

Wybory i zmiana władz naszej Uczelni zbiegły się w tym roku ze zmianą ekipy rządowej. Od tych drugich oczekujemy wszyscy wprowadzenia korzystnych przemian w życiu politycznym i gospodarczym.

Natomiast społeczność akademicka przekazując życzenia powodzenia we wszystkich działaniach władzom Uczelni, oczekuje rozsądnej, dalszej integracji ze strukturami uniwersyteckimi, przy zachowaniu niezbędnej unikalności Collegium Medicum, wynikającej ze szczególnej odrębności zawodów medycznych.

Zarówno na jednych i drugich, wg cytowanej łacińskiej maksymy, przywileje i zaszczyty nakładają ciężar odpowiedzialności.

Życząc przyjemnej lektury kolejnego numeru naszych Wiadomości, polecam łaskwej uwadze Czytelników nie tylko artykuły informacyjne, ale również te refleksyjne, wymagające zastanowienia nad sobą i przemijaniem.

Zbigniew Wolski

„Onus est honos”



Spis treści:

Wywiad z Prorektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. Collegium Medicum, dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe, prof. UMK	2-3
Inauguracja roku akademickiego 2005 - 2006	4
Ogólnopolski Dzień Nauki	5-7
Przemijanie ... jesienne refleksje	8-9
Na ramionach olbrzymów	10
Nowi profesorowie - Zbigniew Bartuzi	11
Medycyna jako drugi język	11
Wpływ nagród Nobla na rozwój pediatrii	12-14
Student też człowiek	14
Pielęgniarka, dziecko i jego rodzina	15-17
Nowe koncepcje i alternatywne metody w pielęgowaniu chorych	18-19
Nasi na Liście Filadelfijskiej	20-21
Robert Koch - polskich śladów ciąg dalszy - bydgoski wątek	22-23
Międzynarodowa Konferencja z okazji 25 rocznicy powstania Solidarności	24-25
Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne	26
Pracownia Digitalizacyjna przy Bibliotece Medycznej	27
Z życia sportowego środowiska - druga dekada rozpoczęta	28
Programowe obozy studentów fizjoterapii	29
Juwenalia 2005	30
Jak skutecznie się komunikować?	31
Komunikacja interpersonalna w relacji nauczyciel - student	32

„Wiadomości Akademickie”

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

* Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. 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 Szczęśny
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”

Zdjęcie na stronie tytułowej: Piotr Kurek

Wywiad z Prorektorem

Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
ds. Collegium Medicum,
dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe,
prof. UMK

Serdecznie dziękujemy, że mimo natłoku zajęć i obowiązków, zgodziła się Pani Rektor na rozmowę z redakcją „Wiadomości Akademickich”.

Przede wszystkim chcielibyśmy złożyć jeszcze raz gratulacje z okazji wyboru Pani Profesor na Prorektora UMK ds. Collegium Medicum. Życzymy jednocześnie wszelkiej pomyślności i wytrwałości w tej ciężkiej i odpowiedzialnej pracy.

Redakcja: Jak minęły pierwsze dni w pracy na nowym stanowisku? Jakie były pierwsze decyzje prorektora?

Prorektor: Pierwsze dni zawsze są zaskakujące i niespokojne. A pierwsze decyzje dotyczyły spraw związanych z początkiem roku akademickiego: dydaktyki na Wydziale Farmaceutycznym, akademików.

Redakcja: Jak Pani Rektor ocenia pozycję Collegium Medicum w łonie Uniwersytetu? W czym upatruje Pani siły kampusu bydgoskiego?

Prorektor: Oceniam wysoko naszą pozycję, bo przecież mamy wielki potencjał intelektualny, bazę naukową, dobrze wyposażony szpital. Medycyna i nauki, które się wokół niej skupiają, rozwijają się szybko, wprawdzie moglibyśmy być lepiej wyposażeni, ale na tym właśnie polega rozwój, że stale trzeba szukać nowych, lepszych rozwiązań i sposobów funkcjonowania.

Redakcja: Jak widzi Pani Rektor swoją rolę w Collegium Medicum? Czy władza w Collegium Medicum ulegnie decentralizacji, z akcentem położonym na dziekanów?

Prorektor: Akcenty są rozłożone w kompetencjach, a niewątpliwie kompetencje dziekanów będą większe niż dotychczas. Dobrze jest umieć się zmieścić w zapisanych kompetencjach. Mamy wspólnie tworzyć nowoczesny, europejski uniwersytet. Takie założenie określa rolę rad wydziałów i dziekanów w strukturach uniwersyteckich. Taki był też mój program wyborczy – większa decyzyjność, a co za tym idzie – odpowiedzialność dziekanów. To też i większa satysfakcja z pracy, wię-

cej osób angażuje się w sam proces tworzenia uniwersytetu. To pewnie ożywi także Rady Wydziałów, które będą mogły krytycznie ocenić swoje potrzeby i możliwości ich realizacji, wiedząc, że ponoszą odpowiedzialność za swoje decyzje. Nie należy jednak zapominać o strategii rozwoju uniwersytetu, w którą Collegium Medicum jest wpisane. Dlatego niezbędne jest stałe nasze współdziałanie i rozmawianie o zasadniczych kierunkach działania. Widzę miejsce dla siebie w procesie koordynacji zadań Rad Wydziałów. Sądzę, że regularne spotkania z Dziekanami pozwolą wypracować nasz własny schemat funkcjonowania. Dziekani Collegium Medicum będą – jak wszyscy Dziekani – uczestniczyli w spotkaniach z Rektorem. Mam nadzieję, że to ułatwi pracę i pozwoli określić czytelną politykę Uniwersytetu. Poza tym w zakresie obowiązków Prorektora ds. Collegium Medicum jest nadzorowanie pracy poszczególnych jednostek, administracji Collegium, koordynacja integracji naszych wydziałów z innymi wydziałami uniwersyteckimi.

Redakcja: Jakie korzyści – zdaniem Pani Rektor – przyniesie nowa ustawa „Prawo o szkolnictwie wyższym” zwłaszcza w odniesieniu do uczelni medycznych?

Prorektor: Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym określa zasady funkcjonowania uczelni. Collegium Medicum może pokusić się o tworzenie kierunków międzywydziałowych, które zapewnią możliwość wykorzystania bazy dydaktycznej całego Uniwersytetu. Widzę też szanse dla naszych studentów, którzy chcieliby podjąć studia na innych wydziałach uniwersyteckich.

Redakcja: Jaki widzi Pani Rektor udział władz Collegium Medicum a zwłaszcza prorektora ds. Collegium w zarządzaniu Szpitalem Uniwersyteckim, szczególnie w obliczu trudnej sytuacji finansowej Szpitala? Czy przewiduje Pani Rektor swój udział w negocjacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia? Czy polityka kadrowa szpitala będzie przedmiotem zainteresowania Prorektora ds. Collegium?

Prorektor: Oczywiście tak, to jeden z moich obowiązków. Bardzo liczę na współpracę z pełnomocnikiem rektora ds. klinicznych. Trudno oddzielić politykę kadrową szpitala od polityki kadrowej Collegium Medicum, bo oba te organizmy współtworzą uczelnię

i nadają jej charakter naukowy i dydaktyczny. Szpital Uniwersytecki to także wizytówka uczelni w mieście.

Redakcja: W poprzedniej kadencji w Collegium Medicum sprawy nauki, dydaktyki i kliniczne leżały w gestii pełnomocników rektorskich. Czy przewiduje Pani Rektor powołanie tych stanowisk w obecnej kadencji. Jeśli tak, to czy są już kandydatury?

Prorektor: Nie przewidujemy powołania pełnomocnika ds. dydaktyki ani pełnomocnika ds. nauki i współpracy, natomiast planujemy powołanie pełnomocnika ds. klinicznych, którym zostanie prof. dr hab. Mariusz Wysocki.

Redakcja: Jakie będą priorytety Collegium Medicum w kwestii finansowania badań naukowych? Czy nie sądzi Pani Rektor, że byłoby dobrze ześrodkować finanse naukowe Collegium Medicum na kilku kierunkach: nowotwory, choroby serca i próbować włączyć się z tymi badaniami do programów narodowych?

Prorektor: Na pewno udział w programach narodowych jest celowy. Należy jednakże pamiętać o klinikach, które wymagają wzmocnienia, chociażby po to, żeby mogły nowoczesnie realizować swoje zadania, stale poszerzając możliwości. Kompleksowa opieka nad pacjentem wymaga podobnego poziomu rozwoju wszystkich jednostek klinicznych. Ze względu na sytuację finansową szpitala jest to na pewno trudny problem.

Redakcja: Pozostając przy badaniach naukowych, przekładających się na publikacje, czy nie wydaje się Pani Rektor, że słusznym byłoby coroczne prezentowanie np. na łamach Wiadomości Akademickich rankingów naukowych (według punktacji IF i KBN) osób oraz jednostek Collegium Medicum?

Prorektor: Nie wydaje mi się to dobrym pomysłem, ponieważ nasze czasopismo trafia do szerszego kręgu odbiorców. Informacje o indywidualnym dorobku naukowym mogą być interesujące dla pracowników Collegium, ale niekoniecznie muszą być rozpowszechniane w ten sposób. Wyniki oceny parametrycznej muszą być uwzględniane w ocenie nauczyciela akademickiego, ale tej oceny nie dokonują czytelnicy, tylko powołane do tego komisje.

Redakcja: Wydział Farmaceutyczny z niepokojem spogląda na przyszły plac budowy budynku farmacji. Kiedy można spodziewać się rozpoczęcia prac? Co jest powodem przestoju, bo wszakże pieniądze na ten cel są?

Prorektor: Wersja optymistyczna – przyszły rok, semestr letni. Czas pokaże, czy to uzasadniony optymizm. Każda inna wersja jest już wersją pesymistyczną.

Redakcja: Statut Uniwersytetu przewidyuje funkcjonowanie w bydgoskim kampusie Rady Collegium Medicum. Czy możemy spodziewać się stałych jego spotkań? Czy widzi Pani Rektor zwiększenie kompetencji Rady, bądź upatruje Pani w niej roli doradczej, pomocnej przy podejmowaniu ważnych dla Collegium decyzji?

Prorektor: Rada Collegium Medicum rozpoczyna swoją działalność 23 września. Chciałabym, żeby spotkania Rady odbywały się raz w miesiącu, a w sytuacjach nietypowych, częściej. Kompetencje Rady określa Statut Uniwersytetu. Dopóki Statut nie zostanie dostosowany do nowej Ustawy o szkolnictwie wyższym, obowiązują nas zapisane w nim punkty.

Redakcja: Bibliotekarzom trudno nie zapytać o przyszłość Biblioteki Medycznej. To największa biblioteka specjalistyczna na UMK, posiadająca relatywnie chyba w tej chwili jeden z najskromniejszych budżetów na uczelni a na pewno najskromniejszy ze wszystkich bibliotek medycznych w Polsce. Czy można liczyć na zmianę polityki finansowania naszej księżnicy, która obsługuje przecież wszystkich studentów i naukowców a brakuje jej środków na budowanie podstawowego księgozbioru naukowego? Trudno nie wspomnieć o katastrofalnej sytuacji lokalowej biblioteki, czy w tym względzie możemy liczyć na jakieś konkretne działania?

Prorektor: Jestem z natury optymistką, dlatego myślę, że powinniśmy budować nową bibliotekę. Czy znajdziemy na nią pieniądze? Na to pytanie też odpowiemy sobie za kilka lat. Zapewniam, że podejmę wszystkie możliwe działania. Poza tym chciałabym zwrócić uwagę, że studenci Collegium Medicum, zwłaszcza w zakresie nauk podstawowych, mogą korzystać z Biblioteki Uniwersyteckiej. Nasza Biblioteka może zatem zachować swój profil specjalistyczny.



Redakcja: Nawiązując do poprzedniego pytania, czy Collegium Medicum będzie czyniło starania o pozyskanie finansów ze środków Unii Europejskiej zwłaszcza na inwestycje budowlane?

Prorektor: To są szczególnie ważne działania. Chciałabym wszystkich Kolegów poprosić o pomoc, bo na pewno mają wiedzę i pomysły. Będę wspomagała wszelkie inicjatywy, które zrodzą się w Collegium Medicum i które będą mogły poprawić naszą bazę kliniczną, dydaktyczną i naukową. Nawiązałam kontakt z jednostkami pozyskującymi środki unijne i mam nadzieję, że w krótkim czasie zaczną funkcjonować w Collegium Medicum zespół ludzi współpracujący ściśle z jednostkami.

Redakcja: Chcielibyśmy również na zakończenie zapytać Panią Rektor o odbiór Wiadomości Akademickich. Czy widzi Pani

jakieś mankamenty redakcyjne, braki w obrębie stałych rubryk? Może zechciałaby Pani Rektor zainicjować swoją własną, stałą rubrykę w Wiadomościach? Może dobrym pomysłem byłoby wprowadzenie kalendarium, kroniki rektorskiej?

Prorektor: Wiadomości Akademickie stanowią wizytówkę Collegium Medicum. Ważne jest, żeby ta wizytówka była aktualna. Chętnie przyjmę propozycję własnej, stałej rubryki.

Redakcja: Jeszcze raz serdecznie dziękujemy za udzielenie wywiadu.

Ze strony „Wiadomości Akademickich” rozmowę prowadził Redaktor Naczelny
dr Krzysztof Nierzwicki.

Inauguracja roku akademickiego 2005/2006



W trakcie inauguracji

oprac. Monika Kubiak

Uroczysta inauguracja roku akademickiego 2005/2006 na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu odbyła się w poniedziałek 3 października w Auli (ul. Gagarina 11). Rozpoczęło ją uroczyste wkroczenie na salę władz Uniwersytetu, Senatu i zaproszonych gości oraz wspólne, wraz z chórem, odśpiewanie hymnu Polski. Ustępujący Rektor UMK, prof. Jan Kopcewicz przekazał insygnia rektorskie obejmującemu urząd Jego Magnificencji Rektorowi, dr. hab. Andrzejowi Jamiołkowskiemu, prof. UMK

W przemówieniu powitalnym JM Rektor powitał dostojnych gości, m. in. rektorów uczelni z regionu, uprzednich rektorów Uniwersytetu i Akademii Medycznej w Bydgoszczy, doktorów honoris causa UMK, przedstawicieli władz województwa i miasta, posłów, duchowieństwo, siły mundurowe, studentów i uczniów Gimnazjum i Liceum Akademickiego.

Przemawiając, Jego Magnificencja Rektor, dr. hab. Andrzej Jamiołkowski, prof. UMK przywołał m.in. 60-letnią historię UMK i wileńskie korzenie, podkreślił znaczenie niedawnego połączenia z Akademią Medyczną w Bydgoszczy i fakt wzmocnienia kadry nauczycielskiej. Mówił o planach na przyszłość – przygotowaniu strategii rozwoju Uniwersytetu i przeprowadzeniu oceny jakości kształcenia wszystkich 48 kierunków nauczania. Wspominał o rekordowej rekrutacji na ten rok akademicki (30 tysięcy na UMK, w tym 5 tysięcy na CM), która przyniosła 11 tysięcy nowych studentów UMK. Omówił nowe inwestycje – będącą na ukończeniu budowę Instytutu Biologii oraz planowane budowy Instytutu Farmacji i Instytutu Matematyki. Wspominał o wybitnych osobowościach Uniwersytetu, takich jak odkrywca nowych planet prof. Aleksander Wolszczan. Minutą ciszy uczczono tych, którzy odeszli w minionym roku akademickim. Na koniec JM Rektor jeszcze

raz obiecał intensyfikację działań na rzecz studentów oraz prowadzenie dalszej owocnej współpracy z władzami województwa i miast regionu.

Po zakończeniu przemówienia JM Rektor poprosił dyrektora Gimnazjum i Liceum Akademickiego, Edwarda Maliszewskiego o poprowadzenie ślubowania, które w imieniu kolegów złożyła czwórka wybranych uczniów.

Chwilę później Proroktor ds. Kształcenia i Kadr, prof. dr hab. Andrzej Radziwiński przeprowadził immatrykulację I roku wszystkich Wydziałów. Indeksy przedstawicielom studentów wręczał JM Rektor UMK, dr hab. Andrzej Jamiołkowski, prof. UMK.

Podczas inauguracji roku akademickiego 2005/2006 wręczono wiele nagród, odznaczeń i stypendiów naukowych. Jako pierwsi wystąpili marszałek województwa kujawsko-pomorskiego, Waldemar Achramowicz i przewodnicząca sejmiku kujawsko-pomorskiego, Lucyna Andrysiak, którzy wręczyli odznaczenie honorowe za zasługi dla naszego województwa, przyznane prof. dr hab. Janowi Kopcewiczowi oraz prof. dr hab. Janowi Domaniewskiemu.

Proroktor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, prof. dr hab. Andrzej Tretyn przedstawił nagrodzonych przez Ministra Edukacji Narodowej (7 nagród indywidualnych, m.in. dla prof. dr hab. Stanisława Salmonowicza z Wydziału Prawa za całokształt działalności oraz 3 nagrody zespołowe z chemii, fizyki i sztuk pięknych).

Proroktor ds. Rozwoju i Informatyzacji, dr. hab. Grzegorz Jarzembowski, prof. UMK przedstawił nagrody Archiwum Emigracji honorujące nieopublikowane prace magisterskie lub doktorskie dotyczące dziejów emigracji polskiej.

Z kolei Proroktor ds. Studentów, dr. hab. Leszek Kulk, prof. UMK przedstawił wyniki

konkursu na najlepszego absolwenta, studenta oraz studenta-sportowca Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Najlepszą absolwentką została mgr Anna Konert z Wydziału Prawa, najlepszym studentem – Krzysztof Czyżewski z Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy, natomiast najlepszym studentem-sportowcem – Agnieszka Wiśniewska. Wybrano również najlepszego ucznia Gimnazjum i Liceum Akademickiego, którym została Daria Kiliańska.

Proroktor ds. Collegium Medicum, dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK przedstawiła 14 wyróżniających się wynikami w nauce stypendystów Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia.

Następnie głos zabrali goście: marszałek województwa kujawsko-pomorskiego Waldemar Achramowicz, prezydent miasta Torunia Michał Zaleski, najlepsza absolwentka UMK – mgr Anna Konert oraz nieco swobodniejszy w języku i formie przemówienia przewodniczący Samorządu Studentckiego Paweł Matlakiewicz.

Uroczystość zakończył treściwy i pełen przemysłu wykład inauguracyjny prof. Jana Kopcewicza - „Współczesna biologia – szanse i zagrożenia” oraz odśpiewanie tradycyjnego „Gaude Mater Polonia”.



Wejście na salę



Immatrykulacja I roku



Najlepszy student Uniwersytetu w roku akademickim 2004/2005

oprac. Katarzyna Kubacka,
Monika Kubiak

17 września 2005 roku społeczność naukowa Collegium Medicum już po raz trzeci zaprosiła na festiwal nauki wpisany w Ogólnopolski Dzień Nauki, odbywający się pod patronatem Ministerstwa Nauki i Informatyzacji.

Dzień Nauki, kolejny w historii naszej uczelni był festiwalem, na który zaproszono młodzież i wszystkich mieszkańców regionu, chcąc popularyzować nauki medyczne oraz zaprezentować możliwości i potencjał naukowy bydgoskiego medycznego środowiska akademickiego.

Korzystając ze sprawdzonej formuły dotychczasowych festiwali, przedstawiono cykl wykładów i warsztatów poświęconych nauce i medycynie. Warsztaty miały miejsce 17 września (sobota) 2005 r., odbywając się co godzinę, od 10.00 do 14.00 w budynkach Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9. Zapisy na zajęcia warsztatowe prowadzono kilka dni wcześniej, w dniach od 7 do 16 września w Dziale ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Collegium Medicum.

Z kolei cykl wykładów odbył się w sobotnie popołudnie w budynku Biblioteki Medycznej, a każdy wykład rozpoczynano o pełnej godzinie (między 14.00 a 18.00). Sluchaczami wykładów mogli zostać wszyscy chętni, bez uprzednich zapisów.

Tematy wykładów:

1. Dojrzewanie, dorastanie, planowanie rodziny, łamanie mitów i przesądów (dr n. med. Jacek Fórmaniak, Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej)

Problem ostatnich lat to zbyt wczesne rozpoczynanie życia płciowego i związane z tym wczesne macierzyństwo - patologia ciąży u młodocianych, patologia porodu i problemy społeczne. Spotkanie miało na celu przybliżenie młodzieży fizjologii dojrzewania, zerwanie z utrwalanymi mitami i przesądami. Przedstawione zostały kolejne etapy dorastania ze zwróceniem uwagi na niepokojące objawy świadczące czasami o patologii. Podkreślono znaczenie samokontroli oraz zaprezentowano osiągnięcia medycyny na polu korygowania zaburzeń rozwojowych. W kolejnej części omówiono sposoby planowania rodziny i przedstawiono najnowsze metody antykoncepcyjne wraz z ich wadami i zaletami. Spotkanie skierowane było do młodzieży wkraczającej w etap życia doro-

szych i miało przybliżyć problemy ginekologii dziewczęcej i andrologii.

2. Rola ortopedii w leczeniu schorzeń narządu ruchu, nieświadomionej epidemii XXI wieku (dr n. med. Dariusz Mątewski, Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

Choroby wrodzone i nabyte oraz obrażenia narządu ruchu stanowią domenę działania ortopedii. Jest ona skupiona na rozpoznawaniu i leczeniu patologii układu kostno-stawowego mającym na celu przywrócenie sprawności fizycznej organizmu z jednoczesnym przywróceniem możliwości normalnego funkcjonowania społecznego. Nie zapomina również o znaczeniu działań profilaktycznych dążących do ograniczenia ilości osób z dysfunkcją narządu ruchu. Wielka ilość patologii układu kostno-stawowego zarówno o charakterze wrodzonym i nabytym, jak również urazowym umiejscawia je w kręgu chorób cywilizacyjnych. Urazy są najczęstszą przyczyną kalectwa, a ich leczenie pochłania ogromne sumy. Są pierwszą przyczyną śmierci u osób do 40 roku życia. Równocześnie społeczeństwa obciążone są dużymi kosztami pośrednimi będącymi następstwami urazów: renty, odszkodowania. Stały wzrost liczby potrzebujących pomocy ortopedycznej uzasadnia określenie tego zjawiska mianem

epidemii, które jest zbyt słabo dostrzegane w naszym społeczeństwie. Odpowiedzią na te wyzwania są opracowywane przez ortopedów wraz ze specjalistami z nauk podstawowych (biomechanika, hodowle tkankowe, inżynieria genetyczna) nowe metody leczenia. Opracowywane nowe implanty stawowe, kręgosłupowe, łączniki do zespalania złamań oraz nowoczesne mało inwazyjne techniki operacyjne dają szansę przywrócenia sprawności znacznej liczbie chorych w każdym wieku. Podkreśleniem znaczenia chorób narządu ruchu jest ustanowienie przez ONZ lat 2000-2010 Dekadą Kości i Stawów.

3. Zastosowanie zjawisk fotoluminescencji w badaniach farmaceutycznych oraz w diagnostyce i terapii przeciwnowotworowej (dr hab. n. fiz. Stefan Kruszewski, prof. UMK Zakład Fizyki Medycznej, Katedra Biofizyki).

W wyniku oddziaływania światła z układami molekularnymi, w tym z tkankami zachodzą najróżniejsze procesy: absorpcja, rozpraszanie, fluorescencja i in. Badając te procesy można otrzymać cenne informacje o właściwościach molekuł, ich zachowaniu w płynach fizjologicznych, komórkach i tkankach, jak również o samych tkankach. Za pomocą światła można inicjować procesy, które pozwalają łatwo odróżnić komórkę nowotworową od zdrowej, skutecznie



Tu się operuje, czyli tajemnice i rytuały sali operacyjnej

niszczą komórki nowotworowe. Najbardziej obiecującymi procesami oddziaływania światła z molekułami są zjawiska fotoluminescencji: fluorescencji i fosforescencji. Wykorzystując właściwości fluorescencji można określić jak molekuly fluoryzującego związku zachowują się w płynach fizjologicznych, komórkach i tkankach. Tego typu informacje są szczególnie przydatne w badaniach farmaceutyków. Na ich podstawie można bowiem przewidzieć jak badany związek będzie się zachowywał w warunkach fizjologicznych. Stosując metodę laserowo indukowanej fluorescencji (LIF), która wykrywa różnice w fluorescencji komórek zdrowych i nowotworowych, można diagnozować nowotwory. Skuteczniejszą metodą wykrywania nowotworów poprzez wykorzystanie światła jest diagnostyka fotodynamiczna (PDD). Wykorzystuje ona właściwości specjalnych fluoryzujących związków chemicznych (fotouczulaczy), które gromadząc się w komórkach nowotworowych, dzięki fluorescencji łatwo pokazują miejsce swej lokalizacji. Fotouczulacze mają jeszcze dodatkową właściwość, poprzez oddziaływanie ze światłem powodują przekształcanie tlenu trypletowego w tlen singletowy, który niszczy komórki. Taka metoda terapii z udziałem światła i fotouczulacza nosi nazwę terapii fotodynamicznej (PDT).

4. Chirurgia dziecięca - od genetyki do kliniki, czas na wyjście z cienia (dr hab. n. med., prof. UMK Andrzej I. Prokurat, Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej)

W okresie ostatniego ćwierćwiecza odnotowywany jest niespotykany dotąd postęp w



Ocena skóry w różnych okresach życia u kobiet i mężczyzn, porady kosmetyczne

zakresie nauk medycznych. Burzliwy rozwój genetyki molekularnej, którego owocem jest precyzyjne określenie genomu ludzkiego, stał się początkiem nowej ery medycyny opartej na analizie zaburzeń mutacji genetycznych otwierających nowe możliwości diagnostyczne oraz nowe wizje terapeutyczne. Postęp ten wyraźnie widoczny w zakresie wielu dziedzin medycyny dziecięcej odważnie toruje drogę nowym torom myślenia i postępowania medycznego, szczególnie w zakresie chirurgii wad wrodzonych w okresie noworodkowym i chirurgii onkologicznej u dzieci. Chirurgia dziecięca, która

przez wieki była domeną chirurgów ogólnych, rozpoczęła proces pozyskiwania statusu niezależnej specjalności medycznej dopiero w XIX wieku. Powstawać zaczęły wtedy oddziały i szpitale dziecięce, uwzględniające specyfikę i potrzeby małych pacjentów. Dzisiejsza nowoczesna chirurgia dziecięca wykorzystuje w leczeniu pacjentów wieku rozwojowego niemal wszystkie zdobycze współczesnej medycyny oraz opiera swe osiągnięcia na systemie wielodyscyplinarnej opieki nad dzieckiem. Dzięki wyłożonej pracy polskich lekarzy zniwelowana została przepaść dzieląca przed półwieczem tę dziedzinę od wysoko rozwiniętych krajów świata. Potrafimy dziś skutecznie leczyć zarówno 500 g, przedwcześnie urodzone noworodki jak i nieuleczalne uprzednio nowotwory złośliwe u dzieci. Zapręgliśmy do tego procesu genetykę molekularną pozwalającą przewidzieć wystąpienie niektórych nowotworów i dzięki temu podjąć tryby leczenia profilaktycznego. Jako pierwsi w Polsce dokonaliśmy z powodzeniem transplantacji wątroby. Chirurgia dziecięca stała się pełnoprawnym partnerem innych dziedzin medycznych, zyskując uznanie i szacunek tysięcy wyleczonych dzieci i ich rodziców.

Tematy warsztatów

1. Elektrofizjologia serca.
2. Kardiologia inwazyjna.
3. Tu się operuje, czyli tajemnice i rytuały sali operacyjnej.
4. Zagłębiamy do wnętrza ciała, czyli endoskopia.



Możliwości współczesnej okulistyki

5. Jak „pokroić” na plasterki ciało żywego człowieka i w jakim celu się to robi?
6. Nowoczesne metody diagnostyki słuchu i zmysłu równowagi.
7. Oceń swoją sprawność fizyczną.
8. Od symulatora do pacjenta.
9. Możliwości współczesnej okulistyki.
10. Jak wykorzystać wiedzę o genach w rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń?
11. Systemy automatyczne i mikrobiolog - kto szybciej wykryje drobnoustroje?
12. Klasyczne metody mikrobiologiczne, a „świat niewidzialny i pozawidzialny”.
13. Podstawy wiedzy nefrologicznej.
14. Tajemnice mózgu.
15. Metoda immunoenzymatyczna ELISA w określaniu czynników stanowiących „mowę” komórek.
16. Ocena stopnia apoptozy w populacji komórek jedonajdrzastych krwi metodą cytometrii przepływowej.
17. Analiza subpopulacji komórek krwi obwodowej człowieka metodą cytometrii przepływowej.
18. Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).
19. Podróż w głąb zakrzepu - czyli próba zrozumienia mechanizmów prowadzących do zawału mięśnia sercowego.
20. Zaburzenia psychiczne u osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem zasad postępowania pielęgniarskiego.



Oceń swoją sprawność fizyczną

21. Prezentacja praktycznych umiejętności w praktyce lekarza rodzinnego.
22. Czy zalecenia dietetyczne dla chorych na cukrzycę są trudne?
23. Kiedy rozpoznajemy cukrzycę i jakie wartości cukru i lipidów powinien mieć chory na cukrzycę?
24. Co musi umieć chory na cukrzycę?
25. Diagnostyka laboratoryjna integralną częścią procesu leczenia.
26. Wykrywanie nowotworów za pomocą analizy chemicznej (metoda „ELISA”).
27. Zjawiska biofizyczne w czasie kaszlu.
28. Ocena skóry w różnych okresach życia u kobiet i mężczyzn, porady kosmetyczne.



Jak „pokroić” na plasterki ciało żywego człowieka i w jakim celu się to robi?

Przemijanie.... - Jesienne refleksje

Gerard Drewa

Apoptosis – greckie słowo zapożyczone i wprowadzone do genetyki, oznacza genetycznie zaprogramowaną śmierć komórki. Pierwotnie oznaczało opadanie liści z roślin i płatków z kwiatów. Opadanie liści zawsze mi się kojarzy z jesienią i z przemijaniem. Jesienią obserwujemy głównie przemijanie wegetacji roślin, z których opadają piękne kolorowe liście w różnych odcieniach żółci, pomarańczy, czerwieni i brązu. Święto zmarłych to dzień zadumy nad przemijaniem, bezpowrotnym przemijaniem życia, czasu, bólu, radości i smutku. Dzień ten znalazł się nieprzypadkowo w kalendarzu w przedostatniej porze roku – jesieni.

Życie toczy się, uwijamy się w pośpiechu w swoich codziennych obowiązkach, nie zauważając nie tylko przemijania pór roku, ale i ludzi, z którymi spotykaliśmy się tworząc i pracując. W ostatnich dwudziestu latach odeszli od nas m.in. doc. Władysław Malukiewicz (1987), doc. Jadwiga Tyrakowska (2004), prof. Bolesława Doboszyńska (2002),

prof. zw. Bogdan Romański (2002), dr Jerzy Różyczka (1996), dr Teresa Gwieżdździńska (1997), dr Krystyna Brunka (1995), prof. Zdzisław Boroń (2002), prof. Piotr Biliński (2003), dr hab. Piotr Burduk (2003), doc. Stanisław Wróbel (1995), dr hab. Ferdynand Tyloch (2002), prof. zw. Juliusz Narębski (1993), prof. Alicja Graczykowska-Koczorowska (1999), prof. Władysław Miodoński (2002), prof. Roman Wankiewicz (2000), dyr. administracyjny mgr Witold Pac (1998). Swoją mozolną pracownością współtworzyli nie tylko naukę i podwaliny pod silny Wydział Lekarski, ale kształtowali również jego charakter i atmosferę.

To co po nas zostanie, to efekt naszej pracy. „Przetoż obaczyłem, że człowiekowi niemasz nic lepszego, jedno weselić się z pracy swej, gdyż to jest dzieł jego; albowiem któż go do tego przywieździe aby poznał to, co ma być po nim?” (Biblija Święta, Księga Ecclesiastis, rozdz. III. w. 22, wyd. Adolfa Kantora, Warszawa, 1879).

Bywa często tak, iż dana nam jest praca, ale nie sądzona jej ukończenie. Świadczą o tym nekrologi o przedwczesnych tragicznych zgonach i krzyże na poboczach dróg, które niechętnie oglądamy z rozpędzonych aut.

Nie znamy miejsca naszego wiecznego spoczynku, bowiem rzadko je wybieramy sami za życia; najczęściej decydują o nim



Mogiła z 1906 roku
ułana Wojsk Polskich Mateusza Szramkowskiego – cmentarz w Szczepanowie k. Barcina
fotografował Autor



Grobowiec Fryderyka Chopina – cmentarz paryski Pere-Lachaise
fotografowała Urszula Drewa

najbliżsi po naszym odejściu do wieczności. Niekiedy o miejscu wiecznego spoczynku decyduje przypadek wynikający z emigracji, losów wojennych, wykonywanej pracy i innych przyczyn.

Kompozytor i pianista Fryderyk Chopin spoczął wśród gwiazd i sław tego Świata na paryskim cmentarzu Pere-Lachaise.

W starej części niewielkiego cmentarza wiejskiego w Szczepanowie (gm. Dąbrowa k. Barcina) spoczywają w skromnej mogile doczesne szczątki ułana Wojsk Polskich Mateusza Szramkowskiego walczącego o wolność Ojczyzny w 1830 roku, a któremu dane było przeżyć 105 lat. Od zapomnienia mogiłę ocaliła rodzina.

Życie Włodzimierza Puchalskiego – fotografa i filmowca przyrody zakończyło się w styczniu 1979 roku na Wyspie King Georga (Antarktyda) podczas pracy nad kolejnym filmem przyrodniczym. Filmu nie dokończył..., do kraju nie powrócił..., spoczął na wzgórzu, w zmarzlinie, nieopodal stacji naukowej PAN im. Arctowskiego. Towarzyszy Mu krzyk pingwinów, wrzask mew i skuł, których zwyczajów nie zdążył utrwalić na taśmie filmowej. Nad samotną mogiłą wznosi się potężny masywny krzyż ważący ok. 700 kg, z elementami flory i fauny w ramionach i „okiem” obiektywu pośrodku.

Władysław Anders – generał i polityk, wielki patriota walczący z wojskiem niemieckim i sowieckim, więziony w Łubiance, rzucony

losami II Wojny Światowej wraz z nowo utworzonym Wojskiem Polskim do Europy Zachodniej, bez możliwości powrotu do Ojczyzny, zmarł w Londynie, a spoczął wśród rodaków podobnych do Niego, dotkniętych losami wojny na Cmentarzu Polskim na Monte Cassino we Włoszech.

Ludwik Rydygier, Patron Collegium Medicum UMK, światowej sławy chirurg, który pierwszy w świecie dokonał resekcji żołądka i wprowadził wiele nowych metod leczenia chirurgicznego, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego a następ-

że szukanie tego sensu i celu jest taką samą właściwością człowieka, jak szukanie pokarmu i partnera. Szukajmy więc! I cel i sens życia znajdziemy tylko w sobie i tylko dla siebie, albo nie znajdziemy ich w ogóle. Co nie zwalnia nas z obowiązku i nie odbiera nam przywileju szukania” (W. Kunicki-Golfinger - „Dziedzictwo i przyszłość” PWN Warszawa 1974).

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



Grób Włodzimierza Puchalskiego na Wyspie King George
(Antarktyda)
fotografował Autor



Grób Władysława Andersa na cmentarzu polskim
na Monte Cassino we Włoszech
fotografował dr n. med. Łukasz Drewa

nie Lwowskiego, urodzony w Chełmnie, znalazł miejsce wiecznego spoczynku na cmentarzu Orląt Lwowskich we Lwowie. A ileż to grobów bezimiennych, zapomnianych? Jan Paweł II, rozpamiętując losy zaginionych Rodaków w czasie II Wojny Światowej, zapytuje, gdzie znajdują się mogiły Polaków, a właściwie gdzie ich nie ma?

O mogile prawdopodobnie nie zdecydujemy, lecz o pamięci po sobie przesądzimy swoim życiem, pracowitością, życzliwością i dobrocią. Miłość i praca, każde po połowie powinno wypełniać życie. „... Kiedy rozwieje się wielki sen tego życia, zrozumiemy, że praca i miłość były jedynymi rzeczywistościami i że mieszały się ze sobą w pewien sposób. Cała reszta to czary, jak powiedziano by w średniowieczu” (J. Green-Dziennik, PAX, 1972, Warszawa, p. 258).

Nauka jest naszą twórczą pracą i pasją, a po części sensem życia, więc zastanówmy się w te wieczory opadających liści nad sensem i celem życia. „Nauka nie powie Wam, jaki jest sens i cel ludzkiego życia. Powie Wam jednak,



Grób Ludwika Rydygiera na cmentarzu Orląt Lwowskich
fotografowała mgr Barbara Zaręba

Na ramionach olbrzymów

Wojciech Szczesny

Koniec lata zawsze skłaniał mnie do refleksji nad przemijaniem. Jesień we wszelkich odmianach metafor artystycznych jest owego przemijania obrazem. Jest również obrazem śmierci, czego dopełnieniem jest pierwszy dzień listopada, rozświetlający cmentarze lampkami pamięci. Właśnie owej pamięci, pamięci ludzi naszego życia, chciałbym poświęcić klika refleksji.

W ciągu całego życia spotykamy dziesiątki, jeśli nie setki tysięcy osób. Większość z nich stanowi jedynie tło codziennych zajęć, będąc jak to niekiedy określają pisarze, „szarym tłumem”. Najważniejszą kategorią jest oczywiście rodzina. Pierwsze informacje o świecie otrzymujemy od matki, ojca i rodzeństwa. Więzy rodzinne są poza, a zarazem ponad wszelkimi innymi. W nas samych jest częśćka naszych rodziców, a w naszych dzieciach częśćka nas. Często rodzic dumny z osiągnięć dziecka mówi: „moja krew...”, zawłaszczając nieco ów sukces. Ale i też, jeśli zajdzie potrzeba, dla ratowania życia dziecka, rodzice oddadzą swoje. Richard Dawkins, brytyjski biolog-neodarwinista twierdzi, że w tym momencie ratują siebie. W dzieciach bowiem są nasze geny i to one przechodzą z pokolenia na pokolenie, w „opakowaniu” ciała. Ta bezduszna teoria wyjaśnia wiele zagadnień z antropologii, a nade wszystko z socjologii. Bo i też natura jest indyferentna, ani dobra ani zła, po prostu jest. Wielu odrzuca teorię jako zbyt prostą i nie biorącą pod uwagę całego bagażu humanizmu. Jednak w czystej biologii, której częśćką bez wątpienia jesteśmy, mechanizmy, jakie zwykliśmy przypisywać działaniu uczuć wyższych charakterystycznych tylko dla człowieka, przy bliższym oglądzie okazują się jeszcze jednym wytworem natury, występując również u zwierząt, od których tak chętnie odróżniamy się. Bo czyż nie możemy założyć, że właśnie humanizm ze wszystkimi jego cechami jest najwyższą formą genetycznej walki o przetrwanie człowieka?

Z biegiem czasu hierarchia ważnych osób w naszym życiu zaczyna się zmieniać. Pojawiają się rówieśnicy, których rola w poznawaniu świata staje się równa rodzicom, jeśli nie większa. W dyskusjach, kłótniach czy pierwszych uczuciach powstaje pełen obraz świata. To wtedy rodzą się pierwsze rozczarowania. Coraz większa wiedza paradoksalnie przyczynia się do odkrywania rzeczy nieprzyjemnych i przykrych a świat dorosłych okazuje się pełen fałszu i obłudy.

Okres ten związany jest również z rozpoczęciem edukacji, która jest oceniana przez innych. Nauczyciele to grupa, której wpływu na nasze życie nie sposób przecenić. Próbowalem kiedyś uświadomić sobie, kto właściwie powiedział mi, że dwa i dwa to cztery a kto, że woda wrze w stu stopniach. Nie pamiętam już Ich twarzy, słabo nazwiska czy wystrój sali lekcyjnej. Pozostała wiedza, którą dziś przekazuję innym. A przecież przychodzili codziennie na lekcje, zmęczeni, czasem mając problemy życiowe, chorując. Część z nich już nie żyje. Żyją w mojej pamięci.

Kiedy już byłem na studiach fascynował mnie pewien problem – zabawa myślowa. W podręcznikach objaśnione były mechanizmy fizjologiczne, procesy patologiczne, na poziomie całego organizmu, narządu, komórki czy nawet molekularnym. Hormony, receptory, i inne cudownie zgrane ze sobą mechanizmy. Kiedy już udało wykazać się wiedzą na egzaminie, zaczynałem zastanawiać się, że gdybym ja miał rozstrzygnąć dlaczego np. kurczą się mięśnie i co powoduje wydzielanie gastryny, jakbym to zrobił. Wtedy to uświadamiałem sobie geniusz odkrywców cyklów biochemicznych czy struktury DNA.

W zawodzie lekarza (choć nie tylko) istnieje specyficzna kategoria nauczycieli. To ludzie, którzy przekazują nam arkana zawodu. Przykład osobisty, obserwacja ich poczynania, jak chyba nigdzie indziej stanowi przekaz wiedzy a także tego, co można by nazwać imponderabiliami zawodowymi. Każdy z nas wymieniłby wielu, którzy choć nigdy nie zwrócili się do nas bezpośrednio, nauczyli nas wiele.

Gdzieś między nauką a życiem codziennym, wplatała się kultura. Czy na co dzień zastanawiamy się ile zawdzięczamy książkom, poezji, filmom i innym wytworom

rom kultury. Przecież one uczą nas mówić, uczą wrażliwości, dostarczają wzruszeń. Kiedyś ktoś słusznie powiedział, że sztuka jest to, co wzrusza. Ta definicja towarzyszy mi już od lat.

Od kilku lat korzystamy z Internetu. To medium łączy w sobie marzenia pokoleń naszych poprzedników. Dziś Sokrates mógłby, nie wychodząc z domu, oddawać się rozmowom z Ateńczykami. Zasoby Biblioteki Aleksandryjskiej mieszczą się na jednym kompakcie. Geniusz ludzi, którzy stworzyli sieć nie ma sobie równych w XX wieku.

Na koniec coś, co wydaje się tak naturalne, że prawdopodobnie niedostrzegalne. Ponoć najtrudniej znaleźć błąd w tytule. To co nas otacza, domy, ulice, place, parki czy autostrady ktoś zaprojektował i wybudował. Czy zastanawiamy się nad tym? Pewnie nie. A jednak jakby wyglądało nasze życie bez owych rzeczy?

W liście do Hooke’a z 5 lutego 1676 Newton napisał: „Jeśli widzę dalej to tylko dlatego, że stoję na ramionach olbrzymów”. Jest to parafraza zaczerpnięta z rzymskiego poety Lukana: „Karły umieszczone na barkach gigantów widzą więcej niż sami giganci”.

Ów niezwykle hołd oddany przez jednego z największych geniuszy świata swoim poprzednikom, przytoczyłem w tytule. Każdy z nas wchodził na barki pokornych gigantów: swoich najbliższych, nauczycieli, autorów przeczytanych książek, czy wreszcie ludzi, którzy w czasie podróży pociągami opowiedzieli nam coś ciekawego. Zastanawiam się czasem, czy każdy z nas chętnie nadstawia swoich barków, aby wspieli się na nie inni. Znam i takich, którzy mając kogoś na ramionach, kucają. Lecz większości z naszych nauczycieli i poprzedników należy się hołd i szacunek za poświęcenie, wiedzę i bezinteresowność w jej przekazywaniu. Już Hipokrates pisał: „Mistrza mego w tej sztuce szanował będę na równi z rodzicami”. Dziś na progu nowego roku akademickiego wspomnijmy ich, bo ponoć ludzka pamięć jest miarą nieśmiertelności.

Dr Wojciech Szczesny

jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej oraz stałym współpracownikiem Wiadomości Akademickich.

Zbigniew Bartuzi

Jest alergologiem, zajmuje się m.in. badaniami nadwrażliwości alergicznej na pokarmy i etiologią przewlekłego zapalenia żołądka.

Urodził się 30.12.1954 roku w Olsztynie. W latach 1973-1979 studiował w Akademii Medycznej w Gdańsku, a następnie odbył kilka staży zagranicznych w Cambridge, Rzymie i we Wiedniu. Pracę doktorską poświęconą „Procesom alergicznym górnego odcinka przewodu pokarmowego u chorych na pyłkowicę” napisał pod kierunkiem prof. dr. hab. Bogdana Romańskiego, broniąc jej w 1990 roku. W 2000 roku obronił rozprawę habilitacyjną „Rola czynnika alergicznego w etiopatogenezie przewlekłego zapalenia żołądka”.

W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje niemal od chwili jej powstania, tj. od roku 1988. Początkowo był asystentem, a następnie adiunktem w Katedrze i Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych, począwszy od marca 2002 roku jest kierownikiem Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu (od maja 2002 r. na stanowisku profesora nadzwyczajnego). W kadencji 2002-2005 był dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu. Niedawno został ponownie wybrany dziekanem tegoż Wydziału na kadencję 2005-2008.

W dziedzinie jego zainteresowań naukowych pozostają: badania dotyczące procesów nadwrażliwości typu alergicznego tkanek przewodu pokarmowego, badania nadwrażliwości alergicznej na pokarmy, mechanizmy reakcji IgE zależnych i niezależnych u chorych atopowych i etiologia przewlekłego zapalenia żołądka. W latach 1996-2005 opublikował 74 prace (w tym 66 prac punktowanych przez KBN oraz 2 z czasopism objętych Listą Filadelfijską), w tym kilka rozdziałów w wydanej w 2004 r. przez wydawnictwo „Śląsk” pod redakcją Bogdana Romańskiego i Zbigniewa Bartuziego publikacji książkowej „Alergia i nietolerancja pokarmów: problem społeczny i lekarski współczesnej cywilizacji”.

Jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W 1992 roku prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi otrzymał nagrodę im. Obtułowicza za najlepszą pracę doktorską, natomiast w 1996 r. odebrał nagrodę II stopnia Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy.



Tytuł profesora otrzymał 14.06.2005.

Medycyna jako drugi język u progu nowego roku akademickiego

Jan Styczyński

Wielu osobom marzy się znajomość języka angielskiego na poziomie „English as a second language”. Dla studentów medycyny i dla lekarzy, to właśnie medycyna stanowi wyzwanie tego rodzaju. Możemy więc powiedzieć i pomyśleć: „medycyna jako drugi język”. Początek roku akademickiego to jakby początek roku kalendarzowego. Na 1 stycznia powszechne jest robienie planów i postanowień noworocznych. Dla rozpoczynających rok akademicki, 1 października jest też takim dniem.

Po zakończeniu studiów medycznych, świeżo upieczony lekarz, posiada w swoim słowniku ponad 55 tysięcy nowych słów, których nauczył się podczas studiów. Medycyna posiada własne zasady gramatyki i stylu, których studenci uczą się poprzez ustne prezentacje swojej wiedzy. Temu służy omawianie historii choroby pacjentów, prezentacja przypadków chorobowych, prezentacje pacjentów podczas wizyt oddziałowych.

Nauka medycyny to również nauka języka medycznego. Dla lekarza, to drugi język, po języku ojczystym. Innego języka używa pacjent, innego ję-

zyka używa lekarz w kontakcie z innym lekarzem. Czasami są to dwa różne światy, które należy skutecznie połączyć. Obowiązuje zasada ustawienia logicznej kolejności („nigdy nie zamawiaj deseru przed obiadem”). Pacjent ma swoją medyczną historię (wywiad), a kolejne obserwacje wynikają z badania fizykalnego, potem badań dodatkowych. Efektem takiego ciągu jest sugestia dotycząca rozpoznania, dalszych badań i leczenia.

Medycyna jest zespołem nauk ścisłych. Taki też musi być medyczny język używany na co dzień. Język medycyny jest językiem bardzo zwięzłym. W wypowiedziach i w tekście medycznym należy pominąć zbędne słowa, a często używa się równoważników zdań. Należy wyrażać się precyzyjnie i oszczędnie w słowa. Dobrze jest umieć wyrazić główną myśl jednym zdaniem. Proszę pomyśleć o przedstawianiu swojego pacjenta konsultantowi. Przecież konsultant może nie mieć czasu, aby posłuchać całej, czasem bardzo długiej, medycznej historii pacjenta. Oszczędzaj swój czas i swoich konsultantów, podaj tylko adekwatne hasła. Pomiń niepotrzebne słowa. Na początek podaj tylko najbardziej istotne i adekwatne informacje, ubrane w oszczędne słowa. A dopiero, jeśli jest czas lub okoliczności tego wymagają, można i należy przedstawić dalsze szczegóły.

Nabranie wprawy i płynności wymaga czasu. Poprzez ustne przedstawianie i rozwiązywanie problemów medycznych, nabieramy doświadczenia – i unika się jękania i pocenia na początku swojej pierwszej pracy zawodowej. Sposób wyrażania świadczy

też o sposobie myślenia. Jasne myśli powinny dać się jasno wyrazić. Świadczy też o stanie emocjonalnym. W mentalności Polaków jest narzekanie, na wszystko. Po prostu, funkcjonuje świadomość, że nie warto czegokolwiek robić, bo to i tak nic nie da, a rzeczywistość jest zbyt przygniatąca i przyszłość niepewna. Rozwiązaniem nie jest ani bierność ani ucieczka. Trzeba chcieć działać, coś zrobić i czegoś dokonać. Każdy z nas musi sobie postawić jakieś zadanie. Krótkofalowe i odległe. Należy mieć ambitne plany, sięgające bardzo daleko. Wygrają ci, którzy już dzisiaj potrafią określić dalekosiężne, ambitne plany. Należy mieć wizję i plany. Części z nich nie uda się zrealizować, ale część się uda – i to nas poniesie daleko.

Nic nie wydarzy się jednak z dnia na dzień. Istnieje szereg przeszkód dnia codziennego i barier formalnych. Ich pokonanie jest jednak możliwe, wymaga czasu, siły i energii, wymaga wykształcenia w sobie siły do mozolnego budowania i kształtowania rzeczywistości. Każdego z nas stać na bardzo wiele. Nie narzekanie, ale chęci i wytrwałość niech będą miarą postępowania. Służenie drugiemu człowiekowi, wizja doktora Judyta może już nie jest właściwym określeniem w obecnych czasach. Zawód lekarza to praca, za którą oczekujemy należytej płacy. Zadaniem lekarza jest pomaganie innym ludziom, poprzez leczenie ich. To zadanie określa, jaką postawę należy przyjąć w życiu.

Dr hab. Jan Styczyński
jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii,
Hematologii i Onkologii.

Wpływ nagród Nobla na rozwój pediatrii

Jan Styczyński

Nagroda Nobla

Nagroda Nobla jest najpoważniejszym wyróżnieniem naukowym w medycynie. Jest przyznawana jeszcze w 5 innych dziedzinach: ekonomia, literatura, fizyka, chemia oraz jako nagroda pokojowa. Postęp wiedzy i nauki spowodował, że nie ma możliwości wyróżnić tą nagrodą wszystkich wybitnych badaczy, którzy na nią zasługują. Podobnie zresztą jest ze wszystkimi nagrodami związanymi z działalnością naukową. W dziedzinie medycyny po raz pierwszy Nagrodę Nobla przyznano w 1901 r. Niemiec Emil Adolf von Behring został uhonorowany za prace nad zastosowaniem surowic w leczeniu chorób, zwłaszcza błonicy. Dotychczas 183 osoby otrzymały tę nagrodę w dziedzinie medycyny i fizjologii. W latach 1915-1918, 1921, 1925, 1940-1942 nagród nie przyznawano. Tak więc w tym roku Nagroda Nobla w medycynie została przyznana po raz 96. Należy zdawać sobie sprawę z tego, że na rozwój medycyny miały również osiągnięcia w innych dziedzinach, zwłaszcza fizyki i chemii.

Nagroda Nobla jest szczególnym uhonorowaniem osiągnięcia naukowego. W dziedzinie medycyny niemalże regułą jest, że jest ona przyznawana za odkrycie sprzed wielu lat, dzięki czemu jest ono zweryfikowane nie tylko przez innych naukowców, ale również przez czas i codzienne życie. Nagrodami Nobla uhonorowane zostało dokonanie odkryć, które przyczyniły się do np. powstania zapisu EKG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, ustalenia struktury DNA, wynależenia insuliny czy penicyliny. W obliczu spektakularnych odkryć z dziedziny biologii molekularnej, immunologii, mikrobiologii czy poznania mechanizmów fizjologicznych, pozornie mogłoby się wydawać, że Nagrody Nobla niewiele mają wspólnego z pediatrią. A jest wręcz przeciwnie.

Chociaż już na trzecim roku studiów medycznych wszyscy patrzą na pediatrię poprzez pryzmat żywienia, szczepień ochronnych i walki z infekcjami, to analiza listy laureatów pokazuje, że wiele odkryć uhonorowanych nagrodą Nobla, miało swój bezpośredni wpływ na rozwój pediatrii. Wszystkie odkrycia są warte wspomnienia, ale kilka z nich ma szczególne znaczenie dla pediatrii. I to właśnie poprzez badania

w zakresie żywienia, badania chorób zakaźnych oraz tworzenia leków przeciwniekcyjnych, kilku laureatów Nagrody Nobla przyczyniło się do wielkiego postępu w leczeniu chorób dzieci. W efekcie odkrycia te miały niebagatelny wpływ na poprawę standardu i wydłużenie życia.

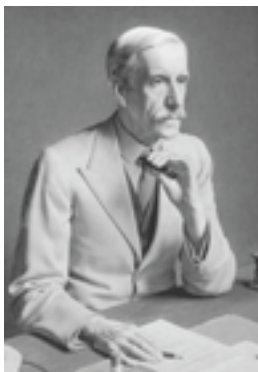
Żywnienie i witaminy

Problematyka rozwoju wiedzy dotyczącej żywienia jest związana między innymi z odkryciem roli witamin. Dwukrotnie przyznano nagrody za osiągnięcia związane z witaminami. Po raz pierwszy stało się to w roku 1929: Christiaan Eijkman (z Holandii) za odkrycie witaminy B1 (zwanej wtedy „witaminą przeciw zapaleniu nerwów”) oraz sir Frederick Gowland Hopkins (z Wielkiej Brytanii) za odkrycie, że witaminy są niezbędnym czynnikiem wzrostu. Christiaan Eijkman w latach 1896-1898 był dyrektorem Instytutu Patologii na Jawie. Prowadził badania nad chorobą beri-beri. W 1897 r. stwierdził, że nieoczyszczony ryż zawiera czynnik zapobiegający chorobie beri-beri, nazwany później witaminą B1. W 1929 r. za to odkrycie otrzymał Nagrodę Nobla, równocześnie z Frederickiem Hopkinsem, odkrywcą witaminy A.

Sir Frederick Gowland Hopkins, biochemik angielski, studiował na uniwersytecie w Londynie. Od 1914 r. był profesorem biochemii na uniwersytecie w Cambridge, należał do Royal Society (pełnił m.in. funkcję wiceprezesa), a od 1925 także do Polskiej Akademii Umiejętności. Prowadził badania



Christiaan Eijkman



Frederick Hopkins

w dziedzinie biochemii i dietetyki, był jednym z pionierów nauki o witaminach. W 1906 r. wyjaśnił rolę kwasu mlekowego w pracy mięśni oraz wyodrębnił witaminę A. Późniejsze witaminy nazwał „dodatkowymi czynnikami pokarmowymi”. W 1921 wyodrębnił glutation - czynnik oddychania komórkowego i pośredniego metabolizmu. W 1929 otrzymał Nagrodę Nobla za wyodrębnienie witaminy A. Hopkins odkrył, że witaminy są niezbędnym czynnikiem wzrostu.

Zanim Eijkman i Hopkins otrzymali nagrodę Nobla, wielu badaczy dokonało dalszych odkryć, w tym Kazimierz Funk, który w 1911 roku wyizolował w czystej postaci substancję, która chroniła przed chorobą „beri-beri”. Ponieważ była to substancja niezbędna dla życia, nazwał ją aminą życia, czyli witaminą. Efektem tych wszystkich badań stało się lepsze odżywianie dzieci i dorosłych. Witaminy to jeden z czynników wpływających na lepszy rozwój dzieci, na lepszy biologiczny start życiowy, na wyższy wzrost, na lepszy rozwój intelektualny, na dłuższe życie i na profilaktykę różnych chorób.

W 1929 roku duński naukowiec Henrik Dam zauważył, że kurczaki pozbawione zupełnie tłuszczów mają zaburzenia krzepnięcia krwi. W cztery lata później nazwał czynnik, który występował w tłuszczu wieprzowym witaminą K. Udało mu się go wyizolować w 1939 roku. W roku 1943 otrzymał za swoje odkrycie nagrodę Nobla. Równocześnie z nim nagrodę otrzymał Edward Adelbert Doisy z USA za wyjaśnienie budowy chemicznej tej witaminy.



Henrik Dam

Szczepienia ochronne

Wystarczy popatrzeć na kalendarz szczepień i na dokonania noblistów, aby przekonać się, że szereg aktualnie obowiązujących szczepień ochronnych jest efektem wybitnych osiągnięć, za które przyznano nagrody Nobla. Dzięki tym osiągnięciom, szereg chorób albo zupełnie znikło z naszej rzeczywistości (polio), lub zmieniło swoje oblicze do sytuacji dającej się kontrolować (gruźlica).

W roku 1901 Niemiec Emil Adolf von Behring otrzymał Nagrodę za prace nad zastosowaniem surowic w leczeniu chorób, zwłaszcza błonicy.

W 1905 roku, Robert Koch za badania i odkrycia w dziedzinie gruźlicy; w 1928 roku Charles Jules Henri Nicolle (Francja) za prace nad dżumą brzuszno;



Robert Koch

w 1951 roku Max Theiler (z RPA, USA) za badania nad żółtą febrą i sposobami jej leczenia, a w 1954 roku, John Franklin Enders (USA), Thomas Huckle Weller (USA) i Frederick Chapman Robbins (USA) za badania nad wirusem polio.



Od lewej: Thomas Weller, John Enders, Frederick Robbins

Emil Adolf von Behring, bakteriolog niemiecki, uważany za twórcę immunologii, laureat pierwszej Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny. Urodził się we wsi Hansdorf (obecnie Ławnice w gminie Iława) w wielodzietnej rodzinie nauczyciela (był piątym z trzynastorga dzieci). Był m.in. asystentem Roberta Kocha. Razem z Japończykiem S. Kitazato opracował surowice



Emil von Behring

antytoksyczne przeciwbłonicze i przeciwżółcowe (1890), rozpowszechnił swoje prace organizując jedną z największych w Europie wytwórni surowic i szczepionek Behring-Werke w Marburgu. Za prace nad seroterapią, przede wszystkim zaś za zastosowanie seroterapii w walce z błonicą (difterytem), został laureatem pierwszej Nagrody Nobla z medycyny w 1901. Komitet Noblowski w uzasadnieniu podjął próbę oceny znaczenia pracy von Behringa, dodając do uzasadnienia słowa: dzięki (pracom von Behringa) otwarta została nowa droga dla medycyny, a lekarze otrzymali ważną broń w walce przeciw chorobie i śmierci.

Charles Jules Henri Nicolle, francuski lekarz bakteriolog, był dyrektorem oddziału Instytutu Pasteura w Tunisie. W 1929 r. został wybrany do Francuskiej Akademii Nauk, a w 1934 r. do Polskiej Akademii Umiejętności. Prowadził badania nad chorobami tropikalnymi. W 1909 roku opisał drogi sze-

zenia tyfusu plamistego oraz przyczyny gorączek rikietsyjnych. Zwrócił uwagę na udział kleszczy w przenoszeniu rikietsjów. Opracował metody uzyskiwania oraz stosowania surowic i szczepionek, w tym także przeciw rikietsjom. Jako pierwszy wyhodował pasożytniczego pierwotniaka *Leishmania donovani*, wywołującego ciężką chorobę zwierząt i człowieka - leiszmaniozę trzewną (kala-azar).

Zauważył, że surowica krwi rekonwalescentów po niektórych chorobach zakaźnych (m.in. dur plamisty, odra) ma właściwości profilaktyczne i lecznicze. Wielu żołnierzy z czasów I wojny światowej zawdzięcza mu życie. Był autorem pojęcia nosicielstwa, czyli jak to nazywał „niewidocznych chorób” („maladies inapparentes”), usiłował upowszechnić to odkrycie. Za udowodnienie doświadczałne, że dur plamisty przenoszą na człowieka wszy odzieżowe (1909), został w 1928 r. wyróżniony Nagrodą Nobla.

W dziedzinie badań nad dudem plamistym, dużo większy wkład miał znany badacz polski, profesor Rudolf Weigl ze Lwowa, który wynalazł szczepionkę przeciw tej chorobie. Niestety, odkrycie Rudolfa Weigla, polegające na zastosowaniu wszy odzieżowej jako pożywki bakteriologicznej do hodowli zarazka tyfusu plamistego oraz opracowanie zdumiewającej mikrotechnologii biologicznej nie zostało nagrodzone przez Komitet nagrody Nobla. Istnieją sugestie, że opiniodawcy byli nie dość wnikliwi, ażeby pojąć przełomowe znaczenie dzieła Weigla. Charles Nicolle powiedział o Weiglu, że „uratował życie tysiącom ludzi i że jest to człowiek, który zasługuje na najwyższe uznanie, jako pierwszorzędną głowę, niezmordowany pracownik, jako fanatyk nauki”.

Terapia przeciwwskaźna

Statystycznie najczęstszym problemem w pediatrii są infekcje układu oddechowego. Stąd już prosta droga do antybiotykoterapii. W tym zakresie przyznano trzykrotnie Nagrody Nobla za odkrycia, które zmieniły oblicze medycyny. W 1939 roku Gerhard Domagk (Niemcy) został nagrodzony za odkrycie antybakteryjnych właściwości Prontosilu, pierwszego bakteriobójczego sulfonamidu. W roku 1945 nagrodzono chyba najbardziej znanego noblistę, sir Alexandra Fleminga z Wielkiej Brytanii. Razem z nim Nagrodę otrzymali Ernst Boris Chain (Niemiec z W. Brytanii) i sir Howard Walter Florey (W. Brytania) - za odkrycie penicyliny i jej leczniczego działania w wielu chorobach zakaźnych.

W 1952 roku, Selman Abraham Waksman (USA) otrzymał nagrodę za odkrycie streptomycyny, pierwszego antybiotyku skutecznego w walce z gruźlicą.

Gerhard Domagk urodził się w Łagowie na ziemi lubuskiej. Spędził w Łagowie pierwsze lata życia od 1895 do 1900 r. Jego ojciec, Paul Domagk był nauczycielem i organistą w Łagowie, matka Marta, z domu Reimer, pochodziła z posiadłości ziemianiskiej w okolicach Łagowa. W pierwszych latach XX wieku Domagk mieszkał w innym mieście województwa lubuskiego, w Lubsku, krajoznawczej



Selman Waksman



Gerhard Domagk

perle tego regionu. Domagk odkrył, że pochodne kwasu sulfanilinowego, nad którymi pracował od 1932 roku, są silnymi środkami hamującymi wzrost bakterii. Pierwszą osobą, na której Domagk wypróbował ich działanie była własna córka, której groziła amputacja ręki z powodu zakażenia. W tym samym, 1935 roku pierwszy sulfonamid pod nazwą „Prontosil-rubrum” trafił do aptek. W 1939 Domagk otrzymał Nagrodę Nobla. Ale zamiast do Sztokholmu trafił do... więzienia. Dlaczego? Można by rzec: profilaktycznie. Kilka lat wcześniej Nobla otrzymał niemiecki pacyfista von Ossietzky i władcy Tysiącletniej Rzeszy bali się kolejnej nagrody, która byłaby niezgodna z ich ideologią. Ale z wynalazku Domagka korzystali nader chętnie. W warunkach wojennych sulfonamidy były podstawowym lekiem przeciwbakteryjnym armii niemieckiej. Niestety, czas świetności sulfonamidów minął bardzo szybko, gdyż już w 1941 roku do masowego stosowania (początkowo tylko na frontach wojny) weszła penicylina. Kolejne antybiotyki systematycznie ograniczały zastosowanie sulfonamidów, które jednak do tej pory pozostają cennym lekiem w leczeniu wielu chorób. I pomyśleć, że nasz słynny i nadal używany Biseptol miał swoich przodków w pierwszej połowie XX wieku.

Sir Alexander Fleming urodził się w Szkocji w 1881. Był trzecim z kolei dzieckiem, miał siedmioro rodzeństwa. Uczęszczał na politechnikę w Londynie, ale potem studiował medycynę i podjął pracę w Szpitalu Świętej Marii. Alexander Fleming przez przypadek (jak to najczęściej bywa z wielkimi wynalazkami tego świata) odkrył działanie bakteriostatyczne pleśni pędzla i nazwał tę substancję penicyliną. We wrześniu 1928 roku wrócił do swojego laboratorium po wakacyjnym wypoczynku.



Alexander Fleming

Przeglądając pożywki, na których rosną bakterie spostrzegł, że jedna z nich jest zainfekowana grzybem. Po dokładniejszych oględzinach okazało się, że grzyby zabiły rosnące na pożywce bakterie - *Staphylococcus aureus*.

Po wielu kolejnych eksperymentach Alexander Fleming odkrył penicylinę G, która działa wyjątkowo silnie bakteriostatycznie, a łagodnie dla człowieka. Niestety, badania zostały wstrzymane z powodu braku

ku środków finansowych. Dopiero w roku 1940 Florey i Chain wyizolowali penicylinę w czystej postaci. W Europie toczyła się wojna. Armia potrzebowała leków do ratowania rannych żołnierzy. Amerykańskie i brytyjskie firmy farmaceutyczne rozpoczęły produkcję antybiotyku na dużą skalę. Penicylina była powszechnie używana podczas II wojny światowej do leczenia zakażeń. Według opinii jednego z wysokich rangą dowódców armii niemieckiej to właśnie penicylina (wraz z krwią konserwowaną) przyczyniła się do zwycięstwa aliantów. Żołnierz przekonany o tym, że istnieją leki, które mogą go uratować w przypadku zranienia, mniej bał się bitwy i dawał z siebie więcej w walce. W 1943 roku Fleming mógł na mocy postanowienia królowej dopisywać przed nazwiskiem „Sir”, a w 1945 r. wraz z Floreyem i Chainem otrzymał nagrodę Nobla. Fleming przekazał penicylinę do bezpłatnego użytku dla całego świata. Słynnym jego powiedzeniem było: „To natura wyprodukowała penicylinę, ja ją tylko odkryłem.”

Uwagi końcowe

Nagrody Nobla w medycynie i fizjologii są przyznawane za odkrycia, które z reguły mają istotny wpływ na wiele dziedzin medycyny. Dzięki temu z osiągnięć noblistów mogą korzystać różni specjaliści, i w ten sposób nauka staje się bliższa życiu.

Medyczna Nagroda Nobla w roku 2005, którą otrzymali australijczycy Robin Warren i Barry Marshall za badania nad *Helicobacter pylori* również obejmuje temat interesujący pediatrów.



Robin Warren i Barry Marshall

Dr hab. Jan Styczyński
jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii,
Hematologii i Onkologii.

Student też człowiek

Gerard Drewa

J. M. Bocheński w 1992 roku zastanawiał się nad wzrastającymi cywilizacyjnymi zagrożeniami dla rozumu, wiedzy i człowieczeństwa. W nawale naszej pracy naukowej i klinicznej nie zgubmy studenta jako człowieka i nie zatraćmy w ten sposób swojego człowieczeństwa. Komitet Etyki w Nauce przy Polskiej Akademii Nauk wydał zbiór zasad i wytycznych dotyczących dobrych obyczajów w nauce. Część tych zasad i wytycznych dotyczy naukowców - nauczycieli akademickich i ich pracy dydaktycznej.

Rok akademicki 2005/2006 wprowadzie już się rozpoczął, ale trwać będzie wraz z sesją poprawkową do września 2006 i dlatego w celu przypomnienia pragnę przytoczyć wybrane zasady dotyczące pracy ze studentami. Uwagi te dotyczą głównie młodych kolegów, którzy mają już pewne doświadczenia dydaktyczne oraz tych, którzy właśnie w tym roku akademickim 2005/2006 rozpoczynają pracę ze studentami; oto one:

Pracownik nauki jako nauczyciel traktuje studenta z życzliwością i należytą powagą. Respektuje on przysługujące studentowi prawa człowieka i obywatela. Uznaje i popiera prawo studentów do swobodnego zrzeszania się, samorządu i udziału w kolegialnych organach akademickich. Traktuje poważnie opinie środowiska studenckiego o toku studiów i zajęciach dydaktycznych.

Pracownik nauki jako nauczyciel dba o ustawiczne doskonalenie jakości nauczania. Treść zajęć dydaktycznych powinna być zgodna z aktualnym stanem nauki światowej. Jeżeli treść taka byłaby niezgodna z wewnętrznym przeświadczeniem pracownika nauki, to jest on obowiązany dodać własny odrębny komentarz. W wykładach należy uwzględniać rywalizujące ze sobą teorie i interpretację faktów. Pracownik nauki powinien prowadzić zajęcia dydaktyczne w formie ciekawej i zrozumiałej dla przeciętnego studenta. Troszczyć się o właściwe wyposażenie gabinetów, laboratoriów i bibliotek. Prowadzić zajęcia dydaktyczne punktualnie i zgodnie z planem.

Pracownik nauki jako nauczyciel rozwija samodzielność myślenia studenta, jego krytycyzm i szanuje prawo studenta do swobodnego wyrażania opinii także w kwestiach naukowych. Nadużywanie stosunku zależności lub przewagi erudycyjnej nie licuje z godnością pracownika nauki.

Pracownik nauki jako nauczyciel ocenia każdego studenta sprawiedliwie na podstawie jego osiągnięć.

Pracownik nauki stosuje jednakowe kryteria i jednakową skalę ocen dla wszystkich studentów. Traktuje jako poufne informacje natury osobistej, uzyskane od studenta w ramach działalności dydaktycznej. Poza sferą służbową pracownik nauki nie wypowiada negatywnych opinii o studentach, w sposób pozwalający na zidentyfikowanie osoby ocenianej. Nie nadużywa pozycji i osobistych więzi ze studentami. Jeżeli pracownika nauki łączą pozaprofesjonalne więzi z jakimś studentem, to nie powinien on w żaden sposób wyróżniać tego studenta spośród innych.

Za swoją działalność nauczycielską pracownik nauki nie przyjmuje od swoich studentów żadnego wynagrodzenia ani innych korzyści.

(„Dobre obyczaje w nauce. Zbiór zasad i wytycznych”. rozdz. 4, pp 21-22, wyd. III, PAN, W-wa 2001).

W jednym z numerów „Niecodziennika” autor felietonu przedstawia zmianę relacji między studentem a asystentem, kiedy ten pierwszy po kilku latach zostaje nauczycielem akademickim i zdążył zapomnieć o dociekliwości studentów i potrzebie zdobywania wiedzy, zapomniał również o tym, że student ma swoją godność i też jest człowiekiem.

Student, jak każdy człowiek ma swoje problemy rodzinne, egzystencjonalne i własne, związane z własną osobą. Jeżeli studentowi w trudnej sytuacji życiowej przedłużymy kolokwium lub egzamin, nie popełnimy wykroczenia regulaminowego. Przez wiele lat pracy dydaktycznej (20 lat w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a wcześniej w Gdańsku) zdarzało się, iż w trudnych chwilach przełożyłem studentowi egzamin, co nie zaważyło na jego wiedzy, wręcz przeciwnie, przyszedł znakomicie przygotowany. Część studentów, których pamiętam, są obecnie dobrymi specjalistami w swojej dziedzinie.

Cierpliwość, życzliwość, wysokie wymagania i obiektywizm gwarantuje właściwe relacje między nauczycielem akademickim a studentem oraz dobre efekty dydaktyczne.

Podstawą funkcjonowania uniwersytetu jest dobra dydaktyka, bowiem uczelnia bez studentów staje się instytutem naukowym; a więc nie zgubmy studenta w naszych codziennych zmaganiach zawodowych.

Prof. dr hab. Gerard Drewa

jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii Medycznej
oraz m.in. dwukrotnym Dziekanem
Wydziału Lekarskiego.

Mirosława Kram
Ewa Barczykowska

Pielęgniarka, dziecko i jego rodzina

– współpartnerami w terapii dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym



Mózgowe porażenie dziecięce – mpd nie jest samodzielną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów wynikających z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego - oun, w okresie życia płodowego, w trakcie porodu lub tuż po nim.

Obecnie po opanowaniu innych chorób np. poliomyelitis (nagminne porażenie dziecięce, choroba Heinego-Medina), mpd jest najczęstszym zaburzeniem ruchu spowodowanym uszkodzeniem oun.

Statystycznie, częstość występowania mpd wynosi 1,4-3 na 1000 żywo urodzonych dzieci. W obrazie klinicznym, oprócz dysfunkcji narządu ruchu, przy dominującej spastyczności stwierdza się: u ok. 30-40% dzieci różnego stopnia upośledzenie umysłowe; w 35% przypadków – padaczkę; u około połowy dzieci zaburzenia wzroku i słuchu; u ponad 50% dzieci nieprawidłowy rozwój mowy. Nie wszystkie objawy występują łącznie, ich nasilenie także jest różne. Najważniejsze jest to, aby wykryć zaburzenie w pierwszych 3-4 miesiącach życia i od razu rozpocząć rehabilitację.

Jakie zachowanie dziecka powinno budzić niepokój rodziców? Wczesne objawy sztywności lub wiotkości mogą być zauważone wkrótce po porodzie, inne objawy mogą być rozpozna-

ne dopiero po upływie paru miesięcy. Objawy, które może zauważyć rodzina to: nagle sztywnienie – w niektórych pozycjach, jak leżenie na plecach, trudno jest zgiąć ciało dziecka, by je ubrać, przytulić; wiotkość – główka dziecka opada i nie może jej podnieść, jego ramiona i nogi zwisają w powietrzu; opóźniony rozwój psychomotoryczny – uczenie się podnoszenia głowy, siadania i używania rąk zajmuje dziecku więcej czasu niż to „wskazują” normy; dziecko najczęściej używa jednej części ciała w większym stopniu niż drugiej; trudności w karmieniu – ssanie i połykanie odbywa się z trudno-

ścią, język dziecka wypycha mleko i pokarm na zewnątrz; nietypowe zachowanie – dziecko może być płaczliwe i krzykliwe oraz źle sypiać, albo może być bardzo ciche i spokojne i sypiać zbyt wiele.

Rodzice absolutnie nie powinni wahać się w przypadku jakichkolwiek podejrzeń przed skontaktowaniem z lekarzem pediatrą - neurologiem dziecięcym. Niekiedy kończy się na jednej wizycie, gdy wątpliwości rodziców okazały się nieuzasadnione, ale bywa i tak, że u dziecka zostaje postawione rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego. Mama 4-miesięcznej Joasi zgłosiła się do lekarza w przychodni rejonowej. Dostrzegając, że córka rozwija się inaczej niż jej starsza siostra, nie jest tak ruchliwa, ręce i nogi stale jej drżą. Zauważyła, że główkę układa stale w jedną stronę, w czasie przewijania kopie tylko jedną nóżką i zaciska jedną piastkę, do tego słabo ssie i nie śmieje się na widok mamy, taty.

Uszkodzenie mózgu jest trwałe ale niepostępujące. W terapii dziecka z mpd bierze udział wiele specjalistów.

Każdy z członków zespołu terapeutycznego wypełnia swoją rolę i zadania i tym samym każdy swoimi obowiązkami oddziałuje terapeutycznie na dziecko.

Lekarz – jest odpowiedzialny za całość procesu leczenia, zleca zabiegi rehabilitacyjne, kieruje do lekarzy specjalistów, np. laryngologa, ortopedy itp.

Pielęgniarka - na poradach zespołu terapeutycznego przekazuje swoje spostrzeżenia za-



pisane w dokumentacji pielęgniarskiej, udziela rodzicom porad w zakresie pielęgnacji dziecka, udziela wsparcia informacyjnego, emocjonalnego rodzicom, zachęca rodziców do korzystania z różnych form usprawniania ruchowego dziecka w domu i poza nim. Na działania pielęgniarskie składają się czynności i zadania związane z: karmieniem dziecka, właściwym ułożeniem, pielęgnacją układu oddechowego, obserwacją napadów drgawkowych, zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.

Fizjoterapeuta - dobiera właściwe ćwiczenia w ramach zleconego programu usprawniania ruchowego z zakresu kinezyterapii, wykonuje zlecone zabiegi fizykalne, zabiegi z balneoterapii, hydroterapii.

Psycholog - dokonuje oceny psychicznej dziecka, wspiera je i jego rodziców, pełni rolę doradczą-konsultacyjną.

Logopeda - diagnozuje zaburzenia mowy, prowadzi terapię logopedyczną, korzystając m.in. z muzykoterapii.

Pedagog - rozpoznaje możliwości edukacyjne dziecka, diagnozuje środowisko wychowawcze w obszarach: środowisko rodzinne, szkolne i rówieśnicze. Jest odpowiedzialny za

dostosowanie wymagań edukacyjnych do możliwości ucznia - kieruje do klasy integracyjnej.

Terapeuta zajęciowy - głównym jego zadaniem jest kształtowanie samodzielności dziecka w życiu codziennym, w formie czynności zabawowych, jak i wykorzystywanie konkretnych sytuacji, jak: mycie, ubieranie się, jedzenie.

Duchowny - służy pomocą duszpasterską, udziela dzieciom wsparcia duchowego i psychicznego.

Wolontariusze - są nimi najczęściej uczniowie ze starszych klas liceum lub studenci. Wspomagają rodziców w opiece nad ich przewlekle chorym dzieckiem.

Rodzice - odgrywają najważniejszą rolę w opiece, terapii i edukacji swojego niepełnosprawnego dziecka. To oni ponoszą trud opieki nad dzieckiem na przestrzeni lat. Oczekują także daleko idącej pomocy i czasowego odciążenia. Służą temu okresowe pobyty dziecka w sanatorium, oddziale dziennym przedszkola, Poradni Rehabilitacyjnej. Efekt terapii dziecka z mózgowym porażeniem będzie wynikał z jego stanu w chwili rozpoczęcia terapii i systematyczności przeprowadzanych ćwiczeń. Miarą sukcesu jest radość dziecka i jego rodziców z każdej nowo

zdobytej umiejętności. Poinstruowani rodzice ćwiczą z dzieckiem w domu i powinni zadbać o to, aby: ćwiczenia wykonywać zawsze o tej samej porze i według ustalonej kolejności, pokój, w którym odbywają się ćwiczenia był ciepły, unikać ostrego światła i głośnych dźwięków, jednocześnie wykorzystywać zalecane przybory pomocnicze, takie jak: piłka, baloniki, wałek, równia itp.

Dziecko powinno korzystać z różnych form usprawniania, najlepiej przez cały rok, a nie tylko np. podczas turnusów rehabilitacyjnych. Mowa m.in. o hipoterapii i ostatnio zyskującej coraz więcej zwolenników - dogoterapii.

Hipoterapia to działania mające na celu przywracanie zdrowia, sprawności ruchowej przy pomocy konia i jazdy konnej. Jest wyjątkową i niepowtarzalną metodą usprawniania ruchowego, psychicznego i społecznego (stąd, obecnie służy dzieciom nie tylko z mpd, ale i dzieciom z nadpobudliwością ruchową, z lekkim upośledzeniem umysłowym, z zespołem Downa). Koń i jego ruchy, daje większe możliwości usprawniania niż inne metody z zastosowaniem li tylko przedmiotów. Jazda konna działa relaksująco, poprawia równowagę emo-



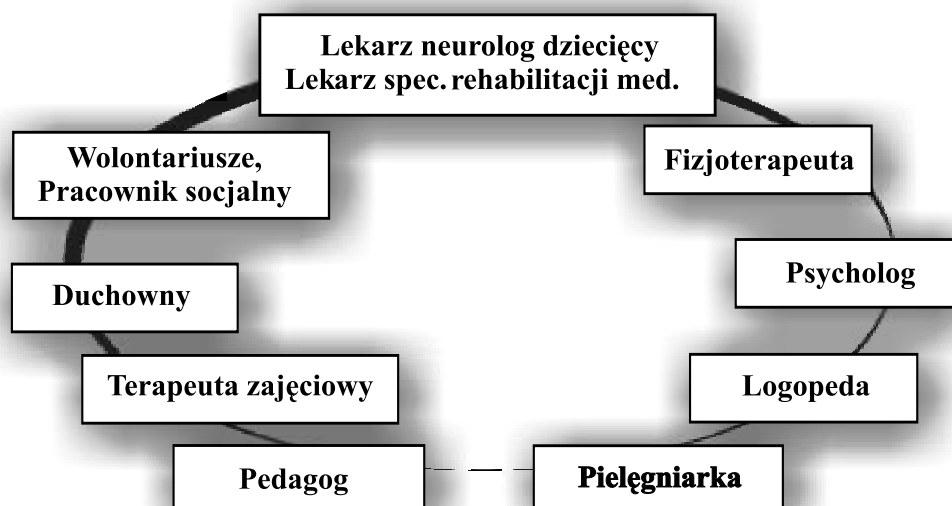
cjonalną, mobilizuje, nie nuży, co nierzadko jest obserwowane podczas innych form rehabilitacji. Wyrazem więzi emocjonalnej jest zbliżanie się do konia ze smakołykiem, przy okazji karmienia dotyka się ciepłych i wilgotnych chrząpek. Siedząc na koniu dziecko chętnie tuli się do jego szyi, poklepuje go po łopatkach, po zadzie, dotyka na przemian prawą ręką lewe ucho i odwrotnie, dotyka sztywniej grzywy, a gdy przychodzi koniec jazdy (po 1 godz.) broni się przed zejściem z konia. W nocy budzi rodziców, pytając: kiedy znowu pójdziemy do konia? Często w okresie letnim, zamiast wykonywania ćwiczeń na ujeżdżalni, wyjeżdża się z dzieckiem konno na spacer, gdzie może ono z wysokiego grzbietu konia podziwiać otaczającą przyrodę (bydgoski Mysłęcinek z Ośrodkiem Hipoterapii usytuowanym na terenie Ośrodka Rekreacji Konnej – spełnia owe wszystkie wymagania). Koń stwarza naturalne i bardziej przyjemne doznania niż wózek, przy pokonywaniu dużych przestrzeni i nierówności terenu. Nawiązanie silnej więzi, zarówno w stosunku do konia, jak i osób zdrowych (hipoterapeuta, wolontariuszem, instruktorem jazdy konnej) pozwala na przybliżanie się do ról społecznych zdrowych dzieci. Możliwość powiedzenia o swoim nowym przyjacielu – koniu, umożliwia akceptację ze strony zdrowych rówieśników, wzbudza zainteresowanie – dziecko stara się dużo o nim opowiadać. Systematyczne uczęszczanie na hipoterapię poprawia sprawność manualną, równowagę, koncentrację uwagi, poczucie

własnej wartości. Motywuje do mówienia, do rysowania (dzieci rysują swojego ulubieńca na różne sposoby). Korzyści z uczęszczania na zajęcia hipoterapii podkreślają wszyscy rodzice i opiekunowie dzieci.

Dogoterapia, czyli do serca przytul psa. Zajęcia z psem pomagają: stymulować zmysły słuchu, wzroku, ćwiczyć koncentrację uwagi, wyzwać spontaniczną aktywność, okazywać uczucia, porozumiewać się z otoczeniem, wzbogacać zasób słów. Z reguły zajęcia odbywają się w cztero-, pięcioosobowych grupach. Z każdym dzieckiem trzeba pracować inaczej. Psy, z którymi pracują terapeuci są bardzo pogodne. Dzieci podczas ćwiczeń muszą np. przechodzić nad i pod psem, uczyć się wydawania komend, uczyć się je karmić, czesać. Gdy pies wykonuje ich polecenie, wtedy nabierają pewności siebie. Jeśli dziecko nie jest w stanie wykonać danego ćwiczenia, proponuje się łatwiej-

sze. Przeszkolone psy pozwalają się pogłaskać, ciepłym i wilgotnym językiem polizać po dłoni. Z czasem pies staje się najlepszym przyjacielem – zawsze skory do zabawy, nigdy nie „skrytykuje”. Pewna upośledzona umysłowo dziewczynka, z dużym ograniczeniem ruchu potrafi ćwiczyć tylko z czarnym labradorem. Tak go uwielbia, że aby do niego się przytulić, zrobi wszystko, co się jej poleci. Dla wszystkich niepełnosprawnych dzieci opieka nad psem jest nauką życia.

Na zakończenie warto podkreślić, że nawet w przypadku bardzo chorych dzieci, istnieje wiele różnych dróg ich rozwoju. Od wszystkich członków zespołu terapeutycznego zależy, w jakim stopniu będzie można wspierać, edukować rodziców, aby jakość życia dziecka była lepsza, wyrażająca się większą samodzielnością, niezależnością oraz większą akceptacją dziecka ze strony rodziców i otoczenia.



*Mgr Mirosława Kram
oraz
mgr Ewa Barczykowska
są asystentami w Zakładzie
Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Katedry Pielęgniarstwa
Klinicznego.*

Nowe koncepcje i alternatywne metody w pielęgnowaniu chorych

Krystyna Kurowska

Lecznictwo niekonwencjonalne towarzyszy ludzkości od początków jej dziejów. Problemy ze zdrowiem próbowano usuwać w różnoraki sposób. We współczesnych czasach lecznictwo niekonwencjonalne w praktyce oznacza coś zupełnie innego niż np. 200 lat temu. Kilkaset lat temu np. przykładanie pijawek było uważane za konwencjonalne, dzisiaj takie praktyki zaliczamy do metod niekonwencjonalnych. W literaturze poświęconej leczeniu niekonwencjonalnemu możemy spotkać trzy pojęcia:

1. Medycyna naturalna – bazuje na potencjałach natury, wykorzystując właściwości ziół, zdrowej żywności, szlachetnych kamieni. Wykorzystuje naturalne, często ukryte zdolności organizmu ludzkiego do np. samoleczenia.

2. Medycyna niekonwencjonalna – oznacza metody leczenia nie nauczane obecnie na uczelniach medycznych, pochodzące z tradycji ludowych.

3. Medycyna alternatywna – dopuszczająca możliwość wyboru między dwoma metodami.

Teorie i praktyki medycyny niekonwencjonalnej wydają się sensowne tylko wtedy, gdy założymy, że życie ludzkiego organizmu nie jest jedynie procesem fizjologicznym, ale także energetycznym i duchowym. Wszystkie te aspekty są ze sobą powiązane i tworzą nierozdzielalną całość.

Metody niekonwencjonalne oddziałujące na ciało fizyczne to: dieta, ziołolecznictwo i masaże. Niekiedy wpływają one także na sferę energetyczną, jak np. pożywienie dzięki energii, którą zawiera i dzięki której oddziałuje na nasze zdrowie. Bardzo głośną terapią opartą na diecie stała się „makrobiotyka”, która zakłada, że podstawą właściwego odżywiania jest równowaga zasadowo-kwasowa spożywanych produktów. Inną bardzo popularną

dieta jest „dieta Diamondów”. Kwestię odżywiania rozpatruje ona nie tylko pod kątem co „jemy”, ale także, kiedy i w jakim zestawieniu. Odwołuje się do cykli biologicznych ludzkiego organizmu. Kładzie nacisk na odpowiednie łączenie ze sobą składników pokarmowych. Inną dietą cieszącą się w Stanach Zjednoczonych dużym uznaniem jest „dieta Gersona”, wykorzystująca w leczeniu nowotworów soki owocowe i warzywne powstałe na bazie owoców i warzyw z upraw ekologicznych. Odmianami terapii poprzez dietę są również głodówki, które mają za zadanie oczyścić organizm z toksyn.

Bardzo starą dziedziną niekonwencjonalną jest ziołolecznictwo. W Polsce najbardziej rozpowszechnione są zioła rodzimego pochodzenia. Najczęściej stosujemy: szalwię, rumianek, dziurawiec, wiesiołek. Prawie każdy z nas, dzięki przekazowi z pokolenia na pokolenie, dowiaduje się, jak i w jakich schorzeniach je stosować.

Kolejną metodą zorientowaną na wymiar fizyczny człowieka jest masaż. Pojawiło się kilka rodzajów masażu np. masaż limfatyczny czy polinezyjski. Współczesna medycyna potwierdziła działanie lecznicze dotyku. Ma on znaczenie zarówno w przypadku dolegliwości układu kostnego, jak i w przypadku napięcia i niepokoju.



Zioła

trzy etapy terapii, z których żaden nie wymaga w istocie dotykania ciała pacjenta. Pierwszym etapem jest koncentracja - terapeuta skupia się na swojej woli pomocy pacjentowi. Faza ta przypomina medytację i ma pomagać również i leczącemu.

Drugim etapem jest badanie - dłonie terapeuty wędrują wokół ciała pacjenta od stóp do głowy, przemieszczając się w odległości 5-10 cm, na tym etapie ma dokonywać się „dostrojenie” terapeuty do stanu chorego, możliwe dzięki odczuwaniu przez leczącego „zmian sygnałów sensorycznych” w dłoniach.

Trzecim etapem jest faza interwencji, w trakcie której ręce terapeuty „porządkują pole energetyczne” pacjenta, usuwając „zatory”, uzupełniając obszary niedoboru energii i wyrównując miejsca zaburzonego przepływu. Stan „równowagi energetycznej”, będący wynikiem takiego zabiegu, ma powstrzymać choroby



Masaż leczniczy

Kolejną grupę stanowią metody niekonwencjonalne oddziałujące na psychikę pacjenta i jego subtelna energię wewnętrzną. Zaliczamy do nich bioenergoterapie.

Osoby leczące dotykem, twierdzą, że potrafią wyleczyć wiele chorób lub poprawić stan chorego poprzez ręczną manipulację „pola energetycznego” wyczuwalnego nad powierzchnią ciała pacjenta. Uważają również, że potrafią wykrywać choroby i pobudzać organizm do walki z nimi poprzez swoją wolę uzdrowienia. Podręczniki leczenia dotykem wymieniają

i umożliwiać samoleczenie organizmu pacjenta. Zwolennicy leczenia dotykem twierdzą, że „wiodzieli, że to działa”.

Metoda leczenia dotykem została opracowana w latach 70. przez dr Dolores Krieger, dypl. piel., pracownika naukowego Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu w Nowym Jorku. Chociaż leczenie dotykem często przedstawia się jako naukową adaptację „nakładania rąk”, podstawy tej metody są jednak, zdaniem amerykańskich naukowców, nasycone metafizyką. Krieger zrównywała „składnik aktywny”



Piramida żywienia



Martha Rogers

leczenia dotykiem do „ra”, czyli „siły życiowej” postulowanej przez tradycyjną filozofię hinduską, ayurwedę. Wkrótce po powstaniu metody leczenia dotykiem zaczęto ją łączyć z dostosowanymi na użytek kultury Zachodu poglądami nieżyjącej już Marthy Rogers, dziekana Wydziału Pielęgniarstwa na nowojorskim uniwersytecie. Rogers twierdziła, że ludzie nie tylko posiadają pola energetyczne, lecz sami są polami energii, które pozostają w ciągłej interakcji z otaczającym ich „ polem energii otoczenia”. Poglądy te nazwała „ nauką o jednolitym człowieku”. Wprowadzone przez nią nazewnictwo stało się impulsem do zajmowania się leczeniem przez dotyk jako metodą „ naukową”. W prawie wszystkich prowadzonych dzisiaj dyskusjach na temat leczenia dotykiem operuje się pojęciami wprowadzonymi przez Rogers, chociaż używa się również terminów metafizycznych związanych z filozofią Wschodu np. czakram.

Od wielu innych alternatywnych metod leczenia, a także od medycyny naukowej, leczenie dotykiem odróżnia się podkreśleniem znaczenia woli uzdrowiciela. Podczas gdy w badaniach dotyczących skuteczności w większości metod leczenia wymagane jest sprawdzenie, czy nie zachodzi tzw. efekt placebo, (na który często ma wpływ przekonanie leczonego o skuteczności leczenia), teoretycy leczenia dotykiem sugerują, że efekt placebo nie ma znaczenia. Krieger twierdzi, że wiara osoby leczonej w powodzenie terapii nie wpływa znacząco na wyniki leczenia. Jej zdaniem, wiara ma znaczenia psychologiczne - wpływa na przyjęcie przez chorego do wiadomości swojej choroby i następującego po niej wyzdrowienia i znaczenia obu tych faktów dla chorego. Z drugiej strony uzdrowiciel musi opierać swoje działanie na pewnym systemie przekonań, jeżeli jego zachowanie chcemy uznać za racjonalne.

Jak widać, hipoteza leżąca u podłoża leczenia przez dotyk, jak i cała praktyka leczenia przez dotyk, opierają się na założeniu, że terapeuta potrafi wykręcić pole energetyczne pacjenta i świadomie na nie oddziaływać. Mając to na uwadze, pionierzy leczenia dotykiem doszli do wniosku, że kontakt fizyczny może nie być potrzebny.

Wpływ dotyku na osobę chorą możemy rozpatrywać pod innym kątem. Dotyk jest jedną z form komunikacji pozawerbalnej, stanowiącą sygnał o bardzo dużej sile oddziaływania. Możemy go zaliczyć do terapii oddziaływania na umysł pacjenta. Określone normy społeczne regulują akceptowany obszar, liczbę i rodzaj dotyku, w zależności od charakteru związku, np. dotyk podczas pobierania krwi, toalety, mierzenia ciśnienia tętniczego, ale także podczas składania życzeń czy gratulacji. We wszystkich tych sytuacjach obowiązują inne zasady i nie może istnieć związek pomiędzy dotykiem a poczuciem intymności. Najważniejsze funkcje komunikacyjne dotyku to:

- wspieranie/ pocieszenie,
- funkcje afiliacyjne,
- funkcje władzy.

Przez dotyk wyrazić więc można sympatię, współczucie, zrozumienie i, w relacji np. z szefem, dominację i władzę. W pielęgniarstwie Foster wyróżnia ze względu na cel kontaktu dotyk:

- **opiekuńczy**, który ma na celu nawiązanie kontaktu, wsparcie, uspokojenie, zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa psychicznego,
- **proceduralny**, wykorzystywany w pielęgnacji, terapii, diagnozowaniu,
- **ochronny**, służący zapewnieniu choremu bezpieczeństwa fizycznego i bezpieczeństwa pielęgniarki.

Specyficznym oddziałem szpitalnym gdzie dominuje dotyk proceduralny, a zapotrzebowanie na kontakt chorego z personelem jest bardzo duże, to Intensywna Terapija. Wydaje się, że w oddziale intensywnej opieki medycznej istnieją bardzo dogodne warunki do komunikacji pozawerbalnej. U pacjentów nieprzytomnych pielęgniarka może nie zauważyć form komunikowania się chorego z nią, co nie zwalnia jej z prób nawiązania kontaktu z chorym. Przeprowadzono badania, które miały odpowiedzieć na pytanie: „Czy dotyk jest ważnym elementem porozumiewania się z chorym?”. 84% respondentek odpowiedziało pozytywnie. Definiowały dotyk jako wsparcie, zrozumienie, współczucie, empatię, zapewnienie bezpieczeństwa. Niestety z badań wynika też, że im większy staż pracy, tym mniej pielęgniarki starają się komunikować z pacjentem przez dotyk opiekuńczy, ograniczając się do dotyku proceduralnego. Lata doświadczeń hamują emocje, bronią się też w ten sposób przed wypaleniem zawodowym. Ale w ten sposób zatracają jedną z form pomocy choremu.

Metodą oddziaływania na psychikę pacjenta jest również relaksacja. Została ona przez niektórych uznana za najbardziej skuteczny sposób radzenia sobie ze stresem. W relaksacji, przy pomocy autosugestii, dąży się do odczucia ciężaru ciała - co ma wywołać rozluźnienie napięć motorycznych, następnie do odczucia ciepłoty, co ma wywołać rozluźnienie napięć somatycznych, następnie wizualizuje się pozytywne obrazy (np. siebie

w otoczeniu kwiatów na łące), co ma przyczynić się do redukcji napięć emocjonalnych. Technikę pracy z afirmacją propaguje m.in. Luise L. Hay. Systematycznie powtarzana, odpowiednio dobrana treść afirmacji ma wywoływać efekty zarówno psychologiczne, w postaci przezwyciężenia urazów, jak i efekty lecznicze. Luise Hay powołuje się na własne doświadczenie, kiedy to pod wpływem głębokiego przeobrażenia wyleczyła się z zawaśnianej postaci raka.

Hipnoza znajduje zastosowanie w psychiatrii oraz do anestezji przy operacjach chirurgicznych, jak i w terapii niektórych schorzeń somatycznych. Metody oparte na pracy z umysłem i podświadomością są zorientowane na wykorzystanie wewnętrznego potencjału człowieka, widząc w nim źródło możliwości do tej pory odkryte w małym stopniu.



W dobie szybkiego przepływu informacji sytuacja i trendy na świecie mają duży wpływ na postawy w Polsce. Proces ten dotyczy też niekonwencjonalnych metod leczenia i pielęgnowania chorych. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że wobec ogromnej popularności medycyny alternatywnej w państwach zachodnich, także i w naszym kraju zainteresowanie nią będzie wzrastać. Pacjenci oczekują od pielęgniarki nie tylko sprawnego wykonywania zabiegów pielęgniarstkich, ale również pomocy w sferze psychicznej. Współczesne pielęgniarstwo zachodnie, obok metod tradycyjnych, wykorzystuje również metody niekonwencjonalne. Nie jest niczym nadzwyczajnym prowadzenie przez pielęgniarkę zajęć relaksacyjnych pacjentów. Naturalne jest też, że pielęgniarki znają podstawy makrobiotyki i poszczególnych diet zdrowotnych, potrafią też wykonywać masaż. Może w przyszłości w Polsce obok specjalizacji typu „pielęgniarstwo chirurgiczne” będą możliwości skończenia np. kursów relaksacji i wykorzystania ich w pracy z chorymi.

Dr Krystyna Kurowska

jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa.



Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. **Monika Kubiak**

Po raz drugi przedstawiamy wyróżniające się publikacje pracowników Collegium Medicum UMK w Toruniu. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników CM UMK, tym razem biorąc pod uwagę okres od czerwca do połowy września 2005 roku. Za najważniejsze kryterium oceniające przyjęto opublikowanie przez pracownika artykułu w czasopiśmie objętym Listą Filadelfijską o Impact Factor równym lub wyższym 1.000. Przypominamy, że w tenże 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.

Jan Styczyński, Andrzej Kurylak, Mariusz Wysocki
Tytuł oryginału:

Cytotoxicity of cortivazol in childhood acute lymphoblastic leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, Andrzej Kurylak, Mariusz Wysocki.

Źródło: - *Anticancer Res.* 2005 Vol. 25 s. 2253-2258.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.347

Punkcja KBN: 9.000

Streszczenie:

Glikokortykoidy są najważniejszą grupą leków stosowanych w terapii ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci. Oporność komórek białaczkowych na glikokortykoidy pozostaje jedną z głównych przyczyn niepowodzeń terapeutycznych w tej chorobie. Jedną z możliwości przełamania oporności na glikokortykoidy jest zastosowanie nowych preparatów, do których należy cortivazol, syntetyczny glikokortykoid charakteryzujący się dwoma miejscami wiązania receptora glikokortykoidowego. Celem pracy była analiza wrażliwości komórek białaczkowych na cortivazol i inne preparaty glikokortykoidowe w warunkach ex vivo oraz ocena ich znaczenia klinicznego w aspekcie wyników terapii przeciwbiałaczkowej. Badania przeprowadzono na komórkach białaczkowych 60 dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną: wykonano badania oporności komórek na różne preparaty glikokortykoidowe w teście cytotoksyczności oraz przeprowadzono analizę zmian w cyklu komórkowym limfoblastów metodą cytometrii przepływowej. Badane komórki białaczkowe wykazywały krzyżową oporność wobec wszystkich badanych preparatów glikokortykoidowych. Cortivazol wykazywał jednak najsilniejszą aktywność przeciwbiałaczkową. Cortivazol pod względem aktywności przeciwbiałaczkowej był 165-krotnie silniejszy niż prednizolon, 7,5-krotnie niż deksametazon i 2,8-krotnie silniejszy od betametazonu. W stosunku do innych leków, cortivazol wykazywał lepszą cytotoksyczność w grupie pacjentów wykazujących kliniczną oporność na prednizolon. Podobnie jak inne glikokortykoidy, cortivazol powodował zahamowanie cyklu komórkowego w fazie G1 oraz silniej niż inne glikokortykoidy indukował apoptozę komórek białaczkowych. Wykazano również silną zależ-

ność wyników terapii przeciwbiałaczkowej i oporności ex vivo na glikokortykoidy. Podsumowując, cortivazol wykazuje silną aktywność przeciwbiałaczkową, której efekt jest zależny od zahamowania cyklu komórkowego i indukcji apoptozy.

Dr hab. Jan Styczyński oraz dr hab. Andrzej Kurylak są adiunktami w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii na Wydziale Lekarskim, kierowanej przez prof. dr hab. Mariusza Wysockiego. W Katedrze prowadzi się badania nad zakażeniami wirusami hepatotropowymi dzieci z chorobą nowotworową, wynikami leczenia nowotworów wieku dziecięcego, bakteriami u gorączkujących dzieci z chorobą nowotworową w okresie neutropenii, skutecznością bierno-czynnej immunizacji przeciwko zakażeniom wirusem zapalenia wątroby typu B u dzieci ze schorzeniami układu krwiotwórczego oraz niepożądanymi objawami chemioterapii i ich wpływem na przebieg leczenia dzieci z chorobą nowotworową.

Jakub Czarny, Tomasz Grzybowski, Danuta Miścińska-Słiwka

Tytuł oryginału:

Genetic variation of 15 STR loci (D3S1358, vWA, FGA, TH01, TPOX, CSF1PO, D5S818, D13S317, D7S820, D16S539, D2S1338, D8S1179, D21S11, D18S51, and D19S433) in populations of north and central Poland.

Autorzy: Jakub Czarny, Tomasz Grzybowski, M.V. Derenko, B.A. Malyarchuk, Danuta Miścińska-Słiwka.

Źródło: - *Forensic Sci. Int.* 2005 Vol. 147 s. 97-100.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.616

Punkcja KBN: 10.000

Streszczenie:

Przeprowadzono badanie populacyjne w obrębie 15 loci STR: D3S1358, vWA, FGA, TH01, TPOX, CSF1PO, D5S818, D13S317, D7S820, D16S539, D2S1338, D8S1179, D21S11, D18S51 i D19S433 w grupie niespokrewnionych osób urodzonych w północnej i centralnej Polsce z regionów: Pomorze Gdańskie, Wielkopolska, Kujawy, Pomorze Zachodnie, Mazury i Mazowsze. DNA poddano reakcji multiplexu PCR, stosując zestaw AmpFISTR Profiler i AmpFISTR SGM Plus Kit. Obliczono częstości alleli poszczególnych układów oraz parametry ich przydatności w badaniach medyczno-sądowych.

Dr Jakub Czarny i dr Tomasz Grzybowski są adiunktami w kierowanym przez prof. dr hab. Danutę Miścińską-Słiwkę Zakładzie Genetyki Molekularnej i Sądowej Katedry Medycyny Sądowej na Wydziale Lekarskim. Głównymi tematami badawczymi Zakładu pozostają: identyfikacja osobnicza przeprowadzana metodami biologii molekularnej, genetyczne badania pokrewieństwa, tworzenie dużych populacyjnych baz danych profili genetycznych dostępnych dla międzynarodowego środowiska naukowego, mechanizmy powstawania mutacji w mitochondrialnym DNA (mtDNA), filogenetyka molekularna oraz diagnostyka molekularna chorób genetycznych.

Marcin Woźniak

Tytuł oryginału:

Significant genetic differentiation between Poland and Germany follows present-day political borders, as revealed by Y-chromosome analysis.

Autorzy: M. Kayser, O. Lao, K. Anslinger, C. Augustin, G. Borge, J. Edelmann, S. Elias, M. Heinrich, J. Henke, L. Henke, C. Hohoff, A. Illing, A. Jonkisz, P. Kuznar, A. Lebiada, R. Lessig, S. Lewicki, A. Maciejewska, D.M. Monies, R. Pawłowski, M. Poetsch, D. Schmid, U. Schmidt, P.M. Schneider, R. Stradmann-Bellinghausen, R. Szibor, R. Wegener, Marcin Woźniak, M. Zoledzińska, L. Roewer, T. Dobosz, R. Płoski.

Źródło: - *Hum. Genet.* 2005 Vol. 117 s. 428-443.

Polskie hasła przedmiotowe:

Genetyka populacji
Chromosomy Y

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 4.022 Punkcja KBN: 15.000

Dr Marcin Woźniak jest adiunktem w kierowanym przez prof. dr hab. Danutę Miścińską-Słiwkę Zakładzie Genetyki Molekularnej i Sądowej Katedry Medycyny Sądowej na Wydziale Lekarskim. Głównymi tematami badawczymi Zakładu pozostają: identyfikacja osobnicza przeprowadzana metodami biologii molekularnej, genetyczne badania pokrewieństwa, tworzenie dużych populacyjnych baz danych profili genetycznych dostępnych dla międzynarodowego środowiska naukowego, mechanizmy powstawania mutacji w mitochondrialnym DNA (mtDNA), filogenetyka molekularna oraz diagnostyka molekularna chorób genetycznych.

M. Koziński, Jacek Kubica, Magdalena Żbikowska-Gotz, Grażyna Dymek, Andrzej Dziedziczo, Grażyna Sypniewska

Tytuł oryginału:

Percutaneous coronary intervention triggers a systemic inflammatory response in patients treated for in-stent restenosis - comparison with stable and unstable angina.

Autorzy: M. Koziński, A. Krzewina-Kowalska, Jacek Kubica, Magdalena Żbikowska-Gotz, Grażyna Dymek, R. Piasecki, A. Sukienik, Grzegorz Grzesk, Maria Bogdan, M. Chojnicki, Andrzej Dziedziczo, Grażyna Sypniewska.

Źródło: - *Inflamm. Res.* 2005 Vol. 54 nr 5 s. 187-193.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej,

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.498

Punkcja KBN: 9.000

Streszczenie:

Uważa się, że wielkość ogólnoustrojowej odpowiedzi zapalnej wywołanej przezskorną interwencją wieńcową u pacjentów z dławicą stabilną i niestabilną determinuje odległe wyniki zabiegu. Celem pracy była ocena występowania reakcji zapalnej u pacjentów poddanych angioplastyce wieńcowej z powodu nawrotu zwężenia (restenozy) w stencie oraz określenie jej wielkości i wzorca w porównaniu do chorych z dławicą stabilną i niestabilną.

Materiał i metodyka: 80 pacjentów (59 z dławicą stabilną, 10 z dławicą niestabilną, 11 z restenozą w stencie) włączono prospektywnie do badania. Chorzy stabilni i niestabilni zostali poddani implantacji pojedynczego stentu do natywnej tętnicy wieńcowej poprzedzonej predylatacją balonem. Natomiast u pacjentów z restenozą w stencie wykonano jedynie angioplastykę balonową. W próbkach krwi pobranych przed zabiegiem, po 6, 24 godzinach i 1 miesiącu od angioplastyki oznaczono białko C-reaktywne (CRP), surowiczy amyloid A (SAA), czynnik martwicy nowotworów α (TNF- α) i interleukinę 10 (IL-10).

Wyniki:

Zaobserwowano porównywalny wzorec odpowiedzi zapalnej wyrażonej wzrostem stężeń CRP i SAA u pacjentów z restenozą w stencie i dławicą stabilną, podczas gdy u chorych niestabilnych wielkość reakcji zapalnej była znacząco większa. Stężenia CRP i SAA wzrosły w każdej z grup, osiągając szczyt po 24 godzinach od zabiegu. Maksymalne stężenia CRP i SAA istotnie korelowały z wartościami wyjściowymi. Stężenia TNF- α przed zabiegiem były istotnie wyższe w grupie chorych z restenozą w porównaniu do chorych stabilnych i niestabilnych. Dodatkowo w grupie leczonej z powodu restenozy w stencie stwierdzono dwukrotny wzrost stężenia TNF- α 6 godzin po zabiegu. Wartości TNF- α po 6 i 24 godzinach po angioplastyce były istotnie niższe u pacjentów z dławicą stabilną i niestabilną, chociaż w obu grupach znacząco wzrosły po 1 miesiącu. Stężenia IL-10 nie różniły się w analizowanych grupach.

Wnioski:

Wyrażamy pogląd, że przezskorną interwencją wieńcową wyzwała ogólnoustrojową odpowiedź zapalną u pacjentów leczonych z powodu nawrotu zwężenia

w stencie. Jakkolwiek, w tej grupie pacjentów istnieją zasadnicze różnice we wzorcu reakcji zapalnej w porównaniu do chorych z dławicą stabilną i niestabilną. Co więcej, wysokie stężenie TNF- α przed zabiegiem i jego wzrost wywołany angioplastyką wieńcową wymagają dalszych badań dotyczących możliwego udziału tej cytokiny w patogenezie restenozy.

Komentarz:

Podsumowując, praca wnosi istotny wkład w zrozumienie mechanizmu odpowiedzi zapalnej w różnych grupach chorych poddanych angioplastyce wieńcowej oraz sugeruje możliwy udział czynnika martwicy nowotworów alfa w procesie nawrotu zwężenia w stencie.

Lek. med. Marek Kozłowski jest rezydentem w Katedrze i Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych prowadzonej przez prof. UMK dr hab. Jacka Kubicę, w której także, na etacie szpitala, pracuje dr Grzegorz Grzesk. Dr Maria Bogdan jest starszym wykładowcą w tejże Katedrze. Dr Magdalena Zbikowska-Gotz jest starszym wykładowcą w kierowanej przez prof. UMK dr hab. Andrzeja Dzieciuchowskiego Katedrze i Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych na Wydziale Lekarskim. Dr Grażyna Dymek jest adiunktem w kierowanej przez prof. dr hab. Grażynę Odrowąż-Sypniewską Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej na Wydziale Farmaceutycznym. Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych zajmuje się: miazdzącą tętnic wieńcowych, optymalizacją implantacji stentów do tętnic wieńcowych, wynikami rekanalizacji przewlekłe zamkniętych tętnic wieńcowych, wpływem zakażenia *Helicobacter pylori* i *Chlamydia pneumoniae* na występowanie ostrych incydentów wieńcowych i restenoze po zabiegach przeszłońskiej angioplastyki, leczeniem chorych z chorobą pnia lewej tętnicy wieńcowej, leczeniem farmakologicznym i interwencyjnym w świeżym zawałe serca, leczeniem chorych z zastoinową niewydolnością serca i wtórnym nadciśnieniem płucnym, zmiennością rytmu serca w ostrych epizodach niedokrwienności, leczeniem pacjentów z izolowaną niewydolnością rozkurczową lewej komory, oceną wpływu biochemicznych markerów stanu zapalnego na wyniki angioplastyki tętnic wieńcowych i zapobieganiem nagłej śmierci sercowej u chorych po zawałe serca poprzez wszczepianie kardiowerterów-defibrylatorów. Główne problemy badawcze Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych to badania nad: etiopatogenezą astmy oskrzelowej i POChP oraz rolę zwiększonej aktywności ruchowej w wspomaganiu leczenia tych chorób, etiopatogenezą alergii na pokarmy i innych chorób alergicznych przewodu pokarmowego, etiopatogenezą nadwrażliwości na niesteroidowe leki przeciwzapalne. Z kolei w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej prowadzi się badania nad: zagadnieniami związanymi z metabolizmem tkanki kostnej w stanach fizjologii i patologii (oznaczanie biochemicznych markerów resorpcji i tworzenia kości, czynników wzrostowych i cytokin), patogenezą miazdzący i badaniem występowania w populacji nowych czynników ryzyka choroby wieńcowej (oznaczanie homocysteiny, kwasu foliowego, wit. B12 oraz lipoproteiny (a), a także ocenę przydatności klinicznej nowych markerów zawału mięśnia sercowego.

Zbigniew Zyllicz, Małgorzata Krajnik

Tytuł oryginalny: Severe pruritus of cholestasis in disseminated cancer: developing a rational treatment strategy. A case report.

Autorzy: Zbigniew Zyllicz, N. Stork, Małgorzata Krajnik.

Źródło: - J. Pain Symptom Manage. 2005 Vol. 29 nr 1 s. 100-103.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfjskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.885
Punkcja KBN: 10.000

Streszczenie:

Przewlekły świąd pozostaje jednym z najtrudniejszych do leczenia objawów. W kontekście chorób nowotworowych spotyka się go najczęściej przy silnej cholestazie, chociaż wiadomo, że bilirubinemia nie jest czynnikiem wywołującym świąd. O wiele ważniejszym czynnikiem pruritogennym jest zwiększona synteza endogennych opioidów w wątrobie pod wpływem jej uszkodzenia. W niniejszym artykule autorzy omawiają kolejność stosowania leczenia przeciwświądowego u 78 letniej chorej z przerzutami do wątroby raka jelita grubego. Omówienie to odbywa się na podstawie dostępnych danych z literatury i badań własnych. Wydaje się, że powszechne stosowanie leków antyhistaminowych jest nieuzasadnione. Lekiem pierwszego rzutu powinna być tania i łatwa w użyciu paroksetyna. W drugim rzucie, gdy ten pierwszy lek okaże się nieskuteczny (od razu lub po kilku tygodniach) wskazane jest użycie inhibitorów receptorów opioidowych, naloksonu i/lub naltreksonu. U omawianej pacjentki

odwrócenie analgezji obserwowano dopiero przy wysokich dawkach naltreksonu. Inhibitory receptorów serotoniny (5HT3) powinno się stosować tylko wtedy kiedy konieczne jest leczenie parenteralne. W kilku kontrolowanych badaniach nie wykazano korzystnego działania przeciwświądowego przy leczeniu przewlekłym. W trzecim rzucie zastosowano u pacjentki buprenorfinę podjęzykowo. Buprenorfiną jest częściowym agonistą receptorów opioidowych mu i w kontekście zwiększonej aktywności endogennych opioidów zajmuje te receptory tylko słabo je pobudzając. Tak więc buprenorfinę nie dopuszcza endogennych opioidów do receptorów. Z leczenia wspomagającego najważniejsze jest częste smarowanie skóry kremami i maściami zapobiegającymi jej wysychaniu. Kąpiel w wodzie zawierającej 0.5 kg sodu/50 litrów wody przynosi chorym wielką ulgę. W końcu ważne jest także stosowanie odpowiednich leków nasennych aby pacjent mógł wypocząć w ciągu nocy.

Prof. UMK dr hab. Zbigniew Zyllicz jest kierownikiem Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Dr Małgorzata Krajnik jest adiunktem tejże Katedry. W Katedrze i Zakładzie Opieki Paliatywnej prowadzi się badania nad oceną skuteczności miejscowo podawanej morfiny w opornym na leczenie bólu skórny, działaniem przeciwbólowym TENS u chorych z zespołami obwodowego bólu neuropatycznego i badaniem farmakokinetyki morfiny podawanej drogą wziewną u chorych z dusznością wysiłkową w przebiegu choroby nowotworowej.

Alina Borkowska

Tytuł oryginalny: Relationship between class I and II HLA antigens in schizophrenia and eye movement disturbances: a preliminary study.

Autorzy: P. Bogacki, Alina Borkowska, M. Wojtanowska-Bogacka, J.K. Rybakowski.

Źródło: - Neuropsychobiology 2005 Vol. 51 s. 204-210.

Polskie hasła przedmiotowe:

Schizofrenia

Antygeny HLA

Ruchy oczu

Chromosomy człowieka

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfjskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.479
Punkcja KBN: 9.000

Dr hab. Alina Borkowska jest kierownikiem Zakładu Neuropsychologii Klinicznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Zasadnicze kierunki badań naukowych Zakładu obejmują: badania neuropsychologiczne w zaburzeniach psychicznych i neurologicznych, badania deficytów poznawczych jako markerów endofenotypowych zaburzeń psychicznych, badania genetyczno-molekularne dysfunkcji poznawczych, badania w chorobach przebiegających z otępieniem, ocenę wpływu leczenia farmakologicznego na zaburzenia poznawcze u chorych z chorobami psychicznymi i neurologicznymi, badania psychologiczne i psychiatryczne w chorobach somatycznych: nowotworowych, schorzeniach wątroby, alergicznych, kardiologicznych.

Waldemar Halota, Małgorzata Pawłowska

Tytuł oryginalny: Peginterferon Alfa-2a, lamivudine, and the combination for HBeAg-positive chronic hepatitis B.

Autorzy: G.K.K. Lau, T. Piratvisuth, K.X. Luo, P. Marcellin, S. Thongsawat, G. Cooksley, E. Gane, M.W. Fried, W.C. Chow, S.W. Paik, W.Y. Chang, T. Berg, R. Flisiak, P. McCloud, N. Pluck, Waldemar Halota, Małgorzata Pawłowska, i in.

Źródło: - New Engl. J. Med. 2005 Vol. 352 nr 26 s. 2682-2695.
Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfjskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 34.833
Punkcja KBN: 24.000

Streszczenie:

Leczenie przewlekłych zapaleń wątroby typu B jest nadal niesatysfakcjonujące. W cytowanej pracy, poszukując optymalnego schematu terapii, porównano skuteczność i bezpieczeństwo pegylowanego interferonu alfa-2a z lamiwudyną, pegylowanego interferonu alfa-2a bez lamiwudyny oraz samej lamiwudyny w leczeniu HBeAg pozytywnych chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu B.

To wieloośrodkowe badanie objęło 814 pacjentów

z 67 ośrodków w 16 krajach. W badaniu wzięły udział 3 ośrodki z Polski. Pacjenci byli randomizowani w stosunku 1:1:1 do 3 grup leczonych przez 48 tygodni:

Grupa I – pegylowanym interferonem alfa 2a w dawce 180mcg/tydzień + placebo

Grupa II – pegylowanym interferonem alfa 2a w dawce 180mcg/tydzień + lamiwudyną w dawce 100mg/dobę

Grupa III – lamiwudyną w dawce 100mg/dobę

Randomizację przeprowadzono centralnie, z uwzględnieniem regionów geograficznych oraz wyjściowej aktywności ALAT. Wszyscy pacjenci byli obserwowani przez następne 24 tygodnie po ukończeniu leczenia.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w 72 tygodniu badania (6 miesięcy po ukończeniu leczenia) serokonwersję w układzie HBe/anti-HBe uzyskało istotnie statystycznie więcej chorych leczonych monoterapią pegylowanym interferonem alfa-2a lub pegylowanym interferonem alfa-2a i lamiwudyną w porównaniu do leczonych tylko lamiwudyną (odpowiednio: 32% vs. 19% - $p<0,001$; i 27% vs. 19% $p<0,02$). Analogicznie przedstawiała się odpowiedź wirusologiczna mierzona obniżeniem replikacji HBV DNA poniżej 100.000 kopii/ml. (odpowiednio: 32% vs. 22% - $p<0,01$ oraz 34% vs. 22% - $p<0,003$). U szesnastu pacjentów leczonych pegylowanym interferonem alfa 2a (w monoterapii lub w kombinacji z lamiwudyną) wystąpiła serokonwersja w układzie HBs, czego nie zaobserwowano w żadnym z leczonych lamiwudyną.

Poważne działania niepożądane wystąpiły we wszystkich grupach pacjentów, odpowiednio u 4% otrzymujących pegylowany interferon alfa-2a, 6% leczonych pegylowanym interferonem alfa-2a i lamiwudyną oraz u 2% leczonych lamiwudyną. U 2 pacjentów leczonych lamiwudyną po zakończeniu leczenia wystąpiła niewydolność wątroby. U jednego z tych chorych wykonano przeszczepienie wątroby, drugi zmarł.

W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano, że pegylowany interferon alfa2a wykazuje wyższą niż lamiwudyna skuteczność w leczeniu HBeAg dodatnich chorych na przewlekłe zapalenie wątroby typu B.

Prof. dr hab. Waldemar Halota kieruje Katedrą i Kliniką Chorób Zakaźnych na Wydziale Lekarskim. Dr hab. Małgorzata Pawłowska jest zastępcą kierownika tej Katedry. Działalność naukowa Katedry skupia się na: badaniach nad patogenezą oraz immunologią zakażeń wirusami hepatotropowymi ze szczególnym uwzględnieniem HCV oraz współistniejących zakażeń różnymi wirusami, szczególnie HIV-HCV; badaniach patogenetycznych zakażeń HIV i AIDS z uwzględnieniem zakażeń oportunistycznych oraz aspektami epidemiologiczno-klinicznymi innych chorób zakaźnych. Klinika bierze udział w wielu międzynarodowych programach badawczych dotyczących nowych metod leczenia przewlekłych zapaleń wątroby oraz HIV/AIDS. Jest ośrodkiem referencyjnym leczenia zakażeń HIV i AIDS, przewlekłych zapaleń wątroby oraz polio.

Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginalny: Steroid withdrawal at 3 months after kidney transplantation: a comparison of two tacrolimus-based regimens.

Autorzy: Zbigniew Włodarczyk, J. Walaszewski, F. Perner, S. Vitko, M. Ostrowski, P. Bachleda, F. Kokot, M. Klinger, P. Szenohradsky, P. Studenik, P. Navratil, L. Asztalos, B. Rutkowski, N. Kalmar Nagy, D. Hickey.

Źródło: - Transplant. Int. 2005 Vol. 18 s. 157-162.

Polskie hasła przedmiotowe:

Sterydy - stosowanie lecznicze

Nerka - przeszczepianie

Takrolimus - stosowanie lecznicze

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfjskiej, wskaźnik Impact Factor ISI: 1.204
Punkcja KBN: 9.000

Dr hab. Zbigniew Włodarczyk pełni obowiązki kierownika Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej. Równoległe z programem transplantacji nerek, zarówno od dawców zmarłych jak i od dawców żywych, Klinika Transplantologii wykonuje zabiegi z zakresu chirurgii wątroby, a zwłaszcza rozległe zabiegi resekcji wątroby w chorobie nowotworowej. Obecne badania obejmują nowe leki immunosupresyjne, nowe schematy leczenia immunosupresyjnego, zjawisko reperfuzyjnego przeszczepienia nerki, powikłania odległe po przeszczepieniu nerki i wybrane aspekty chirurgii wątroby.

Robert Koch

– laureat nagrody Nobla w dziedzinie medycyny 1905

Krystyna Korpalska



Polskich śladów ciąg dalszy – – bydgoski wątek

Nazwisko Roberta Kocha, współtwórcy mikrobiologii – łączymy na ogół z odkryciem przez niego *Mycobacterium tuberculosis* i ostatecznym udowodnieniem, w 1882 roku, bakteriologicznej 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, a poświęcony był mu artykuł w numerze 17 (2/2005) Wiadomości Akademickich.

W bogatej biografii Roberta Kocha są także wydarzenia, które łączą jego nazwisko z historią medycyny bydgoskiej. Stało się tak za sprawą bydgoskiego lekarza Hermanna Roquette.

Hermann Louis Roquette był starszy od Roberta Kocha o 14 lat. Urodził się 25 VII 1829 w Krotoszynie (Krotoschin). Był synem Jeana Louisa Roquette i Marie Antoinette z d. Barraud. Ojciec Hermanna pochodził z rodziny hugenockiej osiadłej w Prusach pod koniec XVII wieku. W Krotoszynie pracował jako radca Sądu Krajowego. Tam też przyszedł na świat starszy o pięć lat brat Hermanna – Otto Wilhelm (1824 – 1896), późniejszy profesor literatury i historii, pisarz i poeta, który w swoich dziełach sporo miejsca poświęcił też Bydgoszczy.

Następnie rodzina Roquette przeniosła się do Gniezna, a w 1835 roku osiadła w Bydgoszczy. Ojciec Hermana otrzymał tu stanowisko komisarza sprawiedliwości, radcy Sądu Krajowego i notariusza przy Wyższym Sądzie Krajowym oraz Sądzie Krajowym i Miejskim w Bydgoszczy. Prowadził także prywatną praktykę adwokacką.

Rodzina Roquette w połowie XIX wieku odgrywała znaczącą rolę w życiu intelektualnym miasta. W prowadzonym w jej domu „salonie kulturalnym”, cieszącym się wielką renomą, gromadzili się przedstawiciele bydgoskiej elity intelektualnej. Wspólne muzykowanie, wieczory autorskie i dyskusje, to był klimat, w którym wyraść młody Hermann i jego rodzeństwo.

Herman i Otto Roquetowie uczyli się początkowo w Gimnazjum Fryderyka Wilhelma przy Placu Wolności (Weltzienplatz), które jednak borykało się wówczas z kłopotami z kadrą pedagogiczną. Hermann przeniósł się więc do gimnazjum w Toruniu, a Otto do Frankfurtu nad Odrą, gdzie jego dziadek był pastorem.

Po ukończeniu szkoły średniej Hermann Roquette odbył studia medyczne w Berlinie. Pierwszą praktykę lekarską otworzył w 1863 roku w Brodnicy, wówczas należącej do Prus Zachodnich (Strasburg/Westpreussen). Jako lekarz – praktyk zetknął się też od razu z problemem nurtującym XIX – wieczne społeczeństwa – chorobami zakaźnymi. W 1863 roku przyszło mu walczyć z epidemią cholery. Był to bezpośredni impuls, który poprowadził go do zainteresowania się bakteriologią. Prywatny gabinet doktora Roquette był wyposażony w mikroskop, przy pomocy którego prowadził badania, początkowo nad wodorostami i orzęskami.

Doktor Roquette musiał mieć otwarty umysł, solidne przygotowanie medyczne i wrażliwość na problemy społeczne, skoro zaczął szukać kontaktu ze środowiskami naukowymi zajmującymi się mikrobiologią. W drugiej połowie XIX wieku, dzięki pracom Ludwika Pasteura i Roberta Kocha rozpoczynała się era bakteriologii.

W tym czasie, kiedy doktor Roquette walczył z chorobami zakaźnymi w Brodnicy, rozpoczął pracę jako lekarz w Rakoniewicach, niedaleko Poznania – Robert Koch. W 1872 roku Koch otrzymał nominację na stanowisko fizyka powiatowego (Kreis – Physikus) w powiecie babimojskim, z siedzibą w Wolsztynie. Rozwijał tu zainteresowania w dziedzinie bakteriologii i dokonał swoich pierwszych epokowych odkryć.

Hermann Roquette i Robert Koch zetknęli się po raz pierwszy na zjeździe lekarzy w Poznaniu i rozpoczęli stałą współpracę oraz regularną korespondencję. Listy, zawierające wyniki badań obu lekarzy, krążyły pomiędzy Brodnicą, a Wolsztynem. Korespondencja ta nie została przerwana także po przeniesieniu Roberta Kocha w 1880 roku do Berlina na stanowisko w Urzędzie Zdrowia Rzeszy (Reichsgesundheitsamt).

W tym samym roku awansował także doktor Hermann Roquette. Otrzymał tytuł radcy sanitarnego (Sanitätsrat) i stanowisko lekarza powiatowego (Kreisarzt) w Inowrocławiu. Jego współpraca ze środowiskiem berlińskich bakteriologów, skupionych wokół Roberta Kocha jeszcze bardziej się zacieśniła. Często wyjeżdżał do Berlina, biorąc udział w spotkaniach przyjaciół – współpracowników Roberta Kocha. Był świadkiem ogłoszenia przez Kocha rewelacji o odkryciu prątków – czynnika etiologicznego gruźlicy płuc. Wziął także udział w Międzynarodowym Kongresie Medycznym w Berlinie w 1890 roku, w czasie którego

Koch podał, jak dziś już wiemy, nie do końca sprawdzoną informację o odkryciu tuberkuliny i pomyślnych wynikach leczenia gruźlicy u świnek morskich.

Załączona fotografia wykonana została w czasie tego Kongresu. W pierwszym rzędzie, trzeci od lewej, siedzi dr Robert Koch, po jego prawej stronie – dr Hermann Roquette. Można więc go zaliczyć do bliskich współpracowników Kocha.

Tą owocną współpracę przerwała przedwczesna śmierć inowrocławskiego lekarza powiatowego.

Dr Hermann Roquette zmarł w wieku 63 lat, dnia 5 września 1892 roku, w Inowrocławiu. Został pochowany w rodzinnym grobowcu w Bydgoszczy, na cmentarzu ewangelickim przy ul. Jagiellońskiej (dziś Park im. Wincentego Witosa). W pogrzebie przyjaciela i współpracownika wziął udział dr Robert Koch, przyszły laureat Nagrody Nobla.

Inspiracją do napisania tego artykułu były badania dziejów rodziny Roquette,

prowadzone przez dr. Marka Romaniuka z Archiwum Państwowego w Bydgoszczy. Zob.: S. Błażejowski, J. Kutta, M. Romaniuk, Bydgoski Słownik Biograficzny, pod red. J. Kutty, T. 5, Bydgoszcz 1998, s. 99 – 101.



Dr Hermann Roquette (1829-1892)

Dr Krystyna Korpalska

jest kierownikiem

Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa.



Uczestnicy Międzynarodowego Kongresu Medycznego, Berlin 1890.

W pierwszym rzędzie, trzeci od lewej – Robert Koch, po jego prawej ręce – Hermann Roquette.

Międzynarodowa Konferencja z okazji 25 rocznicy postania „Solidarności” - Warszawa-Gdańsk, 29-31 sierpnia 2005 r.



Roman Kotzbach

Wchodzące w dorosłe, zawodowe życie młode pokolenie naszych absolwentów to urodzeni w latach 80. ubiegłego stulecia. Rok 1980 to dla nich historia. Powstanie NSZZ „Solidarność”, będące kolejnym wolnościowym zrywem Polaków, wprowadzenie stanu wojennego, podziemna działalność opozycyjna, „okrągły stół”, rozpad systemu komunistycznego traktują tak, jak moje pokolenie okres II wojny światowej, utworzenie dwóch przeciwnych bloków politycznych, „żelazną kurtynę”, NATO, Układ Warszawski, EWG i RWPG.



Z wielkim Patriotą, prof. Zbigniewem Brzezińskim

25 rocznica powstania NSZZ „Solidarność” stała się okazją do przypomnienia tych wydarzeń, ich narodzin i efektów, które spowodowały, że żyjemy dzisiaj w zupełnie innej rzeczywistości, w wolnym i demokratycznym państwie. A Polska, co kiedyś wydawało się niemożliwe nawet w marzeniach, jest w strukturach NATO i EWG.

Z otrzymanych zaproszeń wybrałem Międzynarodową Konferencję „from Solidarnosc to freedom” (Od Solidarności do wolności), organizowaną przez Fundację Centrum Solidarności i Instytut Lecha Wałęsy w Warszawie i Gdańsku w dniach 29-31.08.2005 r. Szereg konferencji i uroczystości zajął się bowiem w tych dniach ze sobą.

Do Warszawy zostałem zaproszony wraz z grupą działaczy „S” z Regionu Bydgoskiego i z jej Przewodniczącym, Janem Rulewskim na

czale. Czulem się reprezentantem naszej akademickiej społeczności lekarskiej i związkowej. Także, co podkreślono na Konferencji, z racji faktu, że jako jedyny w Polsce pełniłem funkcję Przewodniczącego Komisji Zakładowych NSZZ „S” przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy od pamiętnych strajków we wrześniu 1980 r. do 2005 roku. A więc dokładnie 25 lat! Konferencja odbywała się w hotelu Victoria położonym niedaleko Grobu Nieznanego Żołnierza, w samym sercu Warszawy.

Dwa dni w Warszawie obejmowały w sumie 6 sesji debatowych przed i po południowych oraz sesję inauguracyjną i końcową. Sesję Inauguracyjną – „Solidarność od zimnej wojny do zjednoczonej Europy” otworzył historyczny przywódca „S”, były prezydent RP Lech Wałęsa. Uczestniczyli: Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski i prof. Bronisław Geremek. Z uwagi na bogaty program podam tylko tematy poszczególnych sesji i uczestników:

I Sesja: Akt końcowy z Helsinek a polityka praw człowieka (Jan Krzysztof Bielecki, prof. Zbigniew Brzeziński, prof. Timothy Garton Ash, Siergiej Kowaliov).

II Sesja: „Solidarność”, Jan Paweł II a myśl chrześcijańska (Tadeusz Mazowiecki, kardynał Jean-Marie Lustiger, arcybiskup Józef Życiński).

III Sesja: Doświadczenie Solidarności (Jerzy Buzek, Jiri Dienstbier, Gabor Demuszky, Markus Meckel, Zhelyu Zhelew).

Wypowiedzi przypominały historyczne zmagania Polaków z totalitarnym systemem komunistycznym narzuconym naszej Ojczyźnie w Jałcie. Lata krwawych

prób odzyskania wolności i niepodległości w latach 1956, 1968, 1970, powstanie sprzyjających uwarunkowań, papież Polak Jan Paweł II i Jego „siła ducha”, którą przekazał rodakom podczas pamiętnej I wizyty w Warszawie słowami: „niech zstąpi Duch Twój i odnowi oblicze Ziemi, tej Ziemi” dały siew, którego żniwo zbieramy do dzisiaj.

Zupełnie nowym dla uczestników konferencji było przedstawienie pierwszych reakcji na Zachodzie na wiadomość o wydarzeniach w Polsce w 1980 r. Na początku dominował strach i przerażenie o losy „uporządkowanego” świata. Istniały przecież dwa prze-

ciwstawne obozy – imperialistyczny i komunistyczny. Dwa wrogo nastawione systemy, dwa różne pojmowania wolności i demokracji. A tu znowu „Ci niesforni Polacy”!

Niepewność ustąpiła miejsca sympatii, poparciu i wszelakim formom pomocy. Tzw. doktryna Breżniewa z racji zaangażowania Związku Radzieckiego w beznadziejną wojnę w Afganistanie nie była już taka groźna. Potwierdziło to zresztą wprowadzenie przez ekipę gen. Jaruzelskiego stanu wojennego w Polsce 13 grudnia 1981 roku.

Z uwagą słuchałem wypowiedzi wielkiego patrioty i przyjaciela Polski, prof. Zbigniewa Brzezińskiego. Od takich Polaków należy się uczyć miłości do Ojczyzny. Wspominając Wielkiego Papieża Polaka Jana Pawła II, u którego przybywał z wizytą w dniu wprowadzenia stanu wojennego w Polsce, powiedział, zwątpilem. Na moje słowa „to już koniec?” Jan Paweł II odpowiedział „Nie, to nie koniec, poczekajmy!”. Procz słowa!

Wieczorem wszyscy obejrzelismy wraz z tysiącami warszawiaków, na zaproszenie Prezydenta Miasta Lecha Kaczyńskiego, piękny koncert na Placu Teatralnym „od Solidarności do wolności”. Wysłuchaliśmy kultowych już pieśni: „Janek Wiśniewski padł” w wykonaniu Krystyny Jandy, „Żeby Polska była Polską” Jana Pietrzaka, zespołów rockowych z Polski, Ukrainy i Białorusi wykonujących utwory związane z wolnością i walką o sprawiedliwy świat. Na zakończenie chór Filharmonii Warszawskiej wykonał prapremierę utworu Jana Karczmarskiego „Oda do Solidarności” i pieśń „A mury runą, runą” Jacka Kaczmarskiego.

II Dzień Konferencji obejmował kolejno sesje:

IV Sesja: Współczesne zagrożenia i wyzwania dla praw człowieka (dr Janusz Onyszkiewicz, dr Adam Rotfeld, dr Medeleine K. Albright, lord Ralf Dahrendorf, Antoni M. Nowicki);

V Sesja: Nadzieje i obawy: wizerunek „Solidarności” w mediach światowych (Eugeniusz Smolar, Nepal Ascherson, Bernard Getta, Jim Hoagland, Leopold Unger);



Z dr. n. med. Markiem Edelmanem, ostatnim żyjącym uczestnikiem powstania w Getcie Warszawskim



Identyfikator
na nazwisko Roman Paweł Kotzbach

VI Sesja: Dziedzictwo „Solidarności” (Aleksander Hall, Paul Thibaud, Danic MacShane, prof. Aleksander Smolar, prof. Paweł Śpiewak), Sesja Końcowa (prof. Bronisław Geremek, Hose Manuel D. Barosso – Prezydent Komisji Europejskiej).

Deбата w tym dniu obracała się w kręgu reakcji prasy światowej na wydarzenia w Polsce. Reakcje były różne, od całkowitego przemilczenia poprzez krytykę, obawy o konflikt wojenny do pełnego poparcia. W miarę rozwoju sytuacji w Polsce i powroty „S” z podziemia do legalnego istnienia przychylność mediów była coraz większa.

Końcowe, bardzo oczekiwane wystąpienia Manuela Barosso – Prezydenta Komisji Europejskiej, odnoszące się z wielkim uznaniem i szacunkiem do roli powstania „S” dla przemian europejskich i światowych, potwierdziło przewijające się przez całą konferencję prawo Polaków i „S” do roli „twórców” tych przemian. Przypominało, że tu, w Polsce, powstała „Solidarność”, która po dekadzie walki o prawa człowieka do wolności, demokracji i godnego życia zapoczątkowała falę rewolucyjnych przemian w innych krajach. Powstanie „S” określono mianem „bezkrwawej zwycięskiej rewolucji”. Po niej rozpadł się ZSRR po „pierestrojce” Gorbaczowa, padł mur berliński, swój totalitarny żywot zakończyły komunistyczne rządy w Czechosłowacji, na Węgrzech, Rumuni i Jugosławii. Konferencję zakończono apelem do wszystkich krajów Europy o uznanie dnia 31 sierpnia Międzynarodowym Dniem Solidarności i Wolności.

Konferencja w Warszawie była także okazją do spotkania wielu sław i legend, działaczy politycznych z całego świata i Polski, twórców

kultury i nauki. W toku dyskusji zabrali Oni nie raz głos, wnosząc nowe i ciekawe spojrzenia i opinie na temat wydarzeń sprzed 25 lat, tego co się działo przez owe 25 lat i obecnej sytuacji społeczno-politycznej na świecie. Głosy dysydentów z Rosji, Białorusi i Chin brzmiały nie raz jak dzwon na trwogę. Przypominały, że są na świecie kraje, gdzie prawa człowieka, wolność, demokracja to pustostawie i marzenia.

A wieczorem, po pełnych wrażeń dniach, wybrałem się na spacer po Warszawie Traktem Królewskim, obok pomnika Józefa Piłsudskiego, Józefa Poniatowskiego, Adama Mickiewicza do Placu Zamkowego. Odbudowany Zamek Królewski, Starówka tętniąca życiem i różnorodnym gwarem. Jak każdy Polak darzę sentymentem to miasto, bohaterską stolicę Polski. Pamiętam ją jeszcze przecież z pierwszych odwiedzin, kiedy to jako młody chłopak przemierzałem ulice pełne ruin. Budowano wtedy Mariensztat, Pałac Kultury i Nauki stał naprzeciw zniszczonych pięknych budynków. O tej ponurej przeszłości przypomina tylko duża tablica z fotografią zniszczonej przez Niemców Starówki.

A przecież miałem także możność spotkania i rozmowy z żyjącą historią tych krwawych dla naszej Ojczyzny lat. Na Konferencji spotkałem ostatniego żyjącego członka Żydowskiej Organizacji Bojowej (Żegota), dr med. Marka Edelmana. Nadal silnego duchem świadka tamtych dni.

Rano 31 sierpnia ogromnym Boeinguem 767 przewieziono wszystkich uczestników Konferencji do Gdańska. W tym mieście, kołebce „S”, w Filharmonii Bałtyckiej odbyły się dalsze obrady. Sesja specjalna – Zaczęło się w Gdańsku. Dziedzictwo „S”, Wpływ „S” (prof. Bronisław Geremek, Lech Wałęsa, Janusz Śniadek, Aleksander Kwaśniewski, Jose Manuel D. Barosso, Prezydent Niemiec Horst Koehler, Prezydent Ukrainy Wiktor Juszczenko, Prezydent Gruzji Micheil Saakaszwili, Prezydent Węgier Laszlo Solym, Prezydent Serbii Boris Tadic, b. Prezydent Czech Vaclav Havel, prof. Zbigniew Brzeziński, prof. Timothy Garton Ash, prof. Marek Belka).

Kolejnych mówców przed stawiam według kolejności wystąpień. Wszyscy wkrót kich słowach składali hołd

stoczniovcóm Gdańska, polskim robotnikom, wspominali przemiany w swoich krajach pod wpływem wydarzeń w Polsce w latach 80. Deklarowali także pełne poparcie dla ustanowienia oficjalnie, że dzień 31 sierpnia jest „Międzynarodowym Dniem Solidarności i Wolności”!

Po zakończeniu obrad szybki wypad na wystawę do Dworu Artusa „Od Solidarności do Wolności”. Tu z satysfakcją czytam swoje



Z legendarnym Przywódcą „S” Lechem Wałęsą

imię i nazwisko przy jednym z najciekawszych eksponatów.

W gablocie widzę teczke z wmontowanym aparatem fotograficznym, którą odebrałem funkcjonariuszowi Służby Bezpieczeństwa podczas 1-majowego pochodu przed Bazyliką Wincenego a'Paulo zorganizowanego w 1985 r. przez podziemną „S” w Bydgoszczy.

Po pełnych wrażeń trzech dniach wracam do domu, do Bydgoszczy. Oddaję się przemysłom. Wspominam lata 80. Strajki, niepewność przyszłości. Potem działania opozycyjne w podziemiu. Wizyty u Lecha Wałęsy z Tołkiem Tokarczukiem na Zaspie. Jego wizyta w naszym mieszkaniu w oczekiwaniu na chrzest syna zamordowanego przez SB działacza Solidarności Chłopskiej Piotra Bartoszcze. Aresztowania i represje wobec całej Rodziny. Minęło ponad dwie dekady od początku tych wydarzeń. A przecież żyjemy dzisiaj w zupełnie innej rzeczywistości. Mamy demokratyczny, niepodległy kraj. Cieszymy się wolnością, która dla naszych dzieci i wnuków jest oczywista i niezbywalna.

Jutro wylatuję daleko poza Europę na długo oczekiwane wakacje. Nie muszę starać się o wizę i to też jest wyrazem wolności. Warto było dołożyć do niej tę małą cegiełkę!



Z jednym z wielkich Twórców kultury polskiej, Andrzejem Wajdą

Dr hab. Roman Kotzbach
jest kierownikiem Zakładu Pielęgniarstwa Położniczego
w Katedrze Pielęgniarstwa Klinicznego na Wydziale
Nauk o Zdrowiu a także długoletnim Przewodniczącym
Komisji Zakładowych NSZZ „S”
przy Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne w Bydgoszczy

Paweł Brazis, Arkadiusz Migdalski

W dniach 10-11 czerwca 2005 roku w Bydgoszczy już po raz czwarty odbyło się Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne zorganizowane przez prof. Arkadiusza Jawienia i zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej. Obrady odbyły się w sali wykładowej Collegium Medicum im. L. Rydygiera przy ulicy Jagiellońskiej. W spotkaniu wzięli udział goście z Włoch: prof. Paolo Zamboni, dr Attilio Cavezzi, dr Aleksandro Pierri oraz z Polski: prof. Mieczysław Szostek, prof. Zbigniew Rybak, prof. Andrzej Cencora, dr Jacek Winczakiewicz.

Obrady rozpoczęły się od inauguracyjnego wykładu prof. A. Jawienia poświęconemu historii flebologii w Polsce. W 1991 roku powstało Polskie Towarzystwo Flebologiczne (PTF), którego pierwszym prezesem został dr T. Dążkiewicz. W trakcie jego kadencji zostały zorganizowane dwa zjazdy: w Bielsko-Białej w 1994 roku i we Wrocławiu w 1997 roku. W latach 1997-2000 funkcję prezesa PTF pełnił prof. M. Maruszyński z Warszawy; w latach 2000-2003 prof. Z. Rybak z Wrocławia. Na okres kolejnej kadencji 2003-2006 na stanowisko prezesa PTF został wybrany prof. A. Jawień, a kolejny zjazd towarzystwa odbędzie się w Bydgoszczy w 2006 roku. Pod patronatem PTF odbywają się m.in. Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne oraz coroczne zjazdy naukowo-szkoleniowe w Szkolnej Porębie lub Krynicy. W 1998 roku PTF zostało włączone w Międzynarodową Unię Flebologiczną (UIP). Sukcesem PTF na arenie międzynarodowej było zorganizowanie przez prof. A. Jawienia zjazdu Europejskiego Forum Żyłnego (EVF, Warszawa 2004), podczas którego za najlepszą wygłoszoną pracę uznano badanie pod tytułem „Re-entry ways in varicose disease” przeprowadzone przez dr J. Winczakiewicza i dr M. Borkiewicza z Prywatnego Centrum Chirurgicznego w Toruniu.

W dalszej części obrad Polsko-Włoskie Spotkania prof. P. Zamboni z uniwersytetu w Ferrarze wygłosił referat, dotyczący nowego poglądu na rolę perforatorów w przewlekłej

niewydolności żyłnej (PNŻ). Na podstawie analizy piśmiennictwa oraz własnych doświadczeń stwierdził, że dwukierunkowy przepływ krwi w perforatorze nie wskazuje na jego niewydolność, gdyż u ludzi zdrowych taki przepływ może również występować w perforatorach kończyn dolnych. Prof. P. Zamboni podkreślił znaczenie starannej oceny perforatorów w badaniu Duplex-Scan, ponieważ chirurgiczne zaopatrzenie niewłaściwego perforatora może prowadzić do nieogojącego się owrzodzenia żylnego lub jego nawrotu. Kluczem do poprawy zaburzeń hemodynamiki w PNŻ jest odróżnienie perforatorów niewydolnych od perforatorów typu re-entry i tzw. perforatorów przeciążonych.

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy zostały wygłoszone dwie prace. Jako pierwszy dr M. Światoński przedstawił pracę pod tytułem „Porównanie systemów ocen PNŻ – CEAP i VSS”, w której porównał klasyfikację CEAP z roku 1994 (punkcja kliniczna i anatomiczna) z jej modyfikacją z roku 2000, zaproponowaną przez zespół pod kierownictwem prof. R. B. Rutherforda. Badaniem objęto 93 chorych i łącznie oceniono 186 kończyn. W najważniejszych wnioskach stwierdzono m.in., że oba systemy klasyfikacji PNŻ adekwatnie reagują na ocenę nasilenia zmian po zastosowanym leczeniu, a także sumy punktacji obu systemów są podobne i wykazują bardzo wysoką korelację.

Jako drugi dr R. Piotrowicz wygłosił eksperymentalną pracę, która dotyczyła funkcji hemosyderyny jako nowego markera nasilenia zmian PNŻ. Ziarnistości hemosyderyny były wykrywane w surowicy krwi i moczu u chorych w różnym stopniu zaawansowania PNŻ, jak również przed i po leczeniu operacyjnym żyłaków kończyn dolnych. Uzyskane wyniki oraz nieliczne dane w piśmiennictwie światowym mogą skłonić innych badaczy do prowadzenia dalszych badań nad tym nowym markerem PNŻ.

Kolejnym prelegentem był dr A. Pierri z Florencji, który wygłosił wykład dotyczący oceny ujścia ż. odpiszczelowej za pomocą badania Duplex-Scan. Obecność refluksu w ż. odpiszczelowej może zależeć od wydolności trzech zastawek: biodrowo-udowej, ostialnej i preostialnej. W 38 % przypadków refluks w głównym pniu ż. odpiszczelowej jest wynikiem tylko niewydolnej zastawki preostialnej. Z kolei wydolna zastawka preostialna i niewydolna ostialna mogą doprowadzić do kierowania się cofającej się krwi do obocznicy w okolicy ujścia i powstawania tzw. żyłaków naczyńniakowych, nazywanych przez dr Pierri „primary cavernoma”.

W swoim drugim wystąpieniu dr Pierri omówił drogi patologicznego odpływu krwi żyłnej z miednicy, prowadzące do powstawania żyłaków. Według jego danych aż 1/3 żyłaków w obszarze ż. odpiszczelowej nie jest związana z niewydolnością ujścia odpiszczelowo-udowego. Drogi tzw. „poza-odpyszczelowego” refluksu mogą prowadzić przez: 1 – ż. okolicy więzadła pachwinowego; 2 – ż. nadłonowe (splot Santorini); 3 – ż. sromową wewnętrzną; 4 – ż.



Dr Cavezzi jak zwykle sugestywnie przedstawiał zagadnienia dotyczące niewydolności żyłnej.

zasłonowe; 5 – ż. kulszową; 6 – pierwotny naczynek pachwinowy. Powyższa klasyfikacja połączeń miednicznych została opracowana przez dr M. Cappelliego, który uczestniczył m.in. w poprzednich Spotkaniach Polsko-Włoskich.

Ostatnim włoskim prelegentem był dr A. Cavezzi, którego wykład dotyczył zastosowania badania Duplex-Scan w ocenie owrzodzeń żylnych. W swoim wystąpieniu przypomniał, że etiologia owrzodzeń łydek w 10 % może być mieszana (żylna-tętnicza), a w 10 % - tylko tętnicza. W owrzodzeniach żylnych izolowany refluks w układzie powierzchownym występuje w 45 %, w układzie głębokim w 12 %, a w 43 % stwierdza się refluks mieszany. Znaczącym czynnikiem, mającym negatywny wpływ na gojenie owrzodzenia, jest refluks w ż. podkolanowej.

Podczas swojego drugiego wystąpienia dr Cavezzi poddał analizie skojarzone leczenie operacyjne żyłaków za pomocą mini-flebektomii i skleroterapii piankowej pod kontrolą Duplex-Scan. Ten sposób leczenia został zastosowany u 38 chorych z okresem obserwacji po zabiegu wynoszącym 26 miesięcy. Wyniki pooperacyjne są zachęcające. Dolegliwości związane z PNŻ ustąpiły aż u 98 % chorych i tylko w 13 % stwierdzono przetwórkę żyłki (śr. 3,5 mm).

W drugim dniu spotkania odbyły się warsztaty szkolące techniki badania Duplex-Scan i skleroterapii piankowej. Warsztaty były prowadzone przez dr A. Cavezziego i dr A. Riccię, którzy zadziwili wszystkich uczestników swoim ogromnym doświadczeniem w dziedzinie flebologii.

W trakcie dwudniowych obrad nie zabrakło atrakcyjnych spotkań plenerowych. Organizatorzy wzbogacili wieczór w pierwszym dniu piknikiem na Wyspie Młyńskiej. Natomiast drugiego dnia po obradach można było popłynąć statkiem po Brdzie do jej ujścia, gdzie na wszystkich gości czekały muzyka i ognisko.

Liczne zgromadzenie uczestników z całego kraju wskazuje na ogromne zainteresowanie flebologią w Polsce i potrzebę zorganizowania kolejnego Polsko-Włoskiego Spotkania za dwa lata.

Lek med. Paweł Brazis
jest asystentem w Katedrze i Zakładzie
Anatomii Prawidłowej,

lek. med. Arkadiusz Migdalski
pracuje na etacie szpitala w Katedrze
i Klinice Chirurgii Ogólnej.



Zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej UMK (oczywiście w niepełnym składzie).



Pracownia Digitalizacyjna przy Bibliotece Medycznej

Monika Kubiak

W ramach projektu Unii Europejskiej „Infrastruktura społeczeństwa informacyjnego” pilotowanego przez Bibliotekę Uniwersytecką UMK oraz Kujawsko-Pomorskie Konsorcjum Bibliotek Naukowych przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum powstała właśnie nowoczesna Pracownia Digitalizacyjna. Wraz z pozostałymi Pracowniami Projektu (w Bibliotece Uniwersyteckiej UMK w Toruniu oraz Bibliotece Głównej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy) współpracuje ona na rzecz Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej, która w założeniu ma poprzez Internet umożliwić mieszkańcom regionu jak najszybszy dostęp do źródeł opisujących historię regionu, a także do dokumentów wspomagających dydaktykę (skryptów, artykułów).

Głównym celem powstania Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej jest wspieranie rozwoju potencjału intelektualnego i innowacyjnego społeczeństwa, umożliwienie szybkiego dostępu do zasobów wiedzy oraz zabezpieczenie cennych dokumentów regionu i piśmienniczych zabytków kultury. Biblioteka ma ułatwić dostęp do wybranych publikacji, podnieść jakość kształcenia stacjonarnego i zdalnego (e-learning), umożliwić powszechniejszy dostęp do źródeł informacji przechowywanych w bibliotekach i archiwach, a dotychczas – ze względów bezpieczeństwa – udostępnianych nielicznej grupie użytkowników (druki archiwalne, nuty, rękopisy, druki ulotne) oraz stworzyć cyfrowe kopie najcenniejszych dzieł przechowywanych w bibliotekach, muzeach i archiwach.

Pomysł projektu Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej pojawił się w środowisku bibliotekarskim w 2002 r., gdy dostrzeżono nowe możliwości technologiczne i nowe trendy bibliotek światowych i wkrótce stał się wspólnym projektem całego środowiska naukowo-kulturalnego Pomorza i Kujaw. Wzorcem stały się podobne projekty w innych regionach np. Polska Biblioteka Internetowa, Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa.

Inicjatywa Biblioteki Cyfrowej wspiera ruch tzw. „open access”, który oznacza swobodne i niczym nieograniczone udostępnianie publikacji naukowych poprzez Internet, będący reakcją na rosnące ceny prenumeraty czasopism i ogromne koszty dostępu do ich wersji elektronicznych, a także na niekorzystne zjawiska w samym procesie publikowania naukowego, takie jak: długi okres czekania na recenzje, limity przyjmowanych do publikacji prac, tyrania impact factors (coraz mniej prawdziwych, bo zaburzonych choćby właśnie przez nierówności w dostępie do czasopism) oraz monopolistyczne praktyki ich wydawców i dystrybutorów.

Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa obejmuje trzy główne kolekcje: dziedzictwa kulturowego, materiałów naukowo-dydaktycznych i regionalistów. W ramach dziedzictwa kulturowego prezentowane są przetworzone cyfrowo (zeskanowane) inkunabuły, książki XIX i XX w., tzw. materiały ulotne, rękopisy, starodruki, zbiory emigracyjne oraz zbiory ikonograficzne. W kolekcji materiałów naukowo-dydaktycznych znajdzie się przede wszystkim medycyna (skrypty), natomiast w regionalistach – materiały (artykuły, czasopisma regionalne, fotografie, grafiki, książki, ulotki i druki) dotyczące regionu Kujaw i Pomorza (Cuiaviana i Pomeranica) oraz Wileńszczyzny (Vilniana). Oprócz tego prezentuje również muzykalia (cyfrowe kopie nut) oraz mapy (kopie wybranych map regionu).

Pracownia Digitalizacyjna powstała przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum zajmie się przede wszystkim udostępnianiem medycznych materiałów edukacyjnych i dydaktycznych (skrypty uczelniane, czasopisma i monografie sprzed 1945 r., Annales Academiae Bydgostiensis przekształcone w Biological and Medical Sciences, Wiadomości Akademickie). Wzbogacimy Kujawsko-Pomorską Bibliotekę Cyfrową również w materiały historyczne: kilka starodruków oraz rękopisy patrona Collegium Medicum – Ludwika Rydygiera. Z czasem planujemy, o ile pozwoli nam na to prawo autorskie, zdigitalizować artykuły pracowników Collegium Medicum UMK uwzględnione w Bibliografii Pracowników CM UMK.

Niemal wszystkie publikacje zamieszczone w Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej opracowane są w formacie DjVu i po zeskanowaniu przetworzone programem Document Express. Aby zatem móc je przeglądać należy zainstalować program umożliwiający przeglądanie dokumentów DjVu. Programem takim dla Windows jest m.in. LizardTech DjVu plugin a dla Linux DjVuLibre.

Do obejrzenia i korzystania z zasobów Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej zapraszamy pod adresem: <http://kpbc.umk.pl/dlibra>.

Mgr Monika Kubiak
jest pracownikiem

Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej.



Z życia sportowego środowiska „druga dekada rozpoczęta”

Andrzej Lewandowski

Podobnie jak w minionym dziesięcioleciu pod koniec maja, a dokładnie w przedostatnią jego sobotę, rozegrano środowiskowy turniej tenisowy o mistrzostwo Uczelni. Tym razem, głównym jego trofeum były puchary Prorektora ds. Collegium Medicum i tradycyjnie już puchary Prezesa KU AZS CM.



Finalistki turnieju

Tegoroczne zawody odbyły się w nieco innej formule organizacyjnej – połączono je z programowymi zajęciami obozowymi studentów kierunku fizjoterapii naszej Uczelni. Połączenie dwóch procesów – dydaktycznego i rekreacyjnego, mieszczących się w obszarze kultury fizycznej, także późniejsze zajęcia z tenisa ziemnego realizowane podczas obozu, wykazały duże zainteresowanie studentów tą formą aktywności sportowo-rekreacyjnej oraz ujawniły potrzebę podstawowej edukacji młodzieży akademickiej, również w zakresie zasad i zwyczajów obowiązujących podczas udziału w zawodach tenisowych.

Tegoroczna impreza zgromadziła 17 zawodników i zawodniczek reprezentujących wszystkie wydziały Uczelni oraz wiele jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia Bydgoszczy i Torunia.

Rozgrywano je tradycyjnie na kortach „TKKF – Śródmieście” przy wyjątkowo sprzyjającej pogodzie, a bufet z uczelnianej stołówki, za którego ufundowanie pragnę podziękować Pani Rektor, pozwolił na stworzenie atmosfery środowiskowego pikniku.

Turniej rozegrano w kategorii kobiet i mężczyzn, bez uwzględnienia grup wieku. Wśród płci pięknej triumfowała Paulina Geszke – studentka drugiego roku fizjoterapii. W finale pokonała dr Hannę Maciewicz-Nartowicz (6:3 6:2), która mimo wyższego niż w latach ubiegłych poziomu sportowego turnieju pań, utrzymała wysoką pozycję w środowiskowym rankingu.

Kolejne miejsca zajęły: Marzena Janiak z Torunia i Anita Kazdepka-Ziemińska.

Wśród panów, kilkuletni już prymat utrzymał dr Aleksander Skop reprezentujący Szpital Miejski w Toruniu, który w finale pokonał dzielnie walczącego mgr Adama Ziemińskiego (6:4 6:3).

Kolejne miejsca zajęli: Jarek Pietrzak i Marcin Gierach – niedawni studenci Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni.



Po finale pań

Tegoroczny turniej tenisowy i zrealizowane podczas obozu zajęcia z tej jakże pięknej dyscypliny sportu, przekonują i zobowiązują do kontynuowania tradycji w kolejnej, rozpoczętej już dekadzie. Wskazują również, że w formule organizacyjnej akademickiego wychowania fizycznego, którą po wejściu w strukturę Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu nareszcie mamy, studenci naszej Uczelni chętnie wybiorą tenis ziemny jako sport własnego życia i będą go uprawiać zarówno podczas programowych zajęć wychowania fizycznego jak również na podobnych do odbytych w maju zawodów.

dr Andrzej Lewandowski

jest p.o. kierownika
Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej
na Wydziale Nauk o Zdrowiu



Po finale panów



Finaliści turnieju



Na trybunach też przyjemnie

Programowe obozy studentów fizjoterapii - formą socjalizacji zawodowej

Jadwiga Sarwińska

Wiele czynników sprawia, że maj jest niewątpliwie najpiękniejszym miesiącem roku. Jest to również czasem wielu egzaminów. Przez studentów fizjoterapii, w tym miesiącu realizowane są programowe obozy szkoleniowe, będące sprawdzianem praktycznego zastosowania nabytych przez nich w ramach kształcenia umiejętności ruchowych z szeroko pojętego obszaru kultury fizycznej, co często potwierdza ją w swej opinii.

Tegoroczny maj, podobnie jak poprzedni, nie był łaskawy dla studentów kierunku fizjoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. W tym właśnie miesiącu realizowano ujęte w programie studiów programowe obozy letnie. Zmienna pogoda, często padający deszcz, a niekiedy grad, zmuszały do wykazania się dużą cierpliwością oraz odpornością fizyczną i psychiczną. Zgodnie z wieloma dotychczas publikacjami dotyczącymi tej problematyki, jak również z wynikami badań realizowanych przez naszą jednostkę, wymienionymi cechami osobowości powinien charakteryzować się przyszły fizjoterapeuta.

Od powołania kierunku fizjoterapii w naszej Uczelni zajęcia te przeprowadzane są z wykorzystaniem warunków środowiska naturalnego.

Tegoroczny obóz odbywał się w nieco odmiennych warunkach realizacyjnych, zakładających konieczność wykorzystania infrastruktury miejskiej. Zespół realizujący tę ważną część dydaktyki zwrócił szczególną uwagę na kontakt przyszłych fizjoterapeutów z osobami niepełnosprawnymi. W trakcie wspólnie odbytych zajęć, wycieczek i zabaw nasi studenci mogli wykorzystać zdobyte dotychczas umiejętności oraz zdać sobie sprawę z odpowiedzialności jaka ich czeka w bliskim już życiu zawodowym.

W minionych latach programowe obozy w znacznej mierze były przygotowaniem studentów do współpracy z osobami dotkniętymi dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi, a tegoroczne zajęcia obozowe umożliwiły pełniejszą realizację założonego celu. Mając nadzieję, iż wyjątkowo odbywają się one z wykorzystaniem infrastruktury miejskiej i podmiejskiej, zrealizowano niemal wszystkie treści programowe. Bogaty repertuar zajęć umożliwił młodzieży studiującej fizjoterapię, poznanie różnych form aktywności ruchowej, które podobnie jak wiele innych są także dostępne dla osób niepełnosprawnych.

Studenci podczas wycieczek po centrum miasta Bydgoszczy, siedząc w wózkach inwalidzkich, odczuli trudności jakie nieustannie w swym życiu codziennym muszą pokonywać ludzie z dysfunkcjami narządu ruchu. Mogli przekonać się także, że dobrze przygotowane podjazdy do banków i urzędów nie są wystarczające do pełnej realizacji ich codziennych zadań. Sporo pracy czeka jeszcze właścicieli sklepów, pubów i kawiarenek, aby osoby niepełnosprawne na wózkach inwalidzkich mogły bez przeszkód w pełni korzystać z ich usług, nie czuć zażenowania oraz atmosfery niepokoju i bezradności otaczających ich osób.

Dopiero pod koniec obozu długo oczekiwanego promienia słońca rozgrzewały studentów fizjoterapii na zajęciach z kajakarstwa, które odbywały się w Oplawcu. Pozwoliły one również zauroczyć



Na łodach u „Sowy”

część młodzieży nieznanymi do tej pory podmiejskimi terenami i odczuć przyjemność z „trudu” wiosłowania.

Dużym zainteresowaniem studentów, a także osób z dysfunkcją narządu ruchu i ich rodzin cieszył się mecz w piłkę koszykową, w którym rywalizowali na wózkach inwalidzkich przyszli fizjoterapeuci i ich niepełnosprawni koledzy. Młodzież z ograniczoną sprawnością ruchową wykazała się wyższym poziomem sportowych umiejętności koszykarskich. Mimo to, współzawodnictwo przebiegało w przyjaznej atmosferze, a wszyscy uczestnicy spotkania z dużym zaangażowaniem oraz poświęceniem walczyli o każdą piłkę.

Sprawdzianem umiejętności współpracy z osobami o różnym stopniu dysfunkcji narządu



Mecz w koszykówkę

ruchu oraz z innymi ograniczeniami były dla studentów imprezy organizowane w Leśnym Parku Kultury i Wypoczynku w Mysłęcinku. Młodzież III roku studiów rywalizowała ze swoimi niepełnosprawnymi kolegami na boiskach tegoż parku, podczas zorganizowanej przez nich imprezy rekreacyjno-sportowej. Aby wyrównać szanse na zwycięstwo w poszczególnych konkurencjach, studenci mieli również ograniczone możliwości ruchowe. Tym samym mogli przekonać się, ile wyłożonej

pracy, trudu i silnej woli potrzeba, żeby osiągnąć wyznaczony cel.

Studenci II roku z dużym zaangażowaniem włączyli się w realizację olbrzymiej imprezy pt. „Dream Night”, w ramach której dla dzieci dotkniętych urazami fizycznymi i psychicznymi w ogrodach zoologicznych na całym niemal świecie od wielu lat organizowany jest „Wieczór Marzeń”.

Mimo, iż tegoroczne zajęcia obozowe nie odbywały się w typowych



Zawody Strzeleckie w Mysłęcinku

dla nich warunkach, wspólnie ze studentami doszliśmy do przekonania, że ich kontakty z osobami niepełnosprawnymi są istotną częścią obozu i z powodzeniem winny być realizowane w rzeczywistych warunkach środowiska naturalnego. Jesteśmy przekonani, że można tego dokonać, bez znacznego zwiększania kosztów tej części dydaktyki, które są w prawdzie nieuchronne, jednakże w dalszej perspektywie wydają się uzasadnioną inwestycją w pełną edukację przyszłych fizjoterapeutów.

Mgr Jadwiga Sarwińska

jest starszym wykładowcą
w Katedrze i Zakładzie Podstaw
Kultury Fizycznej na Wydziale
Nauk o Zdrowiu.

Juwenalia 2005

Danuta Zyga

Po kolejnym roku ciężkiego studenckiego życia, wypełnionego po brzegi nauką i codzienną bieganią z akademika na uczelnię, przyszedł w końcu taki okres, w którym każdy student bez żalu i wyrzutów sumienia całkowicie mógł oddać się odprężeniu, błogiemu lenistwu i, na co wszyscy czekaliśmy, ciągłej zabawie bez jakichkolwiek ograniczeń. Mowa oczywiście o Juwenaliach, których początku każdy z nas z utęsknieniem wypatrywał.

Tegoroczne Juwenalia rozpoczęły się 9 maja i mimo, iż nie od początku dane nam było świętować (z racji zajęć na uczelni), wielu studentów postanowiło całą parą wykorzystać czas Juwenaliów i w kolorowych strojach ruszyło na podbój Bydgoszczy. W ten sposób postanowili przypomnieć jej mieszkańcom i władzom, że w tym okresie miasto należy do nich. Barwny korowód, który dotarł aż do Starego Rynku, otrzymał klucze do bram miasta i nikt już nie miał wątpliwości, że należy ono do studentów. Wśród wielu organizowanych z okazji Juwenaliów imprez nie zabrakło także tych, których gospodarzami było Collegium Medicum. Jak co roku studenci Collegium Medicum bawili się na „Balu fartuchowym”, który tym razem odbył się w Vanila Club. Nie bez kozery przyjęto akurat taką nazwę balu. Wszyscy bowiem bez wyjątku bawili się w fartuchach, które jak wiadomo są nieodzownym elementem studiów każdego szanującego się studenta Collegium Medicum.

Tego dnia wszyscy dopisali, zarówno uczestnicy imprezy, jak i organizatorzy, którzy serwowali nam najróżniejszą muzykę, w rytm której wszyscy bawili się wyśmienicie. W wypełnionym po brzegi klubie zabawa trwała do białego rana.

Tradycją stało się również to, że studenci Collegium Medicum gromadzą się na organizowanym spotkaniu przy grillu. Studenci bawili się przy muzyce rockowego zespołu Arytmia i Bliss. Organizatorzy, czyli Samorząd Studencki zadbał również o rozrywkę dla ciała, jaką były konkurencje sprawnościowe. Tradycji stało się zadość i tym razem. Po raz kolejny studenci

mogli zmierzyć się w wyścigu łóżek. Po niezwykle zaciętym pojedynku wygrała drużyna złożona ze studentów pielęgniarstwa. Nagrody za zdobycie poszczególnych miejsc wręczył Pełnomocnik Prorektora ds. Studenckich, prof. UMK Bronisław Grzegorzewski. Wszyscy bawili się wyśmienicie również przy innych konkurencjach, ale najbardziej do gustu przypadł konkurs polegający na trafieniu „kaczorem” do

celu. Uczestnicy grillowania otrzymali również okolicznościowe koszulki przygotowane przez Samorząd Studencki.

Tegoroczne Juwenalia i organizowane z tej okazji imprezy na pewno przypadły wszystkim do gustu. Wśród bogatego repertuaru zabaw studenckich każdy mógł znaleźć coś dla siebie. Pozostaje nam tylko mieć nadzieję, że rok akademicki upłynie szybko, a organizatorzy przyszłorocznych Juwenaliów zaskoczą nas jeszcze bardziej niż w tym roku.

Danuta Zyga

jest studentką Collegium Medicum.



Spotkanie przy grillu.



Konkurs trafiania „kaczorem” do celu.

Jak skutecznie się komunikować?

Krystyna Kurowska

Całe nasze życie to nieustanne komunikowanie. Swoimi słowami, gestami czy zachowaniami komunikujemy się ze światem. Najważniejszym aspektem komunikacyjnym jest sytuacja interpersonalna – czyli interakcja komunikacyjna przebiegająca pomiędzy dwoma osobami lub małą grupą osób.

Nie inaczej jest w pracy, także tam to, co najbardziej istotne dla naszej pozycji, statusu i kariery w firmie, wykuwamy w toku interpersonalnych interakcji. W niektórych zawodach od skutecznej komunikacji zależą nie tylko sukcesy i awanse wewnątrz struktury zakładu, lecz także skuteczność w osiąganiu codziennych, zawodowych celów. Skoro od komunikowania tak wiele zależy przeanalizujmy jak komunikować się skutecznie, tzn. jak poprzez komunikację osiągać własne cele, jak udoskonalać swoje kompetencje komunikacyjne.

Mysł

To pierwszy i najważniejszy etap każdego procesu komunikacyjnego. Całą sytuację komunikacyjną musisz najpierw przemyśleć. Określić co Ty chcesz osiągnąć dzięki niej, co chce osiągnąć Twój interlokutor. Znając te dwa cele musisz wybrać określoną strategię, która doprowadzi do osiągnięcia: obu tych celów, wspólnego kompromisu tj. obopólnego zmniejszenia oczekiwań, choć jednego (najczęściej twojego) celu. Oczywiście najlepiej jest komunikować się tak by wszyscy uczestnicy realizowali swe cele w 100 proc., jednak bardzo rzadko jest to możliwe. Analizując daną sytuację musisz wziąć również pod uwagę status społeczny swój i swojego rozmówcy oraz relacje, jakie między wami panują. Bez tego pewne strategie komunikacyjne mogą być nieskuteczne. Traktowanie przełożonego jak swojego kumpla przez pracownika niższego szczebla na pewno nie ułatwi komunikacji... Oczywiście nie możesz przestawać myśleć również już w trakcie rozmowy. Musisz przyjmować, analizować argumenty drugiej strony, wczuwać się w jej sytuację i emocje (empatia). Twoje komunikowanie będzie skuteczne, jeśli szybko będziesz dostosowywał się do zmian, jakie zachodzą ciągle w trakcie każdej rozmowy.

Śluchaj

Aby skutecznie się komunikować należy być uważnym, skupionym nie tylko na własnych celach, ale również na partnerze rozmowy. Bez zwrócenia uwagi na to co, jak i dlaczego próbuje zakomunikować nam druga osoba, efekty naszego komunikowania będą naprawdę mizerne.

Komunikowanie można podzielić na werbalne i niewerbalne. Dlatego w trakcie rozmowy zwracać należy uwagę nie tylko na wypowiedzane słowa, lecz również na gesty, mimikę czy intonację, tylko dzięki takiemu kompleksowemu podejściu, kompleksowemu słuchaniu i patrzeniu, będziemy mogli nadać właściwe znaczenie temu, co chce nam zakomunikować nasz rozmówca. W sytuacjach zawodowych najlepiej słuchać i patrzeć na... wszystkie zachowania współpracowników i klientów. Słuchaj aktywnie i empatycznie, nie staraj się uśmiechać i udawać, że uczestniczysz w rozmowie, jeśli w rzeczywistości myślisz o czymś zupełnie innym. Słuchanie aktywne oznacza, że masz z mówiącym kontakt wzrokowy, otwartą mowę ciała, zadajesz pytania drążące głębiej temat, potakujesz od czasu do czasu. Słuchanie empatyczne oznacza, że słuchasz nie tylko wypowiedzanych słów, ale tego, co może mieć dana osoba na myśli (może nie jest tak komunikatywna by precyzyjnie się wyrazić?), jakie ma w związku z tematem wrażenia, odczucia, emocje, jakie jest jej nastawienie do tematu?

Mów

Skupienie na drugiej osobie i jej zachowaniach to dopiero połowa sukcesu, to tylko klucz do zrozumienia czego chce od nas druga osoba. Zdecydowanie ważniejszą kwestią, dla osiągnięcia przez Ciebie pożądanego wyniku procesu komunikowania, jest to jak i co mówisz. Oto kilka praktycznych porad przydatnych dla każdego komunikującego się w pracy:

- Zastanów się zawsze, jakie skutki będzie niosła Twoja odpowiedź na pytanie. Odpowiadaj zgodnie z prawdą, pamiętaj by nie urazić czy zniechęcić rozmówcy. Staraj się dostosować swoje słownictwo do poziomu intelektualnego swojego rozmówcy.

- Mów tylko wówczas, gdy odbiorca jest przygotowany na Twój przekaz, gdy nic go nie rozprasza, nie jest niczym innym zajęty.

- Staraj się oddzielić swoją wypowiedź od własnych emocji, stresów a także od swojego nastawienia do drugiej osoby (negatywnego lub pozytywnego).

- Pamiętaj, że choć konstruktywna krytyka to nieoceniony prezent, ludzie często przyjmują ją jako nieuprawniony i za daleko posunięty atak na własną osobę. Dlatego każdą krytyczną wypowiedź przemyśl i skonstruuj w jak najbardziej wyważony sposób. Krytykuj zawsze w cztery oczy, unikaj krytyki „za plecami” zainteresowanego.

- Jeśli sugerujesz zmiany, nie musisz mówić ich wprost. Lepiej poprowadź rozmowę tak, by właściwymi pytaniami doprowadzić drugą osobę do wniosku, który chciałeś jej zasugerować. Przyjmie ona wtedy ten wniosek jako swój własny pomysł, będzie więc miała znacznie większą motywację do jego realizacji.

- Używaj przykładów, statystyk analogii i dowodów – to wszystko dobrze zilustruje Twoją wypowiedź, uprawdopodobni ją i sprawi, że będzie lepiej zrozumiana.

Używaj nie tylko słów

Naukowe badania dowodzą, że zrozumienie wypowiedzi i uznanie jej za słuszną aż w ponad 60 proc. zależy nie od słów, ale od ich niewerbalnej otoczki. Na komunikowanie niewerbalne składa się szereg elementów. Te, które możesz wykorzystać w pracy zawodowej to:

- Kinezyka, czyli wszelkie ruchy ludzkiego ciała (gesty, mimika). Staraj się by Twoje ruchy współgrały z treścią i formą wypowiedzi, zbyt nerwowa gestykulacja, czy ziewanie to wszystko zapewne będzie rozpraszać Twojego rozmówcę.

- Proksemika, czyli wszelkie relacje przestrzenne (dystans interpersonalny, usytuowanie w pomieszczeniach itp.). Musisz odnaleźć właściwy dystans do interlokutora zbyttna bliskość będzie powodować naruszenie sfery prywatności (dystans intymny <45 cm), zbyt duża odległość spowoduje stworzenie bariery komunikacyjnej (dystans publiczny >3m). Właściwy dystans wynika relacji społecznych między rozmówcami. Równie istotną sprawą jest aranżacja przestrzeni komunikacyjnej, w pracy zwykle mamy do czynienia z warunkami biurowymi. Staraj się więc nie odgradzać od rozmówcy biurkiem, czy ekranem komputera. Przyjmuj swoich gości i klientów nie jak petentów, lecz jak znajomych siadając dość blisko i raczej obok niż naprzeciwko.

- Parajęzyk, czyli wszelkie wokalne aspekty słownych wypowiedzi (ton, głośność, wyrazistość głosu, wykrzykniki, westchnienia itp.). Wykorzystaj cechy swojego głosu do tego by ułatwić komunikację: nie krzycz i nie szepcz, staraj się mówić wyraźnie itd. Natomiast wszelkich pozasłownych dźwięków: wykrzykników, westchnień, używaj by okazać swemu rozmówcy zainteresowanie oraz w celu podkreślenia najistotniejszych punktów Twojej wypowiedzi.

Pamiętaj, że niewerbalnie komunikują się również Twoi rozmówcy, zwracaj na to uwagę i analizuj to. Jednak uważaj z przecenianiem zdobytych w ten sposób informacji – komunikowanie niewerbalne to złożony konglomerat zachowań pominięć, któregoś z nich może zasugerować nam fałszywy wniosek. To, że ktoś odsuwa się od Ciebie w trakcie rozmowy może świadczyć o tym, że naruszyłeś jego strefę intymną, może być wyrazem jego niechęci do Ciebie lub może świadczyć o tym, że... powinien odwiedzić dentystę.

Skutecznie i świadomie się komunikując z pewnością osiągniemy więcej założonych celów i zrealizujemy je szybciej. Komunikacja jednak to silna broń – pamiętajmy, by wykorzystywać ją w sposób etyczny. Manipulacja, kłamstwo i niedopowiedzenia mogą być skuteczne na krótką metę, lecz w dłuższej perspektywie spowodują, że ludzie stracą do nas zaufanie – wtedy ciężko będzie nam osiągnąć jakiegokolwiek cel. Oszukany, zmanipulowany współpracownik zablokuje nasz dalszy awans itd. Z komunikacyjnej broni korzystajmy więc roztropnie.

Dr Krystyna Kurowska
jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej.

Komunikacja interpersonalna w relacji nauczyciel – student

Krystyna Kurowska

Na komunikację interpersonalną składają się interakcje werbalne i niewerbalne. Przekazujemy informacje nie tylko słowami, ale przez wygląd, sposób ubierania się, postawę, wyraz twarzy, kontakt wzrokowy, ruchy rąk i ciała, ton głosu, rytm wypowiedzi, odległość w przestrzeni, dotyk. Element werbalny niesie mniej niż 35% społecznych znaczeń sytuacji, a komunikaty niewerbalne 65%. Dla komunikacji niewerbalnej obok mimiki istotne znaczenie ma również język ciała (postawa ciała). Wiedza z tego zakresu oraz umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej szczególnie potrzebne są m. in. nauczycielom.

Jedną z bardzo istotnych umiejętności w komunikacji interpersonalnej jest umiejętność słuchania. Jest pierwszą fazą procesu każdej interakcji. Z analizy badań psychologicznych z życia uczelni wynika, że najczęściej powtarzany zarzut rozczarowanych uczelnią studentów formułowany jest w następujący

sposób: „nauczyciele nas nie słuchają, nie chcą nas rozumieć”. Umiejętność słuchania może wyzwalać aktywność studenta, jego dobre samopoczucie, może to być czynnik podnoszący samoakceptację, dający młodemu człowiekowi poczucie szacunku i poszanowania jego godności.

Drugim elementem słuchania jest postawa wyrażona za pomocą określonej pozycji ciała. Komfort psychiczny studenta obniżony jest, gdy stoi przed siedzącym nauczycielem. Trzecim - gestykulacja. Wrażliwy i spostrzegawczy nauczyciel, a więc posiadający m. in. umiejętność obserwowania i dostrzegania ma szansę i powinien komunikować studentowi również w sposób umiemyjny swoją wiarę i zaufanie w jego zdolności. Ważne jest bowiem takie kierowanie procesem interakcyjnym, by pomóc uczniowi w jego własnym wglądzie w samego siebie i w sytuację po to, by był w stanie samodzielnie postanowić, jaką podejmie decyzję w swojej własnej sprawie. Warto zwrócić uwagę, że na terenie uczelni obserwuje się skłonność nauczycieli do osądzania, wartościowania, chwalenia, ganienia, wychowania, co ujawnia niski poziom samoaktualizacji młodzieży.

Nauczyciela widzieć należy nie tylko, jako tego, który naucza - rozwija sferę poznawczą i możliwości intelektualne - ale głównie jako tego, który pomaga w rozwoju sfery emocjonalnej studentów, pomaga im w dorastaniu do indywidualnych celów i wzmacniania umiejętności konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, dezintegrujących. Umiejętności psychopedagogiczne nauczy-

ciela są warunkiem realizowania konstruktywnego procesu wychowania takiego, który może być bodźcem do rozwijania aktywności i dyspozycji twórczych studenta.

W pracy nauczyciela podstawowe umiejętności to postawy, słuchanie, przekazywanie informacji zwrotnych, pomaganie w sytuacjach trudnych. Żeby mogły te umiejętności zaistnieć w praktyce wymagane są takie cechy osobowe jak: autentyczność, otwartość, empatia, życzliwość, samoświadomość, akceptacja samego siebie. Autentyczność i otwartość w stosunkach międzyludzkich są warunkiem budowania atmosfery zaufania - co daje poczucie bezpieczeństwa psychicznego, wyzwala aktywność w kierunku rozwoju. Akceptacja własnej osoby wpływa na sposób odnoszenia się do innych ludzi. Im większy poziom akceptacji siebie, tym większe możliwości akceptacji innych.

Empatia w pedagogice nie jest dostatecznie doceniana - jest to forma komunikacji emocjonalnej. Jest umiejętnością wyobrażenia sobie stanów emocjonalnych osoby, z którą pozostaje się w relacji interpersonalnej. Jest narzędziem w codziennej pracy nauczyciela, jest warunkiem rozumienia młodzieży, polega na prawidłowym odbieraniu uczuć i przeżyć młodego człowieka. Empatyczny nauczyciel daje studentowi poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego.

Dr Krystyna Kurowska

jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej.



Pokazy chemii na V Toruńskim Festiwalu Nauki i Sztuki