

To co do niedawna wydawało się niemożliwe lub w najlepszym wypadku odległe, stało się faktem !

Wytrwałość Akademii Bydgoskiej, a przede wszystkim jej Rektora spowodowały, że nasze Miasto dołączyło do ośrodków uniwersyteckich.

Upór w działaniu oraz jedność wielu środowisk są przykładem, że los sprzyja nie tylko odważnym, ale i wytrwałym.

Szczere gratulacje JM Rektorowi wraz z życzeniami szybkiego rozwoju Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego

składają Wiadomości Akademickie zaprzyjaźnionego Collegium Medicum UMK.

Zbigniew Wolski

“Audentes fortuna iuvat”

Vergilius Publius Maro



Spis treści:

Wywiad

Wywiad z JM Rektorem im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy,
prof.dr.hab.Adamem Marcinkowskim.....2-5

Z życia uczelni

V Toruński Festiwal Nauki i Sztuki.....6-7
Sprawozdanie z pracy Dziekana i Rady Wydziału Lekarskiego.....8
Skład osobowy Rady Wydziału Lekarskiego.....8-10
Nowi profesorowie.....10-11

Medycyna

Komórki macierzyste: wielkie nadzieje w małych komórkach.....12

Pielęgniarstwo

Salutogenetyczny model zdrowia.....13
Poczucie koherencji.....13

Dydaktyka

Nowa forma szkolenia podyplomowego Katedry i Kliniki Urologii.....14
The EBU written examination.....15
Cytuj i bądź cytowany.....16
Cytowanie i publikowanie raz jeszcze.....17-18
Najczęściej cytowane.....18

Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej.....19-20

Historia medycyny

Robert Koch – laureat nagrody Nobla
w dziedzinie medycyny 1905. Polskie ślady.....21-22

Konferencje

Konferencja medycyny paliatywnej hospicjum
Forum onkologii i psychoonkologii.....23-25
Konferencja „Pro i kontra w laboratoryjnej diagnostyce
kardiologicznej, oagulologicznej i nefrologicznej”.....25

Z biblioteki

Książki zakupione za kary naliczone za przetrzymywanie książek
na koncie czytelników.....26

Ze sportu

Latem kilka słów o zimie.....26-27
Sukces sportowy studentów Collegium Medicum.....28

„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
adjustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

* Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wolski
Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. n. med. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej:

dr hab. n. med. Andrzej Dziedziczko, prof. UMK
dr hab. n. med. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr n. med. Wojciech Szczesny
dr n. med. Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

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

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna CM UMK
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Kontakt z Redakcją:

tel.: +48 +52 585-3509
fax: +48 +52 585-3505
e-mail: biblio@cm.umk.pl

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch

Skład i druk:

Centrum Promocji i Reklamy „ReMedia”

Zdjęcia na stronie tytułowej: Stefan Łuczak
Zdjęcie z ostatniej okładki: Krzysztof Nierzwicki

Wywiad z JM Rektorem Akademii im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, prof. dr hab. Adamem Marcinkowskim

Serdecznie dziękujemy, że mimo natłoku zajęć i obowiązków, zgodził się Pan Rektor na rozmowę z redakcją „Wiadomości Akademickich”. Przede wszystkim chcielibyśmy złożyć gratulacje z okazji spełnienia marzeń Pana Rektora i przekształcenia Akademii im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Życzymy wszelkiej pomyślności na nowej drodze rozwoju ...

Redakcja Wiadomości: 13 maja 2005 r. prezydent Rzeczypospolitej, Aleksander Kwaśniewski podpisał ustawę o utworzeniu Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, przegłosowaną w Sejmie niemal jednogłośnie, bez głosów sprzeciwu. Jak udało się Panu Rektorowi doprowadzić do przekształcenia Akademii w Uniwersytet w tak krótkim czasie, biorąc pod uwagę, że przez wiele lat perspektywa powstania bydgoskiego Uniwersytetu pozostawała w sferze dalekosiężnych planów? Jeszcze w ubiegłym roku, kiedy to Akademia Medyczna w Bydgoszczy połączyła się z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu, rokowania na powstanie Uniwersytetu w Bydgoszczy były mgliste i wydawały się odległe. Co wydarzyło się w ciągu tego roku, co pozwoliło na powołanie Uniwersytetu?

JM Rektor: Pytanie jest trudne. Przede wszystkim chcę powiedzieć, że pomimo tego, iż jestem bydgoszczaninem, nie było mnie w Bydgoszczy 25 lat. Wróciłem do swojego rodzinnego miasta niedawno i nie byłem wciągnięty w dyskusje na temat powstania Uniwersytetu. Dlatego, kiedy trzy lata temu zostałem Rektorem Akademii Bydgoskiej, mając na celu utworzenie Uniwersytetu w Bydgoszczy, w pierwszej kolejności zwróciłem się z prośbą o podjęcie rozmów z ATR, aby w wyniku połączenia tych dwóch Uczelni mógł powstać Uniwersytet w Bydgoszczy. Byłby to rzeczywiście silny Uniwersytet, który plasowałby się na pewno w pierwszej 10-tce polskich Uniwersytetów. Jednak stanowisko władz ATR-u jest Państwu znane. Uszanowaliśmy ich plany, lecz zostaliśmy zmuszeni do tego, aby działać w osamotnieniu. Samotnie działając, mogliśmy przyjąć jedynie taki wariant, żeby spełnić wszystkie kryteria, które są zapisane w Uchwale Rady Głównej z 1992 roku dla państwowej uczelni typu uni-

wersyteckiego. I to był główny kierunek naszych działań - uzyskanie możliwości nadawania stopnia naukowego doktora w sześciu dyscyplinach. W niektórych przypadkach nasz potencjał przekraczał określone minimum, np. liczba samodzielnych pracowników naukowych była dwa i pół razy większa niż przewiduje Uchwała Rady Głównej, liczba kierunków studiów magisterskich również była dwa razy większa, spełnialiśmy wymóg dwóch uprawnień do nadawania stopnia doktora habilitowanego, natomiast brakowało nam jednego uprawnienia do doktoryzowania. I cały nacisk szedł na to, aby to brakujące, szóste uprawnienie nareszcie uzyskać. To po pierwsze Uczelnia musiała spełnić minimalne kryteria. To było zadanie dla nas do wykonania. I oto z pewnymi kłopotami, ale jednak udało się ten warunek uzyskać. W międzyczasie dobrze się złożyło, że w czerwcu ubiegłego roku pani poseł Barbara Hyla-Makowska złożyła do laski marszałkowskiej poselski projekt o przekształcenie Uczelni w Uniwersytet, zebrała pod nim 136 podpisów i procedura związana z projektem poselskim została rozpoczęta. Pozytywnie wypowiedziały się senaty trzech Uniwersytetów. Zająły stanowiska, co prawda negatywne, Rada Główna i Ministerstwo, ale przez ten rok procedura pozostawała w toku. I kiedy w marcu tego roku uzyskaliśmy brakujące, szóste uprawnienie, tym samym daliśmy do ręki parlamentarzystom, naszym posłom bydgoskim, argument i atut do przeprowadzenia prac w ich klubach parlamentarnych. Udało się do tego stopnia, że efekt jest taki, jaki widać. W międzyczasie bardzo się zaktywizowały władze samorządowe: pozytywne stanowisko zajął wojewoda wraz z zarządem województwa kujawsko-pomorskiego, sejmik województwa kujawsko-pomorskiego, Prezydent Miasta Bydgoszczy, specjalną uchwałę w tej sprawie podjęła Rada Miasta. Dodatkowo pojawiły się gorąco popierające nasze starania memoriały pisane przez bydgoskie towarzystwa kulturalne i społeczne. Wszystko to odbyło się w tym samym czasie. A więc dlaczego się udało? Wydaje mi się, że w minionym roku przestaliśmy tylko mówić o uniwersytecie, a wreszcie zaczęliśmy konsekwentnie działać, by ten Uniwersytet w Bydgoszczy powstał. Ja cieszę się bardzo, jako rodowity bydgoszczanin, że spełniło się moje marzenie. Trzy lata temu w rozmowie z pewną dziennikarką, gdy pytała mnie o marzenie, powiedziałem, że chcę być ostatnim Rektorem Akademii Bydgoskiej. No i moje marzenie się spełniło.

Redakcja Wiadomości: Gratulujemy jeszcze raz, Magnificencjo Rektorze. Jednocześnie widać, że były to działania nie tylko wieloosrodkowe, ale również wielokierunkowe, tzn. wiele czynników próbowało dążyć do

tego samego celu z wielu kierunków i stąd ten sukces w tak stosunkowo krótkim czasie. Bo, rzeczywiście, przed rokiem wydawało się to bardzo odległe, przynajmniej tak przedstawiała to część prasy...

JM Rektor: Jeśli można wejść w słowo, to chciałbym dodać, że wykonaliśmy ogromną pracę, ażeby wyposażyć parlamentarzystów, a więc i posłów i senatorów, w podstawową wiedzę o Uczelni. Wcześniej przekonywaliśmy, prezentowaliśmy nasze osiągnięcia, nasze standardy, naszą współpracę z zagranicą, ilość publikacji itd. Nasze atuty prezentowaliśmy na posiedzeniach Senatów trzech Uniwersytetów: Jagiellońskiego, Wrocławskiego i Mikołaja Kopernika w Toruniu. Fakt, że opiniował nas senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika miał też pozytywne znaczenie dla realizacji naszych planów. Chodziło właśnie o to, ażeby tę wiedzę dostarczyć odpowiednim gremiom. Inną wiedzę trzeba było przedstawić Senatowi, a inną, skróconą i skondensowaną parlamentarzystom. W ten sposób staraliśmy się ułatwić działania posłów bydgoskich w ich klubach. Spotykałem się z posłami, z przewodniczącymi klubów parlamentarnych, o innych działaniach nie wspomnę ...

Redakcja Wiadomości: Rzeczywiście, Panie Rektorze, to duży sukces, bo przecież głosowanie w sejmie przeszło jednogłośnie, a zawsze zdarzają się jacyś opoenenci. W tym przypadku niemal ich nie było, jedynie dwóch posłów wstrzymało się od głosu. Jak na takie duże i tak zróżnicowane ciało, jakim jest sejm, to niebawmy sukces. I to mimo negatywnej opinii Rady Głównej. Okazuje się, że był jednak również lobbing przeciwny, nie wiadomo przez kogo tworzony i z jakich przyczyn. Trochę to smuci, bo przecież zabraniać komuś zrobić coś lepiej jest – mówiąc delikatnie – działaniem niepożądanym. Dążenie do doskonałości powinno być popierane, a nie hamowane ...

JM Rektor: Przyznam, że to negatywne stanowisko Rady Głównej i Ministerstwa być może nawet ułatwiły realizację naszego planu w parlamencie, ponieważ i Resort i Rada Główna powoływały się na projekt nowej Ustawy. Natomiast posłowie na posiedzeniu Komisji, jakby poirytowani przypomnieli, że pracujemy w oparciu o prawo obowiązujące na dziś, a nie prawo, które jest jeszcze w fazie projektu.

Redakcja Wiadomości: Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym przewiduje stosowanie nazwy „uniwersytet” dla jednostki uprawnionej do nadawania stopnia naukowego doktora w co najmniej dwunastu dyscyplinach. Akademia Bydgoska ma w tej chwili uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora w sześciu dyscyplinach. Czy oznacza to, że po wejściu w życie ustawy o szkolnictwie wyższym w jej obecnym brzmieniu, Uniwer-

sytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy będzie musiał przyjąć w nazwie dodatkowy przymiotnik, określający profil uczelni? Czy też będziecie Państwo dążyli do zdobycia uprawnień aż na dwunastu kierunkach?

JM Rektor: Po pierwsze będziemy dążyli, a po drugie, ustawa przewiduje okres tzw. przejściowy. W tej chwili jest w niej zapisany rok 2010. Jest to dla nas zbyt krótka perspektywa na spełnienie wszystkich warunków, ale w podobnej sytuacji są również inne polskie uniwersytety i mam nadzieję, że ten okres zostanie wydłużony. Tak więc, na razie nie przewiduję zmiany nazwy, a nowa ustawa jeszcze nie weszła w życie. W tej chwili będzie obradował nad nią Senat, na pewno wróci ponownie do Sejmu. Z jednej strony ustawa jest potrzebna Rektorowi, bo zawiera zapisy ułatwiające pracę tego typu instytucji i sprawi, że staniemy się Uczelnią autonomiczną. Zapisy ustawy przewidują, że Uczelnia, która ma dwa uprawnienia do habilitowania jest uczelnią autonomiczną. To są ważne rzeczy dla mnie jako Rektora Akademii, więc z nadzieją patrzę w przyszłość, natomiast rok 2010 przyjmuję z obawą, bo być może nie uda nam się spełnić wszystkich kryteriów. Ale liczę na to, że tylko z tego powodu sztytu nam nie zdejną...

Redakcja Wiadomości: A zatem jakie kolejne dyscypliny widzi Pan Rektor, które mogłyby dołączyć do dotychczasowych sześciu, tak, aby w przyszłości Uniwersytet Kazimierza Wielkiego mógł spełnić wymóg nowej ustawy w zakresie uprawnień do doktoryzowania?

JM Rektor: W tej chwili mamy sześć uprawnień do doktoryzowania, a siódmy wniosek jest złożony i omawiany w Centralnej Komisji i w Radzie Głównej. Być może jeszcze w tym roku będziemy mieli kolejne uprawnienia. Bardzo blisko uzyskania wszelkich możliwości wystąpienia z wnioskiem jest Instytut Biologii i Ochrony Środowiska. Przewidujemy możliwość wystąpienia z wnioskiem o prawo do doktoryzowania w zakresie mechaniki. Chcę powiedzieć, że niedługo będziemy strukturą nie 3-wydziałową, a 4-wydziałową, a oba z tych nowo powołanych Wydziałów, a więc Wydział Nauk Przyrodniczych i Wydział Matematyki, Fizyki i Techniki za punkt honoru i swój najważniejszy cel przyjęły wykreowanie praw do doktoryzowania. Te trzy uprawnienia więc mamy jakby w zasięgu ręki. A następnie wydaje mi się, że rysuje się dobra perspektywa, jeśli chodzi o uprawnienie do doktoryzowania się w zakresie geografii – mamy dobrą kadrę, zresztą wzmacniamy ten Instytut. A co dalej – zobaczymy...

Tak wygląda najbliższa perspektywa. Planujemy także przyspieszenie rozwoju naszej kadry, pozwoli to oprzeć rozwój Uczelni na pracownikach własnych. Oczywiście nie rezygnujemy z możliwości zatrudnienia profesorów z innych uczel-

ni. Zresztą, po przekształceniu Uczelni, takie oferty już do mnie napływają...

Redakcja Wiadomości: Jakie zmiany czekają Uczelnię po przekształceniu w Uniwersytet? Czy myśli Pan Rektor, że nowa nazwa przyciągnie większą liczbę studentów? Po- większe grono wykładowców i pracowników własnych? A może wzmocni uczelniany budżet?

JM Rektor: Liczba studentów, którą przyjmujemy w tym roku akademickim nie ulegnie zmianie. Została określona w uchwale rekrutacyjnej z roku ubiegłego i obowiązuje dwa lata. Potwierdzona jest przez Ministerstwo, więc większych możliwości nie mamy. To po pierwsze. Po drugie, jeśli chodzi o kadry, rzeczywiście wyraźnie widać postęp, jeśli chodzi o rozwój naukowy kadry. Młodzi pracownicy w terminie się doktoryzują. Adiunkci w większej liczbie niż dotąd robią habilitacje, a ci, którzy nie robią, niestety muszą odchodzić. Życzyłbym sobie, żeby uległ przyspieszeniu proces uzyskiwania tytułów profesorskich. W tym zakresie czuję niedosyt, obserwując nasze efekty, do tej pory po 2-3 osoby rocznie uzyskiwały tytuł, w moim przekonaniu to trochę za mało. Tym bardziej, że dorobek wielu naszych profesorów uczelnianych jest już taki, że mogliby się o tytuł profesorski ubiegać. A budżet? Jestem realistą i uważam, że sama zmiana nazwy Uczelni nie zmieni systemu finansowania, chyba że uchwalą się większe nakłady na szkolnictwo wyższe, co zapowiada ministerstwo w budżecie państwa na 2006 r. Plany są bardzo pocieszające, natomiast na ile one zostaną zrealizowane, nie wiem, tym bardziej, że wiecie Państwo, iż procedury wyboru władz parlamentarnych już właściwie zostały uruchomione i jeszcze może się wiele wokół tego budżetu wydarzyć.

Redakcja Wiadomości: Panie Rektorze, w takim razie - nawiązując do poprzedniego pytania - limit kandydatów jest ograniczony przez dwa lata. A co potem, kiedy się okaże, że Uniwersytet Kazimierza Wielkiego to wzięta Uczelnia, że studenci, którzy ubiegali się o przyjęcie do Torunia, czy do Gdańska zjawiają się u Pana Rektora. Czy Uczelnia jest przygotowana na większy nabór?

JM Rektor: Muszę powiedzieć, że Uczelnia nie odnotowała sytuacji braku naboru kandydatów. Średnio mamy 4,5 osoby na 1 miejsce w Uczelni. To jest całkiem przyzwoity wskaźnik. Oczywiście zmiana statusu naszej Uczelni sprawi, że tych kandydatów na pewno będzie więcej, bo nie wszystkich stać, aby wyjechać studiować do Gdańska, do Poznania, do Torunia, czy do innych miast po to, by uzyskać dyplom uniwersytecki. W tej chwili taką możliwość mają na miejscu. Poza tym również jakość kształcenia na naszej Uczelni jest dobra, zresztą potwierdzają to uchwały Państwowej

Komisji Akredytacyjnej. To też miało wpływ na procedury związane z przekształceniem naszej Uczelni w Uniwersytet. A kryteria oceny jakości są takie same dla Uniwersytetu Jagiellońskiego i dla Akademii Bydgoskiej. Komisja stosuje te same miary. Więc sam fakt, że przekształcamy się w Uniwersytet, na pewno sprawi, że kandydatów będzie więcej, a na dodatek ta najzdolniejsza młodzież nie będzie musiała wyjechać po dyplom uniwersytecki do innego miasta. Mimo to na pewno część wyjedzie, bo są znakomite uniwersytety, prowadzące znakomite kierunki, a ich oferta jest szersza niż nasza, więc ów proces będzie na pewno kontynuowany. Ale liczba kandydatów z pewnością nam wzrośnie.

Redakcja Wiadomości: Rozumiemy, że cieszy to Pana Rektora? A nie obawia się Pan, że nie wszyscy zmieszczą się w murach uczelni?

JM Rektor: Zmieszczą się ci wszyscy, którzy zostaną przyjęci. Co dwa lata mamy możliwość zwiększania limitów i robimy to zawsze, ponadto przyjmujemy na studia w naszej Uczelni około 10% więcej ponad limit. Jesteśmy Uczelnią humanistyczną, więc wychodzimy z założenia, że lepiej jest by młodzież trafiała na Uczelnię i uczyła się, nawet nie mając perspektywy zatrudnienia, niż żeby miała trafiać od razu pod opiekę Urzędu Pracy. Żał nam tej młodzieży. Robimy wszystko, na miarę naszych możliwości, a możliwości te będą się zwiększały w ślad za coraz większą bazą Uczelni.

Redakcja Wiadomości: Obecnie Akademia Bydgoska kształci studentów na 16 kierunkach i w 40 specjalnościach. W jakim kierunku będzie się rozwijał Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy? Czy planuje się nowe kierunki nauczania? Tworzenie nowych struktur w ramach trzech obecnych Wydziałów, czy też powołanie nowych Wydziałów? Czy Instytut Prawa, Administracji i Zarządzania z czasem stanie się Wydziałem Prawa? Co z ewentualnym Wydziałem Teologii?

JM Rektor: Rozbudowujemy strukturę Uczelni. W tej chwili mamy już zgodę Państwowej Komisji Akredytacyjnej, pozytywną opinię dotyczącą dwóch nowych Wydziałów, które utworzymy z podziału Wydziału Matematyki, Techniki i Nauk Przyrodniczych. Czekaamy tylko na podpis Pana Ministra, zresztą władze Wydziałów już są wybrane, w tej chwili przygotowujemy nowy dziekanat. Myślimy także o utworzeniu, już jako Uniwersytet, nowego Wydziału. Będziemy mogli wydzielić z Wydziału Humanistycznego część filologiczną i powstanie Wydział Filologiczny. Tak więc w najbliższej perspektywie zakładamy, że Uczelnia będzie miała 5-wydziałową strukturę. Jeśli idzie o kierunki studiów... Złożyliśmy wniosek o otwarcie dwóch kierunków: stosunków

międzynarodowych i filozofii. Dostaliśmy w tej chwili odmowę, jeśli chodzi o filozofię, choć zupełnie nie rozumiem tej decyzji, bo kadry mamy wystarczającą. Wznovimy nasze działania, lecz być może w tym roku już nie uda się uruchomić naboru na ten nowy kierunek studiów. Przygotowujemy się także do uruchomienia w naszej Uczelni socjologii. A więc te trzy kierunki w tej chwili pozostają na pierwszym planie.

Prawo ... Jestem w dużym kłopotcie, ponieważ tuż za miedzą, na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu funkcjonuje znakomity Wydział Prawa i zastanawiam się, czy jest sens tworzyć ośrodek prawa w Bydgoszczy, bo wszakże z pewnością konkurencji toruńskiej byśmy nie sprościli. Nie chciałbym też dawać powodu do zadrażeń z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika. Zależy mi na dobrych stosunkach z tą Uczelnią. A poza tym prawo jest specyficznym kierunkiem studiów, wymagającym naprawdę świetnej kadry, wybitnych profesorów, którzy mogliby to prawo poprowadzić. To nie jest takie łatwe. Ale o tym kierunku myślę w nieco dalszej perspektywie i nie chciałbym tego robić bez uzgodnień, czy nawet pomocy ze strony Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Może z czasem moglibyśmy taką pomoc z ich strony uzyskać, lub nawet wspólnie utworzyć coś w rodzaju studiów międzyuczelnianych... To byłby chyba właściwy kierunek działań. A teologia? Dlaczego nie. Chętnie byśmy ją u siebie widzieli. Ale też się zastanawiam, czy władze kościelne zechciałyby stworzyć nowy Wydział. Jeśli tak, będziemy otwarci na taką inicjatywę i współpracę. Ale musimy mieć na uwadze, że całkiem niedawno Wydział Teologiczny został powołany na UMK. Taki sam wydział funkcjonuje na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zresztą jedna z filii poznańskiego Instytutu mieści się w Bydgoszczy, więc jakiś załączek ewentualnego Wydziału Teologii w Bydgoszczy istnieje. Ale na ten temat nie rozmawiałem jeszcze z nikim z władz kościelnych.

Krzysztof Nierzwicki: *Zwłaszcza, że niedawno powołano diecezję bydgoską, więc szanse na Wydział Teologiczny rosną. Od roku istnieje seminarium duchowne ...*

JM Rektor: Oczywiście, na temat teologii podejmiemy rozmowy z biskupem Janem Tyrawą. Od pierwszego spotkania zauważyliśmy dobrą więź biskupa Tyrawy ze środowiskiem akademickim, który bardzo aktywnie działał w środowisku Wrocławia, a teraz co miesiąc organizuje bardzo interesujące spotkania, integrujące bydgoskie środowisko naukowe. Perspektywa rysuje się obiecująco ...

Redakcja Wiadomości: *Czy, z drugiej strony, Akademia Bydgoska planuje rozwiązać część z dotychczasowych kierunków nauczania bądź specjalności? Dlaczego, przykładowo, mimo sporego zainteresowania, zlikwidowano*

bibliotekoznawstwo i informację naukową? Czy czeka to również inne kierunki?

JM Rektor: Bibliotekoznawstwo nie miało wystarczającej kadry, specjalistów bibliologów. Dlatego musieliśmy zawiesić nabór, ponieważ pierwsza wizyta Państwowej Komisji Akredytacyjnej zrobiłaby to za nas. Lepiej było, mając świadomość, że nie spełniamy kryteriów Państwowej Komisji Akredytacyjnej, wstrzymać nabór, ale w to miejsce uruchomiliśmy na filologii polskiej, na studiach magisterskich, specjalność bibliotekoznawczą. I teraz mamy osobną rekrutację na specjalność bibliotekoznawczą w ramach filologii polskiej, a studenci, którzy tę specjalność wybierają, mają możliwość uzyskania magisterium w naszej Uczelni.

Redakcja Wiadomości: *Ale nie myśli Pan Rektor o tym, żeby zapomnieć o bibliotekoznawstwie? Czy wróci ono w mury Uczelni, kiedy pojawią się samodzielni pracownicy naukowcy? Bo rozumiemy, że chodziło o brak samodzielnych pracowników naukowych?*

JM Rektor: Tak, chodziło o samodzielnych pracowników naukowych, ale nie tylko, także doktorów bibliologów była niewystarczająca ilość. Musimy pamiętać, że kryteria wprowadzone na początku tej kadencji władz uczelnianych były rewolucyjne. Powstała Państwowa Komisja Akredytacyjna i bardzo precyzyjnie określono kryteria dotyczące prowadzenia kierunków studiów. Sprecyzowano wymagania, które muszą być spełnione, ustalono standardy nauczania. Nie pozostawiono dowolności, swobody, która panowała wcześniej. Analizując nowe prawne wymagania, musieliśmy podjąć taką, a nie inną decyzję. Inne kierunki spełniały owe kryteria lub trzeba było najwyżej zatrudnić jedną osobę, wzmocnić kierunek, ale w przypadku bibliotekoznawstwa nie widzieliśmy szansy, aby uzupełnić kadre w krótkim czasie.

Redakcja Wiadomości: *Jak widzi Pan Rektor uczestnictwo nowego Uniwersytetu w Uniwersyteckiej Komisji Akredytacyjnej? Czy widzi Pan potrzebę poddania się ich ocenie, chociaż wiemy, że poza prestiżowym certyfikatem jakości nauczania, decyzje UKA nie rodzą żadnych skutków prawnych?*

JM Rektor: Tak, w istocie Uniwersytecka Komisja Akredytacyjna ma bardziej znaczenie prestiżowe niż prawne. Nie ma umocowania prawnego i orzeczenia tej Komisji mają tylko wymiar moralny. Oczywiście, że chętnie się włączymy, zresztą o taką akredytację uniwersytecką zabiegamy. Może się ubiegać o nią Instytut Historii, czy nasza pedagogika... Chcę również powiedzieć, że nasi pracownicy, profesorowie uczestniczą w tych uniwersyteckich zespołach oceniających. Każda forma współpracy czy poddania się weryfikacji jest dla Rektora pomocna. To dobrze, że przyjeżdża zespół oceniający PAK-i, to dobrze, że przyjeździe

inna komisja, bo to pozwoli nam ukierunkować nasz rozwój. Efekty dziesięciu dotychczasowych spotkań z Państwową Komisją Akredytacyjną oceniam bardzo pozytywnie, bo okazały się pomocne. Podziwiałem umiejętności członków komisji znajdowania słabych stron naszej działalności w tak krótkim okresie pobytu na Uczelni. Bo przecież każda uczelnia stara się swoje minusy ukrywać, a eksponować to, co dobre. Na szczęście zawsze z dużą życzliwością podchodzono do tych spraw i wskazywano nam kierunek zmian.

Redakcja Wiadomości: *Czy władze Bydgoszczy odnoszą się życzliwie do potrzeb rozwijającej się Uczelni? Czy z czasem powstanie prawdziwe miasteczko akademickie, obejmujące tereny od ul. Chodkiewicza do Al. Ossolińskich?*

JM Rektor: Plany miasta są bardzo ambitne, bo zarezerwowany jest obszar pod budowę przyszłego Uniwersytetu w Bydgoszczy w kwartale ulic Chodkiewicza, Sułkowskiego, Kamiennej i Gdańskiej. Ale to są tylko plany. Na realizację tych planów, jak Państwo wiecie, pieniędzy nie ma i zapewne wiele dziesiątek lat nie będzie. Plany można tworzyć, zapisywać w postaci uchwał, ale należy je potem realizować. W tym przypadku nie widzę takiej możliwości. Natomiast pewien campus kształtuje się w najbliższym rejonie, rejonie Pl. Waysenhoffa, Chodkiewicza 30, Sowkamui i dużego obszaru przy Bazylice. Naprzeciwko mieści się nasza poligrafia i jeden z domów studenckich. Tuż obok są nasze obiekty sportowe. W pobliżu na ul. Łużyckiej znajdują się nasze dwa akademiki. Ten campus, czy miasteczko akademickie powstaje samo, jakby siłą rzeczy. Niedawno kupiliśmy jeden z budynków na Al. Ossolińskich, powoli więc tworzy się zespół główny Uczelni. Użytkaliśmy także budynek Zespołu Szkół Copicanicum, a więc wydaje się, że to w tym rejonie utworzy się coś na kształt miasteczka akademickiego. Oczywiście, pozostaną też inne obiekty, mam na myśli ul. Jagiellońską, Grabową, Przemysławą, Mińską, Staffa – gdzie znajduje się Instytut Psychologii. Tam również są dość dobre warunki do prowadzenia dydaktyki.

Redakcja Wiadomości: *W ostatnich czasach słyzy się o drugim Uniwersytecie w Bydgoszczy, o Uniwersytecie Technologicznym, w jaki może przekształcić się Akademia Techniczno-Rolnicza. Jak Pan Rektor postrzega współpracę z jednym i ewentualnie drugim Uniwersyteciem?*

JM Rektor: Nasze kontakty uczelni bydgoskich są bardzo poprawne, przynajmniej tak się dzieje na szczeblu rektorskim. Uznajemy prawo i dążenia Akademii Techniczno-Rolniczej i będziemy im kibicowali, tak jak oni nam. Wszystkie Uczelnie w regionie popierały nasze starania o przekształcenie się w Uniwer-

sytet, ATR również. Co prawda wybrali własną drogę, ale my to szanujemy. Nowa ustawa daje im gwarancję, że właściwie automatycznie przekształcą się w Uniwersytet Technologiczny i będziemy im tego szczerze gratulowali, tak jak Senat Akademii Techniczno-Rolniczej podjął specjalną uchwałę z gratulacjami dla naszego Uniwersytetu, co dobrze świadczy o całym naszym środowisku. Poza tym powstanie w nowym prawie o szkolnictwie wyższym możliwość utworzenia struktur federacyjnych, co pozwoli nam stworzyć pewną sformalizowaną wspólnotę uczelni, która koordynowałaby działalność wszystkich uczelni bydgoskich, toruńskich i włocławskich. Można by zawiązać taką federację całego regionu. Nie wiem, jak to będzie wyglądało w przyszłości, ale jestem za tym, aby wejść w ramy takiej struktury, wtedy łatwiej nam będzie współpracować ze sobą, nie będziemy musieli wyważać często „otwartych” drzwi, tworzyć konkurencyjnych kierunków, będziemy się wzajemnie uzupełniać, pomagać, udostępniać bazę laboratoryjną...

Redakcja Wiadomości: Kiedy planuje się uroczystą inaugurację pierwszego roku akademickiego w dziejach nowego Uniwersytetu? Czy planujecie Państwo coś wyjątkowego?

JM Rektor: Tak, podzielimy obchody na pewne fragmenty. Pierwszy taki akt będzie miał miejsce 1 września 2005 r. Będzie uroczyste odsłonięcie tablicy z napisem Uniwersytet Kazimierza Wielkiego. Prawdopodobnie w tym dniu dostaniemy w darze sztandar Uniwersytetu od władz miasta, na pewno odbędzie się też jego poświęcenie. Będziemy chcieli oprawić tę uroczystość muzycznie – w czym weźmie udział Orkiestra Pomorskiego Okręgu Wojskowego i nasz chór akademicki. Oczywiście, zaprosimy liczne środowisko z miasta i okolic. Potem odbędzie się inauguracja roku akademickiego. Scenariusz tej inauguracji jest ustalony, tradycyjny. Nie sądzę, aby wiele różniła się pod względem formy od poprzednich inauguracji. Liczę na to, że Pan Prezydent Aleksander Kwaśniewski przyjedzie na inaugurację roku akademickiego w najmłodszym uniwersytecie polskim. Kiedy 13 maja przekazywałem mu zaproszenie, powiedział: „to dobry pomysł”. Zapytał też, czy mamy ustaloną datę. Powiedziałem, że dostosujemy się do kalendarza Pana Prezydenta.. Tak więc, w tej chwili nie mogę jeszcze podać daty, ponieważ trwają uzgodnienia... Chcemy także, ale w innym dniu zorganizować koncert, na którym studenci naszej Uczelni zaprezentują się miastu.

Redakcja Wiadomości: Zbliżamy się do końca naszej interesującej rozmowy. Czy zechciałby Pan Rektor dodać coś jeszcze do swoich wypowiedzi, może kilka osobistych słów do Czytelników Wiadomości Akademickich?

JM Rektor: Przede wszystkim chcę podzię-

kować za gratulacje, za to, że środowisko naukowe Bydgoszczy, wszystkich uczelni bydgoskich, toruńskich i włocławskich z dużą sympatią przyjmują fakt powołania drugiego Uniwersytetu w regionie. Jest on mniejszy od Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, ale kiedyś trzeba zacząć... Nie od razu Kraków zbudowano. Przypominam sobie rozmowy z Panią Rektor, prof. Danutą Miścicką-Śliwką, która analizowała możliwość współpracy czy podjęcia rozmów dotyczących połączenia Akademii Medycznej z Akademią Bydgoską. Rozumiem, że możliwości bardziej komplementarnego połączenia z UMK okazały się większe i bardziej korzystne dla środowiska medycznego. Życzę Państwu, żebyście w tej strukturze Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, w tej znakomitej firmie, czuli się dobrze, tym bardziej, że stając się jego częścią, wesłicie we wszystkie międzynarodowe, wcześniej sformalizowane przez UMK porozumienia. To duża korzyść dla nauki, rozwoju medycyny i studentów. Jesteśmy sąsiadami, którzy nigdy się nie pokłócili, a bardzo dobrze ze sobą współpracowali. I tak będzie dalej, jestem o tym przekonany!

Redakcja Wiadomości: Jeszcze raz serdecznie dziękujemy za rozmowę, gratulując ogromnego sukcesu.

Ze strony „Wiadomości Akademickich” rozmowę prowadzili: Sekretarz Redakcji - mgr Monika Kubiak, Redaktor Naczelny - dr Krzysztof Nierzwicki oraz Przewodniczący Rady Programowej - prof. dr hab. Zbigniew Wolski



Prof. dr hab. Adam Marcinkowski urodził się 24 grudnia 1942 roku w Bydgoszczy. Absolwent Wojskowej Akademii Politycznej, doktoryzował się w 1980 r. w Wojskowym Instytucie Historycznym, rozprawę habilitacyjną obronił w Akademii Sztabu Generalnego w 1985 r., na stanowisko prof. nadzw. od 1996 r., tytuł profesora otrzymał w 1999 r.. Przez wiele lat, kolejno jako asystent, adiunkt i docent, pracował w Wojskowym Instytucie Historycznym, kierował m.in. Zakładem Najnowszej Historii Wojskowej i Katedrą Nauk Humanistycznych w Wyższej Szkole Oficerskiej im. gen. J. Bema w Toruniu, był także dyrektorem Instytutu Studiów Edukacyjnych i kierownikiem Katedry Edukacji Obronnej w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy. Historyk, specjalizuje się w historii najnowszej i politologii, zwłaszcza w historii Układu Warszawskiego i Organizacji Traktatu Północnoatlantyckiego, powojennych dziejach Wojska Polskiego, stalinizmie w Wojsku Polskim, problemach międzynarodowego bezpieczeństwa i rozbrojenia oraz humanistycznym kształceniu oficerów Wojska Polskiego. Autor około 150. publikacji, w tym trzech książek, współautor ośmiu innych pozycji zwartych i redaktor czterech wydań zbiorowych. Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

*Współcześni uczeni polscy
T. 3. M-R, red. nauk. Janusz Kapuścik.
Warszawa: Ośrodek Przetwarzania
Informacji, 2000.*

V Toruński Festiwal Nauki i Sztuki

Monika Kubiak

W dniach 21-24 kwietnia 2005 roku odbył się 5 Toruński Festiwal Nauki i Sztuki. Organizatorzy Festiwalu: Uniwersytet Mikołaja Kopernika (wraz z Collegium Medicum w Bydgoszczy), Urząd Miasta Torunia oraz Towarzystwo Naukowe w Toruniu po raz kolejny wystąpili przed mieszkańcami Torunia i regionu, popularyzując wszelkie aspekty nauki i sztuki. Aktywny udział w spotkaniach wzięli nie tylko pracownicy uczelni, ale także przedstawiciele rozmaitych firm i instytucji, prezentując stosowane u siebie osiągnięcia naukowe i przejawy życia artystycznego. To ich udział wyróżnia toruński Festiwal od podobnych przedsięwzięć organizowanych w innych ośrodkach akademickich.

W ciągu czterech dni przedstawiono osiągnięcia kilkudziesięciu dyscyplin naukowych i sztuk pięknych. Wszyscy zainteresowani V Toruńskim Festiwalem Nauki i Sztuki mieszkańcy miasta i regionu mieli wyjątkową okazję spotkać się oko w oko z prawdziwą nauką i sztuką, a także poznać od tzw. „kuchni” miejsca na co dzień niedostępne - laboratoria naukowe, warsztaty pracy uczonych i artystów, co ułatwiło im poznanie naukowego punktu widzenia na wiele problemów i zjawisk życia codziennego. Z ramienia Collegium Medicum im. Ludwika

Rydygiera w Bydgoszczy na Festiwalu zaprezentowali się z wykładami: prof. dr hab. Mięczysława Czerwionka-Szaflarska, dr Wojciech Szczęśny, dr Marcin Woźniak, dr hab. Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska oraz dr hab. Alina Borkowska. Dniem „medycznym” był 23 kwietnia 2005 roku. Wszystkie wystąpienia miały miejsce w siedzibie Towarzystwa Naukowego na ul. Wysokiej 16 w Toruniu, w Sali Kolumnowej.

Pierwszy (10:00-11:00) zaprezentował się dr Wojciech Szczęśny, starszy wykładowca z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej z wykładem „Od kamiennego ostrza do laparoskopu, czyli krótka historia chirurgii”.

„Nazwa chirurgia pochodzi od greckich słów cheir (ręka) i ergos (działam). Oznacza więc działanie i leczenie za pomocą ręki innego człowieka. Nie wiadomo kiedy powstała chirurgia. Jednak w prehistorycznych grobach znajdowano czaszki z otworami trepanacyjnymi, które nosiły ślady zgojenia. Oznacza to, że ktoś nie tylko wykonał zabieg, ale też pacjent przeżył i ktoś się nim opiekował po operacji. Egipskie papirusy czy starożytne księgi indyjskie czy perskie pełne są opisów chorób i sposobów leczenia. Hipokrates - ojciec medycyny w swych pracach wiele uwagi poświęcał leczeniu ran. Bo i też właśnie chirurgia „leczy rany i zadaje rany aby leczyć”. Odkopane przez archeologów narzędzia chirurgiczne i opisy zabiegów w antycznej Grecji czy Rzymie budzą do dziś podziw i zdumienie. Jednak prawdziwy rozwój chirurgii mógł zaistnieć dopiero po dwóch wielkich wydarzeniach. Było to odkrycie bakterii jako przyczyny zakażeń oraz wprowadzenie środków znieczulających. Na przełomie XIX i XX wieku nóż chirurga

dotknął już wszystkich narządów, łącznie z mózgiem. Paradoksalnie dwie wojny światowe przyczyniły się do dalszego wspaniałego rozwoju tej dziedziny medycyny. Odkrycie antybiotyków i wprowadzenie nowych materiałów syntetycznych otworzyło drogę do przeszczepiania narządów. Nowe zdobycze anestezjologii i oddziały intensywnej opieki medycznej pozwoliły pokonać ostatecznie ograniczenia w chirurgii. Pod koniec XX wieku nastąpił jeden z największych przełomów. Na sale operacyjne wkroczyła laparoscopia. Wielkie cięcie już nie oznaczało wielkiego zabiegu. Najwięksi chirurdzy operują odąd „małoinwazyjnie”. Laparoskop dociera już prawie wszędzie. Połączenie zdobyczy wielu wieków chirurgii z najnowszymi zdobyczami techniki przyniosło wspaniały efekt. Kierunek rozwoju chirurgii w XXI wieku jest już ustalony. To operacje wcześniej wykrytych i mało zaawansowanych chorób za pomocą technik, które nie pozostawiają śladów. Jedno pozostało: ręka chirurga.”

Jako kolejna (11:15-12:15) wystąpiła dr hab. Grażyna Malukiewicz-Wiśniewska z Katedry i Kliniki Chorób Oczu z wykładem „Przypadkowe odkrycia w okulistyce”. „Celem wykładu było zaprezentowanie nieoczekiwanych i niezwykłych okoliczności towarzyszących pewnym przełomowym odkryciom w okulistyce, które w zasadniczy sposób wpłynęły na postęp w tej dziedzinie - od czasów najdawniejszych do chwili obecnej. Przypadek sprawił, że ok. 400 lat p.n.e. hinduski okulista Susruta zapoczątkował technikę operacji zaćmy, która była potem powszechnie stosowana przez ponad 2 tys. lat. Nieoczekiwane zdarzenie doprowadziło do tego, że w połowie XVIII w. francuski okulista Jaques



Jeden z wykładów 5 Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki

V Tor
Fest
Na
i Sz

Daviel opracował metodę zewnątrztorbowego wydobycia łączy. Wynikiem pewnych zbiegów okoliczności był też początek ery implantów wewnątrzgałkowych. Przygodkowe zdarzenie zapoczątkowało technikę kriekstrakcji wprowadzoną w 1960 r. przez Tadeusza Krwawicza. Nieoczekiwane okoliczności zainicjowały także kolejny wielki przełom w chirurgii okulistycznej - wprowadzenie w 1967 r. przez Charlesa Kelmana fakoemulsyfikacji."

Nieco później tego samego dnia, od 12:30 do 13:30, dr Marcin Woźniak z Katedry Medycyny Sądowej, Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej prowadził wykład poświęcony „Przeszłości zapisanej w DNA, genetycznemu rodowodowi naszego gatunku”. „Według aktualnie przyjętej teorii ewolucji naszego gatunku wszyscy ludzie na Ziemi wywodzą się z Afryki. Nasi dalecy przodkowie kilkadziesiąt tysięcy lat temu opuścili ten kontynent i rozprzestrzenili się po całym świecie, docierając do Europy, Azji i dalej, do obu Ameryk. Pierwsi wędrowcy, którzy przybywali do Europy, a także każda kolejna fala przybyszów, przynosili ze sobą charakterystyczne typy cząsteczek DNA, które przekazali nam, swoim potomkom. Polska, kraj leżący w centrum kontynentu, na granicy Wschodu i Zachodu, na trasie wielu wędrówek i szlaków handlowych, stanowi interesujący obszar badań dla naukowców zajmujących się analizą pokrewieństwa pomiędzy różnymi grupami ludzkimi. Mimo znacznego postępu w tych badaniach nasza genetyczna przeszłość nadal kryje wiele tajemnic. Czy i jak bardzo spokrewnione są ze sobą narody zamieszkujące Europę? Czy wydarzenia historyczne, izolacja kulturowa, odmienne języki

sąsiadujących ze sobą ludów wpływają na ich wzajemne genetyczne pokrewieństwo? Jak na tle innych ludów Europy kształtuje się populacja zamieszkująca teren Polski? Czy jesteśmy bardziej podobni do Niemców czy do Rosjan?"

Następna (13:45-14:45) pojawiła się dr hab. Alina Borkowska, kierownik Zakładu Neuropsychologii Klinicznej z wykładem „Skąd twój mózg wie, kim jesteś? Najnowsze badania neurobiologiczne nad pamięcią operacyjną”. „Pamięć operacyjna, czyli możliwość utrzymania w pamięci krótkotrwałej informacji oraz wykorzystywaniem ich w bieżącej sytuacji są w ostatnim okresie w centrum zainteresowania badaczy zajmujących się badaniami możliwości ludzkiego umysłu oraz świadomości. Okazuje się, że bez niej nie moglibyśmy zaadaptować się do zmieniających się warunków otoczenia, a nawet poprawnie reagować w bieżących sytuacjach. Ponadto pamięć operacyjna i jej związek z pamięcią epizodyczną jest związana ze świadomością naszego istnienia oraz wiedzą kim jesteśmy. Pamięć operacyjna związana jest z czynnością grzbietowo-bocznych części kory przedczołowej, która to struktura mózgu jest najważniejsza dla integracji złożonych czynności psychicznych i stanowi najwyższe piętro osi stresowej. Zaburzenia czynności kory przedczołowej są również związane z ryzykiem wystąpienia chorób psychicznych, takich jak schizofrenia i choroba afektywna dwubiegunowa i występują wiele lat przed zachorowaniem. Są też obecne u zdrowych krewnych chorych na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową. Największe nasilenie osiągają u tych krewnych, u których schizofrenia występuje rodzinnie. Zaburzenia te mogą

pełnić rolę markera endofenotypowego dla badań genetyczno-molekularnych. W ostatnich latach wykazano związek polimorfizmu genu katechol-O-metylotransferazy (COMT) ze sprawnością funkcji poznawczych u chorych na schizofrenię oraz związek polimorfizmu genu BDNF ze sprawnością funkcji poznawczych w chorobie afektywnej dwubiegunowej."

Wykłady z medycyny mocnym akcentem zakończyła prof. dr hab. Mięczysława Czerwionka-Szaflarska, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, która wystąpiła (15:00-16:00) z wykładem „Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy”.

„Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy należy do częstych chorób przewodu pokarmowego, występujących zarówno u dorosłych jak i u dzieci i młodzieży. Chorobę wrzodową definiujemy jako zespół objawów klinicznych związanych z występowaniem przewlekłego, pierwotnego owrzodzenia trawiennego żołądka i/lub dwunastnicy, który jest ubytkiem w obrębie błony śluzowej, warstwy podśluzowej, a nawet mięśniowej, czego efektem może być ból, krwawienie, a nawet pęknięcie ściany żołądka lub dwunastnicy. Do owrzodzenia dochodzi wówczas, kiedy następuje zaburzenie równowagi pomiędzy czynnikami obrony a czynnikami agresji działającymi na śluzówkę."

Wszystkie spotkania z medycyną cieszyły się sporym zainteresowaniem uczestników 5 Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki i przyniosły satysfakcję zarówno prowadzącym, jak i słuchaczom. Mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej oraz Sekretarzem Redakcji „Wiadomości Akademickich”.

uński
iwal
uki
tuuki



Uczestnicy 5 Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki

Sprawozdanie z pracy Dziekana i Rady Wydziału Lekarskiego od września 2002 r. do czerwca 2005 r.



prof. dr hab. Gerard Drewa

W okresie kadencji:

- **powołano nowe jednostki:**
 - Katedrę Lingwistyki Stosowanej,
 - Zakład Ekologii i Ochrony Środowiska,
- **kilkakrotnie modyfikowano program nauczania dostosowując go do standardów nauczania dla kierunku biotechnologia (określonych w Rozporządzeniu MENiS, z 18.04.2002 r.) i dla kierunku lekarskiego (określonych w Rozporządzeniu MENiS z 18.08.2004 r.),**

W okresie kadencji odbyło się 50 posiedzeń Rady Wydziału, w tym 13 kolokwium habilitacyjnych. Rada Wydziału podjęła 1623 uchwały w sprawie stopni naukowych i tytułu naukowego oraz 642 uchwały w sprawie zmian programowych, zatrudnień i innych.

Na podstawie materiałów przygotowanych przez Komisję Programową 26 czerwca 2003 roku Rada Wydziału Lekarskiego podjęła uchwały w sprawie zatwierdzenia :

- **Misji Wydziału Lekarskiego** (Uchwała nr 969/2003),
- **Celu kształcenia oraz Profilu (Sylwetki) Absolwenta Wydziału Lekarskiego** (Uchwała nr 970/2003),
- **Wykazu Umiejętności Praktycznych Absolwenta Kierunku Lekarskiego** (Uchwała nr 971/2003),
- **Wydział otrzymał uprawnienia do prowadzenia studiów magisterskich na kierunku biotechnologia** (DSW-2-A9/4002/120/2004 z dn. 2004-08-05).

Na Wydziale Lekarskim istnieją dwa kierunki studiów :

- **kierunek lekarski (od 1985 roku)**
- **kierunek biotechnologia:**
 - 3-letnie studia licencjackie (od 2001 roku),
 - 2-letnie studia magisterskie (od 2004 roku).

Władze dziekańskie:

- **Dziekan: prof. dr hab. Gerard Drewa**
- **Prodziekani:**
 - Prof. dr hab. Marcin Dramiński
 - Dr hab. Barbara Książkiewicz, prof. UMK
 - Dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK

W skład Rady Wydziału Lekarskiego wchodzi 49 członków (stan na 30.06.2005 r.), w tym:

- 22 profesorów,
- 22 dr hab. (20 prof. UMK, 2 adiunktów),
- 1 dr. prof. UMK (obcokrajowiec),
- 3 przedstawicieli pozostałych nauczycieli akademickich,
- 1 student.

- **dokonano oceny nauczycieli akademickich za okres 1999-2002,**
- **oceniono aktywność naukową wydziału udokumentowaną publikacjami,**
- **wydział przygotował dokumenty dla komisji akredytacyjnych:**
 - na kierunku lekarskim dla KAUM i PKA,
 - na kierunku biotechnologia dla PKA ,
- **wprowadzono i zaktualizowano system punktacji ECTS,**
- **wprowadzono wykłady fakultatywne.**

Skład osobowy Rady Wydziału Lekarskiego czerwiec 2005 r.:

1. Dr hab. Lech Anisimowicz, prof. UMK
2. Prof. dr hab. Aleksander Araszkiewicz
3. Prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska
4. Dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK
5. Prof. zw. dr hab. Jan Domaniewski
6. Prof. dr hab. Marcin Dramiński
7. Prof. dr hab. Gerard Drewa
8. Dr hab. Andrzej Dziedziczko, prof. UMK
9. Dr hab. Zenon Grabarczyk, prof. UMK
10. Dr hab. Alina Grzanka, prof. UMK
11. Prof. dr hab. Waldemar Halota
12. Dr hab. Olga Haus, prof. UMK
13. Dr hab. Marek Jackowski
14. Prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
15. Dr hab. Roman Junik, prof. UMK
16. Prof. dr hab. Józef Kałużny

17. Dr hab. Piotr Kamiński, prof. UMK
18. Prof. dr hab. Heliodor Kasprzak
19. Prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak
20. Prof. dr hab. Józef Kędziora
21. Dr hab. Janusz Kowalewski, prof. UMK
22. Dr hab. Jacek Kruczyński, prof. UMK
23. Dr hab. Barbara Książkiewicz, prof. UMK
24. Dr hab. Jacek Kubica, prof. UMK
25. Dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK
26. Prof. dr hab. Władysław Lasek
27. Dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK
28. Prof. dr hab. Jacek Maniutis
29. Prof. dr hab. Roman Mazur
30. Prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwka
31. Dr hab. Stanisław Molski, prof. UMK
32. Prof. dr hab. Waldemar Placek

33. Dr hab. Andrzej Prokurat, prof. UMK
34. Dr hab. Dariusz Soszyński, prof. UMK
35. Prof. dr hab. Leszek Szadujkis-Szadurski
36. Prof. dr hab. Wiesław Szymański
37. Prof. dr hab. Karol Śliwka
38. Dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK
39. Dr hab. Zbigniew Włodarczyk
40. Prof. dr hab. Zbigniew Wolski
41. Dr hab. Marek Wójcik, prof. UMK
42. Prof. dr hab. Mariusz Wysocki
43. Prof. dr hab. Małgorzata Zdzienicka
44. Dr hab. Andrzej Zieliński, prof. UMK
45. Dr Jerzy Trojan, prof. UMK
46. Dr Witold Hrynciewicz
47. Dr Dorota Olszewska-Ślonina
48. Dr Stanisław Skublicki
49. Stud. Piotr Sawicki

W skład Wydziału wchodzi 45 jednostek:

26 katedr i klinik, 1 klinika, 16 katedr z 18 zakładami, 1 katedra, 1 zakład.

Zatrudnienie nauczycieli akademickich z podziałem na stanowiska przedstawia się następująco*:

- profesorowie zwyczajni - 17 osób
- profesorowie nadzwyczajni, w tym z tytułem profesora - 5 osób, ze stopniem dr hab. - 20 osób
- adiunkci ze stopniem dr hab. - 2 osoby
- adiunkci - 71 osób
- asystenci - 104 osoby
- starsi wykładowcy - 54 osób
- wykładowcy - 10 osób
- lektorzy - 2 osoby

* W okresie sprawozdawczym przyjęto siedmiu nowych samodzielnych pracowników naukowych. Pracownicy nie będący nauczycielami akademickimi:

- pracownicy naukowo-techniczni - 28 osób
- pracownicy inżynieryjno-techniczni - 30 osób
- pracownicy administracyjni - 21 osób
- obsługa - 13 osób

* W okresie od września 2002 r. do 1.06.2005 r. Rada Wydziału Lekarskiego nadała 129 stopni naukowych doktora nauk medycznych, w tym 37 w zakresie biologii medycznej (29.06.br. planowane nadanie stopni doktora dalszym 14 osobom).

2002/2003 – 38 (w tym 8 biol. med.),
2003/2004 – 50 (w tym 17 biol. med.),
2004/2005 – 41 (w tym 12 biol. med.)
– do 1.06.2005 r. + 14 planowanych na posiedzeniu RW w dn. 29.06.br.

W przypadku trzech osób podjęto negatywne uchwały w sprawie nadania stopnia naukowego doktora.

Od września 2002 roku Rada Wydziału nadała 9 stopni naukowych dr habilitowanego nauk medycznych; dalsze 4 przewody habilitacyjne są w toku. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał pięciu osobom tytuł naukowy profesora nauk medycznych, a Rada Wydziału wszczyła dalsze cztery postępowania o nadanie tytułu.

Tytuł honorowy doctor honoris causa nadano trzem osobom za wybitne osiągnięcia dla Uczelni /prof. Lars Norgren, Jan Domaniewski, Adam Bilikiewicz/.

Studia doktoranckie:

- wg stanu na 31.12.2002 r. – 58 osób
- wg stanu na 31.12.2003 r. – 94 osób
- wg stanu na 31.12.2004 r. – 82 osoby

Od 2001 roku Dział Nauki i Współpracy z Zagranicą prowadził ocenę parametryczną jednostek statutowych, w tym Wydziału Lekarskiego. Wyniki tej analizy zmobilizowały wiele jednostek Wydziału do intensywniejszej pracy naukowej.

W roku 2004 pięć, a w 2005 r. już tylko trzy jednostki z powodu małej aktywności naukowej znalazły się poza kategorią, 12 jednostek znalazło się w V kategorii, 20 jednostek otrzymało IV kategorię, 6 jednostek III kategorię, a jedna pierwszą.

Aktywność naukowa Wydziału wyrażana liczbą publikacji, doniesieniami i zjazdowymi i punktami KBN i IF w latach 2002-2004.

Łączna wartość punktacji KBN:

2002	2003	2004
1459,50	1665,50	1828,00

Łączna wartość IF:

110,629	94,241	135,283
---------	--------	---------

Liczba prac z punktacją KBN:

289	383	445
-----	-----	-----

Liczba prac z punktacją IF:

47	33	33
----	----	----

Liczba prac wg charakterystyki formalnej:**Polskie referaty zjazdowe:**

56	28	45
----	----	----

Polskie streszczenia:

268	228	206
-----	-----	-----

Zagraniczne referaty zjazdowe:

6	8	4
---	---	---

Zagraniczne streszczenia:

87	75	91
----	----	----

Wiodącymi kierunkami badań naukowych

(głównie statutowych) są:

- choroby nowotworowe,
- urazy i ich następstwa dla organizmu,
- choroby układu krążenia,
- choroby alergiczne,
- uzależnienie alkoholowe, nikotynowe i lekowe,
- ochrona zdrowia matki, dziecka i rodziny,
- biologia molekularna.

Liczba zrealizowanych prac naukowych w ramach badań naukowych, statutowych i własnych w latach 2002-2004.

Rok**Badania**

	statutowe	własne
2002	92	96
2003	125	82
2004	95	96

Ocena nauczycieli akademickich:

- W 2004 roku Komisja Wydziałowa oceniła 161 nauczycieli akademickich za okres pracy w latach 1999-2002. Ocenie podlegała zarówno praca naukowa, dydaktyczna jak i organizacyjna. Ocenę A /wysoką/ otrzymało 49 nauczycieli, ocenę B /ponad przeciętną/ - 56, a ocenę C /przeciętną/ - 45, zaś ocenę D /poniżej przeciętnej/ - 9 nauczycieli. Dwóch adiunktów otrzymało ocenę E /niską - negatywną/.
- Zespół dziekanów wizytował zajęcia w klinikach i zakładach nauk podstawowych. Oceniano punktualność prowadzenia zajęć, stosowane metody dydaktyczne etc. Zajęcia kontrolowane przez dziekanów nie podlegały ocenie merytorycznej.
- Ocenę nauczycieli akademickich poza Komisją Wydziałową prowadzili również studenci.
- 74 nauczycieli akademickich z Wydziału Lekarskiego przeszkolono na kursach pedagogiczno-etycznych prowadzonych przez Zakład Dydaktyki.

Akredytacja:

- W sierpniu 2004 roku kierunek biotechnologia otrzymał zgodę na prowadzenie 2-letnich studiów magisterskich.
- W maju 2005 r. PKA pod przewodnictwem prof. dr hab. Huberta Wanyury przeprowadziła kontrolę na kierunku lekarskim. Akredytacja wypadła pomyślnie.

Przygotowano i wysłano także dokumenty do Komisji Akredytacyjnej KAUM (kierunek lekarski) i PKA (kierunek biotechnologia).

Ogólna liczba studentów wynosi 1020 w tym na kierunku lekarskim 829, a na kierunku biotechnologia 191.

Studia indywidualne:

Uzdolnieni studenci ze średnią oceną za poprzedni rok studiów 4,5 oraz pracujący aktywnie w kołach naukowych mogą kształcić się wg indywidualnego toku studiów, natomiast studenci kontynuujący naukę na dwóch kierunkach i wychowujący dzieci według indywidualnej organizacji zajęć.

Indywidualna organizacja zajęć:

	2002	3	8
2003	7	18	
2004	10	20	

Studenckie Koła Naukowe:

Aktywność naukowa studentów znacznie się zwiększyła. Wielu studentów Wydziału uczestniczy w zjazdach naukowych Studenckich Kół Naukowych

Liczba studentów w kołach naukowych:

	2002	19	93
2003	22	108	
2004	27	182	

Stypendia w 2004 roku :

W roku akademickim 2004/2005 Minister Zdrowia przyznał 2 stypendia naukowe.

Wydziałowa Komisja Stypendialna przyznała :

- 35 stypendiów naukowych,
- 131 stypendiów socjalnych.

System punktacji ECTS:

Utworzono system punktacji ECTS umożliwiający studiowanie na wydziałach lekarskich innych uczelni medycznych również zagranicą, jak i na przyjmowanie studentów obcokrajowców. Rada Wydziału dwukrotnie aktualizowała punkty ECTS.

Liczba studentów												
Rok	Rok I		Rok II		Rok III		Rok IV		Rok V		Rok VI	
	dz.	w.	dz.	w.	dz.	w.	dz.	w.	dz.	w.	dz.	w.
kierunek lekarski												
2002/03	121	48	127	19	100	21	120	20	133	70	115	34
2003/04	117	45	119	26	119	15	105	20	115	26	132	61
2004/05	120	29	122	30	111	22	120	19	103	17	111	25
kierunek biotechnologia licencjat												
2002/03	51	16	47	9								
2003/04	43	14	41	14	45	4						
2004/05	39	28	36	11	36	13						
kierunek biotechnologia 2-letnie magisterskie												
2004/05	13	15										

Wyróżnienia:

- Studenci II roku kierunku lekarskiego zajęli w 2004 r. III miejsce, a w 2005 roku II miejsce w ogólnopolskim konkursie biochemicznym „Superhelisa”,
 - Studenci I roku kierunku lekarskiego zajęli w 2004 r. I miejsce w ogólnopolskim konkursie anatomicznym „Scapula Aurea”,
 - Student V roku kierunku lekarskiego Krzysztof Czyżewski otrzymał I nagrodę i tytuł „Primus Academicus” w konkursie organizowanym przez Gazetę Wyborczą.

Wykłady fakultatywne:

Rada Wydziału podjęła kilka uchwał w sprawie wykładów fakultatywnych.

Wykłady fakultatywne skupiają się:

- na kierunku lekarskim wokół czterech głównych linii tematycznych
- I. Nowoczesne metody diagnostyczne
- II. Nauki kliniczne i medycyna rodzinna
- III. Medycyna paliatywna
- IV. Zagadnienia prawno-ekonomiczne w ochronie zdrowia w Polsce i w UE

W chwili obecnej studentom umożliwia się wybór trzech z 17 tematów, w tym dwa w języku angielskim.

- na kierunku biotechnologia – studia licencjackie, studenci mają możliwość wyboru tematu z 7 tematów,
- na kierunku biotechnologia – studia magisterskie uzupełniające, studenci mają możliwość wyboru czterech z 15 tematów.

Zmiany w programie nauczania:

- Zmiany programowe wprowadzono na wielu posiedzeniach Rad Wydziału. Przed wprowadzeniem zmian uzgadniano je z Samorządem Studenckim i Komisją Programową.
- Największe zmiany programowe wprowadzono na Radach Wydziału we wrześniu 2004 r. po ukazaniu się Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu (18 sierpnia 2004 Dz.U.Nr 194)
- Dostosowano liczbę godzin oraz nazwy i treści przedmiotów do wymaganego minimum programowego. Przyjęto proporcję godzin wykładowych i seminarijnych w stosunku do liczby godzin ćwiczeń jak 1 : 2.
- Komisje Programowe oraz Samorząd Studencki odbyły 15 spotkań roboczych nad modernizacją programu.

Podsumowując, pięć jednostek Wydziału nie posiada samodzielnych pracowników naukowych, a funkcję kierowników pełnią adiunkci. Zespół nauczycieli akademickich Wydziału Lekarskiego jest dobrze przygotowany do szkolenia studentów. Sale ćwiczeniowe, seminarijne i wykładowe są dobrze wyposażone w środki multimedialne.

Prof. dr hab. Gerard Drewa jest Dziekanem Wydziału Lekarskiego w kadencji 2002-2005, a jednocześnie kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii Medycznej.

**Zbigniew Wolski**

Specjalizuje się w urologii onkologicznej, urologii rekonstrukcyjnej, endourologii i badaniach doświadczalnych hodowli komórkowych i apoptozy.

Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi, który ukończył w 1970 roku. Prace doktorską zatytułowaną „Przezpęcherzowe wyluszczenie gruczolaka stercza z zaopatrzeniem loży zmodyfikowanym sposobem” obronił na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w 1984 roku. Tamże w 1994 roku obronił rozprawę habilitacyjną „Poszerzenie moczowodu izolowaną pętlą jelita cienkiego pozbawioną błony śluzowej. Badania doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne”. Uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej (1975) oraz urologii (1978).

W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje od 1994 roku jako kierownik Katedry i Kliniki Urologii (od 1996 roku na stanowisku profesora nadzwyczajnego). W latach 1996-1999 oraz 1999-2002 był Przewodniczącym ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego. Był również Przewodniczącym Komisji Senackiej ds. Klinicznych oraz członkiem Komisji Dziekańskiej ds. oceny nauczycieli akademickich.

Począwszy od 1995 roku jest konsultantem urologii województwa kujawsko-pomorskiego. W międzyczasie jako visiting profesor odwiedzał m.in. Instytut Medyczny w Wilnie, Dalhousie University w Halifax, Szpital Królowej Elżbiety w Rotorua na Nowej Zelandii, Klinikę Urologii Szpitala Mondor w Paryżu i Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku.

W kręgu jego zainteresowań mieści się: urologia onkologiczna, urologia rekonstrukcyjna, endourologia oraz badania doświadczalne hodowli komórkowych i apoptozy. Opracował własną metodę wycięcia pęcherza moczowego i wytworzenia zastępczego pęcherza jelitowego u kobiet, własną metodę leczenia endoskopowego przetok pęcherzowo-pochwowych oraz metodę poszerzania moczowodu na całej długości izolowaną pętlą jelita pozbawioną błony śluzowej, a także wprowadził do leczenia raka stercza brachyterapię HDR. W latach 1996-2005 opublikował 83 prace (w tym 60 prac punktowanych przez KBN i 5 z czasopism objętych Listą Filadelfijską). Od 1992 roku jest członkiem Komisji Urologii Komitetu Patofizjologii Wydziału Nauk Medycznych PAN. Należy do Polskiego Towarzystwa Urologicznego (członek Zarządu Głównego), a także Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (od 1990 r.) i Światowego Towarzystwa Urologicznego (od 2004 r.).

W 1989 roku otrzymał nagrodę naukową Rektora Akademii Medycznej w Warszawie, nagrody I stopnia Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy otrzymywał aż 7 razy. Jest także laureatem nagród naukowych Kongresu Polskiego Towarzystwa Urologicznego i dyplomu Zarządu Głównego PTU za nadzwyczajną aktywność naukową (członek Komitetów Naukowych i Komitetów Organizacyjnych wielu kongresów i sympozjów PTU). Jest m.in. Przewodniczącym Zespołu Ekspertów ds. Akredytacji Klinik i Oddziałów Urologii przy Ministrze Zdrowia. Pod jego kierownictwem Katedra i Klinika Urologii otrzymała jako jedna z trzech w Polsce akredytację Europejskiej Rady Urologii dla szkolenia podyplomowego, będąca wyrazem potwierdzenia leczenia i dydaktyki na najwyższym poziomie (2004).

Tytuł profesora otrzymał 02.09.2004 roku.

**Jan Talar**

Jest fizjoterapeutą i wybitnym specjalistą w rehabilitacji chorych pozostających w długotrwałej śpiączce.

Urodził się 17.11.1945 w Radomiu. W latach 1964-1970 studiował w Wojskowej Akademii Medycznej im. gen. Szareckiego w Łodzi. Tamże, pod kierunkiem wybitnego fizjoterapeuty, prof. dr hab. Tadeusza Miki napisał i obronił w 1986 roku pracę doktorską zatytułowaną „Próba oceny wpływu postępowania balneorehabilitacyjnego w zespole Sudecka”. W 1994 roku w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej obronił rozprawę habilitacyjną „Ocena stanu czynnościowego kręgosłupa pilotów wojskowych ze szczególnym uwzględnieniem jego odcinka szyjnego”. I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej uzyskał w 1976 roku, natomiast w 1984 roku uzyskał II stopień specjalizacji z rehabilitacji.

W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje od kwietnia 1995 roku, początkowo jako adiunkt, a od 1996 roku jako kierownik Katedry i Kliniki Rehabilitacji (od grudnia 1996 roku na stanowisku profesora nadzwyczajnego AMB). W latach 1999-2002 pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego.

Jest wybitnym fizjoterapeutą. We wcześniejszym okresie jego zainteresowania wiązały się z oceną funkcjonalną i kliniczną kręgosłupa pilotów samolotów wysokomanewrowych, nieco później skupiły na wpływie zabiegów fizjoterapeutycznych na wybrane parametry biofizyczne u ludzi, a także generalnie na diagnostyce i terapii w rehabilitacji. Dziedzina, która go szczególnie interesuje i w której stał się wybitnym specjalistą, pozostaje rehabilitacja chorych będących w długotrwałej śpiączce. W latach 1996-2005 jako autor i współautor opublikował 131 prac (w tym 105 prac punktowanych przez KBN, a 1 z czasopisma objętego Listą Filadelfijską), w tym „Urazy pnia mózgu. Kompleksowa diagnostyka i terapia” pod red. Jana Talara, które ukazały się nakładem Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 2002 roku oraz „Neurorehabilitacja u progu XXI wieku”, również pod red. Jana Talara, które własnym sumptem wydała w 2003 roku Katedra i Klinika Rehabilitacji AM w Bydgoszczy. W 1997 roku otrzymał indywidualną nagrodę Rektora I stopnia za działalność naukową, a w 2001 roku indywidualną nagrodę Rektora II stopnia za działalność organizacyjno-naukową.

Tytuł profesora otrzymał 02.09.2004 roku.

Leszek Szadujkis-Szadurski

Interesuje się m.in. mechanizmami funkcjonowania receptorów i badaniami nad lekami immunopresyjnymi i przeciwbólowymi.



Urodził się 15.01. 1939 r. w Kobryniu. Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku w 1966 r. Doktoryzował się w 1970 roku, natomiast stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie nauk medycznych – farmakologii uzyskał 6 grudnia 1984 roku (także w Akademii Medycznej w Gdańsku). Staż naukowy odbywał na Uniwersytecie w Degli Studi w Mediolanie, na Uniwersytecie w Utrechcie i Uniwersytetach w Edynburgu, Leicester, Birmingham i Glasgow.

W latach 1976-1984 rozpoczął pracę na stanowisku starszego wykładowcy i jednocześnie kierownika Zakładu Farmakologii Filii, a następnie II Wydziału Lekarskiego w Bydgoszczy Akademii Medycznej w Gdańsku. W roku akademickim 1976/77 po raz pierwszy przeprowadził zajęcia dydaktyczne dla studentów IV roku Wydziału Lekarskiego w Bydgoszczy. Ponadto w latach 1976-1993 pełnił funkcję opiekuna Studenckich Kół Naukowych. W roku 1985 został mianowany na stanowisko docenta, kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii i Terapii AM w Bydgoszczy (od roku 1990 na stanowisku profesora nadzwyczajnego). W latach 1987-1993, przez dwie kolejne kadencje, pełnił funkcję Prodziekana Wydziału Lekarskiego. 23 marca 1999 r. został powołany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na stanowisko Konsultanta Regionalnego w dziedzinie farmakologii klinicznej dla obszaru województwa kujawsko-pomorskiego, którą to funkcję pełni do chwili obecnej. W roku 1980 współtworzył Oddział Bydgoski Towarzystwa Farmakologicznego. Jest również członkiem Europejskiego Towarzystwa Farmakologii Klinicznej, Międzynarodowego Towarzystwa farmakologicznego Farmakologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego i Zespołu Farmakoterapii Naczelnej Izby Lekarskiej. Badania naukowe prowadzone w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Terapii koncentrują się głównie na kinetyce procesów receptorowych, ze szczególnym uwzględnieniem tankowych modulatorów regulujących liczbę aktywnych receptorów w mięśniówce gładkiej, naczyni, oskrzeli, nasieniowodów i dna żołądka. W latach 1996-2005 opublikował 38 prac (nie licząc streszczeń, w tym 34 punktowane przez KBN oraz 4 z czasopism objętych Listą Filadelfijską), m.in. rozdział poświęcony lekom przeciwbólowym w „Farmakologii: podręczniku dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych” wydanym w Lublinie przez wydawnictwo „Czelej” w 2002 roku. Za badania nad wpływem cyklicznych nukleotydów i imidazolu na aktywny transport sodu oraz adrenergiczną regulację oporu naczyniowego otrzymał nagrodę III stopnia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w 1976 r. oraz indywidualną nagrodę I stopnia Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego w 1978 r. Odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Tytuł profesora otrzymał
14.12.2004 r.

Władysław Lasek

Specjalizuje się w radiologii, mammografii i ultrasonografii.

Urodził się 11.07.1942 roku w Swatach. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku, który ukończył w 1967 roku. Pracę doktorską zatytułowaną „Zmiany przeciążeniowe układu ruchu u sportowców wysokiego wyczynu w obrazie radiologicznym”, pisaną pod kierunkiem prof. dr hab. Zdzisława Boronia, obronił w 1980 roku w Akademii Medycznej w Gdańsku. Rozprawę habilitacyjną „Próba określenia norm wymiarów komór bocznych mózgu za pomocą przeciętniczowego badania ultrasonograficznego u zdrowych noworodków w pierwszej dobie po urodzeniu” ukończył w 1996 roku w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje od 1986 roku, początkowo jako adiunkt, później jako zastępca kierownika, a następnie kierownik Katedry i Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (od lutego 1992 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego AM w Bydgoszczy). Od stycznia 2003 roku jest rzecznikiem dyscyplinarnym AM w Bydgoszczy. W kręgu jego zainteresowań pozostają: mammografia i ultrasonografia u kobiet przewlekłe dializowanych, nieinwazyjna ilościowa ocena zwapnień w tętnicach wieńcowych u pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, analiza porównawcza oceny tętnic wieńcowych przy pomocy wielorzędowej spiralnej tomografii komputerowej i angiografii wieńcowej oraz nieinwazyjna ilościowa ocena zwapnień w tętnicach wieńcowych u pacjentów po przeszczepieniu nerki. W latach 1996-2005 opublikował 101 prac (nie licząc streszczeń, w tym 91 prac punktowanych przez KBN oraz 2 z czasopism objętych Listą Filadelfijską), w tym wydaną przez gdańskie wydawnictwo Via Medica pod redakcją własną publikację „Udar mózgu w praktyce lekarskiej”. Jest członkiem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego (od trzech kadencji jego przewodniczącym), członkiem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, a także Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego. Należy do Rady Naukowej dwóch czasopism: „Valetudinaria. Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej” oraz „Polish Journal of Radiology”. W 1984 roku otrzymał odznakę honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, w 1985 roku – Srebrny Krzyż Zasługi, a w 1998 roku – Złoty Krzyż Zasługi.

Tytuł profesora otrzymał 16.11.2004 roku.



Grażyna Odrowąż-Sypniewska

Zajmuje się tematyką dotyczącą metabolicznych chorób cywilizacyjnych: choroby niedokrwiennej, chorób tkanki kostnej i chrzastki, cukrzycy i otyłości.

Urodziła się 02.12.1949 roku w Opolu. Studiowała na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Warszawskiego na kierunku biologia, specjalność biochemia. Pracę dyplomową zatytułowaną „Zmiany poziomu nukleotydów nikotynoamidoadeninowych w chloroplastach pod wpływem inhibitorów fosforylacji” pisała pod kierunkiem prof. dr hab. Zbigniewa Kaługi w Zakładzie Enzymatyki Instytutu Biochemii UW i obroniła ją w 1972 roku. Pierwszy doktorat z nauk przyrodniczych „Wykrywanie hiperlipoproteidemii metodami screeningowymi”, pisany pod kierunkiem prof. dr hab. Wiktora B. Szostaka, obroniła 23.11.1977 r. na Akademii Medycznej w Warszawie. Drugi doktorat z nauk medycznych „Regulation of multiplication and differentiation of cells and adipose tissue”, pisany pod kierunkiem prof. Pera Bjorntorpa na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Goteborgu (Szwecja), obroniła w kwietniu 1986 roku. Rozprawę habilitacyjną „Wpływ czynników środowiskowych, genetycznych oraz hormonalnych na aktywność adipogenną osocza ludzkiego i zwierzęcego” obroniła 24.10.1990 r. w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

W 2003 roku uzyskała specjalizację z analityki klinicznej. W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje od stycznia 1997 r. w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, początkowo jako adiunkt, a od 1998 r. jako kierownik tejże Katedry (od 1999 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego). W latach 1999-2002 oraz niepełnej kadencji 2002-2004 była Prodziekanem Wydziału Farmaceutycznego, a od maja 2004 r. Dziekanem tegoż Wydziału. Począwszy od stycznia 2003 r. jest również redaktorem naczelnym czasopisma „Annales Academiae Bydgostiensis”. Od stycznia 1978 roku przebywała na 14-miesięcznym stypendium Światowej Organizacji Zdrowia w Szwecji, w laboratorium naukowo-badawczym I Kliniki Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego Sahlgrenska przy Uniwersytecie w Goteborgu. Jako stypendystka Szwedzkiego Stowarzyszenia Chorób Serca i Płuc, a później amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia wróciła do Goteborga w 1984 r. oraz w 1985 r. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na tematyce dotyczącej metabolicznych chorób cywilizacyjnych. Początkowo interesowała się mechanizmami rozwoju tkanki tłuszczowej i jej metabolizmem w stanach fizjologii i patologii oraz molekularnym podstawom działania hormonów w tkance tłuszczowej. Później skupiła się na ocenie wartości diagnostycznej biochemicznych wskaźników chorób cywilizacyjnych: choroby niedokrwiennej, chorób tkanki kostnej i chrzastki, cukrzycy i otyłości. W latach 1996-2005 opublikowała 91 prac (nie licząc streszczeń, w tym 59 prac punktowanych przez KBN oraz 6 z czasopism objętych Listą Filadelfijską). Aktualnie należy do kilku towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej (od 1998 r. członek Zarządu Głównego oraz przewodnicząca Oddziału Bydgoskiego, od roku 2001 wiceprezes Towarzystwa i Przedstawiciel Narodowy w International Federation of Clinical Chemistry), Polskiego Towarzystwa Otyłości i Przemiany Materii (od 1997 r.), Europejskiego Towarzystwa Badań Klinicznych (od 1998 r.), Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą (od 1998 r.), Amerykańskiego Towarzystwa Chemii Klinicznej (od 1999 r.), Międzynarodowego Towarzystwa Chemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej (od 2001 r.), Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce (od 2003 r. przewodnicząca Grupy Roboczej ds. Biochemii Klinicznej), Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (od 2003 r.). Za cykl prac dotyczących mechanizmów rozwoju otyłości w roku 1991 została wyróżniona zespołową nagrodą naukową I stopnia przyznaną przez Ministra Zdrowia. W 2001 r. otrzymała indywidualną nagrodę II stopnia Rektora AM w Bydgoszczy za osiągnięcia naukowe.

Tytuł profesora uzyskała 18.01.2005.



Komórki macierzyste: wielkie nadzieje w małych komórkach

Jan Styczyński

Jeszcze przed kilkoma laty, zainteresowanie komórkami macierzystymi było ograniczone głównie do stosunkowo niewielkiego grona naukowców i klinicystów, szukających zrozumienia ich roli po transplantacji szpiku kostnego. Aktualnie sytuacja ta ulega zmianie i pojawiają się nowe możliwości.

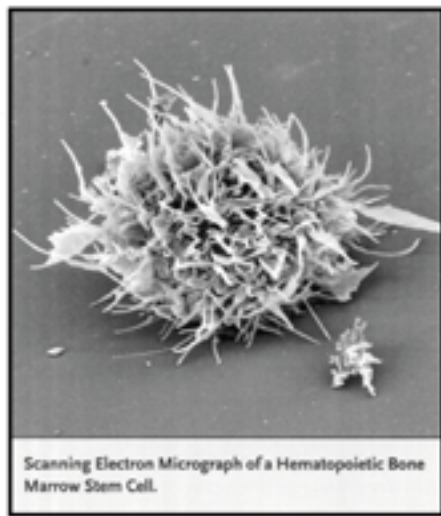
Komórki macierzyste to populacja niezróżnicowanych komórek, które są zdolne do podziału przez czas nieokreślony, do samoodnawiania i do generowania komórek prekursorowych dla wysoko wyspecjalizowanych tkanek. Istnieją różne rodzaje komórek macierzystych. W najogólniejszym zarysie, wyróżnia się komórki macierzyste embrionalne i somatyczne. Do embrionalnych komórek macierzystych zaliczają się komórki totipotencjalne (zygota) i pluripotencjalne (komórki wężla zarodkowego blastocysty). Somatyczne komórki macierzyste, multipotencjalne i unipotentne, są charakterystyczne dla dojrzałych tkanek. Embrionalne komórki macierzyste mają liczne zalety związane z możliwościami wygenerowania praktycznie każdej tkanki, ale związane z nimi są też liczne problemy natury medycznej, a przede wszystkim problemy natury etycznej, religijnej, prawnej i politycznej. Z kolei somatyczne komórki macierzyste mają wady wynikające z częściowo ograniczonych możliwości, a do zalet należy stosunkowo atrakcyjny sposób ich pobierania oraz znacznie mniejsze problemy natury etycznej. Przykładem somatycznych komórek macierzystych są komórki hematopoetyczne, zdolne wytworzyć wszystkie komórki krwi. Ich przeszczepienie jest istotą wszystkich zabiegów przeszczepiania komórek krwiotwórczych. Charakteryzują się one ekspresją różnych antygenów, mających praktyczne znaczenie kliniczne oraz obecnością białek oporności wielolekowej, ułatwiających im przetrwanie.

Postęp technologii, jaki dokonał się w ostatnich latach pokazał, że komórki macierzyste mogą być źródłem dla innych tkanek. Obowiązuje paradygmat, że proces różnicowania komórek macierzystych prowadzi do powstania trzech listków zarodkowych: endodermy, mezodermy i ektodermy, a rozwój somatycznych komórek macierzystych jest przedstawiany jako dobrze określony szlak ukierunkowanych i nieodwracalnych przemian prowadzących ostatecznie do powstania określonych zróżnicowanych typów komórek. Ta koncepcja jest aktualnie wyzwaniem dla licznych doniesień sugerujących istnienie zjawiska plastyczności komórek macierzystych, określającej zdolność somatycznej komórki macierzystej pochodzącej z jednej tkanki do generowania zróżnicowanego typu komórki charakterystycznej dla innej tkanki. Prawdopodobne mechanizmy plastyczności to: różnicowanie pluripotencjalnej komórki macierzystej, bezpośrednie lub pośrednie przeróżnicowywanie oraz fuzja komórek. Sceptycyzm, towarzyszący koncepcji plastyczności komórek macierzystych, wynika z prowadzenia badań głównie na gryzoniach, w trudności w powtarzalności badań, ograniczeń technicznych, słabej znajomości mechanizmów oraz możliwości indukowania zmian epigenetycznych. Jedną z najnowszych koncepcji sugeruje, że komórki z markerami różnych rodzajów tkanek znajdują się w małych ilościach w różnych narządach, w tym w szpiku kostnym, a w razie potrzeby są mobilizowane do uszkodzonych tkanek.

Najwięcej entuzjazmu związanego z komórkami macierzystymi, wynika z potrzeby terapii komórkowej reparacyjnej w chorobach zwyrodnieniowych. Od kilku lat o komórkach macierzystych mówi się jako o „Świętym Graalu” współczesnej medycyny. Dzięki nim to co niemożliwe, ma stać się możliwe. Wróży im się wielką przyszłość w leczeniu nieuleczalnych dotąd chorób.

Dane demograficzne sugerują, że średni czas życia wydłuży się i wzrośnie odsetek osób powyżej 65 roku życia, co będzie miało swoje istotne następstwa medyczne i ekonomiczne. Terapia komórkami macierzystymi może więc przynieść postępy w chorobach cywilizacyjnych szczególnie częstych w wysoko rozwiniętych krajach. Zaowocowało to próbami wykorzystania komórek macierzystych w terapii nieuleczalnych dotąd chorób. Badania nad komórkami macierzystymi nabierają więc znaczenia i wymiaru praktycznego. Pojawiły się pierwsze prace kliniczne.

Najwięcej prac dotyczy problematyki zawału mięśnia sercowego. Co prawda, wyniki leczenia w tej chorobie są coraz lepsze, ale ciągle problemem pozostają zaburzenia perfuzji oraz pozawałowa niewydolność mięśnia sercowego. Dlatego szuka się innych dróg. Terapia komórkami macierzystymi zawału mięśnia sercowego może doprowadzić



do angiogenezy, zwiększonej ekspresji kolagenu, zmniejszonej apoptozy, regeneracji miocytów, a w efekcie do zmniejszenia obszaru zawału, ochrony myocardium, regeneracji mięśnia sercowego i zmniejszenia lub odwrócenia pozawałowej przebudowy lewej komory. Nie ma jednoznacznego stanowiska co do ostatecznego efektu: z jednej strony – stwierdzono procesy naprawcze u ludzi po podaniu autologicznych komórek szpiku kostnego, z drugiej – dwie prace na gryzoniach pokazały, że hematopoetyczne komórki macierzyste nie różnicowały się do kardiomiocytów w zawałe mięśnia sercowego. Istnieje jednak szereg prac potwierdzających skuteczność tej terapii, spośród których wyróżniają się dwie. W jednej z nich, w kontrolowanej próbie, po terapii z użyciem autologicznych komórek szpiku kostnego, zaobserwowano znacząco mniejsze upośledzenie perfuzji w mięśniu sercowym. W drugiej (TOPCARE-AMI), u 59 pacjentów z zawałem mięśnia sercowego, w trakcie 12-miesięcznej obserwacji, uzyskano poprawę funkcji lewej

komory wyrażoną wzrostem frakcji wyrzutowej i spadkiem pojemności zalegającej.

Wielkie nadzieje są związane z możliwościami terapii chorób układu nerwowego. Po przeszczepieniu komórek szpiku kostnego, w mózgu stwierdzono obecność komórek macierzystych o cechach komórek nerwowych, a przeszczepione komórki szpiku kostnego generowały nowe neurony i włókna nerwowe w ludzkim mózgu. I chociaż uzyskano również przeciwstawne wyniki badań, to jednak wykazano indukowanie neuronów z komórek mezenchymalnych autologicznego szpiku kostnego w mysim modelu choroby Parkinsona, a zastosowanie w terapii udaru mózgu ludzkich komórek mezenchymalnych szpiku kostnego i tlenu azotu powodowało angiogenezę i neurogenezę. Komórki mezenchymalne szpiku kostnego, a także allogeniczne komórki krwi pępowinowej, powodowały częściową regenerację uszkodzonego rdzenia kręgowego u myszy i szczurów. Te eksperymentalne przesłanki dają duże nadzieje na analogiczną terapię u ludzi.

W przypadku chorób wątroby potencjał regeneracyjny tego narządu jest związany z obecnością komórek progenitorowych. Zaobserwowano, że hepatocyty mogą rozwijać w wyniku konwersji przeszczepionych komórek szpiku, które mogą dokonać miejscowej ekspansji do hepatocytów. Istnieją hipotezy, że w przyszłości transplantowanie całych narządów będzie coraz częściej zastępowane przeszczepianiem komórek macierzystych swoistych dla danego narządu, które będą miały za zadanie jego regenerację i odbudowę.

W modelu mysim wykazano zdolność komórek embrionalnych i progenitorowych do produkcji insuliny, co daje nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów z cukrzycą. Istotne osiągnięcia zanotowano również w zakresie chorób kości. U dzieci z osteogenesis imperfecta, po przeszczepieniu allogenicznych komórek hematopoetycznych, zaobserwowano poprawę stanu tkanki kostnej. W innych pracach przedstawiono korzystne efekty terapii ubytków chrząstek stawowych oraz ubytków kości żuchwy, po zastosowaniu komórek autologicznego szpiku kostnego.

Istnieje jeszcze szereg chorób, w których podjęto próby terapii z użyciem komórek macierzystych. Nie jest to jednak droga do nieśmiertelności, do terapii odmładzającej, ani do kuracji w gabinetach kosmetycznych, co w niektórych krajach jest wykonywane na masową skalę i co stanowi niepokojące zjawisko.

Ostateczna przydatność komórek macierzystych pozostaje do określenia, chociaż stan obecnej wiedzy, pomimo ograniczeń, może budzić nadzieję, że ta nowa dziedzina medycyny pozostaje nadzieją dla pacjentów w każdym wieku.

Dr Jan Styczyński

jest adiunktem w Katedrze i Klinice
Pediatrii, Hematologii i Onkologii
na Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego.

Salutogenetyczny model zdrowia

Krystyna Kurowska

Punktem wyjścia holistycznych koncepcji zdrowia jest założenie, że podział zdrowia człowieka na psychiczne i somatyczne jest podziałem nienaturalnym, którego nie można zaakceptować. Zdrowie należy rozpatrywać zarówno z perspektywy fizycznej, jak i psychologicznej i społecznej. Do jego opisu należy użyć kategorii ekologicznych, dotyczących dynamicznych relacji między człowiekiem i jego środowiskiem, a przede wszystkim należy położyć nacisk na odpowiedzialność samego człowieka za własne zdrowie, ponieważ problemy zdrowotne mogą być rozwiązane tylko przy podmiotowym udziale jednostek. W związku z tym model biomedyczny zdrowia i choroby okazuje się być modelem niewystarczającym, podobnie jak negatywna koncepcja zdrowia, traktująca je tylko jako brak symptomów choroby. Ponadto medycyna tradycyjna zorientowana jest patogenetycznie – koncentruje się na źródłach chorób, usiłując znaleźć ich przyczynę. Paradygmat patogenetyczny musi być uzupełniony salutogenetycznym – koncentrującym się na źródłach zdrowia, na czynnikach sprzyjających zdrowiu.

Model salutogenetyczny autorstwa znanego socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego zawiera rewolucyjne pytanie o tajemnicę zdrowia, o czynniki, dzięki którym człowiek, mimo wielkich obciążeń, zachowuje zdrowie lub szybko do niego powraca po chorobie. Odrzucony zostaje dychotomiczny podział na zdrowych i chorych, pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje wielowymiarowe kontinuum stanów, na którym każdy człowiek zajmuje jakąś pozycję. Salutogeneza skłania do

poszukiwania czynników sprzyjających przesuwnięciu się na tym kontinuum coraz bardziej w stronę zdrowia. Istotą mechanizmów salutogenetycznych jest efektywne radzenie sobie ze stresem. Stresory natomiast to wymogi, dla których nie ma gotowych ani automatyzowanych reakcji adaptacyjnych, są to doświadczenia życiowe, charakteryzujące się brakiem spójności, niedociążeniem lub przeciążeniem oraz brakiem wpływu podmiotu na podejmowanie decyzji. Orientacja salutogenetyczna opiera się na przekonaniu, że nie homeostaza (jak zakłada model patologiczny), lecz entropia, nieporządek i zakłócenia równowagi są normalnym dla ludzkiego organizmu stanem. Koncentruje się nie na poszukiwaniu i walce z czynnikami patogennymi czy zapobieganiu konkretnej chorobie, lecz na problemie aktywnego przystosowania się do środowiska, w którym obecność stresorów jest nieunikniona, na rozpoznawaniu i aktywizowaniu uogólnionych zasobów umożliwiających jednostce radzenie sobie ze stresem i sprzyjających zachowaniu dobrego zdrowia. Uogólnione zasoby odpornościowe to elementy ułatwiające zmaganie się z czynnikami stresowymi, nie tylko hamujące ich negatywne oddziaływanie, lecz także sprzyjające wypracowaniu odpowiednich mechanizmów walki ze stresem. W skład zasobów wchodzić mogą cechy środowiska naturalnego, społecznego, kulturalnego, świata materialnego (np. rodzina, przyjaciele, Bóg, lekarz, praca, zasoby finansowe) oraz biologiczne i psychiczne wyróżniki jednostki. Każdego

człowieka można umiejscowić na kontinuum pod względem danego zasobu – np. jego siły, stanu wyjątkowego. Uruchomienie i wykorzystanie właściwych w danej sytuacji zasobów umożliwia szeroko opisana przez Antonovsky'ego globalna orientacja życiowa, zwana poczuciem koherencji, tzn. trwały, zgeneralizowany, poznawczo-emocjonalny sposób patrzenia na siebie, swoje życie i świat. Pozwala on na odbiór otaczających człowieka zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli oraz sensownych. Im wyższą pozycję zajmuje człowiek na kontinuum danego zasobu, tym większe prawdopodobieństwo, że jego doświadczenia życiowe będą sprzyjały rozwojowi silnego poczucia koherencji; im wyższe poczucie koherencji, tym większa zdolność do walki ze stresorami i wyższy poziom zachowań zdrowotnych.

Zdaniem Antonovsky'ego stresory zawsze wywołują napięcie, organizm mobilizuje się, by sprostać wymaganiom. Jeśli radzi sobie skutecznie, takie doświadczenie jest doświadczeniem gratyfikującym emocjonalnie, rodzą się też pozytywne dla zdrowia konsekwencje fizjologiczne, jest więc salutogenne. Jeśli jednak człowiek nie działa efektywnie, utrzymujące się napięcie staje się patogennym dystresem, prowadzącym między innymi do chorób psychosomatycznych, zaburzeń psychicznych, nadużywania substancji psychoaktywnych.

Mgr Krystyna Kurowska jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa.

Poczucie koherencji

Krystyna Kurowska

Na podstawie analizy wyników badań grup ludzi o silnym i słabym poczuciu koherencji Antonovsky wyróżnił trzy jego składniki: poczucie zrozumienia, poczucie zaradności i poczucie sensowności. Pierwsze z nich wiąże się z aspektem poznawczym sytuacji i odnosi się do stopnia, w jakim człowiek postrzega bodźce płynące tak z zewnątrz, jak i z wewnątrz organizmu, jako sensowne, spójne, wytłumaczalne, nieprzypadkowe. Dotyczy to zarówno bodźców poświadczanych, jak i negatywnych. Im silniejsze poczucie zrozumienia, tym wyższa zdolność porządkowania, strukturalizowania docierających informacji, tym wyższy stopień oczekiwania sytuacji przewidywalnych lub przynajmniej możliwych do wyjaśnienia.

Poczucie zaradności odnosi się do percepcji dostępnych człowiekowi zasobów jako wystarczających bądź niewystarczających, by stawić czoła wymaganiom stawianym przez życie. Motywacyjny-emocjonalny aspekt poczucia koherencji reprezentuje składnik trzeci – poczucie sensowności. Jest to stopień, w jakim człowiek czuje, że przynajmniej część problemów stawianych przez życie wartę jest zaangażowania i wysiłku. Dzięki temu elementowi trudna sytuacja postrzegana jest jako wyzwanie, a nie jedynie jako zagrożenie. Chociaż wszystkie składniki poczucia koherencji są potrzebne, to najważniejszym składnikiem wydaje się być składnik motywacyjny, bez niego elementy poznawcze – wysokie poczucie zrozumienia i zaradności mogą okazać się nietrwałe. Poczucie zrozumienia, warunkujące wysoki stopień poczucia zaradności, jest kolejnym pod względem

ważności, efektywność radzenia sobie zależy jednak od poczucia koherencji jako całości. Według Antonovsky'ego „Poczucie koherencji – jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym zaangażowania”. Składniki poczucia koherencji są w pewnym sensie autonomiczne, w określonych jednak warunkach mogą się one rozwinąć w stopniu jednakowym. Zdaniem Antonovsky'ego sytuacja, gdy wszystkie one znajdują się na jednym wysokim czy niskim poziomie jest sytuacją o dużej stabilności. Przy silnym zróżnicowaniu poziomów stabilność jest niska, a elementy składowe poczucia koherencji oddziałują na siebie tak, by wyrównać się wzajemnie.

Poczucie koherencji kształtuje się w toku doświadczeń z dzieciństwa, dojrzewania i wczesnego etapu dojrzałości. Około trzydziestego roku życia człowiek osiąga właściwy dla siebie poziom poczucia koherencji, który pewne radykalne doświadczenia życiowe mogą modyfikować i w starszym wieku.

Poziom poczucia koherencji kształtuje się pod wpływem powtarzających się sytuacji i życiowych doświadczeń jednostki. Właściwościami tych doświadczeń są:

1. Logiczność, dzięki której kształtuje się poczucie zrozumienia – można o niej mówić, gdy łańcuch doświadczeń życiowych człowieka składa się ze zrozumiałych, przewidywalnych wydarzeń, które następują po sobie z logiczną konsekwencją;

2. Równowaga w wymiarze niedociążenie-przeciążenie, wpływająca na poczucie zaradności, chodzi tu o stopień dopasowania wielkości wymagań, jakie niesie ze sobą życie w stosunku do możliwości sprostań tym wymaganiom, przy czym pustka, brak mobilizacji do robienia czegośkolwiek ma również destrukcyjne konsekwencje, jak duże przeciążenie (stanem optymalnym dla rozwoju poczucia koherencji jest stan lekkiego przeciążenia, mobilizacji zdolności);

3. Zakres udziału w podejmowaniu decyzji, dzięki któremu tworzy się poczucie sensowności – powtarzające się doświadczenia uczestnictwa w podejmowaniu decyzji zwiększają intensywność zaangażowania jednostki w sprawę, na którą może oddziaływać oraz poszerzają obszar problemów uznanych za wartę zaangażowania.

Im silniejsze poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo dobrego samopoczucia, zdrowia, skutecznego działania w trudnej sytuacji. Związane z wysokim poczuciem koherencji przekonanie, że życie jest sensowne, uporządkowane i przewidywalne stanowi powód, by chcieć być zdrowym i sprawnie funkcjonującym, by angażować się w aktywność prozdrowotną i unikać „niezdrowych” zachowań. Osoby z wysokim poczuciem koherencji w konfrontacji z potencjalnie szkodliwą sytuacją będą bardziej skłonne do spostrzegania jej jako takiej, której nie muszą ulegać. Większa będzie u nich gotowość poszukiwania, zdobywania i używania dostępnych zasobów, po to by sobie poradzić. Nie będą oni postrzegać świata w kategoriach paraliżujących zagrożeń i niebezpieczeństw nie do uniknięcia, lecz w kategoriach okazji oferujących gratyfikacje, wyzwania wartych zainwestowania energii i sytuacji poddających się kontroli.

Mgr Krystyna Kurowska jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa.

Nowa forma szkolenia podyplomowego Katedry i Kliniki Urologii

Zbigniew Wolski



Katedra i Klinika Urologii w związku z otrzymaniem certyfikatu jakości Europejskiej Rady Urologii (European Board of Urology, EBU) i zaliczeniem jej do elitarnej grupy europejskich ośrodków szkolenia w urologii ma obowiązek prowadzić szkolenie specjalizacyjne adeptów na odpowiednio wysokim poziomie, odpowiadającym europejskim wymogom.

Dotychczas prowadzone formy szkolenia indywidualnego oraz podczas podstawowych kursów stały się niewystarczające, wobec niezmiennie wymagających kryteriów postawionych przez nowy, polski program specjalizacji z urologii, uważany przez EBU za jeden z najlepszych w Europie. Egzamin specjalizacyjny z urologii, jest bowiem oparty na ocenie kandydata w trakcie egzaminu praktycznego, testowego i ustnego (problemowego).

Postępowanie oceniające adepta jest procesem długotrwałym, bo 8-miesięcznym opartym na obowiązujących polskich przepisach i jednocześnie zbieżnym z przepisami Europejskiej Rady Urologii, które są jednolite dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Jednakże tylko w Polsce egzamin EBU i polski odbywa się jednego dnia na podstawie tych samych pytań i zasad. Takie zaliczenie egzaminu pozwala na uzyskanie jednocześnie tytułu specjalisty urologa oraz tytułu FEBU (Fellow of European of Urology) uznawanego we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Przyjęcie przez polskie środowisko urologiczne zasad Europejskiej Rady Urologii w szkoleniu oraz prowadzeniu egzaminu spowodowało wyraźne podwyższenie wykształcenia teoretycznego i praktycznego polskich urologów, jednocześnie wymogło stosowanie i stałe podnoszenie jakości procedur diagnostycznych i leczniczych w Klinikach i Oddziałach Urologii.

Pragnąc jak najlepiej przygotować naszych kandydatów do egzaminu testowego i ustnego, Klinika Urologii wprowadziła przed rokiem nową formę szkolenia – coroczne spotkania szkoleniowo-informacyjne dla szkółących się w urologii oraz ich kierowników specjalizacji.

Tegoroczne odbyło się 16 kwietnia w Ciechocinku.

Było to II-gie Spotkanie Adeptów Urologii.

Podobnie jak przed rokiem w Bydgoszczy podczas I-szego Spotkania, zgromadziło adeptów urologii województw kujawsko-pomorskiego oraz wielkopolskiego. Tym razem poszerzony krąg uczestników o kolegów z województwa łódzkiego liczył ponad 50 osób.

Obie konferencje, pierwsza i druga, odbyły się pod patronatem Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, pana profesora Andrzeja Borówki, a organizatorem była Katedra i Klinika Urologii Collegium Medicum w Bydgoszczy przy współudziale Klinik Urologii z Łodzi i z Poznania.

Celem tego spotkania było lepsze przygotowanie kandydatów na urologów do egzaminów testowego i ustnego European Board of Urology, który w Polsce jest równoznaczny z egzaminem wg polskich przepisów CMKP, Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) i Ministra Zdrowia.

Program tej konferencji składał się z dwóch części – informacyjnej, dotyczącej Sekcji Adeptów PTU, sposobów przygotowania do egzaminu testowego, przebiegu i zasad egzaminu ustnego oraz szkoleniowej, w której przedstawiono zagadnienia naukowe i kliniczne tematów, które mogą być poruszane na egzaminie.

Konferencję rozpoczęło wystąpienie dr Tomasza Borkowskiego, Przewodniczącego Sekcji Adeptów PTU. Kolega Tomasz Borkowski przedstawił w wyczerpujący sposób zasady organizacji i pracy Sekcji oraz zalety przynależności do niej.

Następnie dr Magdalena Mikulska-Jovanović z Kliniki Urologii w Bydgoszczy przedstawiła własne doświadczenia z przygotowania i przebiegu egzaminu testowego. Koleżanka Magdalena Mikulska-Jovanović, która uzyskała jeden z najlepszych wyników z egzaminu testowego, przedstawiła dowcipnie a jednocześnie wnikliwie i zettelnie przebieg swojej wielomiesięcznej nauki urologii oraz listę materiałów z jakich korzystała. Podkreśliła, że tylko systematyczna nauka w oparciu o materiały kursów EBU, PTU, zestawy pytań z poprzednich egzaminów w połączeniu z umiejętnym powtarzaniem i uzupełnieniem o najnowsze wiadomości z bieżącego piśmiennictwa, pozwalają na dobre przygotowanie się do trudnego egzaminu testowego EBU.

Również wartościowe z punktu widzenia potrzeb adeptów było wystąpienie na podobny temat dr Leszka Michałaka z Kliniki Urologii w Poznaniu, tym bardziej, że oparte na doświadczeniach przygotowań do dwóch egzaminów testowych.

Następnie wielokrotnie egzaminator Zbigniew Wolski przedstawił zasady i przebieg egzaminu ustnego z urologii. W swoim wystąpieniu starał się zmienić

opinię, że egzamin ten jest nierównym spotkaniem egzaminatora i adepta, w którym ten ostatni stoi na straconej pozycji, a sam egzamin nie posiada jednoznacznych norm. Podkreślił, że egzamin ustny przebiegać winien zgodnie z zasadami wyznaczonymi przez EBU, które są znane i przestrzegane przez wszystkich egzaminatorów. Egzamin ustny jest interaktywną wymianą poglądów na temat wybranych problemów (przypadków) urologicznych, na które składają się: diagnostyka, rozważania kliniczne i leczenie. Ta część spotkania zakończyła się dyskusją, którą prowadzili prof. Borówka i prof. Wolski. Koledzy adepci i kierownicy specjalizacji z różnych ośrodków przedstawili swoje problemy, związane przede wszystkim z dostępem do najnowszych materiałów szkoleniowych, kursów, pytań z poprzednich egzaminów. Starano się również znaleźć odpowiedź na konkretne pytania z egzaminu testowego i ustnego.

W drugiej części konferencji profesor Andrzej Borówka przedstawił interesujący referat pt. "Rak stercza – jak najprościej", połączony z rozważaniami na temat współpracy urologa i onkologa. Następnie dr Roland Dadej z Kliniki Urologii z Poznania przedstawił najnowsze poglądy na diagnostykę i leczenie choroby Peyroniego, akcentując możliwości pytań testowych i ustnych z tego zakresu.

Oba te referaty były niezmiernie wartościowe z punktu widzenia potrzeb adeptów i wywołały ożywioną dyskusję wśród uczestników obrad. Konferencję zakończył wspólny obiad w sanatorijskiej restauracji oraz zwiedzanie pięknego ciechocińskiego uzdrowiska, tym bardziej przyjemne, że przy pięknej, słonecznej pogodzie. Centralne położenie Ciechocinka w stosunku do Bydgoszczy, Łodzi i Poznania, walory turystyczne i uzdrowiskowe miasta, gościnność Dyrekcji Sanatorium Pod Tętniami oraz firmy Egis były niezaprzeczanymi zaletami i przyczynami wyboru tego miejsca na obrady naszej konferencji. Liczni uczestnicy konferencji, ciekawej i potrzebnej z punktu widzenia szkolenia oraz ożywiona dyskusja dowiodły konieczności organizowania takich spotkań szkoleniowo-informacyjnych zarówno dla kandydatów jak i prowadzących specjalizację z urologii.



Prof. dr hab. Zbigniew Wolski
jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii.



Grupa uczestników konferencji wraz z organizatorami podczas spaceru pod tętniami.

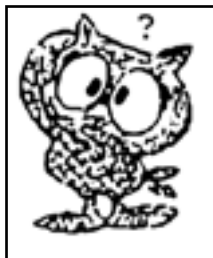
The EBU written examination

- jak się do niego zabrać?

Magdalena Mikulska Jovanović
Zbigniew Wolski

Początki są zawsze trudne. Kilka miesięcy przed terminem egzaminu pisemnego staniecie państwo przed dylematem, ile tak naprawdę powinniście zarezerwować czasu na naukę i z jakich materiałów korzystać. Chciałabym przedstawić moją subiektywną wersję i ocenę przygotowań do egzaminu testowego EBU, jednakże częściowo opartą na doświadczeniu kolegów zdających przede mną.

Wydaje mi się, że najlepszym początkiem nauki jest przeczytanie zeszytów EAU Update series wydawanych w formie suplementu do European Urology. Do tej pory wydano: Renal, bladder, prostate cancer, neurourology, urolithiasis, ED, female urology, urinary tract infection.



Zawierają najbardziej aktualną, skondensowaną wiedzę z poszczególnych tematów dającą dobrą podstawę do dalszej nauki. Są rekomendowanymi materiałami do przygotowania do egzaminu przez EBU, a pytania na końcu każdego artykułu mają zbliżoną strukturę do pytań egzaminacyjnych. Niedowiarków odsyłam na stronę www.ebu.com.

Pozostaje nam konieczność przeczytania zawsze polecanych na giełdzie przedegzaminacyjnej lekcji BJU International. Tylko, że tych lekcji od 1992 roku do tej pory zostało wydanych ponad 200 i w gąszczu ich łatwo się zgubić. Na pewno nie warto czytać „zeszytami”, każdy kto chociaż raz widział zeszyt BJU wie, że zawierają one przegląd różnych tematów, więc trzeba je sobie jakoś poukładać. Ja skorzystałam z uprzejmości i ciężkiej pracy Adama Gajdy, który zadał sobie trud i ułożył lekcje tematycznie w formie excel od 1993 do 2003 roku.



W polskiej wersji językowej zostały wydane lata 1999, 2001-2004, ale do chwili składania przeze mnie egzaminu, czyli do listopada 2004 r., dotarł początkowo do domu tylko zeszyt styczeń 2004, a pozostałe: marzec, maj, lipiec, wrzesień, nie. W chwili

obecnej dostępny jest po polsku maj 2004. Pozostaje pytanie czy konieczne są do egzaminu ostatnie zeszyty? Myślę że tak, dwa dni przed egzaminem otrzymałam w wersji elektronicznej te brakujące, których już nie zdążyłam przeczytać. Przejrzałam je kilka tygodni po egzaminie i niestety, a może na szczęście, odpowiedzi na co najmniej dwa pytania które sprawiły mi problem, po przeczytaniu zaległych zeszytów stały się banalnie oczywiste.

Może więc byłoby lepiej gdybyśmy mogli otrzymywać aktualną wersję angielską, zamiast tak bardzo opóźnionej polskiej. Jestem w stanie wyobrazić sobie skrzywione miny części adeptów urologii po przeczytaniu powyższych zdań, niestety czytania po angielsku nie unikniemy, zarówno BJU jak i EAU update series zawierają najbardziej aktualną wiedzę, której posiadanie jest niezbędne do odpowiedzi na pytania testowe, a pozostaje jeszcze na bieżąco uaktualniana „biblia urologii”, czyli guidelines of EAU. Do każdej przeczytanej z BJU grupy tematycznej np.: kamica, czy rak pęcherza konieczne jest przeczytanie guidelines wydanych przez EAU, to one usystematyzują państwu zdobytą po przeczytaniu lekcji BJU wiedzę. W wersji polskiej dostępne są tylko rak pęcherza, prostaty, nietrzymanie moczu, leczenie bólu..., pozostałe w wersji oryginalnej gorąco polecam. Dwukrotne przeczytanie materiałów, o których mowa powyżej zajęło mi około 2 miesięcy, po których czucie się państwo przytłoczeni ogromem nowo nabytej wiedzy...



Z nowym zapalem, dumna ze swojej pracy i zdobytej wiedzy zasiadłam więc do rozwiązywania posiadanych pytań testowych in service oraz testów z kursów rzymskich

... i cóż moje pierwsze wrażenia najlepiej ilustruje zamieszczony obok obrazek.



Pełna katastrofa i poczucie jakby się nic nie robiło przez ostatnie dwa miesiące.

Zaczynamy trzecie czytanie jednocześnie korzystając z:

- * testów: - do lekcji BJU, - starych, in service examination, - od 1996 roku do 2002/2003, - z kursów rzymskich i ostatnio praskich,
- * doświadczenia kierownika specjalizacji, lub starszych kolegów przy rozwiązywaniu testów wątpliwych. Dodatkowo serdecznie polecam udział w kursie praskim. Wiele pytań postawionych w trakcie kursu pozostanie bez odpowiedzi lub też możliwości rozwiązania pewnych zagadnień będzie kilka, nie obiecuję sobie Państwo po nim, że tam nauczą was jak rozwiązywać testy, ale z pewnością zdobędziecie podstawy rzetelnej wiedzy urologicznej.

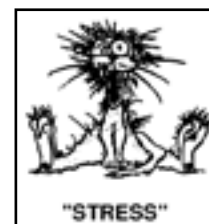
Płyty z kursów z ostatnich dwóch lat ułatwiają usystematyzowanie wiedzy, a także szybkie powtórki. Polecam przystąpienie do in service examination w ostatnich dwóch latach specjalizacji, zarówno w celach treningowych, jak również, celem obycia się ze sposobem formułowania pytań testowych, a także za-

poznaniem z podziałem testu na grupy tematyczne:

- Oncology, Lithiasis, BPH, Traumatology,
- Neurourology (traumatology, fistulae, diversion),
- Andrology (andrology, fertility, Sexual Dysfunction),
- Nephrology (Urological endocrinology, adrenal, renal transplantation, nephrology),
- Infection, Congenital, History, Anatomy

Nie zawsze procentowy rozkład pytań zawartych w egzaminie in service pokrywa się z procentowym rozkładem pytań z poszczególnych działów na egzaminie końcowym.

Kiedy państwo będziecie mieli już dosyć przeczucia kartek z kolejnymi testami, zapraszam do internetu na stronę www.bju.org/mcqs, gdzie po bezpłatnym zalogowaniu znajdziecie pytania testowe do lekcji BJU z ostatnich 4 lat, z automatycznym sprawdzeniem czy odpowiedzieliście prawidłowo czy nie, a do ostatnich dwóch lat z obszernymi komentarzami, do wybranych odpowiedzi.



I tak po trzech miesiącach pracy nadszedł nieubłagany dzień egzaminu.

Stan mojego ciała i ducha przed wejściem na egzamin testowy wyglądał następująco....



... i myślę, że niewiele odbiegał od stanu ducha pozostałych uczestników egzaminu. Pozostaje na pocieszenie myśl, że tak właściwie nawet w najbardziej beznadziejnej sytuacji nie powinniśmy się poddawać...

Z ostatnich porad praktycznych jakie przychodzą mi jeszcze do głowy proponuję:

- nie zaznaczajcie odpowiedzi na pytania w teście, gdyż potem nie starczy wam czasu na ich przeniesienie na kartę odpowiedzi,
- pozostawiajcie pytania, na których utknęliście na „drugie czytanie”,
- nie zostawcie na końcu jakiegokolwiek pytania bez zaznaczonej odpowiedzi, zawsze jest szansa 1/4 że trafiłście.

Na pocieszenie, istnieje również pewne subiektywne wyliczenie, oparte na doświadczeniu moim oraz moich kolegów, że jeśli po pierwszym czytaniu testu odpowiedzieliście Państwo na trochę ponad 100 pytań ze 150 do rozwiązania, to nawet, jeśli na pozostałe będziecie „strzelać” jest nadzieja, na pomyślny wynik. Jeszcze raz podkreślam, że jest to moja subiektywna ocena przygotowań do egzaminu, każdy z was wybierze indywidualną ścieżkę, zakres materiału oraz czas nauki. Wszystkim z całego serca życzę powodzenia.

Lek. med. Magdalena Mikulska Jovanović
 jest asystentem w Katedrze i Klinice Urologii,
 kierowanej przez prof. dr hab. Zbigniewa Wolskiego.

Cytuj i bądź cytowany

Paweł Misiak

Okresowa ocena nauczycieli akademickich to czas swego rodzaju rachunku sumienia, między innymi w dziedzinie dokonań naukowych. Te zaś mierzone są punktami przyznawanymi przede wszystkim za to, co znalazło wyraz w publikacjach. Przy tym, jeśli chodzi o „oryginalne prace twórcze”, najważniejsze są cytowania, przede wszystkim słynne impact factor czasopism, w których ukazały się artykuły, oraz cytowania danego artykułu umieszczone w bazach cytowań, jak na przykład „Science Citation Index”.

Rzut oka na ankietę, którą mam przed sobą sugeruje, że punktacja za opublikowane prace naukowe odzwierciedla założenie, iż umieszczenie artykułu w czasopiśmie o wysokim impact factor przekłada się na znaczenie, jakie ten artykuł ma na „rynku naukowym”. Wydawać by się mogło, że wysoki impact factor czasopisma automatycznie powoduje wysoką liczbę cytowań pomieszczonej w nim pracy. Tymczasem zależność jest tylko odwrotna – wysoka liczba cytowań artykułu podnosi impact factor czasopisma. Ale według ankiety jedna praca opublikowana w czasopiśmie, którego impact factor jest mniejszy od 0,1 (czyli niewielki), jest warta tyle, co sześć cytowań zarejestrowanych w SCI.

Na temat stosowania do ewaluacji działalności naukowej prostych wskaźników ilościowych opartych na cytowności, jak impact factor, napisano wiele [...]. Zwolennicy podkreślają zazwyczaj prostotę tego rodzaju ilościowej miary, która umożliwia łatwe uzyskiwanie list rankingowych czasopism, jednostek badawczych, grup naukowych czy poszczególnych badaczy. Krytycy wskazują na rozliczne uproszczenia i wady takich metod, jak preferowanie pewnych dziedzin względem innych czy nieporównywalność pewnych wskaźników. Swoją drogą, ciekawa byłaby analiza socjologiczna relacji między stopniem „bezwzględności” poparcia dla ewaluacji na podstawie impact factor (zwykle w połączeniu z atencją dla tak zwanej listy filadelfijskiej czasopism) a reprezentowaną dyscypliną naukową i jednostką badawczą. W ogólności warto zwrócić uwagę, że sam Eugene Garfield, który zaproponował użycie wskaźnika impact factor do wartościowania między innymi czasopism naukowych, zwraca uwagę na konieczność zachowania ostrożności i rozsądku przy jego stosowaniu.

Interdyscyplinarna normalizacja

Rzecz, na którą najczęściej chyba zwracają uwagę krytycy bezrefleksyjnego przykładania miary „cytowności” do wszelkiej działalności naukowej, jest jej zmienność pośród różnych dyscyplin naukowych. O ile można w miarę sensownie porównywać wagę dokonań badaczy czy grup naukowych działających w tej samej dziedzinie nauki, o tyle bezpośrednie ilościowe porównywanie reprezentantów różnych nauk jest już mocno podejrzane.

Zwracając uwagę na duże różnice między średnią liczbą cytowań w różnych dyscyplinach naukowych I. Podlubny proponuje zmodyfikowaną wersję parametryzacji przez cytowania. Korzystając z danych dotyczących USA (Science and Engineering Indicators 2004) zestawiał liczbę cytowań w różnych dziedzinach nauki na przestrzeni dekady 1992-2001 i zauważył pewną prawidłowość – stosunki tych liczb dla poszczególnych par dyscyplin naukowych wykazują względnie niewielkie zmiany w czasie. Ponieważ najniższe wskaźniki dotyczy prac z dziedziny matematyki, Podlubny określił parametry innych dyscyplin względem „królowej nauk”. I tak na przykład zaokrąglony średni „współczynnik cytowności względem matematyki” wyniósł dla nauk technicznych 5, dla biologii 8, dla chemii 15, dla fizyki 19, a dla badań biomedycznych oraz medycyny klinicznej 78.

Dalej zaś zaproponował, by do oceny dorobku grup badawczych reprezentujących różne nauki stosować nie bezwzględną liczbę uzyskanych cytowań, lecz znormalizowane wskaźniki dla danej dziedziny, to znaczy liczbę cytowań podzieloną przez średni współczynnik „przewagi nad matematyką” dla danej dyscypliny. W ten sposób uwzględnia się automatycznie takie czynniki, jak różnice w globalnej liczbie publikacji oraz w średniej długości spisów referencji w pracach publikowanych w różnych dziedzinach nauki.

Tę samą metodę można zastosować i do oceny poszczególnych pracowników (jak to się de facto robi na przykład podczas wydziałowych czy uczelnianych ocen), zwłaszcza w przypadku względnie niewielkiej liczby cytowań. Rzecz jasna, należy przy tym uwzględnić zarówno warunki lokalne, to znaczy korzystać z owych współczynników uzyskanych nie tyle z danych amerykańskich, co regionalnych (na przykład oszacowanych dla nauki w Europie Środkowowschodniej) albo globalnych. Ponadto należy mieć na względzie silne fluktuacje w bezwzględnych liczbach cytowań przy stosunkowo niewielkiej liczbie publikacji i w krótkich okresach. We wnioskach końcowych Podlubny podkreśla, że proponowana przez niego znormalizowana cytowność może być jedną z miar znaczenia publikacji grup czy pojedynczych badaczy dla nauki jako takiej, ale nie powinna być miarą jedyną, jako że nie bierze pod uwagę wielu innych istotnych czynników związanych z wkładem dokonań tej czy innej osoby bądź grupy do rozwoju światowej nauki.

Idealizacja a rzeczywistość.

W tym kontekście warto zdać sobie sprawę, że stosując współczynniki cytowności, takie jak impact factor Garfielda czy znormalizowana cytowność Podlubnego, jako miarę znaczenia dokonań w sferze nauki, przyjmuje się milcząco pewien idealny model, w którym spis referencji w każdej publikacji obejmuje prace, z którymi cytujący autorzy przynajmniej się zapoznali i istotnie odnoszą się one do treści. Tymczasem łatwo sobie wyobrazić mechanizmy psychologiczne i socjologiczne, które sprawiają, iż rzeczywistość nie pasuje do owego wyidealizowanego modelu.

Nacisk na publikowanie jak największej liczby prac i przy okazji osiągnięcie możliwie wysokiej cytowności to rzecz bynajmniej nie nowa. Bynajmniej do brze, jak przed wielu laty, gdy zaliczałem się jeszcze do młodych naukowców, w gronie paru kolegów zastanawialiśmy się nad możliwościami osiągnięcia wysokich wartości owych wskaźników, a tym samym naszych ocen w oczach szefów i ewentualnych komisji. Dwa pomysły nasuwały się nam jako niemal naturalne. Pierwszy miał polegać na dopisywaniu nawzajem swoich nazwisk do publikowanych prac, drugi – na licznych cytowaniu się nawzajem w swoich pracach. Te dwa rodzaje działań nie były, niestety, wzajemnie niesprzecz-

ne, jako że w przypadku ekstremalnym wszystkie takie cytowania byłyby odwoływaniem się do prac własnych, więc nie byłyby uwzględniane w bardziej zaawansowanych metodach wyliczania cytowności, w których autocytowania nie są brane pod uwagę. Jednak przy zachowaniu pewnej dozy umiaru plan mógł się powieść, szczególnie że każdy z nas pracował w innej placówce naukowej i nieco innej specjalności, więc takie „grzecznościowe” powoływanie się wzajem na swoje prace nie wyglądałoby najgorzej.

Z powodu różnych komplikacji pomysłów tych nie wcieliliśmy w życie. Jeden z nas dość szybko porzucił karierę naukową i poszedł zarabiać na życie w innej branży. Drugi nie mógł nic zrobić, bo o formie wszelkich publikacji decydował jego szef, dopisując się oczywiście w charakterze współautora, a o dodaniu nazwisk innych autorów bądź dodatkowych referencji nie było mowy. Niemniej, jeśli takie pomysły przyszły do głowy nam, mogły też innym. Z tego względu ciekawa, także z naukowego punktu widzenia, mogłaby się okazać próba wyłowienia w morzu publikacji i cytowań pewnych sieci powiązań między publikacjami i ich autorami, niezbyt silnie uzasadnionych względami czysto merytorycznymi.

[...]

Takie, jak wspomniane powyżej, badania nad cytowaniem publikacji naukowych mogą się przyczynić do lepszego zrozumienia zależności między rzeczywistym znaczeniem prac poszczególnych naukowców, grup badawczych czy całych instytucji naukowych a różnymi prostymi wskaźnikami stosowanymi w praktyce do ich oceny. Następnie powstaną być może bardziej wyrafinowane metody naukowotyczne, które uczynią nieskutecznymi metody zawiązywania wskaźników przyjętych za podstawę oceny dokonań naukowych, nie mające bezpośredniego związku z ich rzeczywistą wartością. A jednocześnie jest to samo w sobie ciekawe pole badań naukowych.

Dr Paweł Misiak jest pracownikiem Akademii Rolniczej w Warszawie.

Przedruk z Forum Akademickiego 2005 nr 3, s. 58-59, za zgodą Redakcji Forum Akademickiego, skróty oraz rozszerzenia w tekście – Redakcja Wiadomości Akademickich



Cytowanie i publikowanie raz jeszcze

Paweł Misiak

W poprzednim [artykule] zajmowałem się zagadnieniem cytowalności publikacji naukowych, uznawanej za kryterium jakości czasopism, artykułów naukowych, poszczególnych autorów prac, a także instytucji naukowych tych naukowców zatrudniających. W zarządzaniu nauką impact factor (IF), woryginalie lub w jakiejś odmianie, stał się w wielu miejscach na świecie fetyszem, zwalnającym – jak uważają niektórzy – decydentów od myślenia w kwestiach finansowania badań czy polityki kadrowej. Między innymi z tego względu, niezależnie od wszelkich zastrzeżeń na temat adekwatności tej prostej miary do oceniania jakości pracy naukowej, w praktyce większość naukowców w świecie zmuszona jest do zabiegania o uzyskanie możliwie dużej liczby publikacji oraz cytowalności.

Mimo, że analizy błędów w cytowaniach [...] wskazują, iż w wielu przypadkach część spisów referencji w publikacjach powstaje przez kopiowanie odnośników z innych publikacji bez zaglądania do przywoływanych prac, wymiana informacji naukowych poprzez publikację jednak funkcjonuje, choć może nie w tym samym stopniu we wszystkich dziedzinach wiedzy. Na szczęście nie doszło chyba jeszcze do tego, że publikowanych prac nikt nie czyta, a jeśli już, to na pewno nie w całości – co najwyżej tytuł, streszczenie, a czasem jeszcze wnioski i spis literatury (żeby skopiować to i owo). Z obserwacji kolegów i własnego doświadczenia mogę stwierdzić, że tu i ówdzie w polskiej nauce pracują jeszcze tacy, którzy interesujące ich (a później cytowane w publikacjach) prace czytają od deski do deski. Może to kwestia wychowania do życia naukowego wedle dawniejszych wzorców, coraz trudniejszych do zachowania w czasach natłoku nowości i zmian? Wspomniani koledzy i ja sam nie zaliczamy się już raczej do naukowej „młodzieży”.

W kontekście autora czytającego to, do czego odnośnik może potem umieścić wśród cytowanej literatury, warunkiem koniecznym zacytowania jakiejś pracy jest dostęp do niej. Zależność między dostępnością pracy a liczbą odwołań do niej w pracach innych, jej indywidualnym IF, jest intuicyjnie zrozumiała. Trudno się przecież spodziewać dużej liczby cytowań pracy, którą mało kto może przeczytać. A ogromna obecnie „produkcja” naukowa, wyrażająca się stale rosnącą liczbą publikacji, sprawia, że w większości specjalności nie sposób śledzić na bieżąco całej publikowanej literatury przedmiotu. Choćby z racji czysto fizycznych ograniczeń trzeba już na wstępie dokonywać selekcji tego, co konieczne do przeczytania, a co musi poczekać na później, kiedy znajdzie się trochę wolnego czasu (a to bardzo często oznacza, że nie zostanie przeczytane w ogóle). W orientacji co do jakości i znaczenia, więc i konieczności czytania prac, pomaga w pewnym stopniu ranga czasopisma, w którym praca się ukazała, szczególnie gdy niewiele mówią czytelnikowi nazwiska autorów. A za ilościową miarę rangi czasopisma uchodzi wspomniany IF. Wszelako duże znaczenie ma też łatwość dotarcia do danej pracy.

Cytowalność a dostęp

W badaniach wpływu dostępności publikacji na liczbę ich cytowań probowano ustalić na przykład współzależność między liczbą cytowań a nieograniczonym udostępnieniem pełnego tekstu w Internecie. J. Pringle, związany z Instytutem Informacji Naukowej (ISI), analizującym i publikującym corocznie wartości IF czasopism, stwierdza, że nie ma istotnych różnic w cytowaniach między czasopismami dostępnymi za darmo w Internecie i porównywalnymi, które nie są dostępne w ten sposób – jedne i drugie mają zbliżony IF. Na tej podstawie Pringle sugeruje, że dla autorów,

którym zależy na cytowalności darmowa internetowa dostępność czasopisma jest czynnikiem zupełnie nieistotnym przy wyborze miejsca publikacji, jako że „czytalność” czasopism nie zależy od istnienia bądź nieistnienia takiego dostępu.

S. Harnad i T. Brody zauważają, że to dobra wiadomość, iż współczynniki IF prawie dwustu indeksowanych przez ISI czasopism o wolnym dostępie internetowym są podobne, jak porównywalnych (spośród ponad 8500) czasopism płatnych. Ale to trochę tak, jakby porównywać jabłka z pomarańczami. Jako metodologicznie lepsze podejście proponują porównywanie cytowalności nie całych czasopism, lecz poszczególnych artykułów opublikowanych w czasopismach płatnych, które to prace zostały następnie udostępnione przez autorów w Internecie, z cytowalnością prac nie udostępnionych darmowo w Sieci. Analiz takich dokonano w odniesieniu do prac z trzech dziedzin – nauk komputerowych, fizyki i astronomii. Ich wyniki wskazują, że darmowe udostępnienie artykułów w Internecie podnosi ich cytowalność w stosunku do prac opublikowanych jedynie w ramach dostępu ograniczonego (płatnego) o czynnik 2,5-5,8.

Jak zauważają wspomniani autorzy, wolny dostęp internetowy nie jest warunkiem wystarczającym wysokiej cytowalności pracy, ale jest jej warunkiem koniecznym. Darmowy dostęp internetowy znacząco zwiększa bowiem liczbę potencjalnych czytelników, zwłaszcza spośród tych, którzy nie mają możliwości dotarcia do płatnych źródeł literaturowych, a większa liczba czytelników to także wzrost liczby potencjalnych cytowań. Jak bowiem wskazują badania przeprowadzone na materiale bibliograficznym w dziedzinie astronomii, astrofizyki i matematyki, liczba cytowań jest wyraźnie dodatnio skorelowana z liczbą pobrań tych publikacji z darmowych repozytoriów internetowych.

Do sieci

Z wolnym dostępem do prac naukowych sprawa nie jest tak oczywista, jak by się na pierwszy rzut oka mogło wydawać. Z jednej strony ideą rządzącą publikowaniem prac naukowych jest rozpowszechnianie wiedzy uzyskiwanej w trakcie dociekań naukowych. Naturalne wydaje się więc, że naukowcy, publikując swoje prace, nie tylko nie czynią tego dla pieniędzy, w sensie uzyskania honorariów, lecz pro publico bono – po to, „aby prawda się bardziej krzewiła”. Tradycja takiego podejścia do publikowania artykułów naukowych sięga początków piśmiennictwa naukowego – drugiej połowy XVII w. Praktyka życia naukowego sprawia wszelako, że naukowcy publikują dla wykazania się produktywnością i znaczeniem swoich dokonań, czyli by mieć jak najwięcej publikacji i uzyskać jak najwyższy indywidualny IF.

Z drugiej strony, wydawanie czasopism naukowych wymaga nakładów finansowych, a dla wielu wydawców jest to po prostu biznes, który ma przynosić dochód. Ale nawet gdy wydawca wydaje pismo na zasadzie działalności niedochodowej, i tak musi mieć pieniądze na pokrycie rozmaitych kosztów edycji. Zależnie od stosowanego „modelu biznesowego” fundusze te są uzyskiwane ze źródeł zewnętrznych (z pieniędzy publicznych, fundacji czy od sponsorów), ze sprzedaży czasopisma bądź od autorów. W wielu przypadkach stosowane są równocześnie różne źródła, a ich „skuteczność” i stabilność bywa różna. Różne są też skutki ich stosowania. Na przykład w ciągu ostatniego ćwierćwiecza ceny prenumeraty czasopism naukowych rosły średnio znacznie szybciej niż inflacja (w krajach rozwiniętych), a to oznacza automatyczne ograniczenie dostępności literatury naukowej, bo niewiele bibliotek, zwłaszcza w biedniejszej części globu, stac na prenumerowanie dużej

(i wciąż rosnącej) liczby czasopism. Z kolei, obciążanie kosztami autorów, stanowi często przeszkodę uniemożliwiającą opublikowanie artykułu w danym czasopiśmie. Instytucja zatrudniająca danego autora nie zawsze jest skłonna płacić za umożliwienie mu publikacji. Bariery finansowe mogą więc ograniczać dostęp z obu stron – czytelników i autorów.

Kryzys dostępu, od strony czytelniczej wzmocniony jeszcze szybkim przyrostem liczby czasopism i liczby publikowanych w nich prac, zbiegł się w czasie z rozwojem Internetu. Medium to przyniosło nadzieję na pokonanie wielu trudności, o których mowa powyżej. Zrodziły się inicjatywy, których celem jest doprowadzenie do realizacji szczytnych idei rozpowszechniania wiedzy w sposób równie dostępny dla wszystkich uczonych, niezależnie od miejsca, w którym przyszło im pracować (z dokładnością do dostępu do Sieci). Na przykład tzw. Inicjatywa Budapesztańska na rzecz otwartego dostępu w deklaracji, wydanej w lutym 2002 r., określa Internet jako środek techniczny umożliwiający realizację w skali ogólnosiwiatowej dobra publicznego, jakim jest darmowy i nieograniczony dostęp do recenzowanych prac naukowych dla wszystkich uczonych, naukowców, nauczycieli, studentów, uczniów i in. Podkreśla się przy tym wyraźnie, że chodzi o niczym nieskrępowany dostęp internetowy do pełnych tekstów publikacji, nie zaś np. tylko do danych bibliograficznych lub streszczeń.

Różne drogi

Deklaracja Inicjatywy Budapesztańskiej mówi o dwóch drogach prowadzących do darmowego rozpowszechniania publikacji naukowych: czasopismach o otwartym dostępie oraz samodzielnym archiwizowaniu prac w Internecie przez autorów. Należy tu podkreślić, że mowa wciąż wyłącznie o czasopismach recenzowanych i o dostępie do pełnych tekstów publikacji. W literaturze przedmiotu czasopisma realizujące tę pierwszą drogę noszą za szczytne miano „złotych”. Jak piszą S. Harnad i in., na świecie ukazuje się około 24 tysięcy recenzowanych czasopism, publikujących rocznie około 2,5 miliona artykułów. Żadna biblioteka nie jest w stanie prenumerować wszystkiego, a – na dobrą sprawę – nawet reprezentatywnej próbki całości, zwłaszcza przy rosnących cenach prenumerat. Tym samym dostęp do publikacji za pośrednictwem bibliotek jest coraz bardziej ograniczony. Spośród tych 24 tysięcy czasopism jedynie około tysiąca zalicza się do grupy „złotych”. Jak już wspomniano, wśród prawie 9 tysięcy czasopism indeksowanych przez ISI, „złotych” jest niespełna 200. I choć liczby te również wykazują tendencję wzrostową, trudno spodziewać się istotnych zmian proporcji w najbliższej przyszłości. Należy tu dodać, że wiele spośród owych „złotych” czasopism kosztami publikacji obciąża autorów.

Warto jednak zwrócić uwagę, iż wolny dostęp do publikacji nie jest równoznaczny wyłącznie z darmową dostępnością on-line zawartości całych czasopism (a takiego utożsamienia dokonuje przywołany wcześniej Pringle). Druga droga, wskazana przez Inicjatywę Budapesztańską, wiedzie przez samodzielne internetowe udostępnianie przez autorów prac publikowanych w czasopismach. Oczywiście, istnieje problem prawomocności takiego postępowania. Wiele czasopism naukowych, przyjmując prace do druku, przejmuje jednocześnie prawa wydawnicze. Opublikowanie pracy w Internecie wymaga więc zazwyczaj uzyskania od wydawcy czasopisma pozwolenia. Czasopisma, które zgody w takiej czy innej formie udzielają, zaliczają się do grupy „zielonych”. Te, które się na taką praktykę nie godzą, co oznacza, że publikowane w nich artykuły (czy to w wersji papierowej czy elektronicznej) są dostępne wyłącznie za opłatą, stanowią

grupę „szarych”. Według Harnada i in. obecnie do grupy „zielonych” należy około 80% czasopism, choć wśród nich można jeszcze wskazać na istotne różnice w udzielaniu pozwolenia na upowszechnienie tekstu w Sieci przez autora, związane np. z tym, czy obejmuje ono wyłącznie preprint, czy też wersję końcową.

Z przytoczonych wcześniej wyników badań wskazujących, że cytowalność publikacji jest dodatnio skorelowana z jej darmową dostępnością w Sieci, płyną pewne wnioski praktyczne. I tak, ponieważ życiem naukowym środowisk akademickich niemal powszechnie rządzi zasada „publikuj lub gin”, a dokładnie, przy ocenianiu wyników bierze się zwykle pod uwagę także cytowalność (traktowaną jako bezpośrednią miarę jakości), autorzy powinni starać się publikować swoje prace w czasopismach należących do grupy „zielonych” lub „złotych”, a w przypadku tych pierwszych, pamiętać o zapewnieniu dostępności artykułu w Internecie. W zależności od reprezentowanej specjalności, można w tym celu znaleźć odpowiednie internetowe archiwum jak np. arxiv.org (przyjmujące prace z dziedziny fizyki, matematyki, „nauk nieliniowych”, a od niedawna także „biologii ilościowej”). Najlepiej jednak, gdy poszczególne instytucje naukowe ze swojej strony umożli-

wiają i ułatwiają udostępnianie publikacji swoich pracowników, np. przez tworzenie lokalnych elektronicznych repozytoriów, zgodnych z pewnymi ustalonymi standardami. Standardy te i odpowiednie oprogramowanie są dostępne za darmo w Internecie. Realizacja takiego elektronicznego repozytorium jest więc głównie kwestią chęci (decyzji) i znikomych kosztów. A warto, bo darmowe udostępnienie publikacji pracowników w Sieci powinno zapoczątkować podniesieniem wskaźników jakości pracy naukowców, a poprzez to – zatrudniających ich jednostki.

Dr Paweł Misiak jest pracownikiem Akademii Rolniczej we Wrocławiu.

Przedruk z Forum Akademickiego 2005 nr 4, s. 58-60, za zgodą Redakcji Forum Akademickiego, skróty oraz rozszerzenia w tekście – Redakcja Wiadomości Akademickich



Najczęściej cytowane

Andrzej Pilc

Cytowalność publikacji naukowej jest jednym z najważniejszych kryteriów jej jakości. Dobra, nowatorska praca ma szansę na wiele cytowań. Ich ilość jest podstawowym wskaźnikiem jakości publikacji naukowej w szeregu dziedzinach nauki takich jak biologia, medycyna, matematyka, fizyka, chemia i wiele innych. Trzeba podkreślić, że w wielu dziedzinach, takich jak nauki humanistyczne, prawne, społeczne, o sztuce, ilość cytowań nie jest dobrym wskaźnikiem jakości publikacji, przedstawiona tutaj analiza dotyczy jedynie nauk biologiczno-medycznych.

Dziesięciolecie dostępu do bazy „Science Citation Report” (za lata 1996-2005) umieszczonej na serwerze Zatoka w Interdyscyplinarnym Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego UW jest okazją do przeprowadzenia próby wyszukania najczęściej cytowanych polskich publikacji tego dziesięciolecia w dziedzinie nauk biologiczno-medycznych. Baza jest powszechnie znana, popularna i łatwo dostępna. Poszukiwania przeprowadzono na podstawie analizy kodu pocztowego poszczególnych instytucji naukowych. Więcej niż 50 cytowań uzyskuje jedynie około 1% prac naukowych, w tej analizie za wartość graniczną przyjęto 40 cytowań, warunkiem niezbędnym do umieszczenia pracy w spisie było podanie afiliacji autora z krajową instytucją naukową. Prac przeglądowych i popularyzatorskich nie analizowano.

Obraz nie tak różowy

Pełna lista 230 publikacji załączona jest do internetowej wersji tego artykułu na stronie www.forumakad.pl. Jak wynika z tej listy, w latach 1996-2005 w dziedzinie nauk biologicznych i medycznych powstało 230 publikacji oryginalnych, cytowanych ponad 40 razy, posiadających krajową afiliację.

Na liście najczęściej cytowanych prac 72 publikacje dotyczyły biologii molekularnej i/lub genetyki, 44 publikacje – medycyny, 38-biologii i biochemii, 35 – farmakologii, 32 – neurobiologii, 16 – ekologii/nauk o środowisku, 15 – nauk o roślinozawodach i zwierzętach, 13 – immunologii, 7 – mikrobiologii, 3 – psychiatrii. Przy opublikowanych 1126 pracach z dziedziny biologii molekularnej/genetyki, 72 publikacje w tej

dziedzinie oznaczają, że 6,4% tych publikacji cytowanych było ponad 40 razy. W dziedzinie nauk o roślinozawodach i zwierzętach opublikowano w tym czasie około 4893 prac, z których 15 znalazło się na liście, zatem 0,3% tych publikacji cytowane było ponad 40 razy. Trzeba pamiętać, że średnia cytowań w rozmaitych dyscyplinach naukowych nie jest taka sama. W Polsce najczęściej cytowane są prace z biologii molekularnej/genetyki właśnie (8,35% cytowań na jedną publikację). Pracując w tej dziedzinie nauki znacznie łatwiej uzyskać wysoką liczbę cytowań niż na przykład w dziedzinie nauki o roślinozawodach i zwierzętach, w której publikacje cytowane są średnio 2,54 razy każda. Zatem 20 cytowań z tej dziedziny nauki odpowiada 70-80 cytowaniom z biologii molekularnej. Postępując lege artis, wszystkie dyscypliny nauki powinny być analizowane osobno, tutaj jednak, ze względów porównawczych i statystycznych, przedstawiono je wszystkie łącznie.

W ostatnim dziesięcioleciu opublikowano w kraju w dziedzinie nauk biologiczno-medycznych około 20.000 prac. Ponad 50 cytowań uzyskało 127 publikacji. Stanowi to 0,64% całości, co jest wartością nieco poniżej średnich światowych, wynoszących około 1%. Obraz nauki w dziedzinie biologii i medycyny w naszym kraju nie jest jednak tak różowy, jak może wynikać z tych danych. Tylko około 100 publikacji z tej listy można uznać za wykonane w Polsce (50% lub większy udział autorów z kraju). Bardzo wiele prac powstało całkowicie za granicą, a krajowa afiliacja może być wynikiem zwykłego dopisania instytucji, co jest popularne ostatnio, kiedy do kategoryzacji instytucji naukowej liczy się impact factor publikacji.

Ośrodki i badacze

Najwięcej publikacji powstało w ośrodku warszawskim – 71. Niemal taka sama liczba (70) w ośrodku krakowskim. Na trzecim miejscu plasuje się ośrodek gdański – 27 prac. Zatem tylko w tych trzech ośrodkach powstało około 75% wysoko cytowanych prac. [...]

Akademie medyczne z największą liczbą wysoko cytowanych publikacji to: CMUJ – 29, AM Warszawa – 17, AM Poznań – 11, AM Gdańsk 8, UM Łódź – 7. Uniwersytety z największą liczbą wysoko cytowa-

nych publikacji to: UJ – 24, UG – 17, UW – 7.

Badacze, którzy opublikowali 3 lub więcej wysoko cytowanych publikacji jest 25. Spośród nich największą liczbę prac opublikowali: Szczekliak A. (CMUJ) – 11, Potempa J. (UJ) – 10, Jabłońska S. (AM Warszawa) oraz Ponka A. (PZH Warszawa) – po 6 prac. [...]

Wydaje się, że analizy tego typu mogą (powinny) być wykorzystywane zarówno do obiektywnej identyfikacji silnych ośrodków naukowych, jak i do analizy osiągnięć poszczególnych badaczy. Powinny być również brane pod uwagę jako element oceny instytucji naukowej oraz być elementem tworzenia polityki naukowej w kraju.

Wśród 230 publikacji z afiliacją z Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (dawnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy) pojawiło się cztery. Jako nr 69 - Hoss M., Jaruga P., Zastawny T.H., Dizdaroğlu M. and Paabo S., DNA damage and DNA sequence retrieval from ancient tissues, *Nucleic Acids Res.*, 24 (1996) 1304-1307. AM Bydgoszcz, 78 cytowań. Pod numerem 74 – Jaruga P. and Dizdaroğlu M., Repair of products of oxidative DNA base damage in human cells, *Nucleic Acids Res.*, 24 (1996) 1389-1394, AM Bydgoszcz, 112 cytowań. Z numerem 80 – Karakaya A., Jaruga P., Bohr A., Grolman A.P. and Dizdaroğlu M., Kinetics of excision of purine lesions from DNA by *Escherichia coli* Fpg protein, *Nucleic Acids Res.*, 25 (1997) 474-479. AM Bydgoszcz, 78 cytowań oraz z numerem 111 - Lopaćciuk S., Bielska-Falda H., Noszczyk W., Bielawiec M., Witkiewicz W., Filipecki S., Michalak J., Ciesielski L., Mackiewicz Z., Czestochowska E., Zawilska K. and Cencora A., Low molecular weight heparin versus acenocoumarol in the secondary prophylaxis of deep vein thrombosis, *Thromb. Haemost.*, 81 (1999) 26-31. Inst. Hematologii i Inst. Gruźlicy i AM i Warszawa, AM Białystok, AM Bydgoszcz, AM Lublin, Uniw. Med. Łódź, AM Poznań, CMUJ Kraków, 54 cytowania.

Prof. dr hab. Andrzej Pilc jest pracownikiem Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie i Collegium Medicum UJ.

Przedruk z Forum Akademickiego 2005 nr 4, s. 38-39, za zgodą Redakcji Forum Akademickiego, skróty oraz rozszerzenia w tekście – Redakcja Wiadomości Akademickich

Nasi na Liście Filadelfijskiej

(najwyżej punktowane publikacje pracowników Collegium Medicum)

opracowała Monika Kubiak



Począwszy od tego numeru w „Wiadomościach Akademickich” pojawi się nowy dział poświęcony wyróżniającym się publikacjom pracowników Collegium Medicum UMK w Toruniu. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników CM UMK, biorąc pod uwagę pierwsze półrocze 2005 roku. Za najważniejsze kryterium oceniające przyjęto opublikowanie przez pracownika artykułu w czasopiśmie objętym Listą Filadelfijską o Impact Factor równym lub wyższym 1.000. W ten sposób pragniemy docenić trud naukowy pracowników, którzy przygotowali wysoko punktowane publikacje oraz zwrócić uwagę na wiodące pod względem publikacji Katedry, Kliniki i Zakłady Collegium Medicum.

Tytuł oryginalny:

„Establishing the background level of base oxidation in human lymphocyte DNA: results of an interlaboratory validation study.”

Autorzy: C.M. Gedik, A. Collins, [i in.],

Ryszard Oliński, Karol Białkowski,

Marek Fokiński, Daniel Gackowski, [i in.],

Źródło: - FASEB J. 2005 Vol. 19 nr 1 s. 82-84.

Polskie hasła przedmiotowe:

Utlanie, DNA

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 7.172

Punktacja KBN: 21.000

Streszczenie i komentarz autorski:

Praca, która opublikowana została w FASEB J. 2005 vol. 19 nr 1 pt. „Establishing the background level of base oxidation in human lymphocyte DNA: results of an interlaboratory validation study” jest owocem trzyletniej działalności komitetu, grupującego 27 europejskich zespołów badawczych, których zadaniem była walidacja metod oznaczania 8-oks-2'-deoksyguanozyny (8-oks-2'-dG) z zastosowaniem różnych technik analitycznych. European Standards Committee on Oxidative DNA Damage (ESCODD), (<http://www.rowett.ac.uk/escodd>), w którego pracach Katedra Biochemii Klinicznej Collegium Medicum brała czynny udział, starał się ujednolicić techniki oznaczania oraz weryfikację laboratoriów pod względem uzyskiwanych wyników. W kilkuetapowej procedurze weryfikacji, polegającej na oznaczaniu 8-oks-2'-dG w różnych próbach, począwszy od standardów, poprzez oligonukleotydy i DNA aż po materiał biologiczny, laboratorium bydgoskie lokuje się w ścisłej czołówce europejskiej pod względem kompetencji oraz wiarygodności prowadzonych badań z zakresu oksydacyjnych uszkodzeń DNA. Ostatecznym celem działalności ESCODD-u było badanie poziomu 8-oks-2'-dG w limfocytach krwi obwodowej grupy mężczyzn i kobiet w różnych krajach Europy i ustalenie tzw. poziomu bazowego uszkodzeń DNA charakterystycznego dla populacji europejskiej, czego efektem jest cytowana publikacja.

Prof. dr hab. Ryszard Oliński

jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biochemii

Klinicznej na Wydziale Farmaceutycznym.

Dr Karol Białkowski, dr Marek Fokiński i dr Daniel

Gackowski są adiunktami w tejże Katedrze.

W Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej prowadzone są badania nad znaczeniem wolnych rodników

tlenowych (WRT) głównie w rozwoju

i patogenezie chorób nowotworowych i układu krążenia.

Głównie badania koncentrują się na: ocenie zmian

aktywności enzymów antyoksydacyjnych, ocenie

uszkodzeń zasad azotowych w komórkowym DNA,

analizie witamin o znaczeniu antyoksydacyjnym,

analizie produktów reperacji DNA.

Tytuł oryginalny:

„Changes in spectrin organisation in leukaemic and lymphoid cells upon chemotherapy”.

Autorzy: P.M. Dubielecka, B. Jaźwiec, S. Potoczec, T. Wróbel, J. Miłoszewska, O. Haus, A. Hellmann.

Źródło: - Biochem. Pharmacol. 2005 Vol. 69 s. 73-85.

Polskie hasła przedmiotowe:

Białaczka limfocytowa ostra - leczenie Chemioterapia

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej,

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.993

Punktacja KBN: 12.000

Dr hab. Olga Haus, prof. UMK

jest kierownikiem Katedry i Zakładu Genetyki

Klinicznej na Wydziale Lekarskim. Katedra prowadzi ba-

danie cytogenetyczne i molekularne; m.in. badania fuzji

genowych i unikalne badania genów homeoboksowych

w białaczkach a także badania genów

oporności wielolekowej komórek nowotworowych.

Dr hab. Olga Haus jest przewodniczącą Sekcji Cytogenetyki

Hematoonkologicznej oraz ekspertem

ds. cytogenetyki Polskiej Grupy Białaczkowej.

Tytuł oryginalny:

„Many-body tight-binding model for aluminum nanoparticles”.

Autorzy: G. Staszewska, Przemysław Staszewski, N. E. Schultz, D.G. Truhlar.

Źródło: - Physical Rev. B 2005 Vol. 71 s. 045423.

Polskie hasła przedmiotowe:

Glin, Fizyka

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact

Factor ISI: 2.628

Punktacja KBN: 12.000

Streszczenie:

Zaproponowano nowy wielociałowy model metody ciasnego wiązania w celu obliczenia powierzchni energii potencjalnej dla nanocząstek aluminium. Parametry metody ciasnego wiązania dopasowano na zbiorze danych, zawierającym 190 energii rozmaitych klastrów (Al₂, Al₃, Al₄, Al₇, Al₁₃) obliczonych w tym celu przy pomocy hybrydowej metody funkcjonału gęstości, energii kohezji, stałej sieci oraz niewielkiego zbioru potencjałów jonizacyjnych. Zaprezentowano i porównano kilka modeli metody ciasnego wiązania dla aluminium. W najlepszym modelu średni błąd bezwzględny dopasowania nie przekracza 0.03 eV.

Komentarz autorski: Strukturalne, energetyczne, chemiczne, optyczne i inne własności nanocząstek są przedmiotem intensywnych badań teoretycznych i doświadczalnych. Unikalne własności nanocząstek wynikają między innymi stąd, że duża część atomów tworzących nanocząstkę, to atomy powierzchniowe. Jest to istotną przyczyną dla której bada się i poszukuje nowych materiałów energetycznych w postaci nanocząstek. Opis kwantowy nanocząstek, ze względu na ich rozmiary (setki lub tysiące atomów) jest trudny. Dla nanocząstek zachodzi potrzeba rozwijania specyficznych kwantowych metod opisu, ponieważ metody ab initio chemii kwantowej lub teoria funkcjonału gęstości pozwalają na opis cząsteczki składającej się z niewielkiej ilości (do kilkudziesięciu) atomów. Własności kwantowe nanocząstek mogą być w sposób przybliżony uwzględnione w metodzie ciasnego wiązania.

Dr hab. Przemysław Staszewski,

prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Modelowania

Matematycznego w Naukach Biomedycznych w Katedrze

Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informa-

tyki Medycznej na Wydziale farmaceutycznym.

Tematyka badań prowadzonych przez pracowników

Katedry obejmuje: podstawy i zastosowanie

(w tym biomedyczne) metod dynamiki nieliniowej;

zastosowanie mechaniki kwantowej w fizyce i chemii

atomowo-molekularnej, a także biomedyczne

zastosowania metod statystycznych.

Tytuł oryginalny:

„Anti-HBs profiles in children treated for neoplastic disease who had been vaccinated against hepatitis B postnatally or as infants”.

Tytuł polski:

„Zachowanie się przeciwciał anti-HBs u dzieci leczonych z powodu chorób nowotworowych, szczepionych przeciwko wz B okresie noworodkowym i niemowlęcym”.

Autorzy: Sylwia Kołtan, Andrzej Kołtan,

Mariusz Wysocki, Robert Dębski, Jan Styczyński.

Źródło: - J. Hosp. Infect. 2005 Vol. 60 s. 73-77.

Polskie hasła przedmiotowe:

Zapalenie wątroby B - dzieci, Szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby Białaczka - dzieci, Nowotwory - dzieci

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact

Factor ISI: 1.823

Punktacja KBN: 10.000

Streszczenie:

Dzieci z chorobami nowotworowymi stanowią grupę ryzyka zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (wz B). Dlatego zastosowano programy profilaktyczne, które przyniosły poprawę epidemiologiczną. W 1995 r. w Polsce wprowadzono obowiązkowe szczepienia noworodków i niemowląt przeciwko wz B, co wymusiło ponowną zmianę w zapobieganiu zakażeniu wz B u dzieci leczonych z powodu nowotworów. Celem pracy była analiza stężeń przeciwciał HBsAb oraz częstość zakażeń u dzieci z nowotworami, objętych szczepieniami przeciwko wz B w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Badaniem objęto 96 dzieci w wieku od 1-79 miesięcy, bez wykludników aktywnego zakażenia wz B przed rozpoznaniem nowotworu. Wszystkim oznaczano profil wirusologiczny wz B w dniu rozpoznania oraz w toku dalszej obserwacji. Wyniki analizowano w trzech grupach: A – 65 dzieci po pełnym cyklu szczepień, z wyjściowym HBsAb ≥ 100 IU/l. Grupa B – 20 dzieci po pełnym cyklu z mianem HBsAb < 100 IU/l. W dniu diagnozy szczepieni podwójną dawką szczepionki; ocena HBsAb po 1 mies. Grupa C – 11 dzieci, u których nie zakończono cyklu szczepień przed zachorowaniem, w związku z czym kontynuowano u nich immunoprofilaktykę. U 80 / 85 pacjentów z grup A i B, nie zakażonych w trakcie dalszej obserwacji aktywnie wz B, miano HBsAb utrzymywało się powyżej 100 IU/l: po 3 mies. u 80,5% badanych, po 6 mies. – 74,2%, po 12 mies. – 61,5%, po 18 mies. – 78,6%. Wśród dzieci,

kóre wytworzyły przeciwciała, stwierdzano powolne obniżanie się średniej geometrycznej: w grupie A przez cały okres obserwacji średnia utrzymywała się powyżej 100 IU/l, w grupie B była niższa i w trzech okresach wynosiła poniżej 100 IU/l. W grupie C, 5/11 badanych miało HBsAb > 100 IU/l w pierwszym i kolejnych oznaczeniach, jedno dziecko z wysokim HBsAb < 100 IU/l dobrze odpowiedziało na szczepienie, u dwójki nie zaobserwowano wzrostu HBsAb > 100 IU/l. U 3 dzieci wykonano tylko badanie wyjściowe. W chwili rozpoznania markery przebytego wzv B wykazano u 9/96 (9,4%) badanych, natomiast w trakcie obserwacji zakażenie wzv B stwierdzono u 19/96 chorych (19,8%), w tym aktywne u 5/96 (5,2%), przebyte u 14/96 (14,6%) dzieci. Łącznie, spośród 28 dzieci zakażonych wzv B, 23 (82,1%) wyeliminowało wirusa. U dzieci szczepionych przeciwko wzv B zgodnie z kalendarzem, pomimo immunosupresji, istnieje odpowiedź immunologiczna, pozwalająca ponad 60% z nich utrzymać bądź wytworzyć ochronne miano przeciwciał HBsAb. Zakażeniu wzv B ulega stosunkowo duży odsetek dzieci, jednak u większości dochodzi do eradykacji wirusa. Niezbędne jest dalsze doskonalenie programu zapobiegania zakażeniom wzv B w tej grupie dzieci.

Dr Sylwia Koltan, dr Andrzej Koltan
i dr Jan Styczyński są adiunktami,
natomiast dr Robert Dębski asystentem,
w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii
na Wydziale Lekarskim.
Prof. dr hab. Mariusz Wysocki jest kierownikiem
też Katedry. W Katedrze i Klinice prowadzi się
badania nad: zakażeniami wirusami hepatotropowymi
dzieci z chorobą nowotworową, wynikami leczenia nowo-
tworów wieku dziecięcego, bakteriami u gorączkujących
dzieci z chorobą nowotworową w okresie
neutropenii, badaniami skuteczności bierno-czynnej
immunizacji przeciwko zakażeniom wirusem zapalenia
wątroby typu B u dzieci ze schorzeniami układu krwi-
otwórczego oraz niepożądanymi objawami chemioterapii
i ich wpływem na przebieg leczenia dzieci z chorobą
nowotworową.

Tytuł oryginalny:

„Abdominal wall repair using a biodegradable scaffold seeded with cells”.

Tytuł polski:

„Naprawa ubytków ściany jamy brzusznej z użyciem wszczepu skonstruowanego metodami inżynierii tkankowej”.

Autorzy: Tomasz Drewa, Przemysław Gałązka, Andrzej Prokurat, Zbigniew Wolski, J. Sir, K. Wysocka, Rafał Czajkowski.

Źródło: - J. Pediatr. Surg. 2005 Vol. 40 s. 317-321.

Polskie hasła przedmiotowe:
Otrzewna, Chirurgia

Język publikacji: ENG

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.449
Punkcja KBN: 9.000

Streszczenie:

Cel: Naprawa dużych wrodzonych ubytków ściany brzusznej nadal pozostaje wyzwaniem we współczesnej chirurgii dziecięcej. Stosowanie sztucznych materiałów protezujących wiąże się z dużym niebezpieczeństwem powikłań i koniecznością powtórnej operacji. Celem badania było określenie przydatności metod inżynierii tkankowej do naprawy dużych ubytków ściany jamy brzusznej. Materiał i Metody: Mysie fibroblasty 3T3 namnożono w warunkach in vitro. W kolejnym etapie fibroblasty aktywnie wysiewano na ulegający biodegradacji materiał z kwasu poliglikolowego (PGA) w ilości 107 komórek na cm² materiału. Pożywkę hodowlaną składającą się z Dulbecco's Modified Eagle's Medium (DMEM) z 10% surowicą płodową wołową (FBS) w etapie tworzenia wszczepu wymieniano co 6 godzin. W znieczuleniu ogólnym czarnym myszom laboratoryjnym linii C57BL/6L wy-

konywano duży ubytek pełnej grubości ściany jamy brzusznej o wymiarach 2 x 3 cm (60-70% powierzchni przedniej ściany jamy brzusznej). W grupie badawczej naprawy ubytku ściany jamy brzusznej dokonywano za pomocą wszczepu skonstruowanego z PGA z rosnącymi na nim po wysianiu fibroblastami. W pierwszej grupie kontrolnej ubytek protezowano bezkomórkowym PGA, w drugiej grupie kontrolnej nad ubytkiem zszywano jedynie skórę. Zwierzęta uśmiercano po 30 dniach w celu oceny makroskopowej wszczepu i wykonania badań histopatologicznych. Wyniki: Nie odnotowano przypadków przepukliny powłok brzusznych u zwierząt po wszczepieniu wszczepu z komórkami jak i bezkomórkowego PGA. Wszystkie zwierzęta z grupy po zamknięciu ubytków jedynie skórą zginęły w przeciągu 7 dni po zabiegu operacyjnym. W każdym przypadku wszczepów wytworzonych metodami inżynierii tkankowej obserwowano większą ich grubość w porównaniu z grupą kontrolną. Badanie histopatologiczne wszczepów wykazało lepszą neowaskularyzację wszczepów z wysianymi komórkami w porównaniu z wszczepami komórkowymi. Nie obserwowano dużego odczynu zrostowego między zrekonstruowaną ścianą jamy brzusznej a skórą. Wnioski: Wszczepy konstruowane metodami inżynierii tkankowej mogą już w niedalekiej przyszłości znaleźć zastosowanie w rekonstrukcji rozległych wrodzonych ubytków powłok jamy brzusznej.

Komentarz autorski: Inżynieria tkankowa jest interdyscyplinarną dziedziną nauki wykorzystującą techniki namnażania komórek in vitro oraz hodowli komórek na rusztowaniach przestrzennych celem regeneracji lub zastępowania uszkodzonych tkanek i narządów. Inżynieria tkankowa zajmuje się budowaniem tkanek w warunkach laboratoryjnych. Powstaje również nowa dziedzina medycyny zwana medycyną regeneracyjną. Medycyna regeneracyjna wykorzystuje dzisiaj potencjał zebrany przez naukowców zajmujących się między innymi inżynierią tkankową, technikami klonowania, inżynierii genetycznej i fuzji komórek.

Prezentowana praca dotyczy rekonstrukcji mięśniowej części ściany brzucha na zwierzęcym modelu myszy. Rekonstrukcję wykonano przy użyciu wszczepu zbudowanego całkowicie poza organizmem zwierzęcia. Wszczep ten przyjął się oraz wykazywał dobre właściwości biologiczne i mechaniczne.

Trudności związane z praktycznym wykorzystaniem metod inżynierii tkankowej wiążą się z koniecznością zastosowania ogromnej liczby komórek do takiej rekonstrukcji u człowieka (108 czy nawet 109). Trudno otrzymać w warunkach laboratoryjnych taką liczbę komórek zróżnicowanych. Może uda się to w przyszłości dzięki zastosowaniu do tej technologii komórek macierzystych. Model myszy jest modelem małego zwierzęcia i nie może odpowiadać modelowi ludzkiemu. Wydaje się, że dużo czasu jeszcze minie zanim techniki inżynierii tkankowej uznane zostaną za metody stosowane w leczeniu. Należy jednak zauważyć, iż są prężnie rozwijające się dziedziny medycyny, które wykorzystują metody inżynierii tkankowej w codziennej praktyce. Dotyczy to rekonstrukcji powierzchni stawowych przeprowadzanej przez ortopedów, przeszczepu komórek macierzystych szpiku w leczeniu nowotworów oraz leczenia oparzeń skóry przy pomocy przeszczepu hodowanych in vitro keratynocytów.

Autor miał zaszczyt wygłosić tę pracę na Kongresie Brytyjskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych w Oxfordzie w 2004 roku. Kongres organizowany jest pod patronatem Brytyjskiego Królewskiego Towarzystwa Chirurgów.

Dr Tomasz Drewa jest adiunktem
w Katedrze i Zakładzie Biologii Medycznej na Wydziale
Lekarskim oraz pracownikiem na etacie Szpitala Katedry
i Kliniki Urologii. Jest członkiem European Federation of
Biotechnology, European Tissue Engineering Society oraz
członkiem założycielem Polskiej Federacji Biotechnologii.
Lek. med. Przemysław Gałązka jest młodszym asystentem
na etacie Szpitala w Katedrze i Klinice Chirurgii Dziecięcej
na Wydziale Lekarskim, którą kieruje dr hab. Andrzej
I. Prokurat, profesor UMK. Prof. dr hab. Zbigniew Wolski
jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii
na Wydziale Lekarskim.

Tytuł oryginalny:

„An ab initio study on nucleic acid bases aromaticities”.

Autorzy: Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Struc. (Theochem) 2005 Vol. 714 nr 1 s. 29-34.

Polskie hasła przedmiotowe:

Adenina, Guanina, Cytosyna, Tymina, Uracyl, DNA

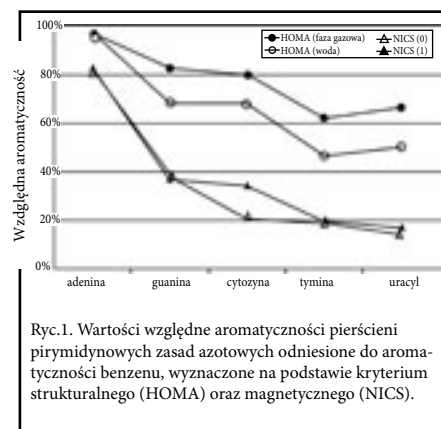
Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.027

Punkcja KBN: 9.000

Streszczenie:

Aromatyczność jest jedną z fundamentalnych i powszechnie stosowanych miar reaktywności wielu organicznych i nieorganicznych związków chemicznych. Ponad połowa naturalnie występujących substancji ma udokumentowane cechy aromatyczności. Jest to szczególnie ważną charakterystyką dla heterocyklicznych związków organicznych z uwagi na ich znaczenie biochemiczne. Zasady azotowe oraz ich pochodne należy zaliczyć do tej grupy. Istnieje wiele kryteriów aromatyczności. Najczęściej wykorzystuje się kryteria energetyczne, strukturalne (HOMA) oraz magnetyczne (NICS). Te dwa ostatnie parametry zostały wyznaczone dla kanonicznych zasad azotowych w oparciu o metody funkcjonału gęstości DFT na poziomie B3LYP/6-31G**. Co ciekawe, zasady azotowe, tak dobrze poznane pod wieloma aspektami, nie doczekały się jak dotąd opisu aromatyczności w oparciu o nowoczesne kryteria i metody chemii obliczeniowej. Praca próbuje wypełniać tę lukę.

Nieależnie przeanalizowano aromatyczność pierścienia pirymidynowego oraz imidazolowego. Uwzględniono w modelu wpływy środowiskowe wywołane obecnością polarnego rozpuszczalnika oraz kwasowości środowiska. Wyniki podsumowuje ryc.1.



Ryc.1. Wartości względnej aromatyczności pierścieni pirymidynowych zasad azotowych odniesione do aromatyczności benzenu, wyznaczone na podstawie kryterium strukturalnego (HOMA) oraz magnetycznego (NICS).

Obydwa zastosowane kryteria przewidują większą aromatyczność zasad purynowych aniżeli pirymidynowych. Następująca sekwencja opisuje malejący charakter aromatyczny kanonicznych zasad azotowych: adenina > guanina > cytozyna > tymina ≈ uracyl. Środowisko wodne zwiększa aromatyczność wszystkich zasad azotowych. Ponadto przeanalizowano wpływ kwasowości środowiska na charakter aromatyczny uwzględniając możliwość protonowania zasad azotowych. Kryterium strukturalne sugeruje silny wpływ tego czynnika na aromatyczność analizowanej klasy związków. W przypadku guaniny oraz zasad pirymidynowych protonowanie wywołuje wzrost charakteru aromatycznego. Natomiast protonowana adenina ma obniżoną aromatyczność w stosunku do formy obojętnej.

Dr hab. Piotr Cysewski jest kierownikiem Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej na Wydziale Farmaceutycznym. W Katedrze i Zakładzie Chemii Fizycznej prowadzone są badania m.in. nad opisem właściwości zasad azotowych oraz ich pochodnych zmodyfikowanych działaniem rodnika wodorotlenowego.

Robert Koch – laureat nagrody Nobla w dziedzinie medycyny 1905 Polskie ślady

Walentyna Korpalska

*Nazwisko Roberta Kocha - współtwórcy mikrobiologii - łączymy na ogół z odkryciem przez niego *Mycobacterium tuberculosis* i ostatecznym udowodnieniem, w 1882 roku, bakteryjnej etiologii gruźlicy. Wykrycie prątka gruźlicy zapoczątkowało nową epokę w walce z tą groźną chorobą zakaźną, która w drugiej połowie XIX wieku zbierała obfite żniwo i uznana została za chorobę społeczną. Odkrycie to umożliwiło opracowanie nowych, stosunkowo pewnych metod rozpoznawania, zapobiegania i leczenia gruźlicy. Za osiągnięcia w tej dziedzinie Robert Koch otrzymał, dokładnie sto lat temu, nagrodę Nobla.*

Prace doktora Kocha nad etiologią gruźlicy poprzedziły jego kilkunastoletnie badania bakteriologiczne, nad ustaleniem źródeł innych chorób zakaźnych, w tym węgliką. Ten okres życia wielkiego uczonego jest mniej znany, kryje szereg niejasności i związany jest z jego pobytem na ziemiach polskich w latach 1869 – 1880.

Robert Koch (1843 – 1910) studia medyczne ukończył w Getyndze, gdzie zetknął się między innymi ze sławnym Jakubem Henle, który tam nauczał anatomii i był autorem słynnej wówczas pracy *Von dem Miasmen und Kontagien*, poświęconej jego ówczesnym poglądom na patogenезę i etiologię chorób zakaźnych. Młody Koch początkowo pracował w szpitalu psychiatrycznym, ale dość szybko założył rodzinę i jego sytuacja materialna stała się trudna.

W tym czasie na ziemiach polskich pod pruskim zaborem władze prowadziły politykę rugowania polskiej inteligencji. Zwolnione posady, zwłaszcza urzędnicze, obsadzano Niemcami, zachęcając ich do osiedlania się na „prowincji” tak zwanymi „dodatkami kresowymi”. Wydaje się, że Robert Koch skorzystał z takiej możliwości poprawy swojej sytuacji materialnej. W 1869 roku z młodą żoną Emmą i roczną córeczką Gertrudą osiedlił się w Rakoniewicach, niedaleko Poznania. W 1870 roku zgłosił się jako ochotnik - lekarz na front wojny francusko – pruskiej. Wojna skończyła się wkrótce, lecz udział w niej miał istotne znaczenie dla dalszej kariery Kocha. Już w 1871 roku podjął starania o uzyskanie posady lekarza urzędowego, a więc dającej znaczną stabilizację. Po zdaniu egzaminu przed komisją w Berlinie, w 1872 roku Robert Koch otrzymał nominację na stanowisko fizyka powiatowego (*Kreis – Physikus*) w powiecie babimojskim, z siedzibą w Wolsztynie.

Rodzina Kochów zamieszkała na pierwszym piętrze jednego z najokazalszych domów w Wolsztynie. Do obowiązków lekarza powiatowego należał nadzór administracyjny nad opieką zdrowotną w powiecie, łącznie z problemami sanitarno – epidemiologicznymi i sądowo – lekarskimi. Oprócz tego Koch prowadził rozległą praktykę prywatną wśród, stanowiącej większość mieszkańców powiatu, ludności polskiej, co skłoniło go do opanowania języka



polskiego. Sytuacja materialna rodziny uległa znaczącej poprawie.

Robert Koch mógł rozwinąć swoje zainteresowania w dziedzinie bakteriologii. I tu natrafiamy na zasygnalizowane w tytule polskie ślady w początkach drogi naukowej Kocha. W wielu biografiach tego uczonego możemy znaleźć ubarwione opowieści o trudnych warunkach pracy naukowej, skromnym, prywatnym laboratorium, urządzonym za zasłonką, mikroskopie kupionym przez żonę na Gwiazdkę.





K w e r e n d a
 prowadzona przez polskich uczonych, także w archiwach niemieckich wskazuje, że w badaniach naukowych Roberta Kocha w Wolsztynie dużą rolę odegrał tamtejszy aptekarz – Polak – Józef Knechtel. Był on jednym z zamożniejszych obywateli miasteczka, właścicielem jedynej w Wolsztynie, znakomicie wyposażonej apteki. Warto przypomnieć, że jeszcze w tym czasie przyapteczne laboratoria były nie tylko jednym z głównych miejsc wytwarzania leków, ale także placówkami, w których prowadzono badania nad lekami, w zakresie chemii i przemysłu spożywczego.

To właśnie w laboratorium przy aptece Józefa Knechtela znajdowały się mikroskopy udostępnione Kochowi, którego wówczas na taki sprzęt nie było stać. Nie mogła ich też kupić mężowi Emma Koch „na Gwiazdkę”. Potwierdzają to zachowane dokumenty. Są to dwa listy z 1905 roku, napisane przez lekarza z Wolsztyna, radcę medycznego dr. Brinkmanna do jego zwierzchnika w Berlinie. W tym samym roku, po śmierci aptekarza, wdowa – Waleria Knechtel zmuszona została do sprzedaży apteki, która przeszła w ręce niemieckie. Pozostały w aptece cenny sprzęt laboratoryjny pragnęła przekazać do Instytutu Chorób Zakaźnych w Berlinie, pod warunkiem umieszczenia przy nim informacji o współudziale męża w pracach Kocha. Doktor Brinkmann, który dobrze znał Knechtela informował, iż współpraca ta nie miała charakteru doraźnego: „...obaj panowie często całe noce spędzali na mikroskopowaniu”. Zaczęli od badania

okrzemek, z czasem – pewnie z inspiracji Kocha – zajęli się węglikiem. W spuściźnie po aptekarzu pozostał sprzęt laboratoryjny oraz odręczne rysunki Roberta Kocha. W 1905 roku w aptece znajdowały się jeszcze: „...wielki mikroskop jenajski, aparat z soczewkami, prawdopodobnie do fotografowania preparatów, nieliczne preparaty z węglikiem i durem powrotnym, a ponadto olbrzymi zbiór okrzemeków ze wszystkich jezior, bajor i stawów powiatu, jak i spoza niego. Zachował się jeszcze stół i dwa krzesła do mikroskopowania”. Dr Brinkmann pisał także, iż Józef Knechtel „...

wykonał z nim [R. Kochem] wiele doświadczeń na zwierzętach, lecz wszystek potrzebny do tego sprzęt oddał Kochowi, o czym mi jeszcze za życia zakomunikował”. Zmarły aptekarz „...niechętnie mówił o swej współpracy z Kochem, prawdopodobnie było mu przykro, iż Koch nigdy o nim nie wspominał. Jest jednak rzeczą pewną i zawsze jeszcze można potwierdzić to zeznaniami świadków, że w badaniach Kocha Knechtel miał główny udział” – oświadczał w swym piśmie dr Brinkmann.

Odpowiedź na pytanie – dlaczego Robert Koch przemilczał pomoc Józefa Knechtela w badaniach nad węglikiem, musi uwzględniać realia polityczne przełomu XIX i XX wieku. Jako lekarz powiatowy Koch był urzędnikiem, realizującym politykę państwa na ziemiach polskich pod pruskim panowaniem. W 1880 roku przeniósł się do Berlina, gdzie podjął pracę w Cesarskim Urzędzie Zdrowia. Nie były to sprzyjające warunki do demonstrowania współpracy z aptekarzem – Polakiem. Przekazanie przez Walerię Knechtel spuścizny po zmarłym mężu, stanowiącej dowód jego współpracy z Robertem Kochem odbywało się jesienią 1905 roku. W październiku zaś tegoż roku Robert Koch otrzymał nagrodę Nobla. Widać nie była to zręczna sytuacja do rozgłaszania współpracy noblisty z polskim aptekarzem. Zwrócenie uwagi na „polskie ślady” w biografii naukowej Roberta Kocha nie umniejsza zasług niemieckiego uczonego. Jest tylko daniem świadectwa prawdzie historycznej. Osiągnięcia Kocha w zakre-

sie bakteriologii, których dokonał w Wolsztynie, utorowały mu drogę do dalszych odkryć, a więc i odkrycia prątka gruźlicy. Dobrze jest jednak wiedzieć, że pierwszym współpracownikiem Roberta Kocha był polski aptekarz z Wolsztyna – Józef Knechtel.

Wolsztyn, to uroczne wielkopolskie miasteczko, położone w pięknej okolicy, w połowie drogi między Poznaniem, a Zieloną Górą. Można tam zwiedzić Muzeum Roberta Kocha w domu, w którym mieszkał i pracował, ale też atrakcyjny skansen starych parowozów i skansen budownictwa ludowego.

Wolsztynianie zapraszają!

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

Zob.: A Skrobaczki, *Współpraca Roberta Kocha z polskim aptekarzem z Wolsztyna w okresie jego pracy na stanowisku fizyka powiatowego, Medycyna Weterynaryjna*, 1991, t. 47 (12), s. 564 – 566; Z. Bednarski, H. Bednarska, *Pierwsza praca naukowa Roberta Kocha nad ustaleniem etiologii węglika. Współpraca z polskim aptekarzem Józefem Knechtelem, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny* 2003, t. 66, z. 2, s. 161 – 168.

Zdjęcie nr 1: Portret Roberta Kocha – rys. H. Hillger

Zdjęcie nr 2: Dom Kocha w Wolsztynie – stan współczesny.

Zdjęcie nr 3: Dyplom-Nominacja Roberta Kocha na lekarza powiatowego

Konferencja medycyny paliatywnej hospicjum Forum onkologii i psychoonkologii

Mirosława Kram

W dniach 14-15 maja 2005 roku odbyła się V Międzynarodowa Konferencja Medycyny Paliatywnej oraz III Międzynarodowe Forum Onkologii i Psychoonkologii pod naukowym patronatem Polskiej Unii Onkologii, Polskiego Towarzystwa Hematologii i Onkologii Dziecięcej oraz Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego. Terenem obrad była Aula Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Organizatorzy: Hospicjum dla Dzieci „NADZIEJA” Fundacji Społeczno-Charytatywnej „POMOC RODZINIE I ZIEMI” w Toruniu, Hospicjum im. Ks. J. Popieluszki w Bydgoszczy, Instytut Pedagogiki UMK oraz Centrum Konferencji i Wystaw EXPO-ANDRE w Toruniu zadbały o wspaniałą atmosferę obrad. W ciągu dwóch dni odbyło się dziewięć sesji oraz pięć warsztatów. Nie sposób przedstawić wszystkich wystąpień zaproszonych przez Komitet Naukowy Konferencji wykładowców, a było ich 39. Z konieczności więc wybrano kilkanaście.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia opieka paliatywna i hospicyjna są synonimami. W kontekście medycznym przymiotnik paliatywny określa czynności mające na celu łagodzenie lub zmniejszanie natężenia bólu lub choroby bądź zapewnienia tymczasowej ulgi. W Polsce medycyna paliatywna została uznana za specjalność medyczną w roku 2000 i, podobnie jak inne kliniczne dyscypliny medyczne, dotyczy leczenia i opieki nad chorym w różnym wieku. Opieka paliatywna stanowi więc aktywną i całościową opiekę nad ciałem, umysłem i sferą duchową, jak również obejmuje wsparcie udzielane rodzinie.

U podstaw tej opieki leży przekonanie, że każdy człowiek ma prawo do godnej śmierci, a społeczeństwo – obowiązek moralny zapewnienia koniecznej opieki i pomocy. Psychoonkologia jest interdyscyplinarną podspecjalizacją onkologii, zajmującą się reakcjami emocjonalnymi pacjentów i ich rodzin w poszczególnych stadiach choroby nowotworowej, jak również opiekującą się nimi personelu. Zajmuje się badaniami zmiennych psychologicznych, społecznych i zachowań wpływających na profilaktykę, ryzyko zachorowania oraz przeżycie w chorobie nowotworowej.

W odniesieniu do dzieci psychoonkologia rozszerza swoje zagadnienia o psychologiczne konsekwencje choroby i jej leczenia istotnego dla dalszego przebiegu rozwoju dziecka.

Sesję Inauguracyjną „zainaugurowała” prof. dr hab. med. Krystyna de Walden Gałuszko – Konsultant Krajowy w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej wykładem „Reakcje psychiczne pacjentów w różnych fazach choroby nowotworowej i jej leczenia”.

Oto jego fragmenty: „Wiadomo, że rozpoznanie choroby nowotworowej u każdego człowieka wywołuje silny wstrząs psychiczny. Emocje jakie budzi choroba nowotworowa są przykre, a poza tym róż-

norodne – zależne z jednej strony od samego chorego (jego osobowości, doświadczeń, obrazu choroby i leczenia), z drugiej zaś – od czasu trwania procesu chorobowego, etapu i stosowanej terapii. Tzw. okres diagnostyczny – wstępny (od chwili zauważenia objawów do momentu postawienia rozpoznania) charakteryzuje się zwykle stanem dużego zakłócenia równowagi psychicznej spowodowanej niepewnością i poczuciem zagrożenia. Dominuje więc lęk, zaburzenia snu, dezorganizacja życia codziennego. Znacznie rzadziej występuje wypieranie i samouspakajanie wyrażane przekonaniem, że to nic poważnego. Okres drugi – to okres pierwszego leczenia, którym może być leczenie operacyjne, chemioterapia lub radioterapia. Na tym etapie reakcje psychiczne stają się zróżnicowane. Część osób podejmuje aktywną współpracę z lekarzami, zdobywając możliwie dużo informacji o przebiegu leczenia. Stosunkowo duża grupa chorych zaczyna działać na własną rękę, sprawdzając propozycje leczenia w innych ośrodkach lub wprowadzając inne niekonwencjonalne metody leczenia. Czasami wiara w bioenergoterapię lub inne formy leczenia skutkują rezygnacją z leczenia onkologicznego.

W reakcjach uczuciowych występują często duże wahania od nastroju rozpacz i smutku do przyływu nadziei i spokoju. Kolejny okres choroby po pomyślnie zakończonym leczeniu – to okres remisji. Trwa zwykle kilka lat i bywa określanym mianem „zespołu miecza Damoklesa”. Dlaczego? Bo zwykle najmniejsza dolegliwość lub zbliżający się termin badania kontrolnego wywołują falę niepokoju czy wręcz strachem prze nawrotem choroby. (...)

Kolejny – niezwykle dramatycznie przeżywany jest okres wznowienia procesu nowotworowego. Jest to moment, w którym powoli osiągnięta równowaga psychiczna budowana na nadziei skuteczności leczenia załamuje się. Uczuciem dominującym jest wówczas rozpacz, poczucie beznadziejności, bunt przeciwko ludziom, Bogu czy losowi. Bardzo trudno wtedy choremu pomóc i zmobilizować ponownie do podjęcia walki. (...) Osobną grupę problemów psychicznych obserwujemy u osób w zaawansowanym stadium choroby – wchodzących w stan terminalny. Część chorych minimalizuje i przekształca przebieg choroby, inni koncentrują się na różnych formach leczenia niekonwencjonalnego, mając nadzieję, że to ich jeszcze uratuje. Jeszcze inni targują się z Bogiem, wierząc w cudowne wyzdrowienie.

Pomoc psychologiczna musi uwzględniać różnorodność i dynamikę reakcji uczuciowych i poznawczych towarzyszących różnym okresom choroby i leczenia”.

W tej samej sesji prof. dr hab. med. Jerzy R. Kowalczyk, Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii i Hematologii Dziecięcej, kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej AM w Lublinie wygłosił wykład

„Przeszczepienie szpiku u dzieci – fakty i mity”. Najważniejsze jego wątki to: „Z każdym rokiem zwiększa się liczba transplantacji hematopoetycznych komórek macierzystych dzieci. Równocześnie zdecydowanej poprawie ulegają wyniki leczenia tą metodą – zmniejsza się śmiertelność okołoprzeszczepowa, coraz lepsze metody przygotowania do przeszczepu i zapobiegania różnym powikłaniom zwiększają komfort psychiczny pacjentów. (...) Lepsze poznanie biologii organizmu biorcy oraz biologii komórek przeszczepianych i wzajemnej relacji między komórkami pochodzącymi z dwóch różnych organizmów pozwoliły na uniknięcie wielu objawów niepożądanych po przeszczepie. Są 3 źródła komórek macierzystych do przeszczepienia szpiku: szpik kostny, komórki macierzyste z krwi obwodowej oraz z krwi pępowinowej. Dawcą komórek macierzystych może być chory sam dla siebie, rodzeństwo, w tym nawet bardzo małe dzieci, dawcy honorowi niespokrewnieni z chorym, w wyjątkowych wypadkach rodzice. Wskazania do przeszczepienia komórek krwiotwórczych są bardzo ściśle określone i praktycznie co kilka lat weryfikowane. Wśród chorób nowotworowych należą do nich m.in.: przewlekła białaczka szpikowa, niektóre postaci ostrej białaczki, zespoły mielodysplastyczne. W przypadku braku dawcy rodzinnego dla pacjenta konieczne staje się poszukiwanie dawcy niespokrewnionego. Dlatego niezwykle istotnym jest posiadanie możliwie jak największego rejestru dawców szpiku w danym kraju oraz dostęp do rejestrów światowych, w których obecnie jest około 10 mln zarejestrowanych dawców. W Polsce wykonuje się obecnie ok. 120 transplantacji komórek krwiotwórczych u dzieci (...).”

„Przygotowanie do życia w obliczu umierania i śmierci” – dość obszerny wykład zaprezentował prof. dr hab. med. Jacek Łuczak – Kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej AM w Poznaniu.



„(...) Okres zaawansowanej, szybko postępującej choroby z przewidywanym bliskim zakończeniem życia stanowi niezwykle trudne wyzwanie dla cierpiącego, przechodzącego przez kolejne straty chorego, dla borykającej się z ciężarem opieki nad bliską osobą rodziny a równocześnie nie zawsze uświadamiany sobie przez chorego, jego bliskich i zespół opiekujących się (opieki paliatywnej) jako bardzo ważny, bodajże najważniejszy okres zamykania życia i przygotowania się do życia wiecznego. (...) Wizji umierania towarzyszy szereg obaw: boimy się cierpienia fizycznego (ból), utraty godności, bycia ciężarem dla innych osób, opuszczenia, nie możemy pogodzić się z rozstaniem z bliskimi i światem, martwimy się jak sobie poradzą bez nas. Nachodzą nas również cierpienia egzystencjalne: świadomość nieuchronności przemijania, niepewności, zwątpienia natury religijnej, udręka co do naszego losu jako osoby – po śmierci ciała ale i duszy. (...) Osoby posługujące chorym u schyłku życia napotykać w sobie samych na znaczne trudności w udzielaniu szczerzej odpowiedzi na zadawane przez chorych pytania. Ile mi jeszcze czasu zostało? Czy ja już umieram? Niejednokrotnie pomijamy je milczeniem, zmieniamy temat rozmowy, udzielamy zdawkowej odpowiedzi, że tylko Pan Bóg to wie lub szukamy pomocy u innych, odsyłając chorego do psychologa, kapelana hospicyjnego. Wiele zapór stawianych jest tu przez rodzinę chorego – przekonywującą go, że ma nadal szanse na wyzdrowienie, zabraniają zespołowi opieki paliatywnej prowadzenia rozmów na ten temat. Zamyka się w ten sposób choremu możliwość wyrażania swoich emocji, udzielania wsparcia opartego na emocji i miłości, uzyskania wybaczenia, uporządkowanie życia i spokojne umieranie. (...).

Opieka u schyłku życia jako istotna składowa opieki paliatywnej i hospicyjnej oznacza objęcie całościową wszechstronną opieką chorego i jego rodziny – po uzyskaniu ich zgody. Działania te obejmują właściwą komunikację, empatyczne wysłuchanie skarg chorego i bliskich, leczenie dokuczliwych objawów oparte na ciągłym monitorowaniu.

W Polsce opieka paliatywna od 1991 jest przedmiotem nauczania studentów obejmującym wszystkie uczelnie medyczne, uznana jako standard w szkoleniu studentów kierunku pielęgniarstwa, wchodzi również w skład szkolenia podyplomowego, specjalistycznego.”

„Postępy w diagnostyce i leczeniu guzów u dzieci” przedstawiła prof. dr hab. med. Danuta Perek – Kierownik Kliniki Onkologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. „Nowotwory mózgu są drugimi co do częstości występowania, po białaczkach, nowotworami u dzieci. Nowotwory mózgu są rozpoznawane najczęściej w wieku 8 lat, ale 25% rozpoznanych dotyczy dzieci poniżej 3 roku życia. Najczęstszym nowotworem złośliwym jest rdzenia płodowy (medulloblastoma). Lokalizacja nowotworów (mózg) sprawia, że u ozdrowieńców odległe skutki choroby i zastosowanego leczenia (chirurgia, radioterapia) są najsilniej wyrażone (...). W leczeniu nowotworów mózgu u dzieci stosowano do niedawna zabieg chirurgiczny i/lub radioterapię. Obecnie w coraz szerszym zakresie zaczęto stosować chemioterapię. Zabieg chirurgiczny ma kluczowe znaczenie w leczeniu guzów mózgu. Przeprowadzany jest z zamiarem maksymalnego jego usunięcia. Możliwe jest to obecnie dzięki stosowaniu tzw. neuro nawigacji. Radioterapia stanowiła do niedawna jedyną metodę uzupełniającą leczenie chirurgiczne. Stosowanie jej, obarczone było ciężkimi odległymi skutkami, zwłaszcza u dzieci poniżej 3 roku życia. Sytuację tę zmienia wprowadzenie napromieniania fotonami – tzw. radioterapia komformalna. Podobnie jak w innych nowotworach dziecięcych, znaczną poprawę uzyskuje się przez stosowanie odpowiednio dobranej dla danego typu nowotworu chemioterapię”.

Wykład „Opieka paliatywna dzieci z chorobą nowotworową. Jakie dzieci i kiedy?” wygłosił prof. dr hab. med. Mariusz Wysoki – Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Fragmenty tegoż wykładu: „W chwili obecnej wzrasta zainteresowanie opieką paliatywną nad dziećmi chorą nowotworową. We współczesnej pediatrii istnieje pojęcie tzw. schorzeń ograniczających życie, czyli takich, w których nie ma uzasadnionej nadziei na wyleczenie i z powodu których dzieci umrą. Choroby te można podzielić na cztery grupy: 1 - Choroby zagrażające życiu, w których postępowanie lecznicze jest możliwe, ale może okazać się nieskuteczne, np. choroby nowotworowe, nieodwracalna niewydolność serca, wątroby, nerek; 2 - Choroby, w których mogą wystąpić długie okresy leczenia, pozwalające na normalne funkcjonowanie, chociaż istnieje zagrożenie przedwczesną śmiercią, np. mukowiscydoza, dystrofia mięśniowa; 3 - Postępujące schorzenia bez możliwości wyleczenia, w których leczenie ma wyłącznie paliatywny charakter i zwykle trwa wiele lat, np. mukopolisacharydozy; 4 - stany poważnego upośledzenia neurologicznego, np. uszkodzenie mózgu, rdzenia kręgowego, mózgowie porażenie dziecięce. (...) Ostatnie badania wykazały, że stoso-

wane leczenie umierających dzieci w oddziałach onkologii dziecięcej nie zawsze przynosiło ulgę. Pojawiały się rozbieżności pomiędzy rodzicami a pracownikami medycznymi w zakresie stopnia cierpienia. Niewątpliwie zgony wśród dzieci z chorobą nowotworową są rzadkie i zaledwie jest kilka prac odnoszących się do tego zagadnienia. W wyniku tego nie jest prowadzone postępowanie oparte na wiedzy (EBM), a źródłem postępowania jest własne doświadczenie(...). Istnieje potrzeba zintegrowanego spojrzenia na opiekę paliatywną dzieci z chorobą nowotworową, spośród których niewielu umiera, a wielu tak cierpi”.

Kolejną sesję uświetnił wykład dr Zbigniewa Bohdana i lek. med. Katarzyny Plata-Nazar z Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii AM w Gdańsku „Wielka Dama opieki paliatywnej E. Kubler-Ross (1926-2004). Człowiek, dzieło”. W skrócie wykład przedstawia się następująco: „Kim była ta niepozorna kobieta, z pochodzenia Szwajcarka, z wyboru Amerykanka, przez miliony wielbiona za bezkompromisowość, oddanie chorym i umierającym, przez innych zwana „Dumą Śmierci”. Była pionierem ruchu hospicyjnego. Po zakończeniu II wojny światowej jako wolontariusz Międzynarodowej Organizacji „Służba dla Pokoju” odwiedza Polskę. Pobyt na Majdanku i spotkanie z kobietą, która straciła wszystkich bliskich w obozie, pozostaje w jej pamięci na całe życie. Rozmowa ze spotkaną więźniarką pokazuje, jak w naszym życiu ścierają się pierwiastki Dobra i Zła. Po ukończeniu studiów medycznych w Zurychu i odbyciu praktyki lekarza wiejskiego wraz z mężem, kolegą ze studiów, udaje się w 1959 roku do Stanów Zjednoczonych. Odbywa podstawowe praktyki w szpitalach Nowego Jorku. Pierwszą pracę podejmuje na oddziale psychiatrii. Będzie to dziedzina jej przyszłej działalności, a także miejsce wyjścia nowatorskich badań nad śmiercią i umieraniem. Doświadczenia z pierwszej pracy wpływają na spostrzeganie chorego, kierowanie się sercem, bliskość w towarzyszeniu jego samotności i umieraniu. Być z pacjentem oznacza dla niej rozmowę, otwarcie na codzienne problemy, samotność, lęki egzystencjonalne. Dr Elizabeth Kubler-Ross była autorką ponad 20 książek. Podstawowym, najgłośniejszym dziełem pozostało do dziś „Rozmowy o śmierci i umieraniu”. Prostota i naturalność spisanych relacji z rozmów z umierającymi ludźmi sprawiła, że książka stała się podstawowym podręcznikiem o problemach stanów terminalnych. Było to wówczas, a rzecz miała miejsce w 1969 roku, czymś rewolucyjnym. Podstawowe tezy tej pracy dotyczą wspólnych zjawisk w sferze psychiki zachodzących u pacjenta od kiedy dowiaduje się o śmiertelnej chorobie. (...)

Rozumienie sensu ludzkiego cierpienia należy do najgłębszych pytań o sens egzystencji człowieka, o jego relacje ze sobą i ze światem”.

W sesji „Dzieci z chorobą nowotworową” dr n. med. Wojciech Madziara z Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach przedstawił w sposób niezwykle usystematyzowany temat: „Diagnostyka różnicowa najczęstszych nowotworowych guzów litych wieku dziecięcego”. Oto fragmenty



Miroslawa Kram i Marzena Humaniecka przed obradami



Uczestnicy obrad Konferencji w kularach

owego wystąpienia: „Postęp jaki dokonał się w różnych technikach diagnostycznych w sposób istotny poprawił możliwości wykrywania procesów chorobowych. Dotyczy to w dużej mierze nowotworów. Na szczególną uwagę zasługują różne nowoczesne techniki obrazowania. Postęp ten sprzyja szybkiemu wykrywaniu szczególnie groźnych dla życia nowotworów. Niestety obserwacje dnia codziennego nie potwierdzają tego tak oczywistego faktu. Często mamy do czynienia z zaawansowanym procesem chorobowym. Na ten stan rzeczy wpływa szereg czynników, które w ogólnym zarysie można podzielić na przyczyny medyczne i pozamedyczne. (...)”

Szczęólnego podkreślenia wymaga fakt odmienności onkologii wieku dziecięcego i dorosłych. Dzieci praktycznie nie chorują na nowotwory pochodzenia nabłonkowego, tak charakterystyczne dla dorosłych. U dzieci spotykamy głównie nowotwory pochodzenia zarodkowego (neuroblastoma, nephroblastoma), narządowego (hepatoblastoma, retinoblastoma), mięsaki. Rozwój tych guzów wykazuje większą dynamikę, wymusza szybkie działania diagnostyczne. Podstawą rozpoznania jest zwykle badanie patomorfologiczne, aby je przeprowadzić konieczne jest pobranie materiału tkankowego. (...)”

W wykładzie dokonano przeglądu najczęstszych nowotworowych guzów litych występujących w poszczególnych regionach naszego ciała (głowa i szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, kończyny) oraz zawarto sugestie diagnostyczne”.

Kwintesencją pierwszego dnia konferencji były warsztaty, a wśród nich największe zainteresowanie wzbudziły „zajęcia” prowadzone przez dr n. med. Marzenę Samardakiewicz, których temat brzmiał „Funkcjonowanie rodzin dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. Możliwości i ograniczenia wspomagania bio-psycho-społecznego”.

„Diagnoza choroby nowotworowej u dziecka, leczenie, ewentualne wznovy, przykro odczuwane efekty uboczne, powtarzające się hospitalizacje i wizyty w klinice, to czynniki wpływające na życie wszystkich członków rodziny. Stanowią one zagrożenie dla równowagi całego systemu rodzinnego. W przystosowywaniu się rodziców do zagrażającej przewlekłej choroby wyodrębnić można kilka etapów. Pierwszy, to czas ustalania diagnozy, drugi kiedy wymagana jest reorganizacja dotychczasowego życia. W kolejnym etapie dochodzi do swoistej stabilizacji, a ostatni etap wiąże się z koniecznością adaptacji do życia po zakończeniu leczenia. Wśród nich może występować lęk, poczucie winy, napięcie, wrogość, złość, poczucie beznadziejności, apatii, żalu i odrzucenia diagnozy. Rodzice często nie przyznają się do przeżywanego w tym okresie cierpienia, nie chcą martwić swoich dzieci lub/i ujawnić poczucia winy spowodowanego faktem, iż nie potrafią osłonić swoich dzieci przed cierpieniem. Lęk o zdrowie rozszerza się na innych członków rodziny, głównie na pozostałe dzieci. Chore dziecko jednak pozostaje w centrum zainteresowania całej rodziny, a rodzice stają się wobec niego nadmiernie opiekuńczy. Nasilanie się postawy nadopiekuńczości odbija się niekorzystnie na funkcjonowaniu zarówno chorego dziecka, jak i jego zdrowego rodzeństwa.

Większości rodziców udaje się podolać wszystkim nowym obciążeniom wynikającym z choroby dziecka. U niektórych jednak mogą wystąpić nasilone reakcje emocjonalne takie jak: depresja, nasilenie własnych problemów zdrowotnych, nadużywanie alkoholu. (...) Według relacji niektórych rodziców, ich życie nigdy nie wraca do normy, po zakończeniu leczenia dziecka. Ostatnio wskazuje się na możliwości wystąpienia u rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi stresu pourazowego”.

Mgr psych. Marzena Bula-Podhorska ze Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej przedstawiła niezwykle interesująco i w sposób bardzo przystępny wykład „Śmierci i umieranie w ujęciu Simontona”. Oto jego fragmenty: „(...)”

Ludzie często nie chcą rozmawiać o śmierci, a wynika to z ich ogromnego lęku przed umieraniem. Mówienie o śmierci przygotowuje do niej, zmniejsza lęk, wprowadza zdrowsze przekonania i pomaga w zdrowy sposób umierać. Ważne jest, aby żyć i umierać z nadzieją. Musimy pamiętać o tym, że często jest tak, że ludzie umierają tak, jak żyją. Jeśli żyjemy w otoczeniu ludzi, to umieramy w otoczeniu bliskich. Jeśli żyjemy samotnie, to umieramy w osamotnieniu. Jeśli żyjemy spokojnie, to umrzemy spokojnie, wolni od bólu”.

Bogumiła Zgorzelak z Hospicjum im. Ks. J. Popiełuszki przedstawiła „Standard postępowania przeciwdoleźnowego w hospicjum”. „Odleżyny stanowią poważny problem nie tylko u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. (...)”

Dlatego ważnym elementem w działaniach pielęgniarskich jest zastosowanie kompleksowych działań i zabiegów prowadzących do zmniejszenia ryzyka powstawania, a gdy już wystąpią, do poprawy gojenia się odleżyn. Działania te opisane są w standardach opieki pielęgniarskiej, które dokładnie określają możliwy do zrealizowania poziom wykonywanych czynności w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej. Przez to zostaje stworzona dokumentacja, która umożliwia analizę i ocenę postępowania pielęgniarskiego”.

Wygłoszono także wykłady z zakresu muzykoterapii, terapii zajęciowej, fizjoterapii – działań podejmowanych wobec pacjentów będących w różnych fazach choroby nowotworowej.

Dla uczestników Konferencji i Forum, wykładowców, wystawców i sponsorów odbył się uroczysty wieczór w Centrum Astronomii UMK w Piwnicach, 15 km od Torunia. Uczestnicy mieli okazję zobaczyć 32-metrowy radioteleskop oraz nowoczesną aparaturę pomiarową. Obejrzelśmy również Obserwatorium Astronomiczne i jego instrumentaria, z którego najważniejszym jest teleskop o średnicy zwierciadła głównego 90 cm, 60-cenymetrowy teleskop fotometryczny oraz półautomatyczną małą kamerę, obrazującą duże obszary nieba. Niestety, pochmurne niebo nie pozwoliło zobaczyć gwiazd. Ale i tak wrażenie ogromne.

*Mgr Mirosława Kram
jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa
Pediatricznego.*

Konferencja „Pro i kontra w laboratoryjnej diagnostyce kardiologicznej, oagulologicznej i nefrologicznej”

Grażyna Odrowąż-Sypniewska

W dniach 27-28 kwietnia 2005 r. w Ciecho-cinku w pałacu Targon odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa zorganizowana przez Katedrę i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Collegium Medicum UMK i oddział bydgoski Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, przy współpracy firmy DADE Behring. Patronat naukowy nad konferencją sprawowała prof. dr hab. n. med. Grażyna Odrowąż-Sypniewska - kierownik Katedry i przewodnicząca oddziału bydgoskiego PTDL.

Tematem przewodnim konferencji było: „Pro i kontra w laboratoryjnej diagnostyce kardiologicznej, koagulologicznej i nefrologicznej”. W ramach spotkania zorganizowano trzy sesje naukowe, a w każdej z nich po dwa wykłady wiodące, prezentowane przez pięciu zaproszonych gości: wykładowców z Akademii Medycznych w Szczecinie i Gdańsku, Instytutu Kardiologii w Aninie pod Warszawą oraz trzech wykładowców z Collegium Medicum.

Wykłady obejmowały tematykę związaną z wykorzystaniem nowoczesnych wskaźników choroby sercowo-naczyniowej, zarówno w oddziałach kardiologicznych, jak i w izbach przyjęć oraz przez lekarzy POZ, markerów prokrzepowych, nowoczesnych parametrów przesączania kłębuszkowego, rolę egzogennych hormonów żeńskich jako czynnika ryzyka choroby zakrzepowej u kobiet oraz rolę białek hemostazy w biologii rozwoju. Jedną z prezentacji poświęconą była zagadnieniu interpretacji wyników badań laboratoryjnych w świetle medycyny opartej na faktach.

Przedstawiciele firmy Dade Behring zaprezentowali aktualną ofertę najnowszej aparatury i produktów do laboratoryjnej diagnostyki kardiologicznej, koagulologicznej i białek specyficznych.

W konferencji wzięło udział ponad osiemdziesiąt osób, diagnostów laboratoryjnych z naszego województwa i regionów ościennych. Wszyscy mieli możliwość uczestniczenia nie tylko w interesującym programie naukowym, ale także zrelaksowania się w Grotach Solnych oraz wysłuchania żywiłowego popisu wokalo-tanecznego znanego zespołu cygańskiego pod kierownictwem Don Wasyla.

*Prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska
jest kierownikiem Katedry i Zakładu Diagnostyki
Laboratoryjnej oraz Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego.*

Książki zakupione za kary naliczone za przetrzymywanie książek na koncie czytelników

Teresa Kosik

Począwszy od 27.09.2004 wcielono w życie aneks do zarządzenia nr 22/99 Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 28 września 1999 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udostępniania zbiorów Biblioteki Głównej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy”. Zmiany w regulaminie wypożyczeń objęły również sposób naliczenia kar za przetrzymanie pozycji książkowej na koncie czytelnika. W rozdziale V ustęp pierwszy otrzymał brzmienie: „Czytelnik, który nie zwrócił pozycji w terminie ponosi karę w wysokości 0,05 % najniższego wynagrodzenia określonego przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, obowiązującego w dniu nałożenia kary, za każdy dzień opóźnienia ponad ustalony termin zwrotu każdej wypożyczonej pozycji. W uzasadnionych przypadkach, na pisemny wniosek czytelnika, dyrektor Biblioteki może zmniejszyć lub anulować karę”, dodano również ustęp 1a oraz ust. 1b o treści: „Uchylenie się od zwrotu wypożyczonych pozycji, a także odmowa uiszczenia nałożonej kary może skutkować okresowym lub stałym pozbawieniem czytelnika prawa do wypożyczania zbiorów Biblioteki” i „Korzystający ze zbiorów Biblioteki ponoszą odpowiedzialność za stan wypożyczonych pozycji i ich terminowy zwrot”.

Zgodnie z nowym regulaminem Biblioteka Medyczna zaczęła naliczać kary za przetrzymywanie książek na koncie czytelnika. Za wygenerowanie monitu informującego o przetrzymaniu książki na koncie czytelnika pobierana jest opłata w wysokości 0,40 zł. Za każdy kolejny dzień przetrzymywania wypożyczonej pozycji doliczane jest 0,20 zł.

Wszystkie wpłaty z tego źródła są przeznaczane na zakup nowych podręczników. Wszelkie sugestie dotyczące najbardziej poszukiwanych tytułów podręczników można przysłać na adres Biblioteki: biblio@cm.umk.pl.

Dotychczas Biblioteka Medyczna zakupiła za sumę 2.632,70 zł.:

Mikrobiologia i parazytologia lekarska	Z. Anusz	8 egz.
Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego	B. Gołąb	1 egz.
Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej	W. Traczyk	5 egz.
Fizjologia człowieka w zarysie	W. Traczyk	7 egz.
Historia medycyny	T. Brzeziński	2 egz.
Chirurgia dziecięca: poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu	A. Wagner	2 egz.
Biochemia Harpera	R. K. Murray	7 egz.
Onkologia: podręcznik dla pielęgniarek	red. A. Jeziorski	2 egz.
Język włoski dla pielęgniarek	J. Bielińska	2 egz.
Farmakologia w zarysie	M. J. Neal	2 egz.
Choroby zapalne układu nerwowego u dzieci	red. M. Kaciński	2 egz.
Choroby wewnętrzne: podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa	red. L. Pączek	2 egz.
Autyzm i zespół Aspergera	red. U. Frith	2 egz.
Medycyna wewnętrzna	H. Gerd	2 egz.
oraz za sumę 3.073,70 zł.:		
Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego	J. Górski	2 egz.
Hematologia	K. Janicki	2 egz.
Położnictwo - ćwiczenia	M. Troszyński	5 egz.
Chemia organiczna: krótki kurs	H. Hart	4 egz.
Chemia organiczna: repetytorium i rozwiązywanie zadań	D.J. Hart	5 egz.
Immunologia	I. Roitt	2 egz.
Biofizyka: podręcznik dla studentów	F. Jaroszyk	2 egz.
Podręcznik elektrokardiografii	B. Dąbrowska	2 egz.
Podręcznik pierwszej pomocy	M. Buchfelder	5 egz.
Chirurgia: podręcznik dla studentów	J. Fibak	4 egz.
Etyka lekarska	T. Brzeziński	1 egz.
Kinezyterapia	K. Milanowska	2 egz.
Biomechanika kliniczna: podręcznik dla studentów	J. Błaszczak	2 egz.
Kardiologia	T. Mandecki	2 egz.
Propedeutyka pediatrii	M. Krawczyński	5 egz.
Patofizjologia: podręcznik dla studentów	S. Maśliński	5 egz.

Mgr Teresa Kosik jest kierownikiem Działu Udostępniania Biblioteki Medycznej.

Ze sportu

Latem kilka słów o zimie

Joanna Weiss

Za oknem piękne letnie słońce, na które tak bardzo czeka się w długie zimowe wieczory... Na szczęście, nie wszystkie wieczory zimą są długie i nudne.

Z rozrównieniem wspominam te spędzone w lutym w Białce Tatrzańskiej. Nad kubkiem gorącej herbaty, przy dźwiękach gitary, wymiana wrażeń na temat naszych nowych osiągnięć narciarskich, ale nie tylko...

Wszystko zaczęło się 3 lutego 2005 r. Pociąg relacji Bydgoszcz-Zakopane. Już kiedy wsiadałam, nawiązały się pierwsze znajomości. Młodzi ludzie z nartami, część twarzy znajoma, część jeszcze nie, ale wystarczyło zapytać i odpowiadali, że tak, studiują w Collegium Medicum i jadą na obóz narciarski do Białki Tatrzańskiej.

A potem wspólna podróż. Razem weselej i bezpieczniej. Dobrze jest czasem zostawić na kilka dni wszystkie zmartwienia za sobą, całe sesyjne zmęczenie, wszystkie smutki. Lubię to uczucie, gdy po kilku godzinach nocnej jazdy za oknami pociągu zaczyna świtać, a oczom ukazują się zupełnie nowe krajobrazy. Nie ma już szaroburych, zakurczonych



Kasprowy Wierch – grupa „orłów” na tle Orlej Perci

równin i fabrycznych kominów, a wszędzie góry i śnieg, iskrzący od porannego słońca. „Na całej polaci śnieg, w przeróżnej postaci śnieg...” - śpiewam sobie pod nosem za A. M. Jopek. I lekko robi mi się na duszy.

O godzinie 8.00 dojeżdżamy do Zakopanego, a stamtąd wynajętym przez nas busikiem do celu naszej podróży - Białki Tatrzańskiej. Na miejscu

Niezapomnianym przeżyciem był też zjazd ze szczytu Kasprowego Wierchu. Chętni (spośród lepij jeżdżących) wyjechali z Białki już o 6.00 rano, aby pierwszą kolejką linową wjechać na szczyt (dość się tam przed tłumami chętnych). Po śniadaniu na górze, małymi grupami, każda ze swoim opiekunem, odcinkami zjeżdżaliśmy w dół. Piękne widoki ośnieżonych gór i tyle słońca wszędzie. Znany z

uczyłam się jak „hamować plugiem” i jak wstawać po upadku. Tam pokochałam ten sport i w moim przypadku jest to miłość na całe życie. Co roku będąc na obozie narciarskim, patrzę z radością, jak z tym samym „błyskiem w oku” zarażają się moi młodszy koledzy. Z jaką pasją opowiadają wieczorem przy piwku o tym, czego dziś dokonali: pierwszy zjazd „orczykiem” bez upadku, pierwszy zjazd ze stoku bez potknięcia...

Na obozie mamy zapewnioną opiekę instruktorską przez cały czas, jaki spędzamy na stoku. W małych kilkusobowych grupkach mamy możliwość „szlifowania” swoich umiejętności. Tu nikt nie jest anonimowy, każdemu studentowi nasi opiekunowie poświęcają czas i wkładają w swoją pracę wiele serca. Nie szczędzą pochwał, ale i konstruktywnej krytyki. Tej zimy pracowaliśmy w czterech grupach: zaawansowanej - prowadzonej przez dr A. Drygasa; średnio-zaawansowanej pod opieką mgr W. Michalskiego; początkującej dziewcząt prowadzonej przez mgr A. Ziemińskiego i początkującej chłopców - mgr F. Waleron. Przy tak czarnej opiece instruktorskiej nasze umiejętności rosły z dnia na dzień i z godziny na godzinę.

Wielu z nas, studentów dysponuje skromnymi środkami finansowymi i gdyby nie obóz uczelniany o takim wyjeździe i tak profesjonalnej nauce, o narciarstwie moglibyśmy tylko marzyć.

Chciałabym podziękować w imieniu wszystkich uczestników obozu naszym wspaniałym instruktorom za ogromne serce włożone w pracę z nami, za poświęcony czas, za wiarę w nasze umiejętności i trud włożony w ich pogłębianie. Dziękujemy, że zawsze byli przykładem tego, jak miło, pracowicie i zdrowo spędzać wolny czas, zarażając nas swoją narciarską pasją.

Dotarli do nas, studentów informacje, że to ostatni obóz narciarski. Władze Naszej Uczelni nie chcą pomóc w zorganizowaniu następnych. Nie przeznaczą na ten cel nawet skromnych środków finansowych. Mamy nadzieję, że to tylko plotki, że piękna, ponad dwudziestoletnia tradycja zimowych obozów narciarskich organizowanych przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Akademii Medycznej w Bydgoszczy przetrwa i będzie kontynuowana przez Collegium Medicum UMK. Do zobaczenia na stoku!

Joanna Weiss jest studentką Wydziału Lekarskiego.



Wysłuchani w opowieść Sabaty

witają nas serdecznie nasi opiekunowie, panowie: Andrzej Drygas, Franciszek Waleron, Włodzimierz Michalski i Adam Zimiński.

Jeszcze tylko krótki wypoczynek po trudach podróży, ostatnie przymiarki sprzętu narciarskiego i o 17.00 spotykamy się po raz pierwszy na stoku. A tam zaczyna się nasza wielka narciarska przygoda. Zostajemy podzieleni na grupy - tych „jeżdżących” i tych „nie jeżdżących”. Pierwsi kierują się na „duży stok”, początkujący na tzw. „osił łączkę”. Dla niektórych naszych towarzyszy to pierwszy kontakt z białym szaleństwem. Okazuje się, że nałożenie i zapięcie butów narciarskich to nie taka prosta sprawa. Ale bardziej doświadczeni pomagają z całych sił. Krótka rozgrzewka, a potem pierwszy wjazd na „szczyt” owej Łączki (nie każdemu początkującemu narciarzowi udaje się to za pierwszym razem). I już stoją na szczycie z zapalonym w przerażonych oczach. Jeszcze kilka godzin treningu i udaje się zjechać na sam dół bez żadnego upadku. To duża satysfakcja! Mija dzień za dniem, jeździmy od rana do wieczora z przerwą na obiad (stoki są oświetlane i czynne do późna). W dzień pogoda piękna - słońce odbija się od iskrzącego białego śniegu. Kiedy staję na szczycie stoku, przed oczyma mam piękne, ośnieżone polskie Tatry, ciągnące się jak okiem sięgnąć. Tego widoku żadne słowa nie opiszą.

Buzie nabierają powoli pięknego, brązowego koloru. Wiezorami, po wyczynach na stoku wypoczywamy w naszej przytulnej chatce, rozmawiamy, popijając herbatkę z rumem albo śpiewamy przy dźwiękach gitary.

Opiekunowie wciąż wymyślają nowe atrakcje. Pod koniec pobytu organizują zawody na stoku - slalom! Wystartować może każdy, nawet Ci, co jeszcze kilka dni temu rozpoczynali swoją przygodę z nartami.

kapryśnej pogody Kasprowy był dla nas wyjątkowo łaskawy. Stoki świetnie przygotowane. Czuliśmy się jak profesjonalni narciarze! Zjechaliśmy na sam dół i udaliśmy się na zasłużony obiad w Zakopanem.

Każdy dzień na obozie przynosił coś nowego, umiejętności, doświadczenia, przyjaźnie. Dlaczego tak lubię jeździć do Białki? To tam kilka lat temu pierwszy raz założyłam narty na nogi, stare uczelniczne Polsporty i pod czujnym okiem instruktora



Dolina Goryczka - zmęczeni po zjeździe z Kasprowego Wierchu

Sukces sportowy studentów Collegium Medicum

opracowała Monika Kubiak

W dniach 20-22.05.2005 r. w Poznaniu odbyły się Akademickie Mistrzostwa Polski oraz Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych w lekkiej atletyce. Reprezentacja naszej Uczelni przerwała dwudziestoletnią passę zwycięstw Akademii Medycznej w Poznaniu.

Kobiety w składzie: Zuzanna Pawlikowska, Magdalena Kaliszewska, Małgorzata Żubka, Dorota Mączyńska, Marlena Dobosiewicz, Anetta Cubała, Alicja Paliwoda, Aleksandra Woderska, Małgorzata Barlik, Karolina Bielas, Katarzyna Kufel, Marika Madera, Monika Będziak, Katarzyna Trawińska, Justyna Stębowska, Agnieszka Jaworowska, zdobywając 574 punkty, pokonały pewne zwycięstwa studentki z Poznania o 29 punktów. Puchar ufundowany przez JM Rektora Akademii Medycznej w Poznaniu powędrował do Bydgoszczy.

Nie mniejszy sukces odnieśli mężczyźni, zajmując drugie miejsce. Skład reprezentacji mężczyzn: Piotr Masłowski, Tomasz Kloskowski, Piotr Lutowski, Michał Solarek, Łukasz Zambrzycki, Bartosz Józwiak, Maciej Biernacki, Jerzy Maciejewski, Sebastian Derdowski, Dawid Mańkowski, Łukasz Dobrzyński, Andrzej Eliaszewicz, Waldemar Kuczma, Robert Kaźmierczak, Tomasz Siódmiak. Należy podkreślić, iż w Mistrzostwach udział wzięło 10 reprezentacji Akademii Medycznych oraz ponad 100 uczelni z całego kraju. Dopełnieniem sukcesu medyków z Bydgoszczy jest kolejny awans w punktacji generalnej na 21 pozycję. W pokonanym polu pozostawiliśmy takie duże ośrodki akademickie jak: Uniwersytet Gdański, SGGW Warszawa, UJ Kraków oraz co najbardziej zaskakujące AWFis Gdańsk!

Dorobek medalowy naszej reprezentacji to: 7 złotych, 5 srebrnych i 6 brązowych medali.

Złote medale:

- Anetta Cubała – skok w dal, skok wzwyż,
- Aleksandra Woderska – rzut oszczepem,
- Łukasz Zambrzycki – 400 m,
- Bartosz Józwiak – skok wzwyż,
- Piotr Lutowski – 800 m,
- Tomasz Kloskowski, Bartosz Józwiak, Maciej Biernacki, Łukasz Zambrzycki – sztafeta 4x400m.

Srebrne medale:

- Alicja Paliwoda – skok wzwyż,
- Małgorzata Barlik – rzut dyskiem,
- Łukasz Zambrzycki – skok w dal,
- Marlena Dobosiewicz, Dorota Mączyńska, Anetta Cubała, Małgorzata Żubka – sztafeta 4x400m,
- Piotr Masłowski, Tomasz Kloskowski, Maciej Biernacki, Dawid Mańkowski – sztafeta 4x100m.

Brązowe medale:

- Małgorzata Żubka – 400 i 800 m,
- Aleksandra Woderska – pchnięcie kulą,
- Piotr Masłowski – 200 m,
- Sebastian Derdowski – skok wzwyż,
- Łukasz Dobrzyński – rzut dyskiem.

Poza głównymi aktorami, jakimi byli nasi studenci, twórcą tego sukcesu jest mgr Włodzimierz Michalski, który potrafił wyselekcjonować i zachęcić 31 osób do przygotowania się i reprezentowania Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Na podstawie materiałów ze strony Uczelni

www.cm.umk.pl

