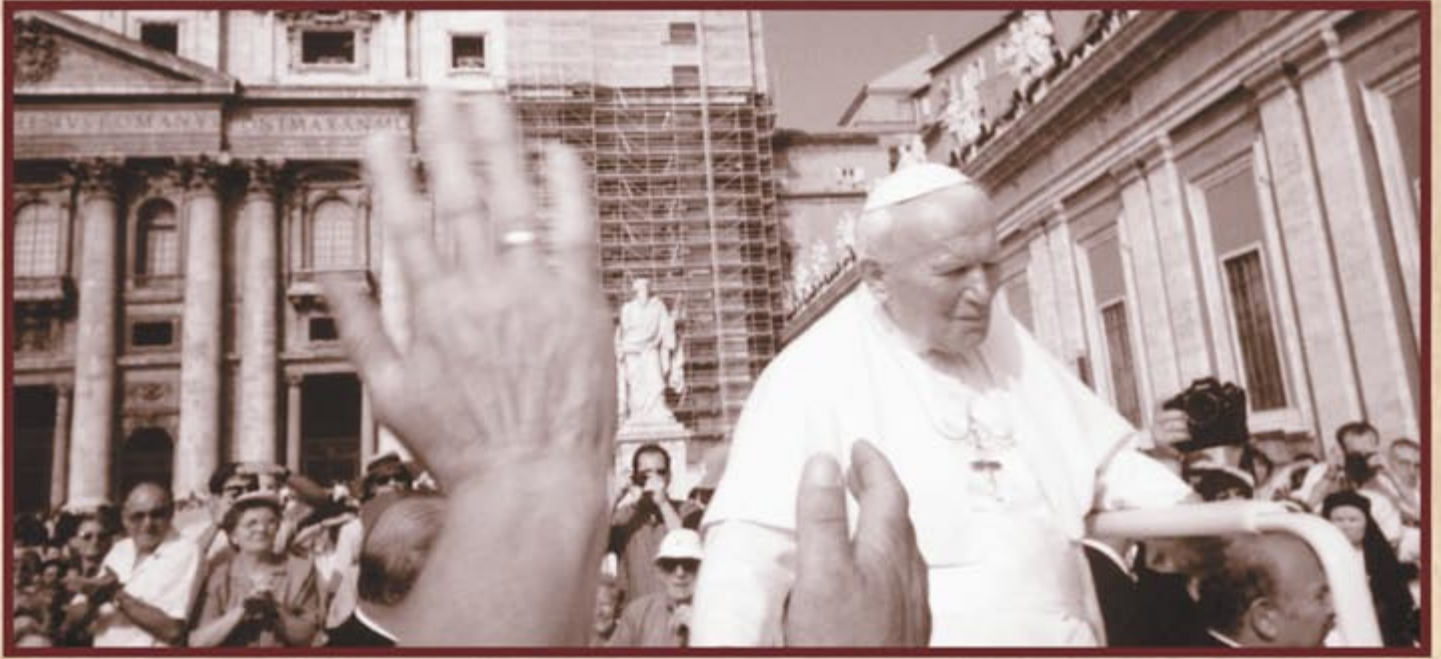


# Wiadomości Akademickie

Pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu



Ioannes Paulus PP. II

## Fides et ratio

Do Biskupów Kościoła katolickiego o relacjach między wiarą a rozumem

1998.09.14

Czcigodni Bracia w biskupstwie, pozdrowienie i Apostolskie Błogosławieństwo!

Wiara i rozum (Fides et ratio) są jak dwa skrzydła, na których duch ludzki unosi się ku kontemplacji prawdy. Sam Bóg zaszczerpił w ludzkim sercu pragnienie poznania prawdy, którego ostatecznym celem jest poznanie Jego samego, aby człowiek, poznając Go i miłując, mógł dotrzeć także do pełnej prawdy o sobie (por. Wj 33, 18; P 5, 27 [26], 8-9; 63 [62], 2-3; J 14, 8; J 3, 2).

### «POZNAJ SAMEGO SIEBIE»

1. Zarówno w dziejach Wschodu, jak i Zachodu można dostrzec, że człowiek w ciągu stuleci przebył pełną drogę, która prowadziła go stopniowo do spotkania z prawdą i do zmięczenia się z nią. Proces ten dokonał się, nie mogło bowiem być inaczej w sferze osobowego samopoznania: im bardziej człowiek poznaje rzeczywistość i świat, tym lepiej zna siebie jako istotę jedyną w swoim rodzaju, a zarazem coraz bardziej naglące staje się dla niego pytanie o sens rzeczy i jego własnego istnienia. Wszystko, co jawi się jako przedmiot naszego poznania, staje się tym samym częścią naszego życia. Wezwanie «poznaj samego siebie», wyryte na architrawie świątyni w Delfach, stanowi świadectwo fundamentalnej prawdy, którą winien uznawać za najwyższą zasadę każdy człowiek, określając się pośród całego stworzenia właśnie jako «człowiek», czyli ten, kto «zna samego siebie».

Wystarczy chrześcijańskie przywrócić się choćby pobieżnie dziejom starożytnym, aby dostrzec wyraźnie, jak w różnych częściach świata, gdzie rozwijały się różne kultury, ludzie równocześnie zaczęli stawiać sobie podstawowe pytania towarzyszące całej ludzkiej egzystencji: Kim jestem? Skąd przychodzę i dokąd zmierzam? Dlaczego istnieje zło?



*Władze Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przesłały na ręce Nuncjusza Apostolskiego wyrazy solidarności w bólu po śmierci Ojca Świętego. Podobny list (po włosku) skierowany został do kardynała Angelo Sodano.*

*Jego Ekszelencja  
Ksiądz Arcybiskup dr Józef Kowalczyk  
Nuncjusz Apostolski*



## **Żegnamy Ojca Świętego Jana Pawła II, doktora honoris causa UMK**

*Wasza Ekszelencjo,  
Najdostojniejszy Księżu Arcybiskupie,*

*W imieniu Senatu, całej społeczności akademickiej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i swoim własnym pragnę przekazać na ręce Księdza Arcybiskupa wyrazy solidarności w bólu po śmierci Ojca Świętego Jana Pawła II. Odszedł do wieczności Pasterz Kościoła katolickiego, największy autorytet moralny naszych czasów, jeden z największych synów polskiej ziemi.*

*Łączymy się z całym Kościołem i wszystkimi ludźmi dobrej woli w dziękczynieniu Opatrzności za dar, jakim był dla nas. Mamy szczególny tytuł tej wdzięczności: Ojciec Święty w dniu 7 czerwca 1999 roku w murach naszego Uniwersytetu spotkał się ze światem polskiej nauki, a 23 listopada 2004 roku na Watykanie przyjął doktorat honoris causa naszej Alma Mater, stał się więc członkiem naszej akademickiej wspólnoty. Mamy ciągle w pamięci i w sercu Jego słowa skierowane do nas podczas tych spotkań. Traktujemy je jako zobowiązujące przesłanie i światło potrzebne w wypełnianiu misji Uniwersytetu. Pragniemy, aby nauka, którą głosił i duchowe dziedzictwo, które pozostawił były dla nas, także i na przyszłość, natchnieniem i zobowiązaniem, źródłem refleksji i pomocą w odpowiadaniu na wyzwania, jakie przyjdzie nam podejmować.*

*Z wyrazami najgłębszego szacunku  
Rektor  
Prof. dr hab. Jan Kopcewicz*



„Trzeba podtrzymywać za wszelką cenę piękną polską tradycję: działalność lekarza czy pielęgniarki traktowana nie tylko jako zawód, ale także – a może przede wszystkim – jako powołanie. Opieka nad ludźmi niepełnosprawnymi, starymi i chorymi – te dziedziny są bardziej niż jakokolwiek dziedzina życia społecznego miernikiem kultury społeczeństwa i państwa”

Jan Paweł II 1987 r.

Trudno jeszcze raz nie zastanowić się nad tymi słowami, kiedy odszedł od Nas Ten, który zmienił oblicze Ziemi i naszego Kraju. Ten, którego już teraz nazywają Polski, Wielki, Święty. Pozostaje Nam tylko żyć tak, jakby nadal był z nami ...

Zbigniew Wolski



## Spis treści

### Z życia Uczelni

Moje spotkania z Ojcem Świętym Janem Pawłem II .....	2
Terminarz czynności wyborczych w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu .....	3
Uchwała nr 7 Komisji Wyborczej Uniwersytetu .....	3
Elektorzy z Collegium Medicum .....	3
Uchwała nr 8 Komisji Wyborczej Uniwersytetu .....	4
Nowi Dziekani kadencji 2005-2008 .....	4
Prof. Andrzej Jamiołkowski wybrany na Rektora UMK .....	5
Nowi Prorektorzy UMK .....	5
Drzwi Otwarte w Collegium Medicum .....	6
Dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK wybrana na Prorektora ds. Collegium Medicum .....	6
Nowe wyposażenie Czytelnicy Czasopism Biblioteki Medycznej .....	7
Cykl spotkań z okazji 60-lecia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu .....	7

### Medycyna

Nagroda im. prof. zw. dr. hab. med. Zdzisława Boronia .....	8
Współczesne metody zabiegowego leczenia kamicy układu moczowego .....	10

### Pielęgniarstwo

50 lat kształcenia pielęgniarek w Bydgoszczy .....	12
Opieka paliatywna/hospicyjna w Polsce .....	14
Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej .....	15

### Historia Medycyny

Sanatorium Przeciwgruźlicze w Smukale w 100-lecie otwarcia .....	16
--	----

### Polemiki

Nowe odkrycia, stare problemy .....	17
-------------------------------------	----

### Dydaktyka

Jaka rolę w uczeniu się spełnia motywacja? .....	18
--	----

### Konferencje

Dostęp do łożyska naczyniowego - dializy, chemioterapia, żywienie pozajelitowe .....	19
5 Toruński Festiwal Nauki i Sztuki .....	19

### Ze sportu

Studenci wtarczy w śnieg I Mistrzostwa Collegium Medicum w Narciarstwie Alpejskim .....	20
--	----

„Wiadomości Akademickie” wydaje Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu za zgodą Prorektora UMK ds. Collegium Medicum i na zasadzie pracy społecznej Zespołu Redakcyjnego.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania adjustments i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

#### Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:  
prof. dr hab. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej:  
dr hab. Andrzej Dziedziczko, prof. UMK  
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK  
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień  
dr Krzysztof Nierzwicki  
dr Wojciech Szczęśny  
dr Janusz Tyloch

#### Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki  
Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch  
Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

#### Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9  
85-094 Bydgoszcz  
tel.: +48 +52 585-3509  
fax: +48 +52 585-3505  
e-mail: biblio@cm.umk.pl

#### Opracowanie techniczne i typograficzne:

Studio „Skryba”  
Skład komputerowy: Grzegorz Kubiak  
Korekta merytoryczna:  
dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch  
Korekta techniczna: mgr Maciej Kowalski

Druk: Centrum Promocji i Reklamy „ReMedia”

Okładka: Fragment encykliki Jana Pawła II  
„Fides et Ratio”, zdjęcie: Monika Kubiak  
(wrzesień 1997)

Pozostałe zdjęcia związane z Ojcem Świętym  
Centrum Promocji i Informacji UMK



Ogromny pośpiech i pęd przed siebie. Wiele niezłatwionych spraw przed wyjazdem. Część dokończonych. Wyścig z czasem, aby zdążyć do Torunia, a następnie na lotnisko. Pośpiech. Wreszcie warkot silników, a po około dwóch godzinach cisza. Czekać na odprawę paszportową zastanawiałem się nad „pośpiechem” i przypomniałem sobie słowa Piotra Skrzyneckiego (Pivnica pod Baranami) – „pośpiech poniżej”. Wyciszyłem się, pośpiech pozostał już poza mną (chyba na zawsze). W drodze z lotniska do hotelu kółkujące się myśli nad ilością istnień ludzkich, które te rzymskie drogi przemierzały w celach pokojowych lub złowrogich, myśli nad sensem przemieszczania się, potrzebą spotkań z ludźmi, czasami jedynymi i niepowtarzalnymi spotkaniami. I to spotkanie z Ojcem Świętym miało mieć taki właśnie charakter.

Spotkania z Janem Pawłem II zawsze poprzedzały długie, czasem wielogodzinne oczekiwania. Z perspektywy czasu doceniam ich sens, bowiem były one przygotowaniem do odbioru słowa. Istota tego oczekiwania była głęboka, gdyż był to czas na refleksje, nad sobą, czas na wiele innych przemyśleń. To oczekiwanie uczyło też pokory. Każde moje oczekiwanie na spotkanie z Janem Pawłem II było inne, bo i czas oczekiwania był różny.

galem coraz więcej treści zawartych w prostych zdaniach wypowiedzianych przez Papieża – Polaka.

Gdy po wyborze arcybiskupa krakowskiego kardynała Karola Wojtyły na tron piotrowy (19.10.1978) odbierałem gratulacje od wielu osób, z którymi spotykałem się wówczas na terenie Uniwersytetu Philippa w Marburgu, oprócz dumy nie miałem innych odczuć, nawet nadziei na wielkie zmiany. Nagłówek na tytułowej stronie ze zdjęciem Jana Pawła II „Bóg jest w niebie, Papież w Rzymie, a Rosja blisko” w tygodniku Der Spiegel nie był optymistyczny. A jednak nadzieję i odwagę należy mieć. O nich tak często mówił Ojciec Święty.

Po przekroczeniu Spizowej Bramy wygasły wszystkie negatywne emocje, a „pośpiech” w mojej świadomości chyba nigdy nie istniał. Przechodząc etapami, korytarze i schody prowadzące do Sali Klementyńskiej, wśród rzeźb, obrazów i fresków znanych i nieznanych twórców, w ciszy i zadumie następowało wewnętrzne przygotowanie do spotkania z człowiekiem, który był Papieżem – następcą Świętego Piotra.

Gdy o. Konrad Hejmo mówił konspiracyjnym szeptem o złym samopoczuciu Ojca Świętego, poddając w ten sposób w wątpliwość możliwość udzielenia audiencji, wiele osób ogarnął smutek, który spotęgował się po przekroczeniu czasu wyznaczonego na rozpoczęcie uroczystości. Jakaż zapanowała ulga i radość, gdy Ojciec Święty się pojawił. Tłumiłem również lzy tej radości.

Było to spotkanie wyjątkowe z kilku powodów. Ojciec Święty – Jan Paweł II otrzymał tytuł honorowy – doktor honoris causa Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Było to moje osobiste zetknięcie się

z tym Wielkim Człowiekiem. Tym bardziej przeżywane, że wydawało się, że może to być ostatnie spotkanie z Papieżem – Polakiem. Niestety takim właśnie było. Uścisk dłoni Ojca Świętego, głębokie spojrzenie Jego oczu i słowa „Błogosławie...” pozostaną w pamięci na zawsze. Spotkanie to miało dla mnie dodatkowy wymiar. Dzień po audiencji (24 listopada 2004) stałem się – podobnie jak cała społeczność Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – pracownikiem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Wróciłem na Uniwersytet jako jego profesor, na swój Uniwersytet, którego jestem absolwentem z 1967 roku.

Po audiencji na Placu św. Piotra czas zatrzymał się w monumentalnych kolumnach Berniniego i w konarach dostojnych pini porastających wzgórze. Nikt się nie spieszył, nikt nie chciał opuścić Placu św. Piotra. Wokoło serdeczne rozmowy, uściski, wzajemne fotografowanie, radość i chyba odmiana, wewnętrzna odmiana...

Prof. dr hab. Gerard Drewa jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii Medycznej oraz obecnym Dziekanem Wydziału Lekarskiego.

## Moje spotkania z Ojcem Świętym Janem Pawłem II

... Gerard Drewa

Wielogodzinny – od godzin nocnych do świtu – na wielkich placach, gdzie gromadziły się setki tysięcy osób, po krótki – dwugodzinny – w towarzystwie garstki przyjaciół i współpracowników. Uczestniczyłem w dwóch spotkaniach z Ojcem Świętym na Wybrzeżu w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Po każdym dojrzywałem duchowo i dostrze-

## Terminarz czynności wyborczych w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu

- 15. 02. 2005 opublikowanie podziału mandatów do kolegium elektorów uniwersytetu dla poszczególnych grup wyborczych
- do 25. 02. 2005 rady wydziałów powołują wydziałowe komisje wyborcze
- do 8. 03. 2005 wybory:
  - członków kolegium elektorów uniwersytetu
  - członków senatu z wyłączeniem profesorów i doktorów habilitowanych
  - członków rad wydziałów
- do 10. 03. 2005 zgłaszanie kandydatów na rektora do komisji wyborczej uniwersytetu (do godz. 12:00)
- 11. 03. 2005 ogłoszenie listy kandydatów na rektora
- 18.03.2005 zebranie otwarte pracowników, doktorantów, studentów i kolegium elektorów: (godz. 16.00)
  - prezentacja kandydatów na rektora
  - wybory rektora
- do 25.03.2005 zgłaszanie kandydatów na prorektorów do rektora-elektora (do godz. 12:00)
- 30. 03. 2005 ogłoszenie listy kandydatów na prorektorów
- 12. 04. 2005 zebranie otwarte pracowników, doktorantów, studentów i kolegium elektorów: (godz. 16.00)
  - prezentacja kandydatów na prorektorów
  - wybory prorektorów
- do 15. 04. 2005 zgłaszanie kandydatów na dziekanów do wydziałowych komisji wyborczych
- 18. 04. 2005 ogłoszenie kandydatów na dziekanów
- do 29. 04. 2005 zebranie otwarte pracowników, doktorantów i studentów wydziałów:
  - prezentacja kandydatów na dziekanów
  - zebrania nowych rad wydziałów – wybory dziekanów
- do 10. 05. 2005 zgłaszanie kandydatów na prodziekanów do dziekanów-elektów
- 13. 05. 2005 ogłoszenie listy kandydatów na prodziekanów
- do 31. 05. 2005 zebranie otwarte pracowników, doktorantów, studentów wydziałów:
  - prezentacja kandydatów na prodziekanów
  - zebrania nowych rad wydziałów – wybory prodziekanów
  - wybory członków senatu spośród profesorów i doktorów habilitowanych
- ok. 10. 06. 2005 wybory elektorów do rady głównej szkolnictwa wyższego.

### UCHWAŁA Nr 7 KOMISJI WYBORCZEJ UNIwersYTETU z dnia 18 marca 2005 r.

#### o stwierdzeniu dokonania wyboru Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na kadencję 2005-2008.

Na podstawie §38 Regulaminu Wyborczego Organów Uniwersytetu z dnia 31 stycznia 2005 r.

#### Komisja Wyborcza Uniwersytetu

stwierdza prawidłowość przeprowadzonego wyboru rektora, w wyniku którego:

#### REKTOREM UNIwersYTETU MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

na kadencję 2005-2008

został wybrany:

**ANDRZEJ JAMIOŁKOWSKI**  
doktor habilitowany, profesor UMK

uzyskując wymaganą większość głosów w głosowaniu przeprowadzonym na zebraniu wyborczym Kolegium Elektorów Uniwersytetu w dniu 18 marca 2005 r.

Przewodniczący  
Komisji Wyborczej Uniwersytetu  
Prof. dr hab. Eugeniusz Ochendowski

#### Elektorzy z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

**WYDZIAŁ LEKARSKI**  
Nauczyciele akademicy z tytułem naukowym lub stopniem naukowym dr hab.:

- 165) dr hab. Marek Jackowski
- 166) dr hab. Roman Junik, prof. UMK
- 167) prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak
- 168) dr hab. Jacek Kubica, prof. UMK
- 169) dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK
- 170) prof. dr hab. Jacek Manitius
- 171) dr hab. Andrzej Prokurat, prof. UMK
- 172) prof. dr hab. Mariusz Wysocki
- 173) prof. dr hab. Karol Śliwka

Pozostali nauczyciele akademicy:

- 174) dr Maria Bogdan
- 175) dr Gabriel Chęsy
- 176) dr Mariusz Dąbrowski
- 177) dr Lech Grzelak
- 178) dr Ewa Krzyżyńska-Malinowska
- 179) dr Hanna Mackiewicz-Nartowicz
- 180) dr Anita Olczak
- 181) dr Elżbieta Wanat-Słupska
- 182) dr Jan Styczyński
- 183) dr Anna Wankiewicz

Student:

- 184) Piotr Sawicki

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**  
Nauczyciele akademicy z tytułem naukowym lub stopniem naukowym dr hab.:

- 185) dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
- 186) dr hab. Jerzy Krysiński, prof. UMK
- 187) prof. dr hab. Ryszard Oliński
- 188) dr hab. Przemysław Staszewski, prof. UMK
- 189) dr hab. Krzysztof Stefański, prof. UMK

Pozostali nauczyciele akademicy:

- 190) dr Małgorzata Cwiklińska-Jurkowska
- 191) dr Daniel Gackowski
- 192) dr Ewa Grabarczyk
- 193) mgr Krzysztof Sobiesiak

Student:

- 194) Tomasz Deresz

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**  
Nauczyciele akademicy z tytułem naukowym lub stopniem naukowym dr hab.:

- 195) prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz
- 196) dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof. UMK
- 197) dr hab. Alina Borkowska
- 198) dr hab. Piotr Jurkowski
- 199) dr hab. Jacek Klawe
- 200) dr hab. Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska
- 201) dr hab. Małgorzata Pawłowska
- 202) dr hab. Maciej Śniegocki
- 203) dr hab. Wojciech Zegarski

Pozostali nauczyciele akademicy:

- 204) mgr Bernadeta Cegła
- 205) dr Bernadeta Drzewiecka
- 206) mgr Kamila Faleńczyk
- 207) lek. Ilona Miśkowiec
- 208) mgr Anna Talar

Studenti:

- 209) Ewa Majewska
- 210) Katarzyna Trawińska

Pracownicy naukowo-techniczni, biblioteczni oraz dokumentacji i informacji naukowej, administracji i obsługi

- 217) mgr Maria Arndt
- 218) mgr Anna Gniatkiewicz
- 219) Irena Muszyńska
- 220) dr Krzysztof Nierzwicki
- 221) inż. Eugeniusz Pazderski

## UCHWAŁA Nr 8

### KOMISJI WYBORCZEJ UNIwersYTETU z dnia 30 marca 2005 r.

#### w sprawie ustalenia listy kandydatów na stanowiska prorektorów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika na kadencję 2005-2008.

Na podstawie § 42 ust. 1 i 2 w związku z § 40 ust. 2 Regulaminu Wyborczego Organów Uniwersytetu z dnia 31 stycznia 2005 r.

stwierdza się, że:

1. Pismo rektora-elekta z dnia 30 marca 2005 r. dotyczące zgłoszenia kandydatów na stanowiska prorektorów Uniwersytetu, na kadencję 2005-2008 spełnia wymogi § 39 i § 40 Regulaminu Wyborczego Organów Uniwersytetu, w związku z powyższym Komisja postanowiła ogłosić, iż kandydatami są:
  1. na stanowisko prorektora ds. kształcenia i kadry - **prof. dr hab. Andrzej Radziemiński**, lat 47, obecny Prorektor ds. Dydaktyki,
  2. na stanowisko prorektora ds. nauki i współpracy z zagranicą - **prof. dr hab. Bogusław Buszewski**, lat 53, Kierownik Zakładu Chemii Środowiska i Ekoanalizy na Wydziale Chemii oraz **prof. dr hab. Andrzej Tretyn**, lat 50, obecny Dziekan Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi,
  3. na stanowisko prorektora ds. rozwoju i informatyzacji - **dr hab. Grzegorz Jarzembki**, **prof. UMK**, lat 55, obecny Prorektor ds. Rozwoju i Informatyzacji,
  4. na stanowisko prorektora ds. Studentów - **dr hab. Leszek Kuk**, **prof. UMK**, lat 54, obecny Pełnomocnik Prorektora ds. Dydaktyki,
  5. na stanowisko prorektora ds. Collegium Medicum:
    - **prof. dr hab. Gerard Drewa**, lat 64, obecny Dziekan Wydziału Lekarskiego,
    - **prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwka**, lat 56, obecna Prorektor ds. Collegium Medicum,
    - **dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe**, **prof. UMK**, lat 50, Kierownik Katedry Fizjologii Człowieka na Wydziale Lekarskim.
2. Kandydat na stanowisko prorektora ds. studentów uzyskał w dniu 30 marca 2005 r. zgodę większości elektorów-studentów.
3. Termin wyborów prorektorów Uniwersytetu na kadencję 2005-2008 - w porozumieniu z rektorem-elektem - Komisja ustala na dzień 8 kwietnia 2005 r. o godz. 16-tej w **Auli UMK** w Toruniu.

Przewodniczący  
Komisji Wyborczej Uniwersytetu  
**Prof. dr hab. Eugeniusz Ochendowski**

## Nowi Dziekani kadencji 2005-2008

W ostatnim tygodniu kwietnia 2005 r. dokonano wyboru nowych dziekanów Wydziału Lekarskiego, Wydziału Farmaceutycznego i Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK na kadencję 2005-2008. Dziekanem Wydziału Lekarskiego został prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii, dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu został dotychczasowy dziekan tegoż Wydziału oraz kierownik Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego - dr hab. Zbigniew Bartuzi, prof. UMK, natomiast dziekanem Wydziału Farmaceutycznego obrano dr hab. Bronisława Grzegorzewskiego, prof. UMK, kierownika Katedry i Zakładu Biofizyki.

Dr hab. Andrzej Jamiołkowski, prof. UMK - fizyk, obecny przewodniczący Państwowej Komisji Akredytacyjnej, został 18 marca ponownie wybrany na JM Rektora UMK na kadencję 2005-2008.

W głosowaniu udział wzięło 222 elektorów (na 240 uprawnionych). Oddano 220 głosów ważnych i 2 nieważne. Na „tak” głosowało 207 osób, „nie” - 11, a 2 osoby wstrzymały się od głosu.

Prof. Andrzej Jamiołkowski urodził się w Toruniu 22 marca 1946 r. Po ukończeniu w 1969 r. studiów wyższych na Wydziale Fizyki Uniwersytetu Warszawskiego, rozpoczął pracę zawodową jako nauczyciel akademicki w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika. W 1973 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk fizycznych w zakresie termodynamiki informacyjnej. Dziesięć lat później, w 1983 r., uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego nauk fizycznych w zakresie fizyki teoretycznej. Jest uznanym autorytetem w dziedzinie fizyki matematycznej, a zwłaszcza informatyki kwantowej.

Od 1 stycznia 1991 r. zatrudniony jest na stanowisku profesora nadzwyczajnego. Przez dwie kadencje (1993-99) prof. Jamiołkowski pełnił funkcję Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Wcześniej w latach 1984-86 był wicedyrektorem Instytutu

Poznaliśmy już nazwiska pięciu nowych prorektorów UMK (Prorektora ds. Kształcenia i Kadry, Prorektora ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, Prorektora ds. Rozwoju i Informatyzacji, Prorektora ds. Studenckich, Prorektora ds. Collegium Medicum) na kadencję 2005-2008, którzy rozpoczną urzędowanie 1 września. Wybory odbyły się 12 kwietnia 2005 roku w Auli UMK w Toruniu.

**Prorektorem ds. Kształcenia i Kadry został prof. Andrzej Radziemiński**, obecny prorektor ds. Dydaktyki (w głosowaniu wzięło udział 215 osób, oddano 215 głosów ważnych, w tym 198 za i 6 wstrzymujących się).

**Prorektorem ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą został prof. dr hab. Andrzej Tretyn**, obecny dziekan Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi (w głosowaniu wzięło udział 215 osób, oddano 213 głosów ważnych, w tym 113 za i 10 wstrzymujących się). Drugi z kandydatów na to stanowisko - prof. Bogusław Buszewski z Wydziału Chemii, otrzymał 90 głosów za.

**Prorektorem ds. Rozwoju i Informatyzacji został dr hab. Grzegorz Jarzembki**, **prof. UMK**, pełniący tę funkcję również w kończącej się kadencji (w głosowaniu wzięło udział 215 osób, oddano 214 głosów ważnych, w tym 192 za i 12 wstrzymujących się).

**Prorektorem ds. Studenckich został dr hab. Leszek Kuk**, **prof. UMK** obecny pełnomocnik ds. kształcenia prorektora ds. dydaktyki (w głosowaniu wzięło udział 215 osób, oddano 214 głosów ważnych, w tym 154 za i 12 wstrzymujących się).

**Prorektorem ds. Collegium Medicum została wybrana** (w drugiej turze głosowa-

Fizyki ds. dydaktycznych, a w latach 1986-1993 prorektorem UMK ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą. Od 1991 r. pełni jednocześnie funkcję kierownika Zakładu Fizyki Matematycznej. Prof. dr hab. Andrzej Jamiołkowski przebywał na długoterminowych naukowych stypendiach zagranicznych w Monachium, Oldenburgu i Marburgu. Odbył również liczne wyjazdy studyjne m.in. na zaproszenie rządu USA do kilkunastu uniwersytetów amerykańskich oraz uniwersytetów europejskich, m.in. Kings College w Londynie. Poza granicami kraju prowadził badania naukowe i wykłady przez ponad 4 lata.

warzyszenia byłych stypendystów Fundacji Alexandra von Humboldta „Societas Humboldtiana Polonorum”. Od 1999 roku jest honorowym senatorem Uniwersytetu w Oldenburgu.

W latach 2000-2002 prof. dr hab. Andrzej Jamiołkowski był wiceprzewodniczącym Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego oraz przewodniczył Komisji Finansów Rady. Od 2002 roku przewodni-



Od lewej: obecny Rektor UMK prof. Jan Kopcewicz i nowo obrany Rektor UMK prof. Andrzej Jamiołkowski

## Prof. Andrzej Jamiołkowski wybrany na Rektora UMK

... na podstawie materiałów Centrum Promocji i Informacji UMK opracowała Monika Kubiak

Prof. Jamiołkowski w latach 1998-2001 r. był przewodniczącym ogólnopolskiego sto-

czy Państwowej Komisji Akredytacyjnej. Jest również autorem i współautorem kilku monografii i podręczników z dziedziny fizyki teoretycznej, m.in. takich pozycji jak: „Classical electrodynamics”, Elsevier, 1985; „Fizyka statystyczna i termodynamika”, PWN, 1990; „Otwarte układy dynamiczne”, UMK, 1990 i „Faza geometryczna”, UMK, 1996. Od 1993 r. jest redaktorem naczelnym czaso-

pisma „Reports on Mathematical Physics”, wydawanego przez PWN i Elsevier (ukazującego się od 1970 r), a od 2003 roku pełni również funkcję zastępcy redaktora naczelnego pisma „Open Systems and Information Dynamics” wydawanego przez Kluwer Academic Publishers.

W 2005 roku Prezydent Niemiec Horst Köhler przyznał prof. Andrzejowi Jamiołkowskiemu Krzyż Zasługi 1. Klasy Orderu Zasługi Republiki Federalnej Niemiec.



Stoją od lewej: prof. Andrzej Tretyn, prof. Grzegorz Jarzembki, prof. Andrzej Radziemiński, prof. Andrzej Jamiołkowski, prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. Leszek Kuk

nia) dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK, kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W pierwszym głosowaniu elektorzy wybierali spośród 3 kandydatów. Wzięło w nim udział 215 elektorów, oddano 211 głosów ważnych (z tego 3 wstrzymujące się).

Prof. Gerard Drewa, kierownik Katedry i Zakładu Biologii Medycznej na Wydziale Lekarskim oraz obecny Dziekan tegoż Wydziału otrzymał 43 głosy, prof. Danuta Miścicka-Śliwka, kierownik Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej i obecny Prorektor ds. Collegium Medicum - 73 głosy, a dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK, kierownik Zakładu Fizjologii Człowieka na Wydziale

Lekarskim - 92 głosy.

W drugiej turze głosowano na dwie osoby z największą liczbą głosów - 194 obecnych elektorów oddało 193 ważne głosy, z tego prof. Danuta Miścicka-Śliwka otrzymała 66 głosów, a dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe 121 głosów. 6 osób wstrzymało się od głosu.

**Kadencja prorektorów rozpoczyna się 1 września 2005 r.**

## Nowi Prorektorzy UMK

... na podstawie materiałów Centrum Promocji i Informacji UMK opracowała Monika Kubiak

Dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK, lekarz, fizjolog, została 12 kwietnia wybrana na Prorektora ds. Collegium Medicum na kadencję 2005-2008.



Odbyły się dwie tury głosowania. W pierwszym głosowaniu, w którym elektorzy wybierali spośród 3 kandydatów, udział wzięło 215 elektorów (na 240 uprawnionych). Oddano 211 głosów ważnych (z tego 3 wstrzymujące się). Prof. Gerard Drewa otrzymał 43 głosy, prof. Danuta Miścicka-Śliwka 73 głosy, a dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK, 92 głosy. W drugiej turze głosowano na dwie osoby z największą liczbą głosów – 194

20 marca 2005 r. odbyły się w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu „Drzwi Otwarte Uczelni”. Naszą Uczelnię odwiedziło w tym dniu ponad 800 kandydatów na studia, którzy m.in. spotkali się z władzami Uniwersytetu i Samorządem Studenckim, a także z przedstawicielami pozostałych organizacji studenckich. W Sali Audytoryjnej w budynku Biblioteki Medycznej przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, osobom zainteresowanym studiami w Collegium Medicum wydawano informatory i druki niezbędne przy składaniu dokumentów na studia. Kandydaci zwiedzali również Zakłady Nauk Podstawowych.

## Drzwi Otwarte w Collegium Medicum

... opracowała Monika Kubiak

obecnych elektorów oddało 193 ważne głosy, z tego prof. Miścicka-Śliwka otrzymała 66 głosów, a dr hab. Tafil-Klawe 121 głosów. 6 osób wstrzymało się od głosu.

Małgorzata Tafil-Klawe urodziła się 30 października 1955 roku w Siedlcach. Ukończyła I LO im. Bolesława Prusa w Siedlcach w 1974 roku, a następnie studiowała na I Wydziale Lekarskim w Akademii Medycznej w Warszawie. Pracę doktorską „Interakcja pomiędzy odruchem z baro- i chemoreceptorów tętnicznych u ludzi zdrowych i z samoistnym nadciśnieniem tętnicznym” pisała pod kierunkiem prof. dr. hab. Andrzeja Trzebskiego z Akademii Medycznej w Warszawie. Rozprawę habilitacyjną „Reaktywność odruchu z chemoreceptorów kłębków szyjnych w pierwotnym nadciśnieniu tętnicznym i w zespoleniu z bezdechem” również broniła na Akademii Medycznej w Warszawie w 1991 roku. Dodatkowo, w latach 1987-1989 studiowała historię sztuki i malarstwo na Uniwersytecie Filipa Marburga. Pracowała m.in. w Instytucie Fizjologii Pracy i Rehabilitacji oraz w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Filipa w Marburgu, była stypendystką stypendium Aleksandra von Humboldta. Wykładała w Salezjańskim Instytucie Wychowania Chrześcijańskiego w Warszawie, w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy oraz w WSHE we Włocławku. Od października 1995 roku dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK

kieruje Katedrą i Zakładem Fizjologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a po połączeniu z UMK – Katedrą i Zakładem Fizjologii Człowieka. Od 1996 roku zatrudniona jest na stanowisku profesora nadzwyczajnego. W latach 1997-1999 pełniła funkcję Prodziekana

## Dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK wybrana na Prorektora ds. Collegium Medicum

... opracowała Monika Kubiak

Wydziału Lekarskiego, a w latach 1999-2001 była Prorektorem ds. Studenckich. Jest przewodniczącą bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, a także członkiem Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, European Society for Clinical Investigation i Deutsche Ges. für Pneumologie. W kręgu jej zainteresowań badawczych pozostają: regulacja krążenia i oddychania u ludzi, chronobiologia, chronomedycyna oraz patomechanizm obturacyjnych bezdechów śródśennych. Otrzymała 4 nagrody Ministra Zdrowia (3 naukowe i 1 za działalność organizacyjną). Działa również na niwie plastycznej, wystawiając swoje prace w Warszawie (1980) i Marburgu (2000).



Z okazji zbliżającego się jubileuszu 60-lecia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Klub Profesorów UMK przygotował cykl siedmiu paneli:

20 października: „Źródła i korzenie Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”,

10 listopada: „Trudne początki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (Uniwersytet do roku 1956)”

12 stycznia 2005: „UMK na wirażach polskiej historii”

9 lutego: „Naukowo-dydaktyczne, wychowawcze i organizacyjne sukcesy i porażki Uniwersytetu (próba syntezy)”

9 marca: „Duch ochoczy ... czyli o roli Duszpasterstwa Akademickiego i Klubu Inteligencji Katolickiej w dziejach Uniwersytetu”

13 kwietnia (w ramach V Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki) – „Kopa lat ... albo szarganie świętości. Pracownicy Uniwersytetu we wspomnieniach i anegdocie”

11 maja: „60 lat - i co dalej? Czyli” Quo Vadis Universitas?”

Cykl współorganizuje Biblioteka Uniwersytecka oraz Archiwum UMK.

12 stycznia 2005 r. o godz. 17.00 w Sali Złotej Pałacu Dąbskich odbyło się trzecie

z cyklu paneli spotkanie poświęcone „UMK na wirażach polskiej historii”. Udział wzięli: prof. Ryszard Kozłowski, prof. Sławomir Kalembka, prof. Roman Bäcker, dr hab. Wojciech Polak, dr Jerzy Wieczorek, płk. Zbigniew Nowek, prof. Andrzej Tomczak (moderator).

W dniach 6-9 marca 2005 r. Duszpasterstwo Akademickie oo. jezuitów przygotowało szereg spotkań pod ogólnym hasłem „Duch Ochoczy ...”, czyli Duszpasterstwo Akademickie i Klub Inteligencji Katolickiej w dziejach UMK”. Podczas panelu zorganizowanego 9 marca 2005 r. spotkali się: ks abp. Józef Kowalczyk, o. Jarosław Kuffel SJ (Warszawa), prof. Kazimierz Maliszewski, prof. Andrzej Tyc, dr hab. Wojciech Polak, o. Wacław Oszajca SJ (Warszawa) oraz ks. bp Andrzej Suski. Spotkanie, które poprowadził o. Wojciech Mikulski SJ z Torunia, odbyło się w sali Senatu UMK w Collegium Maximum.

13 kwietnia odbył się szósty (przedostatni) z cyklu paneli organizowanych przez Klub Profesorów UMK z okazji jubileuszu 60-lecia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika pt. „Kopa

lat ... albo szarganie świętości. Pracownicy Uniwersytetu we wspomnieniach i anegdocie”. W spotkaniu, które rozpoczęło się o godz. 17.00 w Sali Złotej Pałacu Dąbskich udział wzięli: prof. Stanisław Salmonowicz, prof. Sławomir Kalembka, dr Zofia Zatorska, dr Michał Wazgird, dr hab. Krzysztof Mikulski, prof. UMK oraz dr hab. Czesław Łapicz,

## Cykl spotkań z okazji 60-lecia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

... na podstawie materiałów Centrum Promocji i Informacji UMK opracowała Monika Kubiak

prof. UMK (moderator). Program spotkania współtworzyły studentki Wydziału Filologicznego – Maria Kocharńska, Anna Mazur, Katarzyna Zachariasz – które przeprowadziły konkurs-quiz z wiedzy o UMK.



## Nowe wyposażenie Czytelni Czasopism Biblioteki Medycznej

... Monika Kubiak

W ramach programu MILAB finansowanego przez „Fundację na Rzecz Nauki Polskiej” Biblioteka Medyczna Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu otrzymała w ubiegłym roku dofinansowanie w wysokości 20.000 zł., z przeznaczeniem na modernizację wyposażenia Czytelni Czasopism.

Na początku marca 2005 roku Czytelnia Czasopism Biblioteki Medycznej zyskała

nowe, bardziej ergonomiczne, sprzyjające efektywnej pracy naukowej, jak również miłe dla oka stoliki i krzesła oraz biurko dla obsługi Czytelni. Dzięki modernizacji zwiększyła się liczba miejsc dla czytelników oraz ogólna estetyka i funkcjonalność wnętrza.

Na miejscu w Czytelni Czasopism można skorzystać z komputerowego katalogu czasopism. W Czytelni mieści się również Wypożyczalnia Międzybiblioteczna, pośrednicząca

w sprowadzaniu materiałów bibliotecznych z innych bibliotek krajowych i zagranicznych.

Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych do korzystania z nowoczesnie wyposażonej i, dzięki modernizacji, w większym stopniu przystosowanej do rosnących potrzeb czytelników Czytelni Czasopism Biblioteki Medycznej.

Mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Biblioteki Medycznej.



## Nagroda im. prof. zw. dr. hab. med. Zdzisława Boronia

... Janusz Tyloch

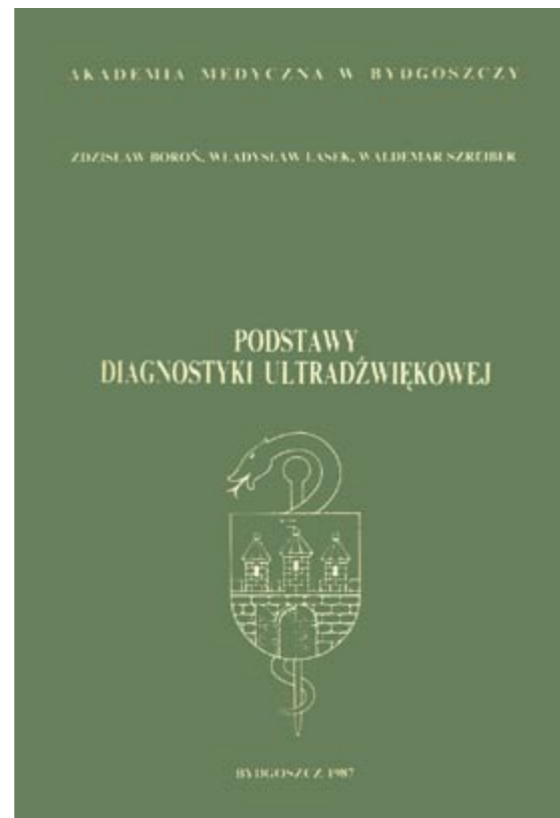
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego na posiedzeniu w dniu 8 lutego 2005 roku podjął uchwałę o nadaniu imienia wybitnego polskiego ultrasonografisty, prof. dr. hab. med. Zdzisława Boronia, nagrodzie przyznawanej najlepszej pracy doktorskiej z zakresu ultrasonografii, obronionej w okresie między zjazdami naukowymi Towarzystwa. Nagroda imienia profesora Zdzisława Boronia wręczana będzie każdorazowo w czasie uroczystości inauguracji kolejnego zjazdu Towarzystwa.

Zasługi prof. zw. dr. hab. med. Zdzisława Boronia, od czasu Jego śmierci w dniu 19 grudnia 2002 były już wielokrotnie opisywane, także na łamach „Wiadomości Akademickich”. W czasie swojej 22-letniej aktywnej działalności na stanowisku kierownika Katedry i Zakładu Radiologii i Diagnostyki Narządowej w Bydgoszczy zasadniczo zmienił oblicze bydgoskiej radiologii. Zaczynał pracę w Bydgoszczy w 1975 roku, w Zakładzie Radiologii skromnie wyposażonym w tradycyjne aparaty rentgenowskie starego typu. Dzięki Jego zdolnościom organizacyjnym już w 1976 roku uruchomiona została pracownia angiograficzna, a rok później, tj. w 1977 pracownia mammograficzna. W 1983 uruchomiono pracownię endoskopii dróg żółciowych i trzustki – ERCP, a w 1984 roku pierwszą w regionie pracownię badań ultrasonograficznych. Kolejnymi sukcesami było uruchomienie w 1989 pracowni tomografii komputerowej, oraz w 1998, już po przejściu na emeryturę, pracowni rezonansu magnetycznego. Pracownia Medycyny Nuklearnej Katedry Endokrynologii i Diabetologii to w dużej mierze także dzieło Profesora Boronia. Warto podkreślić, że Profesor dbał o cały region, nie tylko o macierzysty Zakład. Stąd częste spotkania radiologów w ramach Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego oraz wizytacje

w placówkach rejonowych, które odwiedzał jako specjalista wojewódzki i regionalny.

Profesor Zdzisław Boron pozostawił po sobie bogaty dorobek naukowy - około 170 prac opublikowanych drukiem w naukowych pismach polskich i zagranicznych. Tematyka prac dotyczyła radiodiagnostyki wrodzonych wad układu moczowego, nabytych schorzeń układu moczowego, kostnego, pokarmowego, zmian przeciężeniowych u sportowców, wysokiego wyczynu, i diagnostyki w chorobach nowotworowych. Aktywnie uczestniczył w życiu naukowym. Był członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in.: Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego, Europejskiej Federacji Towarzystw Ultradźwiękowych, Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Sekcji Ultradźwiękowej PLTR, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Był członkiem Zarządów Głównych: PLTR, Sekcji Ultradźwiękowej PLTR, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Był członkiem założycielem: Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Oddziału Bydgoskiego Sekcji Ultradźwiękowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Oddziału Bydgoskiego Sekcji Ultradźwiękowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego. Profesor odbył wiele staży zagranicznych m.in. w Monachium, Erlangen, Berlinie, Rostoku, Lipsku, Norymberdze, Kolonii, Graz, Filadelfii, Nowym

Jorku, Pradze, Hradec Kralowych, Wilno, a refleksjami chętnie dzielił się z współpracownikami. Odznaczony został m.in.: Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Medalem za zasługi dla Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Złotą Odznaką Polsko-Amerykańskiego Klubu Medycznego i odznaczeniem: „Za szczególne zasługi dla rozwoju województwa bydgoskiego”.



Okładka pierwszego polskiego podręcznika ultrasonografii wydanej pod redakcją prof. dr. hab. med. Zdzisława Boronia, nakładem Akademii Medycznej w Bydgoszczy jako skrypt dla studentów w 1987 roku.

Pan Profesor Zdzisław Boron pozostawił po sobie liczną rzeszę wychowanków, a wśród nich 20 lekarzy różnych specjalności, którzy pod Jego kierunkiem uzyskali stopień doktora nauk medycznych, a jeden z nich stopień doktora habilitowanego nauk medycznych.

Szczególne miejsce w badaniach naukowych Profesora zajmowała ultrasonografia. Profesor tak określał swój stosunek do ultrasonografii: „Jako radiolog mam szczególny stosunek do tego „zjawiska”, które zdynamizowało i zmieniło warsztat diagnostyczny w radiologii. Diagnostyka USG pozwoliła bowiem zrezygnować z wielu agresywnych badań radiologicznych, przyspieszyła proces diagnostyczny, a swoją dostępnością określiła również miejsce pacjenta w tym procesie”. Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Narządowej, którym kierował Profesor, był miejscem ogólnopolskich kursów ultrasonograficznych. Tu także odbywały się egzaminy praktyczne z ultrasonografii potrzebne do uzyskania certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Prof. Boron jest współautorem pierwszego podręcznika ultrasonografii wydanej w języku polskim. Jest nim skrypt wydany przez Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 1987 roku. Autorzy podręcznika uzyskali w 1987 roku Nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

W dniu 12 czerwca 1999 roku na uroczystym zebraniu Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, poświęconym 15-leciu Ultrasonografii w Regionie Bydgoskim, Pan Profesor Boron poinformował o ustanowieniu przez siebie corocznej nagrody pieniężnej w wysokości 500 zł dla najlepszej pracy doktorskiej z zakresu ultrasonografii obronionej w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Profesor był pomysłodawcą tej nagrody i jednocześnie jej jedynym fundatorem. Środki finansowe przeznaczone na nagrodę pochodziły bowiem z emerytury Profesora. Zarząd Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, chcąc podkreślić hojność Profesora i uznając Jego wielkie zasługi dla rozwoju ultrasonografii, zaproponował, aby tę nagrodę nazwać Nagrodą Profesora Boronia. Propozycja ta została przyjęta z aplauzem. Z dniem 19 grudnia 2002 z powodu śmierci fundatora nagroda przestała istnieć. W latach 1999 – 2002 nagrodzono cztery prace doktorskie. Pierwszą nagrodzoną pracą była, obroniona w 1998 roku, praca doktorska dr. W. Hryniewicz pt. „Dopplerowska ocena przepływu krwi w tętnicach przedramienia u chorych z przetoką tętniczo-żylną promieniowo-odpromieniową w okolicy nadgarstka”. Kolejnymi laureatami byli: dr Hanna Mackiewicz-Nartowicz za

pracę pt.: „Ocena dużych naczyń szyjnych metodą duplex-doppler u pacjentów z guzami szyi”, dr Małgorzata Burzyńska – Makuch za pracę pt.: „Miejsce ultrasonografii w diagnostyce ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego”, oraz dr Agnieszka Chyczewska za pracę pt.: „Ultrasonograficzna diagnostyka guzów i zmian guzopodobnych przedramienia i ręki”. Praca dr. n. med. W. Hryniewicz ukazała się drukiem w formie książki wydana przez Oddział Pomorsko-Kujawski Polskiego

z cennych uwag doświadczonego Profesora, a efektem była pomyślna obrona pracy, oraz Nagroda Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, jaką praca ta zdobyła. Profesor swoją postawą mobilizował do pracy naukowej, a Jego życzliwość budziła szacunek.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego w uznaniu zasług Profesora w rozwój diagnostyki ultrasonograficznej w Polsce, biorąc pod uwagę Jego ogromną



Tablica pamiątkowa poświęcona pamięci prof. zw. dr. hab. med. Zdzisława Boronia.

Towarzystwa Ultrasonograficznego. Pozostałe prace są przygotowywane do druku.

Wszyscy, którzy Profesora znali osobiście podkreślają, że był to człowiek niezwyklej kultury, o szerokich zainteresowaniach również pozamedycznych. Optymista, który umiał cieszyć się życiem, w towarzystwie tryskał humorem. Ja, piszący te słowa, Profesora pamiętać będę jako cierpliwego, wyrozumiałego i nienarzucającego swego zdania promotora mojej pracy doktorskiej. Nasze drogi spotkały się, gdy mój ówczesny szef, kierownik Katedry i Kliniki Urologii doc. dr hab. med. Stanisław Wróbel ciężko zachorował i oczywiście stało się, że nie wrócił do pracy. Zostałem z rozpoczętym doktoratem. Wtedy rękę podał mi Profesor Boron. Przyjął mnie jako swego doktoranta i zaakceptował temat rozpoczętej pracy. Nie zapomnę Jego uwag, które brzmiały mniej więcej tak: „wiesz ja bym zrobił tak, ale to twoja praca i zrobisz jak będziesz uważał?”. Oczywiście korzystałem

aktywność naukową w postaci ilości prac naukowych opublikowanych drukiem, a także wystąpień zjazdowych i organizowanych kursów oraz dużą aktywność organizacyjną przejawiającą się w tworzeniu życia naukowego towarzystw naukowych oraz ich oddziałów terenowych postanowił swą decyzją z dnia 8 lutego 2005 r. uhonorować pamięć Profesora i Jego dzieła nadając jednej ze swych nagród Jego imię. Wróciła więc nagroda imienia Profesora Boronia, teraz już jako nagroda ogólnopolska. Zmienił się także fundator nagrody. Obecnie jest nim Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

W dniu 11 grudnia 2004 uczeń Profesora, wieloletni Jego zastępca i następca, Pan Prof. dr hab. med. Władysław Lasek dokonał uroczystego odsłonięcia tablicy pamiątkowej na terenie Zakładu Radiologii poświęconej Profesorowi Boroniowi.

Dr Janusz Tyloch jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Urologii.

W ostatnich latach nastąpił znaczny rozwój zabiegowego leczenia kamicy dróg moczowych. Wcześniej leczenie to ograniczone było do operacji otwartych lub w niektórych przypadkach do usuwania kamieni przy użyciu wprowadzonych do moczowodu drogą

## Współczesne metody zabiegowego leczenia kamicy układu moczowego

... Krzysztof Rożnowski, Zbigniew Wolski

cewki moczowej narzędzi umożliwiających uchwycenie drobnych złogów oraz usuwanie ich w całości. Do tego rodzaju narzędzi należały również współcześnie używane pętle Zeissa i koszyczki Dormii. W latach siedemdziesiątych wprowadzono metodę litotrypsji przeszczątkowej (PCNL) stosowaną w leczeniu inwazyjnym kamicy dotyczącej układu zbiorczego nerki, w latach osiemdziesiątych kruszenie kamieni metodą fali uderzeniowej generowanej zewnątrzustrojowo (ESWL). Dalszy postęp w rozwoju technologii w medycynie umożliwił dotarcie do złogów po-

moczowego. Tutaj współcześnie wykorzystuje się minimalnie inwazyjną metodę kruszenia kamieni pęcherzowych, przy wykorzystaniu sztywnego endoskopu współpracującego z urządzeniem kruszącym kamienie przez generowanie fali ultradźwiękowej, mechanicznej (najczęściej pneumatyczna) lub lasera pulsacyjnego (najczęściej holmowego w tym wypadku możliwe jest wykorzystanie wiotkiego cystoskopu). Niezależnie od opisanych wyżej metod postępowania w dalszym ciągu stosuje się operacje otwarte tj. techniki chirurgiczne polegające na bezpośrednim dotarciu do narządu, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy kamicy układu moczowego towarzyszy patologia, którą można usunąć

na drodze korekty chirurgicznej, w tym również z wykorzystaniem technik laparoskopowych stosowanych w naszej klinice.

Porównanie stosowanych metod kruszenia kamieni dróg moczowych:

**ESWL** - Metoda niskoinwazyjna polegająca na emisji fali uderzeniowej ogniskowanej w pożądanym obszarze wewnątrz ciała pacjenta. Fala ta dezintegruje strukturę krystaliczną złogu powodując rozpadanie się złogu na drobniejsze fragmenty, które są następnie wydalane z moczem, stosowana do małych kamieni nerkowych i moczowodowych,

dzi do powstania nowego złogu.

– rodzaju kamienia (składu chemicznego) dobry efekt uzyskuje się w złogach: szczawianowo-wapniowych dwuwodnych, fosforanowo-magnezowo-amonowych oraz złogach kwasu moczowego.

– słaby efekt (<40%): złogi szczawianowo-wapniowe jednowodne, oraz w kamicy odlewowej – tylko małe (do 2 cm).

– nieskuteczny w wypadku kamieni cystynowych.

– położenia kamienia (trudne namierzenie kamienia w miednicznym odcinku moczowodu ze względu na kość biodrową oraz w połączeniu pęcherzowo moczowodowym ze względu na kości łonowe; w przypadku kamieni w uchyłku kielicha lepsze wyniki dają metody przeszczątkowe i endoskopowe, bo zapewniają lepszy drenaż systemu zbiorczego nerki).

• Przeciwwskazania:

- kamień > 2 cm – dramatyczny spadek skuteczności
- kamienie blokujące drogi moczowe
- duże ryzyko uszkodzenia dróg moczowych,
- kamienie infekujące – nieskuteczny,
- brak dobrej widoczności kamienia na obrazie RTG,
- położenie kamienia w bliskim sąsiedztwie kości.
- współistniejąca ciąża.
- zakażenie układu moczowego.

– duże ryzyko uszkodzenia tkanek sąsiadujących, słaba skuteczność w przypadku,

– twardych kamieni, obecnie w miarę możliwości zastępowane laserem holmowym),

– laser impulsowy Nd:YAG 1064+532 nm; bardzo mała skuteczność, 10%-50%,

– w zależności od składu chemicznego kamienia (przykładowo: 10% cystynowe, 15% struwitowe, 25% fosforanowo-wapniowe, 40% szczawianowo-wapniowe jednowodne, 50% złogi kwasu moczowego),

– standardem na świecie jest obecnie laser holmowy. Ograniczeniem metody jest zbyt mała szybkość działania w przypadku bardzo dużych kamieni nerkowych (kamica odlewowa). W tych przypadkach preferowane jest działanie przeszczątkowe (PCNL) lub chirurgia otwarta.

### Laser holmowy

- praca pod kontrolą wzroku (bezpieczeństwo, natychmiastowa ocena efektu),
- działanie na wszystkie typy kamieni (dowolny skład chemiczny),
- kruszenie kamieni na bardzo drobne fragmenty, które można wypluć,
- minimalne mechaniczne oddziaływanie na kamień – nie cofa się w trakcie kruszenia,
- możliwość nacięcia tkanki miękkiej w celu odsłonięcia kamienia, a także usuwania kamieni przyczepionych do śluzówki,
- wysoka skuteczność pojedynczego zabiegu (90-100%),
- możliwość wykorzystania pełnego zakresu

### Zalecenia

Zalecenia	ESWL	URS	PCNL	Cystoskopia
Kamienie nerkowe <2 cm	+	+		
Kamienie nerkowe >2 cm			+	
Kamienie moczowodowe < 1cm	+	+		
Kamienie moczowodowe >1 cm		+	+	
Kamienie w pęcherzu		+	+	+

jący z urządzeniem kruszącym kamienie:

- fala ultradźwiękowa lub wiotki cystoskop współpracujący z laserem – jeszcze słabiej traumatyzująca tkanki cewki moczowej
- fala mechaniczna (najczęściej pneumatyczna)
- laser holmowy.

Jako element wykonawczy najczęściej wykorzystuje się laser holmowy lub niedrogi „młotek” pneumatyczny (np. „Lithoclast”).

### Chirurgia przeszczątkowa (PCNL)

Przechczątkowe kruszenie kamieni nerkowych (PCNL – PerCutaneous NephroLithotripsy)

Przechczątkowe kruszenie kamieni w pęcherzu. Metoda inwazyjna, stosowana do szybkiego kruszenia bardzo dużych kamieni nerkowych (kamica odlewowa) i kamieni pęcherzowych.

Jako element wykonawczy najczęściej wykorzystuje się „młotek” pneumatyczny lub laser holmowy o mocy nie mniejszej niż 45W.

### Podsumowanie

Poza chirurgią otwartą zarezerwowaną dla najtrudniejszych przypadków, do rutynowego kruszenia kamieni w układzie moczowym konieczne jest wykorzystanie przynajmniej 2 metod:

- metody minimalnie inwazyjnej (ESWL lub endoskopowej z laserem holmowym),
- metody przeszczątkowej (PCNL).

Metoda przeszczątkowa wykorzystywana jest do kruszenia bardzo dużych kamieni ze względu na oszczędność czasu zabiegu (wykorzystanie narzędzi o większych średnicach i większych kanałach roboczych do usuwania fragmentów złogu). Do minimalnie inwazyjnego kruszenia kamieni w nerkach i moczowodzie wykorzystuje się albo system zewnętrzny (ESWL) albo laser holmowy w połączeniu z giętkim endoskopem. Laser holmowy umożliwia wykonanie wszystkich zabiegów, do których używa się systemów ESWL. Głównymi zaletami lasera holmowego w porównaniu z systemem ESWL są:

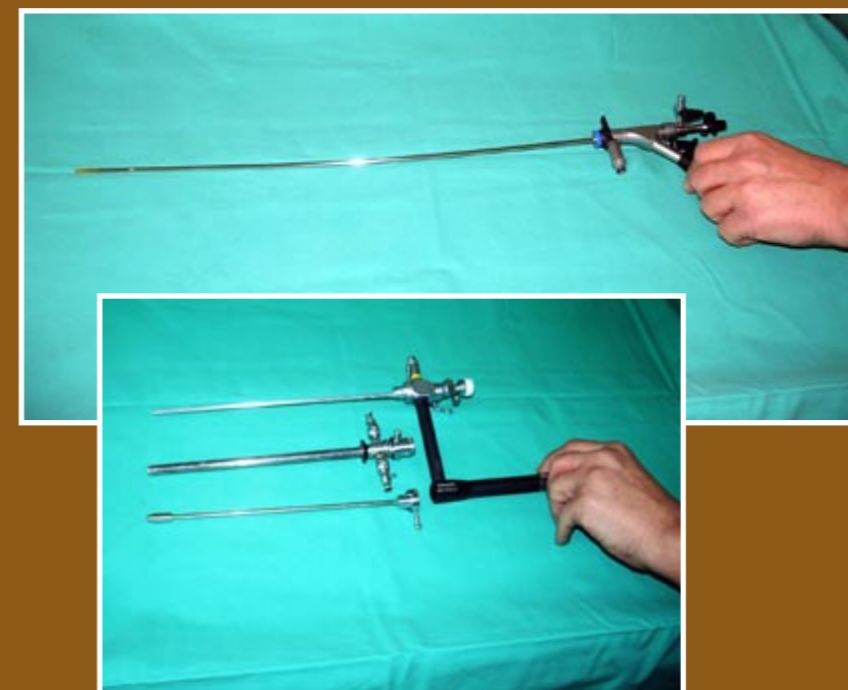
- wysoka skuteczność bez względu na skład chemiczny i położenie kamieni,
- wykorzystanie urządzenia w innych procedurach urologicznych.

### Post scriptum

W obecnym czasie, we wiodących ośrodkach w Europie, uległy pewnym modyfikacjom stosunki procentowe w zakresie wykorzystania w procesie leczenia wyżej omówionych urządzeń, spadek ilości wykonywanych zabiegów ESWL na rzecz URS z wykorzystaniem urządzeń laserowych. Fakt ten spowodowany jest przez ich wyższą skuteczność URSL - niestety nie dotyczy to Polski ze względu na brak możliwości refinansowania kosztownych zakupów tego rodzaju urządzeń, przy obecnych zasadach finansowania szpitali przez NFZ.

Dr Krzysztof Rożnowski jest specjalistą chirurgiem-urologiem (FEBU) oraz asystentem w Katedrze i Klinice Urologii.

Prof. dr hab. Zbigniew Wolski jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego im A. Jurasza. Od początku istnienia pisma Uczelni jest przewodniczącym Rady Programowej „Wiadomości Akademickich”.



łożonych w moczowodzie przy pomocy sztywnych lub wiotkich układów optycznych z wykorzystaniem elementu wykonawczego w postaci generatora ultradźwięków, „młotka” pneumatycznego lub lasera holmowego o mocy nie mniejszej niż 45 W (URS, URSL). Osobny problem stanowi kamica pęcherza

o określonym składzie chemicznym.

- Najlepsze wyniki dla pojedynczych kamieni < 2 cm i położonych w miedniczce nerkowej lub w moczowodzie < 1 cm
- Skuteczność metody zależy od:
  - stopnia rozkruszenia kamienia – pozostawienie w moczowodzie fragmentu prowa-

### Uretero-reno-skopia (URS)

Minimalnie inwazyjna metoda wykorzystująca giętki endoskop współpracujący z urządzeniem kruszącym kamienie:

- starszą generacją są urządzenia emitujące falę elektrohydrauliczną (drogie systemy),

su ruchów ureterorenoskopu (bardzo cienki światłowód 200 μm).

### Cystoskopia

Minimalnie inwazyjna metoda stosowana do szybkiego kruszenia kamieni pęcherzowych, wykorzystująca sztywny endoskop współpracu-

### Chirurgia otwarta

Metoda inwazyjna stosowana w bardzo skomplikowanych przypadkach lub przy wskazaniu do częściowej resekcji lub innej operacji naprawczej przy współistniejącym kamieniu np. naprawa zwężenia połączenia miedniczkowo moczowodowego.



W 2004 roku minęła 50 rocznica powołania Państwowej 3-letniej Szkoły Pielęgniarstwa. Tak więc powstała w 1954 r. szkoła była pierwszą na terenie miasta kształcąca do zawodu pielęgniarstwa. Mieściła się ona w gmachu Liceum Ogólnokształcącego nr 2 im. Mikołaja Kopernika przy ul. Nowodworskiej. Pierwszym jej dyrektorem został mgr Henryk Kostewicz pełniący tę samą funkcję w LO. W wyniku egzaminu wstępnego dokonano naboru do dwóch klas pierwszych. Każda z nich liczyła 40 uczennic. Była to typowa szkoła mundurowa. Uczennice nosiły szare sukienki z harcerskiego płótna, przybrane w białe kołnierze i mankiety. Nauka w szkole odbywała się w godzinach popołudniowych. Wówczas przyszłe pielęgniarki musiały opanować przedmioty ogólnokształcące z zakresu klasy pierwszej i drugiej szkoły średniej. Równolegle zdobywano wiedzę z przedmiotów zawodowych. Lekarze – Fer-

## 50 lat kształcenia pielęgniarek w Bydgoszczy

... Mirosława Kram, Lucja Żłobińska

dyndan Tyloch, Franciszek Narożny, Jan Goc, Stanisław Adamczak, nauczali tzw. przedmiotów klinicznych: od anatomii i fizjologii człowieka do interny, chirurgii, pediatrii itp. Mgr Stefan Sukniewicz nauczał łaciny szczególnie uwzględniając aspekty medyczne języka. Nauczycielkami uczącymi praktycznej nauki zawodu były: Krystyna Ropińska, Janina Tomaszewska, Stanisława Felcyn, Janina Kozłowska, Danuta Sielewicz. Praktyki zawodowe odbywano w Szpitalu Ogólnym nr 1, Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oraz wielu przychodniach na terenie miasta. Szkoła dokonywała naboru kandydatek do 1957 r. Ostatnie absolwentki opuściły szkołę w roku 1959.

W tym samym roku, tj. w 1959, powołano Liceum Pielęgniarstwa na podbudowie dziewiątej klasy liceum ogólnokształcącego. Nauka trwała 4 lata. Szkoła nadal miała swoją siedzibę w LO przy ul. Nowodworskiej. Szkoła bardzo się rozbudowywała. Wkrótce zatrudniono do pracy pedagogicznej absolwentki szkół pielęgniarstwa. Były to: Lucja Żłobińska, Barbara Grzesiak, Teresa Sobień, Zofia Lewandowska, Grażyna Rutecka, Irena Nitka, Halina Kluk, Agnieszka Pawlikowska. Wszystkie te panie uczyły pielęgniarstw specjalistycznych wiele kolejnych roczników uczennic. Wiedzę z zakresu przedmiotów ogólnokształcących przekazywali nowozatrudnieni absolwenci wyższych uczelni i uniwersytetów, tj. Stefan Fabiszak, Zygmunt Grzesiak, Anna Osak, Maria Bijowska, Kazimierz Kęsik.

W 1962 r. powołano Liceum Medyczne Pielęgniarstwa przyjmujące kandydatki na podbudowie 8-letniej szkoły podstawowej. Nauka trwała 5 lat. Absolwentki w klasie 4.

zdawały egzamin dojrzałości, a w klasie 5. egzamin z przygotowania zawodowego uzyskując tzw. dyplom pielęgniarstwa.

Zainteresowanie szkołą było coraz większe. W roku szkolnym 1962/63 dokonano naboru do czterech klas pierwszych. Szkoła systematycznie się rozbudowywała i rozszerzała o następne bazy szkoleniowe – były to: Szpital nr 2 oraz szpital MZW. Szkoleniem uczennic zajmowały się pielęgniarki szpitalne. Wśród długoletnich pracowników szkolących uczennice należy wymienić: Stanisławę Deptę, Elżbietę Dolny, Teresę Remisz, Joannę Sznajder, Jadwigę Tomaszewską, Czesławę Szczech, Irenę Kirow.

W 1965 r. na stanowisko dyrektora szkoły powołano mgr Barbarę Thews, Dla szkoły zaczął się okres przeprowadzek. Szkoła Podstawowa nr 61 przy ul. Kruczej stanowiła nowe miejsce dla szkoły. Zajęcia lekcyjne w dalszym ciągu odbywały się w godzinach popołudniowych. Zatrudniono kolejne nauczycielki do nauczania pielęgniarstwa: Lucję Parkę, Danutę Górską.

Rok 1971 to kolejna przeprowadzka podobnie jak w poprzednich latach, na teren Szkoły Podstawowej nr 56 przy ul. Chorzawskiej.

W 1974 r. dyrektorem szkoły został mgr Jan Marszałec. Mimo trudności lokalowych szkoła rozbudowywała się – powstały nowe gabinety i pracownie oraz wydziały. Rok wcześniej powstało Medyczne Studium Zawodowe nr 3 z wydziałem Pielęgniarstwa. Nauczanie w studium trwało 2 lata i kończyło się egzaminem z przygotowania zawodowego. Jednocześnie zatrudniono nowych nauczycieli do przedmiotów ogólnokształcących, przedmiotów pielęgniarstwa – mgr Hannę Dudę, mgr Jadwigę Cieślak oraz lekarzy, m.in.: dr. Andrzeja Dziedziczko – wykładowcę internę, dr. Andrzeja Kapałę – chirurga, dr. Jana Karpińskiego – pediatrę, dr. J. Weterle – psychiatrę, i wielu innych.

Wydział – Opiekunki Dziecięce powołano



Uroczystość wręczania dyplomów pielęgniarstwa – czerwiec 1975

w 1975 r. Przyjmowano kandydatki po szkole podstawowej. Nauka trwała 4 lata i kończyła się maturą oraz dyplomem opiekunki dziecięcej. Absolwentki znajdowały zatrudnienie w placówkach wychowania zbiorowego – w żłobkach, domach małego dziecka, pediatrycznych oddziałach szpitalnych, sanatoriach dziecięcych. Dr Janina Kruś – lekarz pediatra, z ogromnym zaangażowaniem prowadziła zajęcia lekcyjne z pediatrii przekazując wiedzę o dziecku zdrowym i chorym. Mgr Irena Fiedorowicz, mgr Halina Zawisza oraz p. Halina Karaś uczyły jak pielęgnować i wychowywać małe dziecko w wyżej wymienionych placówkach.

W 1980 r. Kuratorium Oświaty i Wychowania powołało Zespół Szkół Medycznych. Dla jego potrzeb przydzielono samodzielny budynek szkolny przy ul. Stawowej. W skład nowopowstałego zespołu szkół weszły następujące wydziały: Liceum Medyczne Pielęgniarstwa, Liceum Medyczne – Wydział Opiekunki Dziecięca, Medyczne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa, Wydział Położnych, Wydział Fizjoterapii, Wydział elektrodziagnostyki, Wydział Farmacji, Wydział Analityki Medycznej.

Połączenie wszystkich średnich szkół medycznych na terenie Bydgoszczy nastąpiło w 1982 r. Zespół Szkół Medycznych przeprowadził się do budynku przy ul. Swarzewskiej 10 w dzielnicy Bartodzieje. Funkcję dyrektora nadal pełnił mgr Jan Marszałec. Wicedyrektorami zostali: mgr Irena Dyduch, mgr Jadwiga Skuza, mgr Stanisław Jarocki, dr Lucja Żłobińska. Szkoła stała się jedną z największych i najlepiej wyposażonych placówek szkół medycznych w kraju. Dysponowała także Bursą Średnich Szkół Medycznych przy ul. Polanka i Swarzewskiej. Znacznie rozrosła się kadra dydaktyczna szkoły, szczególnie w zakresie nauczania do zawodu pielęgniarstwa. Trzon kadry stanowiły absolwentki studiów pielęgniarstwa z Akademii Medycznych z Poznania i Lublina: mgr Ewa Barczykowska, mgr Bernadeta Cegła, mgr Mirosława Kram, mgr Krystyna Kurowska, mgr Barbara Lis, mgr

Bożena Olszewska, mgr Danuta Pastarska, mgr Stanisława Śliwa. Kierownikami szkolenia praktycznego dla kierunku pielęgniarstwa były: mgr Irena Budnik oraz mgr Hanna Duda.

W Nowym Zespole Szkół Medycznych wszystkie wydziały przeżyły wielką uroczystość nadania szkole imienia dr. Emila Warmińskiego. Obyła się ona w 1986 r. w Filharmonii Pomorskiej i została uświetniona obecnością córki lekarza, pani Sławy Warmińskiej-Zollowej. Tego samego dnia w holu szkoły nastąpiło odsłonięcie popiersia patrona. Wybór patrona szkoły nie był przypadkowy. Emil Józef Warmiński był lekarzem i działaczem narodowym. Urodził się w Bydgoszczy w 1881 roku. Mając 17 lat zdał maturę w gimnazjum bydgoskim (obecnie LO nr 1) i podjął studia medyczne, najpierw w Marburgu, a następnie, po I semestrze przeniósł się do Berlina, gdzie studiowała większa grupa Polaków. Ostatecznie studia ukończył w 1904 roku w Fryburgu, gdzie uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie rozprawy o tyfusie brzuszny. W maju 1905 roku powrócił do rodzinnego miasta i rozpoczął praktykę lekarską. Był ofiarnym lekarzem. Często bezinteresownie pomagał Polakom i leczył ich na swój koszt. Włączył się w działalność narodową i społeczną bydgoskich Polaków, m.in. przyczyniając się do ożywienia działalności Towarzystwa Gimnastycznego „Sokol” i czynnie angażując w pracach Towarzystwa Śpiewaczego „Halka” oraz Towarzystwa Przemysłowego. W 1907 r. ze zgrupowanych środków zakupił dom przy ul. Gamma (dziś dr. Emila Warmińskiego 11) i zorganizował w nim Dom Polski. Wkrótce stał się on prawdziwym centrum polskiego



Wiadomości Akademickie Nr 16



Uroczystość paskowania 1973

życia narodo- społecznego i kulturalnego. Intensywna praca wyczerpywała Warmińskiego, chorującego od 1904 r. na gruźlicę. Podjął leczenie w kurortach we Włoszech, Szwajcarii i Zakopanem. Podleczywszy się, postarał się o stanowisko asystenta na Oddziale Ginekologii we Wrocławiu. Jednak w dalszym ciągu chorował na gruźlicę, która ostatecznie stała się przyczyną jego śmierci. Zmarł 8 czerwca 1909 r. w Poznaniu. Ciało przewieziono z Poznania do Bydgoszczy 12 czerwca. Pogrzeb odbył się następnego dnia. Emil Warmiński został pochowany w grobowcu rodzinnym na cmentarzu Starofarnym w Bydgoszczy.

W 1987 r. stanowisko dyrektora szkoły objęła mgr Teresa Sobień, wieloletnia nauczycielka przedmiotów zawodowych oraz nauczania praktycznego.

W 1991 r. dyrektorem Zespołu Szkół Medycznych został mgr Marek Szeffler, który pełnił jednocześnie funkcję dyrektora dla nowo powstałego Liceum Ogólnokształcącego nr VIII. W latach 90 nastąpiło stopniowe ograniczenie przyjmowania uczniów do Liceum Medycznego Pielęgniarstwa oraz Medycznego Studium Zawodowego. Był to wynik zmian dokonywanych w prawodawstwie polskim regulującym zasady uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki w związku z procesem dostosowawczym do wymagań prawa Unii Europejskiej. W latach 1954-1992 mury szkoły opuściło 3989 absolwentów.

Szkoła pielęgniarstwa przez te wszystkie lata oprócz funkcji kształcącej spełniała funkcje wychowawcze. Niezwykle ciekawa była obrzędowość szkoły. Uroczystości obchodzono tzw. czepkowanie, czyli nałożenie czepka pielęgniarstwa przed pójściem na pierwszą praktykę zawodową Nałożenie czepka

było symbolem pierwszego wtajemniczenia zawodowego. Mniej oficjalne, ale także uroczyste było „paskowanie”, czyli nakładanie na czepek cienkiego czarnego paska. Do ważnych momentów należało wręczanie dyplomów. Absolwentki żegnając szkołę składały przysięgę zawodową oraz śpiewały hymn pielęgniarstwa którego pierwsza zwrotka brzmi: „W świat niesiemy swe serca i siły, wszędzie tam gdzie są ludzkie cierpienia, I gdzie łyż z bólu oczu wymyły, w duszę wkradły się iskry zwątpienia”. Bardzo ciepłe było zawsze ostatnie spotkanie uczennic z wychowawcami klas.

W 1996 r. dyrektorem Zespołu Szkół Medycznych w miejsce mgr. Marka Szefflera, który odszedł do pracy w Kuratorium Wychowania, zostaje mgr Danuta Pastarska, wieloletnia nauczycielka szkoły.

Ostatnie absolwentki LMP opuściły mury szkoły w 1997 r., natomiast MSZ w 2000. Zgodnie z dyrektywami Unii kształcenie pielęgniarek musi być realizowane w systemie 3-letnim lub 4600 godz. Pierwszy nabór kandydatek na Akademię Medyczną na Wydział Pielęgniarstwa w Bydgoszczy miał miejsce w 1997 roku i trwa do dnia dzisiejszego. Kształcenie w systemie 3-letnich studiów wyższych pozwala na uzyskanie tytułu zawodowego: licencjata pielęgniarstwa. Uzyskanie tytułu mgr. pielęgniarstwa jest możliwe przez kontynuację nauki na 2-letnich magisterskich studiach uzupełniających w trybie dziennym i zaocznym. W celu upowszechnienia wyższego wykształcenia wśród pielęgniarek - absolwentek medycznego studium zawodowego oraz liceum medycznego, uczelnia dokonuje naboru na studia uzupełniające w systemie zaocznym.

Nowy system kształcenia pielęgniarek pozwoli z pewnością na wzmocnienie pozycji zawodowej i społecznej pielęgniarek.

*Mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego. Dr Lucja Żłobińska jest emerytowaną nauczycielką Zespołu Szkół Medycznych w Bydgoszczy.*

W Polsce rocznie rejestruje się ok. 120.000 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a z powodu choroby nowotworowej umiera ponad 80.000 chorych, co stanowi jedynie część wszystkich chorych umierających z powodu przewlekłych postępujących schorzeń.

W grupie tych chorych w ostatnim okresie życia występuje szereg dokuczliwych dolegliwości somatycznych, którym towarzyszą przykre odczucia psychiczne oraz ból duchowy, egzystencjalny. Podłożem tych cierpień, bólu wszechogarniającego, obejmującego również coraz bardziej zaburzoną rolę chorego w społeczeństwie i w rodzinie, jest postępujące uszkodzenie ciała na skutek szerzącego się w organizmie procesu chorobowego, co prowadzi do niekorzystnej zmiany wyglądu ciała i postępującego upośledzenia aktywności fizycznej zdolności do funkcjonowania w codziennym życiu. Narasta poczucie buntu z powodu niezastuzonego werdyktu – choroby niosącej cierpienie, frustrację, lęk o los własny i najbliższych. Obawom przed nasileniem cierpień i postępującym zniechęceniem towarzyszy lęk przed szpitalem, śmiercią a nade wszystko umieraniem w cierpieniach. Umiłowanie życia, troska o los najbliższych, niepewność, co do przyszłości, obawa o śmierć ciała i duszy stanowią istotne przeszkody w zaakceptowaniu cierpienia i pogodzeniu się ze śmiercią.

## Opieka paliatywna/hospicyjna w Polsce

... Krystyna Kurowska

Uśmierzenie niepotrzebnych cierpień, otoczenie opieką chorego i jego bliskich sprzyjają dojrzewaniu przemian osobowościowych i duchowych, przewartościowaniu, nadaniu nowego sensu i znaczenia miłości i przyjaźni i wraz z umocnieniem wiary pomagają w przygotowaniu do rozstania z życiem.

Cierpienia chorego pogłębiają bezradność, lęki i rozpacz osób bliskich, wyczerpanych trudami opieki ponad siły, ciągle oczekujących pomocy zarówno od personelu medycznego, społeczeństwa, medycyny niekonwencjonalnej. Wielu ludzi często do końca wierzy w cudowne wyzdrowienie, choćby poprawę. Rozpoznanie, uzmysłowienie sobie przez personel medyczny przeżywanych przez chorego i jego bliskich cierpień jest konieczne, aby można było w jak największym stopniu pomóc choremu i jego rodzinie.

Schemat cierpienia (ból wszechogarniającego)

### Somatyczne

Uszkodzenie ciała wywołane ciężką po-

stępującą chorobą oraz ubocznymi efektami leczenia, zniechęcenie, zmiany wyglądu ciała, wystąpienie dokuczliwych objawów, osłabienie, bezsenność

### Psychiczne

Złość z powodu

Braku efektów leczenia

Progresji lub nawrotu choroby

Odstąpienia od leczenia przyczynowego

Opóźnienia w ustaleniu rozpoznania

Niekorzystne zmiany wyglądu

Strach przed bólem, śmiercią, umieraniem

Poczucie beznadziejności w cierpieniach

### Socjalne

Troska o los bliskich

i ich zabezpieczenie finansowe

Utrata pozycji społecznej

Utrata roli w rodzinie

Uczucie opuszczenia i izolacji

### Duchowe

Dlaczego mnie to spotkało?

Dlaczego Bóg skazuje mnie na takie cierpienia?

Czy takie życie ma sens?

Czy ktoś mi przebaczy popełnione winy?

Co jest po śmierci?

Czy jest życie wieczne?

Czy ja TAM będę?

Czy spotkam się znów z moimi bliskimi?

Opieka paliatywna i hospicyjna zgodnie z definicją WHO stanowią ten sam rodzaj opieki, cechującej się wszechstronnością aktywnych działań (holistyczna opieka) mających na celu zaspokojenie wielorakich cieleśnych, psychicznych, socjalnych i duchowych potrzeb chorych z nie poddającą się leczeniu przyczynowemu, zagrażającą życiu, postępującą chorobą oraz zapewnienie wsparcia ich rodzinom podczas choroby i w okresie osierocenia po śmierci bliskiej osoby.

Do zadań zespołu profesjonalnego i wolontariuszy należy:

- leczenie bólu,
- duszności,
- nudności, wymiotów i innych dokuczliwych objawów,
- łagodzenie lęku i depresji,
- przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz
- ofiarowanie wsparcia duchowego.

Słowa angielskie palliation – oznacza łagodzenie objawów choroby bez możliwości wyleczenia, palliative – łagodzenie bólu, duszności i innych objawów, cierpienia związanego z ciężką, postępującą, nie poddającą się leczeniu przyczynowemu chorobą.

Słowo angielskie – hospice – hospicjum – udzielanie gościny, miejsce udzielania gościny, opieki osobom ciężko chorym, u kresu życia (hospitality – gościnność, hospital – szpital, hostel – gościniec).

Celem działań wielodyscyplinarnego zespołu jest dążenie do poprawy jakości szybko uciekającego życia chorego oraz zapewnienie opieki jego rodzinie. Obejmuje ona przede wszystkim:

■ chorych w znacznie zaawansowanej fazie choroby nowotworowej,

■ AIDS,

■ chorych z nienowotworowymi, ograniczającymi życie schorzeniami, dotyczy to w szczególności dzieci i młodocianych,

■ przewlekłe choroby degeneracyjne, zapalne, niedokrwienne, przebiegające ze znacznym nasileniem trudnych objawów (ból może być jednym z często występujących, wymagających właściwego postępowania objawów), szybką progresją i zniechęceniem. Do takich chorób należą: choroby mięśniowo-nerwowe, gościec, choroby niedokrwienne kończyn, przewlekłe zapalenie trzustki, stan po udarze mózgu, nie poddające się leczeniu niewydolność krążenia, oddychania, nerek, choroba Alzheimera i trudne do wyleczenia odleżyny.

Opieka ta respektuje życie i jest przeciwna eutanazji, uznając równocześnie śmierć jako zjawisko naturalne, sprzeciwia się stosowaniu intensywnej, uporczywej terapii mającej na celu przedłużenie życia za wszelką cenę.

Istotnym wymogiem opieki paliatywnej jest jej ciągłość – stała dostępność 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę.

Schorzeniem terminalnym określane jest aktywny, postępujący proces chorobowy, który nie oddziałuje już na leczenie przyczynowe, a co więcej stosowanie takiego leczenia jest niewłaściwe. Można tu oczekiwać śmierci w czasie od kilku do kilkunastu miesięcy, jednak przed upływem roku.

Opieka terminalna stanowi ważną część opieki paliatywnej i zazwyczaj odnosi się do postępowania ofiarowanego w okresie ostatnich dni, tygodni, a nawet miesięcy życia, gdy staje się oczywiste, że kres życia zbliża się nieuchronnie. Nie zaleca się jednak używania określenia terminalnie chory ze względu na negatywny wydźwięk tego zwrotu; dla wielu osób, w tym personelu medycznego określenie terminalnie chory oznacza, że u takiego chorego lekarz nie ma już absolutnie nic do zrobienia i jakiegokolwiek medyczne działania są zbędne. Łączy się to często ze stygmatyzacją chorych piętnem umierania (patrzania na nich jako na już prawie zmarłych i traktowania ich jako niepotrzebnych chorych, intruzów, przeszkadzających personelowi medycznemu i innym chorym, których można aktywnie leczyć). Cierpienie chorego i jego bliskich jest niedostrzegane i ignorowane.

Opieka paliatywna/hospicyjna oznacza szczególną filozofię – sposób opiekowania się chorymi uznającymi ich autonomię i godność. Opieka ta oparta jest na empatii i odznacza się serdecznością i otwartością na cierpienie chorego i jego rodziny, zmierza do zapewnienia ulgi w cierpieniu, (co jest zazwyczaj możliwe do uzyskania w odniesieniu do cierpienia somatycznych), przy poszanowaniu – zaakceptowaniu człowieka cierpiącego takim, jakim on jest, niezależnie od reprezentowanych poglądów, trybu życia i wyznawanej religii.

*Dr Krystyna Kurowska jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego.*

W opiece paliatywnej – hospicyjnej najważniejszy jest chory i jego bliscy – nie lekarz i nie pielęgniarka. Stąd niezwykle znaczenie ma wyeliminowanie dystansu między pacjentem a personelem. Każdy podopieczny jest odrębną jednostką jedyną w swoim rodzaju, jest kimś, kto wiele w życiu doznał, jest skarbnicą wiedzy i doświadczenia. To nie my – personel przygotowany profesjonalnie, „wiemy lepiej”, a właśnie nasz chory. Stąd też abyśmy mogli jak najwięcej czerpać a także jak najwięcej ofiarować, musimy pozostawić pacjentowi jak najdłużej do końca jego autonomię.



W opiece nad chorymi terminalnie istnieje bezwzględna potrzeba umiejętności doskonałej obserwacji. Należy dostrzegać wszystkie potrzeby chorego – również te nie sygnalizowane werbalnie. Dotyczy to osób ciężko chorych, umierających – zbyt słabych, by się porozumieć. Umiejętność ta polega na wnikliwej obserwacji mimiki twarzy i nieraz znikomych gestów ciała. Jest to niezbędne w niesieniu ulgi. Takie wyjście naprzeciw potrzebom chorego, uprzedzające jego prośby pomoże w zapewnieniu maksymalnego komfortu pacjenta. Realizacja potrzeb pacjenta i rodziny powinna zawsze przebiegać za ich zgodą. Nie należy obiecywać pozytywnych skutków naszego działania – nie mówimy „na pewno” – mówimy „postaramy się”.

To, że nie obiecujemy powrotu do zdrowia nie jest równoznaczne z odebraniem nadziei. Uczciwie ofiarując choremu złagodzenie dolegliwości, obecność w trudnych chwilach i wsparcie dla niego i bliskich – wprowadzamy atmosferę zaufania. Realizując potrzeby chorego i rodziny mamy na celu zapewnienie komfortu w tym trudnym czasie. Aby komfort był maksymalny musimy potrzeby realizować szybko, skutecznie i najlepiej wspólnie z rodziną.

Szczególną uwagę należy przywiązywać do tempa i skuteczności. Chory człowiek, zmęczony chorobą i cierpieniem, ma inne poczucie czasu. Nam ludziom zdrowym, wydaje się, że to kilka chwil – choremu, że wieczność. Aktywny udział rodziny w opiece niesie wiele korzyści tak dla ich bliskiego jak i dla nich samych i również dla zespołu opiekującego oraz ze Współuczestnictwo rodzin w opiece to nie-

zbędny element składający się na zapewnienie komfortu. Tylko dobrze wyszkolona rodzina może dać choremu poczucie bezpieczeństwa i pomoże uniknąć trudnych sytuacji.

Abz skolona przez zespół rodzina była dobrze zorganizowana w opiece, wybieramy osobę wiodącą. Będzie to ktoś, kto spełni funkcję kierowniczą zespołu, jaki tworzą opiekunowie. Wielokrotnie spotykamy ze strony rodziny opory w postaci lęku przed wyrządzeniem krzywdy choremu, awersji fizycznej związanej z wyniszczeniem i obecnością zewnętrznych zmian nowotworowych, czy nawet obawą

przed zarażeniem. Takie postawy to zadanie dla osoby szkolącej, polegające na uświadomieniu i cierpliwym przekonaniu do pomocy w opiece. Należy również pamiętać o odczuciach samego pacjenta, który często boi się nieprofesjonalności swoich bliskich. Trzeba wtedy wszystkie czynności wykonywać z rodziną będącą osobą wspierającą, nie nadzorującą, i starać się udowodnić choremu,

że jego opiekunowie radzą sobie dobrze.

W opiece nad ciężko chorym uczymy rodziny wszystkich czynności niezbędnych do niesienia ulgi w dyskomforcie. Są to czynności związane z:

- karmieniem,
- techniką zmiany pozycji,
- toaletą,
- techniką zmiany opatrunków,
- nieprofesjonalnymi masażami,
- profilaktyką przeciwodleżynową,
- zapobieganiem zaporciom,
- techniką przygotowania i podawania leków doustnie i podskórnie,
- zakładaniem podskórnie igły typu „motylek”,
- obsługą pompy infuzyjnej,
- podawaniem leków do wenflonu i cewnika zewnątrzoponowego,
- możliwością zmiany dawki leków,
- odżywianiem.

Edukacja rodziny to także rozmowy o kończącym się życiu ich bliskiej osoby. To dokładne omówienie czasu, gdy trzeba będzie się pożegnać. To ofiarowanie ciągłej pomocy, np. przez umożliwienie kontaktu telefonicznego. Bardzo istotnym jest pozostawienie w formie pisemnej instrukcji, wszystkich informacji, jakie zostały przekazane. Edukacja rodzin to jedno z ważnych zadań pielęgniarki w opiece paliatywnej – hospicyjnej. Jednak priorytetową funkcją jest funkcja pielęgnacyjna. Priorytetowość ta wynika z systematycznie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta, z nasilania się dolegliwości oraz ze stopniowego systematycznego obniżania się

i utraty kondycji fizycznej. Stąd też tylko doskonale i indywidualnie dostosowana pielęgnacja może zapewnić choremu zbliżającemu się do kresu życia niezbędną komfort.

Przyczyn cierpienia chorych w terminalnej fazie chorób nieuleczalnych jest wiele i odczuwanie każdej z nich wzmaga następne. Każdy człowiek jest inny i każdy inaczej przeżywa swoją chorobę i umieranie, ale też każdy jest całością biologiczno-psychiczno-duchowo-socjalną. W opiece pielęgnacyjnej należy więc postrzegać chorego pod kątem takich właśnie potrzeb. Funkcja pielęgnacyjna to zadanie przede wszystkim o komfort fizyczny, a więc wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i bardzo precyzyjna umiejętność obserwacji chorego. To także umiejętność różnicowania dolegliwości – nie każda z nich musi być wywołana chorobą podstawową.

Jest wiele przyczyn cierpienia somatycznych nie mających związku z chorobami nowotworowymi. Są to np.:

- odleżyny,
- zaporcia,
- zmiany patologiczne w jamie ustnej,
- przykurcze,
- cierpienie z unieruchomieniem.

Wielokrotnie, z uwagi na stan chorych, nie udaje się uniknąć tych dolegliwości, ale jeżeli chory będzie pod opieką osób świadomych i wywiązujących się ze swoich obowiązków w sposób sumienny – ryzyko wystąpienia ww. zmian jest znikome.

## Rola pielęgniarki w opiece paliatywnej i hospicyjnej

... Krystyna Kurowska

Inną niezmiernie ważną funkcją pielęgniarki w opiece paliatywnej jest funkcja psychologiczna i duchowa. To właśnie pielęgniarka często podczas pielęgnowania chorego, słucha jego „spowiedzi z życia”. Bliski kontakt, jaki nawiązuje pielęgniarka z pacjentem podczas wykonywania wielu czynności wytwarza szczególnie rodzaj więzi. Chory często nabiera większego zaufania właśnie do tej osoby, która spędza przy nim dużo czasu – czasu wykorzystywanego na czynności dotyczące karmienia, kąpiei, zmiany opatrunków itp. Wszystkim tym czynnościom towarzyszy dotyk. Między innymi dzięki niemu chory czuje się akceptowany i pielęgniarkę traktuje jak swojego powiernika, pośrednika z rodziną, księdzem, psychologiem. Ta wyjątkowa więź sprawia, że z czasem pielęgniarka staje się nierozdzielną częścią środowiska pacjenta. Taka sytuacja jest nobilitacją – to właśnie ta pielęgniarka została wybrana, aby towarzyszyć do końca życia.

W odległości około 12 kilometrów na północ od centrum Bydgoszczy, w pobliżu trasy do Koronowa, na terenie dawnej wioski Smukała Górna, wśród lasów sosnowych, znajdują się budynki zakładu leczniczego, który ma stuletnią historię. To zabudowania dawnego sanatorium dla chorych na gruźlicę w Smukale. Zakład ten okres swojej świetności ma już za sobą, ale warto może przypomnieć jego rolę w walce z gruźlicą w pierwszej połowie XX wieku.

Na przełomie XIX i XX wieku liczba ludności w Bydgoszczy gwałtownie wzrosła. Rozwijający się w drugiej połowie XIX wieku bydgoski przemysł zasilali przybysze polskiego pochodzenia, z okolicznych wsi i małych

sób tak gwałtowny i spektakularny jak cholera. Nazywano ją chorobą proletariacką, fabryczną, a zapadanie na nią i śmiertelność wiązano z sytuacją ekonomiczną i bytową robotników i ich rodzin. Znaczną zachorowalność odnotowywano także w grupie pracowników biurowych oraz krawcowych i krawców.

Obserwowano więc, zwłaszcza w większych ośrodkach miejskich, stały wzrost zachorowań na gruźlicę. W roku 1883 zgoni na tę chorobę w rejencji bydgoskiej stanowiły od 6 do 7%, a w 1889 około 7-8% ogólnej liczby zgonów. Wzrost ten dokonywał się niezależnie od prowadzonych z dużym zaangażowaniem lekarzy akcji profilaktycznych, poszerzania dostępności świadczeń zdrowotnych, stworzonych sys-

zonych gruźlicą. *Frauenheilstätte Mühlthahl bei Bromberg* zostało oddane do użytku 15 czerwca 1905 roku. Dyrektorem zakładu został dr August Scherer.

Sanatorium dość szybko straciło swój profilaktyczny charakter zakładu przeznaczonego wyłącznie dla kobiet. Wzrost zachorowań sprawił, iż do zakładu zaczęto przyjmować chorych wymagających leczenia, bez różnicy płci i wieku, a zakład nazwano ogólnie *Die Kronprinzessin Cecilie – Lungenheilstätte in Mühlthahl*. Zwiększono liczbę łóżek z 50 do 140, dobudowano pawilon dla dzieci oraz zadane werandy dla leżakowania.

Chorzy przybywali z całego terytorium zaboru pruskiego, najwięcej z rejencji poznań-



## Sanatorium Przeciwgruźlicze w Smukale w 100-lecie otwarcia

Kartka z dziejów walki z gruźlicą w Bydgoszczy

... Walentyna Korpalska

miasteczek, zaniedbanych pod względem sanitarnym, ze słabymi, albo nieistniejącymi formami ochrony zdrowia. Powiększali oni liczbę robotników niewykwalifikowanych w mieście i nie zawsze obejmowały ich dobrodziejstwa kształtującego się w Cesarstwie Niemieckim systemu publicznej opieki zdrowotnej

Do szerzących się w XIX wieku chorób zakaźnych o dużej szkodliwości społecznej i zdrowotnej zaliczano gruźlicę choroby płuc, nazywane też suchotami. Wraz z procesami uprzemysłowienia w połowie XIX wieku stawały się one w coraz większym stopniu problemem społecznym. W tym czasie gruźlica była już jednoznacznie etiologicznie zdefiniowaną chorobą. To, że choroba była bardzo zaraźliwa i że pierwszym objawem było przerażające krwioplucie, kaszel, gorączka, ogólne wyniszczenie organizmu, że chorowały całe rodziny, było powszechnie wiadomo.

W drugiej połowie XIX wieku diagnostyka chorób płuc została znacznie ulepszona przez wprowadzenie metod badania fizykalnego: opukiwania, a zwłaszcza osłuchiwania. Doświadczony lekarz mógł rozpoznać proces chorobowy już w wczesnym stadium. Rzecz w tym, że w Bydgoszczy liczba takich lekarzy była dalece niewystarczająca.

Analiza działań podejmowanych w Bydgoszczy w walce z gruźlicą skłania do wniosku, iż walka ta nie odbywała się z taką determinacją, jak na przykład w przypadku cholery. Przyczyną mogła być wyróżniająca gruźlicę od innych chorób zakaźnych specyficzność, wydłużona relacja między zakażeniem prątkiem, a zachorowaniem na klinicznie wyraźną postać gruźlicy. Choroba nie ujawniała się w spo-

temów rejestrowania i izolacji chorych. W rejencji bydgoskiej największą zachorowalność i umieralność odnotowywano w Bydgoszczy, co należy wiązać z procesami uprzemysłowienia i szybkim przyrostem zatrudnionych w przemyśle. W tych samych latach 1883-1889 wynosiła ona od 10-11% ogólnej liczby zgonów.

Sytuacja nie uległa poprawie na początku XX wieku. Według danych z roku 1909 średnia umieralność na gruźlicę na 1000 zgonów dla całej rejencji wynosiła 18,35, zaś dla Bydgoszczy – 76,62 na 1000 zgonów. W całej prowincji poznańskiej wyższa była tylko umieralność w Poznaniu, wynosiła 100,03 zgoni na 1000.

W poszukiwaniu skutecznych metod walki z gruźlicą zwrócono uwagę na leczenie klimatyczne. Leczenie sanatoryjne gruźlicy płuc na obszarze państwa niemieckiego, którego częścią była rejencja bydgoska, rozpoczęło założenie przez Hermanna Brehmera sanatorium w Görbersdorfie na Górnym Śląsku. Jego literacki opis mona znaleźć na kartach powieści Thomasa Manna „Czarodziejska Góra”. W początku XX wieku miejscowość ta została przemianowana na Sokołowsko, dla uczczenia pamięci dr. Alfreda Sokołowskiego, który tam leczył się i pracował.

Od 1895 roku wraz z wprowadzeniem ubezpieczeń na wypadek choroby zaczynają powstawać w Niemczech sanatoria przeciwgruźlicze. Akcję tę koordynował Centralny Niemiecki Komitet dla Budowy Zakładów Przeciwgruźliczych pod patronatem żony następcy tronu - Cecylii. W ramach akcji pobudowano w latach 1903 – 1905 w Smukale pod Bydgoszczą prewentorium dla kobiet zagro-

skiej i bydgoskiej. Jak wynika ze sprawozdania doktora Scherera, w roku 1910 na 477 chorych trzecią ich część stanowiły służące, praczki, kucharki, ponad 20% krawcowe, szwaczki i robotnice, pozostali to przedstawiciele innych zawodów, uczniowie i uczennice, ale wśród chorych były też położne i pielęgniarki. Zdecydowaną większość stanowiły młode kobiety, w wieku 20 – 25 lat.

Zakład utrzymywał się z opłat za leczenie. Wnosiły je Kasy Chorych, Poznański Związek Zwalczenia Gruźlicy jako Choroby Społecznej – *Posener Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit*, część opłat ponosili chorzy, resztę stanowiły opłaty ze strony kolei, wojska i samorządów.

Chorymi zajmował się jeden lekarz, wspomagany przez odbywających w sanatorium staże młodych lekarzy i kilka pielęgniarek. Ta niewielka, jak się może wydawać, liczba personelu wynikała z przyjętych wówczas powszechnie metod leczenia, polegających na leżakowaniu, nieskomplikowanej farmakoterapii oraz leczeniu tuberkuliną, uważaną wówczas za skuteczny specyfik. Warto podkreślić, iż mimo braku leczenia przyczynowego, w dzisiejszym rozumieniu, osiągnęto znaczącą poprawę stanu zdrowia leczonych, polegającą na przyroście wagi, lepszym samopoczuciu, zmniejszeniu kaszlu i ustąpieniu stanów podgorączkowych.

Leczenie w sanatorium nie odgrywało jednak większej roli w skali społecznej. Niecałe 140 miejsc w kilkumiesięcznych cyklach leczenia, na 600 przypadków zachorowań stwierdzanych rocznie na obszarze Bydgoszczy z przedmieściami, nie zapewniało postępu w walce z chorobą. Wyjazdy do innych, reno-

mowanych sanatoriów dostępne były tylko dla uprzywilejowanych.

Na przełomie XIX i XX wieku aktywnie szukano metod leczenia gruźlicy, jednak brak znajomości leków niszczących prątki gruźlicy czynił te sposoby mało skutecznymi. Natomiast postępowanie diagnostyczne wzbogaciło się o odkrycie promieni Roentgena i uznanie znaczenia tej metody w działalności lekarskiej. Pierwszy aparat rentgenowski zainstalowano w szpitalu miejskim w Bydgoszczy już w styczniu 1897 roku, a więc zaledwie w rok po ogłoszeniu przez W. K. Roentgena informacji o odkryciu promieni X, a w marcu demonstrowano pierwsze zdjęcie ręki chłopca. Pieniądze na zakup aparatu w wysokości 1000 marek wyasygnował radca miejski Aronsohn. Kolejny aparat pojawił się prawdopodobnie w lutym 1898 roku w szpitalu Diakonisek, diagnostykę rentgenowską prowadzono też od momentu jego uruchomienia w sanatorium w Smukale.

Wobec braku skutecznych metod leczenia przyczynowego gruźlicy podjęto szereg zabiegów profilaktycznych. Wzmocniono działania policji sanitarnej, która skrupulatnie przestrzegala, aby ogłoszenia i zarządzenia sanitarne były wywieszane w widocznych miejscach w biurach, fabrykach, zakładach rzemieślniczych. Dotyczyły one przestrzegania higieny w szkołach, zakładach karnych, urzędach publicznych. Szczególną wagę przykładano do

Nikt raczej nie spodziewał się, że umowny skądinąd przełom wieków przyniesie jakieś wiekopomne odkrycie, zmieniające oblicze współczesnej nauki. Niewątpliwie jednak w pracowniach naukowych dojrzewają pomysły i technologie, o których sto lat temu nie śniło się nawet. Ludzkość bowiem żąda od nauki pośrednio bądź bezpośrednio takich rozwiązań, które uczynią życie bezpiecznym, miłym, pozbawionym głodu, chorób i jeszcze innych nękańcych nas od tysięcy lat plag. Podnoszą się nieśmiało głosy, że jest to chyba niemożliwe, lub cena będzie zbyt wysoka, a jednak zdecydowana większość z sześciu miliardów przedstawicieli naszego gatunku woli „mieć niż być”. Odkrycia medyczne są w tym dążeniu na jednym z pierwszych miejsc. Pojawiają się rozważania, czy nie jest absurdem, że człowiek, który odwiedzał już Księżyc i poważnie myśli o eksploracji Marsa, nie potrafi doskonale leczyć nowotworów czy zapobiegać narodzinom dzieci z wadami wrodzonymi. Przeciętny pacjent zaczyna żądać od lekarza wyleczenia i przedłużenia życia w pełnym komforcie nawet u osób po dziewięćdziesiątym roku życia. Postawa taka jest często spowodowana doniesieniami z prasy codziennej o cudownych uzdrowieniach, wspaniałych nowych aparatach i lekach, przy których legendarne panaceum wydaje się kostką cukru.

Na tym niezbyt może różowym tle pojawiają się jednak rzeczywiste odkrycia i techniki, które mogą w istotny (choć nie cudowny) sposób zmienić oblicze współczesnej medycyny. Należą do nich niewątpliwie badania nad komórkami macierzystymi i związane z tym tzw. klonowanie w celach terapeu-

rozieszczania spluwaczki! W szpitalach leczano, aby chorzy na gruźlicę byli umieszczani w izolatkach, bądź przynajmniej oddzielani parawanami od innych chorych.

Mimo tych szeroko zakrojonych poczynań nie osiągnięto w Bydgoszczy na przełomie XIX i XX wieku znaczących sukcesów w walce z gruźlicą. Wypracowane metody postępowania profilaktycznego i terapeutycznego stworzyły jednak fundament, na którym oparła się walka z tą chorobą w pierwszej połowie XX wieku. Dopiero jednak wprowadzenie szczepień ochronnych oraz antybiotyków, zwłaszcza odkryte w 1943 roku przez Selmana Waksmana streptomycyny, przyczyniły się do znaczącego opadnięcia fali zachorowań.

W 1920 roku Sanatorium przejęły władze polskie, przekazując go Towarzystwu ku Zwalczeniu Gruźlicy z siedzibą w Poznaniu. Pierwszym dyrektorem został dr med. Franciszek Czajkowski. Od 1926 roku do wybuchu wojny Sanatorium, które otrzymało nazwę Krajowa Lecznica dla Piersiowo Chorych w Smukale, kierował dr med. Stanisław Meysner, którego imię na trwałe związane zostało z Sanatorium w Smukale. Dr Meysner wprowadził nowoczesne metody leczenia gruźlicy, oparte przede wszystkim na leczeniu odma wspomaganą przepalaniem zrostów. Dr Meysner należał do pionierów zabiegu Jacobaeusa w Polsce. Metoda ta zdobyła duże uznanie i stosowana była do lat sześćdziesiątych XX wieku.

Problem komórek macierzystych z grubsza rzecz biorąc polega na tym, że te które uzyskuje się z zarodków (sklonowanych), lub „nadwyżkowych” z technik zapłodnienia „in vitro”) znakomicie nadają się do badań nad leczeniem pewnych schorzeń. Zaawansowane prace dotyczą leczenia przerwania rdzenia kręgowego, cukrzycy i innych schorzeń, na które cierpią miliony. Komórki uzyskane od osobników dorosłych spełniają swoje zadania o wiele gorzej. Powstaje zatem problem pozyskiwania materiału do badań, a w przyszłości do leczenia.

Klonowanie budzi emocje od początku badań nad tym problemem. W mniemaniu przeciętnego (nawet wykształconego) obywatela jest to technika, dzięki której uzyskujemy identyczną kopię człowieka lub zwierzęcia. Powstają więc przerażające wizje kopiowania psychopatycznych zbrodniarzy czy innych dewiantów, którzy mieliby wykonywać rozkazy swoich równie zdegenerowanych mocodawców. Każdy, kto choć trochę zna temat, wie, że klonowanie reprodukcyjne nie może na obecnym etapie wiedzy służyć prokreacji. Klony ssaków, jak się okazało na przykładzie słynnej owieczki szybko się starzeją, chorują i obumierają przedwcześnie. Słusznie zatem w większości krajów (w tym i w Polsce) zabroniono eksperymentowania w tym kierunku. Polski „Kodeks Etyki Lekarskiej” zabrania jednak lekarzom poprzez swój Artykuł 39 również prac nad klonowaniem w celach terapeutycznych. Pozwolę sobie jeszcze wrócić do tego tematu.

W listopadzie ubiegłego roku odbyła się w Warszawie konferencja zorganizowana

W 1929 roku zakład przemianowano na Wojewódzkie Sanatorium dla Piersiowo Chorych w Smukale pod Bydgoszczą, woj. poznańskie. Był to już duży zakład z dwoma oddziałami – w gmachu głównym duży oddział dla cięższych chorych z pododdziałem chirurgicznym na 139 łóżek i w pawilonie, dla lżejszych chorych na 41 łóżek. Sanatorium w tym czasie stało się jednym z najlepszych w kraju. Pracowało w nim wielu znanych fizjatrów, między innymi dr med. Władysław Baranowski, późniejszy długoletni dyrektor Szpitala Płucnochorych w Bydgoszczy.

W czasie II wojny światowej Sanatorium zostało przejęte przez okupanta niemieckiego.

Po odzyskaniu niepodległości losy sanatorium związane były z przemianami zachodzącymi w systemie opieki zdrowotnej. Wprowadzenie chemio- i antybiotykoterapii gruźlicy oraz masowych szczepień BCG u dzieci zmniejszyły znaczenie leczenia klimatycznego. Wiodąca rola Sanatorium w leczeniu gruźlicy należała już do przeszłości.

Warto jednak wybrać się na spacer do Smukały, przejść ulicą dr. Meysnera wiodącą do dawnych gmachów Sanatorium i wspomnieć jego stuletnią historię.

*Dr n. hum. Walentyna Korpalska jest kierownikiem Katedry i Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa.*

przez Komisję Bioetyki przy Naczelnej Radzie Lekarskiej. W prasie lekarskiej ukazały się sprawozdania z tego spotkania. Profesor Andrzej Zoll przedstawił stan prawny, z którego wynika jasno, że embrion ludzki posiada pełnię praw człowieka. Polskie prawo chroni bowiem istotę ludzką od poczęcia do naturalnej śmierci. Takie podejście wyklucza jakąkolwiek możliwość prowadzenia badań nad embrionalnymi komórkami macierzystymi. Taka interpretacja zyskała aprobatę uczestników owej konferencji. Jakkolwiek w „Gazecie Lekarskiej” nie podano pełnej listy dyskutantów, odnoszę wrażenie, że dyspersja podglądów była delikatnie mówiąc mała. Jedynie prof. Jędrzejczak przedstawiał problem na tle tego, co naprawdę dzieje się,

## Nowe odkrycia, stare problemy

... Wojciech Szczesny

a nie tak, jak chcieliby dyskutanci. W wielu krajach pracuje się nad problemami komórek macierzystych i klonowania. Są to kraje leżące może na uboczu głównych nurtów światowej nauki, lecz których prawo dopuszcza takie badania. Badania owe przeprowadzają nie miejscowi naukowcy (częściowo oczywiście też), lecz ludzie z najlepszych laboratoriów na świecie, przebywający tam „na stypen-

diach". Wszystko co można zrobić, zrobione będzie. Na pewno. Pozostaje pytanie czy nie lepiej, gdyby badania owe przeprowadzane były w najlepszych, wybranych laboratoriach, a nie gdzieś w na końcu świata. W takim przypadku można byłoby je kontrolować, żądać sprawozdań itp. Dziś dowiadujemy się, że ludzie o delikatnie mówiąc skrzywionej psychice z wielce egzotycznych grup religijnych pracują nad problemem klonowania i prokreacji. Osobiście wolałbym, żeby zarodki klonowano w Warszawie czy Los Angeles. Przed postępowaniem nie uciekniemy. Zastanówmy się raczej, jak sprawić, by kontrolować badania i sprawić, by nie były przeprowadzane przez bogatych szaleńców.

Pewny ruchem we właściwym kierunku (w mojej ocenie) jest zezwolenie rządu brytyjskiego na przeprowadzanie prac nad klonowaniem terapeutycznym przez twórcę owcy Dolly, Iana Wilmuta. Oddanie spraw w ręce ludzi o największym doświadczeniu gwarantuje ich rzetelność i zgodność z zasadami Nauki przeprowadzenia.

Podnoszą się głosy, że wykorzystywanie embrionów do badań przypomina doświadczenia przeprowadzane przez nazistów w obozach koncentracyjnych. Pomijając fakt, że jest to nadinterpretacja i nadużycie, które nie przystoi intelektualistom, pragnę zwrócić uwagę na kilka aspektów takich badań. Założymy, że rzeczywiście powinno się nadać embrionowi pełnię praw ludzkich. Mam co do tego pewne wątpliwości. Podkreślam, nie co do faktu, że embrion jest pewnym etapem rozwoju człowieka, lecz co do traktowania go jak osobnika dojrzałego. Nikt - no może

z małymi wyjątkami, do których osobiście należą - nie ma nic przeciwko używaniu do badań zwierząt, również Naczelnym, które odczuwają ból, strach i ogólnie pojęte cierpienie. Rzecz jasna nie kwestionuję potrzeby takich badań, sam korzystając z ich wyników na co dzień, lecz mam wrażenie, że większość moich rodaków traktuje zwierzęta jak przedmiot. Jeśli więc działania badawcze na embrionach są złe, powstaje pytanie, które chciałbym zadać uczestnikom owej dyskusji, a jednocześnie zadajęm przeciwnikom badań na ludzkich embrionach. Założymy, że eksperymenty w Korei czy innym państwie pozwolą na opracowanie techniki leczenia cukrzycy, stwardnienia rozsianego czy ratowania ludzi po urazach rdzenia kręgowego. Czy wolno będzie owe odkrycia zastosować w Polsce? Czy powinniśmy konsekwentnie odrzucać te odkrycia, które - jestem pewny - nastąpią, jako moralnie naganne i zabronić ich stosowania u naszych rodaków? Ciekaw byłbym odpowiedzi, zwłaszcza gdyby sprawa dotyczyła dziecka czy wnuka któregoś z dyskutantów. A może wówczas bogaci będą wyjeżdżać na kuracje np. do Japonii, a biedni leżeć sparaliżowani w łóżku, bo w Polsce będzie zakaz. Nie chciałbym dożyć takiej chwili, choć wiem, że na kurację „embrionalną” już się raczej „nie załapię”. Domyślam się jednak, jaka będzie przyszłość. Przecież dziś korzystamy z wyników eksperymentów prowadzonych na więźniach w obozach koncentracyjnych czy przez japońskich mikrobiologów-zbrodniarzy na alianckich jeńcach. Może ktoś z czytających zawdzięcza życie owym pracom? Wielce prawdopodobne.

Motyw [łacińskie *motivum*] jest to czynnik wewnętrznej natury psychicznej i fizjologicznej, świadomy lub nieświadomy, skłaniający do działania, ukierunkowujący je na osiągnięcie określonego celu.

Motywacja - polega na dostrzeżeniu przez kogoś lub ukazaniu komuś tych czynników, a więc motywów.

Co skłoniło studenta-studentów do wyboru studiów pielęgnarskich? Jakże zadziałały tu motywacje? Odpowiedź może być różna np. chęć niesienia pomocy innym, zastosowanie się do

## Jaka rolę w uczeniu się spełnia motywacja?

... Krystyna Kurowska

woli rodziców, namowa koleżanek, łatwość dostania się, pewny zawód itp. Zawsze występuje jakaś motywacja, rodzaj tej motywacji może mieć wpływ na stosunek do nauki.

Wyobraźmy sobie zajęcia w pracowni pielęgnarskiej dotyczące przygotowania przez pielęgniarkę łóżka dla chorego. W swych programach studenci mają zapisaną taką umiejętność, przy czym dzieli się ona na *przygotowanie łóżka dla obłożnie chorego, nie wstającego*

*i leżącego tylko na plecach, dla chorego, który nie może wstawać, ale może się odwracać oraz dla chorego, który może zejść z łóżka. Rozpoczynając owe zajęcia nauczyciel mówi studentowi: Celem dzisiejszych zajęć jest opanowanie przez Państwa umiejętności przygotowania łóżka dla chorego w różnych stanach chorobowych. Doskonale wiecie, że pielęgniarka musi umieć biegle, fachowo posiadać tę umiejętność. Wielu ludzi potrafi to zrobić, lecz pielęgniarka powinna to wykonać bardzo dobrze i fachowo.*

W części zajęć poświęconych motywowaniu studentów do osiągnięcia założonych celów lekcji można odwołać się do przykładów zaczerpniętych ze szpitala, przygotowanej wcześniej krótkiej inscenizacji czy stymulacji. Dobre motywowanie wszystkich studentów do przyswajania wiedzy, umiejętności to polowa sukcesu, reszta zależy od umiejętności pedagogicznych nauczyciela oraz od tego, czy swoich studentów traktuje podmiotowo czy przedmiotowo.

Osobiście uważam, że motywację pozytywną do jakiegoś działania można wywołać tylko wówczas, kiedy zapewnia się człowiekowi prawo do podmiotowości. Podmiotowość utożsamia się z indywidualnością, tożsamością, subiektywnością, odrębnością. Zdaniem Profesora Tomaszewskiego *podmiotowość oznacza, że człowiek jest „kims”, że ma, określoną tożsamość, która go wyróżnia spośród innych ludzi, że jego własna działalność zależy głównie od niego.*

Profesor Leszek Kołakowski przed kilkunastu laty stwierdził, że nie powinno się korzystać z czegoś, co odkryto lub wynaleziono z naruszeniem zasad moralnych (vide: obozy koncentracyjne i jenieckie). Trudno mi dyskutować z wielkim filozofem, lecz muszę stwierdzić, że myli on się i że sam wielokrotnie korzystał z dobrodziejstw owych okupionych hańbą i cierpieniem badań. Zgodziłbym się z nim, gdyby istniała lista leków lub kuracji odkrytych w ten sposób i możliwość rezygnacji z nich. Poza tym nie chodzi tylko o medycynę ale przykładowo o loty na Księżyc opracowane przez naukowca-nazistę, twórcę rakiet V1 i V2, Wernera von Brauna. Stąpając po srebrnym Globie Neil Armstrong skonstatował, że jest to wielki krok dla ludzkości, a nie tryumf faszystowskiego inżyniera ...

Sprawy, o których piszę, są delikatnej natury. Tam, gdzie istnieje konflikt interesów, przynajmniej szlachetnych (ratowanie życia i zdrowia) z poglądami religijnymi, nie ma i nie będzie dobrego wyjścia. Sytuację taką opisywali już starogrecy dramaturgowie. W przeciwieństwie jednak do owych wymyślonych historii, to dzieje się naprawdę i to nasze pokolenie będzie musiało rozwiązać problem. Na jednej szali jest zdrowie i życie tysięcy sparaliżowanych, chorych na cukrzycę i inne schorzenia młodych ludzi, którzy z nadzieją słuchają doniesień z laboratoriów medycznych. Po przeciwnej stronie moralne i etyczne racje tych, którzy zabraniają prowadzić badania. Mam wrażenie, że problem rozstrzygną racje ekonomiczne i zdroworozsądkowe. Może lepiej, żeby polscy lekarze byli wtedy gdzieś blisko.

Tak więc podmiotowość można rozumieć jako tożsamość, jako swoiste *ego* w więc *ja*.

Jak zapewnić prawo do podmiotowości studentowi kierunku: pielęgniarstwo?

Powinniśmy przede wszystkim stwarzać mu okazję do nieskrępowanego wyrażania własnej osobowości, po prostu do bycia sobą. Jeżeli student osiąga określone cele kształcenia, to powinien je znać, a nawet formułować na podstawie programu wiedzy i umiejętności, jaki mu przekazaliśmy, a więc wspólnie wyjęte z programu hasło, wspólnie ustalony temat zajęć i wspólne wytyczone cele, jakie każdy student w toku zajęć powinien osiągnąć. Sadzę, że właśnie to jest podmiotowe traktowanie studenta. O ile łatwiej przy takim działaniu można stworzyć u niego pozytywną motywację, opanowanie wspólnie zaplanowanej wiedzy i umiejętności.

Samoocena jest również wyznacznikiem podmiotowego traktowania studenta. Jednak, aby umożliwić studentowi dokonanie samooceny niezbędne jest precyzyjne i wspólne ze studentami ustalenie celów zajęć, a w uzasadnionych przypadkach także szczegółowych kryteriów oceny [np., jakość wykonania zadania, czas, warunki, organizacja pracy, stopień samodzielności itp.]

Studentowi pielęgniarstwa należy zapewnić prawo do podmiotowości oraz że podmiotowość studenta może znajdować odbicie w całym procesie dydaktycznym - wychowawczym.

W dniach 5-6. 11. 2004 odbyła się zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej AM, konferencja pt. „Dostęp do łożyska naczyniowego - dializy, chemioterapia, żywienie pozajelitowe”. Jest to już trzecia coroczna konferencja kliniczna, dotycząca aktualnych i kontrowersyjnych tematów w chirurgii. Poprzednie do-

## Dostęp do łożyska naczyniowego - dializy, chemioterapia, żywienie pozajelitowe

... Wojciech Szczęsny

tyczyły leczenia przepuklin oraz postępowania z przewlekłymi ranami i odleżynami.

Pomysł konferencji zrodził się około dwa lata temu w czasie dyskusji prof. Dąbrowieckiego, dr. Kapały i piszącego te słowa. Temat dostępu do łożyska naczyniowego dotyczy wielu specjalności, a ostatnie ogólnopolskie spotkanie na ten temat miało miejsce również w Bydgoszczy w roku 1999 na 59 Zjeździe TChP. Mimo niezwyklej roli, jaką odgrywa prawidłowy kontakt z łożyskiem naczyniowym w przypadku dializ, chemioterapii nowotworów czy żywienia parente-

ralnego, problem bywa spychany do „niszy”. Zabiegi wytworzenia dostępu, ratujące lub przedłużające życie chorych, powierzane są najmłodszym i niedoświadczonym Kolegom, jako nie mające rzekomo związku z „prawdziwą chirurgią”. Dzięki staraniom Komitetu Organizacyjnego udało się zebrać w salach wykładowych Zakładu Patomorfologii, naj-

wybitniejszych specjalistów, którzy swą pracą zaprzeczają temu pogładowi. Honorowym gościem był prof. Pierre Bourquelot z Paryża, pierwszy prezes Vascular Access Society. Wygłosił on wykład na temat zastosowania mikrochirurgii w wytworzeniu przetok dializacyjnych u dzieci. Jego doświadczenie w tej materii nie ma sobie równych w całej Europie, a i prawdopodobnie na świecie. Z Polski zaszczylicili nas swoją obecnością

prof. Jacek Szmidt z Warszawy, prof. Grzegorz Oszkis z Poznania oraz dr hab. Marek Pertkiewicz z Warszawy. Ten ostatni, wraz ze swoimi współpracownikami przeprowadził, sesję na temat dostępu naczyniowego w żywieniu parenteralnym. Obrady odbywały się w dwóch salach. Oddzielne sesje poświęcono dostępowi naczyniowym u dzieci i w onkologii. Konferencja miała również charakter szkoleniowy dla pielęgniarek zajmujących się opieką nad przetokami do dializ oraz cewnikami i portami do chemioterapii i żywienia. Sesję tę zorganizowały i przeprowadziły:



Celem postawionym sobie przez organizatorów Festiwalu - Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Urząd Miasta Torunia oraz Towarzystwo Naukowe w Toruniu - jest popularyzacja nauki, a także sztuki wśród mieszkańców Torunia i regionu. Aktywny udział w imprezie biorą nie tylko pracownicy toruńskich uczelni, ale także lokalnych przedsiębiorstw oraz instytucji, którzy prezentują stosowane w swojej pracy osiągnięcia naukowe lub działania związane ze sztuką. Właśnie to odróżnia toruński Festiwal od podobnych przedsięwzięć organizowanych w innych ośrodkach akademickich.

W ciągu czterech dni prezentowane są osiągnięcia kilkudziesięciu dziedzin nauki, a także sztuki. Wszyscy zainteresowani mieszkańcy miasta i regionu mają wyjątkową okazję do spotkania oko w oko z prawdziwą nauką i sztuką. Od kuchni można poznać miejsca na co dzień niedostępne - naukowe laboratoria i warsztaty pracy uczonych i artystów, a także przedstawicieli różnych firm oraz instytucji. Festiwal umożliwia poznanie naukowego punktu widzenia na wiele proble-

mgr Beata Sobieszczyk z kliniki organizatorów i mgr Arleta Młodzik z Kliniki Nefrologii.

Pomiędzy sesjami uczestnicy mieli możliwość oglądania zabiegów wytworzenia przetok do hemodializy w mistrzowskim wykonaniu dr. Andrzeja Kapały. Operator na bieżąco komentował zabieg i odpowiadał na pytania z sali obrad.

Plonem konferencji, oprócz oczywiście niezwykle ciekawych referatów i ożywionej dyskusji, jest inicjatywa powołania Polskiego Klubu Dostępu Naczyniowego, dla osób zainteresowanych tematyką. Początkowo „skrzynką kontaktową” będzie strona internetowa: [www.przetoki.amb.bydgoszcz.pl](http://www.przetoki.amb.bydgoszcz.pl). Tam też ukaza się wkrótce streszczenia wygłoszonych prac.

Bardzo miłym akcentem było wieczorne spotkanie w Klubie „Kuźnia”, gdzie w nieco swobodniejszej atmosferze nadal dyskutowano na przewagami materiału własnopochodnego nad protezami naczyniowymi, choć poruszano też zupełnie inne tematy.

Konferencja zakończyła się sukcesem, dzięki pracy całego Zespołu Kliniki. Szczególne jednak słowa uznania należą się dr. Jackowi Szopińskiemu, którego talent organizacyjny potwierdził się po raz kolejny. Ufamy, że następne konferencje organizowane przez nasz Klinikę, będą cieszyły się podobnym zainteresowaniem.

*Dr Wojciech Szczęsny jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.*

**W dniach 13-24 czerwca 2005r. gościem Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Collegium Medicum będzie prof. Barbara Safiejko-Mrocza z Uniwersytetu w Oklahomie. W ramach wizyty przeprowadzone zostanie szkolenie pt. „Wyprowadzanie pierwotnych linii komórkowych” oraz seminarium pt. „Wpływ podwyższonego poziomu glukozy w środowisku na komórkowe mechanizmy w procesie gojenia się ran”** Dokładne terminy spotkań zostaną podane na stronie internetowej Katedry. Serdecznie zapraszamy.

Narciarstwo jest sportem, który z całą pewnością warto propagować wśród szerokiej rzeszy społeczeństwa. Też taką stawiam, ponieważ jest ono jednym z nielicznych rodzajów zimowej aktywności fizycznej realizowanej na świeżym powietrzu. Jest także rzadkim doświadczeniem ruchowym, w którym niezależna lokomocja wywołana siłami zewnętrznymi jest sterowana przez zamierzony ruch ciała jednocześnie zmieniający jego pozycję. Ta wyjątkowa kinetyka, prócz niepodważalnych aspektów zdrowotnych dostarcza również wielu rzadkich doznań i doświadczeń ruchowych, które pozwalają w lepszym zdrowiu fizycznym i psychicznym doczekać upragnionej wiosny – przyczynia się także do poprawy podstawowych zachowań utylitycznych, np. związanych z uczestnictwem w ruchu drogowym.

## Studenci wtarci w śnieg

### I Mistrzostwa Collegium Medicum w Narciarstwie Alpejskim

... Andrzej Lewandowski

W środowisku ochrony zdrowia uprawianie tej pięknej dyscypliny sportu jest zjawiskiem stosunkowo często występującym – zazwyczaj jednak w gronie rodzinnym lub w małych grupach towarzyskich. W środowisku naszej Uczelni mimo istnienia pewnych tradycji narciarskich nie doczekało się ono realizacji niezależnej mu imprezy sportowej – a szkoda. Nie można przecież uznać za taką zawody, rozgrywane w ramach programowych obozów zimowych studentów kierunku fizjoterapii.

Spóźniona, lecz wyjątkowo śnieżna tegoroczna zima sprowokowała pracowników



Na starcie slalomu (fot. T. Żmijewski)

KiZ Podstaw Kultury Fizycznej Collegium Medicum do podjęcia organizacji pierwszych w historii Uczelni środowiskowych zawodów w narciarstwie alpejskim – z dużym prawdopodobieństwem były to pierwsze zawody sportowe tej rangi w nowych strukturach organizacyjnych UMK w Toruniu.

Mimo że Bydgoszcz nie jest ośrodkiem sportów narciarskich, zawody zorganizowano 18.02.2005 r. w godz. 18.30-21.30 na „stoku

narciarskim” Leśnego Parku Kultury i Wypoczynku w Mysłęcinku – rozegrano je na wzór organizowanej od ponad 10 lat środowiskowej imprezy tenisowej. Tym samym więc, o puchar ufundowane przez Prorektor ds. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, panią prof. dr hab. med. Danutę Miścicką-Sliwkę w mroźnej, nocnej scenerii, rywalizowali studenci i pracownicy Uczelni, a także licznie przybyli pracownicy innych placówek ochrony zdrowia – również spoza Bydgoszczy.

Na starcie stanęło 13 kobiet i 25 mężczyzn, którzy dwukrotnie pokonywali 10 bramek szkolnego slalomu narciarskiego. Zawodom towarzyszyły ogromne emocje, co między innymi spowodowało, że nie wszyscy „alpejczyści” dotarli do mety – pierwszy przejazd ukończyło 9 kobiet i wszyscy mężczyźni, a drugi wszystkie



Studentki obozu narciarskiego

kontynuujące zawody panie i 21 panów.

Po ostatecznej weryfikacji uzyskanych rezultatów ustalono końcowe wyniki zawodów – w obu kategoriach zwyciężyli pracownicy Uczelni i lekarze, a studenci przynajmniej na rok zmuszeni są uznać ich dominację.

#### (w kategorii kobiet)

**I miejsce** – Jadwiga Sarwińska, KiZ Podstaw Kultury Fizycznej CM. (czas łączny – 31,05)

**II miejsce** – Hanna Mackiewicz-Nartowicz, KiK Laryngologii CM. (czas łączny – 32,11)

**III miejsce** – Magdalena Perczak, Przych. Rejon. Wzgórza Wolności (czas łączny 33,58)

#### (w kategorii mężczyzn)

**I miejsce** – Tomasz Zegarski, KiZ Fizjologii CM. (czas łączny – 26,1)

**II miejsce** – Wojciech Zegarski, KiK Chirurgii Onkologicznej CM. (czas łączny – 28,44)

**III miejsce** – Maciej Bierwagen, SZ.U. im. A. Jurasza (czas łączny 29,47)

#### (w kategorii senior)

##### I miejsce i wyróżnienie:

**Kobiety** – dr hab. med. Małgorzata Tafil-Klawe prof. nadzw. UMK (czas łączny 38,98)

**Mężczyźni** – Prof. dr hab. med. Zygmunt Mackiewicz (wyróżnienie)

**Najlepsze czasy pojedynczych przejazdów** (osoby niesklasyfikowane)

**Kobiety** – Kaja Świerzewska (14,69)

**Mężczyźni** – Andrzej Lewandowski (11,59), Filip Klawe (12,38), Piotr Rzepecki (12,79)

Podsumowując pokrótce odbyte zawody muszę zaznaczyć, że miały one charakter środowiskowej imprezy sportowej o wyraźnie rekreacyjnym zabarwieniu. W miejscu ich rozgrywania licznie zjawili się narciarze, zarówno nie związani z środowiskiem – stąd potrzeba weryfikacji wyników, jak również nawet wielopokoleniowe rodziny pracowników Uczelni

i innych placówek ochrony zdrowia. Spośród blisko 200-osobowej rzeszy sympatyków białego szaleństwa, możnaby wymienić wiele znanych wszystkim, z racji pełnionych w Uczelni funkcji lub stanowisk osób, które swą obecnością dały świadectwo znaczenia środowiskowego wychowania fizycznego w życiu społeczności akademickiej.

Za taką postawę szczególne wyrazy uznania i wdzięczności pragnę skierować do pana prof. Zygmunta Mackiewicza, który wcześniej jako Prorektor ds. Studenckich i jednocześnie prezes KU AZS wielokrotnie uczestniczył w zawodach sportowych i obozach studenckich, do pani dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe, niedawno pełniącej funkcję Prorektora ds. Studenckich, a także do obecnego prezesa KU AZS, dr. hab. Wojciecha Zegarskiego oraz pana dr.

hab. Wojciecha Beutha, prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu, który gorąco kibicował wszystkim zawodnikom – w tym małżonce.

Ciepłą atmosferę imprezy skutecznie podtrzymywało ognisko i gorący bufet z uczelnianej stołówki, a „herbata” o zdecydowanym smaku grzanego wina wpłynęła wyraźnie na skrócenie czasów drugiego przejazdu.

Niekrywaną radość i dodatkową satysfakcję z uzyskanych wyników sportowych sprawiły triumfatorom zawodów puchary i dyplomy, za co w imieniu nagrodzonych zawodników oraz własnym pragnę gorąco Pani Rektor serdecznie podziękować. Wyrażam jednocześnie nadzieję, że odbyte zawody będą cyklicznie kontynuowane – być może w scenarii przedstawionej na zdjęciu z obozu studentów kierunku fizjoterapii. Dwudniowy pobyt w górach (przejazd, noclegi, wyżywienie i wyciągi narciarskie), zgodnie z cenami bieżącego sezonu nie przekroczyłby kwoty 200 zł. – z góry dziękuję za opinie i wstępne potwierdzenie chęci w nich udziału; e-mail: kizpodskf@cm.umk.pl z hasłem „narty 2006”.

Dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do realizacji tegorocznych zawodów, a szczególnie: Przedsiębiorstwu Farmaceutycznemu „Ziołolek” Sp. z o.o. i Drager Medical Polska za ufundowanie dodatkowych nagród rzeczowych dla najlepszych narciarzy, także RBBiMOS „Tartan”, PHU „OLIMPIA”- Sklepy Sportowe oraz Dyrekcji Leśnego Parku Kultury i Wypoczynku w Mysłęcinku. Jednocześnie zapraszam na przyszłoroczne II Mistrzostwa Collegium Medicum w Narciarstwie Alpejskim, a już w połowie maja br. na kolejny turniej tenisa ziemnego.

Dr Andrzej Lewandowski jest kierownikiem Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej.

Bydgoszcz, 10-11 czerwiec 2005, June 10-11, 2005



# Polskie Towarzystwo Flebologiczne Polish Phlebological Society & Towarzystwo Polskie-Włoskie Polish Italian Association

**IV Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne  
4th Polish-Italian Phlebological Symposium**



**XVIII Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Flebologicznego  
18th Educational Conference of Polish Phlebological Society**

Zaproszeni goście/Invited Speakers

z Włoch/from Italy: *dr M. Capelli, dr A. Cavezzi, dr A. Frullini, prof. P. Zamboni, dr S. Ricci*  
z Polski/from Poland: *prof. Z. Rybak, prof. A. Cencora, prof. A. Jawień*

Główny sponsor/Main Sponsor: *firma Servier Polska*

Organizator/Organizer:

*prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień  
Klinika Chirurgii Ogólnej  
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz  
tel./fax +48 (52) 371-57-82  
e-mail: ajawien@ceti.com.pl*



Miejsce obrad/Lecture hall: *Sala wykładowa Collegium Medicum UMK  
ul. Jagiellońska 13 Bydgoszcz*

Godziny obrad/Symposium hours: *10 czerwiec 9:00 - 17:00, June 10th 9 am - 5 pm*

*11 czerwiec/June 11th*

*Workshop I (foam sclerotherapy) 9:00 - 11:00 (9 am - 11 am)*

*Workshop II (duplex scan) 11:00 - 13:00 (11 am - 1 pm)*

Język obrad/Language: *angielski z jednoczesnym tłumaczeniem na polski  
english with simultaneous translation into polish*

Zakwaterowanie/Accommodation:

*Rezerwacja hotelu we własnym zakresie.*

*Lista hoteli zarezerwowanych dla uczestników sympozjum poniżej.*

*The participants are kindly requested to book hotels on their own.*

*The hotels reserved for participants are listed below.*

**Pod Orłem**

*ul. Gdańska 14  
85-006 Bydgoszcz  
tel. +48 (52) 583 05 30  
fax +48 (52) 584 02 24*

**Brda**

*ul. Dworcowa 94  
Bydgoszcz  
tel. +48 (52) 585 01 00  
fax +48 (52) 585 05 85*

**Zawisza**

*ul. Gdańska 163  
Bydgoszcz  
tel. +48 (52) 378 23 02  
fax +48 (52) 341 45 42*

**City**

*ul. 3 Maja 6  
85-950 Bydgoszcz  
tel. +48 (52) 325 25 00  
fax +48 (52) 352 25 05*

Co czeka mnie po tym życiu? Pytania te są obecne w świętych pismach Izraela, znajdujemy je w *Wedach*, jak również w *Awestach*; spotykamy je w pismach Konfucjusza czy *La'o-Tse*, w przepowiadaniu *Cirihankihary* i *Buddy*; są obecne w poematach *Homera* czy w tragediach *Eurypidesa* i *Sofoklesa*, podobnie jak w pismach filozoficznych *Platona* i *Arystotelesa*. Wspólnym źródłem tych pytań jest potrzeba sensu, którą człowiek od początku bardzo mocno odczuwa w swoim sercu: od odpowiedzi na te pytania zależy bowiem, jaki kierunek winien nadać własnemu życiu.

2. Ten proces poszukiwania nie jest i nie może być obcy Kościołowi. Od chwili, kiedy w Tajemnicy Paschalnej otrzymał w darze ostateczną prawdę o życiu człowieka, Kościół pielgrzymuje drogami świata, aby głosić, że *Jesus Chrystus* jest «drogą i prawdą, i życiem» (J 14, 6). Pośród różnych posług, jakie winien pełnić dla dobra ludzkości, jedna nakłada nań odpowiedzialność całkiem szczególną: jest to diakonia prawdy. Misja ta z jednej strony łączy społeczność wierzących we wspólny wysiłek, jaki podejmuje ludzkość, aby dotrzeć do prawdy<sup>2</sup>, z drugiej zaś zobowiązuje ją, by głosiła innym zdobytą wiedzę, zachowując wszakże świadomość, że każda odkryta prawda jest zawsze tylko etapem drogi ku oświeceniemu i pełnej prawdzie, która zostanie ukazana w ostatecznym objawieniu *Bożym*: «Teraz widzimy jakby w zwierciadle, niejasno; wtedy zaś [zobaczymy] twarzą w twarz. Teraz poznajemy po części, wtedy zaś poznamy tak, jak i zostaliśmy poznani» (1 Kor 13, 12).

3. Wiele jest dróg, którymi człowiek może zmierzać do lepszego poznania prawdy, a przez to czynić swoje życie coraz bardziej ludzkim. Wyróżnia się wśród nich filozofia, która ma bezpośredni udział w formułowaniu pytania o sens życia i w poszukiwaniu odpowiedzi na nie: jawi się ona zatem jako jedno z najważniejszych zadań ludzkości. Termin filozofia według źródłosłowa greckiego oznacza «umiślanie mądrości». Istotnie, filozofia narodziła się i rozwinęła w epoce, gdy człowiek zaczął sobie stawiać pytania o przyczynę i cel rzeczy. Ma różne sposoby i w wielu formach ukazuje ona, że pragnienie prawdy stanowi nieodłączny element ludzkiej natury. Wrodzoną cechą umysłu ludzkiego jest skłonność do zastanawiania się nad przyczyną zjawisk, chociaż odpowiedzi, jakich sobie stopniowo udzielał, są osadzone w kontekście wskaźującym wyraźnie na wzajemne oddziaływanie różnych kultur, w których człowiek żyje.

Filozofia wywarła silny wpływ na ukształtowanie i rozwój kultury na Zachodzie, nie powinniśmy jednak zapominać również o jej oddziaływaniu na sposoby pojmowania egzystencji rozpowszechnione na Wschodzie. Każdy naród posiada bowiem swoją pierwotną, oryginalną mądrość, stanowiącą prawdziwy szkielet kultury, która dąży do wyrażenia się w sposób dojrzały także w formach ściśle filozoficznych. Prawdziwość tego stwierdzenia potwierdza fakt, że pewną podstawową formę wiedzy filozoficznej, istniejącą także w naszej epoce, spotykamy nawet w postulatách, którymi inspirowane są prądy różnorodnych krajów oraz prawo międzynarodowe określające reguły życia społecznego.

4. Trzeba jednak zauważyć, że za jednym słowem kryją się tu różne znaczenia. Na wstępie należy zatem ściślej określić jego sens. Przynaglany pragnieniem odkrycia ostatecznej prawdy swojego istnienia, człowiek stara się zdobyć pewne elementy uniwersalnej wiedzy, które pozwalają mu lepiej rozumieć samego siebie i coraz pełniej się realizować. Ta podstawowa wiedza bierze początek z zadziwienia, jakie budzi w nim kontemplacja tego, co stworzone: człowiek odkrywa ze zdumieniem, że żyje w świecie i jest związany z innymi istotami podobnymi do siebie, z którymi łączy go wspólne przeznaczenie. W tym właśnie momencie wchodzi na drogę, którą będzie potem zmierzał do odkrycia coraz to nowych horyzontów wiedzy. Bez zadziwienia człowiek popadłby w rutynę, przestałby się rozwijać i stopniowo stałby się niezdolny do życia naprawdę osobowego.

Zdolność do abstrakcyjnej refleksji właściwa dla umysłu ludzkiego pozwala, aby nadal on poprzez aktywność filozoficzną ścisłą formę swojemu myśleniu i w ten sposób wypracował wiedzę systematyczną, odznaczającą się logiczną spójnością twierdzeń i harmonią treści. Dzięki temu procesowi w środowisku różnych kultur i w różnych epokach osiągnięto rezultaty, które doprowadziły do zbudowania prawdziwych systemów myślowych. W praktyce rodziło to często pokusę utożsamiania jednego tylko wybranego nurtu z całą filozofią. Jest jednak oczywiste, że w takich przypadkach dochodzi do głosu swoista «pycha filozoficzna», która chciałaby nadać własnej wizji, niedoskonałej i zawężonej przez wybór określonej perspektywy, rangę interpretacji uniwersalnej. W rzeczywistości każdy system filozoficzny, choć zasługuje na szacunek jako pewna spójna całość, nie dopuszczająca jakiegokolwiek instrumentalizacji, musi uznawać pierwszeństwo myślenia filozoficznego, z którego bierze początek i któremu powinien konsekwentnie służyć.

W tej perspektywie można wyodrębnić pewien zbiór prawd filozoficznych, który mimo upływu czasu i postępów wiedzy jest trwale obecny. Wystarczy przytoczyć tu jako przykład zasady niesprzeczności, celowości i przyczynowości lub koncepcję osoby jako wolnego i rozumnego podmiotu, zdolnego do poznania Boga, prawdy i dobra; chodzi tu także o pewne podstawowe zasady moralne, które są powszechnie uznawane. Te i inne elementy wskazują, że mimo różnorodności nurtów myślowych istnieje pewien zasób wiedzy, który można uznać za swego rodzaju duchowe dziedzictwo ludzkości.

Mamy tu do czynienia jak gdyby z filozofią niesprecyzowaną, dzięki której każdy człowiek ma poczucie, że zna te zasady, choćby tylko w formie ogólnej i nieświadomionej. Zasady te, właśnie dlatego że w pełnej mierze uznają je wszyscy, powinniśmy stanowić jakby punkt odniesienia dla różnych szkół filozoficznych. Jeżeli rozum potrafi intuicyjnie uchwycić i sformułować pierwsze i uniwersalne zasady istnienia oraz wyprowadzić z nich poprawne wnioski natury logicznej i deontologicznej, zasługuje na miano prawdziwego rozumu, czyli jak mawiali starożytni *orthos logos, recta ratio*. [...]

