

„Gaudeamus igitur....”
„Vivat Academia...”

Winno się śpiewać nie tylko na inaugurację roku akademickiego, ale i w czasie otwarcia nowego budynku Wydziału Farmacji, tak wysoko ocenionego przez Komisję Akredytacyjną.

Lata planowania pozwoliły dopiero teraz, ale za to szybko, zrealizować jednocześnie to, co wydawało się niemożliwe - godne miejsce i najwyższą pozycję.

„Vivat” również dla Profesora o tak wspaniałych osiągnięciach naukowych, którego życiową dewizą są niezapomniane słowa „Pana Cogito” z życzeniami, aby i On doczekał się równie godnej siedziby.

Zbigniew Wolski



Spis Treści

Wywiad numeru

Pan Bóg pomaga tym, którzy sami sobie chcą pomóc...
wywiad z kierownikiem Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej,
prof. dr. hab. Ryszardem Olińskim... ..2

Z życia Uczelni

Kronika wydarzeń Collegium Medicum7
Inauguracja Nowego Roku Akademickiego.8
Otwarcie gmachu Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi.8
Najlepsi w roku akademickim 2005/20068
Otwarcie nowego budynku Farmacji9
Wystawa anglojęzycznych medycznych wydawnictw naukowych9
Wirtualna biblioteka dla środowisk medycznych
Regionalne Centrum Informacji Medycznej.10
Najnowsze wydawnictwa pracowników Collegium Medicum10
Dni Nauki „Medicalia” 200611
Jacek Kubica12

Pożegnania

Pamięci dr. med. Włodzimierza Gniłki13
Pamięci Profesora Zenona Gwiedzinińskiego.13
Pożegnanie Profesora Winicjusza Lambrechta14

Pielęgniarstwo

Edukacja zdrowotna15
Asertywnie czyli stanowczo i przyjaźnie16

Medycyna

Termiczna przewodnicząca ablacja ultradźwiękowa stercza (HIFU)
- pierwsze zabiegi w Polsce.17
Przeszczepianie krwi pępowinowej.18

Polemiki

Bankowanie krwi pępowinowej: tak czy nie?19
Bankowanie krwi pępowinowej: tak czy nie? Komentarz20
Cierpienie – wyzwanie, przekleństwo czy łaska?21

Erasmus

Program Erasmus-Socrates22
Soy ERASMUS! (jestem Erasmusem!)22
Socrates/Erasmus – kilka słów po powrocie24
98 dni w krainie świętej Zofii* czyli relacja z pobytu na stypendium
Sokrates/Erasmus na Uniwersytecie Medycznym w Plovdiv.24
„Opowieści z krainy Muminków”26

Dydaktyka

O recenzowaniu prac naukowych29

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej30

Z Biblioteki

Twórcy projektu KPBC nagrodzeni!33

Ze sportu

„Dreamnight at the ZOO” – znowu jesteśmy z Wami33
Fragment kroniki kaszubskiej z początku trzeciego tysiąclecia po Chrystusie
dotyczący spływu kajakowego organizowanego przez Collegium Medicum34
Niemożliwe stało się możliwe...35
Integracyjny spływ kajakowy „Pożegnanie lata”35
Nareszcie „na swoim”!36

„Wiadomości Akademickie” wydaje Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu za zgodą Prorektora UMK ds. Collegium Medicum.

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

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

Zespół Redakcyjny:

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

Adres Redakcji:

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

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch
Korekta techniczna: mgr Ewa Dominas

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, dr Walentyna Korpalska,
mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska,
dr Andrzej Lewandowski, dr hab. Jan Styczyński,
dr Wojciech Szczesny

Okładka:

nowy budynek Farmacji,
fot. Monika Kubiak

Pan Bóg pomaga tym, którzy sami sobie chcą pomóc ...

Wywiad z prof. dr. hab. Ryszardem Olińskim, kierownikiem Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej

Redakcja: Miło nam, że udało nam się spotkać z Panem Profesorem, jako że rozmowa z redakcją „Wiadomości Akademickich” jest pośrednio rozmową z naszymi czytelnikami, którzy od dawna z uwagą i życzliwością przyglądają się osiągnięciom prowadzonej przez prof. Ryszarda Olińskiego Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej.

Redakcja: Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej była i nadal pozostaje liderem naukowym Collegium Medicum. Zarówno osobiste osiągnięcia Pana Profesora, jak i osiągnięcia zespołu Katedry wysoko wywindowały poprzeczkę dla innych jednostek Uczelni. W jaki sposób zdobyliście i utrzymaliście Państwo tak wysoką pozycję?

Prof. Oliński: Zacznę od słynnego powiedzenia Churchilla: przez krew, pot i łzy. Krwi na szczęście nie było, natomiast pot i łzy owszem, może łzy (głównie wynikające z bezsilności) w trochę mniejszym stopniu. Rzeczywiście kosztowało nas to dużo wysiłku. Przyszedłem do Akademii Medycznej w Łodzi w 1988 roku, więc jestem jednym z najstarszych stażem pracowników i jednym z nielicznych, którzy wówczas budowali Wydział Farmaceutyczny. Moje przejście do Bydgoszczy miało właśnie na celu wzmocnienie powstającego Wydziału. Zaczynałem bez większej przesady od zera. W jednym ze skrzydeł Szpitala Klinicznego otrzymałem dwa małe pokoiki, z których jeden został przeznaczony na mój gabinet, a drugi dla dwóch moich asystentów przybyłych wraz ze mną z Łodzi (obecnie: dr hab. P. Jaruga i dr hab. T. Zastawny). Nowy zakład nie posiadał do pracy żadnego sprzętu, co najwyżej jakieś próbówki i statywy. Stopniowo zacząłem gromadzić aparaturę, z początku bez pomocy ze strony Akademii. Niemal natychmiast wyjechałem do Stanów Zjednoczonych na kolejny półroczny staż (a właściwie w krótkich odstępach czasu na dwa takie pobyty) i dzięki ludziom dobrej woli, którzy wiedzieli, w jakiej znalazłem się sytuacji, przywiozłem trochę sprzętu, np. aparaturę do elektrofotorezy, bardzo przydatną do mojej pracy. I tak to się zaczęło, od drobnego sprzętu, który pozwolił mi na izolację DNA, którym zajmowałem się od niepamiętnych czasów. Na pierwsze analizy materiał wysyłałem do Stanów Zjednoczonych.

Redakcja: Kilku pracowników Katedry, podobnie jak Pan Profesor, korzystało lub korzysta z zagranicznych staży naukowych. W latach 90. Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej nawiązała stałą współpracę z laboratorium dr. Mirala Dizdaroglu, eksperta w dziedzinie analizy uszkodzeń DNA, który w 2000 roku otrzymał doktorat honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Prof. Oliński: Właśnie. Miałem to szczęście, że poznałem w Stanach, dzisiaj mogę powiedzieć mojego przyjaciela, dr. Mirala Dizdaroglu, który jest doktorem honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a który już wtedy był znaczącą postacią w świecie wolnych rodników.



Prof. dr. hab. Ryszard Oliński

I tak powoli zajęliśmy się tematem, który okazał się niezwykle owocny. W dużej mierze to dzięki temu tematowi i jego atrakcyjności mogliśmy rozpocząć ciekawą pracę.

Redakcja: Katedra prowadzi badania nad znaczeniem wolnych rodników tlenowych (WRT), przede wszystkim w rozwoju i patogenezie chorób nowotworowych i układu krążenia. Po raz pierwszy wykazaliście, że w tkankach nowotworowych występuje znacznie więcej oksydacyjnych uszkodzeń DNA, niż w tkankach prawidłowych, a zatem wolne rodniki tlenowe mogą być jednym z czynników odpowiedzialnych za proces nowotworzenia. Prace na ten temat zostały w roku 1996 nagrodzone Nagrodą PAN, a w uzasadnieniu przyznania nagrody Wydział Nauk Medycznych PAN pisał: „Wyniki badań profesora Olińskiego rzucają nowe światło na molekularne mechanizmy powstawania nowotworów. Wyniki te w perspektywie mogą przyczynić się do opracowania molekularnych technik diagnostycznych sygnalizujących ryzyko procesu nowotworowego”. Czy podążacie Państwo tym torem badań?

Prof. Oliński: Weszliśmy w nowy świat wolnych rodników, temat ściśle związany ze zdrowiem, a przede wszystkim z nowotworzeniem, chociaż nie tylko i kontynuujemy go do tej pory. Zajmujemy się analizą oksydacyjnych uszkodzeń DNA i procesami ich naprawy.

Redakcja: Rozwój i patogeneza chorób nowotworowych i układu krążenia wydaje się to zbyt lakoniczną charakterystyką tematyki badań. Czy mógłby Pan Profesor przybliżyć nam wszystkie kierunki działań prowadzonych w Katedrze?

Prof. Oliński: O, temat nie jest wcale lakoniczny. Przygotowałem pewien cytat, którym posiłkuję się dosyć często w swoich referatach, a który może także przeko-

nać niewierzących w patologiczną rolę tlenu, a także skłonić do zadumy również nad rolą wolnych rodników tlenowych w patogenezie, ale i fizjologii człowieka. Jest to cytat z „Czarodziejskiej góry” Tomasza Manna, jednej z moich ulubionych lektur, który odzwierciedla właściwości tlenu - „W świecie materii rzeczy mają się tak, że każde ciało kryje w sobie zarazem i życie i śmierć; wszystko jest jednocześnie lekarstwem i trucizną, toksykologia i farmakologia są jednym i tym samym, bo trucizna ma własności lecznicze, a to co uchodzi za życiodajne, zabija w pewnych warunkach”. Dla każdego jest oczywiste, że tlen jest niezbędny do życia, ale w pewnych warunkach tlen, a dokładniej jego pochodne - WRT, mogą być tego życia terminatorem. Najprawdopodobniej WRT przyczyniają się również do procesu starzenia. Zbieramy na to dowody, opublikowaliśmy ostatnio artykuł w bardzo dobrym specjalistycznym czasopiśmie, gdzie pokazujemy, że takie nagromadzenie uszkodzeń DNA może mieć decydujące znaczenie w procesie starzenia. Nie jest to oczywiście jedyny czynnik, który prowadzi do nowotworów i starzenia się wszystkich organizmów uzależnionych od tlenu, ale jeden z głównych. Organizm bardzo szybko zszełby z tego świata, gdyby owe uszkodzenia nie były reperowane, a są one nie tylko tworzone, ale i usuwane w olbrzymiej ilości. Jednym z naszych tematów jest oznaczanie produktów reperacji, które zostały usunięte z komórkowego DNA, wyeksportowane na zewnątrz komórki do krwi i naturalną drogą do moczu. Oznaczamy te produkty, które reprezentują modyfikacje/uszkodzenia kodu genetycznego w moczu i mamy mniej więcej pojęcie, ile jest ich produkowanych w przeciągu doby. Są to tysiące. To krótkie przybliżenie zagadnień nad którymi pracujemy.

Redakcja: Do tego typu badań niezbędna jest odpowiednia aparatura. Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej wykorzystuje chromatografię gazową ze spektrometrią masową i selektywnym monitorowaniem jonów (CG/MS-SIM) oraz wysokociśnieniową chromatografię cieczową (HPLC) i jest dobrze wyposażony, m.in. w sprzęt niezbędny do preparatyki DNA z tkanek. Co jeszcze składa się na nowoczesne wyposażenie Zakładu? Skąd zdobyliście państwo fundusze na zakup?

Prof. Oliński: W momencie, kiedy zostałem Prrektorem ds. Nauki Akademii Medycznej nieco szerzej otworzyły się przed nami nowe perspektywy. Łatwiej było nawiązać kontakty z ludźmi, którzy decydowali o podziale pieniędzy. Po raz pierwszy wtedy pomyślałem o zakupie aparatu, który pozwoliłby mi usamodzielnić się i uniezależnić od laboratoriów amerykańskich, o aparacie do chromatografii gazowej ze spektrometrem masowym. To był szalenie kosztowny zakup, bo za aparat w leasingu (bo tylko na taki zakup mogłem sobie pozwolić) zapłaciliśmy 90 tysięcy dolarów. Na pierwszą ratę otrzymałem pieniądze z Funduszu Ochrony Przyrody. Pamiętam potem mój ból głowy i nieprzespane noce, bo musiałem oczywiście co roku spłacać kolejne raty. Warunki leasingu są twarde. Jeśli się nie zapłaci, przepada i aparat i pieniądze. Ale dzięki aparatowi ruszyły pierwsze analizy, zyskaliśmy kilka grantów KBN-owskich i z tych grantów spłacaliśmy kolejne raty. Tak więc kupiliśmy go w sposób praktycznie niezależny od uczelni. Dzięki niemu mogliśmy pomyśleć o bardziej ambitnych celach, które łączyły zdrowie z biologią molekularną. Weszliśmy w szeroko pojęty zakres nowotworów.

Aparat, który kupiliśmy pozwala na precyzyjną ilościową i jakościową analizę tych modyfikacji, o których wspominałem. To jeden z podstawowych instrumentów, na których pracujemy, ale w tym roku pozyskaliśmy sprzęt o wiele bardziej wyrafinowany i o wiele droższy, wart około 1.200 000 złotych, i jak zwykle nie obarczaliśmy tym wydatkiem uczelni, tylko uzyskaliśmy pieniądze w formie grantu z Ministerstwa Nauki. Jest to chromatograf cieczowy z podwójnym czyli tandemowym układem do spektrometrii masowej. Przeznaczaliśmy dla niego jeden pokój kosztem pracowników, dla których z kolei musieliśmy zagospodarować kawałek korytarza zewnętrznego. Cóż, nasze warunki lokalowe pozostawiają wiele do życzenia.

Redakcja: Nie przenoszą się Państwo do nowo wybudowanego budynku Farmacji?

Prof. Oliński: Nie. Niestety. Jak wspominałem, mamy fatalne warunki lokalowe. Być może są to jedne z najgorszych warunków lokalowych w Collegium. Zazdroszczę moim kolegom i koleżankom, którzy teraz zyskają fantastyczne przestrzenie. Ta przestrzeń, którą tu państwo widzicie, to niewiele miejsca, a muszę pomieścić w niej cały sprzęt. Boję się również potencjalnego audytu, który mnie czeka w związku z realizowanym obecnie grantem Unii Europejskiej. Mogę mieć poważne problemy (ale wraz ze mną Uczel-

nia), które związane są z warunkami w jakich pracuję, bo po prostu nie spełniają kryteriów Unii. Warunki w nowym gmachu spełniałyby te kryteria, był to jeden z argumentów, który stawiałem na szali, próbując przekonać ówczesne władze, by mnie tam ulokowały, niestety, stało się inaczej.

Redakcja: Czyli już nic się w tej sprawie nie da zrobić?

Prof. Oliński: Jeśli chodzi o nowy budynek Farmacji jest już za późno. Zresztą, teraz czułbym się nieswojo, gdyby moim kosztem pozbawiono kogoś miejsca.

Redakcja: W Katedrze Pana Profesora od zawsze duży nacisk kładło się na publikację artykułów w czasopiśmie o wysokim wskaźniku Impact Factor. Czy moglibyśmy prosić o przystępne wyjaśnienie samej idei oceny i rankingu prac naukowych, ze szczególnym uwzględnieniem Impact Factor i jego znaczenia w naukach biomedycznych?

Prof. Oliński: Dzisiaj wyjaśnianie czym jest Impact Factor wydaje się być banalne. Ale dlaczego? Cóż znaczy Impact Factor? Otóż jest to przeciętna liczba cytowań, których może się spodziewać artykuł ulokowany czy przyjęty do druku i wydrukowany w danym czasopiśmie. Żeby obrazowo to określić, jeśli ktoś umieści artykuł np. w bardzo prestiżowym czasopiśmie z mojej dziedziny „Cancer Research”, a to czasopismo ma IF około 9-10, to znaczy, że przeciętny artykuł publikowany w tym czasopiśmie może się spodziewać 9-10 cytowań rocznie. W naszym przypadku sprawdza się idealnie. To nie zawsze działa, są artykuły w ogóle nie cytowane, nawet jeśli zostały umieszczone w bardzo dobrych czasopiśmie i są artykuły, które znacznie podbijają tę średnią.

Prawie wszystkie artykuły moje i moich pracowników miały afiliację Akademii Medycznej, a obecnie Collegium Medicum. W nielicznych tylko przypadkach podpierały się nazwiskami z zagranicy. O wiele łatwiej jest umieścić jakiegokolwiek artykuł w dobrym czy bardzo dobrym czasopiśmie, jeżeli ma się w czołówce autorskiej kogoś zza granicy, najlepiej, aby był to ktoś o uznanej renomie naukowej. Wówczas te artykuły są zdecydowanie chętniej cytowane. Droga do publikacji w dobrym czasopiśmie to droga przez mękę. Proszę mi wierzyć, mam całe teczki z poprawkami, które nanoszę zgodnie z sugestiami recenzentów. Z recenzentami należy umiejętnie dyskutować. Nawet jeśli, w moim przekonaniu, nie mają racji, trzeba tak polemizować, by broń Boże nie obrazić recenzenta, bo zawsze może on zalecić odrzucenie artykułu. A jeśli się ma na wyciągnięcie ręki opublikowanie manuskryptu w znakomitym czasopiśmie, to robi się dużo, żeby tam się znalazł.

Czyśmś zupełnie innym jest praca w wielośrodkowych badaniach obojętnie czy to klinicznych czy z biologii molekularnej. Zdarzało się, że współuczestniczyłem w pracach, również cytowanych, ale publikowanych w bardzo szerokiej grupie autorskiej. Byliśmy współautorami artykułów podsumowujących granty ogólnoeuropejskie, pracowaliśmy na te wyniki w pocie czoła, ale publikowanie tych wyników jest o wiele łatwiejsze i „tańsze”. Ja przekazuję wyniki, krótką interpretację tych wyników, a redakcja artykułu oraz wszystkie starania o umieszczenie go w czasopiśmie spada na koordynatora grantu, ewentualnie na człowieka, którego nazwisko zawsze tkwi na ostatnim miejscu w czołówce autorskiej. Tak się przyjęło, że dwa ważne nazwiska w całym tym zestawie, nawet jeśli jest ich 70 czy 100, to nazwisko pierwszego autora i ostatnie nazwisko tzw. autora seniora, który niejako firmuje całą publikację. Powiedziałbym, że są to dwie różne sprawy, jeśli artykuł wychodzi tylko z afiliacją Collegium Medicum (lub w towarzystwie jednego-dwóch innych zespołów), lub jeśli oprócz tego, w artykule występują afiliacje jeszcze z kilkunastu-kilkudziesięciu innych ośrodków. Mimo to można się spodziewać, że publikacja wielośrodkowa będzie zdecydowanie częściej cytowana, niż ta powstała indywidualnie, w macierzystej jednostce. Ale satysfakcja z tej drugiej pozostaje większa. Należy jednak podkreślić, że udział grupy badawczej z Collegium w znaczących wielośrodkowych badaniach to także duży prestiż dla naszej Uczelni.

Redakcja: Równie istotne są cytowania prac naukowych, a ściślej powiedziawszy liczba cytowań danej pracy w pracach innych autorów. Czy w ten sposób łatwiej jest ocenić wagę danego artykułu? W świetle bazy SCOPUS poczynając od 1996 roku miał Pan 1245



Doktorantka mgr Agnieszka Siomek przy nowym chromatografie cieczowym ze spektrometrem masowym

cytowań, a w samym 2005 roku było ich aż 190.

Prof. Oliński: Nie chwalcąc się, jest to chyba znacząca liczba cytowań. Istnieje lista opracowana przez prof. Pilca wszystkich znaczących, jak on to ujął, pracowników lokujących swoje artykuły w zakresie biologii medycznej, do roku 2003, na której notabene się znalazłem. Jeśli spojrzymy na prace opublikowane w ostatnich 10. latach, to liczba 1200 cytowań jest faktycznie znacząca. Na pewno, używając terminów sportowych, załapałbym się na niezłe miejsce w skali ogólnopolskiej. Poza tym wszystkie moje prace od 1996 roku mają afiliację Akademii lub Collegium. Nie wszyscy o to dbają, a jestem przekonany, że jest to jeden z czynników, które będą brane pod uwagę w najbliższej perspektywie przez Ministerstwo Nauki przy ocenie jednostek.

Redakcja: W jaki sposób należałoby oceniać pracowników czy jednostki?

Prof. Oliński: Mogę podzielić się z Państwem moim prywatnym poglądem, który podziela jednak wielu moich kolegów pracujących w renomowanych krajowych i zagranicznych instytucjach naukowych. Niewiele czynników ma znaczenie przy ewaluacji czy to pracownika, czy jednostki. Są to na pewno artykuły publikowane w czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej, są to środki pozyskiwane z zewnątrz, przede wszystkim z grantów np. Ministerstwa czy grantów Unii Europejskiej, a tym trzecim czynnikiem są z pewnością cytowania.

Redakcja: Był Pan Prorektorem ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą. Jak ocenia Pan obecne działania Collegium Medicum, a szerzej całego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika na tym polu? Czy rozwijamy się naukowo? Dynamicznie, zbyt wolno czy może trwamy w niezmienionym stanie?

Prof. Oliński: Wszystko kolosalnie się zmieniło. Pamiętam, gdy w 1991 roku został wybrany Prorektorem ds. Nauki AM w Bydgoszczy KBN dopiero powstawał. U nas na uczelni, ale nie tylko u nas, niewiele osób wiedziało czym jest Impact Factor. Ale byliśmy jedną z pierwszych uczelni w Polsce, która wprowadzała ewaluację jednostek, częściowo opartą o kryteria jakości publikowanych prac. Ewaluacja, za którą szły decyzje o kierowaniu pieniędzy do tych jednostek, które miały zasadnicze osiągnięcia na polu naukowym. Trzeba przyznać, że kolejny Prorektorzy kontynuowali tę politykę i dzięki temu jesteśmy tam, gdzie jesteśmy. Jeśli chodzi o naukę, Collegium Medicum ma sporo osiągnąć. We wczesnych latach 90. wyglądaliśmy mizernie. Rozwinęliśmy się i to znacznie i dziś mamy silną pozycję w gronie krajowych uczelni medycznych.

Redakcja: Pokłosiem tych zarządzeń Pana jako Prorektora jest np. Bibliografia Publikacji Pracowników Collegium Medicum oraz prowadzona przez Bibliotekę Medyczną, na bieżąco aktualizowana baza prac naukowych pracowników. Nie chwalcąc się, jesteśmy pionierami w kwestii wprowadzenia tego systemu na

całym uniwersytecie i pomagamy kampusowi toruńskiemu w jego wdrożeniu.

Czy zdaniem Pana Profesora połączenie z UMK pomaga nam w tymże rozwoju naukowym? Jakie plusy i minusy fuzji Pan dostrzega?

Prof. Oliński: Chciałbym wspomnieć o korzyściach i mniej korzystnych efektach naszej fuzji z Toruniem (a właściwie włączenia nas do UMK). Podczas ubiegłorocznego spotkania Rady Collegium z JM Rektorem prof. Andrzejem Jamiołkowskim próbowałem podkreślić, że to nie do końca prawda, że jedynie my jesteśmy beneficjentami tego aktu. Jestem przekonany i mogę dyskutować o tym z każdym, że być może UMK odniosło większe korzyści niż Akademia Medyczna. Niestety w moim odczuciu straciliśmy lub tracimy powoli swoją tożsamość. Dezintegracja na wydziały, nie jest niczym dobrym dla rozwoju nauki w Collegium. Jest chyba potrzebna dla realizacji pewnych zasad rozwojowych Uniwersytetu, nie do końca dla mnie i części naszego środowiska zrozumiałych.



Dr Rafał Różalski przy chromatografie gazowym

W moim odczuciu taka polityka jest realizowana bez konsultacji z szeroko pojętą społecznością Collegium. Obawiam się – może niesłusznie, że nasz rozwój zostanie lekko, oby tylko lekko, przyhamowany.

Prawdę mówiąc dobrze układa mi się współpraca z Prorektorem ds. Nauki, prof. Andrzejem Tretynem. Znajduję zrozumienie, kiedy zwracam się z nurtującymi mnie problemami. To ważne. Martwi mnie brak dyskusji dotyczącej kierunków rozwoju naukowego Uczelni. Wydaje mi się, że naukę traktuje się zaledwie jako dodatek do dydaktyki. UMK jest chyba jedną z niewielu renomowanych uczelni, które nie posiadają senackiej komisji nauki. Dla mnie jest to zupełnie niezrozumiałe, ponieważ uczelnie medyczne mają taką komisję (ale chyba również większość uniwersytetów) i ona właśnie, w mniejszym lub większym stopniu, odpowiada za kształtowanie polityki naukowej.

Nie mogę nie zauważyć, że Uniwersytetowi brakuje odrobiny bardziej zdecydowanej polityki naukowej. Może to wynikać z heterogenności różnych dziedzin nauki, bo na pewno inaczej rozwijają się nauki filologiczne, a zupełnie inaczej nauki ścisłe i nauki biomedyczne.

Co do korzyści z fuzji, czas pokaże. Trudno byłoby mi w paru słowach sprecyzować plusy połączenia z UMK. Przede wszystkim czuję ten klimat uniwersytetu. Przyznaję, myślałem, że będzie gorzej. Na razie jest trochę więcej biurokracji, w końcu centrala jest o czterdzieści kilka kilometrów dalej. Poprzednio Rektora miałem, w cudzysłowie oczywiście, na wyciągnięcie ręki. Uniwersytet to olbrzymia instytucja. Poprzednio byliśmy kameralną uczelnią i ta kameralność najbardziej mi odpowiadała.

Redakcja: Jednak Wydział Farmaceutyczny znalazł się o dwie klasy wyżej w rankingu Ministerstwa Nauki. Czy nie jest to zasługa fuzji z Uniwersytetem?

Prof. Oliński: To był efekt oceny lat 2003-2005 i nie miał nic wspólnego z połączeniem z UMK. Nauka jest dosyć bezwładna: na efekty konkretnych decyzji trzeba czekać całe lata. Podobnie jest z wpływem polityki na gospodarkę, na szczęście obecny zamęt polityczny w kraju nijak nie przekłada się na gospodarkę.

Redakcja: Jednak niegdyś głosował Pan Profesor za połączeniem z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu?

Prof. Oliński: To dobry moment by wspomnieć o decyzji połączenia z UMK. Pamiętam ten słynny senat, na którym w przeciągu dwóch godzin zdecydowaliśmy o swoim losie. Chciałem z całą mocą powiedzieć, że były dwa głosowania. W pierwszym, które dotyczyło możliwości natychmiastowego włączenia AM w strukturę UMK, głosowałem przeciw tej koncepcji. Dla mnie to właśnie głosowanie było zdecydowanie ważniejsze. Uważałem, że najpierw trzeba się przyjrzeć, przedyskutować pewne rzeczy i ustalić pewne

warunki, na których do Uniwersytetu wchodziemy. Nasza autonomia, jak już wspominałem, zanika. Mamy mniejszą autonomię niż Collegium Medicum w Krakowie, nie mam co do tego żadnych wątpliwości. Wracając do słynnego posiedzenia, byłem jedynym, który był przeciwny natychmiastowemu połączeniu z UMK. Natomiast w drugim głosowaniu byłem za samą ogólną koncepcją przyłączenia do Uniwersytetu, ponieważ uważałem i uważam w dalszym ciągu, że jest to powrót do źródeł. Głosiłem ten pogląd w połowie lat 90, kiedy był szalenie niemodny. Uważam, że tu jest nasze miejsce, tylko na troszeczkę innych warunkach. Powinniśmy mieć o wiele większą autonomię, przede wszystkim na polu naukowym.

Redakcja: A jak układa się współpraca z pokrewnymi jednostkami Uniwersytetu?

Prof. Oliński: No cóż. Na razie jej nie obserwowuję. Brak jest, jak mi się wydaje pomysłu. Zapowiadano wspólne sympozja, na których wiodące w danej dziedzinie nauki jednostki miały przybliżyć społeczności akademickiej swoje osiągnięcia. Jak do tej pory nic z tego nie wyszło. Chociaż... muszę się pochwalić, że raz prezentowałem osiągnięcia naszej

Katedry na bardzo kameralnym spotkaniu zorganizowanym przez Prof. Wiesława Nowaka z Instytutu Fizyki.

Redakcja: W nauce polskiej w ogóle brakuje dyskusji, a i osiągnięcia pozostawiają sporo do życzenia...

Prof. Oliński: Wydaje mi się, że osiągnięcia naukowe w pewnym sensie są pochodną efektywności, a ta z kolei motywacji ludzi, którzy tworzą naukę. Żałuję, że w większości uczelni polskie - w tym i UMK - oddzielają efektywność naukową od płac.

Redakcja: Ale przecież uczelnia wyższa to nie tylko nauka. Bardzo istotna jest również dydaktyka.

Prof. Oliński: Zdaję sobie z tego sprawę. Uniwersytet to oczywiście nie tylko nauka, ale i dydaktyka, jednak absolutnie nie zgadzam się z tym, że dydaktyka jest o wiele ważniejsza od nauki. UMK ma ambicje dołączenia do czołówki europejskiej czy światowej. Wiem, jak to jest na renomowanych uniwersytetach amerykańskich np. Harvardzie, które okupują najwyższe pozycje na światowych listach rankingowych. Trudno co prawda, mimo całego szacunku dla UMK, porównywać go z Harvardem, ale renomowane amerykańskie, ale chyba również europejskie uniwersytety naprawdę niewiele różnią się ofertą dydaktyczną. Wyróżnikiem, który ściąga studentów, są osiągnięcia naukowe kadry uniwersyteckiej. W związku z tym należałoby powoli przenościć ten aspekt na grunt polski. Wydaje mi się, że cokolwiek by szkoły wyższe w Polsce nie robiły, oferta dydaktyczna będzie zbliżona, a następnym wyróżnikiem będą osiągnięcia naukowe. Wracając do oceny efektywności, obojętnie jak wydajnie pracujemy (każdy ma zagwarantowane pensum dydaktyczne niemal dla wszystkich równe) bardzo podobnie zarabiamy. Tym, co nas różni w moim odczuciu jest właśnie efektywność naukowa, a ta jest przecież obecnie dosyć łatwo mierzalna (kryteria wymieniałem powyżej). Efekty tej pracy mogłyby być jednym z czynników zróżnicowania płac, choćby poprzez tzw. widelki i stanowić wyraźny bodziec do pracy wyłącznie na jednym etapie. Zdaję sobie jednak sprawę, że zaprezentowany powyżej pogląd jest dosyć kontrowersyjny. Zajęcia ze studentami są także bardzo ważne, nie można ich traktować jako pańszczyzny, trzeba je urozmaicać i prowadzić na naprawdę wysokim poziomie, włączając elementy własnych naukowych zainteresowań.

Redakcja: W Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej prowadzi się imponującą liczbę grantów, zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Ostatni z grantów w ramach VI Programu Ramowego Unii Europejskiej „Environmental cancer risk, nutrition and individual susceptibility” rozpoczął się rok temu. Czy opowiedziałby nam Pan Profesor o nim coś więcej? Prosilibyśmy także o krótkie podsumowanie już zakończonych grantów. Który z nich uważa Pan Profesor za najbardziej udany i owocny?

Prof. Oliński: Grantów (poprzednio KBN, teraz MNiE) mieliśmy kilkanaście. Każdy z adiunktów kierował przynajmniej jednym,

a czasem kilkoma. Mamy bardzo rozwiniętą współpracę zagraniczną potwierdzoną wspólnymi publikacjami lub wspólnymi grantami. W latach 90. realizowaliśmy już dwa granty polsko-amerykańskie projektu im. Marii Curie-Skłodowskiej. Od momentu, kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej prowadziliśmy dwa granty już zakończone. Największy sentyment czuję do projektu zamawianego przez KBN w 2003 roku, który kończymy w tym roku. Projekt nosił nazwę „Badania nad molekularną patogenezą nowotworów oraz wykorzystanie metod biologii molekularnej, genomiki i proteomiki dla wczesnego wykrywania, optymalizacji leczenia i rozwoju nowych metod terapii nowotworów złośliwych” a grant „Uszkodzenia oksydacyjne DNA i czynniki wpływające na ich usuwanie jako potencjalne markery ryzyka i przebiegu choroby nowotworowej.” Obecnie jesteśmy w następnym grantie UE „Environmental cancer risk, nutrition and individual susceptibility” (ECNIS). (Ryzyko zapadalności na choroby nowotworowe: wpływ środowiska, diety i indywidualnej podatności). ECNIS jest Siecią Doskonałości działającą w ramach Szóstego Programu Ramowego Badań i Rozwoju Unii Europejskiej (FP6).

Powołana w maju 2005 roku sieć ECNIS zrzesza przedstawicieli wiodących w Europie ośrodków naukowych zajmujących się badaniami nad rakiem oraz jego uwarunkowaniami związanymi z dietą i czynnikami genetycznymi. Celem jej założycieli było stworzenie trwałej i dobrze zorganizowanej struktury instytucji partnerskich umożliwiającej prowadzenie wspólnych wysocy zaawansowanych badań nad rakiem, a zwłaszcza poznanie mechanizmów powstawania nowotworów oraz metod zapobiegania chorobom nowotworowej.

Jesteśmy w doborowym gronie wspaniałych instytucji m.in. Karolinska Institute, która przyznaje nagrody Nobla z biologii i sama ma wielu noblistów, Imperial College, Lund University, Institute of Cancer Research. Z grantem europejskim wiąże się możliwość wyjazdów, mamy naprawdę sporą pulę pieniędzy przeznaczonych tylko na wyjazdy na konferencje naukowe. Moi pracownicy chętnie z nich korzystają.

Redakcja: Właśnie chcieliśmy poprosić Pana Profesora o kilka słów o zespole Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej. Kim są pracownicy, jakim badaniom się poświęcają?

Prof. Oliński: Chciałbym z całą stanowczością podkreślić, że na obecną pozycję Zakładu zapracowali, zgodnie z dewizą, którą przytoczyłem na początku, wszyscy byli i obecni pracownicy. Z Zakładu wyszło już trzech habilitantów. Czwartym będzie w przyszłym miesiącu dr Karol Białkowski. Postawiłem sobie ambitne zadanie, żeby każdy pracownik ze stopniem doktora, który zostaje w Zakładzie mógł się habilitować i więcej, że do tego dojdzie. Ciekawe, że większość z nich to również absolwenci naszego Wydziału. Chodzi o to, żeby czuli to, co robimy w Zakładzie, żeby mieli jakąś pasję. Pierwszym z habilitantów był Tomasz Zastawny,

który obecnie prowadzi prywatną firmę, drugim był Piotr Cysewski, który jest kierownikiem Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej, trzecim był Paweł Jaruga, od dłuższego czasu przebywający w Stanach Zjednoczonych, a czwartym będzie – jak wspominałem – Karol Białkowski, który jak można się spodziewać, zostanie w Zakładzie.

Redakcja: Jaką zatem politykę zarządu prowadzi Pan Profesor w Zakładzie?

Prof. Oliński: Prowadzę w Katedrze, tak mi się przynajmniej wydaje, politykę otwartości i integracji dotyczącą tematyki badań, a oprócz tego regularnie, kilka razy w roku zbieramy się na spotkaniach... piwnych. Śmieję się, że to co nas wyróżnia i spaja to życzliwe zainteresowanie piwem. Znacznie częściej spotykamy się jednak na naukowych zebraniach zakładowych, gdzie obowiązuje abstynencja... Poza tym, nasze grono naukowe mogłoby stanowić zespół muzyczny. Karol Białkowski znakomicie gra na pianinie, Piotr Cysewski także komponował, a doktorant Tomasz Dziaman jest liderem zespołu szantowego, który zdobywa ogólnopolskie laury. W Zakładzie bywa wesoło, Tomasz pracuje przy stole laboratoryjnym, bez przerwy śpiewa i czasem gra na flecie prostym (fujarcie). Zespół jest ciekawy, każdy z chłopaków ma naprawdę duże zdolności manualne, dzięki którym zaoszczędzamy dla Collegium bardzo duże pieniądze, bo drobne naprawy wykonują właśnie oni. A dr Marek Foksiński podobno jest szamanem, mającym tajemniczą władzę nad komputerami. Oprócz wspomnianych już pracowników naukowych należy wymienić innych, ale nie mniej ważnych członków zespołu: dr M. Jurgowiak, mgr J. Guz i A. Szpila oraz doktorzy D. Gackowski, R. Różalski i A. Siomek, o których będzie jeszcze mowa.

Redakcja:

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej była prekursorem w korzystaniu ze źródeł wiedzy on-line, przede wszystkim z baz danych. Które z baz bibliograficznych i pełnotekstowych uważa Pan Profesor za najbardziej przydatne w pracy naukowej?

Prof. Oliński:

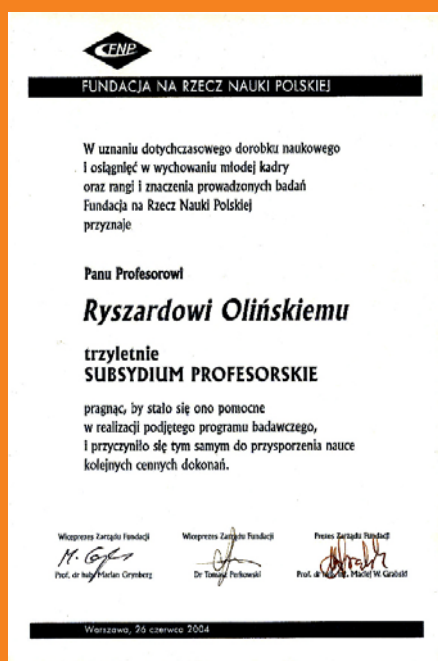
Ja najczęściej korzystam z Pubmedu. Prawdę mówiąc, nie wyobrażam sobie życia bez e-maila i Pubmedu. Jeśli chodzi o bazy pełno-

Nagroda Główna w konkursie Bydgoskie Nagrody Allianz 2002 Kultura Nauka Media dla prof. Ryszarda Olińskiego



tekstowe, część ma tę drobną wadę, że nie ma w nich czasopism najdroższych a czasem najnowszych numerów.

Redakcja: Oprócz nagrody Wydziału Nauk Medycznych PAN-u zdobył Pan osobiście lub z zespołem wiele nagród, w tym nagrody ministerialne, czy prestiżową nagrodę za osiągnięcia naukowe – Subsydium Profesorskie Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej jest jedną z najczęściej nagradzanych katedr, a przecież prestiż uczzonego i jego utalentowanego zespołu podnosi prestiż całej Uczelni...



Trzyletnie subsydium profesorskie Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej dla prof. Ryszarda Olińskiego

Prof. Oliński: Chciałbym wypełnić ten wielokropek. Właśnie, i cóż z tego? Zapraszam Państwa do odwiedzenia Zakładu i spojrzenia na to, w jakich warunkach pracują ludzie, jak zlokalizowana jest aparatura, jak przechowujemy materiały. Warunki tak naprawdę są bardzo dalekie od stanu zadawalającego. Nie rozumiem polityki decyzyjnej, która doprowadziła do tego, że nie znaleźliśmy się w nowym gmachu Farmacji. Już po zapadnięciu decyzji, prawie rok temu rozmawiałem o tym z Jego Magnificencją Rektorem. Pan Rektor zna mój wkład, mój entuzjazm i wysiłek, jaki wkładam w uprawianie nauki. Pani Prorektor jest również życzliwie zainteresowana i chce mi pomóc, ale same chęci nie wystarczą. Zdaję sobie sprawę, że jestem dostarczycielem sporej liczby punktów i w jakiś sposób dbam nie tylko o prestiż Wydziału, ale i całej Uczelni.

Redakcja: Nagrody jednak nie omijały Pana Profesora!

Prof. Oliński: To prawda nie omijały mnie i Zespołu. Wielokrotnie byłem nagradzany przez Uczelnię. Nagrody jednak nie tylko zależą od Uczelni. W ostatnich latach otrzymałem dwie nagrody PAN-owskie, nagrody Ministra Zdrowia czy nagrodę Mi-

nistra Nauki i Edukacji, jak w tym roku. Na Uczelni wyróżnienia i nagrody w dużej mierze, bywają uznaniowe. W przypadku nagród PAN-owskich istnieją bardzo restrykcyjne wymagania, które trzeba spełnić, ale korzyści finansowe są zdecydowanie mniej atrakcyjne, natomiast samo wyróżnienie jest niezwykle prestiżowe. Z nagród Ministra Zdrowia wyróżniłem tę otrzymaną z inicjatywy Ministra w 2004 roku. Przyznana była polskim naukowcom, którzy opublikowali prace z najwyższym IF. Zostałem wtedy wyróżniony obok znakomitych naukowców Collegium Medium UJ; profesorów Konturka i Szczeklika. Cieszę się bardzo z nagrody Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, bo jest to olbrzymie wyróżnienie, przyznawane raz na cztery lata dla naukowców z danej dziedziny. Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej jest kapitalną instytucją, bo mają jasne i wyraźne kryteria. Ich dewizą, którą bardzo podkreślał prof. Grabski, ale i obecny prezes prof. Żylicz, jest nagradzanie najlepszych, żeby stali się jeszcze lepszymi; oni pomagają tym, którzy sami sobie już pomogli. (Jest to, jak mi się wydaje, dewiza pochodząca do tej propagowanej przez naszych braci w wierze – protestantów, stąd motto do naszej rozmowy). Podobają mi się sposoby działania FNP, nie tylko dlatego, że otrzymałem od nich pieniądze, ale dlatego, że dalszy podział tych pieniędzy zależy całkowicie ode mnie. Oni ufają ludziom, których wyróżnili. Dwóch z moich współpracowników jest stypendystami Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej: Daniel Gackowski i Rafał Różalski, mam też nadzieję, że zostanie nią w tym roku dr Agnieszka Siomek. Daniel Gackowski otrzymał jeszcze nagrodę „Polityki”, która jest chyba jeszcze bardziej prestiżowa, ponieważ wielu młodych ludzi ją otrzymuje.

Redakcja: Nasuwa się pytanie, czy to dążenie do doskonałości nie sięga jeszcze czasów sportowych wyczynów Pana Profesora? Jak wiemy w latach 1964-69 był Pan wielokrotnym reprezentantem Polski w lekkiej atletyce, a w 1965 roku zdobył Pan mistrzostwo Polski w skoku w dal. Czy obecnym sukcesom naukowym sprzyja dyscyplina narzucona sobie niegdyś w sporcie?

Prof. Oliński: Mam duszę sportowca. Moja przygoda ze sportem zaczęła się w wieku 14 lat, a właściwie wcześniej, od piłki nożnej. Jako mały szczupły chłopak byłem bramkarzem i grałem z chłopakami, którzy mieli po 18-19 lat. Moja pierwsza dysfunkcja organizmu pochodzi z tego okresu. Źle piąstkowałem piłkę i złamałem rękę w nadgarstku. Jeszcze do dziś przy nieprzyjemnej pogodzie czuję tę rękę. Potem była lekkoatletyka. Zdaję sobie sprawę, że dużo sportowi zawdzięczam, nie tylko dlatego, że jako młody człowiek wyjeżdżałem z kraju. Byłem mistrzem Polski juniorów (1964 rok) i w tym samym roku wicemistrzem Polski seniorów w Szczecinie, gdzie przegrałem z Józefem Schmidtem, legendą polskiego trójskoku. Zapowiadałem się podobno bardzo dobrze. Jednak dość wcześnie skończyłem ze sportem wyczynowym, bo nie byłem w stanie pogodzić nauki i sportu wyczynowego.

Redakcja: Czy rodzina znajduje zrozumienie dla Pana pasji naukowej i tego ciągłego braku czasu...

Prof. Oliński: Zdaję sobie sprawę, że część tego, co osiągnąłem, zawdzięczam mojej żonie, która cierpliwie znosi moją mniejszą aktywność w domu i dzieciom. Dzieci poszły zupełnie w innych kierunkach. Córka skończyła sztuki piękne na UMK; malarstwo u prof. Lecha Wolskiego, a syn jest w Gdańsku na Politechnice, skończył automatykę i robotykę na wydziale Elektroniki Telekomunikacji i Informatyki. Obecnie robi doktorat u profesora Kowalczyka, („polskiego noblisty” z nauk technicznych). Mam dwójkę dzieci, z których każde jest z zupełnie z innej bajki. Anię i Krzysztofa. Ona ma wrażliwą duszę artystyczną, on natomiast umysł ścisły.

Próbowałem synowi zaszczyścić miłość do genetyki, czy w ogóle do medycyny, ale nie udało się. Syn ma umysł bardziej matematyczny po dziadku, więc wybrał robotykę i chyba dobrze zrobił, bo rośnie na nią zapotrzebowanie. Z kolei dla malarzy nie ma dobrej aury, bezrobotna córka maluje, a od czasu do czasu udaje jej się coś sprzedać.

Redakcja: Czy Pan Profesor w ogóle miewa czas wolny, a jeśli tak, to jak go spędza?

Prof. Oliński: W dalszym ciągu uprawiam sport, oczywiście wyłącznie rekreacyjnie, a właściwie dla zdrowia. Biegam trzy razy w tygodniu. Moje ulubione zajęcie to także słuchanie muzyki i czytanie książek. Przy nich niesamowicie się relaksuję. Mam swoją ulubioną działkę, to poezja śpiewana i muzyka klasyczna, a zwłaszcza koncerty fortepianowe. Wychowałem się na Wysockim i Brelu. Najpierw był Włodzimierz Wysocki. Gdy w 1971 roku wyjechałem do Moskwy na miesięczny staż naukowy, moi koledzy dysydenci, bo jak sobie później zdałem sprawę byli dysydentami, zaprosili mnie na Tagankę na recital Włodzimierza Wysockiego. Absolutnie byłem oczarowany tym człowiekiem i to on mnie „ukusił” po raz pierwszy poezją śpiewaną. Wspaniały poeta i piosenkarz, wszechstronnie utalentowany. Tak samo Jacques Brel. Niestety, nie znam francuskiego, ale miałem szczęście kupić płytę Marca Almonda, który przetłumaczył jego wiersze na angielski. Później był Jacek Kaczmarski, którym zaraziłem syna. Pamiętam w 1981 roku festiwal w Opolu, kiedy śpiewał „Epitafium na śmierć Wysockiego”, piosenkę zakazaną, która dostała wówczas nagrodę. Pamiętam też te nieprzespane noce, kiedy próbowałem nagrać ją na magnetofon szpulowy i w końcu mi się udało. Potem śledziłem całą twórczość Kaczmarskiego, według mnie to absolutnie niedoceniany piosenkarz i poeta. Lubię również słuchać Wojciecha Młynarskiego, Marka Grechutę i całociowo piosenki „Piwnicy pod baranami” i Jeremiego Przybory.

Redakcja: Jeśli można, chcemy poprosić Pana Profesora o kilka krótkich słów charakterystyki swojej osoby.

Główna cecha mojego charakteru: upór konsekwencja.

Moja główna wada: nadmierny upór
Kim chciałbym być, gdybym nie był tym,
kim jestem: muzykiem, wydaje mi się, że
 jedyną możliwością wyrażenia emocji jest
 gra na jakimś instrumencie, chciałbym
 grać na fortepianie albo gitarze. Mam
 zresztą swoich idoli, których pasjami słu-
 cham, pianistów Artura Rubinsteina i Kri-
 stiana Zimmermana, a z gitarzystów Paco
 de Lucia, mam całą jego dyskografię.
Kiedy kłamię: czerwienię się, przynajmniej
 kiedyś się czerwieniłem

Moje ulubione zajęcie: czytanie książek
 i słuchanie muzyki
Ulubieni bohaterowie literaccy: dla mnie
 powieścią, która wprawia mnie w dobry
 nastrój i skłania do zadumy jest „Mistrz
 i Małgorzata” Bułhakowa i jej bohater-
 wie, nie tylko Mistrz i Małgorzata, ale
 Messer – Wolandt, Fagot i kot Behemot.
Ulubieni bohaterowie życia codziennego:
 na pewno żaden z polityków.
Moja dewiza: Ta, którą staram się nieudolnie
 naśladować to dewiza wyłożona w wier-

szu Herberta „Pan Cogito”. A tak napraw-
 dę uważam, że to absolutne minimum, na
 które powinno być stać każdego człowie-
 ka to jest nie robić drugiemu człowiekowi
 bezinteresownie krzywdy.

Dar natury, który chciałbym posiadać:
 gra na jakimś instrumencie, mam niezły
 słuch, ale to w żaden sposób nie przekłada
 się na talent muzyczny.

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę.

*W imieniu „Wiadomości Akademickich” rozmowę pro-
 wadzili Krzysztof Nierzwicki i Monika Kubiak.*

Kronika wydarzeń

Wydarzenia

2 października 2006 r. w Auli UMK zain-
 augurowano rok akademicki 2006/2007. Pod-
 czas uroczystości odbyła się m.in. imma-
 trykulacja przedstawicieli studentów I roku
 oraz Gimnazjum i Liceum Akademickiego,
 wręczenie nagród i wyróżnień, m.in. dla
 Najlepszego Absolwenta, Studenta i Studenta-
 Sportowca UMK w ubiegłym roku academic-
 kim a także wykład prof. Krzysztofa Pomiana
 „O autonomii Uniwersytetu”.

W listopadzie 2006 roku dzięki środkom
 finansowym z Europejskiego Funduszu Społecz-
 nego w Bydgoszczy przy Bibliotece Medy-
 cznej Collegium Medicum uruchomione zos-
 tanie Regionalne Centrum Informacji Medy-
 cznej przeznaczone dla osób zrzeszonych
 w samorządach zawodowych reprezentujących
 środowiska medyczne regionu kujawsko-po-
 morskiego - lekarzy, pielęgniarek i położnych,
 diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów.
 Dzięki Centrum użytkownicy będą mieli moż-
 liwość zdalnego wykorzystania wszystkich za-
 prenumerowanych bibliograficznych i pełno-
 tekstowych baz danych.

W kategorii jednostek naukowych dla gru-
 py jednostek „Nauki medyczne” ustalonych
 30.06.2006 r. przez Komisję Badań na Rzecz Ro-
 zwoju Nauki Rady Nauki Wydział Farmaceu-
 tyczny Collegium Medicum awansował do kat-
 egorii I, natomiast Wydział Lekarski i Wydział
 Nauk o Zdrowiu otrzymały kategorię 2.

Nowe obiekty na UMK

2 października po uroczystościach inau-
 guracyjnych odbyło się oficjalne oddanie do
 użytku nowego gmachu Wydziału Biologii
 i Nauk o Ziemi.

17 października uroczyste otwarto nowy
 obiekt Wydziału Farmaceutycznego Collegium
 Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
 im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy przy
 Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza, na
 rogu ulic Skłodowskiej-Curie i Jurasza.

19 października nastąpiło oficjalne otwarcie
 Studium Technicznego, nowej jednostki dydak-
 tycznej Wydziału Fizyki, Astronomii i Informaty-
 ki Stosowanej UMK.

Z żałobnej karty

25 sierpnia 2006 roku odszedł prof. Zenon
 Gwieździński, długoletni kierownik Katedry
 i Kliniki Dermatologii.

We wrześniu 2006 roku zmarł prof. Win-
 icjusz Lambrecht, kierownik Katedry i Kliniki
 Chirurgii Klatki Piersiowej oraz późniejszy ki-
 erownik Zakładu Kształcenia Podyplomowego.

12 maja 2006 r. zmarł dr Włodzimierz
 Gniłka, pracownik Katedry i Kliniki Chirurgii
 Ogólnej i Endokrynologicznej.

Tytuł profesora

8 maja 2006 roku tytuł profesora otrzymał
 Jacek Kubica, kierownik Katedry i Kliniki Kar-
 diologii i Chorób Wewnętrznych.

17 maja 2006 roku tytuł profesora otrzymał
 Winicjusz Lambrecht, emerytowany kierownik
 Zakładu Kształcenia Podyplomowego.

12 października 2006 roku tytuł profe-
 sora otrzymali: Olga Haus, kierownik Kate-
 dry i Zakładu Genetyki Klinicznej i Andrzej
 Dziedziczko, emerytowany kierownik Katedry
 i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych
 (szerzej w następnym numerze Wiadomości).

Konferencje

W dniach 1-3 czerwca 2006 r. w Wojewódz-
 kim Szpitalu Zespolonym w Toruniu, na Odd-
 ziale Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, pod
 kierownictwem naukowym prof. dr. hab. Jacka
 Manitusa odbyła się XVI Konferencja Nau-
 kowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Ne-
 frologicznego zatytułowana „20 lat dializoter-
 pii w Toruniu”.

W dniach 5-6 czerwca 2006 r. w Gdańsku
 Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
 CM we współpracy z Zakładem Biochemii
 Klinicznej AM w Gdańsku, Oddziałem PTDL
 w Bydgoszczy, Oddziałem PTDL w Gdańsku
 oraz firmami Dade Behring Diagnostics Polska i
 Abbott Diagnostics Polska, pod kierownictwem
 naukowym prof. Grażyny Odrowąż-Sypniews-
 kiej zorganizowała sympozjum naukowo-
 szkoleniowe „Nowości w diagnostyce labora-
 toryjnej”.

W dniach 9-10 czerwca 2006 r. w Zegrzu
 Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej wraz
 z Polską Akcją Onkologii Dziecięcej, Sekcją
 Onkologiczną PTChD, Polską Unią Onkologii
 i Polską Fundacją Europejskiej Szkoły Onkol-
 ogii zorganizowała VI Sympozjum „Postępy
 w diagnostyce molekularnej i leczeniu nowot-
 worów o podłożu genetycznym u dzieci”.

W dniach 22-24 czerwca 2006 r. w Toru-
 niu odbyła się konferencja pod hasłem „Neu-
 robiologia zaburzeń lękowych – czy tylko?“,
 organizowana przez Katedrę i Klinikę Psychiatrii
 CM, przy współpracy Stowarzyszenia na Rzecz
 Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu
 Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST”
 oraz Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Pol-
 skiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W dniach 16-20.10.2006 r., gościem
 Katedry i Zakładu Histologii i Embriolo-
 gii Collegium Medicum była prof. Barbara
 Safiejko-Mroccka z Uniwersytetu w Okla-
 homie. Dnia 20.10 o godz. 12.00 w ramach
 zebrania Bydgosko-Toruńskiego Towarzys-
 twa Histochemików i Cytochemików Pani
 Profesor wygłosiła wykład pt.: „Wielofunk-
 cyjne wiążące białka reagenty poprawiają
 utrwalanie struktur wewnątrzkomórkowych
 w komórkach z hodowli do badań ilościowych
 i jakościowych w mikroskopie fluorescencyj-
 nym i elektronowym”.

Nagrody i wyróżnienia

Krzysztof Czyżewski z Wydziału Lekar-
 skiego Collegium Medicum UMK w Bydgo-
 szczy został wybrany Najlepszym Absolwentem
 UMK w roku akademickim 2005/06.

23 czerwca 2006 r. w Auli UMK odbyło się
 wręczenie Nagród Marszałka Województwa
 Kujawsko-Pomorskiego.

W kategorii „Nauka i postęp techniczny”
 nagrodę otrzymali twórcy „Kujawsko-Pomor-
 skiej Biblioteki Cyfrowej” - Bożena Bednarek
 Michalska z Biblioteki Uniwersyteckiej UMK,
 Krzysztof Nierzwicki z Biblioteki Medycznej
 CM UMK oraz Maria Czarnecka-Dąbek z Uni-
 wersytetu Kazimierza Wielkiego. W tej kat-
 egorii wyróżnienie otrzymał również prof.
 Stanisław Salmonowicz z Wydziału Prawa
 i Administracji.

W kategorii „Ochrona zdrowia” przyznano
 dwie nagrody: dla zespołu naukowców z Col-
 legium Medicum (Alina Woźniak, Tomasz
 Drewna, Celestyna Miła-Kierżankowska i prof.
 Zbigniew Wolski) za pracę „Wykorzystanie
 hodowli komórek ludzkich i zwierzęcych oraz
 aktywności enzymów lizosomalnych i anty-
 oksydacyjnych do celów diagnostycznych i te-
 rapeutycznych” oraz dla zespołu z UMK (prof.
 Bogusław Buszewski, prof. Hanna Dahm, dr
 hab. Marek Jackowski, Ewa Kłodzińska i dr
 Michał Szumski) za opracowanie nowej gene-
 racji mikrokolumny do elektroforetycznej sepa-
 racji mikroorganizmów dla potrzeb diagnostyki
 medycznej.

Inauguracja Nowego Roku Akademickiego

Otwarcie gmachu Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi

www.aktualnosci.uni.torun.pl

2 października w Auli UMK uroczystość zainaugurowano rok akademicki 2006/2007.

Podczas uroczystości odbyła się m.in. immatrykulacja przedstawicieli studentów I roku oraz Gimnazjum i Liceum Akademickiego, a także wykład prof. Krzysztofa Pomiana „O autonomii Uniwersytetu”. Jak zwykle ważnym elementem uroczystości było wręczenie nagród i wyróżnień, m.in. dla Najlepszego Absolwenta, Studenta i Studenta-

Sportowca UMK w roku akademickim 2005/2006.

Wcześniej, o godz. 10.15 Senat UMK złożył kwiaty pod pomnikiem Mikołaja Kopernika.

Po uroczystości w Auli UMK odbyło się oficjalne oddanie do użytku nowego gmachu Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi. W nowej siedzibie

Wydziału

Biologii i Nauk o Ziemi (ul. Gagarina 9), której budowa rozpoczęła się w marcu 2002 r., zostaną ulokowane wszystkie jednostki Instytutu Geografii. Swoje miejsce znajdą tam również Zakład Gleboznawstwa Instytutu Ekologii i Ochrony Środowiska oraz Zakład Biochemii Instytutu Biologii Ogólnej i Molekularnej. Do nowej siedziby została przeniesiona również część zakładów Instytutu Biologii Ogólnej i Moleku-

Inauguracja roku akademickiego 2006/2007, przemawia Jego Magnificencja Rektor, prof. Andrzej Jamiołkowski

larnej, związanych z nowoczesną dziedziną – biotechnologią.

W nowym budynku o powierzchni całkowitej 13.443,60 m² znajduje się nowoczesna biblioteka wydziałowa, znacznie polepszone zostały także warunki dydaktyczne na Wydziale: powstały sale komputerowe, 6 sal wykładowych mieszczących od 40 do 200 osób, najnowocześnie wyposażone pracownie, laboratoria i sale ćwiczeniowe. Łączna wartość inwestycji wynosi 33 363 000 zł.

fot. A.Romański



Oficjalne otwarcie nowego gmachu Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi



Najlepsi w roku akademickim 2005/2006

Krzysztof Czyżewski z Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy został wybrany Najlepszym Absolwentem UMK w roku akademickim 2005/06. Senat UMK przyznał także tytuły Najlepszego Studenta i Najlepszego Studenta-Sportowca.

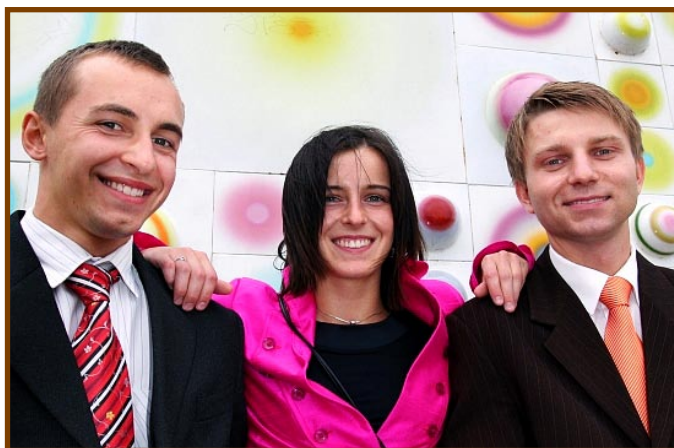
Krzysztof Czyżewski (na zdjęciu po prawej), w zeszłym roku został wybrany na Najlepszego Studenta UMK. Ukończył VI rok na kierunku lekarskim ze średnią 4,76. Na jego dorobek naukowy składa się 7 prac oryginalnych opublikowanych lub przyjętych do publikacji, w tym w języku angielskim. Trzy prace opublikowano w czasopiśmie naukowych tzw. Listy Filadelfijskiej. Wygłaszał referaty na ogólnopolskich i międzynarodowych konferencjach, m.in. na międzynarodowych kongresach studentów medycyny w Leiden w Holandii i w Poznaniu. Jest m.in. laureatem nagrody Gazety Wyborczej za wybitne osiągnięcia naukowe studenta Primus Academicus 2005, zdobywcą tytułu Primus Inter Pares Akademii Medycznej w Bydgoszczy (2004), a także stypendystą naukowym Prezydenta Bydgoszczy (2006) i Ministra Zdrowia (2004, 2006) oraz stypendystą grantów przyznawanych przez Collegium Medicum na prowadzenie studenckich badań naukowych (2004 i 2005). Przez cały okres studiów działał w Studenckim Towarzystwie Naukowym

przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Tytuł Najlepszego Studenta UMK przypadł Szymonowi Bocianowi, który studia na IV roku chemii ukończył ze średnią 5,0. Studiuje według indywidualnego toku studiów. Aktualnie jest stypendystą MEN oraz stypendystą Marszałka Województwa. W roku akademickim 2004/2005 był najlepszym studentem Wydziału Chemii. Do 2002 roku uczestniczył w Studenckim Kole Chemików. Aktywnie bierze udział w promocji Wydziału Chemii, organizując pokazy w ramach Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki. Odbył trzymiesięczny staż na węgierskim Uniwersytecie w Pecs. Jest członkiem Akademickiego Stowarzyszenia Studentów Chemii. Wraz z prof. Bogusławem Buszewskim i dr. Tomaszem Ligorem pracuje nad oznaczeniem lotnych związków organicznych w powietrzu na

terenie Torunia metodą chromatografii gazowej.

Tytuł Najlepszego Studenta Sportowca zdobyła Agata Wiśniewska, która studia na III roku filologii romańskiej ukończyła ze średnią 4,83. Uprawia wspinaczkę sportową. Lista osiągnięć sportowych Agaty Wiśniewskiej obejmuje dwa złote medale w Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych, dwa złote medale w Mistrzostwach Polski Uniwersytetów, dwa brązowe medale w Mistrzostwach Polski Seniorów, dwa razy 2 miejsce w Pucharze Polski oraz udział w półfinale Pucharu Świata.



Od lewej: Szymon Bocian, Agata Wiśniewska, Krzysztof Czyżewski

Otwarcie nowego budynku Farmacji

www.aktualnosci.uni.torun.pl



Przemawia Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK

17 października uroczystie otwarto nowy obiekt Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy.

Nowy obiekt Wydziału Farmaceutycznego znajdujący się przy Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza, na rogu ulic Skłodowskiej-Curie i Jurasza, ma kubaturę 23.307,45 m³

przy powierzchni użytkowej 5.324,39 m². W budynku usytuowane są: sala wykładowa dla 150 studentów, 3 sale seminaryjne dla 70 osób, laboratoria dydaktyczne i pracownie naukowe dla 9 jednostek Wydziału.

Pracownie studenckie, w których powstanie 210 stanowisk do prowadzenia ćwiczeń, wyposażone zostaną również w dygestoria (oszkłone szafy do prac z substancjami toksycznymi, palnymi, cuchnącymi) oraz aparaturę dydaktyczną. W całym obiekcie funkcjonować będzie nowoczesna sieć komputerowa. Łącznie w budynku będą mogły odbywać się zajęcia dydaktyczne dla ponad 430 studentów, a około połowa powierzchni obiektu przeznaczona będzie na prowadzenie badań naukowych. Pracownicy uzyskają zarówno podstawowe wyposażenie, jak i aparaturę niezbędną do prowadzenia badań. W obiekcie będzie prowadzone także kształcenie podyplomowe dla farmaceutów.

Budowa i wyposażenie

obiektu finansowane zostały z dotacji Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, który na inwestycję przyznał prawie 24 mln złotych (23.830.542,20 zł). Rozpoczęcie robót nastąpiło we wrześniu 2005 roku.

Na pierwszy rok studiów na kierunku farmacja przyjmowanych jest corocznie ok. 120 studentów, ich łączna liczba wynosi obecnie ponad 500 osób.



Od prawej: Prorektor ds. Collegium Medicum prof. Małgorzata Tafil-Klawe, JM Rektor UMK prof. Andrzej Jamiolkowski, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Waldemar Achramowicz, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Jan Szopiński

Wystawa anglojęzycznych medycznych wydawnictw naukowych

Jolanta Steinhof

W dniach 17-20 października 2006 roku w holu Rektoratu Collegium Medicum UMK przy Rondzie Jagiellonów w Bydgoszczy miała miejsce wystawa anglojęzycznych medycznych wydawnictw naukowych. Była ona wspólną inicjatywą Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK oraz firmy ABE Marketing, od lat specjalizującej się w imporcie i dystrybucji obcojęzycznych wydawnictw naukowych.

Ekspozycja prezentowała ponad tysiąc tytułów, z których większość nosiła 2006 rok wydania. Pochodziły one od kilkudziesięciu wydawców z całego świata m.in. Elseviera, Saundersa, Mosby'ego, Humany Press, Lippincotta, Taylora&Francisa, Thieme i dokumentowały stan najnowszej wiedzy, zarówno z biomedycznych nauk teoretycznych, jak i poszczególnych dyscyplin klinicznych.

Wystawa została podzielona na ponad 30 działów tematycznych, które z jednej strony prezentowały dzieła konstytucjonalne dla danych dziedzin wiedzy np. „General Thoracic Surgery” czy „Clinical Dermatology”, z drugiej strony zaś wąskotematyczne opracowania problemów klinicznych. Wiele z tytułów zostało wzbogaconych o wewnętrzne CD-romy bądź kod dostępu w trybie on-line. Tak było w przypadku głośnego dzieła, 8-tomowego „Plastic Surgery” Madhesa, tytułu aktualizującego stan wiedzy z tej, tak dynamicznie rozwijającej

się dyscypliny. Wzbogacona o technikę rekonstrukcji książka jest źródłem wiedzy praktycznej dla chirurgów plastycznych, rekonstrukcyjnych, onkologicznych i pediatrycznych.

W ofercie adresowanej do gastroenterologów i hepatologów znalazły się nowe wydania Slesingera „Gastrointestinal and Liver Diseases” oraz „Textbook of Gastroenterology” Yamady. Uwagę zwracało kolejne wydanie

„Endocrinology” De Groota z dostępem online, zbierające entuzjastyczne recenzje endokrynologów klinicznych.

Obok wydań obszernych, monograficznych, wystawa prezentowała całą serię „Oxford Handbook...”, będącą kompendium wiedzy praktycznej z danej dziedziny, dostosowaną do potrzeb każdego lekarza praktyka.

Niewielką część ekspozycji stanowiły propozycje podręczników akademickich.

Wystawa, otwierająca współpracę z Collegium Medicum UMK, stanowiła udany początek cyklicznych prezentacji. Nie tylko stworzyła możliwość ewentualnych zakupów, lecz stała się także znakomitą źródłem informacji naukowej.



Wystawa anglojęzycznych wydawnictw medycznych, ABE Marketing

Jolanta Steinhof jest Dyrektorem Filii ABE Marketing w Gliwicach.

Wirtualna biblioteka dla środowisk medycznych

Regionalne Centrum Informacji Medycznej

Joanna Słomkowska, Krzysztof Nierzwicki, Witold Hrynciewicz



W Bydgoszczy przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika do końca tego roku uruchomione zostanie Regionalne Centrum Informacji Medycznej, którego podstawowym celem będzie wspomaganie kształcenia, rozwoju naukowego, a także innych obszarów działalności osób związanych z medycyną i dziedzinami pokrewnymi z terenów województwa kujawsko-pomorskiego. Powołanie Centrum jest pozytywną odpowiedzią w związku z oczekiwaniem środowisk medycznych regionu pragnących rozszerzenia formuły Biblioteki Medycznej z księżnicy zaspokajającej potrzeby uczelni w bibliotekę fachową regionu.

Oferta adresowana jest przede wszystkim do osób zrzeszonych w samorządach zawodowych reprezentujących środowiska medyczne regionu kujawsko-pomorskiego – lekarzy, pielęgniarek i położnych a także diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów (aptekarzy). Nie wykluczamy również uczestnictwa innych grup zawodowych, czy też studentów pozostałych uczelni Regionu przejawiających zainteresowanie medycyną.

Środki finansowe na budowę Centrum pochodzą w całości z Europejskiego Funduszu Społecznego. Biblioteka Medyczna aplikowała o nie w ramach - priorytetu 2 *Wzmocnienie Rozwoju Zasobów Ludzkich w Regionach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego*, wpisując się swym projektem w działanie 2.6 *Regionalne Strategie Innowacyjne i Transfer Wiedzy*. Kwota blisko 800.000,00

złoty zostanie przeznaczona na zakup serwera i pozostałego potrzebnego sprzętu, oraz przede wszystkim na zakup usług dostępu do dziesięciu najważniejszych baz danych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych.

Dzięki uruchomieniu procedur centralnej usługi uwierzytelniania, po zalogowaniu się na serwerze Centrum, użytkownicy będą mieli możliwość bezpłatnego zdalnego wykorzystania wszystkich zaprenumerowanych bibliograficznych i pełnotekstowych baz danych. W praktyce oznacza to, że zainteresowane osoby będą miały zapewniony bezpłatny dostęp do fachowej literatury medycznej, poprzez Internet z dowolnego miejsca, niezależnie od miejsca podłączenia komputera (dom, szpital, przychodnia, laboratorium). Konieczne będzie jedynie założenie konta pocztowego (e-mail) na serwerze Centrum, dzięki czemu uzyska się status użytkownika i co pozwoli – poprzez login i hasło – logować się na naszym serwerze. Jeśli pozwoli na to warunki cała operacja założenia konta również odbędzie się zdalnie, bez potrzeby odwiedzin Biblioteki Medycznej. Zaplanowano również szkolenia dla użytkowników zarówno w kwestii uzyskiwania dostępu do baz danych, jak i w zakresie wyszukiwania i wartościowania informacji.

Po zakończeniu tego etapu, kolejnym krokiem będzie uruchomienie procedur pozwalających na korzystanie użytkownikom Centrum ze zbiorów tradycyjnych Biblioteki Medycznej, w tym przede wszystkim

z możliwości wypożyczeń księgozbioru – tzn. założenie i aktywacja kont czytelniczych na serwerze obsługi systemu bibliotecznego Horizon oraz szkolenia w zakresie korzystania z pozostałych usług świadczonych w Bibliotece Medycznej (m.in. z procedur zdalnego zamawiania książek do wypożyczeń oraz elektronicznej ich rejestracji).

Wszelkie aktualne informacje na temat Regionalnego Centrum Informacji Medycznej będą zamieszczane na stronie internetowej Biblioteki Medycznej Collegium Medicum www.biblio.cm.umk.pl oraz na stronach samorządów zawodów medycznych, tam też pojawiają się formularze, których wypełnienie będzie konieczne, aby uzyskać hasło niezbędne do zdalnego uwierzytelniania. Pierwsze rejestracje, zakładanie kont e-mailowych i początek działania Regionalnego Centrum Informacji Medycznej planowane są na koniec listopada 2006 roku. Odpowiedzi na pytania można również uzyskać telefonicznie, pod numerem telefonu 052 5853511 – sekretariat Biblioteki Medycznej.

Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie Centrum:

Dr Krzysztof Nierzwicki – z-ca Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej – 052 5853508 (kierownik projektu);

Mgr Joanna Słomkowska – p.o. kierownika Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej – 052 5853506 (asystent kierownika projektu);

Dr n. med. Witold Hrynciewicz wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Bydgoskiej Izby Lekarskiej 602734424 – (koordynator merytoryczny projektu).

Najnowsze wydawnictwa pracowników Collegium Medicum

oprac. Monika Kubiak

Historia towarzystw lekarskich w regionie kujawsko-pomorskim: 200. rocznica powstania towarzystw lekarskich w Polsce. Pod red. Zygmunta Mackiewicza. Bydgoszcz: BTN, 2006
Anna Kodym: Technologia leków recepturowych1: skrypt do ćwiczeń dla studentów farmacji. Bydgoszcz: CM UMK, 2006
Józef Kędziora, Hanna Pawluk, Jolanta Czuczajko, Karolina Szewczyk-Golec, K. van Marke de Lumen, M. Kozakiewicz, R. Olędzki: Zbiór przykładowych pytań testowych z biochemii. Cz. 3. Pod red. Józefa Kędziory. Bydgoszcz: CM UMK, 2006
Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Katarzyna Porzych, Marcin Porzych: Wybrane zagadnienia onkologiczne wieku podeszłego. T. 1. Bydgoszcz: CM UMK, 2006
Jacek Kubica, Maria Bogdan: Choroba wieńcowa: broszura edukacyjna dla pacjentów i ich rodzin. Bydgoszcz: CM UMK, 2006
J.K. Jopkiewicz, Mirosława Śmiglewska:

Proces nauczania pływania delfinem w przekazie słownym. Bydgoszcz: Przedsiębiorstwo Handlowo-Usługowe Mirosław Wrocławski, 2006
Wiesław Szymański, Marek Grabiec: Słownik biograficzny samodzielnych pracowników naukowych z dziedziny położnictwa i ginekologii. Suplement 1. Bydgoszcz: Wydaw. SCRYPT, 2006
Alergologia w praktyce. T. 6. Alergia na pokarmy. Pod red. Zbigniewa Bartuziego. Łódź: Ofic. Wyd. Mediton, 2006
Przewlekłe zaburzenia żyłne. Pod red. Arkadiusza Jawienia. Poznań: Termedia, 2006
Krzysztof Buczkowski, Małgorzata Krajnik, Anna Adamczyk: Opieka nad pacjentem terminalnie chorym. W: Medycyna rodzinna - multimedialny program edukacyjny. Płyta CD. Dostępna również w wersji elektronicznej pod adresem: www.docedu.klrwp.pl.
Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycz-

nych. Pod red. Marii T. Szewczyk, Roberta Ślusarza. Warszawa: BORGIS, 2006
Pielęgniarstwo w neurochirurgii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Pod red. Marii T. Szewczyk, Roberta Ślusarza. Warszawa: BORGIS, 2006
Współczesne leczenie przepuklin brzusznych. Pod red. Zygmunta Mackiewicza. Biblioteka Chirurga i Anestezjologa 51. Warszawa: PZWL, 2006
Małgorzata M. Tafil-Klawe, Jacek J. Klawe: Chrapanie. Wydanie 1 publikacji ukazało się pod tytułem „Krótka książeczka o chrapaniu”. Warszawa: Wydaw. Lek. PZWL, 2006
Piętnaście zim Medycyny Ratunkowej w Polsce. Pod red. Juliusza Jakubaszko. Wrocław: Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, 2006
Polska Medycyna Ratunkowa: Lato 2006. Pod red. Juliusza Jakubaszko. Wrocław: Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, 2006

Dni Nauki „Medicalia” 2006

oprac. Monika Kubiak

Już po raz piąty w połowie września Collegium Medicum zaprosiło bydgoszczan na Dni Nauki wpisane w Ogólnopolski Dzień Nauki organizowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Od kilku lat „Medicalia” są okazją do poznawania nauki w sposób lekki i ciekawy, a jednocześnie do zaprezentowania możliwości i naukowego potencjału bydgoskiego medycznego środowiska akademickiego. Korzystając ze sprawdzonej formuły dotychczasowych festiwali, specjaliści z Collegium Medicum wygłosili osiem wykładów i zaproponowali uczestnictwo w 24 warsztatach. Wszystkie wykłady odbywały się w Auli Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13, natomiast na warsztaty do swoich siedzib zapraszały poszczególne uczelnie Katedry, Kliniki i Zakłady.

Dr Małgorzata Dąbkowska z Katedry i Kliniki Psychiatrii mówiła o „Odrębności zespołu stresu pourazowego wieku rozwojowego”. Badania dotyczące częstości traumatycznych wydarzeń życiowych wykazują, że dzieci są bardziej narażone na traumy niż osoby dorosłe, a ponadto mają ograniczone możliwości obrony i zmiany sytuacji. Minimalizuje się objawy PTSD u dzieci, a tymczasem skutki zespołu pourazowego mogą mieć destrukcyjny wpływ na zdrowie i ich dalsze funkcjonowanie.

Z kolei dr Tomasz Grzybowski z Katedry Medycyny Sądowej przedstawił „Genetyczne wędrówki ludów - zmienność DNA w odzwierciedlaniu czasu i szlaków prehistorycznych migracji”, głęboko sięgając w przeszłość, gdy to około 60.000 lat temu pierwsi ludzie współcześni opuścili Afrykę i rozpoczęli kolonizację Eurazji. Zastanawiał się jaką drogą podążali nasi przodkowie a czas i szlaki tych najwcześniejszych migracji odtworzono między innymi dzięki zbadaniu DNA przedstawicieli wielu istniejących współcześnie grup etnicznych.

Dr hab. Wojciech Beuth z Katedry i Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii wystąpił z wykładem „Nowoczesne metody operacyjne w chirurgii układu nerwowego”, w syntetyczny sposób przedstawiając metody leczenia operacyjnego, jakie ma do dyspozycji neurochirurg zajmujący się operacyjnym leczeniem chorób układu nerwowego na początku XXI w.

Niezmiernie interesujący wykład wygłosił dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz z Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii, wyłuszczając w nim sposoby zapobiegania zawałom – „Czy dieta i aktywność fizyczna mogą zapobiegać wystąpieniu zawału serca - medycyna oparta na faktach?”

O odpowiedniej diecie, tym razem najmłodszych z nas, opowiadała także prof. dr hab. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii w trakcie wykładu „Jak dokonać wyboru właściwego żywienia niemowląt?”

Natomiast dr n. med. Marek Jurgowiak z Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej zastanawiał się nad fundamentalnym „Ile przed nami? Czyli rzecz o starzeniu”.

Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski z Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej przedstawił „Nowości w klinicznej urologii”, przybliżając postęp jaki dokonał się w ostatnich latach w diagnostyce i leczeniu chorób układu moczowopłciowego u dorosłych i u dzieci.

O rozwoju innej gałęzi medycyny opowiedział prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz z Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii w wykładzie o chorobie cywilizacyjnej „Niewydolności żył kończyn dolnych”.

Warsztaty w ramach Dni Nauki prowadzono cyklicznie, co godzinę, od 10:00 do 13:00 16 września 2006 roku (sobota) w kilkudziesięciu Katedrach, Klinikach i Zakładach Collegium Medicum. Przyciągnęły one rzeszę zainteresowanych i podobnie jak we wcześniejszych latach, na niektóre z nich zabrakło wolnych miejsc.

W sali operacyjnej Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej poprowadzono warsztat pod zmiennym tytułem „Tajemnice i rytuały sali operacyjnej”.

W Katedrze i Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych pytano „Czy pyłki roślin mogą być niebezpieczne dla człowieka?”. Również w Katedrze i Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych przyjrano się „Pyłkowicy jako chorobie ogólnoustrojowej”.

Z kolei miłośnicy doświadczeń chemicznych mogli zajrzeć do Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej, gdzie podczas warsztatów „Chemia nie musi być trudna” pozwolono im wykonać szereg barwnych reakcji chemicznych z analizy jakościowej.

„Dieta jako elementem opieki pielęgniarskiej w procesie leczenia pacjentów z wybranymi problemami zdrowotnymi (ze wskazaniem na zaburzenia psychiczne)” zajmowano się podczas warsztatów w Zakładzie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

W Pracowni Dermatologii i Pracowni Farmakodermatologii odbyły się warsztaty „Badania obrazowe w diagnostyce zmian skórnych”. Dermatoskopia jest nieinwazyjną, wielokrotnie powtarzalną metodą oceny zmian skórnych, a w szczególności znamion. Również w Katedrze i Klinice Dermatologii, tym razem w Pracowni Fotodermatologii uczestnicy warsztatu zostali zapoznani z nowoczesnym sprzętem stosowanym w fototerapii i diagnostyce chorób skóry.

O kolejnej chorobie cywilizacyjnej jaką jest cukrzyca opowiadały warsztaty w Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii „Cukrzyca typu 2 - czy można jej zapobiegać i jak skutecznie ją leczyć?”

W Katedrze i Klinice Neurologii debato-



Medicalia 2006, fot. Arkadiusz Wojtasiewicz

wano nad „Zaburzeniami krążenia mózgowego i związanymi z tym chorobami ośrodkowego układu nerwowego”.

W Medicaliach 2006 wziął również udział Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy, organizując w Klinice Rehabilitacji warsztaty poświęcone „Badaniu i leczeniu zaburzeń równowagi z wykorzystaniem VNG oraz posturografu”. Warsztaty były prezentacją metody leczenia zawrotów głowy i zaburzeń równowagi powstałych na podłożu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa szyjnego.

„Czy możemy „śledzić” czynność przewodu pokarmowego u człowieka?” zastanawiano się w Pracowni Czynnościowej Przewodu Pokarmowego w Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii.

W Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii wykorzystano mickiewiczowską maksymę „Sięgaj gdzie wzrok nie sięga”, prezentując możliwości mikroskopu elektronowego i fluorescencyjnego.

Jak zwykle dużym powodzeniem cieszyły się warsztaty „Zdrowie a sprawność fizyczna człowieka” przeprowadzone w Katedrze i Zakładzie Podstaw Wysiłku Fizycznego. Zajęcia składały się z części teoretycznej (relacja sprawności fizycznej ze zdrowiem, problemy niepełnosprawnych) i praktycznej (testy sprawnościowe).

O tajemniczym COG, czyli „Caościowej Ocenie Geriatrycznej” opowiadano w Katedrze i Klinice Geriatrii. Specjaliści objaśniali istotę COG, która obejmuje cztery główne dziedziny: ocenę stanu czynnościowego człowieka, ocenę stanu zdrowia fizycznego, ocenę stanu psychicznego i ocenę socjalno-środowiskową.

W Klinice Nefrologii, Nadciśnieniu Tętniczego i Chorób Wewnętrznych bydgoszczanie zapoznawali się z „Podstawami wiedzy nefrologicznej”.

O „Hemofilii - chorobie królów i nie tylko...” opowiadano w Zakładzie Zaburzeń Hemostazy Katedry Patofizjologii. Uczestnicy zajęć poznali historię jednej z najstarszych skaz krwotocznych, która była i jest obecna wśród zwykłych ludzi oraz na dworach królewskich.

Podwójny pakiet zajęć zorganizowała Katedra Medycyny Sądowej, przybliżając uczestnikom warsztatów „Chemię w służbie wymiaru sprawiedliwości” oraz „Rolę i zadania współczesnej medycyny sądowej”. W Pracowni Toksykologicznej uczestnicy z prawdziwym zain-

interesowaniem poznali współczesne techniki stosowane w toksykologii sądowej i badaniach kryminalistycznych. W drugiej części warsztatów poświęconych „Chemii w służbie wymiaru sprawiedliwości” sami uczestnicy wykonali symulację ekspertyzy chemiczno-toksykologicznej związaną z wykrywaniem składników dymu tytoniowego i ich metabolitów w organizmie człowieka przez samych uczestników.

Jeszcze większym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty o „Roli i zadaniach współczesnej medycyny sądowej”, w ramach których przedstawiono zagadnienia związane z codzienną praktyką sądowo-lekarską tj. rolą lekarza w procesie karnym. Prezentacja multimedialna przedstawiała bogatą dokumentację fotograficzną obejmującą najciekawsze przypadki z materiałów Zakładu.

W Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyni zaprezentowano najnowsze osiągnięcia w zakresie chirurgii endowaskularnej i endoskopowej, natomiast w Katedrze i Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej odbyły się ciekawe warsztaty „Radiologia na dotknięcie ręki”. Uczestnicy mogli sami sprawdzić, co mieści się w jamie brzusznej innych, co umożliwiła najbezpieczniejsza metoda diagnostyczna - ultrasonografia.

Po raz pierwszy także zaprezentowała się Katedra i Zakład Farmakognozji z warsztatami „Pachnące molekuly” i „Uzależniające rośliny”. Opowiadając o pachnących molekułach, omówiono zagadnienie zapachu substancji pochodzenia naturalnego, głównie roślinnego. Przypomniano, że wśród roślin, które powodują uzależnienia są silnie działa-

jące jak: mak lekarski, czy krzew kokainowy, jak również uważane za całkowicie nieszkodliwe jak herbata czy kawa.

„Zmiany w laboratorium diagnostycznym, czyli od alchemika do analityka ...” przedstawiła Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.

Na koniec w Katedrze i Zakładzie Fizjologii zajęto się „Badaniami spirometrycznymi w ocenie czynności płuc”.

Piątkowo-sobotnie (15-16 września 2006 roku) Dni Nauki cieszyły się w Bydgoszczy wielkim powodzeniem, do tego stopnia, że na część z warsztatów zabrakło wolnych miejsc. Skorzystało z nich około dwóch tysięcy bydgoszczan, wśród których z pewnością znalazło się wielu przyszłych studentów Collegium Medicum UMK.

Profesor Zygmunt Mackiewicz - wspomnienia nieco osobiste - sprostowanie

Do mojego artykułu z nr 21 „Wiadomości Akademickich” wkradły się jedno nieopatrzenie i jeden błąd.

Zapomniałem wśród uczniów Profesora, dziś zajmujących prominentne stanowiska wymienić mojego przyjaciela, dr. hab. med. Wojciecha Zegarskiego, kierującego obecnie Kliniką Chirurgii Onkologicznej. Z całą pewnością należy on do „szkoły Mackiewicza”. Nie wiem dlaczego tak się stało,

może po prostu częste kontakty z Wojtkiem, sprawiły że nadal „lokalizuję” go u nas.

Drugi błąd to „uśmiercenie” prof. Mariusza Żydowo. Kilka tygodni przed napisaniem artykułu na kursie specjalizacyjnym we Wrocławiu spotkałem kolegę z Gdańska, z którym studiowałem na roku. Wspominaliśmy między innymi wybory Rektora i strajk studencki z 1981 roku. I właśnie wtedy kolega powiedział mi,

że prof. Żydowo niedawno zmarł. Tę, na szczęście, nieprawdziwą informację przyjąłem ze smutkiem, gdyż ówczesny Rektor AMG był dla nas wzorem patriotyzmu i wspaniałej postawy wobec tego co wówczas zaczynało się dziać w kraju. Mam nadzieję, że ten niefortunny błąd będzie zapowiedzią długiego życia dla Pana Profesora.

dr Wojciech Szczęsny

Jacek Kubica

Jest specjalistą w dziedzinie kardiologii inwazyjnej i chorób wewnętrznych.

Urodził się 12.05.1962 roku w Chojnicach.

Dypłom lekarza medycyny otrzymał w 1987 roku w Akademii Medycznej w Gdańsku, po czym rozpoczął pracę na tej uczelni, gdzie uzyskał kolejne stopnie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych oraz kardiologii.

Pracę doktorską „Przewidywanie korzyści hemodynamicznej wynikającej ze zmiany stymulacji komorowej na sekwencyjną dwujamową” napisał pod kierunkiem prof. dr hab. Grażyny Świąteckiej także w Akademii Medycznej w Gdańsku i obronił 25.06.1992 roku. Kilka lat później, 29.04.1999 roku obronił rozprawę habilitacyjną „Przydatność ultrasonografii wewnątrznaczyniowej w kardiologii inwazyjnej. Porównanie z badaniem angiograficznym”.

W 1989 r. rozpoczął prowadzoną do dziś współpracę z Kliniką Kardiologii Uniwersytetu w Pavii we Włoszech, w której, dzięki stypendium naukowemu, pracował z przerwami przez dwa lata.

W październiku 2000 r. objął stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Prowadzi ją do dnia dzisiejszego. Stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Bydgoszczy otrzymał 01.01.2001 roku.

Odkąd objął kierownictwo jednostki, w Katedrze i Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych poszerzono zakres metod umożliwiających pełną, nieinwazyjną diagnostykę

kardiologiczną, w tym między innymi: badania echokardiograficzne przekłatkowe, przezprzetykowe, oraz echokardiograficzne próby obciążeniowe, próby wysiłkowe, 24-godzinne rejestracje ekg metodą Holtera, 24-godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego, diagnostyka omdleń przy zastosowaniu testu pochyleniowego. W roku 2002 od podstaw utworzono pierwszą w województwie kujawsko-pomorskim Pracownię Elektrofizjologii i Stymulacji Serca, w której wykonywane są badania elektrofizjologiczne układu bódźco-przewodzącego serca, zabiegi wszczepiania kardiowerterów-defibrylatorów oraz urządzeń do rejestracji „nagłych zdarzeń sercowych”.

Inwazyjna diagnostyka i leczenie stały się podstawowym sposobem postępowania u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. W październiku 2002 rozpoczęto realizację programu wczesnej inwazyjnej interwencji kardiologicznej w leczeniu ostrego zawału serca i uruchomiono 24-godzinny dyżur Pracowni Kardiologii Inwazyjnej. Kilka miesięcy później wdrożono program wczesnego leczenia inwazyjnego pacjentów wysokiego ryzyka z niestabilną dławicą piersiową. Wprowadzono kilka nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych: w listopadzie 2001 roku ultrasonografię wewnątrznaczyniową, w październiku 2002 zabiegi angioplastyki wieńcowej w zabezpieczeniu kontrapulsacją wewnątrzaortalną, w lutym 2003 przeznaczeniową biopsję serca, w marcu 2003 rotablację i inwazyjny pomiar rezerwy przepływu



wieńcowego (FFR). W chwili obecnej Klinika dysponuje 3 kardioangiografiami i nowoczesną bazą sprzętową zapewniającą możliwość pełnej diagnostyki inwazyjnej jak i nieinwazyjnej chorób serca.

Naukowy dorobek profesora to 120 publikacji własnych oraz 130 publikacji, których był współautorem. Był promotorem 8 prac doktorskich, a dwie kolejne są w trakcie realizacji.

Jest redaktorem czasopism „Folia Cardiologica” i współredaktorem „Medical and Biological Sciences”, a także członkiem rady naukowej pisma „Choroby Serca i Naczyni”.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Zarząd Główny), Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Tytuł profesora otrzymał 8.06.2006 roku.

Pamięci dr. med. Włodzimierza Gniłki

Wojciech Szczepiński

12 maja 2006 r., rano, dotarła do nas smutna wiadomość o śmierci naszego Kolegi, Przyjaciela, a dla wielu Nauczyciela – dr. med. Włodzimierza Gniłki. Nie była to wiadomość nagła. Od początku roku wiedzieliśmy, że Włodziu (bo tak większość z nas Go nazywała) leży w szpitalu, a jego stan jest bardzo ciężki. Choć jako lekarze wiedzieliśmy, że kiedyś dotrze do nas wiadomość o jego śmierci, gdzieś tam w duchu, czasami wbrew wiedzy, łudziliśmy się: „a może...”. Niestety, tym razem bezlitosna śmierć była silniejsza od tego, który tak wiele razy wyrwał z jej rąk inne życie.

Dr med. Włodzimierz Gniłka urodził się 13 grudnia 1939 r. w Puławach. Studia medyczne ukończył w Poznaniu, a staż podyplomowy odbył w latach 1963–65 w Szpitalu Ogólnym nr 1 (dzisiejszy „Uniwersytecki”). Tam też po stażu podjął pracę w Oddziale Chirurgii, uzyskując pierwszy (1970) i drugi (1974) stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Przez kilka miesięcy pracował oddelegowany do Szubina i Nakła. Już od początku swojej pracy dał się poznać jako doskonały operator i diagnosta, a nade wszystko lekarz oddany bez reszty swojemu powołaniu i choremu.

Ci, którym dane było z Nim pracować pamiętają, że nie tolerował bylejakości, niedoróbek czy zwyczajnego lenistwa. Sam dawał doskonały przykład. Perfekcyjny na sali operacyjnej, choć postronnemu obserwatorowi mogło wydawać się, że operuje „ostro”. Cały czas czynny naukowo, uczestniczył jako organizator i prelegent w wielu zjazdach i

publikował prace naukowe. Ukoronowaniem tych starań było uzyskanie w 1984 roku tytułu doktora nauk medycznych. Zatrudniony wówczas w nowo powstałej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, pracował na stanowisku adiunkta do 1997 roku.

W międzyczasie odbył rejs nieomal dookoła świata, jako lekarz okrętowy na statkach PLO. Doktor Włodzimierz miał naturę podróżnika i nieustraszonego badacza natury świata i człowieka. Przez dwa lata pracował w Gabonie w Szpitalu im. Alberta Schweitzera, gdzie jego biegłość w chirurgii zyskała uznanie współpracowników z innych krajów.

Dr Włodzimierz Gniłka był człowiekiem, który cały czas szukał sensu życia i cierpienia. Szukał absolutu, pytając wielokrotnie o rolę Boga i człowieka na tej ziemi. Jeśli spotkał się ze Stwórcą, na pewno zna już odpowiedzi na te pytania, a Bóg wynagrodził mu Jego trud i szlachetność. Nie znosił głupoty i ignorancji. Ile razy zdenerwowany pokazywał nam w gazetach jakąś informację, która nim wstrząsnęła, a dotyczyła kolejnego przejawu niekompetencji. Uspokajaliśmy go łumacząc, że szkoda zdrowia. Nigdy nie przeszedł obojętnie obok nikogo, kto potrzebował pomocy. Wymagający od siebie i innych, był jednocześnie uwielbiany przez pacjentów, a zwłaszcza pacjentki z oddziału tarczyc, którym kierował przez ostatnie lata swojego pracowitego życia. Wiele razy widzieliśmy go w czasie sympatycznej, nawet jowialnej rozmowy z chorymi. Doktor Włodzimierz to, co dziś mądrze nazywamy



holistycznym podejściem do chorego, stosował przez całe swoje zawodowe życie.

Śmierć zabrała go nagle i podstępnie. Pozostawił nas w smutku. Jednak mógł czuć się spełniony. Dwóch synów kontynuuje Jego dzieło. Włodzimierz junior jest już doświadczonym i cieszącym się uznaniem chirurgiem, młodszy Andrzej, rozpoczyna karierę jako kardiochirurg.

Panie Doktorze Włodku, żegnając Cię obiecujemy, że pozostaniesz w naszej pamięci, a to czego nas nauczyłeś spożytkujemy dla dobra Twoich ukochanych pacjentów.

W imieniu współpracowników, uczniów i przyjaciół...

Pamięci Profesora Zenona Gwieździńskiego

Waldemar Placek, Franciszka Protas-Drozd, Grażyna Uchańska, Anna Wankiewicz, Barbara Zegarska

25 sierpnia odszedł od nas na zawsze, po ciężkiej i długiej chorobie, prof. dr hab. med. Zenon Gwieździński, kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii w latach 1984-2001.

Profesor Gwieździński urodził się 24 grudnia 1928 roku w Inowrocławiu, gdzie uzyskał maturę w znanym gimnazjum im. Jana Kasprzowicza. Studiował w latach 1948-1953 w Akademii Medycznej w Gdańsku. Po ukończeniu studiów podjął pracę w Szpitalu Dermatologicznym w Bydgoszczy. W tym czasie sprawował również funkcję Kierownika Wojewódzkiej Poradni Dermatologicznej w Bydgoszczy oraz Kierownika Pracowni Histopatologicznej. W latach 1955-1975 pracował jako asystent w Szpitalu Dermatologicznym, w Studium Doskonalenia Lekarzy, a następnie w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które szkoliło w Bydgoszczy lekarzy z całego kraju na I i II stopień specjalizacji w zakresie dermatologii i wenerologii. W 1984 roku został adiunktem Kliniki Dermatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, pełniąc obowiązki jej Kierownika, a w lutym 1987 otrzymał powołanie na

stanowisko Kierownika. Całe swoje życie zawodowe związany był z dermatologią bydgoską, chociaż ani się tu nie urodził, ani nie studiował.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał również poza Bydgoszczą, w Akademii Medycznej w Warszawie w 1968 roku na podstawie pracy pt. „Możliwość powstawania nabłoniaków podstawnokomórkowych ze stanów przedrakowych”, a stopień doktora habilitowanego nauk medycznych na podstawie rozprawy pt. „Papilomatozis florida oris i jej związek z hyperplasia focalis epithelii mucosae oris (Heck)” w Akademii Medycznej w Lublinie. Tytuł naukowy profesora otrzymał w 1994 roku.

Od 1978 roku pełnił obowiązki specjalisty wojewódzkiego do spraw dermatologii i wenerologii, a od 1995 do roku 2000 był konsultantem regionalnym a następnie wojewódzkim.

Będąc członkiem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, przez wiele lat był



przewodniczącym oddziału, a od 2001 roku do śmierci honorowym przewodniczącym oddziału; w latach 1992-2004 członkiem

Prezydium Zarządu Głównego PTD. Był też członkiem wielu towarzystw naukowych i komitetów redakcyjnych czasopism naukowych.

Pod Jego kierunkiem kilkudziesięciu lekarzy uzyskało specjalizację I i II stopnia w zakresie dermatologii i wenerologii. Był promotorem 6 prac doktorskich i 2 magisterskich oraz recenzentem wielu prac doktorskich i kilku habilitacyjnych.

Dorobek naukowy śp. profesora Zenona Gwieździńskiego obejmuje 197 prac, w tym 105 artykułów opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Brał udział w wielu zjazdach krajowych i zagranicznych. Był ekspertem w dziedzinie mikologii dermatologicznej, ponadto zajmował się etiopatogenezą i leczeniem chorób naczyniowych skóry, drożdżycy narządów płciowych, nowotworów skóry, chorób wirusowych i owrzodzeń podudzi. Wraz z zespołem zorganizował sympozja mikologiczne i wenerologiczne.

Był wielokrotnie nagrodzony nagrodami resortowymi, państwowymi, regionalnymi i uczelnianymi.

Był wybitnym naukowcem o dużym dorobku naukowym, doświadczonym dydaktykiem i doskonałym organizatorem procesu naukowo-badawczego i dydaktycznego.

Po latach, kiedy spotykaliśmy się z kolegami na zjazdach i sympozjach - z wielkim uznaniem i sympatią mówiono o naszym ośrodku, o szkole bydgoskiej zapoczątko-

wanej przez docenta Jana Kozłowskiego, a kontynuowanej przez Jego uczniów: Zenona Gwieździńskiego i Bohdana Szyszymara.

Odszedł od nas człowiek prawy, głębokiej wiedzy, wielkiego serca, dobrego charakteru, delikatności i subtelności, wspaniały i niezwykle życzliwy ludziom i kochający dermatologię. Człowiek o niezwyklej i rzadkiej już dziś kulturze osobistej.

Bogata i twórcza osobowość nie byłaby pełna bez uwzględnienia cech jego charakteru: ogromnej życzliwości i głębokiej etyki w postępowaniu wobec ludzi, a zwłaszcza służenia radą i pomocą.

Długotrwała i wyczerpująca choroba nie pozwoiliła Mu w ciągu ostatnich miesięcy życia na kontakt z pacjentami i z nauką, ale zawsze do końca interesował się życiem Kliniki i cieszył się z każdego naszego sukcesu.

Poza dermatologią najważniejsza była żona i rodzina. Po obchodzie lekarskim opowiadał o rodzinie, chorobach rodziców, ich odejściu, o dzieciach: Grażynie i Adasiu, a później o przyszłej synowej Asi. Z wielką atencją opowiadał o siostrze, p. Eugenii Gwieździńskiej, znanej śpiewaczce Operetki Bytomskiej.

Nie stronił od widoku pięknych kobiet, które obdarzał przyjemnymi i miłymi słowami. Był osobą bardzo kulturalną, szarmancką i zawsze okazywał szacunek kobietom. Jednak najważniejszą w Jego życiu była ukochana Terenia, z którą stanowili uroczą parę, nie tylko

na balach lekarskich i spotkaniach towarzyskich. Okrutny los rozdzielił ich na zawsze przed dziewięciu laty.

Interesował się wieloma dziedzinami życia: muzyką poważną, sportem, a w szczególności siatkówką, piłką nożną i szachami.

Lubił zwierzęta. Szczególnymi względami cieszył się pies Wikuś, znany wodołaz, który w młodości „podnosił poziom wody” w stawie w Niemczu, a wychodząc z wody zraszał wszystko i wszystkich dookoła. Jego utrata bardzo wpłynęła na stan zdrowia śp. Zenka.

Zawsze był szefem rozumiejącym codzienne życie. Szef, w przypływie dobrego humoru, używał zabawnych powiedzonek np. „muchy nie siada, a komar nie kuca” lub „pikumbelum”.

Nigdy nie zmieniał swoich zasad i przekonań, nawet w czasach kiedy kariera wiązała się z przynależnością do wiodących organizacji politycznych. Postępował zgodnie z zasadami etyki i humanizmu. Takim zapisuje się w historii i tradycji dermatologii bydgoskiej. Takim pozostanie w naszej pamięci i wspomnieniach. Chciałoby się powiedzieć „do zobaczenia, Szefie”.

Człowiek odchodzi, pozostaje jego dzieło i pamięć o nim.

Prof. dr hab. Waldemar Placek jest kierownikiem Katedry i Kliniki Dermatologii, w której pracują dr Franciszka Protas-Drozd, dr Grażyna Uchańska oraz dr Anna Wankiewicz, dr Barbara Zegraska jest kierownikiem Katedry Kosmetologii.

Pożegnanie Profesora Winicjusza Lambrechta

oprac. Monika Kubiak

Winicjusz Marek Lambrecht urodził się 8 kwietnia 1935 roku w Łodzi. W 1955 roku uzyskał świadectwo maturalne w II Liceum Ogólnokształcącym w Łodzi, a następnie rozpoczął studia na Wydziale Medycyny Wojskowej Centrum Wyszczolenia Medycznego w Łodzi. Będąc na IV roku studiów zainteresował się chirurgią i rozpoczął pracę w Studenckim Kole Naukowym przy II Klinice Chirurgicznej AM w Łodzi, kierowanej przez prof. M. Stefanowskiego, gdzie pracował aż do ukończenia studiów.

Staż lekarski i podyplomowy okres praktyk odbywał w kilku szpitalach na terenie Łodzi. Dyplom lekarza po złożeniu obowiązkowych egzaminów otrzymał w 1961 roku w Wojskowej Akademii Medycznej.

Po ukończeniu stażu lekarskiego w 1963 roku został skierowany do pracy w jednostce wojskowej. W 1966 roku rozpoczął pracę jako asystent w II Klinice Chirurgicznej Wojskowej Akademii Medycznej, kierowanej wówczas przez prof. dr. n. med. Jana Pruszyńskiego.

Specjalizację I° z zakresu chirurgii ogólnej uzyskał w 1969 roku i dwa lata później został przeniesiony na etat starszego asystenta kliniki.

Następnie, pod kierunkiem prof. dr. hab. Tadeusza Orłowskiego rozpoczął badania doświadczalne w zakresie wstrząsu urazowego ze szczególnym uwzględnieniem płuca wstrząsowego oraz choroby oparzeniowej i jej leczenia.

W 1968 roku odbył stypendium naukowe

w Klinice Uniwersytetu Illinois w Chicago, gdzie przedmiotem nauki była chirurgia, ze szczególnym uwzględnieniem torakochirurgii.

W 1973 roku uzyskał specjalizację II° z zakresu chirurgii ogólnej, a w rok później przeniesiony został na etat adiunkta w II Klinice Chirurgicznej WAM.

Przez cały okres pracy w klinice kontynuował aktywną działalność dydaktyczną ze studentami Wydziału Lekarskiego WAM a w latach 1975-1985 prowadził działalność opiekuńczą nad młodymi lekarzami rozpoczynającymi pracę w klinice.

Od roku 1974 kierował zespołem badawczym zajmującym się płucem wstrząsowym i jego leczeniem.

Badania nad chorobą oparzeniową i jej leczeniem rozpoczął w 1970 roku we współpracy z Zakładem Patologii Ogólnej i Doświadczalnej WAM. Celem tych badań było przesłedzenie mechanizmów gojenia się rany oparzeniowej i ocena przydatności allogennych przeszczepów skóry jako opatrunków biologicznych w leczeniu rany oparzeniowej po oparzeniu napalmem.

Całokształt wyników badań naukowych stał się podstawą pracy doktorskiej, po przedłożeniu której uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego WAM przyznano mu 20 czerwca 1973 roku stopień naukowy doktora nauk medycznych. Za cykl prac o oparzeniach oraz za pracę doktorską został wyróżniony w 1973 roku Nagrodą Rektora.



Dalsze etapy pracy poświęcone były kontynuacji badań nad doświadczalną chorobą oparzeniową i jej leczeniem. Wstępne wyniki tych badań pozwoliły na wyciągnięcie wniosku o znacznym uszkodzeniu ultrastruktury płuc i wystąpieniu zaburzeń w czynności płuc, które prowadzą do niewydolności oddechowej. Za pracę „Der Einfluss von Lavamisole auf die Überlebenszeit der Hauttransplantate im Verlauf des experimentellen Verbrennungskrankheit” został nagrodzony Nagrodą Rektora WAM w 1981 roku.

Z wielu badań doświadczalnych, jak i doświadczeń wykonanych w późniejszym okresie uzyskał materiał do badań czynności-

wych, morfologicznych i ultrastrukturalnych w płucach u oparzonych napalmem królików w stanie wstrząsu, co stało się przedmiotem rozprawy na stopień naukowy doktora habilitowanego, który uzyskał w 1985 roku.

Drugą dziedziną zainteresowań były zagadnienia chirurgii urazowej klatki piersiowej i naczyń krwionośnych. W II Klinice Chirurgicznej WAM zebrał materiał, który pozwolił na opracowanie jednolitych sposobów postępowania w urazach klatki piersiowej powikłanych obecnością krwiaka i odmy w jamie opłucnej. Brał udział w opracowaniu skryptu „Wybrane zagadnienia z chirurgii polowej” (WAM, Łódź 1978) dla lekarzy i studentów medycyny. Trzecią dziedziną zainteresowań był wstrząs oraz inne zagadnienia ogólnochirurgiczne. Szczególnym osiągnięciem z zakresu zagadnień ogólnochirurgicznych było opracowanie we współautorstwie sposobu operacji przepuklin rozworu przełykowego.

W 1984 roku objął stanowisko Ordyna-

tora Oddziału Chirurgicznego 109 Szpitala Wojskowego w Szczecinie. W 1985 roku został przeniesiony do Bydgoszczy, gdzie w Wojskowym Szpitalu Klinicznym w dalszym ciągu kontynuował zainteresowania nad zagadnieniem urazów wielonarządowych, a szczególnie klatki piersiowej oraz wstrząsu. Objął tam stanowisko Kierownika Kliniki Chirurgicznej na etacie docenta.

Od 1989 roku do końca 1991 roku był Ordynatorem Oddziału Chorób Naczyń Obwodowych Szpitala w Łodzi. W październiku 1992 roku objął stanowisko Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Klinika sprofilowana była wówczas na chirurgię nowotworów płuc. Przez cały okres pracy w Klinice prowadził dydaktykę ze studentami Wydziału Lekarskiego z zakresu torakochirurgii, zwracając szczególną uwagę na zagadnienia patofizjologiczne choroby nowotworowej płuc i obrażeń klatki piersiowej, w tym na ARDS.

Począwszy od 2001 roku aż do emerytury we wrześniu 2005 roku był kierownikiem Zakładu Kształcenia Podyplomowego na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Był członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich od 1969 roku. Brał czynny i bierny udział we wszystkich naukowych zjazdach organizowanych przez Towarzystwo Chirurgów Polskich, a później przez Sekcję Torakochirurgii. W 1987 roku pełnił funkcję Przewodniczącego Oddziału Bydgosko-Toruńskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich i w kadencji 1987-1989 był członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Jako autor lub we współautorstwie opublikował 80 prac. Był ponadto promotorem 8 prac doktorskich.

W latach 1994-2000 był konsultantem wojewódzkim ds. chirurgii klatki piersiowej.

17 maja 2006 roku otrzymał tytuł profesora.

Zmarł 7 września 2006 roku.

Edukacja zdrowotna

Krystyna Kurowska

Istotnym zadaniem edukacji zdrowotnej jest kształtowanie u ludzi ich obecnej i przyszłej koncepcji zdrowego i sensownego życia. Współczesny człowiek, aby być zdolnym, dokonać wyboru pomiędzy zdrowiem i szczęśliwym życiem a wegetacją narzuconą przez negatywne zewnętrzne wzorce, musi stać się podmiotem świadomie akceptującym właściwy styl życia, kreującym swoje zdrowie.

Zdrowie jest wartością powszechnie uznawaną i cenioną, częściej w sferze deklaracji niż rzeczywistych zachowań, które wpływają na zdrowie (stosowanie używek, odżywianie, profilaktyczna kontrola stanu zdrowia itp.). Można przyjąć, że życie, a również zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne jest istotną osobistą i społeczną wartością. Niedostatek zdrowia utrudnia, często uniemożliwia realizację życiowych planów.

Postawy wobec zdrowia kształtują się w procesie socjalizacji. Trudniejsze są do osiągnięcia zmiany zachowań zdrowotnych u osób dorosłych (chyba, że nastąpi sytuacja związana z zagrożeniem zdrowia lub życia), stąd edukacja dla zdrowia to inwestycja, której efektem jest poprawa zdrowia społeczeństwa i poprawa jakości życia.

Analizy danych epidemiologicznych oceniających stan zdrowia Polaków wskazują, iż główną przyczyną zachorowań i zgonów wśród osób dorosłych są choroby związane z indywidualnymi zachowaniami: choroby układu krążenia, nowotwory, wypadki, urazy, zatrucia. Edukacja zdrowotna, w ocenie ekspertów WHO jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zakresie zdrowia społeczeństwa. Celem edukacji zdrowotnej jest pomoc ludziom w podejmowaniu właściwych decyzji i wyborów dotyczących zdrowia i kształtowania stylu życia sprzyjającego zdrowiu. Istotnym

celem jest również umiejętność ludzi określania własnego stanu zdrowia.

Podmiotowość w edukacji zdrowotnej i szerzej w działaniach związanych z promowaniem zdrowia można także prześledzić na przykładzie salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovskiego, który wyróżnił poczucie koherencji jako najważniejszy czynnik sprzyjający zdrowiu. Autor w swojej koncepcji zakłada, że nikt nie jest całkowicie zdrowy, ani całkowicie chory, a życie człowieka to linia ciągła, której początek stanowi zdrowie, koniec oznacza chorobę. Każdy z nas znajduje się w jakimś punkcie tak określonego odcinka (kontinuum). A. Antonovsky określa poczucie koherencji jako globalną orientację jednostki wyrażającą stopień jej ogólnego, trwałego, choć dynamicznego poczucia pewności, że bodźce, które docierają do niej w życiu, ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego są ustrukturyzowane, przewidywalne i dają się wyjaśnić oraz, że dostępne są zasoby pozwalające sprostać wymaganiom stawianym przez owe bodźce, natomiast wymagania stanowią wyzwanie i warte są zaangażowania i podjęcia działań.

Poczucie koherencji składa się z trzech elementów: 1) Zrozumiałość, to poczucie, że napływające informacje i wydarzenia są jasne, wytłumaczalne, uporządkowane, pozwalają na trafną ocenę rzeczywistości. 2) Sterowalność, to poczucie, że możliwe i dostępne są zasoby pozwalające na sprostanie wymaganiom stawianym przez sytuację, osoba o silnym poczuciu sterowalności wie gdzie i w jaki sposób może uzyskać pomoc i poradzić sobie z trudną sytuacją. 3) Sensowność - najważniejszy wymiar poczucia koherencji, określa obszary, dziedziny życia ważne z punktu potrzeb jednostki. Według A. Antonovskiego dla każdego człowieka ważne powinny być, co najmniej cztery obszary: własne życie emocjonalne, relacje z najbliższym otoczeniem, główny przedmiot

aktywności życiowej (nauka, praca), potrzeby egzystencjalne.

Poczucie koherencji kształtuje się w ciągu całego życia jednostki, najważniejszym jest okres dzieciństwa i dorastania. Jak najwcześniejsza edukacja zdrowotna (obejmująca wiedzę, umiejętności postawy) to tworzenie obszaru ważnego, mającego znaczenie wśród innych wcześniej wymienionych obszarów. Człowiek o silnym poczuciu koherencji potrafi przesuwac granice ważnych dla siebie obszarów i poprawiać swoje funkcjonowanie także w zakresie zdrowia.

To, co aktualnie dla osób zajmujących się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia jest oczywiste i naturalne, to edukacja skoncentrowana przede wszystkim na zdrowiu, jego utrzymaniu i potęgowaniu. Aktualnie preferowany model edukacyjny obejmuje całe populacje, nie ograniczając działań do grup ryzyka czy osób chorych. W nowym modelu człowiek nie może być biernym odbiorcą świadczeń, musi być aktywnym uczestnikiem działań, których celem jest ograniczenie lub eliminowanie negatywnych wpływów behawioralnych i środowiskowych. Podstawowym zadaniem edukacji zdrowotnej jest tworzenie warunków do zmiany, wzrostu kompetencji i samodzielnego działania.

Właściwy styl życia stać się może skutecznym antidotum wobec zagrożeń cywilizacyjnych, wpłynąć na poprawę zdrowia populacji, pomóc w radzeniu sobie z brakiem zdrowia a więc chorobą. Warunkiem jest to, aby pożądany styl życia i zachowania zdrowotne ugruntowane były w systemie wartości, spełniały wymóg nowoczesności, które pozwolą jednostkom dokonywać osobistych wyborów uwzględniających troskę o swoje zdrowie.

dr Krystyna Kurowska jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Dydaktyki i Pedagogiki Pielęgniarskiej.

Asertywnie czyli stanowczo i przyjaźnie

Mirosława Kram

Asertywność w Polsce pojawiła się po przewrocie ustrojowym, po wizycie papieskiej, w czasie której papież mówił o godności i podmiotowości człowieka. Godność i podmiotowość brzmiały dumnie, ale praktyka i doświadczenia społeczne były inne. Dotychczasowy system wychowawczy od przedszkola, przez szkołę i dorosłe życie społeczne był ukierunkowany na wychowanie posłusznym, uległym obywateli czyniąc przystosowania wartości bezwzględnej, a z nieprzystosowania wadę.

Określenie angielskie „assertion”, „assertive” jest trudne do przetłumaczenia na język polski. Używa się go w wersji oryginalnej i najczęściej tłumaczy je się w sposób opisowy. Oznacza wiarę w siebie, ale jednocześnie szacunek dla uczuć i potrzeb innych, oznacza szukanie nowych dróg dla wyrażenia swojego „ja”, oznacza uczciwość i szacunek wobec siebie i otoczenia. Być asertywnym, znaczy zachowywać się w sposób, który pozwala działać we własnym, najlepiej pojętym interesie, czyli stanowczo, łagodnie, bez lęku. Niektórzy teoretycy asertywności określają ją jako złotą ścieżkę między agresywnością a uległością.

Zachowanie agresywne oznacza żądania tego czego się chce za wszelką cenę, używanie każdej metody. Agresji prawie zawsze (no, może z wyjątkiem, tej „w białych rękawiczkach”) towarzyszy krzyk i sarkazm. Osoba agresywna uważa, że ma prawo tak się zachowywać, natomiast innym ludziom odmawia tego prawa. Zwykle wzbudza strach, ale dostaje to czego pragnie. Otoczenie zaczyna wystrzegać się takich sytuacji, ludzie milczą, bo nie chcą prowokować wybuchu gniewu.

Zachowanie uległe (bierne) polega na omijaniu otwartej konfrontacji, zgadzanie się z każdym i ze wszystkim, braku własnych opinii czy pomysłów. Osobie biernej bardziej zależy na tym by była lubiana, niż to żeby dostała to czego chce. Ma także nadzieję, że inni ludzie wiedzą czego potrzebuje. Skarży się innym osobom, a nie tym do których ma pretensję. Stroni od konfliktów i często poddaje się manipulacji.

A ludzi manipulujących wbrew pozorom nie brakuje, a przy odrobinie wysiłku łatwo ich rozpoznać. To człowiek, który robi aluzje, gra oczami i robi tzw. miny, aby ktoś zrozumiał co on czuje. Nie chce być widziany w sytuacjach, w których przegrywa. Zatrzymuje swoje uczucia i urazy dla siebie. Pochlebia i posługuje się innymi ludźmi, pracuje po kryjomu. Osoba manipulująca wytknie, że tydzień temu mówiłeś co innego niż dzisiaj. A przecież każdy ma prawo do elastyczności czy zmiany poglądów. Nie istnieje żaden przymus, aby to co już zostało powiedziane, pozostało nie zmienione do końca życia, nawet jeśli w danej chwili wydawało się najsmartniejsze i najwłaściwsze.

Asertywność nie jest wrodzona. Wynika z wyuczenia się w różnych sytuacjach społecznych określonego sposobu przeżywania i reagowania. Jest zmienna i zależy od sy-

tuacji. Można z łatwością wyrażać asertywnie swoje uczucia i prawa wobec pewnych osób w pewnych sytuacjach – zaś odczuwać paralizującą trudność w byciu sobą wobec innych osób czy w innych okolicznościach. Asertywność nie jest panaceum, ale ułatwia relacje między ludźmi, których podstawą jest dążenie do równowagi między potrzebami własnymi a innymi ludźmi. Ćwiczenie asertywności może zająć dużo czasu, ale zazwyczaj daje satysfakcję.

Asertywność opiera się na poczuciu własnej wartości i godności. Warto i należy być swoim przyjacielem. Osoba zachowująca się asertywnie używa otwarcie słów TAK i NIE. Nie przeprasza, jeśli nie zawiąła. Nie usprawiedliwia się, ale wyjaśnia powody swojego zachowania. Broni się, gdy jest atakowana, a pomocne mogą być zdania: „Nie podoba mi się sposób w jaki do mnie mówisz”, „Nie chcę żebyś zwracał się do mnie w ten sposób”. Używa komunikatów typu „Ja”. Gdy rozmawia z innymi ludźmi używa słów aktywnych zamiast biernych: „Ja nie będę... zamiast Ja nie mogę...”; „Ja potrzebuję... zamiast Ja nie chcę”; „Ja wolę... zamiast Ja muszę...”; „Ja mógłbym... zamiast Ja powinienem...”

Człowiek asertywny gdy ma do czynienia z innymi ludźmi jest zrozumiały, bezpośredni i konkretny czyli mówi to co ma na myśli bez niepotrzebnych słów, wymówek i agresji. Rozważa jedną kwestię w danej chwili. Używa stwierdzeń, a nie pytań, „Myślę, że byłoby lepiej gdyby...” a nie „Nie sądzisz że powinienem...?”, „Wiem że...” a nie „Wszyscy ludzie wiedzą, że...”.

Gdy jednostka jest krytykowana – odpowiada asertywnie na krytykę. Słucha uważnie słów krytyki i nie odrzuca ich od razu. Traktuje to jako sprzężenie zwrotne. Zapyta siebie uczciwie czy to może być prawdą i zastanowi się czy warto zamienić coś w sobie. A jeśli krytyka mija się z prawdą, nie bierze jej do serca i przechodzi nad nią do porządku dziennego lub/i mówi „Mam inne zdanie na ten temat”.

Gdy jest chwalona docenia i akceptuje pochwały, których udzielają jej inni ludzie. Dziękuje im mówiąc, że przyjemnie jej jest, gdy słyszy słowa aprobaty. Gdy lubi kogoś lub docenia, to co zrobili inni mówi jasno. Nie odrzuca „pozytywnych głasków”, bo nie zakłada, że ktoś chce ją manipulować.

Gdy ma konflikty dopasowuje swój język ciała i głos do słów, które wypowiada. Stoi naturalnie wyprostowana, zachowuje kontakt wzrokowy, mówi wolno i jasno, nie podnosi głosu i nie uśmiecha się gdy jest wyprowadzona z równowagi.

Asertywność jest umiejętnością. Nie jest cechą osobowości, nie jest wrodzonym talentem, ale skutkiem wychowania i społecznego treningu. Stanowi „dobre wychowanie”, acz szczególnie rozumiane. Oparta na szacunku do innych, bez uniżoności, jest grzecznością, w czasie której nie przeprasza się, a odwołuje się do poczucia własnej godności.

Aparat pojęciowy asertywności jest stosunkowo prosty i przejrzysty. Opiera się na paru podstawowych pojęciach. „Terytorium psychologiczne” – obszar czy bardziej zbiór elementów opatrzonego zaimkiem dzierżawczym „mój”, „moje”; ta część świata, która bezpośrednio należy do mnie czy zależy ode mnie. „Prawa osobiste” – u różnych autorów różnie uszczegóławiane, ale sprowadzające się do podstawowego, naturalnego prawa do posiadania terytorium. Zasada „ja OK – ty OK”, która postuluje poważne i rzeczowe traktowanie innych ludzi, nawet wtedy, kiedy nie spełniają naszych oczekiwań. Zasada, która nie dopuszcza pouczenia, dawania rad, o które nie proszono, dawania innym do zrozumienia, że zachowują się nieodpowiednio, „naprawiania świata”, ale też jednocześnie upoważnia do mówienia jasno i wyrażnie o swoim niezadowoleniu, swoich wymaganiach, oczekiwaniach i uczuciach. Składają się na nią cztery wzorce zachowań:

Umiejętność wyrażania sprzeciwu w relacjach interpersonalnych, tak zwana umiejętność powiedzenia „nie”, w odpowiedzi na nieuprawnione, nieuzasadnione żądania innych ludzi, naruszające nasze prawa – np. „Nie, nie pożyczę Tobie tej...”

Umiejętność komunikowania innym swoich pozytywnych i negatywnych emocji – np. „Kiedy ja mówię, a Ty mi przeszkadzasz czuję się niezręcznie”,

Umiejętność poproszenia innych o przysługę lub pomoc – np. „Spóźnię się na zajęcia, podrzucisz mnie swoim samochodem?”

Umiejętność inicjowania, podtrzymywania kontaktów interpersonalnych – np. „Widzę, że jesteś smutna, coś się dzieje?”

Tak oto pojawił się praktyczny sposób, zespół technik, przepisów zachowań, pozwalający na znalezienie złotego środka między uległością a agresywnością, witany z ulgą przez tych wszystkich, którzy nie potrafili rozwiązać swego błędnego koła. Ulegając wielokrotnie w różnych sytuacjach zbierali w sobie złość i frustrację, a kiedy postanawiali z tym skończyć, unoszeni gniewem zachowywali się agresywnie i też nie byli z siebie zadowoleni. Wrócili zatem skruszeni do uległości i zbieranie gniewu zaczynało się od początku.

Większość relacji między ludźmi niestety nie opiera się na asertywności. Dotyczy to także studentów i nauczycieli akademickich. Studenci nie są zachęceni do niej, być może dlatego, że byłoby to niejakiem zagrożeniem dla nauczycieli. Jedni i drudzy niekiedy przyjmują postawy agresywne i manipulujące, aby zyskać poczucie własnej wartości. A przecież asertywność stanowi podłoże zdrowia psychicznego przez umożliwienie myślenia pozytywnego o sobie i sprawowania kontroli nad swoim życiem.

mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.

Termiczna przezodbytnicza ablacja ultradźwiękowa stercza (HIFU) - pierwsze zabiegi w Polsce

Zbigniew Wolski, Krzysztof Rożnowski

27 i 28 czerwca 2006 roku w Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy przeprowadzono po raz pierwszy w Polsce zabiegi przezodbytnicznej ultradźwiękowej ablacji stercza u 5 pacjentów z rakiem. Zastosowanie metody HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) w naszej Klinice było możliwe dzięki współpracy z firmą Edap i Kliniką Urologii Uniwersytetu w Regensburgu, przy osobistym zaangażowaniu pana Zbigniewa Zinkiewicza, dyrektora polskiej firmy MedicoSystem. Aparat Ablatherm został wypożyczony, a zabiegi wykonywał dr Andreas Blama z Niemiec przy udziale technika z Francji. HIFU jest metodą wprowadzoną i udoskonalaną od ponad 20 lat. W 1980 roku urolog dr A. Gelet i inżynierowie Blanc i J. Chapelon z Lyonu wykonali pierwsze niszczenia tkanek przy pomocy ultradźwięków u zwierząt doświadczalnych. W 1992 roku Gelet wykonał pierwszy zabieg HIFU i pacjenta z rozrostem łagodnym stercza, w roku następnym w raku stercza. Dotychczas leczono ok. 8 tys. pacjentów z rakiem stercza w 75 ośrodkach w Europie i na świecie. Największe doświadczenia i najdłuższe obserwacje chorych posiadają ośrodki w Lyonie, Paryżu Monachium i Regensburgu (Blama, Gelet, de la Rosset, Turol Vallancien). Aparat Ablatherm jest już drugą generacją urządzenia służącego do niszczenia tkanek stercza przy pomocy fal ultradźwiękowych generowanych przez sondę wprowadzoną do odbytnicy. Można z całą pewnością określić to urządzenie jako, w pełni tego słowa znaczeniu, robota medycznego, ponieważ cały proces leczenia i dostarczania wiązki promieni ultradźwiękowych odbywa się automatycznie po uprzednim zaprogramowaniu w komputerze. Sonda doodbytnicza emituje jednocześnie fale 3 i 7.5 MHz, które w tym samym czasie dają obraz trójwymiarowy gruczołu krokowego i dostarczają energię, podnosząc temperaturę tkanek stercza do temperatury 80-90 stopni Celsjusza, oszczędzając tkanki otaczające. Wysoka temperatura powoduje martwicę tkanek stercza, w tym również ognisk raka. Obszar podgrzania jest ogniskiem o wymiarach 18x21x2mm a czas trwania emisji w każdej warstwie wynosi 4.5 sekundy, przy zmianie warstwą co 5 sekund. Cały proces emisji i obrazowania przy pomocy fal ultradźwiękowych jest w pełni zintegrowany. Z jednoczesnym pomiarem temperatury w odbytnicy. Po wprowadzeniu sondy do odbytnicy i zaprogramowaniu zabiegu w komputerze dalsze czynności zespołu polegają jedynie na obserwacji monitora aparatu, który reaguje na nieprawidłowości przerywaniem zabiegu. Zabieg HIFU przeprowadza się w pozycji leżącej, w ułożeniu na boku, w znieczuleniu

ogólnym lub lędźwiowym, tak aby pacjent nie zmieniał swojej pozycji. Czas trwania zabiegu jest zależny od objętości stercza i wynosi od 1 do 3 godzin. U pacjentów z objętością stercza przekraczającą 40 cm zaleca się wykonanie w tym samym znieczuleniu przezcewkową elektroresekcję celem zmniejszenia stercza i skrócenia utrzymywania cewnika w pęcherzu.

W naszej Klinice do zabiegu HIFU zakwalifikowano 5 pacjentów w wieku 68-85 lat z rakiem stercza ograniczonym do narządu i PSA od 1.7 do 56 ng/ml w tym 3 leczonych już hormonalnie. Czas zabiegu wynosił od 1 godz. 45min do 3 godzin przy objętości stercza od 17 do 56 cm sześciennych. Najdłuższy trwał zabieg u chorego, u którego wykonaliśmy przezcewkową resekcję stercza. Wszyscy chorzy znieśli zabieg bardzo dobrze Nie obserwowano powikłań pooperacyjnych. Poziomy PSA zmniejszyły się po upływie 2 miesięcy od 2 do 10 razy, a u jednego wynosi 0,00 ng/ml.

Pomimo że zalecenia EAU z 2006 roku polecają stosować HIFU tylko na zasadzie eksperymentu medycznego, to jest on już wykonywany w wielu ośrodkach na całym świecie, przede wszystkim u starszych chorych z rakiem ograniczonym do narządu, nie akceptujących lub nie mogących mieć wykonanych klasycznych metod leczenia radykalnego. HIFU zastosowano również z powodzeniem u chorych z niepowodzeniem leczenia z założenia radykalnego, po brachyterapii, napromienieniu z pół zewnętrznym.

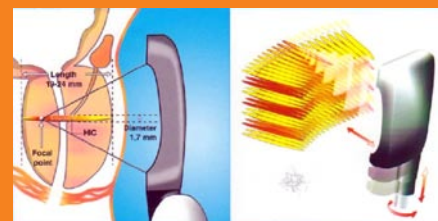
Według Vallancien HIFU jest mało inwazyjną metodą, do której najlepszymi kandydatami są pacjenci w wieku powyżej 70 roku życia, z objętością stercza nie przekraczającą 30 cm³ i każdym stopniu złośliwości Gleasona.

Niedoskonałością tej metody jest dość długi okres (2-14 dni) czas utrzymywania cewnika w pęcherzu z powodu obrzęku stercza i zatrzymania moczu. Czas ten można skrócić znacznie, wykonując elektroresekcję stercza.

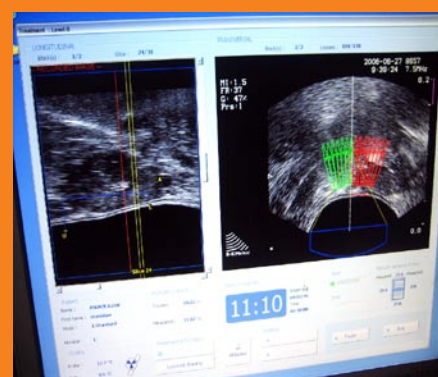
Na podstawie przeprowadzonych zabiegów w naszej Klinice oraz wstępnej obserwacji pacjentów wydaje się, że ta metoda winna również być dostępna w Polsce w wybranych ośrodkach urologicznych, tym bardziej, że może ona zastąpić lub uzupełnić leczenie brachyterapią, napromienieniem, a jej koszt jest wyraźnie mniejszy niż te uznane już metody.

Pierwszą prezentację metody i obserwacje pacjentów przedstawiliśmy w trakcie XXXV Sympozjum Sekcji Urologów Wojska Polskiego PTU 22.09.2006 r.

Prof. dr hab. Zbigniew Wolski jest kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej, w której na etacie szpitala pracuje dr Krzysztof Rożnowski.



Schemat emisji warstwowej fal ultradźwiękowych do stercza



Ekran monitora komputera kontrolujący emisję fal w poszczególnych warstwach stercza.



Demonstracja sondy HIFU



Pacjent znieczulony ogólnie w ułożeniu na boku z sondą wprowadzoną do odbytnicy.

Przeszczepianie krwi pępowinowej

Jan Styczyński

O zaletach krwi pępowinowej mówi się coraz więcej. Znajduje się w niej duża ilość komórek macierzystych, budzących ogromne nadzieje na leczenie nieuleczalnych dotąd chorób. Na szeroką skalę funkcjonują komercyjne banki krwi pępowinowej. W chwili obecnej użycie krwi pępowinowej jest uznaną, chociaż skomplikowaną metodą terapeutyczną, jedynie w dziedzinie transplantacji komórek hematopoetycznych (czyli tzw. przeszczepach szpiku).

Transplantacje komórek macierzystych krwi pępowinowej

Komórki hematopoetyczne są jednym z rodzajów komórek macierzystych. Można je pozyskiwać bezpośrednio ze szpiku, izolować z krwi obwodowej lub z krwi pępowinowej. Przeszczepianie komórek hematopoetycznych jest obecnie powszechnie uznaną metodą leczenia chorób nowotworowych, zespołów niewydolności szpiku, hemoglobinopatii, niedoborów immunologicznych i niektórych chorób uwarunkowanych genetycznie. Wraz z rozwojem medycyny wskazania do zastosowania tej metody są poszerzane. Istotą tej terapii jest zastąpienie komórek chorych komórkami zdrowymi. Komórki hematopoetyczne po przeszczepieniu mają za zadanie odtworzenie chorego lub niewydolnego narządu jakim jest szpik kostny wraz ze wszystkimi rodzajami komórek, które w nim powstają.

Przeszczepianie komórek hematopoetycznych jest główną metodą terapeutyczną w białaczkach u dorosłych, ale tylko około 20-25% pacjentów posiada dawcę rodzinnego. Jedynie dla kolejnych 40-60% pacjentów możliwe jest znalezienie dawcy niespokrewnionego. Wynika to z trudności ze znalezieniem dawcy zgodnego w układzie HLA, zwłaszcza w obliczu ogromnej zmienności antygenów w tym układzie.

Dla pozostałych pacjentów szansą na wykonanie transplantacji jest krew pępowinowa pochodząca od innej osoby (członka rodziny lub osoby niespokrewnionej), która może być skutecznie stosowana jako alternatywne źródło allogenicznego komórek hematopoetycznych. Transplantacja niespokrewnionych allogenicznego komórek progenitorowych znajdujących się w krwi pępowinowej, jest obecnie uważana za metodę równie skuteczną jak przeszczepienie komórek hematopoetycznych szpiku od dawcy niespokrewnionego, głównie u dzieci, a także u części dorosłych, u których zawiodły konwencjonalne metody terapii.

Komórki krwi pępowinowej

Krew pępowinowa budzi w ostatnich latach coraz większe zainteresowanie ze względu na szczególne właściwości znajdujących się w niej komórek macierzystych. W porównaniu do komórek hematopoetycznych od osób dorosłych, komórki krwi pępowinowej mają znacznie większe zdolności mnożenia się i większe zdolności produkcji czynników

wzrostu. Kliniczne zalety przeprowadzania przeszczepiania krwi pępowinowej to nieinwazyjne pozyskanie materiału, szybka dostępność krwi pępowinowej, krótki czas poszukiwania dawcy, możliwości znalezienia dawcy spośród mniejszości narodowych oraz dla osób z rzadkimi fenotypami HLA, niskie ryzyko zakażeń wirusowych, zredukowana reaktywność immunologiczna, dopuszczalna tolerancja większej niezgodności antygenów HLA pomiędzy dawcą i biorcą oraz niskie ryzyko wystąpienia i mniej nasilone objawy ostrej i przewlekłej choroby przeszczep-przeciwno-gospodarzowi.

Historia

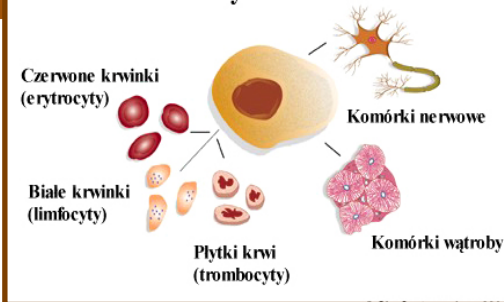
Pierwszą transplantację krwi pępowinowej wykonała prof. Gluckman w Paryżu w roku 1988. Biorcą komórek było dziecko z anemią typu Fanconiego, które otrzymało krew pępowinową od siostry, zgodnej w układzie HLA. W następnych latach stwierdzono, że możliwe jest również przeszczepianie od dawców niespokrewnionych, a nawet częściowo niezgodnych w układzie HLA. W latach 1992-1993 utworzono banki krwi pępowinowej (Nowy Jork, Paryż, Mediolan, Dusseldorf), stowarzyszone w światowe sieci Eurocord i Netcord. Wykazano, że najbardziej istotnym czynnikiem decydującym o powodzeniu przeszczepienia krwi pępowinowej jest liczba komórek krwi pępowinowej. Obecnie na całym świecie, około 10% wszystkich przeszczepień komórek hematopoetycznych u dzieci i młodzieży jest wykonywanych z krwi pępowinowej.

Różnice w dostępności do metod przeszczepiania szpiku i krwi pępowinowej

Główną zaletą związaną z wykorzystaniem krwi pępowinowej do celów przeszczepu to znacznie mniejsze wymagania związane z dokładnością typowania antygenów HLA, co związane jest z dużą tolerancją immunologiczną komórek krwi pępowinowej. W chwili obecnej ponad 80% zasobów krwi pępowinowej (zgromadzonej w bankach sieci Eurocord i Netcord), ma wystarczająco dobrze wytypowane antygeny HLA, podczas gdy dotyczy to tylko około 1/4 dawców z ogólnosięciowego rejestru dawców komórek hematopoetycznych. Średni czas otrzymania krwi pępowinowej wynosi poniżej 1 miesiąca, a szpiku kostnego od dawcy niespokrewnionego – trzy miesiące, przy czym w około 30% zidentyfikowany dorosły dawca w praktyce okazuje się być niedostępny z różnych powodów (choroba, zakażenie wirusowe, brak zgody, zmiana miejsca zamieszkania). Głównym ograniczeniem w wykorzystaniu krwi pępowinowej jest liczba komórek, natomiast w przypadku dawców szpiku, brak zgodności HLA.

W rejestrze światowym znajduje się obec-

Komórka macierzysta



nie ponad 10,5 mln dawców, w tym 4 mln w Europie. Aktualnie istnieje ponad 30 banków krwi pępowinowej od dawców niespokrewnionych, w których zgromadzono ponad 220 tysięcy jednostek krwi pępowinowej. Dotychczas wykonano ok. 20 tys. przeszczepień od dawców niespokrewnionych oraz ponad 6 tysięcy przeszczepień krwi pępowinowej. Prawdopodobieństwo wykonania przeszczepienia komórek hematopoetycznych od dawcy z rejestru światowego wynosi 0,2-0,3%, natomiast z banku krwi pępowinowej 2-3%.

Wady i zalety

Metoda przeszczepiania krwi pępowinowej ma też swoje wady. Przede wszystkim mamy do dyspozycji znacznie mniej komórek niż w innych rodzajach przeszczepień. I chociaż wykazują one większą niż komórki szpiku zdolność do mnożenia się, to jednak odbudowa szpiku po przeszczepieniu krwi pępowinowej jest późniejsza niż po przeszczepieniu szpiku, a to oznacza większe ryzyko powikłań, a zwłaszcza zakażeń zagrażających życiu. Wiąże się z tym dużo większe koszty prowadzenia terapii wspomagającej.

Natomiast prawdopodobieństwo ostrej i przewlekłej choroby przeszczep-przeciwno-gospodarzowi po przeszczepianiu krwi pępowinowej jest mniejsze niż po przeszczepieniu szpiku. Ryzyko nawrotu choroby nowotworowej jest podobne po obydwu rodzajach przeszczepu. Sumarycznie, odległe wyniki leczenia po obydwu rodzajach przeszczepień prawie nie różnią się między sobą. Wyniki te pokazują, że poszukiwania krwi pępowinowej powinny być rozpoczęte jednocześnie z poszukiwaniami dawcy niespokrewnionego szpiku kostnego. Wybór dawcy powinien zależeć od charakterystyki dawcy szpiku kostnego i krwi pępowinowej oraz od pilności wskazań. Dotyczy to zarówno dzieci jak i dorosłych.

Dawca

Ze względu na dużą tolerancję immunologiczną komórek krwi pępowinowej, najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze takiego źródła komórek jest liczba komórek, a dopiero na drugim miejscu zgodność HLA. Okazuje się, że przy akceptowanej niezgodności układu HLA, można znaleźć krew pępowinową dla 99% pacjentów, niezależnie od pochodzenia etnicznego.

Czynniki zwiększające szanse powodzenia przeszczepienia są ściśle związane z liczbą

przeszczepionych komórek. Czynniki, które decydują o liczbie komórek są: objętość zebranej krwi pępowinowej, ilość wszystkich komórek, ilość komórek hematopoetycznych, większy ciężar urodzonego dziecka, mniejsza liczba uprzednich porodów. Inne czynniki, które sprzyjają uzyskaniu większej liczby komórek to: przedłużony stres porodowy, umieszczenie łożyska na brzuchu matki po porodzie, kolekcja krwi pępowinowej przed urodzeniem łożyska, cięcie cesarskie, wcześniejsze podwiązanie pępowiny, przepłukanie roztworem soli fizjologicznej naczyń pępowinowych. Dodatkowo, istnieje bezpośrednia korelacja pomiędzy wiekiem ciążowym i liczbą komórek jądrzastych krwi pępowinowej, ale z jednoczesną odwrotną korelacją liczby

komórek hematopoetycznych. Czynniki, które wydają się nie mieć związku z liczbą zebranych komórek są: wiek ciężarnej, rasa i płeć noworodka.

Zasadą jest pobieranie krwi pępowinowej wyłącznie podczas porodu donoszonego noworodka. Obowiązuje zasada aby pobieranie krwi pępowinowej nie powodowało zmian w standardowych procedurach położniczych. Pobranie krwi pępowinowej dokonuje się najczęściej metodą wielokrotnych nakłuć naczyń pępowinowych. Jedna jednostka krwi pępowinowej zazwyczaj zawiera 10-krotnie mniej komórek niż typowy materiał przeszczepowy szpiku kostnego lub mobilizowanej krwi obwodowej. Jednak materiał pobrany z krwi pępowinowej jest bardziej bogaty w komórki he-

matopoetyczne i w inne komórki macierzyste.

Przyszłość

Potencjalne strategie przyszłości w zakresie przeszczepień komórek krwi pępowinowej obejmują jednocześnie przeszczepianie dwu lub większej ilości jednostek krwi pępowinowej, zwiększone podawanie hematopoetycznych czynników wzrostu, równoczesne przeszczepianie komórek mezenchymalnych, terapie komórkami immunokompetentnymi oraz łączone przeszczepy. Ograniczeniem tych metod są, jak na razie, stosunkowo mała skuteczność terapeutyczna oraz wysokie koszty.

dr hab. Jan Styczyński jest specjalistą pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej, transplantologii klinicznej, adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Bankowanie krwi pępowinowej: tak czy nie?

Jan Styczyński

Ostatnie 10 lat przyniosło ogromny postęp w dziedzinie badań nad komórkami macierzystymi. Z ich wykorzystaniem wiąże się duże nadzieje w zakresie medycyny regeneracyjnej, w terapii chorób zwyrodnieniowych. Jednym z podtypów komórek macierzystych są komórki hematopoetyczne, które wykorzystuje się w przeszczepianiu komórek hematopoetycznych (tzw. przeszczepianiu szpiku). Poza szpikiem kostnym, bogatym źródłem komórek macierzystych jest zmobilizowana krew obwodowa oraz krew pępowinowa.

W ostatnich latach popularne stało się prywatne bankowanie krwi pępowinowej (tzw. bankowanie komercyjne lub autologiczne). Rodzice zamrażają krew nowo narodzonego dziecka, wierząc, że w razie choroby uratuje mu ona życie. W Polsce funkcjonuje 8 prywatnych banków krwi pępowinowej. Banki krwi pępowinowej mają umowy niemal ze wszystkimi większymi szpitalami położniczymi w Polsce. Po urodzeniu dziecka, krew jest pobierana z pępowiny i łożyska, a następnie zamrażana w ciekłym azocie. Koszt tej procedury to ok. 2-2,5 tys. zł, przechowywanie - ok. 400 zł rocznie (albo 3,5-4 tys. zł płatne z góry za okres 18-letni). Specjaliści oceniają, że w tych bankach prywatnych spoczywa już około kilkadziesiąt tysięcy porcji, co kosztowało polskich rodziców już kilkadziesiąt milionów złotych. Z roku na rok chętnych przybywa.

Komórki macierzyste i krew pępowinowa

Komórki macierzyste posiada zarówno ludzki zarodek jak i całkowicie dorosły organizm. Te z zarodka na wczesnym etapie rozwoju nazywamy pluripotencjalnymi (ze względu na ich nieograniczone możliwości różnicowania). Komórki z dorosłego organizmu nazywamy macierzystymi somatycznymi, potrafią bowiem rozwijać się jedynie w określone tkanki. Tak więc komórki macierzyste mięśni mogą przekształcać się w struktury wchodzące w skład mięśni, ko-

mórki macierzyste naskórka - w naskórek. Tak przynajmniej jeszcze do niedawna wydawało się uczonym. Ostatnio wykazano, że w szpiku młodych myszy (i ludzi) znajdują się komórki embrionalne, które potrafią rozwinąć się w różne tkanki. To właśnie sprawia, że niektórzy naukowcy łączą z nimi wielkie nadzieje. Być może uda się pokonać dzięki nim nieuleczalne dotąd choroby - na przykład regenerować tkankę mięśniową (np. serca) czy nerwową (np. w chorobach Alzheimera i Parkinsona). Teoretycznie możliwe jest ich wykorzystanie także do leczenia rozległych oparzeń, a także wyhodowanie z komórek macierzystych narządów do przeszczepów.

Okazało się, że kilkadziesiąt mililitrów krwi wypełniającej naczynia znajdujące się wewnątrz pępowiny to niezwykle cenny materiał biologiczny. Z komórek pobranych z ludzkiej krwi pępowinowej udało się wyhodować np. wszystkie rodzaje komórek nerwowych wchodzących w skład ludzkiego mózgu.

Bankowanie? Tak!

Głównym celem bankowania krwi pępowinowej jest potencjalna możliwość wykorzystania komórek macierzystych w medycynie regeneracyjnej chorób zwyrodnieniowych, czyli przykładowo w leczeniu choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego, niektórych chorób wątroby lub mózgu. W wypadku tych schorzeń bardzo istotne jest, aby była to krew autologiczna. Jeśli wziąć pod uwagę te choroby, to teoretycznie nawet za 50-60 lat zamrożona krew może pomóc osobie od której ją pobrano, a także innym członkom jej rodziny (głównie rodzeństwu), o ile możliwe będzie przechowywanie tych komórek w odpowiedniej żywotności przez taki okres czasu. Aktualnie znane są informacje o skutecznym przechowywaniu komórek hematopoetycznych przez okres 16 lat. Natomiast leczenie białaczki nie jest głównym celem przechowywania krwi. Choćby z tego powodu, że ryzyko zapadnięcia na tę chorobę przed 30. rokiem życia wynosi 1:20 tysięcy

cy, a przeszczepy własnych komórek krwiotwórczych wykazują mniejszą skuteczność w białaczkach. Bankowanie krwi na potrzeby własnego dziecka to kupowanie nadziei na przyszłość. Nikt nie potrafi dziś przewidzieć, jakie możliwości medyczne będą dostępne za 10-15 i więcej lat.

Bankowanie? Nie!

Aktualnie nie ma systemu akredytacji dla prywatnych banków krwi pępowinowej w Polsce. Oznacza to, że potencjalnie istnieje ryzyko nieprawidłowego przechowywania krwi, grożącego obumarciem komórek, a ośrodki przeszczepowe nie mogą wykorzystać materiału do przeszczepu z jednostki nie posiadającej akredytacji. Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii, prof. Wiktor Jędrzejczak, jest przeciwnikiem prywatnego bankowania krwi. Jego zdaniem, najlepiej jest przeszczepiać choremu na białaczkę krew pępowinową innego dawcy. Krew pępowinowa może wyleczyć chorego na białaczkę, ale dotyczy to krwi pobranej od innego dziecka. Gdyby trzeba było dziecku choremu na białaczkę przeszczepić krew pępowinową, należy wybrać tę od innego dawcy. Przeszczep pochodzący od innego dziecka jest nie tylko źródłem zdrowych komórek krwi, ale także wywiera dodatkowy efekt leczniczy pod postacią reakcji przeszczepu przeciw nowotworowi. Pod względem aktualnej wiedzy medycznej, prawdopodobieństwo wykorzystania tej krwi do celów autologicznych jest znikome.

Bankowanie? Prywatne czy publiczne?

Najlepszym rozwiązaniem byłoby pobrać krew do ogólnego użytku, gdzie krew pępowinowa byłaby dostępna dla wszystkich potrzebujących. Niestety publiczna służba zdrowia nie ma na to pieniędzy. W Polsce są co prawda trzy państwowe banki krwi pępowinowej, ale dostają fundusze tylko na kilkadziesiąt pobrań rocznie. Przechowują one krew nie na potrzeby konkretnego dziecka, ale dla wszystkich potrzebujących. Gdyby

w Polsce udało się doprowadzić do powstania ogólnodostępnego, państwowego banku krwi pępowinowej, można by uratować każdego pacjenta z białaczką, który umiera, bo nie udaje się dobrać dla niego dawcy szpiku. Dlatego sensowniej byłoby pobierać krew do ogólnego niż do własnego użytku. Z pieniędzy wydanych na prywatne zamrożenie krwi pępowinowej od 10 tysięcy noworodków, można byłoby stworzyć bank ogólnodostępny, którego zasoby wystarczyłyby prawdopodobnie na potrzeby wszystkich pacjentów, którzy co roku mogą potrzebować przeszczepu krwi pępowinowej. Natomiast zważywszy na częstość występowania białaczki, można przewidywać, że będzie jej potrzebować najwyżej jedno dziecko z tych dziesięciu tysięcy, bo pozostałe najprawdopodobniej nigdy nie zachorują.

W niektórych krajach (np. Francji czy Włoszech) prywatne bankowanie jest zabronione. Funkcjonują tam jednak dobrze finansowane banki publiczne przeznaczone dla użytku ogólnego, na cele transplantacyjne. Eksperti Unii Europejskiej i Rady Europy opublikowali dokumenty dyskwalifikujące bankowanie krwi pępowinowej, jako składanie obietnic bez pokrycia. Nasza dzisiejsza wiedza nie pozwala stwierdzić, że ta krew z całą pewnością uratuje w przyszłości chore dziecko. Nikt nie neguje nadziei związanych z komórkami macierzystymi, ale nie można obiecywać cudów leczniczych.

Medycyna oparta na faktach

Aktualne medyczne wskazanie do bankowania krwi pępowinowej w celach wyko-

rzystania rodzinnego obejmują sytuacje pobrania krwi dla rodzeństwa ze wskazaniami do allogenicznego przeszczepienia komórek hematopoetycznych oraz w rodzinach z predyspozycjami do chorób nowotworowych.

Komórki macierzyste to jedna z największych nadziei medycyny XXI wieku. Komórki macierzyste stanowią podstawę kierunków badań określanych mianem medycyny regeneracyjnej. W chwili obecnej stanowią one jednak jedynie formę szczególnej biologicznej polisy ubezpieczeniowej, której wartości nikt nie jest w stanie ocenić. W dobie medycyny opartej na faktach (evidence-based medicine) zalety te są jeszcze zbyt słabe.

Bankowanie krwi pępowinowej: tak czy nie? Komentarz

Dariusz Boruczkowski

Dzisiaj na terenie naszego kraju jest pięć ośrodków, które mogą podjąć się przeszczepienia krwi pępowinowej u dziecka (w nawiasie rok powstania): Poznań (1989), Wrocław (1994), Lublin (1998), Kraków (2002) i Bydgoszcz (2003). Wskazaniem do wykonanych już w Polsce, od roku 1994 do roku 2004, ponad 300 przeszczepień autologicznych [własnych] komórek macierzystych – krwiotwórczych z różnych źródeł były choroby, w których leczeniu można było zastosować pobrane od chorego dziecka w trakcie leczenia krwiotwórcze komórki macierzyste:

a) choroby rozrostowe (wg częstości przeszczepienia autologicznych komórek macierzystych): chłoniaki złośliwe, ostra białaczka szpikowa, ostra białaczka limfoblastyczna, ziarnica złośliwa, przewlekła białaczka szpikowa, histiocytoza złośliwa,

b) guzy lite (wg częstości przeszczepienia autologicznych komórek macierzystych): zwojak zarodkowy, mięsak Ewinga, mięsak prążkowany-komórkowy, guzy ośrodkowego układu nerwowego i inne guzy wieku dziecięcego.

Przeczy to tezie ograniczonych możliwości ewentualnego wykorzystania własnej, czyli autologicznej krwi pępowinowej jako źródła krwiotwórczych komórek macierzystych.

W Polsce dotychczas wykonano już kilkanaście przeszczepów krwi pępowinowej, z czego kilka u dzieci. Krew pępowinowa od zgodnego dawcy rodzinnego (od siostry), po raz pierwszy została przeszczepiona w Polsce (jako jedyne źródło rekonstrukcji układu krwiotworzenia) już w 2000 roku. W tym przypadku została zastosowana przez lekarzy do leczenia chłopca z ostrą białaczką szpikową. Krew pępowinowa od zgodnego dawcy niespokrewnionego, po raz pierwszy została przeszczepiona w Polsce (również jako jedyne źródło rekonstrukcji układu krwiotworzenia) w 2005 roku. Posłużyła do zastąpienia chorego szpiku u chłopca z chorobą wrodzoną – niedokrwistością Fanconiego.

Jednakże w przypadkach chorób spowodowanych defektem komórki macierzystej (np.

ciężka niedokrwistość aplastyczna), chorób związanych z zaburzeniami spichrzania (np. adrenoleukodystrofia), dziedzicznych zaburzeń odporności (np. zespół Wiskotta-Aldricha) zastosowanie własnej krwi pępowinowej lub innego autologicznego – własnego źródła komórek macierzystych rzeczywiście nie ma sensu, ponieważ taka transplantacja nie doprowadzi do wyleczenia choroby podstawowej.

Biorąc od uwagę, że średni pojedynczy zabezpieczony materiał biologiczny wystarczy do pełnej rekonstrukcji układu krwiotworzenia u dziecka ważącego około 40 kg należy pamiętać, że w przypadku cięższego pacjenta można inne zgodne preparaty krwi pępowinowej z biorcą łączyć i podawać w zwielokrotnionej liczbie (przeszczepienie sekwencyjne), tak aby liczba przeszczepianych komórek macierzystych była odpowiednio proporcjonalna do ciężaru ciała chorego biorcy. Istnieje również możliwość łączenia porcji krwi pępowinowej i komórek macierzystych ze szpiku lub z krwi obwodowej po mobilizacji.

Ponadto na świecie wykonuje się już przeszczepienia z namnożonych poza organizmem komórek macierzystych krwi pępowinowej. W Polsce, jak na razie, technologia ta nie jest dostępna.

Rzeczywiście przechowywana krew pępowinowa, może posłużyć jedynie (bez wykonywania dodatkowych badań zgodności tkankowej) do leczenia pacjenta od którego została pobrana.

Po wykonaniu dodatkowych badań mających na celu potwierdzeniu zgodności (przy pomocy badań antygenów zgodności tkankowej – antygenów HLA) pomiędzy przechowywanym materiałem biologicznym a potencjalnym biorcą, może posłużyć również (ze statystycznym prawdopodobieństwem wynoszącym 25% dla dwojga rodzeństwa) choremu rodzeństwu.

W styczniu 2006 roku weszła w Polsce w życie nowa „Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek, komórek i narządów” Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z

2005 roku, regulująca m.in. działanie banków krwi pępowinowej. Ustawa ta jest znacznie rozszerzona polską implementacją Dyrektywy 2004/23/EC Europejskiego Parlamentu i Rady z dnia 31 marca 2004 roku. Obecnie Ministerstwo Zdrowia dopiero opracowuje rozporządzenia wykonawcze do tej ustawy, które powinny wejść w życie z dniem 31 grudnia 2006 roku.

Dotychczas komercyjne banki krwi pępowinowej działają na podstawie przepisów wydanych przez Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i Instytut Hematologii w publikacji pt „Krwiodawstwo i Krwiolecznictwo. Zbiór przepisów” Warszawa 2000 r., wyd. II, str. 164-178.

Dodatkowo jeden z komercyjnych banków krwi pępowinowej, traktujący bardzo poważnie swoją działalność w zakresie pobierania, preparatyki i mrożenia, posiada oprócz certyfikatu ISO 9001:2000 certyfikaty audytów przeprowadzonych przez powyższe instytucje opracowujące powyższe przepisy Krajowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i Instytut Hematologii. Działalność banków oparta na istniejących już przepisach, nie jest przeciwskazaniem prawnym do wykorzystania zgromadzonego tam materiału biologicznego przez ośrodek przeszczepowy, który w takim przypadku nie płaci za krew pępowinową w przeciwieństwie do banku publicznego, w którym ceny wahają się od 10 do 25 tysięcy euro.

Dysponentem krwi pępowinowej przechowywanej w komercyjnym banku są rodzice lub prawni opiekunowie dziecka od którego w dniu urodzin została pobrana krew pępowinowa a właścicielem – dziecko.

Przechowywana w banku komercyjnym krew pępowinowa po podjęciu decyzji przez dysponentów lub pełnoletniego właściciela może zostać przekazana do leczenia rodzeństwa pod warunkiem posiadania wspólnych rodziców przez chorego biorcę i potencjalnego dawcę. Dopiero po dodatkowym potwierdzeniu zgodności (przy pomocy badań antygenów zgodności tkankowej – antygenów HLA)

pomiędzy przechowywanym materiałem biologicznym a potencjalnym biorcą, krew pępowinowa może posłużyć do rekonstrukcji układu krwiotworzenia chorego rodzeństwa.

Dysponenci lub właściciel krwi pępowinowej mogą też przeznaczyć zabezpieczoną krew pępowinową swojego dziecka dla dowolnej osoby wymagającej przeszczepienia takiego właśnie rodzaju (zgodność, ilość komórek) materiału biologicznego. Komercyjny bank krwi pępowinowej może dostarczyć specjalistycznym transportem przechowywany materiał biologiczny do każdego uprawnionego ośrodka w Polsce, który podejmie się przeszczepienia przechowywanej krwi pępowinowej.

Aktualnie najczęstszym praktycznym zastosowaniem komórek macierzystych – krwiotwórczych krwi pępowinowej jest ich przeszczepienie

podczas leczenia choroby nowotworowej lub nienowotworowej (wrodzonej lub nabytej).

Dzisiaj, naukowcy z drugiej puli komórek macierzystych obecnej we krwi pępowinowej – tzw. komórek mezenchymalnych (niezróżnicowanych komórek dojrzałych tkanek, posiadających zdolność przekształcenia się w dojrzałe komórki tkanki z której się wywodzą) potrafią dodatkowo, na razie w warunkach laboratoryjnych uzyskiwać komórki mięśnia sercowego, kości, chrząstki, komórki tłuszczowe oraz spowodować ich różnicowanie (na modelu zwierzęcym) w kierunku komórek nerwowych i komórek wątroby.

Jako lekarz współpracujący z jednym z banków komercyjnych, z Polskim Bankiem Komórek Macierzystych uważam, że na problem bankowania krwi pępowinowej, w jakimkolwiek polskim banku składają się dwa

aspekty: prawny i medyczny. Sytuacja prawna być może zostanie wyjaśniona w Polsce już w przyszłym (2007) roku i prawdopodobnie będzie wiadomo, które komercyjne banki krwi pępowinowej spełniały i będą spełniać przepisy polskiego prawa. Aspekt medyczny czyli przydatność krwi pępowinowej dla osoby od której została pobrana lub innej (spokrewnionej lub niespokrewnionej) na pewno dzisiaj, pomimo istniejących już licznych wskazań do jej zastosowania w leczeniu, nie jest jeszcze do końca wyjaśniony. Wyjaśnianie będzie trwało tak długo, jak długo będzie trwał rozwój medycyny. I dlatego warto się zastanowić, aby w przyszłości nie żałować złej decyzji.

Dr n. med. Dariusz Borucki jest specjalistą chorób dziecięcych i transplantologii klinicznej, Polski Bank Komórek Macierzystych

Cierpienie – wyzwanie, przekleństwo czy łaska?

Wojciech Szczęsny

Zawód lekarza nierozzerwalnie łączy się z obserwacją cierpienia innych. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat stwierdzono nawet, że nie jest to tylko czysta obserwacja, ale i w pewnym sensie doświadczanie tego własną osobą, co przejawia się zespołem wypalenia zawodowego. Przed trzydziestu laty w literaturze psychologicznej pojawiło się pojęcie „burnout” użyte wówczas przez J. H. Freudenberga i Ch. Maslach. Warto wspomnieć tu może postać dr. Judyma, który ostatnio ma złą prasę wśród reformatorów i związkowców (bo leczył za darmo), lecz opis jego doświadczeń zawodowych połączonych z przeżyciami typu *cherchez la femme*, wskazuje iż przechodził nienazwany jeszcze wówczas zespół. Niemoc wobec nieuchronności śmierci i cierpienia powoduje znaczne zmiany w psychice tych, którzy stawieni są na niesienie pomocy. Następstwem może być zmiana postawy wobec bliźnich, spływanie kontaktu z innymi, cynizm, drażliwość i impulsywność, a nawet objawy chorób psychosomatycznych. Do tej pory pojawiły się setki artykułów dotyczących tematu. Mnożą się poradniki informujące jak uniknąć owego zespołu. Nie wiem na ile są skuteczne, ale na pewno nie zlikwidują zjawiska cierpienia i reakcji tych, którzy muszą je na co dzień obserwować. Czym zatem jest cierpienie? Następstwem choroby czy innych nieszczęśliwych zdarzeń, karą za grzechy, znakiem danym przez Boga, czy punktem, od którego należy zacząć nowe życie? Czy ktoś zna odpowiedź? Chyba nie.

Jak głosi Pismo Święte, w Rajskim Ogrodzie, Adam i Ewa nie znali cierpienia. Ich szczęście miało jednak cenę, jaką był brak możliwości korzystania z owoców drzewa życia i korzystania ze wszystkich dóbr na równi z Bogiem. Utraciwszy poprzez podstęp szatana, a może i ludzką ciekawość przywileje życia w Raju, poznali całe zło świata. Stali się nadzy, śmiertelni i narażeni na choroby i inne nieszczęścia. Bóg

zapowiedział Pierwszym Rodzicom trud i cierpienia, jakie czekają ich poza Edenem. Owe boskie słowa dla wielu w przeszłości, jak również współcześnie stały się wytłumaczeniem wszelkich plag, jakie dotykały i dotykają ludzkość. Także śmierć, nawet dzieci, tłumaczona była poprzez przysąd grzechu pierworodnego. Do dziś na grobach czytamy ów cytat z Księgi Hioba „Bóg dał, Bóg wziął. To się stało, co się Bogu spodobało.”

Nie można jednak rozpatrywać stosunku ludzi do cierpienia, nie zdefiniowawszy uprzednio tego pojęcia. „Inny Słownik Języka Polskiego” (PWN 2000) definiuje je jako: „stan, w którym czujemy się bardzo nieszczęśliwi, zwykle spowodowany czymś złym, co nas spotkało” lub jako „stan, w którym bardzo boli nas jakaś część ciała i nie potrafimy usunąć bólu”. Zarysowuje się już więc dualistyczny cielesno-duchowy charakter cierpienia. Współczesna neurofizjologia, potrafi za pomocą skomplikowanej aparatury zdefiniować obszary mózgu i substancje odpowiedzialne za powstawanie odczuwania cierpienia. Prawdopodobnie, gdyby zbadać aktywność elektryczną owych obszarów i poziom pewnych neurotransmiterów u dziecka, któremu chuligan rozbił babkę z piasku nad brzegiem morza i matki, której zmarło dziecko byłyby one takie same. Powstaje jednak fundamentalne pytanie, czy można cierpienie traktować li tylko w kategoriach fizjologicznych. Odpowiedź, choć wydaje się oczywista, nie jest jednoznaczna. Poznanie neurofizjologicznych podstaw cierpienia, umożliwiło stworzenie leków niwelujących zarówno ostry i przewlekły ból, jak i ten wynikający z przyczyn pozacielesnych. Któż bowiem sięgałby po narkotyki, gdyby ich użycie łączyło się



z bólem? Jeśli można więc oszukać ciało, może i dusza jest „łatwowiejsza”?

Ból fizyczny towarzyszy większości chorób. Z punktu widzenia ewolucyjno-fizjologicznego jest sygnałem ostrzegawczym przed zagrożeniem lub rozpoczynającą się chorobą. Ból ostry jest zazwyczaj łatwy do złagodzenia czy to poprzez środki przeciwbólowe czy to przez działania z zakresu chirurgii. Współcześnie i przewlekły ból nawet pochodzenia nowotworowego jest możliwy do uśmierzania. Większość z pacjentów na wieczornych wizytach domaga się na noc „czegoś na sen i przeciwbólowo”. Strach przed bólem potrafi złamać wiele, nawet twardych charakterów. Nawet Chrystus na kilka godzin przed ukrzyżowaniem pytał Boga Ojca czy może zabrać kielich goryczy. Tak więc prawdopodobnie ów strach i owo cierpienie rozróżnia bogów od ludzi.

Dla miliardów ludzi wiara w siły nadprzyrodzone jest orężem w walce z codziennymi przeciwnościami losu i wielkimi tragediami. Większość religii, obiecuje swoim prawowiernym wyznawcom życie pozagrobowe, będące w pewnym uproszczeniu tym, co utracili Adam i Ewa, czyli Rajem. Grzeszników i niedowiarów czeka Piekło i potępienie wieczne. Mimo tak kuszących perspektyw, większość ludzi robi wszystko, żeby przedłużyć sobie życie na Ziemi. Istnieje zatem jakaś subtelna sfera niedowierzania. Hiob zawierzył Bogu całkowicie. Choć ten pozbawił go wszystkiego prócz życia, nie złorzeczył mu, przyjmując swe cierpienie z pokorą. Bóg co prawda wynagrodził Hiobowi (z nawiązką) wszelkie straty, pozostaje jednak pytanie czy narodziny nowego dziecka całkowicie zniosą cierpienie po utracie poprzedniego. Współcześnie Kościół nawołuje do ofiarowania swego cierpienia, na wzór Chrystusowego, za innych. Skrajnym przypadkiem może być ofiarowanie swojego życia za innych. Pismo mówi: „Bo nie ma większej miłości, niż ta, jeśli kto życie swoje oddaje za przyjaciół swoich”. Przykłady takie można by mnożyć. Poświęcenie św. Maksymiliana Kolbe, czy bardziej współcześnie nowojorskich strażaków z World Trade Center mówią same za siebie. Nie każdemu jednak dana jest łaska umiejętności wybaczenia czy pogodzenia się z własnym losem. W historii świata wielu ludzi umierało przeklinając w godzinie śmierci imiona Boga i ludzi. W filmie Milosza Formana „Amadeusz”, kompozytor Salieri zrozumiał swoją nicość wobec talentu Mo-

zarta wypowiada Bogu wojnę, paląc krucyfiks w kominku. Nie potrafił zrozumieć, że Bóg obdarował talentem młodego geniusza, nieprzestrzegającego wielu nakazów Dekalogu, a nie jego wiernego sługi Kościoła i Boga.

Sienkiewiczowski bohater Pan Michał Wołodyjowski utracił swą ukochaną bluźnił Bogu, a zrozumiałszy swój grzech wstąpił do klasztoru. Jak się stamtąd wyostał to już inna historia. Nie tylko fikcyjni bohaterowie przeżywali dylematy wiary i cierpienia. Wiele ludzi utracił kogoś lub coś, co kochali najbardziej ze wszystkiego, odizolowali się od świata w klasztorach czy innych miejscach odosobnienia. Kilku bohaterów z filmów K. Zanussiego, tam właśnie poszukuje sensu życia. Powstaje jednak w tym miejscu pytanie czy nie jest to ucieczka od okrutnej rzeczywistości. Zbrodniarz hitlerowski, Gubernator Hans Frank w czasie Procesu Norymberskiego, zwrócił się ku wierze, stając się żarliwym chrześcijaninem. Świadkowie owych wydarzeń twierdzą, że nie była to gra, gdyż wyrok śmierci w jego wypadku był pewny. Inni zbrodniarze, jak choćby sądzony w Izraelu, Adolf Eichmann, do końca byli przekonani o słuszności swojego postępowania. Co ciekawe wielu z nich spełniało wszystkie obowiązki katolika, może z wyjątkiem przestrzegania piątego przykazania.

Nie można się dziwić, że straciło wiarę wielu więźniów obozów koncentracyjnych, na oczach których dokonana się największa zbrodnia w dziejach świata. Nie potrzeba jednak odwoływać się aż do tak skrajnych

przeżyć. Urządzenie świata, opiera się na cierpieniu i śmierci. Aby przeżyć, jedno zwierzę musi zabić drugie. W chwili gdy piszę te słowa, tysiące istnień ginie w paszczach innych, a tysiące ludzi umiera z głodu i pragnienia. Można więc zapytać o sens cierpienia, które zostało stworzone według religii przez istotę wszechmocną i wszechdobłą. Jeśli nawet cierpienie ludzi jest karą za grzech Pierwszych Rodziców, zwierzęta są wyłączone z boskiego planu zbawienia. Czym więc uzasadnione jest ich cierpienie?

Obserwacje owe doprowadziły wielu ludzi do własnej interpretacji Pisma, czy wręcz stały się początkiem innych religii. Dla innych obserwacja świata w jego ziemskiej postaci, stała się początkiem niewiary. I nie muszą temu towarzyszyć żadne traumatyczne przeżycia.

Dla wielu ludzi wiara jest pomocna w przeżywaniu ciężkiej choroby. Co więcej, udowodniono, że pozytywne nastawienie do stosowanej kuracji, pomaga osiągnąć sukces. Bez znaczenia jest, czy wierzymy w Boga, Allacha, czy drzewa w puszczy amazońskiej. Istotna jest wiara jako taka. Stąd też niekiedy zachodzą zjawiska, które wydają się cudami, a które są jedynie efektem działania fizjologicznych mechanizmów obronnych człowieka. Jeśli jednak tak jest niech każdy wierzy w to, co chce i pozwala drugiemu na to samo. Wtedy może spełni się owa przepowiednia, że jagnię siądzie bezpiecznie obok lwa, a człowiek nie zabije drugiego w imię swojej wiary.

Dr Wojciech Szczepny jest wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.

Program Erasmus-Socrates w Collegium Medicum

Europejski System Transferu Punktów (ECTS, European Credit Transfer System) został wprowadzony w 1989 roku w ramach programu Erasmus. Jego celem było ułatwienie uznawania okresów studiów odbywanych przez studentów za granicą poprzez transfer punktów. ECTS został uznany za jeden z fundamentów Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego przez 40 krajów-sygnatariuszy Procesu

Bolońskiego. Aktualnie realizacja studiów zagranicznych odbywa się poprzez program Erasmus/Socrates, finansowany przez Unię Europejską, oparty na realizacji umów dwustronnych pomiędzy zainteresowanymi uczelniami z różnych krajów, pozwalający na studiowanie w uczelni zagranicznej.

W roku akademickim 2005/2006 zaszczytu i trudów studiowania medycyny za granicą podjęli się pierwsi studenci Wydziału Lekar-

skiego. Zdobycie tych doświadczeń zostało opłacone wielkim wysiłkiem, własnym i ich rodzin. Dzisiaj są jednak ekspertami w tej dziedzinie i dzielą się swoimi wrażeniami z czytelnikami Wiadomości Akademickich.

dr hab. med. Jan Styczyński jest koordynatorem Programu Erasmus/Socrates na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum.

Soy ERASMUS! (jestem Erasmusem!)

Katarzyna Sokołowska

Te dwa proste słowa pozostaną w mojej pamięci jak wyryte w kamieniu, a także w pamięci wielu takich jak ja studentów, którzy zaryzykowali przygodę studenckiego życia. Słowa, które towarzyszyły Nam przez cały ten czas i otworzyły niejedne drzwi.

Co znaczy być „Erasmusem”?

Oznacza to otrzymać stypendium programu Sokrates/Erasmus i w ramach tegoż programu wyjechać na określony okres czasu (od 3 do 10 miesięcy) do uczelni partnerskiej - tam studiować i co za tym idzie, zdawać egz-

zaminy. Studiuje się zazwyczaj przedmioty, które powinno się realizować na swojej uczelni z tą jednak różnicą, że wszystko odbywa się w języku danego kraju lub w określonych przypadkach - w języku angielskim. Patrząc na temat bardziej życiowo - oznacza to znaleźć się w międzynarodowym gronie ludzi w tej samej sytuacji - daleko od domu, w większości nie znających języka i stojących przed nowymi wyzwaniem.

„I co ja tu robię?”

Dzień 15 września 2005 roku wydawać by

się mógł całkiem normalnym dniem - część moich znajomych z roku bawiła się jeszcze na wakacjach, inni dzielnie uczyli się do „patomorfologii”, niektórzy pisali poprawkę z „nefrologii”, a ja - zaczynałam moją „hiszpańską przygodę” z uśmiechem na ustach i brzmącym w moich uszach „to się musi udać”. Koło północy dojechałam wreszcie do Salamanki - miasta, w którym miałam żyć przez najbliższy rok. Wyszłam z dworca autobusowego i wtedy tak naprawdę zrozumiałam, że jestem sama w obcym mieście, w obcym kraju, nie znam nikogo, a na dodatek mój hiszpański

pozostawia wiele do życzenia (angielski w Hiszpanii jest prawie bezużyteczny). Czy się bałam? Kto by się nie bał!!!

„I will survive”

Pierwsze dni były tak pełne wrażeń, że nawet nie zauważyłam kiedy udało mi się zrobić tyle rzeczy pierwszy raz :). Pierwsze „Erasmus Party”, pierwsi znajomi, zwiedzanie miasta, pierwsze zajęcia i problemy nie tylko językowe. Ale nikt nie obiecywał, że zawsze będzie łatwo i pięknie! Udało mi się poznać w tym czasie wiele osób, które stały się moimi przyjaciółmi i moją rodziną w Salamance. To dzięki nim w te wszystkie ciężkie chwile, kiedy to wydawało się, że to niemożliwe, by sobie poradzić - nie poddałam się, bo razem staraliśmy się dodawać sobie odwagi! Na pierwszych imprezach dla Erasmusów - tzw. „Erasmus party” często grano utwór śpiewany przez Glorię Gaynor - „I will survive”. Nie wiem czy to tak specjalnie, czy może przez przypadek, ale właśnie ta a nie inna piosenka stała się naszym nieoficjalnym hymnem :) i zawsze już będzie mi się kojarzyć z tą siłą jaką dają ludzie!

„Przepraszam, jakie to zajęcia?”

Strona uniwersytecka wyglądała z początku niezbyt różowo. Wraz z otrzymaniem planu zajęć okazało się, że w kilku miejscach wykłady pokrywają się (mój plan składał się z przedmiotów z 4 i 5 roku medycyny na Uniwersytecie w Salamance) i nie będę w stanie być w dwóch miejscach jednocześnie. Na szczęście profesorowie nie mieli problemu ze zrozumieniem sytuacji - w końcu „soy Erasmus”. No i oczywiście nie było mowy o zajęciach w innym języku niż hiszpański.

Godzinowo każdy dzień wyglądał podobnie - wykłady od godziny 8:00 do 9:00 lub 10:00, potem zajęcia praktyczne w szpitalu i od 13:00 znowu wykłady do 14:00 lub 15:00. Wykłady podobne do naszych - zazwyczaj prezentacja w programie „Power Point”. W większości przypadków jej przedruk dostępny był później do skserowania w oficjalnym punkcie ksero fakultetu. Często także pokazywane były filmy lub zdjęcia, by łatwiej było zrozumieć temat. Jednak wszystko zależało od profesora-wykładowcy. Niektórzy prowadzili zajęcia bez żadnych pomocy i wtedy to nam-Erasmusom było najtrudniej cokolwiek zrozumieć. Zajęcia praktyczne przy łóżku pacjenta były podobne do zajęć prowadzonych na naszej Uczelni.

Spokojnie to tylko egzamin!

To się musiało tak skończyć. Nawet się nie obejrzelśmy, a trzeba się było wziąć porządnie za naukę, bo wszystkie egzaminy były przeprowadzane w czasie 2 tygodni i nie było mowy o innym terminie. Mój rekord to 4 egzaminy w ciągu 6 dni. Zaczęły się długie godziny spędzane w bibliotece i wiele filiżanek kawy wypitych w uniwersyteckiej kawiarni. Po pewnym czasie już nas znali na tyle, że tylko pytali czy to samo co zwykle. Odbywaliśmy także długie rozmowy z profesorami



Katarzyna Sokołowska (w środku)

na temat typu egzaminu. Normalnie każdy egzamin składa się z 3 części: testu, krótkich pytań i przypadku klinicznego do analizy. W związku, przede wszystkim z trudnościami językowymi, wielu wykładowców zgadzało się odejść od reguły i przeprowadzić dla Nas (Erasmusów) egzaminy ustne, które wbrew pozorom nie były wcale łatwiejsze. Jednak byli i tacy, którzy zdecydowanie nie przepadali za Nami i nie chcieli słyszeć o ustępstwach! Ciekawą stroną hiszpańskich egzaminów było to, że nie obowiązywał żaden specjalny ubiór - także na egzaminy ustne studenci przychodzili po prostu normalnie ubrani.

Jak w domu...

Drugi semestr był zupełnie inny od pierwszego. Hiszpański stał się moim drugim językiem, a Salamanka moim drugim domem. Miałam moją „rodzinę”, znajomych na uczelni i poza nią, ulubione miejsca, ulubione bary - po prostu żyłam pełnią życia. Uniwersytet i zajęcia już nie były takie straszne :) Udało mi się zacząć upragniony kurs tańca flamenco, a także poznać trochę - organizowaliśmy weekendowe wypadki w różne części Hiszpanii. Po prostu: żyć nie umierać!

Wszystko co dobre za szybko się kończy!

Początek maja był dla mnie i dla wielu moich przyjaciół początkiem końca. To właśnie w tym miesiącu zdaliśmy sobie sprawę, że już niewiele czasu nam zostało i że lada dzień będziemy musieli się pożegnać. Wszystko za sprawą różnej długości stypendiów. Każdego tygodnia moja „rodzina” i grono znajomych kurczyło się. Co chwilę trzeba było

kogoś żegnać na dworcu autobusowym. Był to nie tylko czas pożegnań, ale i kolejna sesja egzaminacyjna - ale chyba dla nikogo nie było to aż tak ważne jak ludzie, którym musiało się powiedzieć „DO WIDZENIA” (NIGDY „Żegnaj”). W połowie czerwca zostałam tylko ja i moje dwie przyjaciółki. Było nam niewyobrażalnie smutno, ale każda z Nas wiedziała, że to dopiero początek czegoś większego i trwalszego.

Koniec i początek

Kiedy 1 lipca 2006 roku opuszczałam Salamankę, nie było tu już nikogo z moich bliskich. Po raz kolejny stanęłam na dworcu autobusowym - tym razem już nie tak obcym jak 9 miesięcy wcześniej. Znowu byłam sama, ale tylko teoretycznie - bo w głębi serca miałam wszystkie osoby i doświadczenia minionego okresu, na ustach uśmiech, a w uszach „udało się!”.

Był to zdecydowanie najlepszy rok w moim życiu i mimo, że moje stypendium już się skończyło - jestem i będę Erasmusem - tego już nie da się zmienić :).

Katarzyna Sokołowska jest studentką V roku Wydziału Lekarskiego



Salamanca - Fakultet Medyczny

Socrates/Erasmus – kilka słów po powrocie

Mateusz Orzalkiewicz

Program Socrates/Erasmus stwarza możliwość odbycia części studiów na uczelni zagranicznej. Skorzystałem z tej sposobności i od stycznia do czerwca 2006 r. studiowałem medycynę w Hiszpanii, a teraz, po powrocie postanowiłem podzielić się z Czytelnikami swoimi wrażeniami oraz praktycznymi informacjami.

Jak wyjechałem? W październiku ubiegłego roku na stronie internetowej Naszej Uczelni znalazłem informację o programie i możliwości wyjazdu. Zainteresowany poszedłem na zebranie dla chcących wyjechać – obecność na zebraniu obowiązkowa. Następnie kwalifikacja – egzamin z języka angielskiego oraz średnia z całego okresu studiów. Do wyboru miałem kilka uniwersytetów. Salamanca (piękne miasto, Uniwersytet z tradycjami) wydała mi się najciekawszą propozycją. Po kwalifikacji, z powodu innego systemu studiowania w Polsce i w Hiszpanii (brak systemu blokowego), konieczne było dostosowanie planu zajęć, co nie było sprawą prostą.

I tak znalazłem się w Salamance. Mieszkania każdy szuka na własną rękę. Można zrobić to dopiero po przyjeździe, a pierwsze dni spędzić w jednym z licznych studenckich hosteli. Mnie udało się wynająć mieszkanie poprzez studentów, którzy wyjechali z UMK na wymianę na I semestr (serdecznie dziękuję Asi Pawełczak ze Stosunków Międzynarodowych z UMK za nieocenioną pomoc w tych pierwszych najtrudniejszych dniach). Akademiki kosztują o wiele więcej i dlatego większość studentów wynajmuje mieszkania.

W lutym początek semestru i wielka wiadomość przed pierwszym dniem zajęć. Jednak droga do szkoły wśród pięknych zabytkowych kościołów i kamienic okazała się być prawdziwą przyjemnością. Wykłady od 8.00, następnie praktyki w szpitalu (na jednego lekarza przypada jeden student – co daje duży komfort zajęć) i ponownie wykłady aż do jeszty. Wykładowcy, jak wszędzie – różni, jednak bardzo mi się podobało całościowe podejście do problemów medycznych oraz częste ilustrowanie teorii przypadkami klinicznymi. Początkowo bez dobrej znajomości hiszpańskiego czułem się niepewnie, jednak w ciągu kilku tygodni udało mi się opanować ten język w stopniu umożliwiającym swobodną komunikację oraz późniejsze zdawanie egzaminów. Dopiero w Hiszpanii przekonałem się, że językiem angielskim nie można porozumieć się na całym świecie. W czerwcu odbyła się sesja. Egzaminy zdawaliśmy w różnych formach: opisowa z Psychiatrii, ustna z Chorób zakaźnych i Gastroenterologii oraz testowa z pozostałych przedmiotów. Na testach są odejmowane punkty za błędne odpowiedzi, dlatego trzeba mieć się na baczności.)

Kuchnia hiszpańska jest odmienna od naszej rodzimej. W stołówkach studenckich zawsze wybierałem dania „uniwersalne”, ale dla lubiących eksperymentować z owocami morza lub innymi przysmakami kuchni śródziemnomorskiej otwarte pole do działania. Dla mnie także nadszedł znakomity czas, aby nauczyć się sztuki gotowania...

A co poza samym studiowaniem? Salamanka jest miastem przez studentów i dla studentów. Każdego roku przyjeżdżają tu tysiące takich jak ja z całego świata. Miasto jest mieszkanką języków i kultur z całego globu. Ogromny wybór rozmaitych rozrywek dla ciała jak i dla ducha. Liczne w mieście zabytki, ze Starą i Nową Katedrą oraz Bramą Uniwersytecką na czele, kina i teatry, a w ramach zajęć sportowych dla studentów Uniwersytetu, za niewielką opłatą, zajęcia dodatkowe od jazdy konnej aż po kursy flamenco.

A nocą Salamanka żyje pełnią życia – setki klubów gdzie zabawa trwa do białego rana. Hiszpanie potrafią się długo i dobrze bawić...

Podczas wakacji wielkanocnych wybrałem się wraz z grupą znajomych na południe Hiszpanii, gdzie zwiedziliśmy m.in. Kordobę, Sewillę, Kadyks, a także zawitaliśmy na kilka dni do Maroka. Wycieczka obfitowała w wiele przygód...

Wyjazd zarówno pod względem naukowym jak i osobistym uważam za bardzo udany. Była to wspaniała przygoda i cenne doświadczenie życiowe – zachęcam i gorąco polecam.

Chciałbym bardzo mocno podziękować koordynatorowi programu Socrates/Erasmus na Wydziale Lekarskim Panu dr. hab. med. Janowi Styczyńskiemu za poświęcony mi czas i okazaną pomoc - zarówno przed i w trakcie wyjazdu, jak i po powrocie.

Mateusz Orzalkiewicz jest studentem VI roku Wydziału Lekarskiego.

98 dni w krainie świętej Zofii*

relacja z pobytu na stypendium Sokrates/Erasmus na Uniwersytecie Medycznym w Plovdiv

Anna Lichsztełd

Michał Szymczak

Wyjazd na stypendium zagraniczne podczas studiów to różnorodne korzyści. Od ciekawej informacji do wpisania w CV (dla tych, którzy chcą się zmierzyć z niejednym procesem rekrutacyjnym, walcząc o lepszy status zawodowy), przez możliwość poznania odmiennej kultury, mentalności, aż po doskonalenie języka obcego (z naciskiem rzecz jasna na język angielski) i poznanie innych systemów opieki zdrowotnej, skrajnie odmiennych od znanych nam z polskich realiów. To także możliwość zobaczenia sposobów leczenia w innych, niekoniecznie lepiej rozwiniętych krajach niż nasz, czy ujrzenia na własne oczy przypadków klinicznych chorób w Polsce nie spotykanych.

Wbrew pozorom wyjazd na stypendium zagraniczne nie jest czymś tylko dla wybranej, zamkniętej grupy osób. Tym bardziej, nie jest to trofeum przypadające tylko dzięki znajomościom i układom. Wystarczy trochę solidnej pracy, szczerzej chęci wyjazdu i gotowe. Solidna

praca zaczyna się już na kilka miesięcy, jeśli nie na rok, przed wyjazdem. Złożenie ankiety aplikacyjnej do uczelnianego biura programu Sokrates/Erasmus to tylko początek. Trzeba też się liczyć z indywidualnym trybem studiów (regulaminowo przewidzianym dla wyjeżdżających na stypendia zagraniczne, więc bez obaw, że to tylko dla tych z najlepszą średnią!). Do tego zajęcia w różnych grupach, czasem komplikacje sesyjne (egzaminy indywidualne, często dzień przed lub po innych zaliczeniach). Dobór przedmiotów na uczelni zagranicznej, tak by zaliczyć rok dzięki przedmiotom odbytym w Polsce i tam, dokąd zmierzamy, nie jest sprawą prostą. Liczenie punktów ECTS, wpasowywanie przedmiotów w dany semestr, porównywanie planów nauczania itd. Na chętnych czeka jeszcze egzamin z języka angielskiego lub innego, który jest wykładowym na danej uczelni. Ci którzy na lektoracie na studiach nie spali, albo nie czytali skryptów z anatomii, nie powinni się o nic martwić.



Nad morzem

Potem już tylko wiza (nie wszędzie wymagana, ale warto o tym pomyśleć na 2-3 miesiące przed wyjazdem), podpisanie umowy z Dziekanem, wniosek o zwrot połowy kosztów przejazdu do prorektora d.s. studenckich (tak, tak wyjazd wcale nie będzie nas tak wiele kosztował!), bilet i jedziemy (względnie lecimy). Warto dodać, że w przypadku Bułgarii wiza jest kiepskim pomysłem który komplikuje możliwość wyjazdu np. na święta czy turystycznie do Grecji lub Turcji.

My, do Plovdiv w Bułgarii wyjechaliśmy na trzy miesiące semestru letniego 2005/2006, na swoim czwartym roku studiów. Z Bydgoszczy jechaliśmy we trójkę, wszyscy znaliśmy się od lat, jeszcze z liceum i podstawówki.

Na miejscu, na lotnisku (droższa wersja podróży, ale dwu, a nie 30 godzinna, jak autobusem) czekało na nas dwóch plovdivskich studentów. Znajomość z nimi przetrwała całe 3 miesiące (na marginesie wielkie dzięki, bez takiej pomocy, byłoby ciężko). Uczelnia, do której jechaliśmy leży około 160 km od Sofii, gdzie wylądowaliśmy. Bardzo miło zaskoczono nas podstawieniem transportu – busa, który odwiózł nas (oraz 2 innych studentów Zdrowia Publicznego z Nysy, którzy studiowali razem z nami) pod sam akademik. I tu pierwszy poważny problem – język. Dookoła, poza wspomnianym Peterem i Danielem, wszyscy mówili po bułgarsku. Wiele osób nie zdaje sobie z tego sprawy, skoro jedziemy studiować w języku angielskim to nie powinno być przecież problemów językowych. Ale wyjazd to nie tylko uczelnia, to masa codziennych spraw które trzeba załatwić: zakupy, wizyta u optyka, krawca, w urzędzie meldunkowym – to może śmieszne, ale z dala od domu może okazać się potrzebne. Na szczęście uczelnia zorganizowała nam od samego początku bezpłatny kurs języka bułgarskiego, dzięki któremu nowo poznani tubylcy myśleli po jakimś czasie, że studiuje my bułgarystykę. Polecamy kurs języka danego kraju przed wyjazdem (organizowane są w ramach programu Socrates/Erasmus), sami nie skorzystaliśmy, ale widać że bardzo ułatwiłoby to nam początki pobytu. Poza tym bułgarski jest piękny!

Niemiałym zaskoczeniem był akademik. Zbite lustro, odpadające tynki, wszechobecny brud, nieszczelne okna. Przez pierwszych kilka dni chcieliśmy stamtąd uciec, zmienić akademik, czy nawet wrócić do Polski, ale po kilku tygodniach ten sam akademik był ukończonym *home sweet home*. Tym bardziej, że były też zalety: dwuosobowe pokoje bliźniaki łączone łazienką z prysznicem, toaletą i innymi zbytkami cywilizacji, których nie można było znaleźć w innych akademikach. Co ważne akademik mieliśmy nieodpłatnie.

Po kilku dniach pobytu spotkaliśmy się z naszą koordynatorką – doc. Despotową – Tolevą. Przemiała kobieta. Zresztą Bułgarzy, jako że to naród południowy, są ludźmi bardzo sympatycznymi, życzliwie nastawionymi i skorymi rozwiązać każdy problem. Urzekło nas to ogromnie, zarówno wśród wykładowców, jak i studentów. Południowy styl bycia to także godzinna prze-



Autorzy relacji ze znajomymi

rwą w pracy, ciągle picie kawy i spędzanie wielu długich godzin w kawiarniach i restauracjach. To, co nas uderzyło w bułgarskiej codzienności to: duża ilość pitych jogurtów i wody mineralnej, ludzie zajądający się nasionami dyni, słonecznika, orzechami siedzący przed swoimi domami na każdej ulicy, także w centrum oraz kierowcy (szczególnie taksówkarze), którzy nie mają w zwyczaju respektować przepisów drogowych.

Bułgaria, mimo, że już w 2007 lub 2008 roku ma wejść do Unii Europejskiej, jest w naszym odczuciu krajem o dużo niższym od polskiego standardzie życia. Bardzo dobrze obrazuje to stan sprzętowy szpitala uniwersyteckiego, w drugim pod względem wielkości mieście Bułgarii (mowa rzecz jasna o Plovdiv). Brak jest wielu rzeczy, od jednorazowych rękawiczek po talerze w szpitalnych kuchniach. Na wielkie miasto przypada jeden rezonans magnetyczny i jeden tomograf. Szpitale są urządzone skromnie, a ich wyposażenie pamięta z całą pewnością lata świetności poprzedniego układu politycznego. Jednak mimo tak wielu braków, lekarze i cały personel medyczny radzą sobie z leczeniem pacjentów. Zobaczyliśmy więc jak można rozwiązać wiele problemów medycznych nie posiadając „odpowiedniego” jak nam się wydawało sprzętu.

Wykładowcy, z którymi mieliśmy zajęcia w zdecydowanej mierze bardzo dobrze mówili po angielsku. Wszyscy zawsze mieli dla nas czas, odpowiadali na wszystkie pytania (także te czysto prywatne, graniczące z ciekawością), chętnie pokazywali przypadki kliniczne. Mieliśmy okazję poznać trochę odmienne spojrzenie na nauczanie medycyny oraz zobaczyć choroby o których u nas tylko się czyta, np. dużym problemem w Bułgarii jest zakażenie echinokokowe. Jest to też rejon występowania nefropatii bałkańskiej, w Polsce niespotykanej.

Zajęcia trwały w zależności od wybranych przedmiotów, od trzech godzin dziennie nawet do 8-9, z przerwą na obiad. Odbywały się systemem ciągłym, a nie blokami. Tak jak

u nas wykłady są tam nieobowiązkowe, a ćwiczenia to zajęcia obowiązkowe. Spóźnianie się na nie jest wśród Bułgarów normą, więc nasza punktualność działała bardzo na naszą korzyść, po wielokroć była też podkreślana. Ćwiczenia wyróżniał duży kontakt z pacjentami. Podobny zresztą do tego, jaki mamy w rodzimej uczelni (badanie podmiotowe, przedmiotowe, dyskusja przypadku klinicznego). Zazwyczaj przedpołudnie (8-12) to właśnie zajęcia praktyczne, zaś godziny popołudniowe, czasem nawet wieczorne, zajęte są przez wykłady.

Pobyt przez trzy miesiące w obcym kraju dał liczne okazje do skutecznego zakochania się w nim. W odmiennej kulturze i sposobie bycia. Dał obiektywne spojrzenie na inny system leczenia, organizacji studiów. Wreszcie stał się możliwością do turystycznych wojaży.

Pobyt na zagranicznej uczelni to nie tylko nauka. Weekendy, przerwa wielkanocna (oczywiście prawosławna) to doskonała okazja do zwiedzania. Odwiedziliśmy bułgarskie góry, stolicę, najbardziej znane monasterium oraz miejscowości. W ostatnim tygodniu, po szczęśliwie zakończonej sesji, udało nam się też na blisko tydzień wyjechać nad Morze Czarne. W naszym przypadku to były pierwsze w życiu kąpiele w tak ciepłym morzu i pierwsze tak poważne oparzenia słoneczne na plecach.

Na koniec, kilka słów o sprawach finansowych, dotyczących samego wyjazdu, jak i życia w Bułgarii. W naszym odczuciu Bułgaria nie jest krajem tanim, a już na pewno nie tańszym od Polski. Miesiąc w Plovdiv (mimo darmowego akademika) to około 1.000 złotych. Bilet lotniczy w obie strony 1.500 zł, bilet normalny w autobusie miejskim – 1,20 zł. Jednym z absurdów Bułgarii są taksówki tańsze (w 3 osoby) od autobusów. Często z nich korzystaliśmy. Tym bardziej, że wszystkie, zupełnie jak w Nowym Jorku są koloru żółtego, co dawało uczucie amerykańskości.

Po trzech miesiącach w Bułgarii, żyjąc tam zupełnie jak jej mieszkańcy, przyznaliśmy rację jednej z wielu poznanych tam Polek,

mieszkającej w Płowdiv od ponad 30 lat, że w Bułgarii nie sposób nie narzekać na wiele spraw, gdyż faktycznie wymagają one zmian, ale także nie sposób w tym kraju się nie zakochać i na pewno trzeba tam wrócić. Taką też mamy nadzieję.

Całą trójką chcielibyśmy serdecznie podziękować dr. hab. Janowi Styczyńskiemu za pomoc. Przed wyjazdem. W trakcie pobytu w Bułgarii w trudnych sytuacjach, których nigdy nie da się uniknąć. Po powrocie w załtwieniu wszystkich formalności.

Anna Lichszeld i Michał Szymczak są studentami V roku kierunku lekarskiego.

* św. Zofia (bułg. Sofija) – patronka Bułgarii i jej stolicy o tej samej nazwie, pochodzi od słowa sophia oznaczającego „mądrość”. W ikonografii św. Zofia przedstawiana jest w otoczeniu trzech córek: Wiary Nadziei i Miłości, które według opowieści poniosły męczeńską śmierć ze swoją matką.

„Opowieści z krainy Muminków”

Urszula Deczyńska, Elżbieta Jarecka, Aleksandra Wodarska

Drogi czytelniku, spójrz na zegarek. Paljonko kello on? (Która jest godzina?) W Finlandii jest już godzinę później. Tam nie tylko czas różni się od polskiego... W Finlandii nie zawsze po dniu jest noc, a po nocy dzień. Wyobraź sobie noc, po której nie przychodzi słoneczny poranek i dzień, po którym nie zapada zmrok przechodzący w ciemną noc. Bez zegarka ciężko byłoby ocenić, czy już skończyła się noc i zaczyna dzień i vice versa. Wyobraź sobie, że jesteś w Finlandii i jest teraz zimowy poranek... Słyszysz dźwięk budzika oznajmującego, że już czas wstać i udać się na zajęcia. Patrzysz przez okno i widzisz duży księżyc na ciemnym niebie i pomarańczowe światła przydrożnych latarni odbijające się w wysokich zaspach śniegu. W drodze na zajęcia słyszysz dźwięk trzeszczącego pod butami śniegu i czujesz przeszywające zimno. Blisko -30 stopniowy mróz daje znać o swojej obecności pokrywając Twoje rzęsy szronem. Gdy po południu, po zakończonych zajęciach wracasz do domu, jest równie ciemno i zimno, jak wtedy gdy siedział na uczelni. Czas gdy nie jest ciemno trwa zaledwie parę godzin, więc może się zdarzyć, że będąc na zajęciach po prostu się go nie zauważy. Przez pewien czas, słowa „poranek”, „dzień”, „wieczór”, czy „noc” tracą swoje dotychczasowe znaczenie. Mija kilka miesięcy... Jest godzina trzecia w nocy. Spoglądając przez okno widzisz jasno-niebieskie niebo, zielone drzewa, choć jeszcze gdzieś gdzieś leżą pozostałości śniegu. Słyszysz śpiew ptaków. Gdy w Finlandii nadchodzą „białe noce” nie tylko ptaki nie śpią. Dzień miesza się z nocą, a noc z dniem, więc i rytm życia mieszkańców się zmienia. Odwiedziny znajomych w ‘środku nocy’ nie są dla Finów niczym zaskakującym. Przez pewien czas my także byliśmy mieszkankami Finlandii, więc również prowadziłyśmy fiński tryb życia.

Finlandia, znana jest jako miejsce zimne, mroczne, ponure, o surowym klimacie i dającym się we znaki dokuczliwym mrozie. To kraj, do którego my, trzy studentki pielęgniarstwa: Ela, Ola i Ula, udałyśmy się w styczniu tego roku. Jako pionierki wymiany Socrates-Erasmus wśród studentów pielęgniarstwa nie zdawałyśmy sobie sprawy jak cudowne i pełne wrażeń pięć miesięcy nas czeka.

Wybrałyśmy dość oryginalną i ekstremalną formę dojazdu do tego kraju – nie znaną innym studentom. Podróż nasza składała się z trzech etapów. Pierwszy etap Warszawa - Tallin odbyłyśmy autobusem w ciągu 18. godzin. Mimo ogromnego zmęczenia kolejny etap okazał się bardziej przyjemny dla oka oraz dla ucha,

bowiem z Tallina popłynęliśmy wielkim promem do Helsinek. Na pokładzie po raz pierwszy miałyśmy kontakt z kulturą fińską słuchając karaoke, które jest bardzo popularną formą rozrywki wśród Finów. Już wtedy zdałyśmy sobie sprawę, że język fiński jest bardzo skomplikowany i w związku z tym możemy mieć duże trudności aby się go nauczyć. Już na pierwszy rzut oka dało się zauważyć długie wyrazy nie przypominających nam kompletnie żadnego innego języka. Ułatwieniem dla Polaków jest fakt, że wymowa fińskiego języka nie sprawia większych trudności. Pełne wrażeń i motywacji do dalszego podróżowania przystąpiłyśmy do kolejnego, ostatniego już etapu naszej podróży obejmującego przejazd pociągami z Helsinek do Kuopio, czyli naszego punktu docelowego.

Po ośmiu godzinach jazdy w końcu dotarłyśmy o 4 rano do upragnionego miasta, gdzie czekał na nas fiński tutor Mikko, który podczas tych 5 miesięcy był naszym bardzo dobrym kolegą. Mimo, że Mikko był pierwszym Finem, którego poznałyśmy, to później okazało się, że był on całkowitym odzwierciedleniem fińskiej mentalności. Zawsze pomocny, aczkolwiek trochę nieśmiały i zamknięty w sobie umiał się odnaleźć w naszym polskim towarzystwie i wykazywał się perfekcyjną znajomością języka angielskiego, co wśród Finów jest cechą charakterystyczną, zarówno wśród młodych jak i starszych pokoleń.

Bardzo dużym zaskoczeniem była dla nas temperatura w Kuopio. Mimo, że był początek stycznia przywitał nas mróz jedynie -2 °C, a nie jak oczekiwaliśmy, nieznosny i ostry. Chociaż temperatura była dość łagodna, znalazłyśmy się na pustyni śniegu, który tworzył kopce wyższe od nas.

Spragnione odpoczynku po 40 godzinach podróży znalazłyśmy się w naszych pokojach w akademiku o nazwie Nuppineula, na osiedlu Neulamäki położonym na górze. Zostało nam przydzielone wspólne mieszkanie, w którym każda z nas miała swój własny przestronny pokój. W dość drastyczny sposób jedna z nas przekonała się o działaniu fińskich zamków w drzwiach. Pierwszego dnia po przyjeździe do akademika wyszła na chwilę rano ze swojego pokoju nie zabierając klucza i już nie mogła



Autorki tekstu przed Pałacem Królewskim

się do niego dostać. Dramatyzmu dodał fakt, że jedynym sposobem wejścia ponownie do pokoju było wezwanie tzw. service-mań, który w pechowym momencie (niedziela, święto) pobierał 15 euro za otwarcie drzwi. Od tamtej pory każda z nas nosiła klucz na tzw. smyczy na szyi. No cóż... człowiek uczy się na własnych błędach.

Oprócz naszej trójki mieszkała z nami koleżanka z Meksyku. Jeszcze wtedy nie zdawałyśmy sobie sprawy, że nasz akademik jest „głównym centrum” zakwaterowania studentów zagranicznych. Szybko się o tym przekonaliśmy, że nasi sąsiedzi to studenci z Uzbekistanu i z Indii. A to jeszcze nie wszystko! Inne mieszkania zajmowali studenci z takich krajów jak: Korea Południowa, Wietnam, Kazachstan, Rosja, USA, Kanada, Włochy, Cypr, Grecja, Hiszpania, Francja, Holandia, Austria, Niemcy, Anglia, Czechy, a nawet z krajów Afryki. Mimo tak dużej różnorodności narodów, najczęściej słyszany językiem w naszym akademiku, oprócz angielskiego, był nasz rodowity język, gdyż na wymianę do Kuopio przybyła niemała grupa licząca 16. Polaków, zwana potem „polish team”. Wszystkich studentów wkrótce połączyły wspólne wieczorki przy różnych narodowych potrawach, podczas których miała miejsce wymiana ciekawostek o różnych kulturach, religiach, zwyczajach... Koreańskie „bulgogi”, hinduska herbata „Masala chai” oraz wietnamskie „sajgonki” to tylko niektóre z potraw, które miałyśmy okazję posmakować w tradycyjnej postaci. W różny też sposób te potrawy się spożywa. Jak wiadomo w Azji je się przy pomocy pałeczek, ale nie tylko. W Indiach zamiast sztućców używa się własnych dłoni. Trudno to sobie wyobrazić - a jednak! Warto wspomnieć, że oryginalna hinduska herbata jest przyrządzana przy pomocy wyłącznie

bawolego mleka, o które jednak trudno było w Finlandii. Zaskoczeniem dla nas był też fakt traktowania przez Koreańczyków ryżu jak przez nas chleba. Nie do pomyślenia było wyrzucenie nawet jednego ziarenka ryżu i wody wykorzystywanej do jego przyrządzania.

Nasz akademik nie był jedynym miejscem naszych międzynarodowych spotkań, gdyż należały do nich również budynki naszej

był możliwy do realizowania dzięki szerokiej dostępności do komputerów (do dyspozycji było ich około 300) oraz Internetu w tzw. Learning Center.

Z komputerów można było korzystać praktycznie wszędzie: w holach budynków uczelni, w każdej sali wykładowej, w bibliotece, która także umożliwiała wypożyczenie laptopów na okres 1 miesiąca. Ponadto każdy pokój

przyda się nam w życiu. Terve, kittos paljon, ole hyvää, anteeksi, moi, maito, mitä kuluu, katu to krótka lista słów, które warto znać, aby przetrwać w Finlandii. Chcąc doskonalić nasze umiejętności w posługiwaniu się językiem angielskim zapisaliśmy się na kurs wykładany był przez rodowitego Walińczyka, który stosował nowoczesne formy nauczania. Te zajęcia były naszymi ulubio-



Z wizytą u św. Mikołaja



Na kole podbiegunowym

uczelni University of Kuopio (Kuopion Yliopisto). Zaraz po naszym przyjeździe pracownicy International Office zorganizowali dla nas 'Orientation Week' czyli tydzień integracyjny. Dzięki niemu z łatwością zaaklimatyzowaliśmy się do nowych warunków i dopełniliśmy wszelkie niezbędne formalności. Nasza uczelnia obejmowała kilka budynków, które otaczały jezioro. Każdy z budynków miał swoją nazwę. Głównym miejscem naszych zajęć była tzw. Canthia, w której znajdował się Wydział Pielęgniarstwa. Tam też poznałyśmy naszą panią koordynator Päivi Kankkunen. To ona zapoznała nas z wykładowcami oraz wachlarzem przedmiotów do wyboru. Indywidualny dobór kursów to cecha różniąca polski system nauczania od fińskiego, gdyż studenci w Finlandii mogą sobie sami wybrać przedmioty, które chcą realizować, nie tylko na swoim wydziale, ale na całej uczelni. Językiem, w którym wykładane były zajęcia był nie tylko język fiński, ale również język angielski, co pozwoliło na uczestnictwo w kursach wielu studentom zarówno zagranicznym, jak i fińskim. Kolejną różniącą cechą jest forma kontaktu wykładowca - student, który przypomina bardziej relację partnerską. Trzeba również wspomnieć, że większość spraw załatwia się drogą e-mailową, ponieważ każdy student ma swoje hasło uczelniane i skrzynkę pocztową. Dużą innowacją było prowadzenie zajęć za pomocą internetu. Jedno z zadań na kursie internetowym polegało na wysłuchaniu wywiadów prowadzonych z reprezentantami służby zdrowia, a następnie, na ich podstawie, udzieleniu odpowiedzi na zadane wcześniej pytania. Następnie wszyscy uczestnicy kursu mieli za zadanie skomentować odpowiedzi innych uczestników oraz dyskutować na forum. Ten przedmiot

w akademiku miał stałe łącze internetowe. Ze wszystkiego można było korzystać bezpłatnie.

Inny, dość oryginalny kurs, który zrealizowaliśmy, obejmował wizytacje w miejscach, w których może pracować pielęgniarka. Odwiedziliśmy szpital w Kuopio, przychodnię, domy opieki, college dla strażaków i ratowników medycznych oraz więzienie. Dzięki temu zaznajomiliśmy się z pracą fińskiej pielęgniarki na różnych stanowiskach w placówkach opieki zdrowotnej. Jednym z najciekawszych miejsc był wielki obszar ćwiczeń przygotowany dla przyszłych strażaków, gdzie symulując pożary i wypadki młodzi śmiarkowicze uczyli się jak sobie dawać radę w tych trudnych sytuacjach.

Dużym udogodnieniem w nauce był fakt, że przed każdymi zajęciami studenci otrzymywali od wykładowców kserokopie notatek, co pozwalało na skupienie się na przekazywanych treściach i swobodne wzięcie udziału w zajęciach. Fińscy wykładowcy cenią sobie udział w dyskusji oraz wypowiadanie własnych opinii, zwłaszcza z perspektywy studenta zagranicznego. Obowiązkiem studenta było napisanie esejów na podany temat z wymogiem doboru najnowszej literatury. Powszechnym sposobem sprawdzania zdobytej wiedzy było pisanie przez studentów tzw. Learning Diary, czyli sprawozdania z zajęć zawierającego treści przekazane na zajęciach, a także opinie, dyskusje, uwagi oraz propozycje zmian dotyczących zajęć. Obowiązkową formą ewaluacji dla studenta oraz wykładowcy było wypełnienie feedbacku czyli formularza zwrotnego po ukończonym kursie.

Z dumą oznajmiamy, iż możemy się pochwalić znajomością języka fińskiego na poziomie podstawowym, jako że uczestniczyliśmy w kursie tego języka po angielsku. Nigdy nie wiadomo kiedy ta umiejętność

nymi, gdyż wszelkie ćwiczenia indywidualne i w grupach pozwalały nam łączyć przyjemne z pożytecznym.

Jak po każdej podróży trudno nie wspomnieć o miejscowej kuchni i przysmakach pochodzących z odwiedzanych terenów. W przypadku Finlandii, niestety rozczarujemy czytelników stwierdzając, że na marne szukać tam wykwintnych dań i niezapomnianych wrażeń smakowych. Uparcie korzystając z uczelnianej stołówki niemal codziennie przekonywałyśmy się o tym, jak ubogie w różnorodność i mało oryginalne posiłki i dania spożywają Finowie. Z początku dociekliwie próbowałyśmy różnymi drogami zasięgać informacji dotyczących typowych specjalności fińskich, serwowanych niczym polskie "scharbowe z kapustą", jednak szybko okazało się, że po prostu takowych nie ma w naszej ukochoanej Finlandii. Istnieją jednak pewne wyjątki, wyróżniające się z powodu swej odmienności spośród produktów żywnościowych i dań. I tu warto wspomnieć przede wszystkim o „salmiakkach” czyli o czarnych, o dziwnym smaku małych kuleczkach, które o dziwo można znaleźć w sklepie na półce ze słodyczkami. Finowie po prostu przepadają za nimi, żując jeden za drugim. Generalnie, podobno tylko Skandynawowie lubią salmiakki, wszyscy obcokrajowcy odnoszą się do nich z niechęcią. „Mammia” to kolejny czarny produkt lubiany przez Finów. To wielkanocne danie, na pierwszy rzut oka wyglądające jak ciasto czekoladowe, nie ma ze słowem „słodkie” nic wspólnego. Jak do tej pory nie dowiedzieliśmy się w czym tkwi sekret smaku mamii. Skusiłyśmy się na nią kupując ją w sklepie i zabierając na święta wielkanocne do pobliskiej miejscowości Jyväskylä, gdzie zostałyśmy zaproszone przez polską zakonnicę

urszulankę i polskich księży. Spędziliśmy, wraz z naszymi koreańskimi znajomymi w Jyväskylä miłe dni, gdzie uczestniczyliśmy we Mszy Świętej oraz uroczystościach wielkanocnych. Okazało się, że w Finlandii jest garstka katolików, wśród których zdecydowaną większość stanowią Polacy oraz rodziny polsko-fińskie. Kontynuując temat kuchni fińskiej niesprawiedliwym byłoby nie wspomnieć o pulli - fińskiej słodkiej bułce z kremem, obsypanej kardamonem oraz karjalanpirakkach, czyli wielkości kromki chleba ryżowych specjałach. I na koniec trzeba wymienić mięso renifera, które głównie można posmakować w Laponii.

Przeznaczaliśmy również trochę czasu na zwiedzanie Finlandii i Szwecji. Na początku wybrałyśmy się na wycieczkę do Helsinek, zorganizowaną przez studencką organizację „KISA”. Mimo dokuczliwego chłodu, z niecierpliwością przemierzaliśmy ulice stolicy mijając port i budynek rezydencji prezydenckiej (gdzie prezydentem kraju jest kobieta), zwiedziliśmy także okoliczne wyspy drogą promową. Swoją konstrukcją zachwycała nas ogromna biała Katedra Luterńska, widoczna z daleka. Wewnątrz niej, ku naszemu zdumieniu, spotkałyśmy grupę wycieczkową... również z Polski! Oazę w zasypanej śniegiem stolicy stanowił „Ogród Botaniczny” przy Uniwersytecie w Helsinkach. Niemala szklarnia zawiera kilka pomieszczeń, gdzie znajdują się ułożone w artystyczny sposób hodowle roślin z poszczególnych krajów.

Mieszkając w Finlandii, nie sposób pominąć Laponię, miejsce zamieszkania jednego z najbardziej znanych ludzi na świecie - Świętego Mikołaja! Podróż do Laponii odbyła się nocą. Naszym pierwszym przystankiem było Kemi - miasteczko, które słynie z corocznie budowanego zamku lodowego tzw. Lumi Linna. Nie bez powodu zamek nosi taką nazwę. Prawie wszystko co nas otaczało zrobio-

ne było z lodu, a mianowicie: ściany, rzeźby, stoły, kubki, łóżka w pokojach hotelowych, kaplica. Dodatkowe barwne oświetlenie podkreślało urok owych przedmiotów. Niejednokrotnie sławni ludzie brali ślub w oryginalnym zamku, zapewniając sobie niezapomniane wspomnienia! Z Kemi pojechaliśmy do Rovaniemi, gdzie znajduje się Miasteczko Świętego Mikołaja. Specjalny autobus podjeżdża do kolorowego miasteczka, gdzie przez cały rok czuć atmosferę świąt. Mimo, iż był to marzec, dookoła znajdowały się bałwany, choinki, prezenty, brzmiała świąteczna muzyka, a w swoim pokoju siedział Święty Mikołaj we własnej osobie witając każdego, nawet obcokrajowca w jego własnym języku! Jaki to zaszczyt uściśnąć dłoń tak sławnego człowieka i zrobić z nim pamiątkowe zdjęcie! Przed wejściem do pokoju wisiały zdjęcia Świętego Mikołaja wraz z prezydentami, premierami oraz zespołami muzycznymi pochodzącymi z różnych krajów! Obowiązkowo należy zwiedzić pocztę Św. Mikołaja, gdyż jest to miejsce niezwykle samo w sobie.

Pocztą składa się z dwóch pomieszczeń. W pierwszym pokoju oferowane są setki różnych pocztówek i pamiątek. Przed wysłaniem pocztówek trzeba się upewnić do której skrzynki się je wrzuca. Jedna skrzynka zapewnia dostawę przesyłki w ciągu najbliższych paru dni, natomiast druga dopiero na Święta Bożego Narodzenia! Przechodząc do drugiego pokoju widać przesycone duchem świątecznym biuro Św. Mikołaja, szafę z listami od dzieci z całego świata, biurko, bujany fotel, choinkę oraz kominek.

Obok poczty przebiega linia Koła Podbiegunowego, której przekroczenie jest uhonorowane dyplomem. Duma rozpiera gdy patrzy się na mapę, na której oznaczone jest owo Koło Podbiegunowe...

Podczas wycieczki podziwialiśmy również renifery oraz przywitaliśmy się z Laponczykami ubranymi w ich tradycyjne niebiesko-czerwone stroje. Jedyne, czego nie miałyśmy okazji zobaczyć w Laponii to zorza polarna, do której większość turystów miało pecha w tym roku.

W kwietniu razem z grupką znajomych postanowiliśmy odwiedzić stolicę Szwecji - Sztokholm. Do celu płynęliśmy promem całą noc. Na promie czekało na nas mnóstwo atrakcji. Zaużyliśmy się jak na Titanicu, płynąc tak na pełnym morzu ogromnym statkiem na którym znajdowało się niemal wszystko - sklepy, dyskoteki, kluby, kawiarnie, restauracje, sauna, basen kryty i odkryty oraz wiele innych atrakcji. Sztokholm położony jest na 14 wyspach połączonych 53. mostami. Będąc w stolicy Szwecji nie mogłyśmy odpuścić sobie obejrzenia zmiany warty przed pałacem królewskim, który należy do najcenniejszych zabytków Sztokholmu. Wewnątrz znajduje się kilka muzeów, z których zwiedziliśmy jedno

- Muzeum Trzech Koron. Ogromne wrażenie wywarło na nas Narodowe Muzeum Sztuki, posiadające bogate zbiory. Oprócz obiektów sztuki użytkowej tj. komód i sztućców królewskich, mogłyśmy też nacieszyć wzrok podziwiając m.in. obrazy Rembrandta. Warto wymienić również Muzeum Nobla, w którym wystawy ukazują materiały ze stuletniej historii Nagrody Nobla.

Nie sposób nie wspomnieć o konkursie skoków narciarskich, który odbył się w Kuopio w marcu. Wraz z dużą grupą Polaków wiernie dopingowałyśmy Adama Małysza oraz resztę polskich skoczków. Było to dla nas duże przeżycie, szczególnie dlatego, że widzieliśmy wszystkich sławnych skoczków z bliska, a kilkoro z nas zebrało niezłą ilość autografów.

Finlandia słynie z mrozów i długich ciemnych dni. Jak więc Finowie sobie z tym radzą? Lekarstwem na sezonową depresję jest sauna! Prawie każda rodzina ma własną saunę, gdzie spędzają wspólnie czas. Nawet uczelnie i akademie były wyposażone w te niesamowicie gorące pomieszczenia. Wprawieni Finowie potrafią wytrzymać kilka godzin w temperaturze powyżej 100°C, natomiast obcokrajowcy zwykle przebywają tam kilkanaście minut poniżej 100°C! Najczęściej można spotkać elektryczne sauny, jednak ciekawsze są dymne. Miałyśmy okazję pojechać do „Rauhalahdi” gdzie znajdowała się sauna dymna, palona prawdziwym drewnem. Ponieważ równocześnie korzystali z sauny Finowie, którzy często polewali kamienie wodą, czego efektem było zwiększenie uczucia gorąca. Szybko więc zdecydowałyśmy się na Fińską metodę ochłody. Wybiegłyśmy na dwór, by wejść do przerebła w zamarzniętym jeziorze. Choć trwało to tylko kilka sekund, to mimo tego zdążyliśmy przemarznąć, jednakże ten wyczyn pozostanie w naszej pamięci do końca życia. Po ponownym ogrzaniu się w saunie wypróbowałyśmy drugą metodę ochłody, polegającą na „tarzaniu się w śniegu”. Nie sposób wpaść więc w depresję, kiedy jest przy tym tyle śmiechu i zabawy. Opisać wyżej wspomniane wrażenia jest ciężko, ponieważ to trzeba przeżyć samemu.

W maju w Polsce tradycyjnie odbywają się Juwenalia. Finlandia nie jest w tym gorsza, ponieważ tutaj również studenci bawią się i „przejmują władzę nad miastem” na kilka dni. Vappu, czyli nazwa fińskich juwenaliów to podobnie jak w Polsce koncerty i zabawy do białego rana. Jedną z różnic jest to, że fińscy studenci poubierani są w kombinezony, a kolor kombinezonu zależy od wydziału, na którym studiuje. Takie barwne grupy żaków można spotkać głównie na rynku oraz w pubach.

Z początkiem lata słychać było śpiew ptaków, a w radio dość często utwór p.t. „Hard Rock Hallelujah” zespołu „Lordi”. Jeszcze wtedy nie zdawałyśmy sobie sprawy, że słuchamy przyszłego przeboju, który będzie znany w całej Europie. Jak się okazało podczas „Eurowizji” utwór ten był „czarnym koniem” konkursu i wygrał zdecydowaną przewagą punktów. Również Polska przyznała im najwyższe noty, czyli 12 punktów. Następnego



Konkurs skoków narciarskich w Kuopio

dnia fotografie zespołu 'Lordi' ukazały się na pierwszych stronach gazet oraz pojawiły się wydania specjalne. Miałymy możliwość oglądać przebieg konkursu w kraju, który został jego zwycięzcą i dzięki temu będzie organizatorem kolejnej edycji w przyszłym roku.

Być może za rok transmisję Eurowizji z Helsinek również obejrzymy w Finlandii, gdy odwiedzimy nasze zaprzyjaźnione fińskie rodziny. Dzięki udziałowi w programie „Finnish Friendship Family” organizowanym przez Uniwersytet w Kuopio i wizytom w domach fińskich rodzin mogliśmy lepiej poznać kulturę oraz mentalność Finów. Wspólne gotowanie fińskich specjalów, m.in. pulli pachnącej kardamonem, połowy ryb w przereblu, pikniki, jazda na nartach oraz udział w wydarzeniach kulturalnych, to tylko niektóre sposoby spędzania czasu z członkami zaprzyjaźnionych rodzin. Mogliśmy się przekonać, że

Finowie lubią sport oraz przyrodę, a najchętniej łączą je ze sobą. Zimą na porządku dziennym był widok Finów jeżdżących na nartach po specjalnie przygotowanych leśnych szlakach, na łyżwach na sztucznych lodowiskach i po zmarzniętych jeziorach (zimą pokrywa lodu jest tak gruba, że na zamrożone jeziora mogą wjeżdżać nawet samochody), natomiast latem uprawiających poranny jogging czy jeżdżących na rolkach oraz na rowerach. Zaskakujący natomiast był widok studentów jadących rowerem na zajęcia w kilkunastopiętrowym, a nawet ponad -20 stopniowym mrozie. A nie były to wcale pojedyncze osoby, które wybierały ten środek transportu, by dojechać na zajęcia. Wręcz przeciwnie, pod budynkiem Canthii 'parking' dla rowerów zwykle był całkowicie zajęty. Choć byliśmy ciekawe wrażeń odczuwanych przez rowerzystę mknącego po zamrożonym śniegu,

w temperaturze niższej od panującej w lodówce, żadna z nas nie miała okazji (a może raczej odwagi) się osobiście przekonać. Choć warto zaznaczyć, że nie zabrakło nam odwagi, by po wyjściu z sauny wykąpać się w przereblu wydrażonym w jeziorze. Może dzięki temu wyczynowi przyłączyliby nas do Klubu Morsów?

I tak nadszedł czas, aby pożegnać piękną Finlandię. Wymiana adresów, ostatnie chwile razem, były nawet łzy ... niechętnie się żegnaliśmy. Krótko po naszym wyjeździe kilkoro znajomych odwiedziło nas w Polsce, teraz oczekujemy na innych. Chętnie im pokazemy Polskę. Staramy się utrzymywać nasze kontakty, które zawarliśmy z ludźmi w Kuopio, gdyż warto jest pielęgnować znajomości. Może wkrótce my też się gdzieś wybierzemy.

Urszula Deczyńska, Elżbieta Jarecka i Aleksandra Wodarska są studentkami Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia, magisterskie.

O recenzowaniu prac naukowych

Jan Styczyński

Każdy pracownik naukowy wyższej uczelni chce opublikować wyniki swoich badań w specjalistycznych recenzowanych czasopismach. Przed wysłaniem pracy do czasopisma warto więc popatrzeć na swoją pracę oczami recenzenta. Poniższe uwagi mogą być przydatne w tym nietłętym procesie.

O czym należy pamiętać przygotowując manuskrypt

Wysłanie manuskryptu do publikacji jest końcowym efektem długiego i trudnego procesu badawczego. Jest też możliwością wniesienia swojego udziału do całości wiedzy naukowej poprzez podzielenie się swoimi informacjami. W tym momencie rozpoczyna się kolejny ważny proces: dokładnego recenzowania i oceniania manuskryptu, którego efektem końcowym będzie decyzja redakcji o przyjęciu lub odrzuceniu pracy. Dla autorów jest to etap ciężkiej próby, związanej z niepokojem i frustracją związaną z żądaniem dużych poprawek lub odrzuceniem pracy. Często autorzy pracy mogą czuć się niezrozumiani przez redakcję i recenzentów.

Pierwszą analizę pracy z reguły dokonuje Redakcja (redaktor naczelny lub redaktor działu). Następnie praca jest wysyłana do recenzentów (z reguły dwóch, ale w przypadku renomowanych czasopism nawet do czterech recenzentów), którzy posiadają istotną wiedzę w zakresie tematyki pracy. Jest to wyczerpujący proces dla wszystkich zaangażowanych osób (autorów, recenzentów i redaktorów). Jednak dobry system recenzji i opracowania redakcyjnego ostatecznie przyczynia się do podniesienia jakości publikacji, a tym samym do postępu i rozwoju wiedzy.

Systemy recenzowania

Istnieją różne systemy recenzji: dokonywane tylko przez redaktora, tylko przez radę naukową, przez radę naukową plus recenzenta zewnętrznego, lub najczęściej - przez recenzentów zewnętrznych. Coraz częściej

recenzenci są zaznajamiani z danymi autorów pracy, ale często dane te nie są im znane. W ostatnim okresie pojawiają się sytuacje recenzji otwartych tj. gdy autor i recenzent znają swoje dane nawzajem. System otwartych recenzji oblige do lepszej jakości recenzji, bardziej kurtuazyjnej i konstruktywnej formy. Paradoksalnie, lista recenzentów z danej dziedziny nigdy nie jest długa i nigdy nie wiadomo, czy kolega z innego ośrodka nie jest recenzentem naszej pracy. Redakcje i recenzenci powinni wszystkie takie informacje trzymać w tajemnicy. Recenzenci są zobligowani do zachowania poufności podczas całego procesu recenzowania, nie wykorzystywania danych i pomysłów z recenzowanej pracy. Manuskrypt jest dokumentem poufnym. Nie wolno o nim z nikim dyskutować. Recenzent pełni funkcję doradczą dla Redaktorów, którzy podejmują ostateczną decyzję. Niektóre wymagania redakcyjne są tak wysokie, że do redakcji trafiają manuskrypty tak dobre, że redakcja pozwala sobie na otwartą recenzję (autorzy i recenzenci podpisują się), a recenzent musi swoją opinię poprzeć cytowaniami z piśmiennictwa. Taka recenzja, nawet jeśli jest negatywna, stanowi miły krok zmierzający do ulepszenia pracy.

Większość czasopism (zarówno polskich jak i zagranicznych) wymaga od recenzenta wypełnienia określonego formularza, który ułatwia podjęcie i uzasadnienie końcowej decyzji. Niektóre czasopisma mają tzw. checklist, który staje się przewodnikiem dla recenzentów w tworzeniu krytycznej oceny pracy. Taki spis powinien być znany autorom przed wysłaniem pracy do publikacji, gdyż nie spełnienie ich powoduje znaczne zmniejszenie szans na publikację.

W zależności od liczby nadsyłanych manuskryptów oraz możliwości wydawniczych, różne czasopisma zakładają, że określona część prac zostanie odrzucona. Informacje te często są przekazywane recenzentom jako informacja o wymaganiach czasopisma. Cza-

pisma z jednocyfrowym Impact Factor mają wskaźnik odrzucania prac 60-70%: Anticancer Research – 64%, Leukemia 65%, ale już Blood (IF około 10) ma 80% odrzuceń, a Lancet (IF ok. 15-20) – ponad 90% (pomimo, że wiadomo na jakim poziomie praca jest wysyłana do takiego czasopisma).

Recenzenci mogą rekomendować przyjęcie pracy do druku, przyjęcie po niewielkich poprawkach, dokonanie dużych poprawek – z ponowną re-analizą recenzenta, lub odrzucenie pracy. Opinia recenzenta jest jednak tylko sugestią. To Redaktor czasopisma (lub redaktor działu) podejmuje ostateczną decyzję. Zdarzają się sytuacje sprzecznych recenzji. Redaktor lub Komitet Naukowy mogą podjąć decyzję o powołaniu dodatkowego recenzenta. Różnice pomiędzy recenzentami dotyczące szczegółów pracy zdarzają się często, ale to ostatecznie wpływa na podniesienie jakości pracy po korekcie. Niektóre czasopisma powołują od razu większą liczbę recenzentów pracy. Wielokrotnie otrzymywałem co najmniej 3 recenzje mojej pracy. Niektóre czasopisma dbają o „edukację” recenzentów, poprzez zapoznanie ich z recenzjami pozostałych recenzentów oraz z decyzją zespołu redakcyjnego. Bardzo dobrze pracuje się z Redakcjami czasopism hematologicznych „Leukemia” i „British Journal of Haematology”, chociaż presja ze strony czasopisma „Leukemia” na negatywną recenzję jest duża. Redakcja tego czasopisma stawia recenzentowi szereg pytań, np.: czy przedstawiany artykuł ma szansę być cytowany 12 razy w ciągu najbliższych 2 lat (co daje szansę na utrzymanie IF na poziomie 6). Redakcje czasopism zachodnich określają czas na dokonanie recenzji. Najczęściej są to 2 tygodnie, a proponowanemu recenzentowi przesyła się abstrakt. Po około 10 dniach recenzent otrzymuje automatyczne przypomnienie mailowe o terminie napisania recenzji.

Recenzowanie artykułu z reguły nie wiąże się z żadnymi korzyściami, chociaż wymaga dużego nakładu pracy. Napisanie recenzji

wiąże się z przejrzeniem medycznych baz danych (PubMed), przeczytaniem szeregu prac, analizą zastosowanej metodyki, analizą metod statystycznych.

Co wpływa na recenzję?

Dwie sprawy są istotne dla piszących pracę: (1) postawiony cel pracy musi być zgodny z charakterem czasopisma, w którym chcemy opublikować pracę; a koncepcja, metodyka i jakość obserwacji muszą korelować z poziomem czasopisma; (2) prace będą najpierw czytane przez redaktora i recenzentów, którzy muszą odpowiedzieć na kilka bardzo ogólnych pytań. Na początku recenzent musi sobie odpowiedzieć na 3 pytania: (1) czy rozumiem artykuł (tj. czy jest jasno sformułowany problem i zastosowana metodyka); (2) czy wierzę w jego treść (czy wnioski są uzasadnione przedstawionymi wynikami i zastosowanymi metodami); (3) czy artykuł ma znaczenie (czy problem badawczy jest ważny i ciekawy), tj. czy artykuł wnosi coś nowego do istniejącego stanu wiedzy. Należy też pamiętać, że przy określonym odsetku odrzuceń, często decyduje po prostu ranking, czyli jak nasza praca jest oceniana w stosunku do innych prac. Jeśli jest lepsza (perfekcyjnie przygotowana, zawiera nowe i ważne treści, bardziej nowoczesna, staranna) – jej szanse są większe.

Ocena manuskryptu

Cechy manuskryptu, które zwiększają szanse na publikację to: temat jest ważny, przesłanie pracy jest oryginalne, treść artykułu jest ukierunkowana do szerokiego grona czytelników, metody są bardzo dokładne i precyzyjne, przynajmniej część informacji jest fascynująca, praca jest dobrze udokumentowana i przedstawiona, dobrze się ją czyta, temat pracy jest aktualny i „na topie” lub wręcz przeciwnie – obejmuje zaniedbany obszar. Autorzy muszą odpowiedzieć sobie na pytanie, czy praca jest oryginalna pod względem koncepcyjnym lub metodologicznym, czy po-

szerza wiedzę, czy stanowi nowe rozwiązanie problemu, czy jest ważna, czy poruszane zagadnienie jest adekwatne do charakteru czasopisma. Praca musi być przygotowana starannie, poprawnie pod względem gramatycznym i musi być atrakcyjna pod względem edytorskim (wykresy, tabele, zdjęcia). Źle napisany manuskrypt, nawet przy dobrym warsztacie naukowym i wynikach, ma mniejsze szanse akceptacji i publikacji.

Recenzent analizuje w pracy: (1) ogólne zainteresowanie, oryginalność i ważność; (2) znaczenie kliniczne; (3) metodykę. W stosunku do innych artykułów, praca nie budzi nadziei na zainteresowanie szerszego grona czytelników (i tym samym nie będzie częściej cytowana), jeśli: wiadomości tej pracy nie są istotnie nowe; temat jest ciekawy, ale praca nie pokazuje odpowiednio głębokiej analizy tematu; praca wnosi mało nowych informacji, wiadomości z pracy nie są użyteczne w praktyce; wiadomość z pracy jest zbyt skomplikowana lub zbyt wąska (specjalistyczna) dla czytelników; wyniki nie są żadnym zaskoczeniem dla ogółu czytelników; efekt pracy jest zbyt mały (walidacja wyników przez innych badaczy może przynieść rozczarowujące rezultaty); główna wiadomość pracy jest osłabiona poprzez zależności od analiz podgrup; temat pracy nie leży w zakresie zainteresowań czasopisma; analizowana w pracy grupa jest zbyt wyselekcjonowana i nie da się uogólnić wyników na inne grupy; wiadomość pracy jest zbyt wąska, aby zainteresowała szerokie grono czytelników; wyniki pracy nie mają istotnego praktycznego znaczenia; cel pracy nie jest jasno określony, metodyka nie jest precyzyjnie określona, można było wybrać lepszą metodykę aby rozwiązać dany problem, istnieje ryzyko wystąpienia błędów metodologicznych, czynników zakłócających lub niedostatecznej mocy statystycznej, odsetek pozytywnych odpowiedzi jest zbyt mały, a odpowiedzi negatywne mogą wynikać z systematycznego błędu, grupa kontrolna dobra-

na niewłaściwie, użyto metodyki, która nie jest odpowiednio uwiarygodniona, strategia poszukiwań rozwiązania problemu jest niewłaściwa, grupa badawcza lub problem badawczy był zbyt heterogeny, przeprowadzony wywód nie opiera się dostatecznie na dowodach, wnioski nie są wystarczająco oparte na przedstawionych wynikach, grupa badawcza jest zbyt mała.

Wskazówki końcowe

Przed wysłaniem manuskryptu należy zapoznać się z charakterem czasopisma, jego wymogami, strategią. Niektóre czasopisma zajmują się pracami o charakterze klinicznym, inne doświadczalnym, inne starają się łączyć obydwa aspekty. Niektóre czasopisma nie publikują nie zamówionych artykułów poglądowych. Należy pamiętać, że abstrakt to klucz do pracy. Sprawdź, czy koncepcja pracy odpowiada charakterowi czasopisma; czy przesłanie pracy jest istotne; czy koncepcja i cel są jasno postawione; czy metodyka jest wysokiej jakości; czy wyniki są dobrze przedstawione i odpowiadają celowi pracy; czy interpretacja i wnioski są uzasadnione i odpowiednio wyprowadzone.

System recenzowania jest subiektywny i zapewne mający słabe punkty, ale jest ogólnosięciowym standardem oceniania pracy naukowej i obecnie stanowi najlepszy system określający wartość i jakość pracy naukowej. Recenzenci czasami bywają niekonsekwentni i nie wychwycą głównych zalet pracy, jednak dobry recenzent potrafi wykazać konstruktywną krytykę i wpłynąć na poprawę jakości pracy. Istnieją też inne potencjalnie słabe strony w procesie recenzji: niezdolność do wychwycenia plagiatu, błędów metodycznych, konfliktu interesu, słabe recenzje, recenzje z błędami, zły dobór recenzentów. Najczęściej jednak recenzenci są dobrze dobrani i dobrze wykonują swoje zadanie.

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Po raz szósty przedstawiamy publikację pracowników Collegium Medicum o wysokim IF. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od początku czerwca do końca września 2006 r. Za najważniejsze kryterium przyjęto opublikowanie przez pracownika artykułu w czasopiśmie objętym Listą Filadelfijską o Impact Factor równym lub wyższym 1.

Małgorzata Z. Zdzenicka

IF: 39.806

Katedra i Zakład Genetyki Molekularnej
Komórki

1.

Tytuł: A new type of radiosensitive T-B-

NK+ severe combined immunodeficiency caused by a LIG4 mutation.

Autorzy: M. van der Burg, L.R. van Veelen, N.S. Verkaik, W.W. Wiegant, N.G.

Hartwig, B.H. Barendregt, L. Brugmans, A. Raams, N.G.J. Jaspers, Małgorzata Z.

Zdzenicka, J.J.M. van Dongen, D.C. van Gent.

Źródło: - J. Clin. Investig. 2006 Vol. 116 nr 1 s. 137-145.

IF: 14.204

Streszczenie: Uszkodzenie procesu rekombinacji V(D)J prowadzi do ciężkiego złożonego niedoboru odporności – SCID (ang. severe combined immunodeficiency) charakteryzującego się brakiem dojrzałych limfocytów T oraz B. Wśród pacjentów SCID opisano szereg osobników charakteryzujących się radiowrażliwością na promieniowa-

nie jonizujące, z których większość posiada mutacje w genie Artemis. W pracy tej po raz pierwszy opisano radiowrażliwego pacjenta SCID ze zmutowanym genem DNA ligazy IV (LIG4) bez defektów rozwojowych. Dotychczas opisani pacjenci z tzw. syndromem LIG4 charakteryzowali się radiowrażliwością, pancytopenią, zahamowaniem wzrostu oraz wadami rozwojowymi. Wyniki te wskazują, że różne mutacje w obrębie genu LIG4 mogą prowadzić zarówno do szeregu wad rozwojowych z nieznacznymi uszkodzeniami układu immunologicznego lub fenotypu SCID z prawidłowym rozwojem osobniczym. Sugerowaną przyczyną różnorodnego fenotypu pacjentów z mutacjami w LIG4 jest prawdopodobnie poziom ekspresji tego genu.

2.

Tytuł: Suppression of the DNA repair de-

fects of BRCA2-deficient cells with heterologous protein fusions.

Autorzy: H. Saeki, N. Siaud, N. Christ, W.W. Wiegant, P.P.W. van Buul, M. Han, Małgorzata Z. Zdzenicka, J.M. Stark, M. Jasin.

Źródło: - Proc. Natl. Acad. Sci. USA 2006 Vol. 103 nr 23 s. 8768-8773.

IF: 10.452

Streszczenie: Gen BRCA2 odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu stabilności genomu, biorąc udział w naprawie podwójnych pęknięć DNA przez homologiczną rekombinację (HR). Gen ten posiada wiele domen funkcjonalnych, których funkcja nie jest jeszcze znana. W celu poznania roli BRCA2 w procesie naprawy DNA analizowano wpływ heterologicznych fuzji białek na supresję fenotypu komórkowego mutantów BRCA2. W pracy tej autorzy badali motywy BRC, które odpowiedzialne są za interakcje z głównym białkiem HR oraz domenę C-kończową, strukturalnie zbliżoną do białka RPA. Fuzyjne białka (fusion proteins) BRC-RPA komplementują wrażliwość na mitomycynę C, umożliwiając formowanie kompleksów Rad51, a także obniżają poziom aberracji chromosomalnych w odpowiedzi na uszkodzenia DNA.

Otrzymane wyniki wskazują, że badane domeny, stanowiące tylko 2% genu BRCA2, odpowiedzialne są za transport Rad51 do miejsca uszkodzenia DNA, odgrywając tym samym pierwszoplanową rolę w utrzymaniu integralności genomu. Opisana metoda powinna umożliwić również zbadanie funkcji pozostałych domen BRCA2.

3.

Tytuł: Deficiency in the repair of DNA damage by homologous recombination and sensitivity to poly(ADP-ribose) polymerase inhibition.

Autorzy: N. McCabe, N.C. Turner, C.J. Lord, K. Kluzek, Aneta Białkowska, S.

Swift, S. Giavara, M.J. O'Connor, A.N. Tutt, Małgorzata Z. Zdzenicka, G.C.M. Smith, A. Ashworth.

Źródło: - Cancer Res. 2006 Vol. 66 nr 16 s. 8109-8115.

IF: 7.690

Streszczenie: Najnowsze badania wykazały, że mutacje w genach BRCA1 i BRCA2 prowadzą do bardzo dużej wrażliwości komórek na inhibitory poli(ADP)rybozopolimerazy (PARP), która jest aktywowana przez pęknięcia DNA. Obserwowana wrażliwość na inhibitory PARP może być związana z kluczową rolą białek BRCA1 i BRCA2 w naprawie podwójnych pęknięć DNA poprzez homologiczną rekombinację (HR). W pracy tej wykazano, że uszkodzenia innych genów zaangażowanych w proces HR, takich jak RAD51, RAD54, DSS1, RPA1, NBS1, ATR, ATM, CHK1, CHK2, FANCD2, FANCA lub FANCC prowadzi także do zwiększonej wrażliwości na inhibitory PARP. Wyniki te wskazują, że zahamowanie aktywności PARP może być skuteczną metodą terapii nie tylko guzów związanych z mutacjami w genach BRCA1/2, ale również szerokiego spek-

trum nowotworów z uszkodzoną HR.

4.

Tytuł: Inducibility of nuclear Rad51 foci after DNA damage distinguishes all Fanconi anemia complementation groups from D1/BRCA2.

Autorzy: B.C. Godthelp, W.W. Wiegant, Q. Waisfisz, A.L. Medhurst, F. Arwert, H. Joenje, Małgorzata Z. Zdzenicka.

Źródło: - Mutat. Res. Fund. Mol. 2006 Vol. 594 s. 39-48.

IF: 3.730

Streszczenie: Niedokrwistość Fanconiego (FA) jest rzadką chorobą charakteryzującą się zwiększoną podatnością zachorowania na choroby nowotworowe, niestabilnością chromosomalną oraz nadwrażliwością na związki sieciujące DNA, takie jak cis-platyna czy mitomycyna C. Pomimo poznania szeregu genów odpowiedzialnych za rozwój tej choroby, ciągle nieznanym jest mechanizm prowadzący do FA. W pracy tej wykazano, że wśród genów FA jedynie gen FANCD1/BRCA2 jest bezpośrednio związany z procesem rekombinacji homologicznej, w której Rad51 odgrywa kluczową rolę. Jednoznacznie wykazano, że indukcja tzw. Rad51 foci w odpowiedzi na uszkodzenie DNA może być zastosowana jako marker w identyfikacji grupy komplementacyjnej pacjentów FA uszkodzonych w FANCD1/BRCA2.

5.

Tytuł: Chinese hamster cell mutant, V-C8, a model for analysis of Brca2 function.

Autorzy: W.W. Wiegant, R.M. Overmeer, B.C. Godthelp, P.P.W. van Buul, Małgorzata Z. Zdzenicka.

Źródło: - Mutat. Res. Fund. Mol. 2006 Vol. 600 s. 79-88.

IF: 3.730

Streszczenie: Mutant komórkowy chomika (V-C8), uszkodzony w genie Brca2, został wyizolowany i opisany przez zespół prof. M. Z. Zdzenickiej i obecnie stosowany jest przez badaczy w wielu pracowniach na całym świecie. W prezentowanej pracy autorzy zidentyfikowali w komórkach V-C8 białełiczne mutacje w eksonie 15 i 16, prowadzące do powstawania skróconej formy białka Brca2. Następnie otrzymali rewertanty, w których nastąpiła rewersja tylko jednego allelu Brca2, umożliwiając analizę fenotypu komórkowego heterozygot Brca2. Analiza molekularna i komórkowa tych rewertantów sugeruje możliwą haploinsuficjencję heterozygot Brca2, która głównie manifestuje się zwiększoną wrażliwością na mitomycynę C oraz niestabilnością chromosomalną pod wpływem działania związków sieciujących DNA (np. mitomycyny C). Otrzymane wyniki sugerują, że cecha ta może manifestować się również u nosicieli mutacji w genie BRCA2.

Aneta Białkowska

IF: 7.690

Katedra i Zakład Genetyki Molekularnej Komórk

Tytuł: Deficiency in the repair of DNA

damage by homologous recombination and sensitivity to poly(ADP-ribose) polymerase inhibition.

Autorzy: N. McCabe, N.C. Turner, C.J. Lord, K. Kluzek, Aneta Białkowska, S. Swift, S. Giavara, M.J. O'Connor, A.N. Tutt, Małgorzata Z. Zdzenicka, G.C.M. Smith, A. Ashworth.

Źródło: - Cancer Res. 2006 Vol. 66 nr 16 s. 8109-8115.

Streszczenie: Najnowsze badania wykazały, że mutacje w genach BRCA1 i BRCA2 prowadzą do bardzo dużej wrażliwości komórek na inhibitory poli(ADP)rybozopolimerazy (PARP), która jest aktywowana przez pęknięcia DNA. Obserwowana wrażliwość na inhibitory PARP może być związana z kluczową rolą białek BRCA1 i BRCA2 w naprawie podwójnych pęknięć DNA poprzez homologiczną rekombinację (HR). W pracy tej wykazano, że uszkodzenia innych genów zaangażowanych w proces HR, takich jak RAD51, RAD54, DSS1, RPA1, NBS1, ATR, ATM, CHK1, CHK2, FANCD2, FANCA lub FANCC prowadzi także do zwiększonej wrażliwości na inhibitory PARP. Wyniki te wskazują, że zahamowanie aktywności PARP może być skuteczną metodą terapii nie tylko guzów związanych z mutacjami w genach BRCA1/2, ale również szerokiego spektrum nowotworów z uszkodzoną HR.

Zygmunt Mackiewicz

IF: 2.064

Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii

Tytuł: Efficacy and safety of ertapenem versus piperacillin-tazobactam for the treatment of intra-abdominal infections requiring surgical intervention.

Autorzy: A.S. Dela Pena, [i in.], Zygmunt Mackiewicz, [i in.].

Źródło: - J. Gastrointest. Surg. 2006 Vol. 10 nr 4 s. 567-574.

Polskie hasła przedmiotowe: Zakażenie bakteryjne, Brzuch - chirurgia

Alina Borkowska

IF: 1.989

Katedra Neuropsychologii Klinicznej

Tytuł: Performance on the wisconsin card sorting test in schizophrenia and genes of dopaminergic inactivation (COMT, DAT, NET).

Autorzy: J.K. Rybakowski, Alina Borkowska, P.M. Czerski, M. Dmitrak-Węglarz, M. Skibińska, P. Kapelski, J. Hauser.

Źródło: - Psychiatry Res. 2006 Vol. 143 s. 13-19.

Polskie hasła przedmiotowe: Schizofrenia - genetyka, Testy, Dopamina, Polimorfizm (genetyka)

Ryszard Oliński

IF: 1.961

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej

Tytuł: Does measurement of oxidative damage to DNA have clinical significance?

Autorzy: M. S. Cooke, Ryszard Oliński, M. D. Evans.

Źródło: - Clin. Chim. Acta 2006 Vol. 365 s. 30-49.

Polskie hasła przedmiotowe: DNA - uszkodzenie, DNA - naprawa, Tlen

Andrzej Kapala
Wojciech Stankiewicz
Stanisław Dąbrowiecki

IF: 1.685

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

Tytuł: A modified technique of delayed basic transposition - initial results.

Autorzy: A[ndrzej] Kapala, J. Szmytkowski, W[oiciech] Stankiewicz, S[tanisław] Dąbrowiecki.

Źródło: - Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2006 Vol. 32 s. 316-317.

Polskie hasła przedmiotowe: Chirurgia naczyniowa

Kornelia Kędziora-Kornatowska
Jolanta Czuczejko
Karolina Szewczyk-Golec
Jadwiga Motyl
Leszek Szadujkis-Szadurski
Tomasz Kornatowski
Hanna Pawluk
Józef Kędziora

IF: 1.672

Katedra i Klinika Geriatrii

Katedra i Zakład Biochemii

Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii

Tytuł: Effects of perindopril and hydrochlorothiazide on selected indices of oxidative stress in the blood of elderly patients with essential hypertension.

Autorzy: Kornelia Kędziora-Kornatowska, Jolanta Czuczejko, Karolina Szewczyk-Golec, Jadwiga Motyl, Leszek Szadujkis-Szadurski, Tomasz Kornatowski, Hanna Pawluk, Józef Kędziora.

Źródło: - Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 2006 Vol. 33 s. 751-756.

Streszczenie: Celem badań była analiza wybranych wykładników stresu oksydacyjnego u chorych z samoistnym nadciśnieniem tętniczym w wieku podeszłym oraz ocena możliwości modyfikacji tego stresu poprzez zastosowanie terapii hipotensyjnej diuretykiem (hydrochlorotiazylem) lub inhibitorem konwertazy angiotensyny (perindoprylem).

Oceniano następujące parametry pro- i antyoksydacyjne: stężenie tlenu azotu, zawartość grup karbonylowych w białkach oraz stężenie TBARS, a także aktywność oksydazową ceruloplazminy i niektórych kluczowych komórkowych enzymów antyoksydacyjnych (SOD-1, CAT). U osób starszych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym wykazano

znamiennie nasilenie stresu oksydacyjnego w porównaniu do osób normotensyjnych w wieku podeszłym. Stwierdzono, że we krwi chorych otrzymujących peryndopryl istotnie zwiększyła się aktywność SOD-1 i CAT oraz zmniejszyło stężenie TBARS, a także aktywność ceruloplazminy. Efektu tego nie obserwowano po zastosowaniu hydrochlorotiazylu. Terapia hipotensyjna zarówno lekiem moczopędnym jak i inhibitorem konwertazy angiotensyny wpłynęła na obniżenie zawartości grup karbonylowych w białkach, a także zwiększenie stężenia tlenu azotu.

Reasumując, u starszych chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym stwierdzono nasilenie stresu oksydacyjnego. Terapia hipotensyjna inhibitorem konwertazy angiotensyny wpłynęła korzystnie na wzmocnienie obrony antyoksydacyjnej, co może mieć istotne znaczenie w praktyce klinicznej.

Roman Junik

IF: 1.582

Katedra Endokrynologii i Diabetologii

Tytuł: Papillary thyroid cancer with metastasis to the skin.

Autorzy: R[oman] Junik, J. Klubo-Gwieżdżińska, Z. Zuchora, W. Zmysłowski..

Źródło: - Clin. Nucl. Med. 2006 Vol. 31 nr 7 s. 435-436.

Polskie hasła przedmiotowe: Nowotwory tarczycy, Przerzuty nowotworowe, Nowotwory skóry

Anita Olczak

IF: 1.401

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych

Tytuł: Opportunistic infections and other AIDS-defining illnesses in Poland in 2000-2002.

Autorzy: R. Podlasin, A. Wiercińska-Drapalo, A[nita] Olczak, M. Beniowski, T. Smiatacz, E. Małolepsza, J. Juszczak, M. Leszczyszyn-Pynka, T. Mach, M. Mian, B. Knysz, A. Horban.

Źródło: - Infection 2006 Vol. 34 nr 4 s. 196-200.

Polskie hasła przedmiotowe: AIDS, Odporność

Olga Haus

IF: 1.292

Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej

Tytuł: Outcome of treatment in adults with Philadelphia chromosome-positive and/or BCR-ABL-positive acute lymphoblastic leukemia - retrospective analysis of Polish Adult Leukemia Group (PALG).

Autorzy: A. Wrzesień-Kuś, T. Robak, A. Pluta, M. Zwolińska, E. Wawrzyniak, A. Wierzbowska, A. Skotnicki, B. Jakubas, J. Hołowiecki, K. Nowak, K. Kuliczowski,

G. Mazur, O[lga] Haus, A. Dmoszyńska, M. Adamczyk-Cioch, W.W. Jędrzejczak, M. Pałuszewska, L. Konopka, G. Pałynyczko.

Źródło: - Ann. Hematol. 2006 Vol. 85 s. 366-373.

Streszczenie: W pracy omówiono wyniki leczenia 77 dorosłych chorych z ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL), przebiegającą z obecnością chromosomu Ph lub jego molekularnego odpowiednika - fuzji genowej BCR-ABL, które są bardzo niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi. Analizowano ponadto wpływ na przebieg choroby wtórnych (do chromosomu Ph) aberracji chromosomowych. U 33 z 55 chorych, u których wykonywano badanie kariotypu, znaleziono chromosom Ph jako jedyną aberrację, u 23 stwierdzono również obecność dodatkowych aberracji. 54 chorych (70%) osiągnęło pierwszą całkowitą remisję choroby (CR1). Prawdopodobieństwo dwuletniego przeżycia wynosiło 63% dla chorych leczonych allopłaszczeniem komórek macierzystych (alloSCT), 43% - dla leczonych autoSCT i 17% - dla leczonych chemioterapią. Nie stwierdzono znaczących różnic w osiągnięciu CR, w czasie przeżycia wolnym od choroby (DFS), ani w całkowitym czasie przeżycia (OS) między pacjentami z wtórnymi aberracjami, a całą badaną grupą. Wyniki badań potwierdziły bardzo złe rokowanie związane z Ph(+)/BCR-ABL(+) ALL. Obecność dodatkowych aberracji nie wpłynęła na przebieg choroby i wyniki leczenia.

Jan Styczyński
Mariusz Wysocki

IF: 1.147

Katedra i Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii

Tytuł: Ex vivo activity of thalidomide in childhood acute leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, K. Czyżewski, Mariusz Wysocki.

Źródło: - Leukemia Lymphoma 2006 Vol. 47 nr 6 s. 1123-1127.

Streszczenie: Talidomid, lek który w latach 60-tych zapisał się w historii medycyny jako teratogen powodujący wady wrodzone kończyn, w ostatnim okresie wraca do łask jako lek o licznych korzystnych działaniach. Znany wcześniej efekt anty-angiogeny, a także przeciwnowotworowy jest wykorzystywany w leczeniu różnych chorób np. w szpiczaku mnogim. Podobne właściwości mają pochodne talidomidu. W naszych badaniach określiliśmy aktywność talidomidu in vitro wobec komórek ostrych białaczek u dzieci. Talidomid samodzielnie wywierał niewielki efekt przeciwbiałaczkowy, natomiast istotnie zwiększał cytotoksyczność cytarabiny i prednizolonu w ostrej białaczce limfoblastycznej. Obserwacje te sugerują, że talidomid i jego pochodne mogą mieć znaczenie w leczeniu niektórych postaci białaczek.

Twórcy projektu KPBC nagrodzeni!

www.aktualnosci.uni.torun.pl



Pamiątkowa statuetka i dyplom

23 czerwca 2006 r. w Auli UMK odbyło się wręczenie nagród przyznanych w VI edycji Konkursu o Nagrody Marszałka województwa kujawsko-pomorskiego. W kategorii nauka i postęp techniczny nagrodę zespołową otrzymali twórcy projektu Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa: mgr Bożena Bednarek-Michalska (Biblioteka Główna UMK, koordynator projektu), mgr Maria Czarnecka-Dąbek (Biblioteka Główna UKW) i dr Krzysztof Nierzwicki (Biblioteka Medyczna CM).

Tworzona od grudnia 2005 r. Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa liczy już przeszło 10.000 obiektów cyfrowych, m.in. książek, czasopism, dokumentów życia społecznego, map, grafik oraz pocztówek, dotyczących przede wszystkim Kujaw i Pomorza. W trzech głównych kolekcjach, na jakie podzielone są zasoby KPBC, znaleźć można zarówno zdigitalizowane wersje dokumen-



Nagrodzony zespół, od lewej: mgr Bożena Bednarek-Michalska, dr Krzysztof Nierzwicki i mgr Maria Czarnecka-Dąbek, fot. Piotr Kurek

tów współczesnych, jak i wydanych drukiem jeszcze w XIX w. Publikacja tych ostatnich nie stanowi problemu, ze względu na wygasłe prawa autorskie.

Aktualnie głównym zadaniem redaktorów KPBC jest pozyskiwanie prac współczesnych do kolekcji materiały dydaktyczne, utworzonej z myślą o potrzebach studentów uczelni wyższych regionu kujawsko-pomorskiego. By KPBC stała się także warsztatem naukowo-badawczym wspierającym proces dydaktycz-

ny, powinny znaleźć się w niej teksty prezentujące dorobek pracowników nauki uczelni uczestniczących w projekcie. W KPBC widoczne są już efekty rozmów prowadzonych z autorami i wydawcami (np. podręczniki dla archiwistów). Twórcy KPBC zamierzają współpracować dalej, m.in. w ramach projektów europejskich, a także zachęcić do tworzenia zasobów cyfrowych pozostałe instytucje kulturalne Kujaw i Pomorza.

„Dreamnight at the ZOO” – znowu jesteśmy z Wami

Mikołaj Kurczewski



W Mysłęcinku

W piątek drugiego czerwca 2006 roku królowały w Mysłęcinku dzieci - i te starsze i te młodsze. Pogoda okazała się łaskawa i sprzyjała świętowaniu tegorocznego Dnia Dziecka, zapraszając dzieci niepełnosprawne do myśleńskiego Ogrodu Fauny Polskiej na piękny wieczór marzeń znany na całym świecie jako – „Dreamnight at the ZOO”.

Niewątpliwie jednak najpiękniejsze marzenia mogły spełnić dzieci uczestniczące w wieczorze marzeń w ZOO. Zwierzęta, na ten czas zostały przez swoich opiekunów

zabrane na wyjątkowe spotkanie z wyjątkowymi gośćmi – dziećmi, które na co dzień muszą zmagać się ze swoją niepełnosprawnością - szczęśliwymi, że mogli pogłaskać któreś ze zwierzątek. Zresztą wszyscy, którzy przybyli chcieli znaleźć się jak najbliżej języka, sarenki, królika czy małego kotka. Dzieciaki były po prostu szczęśliwe, mogąc dotknąć zwierzątko.

Na ten dzień pracownicy Bydgoskiego Ogrodu Fauny i Flory przy współudziale grup wolontariuszy w tym i naszych studentów Collegium Medicum, kierunku fizjoterapii, którzy w tej imprezie uczestniczyli już w ubiegłym roku, zorganizowali wiele ciekawych konkursów z nagrodami.

Zaprosili też strażaków, by ci pokazali dzieciom prawdziwy strażacki wóz. Przybyli także podziwiani przez dzieciaki miłośnicy motocykli. Wielu maluchom ziszcilo się więc marzenie, by zasiąść za kierownicą takiej pięknej i lśniącej maszyny.

Nad bezpieczeństwem tego święta w ZOO czuwali przede wszystkim pracownicy myśleńskiego ogrodu, których wspierali między innymi wolontariusze z bydgoskiego Collegium Medicum. To był

po prostu prawdziwie piękny, bo i pogodny Wieczór Marzeń.

mgr Mikołaj Kurczewski jest asystentem Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej



Wolontariusze z Collegium Medicum

Fragment kroniki kaszubskiej z początku trzeciego tysiąclecia po Chrystusie dotyczący spływu kajakowego organizowanego przez Collegium Medicum UMK

Joanna Weiss i Maciej Dobosiewicz

Kiedy Francja pod wodzą boskiego Zizu gromiła Portugalie, na rzece Wda zbierała się najgroźniejsza i najokrutniejsza armada od czasów podboju Meksyku przez Hernana Corteza. Banda najgorszego rodzaju studentów, które zamiast byczyć się w Egipcie, smażyć w Grecji czy Bułgarii, albo przesypywać piasek w Juracie zjechały do nieszczęsnego Lipusza, by tam pod wodzą Franciszka Walerona i jego prawej (żelaznej) ręki Wiesławy Waleron, wyruszyć w pełen niebezpieczeństw rejs w dół rzeki i zapisać się w historii ziemi kaszubskiej najczarniejszymi zgłoskami. Pierwszy wieczór zszedł na wyborze władz pomniejszych i opracowaniu grafiki prac niechcianych oraz hańbiących: sprzątanie, wywóz śmieci czy transport osławionej saperki...

Od następnego dnia, gdy 15 kajaków trafiło na wodę, a członkowie piekielnej kompanii (niektórzy po raz pierwszy) wzięli się do wiosł, aż do dnia ostatniego, ponura sława ZAWSZE WYPRZEDZAŁA ich o dobrych kilka godzin. Powodów tego było wiele: leniwe poranki, długie, wyrafinowane śniadania, niemrawe pakowanie się i wodowanie kajaków mimo łagodnych napomnień i kulturalnych apeli pierwszego po Bogu Franciszka Walerona. Stanowiąca rdzeń bandy grupa z drugiego roku medycyny potrafiła w porywach osiągać średnią prędkość dwa razy wolniejszą od patyków niesionych przez prąd rzeki. Tajemnicę jak im się to udało, zabiorą ze sobą do grobu, świadkowie zaś wyścielają piaszczyste dno rzeki ...

Także i reszta uczestników dawała liczne dowody bezprzykładnego lenistwa, leserstwa i obijania się od brzegu do brzegu. Za lecącą jak błyskawica złą sławą, snuły się zawsze niezdecydowane, rozdyktowane kajaki, niepewne jak płynąć, dokąd płynąć i czy w ogóle płynąć?! Właśnie ta niezwykle przewrotna i perfidna taktyka ocaliła bandę od niechybnej zagłady. Gdy rozgniewane bóstwa wody postanowiły rozpętać piekielną, kilkugodziną burzę i pozwalać nabrzeżne drzewa wprost do rzeki, okazało się, że armady dowodzonej przez podstępного Walerona wcale tam nie ma. Przebiegły Franciszek tak sprytnie pokierował swoimi ludźmi, że spóźnili się na burzę okrążyli dzień. „Gdybyście płynęli tędy wczoraj, to już byłoby po was” wołał rozczarowany obywatel miejscowej społeczności, na co członkowie bandy zaśmiali się jeno ironicznie. Jak wiadomo złego diabla nie wezmą, a kto zmyli burzę ten zajdzie daleko i na rzece i w życiu.

Rozgniewana przyroda rzuciła przeciwko nim wszystko co miała najgorszego pod ręką. Okrutne upały, palące słońce, burze i kleszcze... W dzień wściekle atakowały ich końskie muchy, wieczorami gnębiły hordy komarów. Nocą pod namioty bezzeleśnie podchodziły mrówki, aby plądrować zapasy żywności. Podczas leniwego popasu, w mętnej wodzie jedną z uczestniczek zaatakowały dwie



“Banda” Walerona



Chłodna woda zdrowia doda



Przy ognisku, przy ognisku ...

okrutne jak urząd skarbowy pijawki i usiłowały zawlec w pobliskie szuwary, aby tam dokończyć krwawą ucztę. Tylko zimna krew oraz doświadczenie zaatakowanej zapobiegły tragedii. Nadludzkiem wysiłkiem wydostała się na brzeg, gdzie zaalarmowana krzykiem reszta bandy pomogła uwolnić się jej od bestii. Setki razy gubili się i rozdzielali uczestnicy wyprawy i zawsze znajdowali się na czas i na miejsce na przekór pięknym syrenom kuszącymi pod GS-ami oraz smukłym adonisom wystającym na mostach.

Wszędzie, gdzie docierali nieśli ze sobą spustoszenie, strach i puste półki sklepowe. Ich szlak wytyczały braki chleba, wody mineralnej i innych dóbr doczesnych, bez których dorośli ludzie nie wyobrażają sobie życia. Jeśli pojawiali się w przyrzecznych barach i restauracjach wiadomo było, że zaraz w menu co smakowitsze pozycje zostaną bezpowrotnie wykreślone na znak kapitulacji i kompletnego wyczerpania zapasów. Na ich widok pozostałe grupy zmieniały plany i miejsca noclegów. Wiadomo było, że banda Walerona zaatakuję na finiszu i zabierze najlepsze miejsca noclegowe, najpiękniej ułożone wyciągnięte na brzeg kajaki i oczaruje wszystkich ogniskowymi pieśniami. Nie było sensu konkurować z nimi by w efekcie zająć się wstydem, lepiej było wsiadać i płynąć, płyyyyyynąć, tam gdzie oczy oraz rzeka poniosą.

Dlatego i przyroda i rdzenna ludność i inni turyści z ulgą przywitali ten dzień, gdy armada dopłynęła do Tlenia, sforsowała chwacko pełną rżęsy powierzchnię tamtejszego jeziora i z małpią zręcznością wspięła się po stromym zboczu. Uratowani – pomyśleli naiwnie nie wiedząc, że w ślad za pierwszą ruszy wkrótce druga, równie okrutna banda przewodzona przez Andrzeja Drygasa i Adama Zimińskiego. Tego co tam się wyprawiało, ludzka głowa nie wymyśli a ręka nie opisze. Tym bardziej, że jej tam nie było. Jedno można rzec: Ka-



Na trasie

szuby po obu wyprawach nigdy już nie będą takie same.

Spływ chłodnym okiem statystyka:

Ze 2000 razy Franciszek Waleron wznosił ręce do nieba w niemej prośbie o dar cierpliwości wobec krnąbrnych uczestników wyprawy. Nie mniej niż 1 800 razy (kiedy tylko była w pobliżu) Wiesława Waleron wznosiła ręce do nieba w niemej prośbie, aby szefowi starczyło cierpliwości wobec krnąbrnych uczestników wyprawy.

Prawdopodobnie 111 konserw turystycznych spożyto w ciągu całego spływu

Ponad 130, albo i więcej kilometrów spłynęli uczestnicy wyprawy, rachunek utrudniają dwa systemy oznakowania rzeki: polski i unijny.

17 – tyle końskich much miał gołymi rękami ukatrupić Tomasz, zwany Rzeźnikiem. Opiaramy się tu jednak jedynie na jego ustnym przekazie i słowie honoru, bowiem (jak twierdził) połowa much w tajemniczych okolicznościach ożyła i uciekła z pokładu kajaku wołąc śmierć w oddechach od jego towarzystwa.

1 saperka starczała blisko 30 osobom za wygodną toaletę, system kanalizacji, a nawet codzienną gazetę.

0 – zdecydowanie żaden kajak nie zatonął, pomimo samobójczych ataków na zwalone pnie, wystające głązy, ostre filary mostów; pomimo chybotań, skakania, bujania, przesiadania w biegu i obżarstwa uczestników.

Ty też chcesz przejść do historii Kaszub? Zapraszamy!

Już za rok stara kadra i (prawie) nowe kajaki znów wyruszą w podróż. Jeśli nie straszne Ci spanie pod namiotem, wielogodzinne wiosłowanie, czyhające za każdym zakrętem niebezpieczeństwo – płyn z nami! A jeśli Ci straszne, to płyn tym bardziej! Z nami zapomnisz, co to lęk i zwątpienie. Woda, która płynnie we Wdzie, wyciąga z ludzi wszystko co najlepsze.

Relację odnaleźli i drastyczniejszych opisów oraz co wulgarniejszych słów pozbawili Joanna Weiss i Maciej Dobosiewicz – jeszcze studenci VI roku Wydziału Lekarskiego CM UMK w Bydgoszczy.

Niemożliwe stało się możliwe...

Integracyjny spływ kajakowy „Pożegnanie lata”

Katarzyna Sztokfisz, Jagoda Sarwińska

Jeszcze nie tak dawno niepełnosprawność oznaczała życie w izolacji społecznej. Osoby niepełnosprawne zamknięte w czterech ścianach własnego mieszkania, były pozbawione kontaktu z innymi ludźmi, możliwości realizacji własnych potrzeb, zainteresowań i marzeń. Od kilku lat obserwować można zmiany jakie dokonują się w świadomości „zdrowej” części społeczeństwa. Przestano postrzegać niepełnosprawnych przez pryzmat ich ułomności, a rozpoczęto działania na rzecz wyrównywania szans i społecznej integracji oraz poprawy jakości ich życia. Warto sobie zdać sprawę w tym miejscu z tego, że powszechnie rozumiana niepełnosprawność jest tylko pewną nietypowością, a nietypowość nie jest wadą, a jedynie innością.

Wzrastające zainteresowanie problemem niepełnosprawności w Polsce jest już niez-

przecalnym faktem. Ubolewać należy tylko, że nie stworzono jeszcze w naszym kraju dobrych warunków aby rekreacja, jako ważna forma rehabilitacji, mogła być dostatecznie wykorzystywana. przez niepełnosprawnych. Tym bardziej na uwagę zasługują działania podejmowane przez merytoryczne jednostki Collegium Medicum.

23 września 2006 roku odbył się spływ kajakowy na trasie Sokole Kuźnica – Romanowo promujący rekreację i aktywny sposób spędzania wolnego czasu. Pierwszy dzień jesieni stał się okazją do spotkania integracyjnego, w którym wzięli udział członkowie „Fundacji Aktywna Rehabilitacja” i „Dzielnym Los Sprzyja”, oraz zaproszeni goście z Ciechocinka i studenci fizjoterapii.

Niepewność, strach, obawa przed nowym wyzwaniem – to uczucia towarzyszące wszyst-



kim uczestnikom imprezy, także tym w pełni zdrowym. Dla wszystkich wyprawa kajakowa była sprawdzianem własnych możliwości i umiejętności. Podopieczni fundacji po raz pierwszy stanęli wobec trudu wyprawy kajakowej, studenci fizjoterapii mogli wykorzystać



wiedzę w praktyce, a także zdać sobie sprawę z odpowiedzialności jaką ponoszą za drugiego człowieka – w chwili obecnej i przyszłym życiu zawodowym. Należy w tym miejscu docenić wartość obozów letnich organizowanych przez

uczelnię. Sprzyjają one nabywaniu przez studentów fizjoterapii praktycznych umiejętności z zakresu sportów wodnych, a także ratownictwa wodnego oraz ogólnej kondycji fizycznej. Umiejętności te okazują się niezbędne podczas tego typu imprez – gwarantują bezpieczeństwo ich uczestników.

Głównym założeniem spotkania była integracja studentów fizjoterapii Collegium Medicum z osobami niepełnosprawnymi, przełamanie wobec nich barier i lęku. Dla nich był to sprawdzian funkcjonowania w innym, nieznany dotąd środowisku osób częściowo uzależnionych od osób drugich. Niewątpliwie dla jednych i drugich była to próba sprawności fizycznej i ciekawy sposób spędzenia wolnego czasu aktywnie i zdrowo.

Ponad 10 kilometrową trasę spływu pokonało ponad czterdzieści osób. Pomimo zmęczenia, wszyscy dotarli do celu wyprawy z uśmiechem i satysfakcją, a także przekonaniem, że pokonali swoje słabości i ograniczenia, a zyskali wiarę w siebie oraz własne możliwości.

Nabyte podczas tej imprezy doświadczenia dla naszych studentów będą cennym dopełnieniem i rozszerzeniem programu studiów fizjoterapii, a dla „niepełnosprawnych” uczestników imprezy zaprocentuje na pewno w codziennym życiu – większą pewnością siebie i przeświadczeniem, że „niemożliwe stało się możliwe”, bo przecież los dzielny sprzyja ...

Mgr Katarzyna Sztokfisz i mgr Jagoda Sarwińska są pracownikami Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej

Nareszcie „na swoim”!

Andrzej Lewandowski

Obozy programowe w studiach fizjoterapii, prócz swych niewątpliwych wartości wychowawczych, są przygotowaniem studenta do późniejszej realizacji zadań w obszarze szeroko pojętej kultury fizycznej. W szczególności jednak sposób przygotowują osoby podejmujące naukę na tym kierunku do realizacji turnusu rehabilitacyjnego zawartego w ostatniej propozycji minimum programowego studiów magisterskich fizjoterapii i ewentualnej, późniejszej pracy w placówkach ochrony zdrowia podejmujących takie działania.

Uczelnie wychowania fizycznego, z racji niekwestionowanych doświadczeń i posiadanych możliwości bazowych już dawno wytyczyły ich realizacyjne wzorce, które obecnie w różnym zakresie i formie, znajdują miejsce w programach edukacyjnych większości uczelni realizujących studia magisterskie i licencjackie tego kierunku.

Dotąd studenci bydgoskiej uczelni medycznej realizowali tę formę dydaktyki z wykorzystaniem wynajmowanego ośrodka przywodnego lub w oparciu o miejskie obiekty sportowo-rekreacyjne. Ich pokłosiem było uczestnictwo naszych studentów w realizacji imprez rekreacyjnych dla środowiska osób niepełnosprawnych, o czym wcześniej już pisaliśmy.

W czerwcu minionego roku akademickiego programowy obóz letni studentów kierunku fizjoterapii został zrealizowany w uniwersyteckim ośrodku przywodnym w Bachotku – wejście naszej Uczelni w struktury Uniwersytetu Mikołaja Kopernika i życzliwość jego Kanclerza Pana mgr. Henryka Pańki umożliwiły realizację tego przedsięwzięcia. Można więc śmiało powiedzieć, że podobnie jak w wielu uczelniach wychowania fizycznego studenci kierunku fizjoterapii naszego Collegium Medicum po raz pierwszy mieli możliwość realizacji tej formy dydaktyki we własnym ośrodku – sytuacja ta zmieniła jakość obozowych zajęć i stworzyła nowe perspektywy ich rozwoju. Korzyści jest dużo, więc warto je zaznaczyć!

Nieodległa od Bydgoszczy lokalizacja ośro-



Na obozie w Bachotku

dka, położonego nad uroczym jeziorem Pojezierza Brodnickiego, jest niewątpliwie korzystna ze względów organizacyjnych, a dobre warunki lokalowe, w tym wspaniale prowadzona stołówka stwarzają dogodne warunki bazowe obozu. Skromna lecz wystarczająca baza sprzętowa pozwala na realizację większości form letniej aktywności fizycznej możliwej do zaadoptowania w warunkach jej ograniczenia niepełnosprawnością – zapewnienie możliwości jej wzbogacenia uzyskaliśmy.

Nasi studenci mieli więc możliwość poznania tajników sztuki żeglarskiej i kajakowej, zasad bezpiecznego pływania w wodach otwartych oraz wycieczkowania rowerowego, a także poszerzenia swych umiejętności ruchowych o elementy wybranych sportów rekreacyjnych – w tym łucznictwa, które cieszyło się największym zainteresowaniem studentów. W ramach animacji czasu wolnego, będącej częścią programowych zadań obozu realizowanych samodzielnie przez studentów, przeważały sportowe

formy aktywności fizycznej.

W świetle nowych doświadczeń, a także potrzeb i celów kształcenia na kierunku fizjoterapii można przewidywać, że kontynuacja takich działań pozwoli na konstruktywną ich modernizację i rozwój, a w dalszej swej konsekwencji spowoduje zwiększenie zainteresowania młodzieży studiami fizjoterapii w naszej Uczelni – umożliwi również pełniejsze wykorzystanie uczelnianego ośrodka. Przy nieznacznej jego modernizacji i sukcesywnym doposażaniu sprzętowym, w nieodległej przyszłości, możliwa jest w nim także realizacja programowych, dla kierunku fizjoterapii, turnusów rehabilitacyjnych oraz obozów dla innych kierunków studiów np. ratownictwa medycznego – o potrzebie ich podejmowania i zasadności wykorzystania uczelnianego ośrodka jestem głęboko przekonany.

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