczelnia ma zachować dotychczasową strukturę i funkcjonować w ramach Uniwersytetu jako Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera UMK w Bydgoszczy.

Rozmowy na temat połączenia trwały już od dłuższego czasu. We wrześniu br. rektorzy obu placówek przedstawili projekt wojewodzie kujawsko-pomorskiemu, panu Romualdowi Kosieniakowi. Pierwszym krokiem stała się podjęta we wtorek 14 października decyzja Senatu Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

„Tak jak napisaliśmy w przyjętej uchwale, połączenie z uniwersytetem pozwoli na lepsze wykorzystanie potencjału naukowego, dydaktycznego i klinicznego, a także wysokospecjalistycznej opieki medycznej. Stworzenie silnego ośrodka naukowego stwarza nowe możliwości rozwoju, kreowania nowych kierunków, korzystania z zasobów wysoko wykwalifikowanej kadry naukowej. W kontekście naszego wstąpienia do Unii Europejskiej również sięganie po środki unijne” mówi prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Słiwka, JM Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy. „Tak powstała szerokoprofilowa uczelnia ma realną szansę, aby zaistnieć w europejskiej przestrzeni edukacyjnej” wtóruje prof. dr hab. Jan Kopcewicz, JM Rektor UMK w Toruniu. „We wtorkowej decyzji [...] widzę też dopeł-

nie historii. Szkoła powstała bowiem z oddziału zamiejscowego AM w Gdańsku. Ta ostatnia natomiast została utworzona z wydziału medycznego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie – uczelni, której UMK jest spadkobiercą.

Wzorem dla przygotowywanej fuzji będzie funkcjonowanie Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. „Szlak przetarło nam już Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Niedawno rozmawiałem z profesorem z tegoż Collegium, który twierdzi, że wchodzenie akademii medycznych w struktury uniwersytetów, to najwłaściwsza droga rozwoju. Skoro Kraków jest zadowolony, to nam też powinno się udać.” twierdzi prof. Zygmunt Mackiewicz.

Na połączeniu z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika Toruniu mają skorzystać również studenci, którzy z uwagi na szeroką skalę międzynarodowej wymiany prowadzonej przez uniwersytet zyskają możliwość studiowania za granicą.

Ewentualne wątpliwości rozpraszają słowa JM Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy – „Nie ma mowy o żadnych stratach. Idąc do UMK, stawiamy własne warunki. [...] Wejdziemy do UMK z zachowaniem swojej struktury, ze swoimi zakładami teoretycznymi, katedrami i klinikami. Zachowamy też własny budżet. Pieniądze na kształcenie studentów i badania naukowe nadal będziemy dostawali z Ministerstwa Zdrowia. Nie ma obaw, że po połączeniu się z UMK zostaną zlikwidowane jakieś stanowiska pracy.”



Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Gerard Drewna przemawia na spotkaniu Senatu (archiwum Gazety Wyborczej).

w Toruniu będzie potrzebna pozytywna opinia Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu, a ostateczną decyzję podejmie Sejm Rzeczypospolitej Polskiej.

na podstawie wypowiedzi zamieszczonych w prasie bydgoskiej opracowała mgr Monika Kubiak

Życia Uczelni

Wizyta Premiera

Dnia 26 maja 2003 r. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy gościła pana Leszka Millera, Premiera Rzeczypospolitej Polskiej. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele władz wojewódzkich i miejskich, rektorzy uczelni regionu, nauczyciele akademicki, studenci i tegoroczni maturzyści. Celem tej wizyty było omówienie zagadnień wiążących się z akcesją Polski do Unii Europejskiej.

Na spotkaniu premier mówił o szansach i kosztach członkostwa Polski w Unii Europejskiej. „Jeśli powiemy tak, to Polska wejdzie do elitarnego klubu, najlepiej rozwiniętych państw Europy, o dobrze zmodernizowanej gospodarce. Elitarnego klubu, który jest przedmiotem zazdrości bardzo wielu państw na wielu kontynentach (...) Unia Europejska we współczesnym świecie jest symbolem. Symbolem demokracji, stabilności, wysokiego poziomu życia i wysokiego bezpieczeństwa dla własnych obywateli”

powiedział szef rządu. „Unia pozwoli zmniejszyć dystans, jaki dzieli Polskę od najlepiej rozwiniętych krajów zachodnich. Nasz dochód narodowy brutto to tylko 42% przeciętnego dochodu UE. Proszę popatrzeć, jaki to ogromny dystans. (...) Gdy nie wejdziemy do Unii ten dystans nie tylko nie będzie malał, ale będzie się zwiększał. Wejście do Unii jest dla nas szansą, aby ten dystans zmniejszyć.” Szef rządu mówił również o możliwościach edukacyjnych i rozwojowych dla młodzieży po integracji Polski z UE. Przekonywał młodych ludzi, że Unia jest dla nich ogromną szansą, z której powinni skorzystać.



JM Rektor wita dostojnego gościa

Spotkanie cieszyło się dużym zainteresowaniem zgromadzonych gości.

na podstawie materiałów zamieszczonych na stronach www.amb.bydgoszcz.pl oraz <http://www.kprm.gov.pl> opracowała mgr Monika Kubiak

Życia Uczelni

Nowe logo Akademii Medycznej

Zarządzenie nr 24 Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 26 sierpnia 2003 r.

w sprawie używania godła Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 48/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie ustalenia godła Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, zwana dalej: „Akademią”, posiada godło, którego wzór określają załączniki nr 1 oraz nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Godło Akademii przedstawia herb miasta Bydgoszczy w tle z węzłem eskułapa oraz napisem następującej treści: „ACADEMIA MEDICA BYDGOSTIENSIS”.

§ 3.

Godła Akademii można używać w kolorze czarno-białym, zgodnie z załącznikiem nr 1, lub w kolorze brązu ciemnego (wg palety Panteon 490 C), zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 4.

Godła Akademii można używać wyłącznie w celach służbowych, w szczególności:

- 1) na pismach, wizytówkach, kopertach, zaproszeniach, tabliczkach,
- 2) na stronie internetowej Akademii,



- 3) w komunikatach, ogłoszeniach, informatorach, publikatorach akademickich oraz ogłoszeniach prasowych.

§ 5.

Zabrania się:

- 1) używania godła Akademii w celach innych niż służbowe,
- 2) dokonywania modyfikacji treści oraz formy godła Akademii, niezgodnych z postanowieniami niniejszego zarządzenia oraz uży-

wania tak zmodyfikowanej wersji godła,

- 3) udostępniania wzoru godła Akademii do używania przez organy, jednostki organizacyjne lub podmioty inne niż akademickie.

§ 6.

1. Materiały drukowane, o których mowa w § 4 pkt. 1 oraz pkt. 3, zawierające wizerunek godła Akademii inny niż wzór określony w niniejszym zarządzeniu, posiadane przez jednostki Akademii w dniu wejścia w życie niniejszego zarządzenia używa się do wyczerpania zapasów, jednak nie później niż do dnia 31 grudnia 2003 r.

2. Wizerunki godła Akademii w wersji elektronicznej, inne niż wzór określony w niniejszym zarządzeniu, podlegają niezwłocznemu ujednoliceniu, zgodnie z nowym wzorem.

§ 7.

Odpowiedzialnymi za używanie godła Akademii zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym zarządzeniu czynią prorektorów, dziekanów, dyrektora administracyjnego, dyrektora Biblioteki Głównej oraz kierowników wszystkich jednostek Uczelni.

§ 8.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 29 września 2003 r.



Otwarcie Ośrodka TSK



Życia Uczelni

Otwarcie Ośrodka Transplantacji Szpiku Kostnego w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

W dniu 27 czerwca 2003 r. w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii otwarto ośrodek Transplantacji Szpiku Kostnego. Otwarcia dokonała małżonka Prezydenta RP, Pani Jolanta Kwaśniewska, w obecności pani Rektor prof. dr hab. Danuty Miścickiej-Śliwki oraz Biskupa Wojciecha Polaka i Wojewody Kujawsko-Pomorskiego Romualda Kosieniaka.

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii jest jedynym ośrodkiem w województwie kujawsko-pomorskim kompleksowo zajmującym się leczeniem pacjentów z chorobami nowotworowymi do 20 roku życia. Dotychczas jednak brakowało w Bydgoszczy ośrodka przeszczepiania szpiku kostnego. Po kilku latach starań Kierownictwa Kliniki, Klinika poszerzyła spektrum działalności. Ogromnym wysiłkiem naszej Uczelni, przy pomocy Ministerstwa Zdrowia oraz licznych sponsorów udało się zorganizować i wyposażyć Ośrodek Transplantacji Szpiku Kostnego.

W bydgoskiej Akademii Medycznej

pojawiają się więc nowe możliwości terapeutyczne dla dzieci i młodzieży, a wkrótce również dla pacjentów dorosłych. Ośrodek posiada 5 stanowisk transplantacyjnych, w tym 3 całkowicie oddzielne jałowe jednostki z oddzielną służą wejściową oraz 2 stanowiska wyposażone w jałowe kabiny z laminarnym przepływem powietrza. Uzupełnieniem Ośrodka jest 2-gabinetowa Poradnia Transplantacji Szpiku Kostnego oraz Pracownia Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej. Powstanie Ośrodka nie byłoby możliwe bez wydatnej pomocy Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, które zajęło się separacją komórek hematopoetycznych z krwi obwodowej oraz ich krioprezervacją (tj. przechowywaniem w ciekłym azocie, w temperaturze -180°C). Ośrodek współpracuje z Regionalnym Centrum Onkologii (Zakład Teleradioterapii), dzięki czemu możliwe jest wykonywanie całkowitego frakcjonowanego napromieniania organizmu, które jest metodą z wyboru w postępowaniu przed przeszczepem dla pacjentów z ostrą białaczką, najczę-

stszym nowotworem wieku dziecięcego i aktualnie najczęstszym wskazaniem do tego zabiegu.

Personel Kliniki odbył szkolenia w kraju (przy czym dr n. med. Jan Styczyński przez 14 miesięcy pracował w Ośrodku Transplantacji Szpiku Kostnego w Poznaniu) oraz Columbia University w Nowym Jorku. Ośrodek posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia na wykonywanie transplantacji szpiku kostnego oraz kontrakt na wykonywanie przeszczepów zarówno autologicznych jak i allogeniczych od dawców rodzinnych. Otwiera to nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów z chorobami nowotworowymi (zarówno hematologicznymi, jak i z guzami litymi), niektórymi schorzeniami hematologicznymi, wrodzonymi błędami metabolicznymi oraz chorobami o charakterze autoimmunologicznym.

*prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki
dr n. med. Jan Styczyński
dr n. med. Robert Dębski
Katedra i Klinika Pediatrii,
Hematologii i Onkologii*

Życia Uczelni

Otwarcie Pracowni Tomografii Komputerowej

23 kwietnia 2003 r., w Katedrze i Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy odbyło się uroczyste otwarcie Pracowni Tomografii Komputerowej. Pracownia mieści się w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. dr. A. Jurasza, przy ul. M. Skłodowskiej - Curie 9.

Wstęgę przecinali zaproszeni goście: Roman Danielewicz, Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, Romuald Kosieniak, Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Wiesław Olszewski, Wiceprzewodniczący Rady Miasta Bydgoszczy, Jan Szopiński, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Dorota Kempka, Senator RP oraz prof. dr hab. med. Danuta Miścicka-Śliwka - JM Rektor AM w Bydgoszczy.

Szpital do tej pory korzystał z czteronastoletniego, przestarzałego i narażonego na ciągłe awarie tomografu. Nowy, czterorzędowy spiralny tomograf firmy Philips, to najnowocześniejszy aparat tego typu. „To cud techniki” - mówi prof. Władysław Lasek, szef Zakładu Radiologii i Diagnostyki Narządowej AM

i dodaje: „Dzięki tomografowi lekarz może zobaczyć wirtualny obraz jam ciała. Możemy wykrywać nawet najmniejsze zmiany patologiczne”. Nowy tomograf posiada szereg funkcji i - dzięki temu - znajdzie o wiele szersze zastosowanie. Daje on bowiem możliwość badania drożności naczyń wieńcowych czy wszczepionych bypassów, a nawet może zastąpić inwazyjną koronarografię. Przy pomocy tego nowoczesnego aparatu możliwe będzie ocenianie naczyń obwodowych aorty oraz tkanki mózgowej. „U chorego możemy teraz wykrywać stany przedzawałowe mózgu i od razu rozpoczynać prawidłowe leczenie farmakologiczne” - mówi prof. Lasek.

Czas badania nowym sprzętem to kilkanaście sekund (stary tomograf wykonywał badanie w ciągu kilkunastu minut). Ma to niebagatelne znaczenie dla komfortu pacjenta. Dla przykładu: badanie jamy brzusznej starym aparatem trwało ok. 3 minut, nowy sprzęt skraca ten czas do 10-15 sekund. Zmniejszeniu uległa również dawka promieniowania rentgenowskiego, na jakie narażony był pacjent podczas badania tomografem.

Pracownia Tomografii Komputerowej



*dr hab. Władysław Lasek, prof. nadzw. AM,
kierownik KZ Radiologii i Diagnostyki
Narządowej*

wej w SPSK im. dr. A. Jurasza będzie otwarta całą dobę, dzięki czemu nowy aparat będzie mógł wykonać około 60 badań dziennie

*na podstawie materiałów zamieszczonych na
stronie Akademii Medycznej w Bydgoszczy
opracowała mgr Monika Kubiak*

orescencji pośredniej (IFA), metodzie immunoenzymatycznej (ELISA) i technice Western blot. Najczęściej wykorzystywana jest metoda ELISA. Jej wadą jest możliwość wystąpienia wyników fałszywie dodatnich.

Metoda Western blot jest stosowana do weryfikacji fałszywie dodatnich wyników testów IFA i ELISA.

U części pacjentów nie udaje się wykryć przeciwciał mimo istniejącego zakażenia krętkiem B.b.. Należy również pamiętać, że wynik dodatni nie oznacza istniejącego zakażenia, gdyż może być oznaką przebytej wcześniej infekcji B.b.. Stąd interpretacja wyników badań serologicznych musi być powiązana z obrazem klinicznym.

W wielu przypadkach wykrywanie DNA krętka przy użyciu polimerazowej reakcji łańcuchowej (PCR) pozwala na jednoznaczne potwierdzenie zakażenia B.b.. Ze względu na wysoką czułość może ona jednak dawać wyniki fałszywie dodatnie. PCR jest szczególnie przydatna w diagnostyce wczesnej krętkowicy kleszczowej przed seropozytywizacją (okienko serologiczne), w przypadkach seronegatywnych, a też dla potwierdzenia skuteczności terapii.

Leczenie

Chory powinien być leczony anty-

biotykami w każdym okresie boreliozy z Lyme. Dobór leku i długość terapii oraz ewentualna konieczność jej powtórzenia, zależy od manifestacji klinicznej choroby. Im wcześniej podjęta zostanie antybiotykoterapia, tym mniejsza jest możliwość rozwoju kolejnego okresu L.d. Najwyższą skuteczność terapii osiąga się we wczesnym okresie choroby. Najczęściej stosuje się penicyliny, tetracykliny i cefalosporyny.

Zapobieganie

Należy unikać ryzyka zetknięcia się z kleszczem używając odpowiedniej odzieży i repelentów. Po powrocie z lasu, łąki itp. powinno się dokładnie skontrolować ciało. W przypadku ekspozycji niezbędne jest usunięcie kleszcza (najlepiej do 24 godzin) za pomocą pęsety lub igły i zdezynfekowanie miejsca ukąszenia.

Pierwszą zaakceptowaną szczepionką dla ludzi przeciwko B.b. jest LYMERix firmy Smith Kline Beecham. Testowana była w USA. Jako antygen wykorzystano w niej białko Osp A. Szczepionkę podawano według schematu 0, 1, 12 miesięcy. Objawy uboczne po jej stosowaniu, które występowały u 0,1% szczepionych to obrzęki stawów, bóle głowy, zmęczenie i miejscowe odczyny skórne. Skuteczność po trzech dawkach wynosiła 76%.

Ze względu na występowanie w Europie trzech genogatków (B.b.sensu

stricto, B.afzelii i B.garinii) różniących się między sobą budową białek strukturalnych, a szczególnie Osp A, skuteczność wyżej wymienionej szczepionki może być tutaj niewystarczająca.

W trakcie badań znajduje się poliwalentna szczepionka z użyciem Ag Osp C izolowanego z B.b.sensu lato.

Do tej pory sądzono, że borelioza występuje w Polsce tylko na terenach tradycyjnie endemicznych tzn.: w rejonie północno-wschodnim i południowo-zachodnim. Obecnie wiadomo, że rozpoznawana jest ona na terenie całej Polski, w tym również na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Z badań przeprowadzonych w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Bydgoszczy wynika, że ranga kliniczna boreliozy wzrasta. Niewykluczone, iż ma to związek z szerzeniem się wśród kleszczy zakażeń borreliami. Ponadto wczesne objawy choroby są często bagatelizowane przez pracowników lasów. Nie wydaje się również, iż znajomość symptomatologii choroby jest wystarczająca wśród lekarzy niezakaźników. W związku z tym w najbliższych latach należy spodziewać się częstszych rozpoznań późnych stadiów boreliozy.

Bibliografia u autora

dr n. med. Dorota Dybowska
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych

Ogólnopolski Dzień Nauki

Depresja problemem współczesnego człowieka

Depresja należy do najczęściej występujących problemów zdrowotnych współczesnych społeczeństw biorąc pod uwagę jej rozpowszechnienie i poważne następstwa. Ranga zaburzeń nastroju jest porównywalna do takich schorzeń jak choroby układu krążenia czy nowotworowe. W ostatnich dekadach obserwuje się zjawisko wzrostu liczby zachorowań na depresję. Dotyka ona co najmniej ponad 3 % populacji, a w krajach wysoko rozwiniętych można tę liczbę podwoić. Zanotowany wzrost częstości depresji oprócz rzeczywistego wzrostu liczby zachorowań to także skutek większej świadomości społecznej oraz rozpowszechnienia kryteriów diagnostycznych wśród lekarzy. Przyczyną może być wydłużenie średniego okresu życia, wzrost szkodliwych czynników depresyjnych społecznych i środowiskowych, obserwowany brak poczucia bezpieczeństwa ze względu na zmiany struktury rodziny i kulturowe. Depresja dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Jej częstość wzrasta z wiekiem człowieka i u osób starszych można ją stwierdzić u większości populacji powyżej 70 roku życia. Najczęściej występuje depresja o łagodnym i umiarkowanym nasileniu i dotyczyć może ponad 10 % populacji. Nadal niepokojącym zjawiskiem jest zbyt mała zgłaszalność osób cierpiących

z powodu zaburzeń nastroju do lekarza. Ponad połowa chorych nie leczy się wcale. Prawie jedna trzecia zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu. O rozmiarze problemu może świadczyć fakt, że pacjenci z depresją dwukrotnie częściej korzystają z porad lekarza ogólnego niż chorzy z tak powszechnymi chorobami jak nadciśnienie czy cukrzyca. Zaburzenia depresyjne niosą ze sobą poważne następstwa medyczne, społeczne i ekonomiczne. Wysoka śmiertelność chorych wiąże się w dużym stopniu z dokonanymi samobójstwami, które stanowią 15 - 25 % przyczyn zgonów w tej grupie pacjentów. Depresja ma także niekorzystny wpływ na przebieg chorób somatycznych. U pacjentów z depresją obserwuje się istotne zaburzenia w układzie immunologicznym i endokrynnym. Depresja zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu. Często jest przyczyną trwałej niezdolności do pracy i prowadzi do poważnych skutków ekonomicznych. Długofalowe koszty wynikające z leczenia, rehabilitacji i negatywnego wpływu na funkcjonowanie chorych przewyższają koszty ekonomiczne takich chorób jak układ krążenia czy nowotwory. Wczesne rozpoznawanie i leczenie depresji może umożliwić pacjentom powrót do pracy zawodowej, zapobiega samobójstwom, poprawia stan somatyczny i jakość życia pacjentów.

Głęboka depresja wiąże się z dotkliwym cierpieniem psychicznym człowieka, negatywnym odbiorem siebie i otaczającego świata, poczuciem beznadziei, przeżywaniem stałego lęku, zamartwianiem się, niekorzystną interpretacją zdarzeń, brakiem wiary w pomoc. Doświadczanie takiego stanu psychicznego trudno porównać z jakąkolwiek inną chorobą. Depresja rzutuje na wszystkie pola działalności człowieka nie pozwalając mu czerpać radości z życia, ograniczając jego twórczość, kontakty międzyludzkie. Nie pozwala wypełniać swoich ról społecznych tak ważnych jak bycie oparciem dla własnych dzieci, partnerem dla współmałżonka. Utrudnia podejmowanie najprostszych decyzji, ogranicza korzystanie z własnego potencjału intelektualnego. Pacjent odwraca się od świata zamykając we własnym bólu, porzuca dotychczasowe zainteresowania, nie jest w stanie przeżywać pozytywnych emocji. Dlatego tak ważne jest rozpowszechnienie wiedzy o objawach depresji i możliwościach jej leczenia wśród ogółu społeczeństwa. Obserwacje ostatnich dekad wykazują, że problem depresji już wkrótce będzie jednym z pierwszych zdrowotnych problemów ludzkości.

dr n. med. Małgorzata Dąbkowska
Katedra i Klinika Psychiatrii

Jubileusz Profesora Waldemara Jędrzejczyka

Kilka niezwykle ważnych okazji złożyło się na piękną uroczystość jaką zorganizowały prof. dr. hab. med. Waldemarowi Jędrzejczykowi – kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy z siedzibą w Toruniu Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu oraz Rotary Club Młyniec Drugi. 70-lecie urodzin Profesora, 45-lecie Jego pracy zawodowej oraz 32 lata od momentu objęcia funkcji ordynatora chirurgii toruńskiego szpitala zostały uwiecznione wspaniałym benefisem, który odbył się w toruńskim Teatrze Wilama Horzycy dnia 29 września br. Pośród znakomitych gości znaleźli się liczni przyjaciele i współpracownicy Profesora. Na uroczystość przybyły władze Akademii w osobach prof. dr. hab. med. Danuty Miścickiej-Słiwki – JM Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy; dr. hab. Stanisława Dąbrowieckiego, prof. AM – Prorektora ds. Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego AM oraz prof. dr. hab. Gerarda Drewy – Dziekana Wydziału Lekarskiego AM. Nie zabrakło również reprezentantów – tak bliskiego Profesorowi – toruńskiego środowiska naukowego z prof. dr. hab. Janem Kopcewiczem – JM Rektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz prof. dr. Marianem Biskupem – Prezesem Toruńskiego Towarzystwa Naukowego na czele. Benefis uświetnili swą obecnością – by wspomnieć tylko o przedstawicielach władz samorządowych i miejskich – Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Waldemar Achramowicz, z-ca Prezydenta Miasta Torunia Zbigniew Fiderewicz oraz poseł na Sejm Rzeczypospolitej Bogdan Lewandowski. Instytucje organizujące uroczystość reprezentowali Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu Andrzej Wiśnicki oraz Prezydent Rotary Club Młyniec Drugi Janusz Budzyński wraz z Mistrzem Ceremonii Jerzym Bańkowskim. Organizatorom – obok uczczenia jubileuszu Profesora – przyświecał szczytny cel pomocy dwóm działającym w mieście hospicjom „Światło” i „Nadzieja”, których przedstawicielki – Pani Janina Mironczuk i Olena Bożemska ogromnie rade z hojności ofiarodawców, nie kryjąc łez wzruszenia składały podziękowania w imieniu swych podopiecznych na ręce Profesora. Dochód z benefisu, który

według organizatorów przekroczył sumę 15 tysięcy złotych, zostanie przeznaczony na zakup urządzeń niezbędnych do dalszego funkcjonowania obu hospicjów.

Główny bohater – beneficjent – Waldemar Jędrzejczyk urodził się 1 stycznia 1933 r. w Skarżysku Kamiennej. Szkołę średnią ukończył w rodzinnym mieście, by w 1952 r. rozpocząć studia na Akademii Medycznej w Białymstoku. W 1959 r. poszukując pracy trafił do Torunia, miasta powiatowego z ogromnymi tradycjami medycznymi. Został asystentem wybitnego chirurga doktora Stefana Myszkę, ordynatora Oddziału Chirurgicznego I Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika. To pod jego boki stawiał pierwsze kroki w trudnej profesji chirurga, on też zaszczepił w przyszłym Profesorze pasję do tej dziedziny medycyny. W 1962 r. zdał egzamin na pierwszy stopień specjalizacji, a pięć lat później – na drugi.

Zainteresowania naukowe zaowocowały pracą doktorską pt. „Operacyjne leczenie zespołów porosekcyjnych w materiałach oddziału chirurgicznego I Szpitala Miejskiego w Toruniu”, którą obronił w Akademii Medycznej w Gdańsku w grudniu 1969 r. Był jedynym asystentem oddziału, który uzyskał stopień naukowy.

W dwa lata później dr med. Waldemar Jędrzejczyk wygrał konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii w nowo powstałym Szpitalu Miejskim nr 2 w Toruniu. Od początku oddział, a potem Klinika reprezentowały działalność o profilu gastroenterologicznym i naczyniowym. Inspirowany pracami R.M. Kirka z Londynu wprowadził na swoim oddziale antrektomię śluzówkową i resekcję śluzówkową żołądka. W kwietniu 1977 r., na podstawie oceny ogólnego dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej pt. „Antrektomia śluzówkowa Kirka w modyfikacji własnej w leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy”, uzyskał stopień doktora habilitowanego w Akademii Medycznej w Poznaniu.

Szukając inspiracji i nowych dróg w chirurgii, przebywał na stażach naukowych w klinikach prof. J. Nielubowicza w Warszawie, prof. Grassiego w Rzymie, w Mary Hitchcock Hospital w Vermont (USA) i w Budapeszcie. Korespondencja z twórcą metody antrektomii śluzówkowej R.M. Kirkiem zaowocowała



stażem klinicznym młodego doktora habilitowanego w Royal Free Hospital w Londynie.

Profesor chętnie włączał się w różnego rodzaju przedsięwzięcia natury organizacyjnej, zwłaszcza na polu towarzystw naukowych. Zarząd Główny Towarzystwa Chirurgów Polskich powierzył mu organizację 49. Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w 1978 r. Odbył się on po raz pierwszy w ośrodku pozaakademickim. W dorobku profesora są również kolejne zjazdy krajowe i międzynarodowe (Sekcja Videochirurgii – 1997, Sympozjum Młodych Europejskich Chirurgów – 1998).

Towarzystwo Chirurgów Polskich zawsze było w centrum zainteresowania Profesora Waldemara Jędrzejczyka. Prezentował swoje doniesienia na zebraniach TChP, przez trzy kadencje pełnił funkcję prezesa Oddziału Bydgosko-Toruńskiego Towarzystwa, był wieloletnim członkiem Zarządu Głównego (5 kadencji). Starał się o podniesienie prestiżu rydygierowskiej korporacji chirurgów. Wśród rozlicznych odznaczeń szczególnie ceni sobie tytuł Honorowego Członka Towarzystwa Chirurgów Polskich (1997).

Ambicja zawodowa, dokonania naukowe nie pozostały niezauważone. Samotny docent w Toruniu stał się przedmiotem zainteresowań akademii medycznych. W latach 1979-1984 w Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego ćwiczenia odbywali studenci Akademii Medycznej w Gdańsku. W 1989 r. związał się na stałe z Akademią Medyczną

w Bydgoszczy. Tworzył początkowo Oddział Kliniczny, a następnie Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, regularnie nauczając studentów IV i V roku medycyny.

W 1989 r. został mianowany na stanowisko docenta, by w kolejnych latach przejść poszczególne szczeble kariery - najpierw jako profesor medycyny (1990), a od 1992 r. – profesor tytułowy. W 1996 r. uzyskał tytuł profesora zwyczajnego. Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy dwukrotnie powierzyła mu stanowisko prodziekana.

Obok licznych sukcesów na niwie zawodowej równie imponujący jest dorobek naukowy Profesora. Lista blisko 300 prac naukowych w periodykach polskich i zagranicznych czeka na opracowanie (nawiasem mówiąc szkoda, że nie została zamieszczona w ostatnim tomie *Acta Medica* Towarzystwa Naukowego w Toruniu poświęconym Profesorowi Jędrzejczykowi). Obok tego Profesor jest

autorem lub współautorem siedmiu monografii, skryptów i książek. W Katedrze i Klinice Profesora obroniono 18 prac doktorskich, 31 chirurgów uzyskało II stopień specjalizacji, 11 z nich zostało ordynatorami oddziałów chirurgii w regionie. Profesor też był opiekunem dwóch prac habilitacyjnych.

Działalność wybitnego chirurga i uczonego, którego dorobek ceniony jest w kraju i za granicą przyniosła wiele kontaktów ze znakomitymi ośrodkami medycznymi Europy i USA. Jako członek Europejskiego Towarzystwa Chirurgii nawiązał kontakty z Getyngą, miastem bliźniaczym Torunia, szkoli asystentów w Rotenburgu, Strasburgu, Monachium i USA. Prowadzi również wspólne badania z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Za swoją pracę uzyskał wiele nagród i odznaczeń: Złoty Krzyż Zasługi (1978), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1996), Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski (1998), Krzyż Koman-

dorski Orderu Odrodzenia Polski (2002).

Warto na zakończenie wspomnieć, iż Profesor Jędrzejczyk jest od 1974 r. członkiem zwyczajnym Towarzystwa Naukowego w Toruniu, a od 1980 r. Przewodniczącym Komisji Nauk Medycznych Towarzystwa, której był głównym organizatorem.

W imieniu Redakcji i Rady Programowej Wiadomości Akademickich Akademii Medycznej w Bydgoszczy składamy zatem Jubilatowi życzenia wielu lat w zdrowiu i pomyślności oraz szeregu dalszych sukcesów na wszystkich polach działalności.

(Biografia Profesora W. Jędrzejczyka została opracowana na podstawie tekstu Marka Jackowskiego, *Profesor Waldemar Jędrzejczyk*, [w:] *Studia Societatis Scientiarum Torunensis*. Vol. 1, nr 6. *Acta Medica*. T. 1, pod red. L. Bieganowskiego i M. Jackowskiego, Toruń 2003, s. 7-9.)

dr Krzysztof Nierzwicki
Dyrektor Biblioteki Głównej
Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Życia Uczelni

Zarządzenia Jej Magnificencji Rektor

ZARZĄDZENIE NR 13/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 21/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Farmaceutycznym:

- 1) w ramach Katedry i Zakładu Biofizyki likwiduję Pracownię Optyki,
- 2) Katedrę i Zakład Biofizyki przekształcam w Katedrę Biofizyki,
- 3) Katedrę i Zakład Fizyki Medycznej przekształcam w Zakład Fizyki Medycznej, który włączam do Katedry Biofizyki,
- 4) w ramach Katedry Biofizyki (F003)1 wyodrębniam:
 - a) Zakład Biofizyki (F003-02)¹,
 - b) Zakład Fizyki Medycznej (F003-03)¹.

§ 2.

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

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 14/03

Rektora Akademii Medycznej im.

Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii, w związku z § 11 ust. 2 „Regulaminu organizacyjnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” (zał. do zarz. nr 3/2000 Rektora Akademii) oraz z uchwałą nr 25/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

W strukturze administracji Akademii tworzę, podległe dyrektorowi administracyjnemu, Stanowisko ds. Zamówień Publicznych (DAM)¹.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dyrektora administracyjnego Akademii.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 15/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z § 11 ust. 2 „Regulaminu organizacyjnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” (zał. do zarz. nr 3/2000 Rektora Akademii) oraz z uchwałą nr 26/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Byd-

goszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych zarządzam, co następuje:

§ 1.

W strukturze administracji Akademii tworzę następujące jednostki, podległe prorektorowi ds. studenckich:

- 1) Biuro Promocji Studentów i Absolwentów (RSP)¹,
- 2) Biuro Informacji Międzynarodowej dla Studentów (RSM)¹.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię prorektora ds. studenckich.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 16/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z § 11 ust. 2 „Regulaminu organizacyjnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” (zał. do zarz. nr 3/2000 Rektora Akademii) oraz z uchwałą nr 28/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych zarządzam, co następuje:

§ 1.

W strukturze administracji Akademii tworzę, podległe rektorowi, stanowisko Audytora Wewnętrznego (RAW)¹.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dyrektora administracyjnego Akademii.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 17/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z § 11 ust. 2 „Regulaminu organizacyjnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” (zał. do zarz. nr 3/2000 Rektora Akademii) oraz z uchwałą nr 29/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Stanowisko Radcy Prawnego przekształcam w podległe rektorowi Biuro Radców Prawnych (RBR)¹.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 18/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 06 czerwca 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z § 11 ust. 2 „Regulaminu organizacyjnego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” (zał. do zarz. nr 3/2000 Rektora Akademii) oraz z uchwałą nr 30/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 22 kwietnia 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

W strukturze administracji Akademii, Sekcję Księgowości przekształcam w Dział Księgowości (KWD)¹.

§ 2.

Odpowiedzialnym za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dyrektora administracyjnego Akademii.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 21/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 30 czerwca 2003 r.

w sprawie zaocznych studiów doktoranckich.

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii, art. 37 ust. 4 oraz 6 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w za-

kresie sztuki (Dz. U. Nr 65 poz. 595) oraz § 2 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 1991 r. w sprawie studiów doktoranckich i stypendiów naukowych (Dz. U. Nr 58 poz. 249 z późn. zm.)

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, obok dziennych studiów doktoranckich tworzę zaoczne studia doktoranckie.

§ 2.

Zaoczne studia doktoranckie trwają 4 lata.

§ 3.

1. Nadzór nad działalnością zaocznych studiów doktoranckich sprawuje Rada Wydziału Lekarskiego.
2. Program zaocznych studiów doktoranckich oraz regulamin studiów ustala Rada Wydziału Lekarskiego, określając liczbę godzin, zajęć obowiązkowych, liczbę obowiązkowych egzaminów i zaliczeń, obowiązkowy wymiar zajęć dydaktycznych, w których prowadzeniu powinien brać udział oraz które powinien prowadzić samodzielnie uczestnik studiów doktoranckich.
3. Program zaocznych studiów doktoranckich oraz regulamin studiów zatwierdza rektor.
4. Rada Wydziału Lekarskiego ustala szczegółowe warunki rekrutacji na zaoczne studia doktoranckie.

§ 4.

1. Zaocznymi studiami doktoranckimi kieruje kierownik studiów doktoranckich powoływany przez rektora spośród osób posiadających tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego, zatrudnionych na Wydziale Lekarskim.
2. Obsługę administracyjną zaocznych studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim prowadzi dziekanat Wydziału Lekarskiego.

§ 5.

Odpowiedzialnymi za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekana Wydziału Lekarskiego oraz kierownika studiów doktoranckich.

§ 6.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 25/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 03 września 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 56/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 25 lipca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Na Wydziale Nauk o Zdrowiu tworzę Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii (P045)².

§ 2.

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

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 05 września 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 26/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 03 września 2003 r.

w sprawie zmian organizacyjnych

Na podstawie: § 15 ust. 3 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 57/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 25 lipca 2003 r. w sprawie zmian organizacyjnych

zarządzam, co następuje:

§ 1.

Ze struktury Wydziału Nauk o Zdrowiu wyłączam Katedrę i Zakład Andrologii Klinicznej (P024), którą przenoszę na Wydział Lekarski (nowy symbol jednostki L051).

§ 2.

Odpowiedzialnymi za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię dziekanów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału Lekarskiego, odpowiednio do zakresów ich działania.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 05 września 2003 r.

ZARZĄDZENIE NR 27/03

Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 03 września 2003 r.

w sprawie zmiany nazwy specjalności medycyna ratunkowa w ramach kierunku studiów zdrowie publiczne.

Na podstawie: § 30 Statutu Akademii w związku z uchwałą nr 58/2003 Senatu Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 25 lipca 2003 r. w sprawie zmiany nazwy specjalności medycyna ratunkowa w ramach kierunku zdrowie publiczne

zarządzam, co następuje:

§ 1.

W ramach prowadzonego na Wydziale Nauk o Zdrowiu kierunku studiów zdrowie publiczne zmienia się nazwę specjalności medycyna ratunkowa na: ratownictwo medyczne.

§ 2.

Odpowiedzialnymi za wprowadzenie w życie postanowień niniejszego zarządzenia czynię prorektora ds. studenckich oraz dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu, odpowiednio do zakresów ich działania.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 5 września 2003 r.

opracował mgr Tomasz Ossowski

Inauguracja Roku Akademickiego

Inauguracja roku akademickiego 2003/2004

Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2003/2004 rozpoczęła się 30 września 2003 roku o godz. 12:00 w auli bydgoskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera przy ul. Jagiellońskiej 13. Przy dźwiękach poloneza na salę wkroczył Senat, wprowadzono sztandar Uczelni i z towarzyszeniem chóru akademickiego odśpiewano hymn państwowy. Następnie Jej Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy, prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka powitała zgromadzonych gości, szczególnie serdecznie witając: Jego Ekscelencję Księdza Arcybiskupa prof. dr. hab. Henryka Muszyńskiego, Metropolite Gnieźnieńskiego; Przedstawiciela Ministra Zdrowia w osobie pani Elżbiety Biłobran-Uberman, Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia; pana Romualda Kosieniaka, Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego, pana Waldemara Achramowicza, Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pana Konstantego Dombrowicza, Prezydenta Miasta Bydgoszczy; panią Felicję Gwińcińską, Przewodniczącą Rady Miasta Bydgoszczy, przedstawicieli Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego - pana Marka Domżałę reprezentującego Lucynę Andrusiak, Przewodniczącą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz pana Zygmunta Kwiatkowskiego, Wiceprzewodniczącego Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego; a ponadto pana Henryka Baumgarta, Przewodniczącego Rady Powiatu Bydgoskiego; pana Piotra Myszkiera, Wicestarostę Bydgoskiego; pana Mirosława Krajewskiego, Wiceprezydenta Miasta Włocławka; Rektorów Wyższych Uczelni Regionu w osobach: prof. dr. hab. Jana Kopcewicza, Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu,

prof. dr. hab. Adama Marcinkowskiego, Jego Magnificencji Rektora Akademii Bydgoskiej, prof. dr. hab. Zbigniewa Skindera, Jego Magnificencji Rektora Akademii Techniczno-Rolniczej w Bydgoszczy oraz prof. Marię Murawską, Prorektora ds. Dydaktycznych Akademii Muzycznej w Bydgoszczy. Ze szczególną serdecznością prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka powitała byłych rektorów naszej Uczelni: prof. dr. hab. Jana Domaniewskiego (rektor w latach 1984-1990 i 1996-2002) oraz prof. dr. hab. Józefa Kałużnego (rektor w latach 1990-1996). W powitaniu nie zapomniała również o panu Ryszardzie Ziętku, Dyrektorze Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; przedstawicielce Komendanta Wojewódzkiego Policji w osobie pani Komendant Barbary Hordik-Piażdeckiej; jak również przedstawicielach Izby Lekarskich i Pielęgniarskich Regionu, Dyrektorach Szpitali Regionu i członkach Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. dr. A. Jurasza, przedstawicielach duchowieństwa, towarzystw naukowych i placówek kulturalnych; jednostek służby zdrowia oraz zakładów pracy i instytucji finansowych Regionu; wojska, policji i prokuratury; przedstawicielach lokalnej prasy, radia i telewizji oraz wszystkich gościach przybyłych na uroczystość.



Immatrykulacja studentów I roku, którzy osiągnęli najlepsze wyniki na egzaminach wstępnych

Pracowni Tomografii Komputerowej czy Ośrodka Transplantacji Szpiku Kostnego, poświęciła kilka słów wyróżnionym pracownikom Akademii Medycznej, wspomniała tych, którzy odeszli od nas w czasie minionego roku oraz wypunktowała plany dalszego rozwoju Akademii, omawiając nowe cele i perspektywy Uczelni.

Po Jej Magnificencji Rektor zabrał głos Jego Ekscelencja Ksiądz Arcybiskup prof. dr. hab. Henryk Muszyński, Metropolita Gnieźnieński a następnie kolejni zaproszeni goście. Na koniec z kilkoma słowami otuchy dla nowo przyjętych studentów pierwszego roku wystąpił przedstawiciel Samorządu Studenckiego – pan Tomasz Derkowski.

Chwilę później Prorektor ds. Studentów, dr hab. n. med. Bronisław Grzegorzewski, prof. nadzw. AM rozpoczął uroczystą immatrykulację studentów I-go roku, którzy zdobyli najwyższą ilość punktów na egzaminach na wybrane przez siebie kierunki. Studentka, która najlepiej zdała egzaminy wstępne, pani Anna Kłosińska została oddelegowana jako przedstawiciel naszej Uczelni na uroczystość Centralnej Inauguracji Roku Akademickiego 2003/2004 Uczelni Medycznych w Polsce. Pozostali studenci, którzy zdobyli najwyższą ilość punktów to: na Wydziale Lekarskim: Ewa Piwowarska (kierunek lekarski) oraz Edyta Rychlicka (kierunek biotechnologia); na Wydziale Farmaceutycznym: Anna Tarnowska (kierunek analityka medyczna) oraz Dobrochna Madejek i Agnieszka Paschilke (kierunek farmacja), a na Wydziale Nauk o Zdrowiu: Aleksandra Piekus (kierunek pielęgniarstwo), Szymon Katafias (kierunek zdrowie publiczne) i Adam Bakalarz (kierunek fizjoterapia).



Rektorzy wyższych uczelni regionu.

W przemówieniu inauguracyjnym Jej Magnificencja Rektor prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka podkreśliła znaczenie przyznanych naszej Uczelni 5-letnich, a więc najdłuższych z możliwych, akredytacji na kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia, pokrótce podsumowała ostatnie wydarzenia z życia Uczelni i Szpitala Klinicznego, m. in. otwarcie



Nagrodzeni Medalem za Zasługi dla Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Aktu Immatrykulacji dokonała Jej Magnificencja Rektor w otoczeniu Dziekanów i Prorektorów.

Po wysłuchaniu odśpiewanej przez chór pieśni „Gaude Mater Polonia” prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą przedstawiła osoby uhonorowane medalami, nagrodami i stypendiami.

W tym roku decyzją Kapituły Uczelni „Medale za zasługi dla Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy” otrzymali: prof. dr hab. Józef Kałużny, prof. zw. AM oraz prof. dr hab. Stanisław Betlejewski, prof. zw. AM.

Nagrodę Naukową Ministra Zdrowia, którą wręczyła pani Elżbieta Biłobran-Uberman, Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia, otrzymał dr n. tech. Grzegorz Bazylak za cykl trzech prac na temat zintegrowanego systemu chromatografii cieczowej i detekcji potencjometrycznej do wyznaczania charakterystyki farmakologicznej leków hipotensyjnych i związków lizosomotropowych.

Z kolei Fundacja na Rzecz Onkologii przyznała nagrodę dr n. biol. Celestynie Mili-Kierzenkowskiej za pracę doktorską pt. „Wpływ promieniowania gamma na enzymatyczny potencjał antyoksydacyjny w krwinkach czerwonych u chorych z rakiem szyjki macicy”.

Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska poinformowała zgromadzonych gości o wynikach III Edycji Nagród Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego za rok 2002. W dziedzinie nauka i postęp techniczny nagrodę Marszałka otrzymał zespół Katedry i Zakładu Biologii Medycznej w składzie: prof. dr hab. Gerard Drewa, dr Alina Woźniak i dr Tomasz Drewa, za cykl prac dotyczących roli produktów peroksydacji lipidów oraz aktywności przebiegu choroby nowotwo-

rowej u ludzi i zwierząt oraz wpływu na osiągnięcia sportowe kajakarzy Kadry Olimpijskiej. Natomiast w dziedzinie ochrona zdrowia nagrodę uzyskał zespół Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii w składzie: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, dr Anna Szaflarska-Szczepanik, dr Andrzej Chrobot, dr Ewa Łoś-Rycharska,

dr Agnieszka Chrobot, za trzy programy terapeutyczne: Program diagnostyki i leczenia dzieci z chorobą trzewną, Program leczenia dzieci z przewlekłymi wirusowymi zapaleniami wątroby typu B i C oraz Program diagnostyki i leczenia dzieci z refluksem żołądkowo-przełykowym. W tej samej dziedzinie otrzymał wyróżnienie dr hab. Jacek Kubica, prof. nadzw. AM, kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych za Program leczenia ostrego zawału serca metodą pierwotnej angioplastyki.

Trzykrotnym stypendium uhonorowany został dr Daniel Gackowski z Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej. Otrzymał on stypendium Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, stypendium Prezydenta Miasta Bydgoszczy za 2002 rok dla wybitnych młodych naukowców, a także specjalne stypendium w postaci wyjazdu do zachodniej placówki badawczej, sponsorowane przez firmę Novartis i Fundację Wspierania Polskiej Nauki i Medycyny, ufundowane w ramach programu stypendialnego tygodnika „Polityka” pod hasłem „Zostańcie z nami”.

Srebrną Statuetką NIKE w Ogólnopolskim Konkursie Nagrody „Allianz 2002 – Kultura, Nauka, Media” wyróżniono prof. dr hab. Ryszarda Olińskiego, prof. zw. AM, kierownika Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej.

Stypendia Ministra Zdrowia na rok akademicki 2003/2004 przypadły w udziale: Jolancie Dobber, Monice Richeri, Dominice Bożiłow i Krzysztofowi Czyżewskiemu. Prorektor ds. Studenckich; dr hab.

n. med. Bronisław Grzegorzewski, prof. nadzw. AM przekazał również nagrody za najlepsze wyniki w nauce dla: Aleksandry Srokosz (kierunek zdrowie publiczne), Anety Dowbór (kierunek pielęgniarstwo), Renaty Bursy (kierunek farmacja), Joanny Kwiecińskiej (kierunek analityka medyczna), Tomasza Bogiela (kierunek biotechnologia), Anety Cieplik (kierunek fizjoterapia) i Magdaleny Piątkowskiej (kierunek lekarski).

Jako novum przyznano nagrody za działalność na rzecz organizacji studenckich. I tak nagrodę za działalność na rzecz Studenckiego Towarzystwa Naukowego otrzymał Krzysztof Czyżewski, za działalność na rzecz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny – Monika Richert, za działalność na rzecz Samorządu Studenckiego – Tomasz Derkowski a za działalność na rzecz Akademickiego Zespołu Sportowego – Małgorzata Żubka, Karolina Nowakowska i Zygmunt Siedlecki.

Po zakończeniu części oficjalnej zebrani w auli Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy wysłuchali interesującego, multimedialnego wykładu inauguracyjnego wygłoszonego przez prof. dr hab. n. med. Heliodora Kasprzaka, prof. nadzw. AM, a zatytułowanego „Postępy w neurochirurgii”.

Na zakończenie JM Rektor, prof. dr



Inaugurację uświetnił występ chóru Akademii Medycznej

hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka podziękowała gościom za przybycie, profesorowi Kasprzakowi za przykuwający uwagę wykład, a chórowi za uświetnienie uroczystości i poprosiła o wyprowadzenie sztandaru. Uroczystą inaugurację roku akademickiego 2003/2004 zakończyła odśpiewana przez chór akademicki pieśń „Gaudeamus Igitur”. Senat opuścił aulę.

*mgr Monika Kubiak
Biblioteka Główna*

Ogólnopolski Dzień Nauki

Ogólnopolski Dzień Nauki

W kwietniu bieżącego roku zorganizowaliśmy Festiwal Nauki Medicaia 2003 prezentujący dotychczasowe osiągnięcia pracowników naukowych naszej Akademii, możliwości i potencjał naukowy bydgoskiego medycznego środowiska akademickiego. Formuła festiwalu

się do organizowanego przez Ministerstwo Nauki i Sportu Ogólnopolskiego Dnia Nauki. Dnia 20 września 2003 czekaliśmy na młodzież szkół ponadpodstawowych, którą chcieliśmy zainteresować ofertą naukową i dydaktyczną naszej uczelni.



Punkt informacyjny Ogólnopolskiego Dnia Nauki

i jego oferta okazały się na tyle atrakcyjne, że skupiły na zajęciach festiwalowych około pięć tysięcy mieszkańców Bydgoszczy i województwa kujawsko-pomorskiego. Korzystając ze sprawdzonych doświadczeń postanowiliśmy przyłączyć

się do organizowanego przez Ministerstwo Nauki i Sportu Ogólnopolskiego Dnia Nauki. Dnia 20 września 2003 czekaliśmy na młodzież szkół ponadpodstawowych, którą chcieliśmy zainteresować ofertą naukową i dydaktyczną naszej uczelni.

Tym razem zorganizowaliśmy sześć warsztatów tematycznych, które odbywały się cyklicznie. Największym zainteresowaniem cieszyła się *Reanimacja bez tajemnic* oraz warsztat zorganizowany przez pracowników Katedry i Zakładu Patofizjologii *Dlaczego krew jest darem życia?* Swoje możliwości zaprezentowała również Biblioteka Główna Akademii, gdzie uczestnicy war-

warsztatach przedstawiono również rolę i zadania współczesnej medycyny sądowej.

Drugą część ogólnopolskiego Dnia Nauki wypełniły interesujące wykłady. *Jak przeżyć zawał serca*, wygłoszony przez prof. dr. hab. n. med. Jacka Kubicę, *Nowe możliwości w neurochirurgii* autorstwa prof. dr. hab. n. med. Heliodora Kasprzaka. Fakty i kontrowersje dotyczące alergii pokarmowej omówił dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi, prof. nadzw. AM, a o przypadkowych, ale szczęśliwych odkryciach w okulistyce opowiedziała dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska. W ciekawy sposób o depresji mówiła dr n. med. Małgorzata Dąbrowska, a dr n. med. Dorota Dybowska przedstawiła niebezpieczną chorobę odkleszczową jaką jest borelioza.

Zdaniem Przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego, Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionki-Szaflarskiej kolejne święto nauki okazało się sukcesem zarówno organizacyjnym jak również istotnym wydarzeniem popularyzatorskim. Na następny dzień nauki prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska zaprasza wszystkich zainteresowanych już za rok.

Komitet Organizacyjny
Ogólnopolskiego Dnia Nauki

Ogólnopolski Dzień Nauki

Warsztaty „Biblioteka Główna – możliwości działania”

W sobotę 20 września 2003 roku w ramach Ogólnopolskiego Dnia Nauki w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy odbyły się warsztaty zatytułowane „Biblioteka Główna – możliwości działania”. Zajęcia biblioteczne były jednym z kilku seminariów, jakie tego dnia oferowała nasza Uczelnia. Większość z warsztatów miała miejsce w budynku audytoryjnym, w którym mieści się Biblioteka Główna, tym łatwiej było więc zgromadzić na nich wszystkich zainteresowanych.

Niestety, w przeciwieństwie do cieszących się sporą popularnością warsztatów z reanimacji, psychiatrii czy biofizyki zajęcia w Bibliotece przyciągnęły o wiele mniejszą liczbę chętnych. W czterech warsztatach zaplanowanych w godzinnych odstępach od godz. 10:00 wzięła udział zaledwie garstka zainteresowanych, jedynie ostatnie zajęcia od godz. 13:00 do 13:45 zgromadziły ponad 20 osób, a nawet przeciągnęły się poza wyznaczone im ramy czasowe.

W części pierwszej warsztatów prowadząca zajęcia mgr Monika Kubiak w kilku słowach przybliżyła zebranym sposób

działania i specyfikę Biblioteki Głównej Akademii Medycznej, zapoznała ze zbiorami (druki zwarte, czasopisma, zbiory specjalne), sposobami przeszukiwania zasobów bibliotecznych (tradycyjne katalogi kartkowe oraz najczęściej wykorzystywane katalogi komputerowe), jak i korzystania z materiałów bibliotecznych (możliwość wypożyczenia dla studentów Akademii Medycznej oraz pracowników służby zdrowia, a także dostępne dla wszystkich zainteresowanych korzystanie z nich na miejscu, w Czytelnii Ogólnej bądź Czytelnii Czasopism Bieżących). Podkreśliła znaczenie całkowitego skomputeryzowania Biblioteki Głównej i wszystkich jej Działów (Gromadzenia, Udostępniania Zbiorów, Informacyjno-Bibliograficznego) oraz udogodnień stworzonych z myślą



Zajęcia w Pracowni Komputerowej

o czytelnikach (natychmiastowa realizacja zamówień bez konieczności dłuższego oczekiwania na realizację rewersów, legitymacje i większość księgozbioru opatrzone kodami kreskowymi, co zdecydowanie skraca czas obsługi pojedynczego czytelnika). Wspominając o perspektywach rozwoju Biblioteki, prowadząca warsztaty nie zapomniała poinformować o planowanym zakupie nowego programu

bibliotecznego HORIZON, który powinien w większym jeszcze stopniu ułatwić czytelnikom korzystanie z Biblioteki (nowy program przewiduje m.in. możliwość sprawdzenia własnego konta i zamówienia określonych pozycji książkowych on-line).

W części drugiej warsztatów, która odbywała się w Pracowni Komputerowej Biblioteki Głównej na pierwszym piętrze budynku audytoryjnego, prowadząca zajęcia przedstawiła możliwości związa-

ne z szeroko pojętą siecią internetową, a przede wszystkim z korzystaniem ze specjalistycznych baz bibliograficznych i pełnotekstowych. Zgłębianie tajników korzystania z baz okazało się najbardziej interesujące i przykuwające uwagę zgromadzonych na warsztatach. Dokładne omówienie właściwości i sposobów wykorzystania trzech najważniejszych bibliograficznych baz biomedycznych – Medline, Embase i Polskiej Bibliografii Lekarskiej oraz kilku zaprenumerowanych przez Bibliotekę obcojęzycznych baz pełnotekstowych (EBSCO, ProQuest, SpringerLink) okazało się najciekawszym punktem programu. Uczestnicy warsztatów wspólnie doszli do wniosku, że ideałem Biblioteki byłaby taka, która umożliwia użytkownikowi natychmiastowe dotarcie do pełnych tekstów

szukanych artykułów, a zatem przyszłość bibliotek naukowych stanowić będą, oprócz dostępnych na miejscu zbiorów własnych, bazy pełnotekstowe czyli tzw. czasopisma elektroniczne. Wyrażono także żal z powodu braku polskiej pełnotekstowej bazy medycznej, która, miejmy nadzieję, kiedyś powstanie. Zainteresowanie zgromadzonych sprawiło, że spotkanie przeciągnęło się nieco poza zaplanowane ramy czasowe, a ponieważ z uwagi na kolejne wykłady w ramach Ogólnopolskiego Dnia Nauki, musiało dobiec końca, pozostawiło u zainteresowanych pewne uczucie niedosytu. Dlatego też na zakończenie prowadząca warsztaty nie omieszczała zaprosić wszystkich chętnych na szkolenia indywidualne do samej Biblioteki, jak i Pracowni Komputerowej.

Podsumowując warsztaty „Biblioteka Główna – możliwości działania”, można stwierdzić, że o ile smuci niewielka liczba osób, które wzięły udział w zajęciach bibliotecznych, z pewnością cieszy żywe zainteresowanie i zaangażowanie tych, którzy postanowili z nich skorzystać.

*mgr Monika Kubiak
Biblioteka Główna*



Warsztaty w Bibliotece Głównej - katalogi komputerowe i tradycyjne

Ogólnopolski Dzień Nauki

Borelioza – niebezpieczna choroba odkleszczowa

Borelioza z Lyme (L.d.) jest przenoszona przez kleszcze wielonarządową chorobą cechującą się fazowym przebiegiem i polimorfizmem objawów. Wywołuje ją krętek *Borrelia burgdorferi* (B.b.), który występuje głównie na półkuli północnej.

Pierwsze dane dotyczące tej choroby pochodzą z końca XIX wieku. Następnie w 1909 roku Afzeliusz, a kilka lat później Lipschutz, przedstawili u pacjentów zmianę skórą o charakterze erythema migrans (EM) i powiązali ją z ukąszeniem kleszcza. W kolejnych latach Garin, Bujadoux i Hellerstrom opisali zespoły neurologiczne u chorych z EM. W latach czterdziestych Bannwarth przedstawił pacjentów z limfocytarnym zapaleniem opon mózgowo – rdzeniowych, któremu towarzyszyło porażenie nerwów czaszkowych oraz bolesny zespół wielokorzeniowy (meningoradiculoneuritis - zespół Bannwartha). Połączył on te objawy z wcześniejszym ukąszeniem przez kleszcza. W 1975 roku w miejscowości Old Lyme w stanie Connecticut w USA opisano epidemię zapalenia stawów. W wyniku przeprowadzonych przez Steere'a badań epidemiologicznych i klinicznych ustalono związek tych zachorowań z ugryzieniem przez kleszcza i wystąpieniem zmian skórnych. Od nazwy miasta jednostkę tę nazwano chorobą z Lyme.

Pierwsze przypadki w Polsce zostały opisane przez Januszkiewicza i Kiedę w 1987 roku na Pomorzu Zachodnim. Od 1996 roku borelioza podlega obowiąz-

kowi zgłaszania i rejestracji.

Podstawowym wektorem B.b. są kleszcze z rodzaju *Ixodes*. Istotne jest, że krętki utrzymują się w kleszczach przez wiele pokoleń, gdyż są przekazywane transstadialnie i transovarialnie. Zakażeniu ulegają również pobierając krew od zainfekowanego zwierzęcia. Aktywność biologiczna kleszcza rozpoczyna się w marcu, a kończy w październiku.

Człowiek jest przypadkowym żywicielem kleszcza. Zwraca uwagę ryzyko narażenia na kontakt z zakażonym kleszczem nie tylko w skupiskach leśnych, lecz również na terenach rekreacyjnych miast. Zakażone B.b. kleszcze stwierdzono na terenach rekreacyjnych m.in. Poznania i Trójmiasta. Stwarza to duże zagrożenie epidemiologiczne. Podstawowy rezerwuar B.b. stanowią ssaki wolno żyjące, ssaki domowe, a także ptaki, które głównie powodują rozprzestrzenianie się krętka na nowe obszary.

Etiologia

Czynnikiem etiologicznym krętkowicy kleszczowej jest *Borrelia burgdorferi*, wyizolowana w 1982 roku przez Burgdorfera i Borboura. Należy ona do rodziny *Spirochaetaceae*, rzędu *Spirochaetales*. Jest to bakteria Gram ujemna, kształtu spiralnego długości 10-30 µm i grubości 0,2-0,3 µm. Zbudowana jest z ciała komórkowego, organu lokomocyjnego i błony zewnętrznej.

Genom krętka składa się z liniowego chromosomu zawierającego DNA oraz plazmidów liniowych i kolistych, na

których kodowana jest informacja o zewnętrznych białkach błonowych Osp A, Osp B i Osp C.

B.b. zawiera co najmniej 30 różnych białek, które są rozmieszczone we wszystkich strukturach komórki. Część z tych białek ze względu na swoją znaczną immunogenność została wykorzystana w sero-diagnostyce i w pracach nad szczepionką.

Analiza DNA omawianego krętka pozwoliła na wyodrębnienie 10 gatunków *Borrelia burgdorferi sensu lato* (B.b.s.l.). Do tej pory za czynniki etiologiczne L.d. u ludzi uważane są B.b.sensu stricto, B.garinii i B.afzelii. Z zakażeniem określonym genogatunkiem wiąże się różna manifestacja kliniczna krętkowicy kleszczowej. EM obserwowano po zakażeniu wszystkimi szczepami patogennymi dla człowieka. B.garinii wywołuje głównie neuroboreliozę, B.afzelii acrodermatitis chronica atrophicans, a B.b.sensu stricto głównie postać stawową L.d.. W Europie najczęściej izolowana jest B.afzelii i B.garinii, w Ameryce Północnej B.b.sensu stricto.

Patogeneza

Wiedza na temat patogeny boreliozy jest, jak dotychczas fragmentaryczna. W rozwijaniu się zakażenia, w jego początkowym okresie nie bez znaczenia jest ślina kleszcza, która poza właściwościami znieczulającymi zawiera składniki hamujące rozwój miejscowych reakcji zapalnych. Ten immunosupresyjny efekt utrzymuje się przez 4-5 dni. Po 24-48 godzinach dochodzi do zakażenia czło-

wieka. Infekcja utrzymuje się miejscowo przez określony czas, po czym może ulec zwalczeniu lub rozprzestrzenić się do różnych narządów.

Istotną rolę w powstawaniu reakcji zapalnej oraz w jej nasileniu odgrywają komórki śródbłonka aktywowane przez bakterię. Dochodzi do zwiększonej migracji krwinek białych oraz przechodzenia ich do tkanki okołonaczyniowej, gdzie tworzą naciek leukocytny. Niektórzy badacze uważają, że zjawisko to odgrywa główną rolę w przewlekaniu się procesu zapalnego wywołanego przez B.b.

Przetwarzaniu zakażenia sprzyja m.in. zmienność morfologiczna B.b.. Wykazano, że w środowisku niekorzystnym zachodzi jej transformacja z formy ruchliwej, spiralnej do nieruchomej, o zanikowej aktywności metabolicznej (forma sferoplastyczna). W warunkach niekorzystnych dochodzi także do tworzenia pęcherzyków („blebbing”), które nie posiadają zdolności powrotu do form wegetatywnych. Uważa się, że obydwie te postaci są odpowiedzialne za utrzymywanie się stymulacji antygenowej, oporności na niektóre antybiotyki oraz występowania w przebiegu boreliozy okresów latencji i zaostrzeń. Przewlekanie się zakażenia krętkiem może być przyczyną zjawisk autoimmunologicznych. W patogenezie boreliozy z Lyme stwierdzono udział wielu autoprzeciwciał.

Obraz kliniczny

Obraz L.d. jest zróżnicowany i zależy od stadium choroby oraz zajętych narządów i układów. Powszechnie akceptowany podział kliniczny (wg Asbrinka i Hovmarka) obejmuje boreliozę wczesną, która dzieli się na stadium ograniczone i rozsiane oraz boreliozę późną, charakteryzującą się przewlekłą manifestacją choroby.

Stadium wczesne ograniczone

· *Erythema migrans (EM)* występuje u 40-80% chorych. Najkrótszy okres wylegania wynosi 24 godziny a najdłuższy 8 tygodni. Zmiana skórna może się utrzymywać do około 14 miesięcy (średnio 1 miesiąc). Wdrożenie leczenia w tym okresie powoduje jej ustąpienie po kilku dniach.

Początkowo pojawia się ona jako grudka lub plamka, która rozszerza się obwodowo w postaci pierścienia ulegając jednocześnie przejaśnieniu w środku zmiany. Może nie dawać dolegliwości, jednak w części przypadków chory odczuwa świąd lub pieczenie w obrębie zmiany skórnej. Czasami pojawia się powiększenie węzłów chłonnych oraz objawy grypopodobne, gorączka lub stany podgorączkowe. EM może być jedyną manifestacją choroby (30%).

· *Lymphadenitis benigna cutis (LBC)* - to łagodna zmiana w skórze lub tkance podskórnej występująca w tym samym czasie co EM lub później. Pojawia się w ciągu kilku tygodni do około roku po ekspozycji. Utrzymuje się od kilku miesięcy do kilku lat. Po antybiotykoterapii zmiany te szybko ustępują.

LBC ma wygląd sinawo-czerwonej

niebolesnej grudki lub nacieku guzowatego o średnicy od 1 do 5 centymetrów. Może być zmianą pojedynczą lub rozsianą. U dzieci lokalizuje się głównie na płatu usznym, u dorosłych w okolicy sutka lub pachy. Może jej towarzyszyć powiększenie węzłów chłonnych.

Od 20 do 40% osób z L.d. nie prezentuje objawów związanych z pierwszym okresem a choroba ujawnia się u nich symptomami związanymi z rozsiewem krętka.

Stadium wczesne rozsiane

Okres ten obejmuje objawy związane z rozsiewem krętka drogą krwionośną lub limfatyczną. W tym czasie pojawiają się przeciwciała przeciw B.b. w klasie IgM, których poziom osiąga szczyt między 3 a 6 tygodniem choroby. Stopniowo narasta stężenie przeciwciał w klasie IgG. Występują tu objawy ogólne o charakterze nawracającym, do których należą: osłabienie, męczliwość, wędrujące bóle kostno - stawowe i mięśniowe.

· *Rumień rozsiany* jest zmianą skórą pojawiającą się w ok. 20-50% przypadków. Stanowią go najczęściej ogniska wtórne, mniejsze od zmiany pierwotnej, rzadko rozlana osutka pokrzywkowa.

· Objawy *neuroboreliozy* występują w 15-29% przypadków (105). Pojawiają się one po kilku tygodniach od zakażenia. Za najwcześniejszą manifestację choroby układu nerwowego uważa się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, często z porażeniem nerwów czaszkowych (najczęściej twarzowego) oraz bóle korzeniowe, co składa się na obraz zespołu Bannwartha (meningoradiculoneuritis).

Łagodne encefalopatie są kolejnym częstym zaburzeniem występującym w tym okresie. Charakteryzują się one rozdrażnieniem, sennością, ubytkami pamięci, zaburzeniami szybkości myślenia i trudnościami koncentracji.

· Boreliozowe zapalenie stawów (*Lyme arthritis - L.a.*) jest kolejną manifestacją boreliozy rozsianej. Okres wylegania w tym przypadku wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Proces chorobowy najczęściej obejmuje jeden lub kilka tzw. dużych stawów. W 95% przypadków jest to staw kolanowy. Staw zajęty procesem zapalnym jest bolesny, obrzęknięty, ucieplony, często z zaczerwienieniem skóry tej okolicy. Dolegliwościom tym towarzyszyć mogą bóle mięśni i stany zapalne ścięgien. Choroba przebiega rzutami z okresami pełnej remisji. Rzadko występują symetryczne zajęcia stawów.

· *Boreliozowe zapalenie serca (Lyme carditis - L.c.)* występuje u około 8-10% pacjentów. Choroba pojawia się po kilku tygodniach od wystąpienia rumienia wędrującego, najczęściej w postaci zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo-komorowego i śródkomorowego, rzadziej zapalenia osierdzia i/lub wsierdza. Mogą one mieć charakter nawracający. W części z tych przypadków borelioza prowadzi do łagodnej niewydolności serca i kardiomiopatii rozstrzeniowej.

Z niektórych biopłatów mięśnia sercowego udało się wyhodować krętka.

Późna borelioza z Lyme

W tej fazie choroby objawy pojawiają się po miesiącach lub latach i dotyczą głównie skóry, stawów i układu nerwowego.

· *Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)* - występuje u około 10% chorych. Przebiega w dwóch fazach: wczesnej (zapalenie i obrzęk skóry) i późnej (zanik skóry). Najczęściej dotyczy wyprostnych powierzchni kończyn (głównie dolnych), rzadziej tułowia i twarzy. Początkowo dochodzi do pojawienia się sinawoczerwonych plam, czasami obrzęku. Niekiedy towarzyszą im ból, świąd i przeczulica. W okresie późniejszym dominuje ścięczenie naskórka i hiperpigmentacja. Mogą wystąpić owrzodzenia i stwardnienia zajętej okolicy. ACA występuje u chorych w Europie, wyjątkowo w Ameryce Północnej. Warunkiem pojawienia się tej zmiany jest istnienie aktywnej infekcji B.b. w skórze.

· *Zapalenie stawów* dotyczy 10% pacjentów z L.d.. Zazwyczaj nie obserwuje się żadnych zmian miejscowych a jedynie bolesność przy ruchach. Choroba przebiega z okresami zaostrzeń i remisji. W tym okresie dochodzi do erozji chrząstki i kości.

· *Neuroborelioza późna* obejmuje obwodową neuropatię, przewlekłe zapalenie mózgu i rdzenia, łagodną encefalopatię, zapalenie naczyń mózgowych.

W przypadku zapalenia mózgu i rdzenia obserwuje się tetra- lub paraparezę spastyczną, dyzartrię, ataksję, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, polineuropatię czuciową, niedowłady nerwów VII i VIII oraz zaburzenia poznania, depresję, zaniki pamięci, ośpienie. Niekiedy borelioza może imitować niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany zapalne naczyń mózgowych mogą być przyczyną powstawania tętniaków mózgu.

W tym okresie w niektórych przypadkach badanie metodą rezonansu magnetycznego ujawnia ogniska demielinizacji w istocie białej.

Diagnostyka

Izolacja B.b. - ze względu na niewielką liczbę krętków w badanym materiale metoda ta jest rzadko wykorzystywana. Preparaty barwi się metodą Giemsy lub wykonuje się srebrzenie. Bakteria może być również obserwowana w mikroskopowym ciemnym polu przy powiększeniu 400x.

Hodowla krętka - szczególne wymogi bakterii i długie oczekiwanie na wynik (5 tygodni) powodują, że metoda ta nie jest powszechnie stosowana. Krętek rośnie na wzbogaconym podłożu sztucznym Borbour-Stoenner-Kelly'ego (BSK) w temperaturze 33 stopni C w warunkach mikroaerofilnych.

Stwierdzenie obecności krętków B.b. w preparatach bezpośrednich lub hodowli pozwala na pewne rozpoznanie L.d., jednak wynik ujemny nie wyklucza choroby.

Badania serologiczne - są podstawową metodą w codziennej praktyce. Wykorzystuje się testy oparte na immunoflu-

Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego – stygmat naszych czasów

Przez zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego rozumie się zespół zmian o określonym obrazie klinicznym, bez pierwotnych zmian organicznych, których przyczyną są zaburzenia czynności motorycznej i/lub wydzielania układu trawiennego. Uważa się powszechnie, że zaburzenia czynnościowe są słabo zdefiniowane, bardzo częste, mało poznane i na ogół trudne do leczenia. Wydaje się, że w tym bardzo ogólnym i kategorycznym stwierdzeniu jest dużo prawdy jako, że już sama definicja budzi wiele kontrowersji. Faktem jest także, że zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego należą do najczęstszych chorób spotykanych w praktyce lekarskiej. Z problemami tymi stykają się zarówno lekarze rodzinni, gastroenterolodzy jak specjaliści innych działów medycyny, w tym lekarze zajmujący się dziećmi. Uważa się, że cierpi na nie 25% osób w różnych populacjach, a odsetek ten wydaje się być jeszcze większy, gdy weźmie się pod uwagę tych, którzy dolegliwości mają okresowo. Zaburzenia czynnościowe występują w każdym wieku z wyraźnym wzrostem zapadalności w okresie dojrzewania i przekwitania. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni. Ocenia się, że ponad 50% chorych zgłaszających się do gastroenterologa ma zaburzenia czynnościowe ze strony przewodu pokarmowego. A zatem jest to problem o ogromnym znaczeniu społecznym, którego waga w ostatnich latach zdecydowanie narasta. Częste występowanie chorób czynnościowych generuje znaczne koszty z powodu powtarzania drogich badań diagnostycznych i stosowania licznych, najczęściej mało skutecznych w tych przypadkach leków. Wydaje się, że przynajmniej części tych badań i wydatków na z reguły niedziałające leki można by uniknąć, gdyby zaburzenia czynnościowe były lepiej znane przez lekarzy różnych specjalności jak również wiedza o nich była szerzej upowszechniana w społeczeństwie.

W rozwoju zaburzeń czynnościowych elementem niezwykle istotnym są stany napięcia i lęku spowodowane konfliktami, przeciążeniem pracą, stresami, rozczarowaniem i osamotnieniem. Przy rozpatrywaniu etiopatogenezy zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego zawsze pojawia się retoryczne pytanie – czy jest to „choroba ciała, czy duszy”. Prof. A. McKinley z Houston na posiedzeniu Amerykańskiego Towarzystwa Nauko-

wego wypowiedział takie słowa: „jeżeli ten wspaniały świat nie zwolni swego zwariowanego tańca, wówczas ludziom bardziej będą potrzebni uzdrowiciele dusz niż lekarze”. Zawarta jest w nich alarmująca prawda, że wraz z rozwojem cywilizacji narasta zapadalność na choroby czynnościowe. I druga, z którą należy się niewątpliwie zgodzić, że oddzielenie „psyche od somy” z medycznego punktu widzenia jest niewłaściwe. Na przekór jednak wypowiedzianemu przez Prof. McKinley’a twierdzeniu żywię przekonanie, że lekarz, który potrafi połączyć swoją głęboką wiedzę, doświadczenie i intuicję z życzliwym wysłuchaniem chorego może i powinien być najskuteczniejszym uzdrowicielem ludzkiej duszy.

Zaburzenia czynnościowe ujawniają się szczególnie w przypadkach współistnienia wielu czynników etiologicznych. Jednym z istotniejszych elementów mogących odgrywać zasadniczą rolę w rozwoju zaburzeń czynnościowych jest przewlekły dyskomfort psychiczny. Napięcia emocjonalne o zabarwieniu negatywnym, strach, gniew, lęk, depresja wpływają na zmianę procesów fizjologicznych, które mają charakter indywidualny przejawiający się różnym charakterem i stopniem nasilenia reakcji patofizjologicznych. To powoduje, że u jednych zaburzenia czynnościowe przejawiają się dolegliwościami ze strony układu oddechowego, u innych sercowo-naczyniowego czy pokarmowego. W układzie pokarmowym przejawiają się głównie zaburzeniami motoryki, które wynikają z zależności między procesami emocjonalnymi a zmianami czynnościowymi.

Nie sposób zrozumieć istoty dolegliwości wynikających z zaburzeń czynnościowych układu trawiennego bez choćby bardzo pobieżnej wiedzy dotyczącej mechanizmów regulujących perystaltykę tego układu. Układ adrenergiczny poprzez receptory alfa i beta wywiera działanie relaksujące na mięśnie podłużne, zaś poprzez receptory alfa kurczy mięśnie okrężne. Pobudzenie układu cholerergicznego powoduje skurcz mięśniówki podłużnej, ale również prowadzi do skurczu mięśniówki okrężnej w rejonie zwieraczy. Pomiedzy tymi układami istnieje złożona, dynamiczna równowaga oparta między innymi również na uwalnianiu i odkładaniu enterohormonów działających w zróżnicowany sposób na mięśniówkę przewodu pokarmowego.

Drugą częścią autonomicznego systemu unerwienia przewodu pokarmowego jest tzw. układ wewnętrzny składający się ze splotów Meissnera, Schabadascha i Auerbacha. Ten skomplikowany system uzupełnia jelitowy system unerwienia jelit, składający się z komórek, które różnią się między sobą morfologicznie i fizjologicznie. Rolę przekazników impulsów z nerwów jelitowych do komórek mięśni gładkich i prążkowanych pełnią tzw. komórki Cajala. Występują one wzdłuż całego przewodu pokarmowego i w zależności od lokalizacji wyróżnia się ich kilka typów. Mięśniowa regulacja czynności ruchowej przewodu pokarmowego polega na wyzwalaniu przez komórki aktywnego rytmu elektrycznego. Częstość cykli aktywności elektrycznej jest różna w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego. Następnym ogniwem regulującym czynność motoryczną układu trawiennego są neurohormony. Najsilniejszym neurohormonem pobudzającym motorykę jest neurostatyna, ponadto cholecystokinina, amylina i motylina. Do hormonów hamujących należy sekretyna, glukagon, VIP a także neuropeptyd Y-NPY, który hamuje aktywność motoryczną jelit pobudzaną stresem psychicznym. W kontekście omawianego tematu należy zaznaczyć, że na czynność przewodu pokarmowego ma bez wątpienia wpływ rodzaj i stopień strawienia przyjmowanych pokarmów, narastające skażenie naturalnego środowiska, przyjmowane leki, używki itd. Zatem pod wpływem różnych czynników może dojść do zakłóceń motoryki przewodu pokarmowego a następnie zaburzeń wtórnych pod postacią zmian czynności wydzielniczej, wzrostu ciśnienia w przewodach odprowadzających, zaburzenia pasażu treści pokarmowej, zaburzeń przepływu trzewnego itd.

Objawy chorób czynnościowych przewodu pokarmowego zależą od umiejscowienia i nasilenia zmian. Obecnie obowiązującym podziałem zaburzeń funkcjonowania przewodu pokarmowego jest klasyfikacja rzymska z 1999 roku, tzw. Kryteria Rzym 2 (tabl. I).

Nowe kryteria rozpoznawcze okazały się, mimo pewnych uproszczeń i arbitralności dużą pomocą zarówno w badaniach naukowych jak i w codziennej praktyce lekarskiej. W głównym podziale wyróżnia się zaburzenia przełykowe, żołądkowe, jelitowe i dróg żółciowych.

Tabl.1. Klasyfikacja zaburzeń czynnościowych

- A. Zaburzenia czynnościowe przełyku
 B. Zaburzenia czynnościowe żołądka i dwunastnicy
 B1 niestrawność czynnościowa
 B1a/ niestrawność wrzodopodobna
 B1b/ niestrawność motoryczna
 B1d/ inne postacie niestrawności
 B2 aerofagia
 C. Zaburzenia czynnościowe jelit
 D. Czynnościowe bóle brzucha
 E. Czynnościowa kolka żółciowa
 F. Zaburzenia czynnościowe proctnicy i odbytu

(W G Thompson i wsp. GUT 1999, 45 (suppl. II): II 43-47)

Wśród chorób przewodu pokarmowego uwagę zwraca przełykowy ból w klatce piersiowej wymagający różnicowania z chorobą niedokrwienną serca. Zaburzenie to występuje stosunkowo często czego potwierdzeniem jest fakt, że aż 15 do 30% badań koronarograficznych wykonanych w poszukiwaniu przyczyny bólu w klatce piersiowej jest prawidłowych. Innym zaburzeniem stanowiącym ważny problem epidemiologiczny i lekarski jest dyspepsja czynnościowa. Pod jej pojęciem rozumie się nawracający lub przewlekły dyskomfort umiejscowiony w nadbrzuszu, mogący przybierać postać bólu (tabl. II) .

Tabl.II Domniemane przyczyny dyspepsji czynnościowej

1. zaburzenia wydzielania żołądkowego
2. opóźnione opróżnianie żołądkowe
3. obniżenie napięcia dolnego zwieracza przełyku
4. zaburzenie motoryki żołądka, jelit bądź odźwiernika
5. dyskineza dróg żółciowych
6. zaburzenia relaksacji adaptacyjnej górnej części żołądka
7. stany przedłużonego stresu
8. kolonizacja *Helicobacter pylori*

Objawy te są czasami związane z przyjmowaniem posiłków, utrzymują się stale lub z przerwami. Dla celów praktycznych przyjął się w piśmiennictwie podział dyspepsji czynnościowej na podgrupy w zależności od dominujących objawów. Wyróżnia się dyspepsję motoryczną, typu wrzodowego, idiopatyczną – nie wyróżnia się typu refluksowego, gdyż jak się okazało podgrupę tę stanowili chorzy z GERD. Według dotychczasowych poglądów o postępowaniu u chorych z dyspepsją decyduje wiek pacjenta i obecność tzw. objawów alarmujących. Innym problemem o ogromnej wadze społecznej są zaburzenia czynnościowe jelit, wśród których wy-

raża się czynnościowe wzdęcia brzucha, zaparcia, biegunkę czynnościową, zespół dźwigacza odbytu, czynnościowy ból odbytu i odbytnicy, a przede wszystkim zespół jelita drażliwego. Zespół jelita drażliwego stanowi grupę zaburzeń czynnościowych jelit, które objawiają się dyskomfortem lub bólem brzucha związanym z defekacją lub zmianą rytmu wypróżnień. Badania populacji krajów zachodnich wykazały występowanie tego zespołu u 15-20 % młodzieży i dorosłych, częściej u kobiet. Znany angielski gastroenterolog dr W. Grant Thompson charakteryzując chore z zespołem jelita nadwrażliwego napisał „Jest ten typ pacjentek, które zjawiają się przed końcem tygodnia, stale znajdują nowe dolegliwości, nigdy nie doznają poprawy i mają zastrzeżenia do każdej propozycji leczniczej”. W dużych, bo przeprowadzonych na kilkuset osobowej grupie chorych z zespołem jelita drażliwego, badaniach lekarze brytyjscy wykazali aż u 70% z nich zaburzenia o charakterze depresyjnym, lękowym czy nerwicowym. Zespół jelita drażliwego cechuje się przewlekłym przebiegiem z nawrotami a jego objawy częściowo pokrywają się z innymi chorobami czynnościowymi przewodu pokarmowego. Warto odnotować, że pojawiły się pierwsze doniesienia o skutecznym leczeniu tego zespołu probiotykami. Innym, wcale nie rzadko występującym problemem lekarskim jest dyskineza dróg żółciowych. U podstaw tego zespołu czynnościowego leżą zaburzenia regulacji hormonalnej i nerwowej motoryki dróg żółciowych, których wyrazem klinicznym jest ból typu żółciowego. Występuje on u 7,6% mężczyzn i 20,7% kobiet.

Rozpoznanie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego nie jest sprawą łatwą. Dynamiczne i oszalałające postępy w zakresie diagnostyki obrazowej, biochemicznej, immunologicznej itd. sprawiają, że kontakt chorego z lekarzem coraz bardziej się rozluźnia, rozpoznanie zaś choroby oparte jest w coraz większym stopniu na wynikach tych różnego rodzaju

badan. Tymczasem w procesie rozpoznawania choroby nie może zastąpić rozmowy lekarza z chorym, dokładnego badania podmiotowego. Przede wszystkim należy wykluczyć choroby somatyczne, co wymaga wykonania wielu, często żmudnych badań. Istotne jest również wykazanie związku czasowego między dolegliwościami a stanem emocjonalnym chorego.

W diagnostyce przyczyn chorób czynnościowych nie można zapominać o alergiach atopowych mogących się manifestować różnego rodzaju dolegliwościami w odpowiedzi na uczulający pokarm. Cechą charakterystyczną alergii pokarmowych, zwłaszcza w populacji osób dorosłych jest w wielu wypadkach brak bezpośredniego związku czasowego ekspozycji na uczulający pokarm z występowaniem dolegliwości ze strony różnych narządów. Stałe, codziennie spożywane pokarmy powszechnie tolerowane przez ogół populacji, przy występowaniu mało charakterystycznych dolegliwości takich jak wzdęcia, kolki jelitowe, uczucie pełności, nudności, zaburzenia w wypróżnianiu powodują, że zarówno chory jak i lekarz rzadko widzą skojarzenie tych przypadłości z nadwrażliwością typu alergicznego. Tymczasem musimy mieć świadomość, że problem alergii atopowych narasta z każdym rokiem we wszystkich populacjach, a wiek XXI zgodnie z danymi przedstawianymi przez WHO będzie zapewne charakteryzował się epidemią chorób z kręgu atopii. Znaczenie tego zjawiska w kontekście chorób czynnościowych jest niezwykle ważne jako że wyłonienie z ogółu populacji chorych z zaburzeniami czynnościowymi tych z nadwrażliwością pokarmową stwarza szansę ich właściwego leczenia i zapobiegania szereg, często nieodwracalnych powikłań. Doskonałą ilustracją tego problemu są badania autorów włoskich, którzy z dużej grupy chorych a zespołem jelita nadwrażliwego za pomocą standartowych metod diagnostycznych rozpoznawania alergii pokarmowej w tym DBPCFC wyodrębnili grupę

Tabl. III Porównanie objawów u chorych z ZJN i alergią pokarmową

	ZJN	alergia pokarmowa	p
Ból w nadbrzuszu	19,2%	36,4%	0,09
Ból w podbrzuszu	50,5%	9,1%	0,001
Ból w nadbrzuszu i podbrzuszu	30,3%	27,3%	0,78
Ból ustępujący po wypróżnieniu	77,8%	40,9%	0,0001
Ból co najmniej 1x w tygodniu	55,6%	27,3%	0,02
Parcie przy wypróżnieniu	53,6%	50,0%	0,76
Biegunka	56,6%	45,5%	0,34
Wzdęcia	92,9%	77,3%	0,03

(Neri M. et al. E. J. Gastroenterol. Hepatol. 2001, 4)

chorych z nadwrażliwości pokarmową typu alergicznego. Następnie przy pomocy ankiet zawierających około 40 pytań dotyczących charakteru i rodzaju występujących dolegliwości w obu grupach, tj. u tych z alergią pokarmową i zaburzeniami czynnościowymi wykazali, że charakter i rodzaj występujących dolegliwości nie różnił się w sposób istotny w większości objawów (tabl. III).

Obserwacje te zawierają alarmującą prawdę, że charakter wielu objawów

klasyfikowanych zbyt pochopnie jako zaburzenia czynnościowe ma swoje podłoże w alergii na pokarm.

Leczenie chorób czynnościowych jest sprawą niezmiernie trudną. W celu modyfikacji czynności motorycznej i wydzielniczej przewodu pokarmowego stosuje się różnego rodzaju farmakoterapie. Należy jednak pamiętać, że najważniejszym zadaniem lekarza jest przekonanie chorego, że za licznymi i uporczywymi dolegliwościami nie kryje się choroba nieuleczalna.

Reasumując powyższe fakty oparte w dużym stopniu na doświadczeniach własnych pragnę podkreślić, że najlepszym lekiem w zespole jelita drażliwego jest sam lekarz, który wykaże życzliwe zainteresowanie chorym i jego dolegliwościami, poświęci mu czas, uspokoi i przekona go o łagodnym charakterze choroby.

Bibliografia u autora

dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof. nadzw. AM
Katedra i Klinika Alergologii
i Chorób Wewnętrznych

Medicinalia

Alergia – epidemią XXI wieku

Choroby alergiczne stanowią obecnie jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych ludzi na całym świecie.

Największe emocje w dzisiejszych czasach wywołuje AIDS, nowotwory, choroby układu krążenia, gdyż są to schorzenia odpowiedzialne za większość zgonów we wszystkich współczesnych społeczeństwach. Choroby alergiczne stanowią mniej istotny problem pod tym względem, ale z uwagi na rozpowszechnienie urastają do rangi głównego zagrożenia zdrowia publicznego.

W drugiej połowie XX wieku zaczęto postrzegać wręcz lawinowy wzrost przypadków chorób alergicznych, a zachorowalność z tego powodu wykazuje stałą tendencję zwyżkową. Historia chorób alergicznych sięga czasów starożytnych, kiedy to Hipokrates i Galen zauważyli, że niektórzy ludzie chorują po spożyciu pospolitych pokarmów. W XVII wieku postrzegano napady duszności po styczności z kurzem domowym. W XIX w. Blackley zwrócił uwagę na związek przyczynowy zespołów spojówkowych, nosowych i oskrzelowych występujących sezonowo.

W 1906 roku Pirquet wprowadził pojęcie „alergia” dla określenia zmiennej odczynowości organizmu na ponownie wprowadzony antygen.

W nowoczesnym ujęciu alergia jest rozważana jako zaburzenie immunologiczne, w wyniku, którego dochodzi do powstania szeregu miejscowych odpowiedzi zapalnych lub powstania objawów ogólnych o różnym stopniu nasilenia.

Wynikają one z narażenia na kontakt z alergenem, który w czasie wcześniejszej ekspozycji spowodował powstanie gotowości ustroju, (czyli wytworzenia przeciwciał) do natychmiastowej reakcji.

W latach dwudziestych ubiegłego wieku amerykańscy naukowcy Cook i Coca zauważyli, że u licznych członków określonych rodzin występuje patologiczny

sposób reagowania organizmu na pospolite substancje środowiskowe, wziewne lub pokarmowe. Obserwowaną predyspozycję o najwyraźniej dziedzicznym charakterze nazwali atopią (z greckiego: dziwna choroba), a dotknięte nią osoby atopikami.

Atopia wiąże się, więc z wrodzonym, genetycznie przekazywanym błędem sprawnej eliminacji antygenów i nadmiernym wytwarzaniem przeciwciał klasy IgE przy najmniejszej nawet ekspozycji na alergen. U atopików organizm wytwarza swoiste przeciwciała przeciw substancjom naturalnie występującym w środowisku, takim jak pokarmy roślinne i zwierzęce, pyłki roślin, naskórek zwierząt domowych, roztocza kurzu domowego, zarodniki grzybów pleśniowych itp.

Atopia w tym ujęciu jest wyrazem wadliwej adaptacji ustroju do otaczającego środowiska.

W krajach zachodnich interesowano się chorobami alergicznymi dość dawno. W tym czasie w Polsce choroby atopowe nie wzbudzały żadnego społecznego zainteresowania, a co gorsze środowisk lekarskich. Inicjatywa podejmowania problematyki alergologicznej zrodziła się w Polsce dopiero w latach 60. w gronie nielicznych entuzjastów, wśród których głównym propagatorem był niewątpliwie Prof. zw. dr hab. n. med. Bogdan Romański, doktor honoris causa naszej uczelni, który słusznie uzyskał w środowisku alergologów imię Ojca Alergologii Polskiej. Za największe w tym zakresie osiągnięcia Profesora Romańskiego można uznać:

- w 1974 roku powołanie pierwszej w Polsce Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergicznych w Bydgoszczy, którą przez wiele lat kierował,

- wprowadzenie specjalizacji z alergologii dla specjalistów II stopnia z pediatrii, chorób wewnętrznych, dermatologii, laryngologii; obecnie ok. 700

lekarzy uzyskało tytuł specjalisty w zakresie alergologii,

- powołanie w 1982 roku w Bydgoszczy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, którego założycielem i wieloletnim przewodniczącym był Profesor Bogdan Romański,

- doprowadzenie do podjęcia produkcji alergenów dla celów diagnostycznych.

Pierwsza w Polsce Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, którą mam zaszczyt prowadzić, powstała również w Bydgoszczy.

Badania epidemiologiczne opublikowane w końcu lat dziewięćdziesiątych Białej Księżki wskazują, że predyspozycja atopowa występuje u około 25% mieszkańców Ziemi, a ujawnione zaburzenia chorobowe nękają aż 15% ludności. Ten sam raport wykazuje również trzykrotny wzrost występowania astmy oskrzelowej w tych samych grupach wiekowych na przestrzeni lat, co jest spowodowane między innymi wzrostem częstości schorzeń o podłożu atopowym oraz skażeniem środowiska naturalnego człowieka.

Predyspozycja uwarunkowana genetycznie jest konieczna, lecz niewystarczająca do rozwoju alergii. Wystąpienie choroby alergicznej zależy również od stopnia ekspozycji na alergeny znajdujące się w danym środowisku. Uważa się, że u atopików niekorzystne czynniki środowiskowe mogą mieć wpływ na wystąpienie pierwszych objawów chorobowych, w późniejszym czasie natomiast na występowanie zaostrzeń procesu chorobowego.

Czynniki uczulające i drażniące, ułatwiające alergizację można podzielić na czynniki związane z mikros środowiskiem domowym, a więc bezpośrednim otoczeniem człowieka oraz na czynniki makrośrodowiskowe.

Alergia może występować jako alergia wziewna, kontaktowa i pokarmowa. Naj-

częściej, szczególnie u dorosłych obserwujemy postacie mieszane.

Według danych epidemiologicznych w skali świata najczęściej występuje alergia na pyłki roślin; drzew, traw i chwastów. W latach dziewięćdziesiątych cierpiał z tego powodu ponad 20 milionów obywateli Stanów Zjednoczonych Ameryki. U osób uczulonych już 100 pyłków w 1 m³ powietrza prowokuje wyraźne objawy.

Naukowcy przyczyny wzrostu zachorowań doszukują się w narastającym zanieczyszczeniu środowiska naturalnego. Wykazano, bowiem że częstość występowania pyłkowicy jest paradoksalnie większa w strefie miejskiej niż na wsi. Na dowód tego wykazano, że pyłki roślin mogą przenosić zanieczyszczenia obecne w powietrzu atmosferycznym, a pod wpływem pochodnych ozonu może dojść do tzw. szoku chemicznego pyłków, polegającego na zmianie ich struktury, powodującego zwiększenie zdolności alergizowania oraz lepszą penetrację do dróg oddechowych alergików. Z kolei gazy spalinowe zawarte w powietrzu atmosferycznym mogą powodować produkcję przeciwciał IgE przeciwko pyłkom roślin. I tak na przykład w Japonii obserwowano wzrost uczuleń na pyłki cedru u dzieci mieszkających w pobliżu autostrad związany z wpływem spalin z silników Diesla. Mimo dużej ilości drzew cedru w tamtych rejonach przed erą rozwoju ruchu samochodowego nie notowano alergii na pyłki cedru.

Wiele obserwacji wskazuje także, że określone warunki meteorologiczne mogą wywierać znaczny wpływ na przebieg chorób alergicznych. Zmiany temperatury, wilgotności, ciśnienia atmosferycznego mogą powodować zaostrzenie astmy oskrzelowej, nieżyty oskrzeli, wystąpienie ostrego nieżyty nosa lub spojówek. U osób predysponowanych wystąpić mogą także fotoalergie, czyli uczulenie na światło słoneczne. Objawami tej postaci nadwrażliwości są odczyny skórne o charakterze zmian wypryskowych. Mechanizm tego zjawiska polega na powstawaniu w skórze pod wpływem promieni słonecznych substancji uczulających. Fotouczulaczami mogą być także sulfonamidy, barbiturany, związki złota.

Przez długi czas uważano, że klasyczne alergeny kontaktowe takie jak kosmetyki, odzież, metale wywołują zmiany alergiczne tylko wtedy, gdy dotykają skóry. Obecnie wiadomo, że szereg tych substancji w wyjątkowych sytuac-

jach powoduje nadwrażliwość przenikając przez drogi oddechowe lub przez przewód pokarmowy. I tak u kobiet noszących tanią niklowaną biżuterię oraz u murarzy uczulonych na cement lub innych osób nadwrażliwych na chrom, kobalt i nikiel mogą powstać nieoczekiwane zmiany alergiczne po myciu się lub wypiciu wody zawierającej uczulające metale.

Do bardzo silnie uczulających czynników należą bez wątpienia alergeny „wewnątrzdromowe”. Pod koniec lat 70. w piśmiennictwie alergologicznym pojawiło się określenie „zespołu chorego budynku” – Sick Building Syndrome – SBS. Termin ten oznacza różnorodne dolegliwości powstałe wskutek długotrwałego przebywania w budynkach, których konstrukcja i wyposażenie mogą być szkodliwe dla zdrowia. Głównymi zanieczyszczeniami wewnątrz pomieszczeń są zanieczyszczenia organiczne, związki powstałe podczas spalania materiałów służących do ogrzewania pomieszczeń mieszkalnych, dym papierosowy oraz związki chemiczne wydzielane przez wyposażenie wnętrz budynków.

Nadreaktywność oskrzeli wzmagają również substancje zapachowe wykładzin, klejów, farb i środków czystości. Czynniki alergizującymi mogą być także lakiery, meble, pasty polernicze. Na szczęście większość zaburzeń zdrowotnych powstałych w związku z przebywaniem w zanieczyszczonych pomieszczeniach jest odwracalna i ustępuje po przerwaniu ekspozycji.

W 1987 roku Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła listę objawów mogących powstawać w „chorych” budynkach. Znalazły się na niej nie tylko dolegliwości ze strony błon śluzowych oczu, nosa, krtani i oskrzeli, astma oskrzelowa, ale także objawy dotychczas nie łączone z alergią jak: bóle głowy, zmęczenie i rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji oraz gorączki klimatyzacyjne. Listę powyższych chorób określa się mianem Building Related Illnesses.

Szczególnie niekorzystnym oddziaływaniem na układ oddechowy odznaczają się związki powstałe podczas spalania drewna w piecach i kominkach, stąd więc powstały zalecenia dla chorych na astmę przebywania w pomieszczeniach ogrzewanych energią elektryczną.

Inne, realne zagrożenie dla atopików stanowią alergeny pleśni oraz pyłków roślin i zwierząt, zagęszczane w źle klimatyzowanych pomieszczeniach. W krajach rozwiniętych, w których warunki domowe uległy znacznej poprawie przez wprowa-

dzenie systemów klimatyzacyjnych, urządzeń grzewczych, dywanów i wykładzin alergia na roztocza kurzu domowego stanowi powszechny problem zdrowotny. Roztocza można spotkać przede wszystkim w materacach i dywanach, a najlepszymi warunkami ich rozwoju jest temperatura 22 – 28 stopni Celsjusza oraz wilgotność względna 80%. W naszej strefie geograficznej najczęstszym przedstawicielem roztoczy jest *Dermatophagoides pteronyssinus*, a w klimacie suchym *Dermatophagoides farinae*.

Kolejną częstą przyczyną chorób alergicznych jest oddziaływanie alergenów sierściowo-naskórkowych zwierząt domowych. Wiadomo, że najbardziej agresywnym alergenem zwierzęcym jest alergen naskórka kota, który choćby obecny na odzieży właściciela kociego ulubieńca może wywołać napadowe reakcje alergiczne u osób mających z nim kontakt. Co więcej w kilka lat po opuszczeniu przez kota mieszkania, w jego obrębie może znajdować się ilość alergenów wystarczająca do wywołania uczulenia u osób mających skłonność do atopii.

Alergenowość psa wydaje być się mniejsza i zależy od rasy.

Wśród czynników szkodliwych najczęstszym i wszechobecnym w środowisku jest dym tytoniowy. O jego niebezpieczeństwie powiedziano i napisano tak wiele, że przytoczę tylko kilka danych. Badania sugerują 50% wzrost ryzyka zapadalności na astmę oskrzelową u dzieci w środowisku miejskim i aż 80% w środowisku wiejskim w domach osób palących. Wykazano również ścisłą zależność „dawka – odpowiedź” między skórną reaktywnością na pospolite alergeny u dzieci a liczbą papierosów wypalanych przez rodziców. Stwierdzono także wyższe stężenia IgE we krwi pępowinowej u noworodków matek palących w czasie ciąży.

Bardzo ważną w udziale schorzeń alergicznych jest alergia pokarmowa. Już Galen i Hipokrates obserwowali u niektórych ludzi niepożądane reakcje po spożyciu pospolitych pokarmów: mleka i sera. Alergia pokarmowa jest uznawana za pierwszy sygnał kliniczny potencjalnej choroby atopowej w wieku późniejszym.

Przez alergię pokarmową rozumiemy zespół zjawisk klinicznych narządowych i układowych powstałych w organizmie ludzkim w następstwie spożycia pokarmów lub związków do niego dodanych, będących wynikiem nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej ustroju. To

niekorzystne zjawisko dotyczy około 5-8% dzieci i młodzieży i około 1-3% ludzi dorosłych. Wśród dzieci z dodatnim objawem atopowym częstość alergii pokarmowej sięga nawet 20%.

W okresie niemowlęstwa i wczesnego dzieciństwa największy problem stanowi alergia na białka mleka krowiego, ponieważ jest ono głównym składnikiem diety. Niemowlęta karmione od urodzenia sztucznie podlegają masowej ekspozycji; spożywając 80 – 120 ml mleka krowiego na kilogram masy ciała w przeliczeniu na średnią masę ciała człowieka dorosłego to tak jakby wypijały 6 – 10 litrów mleka dziennie. Kliniczne objawy alergii na mleko u dzieci obciążonych atopią ujawniają się nie tylko podczas żywienia sztucznego, ale często również w trakcie karmienia piersią w związku z możliwością penetracji alergenów z przewodu pokarmowego matki do krążenia systemowego i gruczołu piersiowego. Stosunkowo często dołącza się nadwrażliwość na inne pokarmy zwana polialergią, a w pewnej grupie ujawnia się astma oskrzelowa i alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa, z dodatkowym uczuleniem na alergeny inhalacyjne, tzw. marsz alergiczny. Lista pokarmów spożywanych przez dziecko stale się wydłuża wraz z wiekiem, częstymi alergenami pokarmowymi są alergeny białka jaja kurzego, ryb, skorupiaków (krewetki, homary, langusty), orzeszki ziemne, białka zbóż czy mięso zwierząt. Z warzyw najczęściej uczula seler, pomidor, groszek i ziemniak, z owoców – cytrusy, banan, jabłko.

W związku ze stałym postępem w przemyśle rolno-spożywczym i upowszechnieniem się konsumpcji tzw. zamarykanizowanej żywności, szczególnej uwagi nabierają tzw. alergeny ukryte. Problem wynika z szerokiego stosowania substancji zagęszczających, poprawiających smak i barwę pokarmu. Nadwrażliwość na owe produkty „zamaskowane” może być przyczyną ciężkich reakcji klinicznych ze wstrząsem anafilaktycznym włącznie. I tak opisano przypadek ciężkiej duszności, która rozwinęła się u dziecka po otwarciu celofanowego opakowania i spożyciu suszonych owoców konserwowanych dwutlenkiem siarki. Z kolei ze spożyciem glutaminianu sodu wiązany jest tzw. zespół chińskiej restauracji, którego objawy obejmują uczucie gorąca, mrowienia, pocenie, bólu w klatce piersiowej po spożyciu potraw o charakterystycznym „chińskim smaku”.

Problem bezpiecznego odżywiania się przez osoby z alergią pokarmową został

również dostrzeżony przez Komisję Kodeksu Żywnościowego na początku lat 90 – tych. Mimo to przeoczone pewne zagrożenia dla alergików, wynikające z wprowadzenia do żywności szeregu preparatów enzymatycznych. Jednym z nich okazał się lizozym, stosowany powszechnie do produkcji serów dojrzewających. Będąc jednym z białek jaja kurzego początkowo uznany został jako bezpieczny. Po kilku latach stwierdzono, że to bardzo silny alergen. Podobny problem dotyczy amylaz stosowanych jako składników „polepszczy” pieczywa.

Według światowych autorytetów, uczestników Komisji Kodeksu Żywnościowego obecność silnych alergenów w żywności powinna być specjalnie oznakowana. Ich zdaniem ryzyko wystąpienia reakcji alergicznej zależy od wrażliwości danej osoby na alergen wywołujący określoną reakcję kliniczną, następnie od mocy tego alergenu oraz jego ilości wprowadzonej do ustroju.

Innym problemem XXI wieku jest żywność transgeniczna, czyli modyfikowana genetycznie. Za pomocą inżynierii genetycznej uzyskano np. ziemniaki zwalczające stonkę oraz rośliny odporne na insekty, wirusy czy grzyby. Jednak europejscy eksperci twierdzą, że ten rodzaj żywności jest staranniejszy niż inne przebadany i można ją uznać za szczególnie bezpieczną. Brak jest natomiast danych o mniejszych lub większych właściwościach alergogennych wspomnianej żywności.

Następny bardzo interesujący problem stanowią alergie krzyżowe; spotyka się je rzadko u dzieci, przede wszystkim u dorosłych. Charakteryzują się one występowaniem objawów klinicznych u osoby wykazującej nadwrażliwość np.: na alergeny pokarmowe, alergię wziewną lub kontaktową. U obserwowanych pacjentów, u których stwierdzano obecność IgE dla orzechów, wraz z wiekiem narastało sIgE dla pyłków drzew wczesnopylających, przede wszystkim brzozy.

Obserwowano także związek między alergią na pyłek brzozy, a uczuleniami na jabłko i brzoskwinię. Z kolei alergia na latak, tak często spotykana w zawodach medycznych, współistnieje z uczuleniem na banany, awokado, kiwi i brzoskwinię, a ostatnio pojawiły się doniesienia, że również na ziemniaki i pomidory. W piśmiennictwie opisano również przypadki wstrząsu anafilaktycznego po zjedzeniu indyka z kasztanami, czy wypiciu soku z owoców egzotycznych, gdzie po wnikliwej analizie stwierdzono

alergię na latak.

Alergia – plagą dwudziestego pierwszego wieku?

Na pewno tak, biorąc pod uwagę liczbę osób zagrożonych jej wystąpieniem, liczbę chorujących oraz ciągle wzrastającą ilość potencjalnych alergenów w najbliższym środowisku człowieka. Choroby alergiczne pogarszają jakość życia w ciągu długich okresów, stając się przyczyną osłabionej zdolności twórczej i zwiększonej absencji chorobowej.

Mimo tak pesymistycznych prognoz nasza przyszłość nie powinna jednak upłynąć w skrajnie hipoalergicznym warunkach, z butlą tlenową na plecach i garścią tabletek – substytutów sztucznej żywności na talerzu, z łysym kotem lub psem przy boku. Z tym ostatnim często bywa odwrotnie. Niedawne testy, wykonane przez naukowców z Królewskiej Szkoły Weterinaryjnej w Edynburgu potwierdziły, że coraz więcej domowych czworonogów jest uczulonych na ludzi.

Obliczyli oni, że co najmniej 750 tysięcy kotów i psów w Wielkiej Brytanii cierpi na rozmaite dolegliwości alergiczne, których źródłem jest człowiek. Reakcję chorobową wywołuje u zwierząt bezpośredni kontakt z ludzką skórą lub też wydzieliny roztoczy unoszące się w kurzu domowym wdychanym przez naszych ulubieńców.

Czy uda nam się w przyszłości zapobiegać występowaniu chorób alergicznych?

W tym kierunku zrobiono już bardzo dużo poprzez: wczesne rozpoznawanie skazy atopowej, stosowanie hipoalergicznej diety u kobiet z atopią w trzecim trymestrze ciąży, stałą eliminację alergenów pokarmowych z diety oraz alergenów „domowych”. Jednak wyniki tej profilaktyki są nadal niezadowalające.

Teoretycznie problem atopii można by rozwiązać najskuteczniej oddziałując na układ genetyczny człowieka wymieniając geny odpowiedzialne za przekazywanie skazy oraz immunologiczny, gdzie rozważa się możliwość zablokowania produkcji IgE ustroju na poziomie molekularnym za pomocą odpowiednich przeciwciał anty – IgE lub tzw. peptydów immunogennych.

Zdumiewający postęp genetyki i immunologii w ostatnich latach pozwalają spekulować, że taka możliwość może pojawić się w niedługiej przyszłości.

prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka –
Szaflarska, prof. zw. AM
Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii
i Gastroenterologii

Czy nowotwory są wyleczalne?

Wiedza o nowotworach złośliwych zwiększa się bardzo szybko. Wynika to z wielu przyczyn. Po pierwsze, nowotwory złośliwe nie są jedną lecz ponad 200 chorobami, które różnią się przyczynami, historią naturalną i podatnością na leczenie, stąd też każdy nowotwór złośliwy jest obecnie niezależnym przedmiotem badań. Po drugie, szereg chorób zakaźnych, które były w przeszłości głośnie przyczyną zgonów zostało w wielu choć nie we wszystkich krajach opanowane. Ponadto odkrycia w dziedzinie badań podstawowych, zwłaszcza genetyki, otworzyły nowe możliwości badań molekularnych i komórkowych nad biologią nowotworów. Te nowe narzędzia badawcze okazały się bardzo użyteczne dla zrozumienia mechanizmów powstawania i rozwoju nowotworów.

Epidemiolodzy John Higginson i Sir Richard Doll oszacowali, że 80-90% zachorowań na nowotwory u ludzi uwarunkowane jest czynnikami środowiskowymi. Powyższe oszacowanie było oparte na porównaniu średniego rzeczywistego indywidualnego prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór z teoretycznym ryzykiem zachorowania wyliczonym jako suma najniższych obserwowanych w świecie częstości zachorowań dla poszczególnych lokalizacji narządowych. W kontekście tego oszacowania czynniki środowiskowe zdefiniowane są bardzo szeroko i obejmują zarówno ekspozycję na określone karcynogeny chemiczne lub wirusy, które indukują nowotwory bezpośrednio jak i czynniki modyfikujące ryzyko zachorowania np. żywieniowe, czy związane z obyczajowością seksualną. Ekspozycja na karcynogeny chemiczne może być wynikiem stylu życia, np. palenie tytoniu, nawyki żywieniowe związane ze spożywaniem produktów zawierających różne toksyny, czy też praca w pewnych gałęziach przemysłu. Narażenie na rozmaite czynniki przyczynowe jest w różnych regionach zróżnicowane. Np. palenie tytoniu warunkuje 30% umieralność ogółem z powodu nowotworów w Ameryce Północnej, podczas gdy rak wątroby związany z zakażeniem wirusem hepatitis B jest przyczyną do 25% zgonów w krajach Azji i Afryki.

Te duże obserwacje stanowią podstawę prostego ewolucyjnego modelu rozwoju nowotworów. Ten proces rozwoju nowotworu, jeżeli nie jest przerywany leczeniem, nazywamy naturalną historią.

Inicjacja jest procesem szybkim i nieodwracalnym, wywołanym ekspozycją na

czynnik rakotwórczy. Promocja jest procesem wydłużonym, powstającym w wyniku powtarzalnej lub ciągłej ekspozycji na substancje, które mogą nie być ani rakotwórcze, ani też zdolne do inicjacji procesu. Chociaż początkowe opisy pierwszych dwóch etapów pochodzą z badań nad rozwojem raka w skórze gryzoni, ze współczesnych badań wynika, że etapy inicjacji i promocji mogą występować także w innych tkankach.

Progresję ujmuję się obecnie jako oddzielny, trzeci etap. Proces promocji jest odwracalny, progresji nie. Uznaje się, że progresja jest nieodwracalna ze względu na rozwój widocznych zmian kariotypowych w komórce rakowej. Zmiana ta, czyli niestabilność kariotypu komórek, wyróżnia progresję i stanowi podstawę transformacji złośliwej komórek. Wzrastająca wiedza o historii naturalnej, poznanie swoistych cech i poszczególnych etapów prowadzi do rozwoju nowych bardzo swoistych dróg zapobiegania nowotworom i ich leczenia. Poznanie nieodwracalności działania czynników inicjujących doprowadziło do ograniczenia ekspozycji ludzi na ten czynnik, np. światło ultrafioletowe, czy promieniowanie jonizujące. Usuwanie czynników promocyjnych np. przez ograniczenie ekspozycji na dym tytoniowy, a także ograniczenie nadmiaru tłuszczu w diecie ma duże znaczenie, a odwracalność procesu promocji zachęca też do szukania czynników hamujących ten etap. Witamina A i jej analogi są takimi modyfikatorami promocji. Gdy rozwój nowotworu przekracza etap promocji wówczas rozwijają się w nim nowe wyjątkowe cechy. Zmiany kariotypu skojarzone są z innymi cechami progresji: zwiększeniem tempa wzrostu, zwiększeniem autonomii komórki, inwazyjnością i zdolnością przerzutowania. Niestabilność kariotypu jest elementem krytycznym. Prowadzi do aktywacji protoonkogenów, ekspresji nowych genów i produkcji nowego hybrydowego białka. Przestają obowiązywać reguły homeostazy, równowagi metabolicznej. Klon wymyka się nam spod kontroli.

Nowym obszarem badań, zarówno z punktu widzenia poznawczego, jak i użytkowego jest zjawisko apoptozy. Dwa procesy: śmierć i usuwanie komórek zbędnych oraz proliferacja i rozwój nowych kolonii komórkowych odbywają się w sposób ciągły również w organizmie człowieka. Zachowanie ich równowagi warunkuje prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych tkanek i narządów.

Zahamowanie zjawiska apoptozy sprzyja rozwojowi zaburzeń autoimmunologicznych i nowotworów. Znaczenie biologiczne apoptozy, a także jej udział w patogenezie chorób ważnych z punktu widzenia społecznego od wielu lat inspiruje prace zmierzające do wyjaśnienia mechanizmu oraz określenia natężenia i umiejscowienia tego zjawiska. W badaniach doświadczalnych wykazano, że w komórkach będących w trakcie apoptozy dochodzi do wielu zmian molekularnych m.in. do przemieszczania fosfatydyloseryny na zewnątrz błony komórkowej. Wykorzystując powinowactwo aneksyny znakowanej technetem ^{99m} można ujawnić przyżyciowo komórki ulegające degradacji. Metoda może stać się bardzo cennym narzędziem wczesnego rozpoznania nowotworów i nie tylko (procesy degeneracyjne OUN, zespoły mielodysplastyczne).

Jest też duża grupa nowotworów w przypadku których skojarzenie chemioterapii z metodami leczenia miejscowego odsetek wyleczeń zwiększa się (rak piersi, jelita grubego, jajnika). Nadal jednak w wielu nowotworach nawet uzyskanie obiektywnej odpowiedzi nie wydłuża życia chorych. Wymusza to konieczność dalszego rozwoju tej metody. Zwiększenia wydolności chemioterapii można oczekiwać w wyniku wprowadzenia nowych leków o odmiennym niż dotychczas mechanizmie działania, większej aktywności przeciwnowotworowej.

Ostatnia dekada XX wieku stanowiła okres intensywnego wprowadzenia nowych leków. Część z nich stanowiły preparaty, które uzyskano na drodze modyfikacji cząsteczek poprzednio znanych, inne miały całkowicie nowe pochodzenie, odmienne od dotychczasowych mechanizmów działania. Do grupy całkowicie nowych i jednocześnie obiecujących leków cytostatycznych należą m. in. taksoidy, inhibitory syntetazy, tymidyny oraz analogi adenozyne.

Taxol znalazł zastosowanie w leczeniu raka piersi, jajnika w połowie lat 70. rozpoczęto badania nad kompotecyną, pierwszym lekiem z grupy inhibitorów topoizomerazy. Lek ten nie znalazł się w arsenale leków przeciwnowotworowych z powodu towarzyszących objawów. Nowe inhibitory topotekan i irinotekan mają lepszy profil tolerancji i wykorzystywane są w leczeniu raka jelita grubego.

Pochodne adenozyne, które są inhibitorami polimerazy DNA i reduktazy RNA (fludarabina i kladrybina) są skuteczne w leczeniu chłoniaków złośliwych i bia-

łaczek. W celu zwiększenia tzw. indeksu terapeutycznego opracowane są postacie liposomalne wielu leków. Są one mniej toksyczne i bardziej aktywne.

Podstawowym ograniczeniem skuteczności chemioterapii jest występowanie oporności na leki. W większości jest to następstwo zmian w ekspresji genów. Np. nadmierna ekspresja genu MDR-1, który koduje P – glikoproteinę, a ta jest taką pompą, która usuwa egzogenne toksyny lub endogenne metabolity z komórki w tym i leki. Znane są substancje, które hamują działanie pompy, ale na dzisiaj są one obciążone dużą toksycznością.

Opierając się na paradygmacie zależności pomiędzy wysokością dawek leków i wskaźnika odpowiedzi powstała koncepcja intensyfikacji chemioterapii. Ta koncepcja leczenia ze wspomaganie przeszczepianiem komórek szpiku lub krwi i stosowaniem hematopoetycznych czynników wzrostu daje zamierzony efekt w leczeniu białaczek, chłoniaków i szpiczaka.

Przyszłością leczenia systemowego nowotworów złośliwych mogą stać się całkowicie nowe podejścia, do których zaliczyć należy stosowanie substancji

zmieniających przekaz sygnałów, inhibitorów metaloproteinaz i angiogenezy i przeciwciał monoklonalnych. Do kategorii całkowicie nowych sposobów leczenia można zaliczyć terapię genową. Wspólną cechą wymienionych metod jest efekt cytostatyczny. W efekcie wydłużenie czasu przeżycia może być osiągane bez konieczności uzyskania obiektywnej odpowiedzi, jak na to miejsce w przypadku klasycznych cytostatyków.

Innym sposobem poprawy oporności jest generacja *ex vivo* komórek dendrycznych, będących komórkami najmocniej prezentującymi antygeny limfocytom T. Uzyskuje się je najczęściej przez stymulację monocytów krwi obwodowej za pomocą interleukiny – 4 i czynnika wzrostu stymulującego wzrost granulocytów i makrofagów. Komórki te pobudzają odpowiedź immunologiczną zależną od kom. T. Terapia genowa polega na wprowadzeniu do komórki genu obcego pochodzenia (transgenu) w celach leczniczych. Przeniesienie genu to translekcja. Wprowadzenie nieuszkodzonego genu do komórki i uzyskanie jego trwałej ekspresji ma zapewnić organizmowi wystarczającą ilość białka kodowanego przez zmu-

towany gen.

Bodajże najbliższe praktycznego wykorzystania wydaje się być stosowanie inhibitorów angiogenezy.

Klasyczne inhibitory angiogenezy hamują proliferację i tworzenie nowych naczyń, natomiast drugą grupę stanowią substancje, które niszczą istniejące naczynia i powodują martwicę w obrębie nowotworu. W badaniach nad zwierzętami stwierdzono, że dodanie inhibitorów angiogenezy potęguje efekt klasycznej chemioterapii.

Osiągnięciem biologii molekularnej jest próba wykorzystania przeciwciał monoklonalnych w onkologii. Przeciwciała monoklonalne znalazły swoje miejsce w leczeniu nowotworów już pod koniec XX wieku, a niewątpliwie będą szerzej stosowane w XXI wieku. Przykładem jest transtuzumab zarejestrowany w 1998 roku w USA w leczeniu raka piersi wiążący się z receptorami HER, którego nadmierna ekspresja jest szczególnie częsta w raku piersi i jest związana ze wskaźnikiem proliferacji.

prof. AM dr hab. n. med.

Roman Makarewicz

Katedra i Klinika Onkologii

Medicinalia

Szczęśliwe, przypadkowe odkrycia w okulistyce

W 1754 *Horacy Walpole* angielski pisarz i polityk wprowadził do literatury wyraz *serendipity* określający sztukę dokonywania przypadkowych, niezamierzonych a szczęśliwych odkryć. W literaturze medycznej słowo to po raz pierwszy pojawiło się 60 lat temu.

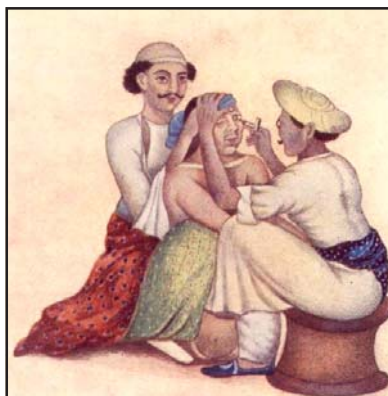
Etymologia tego słowa ma początek w orientalnej legendzie z V wieku o książętach z Serendipu (obecnie Sri Lanki), którzy na szlaku swoich wędrówek po kraju dokonywali nieoczekiwanych odkryć i zwykle odkrywali coś lepszego aniżeli to, czego oczekiwali.

Dominuje wyobrażenie, że do wielkich odkryć dochodzi się latami i z móżdżkiem. Nie zdajemy sobie jednak sprawy jak wiele z nich jest dziełem przypadku lub co najmniej jest w nich element przypadkowości. Tylko ten uczony, który nie jest hipokrytą przyzna jak znaczącą rolę odgrywa szczęśliwy przypadek w odkryciach naukowych.

Jeden z wielkich pionierów medycyny *Hans Selye* wyznał: „Żadne z moich odkryć nie było wynikiem planowego działania lecz skutkiem wyjaśniania przypadkowych spostrzeżeń”. Rola szczęśliwego przypadku nie jest w pełni doceniana i stanowi pewną tajemnicę kreatywności w nauce.

Nad wejściem na wydział medyczny uniwersytetu Harvarda widnieją słowa

Ludwika Pasteura: „Na polu obserwacji szczęście sprzyja przygotowanym umysłom”. Innymi słowy, szczęśliwy traf faworyzuje osoby o otwartym, chłonnym i wrażliwym umyśle – tylko one są w stanie docenić znaczenie tego nieprzewidzianego zdarzenia.



Operacja zaćmy Indie ok. 400 r. p.n.e.

Dokonując przeglądu osiągnięć niektórych okulistów stwierdzić można, że swój sukces zawdzięczają oni przypadkowi, lecz też niezwyklej umiejętności spostrzegania, obserwowania i ogromnej docieklowości.

Niezamierzone i szczęśliwe odkrycia w ogromnym stopniu wpłynęły m.in. na rozwój chirurgii zaćmy od czasów najdawniejszych do chwili obecnej. Okrycia

te prowadziły od zupełnej beznadziejności, którą wyrażał *Hipokrates* określając zaćmę jako chorobę nieuleczalną - do stanu, w którym usuwanie zaćmy stało się jedną z najbardziej fascynujących, doskonałych technicznie i pięknych operacji.

Hipokrates nie wiedział wówczas o tym, że operację zaćmy przeprowadzano w Indiach co najmniej 400 lat p.n.e. Polegała ona na zepchnięciu zmętniałej soczewki do ciała szklanego przy pomocy tępej sondy.

Technika ta związana jest przede wszystkim z nazwiskiem hinduskiego okulisty *Suśruty* z IV w. p. n. e.

Wiadomo, że operował on w oparciu o znajomość anatomii i dbał o antyseptykę.

Nie ulega wątpliwości, że *Suśruta* rozpoczął spychanie zmętniałej soczewki do ciała szklanego po zaobserwowaniu nieoczekiwanego odzyskania wzroku w następstwie przemieszczenia się zaćmy po urazie.

Metodę tą stosowano powszechnie w średniowiecznej Europie, aż do połowy XVIII wieku i nawet w chwili obecnej przeprowadzana jest sporadycznie w niektórych krajach Afryki i Tybecie.

Zatem pierwszą w świecie operację zaćmy zapoczątkował przypadek. Przez ponad 2 tysiące lat stanowiła jedyną

możliwość przywrócenia wzroku u ludzi dotkniętych zaćmą i stanowi ją nadal tam, gdzie nie wprowadzono nowszych technik.

Zepchnięcie zaćmy jest wprawdzie operacją względnie łatwą do przeprowadzenia lecz ryzykowną ze względu na częstsze i groźne powikłania. Trudności te znał i zapewne przeżywał francuski okulista *Jaques Daviel*, który dokonał wielu takich operacji, jak to operowali jemu współcześni.

Ósmego kwietnia 1745 - podczas dokonywania spychania zaćmy u brata *Felixa*, pustelnika z Prowansji, nie udało mu się jednak zepchnąć zmętniałej soczewki do ciała szklistego, a w dodatku - w wyniku tych usiłowań - fragmenty zmętniałej soczewki dostały się do komory przedniej. Wkrótce operacja powikłała się jeszcze bardziej, gdyż przednia komora wypełniła się krwią tak, że nie mógł już dojrzeć igły, za pomocą której chciał jeszcze dokonać zepchnięcia. Wydawać się więc mogło, że spotkał się on z jednym z wielu typowych powikłań

Wówczas skorzystał on ze znanego dawniej sposobu usuwania krwi z przedniej komory przez nacięcie rogówki i rozszerzenie otworu nożyczkami. Krew wypłynęła wraz z fragmentami zaćmy, źrenica przejaśniła się i stało się coś, czego zupełnie się nie spodziewał, chory natychmiast zaczął rozróżniać trzymane przed nim przedmioty. Zapewne wtedy *Daviel*, po raz pierwszy zdał sobie sprawę z tego, że znalazł rozwiązanie dotychczasowych problemów związanych ze spychaniem zaćmy do wnętrza oka.

Wydarzenie to było przełomowym w historii okulistyki. Wkrótce po jej ulepszeniu wielka idea *Daviela* rozprzestrzeniła się na świecie. Od tej pory, a więc od połowy XVIII wieku, do chwili obecnej (z niewielkimi przerwami) zdecydowanie dominuje technika zewnątrz- i wewnątrzgałkowego usunięcia zmętniałej soczewki.

Polega ona na wydobywaniu zaćmy, zwykle przez dość rozległe cięcie pozwalające na ręczne wyparcie jądra soczewki w całości poza gałkę.

Zasadniczym problemem po usunięciu zmętniałej soczewki jest wyrównanie wady refrakcji.

Przez wiele wieków wadę refrakcji w oku bezsoczewkowym wyrównywano za pomocą wypukłych szkieł i do niedawna brak było postępu w tej dziedzinie. Nie wyobrażano sobie nawet, że jest on możliwy.

W pamiętnikach *Casanowy* z roku 1776 znajduje się informacja o spotkaniu w Warszawie z wędrownym okulistą *GerhardoTadinim*, który demonstrował soczewki wykonane z „pięknego kry-

ształu” przeznaczone do wszczepiania do wnętrza oka.

Udokumentowane próby wszczepienia sztucznej soczewki do wnętrza oka po usunięciu zaćmy pochodzą z drugiej połowy XVIII wieku - nie zdawały one egzaminu, ponieważ soczewki opadały na dno oka.

Prawdziwy postęp w tej dziedzinie rozpoczął się blisko 150 lat później od nieoczekiwanego zdarzenia. Była nim wypowiedź jednego ze studentów przyglądających się po raz pierwszy operacji okulistycznej - a była to operacja zaćmy przeprowadzana przez angielskiego okulistę *Harolda Ridley'a*. Po ukończeniu operacji student zapytał chirurga: „usunął pan soczewkę, dlaczego nie włożył pan innej na to miejsce?”.

Ridley nie tylko nie zlekceważył tego pytania, ale docenił jego wagę.

Nie bez znaczenia okazał się w tym wypadku też inny zbieg okoliczności: fakt, że był to czas II wojny światowej, czas bitwy o Anglię. Osłony kabin pilotów samolotów brytyjskich wykonywano z polimetylmetakrylatu (fabryczna nazwa *Perspex*). Zaobserwowano, że odłamki z tego szkła znajdowane czasem w gałkach ocznych pilotów RAF-u, rannych podczas bitwy powietrznej, nie powodują odczynu zapalnego. Natchnęło to *Ridley'a* co do materiału, z którego należałoby wykonać ewentualną soczewkę wewnątrzgałkową.

Szczęśliwie okazało się też, że zarówno wartość współczynnika refrakcji, jak i ciężar właściwy zbliżone były do wartości soczewki naturalnej.

Po wielu przygotowaniach 29 XI 1949 roku, w szpitalu św. Tomasza w Londynie odbyła się operacja wszczepienia takiej sztucznej soczewki i tę datę uważa się za początek ery implantów wewnątrzgałkowych - ery panującej niepodzielnie do dnia dzisiejszego.

Sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe nadal wykonywane są z polimetylmetakrylatu, z wyjątkiem miękkich, które produkuje się z silikonu lub materiałów hydrożelowych.

Zaznaczyć jednak należy, że pierwsze próby wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych kończyły się często niepowodzeniem i obserwowano wiele powikłań spowodowanych ówczesnym poziomem chirurgii okulistycznej: brakiem odpowiednich technik mikrochirurgicznych, wadami konstrukcji soczewek, problemami z ich sterylizacją.

W latach 1960-1980 podstawową techniką operacji zaćmy na całym świecie było usuwanie soczewki metodą krioelektracji. Odkrycie tej metody również było dziełem przypadku.

Hans Selbye powiedział kiedyś: „przyroda, źródło wszystkich nauk nie jest

gadatliwa. Czasem w milczeniu ukaże ci jakiś obraz. Nigdy jednak nie wyjaśnia”. Obraz taki ukazała przyroda wybitnemu polskiemu okuliście *Tadeuszowi Krwawiczowi*.

Podczas przeprowadzanych badań doświadczalnych z konserwowaniem tkanek, w tym również soczewek, drogą liofilizacji, *Krwawicz* napotkał na trudności w wydobywaniu soczewki z oka królika bez jej uszkodzenia. W trakcie jednego z doświadczeń - po wielu niepowodzeniach - postanowił zamrozić całą soczewkę *in situ* tak, aby zmieniła ona swoją konsystencję i by można było ją wydobyć z oka nieuszkodzoną. Decyzja ta wymagała natychmiastowego działania. Na miejscu w pracowni była gotowa mieszanina oziębiająca. Nie było jednak odpowiedniego narzędzia. Szybko znalazł się kawałek miedzianego drutu, który jako dobry przewodnik zimna przylutowano do kolby metalowej. W ten sposób zaimprovizowany na przedzie przyrząd można było zanurzyć w mieszaninie oziębiającej i oziębic do około -70 °C.

Soczewka dotknięta oziębionym miedzianym drutem nie zamroziła się jednak w całości. Pojawił się natomiast białawy obszar zamrożenia, dookoła miejsca styku. Zamrożenie jednak nie rozszerzało się, mimo dłuższego czasu, który upłynął od przyłożenia przyrządu.

Wydawało się, że jest to nowe niepowodzenie spotkane na drodze do wydobywania soczewki w całości. Postanowiono więc przerwać doświadczenie przez odsunięcie zamrożonego przyrządu od soczewki. W tym momencie zaobserwowano, że oziębiony miedziany drut przylgł tak ściśle do soczewki, że nie można było go bez użycia siły oderwać. Wystąpiło zjawisko przylegania soczewki do oziębionego przyrządu - nigdy dotąd nie wykorzystana właściwość zimna. Jak się później okazało przyrząd ten stał się prototypem krioelektroktora. W ten sposób została zapoczątkowana krioelektroekcja zaćmy.

Niską temperaturę w chirurgii zaćmy wykorzystano po raz pierwszy w 1960 roku i w chwili obecnej krioelektroekcję stosuje się w wybranych przypadkach.

Soczewka zawieszona jest na tzw. obwódce rzęskowej. Dla powodzenia wewnątrzgałkowego usuwania zaćmy duże znaczenie miało zwolnienie więzadełka obwódki rzęskowej. Mechaniczne zwolnienie było trudne technicznie i niebezpieczne.

W 1957 r. do *Ignacio Barraquera*, okulisty z Barcelony, trafił chory z masynym krwotokiem do ciała szklistego - trwającym ponad rok i zupełnie niepoddającym się leczeniu. *Barraquer* wychodząc z założenia, że nie ma już nic do

stracenia wstrzyknął alfa-chymo-trypsynę do komory szklistej. Ku swemu zdziwieniu stwierdził, że do ciała szklanego zwichnęła się soczewka.

Nasunął mu się wówczas pomysł wykorzystania spostrzeżonego faktu dla ułatwienia usuwania soczewki. Wkrótce opracował sposób, który przyniósł właściwe rozwiązanie. Odkrycie *Barraquera* posiada wielką wartość dla bezpieczeństwa usuwania soczewki w całości.

Aktualnie postęp w chirurgii zaćmy polega na minimalizacji cięcia.

Kiedy w 1963 roku *Charles Kelman* otrzymał grant naukowy wysokości 280 tys. dolarów na badania nad techniką usuwania zaćmy z małego cięcia - nie miał żadnej gotowej koncepcji działania. Blisko 3 lata zmuśnionych doświadczeń nad mechanicznym rozdrabnianiem soczewki skończyły się niepowodzeniem.

Właściwe odkrycie miało przyjść wkrótce w dość nieoczekiwanych okolicznościach.

Trzy miesiące przed zakończeniem 3-letniego okresu poszukiwań *Kelman* znalazł się jako pacjent na fotelu dentystrycznym. To właśnie wówczas, siedząc na fotelu dentystrycznym doznał olśnienia. Epifania nastąpiła podczas usuwania kamienia nazębnego ultradźwiękami.

Uświadomił sobie nagle, że rozdrabniające kamień nazębny fale ultradźwiękowe są prawdopodobnie tym czego szukał tak długo. Potwierdziły to dalsze badania.

I tak cztery lata później, w 1967 roku, *Kelman* wprowadził fakoemulsyfikację, technikę, która zrewolucjonizowała leczenie zaćmy, którą do chwili obecnej w kolejnych modyfikacjach króluje na świecie.

Istotą jej jest rozdrabnianie jądra soczewki wprowadzoną do wnętrza gałki końcówką wykonującą drgania podłużne o częstotliwości ultradźwięków.

Możliwość zastosowania małego cięcia pozwala uniknąć zakładania szwów, zmniejszyć ryzyko infekcji, skrócić czas gojenia i rehabilitacji.

Nie można byłoby bezpiecznie wykonywać tych wszystkich operacji, gdyby nie zastosowanie znieczulenia miejscowego.

Jak się okazuje, odkrycie z tym związane też było dziełem przypadku.

W latach 70. XIX wieku *Karl Koller* - student pochodzenia czeskiego - uczestniczył w przeprowadzanych w Wiedniu doświadczeniach nad wpływem pewnych alkaloidów na siłę mięśni. W pewnym momencie dotknął języka ręką zanieczyszczoną ekstraktem z liści peruwiańskiego zioła *Erytroxylon Coca*. Po chwili poczuł jego drętwienie.

Od razu pojął wielkość znaczenia tego zjawiska. Zrozumiał, że oto w kieszeni jego fartucha znalazł się poszukiwany od wielu lat środek znieczulający miejscowo. Natychmiast sporządził roztwór z kokainy zakroplił go do oka żaby, następnie psa. Przypuszczenia okazały się słuszne. Gdy przyszła kolej na doświadczenie na oku ludzkim zakroplił przygotowany roztwór do swego oka. Dotknął, a następnie uciśnął rogówkę nie czując bólu. Doświadczenie to zademonstrował 15. IX. w roku 1884 na Heidelberskim Zjeździe Okulistów - i tak znieczulenie miejscowe stało się faktem.

„Zdarza się, że wielu ludzi zetknie się z nowym zjawiskiem, ale jego znaczenie odkryć może tylko jedna z tych wielu osób”.

Jest wszakże wielką sztuką dokonywanie szczęśliwych odkryć przez przypadek. To nie tylko szczęście, los i przypadek, ale też dociekliwość, wiedza i praca. Bo jak powiedział *Winston Churchill*: „Ludzie od czasu do czasu przewracają się potykając się o prawdę, lecz większość z nich podnosi się i pospiesznie odchodzi jakby nic się nie stało”.

Bibliografia u autorki.

dr hab. Grażyna Małukiewicz-Wisniewska
Katedra i Klinika Okulistyki i Chorób Oczu

Polemiki

Wokół Kodeksu Etyki Lekarskiej – kilka uwag

Ktoś zauważył kiedyś, poniekąd słusznie, że jeśli nie wiemy jak się zachować, powinniśmy zachować się przyzwoicie. Ten truizm może być zarówno początkiem jak i końcem dyskusji o etyce w ogólności, a lekarskiej w szczególności.

Większości społeczeństwa etyka kojarzy się z zawodem lekarza. Nie dostrzega się, że każdy zawód ma swoją etykę. No może czasami wspomina się o etyce dziennikarskiej, kiedy „pismacy” wywleką na światło dzienne jakąś obrzydliwą sprawę.

Zachowania lekarzy, zwłaszcza naganne zawsze stanowiły pożywkę dla sensacyjnych artykułów czy audycji. Nie ma w tym nic dziwnego, tu bowiem chodzi o życie i zdrowie, czyli wartości uważane przez większość ludzi za najcenniejsze. Inna sprawa, że ewentualne sprostowania ukazywały się na ostatniej stronie, drukowane najmniejszą czcionką.

Zjazd w Toruniu również oczekiwał się „kibiców” w postaci p. Sandauera i jego pretorian, ofiar rzeczywistych i wytworzonych w chorej wyobraźni błędów lekarskich. Ich przede wszystkim interesował artykuł o wzajemnych stosunkach pomiędzy lekarzami. Co ciekawsze w formie zaproponowanej w nowelizacji, wzbudził również sprzeciw wybitnych prawników. Choć organizacja „Primum

non nocere” nie jest z mojej bajki, trudno nie dziwić się niepokojowi. Ktoś musi stać na straży naszego dobrego imienia i najlepiej by było, gdybyśmy byli to my sami. Jeżeli pozwolimy na patologie we własnym środowisku, nie dziwny się obecności p. Sandauera i jemu podobnych. Wybraliśmy zawód specyficzny naznaczony, podobnie jak duchownego, stałą obserwacją pacjentów i ich rodzin. Sami powinniśmy interweniować, gdy coś złe się dzieje z kolegą, a nie udawać, że akurat byliśmy zapatrzeni w inną stronę.

Zjazd zabronił lekarzom brania udziału w czynnościach związanych z klonowaniem człowieka, zarówno prokreacyjnym jak i naukowym. Nie do końca podzielam opinię delegatów. Klonowanie człowieka z całą pewnością będzie dokonywane (a mam wrażenie, że już odbywają się próby). Zabranianie tego naukowcom-lekarzom, przeniesie owe badania do laboratoriów ludzi o niezwykłych niekiedy poglądach, które budzą śmiech i przerażenie jednocześnie. Do tego typu działań, jeżeli pozawala na to prawo, powinny być wyznaczone najlepsze ośrodki, zatrudniające nikogo innego jak właśnie genetyków i lekarzy.

Szczęśliwie odrzucono niedorzeczne projekty paragrafów, które w swej istocie

zbaraniałyby zapłodnienia „in vitro” oraz badań prenatalnych. Doprawdy trzeba dużego kunsztu, aby zaproponować, że „lekarz nie może dokonywać zabiegów wspomaganą prokreacją, które stwarzają większe niebezpieczeństwo dla poczętego dziecka lub jego matki niż prokreacja naturalna”. Prokreacja naturalna, zwłaszcza ze stałym partnerem o ile mi wiadomo jest zazwyczaj niegroźna. Ciekawe, że projektodawców nie intrygowały np. operacje plastyczne u starszych pań, które stanowią dalece większe niebezpieczeństwo. A poza tym każde nawet najmniejsze działanie medyczne niesie ze sobą zagrożenie z utratą życia włącznie. Trudno nie dopatrywać się tu próby przemycenia do prawa swoich przekonań religijnych.

Utrzymano zakaz eutanazji, dodając zdanie o zakazie pomocy lekarskiej w samobójstwie pacjenta. Choć zapis ten długo jeszcze nie zmienia się, z całą pewnością nie ustanie dyskusja o celowości eutanazji, której już jesteśmy świadkami w innych krajach Europy.

Zupełnym *novum* w Kodeksie jest rozdział o relacji lekarza z przemysłem. Bardzo ciekawy wydał mi się zapis stanowiący, że lekarz nie może przyjąć korzyści od przedstawicieli przemysłu,

jeżeli „może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych”. Nie bardzo wiem, gdzie przebiega owa cienka granica. Czy długopis z napisem przypominającym mi o istnieniu leku ogranicza mój obiektywizm, a może dopiero wspomnienie z firmowej wycieczki na Galapagos, skrzywią moje spojrzenie. Problem jest nierozwiązywalny, bo lekarz zawsze może powiedzieć, że zapisuje preparat X, bo ma korzystne własne obserwacje na temat jego działania, a pobyt w Egipcie na „konferencji” nie ma z tym żadnego związku. Proszę spróbować udowodnić, że tak nie jest. Przypomnę tylko, że zazwyczaj chodzi o bogate firmy, naprawę

dobrych leków, oraz ludzi z „górných pól” hierarchii medycznej. Tu musi działać przyzwoitość i nic więcej. Kto ma inne zdanie zapraszam do dyskusji.

Zjazd odbywał się w atmosferze gorącej dyskusji, która nie zawsze sprzyja podejmowaniu trafnych decyzji. Wielu wybitnych przedstawicieli nauk prawnych twierdziło otwarcie, że jest on zły, a ponadto niezgodny z obowiązującym prawem. Może zbyt mało mówiono o zmianach w Kodeksie przed zjazdem, choć pewnie większość lekarzy w nawale codziennych zajęć i pogoni za wciąż marnymi pieniędzmi nie miała czasu na refleksje. Pewne jest, że już niedługo usta-

lenia i poprawki do Kodeksu zdeaktualizują się choćby po części. Prawo nie nadąża za nauką, a jej nowe odkrycia stawiają pytania o sens życia, człowieczeństwa i innych podstawowych pojęć, z którymi zawód lekarza jest nierozdzielnie związany. Poza tym żaden kodeks nie jest w stanie objąć wszystkich implikacji i niuansów pracy lekarza. Każdy człowiek jest oddzielnym problemem etycznym, czasem nierozwiązywalnym niczym w greckiej tragedii. Pozostaje więc własna moralność oraz niezmiennie hipokratejskie: „Primum non nocere”

*dr n.med. Wojciech Szczęsny
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyn*

Polemiki

Toruński casus

Wiadomości o nim obieły całą Polskę. Rzecz miała miejsce w szkole średniej, a dotyczyła przemocy wobec nauczyciela. To co wydawało się niemożliwe, zdarzyło się.

W literaturze i w rzeczywistości znane jest zjawisko przemocy wobec dziecka – prześladowanie przez rówieśników: w szkole, na podwórku, na osiedlu. Prześladowanie fizyczne polega na tym, że jest ono popychane, poszturchiwane, wcale nierzadko bite i kopane. Napastnicy niszczą przedmioty należące do ofiary: prace szkolne, ubranie, rzeczy, np. okulary. Maltretowanie słowne – psychiczne przejawia się w przezywaniu dziecka, przy czym przezwiska zazwyczaj dotyczą słabej strony dziecka. Dziecko wyklucza się z gier, zabaw, wyśmiewa się z niego, robi głupie żarty. Ofiarami prześladowców stają się zwykle dzieci inteligentne, o delikatnej konstrukcji psychicznej, wychowywane w troskliwych i kochających je rodzinach. Dziecko będące ofiarą prześladowania czuje się tak zastraszone, że boi się powiedzieć, o tym co się dzieje; nie mówi nikomu, bo jest przekonane, że mu się nie uwierzy.

W toruńskim przypadku ofiarą prześladowania stał się nauczyciel. Człowiek dorosły, urzędnik państwowy. Jak to możliwe? Myślę, że złożyło się na to wiele przyczyn (jak w każdej sytuacji społecznej). Wina uczniów była bezsporna. W procesie wychowania zamierzonego i niezamierzonego - w szkole, w rodzinie - dzieci i młodzież zapoznaje się z obowiązującymi normami społecznymi. Zachowania dzieci i młodzieży można porównać do światła sygnalizacji drogowej. W strefie zielonego światła mieszczą się zachowania pożądane i usankcjonowane społecznie. W strefie tej swobodnie wypowiada się swoje zdanie, nie urażając przy tym nikogo. W strefie pomarań-

czowej znajdują się zachowania, które nie są w pełni dozwolone, ale toleruje się je ze szczególnych powodów. Tymi powodami są: margines swobody dla uczących się, margines swobody w trudnych chwilach – sytuacje silnego stresu – wymagają specjalnego traktowania. W strefie czerwonej znajdują się zachowania, których absolutnie nie można tolerować i należy położyć im kres. Zalicza się do tej strefy postępowanie zagrażające życiu lub dobru rodziny, jednostki, narażające na szwank jej stan fizyczny, także czyny zakazane przez prawo, etykę oraz nie akceptowane przez społeczeństwo.

Dzieciom szczególnie trudno jest pohamować impulsy do zachowań społecznie nie akceptowanych. Rodzice muszą stanowić opokę w dziecięcej walce o panowanie nad nimi. Wobec dzieci w wieku szkolnym i młodzieży do zmagania tych dołączają się nauczyciele i wychowawcy. Zakazy należy wyrażać stanowczo: „Brat nie jest do boksowania; służy do tego worek treningowy”, „Ściana nie służy do malowania, maluje się na kartce”. Ograniczenia, ustanawiane z wahaniem, niezręcznie: „Możesz go trochę opryskać, ale tak, żeby za bardzo nie przemókł”, stają się dla dzieci i młodzieży wyzwaniem i wywołują sprzeczności (kto, kogo, na ile). Sam proces ustanawiania ograniczeń powinien odwoływać się do konkretnego wydarzenia (v. jak wyżej). Unikać należy generalizowania, czyli mówiąc po prostu: gderania, marudzenia, wypominania, prawienia tzw. kazań. Nie daje efektów wychowawczych uporządkowanie jednym ruchem wszystkich problemów.

Osobiście uważam, że toruńskiemu nauczycielowi właśnie zabrakło owej stanowczości i elementarnych umiejętności asertywnych.

Asertywność to umiejętność adekwatnego wyrażenia siebie w kontakcie z inną

osobą czy osobami. Zachowanie asertywne oznacza bezpośrednie i stanowcze wyrażenie wobec innej osoby swoich uczuć, postaw opinii, ale w sposób respektujący uczucia, postawy drugiej osoby. Osoba zachowująca się asertywnie używa otwarcie słów „tak” i „nie”; nie usprawiedliwia się, nie tłumaczy się nadmiernie, ale wyjaśnia powody swojego postępowania. Broni się, gdy jest atakowana - pomocne są przy tym zdania „Nie podoba mi się sposób w jaki się do mnie odnosisz”, „Nie życzę sobie być tak traktowany”. Innym stopniem wyrażania niezadowolenia, gniewu jest stopniowanie reakcji. Jej pierwszy etap to udzielenie informacji, gdy czyjeś zachowanie przeszkadza, drażni, złości, np. Nauczyciel do ucznia zwraca się: „Rozmawiasz. Proszę przestań”. Mimo zwrócenia uwagi uczeń nadal rozmawia. II etap polega na wyrażeniu uczuć. Nauczyciel jest rozdrażniony, mówi z większą siłą: „Proszę nie rozmawiaj. Przeszkadzasz mi”. Gdy uczeń nie zmienia zachowania, należy podjąć następne działanie (III etap), jakim jest przywołanie zaplecza: „Jeżeli nadal będziesz przeszkadzał, w czasie przerwy przejdziemy na rozmowę do dyrektora”. I zrobić to! Jest to sedno tzw. konsekwentnego postępowania. Bo jeśli nie można zmienić rzeczywistości, to przynajmniej informować otoczenie o tym, co mi nie odpowiada.

Teoretycy i praktycy asertywności przykładają wielką wagę do stanowienia i obrony swoich praw. Wyjaśniają to w sposób następujący: jeśli człowiek w kontaktach z innymi osobami, nie zdecyduje się na samodzielne określenie swoich praw, inni za niego określają jego rolę. Prawda, że uczniowie toruńskiego technikum zrobili to modelowo?

*mgr Mirosława Kram
Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego*

Dzieci mniejszych szans

Mimo pewnego odczytania w literaturze psychologicznej i pedagogicznej, z określeniem „Dzieci mniejszych szans” spotkałam się po raz pierwszy. Kiedy? Podczas XXVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, który to odbył się w dniach 16-19 czerwca 2003 r. Dzięki uprzejmości prof. M. Czerwionki-Szaflarskiej jako asystent Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego miałam możliwość uczestnictwa w nim. To, co przeżyłam nazywam uczcą intelektualną i duchową. Być może brzmi to patetycznie, a nie znajduję innych określeń. Na sesjach, którym się przysłuchiwałam dane było mi z bliska zobaczyć i wysłuchać wielkich współczesnych pediatrów, psychologów i innych ważnych osób związanych z medycyną wieku rozwojowego. Żeby wymienić: Prof. M. Krawczyński, Prof. J. Kopczyńska-Sikorska, prof. N. Wolański, prof. H. Chrzastek – Spruch, prof. D. Perek, prof. J. Kowalczyk, prof. J. Ryżko.

To co przykuło moją uwagę, na sesji „Dziecko i rodzina wobec problemów współczesnego świata”, był referat wprowadzający prof. Ireny Obuchowskiej „Dzieci mniejszych szans naszej codzienności” (I. Obuchowska jest profesorem psychologii UAM w Poznaniu).

Pani Profesor w niezwykle przystępny sposób wymieniła i scharakteryzowała dzieci (są wśród nas, często niedostrzegane), które ze względu na swoją odmienność od początku swojego rozwoju nie mogą w pełni realizować zadań rozwojowych. W psychologii takie dzieci określane są mianem dzieci mniejszych szans.

Przyczyny związane są z samym dzieckiem, ze środowiskiem rodzinnym, szkolnym i szeroko rozumianym makrośrodowiskiem – warunkami społecznymi, politycznymi.

Owe dzieci to: dzieci krzywdzone, zaniedbywane i prześladowane przez rówieśników; wychowywane poza rodziną; niepełnosprawne; z rodzin ubogich oraz dzieci odmienne etnicznie.

Dziecko krzywdzone. Zjawisko miało i ma miejsce w krajach bogatych i biednych, geograficznie nie ma granic. Przemoc wobec dziecka w wymiarze fizycznym, emocjonalnym, seksualnym istniała i istnieje; zaniedbywanie czy prześladowanie przez rówieśników – to problemy znane od czasu, gdy ludzie zaczęli zapisywać historię. Były porzucane, przeznaczone na zagładę, były własnością wymienną. Aż do XVIII w. nie rozumiano odrębności i specyfiki dzieciństwa; traktowano je jako okres słabości fizycznej i moralnej. W związku z tym,

kwintesencją wychowania dzieci było ich podporządkowanie, oparte na bezwarunkowym posłuszeństwie. Przemoc i przemoc uważane były za niezastąpione środki wychowawcze. Jak dalece oddziałuje dziś jeszcze „czarna pedagogika”? Bardziej niż się zakłada. Wychowanie XX w. jest zorientowane na dziecko, podkreśla społeczną równość dzieci i dorosłych. W II połowie XX w. lawinowo zaczęto zajmować się prawami dziecka, powstawały i powstają fundacje na rzecz krzywdzonych dzieci. Krzywdzenie dzieci zaczęło być dostrzegane jako problem zdrowotny, pedagogiczny i psychologiczny. Dzieciom tym odbiera się szanse na normalne, bezpieczne i szczęśliwe dzieciństwo. Ich zachowanie zmienia się. Psychikę wypełnia uczucie bezradności, krzywdy i niskiej samooceny. Zaczynają izolować się od rówieśników i dorosłych; dopełnieniem złych relacji społecznych są niepowodzenia szkolne. Lęk przed kolejną porażką działa na nich deprymująco. Dziecko krzywdzone oddala się od wszystkich i wszystkiego. Nie dane mu są szanse na beztrudne wzrastanie psychiczne i społeczne.

Dzieci wychowane poza rodziną. Oznacza wychowywanie dziecka w instytucjach, np. w domu dziecka lub placówce wychowawczej. (zaczyna się odchodzić od pojęcia „sieroctwa społecznego” na rzecz określenia „dziecko osamotnione”). Są to dzieci porzucane przez rodziców i w ten sposób stają się osamotnione w sensie fizycznym i psychicznym. Nie znają uczucia miłości, które jest niezbędnym (choć nie jedynym) warunkiem dobrego rozwoju. Dzieci niekochane rozwijają się gorzej, częściej chorują, cierpią na głód emocjonalny. We współczesnych domach dziecka jest wszystko oprócz witaminy „M”. A bez „miłości nie ma poczucia bezpieczeństwa i poczucia własnej wartości, które to są jednocześnie podstawowymi potrzebami człowieka. Dzieci te nie mają szans na przeżywanie szczęścia sięgającego niebios. Zabawy „wygłupiane”, np. jazda na grzbiecie taty, gdy ten chodzi na czworakach, przebieganie się razem z nim w duchy i straszenie mamy – to nie dla nich.

Dzieci niepełnosprawne. Są to dzieci, których stan fizyczny lub/ i psychiczny uniemożliwia lub ogranicza w mniejszym lub większym stopniu wypełnianie ról i zadań społecznych. Dzieci przewlekłe chore, z zaburzeniami mowy, z nieprawidłowością umysłową, niedowidzące i niewidome, z wadą słuchu, autystyczne, z trudnościami w uczeniu się, nieprawidłowo, z nieprawidłowością sprzężoną (np.

głuchoniewidome, mózgowie porażenie dziecięce), wszystkie one trudno radzą sobie z codziennością. Zwykle czynności dnia codziennego wykonują kilkakrotnie dłużej; albo wymagają pomocy całkowitej lub częściowej ze strony rodziców/ opiekunów. Niepowodzenia nawet drobne wzbudzają uczucie złości. Stosunki z rówieśnikami układają się różnie. Reakcje ze strony innych dzieci, dorosłych mogą być agresywne: wyśmiewanie, drwiny, szyderstwa, dokuczanie. Spotykają się także z reakcjami deprecjonującymi: przyglądanie się, lekceważenie, rozmowy na temat niesprawności. Częściej mogą się spotykać z zachowaniami pseudopozitywnymi: nadmierne współczucie, litość, przesadna chęć niesienia pomocy. Dzieci odbierają te zachowania jak sztuczne. Wzmaga się poczucie osamotnienia i odrzucenia. Kontakty z dziećmi pełnosprawnymi wygasają. Zdecydowanie trudniej dane jest im osiągać sukcesy szkolne, sportowe czy towarzyskie.

Dzieci z rodzin ubogich. W psychice tych dzieci rodzi się wszechogarniające poczucie ograniczenia perspektyw życiowych. Bieda powoduje, że nie korzystają z różnych atrakcji i rozrywk. W szkole daje się zaobserwować mniejsze ich uspołecznienie. Ograniczają kontakty z dziećmi, izolują się, dążą do przebywania w grupie podobnych do siebie, bo doświadczają przejmującego poczucia wstydu i krzywdy, na którą odpowiadają obniżoną samooceną. Starsze dzieci nie rzadko próbują wcześniej usamodzielniać się, co przybiera postać ucieczek z domu i w konsekwencji kontaktów z grupami przestępczymi.

Dzieci z rodzin ubogich łączą wszystkie czynniki mniejszych szans.

Dzieci odmienne etnicznie. W Polsce jest to nowe zjawisko, nad którym trwają badania psychologiczne i socjologiczne. Odmienność kultury, stylów wychowania, brak znajomości języka polskiego i wiele innych przyczyn, sprawia że dzieci mają bardzo ograniczone szanse „wtopienia się” w polską rzeczywistość. Izolacja od rówieśników trwa długo, a jeśli następuje kontakt to zdarza się, że są wyszydzane z powodu swojej odmienności – koloru skóry, zachowania, praktyk religijnych.

Dzieci mniejszych szans – każde z nich ma problemy emocjonalne, trudności w nauce oraz zaburzone kontakty z innymi dziećmi i dorosłymi. Dziecko mniejszych szans nie odpowiada za to jakim jest; to nie jego wina, że jest niepełnosprawne, krzywdzone czy biedne.

mgr Mirosława Kram

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Rozumieć dziecko

Rozpoczynając ćwiczenia kliniczne z pielęgniarstwa pediatrycznego, dokonują wprowadzenia do nich przez ewaluację wstępną. Grupa studentów otrzymuje kartki, na których ma pisemnie odpowiedzieć na dwa pytania: 1. Od zajęć z pielęgniarstwa pediatrycznego oczekuję... Drugie zagadnienie: Mój wkład do grupy, to.... Po około 10 minutach kartki są zbierane, a następnie odpowiedzi czytane są na głos. Na tablicy lub osobnej kartce wspólnie są one grupowane tematycznie, po to by ustalić, które z problemów najbardziej interesują studentów. Okazuje się, że często powtarzanym problemem jest chęć zdobycia umiejętności w nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem, szczególnie małym. Młodzież powszechnie deklaruje, że bardzo lubi dzieci, ale nie bardzo wie jak najskuteczniej opiekować się nimi; jak zdobyć informacje o dziecku, o jego potrzebach i problemach, znajomość których jest niezbędna do ustalenia diagnozy pielęgniarstwa będącej pierwszym etapem procesu pielęgnowania dziecka.

Jak bowiem dowiedzieć się o stanie zdrowia dziecka, kiedy jest ono w wieku, w którym nie mówi lub nie chce (nie może) z nami rozmawiać?

O dziecku i jego stanie zdrowotnym dowiadywać się można za pomocą pięciu metod: obserwacji, wywiadu (z rodzicami), rozmowy z dzieckiem (rodzicami), przeprowadzenia pomiarów oraz analizy dokumentacji. Każda z wymienionych metod jest źródłem pozyskiwania danych o dziecku i jego stanie biologicznym, psychicznym i społecznym. W stosunku do dziecka, u którego ze względu na wiek i poziom rozwoju psychicznego czy stan zdrowia, istnieją obiektywne trudności w komunikowaniu się – obserwacja stanowi metodę priorytetową. Zwracam przy tym uwagę studentom, iż w każdym przypadku dziecko jest „nośnikiem informacji” mówiących o nim samym. Bardzo wiele można wnioskować obserwując zewnętrzny wygląd dziecka i jego zachowanie.

Zachowanie - z punktu widzenia psychologii behawioralnej to wszelkie czynności jednostki mogące być i będące obserwowalne przez inne osoby. Czynność natomiast jest ukierunkowaną aktywnością jednostki wobec otaczającego świata i skierowaną na osiągnięcie celu, który może być materialny (głód zmusza do zjedzenia posiłku) lub niematerialny (krzyk dziecka zwraca uwagę dorosłych). Ważna jest umiejętność odbioru sposo-

bów komunikowania się dziecka z otoczeniem. Nie jest to trudne, jeśli się wie, że w komunikowaniu 65% tego procesu stanowią sygnały pozawerbalne (bezsłowne, mowa ciała). Komunikowanie niewerbalne występuje wcześniej w rozwoju człowieka niż werbalne i odbierane jest szybciej, ponieważ odbywa się ono w większości bez udziału świadomości. Obserwując zatem dziecko należy wziąć pod uwagę: mimikę (wyraz twarzy), pantomimikę (postawa ciała, gesty) i objawy somatyczne.

W celu uzmysłowienia ważności obserwacji polecam studentom opisanie dziecka zdrowego poprzez odpowiedzenie na pytanie: „Zdrowe dziecko, to takie które...?” w tym momencie grupa zaczyna aktywnie pracować. Studenci podają wszelkie możliwe propozycje opisu dziecka zdrowego. Trwa to ok. 10-15 minut. Otrzymane odpowiedzi grupujemy i „tworzymy portret” dziecka zdrowego.

„Zdrowe dziecko, to nie tylko takie, u którego nie stwierdza się choroby, bowiem zdrowie jest dynamicznym procesem. Nie ma jednoznacznych określeń zdrowia. Zdrowe dziecko także choruje około 6-8 razy w ciągu roku. Są to przeziębienia, choroba zakaźna wieku dziecięcego. Mają charakter ostry i nie powodują z reguły niekorzystnych następstw dla stanu ogólnego dziecka. Po kilku, kilkunastu dniach choroby dziecko wraca do zdrowia i poziomu poprzedniego funkcjonowania.

Zdrowe dziecko charakteryzuje dobry stan zdrowia w trzech wymiarach – fizycznym, psychicznym i społecznym; wzrasta w środowisku sprzyjającym jego zdrowiu. Zdrowe dziecko ma żywe spojrzenie, jest uśmiechnięte i wesołe oraz zainteresowane otoczeniem. Swoje ciało układa dowolnie w zakresie typowym dla wieku. Ma czystą skórę o barwie bladoróżowej; skóra jest ciepła w dotyku, sprężysta i elastyczna. Oczy dziecka są lśniące. Dziecko zdrowe oddycha przez nos z zamkniętymi ustami. Jest zadowolone, ruchliwe, bawi się. Chętnie spożywa posiłki. Wydala regularnie stolec i moc. Dobrze śpi. Rozwija się zgodnie z ustalonymi normami.

Tę pierwszą część zajęć kończą zwróceniem uwagi studentom, na to, aby pamiętali, iż najlepszym obserwatorem swojego dziecka jest matka. Zauważy najdrobniejsze zmiany w zachowaniu i wyglądzie dziecka. Nigdy nie wolno bagatelizować słów matki.

W drugiej części ćwiczeń klinicznych,

poświęconych ważności obserwacji studenci dokonują opisu dziecka chorego na przykładzie dziecka cierpiącego ból.

Ból jest odczuciem subiektywnym, ale reakcja na ból może być zarejestrowana obiektywnie oraz na podstawie obserwacji. Ból jest główną przyczyną płaczu u dziecka. U małych dzieci są to dwa często współistniejące objawy. Skala odczuwania bólu przez dziecko jest bardzo szeroka. Reakcje wegetatywne, ruchowe i psychiczne na bodźce bólowe są zróżnicowane i zależne od wieku, rodzaju bólu, jego przyczyny, czasu trwania, stanu emocjonalnego, w tym uczucia lęku. Jeśli w czasie, np. badania udaje się odwrócić uwagę dziecka zabawką lub karmieniem, wówczas można sądzić, że ból nie jest silny.

U małych dzieci mogą wystąpić duże trudności w ocenie bólu i wówczas ta ocena musi być oparta na spostrzeganiu wyrazu twarzy i zachowania dziecka.

W zakresie mimiki daje się zaobserwować poważny wyraz twarzy, oczy nieruchome nie zatrzymujące się na oglądanych przedmiotach; niekiedy zmarszczone brwi i czoło, zacisnięte lub półotwarte usta. Ostremu bólowi często towarzyszy krzyk. W zakresie pantomimiki – miotanie się, tupanie lub przeciwnie, nad wyraz spokojne, nie zwracające uwagi otoczenia ułożenie ciała (tzw. oszczędzające). Dziecko może także podejmować próby uśmierzenia bólu przez ucisk na bolącą część ciała, gryzienie palców, zagryzanie warg.

Objawy somatyczne to zewnętrzny wyraz wewnętrznych emocji. Tu można zaobserwować bladłość lub zaczerwienienie twarzy, zimny pot, podkrążone i pełne łez oczy; płacz i szloch; zimne palce rąk i nóg, przyspieszenie tętna, zmianę rytmu oddechowego. Jeśli ból jest długotrwały dziecko traci zainteresowanie otoczeniem, wykazuje niechęć do rozmowy, jest nadwrażliwe i płaczliwe, nie ma apatytu, cierpi na bezsenność.

Summa summarum obserwacja jest znaczącą metodą pracy pielęgniarki. W połączeniu z innymi metodami staje się cennym źródłem informacji o dziecku w procesie pielęgnowania.

W podsumowaniu zajęć dokonują ewaluacji końcowej. Studenci wyrażają zadowolenie, szczególnie podkreślają swój aktywny udział w ćwiczeniach przez danie możliwości dzielenia się pomysłami i wiedzą.

*mgr Mirosława Kram
Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego*

Historia medycyny

O rocznicy, która nie jest rocznicą Głos w sprawie genezy Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego

W publikacjach poświęconych działalności polskich lekarzy w Bydgoszczy pod pruskim zaborem znajdujemy informację o tym, iż Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie genezą sięga roku 1903. Powstać wówczas miało z inicjatywy dr. Emila Warmińskiego jakieś tajne Stowarzyszenie Lekarzy Nadnoteckich (Towarzystwo Lekarzy Nadnoteckich, Nadnoteckie Stowarzyszenie Lekarzy, Związek Lekarzy Nadnoteckich – nazwy te funkcjonują równolegle). W tym roku wypadłaby więc setna rocznica powołania tej organizacji. Rzekome Towarzystwo zajmować się miało działalnością naukową i społeczną oraz prowadzeniem tajnego nauczania (sic!). Po śmierci dr. Warmińskiego w 1909 r. działalność tę mieli kontynuować dr Michał Hoppe, dr Jan Biziel i dr Władysław Piórek. Stwierdzenia te mijają się z prawdą i wydaje się, iż należy funkcjonujący mit zweryfikować. Problematyka dotycząca działalności polskich lekarzy ma zresztą już swoją bogatą literaturę naukową.

Kształtowanie się inteligencji polskiej pod pruskim zaborem na przełomie XIX i XX wieku przebiegało w warunkach ucisku narodowego i silnej presji germanizacyjnej. W ciągu XIX wieku w wyniku realizacji „polityki podnoszenia” (Hebungspolitik) Bydgoszcz stała się miastem o znaczącej przewadze ekonomicznej żywiołu niemieckiego, a także lokalnym centrum administracji i kultury niemieckiej. Uchodziła za najsilniej zgermanizowany ośrodek miejski w Wielkopolsce.

Dlatego też polska młodzież z prowincji poznańskiej wybierała zawód lekarza jako najbardziej „wolny” wśród zawodów inteligentnych. Ze względu na to, iż w prowincji poznańskiej nie było wyższej uczelni, młodzież polska musiała się kształcić na uniwersytetach niemieckich.

Lekarze, zwłaszcza wolno praktykujący, nie byli tak uzależnieni od pruskiej administracji jak księża, nauczyciele, czy urzędnicy. Pod koniec XIX wieku wzrost liczby lekarzy w mieście postępował dość szybko. W połowie XIX wieku w Bydgoszczy uprawiało praktykę 25 lekarzy, w tym 5 Polaków, a przed wybuchem I wojny światowej 48 lekarzy, w tym 12 Polaków.

Poczynania germanizacyjne w Bydgoszczy nabrały rozmachu w ostatnim dziesięcioleciu XIX wieku. Wszystkie zabiegi mające na celu umocnienie niemieckiego i wynarodowienie polskich mieszkańców miasta nie przyniosły

spodziewanych rezultatów. Polska mniejszość narodowa podjęła energiczną obronę swoich interesów. Szersze omawianie tej kwestii przekracza ramy niniejszego tekstu. Warto jednak podkreślić, iż polski ruch narodowy w Bydgoszczy, zwłaszcza po upadku powstania styczniowego, oddalił się od konspiracyjnych wizji. Następstwa kapitalistycznego rozwoju modyfikowały systemy wartości i sposoby zachowania, rodziły realistyczne nastawienie życiowe, postawy przystosowawcze.

Główny front zmaganiał narodowościowych przebiegał na polu gospodarczym. Przystąpiono do mozolnej, konsekwentnej realizacji programu walki organicznej. Szczególną rolę odegrała tu nieliczna polska inteligencja, wśród niej właśnie kilku bydgoskich lekarzy: Jan Biziel, Edmund Czarliński, Michał Hoppe, Władysław Piórek, Piotr Piskorski, Emil Warmiński, Teodor Weynerowski.

Z ich inicjatywy zaczęto tworzyć w mieście polskie banki i spółki kredytowo – pożyczkowe. Dzięki nim polscy kupcy, drobni przedsiębiorcy i rzemieślnicy mogli stawić czoła swoim niemieckim i żydowskim konkurentom. Działalność inspirującą i edukacyjną wśród bydgoskiego drobnomieszczaństwa prowadziły stowarzyszenia przemysłowe i kupieckie, w których także wysoki był udział bydgoskich lekarzy. Zadaniem tych towarzystw było dbanie o podniesienie poziomu wykształcenia ogólnego i zawodowego polskiego społeczeństwa przez organizowanie kursów, wykładów, bibliotek i wystaw. Kulminacyjnym punktem było zorganizowanie w czerwcu 1910 roku w Bydgoszczy wystawy przemysłowej, która propagowała czysto polskie osiągnięcia.

Poza wykształceniem gospodarczym postawy obronnej prowadzono działalność mającą na celu włączenie do walki o narodowe przetrwanie najszerzych warstw polskiego społeczeństwa. Mimo nacisków germanizacyjnych, w ustawowo zagwarantowanych ramach, Polacy starali się legalną drogą realizować swoje interesy narodowe. Ogromną rolę w tej dziedzinie spełniały polskie organizacje społeczno – zawodowe oraz polska prasa. Towarzystwo Przemysłowe, Kupieckie, Towarzystwo Robotników Polsko – Katolickich, Towarzystwo Gimnastyczne „Sokół”, Towarzystwo Czytelni Ludowych, zespoły śpiewacze i artystyczne, Księgarnia Bydgoska, Gazeta Bydgoska i Dziennik Bydgoski położyły ogromne zasługi dla obrony polskości w Bydgo-

szczy. Działalność polskich organizacji i stowarzyszeń koncentrowała się w założonym w 1906 roku Domu Polskim. Animatorami polskiego życia narodowego byli nieliczni przedstawiciele polskiej inteligencji, w tym kilku wymienionych wyżej lekarzy.

Tak więc zakładanie tajnego, konspiracyjnego stowarzyszenia obce było mentalności polskich lekarzy w Bydgoszczy. Dr Piórek, miał tytuł radcy sanitarnego (Sanitätsrath), a od 1914 r. uzyskał zawodowy tytuł tajnego radcy sanitarnego (Geheimer Sanitätsrath), był więc cesarskim urzędnikiem państwowym. Dr Biziel i dr Hoppe posiadali dobrze prosperującą praktykę w Bydgoszczy. Nie narażaliby swej pozycji i możliwości legalnego działania na rzecz polskiej społeczności, dla tępiących przez władze pruskie poczynań. Córka dr. Bizieła i syn dr. Hoppego w swoich relacjach przechowywanych w Bibliotece Miejskiej w Bydgoszczy nie wspominają o żadnej konspiracyjnej działalności swoich ojców. Nie mniej aktywny niż dr Emil Warmiński był dr Piotr Piskorski. Za działalność narodową i społeczną szykanowany przez władze niemieckie przeniósł się do Torunia, gdyż nie znalazł należytego oparcia ze strony polskich bydgoszczan.

Działalność organizacyjna środowiska lekarskiego skupiała się także w legalnych stowarzyszeniach profesjonalnych. Od 1885 roku działał Związek Lekarzy Rejencji Bydgoskiej (Verein der Ärzte des Bromberger Regierungsbezirk), w którego pracach brali udział lekarze niemieccy i polscy. Związek zajmował się problematyką wykonywania zawodu lekarza. Na posiedzeniach wygłaszano też odczyty naukowe. Od maja 1887 wszyscy lekarze prowincji poznańskiej, a więc i lekarze bydgoscy należeli do powołanej Izby Lekarskiej Prowincji Poznańskiej w Poznaniu (Ärztelkammer de Provinz Posen). Dr S. Warmiński był nawet członkiem Sądu Honorowego tej Izby. Dr S. Warmiński, dr M. Hoppe i dr P. Piskorski brali udział w pracach Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego i Towarzystwa Naukowego w Toruniu.

W Bydgoszczy działało natomiast Historische Gesellschaft für den Netzedistrikt (Nadnoteckie Towarzystwo Historyczne), w którym wśród prawie 150 członków aktywnie działało kilkunastu lekarzy niemieckich i jako jedyny z Polaków dr S. Warmiński. Towarzystwo to jednak z ofensywną polską działalnością narodową nie miało nic wspólnego. I to jest jedyny związek nazwiska Warmiński

z organizacją mającą w swej nazwie określenie Nadnoteckie.

Nie ma więc żadnych przesłanek do tego, by uznać, że bydgoscy lekarze na początku XX wieku stworzyli jakieś tajne, konspiracyjne stowarzyszenie. Pozostaje jeszcze kwestia daty. Dr Emil Warmiński przybył do Bydgoszczy po studiach i odbyciu obowiązkowej służby wojskowej w 1905 roku. Nie mógł więc założyć żadnego stowarzyszenia w 1903 roku.

Rodowodu Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego należy więc szukać w innym czasie i innej przestrzeni historycznej.

Bydgoscy lekarze pod pruskim panowaniem zapisali piękną kartę walki

o polskość i nie jest potrzebne konstruowanie nieprawdziwych mitów na temat ich działalności.

[1]. Cz. Stachowiak – Nowicka, Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie lata 1903 – 1995, *Primum non nocere* 1996, nr 2 (60), s. 9.

[2]. Zob.: W. Staszewski, Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie, (w:) Bydgoszcz. Historia. Kultura. Życie gospodarcze, Gdynia 1959, s. 262 – 264; Z. Mrozek Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie, *Kalendarz Bydgoski* 1983, s. 103 – 107; J. Podgóreczny, Emil Warmiński jako lekarz regionu bydgoskiego, Bydgoskie

Zeszyty Lekarskie 1989 – 90, nr 5 – 6, s. 85 – 89;

[3]. Zob. np.: J. Borzyszkowski, *Inteligencja polska w Prusach Zachodnich 1848 – 1920*, Gdańsk 1986; W. Molik, *Kształtowanie się inteligencji polskiej w Wielkim Księstwie Poznańskim 1841 – 1870*, Warszawa – Poznań 1979; tegoż: *Kult Karola Marcinkowskiego*, Poznań 1996; W. Korpalska, *Lekarze bydgoscy 1815 – 1920*, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, Poznań 2000, z. 3 i 4, s. 158 – 171.

dr Walentyna Korpalska

Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Zjazd naukowy XXI wieku: szansa, obowiązek i przyjemność

Pracownik naukowy wyższej uczelni podnosi swoje kwalifikacje poprzez stałe aktualizowanie swojej wiedzy, a jednocześnie poprzez udostępnianie swoich osiągnięć innym. Obydwu celom służą publikacje w czasopismach naukowych oraz zjazdy naukowe. W pewnym uproszczeniu, można wyróżnić 4 rodzaje medycznych zjazdów naukowych:

1. ogólne, np. ogólnolekarski,
2. specjalistyczne, np. pediatryczny, internistyczny,
3. szczegółowe, np. hematologiczny, onkologiczny (często łączące różne specjalności),
4. tematyczne, np. przeszczepy komórek hematopoetycznych, minimalna choroba resztkowa, guzy mózgu, oporność na cytostatyki.

Niezależnie od tematyki, rangi, częstotliwości czy miejsca, na zjazdach spotykają się specjaliści z danej dziedziny, którzy jednocześnie realizują swoje liczne cele, które można scharakteryzować następująco:

Po pierwsze, jest to zapoznanie się z nowościami i trendami, a przede wszystkim z poglądami na nowe trendy.

Po drugie, zjazdy, zwłaszcza „duże” mają znaczenie edukacyjne. Dla tych którzy się specjalizują, dla lekarzy praktyków, dla tych którzy wkraczają w życie naukowe. Poza sesjami plenarnymi oraz naukowymi, organizowane są sesje edukacyjne. Edukacja dotyczy również działalności naukowej: poznaje się sposoby prezentacji ustnych i plakatowych, często nawiązuje się pierwsze kontakty naukowe.

Po trzecie, spotkanie z różnymi osobami, z wybitnymi specjalistami, osobami pracującymi w tej samej dziedzinie i wymienianie z nimi swoich poglądów, można spotkać się ze znajomymi. Jest to też okazja, aby w kulisach, albo na im-

prezach towarzyszących porozmawiać niemalże z każdym, nie wyłączając gości zagranicznych, specjalistów krajowych i nieosiągalnych zazwyczaj w inny sposób, profesorów z innych klinik.

Po czwarte, zjazdy są często okazją do poznania nowych miejsc. Dzięki zjazdowi można zwiedzić ciekawe miejsca w Polsce i na świecie.

Po piąte, przedstawienie własnych osiągnięć w postaci prezentacji ustnej lub plakatu. Taka prezentacja łączy różne wartości: jest to najczęściej wstępne przedstawienie wyników, które przechodzi pierwszą weryfikację i stanowi przygotowanie do późniejszej publikacji; może to być przygotowanie do prezentacji doktoratu; może to być retrospektywne podsumowanie pewnej części dotychczasowej działalności. Zawsze jednak stanowi próbę podkreślenia swojej obecności i aktywności w danej dziedzinie – zarówno obecności „zewnętrznej” tj. pokazania innym ośrodkom swoich wyników; oraz obecności „wewnętrznej”, związanej z wymogami uczelni, związanej z aktywnością naukową.

Obecność „zewnętrzna” to w efekcie ustalanie pozycji swojej i swojego ośrodka w danej dziedzinie. Taką pozycję zdobywa się niełatwo. Konieczne jest wieloletnie podkreślanie swojej aktywności i swoich osiągnięć, dyskusowanie oficjalne i kuluarowe. W świecie nauki ciągle jednak coś się zmienia. Wywalczoną pozycję trzeba bronić poprzez dalszą aktywność, poprzez aktualizację swoich badań i wyników.

Obecność „wewnętrzna” – to podsumowanie swojej pracy naukowej. Oznacza to konieczność przedstawienia dotychczasowej ciężkiej pracy w klinice, w laboratorium czy w zakładzie. Najpierw należy napisać dobry abstrakt, potem przygotować dobrą prezentację, a potem dobrze wystąpić i umieć ją dyskutować.

Napisanie dobrego abstraktu jest zależne od rodzaju samej pracy naukowej. Organizatorzy zjazdu na podstawie abstraktu kwalifikują najlepsze prace do prezentacji ustnej, inne do prezentacji plakatowej. Coraz częściej w Polsce, wzorem krajów zachodnich, część prac kwalifikuje się „wyłącznie do druku w materiałach zjazdowych” lub odrzuca się. Minęły już czasy, że każdy zgłoszony abstrakt zostaje zakwalifikowany do prezentacji zjazdowej.

Czynny udział w zjeździe wiąże się z pewną dozą stresu naukowego. Największym stresem zjazdowym dla uczestnika biorącego czynny udział, zwłaszcza w pierwszych latach pracy, jest ustna prezentacja swoich wyników, w obecności największych autorytetów z tej dziedziny. W zamian za to można uzyskać ich uznanie, ich uwagi na temat pracy, sugestie i pomysły na przyszłość, w tym przy opracowywaniu materiału do publikacji.

Zmienia się charakter prezentacji. Niemalże wyłącznie przedstawia się projekcję multimedialną. Już rzadkością jest prezentacja w oparciu o przeźroczka. Wkrótce chyba taka możliwość będzie w ogóle niedostępna.

Coraz częściej spotykam się z poszukiwaniem przez pracowników takich zjazdów, na których materiały zjazdowe publikowane są w uznanych czasopismach naukowych (lub ich suplementach). Każdy z nas liczy punkty wg KBN, Index Copernicus, wg Impact Factor. Miło jest przecież posiadać w dorobku pozycję z takiego czasopisma jak np. „Blood” (IF=9.273, KBN=24). Dokonuje się więc stopniowa ewaluacja zjazdów naukowych. Najbardziej prestiżowe wytyczają kierunki rozwoju w danej dziedzinie (najczęściej są to zjazdy amerykańskie). W krajach zachodnich abstrakty opublikowane w recenzowanych czasopismach

też mają swoją wartość, bo one też przechodzą system weryfikacji i kwalifikacji. Niektóre komplety abstraktów zjazdowych są indeksowane w PubMed. Wymaganiem zjazdowym jest zgłaszanie prac niepublikowanych wcześniej w jakiegokolwiek formie.

Minusy zjazdów. Poza stresem związanym z wystąpieniem i prezentacją swoich wyników, są to koszty oraz niemożność uczestnictwa we wszystkim co zjazd oferuje. Byłem na zjeździe poświęconym przeszczepom szpiku kostnego, na którym równolegle odbywało się 8 sesji. Rozwój wiedzy jest jednak nieunikniony i nie ma innej możliwości organizowania dużych zjazdów, a takie liczą się najbardziej.

dów, a takie liczą się najbardziej.

Koszty robią się coraz większe. W USA żeby uczestniczyć w specjalistycznym zjeździe lepiej być członkiem odpowiedniego Towarzystwa Naukowego. Dla tych, którzy nie są członkami opłata za uczestnictwo w zjeździe bywa nawet 4-krotnie wyższa. Tylko członek Towarzystwa może zgłosić pracę na zjazd. Każdy zgłoszony abstrakt należy opłacić (z reguły 50-80\$), w celu pokrycia wszystkich kosztów związanych z jego dalszym tzw. „opracowaniem”. Wniesienie opłaty nie jest jednak równoczesne z zakwalifikowaniem pracy na zjazd.

Osobiście najbardziej cenię sobie na zjazdach tzw. workshop (spotkanie

robocze). Uczestniczyłem w spotkaniach dotyczących pisania prac naukowych, prezentacji ustnych, pracy z konkretną aparaturą, omawianiem konkretnych problemów medycznych, a nawet omawianiem konkretnych pacjentów.

Zjazdy poprzez równoczesne spotkanie wielu różnych osobistości, ucza kultury naukowej, osobistej, ucza szacunku do osiągnięć innych i do osiągnięć własnych, są spotkaniem z ludźmi, z postawami, ze sposobami myślenia, kształtują osobowość i poglądy.

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

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

Ogólnopolski Zjazd Pediatrów

Kiedy cztery lata temu w Mikołajkach podczas Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów ogłoszono, że następny zjazd odbędzie się w Bydgoszczy, środowisko bydgoskich pediatrów czuło się wyróżnione, ale jednocześnie stanęło przed dużym wyzwaniem. Komitetowi Organizacyjnemu tegorocznego XXVII Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów przewodniczyła prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, a w jego skład weszli pracownicy Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii naszej Akademii Medycznej oraz koledzy z Torunia, Włocławka i Grudziądza: Wiceprzewodniczące Komitetu Organizacyjnego - dr n. med. Grażyna Swincow, dr n. med. Renata Kuczyńska, Sekretarze: dr n. med. Andrzej Chrobot, lek. med. Lucyna Muller, lek. med. Joanna Gąsiorowska, Skarbnicy: dr n. med. Grażyna Bała, dr n. med. Agnieszka Chrobot, Członkowie: prof. dr hab. med. Mariusz Wysocki, dr n. med. Andrzej Kurylak, dr n. med. Danuta Kurylak, dr n. med. Jan Styczyński, dr n. med. Ewa Hapyn, dr n. med. Janusz Czarnecki, dr n. med. Irena Drapińska, dr n. med. Jadwiga Wozikowska, dr n. med. Olgierd Pilecki, dr n. med. Robert Dębski, lek. med. Grażyna Razmuk, dr n. med. Grażyna Mierzwa, dr n. med. Barbara Tyczyńska-Hoffmann, dr n. med. Anna Szaflarska-Szczepanik, dr n. med. Inga Adamska, dr n. med. Ewa Łoś-Rycharska, dr n. med. Izabela Zielińska, lek. med. Marlena Jakubczyk, lek. med. Hanna Zielińska, lek. med. Beata Stepień-Jaszowska, lek. med. Agnieszka Firszt, lek. med. Barbara Domachowska, pomagali studenci Wojciech Kupczyk, Jerzy Brazowski

Do Komitetu Naukowego, któremu przewodniczyła prof. zw. dr hab. n. med. Anna Balcar-Boroń napłynęło ponad

pięćset streszczeń prac naukowych, z których do prezentacji na obradach wybrano najlepsze.

Zjazd odbywał się w ciepłe, piękne letnie dni, od 12 do 15 czerwca 2003 roku. Program naukowy, w ramach którego odbyło się 26 sesji referatowych oraz 3 sesje plakatowe, obejmował najbardziej istotne zagadnienia współczesnej pediatrii: między innymi alergologiczne, gastroenterologiczne, onkohematologiczne, pulmonologiczne, immunologiczne, laryngologiczne, choroby metaboliczne, choroby zakaźne.... Na zjeździe dyskutowano również o sytuacji dziecka i rodziny wobec problemów współczesnego świata oraz o roli pediatrii w podstawowej opiece zdrowotnej, problemie szczególnie dziś ważnym w systemie opieki lekarza rodzinnego. Zainteresowanie poszczególnymi sesjami było bardzo duże, sale audytorne były prawie szczelnie wypełnione słuchaczami.

Udział firm farmaceutycznych był znaczący, obfitował w sesje satelitarne oraz imprezy promocyjne.

W Zjeździe uczestniczyło prawie dwa tysiące lekarzy. Obrady odbywały się w Operze Nowa, która znakomicie sprawdziła się w roli centrum zjazdowego, również w salach Akademii Medycznej przy rondzie Jagiellonów i Urzędu Wojewódzkiego.

Pierwszego dnia zjazdu odbyło się Walne Zebranie Delegatów, na którym po kilkugodzinnych debatach wybrano nowego Prezesa Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, którym została prof. dr hab. n. med. Krystyna Wąsowska-Królikowska z Łodzi oraz wybrano Zarząd Główny PTP, w którym na kolejną kadencję zasiadzie prof. dr hab. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska.

Niezwykle udanym akcentem była uroczysta ceremonia otwarcia Zjazdu, odbywająca się w Operze Nova, którą swą

obecnością zaszczyliły najwyższe władze wojewódzkie i miejskie oraz JM Rektor AM w Bydgoszczy prof. dr hab. n. med. Danuta Miścicka-Śliwka oraz Senat AM. Prof. dr hab. n. med. Maciej Kaczmarek otrzymał z rąk Wojewody Kujawsko-Pomorskiego Medal Edukacji Narodowej. W trakcie ceremonii otwarcia ustępujący Prezes PTP prof. dr hab. n. med. Jacek Grygalewicz nadał godność Członka Honorowego PTP prof. dr hab. n. med. Marii Kamińskiej, prof. dr hab. n. med. Irenie Szajner-Milart oraz prof. dr hab. n. med. Teresie Wyszyńskiej. Dziewięciu zasłużonym pediatrom wręczono Medal Honorowy im. Józefa Brudzińskiego - z naszego regionu medal otrzymała prof. zw. dr hab. n. med. Anna Balcar-Boroń. Dr n. med. Janusz Czarnecki, dr n. med. Andrzej Nagórny-Martynowski, dr n. med. Wanda Sokalska-Nowak oraz dr n. med. Halina Wojtanowska otrzymali Dyplom Honorowy PTP.

Dla uczestników ceremonii otwarcia Komitet Organizacyjny wraz z firmą Yamanouchi przygotowali spektakl oparty na motywach tradycyjnej oraz nowożytnej sztuki japońskiej, wzbogacony pokazem kimon i oszalamiającą grą świateł laserowych. Zwolennicy sztuki tradycyjnej wysłuchali najpopularniejszych przebojów operetkowych w wykonaniu solistów oraz orkiestry Opery Nova pod dyrekcją Macieja Figasa.

Na tym jednak nie kończył się przygotowany przez Organizatorów program imprez towarzyszących. Uczestnicy spotkali się również na myśliciejskiej Polanie Zacisze, gdzie bawili się do późna w towarzystwie Roberta Janowskiego oraz bydgoskiego zespołu Akt, znanych z teleturnieju *Jaka to melodia?*.

Tegoroczny XXVII Ogólnopolski Zjazd Pediatrów sprzyjał bez wątpienia wymianie doświadczeń, nawiązaniu nowych kontaktów naukowych i zawodo-

wych, a dla młodych adeptów pediatrii był doskonałą okazją do zapoznania się z osiągnięciami i problemami współczesnej pediatrii oraz spotkania ze znanymi Nauczycielami pediatrii. Uczestnikami Zjazdu byli również naukowcy zagraniczni: profesor Lucas Kulczycki

z USA, profesor Napoleon Wolański mieszkający w Meksyku oraz kilkoosobowa grupa z wschodniej granicy, z Grodna i ze Lwowa. Zakończony 15 czerwca Zjazd należy zaliczyć do grona udanych wydarzeń naukowych, po jego zakończeniu na ręce Przewodniczącej

prof. dr hab. n. med. Mieczysławy Czerwionka-Szaflarskiej oraz całego Komitetu Organizacyjnego napłynęło kilkadziesiąt listów z podziękowaniami za profesjonalną organizację oraz wspaniałą atmosferę.

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

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

III Ogólnopolska Konferencja „Badania nad lękiem” Toruń 13–15 czerwca 2003 r.

Organizatorami Konferencji byli: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Fundacja na rzecz Rozwoju Psychiatrii Regionu Kujawsko-Pomorskiego im. dr Józefa Bednarza oraz Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy zorganizowała w dniach 13–15 czerwca 2003 roku pod patronatem J.M. Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy, prof. dr hab. n. med. Danuty Miścickiej-Słiwki III Ogólnopolską Konferencję „Badania nad lękiem”. Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem lekarzy, psychologów, terapeutów i osób profesjonalnie związanych z leczeniem zaburzeń psychicznych, w szczególności leczeniem zaburzeń lękowych.

Założeniem III Konferencji było nawiązanie do tradycji poprzednich Konferencji organizowanych cyklicznie we Fromborku. Celem spotkania była wymiana doświadczeń i pogłębienie profesjonalnej wiedzy na temat współczesnych problemów rozpoznawania i skuteczności leczenia zaburzeń lękowych i lęku, a także najnowszych osiągnięć światowych w tych dziedzinach. Była też okazją do wymiany poglądów na temat diagnostyki, terapii związanych z zagnieniami zaburzeń lękowych.

Na III Konferencji spotkali się przedstawiciele dyscyplin klinicznych, w ramach obrad poruszane były zagadnienia dotyczące zaburzeń lękowych jako odrębnego problemu diagnostyczno-terapeutycznego, jak też współistnienia lęku w różnych schorzeniach.

W skład Komitetu Naukowego III Konferencji weszli:

przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz

członkowie: prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

prof. dr hab. n. med. Jerzy Landowski

prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka

prof. dr hab. n. med. Andrzej Zięba
dr hab. n. med. Andrzej Czernikiewicz
dr hab. n. med. Janusz Heitzman
dr n. med. Wiktor Dróżdż

Program Konferencji uzyskał akceptację Komitetu Naukowego. Na podstawie decyzji Komisji Kształcenia Ustawicznego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego za udział w wykładach oraz warsztatach naukowych organizowanych w ramach Konferencji można było w sumie uzyskać 10 punktów edukacyjnych.

W Konferencji wzięło udział około 400 uczestników z Polski, w większości psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, neurologów i neurochirurgów, ponadto uczestnikami byli lekarze innych specjalności spotykający się w swojej praktyce zawodowej z problematyką zaburzeń lękowych, a także grono lekarzy-rezydentów odbywających staże specjalizacyjne.

Obrady odbywały się w Toruniu w gmachu Wydziału Ekonomicznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przy ulicy Gagarina. Do współudziału w Konferencji i współorganizacji sesji edukacyjnych udało się pozyskać sponsorów - firmy farmaceutyczne: Pfizer, Medagro, GlaxoSmithKline, Eli Lilly oraz Urząd Miasta Torunia. Instytucje te finansowały koszty imprez towarzyszących, a także udziału większości wykładowców. Patronat medialny nad wydarzeniem sprawowała TVP 3 Regionalna.

W dniu 13 czerwca odbyła się inauguracja Konferencji i wieczór towarzyski. Obrady rozpoczęły się w dniu 14 czerwca o godz. 9.00 i trwały do godz. 18.30. W dniu 15 czerwca obrady trwały od 9.00 do 13.00. Tematyka wystąpień obejmowała problematykę przyczyn biologicznych, psychologicznych, społecznych zaburzeń lękowych oraz lęku. Poruszano również zagadnienia terapii zaburzeń lękowych, ze szczególnym uwzględnieniem przypadków lekoopornych, w tym zastosowania metod psychochirurgicznych w leczeniu spektrum OCD. Omawiano zagadnienia dotyczące wzajemnego przenikania się różnych zaburzeń psychicznych, współistnienia zaburzeń lękowych i lęku w obrazie

innych schorzeń - psychicznych i somatycznych. Podkreślano znaczenie zachodzących przemian cywilizacyjnych, wywierających wpływ na zdrowie człowieka. Organizowane warsztaty naukowe były okazją do wymiany doświadczeń dla diagnostów i terapeutów z różnych części kraju. Po każdej sesji odbywała się dyskusja z udziałem wykładowców i uczestników. Zgadzano się, że problemy będące przedmiotem wystąpień nadal są niedostatecznie zbadane.

Na zakończenie Konferencji odbyła się dyskusja panelowa poświęcona współczesnym koncepcjom terapeutycznym zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, którą prowadził prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba. Wzięli w niej udział najwybitniejsi polscy specjaliści zajmujący się leczeniem OCD. Omawiano różne, nie tylko medyczne aspekty leczenia. Dyskutowano zagadnienia prawne i etyczne związane ze stosowaniem najnowszych metod leczniczych.

Wysoko oceniono poziom merytoryczny wystąpień, który udało się pogodzić z przystępnością.

Organizatorzy dołożą starań, aby referaty wygłoszone podczas Konferencji zostały opublikowane po ich zrecenzowaniu w kwartalnikach „Lęk i Depresja” oraz „Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej”.

W wystawie zorganizowanej podczas Konferencji wzięły udział firmy: Pfizer, Eli Lilly, Medagro, GlaxoSmithKline oraz BPH PBK Oddział w Toruniu, Servier, Lundbeck, Biovena, KRKA, Organon, Egis, Gerot Pharmazeutika, Jelfa, Adamed, Polpharma, Orion, Wyeth, Janssen, Polfa Kutno, Leciva, Pierre Fabre Medicament

Konferencja spełniła zakładane przez organizatorów cele oraz oczekiwania uczestników, o czym mogły świadczyć ich wystąpienia w trakcie podsumowującej Konferencję dyskusji.

*Przewodniczący Komitetu Naukowego
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
prof. dr hab. n. med. Aleksander
Araszkiewicz*



Zjazd nefrologów



Naukowa uczta nefrologów

W dniach 5-7 września 2003 roku Bydgoszcz była gospodarzem konferencji „Zaburzenia odżywiania w chorobach nerek”. Spotkanie nefrologów objęła honorowym patronatem JM Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy, prof. Danuta Miścicka-Śliwka, zaś naukową pieczę nad konferencją sprawowało Polskie Towarzystwo Nefrologiczne. Honorowym Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego został prof. Edmund Nartowicz.

Katedra i Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych AM zaprosiła do Bydgoszczy ponad 100 nefrologów z kraju oraz z zagranicy, jak również wielu lekarzy zainteresowanych poruszonymi zagadnieniami.

Dla Bydgoszczy i jednego z jej akademickich wychowanków, Akademii Medycznej, konferencja ta była bogatsza o związek z historią – w 2003 roku mija 30. rocznica pierwszej hemodializy w Bydgoszczy oraz 5-lecie działalności Katedry i Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych.

Korzenie bydgoskiej nefrologii sięgają 1972 roku, kiedy w Szpitalu Ogólnym nr 1 (obecnie Szpital im. Jurasza) otwarto Stację Dializ. Dysponując początkowo dwiema sztucznymi nerkami produkcji NRD w dniu 23.01.1973 roku przeprowadzono pierwszą, 9. godzinną hemodializę u pacjenta z ostrą niewydolnością nerek. Kolejne lata działalności Stacji Dializ to wspólny wysiłek całego ówczesnego zespołu kierowanego przez prof. Edmunda Nartowicza.

Dzisiejsza Katedra i Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych to budowany od 5. lat ośrodek naukowy o aspiracjach naukowych i leczniczych, który swoje zainteresowania kliniczne koncentruje głównie na problemach przewlekłych nefropatii.

Bydgoszcz jest miejscem, gdzie nie tylko funkcjonuje jedna z największych Stacji Dializ w Polsce, ale również miastem, w którym w ciągu niespełna pięciu ostatnich lat odbyła się druga z kolei konferencja nefrologiczna.

Obecne spotkanie naukowe poświęcone znaczeniu zaburzeń odżywiania w przebiegu chorób nerek stanowiło okazję do zapoznania się ze współczesną wiedzą w tym zakresie, przedstawienia nowości naukowych oraz wymiany doświadczeń pomiędzy nefrologami i specjalistami innych dziedzin medycyny. Iskrą naukową konferencji były wykłady wybitnych osobistości nefrologicznych z Polski, Włoch, Irlandii i Danii. Kilka-



5 lat Katedry i Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych

Rząd pierwszy od lewej: dr Wirginia Tomczak-Watras, dr Beata Sulikowska, prof. dr hab. Jacek Manitius, dr Grażyna Zarzycka-Lindner, dr Małgorzata Czysz, dr Renata Naruszewicz, dr Andrzej Brymora. Rząd drugi od lewej: dr Mariusz Flisiński, dr Rafał Donderski, dr Magdalena Grajewska, dr Marek Kretowicz, dr Robert Kurowski, dr Ilona Miśkowiec, dr Witold Doroszewski, dr Michał Kozłowski, dr Paweł Stróżecki

naście wykładów poświęcono wszechstronnemu podejściu do istoty zaburzeń odżywiania, wpływowi tych zaburzeń na rodzaj i przebieg chorób nerek, terapii tych schorzeń oraz znalezieniu wymiernych dla pacjentów korzyści leczenia.

Teatr im. Hieronima Konieczki w Bydgoszczy był nie tylko miejscem obrad konferencji, ale także spotkania nauki ze sztuką, a szczególnie tą, którą jest sztuka leczenia.

Uroczyste otwarcie konferencji poprzedziła sesja satelitarna firmy Janssen-Cilag z udziałem profesorów: Zofii Wańkiewicz, Franciszka Kokota, Bolesława Rutkowskiego, Michała Myśliwca, Stanisława Czekalskiego, Władysława Sułowicza oraz Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej. Grono profesorskie zaprezentowało patofizjologiczny mechanizm niedożywienia oraz jego kliniczne następstwa, wywołując pełną temperamentu dyskusję, a odmienności w podejściu do zaburzeń odżywienia podsumowywało przysłowiową „kropką nad i”.

Uroczystości otwarcia obrad konferencji w imieniu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dokonał prof. Bolesław Rutkowski. Jej Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy, prof. Danuta Miścicka-Śliwka wyraziła zadowolenie z faktu, iż bydgoska Alma Mater gości znaczących przedstawicieli świata nefrologii. W gronie takich osobistości wymiana doświadczeń naukowych jest nieczym innym jak motorem postępu.

Zaproszeni goście zostali również

uroczyście powitani przez Gospodarza konferencji, prof. Jacka Manitiusa, życzącego spędzenia kilku ważnych naukowo dni oraz niezapomnianej atmosfery spotkania.

Miłym akcentem wieczoru inauguracyjnego było rozstrzygnięcie konkursu dotyczącego zaburzeń odżywienia ogłoszonego z inicjatywy Komitetu Organizacyjnego Konferencji oraz firmy Fresenius Kabi. Wśród laureatów konkursu znalazła się praca prof. dr hab. n. med. Alicji Grzegorzewskiej z Poznania oraz praca autorstwa M. Czysz, I. Miśkowiec, K. Kaczorowskiej i J. Manitiusa z Bydgoszczy.

W wieczór inaugurujący konferencję odbyła się promocja książki pod tytułem „Podstawy przeszczepiania nerek od dawców żywych” pod naukową redakcją dr Alicji Dębskiej-Ślizień i prof. Bolesława Rutkowskiego. Pierwsze egzemplarze tego opracowania wręczono prof. Jackowi Manitiusowi oraz dr. Zbigniewowi Włodarczykowi.

Początek obrad – to godziny ranne 6 września 2003 roku. Pierwszą sesję programową, poświęconą wpływowi odżywiania na progresję chorób nerek otworzył w tym dniu prof. Stefan Angielski, który swój wykład zadedykował pamięci prof. Andrzeja Manitiusa. Było to ciekawie postawione pytanie o toksyczność homocysteiny nie tylko dla nerek, ale i dla ustroju jako całości. Kolejny wykład stanowił swoisty elementarz wiedzy o anatomii i patofizjologii zaburzeń apetytu u chorych z mocznicą, co przed-

stawił prof. Franciszek Kokot. Uporządkowanie przyczyn niedożywienia białkowo-energetycznego i jego wpływ na chorego na każdym etapie przewlekłej niewydolności nerek z matematyczną precyzją przedstawił prof. Bolesław Rutkowski. Z kolei prof. Edward J. Johns całą ciekawość naukową skierował na hormonalną regulację stanu odżywienia i równowagi energetycznej ustroju, które, poprzez modulowanie aktywności układu autonomicznego wywierają istotny wpływ na homeostazę sercowo-naczyniową. Prof. Michał Myśliwiec zajął się przedstawieniem związku pomiędzy odżywieniem a hemostazą, udowadniając, że nawet tak złożony mechanizm, jakim jest układ hemostazy poddaje się regulacji przez wyrównanie zaburzenia odżywienia.

Nie sposób przecenić roli schorzeń cywilizacyjnych w rozwoju przewlekłej niewydolności nerek, co w odniesieniu do otępienia ciekawie przedstawił prof. Andrzej Więcek, natomiast w kontekście cukrzycy wnikliwie opisała prof. Ewa Żukowska-Szczechowska. Sporą część uwagi zajęło interesujące zagadnienie zespołu MIA (Malnutrition, Inflammation, Atherosclerosis). Ten złożony system zależności stanu zapalnego, niedożywienia i miażdżycy oraz skojarzonych z nimi zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforowej, hormonalnej i chorób cywilizacyjnych – w opinii prof. Stanisława Czekałskiego wciąż wart jest dalszych badań klinicznych.

W ramach drugiej sesji wykładów programowych najwięcej miejsca poświęcono terapii zaburzeń odżywienia u chorych leczonych nerkozastępczo. Począwszy od dokładnego przeglądu najnowocześniejszych metod diagnosty-

cznych w rozpoznawaniu niedożywienia (w tym także eksperymentalnych) prof. Andrzej Rydzewski obiecująco ocenił ich znaczenie dla poprawy terapii i rokowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.

Precyzyjnymu porównaniu poddano również stan odżywienia chorych leczonych dializą otrzewnową i hemodializą. Profesor Alicja E. Grzegorzewska, dysponując ogromem wiedzy i doświadczenia w tym względzie – uświadomiła jednoznacznie, że żadna z obu metod substytucyjnego leczenia schyłkowej niewydolności nerek nie ma przewagi w poprawie rokowania u tych pacjentów. Z kolei prof. Giovanni Gambari, znawca nefropatii cukrzycowej, z igrasą badawczą pasją podkreślił rolę glikozaminoglikanów oraz sulodeksydu w ochronie pacjentów z albuminurią przed zwiększonym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych.

Kliniczne znaczenie jakościowych niedoborów składników pokarmowych ma szczególne znaczenie dla pacjentów dializowanych, co przedstawiła prof. Wiesława Łysiak-Szydłowska, podkreślając konieczność właściwej opieki dietetycznej z zastosowaniem leków modyfikujących anabolizm i katabolizm.

W niekonwencjonalny sposób prof. Per Ivarsen podsumował współczesną wiedzę w zakresie udziału aminokwasów w przemianie azotowej, istotnie modyfikującej przebieg niewydolności nerek.

Jednym z ostatnich wykładów, programowo zamykających konferencję, było wystąpienie prof. Jacka Manitiusa. Istotę problemów, którym poświęcono konferencję, Profesor widzi nie tylko w kompleksowej korekcie zaburzeń odżywienia, a więc farmakologicznej i dietetycznej, ale

również w modyfikacji dializoterapii stosownie do sytuacji klinicznych. Głębokie przekonanie o wymiernych korzyściach dla pacjentów wynika z przeświadczenia, że poprzez poprawę stanu odżywiania można zmniejszyć postęp niewydolności nerek, a przede wszystkim ograniczyć najgroźniejsze z powikłań, jakim są choroby układu sercowo-naczyniowego.

Artystyczne podsumowanie konferencji stanowiły występy „Eljazz Big Band” pod kierunkiem Józefa Eljasza, który z jazzu nad Brdą wyłowił nowoorleańskie i chicagowskie nutki. Ucho melomanów i oko koneserów ucieszył recital Katarzyny Matuszak, bydgoskiej śpiewaczki i zarazem wykładowcy Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.

Miłym akcentem kończącym konferencję był wspaniale zorganizowany wieczór w Pałacu w Ostromecku, gdzie jazz, rock, uśmiechy, piękne kreacje i ekstrawaganckie menu stworzyły niezapomnianą (choć na chwilę) atmosferę.

Opiekę medialną nad spotkaniem nefrologów sprawowała lokalna „Gazeta Wyborcza”, której wsparciu organizatorzy zawdzięczają konferencyjną gazetę i odrobinę miłego rozgłosu.

Całość konferencji nie mogłaby się odbyć bez pomocy licznych firm farmaceutycznych, szczególnie zaś platynowych sponsorów spotkania, Janssen-Cilag oraz Plus GSM.

Organizatorzy nefrologicznego spotkania mają nadzieję, że naukowe zdobycze imprezy będą wykorzystane przy wielu rozmaitych okazjach, natomiast wrażenia z pobytu w grodzie nad Brdą pozostaną niepowtarzalne.

*dr med. Grażyna Zarzycka-Lindner
Katedra i Klinika Nefrologii i Chorób Wewn.*

Konferencje, sympozja, zjazdy naukowe

XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

W dniach 17-20.09.2003 roku odbył się XXVIII Kongres PTG, którego organizatorem była Katedra i Klinika Położnictwa i Chorób Kobiety Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, kierowana przez prof. dr. hab. n. med. Wiesława Szymańskiego. Honorowy Patronat nad XXVIII Kongresem PTG objął Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski.

Uroczysta inauguracja XXVIII Kongresu PTG rozpoczęła się 17.09.03. (środa) o godzinie 18:00 w pięknym, chociaż wciąż nieco surowym jeśli chodzi o wystrój, gmachu Opery Nova. Całość poprowadziła redaktor Urszula Guźlecka. Rolę gospodarza pełnił ustępujący prezes PTG prof. dr. hab. Wiesław Szymański, który serdecznie powitał licznie zgro-

madzonych. Listy gratulacyjne przysłali między innymi: Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski i premier RP Leszek Miller, a z okazjonalnymi przemowami wystąpili: przedstawicielka Parlamentarnej Grupy Kobiet senator Dorota Kempka, Wojewoda Kujawsko-Pomorski Romuald Kosieniak, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Jan Szopiński, Prezydent Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz oraz JM Rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy prof. Danuta Miścicka-Słiwka. W kolejnym wystąpieniu zaprezentował się prezydent Światowej Federacji Ginekologów i Położników Shirish S. Sheth - Gość Honorowy XXVIII Kongresu PTG w Bydgoszczy.

Podczas uroczystości wybitne postaci polskiej ginekologii odznaczono Orde-

rami Odrodzenia Polski. Krzyże Komandorskie Orderu Odrodzenia Polski otrzymali prof. dr. hab. Longin Marianowski i prof. dr. hab. Wiesław Szymański. Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski - prof. dr. hab. Czesław Kłyszewko, Krzyże Kawalerskie Orderu Odrodzenia Polski natomiast: prof. dr. hab. Ryszard Czajka, prof. dr. hab. Kazimierz Kamiński, prof. dr. hab. Tomasz Pertyński, prof. dr. hab. Stefan Sajdak, prof. dr. hab. Marian Semczuk oraz prof. dr. hab. Marek Spaczyński. Rozdano również Medale Komisji Edukacji Narodowej. Nieco wcześniej, podczas popołudniowych obrad Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego nadano tytuły nowym Honorowym Członkom PTG. W trakcie inauguracji uroczystości otrzymali je: prof.

dr hab. Michał Powolny, prof. dr hab. Marian Semiczek, prof. dr hab. Jan Urban, prof. dr hab. Andrzej Staszewski, prof. dr hab. Antoni Basta, prof. dr hab. Eugeniusz Grys, prof. dr hab. Ryszard Poręba, prof. dr hab. Piotr Skalba, prof. dr hab. Edmund Waszyński, dr n. med. Bogdan Kozanecki, prof. dr hab. Jan Oleszczuk, prof. dr hab. Tadeusz Heimrath oraz goście zagraniczni: prof. Zoltan Popp, prof. Jan Horejsi, prof. Antonio Onnis, prof. Giovanni Miniello, prof. Wolfgang Kunzel, prof. Vit Unzeiting, prof. Stefan Lukacin, prof. Jiri Dubcak, prof. Peter Fiedor - Freybergh, prof. Michal Valent, prof. Shirish S. Sheth, prof. Markku Seppala, prof. Loui Keith.

Organizatorzy XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wyłamali się z tradycji, nie przedstawiając wykładu inauguracyjnego, a w zamian prezentując nadzwyczaj interesujący i nowatorski w wyrazie film poświęcony zabiegowi cięcia cesarskiego. W nagraniu filmu uczestniczyli: przedstawiający współczesny punkt widzenia prof. dr hab. Wiesław Szymański oraz relacjonujący historię cesarskiego cięcia od czasów starożytnych – prof. dr hab. Edmund Waszyński, natomiast lektorem całości został znany dziennikarz radiowej jedynki o charakterystycznym głosie - Tadeusz Szuk. Film „Cesarskie cięcia” można uznać za niezwykle pomysłowe i udane przedsięwzięcie, które ubarwiło inaugurację, przedstawiając jednocześnie profesorów medycyny w niecodziennych dla nich rolach.

Po seansie filmowym na koniec części oficjalnej insygnia władzy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego powędrowały z rąk ustępującego prezesa prof. dr hab. Wiesława Szymańskiego na ręce prof. dr hab. Marka Spaczyńskiego. Na koniec zaprezentowano publicznie dwie książki wydane przy okazji Kongresu: „Słownik biograficzny samodzielnych pracowników naukowych z dziedziny położnictwa i ginekologii” autorstwa Wiesława Szymańskiego i Marka Grabca oraz „Ginekolodzy o sobie” autorstwa Edmunda Waszyńskiego.

W części nieoficjalnej wystąpił kwartet smyczkowy o ambicjach kabaretu muzycznego - „Grupa MoCarta”, w składzie Filip Jaślar, Michał Sikorski, Paweł Kowaluk i Bolek Błaszczak, którzy sami o sobie powiadają: *„Jesteśmy na przekór dostojnej powadze sal koncertowych, na przekór nużącej codzienności życia muzyków, na przekór zaprzysięgłym melomanom i na przekór fanom rocka, rapu czy muzyki pop, którzy boją się klasyki jak ognia. Traktujemy naszą matkę muzykę z żartobliwą ironią i jesteśmy pewni, że się nie obrazi.”* Zgromadzeni przyjęli ich mistrzowski występ radośnie

i owacyjnie. Tym samym grupa MoCarta stała się docenionym, miłym akcentem na zakończenie uroczystej inauguracji.

Jednakże XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego był przede wszystkim miejscem licznych warsztatów, seminariów i spotkań panelowych, które trwały przez cały czas trwania Kongresu. Już w dniu uroczystego otwarcia zjazdu – 17 września miało miejsce walne zgromadzenie PTG, z woli uczestników prowadzone przez prof. dr hab. Janusza Woytonia, w którym wzięło udział 362 delegatów. Prezesem Elektem (kadencja 2006-2009) wybrano w głosowaniu jawnym prof. dr hab. Jana Kotarskiego z Lublina. Na obecną kadencję 2003-2006 walne zgromadzenie wybrało dwóch wiceprezesów Zarządu Głównego PTG, którzy wspierać będą obejmującego właśnie stanowisko Prezesa prof. dr hab. Marka Spaczyńskiego z Poznania: prof. dr hab. Antoniego Bastę i prof. dr hab. Krzysztofa Szaflika.

Oprócz walnego zgromadzenia PTG w środę 17.09.03. odbył się oczekiwany kurs ultrasonograficzny i związane z nim warsztaty endoskopowo-operacyjne, które prowadzono równolegle na dwóch, połączonych ze sobą multimedialnie, salach wykładowych. Kurs ultrasonograficzny cieszył się ogromnym powodzeniem. Wzięło w nim udział prawie 170 lekarzy z całego kraju. Wśród wykładowców byli: prof. dr hab. K. Szaflik, dr R. Spaczyński, dr D. Borowski, dr M. Pietryga, dr M. Wielgoś, dr hab. M. Dubiel, dr hab. M. Zimmer, prof. dr hab. M. Respondek - Liberska, dr J. Dangel, dr A. Włoch, dr K. Janiak, dr hab. A. Czekierdowski i dr P. Kaczmarek. Zabiegi pokazowe odbywały się jednocześnie na trzech salach operacyjnych. Kilkudziesięciu uczestników warsztatów oglądało je - wraz z komentarzem operatorów - na ekranie i monitorach w sali wykładowej. Operacje przeprowadzali między innymi: prof. Mohamed Hefni (Wlk. Brytania), prof. Peter von Theobald (Francja), prof. Marek Klimek, prof. Andrzej Malinowski, prof. Jerzy Radwan, prof. Andrzej Skręt i dr hab. Krzysztof Szyłło. Zabiegi operacyjne z użyciem taśmy T-sling przeprowadzili: prof. Edwardo Austoni, prof. Andrea Ceresoli i instrumentariuszka Cristina Ferrari - goście z Włoch.

Jednym z ciekawszych zabiegów była rekonstrukcja pochwy u 22-letniej pacjentki z Zespołem Rokitańskiego - Mayer - Küstnera (stwierdzono zaledwie 2-centymetrowy zachyłek pochwy). Operację przeprowadzili prof. Peter von Theobald z Francji wraz z profesorem Jerzym Radwanem. Bardzo ciekawe okazały się też zabiegi wykonywane przez zespół operacyjny z Włoch: prof. Edwardo

Austoni i prof. Andrea Ceresoli. Pierwszą operację goście wykonali sposobem Stameya, przy wykorzystaniu beznapięciowej taśmy T-sling. Podczas drugiego zabiegu wprowadzili taśmę przez otwór zasłonowy. Obie pacjentki zostały zakwalifikowane do operacji z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu.

Tego samego dnia miała miejsce Konferencja Naukowa Studenckich Kół Naukowych Akademii Medycznych. Na konferencję zgłoszono trzydzieści trzy prace. Komisja przyznała sześć nagród i trzy wyróżnienia. I miejsca zajęli: Krzysztof Nowosielski, Agnieszka Droszdol, Wioleta Rozmus-Warcholińska („Ocena wpływu grup wsparcia na jakość życia kobiet po mastektomii. Studenckie badania ankietowe.” SKN przy Katedrze Zdrowia Kobiety i Zakładzie Profilaktyki Chorób Kobietych AM w Katowicach), Joanna Kłyszajko, Katarzyna Moszczyńska („Ocena badań profilaktycznych przeprowadzonych w 2001 i 2002 roku w Tucholi i Śliwicach.” SKN przy Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Bydgoszczy). II miejsca przyznano Małgorzacie Małek i Magdalenie Derendzie za pracę „Znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu i jego zastosowanie w opinii lekarzy ginekologów - położników oraz anestezjologów” (SKN przy Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Bydgoszczy) oraz Justynie Rajewskiej za pracę „Wady rozwojowe narządów płciowych dziewcząt w materiale Katedry i Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej dorosłych i dziewcząt PAM w Szczecinie w latach 1996-2001” (SKN przy Katedrze i Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej PAM w Szczecinie). III miejsca otrzymali: Marta Obcowska-Lech i Tomasz Lech; Maciej Jędrzejko, a wyróżnienia przypadły w udziale: Annie Marii Szumera, Bartłomiejowi Wolskiemu i Oldzie Ossowskiej, Agacie Kachel. Nagrody - Wielkie, Średnie i Małe „Luczniczki” - wręczył prof. dr hab. Czesław Kłyszajko. Laureaci otrzymali również podręczniki sponsorowane przez wydawnictwa Urban&Partner i Borgis oraz roczną prenumeratę „Ginekologii po Dyplomie”.

W czwartek 18.09.03. miały miejsce kolejne warsztaty endoskopowe związane z minihisteroskopią ambulatoryjną, prowadzone przez prof. Stefano Bettocchi z Włoch. Podczas warsztatów wykonywano zabiegi diagnostyczne i lecznicze z wykorzystaniem najnowszej generacji minihisteroskopu o średnicy 4 i 5 milimetrów z optyką 2,5-milimetrową. Metoda ta pozwala bardzo precyzyjnie diagnozować stany błony śluzowej

macicy i ujęcia brzusznej jajowodu, zrosty wewnątrzmaciczne, wady macicy... Największą korzyścią prezentowanej w Bydgoszczy przez profesora Stefano Bettocchi metody jest to, że zabiegi przeprowadza się bez narkozy i nawet bez jakiegokolwiek znieczulenia, a pacjentka w kilka godzin po zabiegu może iść do domu. Nadaje się więc do leczenia ambulatoryjnego.

W Bydgoszczy zabiegi przeprowadzono u pięciu pacjentek, u których podejrzewano obecność mięśniaków podśluzówkowych oraz polipów endometrialnych. U jednej z nich występowały zrosty wewnątrzmaciczne, które usunięto. Wszystkie panie w kilka godzin po zabiegach mogły wrócić do domów.

W tenże czwartek odbyła się również sesja poświęcona rakowi szyjki macicy (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Wiesław Szymański) i rakowi endometrium (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Jerzy Stelmachów), sesja video „Techniki operacyjne. Chirurgia laparoskopowa i pochwowa”, (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Andrzej Malinowski, prof. Mohamed Hefni), interaktywna sesja sponsorowana ADAMED „Progesteron - druga młodość starego leku” (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Alina Warenik-Szymankiewicz) oraz Sesja Naukowa zaproszonych wykładowców z zagranicy (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Rudolf Klimek), w której uczestniczyli: prof. Shirish S.Sheth (Indie) z wykładem „Women's health and Obstetricians and Gynaecologists”, prof. Markku Seppälä (Finlandia) z wykładem „Glycodelin - a progesterone-regulated lipocalin protein with diverse actions in cell recognition and differentiation”,

prof. Louis Keith (USA) z wykładem „Mothers of multiples over 40 years of age is a new obstetric entity” oraz prof. Stefano Bettocchi (Włochy) z wykładem „Minihisteroskopia”.

Drugi dzień obrad, piątek 19.09.03. obfitował w sesje plenarne i referatowe. Ponieważ nie sposób przedstawić wszystkich, warto wspomnieć o czterech najważniejszych: sesji „Profilaktyka i skrining zakażeń perinatalnych” (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Zbigniew Słomko, dr hab. Krzysztof Drews), sesji sponsorowanej SERVIER „Pulsacyjna terapia estrogenowa - nowe możliwości w HTZ” (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Marian Szamatowicz), sesji referatowej „Patologia ciąży i porodu” (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Elżbieta Ronin-Walknowska) a także sesji plenarnej gości zagranicznych i Polonii medycznej (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Ryszard Poręba). Chwilę oddechu po pracowitym dniu seminaryjnym umożliwiło wieczorne spotkanie towarzyskie, które zorganizowano w podbydgoskim Myślicinku i Leśnym Parku Kultury i Wypoczynku.

W sobotę 20.09.03, ostatniego dnia Kongresu miały miejsce kolejne warsztaty, m.in. dwie sesje poświęcone patologii okresu noworodkowego (Przewodniczący: prof. dr hab. Ewa Helwich oraz prof. dr hab. Ryszard Lauterbach) oraz sesja plenarna „Stany zagrożenia płodu. Patologia okresu noworodkowego” (Przewodniczący sesji: prof. dr hab. Janusz Gadzinowski). Przez cały czas trwania zjazdu trwały sesje plakatowe. Sesja referatowa wyróżnionych prac odbyła się również w ostatni dzień zjazdu pod przewodnictwem prof. dr hab. To-

masza Soszki i dr. hab. Romana Smolarczyka.

Podczas uroczystego zakończenia XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, które podobnie jak uroczysta inauguracja odbyło się na deskach Opery Nova, ustępujący prezes prof. dr n. med. Wiesław Szymański wręczył „Łuczniczki” - nagrody dla autorów najlepszych prac naukowych, dokonał podsumowania całego kongresu, podziękował organizatorom i licznie zgromadzonym gościom oraz ostatecznie przekazał władzę nowemu Prezesowi PTG - prof. dr. hab. n. med. Markowi Spaczyńskiemu.

XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego okazał się wielkim sukcesem Komitetu Organizacyjnego (Przewodniczącego – prof. dr. hab. n. med. Wiesława Szymańskiego, Wiceprzewodniczącego prof. dr. hab. n. med. Czesława Kłyszajko, Sekretarza dr. hab. n. med. Marka Grabca, Z-cy Sekretarza dr. n. med. Stanisława Skublickiego, Skarbnika dr. n. med. Waldemara Dobrzyńskiego oraz pozostałych członków Komitetu), zarówno pod względem organizacyjnym (koordynacja licznych sesji i warsztatów przebiegała bez zarzutu), jak i towarzyskim. Organizatorom dopisała nawet pogoda, wyjątkowo ciepła, słoneczna i sprzyjająca zacieśnieniu kontaktów zgromadzonych na zjeździe ginekologów i położników.

Na podstawie materiałów umieszczonych na oficjalnej stronie XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego www.kongresptg.org oraz uczestnictwa w wybranych sesjach opracowała mgr Monika Kubiak, Biblioteka Główna

Z Biblioteki

Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Bydgoszczy w Konsorcjum Bibliotek Naukowych Regionu Kujawsko-Pomorskiego

Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Bydgoszczy jest najmłodszą biblioteką medyczną w Polsce, stworzoną, aby służyć nie tylko pracownikom i studentom Akademii, ale również pozostałym pracownikom służby zdrowia. Stara się dbać zarówno o użytkowników jak i kolekcję zbiorów.

Rozwój bibliotek uczelnianych w ostatnich latach wiąże się z nawiązywaniem ścisłej współpracy z innymi bibliotekami, zarówno regionu jak i bibliotekami o podobnym profilu zbiorów. Przejawia się to głównie w tworzeniu różnego rodzaju konsorcjów bibliotecznych. Jedną z podstawowych przyczyn takich zachowań jest

niewątpliwie szybki rozwój technologii informacyjnych, które również wpływają na procesy biblioteczne. Wszyscy doskonale wiemy jak ważny jest dostęp do baz danych i do czasopism elektronicznych. Chcemy mieć dostęp do wielu źródeł informacji naukowej, najlepiej w wersji elektronicznej i bezpłatnie, co nie zawsze jest możliwe. W celu obniżenia kosztów, a przynajmniej utrzymania ich na niezmiennym poziomie, często jedynym rozwiązaniem pozostaje zrzeszanie się w konsorcja. Obecnie Biblioteka uczestniczy w konsorcjach: Springer-Link, Embase, EIFL oraz ProQuest Medical Library.

Najnowszym przedsięwzięciem, w którym uczestniczy Biblioteka jest Konsorcjum Bibliotek Naukowych Regionu Kujawsko-Pomorskiego. Projekt utworzenia Konsorcjum powstał 21 stycznia 2003 r. na posiedzeniu Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Regionu Kujawsko-Pomorskiego, zaś 5 września 2003 r. zawarte zostało porozumienie między instytucjami będącymi państwowymi szkołami wyższymi, działającymi na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Sygnatariuszami porozumienia są:

1. prof. dr hab. Adam Marcinkowski, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego,

2. prof. dr hab. Danuta Miścicka-Słiwa, Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,

3. prof. Jerzy Kaszuba, Akademia Muzyczna im. Feliksa Nowowiejskiego w Bydgoszczy,

4. prof. dr hab. inż. Zbigniew Skinder, Akademia Techniczno-Rolnicza im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Bydgoszczy,

5. prof. dr hab. Jan Kopcewicz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Najwyższą władzą Konsorcjum jest Zebranie Przedstawicieli instytucji członkowskich. Organem wykonawczym jest Zarząd, który składa się z trzech członków wybranych przez Zebranie na okres trzech lat. Przewodniczącym Zarządu jest dr Wojciech Sachwanowicz - Biblioteka Główna UMK w Toruniu, a członkami dr Ewa Bukaluk – Biblioteka Główna ATR w Bydgoszczy oraz mgr Teresa Krzyżaniak – Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Sekretarzem Konsorcjum jest mgr Małgorzata Kempa – Biblioteka Główna Akademii Bydgoskiej.

Celem Konsorcjum jest szeroko pojęta współpraca bibliotek, w szczególności:

- przystosowanie bibliotek do wejścia do Unii Europejskiej,

- wspólne pozyskiwanie funduszy zewnętrznych,

- włączenie się w prace budowy sieci informacyjnej regionu,

- wdrażanie nowoczesnych technologii informacyjnych, wspólne budowanie zasobów cyfrowych,

- tworzenie regionalnych pracowni digitalizacji,

- udział w bibliotecznych projektach ogólnopolskich i europejskich.

Aktualnie biblioteki pracują nad przygotowaniem kontraktu z firmą Dynix – właścicielem oprogramowania zintegrowanego systemu bibliotecznego Horizon. Obecnie system ten jest wykorzystywany przez Bibliotekę Główną Akademii Bydgoskiej i Bibliotekę Główną Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Dzięki podjęciu zakupu jednolitego, zautomatyzowanego systemu, współpraca bibliotek i bibliotekarzy regionu znacznie się rozwinie, łatwiej przebrniemy przez wdrażanie systemu. Zakup obejmie wszystkie moduły niezbędne w sprawnym funkcjonowaniu procesów bibliotecznych, tj.

1. Katalogowanie,
2. Gromadzenie,
3. Czasopisma,
4. Przeszukiwanie,

5. Udostępnianie,

6. Magazyn Zamknięty,

7. OPac,

8. Moduł administratora systemu.

System Horizon umożliwia katalogowanie zbiorów w formacie USMARC, a co za tym idzie umożliwia współpracę z NUKat (Narodowy Uniwersalny Katalog Centralny polskich bibliotek naukowych). Biblioteki medyczne pracują nad stworzeniem i udostępnianiem online kartoteki hasel przedmiotowych MESH. Aktualnie hasła w formacie MARC21 lub USMARC pobierane są m.in. do systemu Horizon. Użytkownikami kartoteki MESH są bibliotekarze, ale także lekarze, dla których staje się ona narzędziem słownikowym dostępnym online. Dzięki protokołowi Z39.50 czytelnik będzie miał możliwość przeszukiwania jednocześnie katalogów wielu bibliotek. Możliwa stanie się także zdalna analiza własnego konta bibliotecznego oraz zamawianie publikacji z domu.

Przygotowując się do wdrożenia nowego systemu bibliotecznego zakupiliśmy nowy sprzęt – 18 komputerów, który zastąpił dotychczas używany, nie spełniający wymagań nowego systemu.

*opracowała mgr Teresa Krzyżaniak
Biblioteka Główna*

Ze sportu

Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych na półmetku XXII edycji - III miejsce

To był bardzo udany rok studentów – sportowców Klubu Uczelnianego AZS Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Na półmetku XXII edycji Mistrzostw Polski Akademii Medycznych nasza Uczelnia plasuje się na bardzo wysokim III miejscu.

Punktacja Drużynowa po pierwszym roku XXII Mistrzostw Polski Akademii Medycznych

AM Wrocław	134 punkty
AM Poznań	125 punkty
AM Bydgoszcz	89 punkty
AM Kraków	76 punkty
AM Lublin	75 punkty
AM Łódź	70 punkty
AM Gdańsk	64 punkty
AM Warszawa	49 punkty
AM Zabrze	46 punkty
AM Białystok	40 punkty
PAM Szczecin	13 punkty

Na sukces Klubu Uczelnianego AZS złożył się udział w 7 dyscyplinach 90 studentów. Po pierwszym roku zmagani sportowych wyprzedzamy uczelnie znacznie liczniejsze, z bogatymi tradycjami sportowymi, które jeszcze kilka lat temu były dla nas niedoścignione, za nami CM UJ, AM Gdańsk, Warszawa, Łódź, Lublin,

Białystok, Zabrze i Szczecin.

Największym wiosenno-letnim sukcesem roku 2003 był udział 30 osobowej sekcji lekkiej atletyki w Mistrzostwach Szkół Wyższych w Poznaniu w dniach 23-24.05.

Zawody zgromadziły na starcie blisko dwa tysiące uczestników z 92 uczelni wszystkich typów. Obok siebie startowali mistrzostwie olimpijscy, reprezentanci Polski i studenci, dla których sport stanowi formę odświeżenia się od codziennych zajęć dydaktycznych. W tej największej imprezie akademickiej w Polsce roku 2003 nasi studenci zajęli 20 miejsce, wyprzedzając 72 uczelnie, w tym między innymi takie jak: Politechnika Gdańska, UJ Kraków, Politechnika Poznań, ATR Bydgoszcz, Politechnika Wrocław i wiele innych. Wśród Akademii Medycznych nasza uczelnia utrzymała



Najlepsze drużyny męskie na podium zwycięzców

bardzo wysokie II miejsce w rywalizacji kobiet i III mężczyzn.

Na tych zawodach łącznie zdobyliśmy 13 medali, w tym **5 złotych**:

- dr Małgorzata Pyskir – rzut dyskiem
- Aleksandra Woderska – rzut oszczepem
- Łukasz Zambrzycki – skok wzwyż i 400 m
- Wawrzyniec Bakalarski – pchnięcie kulą.

5 srebrnych:

- Małgorzata Żubka – 400 m i 800 m
- Paweł Nowak – trójskok, skok w dal
- Sztafeta 4x100 m - /Paweł Nowak, Adam Paluszkiwicz, Łukasz Zambrzycki, Łukasz Prątnicki/

i 3 brązowe:

- Grzegorz Józwiak – pchnięcie kulą
- Jerzy Maciejewski – skok wzwyż
- Aleksandra Woderska – pchnięcie kulą



Lekkoatletki wraz z trenerem na podium.

Równie udany występ zanotowali uczestnicy zmagania w piłce siatkowej plażowej, które odbyły się w Gdańsku. Panie grające w składzie – Anna Nowacka, Małgorzata Barlik, Anna Zielińska i Monika Owczarzak zajęły III miejsce, zaś ekipa mężczyzn – V miejsce.

Czwarte miejsce wywalczone przez reprezentację w piłce nożnej to znakomity wynik, chociaż chłopcy mają niedosyt. Gładko wygrane 4 mecze w rozgrywkach grupowych, świetna forma i nagle w walce o finał pech. W meczu z Wrocławiem po remisie we właściwym czasie i dogrywce, rzuty karne miały zadecydować, kto zagra o złoty medal. Bardziej odpornymi psychicznie okazali się gospodarze turnieju – medycy z Wrocławia i oni również po wygranej z Poznaniem stanęli na najwyższym miejscu podium. Jedynym pocieszeniem dla naszych piłkarzy było wyróżnienie Bartka Bembnisty jako najlepszego bramkarza turnieju.

Nie udało się zachować medalowych pozycji sekcji tenisa stołowego. Zarówno w kategorii kobiet, jak i mężczyzn zostali sklasyfikowani na czwartych pozycjach, najmniej lubianych przez sportowców.

Awans o dwie pozycje (kobiety – V, mężczyźni – VIII) zanotowały reprezentacje sekcji koszykówki pod kierunkiem mgr Adama Ziemińskiego. I chociaż uzyskany wynik nie zadowala obu stron,

to przecież kolejne mistrzostwa już za rok. Znaczącą fachowość i umiejętność zjednywania sobie studentów przez trenera tej sekcji, jeżeli tylko jego podopiecznym wystarczy wiary, siły i konsekwencji o kolejny awans w tabeli należy być spokojnym.

Szóste miejsce w punktacji drużynowej i dwa indywidualne zdobyte przez Marka Kotłowskiego (brązowy w wadze do 81 kg i srebrny w kat. open) to wynik udziału naszej reprezentacji w Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych w judo.

Po raz pierwszy mieli możliwość konfrontacji z innymi uczelniami reprezentanci tenisa ziemnego. Rola debiutanta nie speszyla naszych studentów, a zajęte miejsce piąte przez kobiety i szóste przez mężczyzn należy uznać za wysokie.

Największą grupę reprezentantów naszej uczelni stanowią studenci wydziału lekarskiego – 40 osób, 31 – fizjoterapii,

3 osoby kierunku pielęgniarstwa, 2 ratownictwa medycznego, po jednej osobie z pozostałych kierunków.

Tradycyjnie w reprezentacji Akademii Medycznej nie zabrakło dr Małgorzaty Pyskir, pracownika Katedry i Zakładu Biofizyki. I chociaż rywalki coraz bliżej, to jednak doświadczenie, odporność psychiczną i stabilizacja techniczna, ciągle pozwala zwyciężać. Kolejny złoty medal w kolekcji pani doktor. Gratulacje i prosimy o jeszcze!

Przed nami drugi rok ciekawej rywalizacji. Rozgrywane wiosną 2004 roku dyscypliny zakończą XXII edycję Mistrzostw Szkół Wyższych. Liczymy na udane starty siatkarek (mistrzyni 2002 roku), piłkarzy (III miejsce w piłce halowej 2002 roku), lekkoatletów w biegach przełajowych (kobiety – II, mężczyźni – IV miejsce), wioślarzy na ergometrze

(mistrzowie poprzedniej edycji), pływaków i reprezentantów street basketu.

Cieszą wyniki, ale najbardziej – ilość studentów jaka przewija się przez salę gimnastyczną. Ciągłe spotykamy się z propozycjami powołania nowych sekcji takich jak jeździectwo, żeglarstwo, czy tenis ziemny. Zarząd Klubu Uczelnianego z prezesem dr hab. Wojciechem Zegarskim będzie musiał odpowiedzieć na pytanie, w którą stronę pójść? Utrzymać i powołać nowe sekcje, czy też umożliwić w szerszym zakresie dostęp wszystkim chętnym studentom do sal gimnastycznych, zapewniając prozdrowotne formy spędzania czasu wolnego.

Miejsca reprezentacji Akademii Medycznej w Bydgoszczy w XXII Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych

Judo - Gdańsk 12.04.03: **VI miejsce**
Tenis stołowy – Wrocław 7 – 9.03.03:
IV miejsce kobiety i IV miejsce mężczyźni

Koszykówka – Lublin 11 – 13.04.03:
kobiety V miejsce, mężczyźni VIII miejsce

Piłka nożna – Wrocław 7 – 11.05.03:
IV miejsce

Piłka siatkowa – Gdańsk 16 – 18.05:
kobiety III miejsce, mężczyźni V miejsce

Tenis ziemny – Wrocław 22 – 25.05:



Reprezentacja Akademii Medycznej w Bydgoszczy na tle mistrza olimpijskiego i świata Szymona Ziółkowskiego.

kobiety V miejsce, mężczyźni VI miejsce

Lekka atletyka – Poznań 23 – 25.05:
kobiety II miejsce, mężczyźni III miejsce

*mgr Andrzej Drygas
mgr Włodzimierz Michalski
Studium Wychowania Fizycznego i Sportu*

Ze sportu

Tenis ziemny – sportem życia pracowników ochrony zdrowia

„Biały sport” chyba od zawsze postrzegany był jako elitarny, a jego związki ze środowiskiem medycznym z dużym prawdopodobieństwem mają w tym swój udział.

Na dowód tej tezy wystarczy przypomnieć o zawodowych tradycjach rodzinnych Wojciecha Fibaka – dotąd najlepszego polskiego tenisisty, a z własnego „podwórka” zawodniczą karierę dr Jacka Hoffmana – również jego ojca Henryka, dr Andrzeja Wronczewskiego i lek. med. Artura Wulkowicza.

W przypadku wielu zawodników ich sportowe pasje są często kontynuowane przez wiele lat stając się sportem „całego życia”. Dla innych stają się rzeczywistą lekcją wychowania fizycznego i w takim – holistycznym jego rozumieniu tenis ziemny uprawia wielu przedstawicieli środowiska medycznego, mimo iż nigdy nie byli sportowcami.



Dr hab. Bronisław Grzegorzewski prof. nadzw. AM, Prorektor ds. Studentów Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy składa gratulacje Tamarze Pietrewicz, studentce VI roku medycyny i zarazem najlepszej od sześciu lat zawodniczce turnieju

W środowisku bydgoskiej ochrony zdrowia przejawem realizacji takich postaw jest uczestnictwo w turniejach

tenisowych, których obecność w kalendarzach wielu osób zaczyna tworzyć środowiskową tradycję. Wspomnieć tu należy tegoroczny III Turniej Tenisowy Lekarzy Centrum Onkologii – także ich pociech, III Mistrzostwa w Tenisie Ziemnym Lekarzy Województwa Kujawsko-Pomorskiego, których organizatorem

jest dr Zbigniew Kula oraz najstarsze tradycją IX Mistrzostwa Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy organizowane jako Otwarty dla Pracowników Ochrony Zdrowia Turniej Tenisowy o Puchary Prrektora ds. Studentów i Prezesa KU. AZS. AM.

Ostatni z nich rozegrano 17.05.2003 r. tradycyjnie już na kortach TKKF „Śródmieście” w wyjątkowo sprzyjających warunkach pogodowych. Swoje siły zmierzili tam studenci i pracownicy ochrony zdrowia, reprezentujący zarówno Akademię Medyczną jak i praktycznie wszystkie bydgoskie jednostki – także Szpital Miejski w Toruniu oraz Zakład Opieki Zdrowotnej w Wyrzysku. Stawką turnieju były wspomniane puchary ufundowane przez dr. hab. Bronisława



Zawodnicy w podczas uroczystego otwarcia turnieju

Grzegorzewskiego prof. nadzw. AM Prrektora ds. Studentów i dr. hab. Wojciecha Zegarskiego Prezesa KU. AZS. AM.

W turnieju kobiet triumfowała Tamara Pietrewicz, studentka VI roku AM, która w finale pokonała swoją młodszą koleżankę Joannę Wcisło 6:4, 6:4 i dalej próbowała swych sił w turnieju męskim. Nie odniosła w nim jednak większego sukcesu. Jego Triumfator okazał się dr Aleksander Skop (Szpital Miejski w Toruniu), który w drodze do zwycięstwa pokonał mgr. Adama Ziemilskiego (pracownika Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM) 9:4, dr. Radosława Ródlęskiego (Szpital Wojskowy) 6:3, 6:2, dr. Zbigniewa Kulę (Regionalne Centrum Onkologii) 6:3, 3:6, 6:3 oraz w finale Marcina Wasielewskiego (student V roku AM) 6:2, 7:6. Trzecim miejscem dr Zbigniew Kula podzielił się lek. med. Jarkiem Pietrzakiem (ubiegłoroczny absolwent AM).

W przyszłym roku odbędzie się jubileuszowy dziesiąty turniej, na który w imieniu organizatorów zapraszamy już teraz.

*mgr Andrzej Lewandowski
Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej*

Sprawy osobowe

Promocje doktorskie

W okresie od dnia 25.06.2003. do 24.09.2003. 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. Małgorzata Sopońska z Katedry i Zakładu Biologii Medycznej dnia 25.06.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Wpływ brachyterapii na aktywność wybranych enzymów lizoso-

malnych w surowicy kobiet z rakiem szyjki macicy”. Promotor: prof. dr hab. Gerard Drewna, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Bartosz z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; prof. dr hab. Wiesław Szymański, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

2. Celestyna Miła-Kierzenkowska z Katedry i Zakładu Biologii Medycznej dnia 25.06.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Wpływ promieniowania gamma na enzymatyczny

potencjał antyoksydacyjny w krwinkach czerwonych u chorych z rakiem szyjki macicy”. Promotor: prof. dr hab. Gerard Drewna, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Bartosz z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; dr hab. Roman Makarewicz, prof. nadzw. AM w Bydgoszczy.

3. Aldona Jankowska z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dnia 25.06.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena aktywności alfa-asparaginozy u dzieci z chorobami roz-

rostowymi układu krwiotwórczego". Promotor: prof. dr hab. Mariusz Wysocki. Recenzenci: prof. dr hab. Anna Balcerska z AM w Gdańsku; prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń (em.) z AM w Bydgoszczy.

4. Katarzyna Dylewska z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dnia 25.06.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena zachowania się procacetyliny oraz interleukiny 6, THF-alfa i interleukiny 10 u gorączkujących dzieci z chorobą nowotworową w okresie mielosupresji”. Promotor: prof. dr hab. Mariusz Wysocki. Recenzenci: prof. dr hab. Michał Matysiak z AM w Warszawie; prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń (em.) z AM w Bydgoszczy.

5. Robert Dębski z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dnia 25.06.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena układu immunologicznego dzieci z chorobą nowotworową”. Promotor: prof. dr hab. Mariusz Wysocki. Recenzenci: dr hab. Jacek Wachowiak z AM w Poznaniu; prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń (em.) z AM w Bydgoszczy.

6. Dorota Dybowska z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych dnia 25.06.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Borelioza w świetle badań prowadzonych w Klinice Chorób Zakaźnych Akademii Medycznej w Bydgoszczy w latach 1993-2001”. Promotor: prof. dr hab. Waldemar Halota, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Anna Boroń-Kaczmarek z PAM w Szczecinie; prof. dr hab. Mie-

czysława Czerwionka-Szaflarska, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

7. Lech Grzelak z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii dnia 25.06.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Potencjał antyoksydacyjny i zmiana stężenia wodorotlenków lipidowych w urazach czaszkowo-mózgowych”. Promotor: prof. dr hab. Heliodor Kasprzak. Recenzenci: prof. zw. dr hab. Jan Hańka z Centrum Rehabilitacji w Konstancinie; prof. dr hab. Gerard Drewa, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

8. Rafał Donderski z Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych dnia 25.06.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Ocena czynności śródbłonna u chorych dializowanych otrzewnowo i jej związek z zaburzeniami odżywiania”. Promotor: prof. dr hab. Jacek Manitus, prof. zw. AM. Recenzenci: dr hab. Jacek Małyszko z AM w Białymstoku; prof. dr hab. Maria Kot-schy, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

9. Marek Kretowicz z Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych dnia 25.06.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Wybrane zaburzenia metaboliczne w nieleczonym pierwotnym nadciśnieniu tętniczym a uszkodzenie kłębuszków i śródmiąższu nerek”. Promotor: prof. dr hab. Jacek Manitus, prof. zw. AM. Recenzenci: dr hab. Alicja Dębska-Słizień z AM w Gdańsku; dr hab. Jacek Kubica, prof.

nadzw. AM w Bydgoszczy.

10. Michał Kamiński z Katedry Endokrynologii i Diabetologii dnia 25.06.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Stopień niedoboru jodu i czynność tarczycy u kobiet w ciąży w województwie bydgoskim”. Promotor: dr hab. Roman Junik, prof. nadzw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Maciej Gembicki z AM w Poznaniu; prof. dr hab. Wiesław Szymański, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

11. Daniel Gackowski z Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej dnia 10.09.2003 roku uzyskał stopień naukowy dr n. med. w zakresie biologii medycznej. Tytuł rozprawy: „Analiza witamin antyoksydacyjnych (A, C i E) oraz 8-oksyo-2-deoksyguanozyny i 8-oksyo-guaniny u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuc”. Promotor: prof. dr hab. Ryszard Oliński, prof. zw. AM. Recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Szyfter z Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu; prof. dr hab. Józef Kędziora, prof. zw. AM w Bydgoszczy.

12. Agnieszka Wojtkiewicz z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dnia 24.09.2003 roku uzyskała stopień naukowy dr n. med. w zakresie medycyny. Tytuł rozprawy: „Dysplazje neuroektodermalne (fakomatozy) ze szczególnym uwzględnieniem nerwiakowłóknowatości typu 1 – doświadczenia własne”. Promotor: prof. dr hab. Mariusz Wysocki. Recenzenci: dr hab. Stanisław Zajączek z PAM w Szczecinie; prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń (em.) z AM w Bydgoszczy.

Sprawy osobowe

Informacje kadrowe

Dane dotyczące zmian kadrowych odnośnie nauczycieli akademickich (obejmujące samodzielnych pracowników naukowych oraz osoby pełniące funkcje kierownicze) za okres od maja do września 2003 roku.

1. Z dniem 01.05.03. zostało przedłużone zatrudnienie dr hab. Marii Deptuły na stanowisku profesora nadzwyczajnego AM z jednoczesnym pełnieniem funkcji kierownika w Zakładzie Dydaktyki.

2. Z dniem 01.05.03. została zatrudniona z jednoczesnym pełnieniem funkcji p.o. kierownika dr Grzegorz Przybylski w Katedrze i Klinice Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy.

3. Z dniem 01.05.03. zostało przedłużone powołanie do pełnienia funkcji p.o. kierownika dr Walentyny Korpalskiej w Katedrze i Zakładzie Historii Medycyny i Pielęgniarstwa.

4. Z dniem 05.06.2003 dr hab. Władysław Sinkiewicz został mianowany na

stanowisko adiunkta na czas nieokreślony w Katedrze i Klinice Rehabilitacji.

5. Z dniem 16.06.2003 prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej.

6. Z dniem 16.06.2003 prof. dr hab. Jacek Manitus został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

7. Z dniem 01.08.2003 dr n. med. Marek Szymański, adiunkt w Katedrze i Klinice Położnictwa i Chorób Kobięcych został powołany do pełnienia p.o. kierownika Zakładu Profilaktyki Nowotworów Żeńskich Narządów Płciowych.

8. Z dniem 01.08.2003. prof. dr hab. Waldemar Halota został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych.

9. Z dniem 01.09.2003. zostało prze-

dłużone powołanie dr n. med. Michała Szpindy do pełnienia funkcji p.o. kierownika Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej.

10. Z dniem 01.09.2003 dr hab. Krzysztof Kusza został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Od 01.10.2003 pełni funkcję kierownika w ww. jednostce.

11. Z dniem 01.09.2003 dr hab. Lech Anisimowicz został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Kardiologii z jednoczesnym powołaniem do pełnienia funkcji kierownika w ww. jednostce.

12. Z dniem 01.09.2003 dr hab. Piotr Kamiński został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego AM w Zakładzie Ekologii i Ochrony Środowiska z jednoczesnym pełnieniem funkcji kierownika w ww. jednostce.

*opracowała Ewa Szymura
Specjalista ds. Kadr i Plac*

XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego



Od prawej: JM Rektor prof. Danuta Miścicka-Śliwka, Prezydent Bydgoszczy Konstanty Bombrowicz, prof. Bogdan Chazan, Sekretarz NRL Krzysztof Makuch, przedstawiciel Prezydenta RP Andrzej Masiakowski.



Dziekan wydziału lekarskiego prof. Gerard Drewa z żoną



Przedstawiciel Prezydenta RP Andrzej Masiakowski.



Senatorowie Dorota Kempka i Zbigniew Cybulski oraz Wicemarszałek Sejmiku Wojewódzkiego Jan Szopiński



Prezydent FIGO, prof. Shirish S. Sheth i prof. Wiesław Szymański



Senator Dorota Kempka



Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Romuald Kosieniak wręcza Krzyże Komandorskie Orderu Odrodzenia Polski prof. Czesławowi Kłyszajko, prof. Wiesławowi Szymańskiemu i prof. Longinowi Mananowskiemu



Prezydent FIGO prof. Shinish S. Sheth



Prof. Longin Mananowski



Wręczenie Krzyży Komandorskich Orderu Odrodzenia Polski



Goście zgromadzeni na otwarciu Kongresu



JM Rektor AMB prof. Danuta Miścicka-Śliwka



Prof. Wiesław Szymański i Prezydent FIGO prof. Shinish S. Sheth



Nowy prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego prof. Marek Spaczyński



Przyznanie honorowego członkostwa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zagranicznym współpracownikom



Przyznanie honorowego członkostwa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zagranicznym współpracownikom



Prof. Wiesław Szymański przekazuje insygnia władzy nowemu prezesowi Polskiego Towarzystwa



Honorowi członkostwa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z Polski i za granicą



Aula AMB, Walny Zjazd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego



Grupa Mo Carta



Prof. Wiesław Szymański na spotkaniu w Myślicinku



Impreza plenerowa w Myślicinku



Prezydent FIGO, prof. Shirish S. Sheth i prof. Wiesław Szymański



17-20 września 2003 r.