



Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

Nr 43

Grudzień 2011



Medyczna środa

Czuję się spełniony, pozostawiając zespół i następcę...
*wywiad z prof. Andrzejem Kowalczykiem, Prodziekanem ds. Kształcenia
i Badań Naukowych Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej*

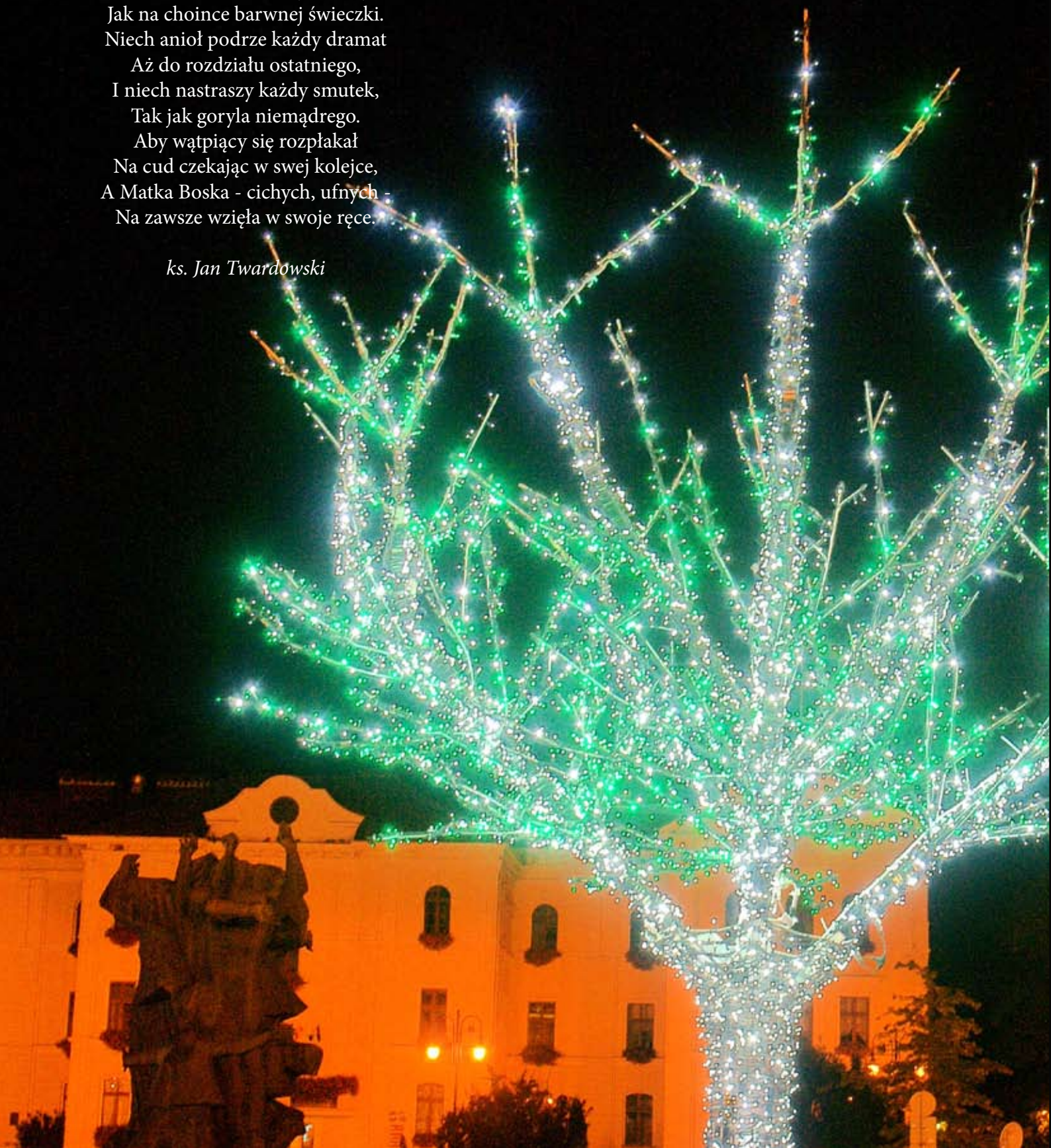
Pomódlmy się w Noc Betlejemską,
W Noc Szczęśliwego Rozwiązania,
By wszystko się nam rozplątało,
Węzły, konflikty, powikłania.
Oby się wszystkie trudne sprawy
Porozkręcały jak supelki,
Własne ambicje i urazy
Zaczęły śmieszyć jak kukielki.
Oby w nas paskudne jędze
Pozamieniały się w owieczki,
A w oczach mądre łzy stanęły
Jak na choince barwnej świeczki.
Niech anioł podrze każdy dramat
Aż do rozdziału ostatniego,
I niech nastraszy każdy smutek,
Tak jak goryla niemądrego.
Aby wątpiący się rozplakał
Na cud czekając w swej kolejce,
A Matka Boska - cichych, ufnych -
Na zawsze wzięła w swoje ręce.

ks. Jan Twardowski

Wesołych Świąt Szczęśliwego Nowego Roku

życzy

*Prorektor ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe*



*Dlaczego jest święto Bożego Narodzenia?
Dlaczego wpatrujemy się w gwiazdę na niebie?
Dlaczego śpiewamy kolędy?
Dlatego, żeby się uczyć miłości do Pana Jezusa.
Dlatego, żeby podawać sobie ręce.
Dlatego, żeby się uśmiechać do siebie.
Dlatego, żeby sobie przebaczać.*

(ks. Jan Twardowski)

**Wielce Wesołych Świąt i naprawdę Szczęśliwego Nowego Roku
życzy wszystkim Czytelnikom
Redakcja „Wiadomości Akademickich”**



Spis Treści

Wywiad numeru

Czuję się spełniony, pozostawiając po sobie zespół i następcę...
wywiad z prof. Andrzejem Kowalczykiem, Prodziekanem ds. Kształcenia
i Badań Naukowych Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej 2

Polemiki

Gwiazdkowe prezenty 8
Kilka słów komentarza do tekstu prof. Władysława Sinkiewicza
„Primum Non Nocere” 9

Z życia Uczelni

Nominacje profesorskie: Zbigniew Włodarczyk 10
Nominacje profesorskie: Roman Makarewicz 10
Workflow w Collegium Medicum 11
Nagroda Marszałka: Arkadiusz Jawień 11
Notatka z posiedzenia ZNP 12
Personalia 12
Pożegnanie: Małgorzata Zdżienicka 13
Pożegnanie: Andrzej Świć 13

Medycyna i pielęgniarstwo

Utworzenie Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku 14
Życiodajny tlen... zabija! 14
„Pani pracy uczciwej...”, wykład z cyklu „Medycznej środy” 16
Dziecko jako pacjent i jego prawa 18
Prace licencjackie z pielęgniarstwa 19

Dydaktyka

Reforma programu studiów na kierunku lekarskim od roku 2012 21

Historia medycyny

Od leku do napoju - prawdziwe i sztuczne wody mineralne
(wizyta w XIX i XX wieku) 22

Medycyna i pasje

Tytus Chałubiński - lekarz i taternik 24
Działalność Katedry i Zakładu Muzykoterapii 26
Dlaczego wybrałam muzykoterapię... 27

Nauka

Teksas, jeansy i praca naukowa 28
Młodzi naukowcy nagrodzeni! 29

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 30

Z biblioteki

Wspomnienie socrealizmu 34

Konferencje

Sukces absolwentek farmacji 36
Medycyna w sporcie i aktywności fizycznej 37
Z „Historii wychowania fizycznego w Polsce” 38

Ze sportu

Największym problemem jest brak bazy sportowej 39

„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 adiacji 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 Drewna

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. Bogusław Hładoń
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczęśny
dr hab. Maria Szewczyk, prof. UMK
dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

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

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
tel.: 048 052 585-3509
e-mail: biblio@cm.umk.pl

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki
dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Ewa Dominas

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Jowita Jagła, dr hab. Walentyna Korpalska,
dr Mirosława Kram, prof. dr hab. Jan Styczyński,
dr Wojciech Szczęśny

Okładka I, II, IV - fot. Janusz Tyloch

Czuję się spełniony, pozostawiając po sobie zespół i następcę...

wywiad z prof. Andrzejem Kowalczykiem, Prodziekanem ds. Kształcenia i Badań Naukowych Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej

Redakcja: Przy połączeniu UMK w Toruniu i Akademii Medycznej w Bydgoszczy padło wiele głosów za i przeciw. Tymczasem wspólne przedsięwzięcie Zakładu Biofizyki i Fizyki Medycznej UMK z Katedrą Chorób Oczu AM stało się dowodem na współpracę idealną, której owocem został najnowocześniejszy na świecie spektralny tomograf optyczny.

Prof. Andrzej Kowalczyk: W tym wypadku połączenie naszych uczelni nie miało żadnego znaczenia. Zaczęliśmy współpracować jeszcze przed połączeniem i współpracowalibyśmy tak czy inaczej. Paradoksalnie, w pierwszym momencie, połączenie od strony administracyjnej nawet nieco utrudniło nam pracę.

Redakcja: Jak to możliwe?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Cóż, z administracyjnego punktu widzenia były łatwiejsze, a przede wszystkim wypracowane, zasady zatrudniania osób z uczelni zewnętrznych. Po połączeniu, kiedy wszyscy staliśmy się pracownikami jednej instytucji, procedury musiały ulec zmianie. Skala problemu naturalnie niewielka, ale w początkach wspólnego istnienia i z tym należało sobie poradzić. Jeśli jednak chodzi o współpracę naukową w naszym wypadku, absolutnie nie miało to znaczenia, czy jednostki były połączone czy też nie.

Redakcja: Kto pierwszy wyszedł z pro-

pozycją współpracy i jak ona przebiegała?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Współpraca zrodziła się z potrzeby. Uznaliśmy, że wyniki naszych badań mają pewien potencjał praktyczny. Zwykle w przypadku badań eksperymentalnych „rytualnie” zaznacza się jedynie, że takowy potencjał istnieje. My postanowiliśmy sprawdzić go w praktyce. Najbliżej było nam do Bydgoszczy. Zaproponowaliśmy wówczas prof. Józefowi Kałużnemu, by wypróbował nasze urządzenie w swojej Klinice Chorób Oczu. Było to w roku 2001 lub 2002.

Redakcja: Mielicie Państwo jakieś wcześniejsze wspólne realizacje z okulistami?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tak. Kontakty z okulistami mieliśmy już wcześniej, m.in. z ordynatorem Oddziału Okulistycznego Szpitala na Bielanach w Toruniu, doc. Lechem Bieganowskim. Gdy powstał Zakład Fizyki Medycznej, pracowaliśmy razem nad analizą numeryczną obrazów dna oka. Tak więc byłem już wprowadzony w środowisko okulistów, znałem ich „obyczaję”.

Redakcja: Zapytamy zatem Pana Profesora czym jest spektralny tomograf optyczny i czy działa na podobnych zasadach co ultrasonografia?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tomograf optyczny – jak sama nazwa wskazuje – wykorzystuje fale świetlne z zakresu podczerwieni. Trafnie porównujecie Państwo owo urządzenie z ultrasonografem, chociaż w tym drugim źródle obrazowania nośnikiem informacji jest fala dźwiękowa. Tomografia optyczna przypomina nieco ultrasonografię w sposobie prowadzenia badania – patrzymy bowiem na dany narząd z przodu a widzimy jego przestrzenny obraz, jego przekrój.

Redakcja: W jaki sposób urządzenie pozwala na otrzymywanie obrazu obiektu?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tak jak wspomniałem, w przypadku ultrasonografii zarejestrowanym obrazem będzie mapa współczynników odbicia fal akustycznych, zaś w tomografii optycznej – mapa, która wykorzystuje światło – obraz odzwierciedla przestrzenny rozkład współczynników załamania. Niekoniecznie jednakże ten obraz jest tożsamy z tym, co otrzymujemy w badaniu histopatologicznym. Tam efektem wizualnym jest obraz zdolności wybarwiania różnych tkanek. Wyobraźmy sobie, że mamy element tkanki cieniutki jak kartka papieru, która mocno odbija światło. Kiedy przetniemy w poprzek tkankę, element ten będzie niewidoczny w obrazie histopatologicznym, natomiast w tomografii optycznej będzie odbijać światło i stanie się niezwykle widoczny. Metody te są zatem komplementarne wobec siebie.

Redakcja: Porównując oba te urządzenia musimy pamiętać, że w przeciwieństwie do dźwięku światło rozchodzi się ze znacznie większą prędkością...

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tak, istotnie. Światło rozchodzi się z o wiele większą prędkością niż dźwięk. W ultrasonografii możemy zmierzyć czas powrotu fal dźwiękowych i na jego podstawie zlokalizować posadowienie obiektów (np. zobrazować twory patologiczne w tkankach miękkich, takich jak wątroba, nerki itp.). W przypadku tomografii optycznej także musimy zmierzyć czas powrotu odbicia światła, przy czym przy tych prędkościach możliwe jest to jedynie przy pomocy metod interferencyjnych. Do tego potrzebujemy interferometru Alberta



Dr Krzysztof Nierzwicki w rozmowie z prof. Andrzejem Kowalczykiem, fot. Monika Kubiak

Michelsona, który jest sercem naszego urządzenia. Ów interferometr pozwala na zmierzenie opóźnienia wiązki światła powracającej z obiektu. Nie jest to nowa idea, ponieważ Michelson opracował ją na przełomie wieków do wyznaczenia liczby fal emitowanych przez kadm mieszczących się w jednym metrze – w ten sposób standard metra można było mieć w każdym laboratorium.

Redakcja: Rzeczywiście – jak wspomnieliśmy Pan Profesor – na pomysł aparatu precyzyjnego pomiaru odległości przy pomocy światła już w XIX wieku wpadł Albert Michelson z położonego niedaleko Bydgoszczy Strzelna. Był pierwszym Amerykaninem, który otrzymał nagrodę A. Nobla za badania naukowe. W 1991 r. pomysł udało się skonkretyzować, a w 1996 firma Zeiss Meditec wprowadziła na rynek pierwszy tomograf do badania oka...

Prof. Andrzej Kowalczyk: Pierwszy tomograf optyczny powstał w 1991 roku w laboratorium prof. Jamesa Fujimoto w Massachusetts Institute of Technology (MIT). Fujimoto wykorzystał metodę Michelsona do precyzyjnego pomiaru położenia elementów morfologicznych oka.

Redakcja: Albert Michelson pochodził ze Strzelna? Jak więc znalazł się w Stanach Zjednoczonych?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Ojciec Michelsona był kupcem bławatnym w Inowrocławiu, ale miał w mieście dużą konkurencję, więc przeniósł się do Strzelna. Kiedy rozwijał swój interes w miasteczku, pojawili się kolejni kupcy. Szalę goryczy przełał fakt, iż nie wybrano go na przewodniczącego gminy żydowskiej. Zirykowany przeciwnościami losu przeniósł się do swojej siostry do Kalifornii.

Redakcja: Dlaczego Michelsonowi nie udało się skonstruować tomografu?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Albertowi Michelsonowi nie udało się, bo oprócz komputera brakowało mu źródła światła o właściwościach przypominających dziurkę w zamkniętej okiennicy, tyle że dziurkę mikronową. Innymi słowy, do stworzenia tomografu potrzebne jest źródło światła, które ma szerokie widmo, ale wychodzi z maleńkiej dziurki. Mówiąc naukowo, źródło to musi mieć dużą spójność poprzeczną i małą spójność podłużną. Trzeba było poczekać na pojawienie się superluminescencyjnych diod

laserowych, emitujących z niewielkiego obszaru złącza duże liczby fotonów. Takie urządzenia pojawiły się dopiero z początkiem lat 90.

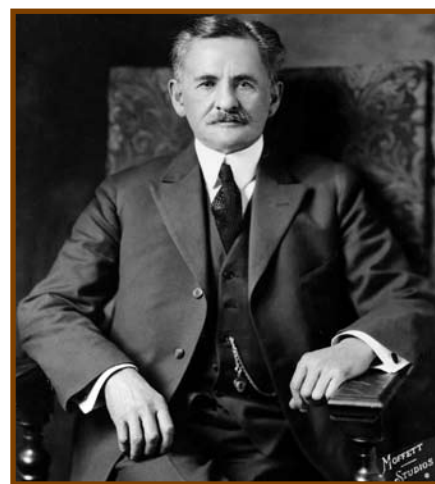
Redakcja: Ale jednak coś jeszcze odróżnia Państwa aparat od tomografu Fujimoto?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Metoda Fujimoto (tzw. czasowa) była bardzo prosta conceptualnie, ze zwierciadłem odniesienia. Jednokrotne przesunięcie tego zwierciadła umożliwiało odtworzenie jednej linii tomogramu. U nas zwierciadło pozostawało nieruchome, za to na wyjściu interferometru znajdował się spektrometr rozczepiający światło i rejestrujący jego widmo. Widmo było rejestrowane kamerą CCD i przekazywane do komputera, gdzie – było analizowane. To rozwiązanie (nazwane tomografią spektralną) pozwalało przyspieszyć pomiar sto razy. Analiza widma to metoda Josepha Fouriera z 1830 roku. Nawiasem mówiąc, historia rozwoju tomografii optycznej pokazuje, że warto szukać inspiracji w odkryciach z poprzednich wieków, bo z nowoczesną techniką można je teraz na nowo wykorzystać.

Redakcja: Firma Zeiss na to nie wpadła...

Prof. Andrzej Kowalczyk: My także nie od razu. Po pierwsze uważaliśmy, że skoro tak znakomita firma jak Zeiss zrobiła tomograf optyczny, to my nic lepszego już nie wymyślimy. Wspomógł nas kolega z Austrii, fizyk medyczny prof. A. Fercher. Zasugerował, abyśmy zajęli się badaniem widm absorpcji w funkcji głębokości. Widmo absorpcji charakteryzuje daną molekułę, stanowi swoisty „odcisk palca”. Mając taką metodę, można by było np. badać utlenowanie krwi w różnych warstwach siatkówki. Można by było ilościowo określać jak różnego rodzaju leki podawane na powierzchnię oka penetrują gałkę oczną – a jest to bardzo ważne zagadnienie z farmakokinetyki. I tym zajęliśmy się około roku 1997. Problemu nie rozwiązaliśmy do tej pory, natomiast przypadkiem wyszła nam metoda szybkiego otrzymywania tomograficznych obrazów struktury tkanek oka.

Redakcja: Wiemy już, skąd wziął się sam pomysł, lecz z jakich źródeł czerpalicie Państwo fundusze na badania nad tomografią optyczną?



Albert Michelson, www-news.uchicago.edu



James Fujimoto z MIT, web.mit.edu

Prof. Andrzej Kowalczyk: Wszystko zaczęło się od pieniędzy, jakie otrzymałem na rozwój fizyki medycznej. Wchodziłem wówczas w okres niebezpieczny dla mężczyzny – byłem po tzw. „czterdziestce”. Zmęczyła mnie już fluorescencja, którą się dotąd zajmowałem i zacząłem szukać nowych dziedzin. Pomyślałem wówczas, że fizyka medyczna z pewnością brzmi interesująco. Denerwował mnie fakt, że – mówiąc obrazowo – jestem „krawcem od lewej kieszeni”, czyli znam tylko metodę luminescencji. Wyjeżdżając, czy to do Stanów Zjednoczonych, Belgii czy Anglii, byłem postrzegany jako naukowiec od luminescencji, która jest przydatnym narzędziem analitycznym w biologii, medycynie i chemii. Ja jednak nie chciałem być tylko „narzędziowcem”, chciałem badać obiekty różnymi metodami. Po uzyskaniu funduszy postawiłem na kilka problemów badawczych – jak czasem to nazywam posadziłem kilka „nasionek” i postawiłem przy nich ludzi, żeby je podlewali. Pierwszym „nasionkiem” była Spektroskopia Magnetycznego Rezonansu Jądrowego (Nuclear Magnetic Resonance, NMR) – wyrósł z niego doktorat. Drugim była Spektroskopia Elektronowego Rezonansu Paramagnetycznego (EPR) – nic z tego nie wyszło, czwarta była relaksacja dielektryczna – badania nie doprowadziły do powstania prac. Podobnie było w przypadku posturografii.

Ostatnim „nasionkiem” została tomografia optyczna, do której zachęciłem studenta III roku. Studentem tym był Maciej Wojtkowski, dzisiejszy profesor i kierownik Zespołu Obrazowania Biomedycznego, a z nasionka wyrosło olbrzymie drzewo, które owocuje po dziś dzień. W grudniu 1999 roku w Austrii u prof. Ferchera Maciej zrobił pracę magisterską i w naszym laboratorium skonstruował tomograf. Pierwsze obrazy pochodziły z oka *in vitro*. W dwa lata później około 2001 roku badaliśmy już oko *in vivo*.

Redakcja: Skąd znaleźli się chętni na ten eksperyment?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Robiliśmy badania... na sobie.

Redakcja: Zaangażowaliście wówczas do współpracy lekarzy okulistów...

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tak. Najpierw przyciągnęliśmy nowych studentów i zespół się rozrósł, również pod względem bazy, a w 2001 roku nawiązaliśmy kontakty z prof. Józefem Kałużnym i Kliniką Chorób Oczu.

Redakcja: Jak przebiegała współpraca z Kliniką Chorób Oczu na tym wczesnym etapie konstrukcji tomografu?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Dość karkołomnie. Prototyp skonstruowany w naszej jednostce zabieraliśmy do kliniki bydgoskiej. Sprzyjała nam niewiel-

ka odległość obu miast. Pakowaliśmy urządzenie w częściach do samochodu. Początkowo zajmowało całą przestrzeń bagażnika i tylnych siedzeń, z czasem zmniejszało rozmiary. W Bydgoszczy składaliśmy je przez dwa dni, po czym... często po kilku badaniach się psuło. Sytuacja ta frustrowała wszystkich. W końcu pacjent powinien wierzyć w nieomylność lekarza i raczej nie chce być traktowany – mówiąc kolokwialnie – jak królik doświadczalny. Lekarz także nadwyreżał swój autorytet, a i konstruktor nie czuł się komfortowo. W początkowej fazie laboratoryjnej urządzenie skonstruowane było dla wykazania słuszności koncepcji i wystarczała nam możliwość badania np. tylko lewego oka. Tymczasem w klinice trzeba było również badać oko prawe. Konstrukcja aparatu nie dawała szans na takie użycie. Aby tego dokonać należałoby... pozbawić pacjenta nosa. Wracaliśmy więc do Torunia i przekonstruowywaliśmy aparat, po czym wszystko zaczynaliśmy od początku. Było to bardzo pracochłonne. Podkreśliłbym, że w tym momencie daleko wykroczyliśmy poza swoją rolę, bo nie jest zadaniem doktoranta fizyki konstruowanie urządzenia, czy dokonywanie pomiarów w gabinetach lekarskich. Jednocześnie doktorant musi się zmieścić z dysertacją w określonym czasie. Moi naprawdę zdolni współpracownicy musieli zwracać się z prośbą do władz wydziału o przedłużenie studiów doktoranckich.

Redakcja: Biorąc pod uwagę, że spektralny tomograf optyczny w bardzo krót-

kim czasie pozwala uzyskać doskonały obraz rogówki, siatkówki, tęczówki i soczewki oka, w diagnostyce jakich chorób znajduje największe zastosowanie?

Prof. Andrzej Kowalczyk: To pytanie raczej do lekarzy. Najważniejsze dane uzyskiwane dzięki tomografowi to informacja o siatkówce. Nie można bowiem do niej dotrzeć innym sposobem, zwłaszcza nie do jej przekroju. Obraz rogówki można uzyskać innymi metodami, siatkówki – nie. Ogólnie rzecz biorąc, dzięki tomografowi możemy zbadać cały przekrój oka. Dzięki dużej szybkości pomiarów spektralnej tomografii optycznej można uzyskiwać trójwymiarowe obrazy wnętrza oka także w czasie rzeczywistym, co pozwala dużo lepiej rozpoznawać procesy chorobowe zarówno w przedniej części oka, we wnętrzu, jak i na dnie oka.

Redakcja: Czy od początku planowaliście Państwo wprowadzenie spektralnego tomografu optycznego na rynek, czy też traktowaliście projekt w aspekcie czysto naukowym?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Zakładaliśmy taką możliwość. Zresztą generalnie istnieje taka tendencja i przekonanie, że nauka powinna współdziałać z przemysłem. Mieliśmy jednak w tym względzie bardzo ograniczone doświadczenie. Bezpośrednie rozmowy z przemysłem niewiele dawały. Traktowano mnie z po-
błażaniem lub pytano o biznesplan oraz gwarancje na sprzedaż urządzenia. Po-



tomograf Zeissa, bmctoday.net



SOCT w laboratorium, 1999-2004, fot. z prezentacji prof. A. Kowalczyka

deszliśmy zatem do zagadnienia z innej strony. Skontaktowaliśmy się z potencjalnymi użytkownikami – okulistami. Uczestniczyliśmy w wielu konferencjach i zjazdach opowiadając o naszym urządzeniu. Przekonaliśmy ich, że warto.

Redakcja: Czyli trudno było znaleźć partnera, który zająłby się komercyjnym aspektem budowy i sprzedaży urządzenia?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Jak powiadam, ssanie wyszło ze środowiska okulistycznego. Firmy optyczne dowiedziały się, że istnieje urządzenie, na którym można by zarobić. Wówczas zjawił się u nas prezes niewielkiej polskiej firmy z Zawiercia – Optopolu. Zainteresował się naszym urządzeniem, a w jego ewentualnej produkcji widział szansę rozwoju swojego przedsiębiorstwa. Zniechęcony nienajlepszymi doświadczeniami w kontaktach z przemysłem, początkowo nie chciałem podjąć współpracy, ale w końcu się zgodziłem. Aby przygotować urządzenie z prototypu laboratoryjnego firma potrzebowała naszej pomocy. Moi współpracownicy zaczęli jeździć do Optopolu. Jak wspominałem, była to mała firma rodzinna z Zawiercia, zajmująca się początkowo handlem, leasingiem, potem i wytwarzaniem urządzeń okulistycznych. Zaryzykowali i zainwestowali w tomograf naszej konstrukcji. To był dobry krok. Optopol wyprodukował tomograf w wersji komercyjnej, spektakularnie wszedł na giełdę, a spółka akcyjna w ubiegłym roku została w 90% wykupiona przez japoński koncern Cannon.

Redakcja: Czy Uczelnia zyskała na „sprzedaży” projektu? A może Państwo jesteście majątymi ludźmi?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Nie bardzo. Zarobiliśmy raczej drobne pieniądze. Uważaliśmy, że powinien się zwrócić pierwszy grant państwowy w wysokości około 300 tysięcy złotych. Troszkę zarobiliśmy także indywidualnie, ale nie były to miliony. Z pewnością wydarzenia te przyniosły nam sławę i na pewno wystąpił efekt synergii środowisk naukowych i przemysłu. Niewątpliwie szum medialny, jaki powstał wokół tomografu był dowodem na głód sukcesu w Polsce.

Redakcja: Czy sztyl Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pojawia w nazwie lub opisie tomografu?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Umówiliśmy się, by w instrukcji urządzenia znajdowało się odniesienie do UMK a urządzenie Optopolu nosiło nazwę Copernicus od nazwiska patrona naszej uczelni. Tego pierwszego nie dotrzymano, ale specjalnie nie protestowaliśmy, bo aparat okazał się początkowo bardzo zawodnym. Mimo tego po pierwszym roku Optopol zajął 14% rynku światowego, bo nasz aparat okazał się – jak już wspominałem – najnowocześniejszym i najszybszym tomografem optycznym. Stukrotnie szybszym od dotychczasowych.

Redakcja: Jakie to ma znaczenie dla diagnostyki?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Tomogram – czyli obraz z tomografu – powstaje linia po linii, więc musi być zrobiony bardzo szybko. Jeżeli urządzenie generuje go zbyt wolno, a oko w międzyczasie się poruszy, pojawi się zakłócenie. Prędkość pomiaru jest istotna szczególnie w przypadku obiektów niewspółpracujących. Do takich należą na przykład małe dziecko, czy zwierzęta doświadczalne. Dzięki naszemu urządzeniu przekrój otrzymujemy w ciągu 7 milisekund, a trójwymiarowy obraz w ciągu ćwierci sekundy. Dzięki szybkości naszego tomografu możemy także otrzymać filmy tomograficzne. Dla lekarza istotne jest, aby tomogram był na tyle czytelny, by jednym spojrzeniem móc ocenić wyniki badania. Dzięki dużej szybkości możemy pozwolić sobie na wykonywanie trójwymiarowych obrazów, a lekarz, wykonując w odstępie jakiegoś czasu kilka badań, ma przed sobą mapy zmian, których analiza pozwoli mu na ocenę rozwoju choroby.

Redakcja: Czy obecna współpraca z przemysłem trwa? Obejmuje wprowadzanie nowych rozwiązań?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Jeśli chodzi o współpracę z przemysłem, jednym z elementów było stworzenie w Instytucie komórki badawczo-rozwojowej Optopolu. Dzięki temu powstało dziesięć nowych miejsc pracy, gdzie znaleźli zatrudnienie absolwenci fizyki pochodzący z różnych zespołów Instytutu Fizyki. Biuro zajmuje się rozwojem urządzenia, natomiast nasza współpraca z Optopolem polega na wskazywaniu i oferowaniu



prototyp kliniczny w Klinice, 2004, fot. z prezentacji prof. A. Kowalczyka



OCT Copernicus firmy Optopol, optopol.com

rozwiązań, które powstają przy realizacji badań naukowych, a mają pewien potencjał praktyczny. W ten sposób zaofiarowaliśmy sposób na redukcję plamek zakłócających obraz tomograficzny, czy metodę na pomiar prędkości przepływu krwi w naczyńkach siatkówki.

Redakcja: Czy inne firmy zwracały się do was z propozycją współpracy nad tomografem?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Przede wszystkim nie zajmujemy rozwojem urządzenia - zajmuje się tym biuro rozwojowo-badawcze Optopolu. Natomiast staramy się wykorzystywać nasze doświadczenie we współpracy z przemysłem do praktycznej realizacji wszystkich pomysłów, które powstaną przy okazji badań naukowych. W tym celu stworzyliśmy własną firmę - spółkę komandytową AM2M.

Redakcja: Spektralny tomograf optyczny znajduje też zastosowanie w dziedzinach zupełnie odległych od medycyny, np. w konserwacji dzieł sztuki...

Prof. Andrzej Kowalczyk: Istotnie. Prof. Piotr Targowski zajmuje się zastosowaniem tomografu do oceny stanu dzieł sztuki. Niezwykle spektakularne

badanie w tej dziedzinie to np. stwierdzenie autentyczności podpisu pod dziełem sztuki. Najlepiej podrobić dzieło sztuki, biorąc obraz z warsztatu danego okresu i podpisać go sygnaturą jakiegoś wybitnego malarza. Co prawda, łatwo to wykryć, bo światło ultrafioletowe będzie fluoryzowało wszędzie oprócz podpisu, którego nie zakrywa werniks. Dlatego fałszerze idą dalej i kładą na wierzch drugą warstwę werniksu. To już jest trudniej wykrywalne. Tutaj z pomocą przychodzi tomograf optyczny. Kiedy zrobimy nim przekrój, widać, że podpis „wisi” w przestrzeni pomiędzy oryginalnym a sfalszowanym werniksem. Dzięki tomografowi można badać stan werniksu na całym obrazie, bo nasza metoda nie niszczy dzieła. Zwykle konserwator pobiera próbkę z samego rogu obrazu, tu można zewsząd. Musimy jednak pamiętać, że światło tomografu nie przeniknie pod warstwę malarską, bo musi ono wejść i wyjść, a w warstwie malarskiej utknie. Z drugiej strony można w ten sposób odpowiednio dobrać parametry do laserowego usuwania wierzchniej warstwy.

Redakcja: Niedawno rozpoczęliście Państwo współpracę z Instytutem Biologii Doświadczałnej im. Marcela Nenckiego PAN nad wykorzystaniem OTC do badania mózgu małych ssaków. Czy będzie to miało przełożenie na badania mózgu człowieka?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Spytano nas, czy możemy zbadać w jaki sposób rozwija się udar mózgu? W Instytucie są w stanie wywołać udar mózgu u myszy, ale chcieliby zobrazować ten proces w czasie. Ale mózg jawi się naszej metodzie jako przysłowiowa szara masa, z niezbyt dobrze widoczną strukturą. Być może dane te w przyszłości pozwolą ustalić kiedy i jaki lek podać u dotknięte-

go tą chorobą człowieka.

Redakcja: Prowadzicie także Państwo inne badania...

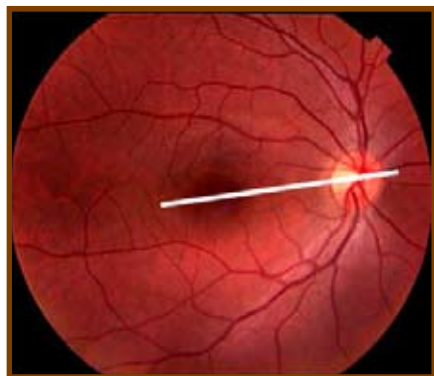
Prof. Andrzej Kowalczyk: Współpracujemy z panią prof. Marią Stankiewicz z Zakładu Biofizyki Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi naszego Uniwersytetu. Celem jest zobrazowanie rozchodzenia się potencjału czynnościowego w komórkach nerwowych. Gdybyśmy mogli uchwycić proces rozchodzenia się sygnału wzdłuż nerwu, moglibyśmy oświetlić określone miejsce i badać przewodzenie pojedynczego nerwu na dnie oka. Badanie takie byłoby bardziej precyzyjne i mniej obciążające od elektrookulografii. Zarzucamy sieć, może coś z tego wyniknie. Profesor Stankiewicz działa z dr Iwoną Gorczyńską, która otrzymała grant Narodowego Centrum Badań i Rozwoju „Lider” dla zorganizowania własnego zespołu badawczego.

Redakcja: Wspomniał Pan Profesor, że Zakład Fizyki Medycznej prowadzi prof. UMK. Maciej Wojtkowski, który m.in. otrzymał Europejską Nagrodę dla Młodego Naukowca za rozwój pracy naukowej i realizację projektów.

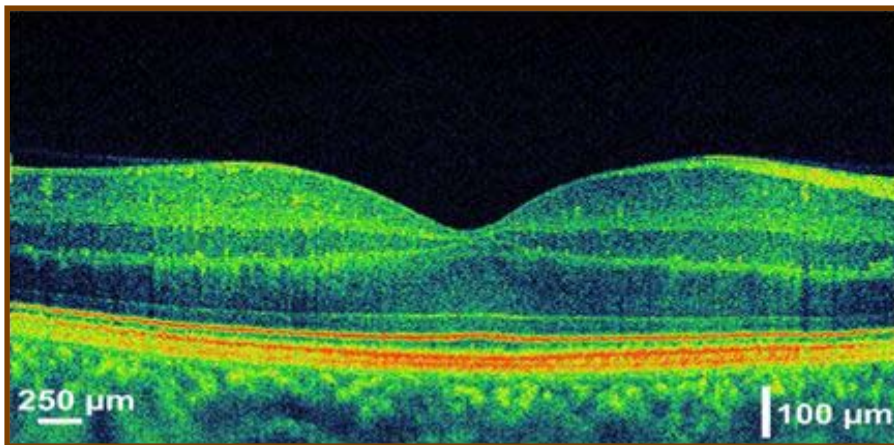
Prof. Andrzej Kowalczyk: Zespół Obrazowania Biomedycznego, który powstał po rozwiązaniu Zespołu Fizyki Medycznej prowadzi obecnie prof. Maciej Wojtkowski. Ja, jako dziekan zajmuję się głównie papierami. Maciej prowadzi zespół doskonale. Wprowadził kilka rozwiązań organizacyjnych, których mnie się nie udało, np. regularne cotygodniowe spotkania „czytelnicze”, na których dyskutowane są ostatnie publikacje naukowe. Maciej zdobył bardzo prestiżową i finansowo satysfakcjonującą nagrodę European Young Investigation Award. Dzięki niej nie jest zobligowany do prowadzenia zajęć dydaktycznych, a prócz tego mógł zatrudnić ludzi na stanowiskach adiunktów naukowo-badawczych, stanowiących siłę napędową zespołu.

Redakcja: Czy uważa Pan spektralny tomograf optyczny za „dzieło swojego życia”, czy też myśli Pan już zupełnie nad czymś innym?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Dokonaniem życia jest zespół, nie urządzenie. Kontynuatorem idei pozostaje Maciej Wojtkowski, a ja czuję się spełniony, pozostawiając po sobie zespół i następcę.



Obraz siatkówki, fot. z prezentacji prof. A. Kowalczyka



Przekrój siatkówki, fot. z prezentacji prof. A. Kowalczyka

Redakcja: Jako dziekan co sądzi Pan o malejącej liczbie studentów na Wydziale?

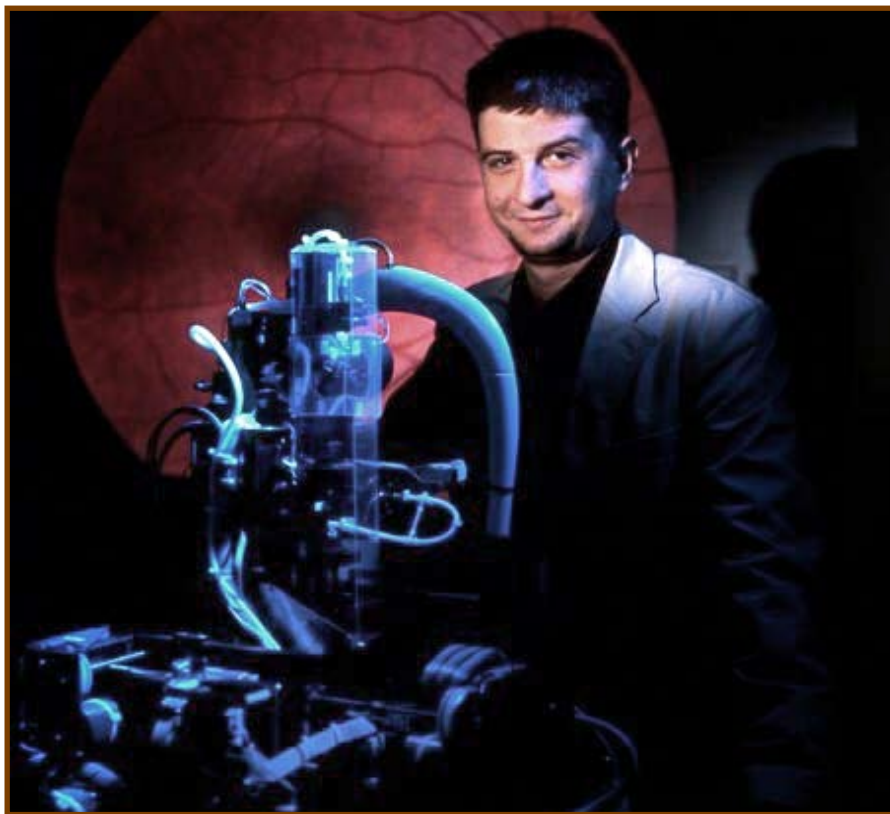
Prof. Andrzej Kowalczyk: Rzeczywiście, mamy bardzo mało studentów, a będzie coraz gorzej. Próbuje ratować się, otwierając kierunki techniczne. Na fizykę przychodzi około 20 osób, nieco więcej na fizykę techniczną, głównie na automatykę i robotykę oraz na informatykę stosowaną. Na II stopniu fizyki na każdym roku są cztery osoby, co potem przełoży się na rekrutację na studia doktoranckie. Na szczęście, pozbywamy się prowincjonalnego podejścia, iż studentami studiów doktoranckich zostają jedynie nasi absolwenci. Coraz więcej osób przechodzi z innych uczelni. Jest to wartość dodana. Takie zjawisko obserwowałem w Stanach Zjednoczonych i uważam je za bardzo ważne z punktu widzenia wymiany doświadczeń i myśli. Zatrudniamy także ludzi spoza granic Polski.

Redakcja: Studentów woli Pan odpytywać ustnie, czy sprawdzać testy?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Wolę zrobić test. Generalnie, pozwalam studentom na korzystanie ze ściąg, nawet zachęcam do ich robienia, ale własnoręcznych a nie kserokopii. Kiedyś ogłosiłem nawet, że będę oceniał ściąg. To była klęska. W dużej mierze – miast wypunktowanych najważniejszych zagadnień – były to całe teksty, często kserokopie. Pozwoliłem kiedyś przynieść na egzamin książki. Studenci byli przekonani, że zadania egzaminacyjne będą z nich pochodziły. Nerwowo i bezskutecznie wertowali podręczniki. Z drugiej strony przyjemnie jest porozmawiać z dobrym studentem. Z fizyką jest ten kłopot, że – jeśli idzie o potencjał intelektualny studentów – nie mamy rozkładu normalnego. Mogłbym wówczas ze swoimi wykładami „celować” w studenta średniego, mając nadzieję, że trafiam do około 80 %. Teraz mamy rozkład bimodalny, dwa maksima, jest paru dobrych studentów, długo, długo nic, a na koniec tacy na 3 minus. Kiedy celuję w średnią, jedni są znudzeni, a do tych drugich i tak nie docieram. Ja studiowałem w czasach, kiedy około 7% rocznika podejmowało studia wyższe. Teraz mamy prawie 60% ludzi na wyższych studiach, ale na jakim poziomie?

Redakcja: Jak wypada polska fizyka na tle światowej?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Myślę, że w fizyce akurat nie jest najgorzej. Zawsze była



prof. UMK Maciej Wojtkowski, zdjęcie z cyklu „stypendyści Fundacji” - fot. Michał Gmitruk

otwarta na kontakty i apolityczna. Jednak umiejętność publikowania nie jest taka jak na Zachodzie, przeszkadza nam bariera językowa i pewien prowincjonalizm. Druga sprawa to zamknięcie środowiska. Mimo stosunkowo dużej otwartości na tle innych kierunków, fakt że przez długi czas nie było u nas absolwentów spoza uczelni doprowadził do tzw. „chowu wsobnego”. Na szczęście fizyka toruńska była tworzona przez uczonego światowej miary, prof. Aleksandra Jabłońskiego i od początku polityka kadrowa była taka, że każdy po doktoracie wyjeżdżał na staż podoktorski, co umożliwiało napływ świeżych idei. Z mojego zespołu już trzecia osoba trafiła do Massachusetts Institute of Technology (MIT). Maciej Wojtkowski nie tylko nauczył się tam wielu rzeczy pod względem merytorycznym, ale również organizacji pracy w grupie. Angażował się m.in. do pisania wniosków o granty, wynosząc z tego sporo doświadczeń. W MIT na stażu przebywała dr Gorczyńska, a teraz jest tam dr Ireneusz Grulkowski. Taka praktyka ma miejsce wszędzie na świecie. Kiedy odbywałem staż w katolickim uniwersytecie w Louven, powiedziano mi, że tam zatrudnia się własnych absolwentów, ale tylko pod warunkiem ukończenia praktyki w Ameryce.

Redakcja: Jak czuje się Pan Profesor w nowej roli, członka Rady Narodowego Centrum Badań Rozwoju?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Jest to cie-

kawe doświadczenie, bo spotykam nowych ludzi, Poznaję problemy na styku nauka – przemysł. Problemem jest często brak zainteresowania ze strony przemysłu, a co za tym idzie – niechęć do partycypacji finansowej w badaniach. Wydaje się, że nasza droga była lepsza – zainteresowaliśmy potencjalnych odbiorców, a odbiorcy zainteresowali przemysł.

Redakcja: A co Pan Profesor sądzi o nowelizacji ustawy o szkolnictwie wyższym?

Prof. Andrzej Kowalczyk: Czy można napisać, że rozłożyłem ręce? (uśmiech) Do stosujemy się. Z pewnością wahadło wahało się w drugą stronę. Do tej pory zajmowano znaczną część Rad Wydziałów kolokwiami habilitacyjnymi, łącznie z wykładem kolegów, których znamy np. od dwudziestu lat (przywracając zwyczaj sprzed wojny). Teraz delikwent być może w ogóle nie będzie musiał spotkać się z komisją. To chyba też nie do końca przemysłane.

Redakcja: Za to nasza rozmowa była w pełni przemysłana i satysfakcjonująca. Dziękujemy.

Ze strony Redakcji rozmowę prowadzili: dr Krzysztof Nierzwicki, redaktor naczelny i mgr Monika Kubiak, sekretarz redakcji

16 grudnia 2011 r. prof. Andrzej Kowalczyk odebrał Nagrodę Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za wybitne osiągnięcia naukowe oraz naukowo-badawcze w kategorii badań na rzecz rozwoju gospodarki, a prof. UMK Maciej Wojtkowski - nagrodę Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za wyróżniającą się rozprawę habilitacyjną.

Gwiazdkowe prezenty

Wojciech Szczęsny

O ile mi wiadomo problem ważności Świąt Wielkanocy i Bożego Narodzenia z punktu widzenia teologii został rozstrzygnięty na korzyść tych pierwszych. Nie ma jednak co kryć. Atmosfera „Gwiazdki” bardziej kojarzy się z tym co piękne, domowe, rodzinne i wzruszające. No i jeszcze to, o czym tak naprawdę nie powinno się mówić, bo przecież najważniejsze jest narodzenie Zbawiciela, czyli prezenty. Choć dorośli już nie wierzą w Gwiazdora, a dzieci też podejrzewają, że to sąsiad lub wujek - jedni i drudzy z równym podnieceniem rozpakowują leżące pod choinką paczuszki.

A prezenty zmieniają się przez lata. Pluszowe misie zastąpiły konsole gier wideo, mechaniczne nakręcane zabawki oddały pole palmtopom, dotykowym „komórkom” czy tabletom. Te gadżety mają to do siebie, że w okresie przedgwiazdkowym pojawiają się w nowych wersjach zaś po roku sytuacja powtarza się. Po prostu wstyd mieć w kieszeni model sprzed dwóch lat, który nie pozwala na korzystanie z facebooka w dowolnej chwili i miejscu. Telefon bez GPS to też śmiesz. Telewizor grubszy niż 5 cm to jakaś pomyłka, mimo że widać w nim właściwie to samo co w tym „nie - cienkim”. Samochody rzadko stają się prezentami gwiazdkowymi, ale powyższe uwagi dotyczą ich w całej rozciągłości. Powie ktoś to norma,

Tak musi być, rozwój cywilizacji itp. Tak ale... Większość owych dóbr jest

użytkowana przez mieszkańców bogatych krajów jak to się powszechnie mówi „północy”. Nawiasem mówiąc przeciętny właściciel wykorzystuje około 10% ich możliwości. Stopień skomplikowania gadżetów jest tak wysoki, że ich obsługa zaczyna sprawiać trudności zwłaszcza starszym. Tymczasem do ich produkcji potrzebne są pierwiastki występujące w krajach gdzie owe zdobycze cywilizacji są rzadkie. Ludzie, którzy o topowych produktach elektroniki mogą najwyżej pomarzyć, kilkaset metrów pod ziemią wygrzebuje łopatami rudy metali potrzebnych do pokrycia odpowiednich styków czy przełączników. Od czasu do czasu jakiś pięknoduch - naiwniak napisze o tym lub powie i zazwyczaj zostanie co najwyżej wyśmiany. Przypomina mi się „bojkot” Igrzysk Olimpijskich w Pekinie. Biznes to biznes a nie tanie sentymenty. Nawoływania grupki ludzi, aby nie targać żywych ryb w foliowych torbach wywołują jeśli nie agresję „zakupowiczów” to najwyżej uśmiech pobłażania. No ale cóż się dziwić, gdy ludzie broniący ostatnich ostoi dzikiej przyrody przed postawieniem tam wiaduktu z autostradą nazywani są „ekoterrorystami” przez pewną rozgłośnię, a człowiek który pełnił funkcję ministra (sic!) ochrony środowiska uważa taką lokalizację autostrady za optymalną. Gdyby zwierzęta istotnie mówiły ludzkim głosem nie byłoby nam miło, a tak pięknie wyglądają u żółbka. Jako figurki rzecz jasna.

Ostatnie miesiące w mediach zdominowane zostały przez światowy kryzys. Jako winnych najczęściej wskazuje się właśnie ludzi, którzy żyli ponad stan, zaciągali kredyty na kolejne nie zawsze potrzebne gadżety. Może to i prawda bowiem cnoty oszczędzania i skromności odeszły chyba w zapomnienie.



Poza tym pan stworzenia - człowiek ma prawo do życia tak jak mu nakazują jego święte księgi. Nie wszyscy? No tak podobno niektórzy umierają z głodu. Ale jest na to rozwiązanie! Co tam jakieś lasy równikowe - ciąć je! Potrzeba obszarów dla pól uprawnych, drewna dla następnych miliardów ludzi. Mieszkają tam jakieś ostatnie goryle? No i co z tego. Ostatnią parę zamknie się w zoo. Zaczyna brakować ryb w ocenach? Głupie gadanie ekoterrorystów. Jak może zabraknąć ryb w morzu. Śmieszne po prostu!

Za parę dni w sklepach rozpocznie się nakręcanie sztucznie „szal zakupów”. Doświadczymy się ile „przeciętna polska rodzina” wyda na wigilię, prezenty i dwa dni wolne. No i jeszcze Sylwester. Wstyd założyć zeszłoroczny garnitur a nie dać Boże, żeby żona tę samą sukienkę. Ostracyzm towarzyski pewny. Po Świątach tysiące ton żywności zostanie wywiezione na śmietniska. Pożywią się nimi ptaki niebieskie. Ponoć nie sieją i nie orzą a Pan dba o nie. No niektórzy je dokarmiają a jeszcze inni wysyłają pieniądze na głodujące dzieci w Afryce. W Świąta należy mieć czyste lub co najmniej uspokojone sumienie. No i talerz dla niezapowiedzanego gościa. Spokojnie! I tak nie przyjdzie.

Wesołych Świąt!

dr Wojciech Szczęsny jest starszym wykładowcą w Katedrze Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Endokrynologicznej



Kilka słów komentarza do tekstu prof. Władysława Sinkiewicza „Primum Non Nocere”

Wojciech Szczepny

O czwartej straży nocnej przyszedł więc do nich po jeziorze, a gdy uczniowie zobaczyli Go idącego po jeziorze, przestraszyli się i mówili: „To jakaś zjawal”. I ze strachu zaczęli krzyczeć. Wtedy Jezus natychmiast przemówił: „Uspokójcie się! Ja jestem. Nie bójcie się!”. Piotr więc rzekł: „Panie! Jeśli to Ty jesteś, każ mi przyjść do Ciebie po wodzie. A On odpowiedział: „Chodź!”. Piotr wyszedł z łodzi po jeziorze poszedł do Jezusa. Gdy zauważył, że wieje silny wiatr, przeraził się i zaczął tonąć. Wtedy krzyknął: „Panie! Ratuj mnie!”. Jezus zaraz wyciągnął rękę i chwycił go. Powiedział mu: „Człowieku małej wiary! Dlaczego zwątpiłeś?” Gdy wsiedli do łodzi, wiatr się uciszył. Ci zaś którzy byli w łodzi, oddali Mu hołd i wyznali: „Ty naprawdę jesteś Synem Bożym”. (Mt 14, 22-23)

Powyższy fragment z Ewangelii św. Mateusza przypomniał mi się, gdy czytałem ów tekst. Pomyślałem sobie, jak słaby musi być Kościół i jak wątła wiara Polaków, ponoć w 95% katolików, gdy trzeba jego nakazy ubierać w literę prawa i penalizować. Czy Jezus karze Piotra za to, że zwątpił? Czy skazuje go na więzienie? W takim przypadku cudownie nawrócony ex – aborter, poseł Piecha – dziś lider „pro life” – za wykonanie olbrzymiej ilości interupcji, powinien chyba odsiadywać dożywocie (szczęśliwie dla niego już Rzymianie twierdzili że: „lex retro non agit”). Nie, Jezus napomina, przypomina o zasadach wiary. Tylko tyle.

Jeśli jestem katolikiem, to współżyję z moją żoną od ślubu kościelnego (uchowaj Boże wcześniej!) Stosuję, co oczywiste dla mnie i dla niej, tylko naturalne metody regulacji poczęć. Jeśli żona zachodzi po raz trzynasty w ciążę, a dziecko – o czym dowiedziałem się po porodzie – bo uważam badania prenatalne za szkodliwe, urodziło się bez trzech kończyn i nerek, przyjmuję je z radością jak dar Boga. Jego choroba jest dla mnie krzyżem, który Bóg dał mi do dźwigania na tej ziemi, bo widać tak się mu spodobało. Przez mój mózg nie przeszła myśl o aborcji, nawet jeśli wiedziałem o ciężkiej chorobie płodu. Środki antykoncepcyjne prócz kalendarza i badania śluzu są grzechem śmiertelnym bo ingerują

w boskie prerogatywy obdarzania człowieka życiem. Nawet te, których działanie jest identyczne z kalendarzykiem jak np. prezerwatywa. Taka jest nauka mojego Boga i mojego kościoła, przekazana przez nieomylnego w sprawach wiary papieża (Paweł VI Encyklika „Evangelium vitae”). Skąd zatem w państwie gdzie 95% ludzi wyznaje powyższe, problem aborcji? Skąd problem „in vitro” i skąd wreszcie potężny rynek antykoncepcji?

Projekt całkowitego zakazu aborcji jest czymś horrendalnym. Nakazuje przykładowo chorej umysłowo kobiecie zgwałconej przez kilku oprawców urodzić dziecko z wadą wrodzoną. Ta ostatnia prawdopodobnie ujawni się dopiero po porodzie, bo coś mi się wydaje, że i badania prenatalne miałyby zdaniem projektodawców, a jak zrozumiałem również prof. Sinkiewicza, być zakazane, jako stanowiące wstęp do przerwania ciąży z ciężko uszkodzonym płodem. Zespół Downa nie jest najlepszym chyba przykładem. Symptomatologia jest tu niezwykle szeroka od ludzi, którzy mogą studiować po ciężkie upośledzenia uniemożliwiające samodzielną egzystencję. O ile mi wiadomo obecne badania prenatalne nie są w stanie odpowiedzieć na pytanie, z jakim upośledzeniem będziemy mieli do czynienia. Jednak można określić inne niż zespół Downa uszkodzenie płodu, które jako nie letalne, uczynią życie dziecka i jego rodziców koszmarem. Tak, zgadzam się, że każdy – jak wymieniona święta i słynna siatkarka – ma prawo do indywidualnych decyzji co do losów swoich i dziecka. Prof. Chazan wskazuje na potrzebę pomocy. Piękne założenie. Jednak koniec końców to nie on, czy prof. Sinkiewicz będą przez 24 godziny na dobę czasami przez wiele lat zmieniać pampersy i karmić dziecko przez gastrostomię. Nie każdego stać na taki heroizm. Kto dał „obrońcom życia” prawo decydowania o nie swoim losie? Skąd owa pewność, że mają rację? Skąd owa pycha, wynikająca z przekonania, że ich wiara jest słuszna? A może stać się tak, że upośledzone dziecko przeżyje rodziców. Kto się nim zajmie? Dom opieki społecznej? Hospicjum? Może i tak, ale ten świat po powiedzmy 30 latach w ramionach rodziców będzie koszmarem, na który ów czło-

wiek nie będzie się nawet mógł uskarżać, bo nie mówi...

Jest dla mnie oczywiste, że jeśli ktoś decyduje się na urodzenie ciężko upośledzonego dziecka ma do tego prawo i państwo winno mu pomóc w jak najszerszym zakresie, ale nie wolno zmuszać nikogo do takiej decyzji wbrew jego woli, a lekarza który wykona aborcję ciężko uszkodzonego płodu karać więzieniem!

„Kurs na prawdziwą medycynę”, jaki proponuje prof. Sinkiewicz jest jak najbardziej słuszny. Każdy lekarz marzy o tym, aby mieć metody i środki do leczenia każdej choroby i nie stosować metod inwazyjnych czy wręcz takich jak aborcja. Jednak aby leczyć (a są już operacje wewnątrznaczyniowe, diagnostyka USG etc.) trzeba zbadać pacjenta. A jak to zrobić, jeśli badania prenatalne jak zrozumiałem z tekstu, należałoby ograniczyć, a w najlepszym razie nie płać za nie? Nie mam tu jasności obrazu.

Prof. Sinkiewicz twierdzi, że 600 tys. osób podpisało się pod owym projektem. No cóż ciekaw jestem, jakie grupy wiekowe tu partycypowały. Gdzie zbierano podpisy? Uczciwie byłoby prosić o podpis ludzi w wieku 20-50 lat a więc zainteresowanych, choćby z racji biologii rozrodu tematem. No i może poza miejscem kultu religijnego. Ale to szczegół. Każdy przecież ma prawo wypowiadać się w każdej sprawie.

Patrząc właśnie na Komunikat CBOS oznaczony BS/100/2010 z czerwca 2010 roku (dostępny w Internecie). Cóż widzę? Wykres kołowy a tam odsetek odpowiedzi na pytanie: „Czy Pana(i) zdaniem przerywanie ciąży powinno być?:

Odpowiedzi:
7% Dozwolone bez żadnych ograniczeń
14% Całkowicie zakazane
38% Dozwolone ale z pewnymi ograniczeniami
36% Zakazane ale z pewnymi wyjątkami
5% Trudno powiedzieć.

Pozostawiam PT Czytelników, aby sami porównali te dane z podanymi przez prof. Sinkiewicza. No chyba, że przez rok społeczeństwo się tak radykalizowało. W roku wyborów wszystko jest możliwe. Innych myśli nie dopuszczam.

Nominacje profesorskie: Zbigniew Włodarczyk



prof. Zbigniew Włodarczyk

21 listopada 2011 r. w Pałacu Prezydenckim w Warszawie nominację prezydencką odebrał prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK, pełniący również funkcję kierownika studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim.

Profesor Zbigniew Włodarczyk urodził się w 1956 roku w Poznaniu i tam w 1981 ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej. Po otrzymaniu dyplomu z wyróżnieniem rozpoczął pracę na oddziale chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Poznaniu, zdobywając kolejne stopnie specjalizacji. W wieku 33 lat wyjechał do Wielkiej Brytanii, i przez następne cztery lata pracował jako chirurg w Royal Free Hospital w Londynie. Przystąpił tam do brytyjskiego egzaminu specjalizacyjnego i uzyskał członkostwo Królewskiego Towarzystwa Chirurgów. Po powrocie do Polski w 1993 roku zorganizował ośrodek chirurgii naczyniowej, a w 1994 roku stworzył w Poznaniu program transplantacji nerek, organizując i zostając pierwszym kierownikiem ośrodka transplantacyjnego w Poznaniu.

W 1994 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W roku 1999 zorganizował i do

dzisiaj prowadzi Klinikę Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy, uzyskując w 2004 roku stopień doktora habilitowanego i stanowisko Profesora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Od 7 lat jest kierownikiem Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy. Członek dwóch kadencji Krajowej Rady Transplantacyjnej, konsultant wojewódzki w transplantologii klinicznej, długoletni członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, a od bieżącego roku jego Prezes.

Profesor Zbigniew Włodarczyk jest autorem 70. prac naukowych i 4 rozdziałów w podręcznikach, wygłosił liczne referaty na zjazdach krajowych i zagranicznych. Jego prace były cytowane w piśmiennictwie medycznym ponad 250 razy.

www.cm.umk.pl

Nominacje profesorskie: Roman Makarewicz

5 grudnia 2011 roku Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski nadał prof. dr hab. n. med. Romanowi Makarewiczowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Onkologii i Brachyterapii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK tytuł profesora nauk medycznych.

Profesor Roman Makarewicz urodził się 18 kwietnia 1964 roku w Kętrzynie (woj. warmińsko-mazurskie). Jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia wyższe ukończył w 1989 roku. W czasie studiów pogłębiał swoje zainteresowania w Studenckim Kole Naukowym, działającym przy Klinice Chirurgii Onkologicznej AM w Gdańsku. Od 01.10.1989 roku podjął pracę w Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy, odbywając jednocześnie staż podyplomowy w Wojewódzkim Szpitalu im. dr J. Biziela. Po ukończeniu stażu został zatrudniony na stanowisku młodszego asystenta w Oddziale Onkologii i Radioterapii Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy i rozpoczął specjalizację z zakresu radioterapii onkologicznej. W 1992 roku podjął współpracę z Katedrą i Zakładem Biologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, początkowo jako wolontariusz, a w latach 1994 – 1995 jako asystent. Zajmował się badaniami eksperymentalnymi nad rolą enzymów lizosomalnych i proteolitycznych w chorobie nowotworowej i działalnością dydaktyczną. W tym okresie głównym przedmiotem jego zainteresowania były nowotwory narządu rodowego kobiety i problemy związane z ich wczesnym wykrywaniem oraz monitorowaniem przebiegu procesu nowotworowego. W 1993 roku na podstawie przeprowadzonej rozprawy doktorskiej pt. "Aktywność katepsyny B i D w surowicy krwi i materiale biopłocym u chorych na raka szyjki macicy", uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Specjalizację I stopnia z radioterapii

onkologicznej uzyskał w 1993, a II stopnia w 1996 roku. W 2000 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy pt. „Badania nad rolą brachyterapii HDR w leczeniu chorych na zaawansowanego niedrobnokomórkowego raka płuca”.

W 2000 roku powierzono mu kierownictwo Katedry Onkologii AM w Bydgoszczy i jednocześnie Zakładu Onkologii Zachowawczej. W 2002 roku otrzymał stanowisko profesora nadzwyczajnego. W 2004 roku po reorganizacji, Katedra Onkologii została przekształcona w Katedrę i Klinikę Onkologii i Brachyterapii, którą profesor Roman Makarewicz kieruje do chwili obecnej. W latach 2003–2008 (przez dwie kadencje) pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a od 2004 roku Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. W 2008 roku został mianowany pełnomocnikiem Rektora UMK ds. wdrożenia ujednoliconego programu nauczania onkologii „Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych”.

Działalność naukową rozpoczął łącząc pracę w Oddziale Onkologii i Radioterapii Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz Katedrze i Zakładzie Biologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Profesor Roman Makarewicz jest autorem 109 prac pełnotekstowych zamieszczonych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, 2 prac popularnonaukowych, 21 rozdziałów w podręcznikach krajowych, 1 monografii (praca habilitacyjna), 77 prac w formie streszczeń, prezentowanych w kraju i za granicą na konferencjach, sympozjach i zjazdach naukowych. Jest on również redaktorem książki pt. „Brachyterapia HDR”, w której w 14 rozdziałach jest autorem bądź współautorem. Jego prace były cytowane w piśmiennictwie medycznym ponad 50 razy.



Zainteresowania profesora Romana Makarewicza w onkologii są szerokie, niemniej w dziedzinie naukowo – badawczej ogniskowały się wokół kilku głównych kierunków: onkologia ginekologiczna, brachyterapia HDR, rak nerki i rak stercza.

Od 2000 roku profesor Roman Makarewicz prowadzi zajęcia dydaktyczne dla studentów Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauk o Zdrowiu. Jest współautorem autorskich programów nauczania w zakresie przedmiotu: onkologia i radioterapia. Jest promotorem 13 ukończonych przewodów doktorskich oraz licznych prac licencjackich i magisterskich. Był członkiem komisji rekrutacyjnej, zarówno uczelnianej, jak i wydzielowej.

Był współorganizatorem „Jesiennej Szkoły Fizyki Medycznej” w Bydgoszczy w latach 1994–1997 oraz „Warsztatów Brachyterapii” w Bydgoszczy w 1996 roku. Szkolenia te cieszyły się dużym zainteresowaniem środowiska radioterapeutów. Z czasem zostały zastąpione (od 2002 roku) kursami szkoleniowymi CMKP dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie radioterapii – „Brachyterapia nowotworów” i „Podstawy fizyki medycznej. Planowania radioterapii i brachyterapii”, których był kierownikiem. Współorganizował również kursy obowiązkowe dla lekarzy realizujących specjalizację medycyny paliatywnej „Onkologia w medycynie paliatywnej”.

Pod jego kierunkiem 4 osoby uzyskały II stopień specjalizacji z radioterapii onkologicznej.

www.cm.umk.pl

Workflow w Collegium Medicum

Magdalena Brończyk

W celu unowocześnienia obiegu dokumentów w Collegium Medicum została wprowadzona jednolita procedura elektronicznego obiegu i realizacji zapotrzebowań w sprawach zamówień publicznych – system Workflow oraz jednolita procedura elektronicznego obiegu dokumentów i informacji – system Intranet.

System Workflow umożliwia składanie on-line wniosków w sprawie zakupów towarów i usług. Wniosek elektroniczny w programie Workflow zastępuje dotychczasowe papierowe wnioski zapotrzebowania. Dostęp do programu realizowany jest z dowolnego komputera podłączonego do Internetu, a połączenie z programem jest szyfrowane i odpowiednio zabezpieczone.

Większość zapotrzebowań realizowana jest przez powiązany z systemem Workflow sklep, którego działanie funkcjonalnością zbliżone jest do sklepu internetowego. Użytkownik szuka asortymentu przeglądając kategorie lub wpisując poszukiwany towar w wyszukiwarce sklepu. Wybrane przedmioty użytkownik dodaje do wirtualnego koszyka, a następnie potwierdza zamówienie.

Po wypełnieniu wniosku rozpoczyna swoją drogę przez kolejne działy dokonując weryfikacji i zatwierdzając wniosek. Wnioskodawca ma możliwość sprawdzenia w dowolnej chwili, na jakim etapie znajduje się złożony przez niego wniosek.

Ponadto program Workflow na każdym etapie sprawuje kontrolę nad przepływem środków finansowych (automatycznie rezerwuje środki na etapie składania wniosku, nie dopuszcza do przekroczenia limitów).

Wszelkie informacje wprowadzone

do systemu Workflow można pozyskać za pomocą raportów tworzonych w zależności od potrzeb użytkownika.

Intranet to zintegrowany system komunikacji wewnętrznej, który służy do wymiany informacji między pracownikami a kadrą zarządzającą oraz między pracownikami. Umożliwia gromadzenie i obieg informacji oraz przetwarzanie aktualnej wiedzy z zakresu bieżącej działalności Collegium Medicum.

System zbudowany jest z konfigurowalnych modułów, do których dostęp użytkownik otrzymuje na wniosek kierownika jednostki. Dwa podstawowe moduły systemu Intranet to „Obieg dokumentów”, i „Notatki”.

Moduł obiegu dokumentów umożliwia prowadzenie grupowej pracy nad projektem dowolnego dokumentu. Wytworzone dokumenty są przenoszone do modułu Zbiór dokumentów. Moduł składa się z funkcji, do których użytkownik uzyskuje dostęp na podstawie przydzielonych przez administratora ról. Dokument przechodząc od postaci projektu, przez fazę akceptacji, do zatwierdzenia w fazie końcowej, rozsyłany jest do pracowników ujętych w rozdzielniku.

Moduł notatki umożliwia przesyłanie informacji służbowych pomiędzy użytkownikami. Wysłanie zostaje odnotowane w systemie, a odbiorca zostaje natychmiast powiadomiony o otrzymaniu notatki.

System Intranet jest dodatkowo zintegrowany z komunikatorem desktopowym. Komunikator odciąża użytkownika od ciągłego procesu monitorowania zdarzeń zachodzących w Intranecie przy użyciu przeglądarki. Dodatkowo pełni funkcję komunikatora umożliwiającego

prowadzenie rozmów tekstowych między pracownikami.

Powyższe oprogramowania od października br. są już stosowane przez administrację centralną Collegium Medicum, a od następnego roku mają być wykorzystywane przez wszystkich pracowników. Prace nad wprowadzeniem niniejszych oprogramowań trwają już od ponad roku. Zróżnicowany czas wejścia w życie tych oprogramowań ma służyć przede wszystkim temu, abyśmy „wylapali” ewentualne nieprawidłowości przed ostatecznym zastosowaniem.

Przy tej okazji pragnę gorąco podziękować naszym informatykom, którzy z chęcią i ogromnym zaangażowaniem podeszli do tego nowego wyzwania, które również im samym pozwoliło rozwinąć skrzydła w zakresie nowych rozwiązań informatycznych.

Ponadto nie ukrywam, że liczę na zrozumienie i wsparcie ze strony współpracowników Collegium Medicum w zakresie wdrażania nowych oprogramowań. Życie bowiem pisze zazwyczaj scenariusze, że co nowe, to „straszne” i „nie dobre”. W pełni tego świadomi podjęliśmy jako administracja działania w zakresie rozpowszechnienia idei nowych oprogramowań, zarówno na radach wydziałów, jak i poprzez cykl szkoleń dla pracowników.

Żywię głęboką nadzieję i przekonanie, że w konsekwencji z upływem czasu, po etapach krytyki i niezadowolenia, przyjdzie moment, kiedy osiągnę satysfakcję z podjętej przez siebie inicjatywy w zakresie wprowadzenia nowych technologii, które zastąpią dokumenty papierowe drogą elektroniczną, a to da nam nowe możliwości i usprawni naszą pracę.

mgr Magdalena Brończyk jest Zastępcą Kanclerza ds. Collegium Medicum

Nagroda Marszałka: Arkadiusz Jawień

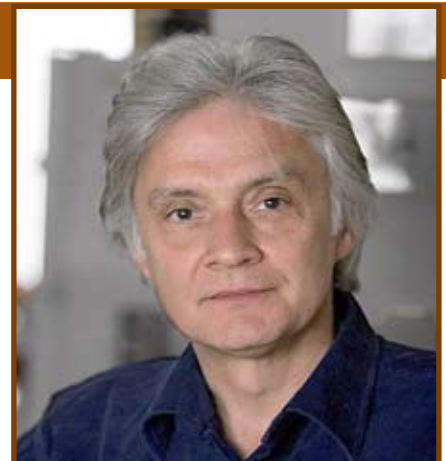
Dnia 5 grudnia 2011 r. Profesor Arkadiusz Jawień, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK otrzymał z rąk Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotra Całbeckiego nagrodę za działalność prozdrowotną w naszym regionie.

Uroczyste wręczenie nagród wszystkim laureatom odbyło się w „Dworze Artusa” w Toruniu. Profesor Arkadiusz Jawień to wybitny lekarz, naukowiec, wykładowca i społecznik. Aktywnie uczestniczy w propagowaniu wiedzy medycznej. Otrzymywał wielokrotnie prestiżowe nagrody i wyróżnienia,

m.in. miano „Ambasadora Regionu” w 2009 roku, nagrodę „Złotego skalpela” w 2010 roku.

Profesor Arkadiusz Jawień jest również inicjatorem i kierownikiem projektu Program Wczesnego Wykrywania Tętniaka Aorty Brzuszej, który został przez niego wdrożony w województwie kujawsko-pomorskim. Przedsięwzięcie wpisano do Regionalnego Programu Profilaktyki Zdrowotnej na lata 2011-2016. Program realizuje Wojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska w Bydgoszczy, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum UMK oraz 15 ośrodków (gabinetów ultrasonograficznych) z terenu województwa.

www.cm.umk.pl



prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, fot. Archiwum Gazety Wyborczej

Notatka z posiedzenia ZNP

W dniu 24.10.2011r. na swoim kolejnym posiedzeniu zebrał się Zarząd ZNP w UMK. Głównym tematem obrad była dyskusja na temat nowego Statutu Uczelni w związku z nowelizacją Ustawy o Szkolnictwie Wyższym.

Po wnikliwej analizie projektu Statutu postanowiono zaakceptować przedstawiony projekt z dwoma poprawkami:

- pierwsza z poprawek dotyczyła udziału przedstawicieli związków zawodowych w Radzie Bibliotecznej,
- druga dotyczyła kolejności uprawnionych do udziału w posiedzeniach Rady Collegium Medicum.

Zarząd zapoznał się również z informacją o trybie odwołania prof. W.

Beutha z funkcji Kierownika Kliniki. W związku z oburzającym trybem przeniesienia rzeczy przez profesora z zajmowanych pomieszczeń w klinice, zobowiązano Prezesa ZNP w UMK do poinformowania Senatu UMK o tych nieprawidłowościach i zgłoszeniu pytań w tej sprawie. Zarząd wyraził opinię, że w naszej Uczelni nie można pozwolić na takie nieetyczne traktowanie nauczycieli akademickich.

Następnie Zarząd ZNP zapoznał się z treścią odpowiedzi na pismo JM Rektora na temat urlopu bibliotekarzy dyplomowanych. Postanowiono zapoznać się bliżej ze sprawą i przeprowadzić odpowiednie rozmowy wyjaśniające z Władzami Uczelni.

Z powodu śmierci kol. Barbary Wal-

czak, Sekretarza ZNP w UMK, Zarząd zgodnie ze statutem postanowił powołać w skład Zarządu kol. Barbarę Pawlikowską i powierzyć Jej tę funkcję.

W kolejnym punkcie posiedzenia postanowiono, że tradycyjnie na „Dzień Zmarłych” zostaną złożone wiązanki i znicze na grobach byłych prezesów, wiceprezesów, oraz pozostałych aktywnych członków ZNP.

Zarząd postanowił, że spotkanie Świąteczno-Noworoczne Sekcji Emerytów i Rencistów naszego związku odbędzie się dn. 14.12.2011 r. o godz. 16.

Przyjęto również nowych członków do ZNP.

Bronisław Żurawski

Personalia

Informujemy o zmianach, jakie nastąpiły w okresie od 1 września do 30 listopada 2011 roku:

z dniem 1 września br. Pani prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe zatrudniona dotychczas na stanowisku profesora nadzwyczajnego została mianowana na stanowisko profesora zwyczajnego,

z dniem 1 września br. Pan dr hab. Tomasz Drewna zatrudniony na stanowisku adiunkta w Zakładzie Inżynierii Tkanekowej został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego,

z dniem 1 września br. Pani dr hab. Maria Szewczyk zatrudniona na stanowisku adiunkta w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego została zatrudniona na stanowisku profesora nadzwyczajnego na podstawie umowy o pracę,

z dniem 1 września br. Pan prof. dr hab. Mariusz Dubiel zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Położnictwa z Pracownią Biofizycznych Metod Nadzoru Płodu został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego,

z dniem 19 września br. Pani mgr Barbara Przybylska zmieniła stanowisko z Kierownika Działu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi CM na Głównego Specjalistę ds. Technicznych Collegium Medicum – Samodzielne Stanowisko Pracy Głównego Specjalisty ds. Technicznych Collegium Medicum,

z dniem 21 września br. Pani mgr Aleksandra Stukowska została kierow-

nikiem Działu Zarządzania Funduszami Strukturalnymi CM,

z dniem 22 września br. Pani inż. Dominika Staroń-Kołodziej została kierownikiem Zespołu ds. Realizacji Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy,

z dniem 1 października br. Pani dr hab. Alina Woźniak pełniąca funkcję Kierownika Zakładu Biologii Medycznej została powołana do jednoczesnego pełnienia funkcji kierownika Katedry Biologii Medycznej,

z dniem 30 września br. Pan prof. dr hab. Gerard Drewna przestał pełnić funkcję kierownika Katedry Biologii Medycznej,

z dniem 1 października br. został zatrudniony Pan dr hab. Henryk Witmanowski, prof. UMK na stanowisku profesora nadzwyczajnego z jednoczesnym powołaniem do pełnienia funkcji kierownika Katedry Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej i Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej,

z dniem 30 września br. Pani dr Maria Czternastek, która pełniła funkcję p.o. kierownika Katedry Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej i Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej zakończyła zatrudnienie w Uczelni,

z dniem 3 października br. Pani dr Grażyna Gadomska została powołana do pełnienia funkcji p.o. kierownika Oddziału Klinicznego Hematologii i Chorób

Rozrostowych Układu Krwiotwórczego,

z dniem 10 października br. został zatrudniony Pan inż. Zbigniew Grzegorzczak na stanowisku Głównego Specjalisty – kierownika filii Kancelarii Niejawnej w Collegium Medicum na Samodzielnym Stanowisku ds. Ochrony Informacji Niejawnych CM,

Z dniem 14 października br. zatrudnienie w Uczelni zakończył Pan inż. Eugeniusz Pazderski zatrudniony na stanowisku Specjalisty - kierownika filii Kancelarii Niejawnej w Collegium Medicum na Samodzielnym Stanowisku ds. Ochrony Informacji Niejawnych CM,

Z dniem 15 października br. Pani dr hab. Maria Kłopotcka zatrudniona w Katedrze i Zakładzie Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych zmieniła jednostkę zatrudnienia na Zakład Pielęgniarstwa Gastroenterologicznego,

Z dniem 14 listopada br. została zatrudniona Pani mgr Anna Samolińska na stanowisku Głównego Specjalisty – Pełnomocnika Rektora ds. Realizacji Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy,

Z dniem 15 listopada br. Pan dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK został powołany do pełnienia funkcji kierownika Studium Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Edukacji Zdrowotnej na okres do 30.04.2015 r.

przygotowała mgr Agnieszka Mróz, kierownik Działu Spraw Pracowniczych

Pożegnanie: Małgorzata Zdzenicka



Z żalem zawiadamiamy o śmierci prof. dr hab. n. farm. Małgorzaty Z. Zdzenickiej, kierownika Katedry i Zakładu Genetyki Molekularnej Komórki Collegium Medicum UMK.

Profesor Małgorzata Z. Zdzenicka w 1967 roku ukończyła studia na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Warszawskiego. W tym samym roku rozpoczęła pracę w Katedrze Biochemii Uniwersytetu Warszawskiego, a w latach 1968-1982 pracowała w Katedrze Biochemii Akademii Medycznej w Warszawie. W 1973 roku uzyskała tytuł doktora nauk przyrodniczych w Instytucie Biochemii i Biofizyki PAN w Warszawie. W latach 1982-2006 pracowała w Zakładzie Toksykologii Genetycznej Uniwersytetu w Leiden w Holandii, w którym od 1989 roku była kierownikiem grupy badawczej. W 1993 roku uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych, a w 1998 roku została profesorem zwyczajnym nauk farmaceutycznych.

Od 2001 roku profesor Małgorzata Z. Zdzenicka pracowała w Bydgoszczy, gdzie kierowała Katedrą i Zakładem Genetyki

Molekularnej Komórki Collegium Medicum (poprzednio Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy).

Profesor Małgorzata Z. Zdzenicka była światowej sławy specjalistą w dziedzinie mutagenyzy oraz genetyki molekularnej, przede wszystkim w zakresie procesów naprawy DNA w komórkach ssaków. Od początku kariery zawodowej prowadziła aktywną działalność naukową, odbyła wiele staży zagranicznych, m.in. na Uniwersytecie w Edynburgu (Wielka Brytania) oraz na Uniwersytecie w Cincinnati i w Lawrence Livermore National Laboratory (USA). Otrzymała też szereg prestiżowych stypendiów ufundowanych przez American Association of University Women, FEBS oraz kilkakrotnie przez International Union Against Cancer. Kierowała również licznymi projektami badawczymi przyznanymi m.in. przez Dutch Cancer Society oraz MNiSW/NCN. Głównym tematem zainteresowań i badań ostatnich lat pracy naukowej Pani Profesor były mechanizmy odpowiedzialne za wrażliwość komórek ssaków na związki mutagenne, m.in. leki przeciwnowotworowe, genetyczne podstawy naprawy podwójnych pęknięć DNA oraz molekularne mechanizmy chorób genetycznych, takich jak anemia Fanconiego czy ciężki złożony niedobór odporności (SCID). Imponujący dorobek naukowy profesor Małgorzaty Z. Zdzenickiej to niemal 120 prac, z których prawie wszystkie ukazały się w zagranicznych, renomowanych czasopiśmie naukowych.

Za swoją działalność naukową otrzymała liczne prestiżowe nagrody krajowe: Polskiego Towarzystwa Biochemicznego, Polskiej Akademii Nauk, Ministra Zdro-

wia oraz Indywidualną Nagrodę Ministra Zdrowia przyznaną za wybitne osiągnięcia naukowe. Została również uhonorowana przez towarzystwo Fanconi Anemia Research Found za szczególny wkład w badania nad anemią Fanconiego. Otrzymała Founder Award – nagrodę dla naukowców, dzięki którym rozpoczęto intensywne badania podstaw molekularnych tej choroby oraz Discovery Award, za odkrycie nowego genu anemii Fanconiego, FANCF.

Profesor Małgorzata Z. Zdzenicka aktywnie działała w licznych towarzystwach naukowych: European Mutagen Society, Netherlands Radiobiological Society, Netherlands Genetic Society, Polskim Towarzystwie Badań Radiacyjnych. Była honorowym członkiem Colombian Environmental Mutagen Society oraz ekspertem w międzynarodowej grupie doradczej Instytutu Biochemii i Biofizyki PAN w Warszawie. Od 1995 roku była też członkiem zespołu redakcyjnego międzynarodowego czasopisma „Mutation research/DNA Repair”.

Profesor Małgorzata Z. Zdzenicka była niezwykle doświadczonym i cenionym nauczycielem akademickim wielu pokoleń studentów, zarówno w Polsce jak i w Holandii. Była promotorem 5 rozpraw doktorskich oraz recenzentem 1 rozprawy habilitacyjnej i 4 prac doktorskich. W czasie pracy w Katedrze i Zakładzie Genetyki Molekularnej Komórki profesor Małgorzata Z. Zdzenicka opublikowała, jako autor lub współautor, 36 artykułów o łącznym IF prawie 200. W tym okresie zanotowano ponad 1400 cytowań Jej prac. Odszedł cenny pracownik Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, który wniósł ogromny wkład w rozwój uczelni.

Pożegnanie: Andrzej Świć

16 listopada odszedł nagle Andrzej Świć, redaktor naczelny „Forum Akademickiego” - ogólnopolskiego miesięcznika informacyjno-publicystycznego wydawanego przez Oficynę Akademicką w Lublinie. Współtwórca i uczestnik corocznych spotkań redaktorów gazet akademickich, dziennikarz, publicysta. Swoje życie zawodowe poświęcił problematyce badań naukowych i szkolnictwa wyższego.

Andrzej Świć urodził się w 1962 roku. Był absolwentem II Liceum Ogólnokształcącego im. Hetmana Jana Zamoyskiego w Lublinie. Ukończył socjologię na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Był drużynowym w niezależnym szczepie harcerskim „Zawisza”. Miał odznakę nr 97 Studenckiego Koła Przewodników Be-

skidzkich w Lublinie. W 1989 roku działał w Lubelskim Komitecie Obywatelskim. Ponad 20 lat temu Andrzej Świć, świeżo upieczony absolwent socjologii, prowadził między innymi badania dla komitetu i był organizatorem kampanii wyborczej KOL. Za tę działalność otrzymał w 2010 roku Medal Wojewody Lubelskiego. Od 1991 roku pracował w miesięczniku „Przegląd Akademicki”, wydawanym od 1994 r. jako „Forum Akademickie”. Początkowo był dyrektorem administracyjnym, a od 1994 roku redaktorem naczelnym miesięcznika i prezesem Akademickiej Oficyny Wydawniczej – wydawcy „Forum Akademickiego”, czasopisma zajmującego się problematyką badań naukowych i szkolnictwa wyższego.

MK



Utworzenie Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku

Jan Styczyński

W dniu 14 października 2011 r. w Poznaniu została utworzona Polska Federacja Ośrodków Transplantacji Szpiku.

Założycielami Federacji zostali pracownicy wszystkich 18 polskich ośrodków transplantacji szpiku u dzieci i u dorosłych. Ośrodek bydgoski, znajdujący się w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, reprezentowali prof. Jan Styczyński i dr Robert Dęb-

ski. Prezesem Fundacji został wybrany prof. Mieczysław Komarnicki z Katedry i Kliniki Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego w Poznaniu. Celami Federacji są: inicjowanie i wspieranie działań na rzecz regulacji organizacyjnych i prawnych związanych z przeszczepianiem komórek krwiotwórczych, inicjowanie i prowadzenie prac na rzecz rozwoju nauki w dziedzinie transplantacji komórek krwiotwórczych oraz

propagowanie idei dawstwa komórek krwiotwórczych. Niezależnie od Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku, w naszym kraju istnieje Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, która zrzesza ośrodki zajmujące się przeszczepianiem narządów unaczynionych, w tym głównie nerki i wątrobę.

prof. dr hab. Jan Styczyński jest kierownikiem Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej

Życiodajny tlen... zabija!

Marek Jurgowiak

Wśród organizmów żyjących na Ziemi większość, podobnie jak my sami, potrzebuje tlenu dla utrzymania się przy życiu. Jednak naprawdę tlen nie jest aż tak niezbędnym warunkiem życia, o czym świadczą obecność na Ziemi form, które określamy jako beztlenowe. Te zaś, a wśród nich wiele bakterii, radzą sobie lepiej w środowisku ubogim w tlen, lub wręcz całkowicie pozbawionym tlenu.

Organizmy, które w przebiegu ewolucji włączyły jednak tlen w swoją przemianę materii płacą za tę wygodę, bo efektywniej pozyskują energię, na prawdę wysoką ceną. Borykają się, bowiem z problemem toksyczności tlenu, a raczej powstających z niego wolnych rodników. W wyniku oddziaływania tych niezwykle reaktywnych cząsteczek powstają uszkodzenia w komórkach i będąc kumulowane, mogą być przy-

czyną rozwoju nowotworów, cukrzycy, miażdżycy czy choroby Alzheimera i są jak się dziś powszechnie uważa jednym z czynników starzenia. Jeśli do tego dodamy, że wolne rodniki są obecne wszędzie, bo w zanieczyszczonym powietrzu, dymie papierosowym, niezdrowych pokarmach i produkowane w ogromnych ilościach w nas samych skala problemu wydaje się być znacząca.

Zatem życiodajny tlen, będąc źródłem rodników, jest jednocześnie czynnikiem limitującym jakość i długość naszego życia.

Tlen dla życia na Ziemi

Tlen, powszechnie występuje w przyrodzie. Wiążąc się z innymi pierwiastkami tworzy tlenki, a wśród nich największe znaczenie dla życia ma tlenek wodoru, czyli woda. Bez wody też nam trudno wyobrazić sobie życie. Pierwotnym źródłem tlenu cząsteczkowego na Ziemi

była właśnie woda. Cząsteczki wody naświetlane promieniowaniem o długości fali poniżej 250 nm ulegają fotolizie, to znaczy rozpadowi na wodór i tlen. Gdy w początkach istnienia Ziemi stężenie tlenu osiągnęło w atmosferze 1/1000 wartość obecnego stężenia wytwarzał on już, jednak dość skromną, warstwę ochronną dla naszej planety. Przy tak małym stężeniu tlenu powstawały z niego bowiem tylko śladowe ilości ozonu, który dziś tworzy ochronną kołderkę nad Ziemią. Zatem nasza planeta wówczas była jeszcze poddana silnemu naświetlaniu promieniami UV. Po 2-2,5 miliardach lat historii Ziemi, dzięki fotosyntetycznej działalności sinic (proste organizmy zaopatrzone w aparat fotosyntezy – procesu, w którym powstają związki organiczne i tlen, z wody i dwutlenku węgla – podobnie jak u współczesnych roślin), wzrosła koncentracja tlenu w atmosferze. Konsekwencją tego, było utworzenie w górnych partiach atmosfery większej warstwy ozonu i odcięcie dopływu promieni UV. Ponieważ promieniowanie UV jest szkodliwe, a nawet zabójcze dla żywych organizmów takie ochronne działanie tlenu i ozonu ma dla trwania życia na Ziemi pierwszorzędne znaczenie. Wraz ze wzrostem stężenia tlenu w atmosferze ziemskiej powstały warunki dla rozpowszechnienia się form życia, takich jak my, całkowicie uzależnionych od tlenu i to do takiego stopnia, że już kilkuminutowy brak tlenu sprowadza na nas śmierć. Okazuje się jednak że i jego nadmiar, wolniej lecz równie skutecznie zabija.

Toksyczność tlenu została poznana

Człowiek żyje w atmosferze zawierającej 1/5 część tlenu i wcale nie czuje się



©Agencja Gazeta

dr Marek Jurgowiak, fot. archiwum Gazety Wyborczej

lepiej przy wyższych stężeniach tlenu, a wręcz przeciwnie.

U człowieka narządem najbardziej wrażliwym na tlen są płuca pomimo, że jest to narząd intensywnie natlenowany. Udo- wodniono już dość dawno, że oddychanie czystym tlenem (6 godzin) pod ciśnieniem 1 atmosfery prowadzi do zaburzeń w funk- cjonowaniu dróg oddechowych.

W latach 40. ubiegłego stulecia opisano chorobę oczu- zwłóknienie pozasoczew- kowe, prowadzącą do ślepoty. Następnie okazało się, że był to wynik nadmiaru tle- nu w inkubatorach, w których przetrzy- mywano przedwcześnie urodzone dzieci (wcześniaki). Dziesięciodobowy kontakt wcześniaków z atmosferą zawierającą 35-40% tlenu prowadzi do ślepoty. Jest to wynik zanikania naczyń krwionośnych, a nowopowstające naczynia wrastają w ciało szkliste oka prowadząc do odkle- jania się siatkówki. Obecnie ściśle kontro- lowane jest stężenie tlenu w inkubatorach, a i tak nazbyt często słyszymy o przypad- kach utraty wzroku u wcześniaków. Rów- nież w odniesieniu do innych organizmów tlen wykazuje toksyczne działanie. Czysty tlen o ciśnieniu 0,3 atmosfery skraca dłu- gość życia muszki owocowej *Drosophila melanogaster*, a ciśnienie 1 atmosfery tle- nu jest dla tych owadów zabójcze.

W tym aspekcie nie powinna nas dzi- wić krótka kariera tzw. barów tlenowych jakie powstawały na całym świecie w la- tach 90. (w Polsce od 1998 roku). Oka- zało się bowiem, że ruch na świeżym powietrzu zawierającym 21% życiodaj- nego tlenu jest lepszym sposobem na jego szybszą wymianę w tkankach i poprawę krążenia niż wdychanie czystego tlenu. Zresztą nasz organizm dość skutecznie chroniony jest przed nadmiarem tlenu i jego metabolitów i nie da się na zapas wprowadzać jego namiaru do tkanek.

Dlaczego tlen może być toksyczny?

Każdy oddech jest równoznaczny z wprowadzeniem do płuc około 0,5 litra powietrza zawierającego około 100 ml tlenu. Podczas spokojnego oddychania przepuszczamy co minutę przez płuca 1,5 l tlenu. Wysiłek fizyczny oczywiście zwięk- sza tę ilość nawet dziesięciokrotnie. Z płuc tlen trafia do krwi i z nią rozprowadzany jest do wszystkich tkanek i komórek or- ganizmu. W komórkach wchodzi w serię skomplikowanych procesów biochemicz- nych gwarantujących pozyskiwanie życio- dajnej energii. Zatem najwięcej tlenu trafia do komórkowych siłowni energetycznych- mitochondriów, produkujących energię wykorzystywaną następnie do przebiegu

procesów życiowych. Większość tlenu ule- ga przy tym czteroelektronowej redukcji zamieniając się w wodę. Jednak część, na- wet w ilości 4-5%, dostaje tylko jeden elek- tron zamieniając się w niezwykle agresyw- ną formę tlenu znaną jako anionorodnik ponadtlenny. Powstający w ten sposób anionorodnik ponadtlenny jest wolnym rodnikiem tlenowym. Może go powstać w naszym ciele nawet 2 kg rocznie i więcej! Wolny rodnik posiada jeden niesparowany elektron na orbicie zewnętrznej. W tym właśnie tkwi sedno toksyczności tlenu. Częsteczki takie dążą bowiem do sparowa- nia elektronów i wchodzą w reakcje z każ- dą napotkaną na swojej drodze cząsteczką. Wiele z takich interakcji może być nieko- rzystnych prowadząc do uszkodzenia wie- lu ważnych dla życia molekuł w tym DNA, siedliska naszych genów.

Rodniki modyfikują co się da...

Rodzina wolnych rodników jest znacz- nie większa i powstają one jeszcze w wielu innych procesach zachodzących w or- ganizmie. Są to tlenek azotu, rodnik hy- droksylowy, czy nadtlenek wodoru (woda utleniona), który co prawda sam nie jest wolnym rodnikiem, ale bardzo łatwo w takie formy może być przekształcany np. w obecności nadmiernych ilości że- laza. Uwaga więc na preparaty i odżywki zawierające duże ilości tego metalu (żelazo dostępne jest w naturalnej żywności, a w organizmie magazynuje je np. hemo- globina, białko czerwonych krwinek).

Wolne rodniki szybko i chętnie reagu- ją z różnymi cząsteczkami, często prowa- dząc do ich uszkodzeń. Jeśli są to skład- niki komórek, takie jak DNA, białka czy lipidy, wolne rodniki mogą prowadzić poprzez ich uszkodzenia do wielu po- wikłań w funkcjonowaniu komórek i ca- łego organizmu. Produktem tlenowych uszkodzeń DNA jest np. zmodyfikowana zasada azotowa (8-oksoguanina). Taka zmodyfikowana zasada jeśli nie zostanie usunięta z DNA (dzięki mechanizmom naprawczym) ma znaczenie mutagenne i może być przyczyną rozwoju różnych typów nowotworów. Oczywiście orga- nizmy posiadają złożone systemy- chro- niące przed działaniem agresywnych rodników tlenowych. Są to enzymy (dys- mutaza ponadtlenna, katalaza, perok- sydaza glutationowa), nieenzymatyczne antyoksydanty jak: kwas moczowy, glu- tation, witaminy A, C, E, polifenole za- warte w pokarmach (słynny już rezwerat- rol w czerwonym winie i winogronach), oraz złożone systemy naprawy już uszko- dzonych cząsteczek, głównie naprawy

uszkodzonego DNA. Pomimo działania tych systemów ochronnych nieuniknio- nym efektem życia w warunkach tleno- wych są wolnorodnikowe uszkodzenia składników komórek.

Obecnie nie mamy już wątpliwości, że uszkodzenia siane w komórkach, i poza nimi, przez wolne rodniki leżą u podłoża chorób człowieka, do których zalicza się np. nowotwory, choroby sercowo naczyniowe, czy choroby neurodegeneracyjne (cho- roba Alzheimera, Parkinsona). Także zespół Downa, zespoły przyspieszonego starzenia (progerie) czy choroby oczu (zaćma). Wia- domo również, że kumulujące się w trak- cie życia wolnorodnikowe uszkodzenia są przyczyną starzenia. Zatem paradoksal- nie- tlen warunkujący życie organizmów uzależnionych od jego dostępności byłby również czynnikiem limitującym czas ich życia. Znajduje to odbicie w tzw. wolno- rodnikowej teorii starzenia się, która prze- żywa swój renesans (ogłoszona przez D. Harmana w roku 1956, aktualnie znajduje potwierdzenie w coraz większej liczbie pro- wadzonych badań). Przy czym to właśnie mitochondria określane są jako swoisty zegar biologiczny odmierzający czas życia organizmu. Na przykład, okres życia my- szy wynosi około 2 lat, co wyjaśnia się fak- tem, że mitochondria tych zwierząt pracu- ją (zużywają tlen) 40-krotnie intensywniej w porównaniu do mitochondriów człowie- ka (żyjemy 40. krotnie dłużej od myszy), wytwarzając jednocześnie duże ilości wol- nych rodników. Ciekawe są też wyniki ba- dań ogłoszone w 1994 roku w czasopiśmie Science. Udowodniono w nich, że gene- tycznie zmodyfikowane muszki owocowe, odporne na działanie wolnych rodników, żyją dłużej nawet o 30%.

Szkodzą ale i pomagają...

W trwającej miliony lat ewolucji bio- chemicznej wolne rodniki tlenowe po- wstające w organizmach zostały zaprzę- gnęte w metabolizm komórkowy pełniąc istotne dla trwania życia funkcje.

Obecnie wiemy, że wolne rodniki tle- nowe są wytwarzane przez komórki fa- gocytujące (układu odpornościowego), a przez to chronią nasz organizm przed mikroorganizmami chorobotwórczymi. Obliczono, że pobudzona komórka ukła- du odpornościowego w ciągu sekundy produkuje 3,2 mln cząsteczek anionorod- ników ponadtlennych i 3,6 mln cząste- czek wody utlenionej. W tym przypadku stanowią one jednak broń obosieczną. O ile wolne rodniki są bronią skierowaną przeciw bakteriom, czy innym pasożytom, to przy przedłużających się infekcjach i

ich nadprodukcji mogą jako efekt uboczny działania uszkadzać także nasze własne zdrowe tkanki. Na dłuższą metę takie oddziaływanie (przy przedłużającym się stanie zapalnym) może prowadzić nawet do indukcji zmian nowotworowych. Wolne rodniki są też znaczącym mediatorem w procesach przekazywania sygnału pomiędzy komórkami i czynnikiem regulującym podziały komórkowe (mnożenie się komórek). Takie rodniki jak anionorodnik ponadtlenkowy i tlenek azotu są czynnikami produkowanymi przez komórki ściany naczyń krwionośnych. Regulują przy tym w warunkach fizjologicznych, skurcze i rozkurcze mięśniówki naczyń, tym samym regulując ciśnienie krwi. Anionorodnik ponadtlenkowy kurczy mięśnie naczyń i jego nadprodukcja wiązana jest obecnie z nadciśnieniem. Tlenek azotu rozkurcza mięśniówkę naczyń co wiąże się z gwałtownym obniżeniem ciśnienia jakie obserwowane jest w stanie zapaści. Znajomość biologii wolnych rodników skutkuje zastosowaniem ich w terapii chorób człowieka. Należy tu wskazać na terapię przeciwnowotworową (wygenerowane naswietlaniem czy chemioterapią rodniki zabijają komórki nowotworowe), czy leczenie chorób sercowo-naczyniowych (nitrogliceryna stosowana w leczeniu duszniczy bolesnej generuje tlenek azotu, naturalnie regulujący napięcie mięśniówki naczyń krwionośnych). Podobnie, modna ostatnio niebieska kapsułka – Viagra – działa poprzez generowanie tlenku azotu. Relaksacja mięśniówki umożliwia, w tym przypadku, wypełnienie krwią ciał jamistych

i usztywnienie męskiego członka. Tlenek azotu odgrywa też rolę jako czynnik zwalczający infekcje i uczestniczy w przesyłaniu sygnałów nerwowych regulujących zachowanie. Nie dziwi więc, że w roku 1998 trzech Amerykanów otrzymało Nagrodę Nobla właśnie za odkrycia dotyczące roli tlenku azotu, które miały też bezpośredni związek z opracowaniem viagry. Leczenie ozonem (ozonoterapia) to również przykład stosowania aktywnych form tlenu w terapii; wciąż jeszcze ozonoterapia uznawana jest raczej za niekonwencjonalną formę leczenia. Chociaż ostatnio niektóre firmy oferują nawet sprzęt stomatologiczny do bezbolesnego leczenia zmian próchnicznych zęba właśnie ozonem (np. metoda Healozone).

Brak tlenu uniemożliwiałby zatem rozwój i istnienie życia w takiej postaci w jakiej występuje ono na Ziemi, równocześnie ten sam czynnik może być niebezpiecznym i poprzez wolne rodniki tlenowe może uczestniczyć w patogenezie chorób i może być czynnikiem ograniczającym długość życia organizmów zależnych od tlenu.

Dla pogłębienia wiedzy:

1. Druga twarz tlenu. Wolne rodniki w przyrodzie. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003;
2. Uszkodzenia DNA przez wolne rodniki tlenowe-konsekwencje biologiczne i implikacje kliniczne, W: Na pograniczu chemii i biologii, Tom VII, Wyd. Naukowe UAM Poznań 2003, 11-44;
3. Reaktywne formy tlenu – uniwersal-

ny czynnik patogenny?, W: Nowe tendencje w biologii molekularnej i inżynierii genetycznej oraz medycynie, Wyd. Sorus, Poznań 1996, 373-400; Słownik:

Wolne rodniki – atomy lub cząsteczki z niesparowanym elektronem na powłoce zewnętrznej, dążność do sparowania elektronu czyni je bardzo aktywnymi;

$O_2^{\cdot -}$ – anionorodnik ponadtlenkowy (kropka to symbol rodnika), masowo produkowany podczas oddychania komórkowego;

$NO^{\cdot}$ – tlenek azotu, regulator ciśnienia krwi i czynnik sprawczy sukcesu Viagry;

H_2O_2 – nadutlenek wodoru (woda utleniona), powstaje w dużych ilościach w organizmie i może być zamieniany do form wolnych rodników, choć sam wolnym rodnikiem nie jest;

$\cdot OH$ – rodnik hydroksylowy, najgroźniejszy z rodników tlenowych sieje spustoszenie w komórkach, łatwo powstaje w obecności żelaza;

O_3 – ozon, trójatomowa postać tlenu, chroni Ziemię przed promieniowaniem UV, powstaje podczas burzy w wyniku wyładowań atmosferycznych tlen zamieniany jest wówczas w ozon, znajduje zastosowania w terapii chorób człowieka i kosmologii oraz w odnowie biologicznej;

Antyoksydanty- enzymy, witaminy, polifenole i inne substancje hamujące powstawanie lub neutralizujące wolne rodniki tlenowe;

dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze Biochemii Klinicznej

„Pani pracy uczciwej...” wykład z cyklu „Medycznej środy”

Krzysztof Pałgan

„Złote księżniczki ulów,
zabiegliwe pszczoły,
Pokorne służki pracy
i mądrości boskiej,”
Leopold Staff

Pszczoła zaliczana jest do stawonogów (Arthropoda), gromady owadów (Insecta), rzędu błonko-skrzydłych (Hymenoptera), rodziny pszczołowatych (Apidae), podrodziny Apinae, rodzaju pszczoła (Apis), gatunku pszczoła miodna (Apis mellifera L.).

Pszczoły od wieków fascynowały i zachwycały człowieka. W starożytności na te niezwykle owady zwrócili uwagę Arystoteles, Wergilisz i Homer, którzy opiewali nadprzyrodzoną mądrość, odwagę

oraz pracowitość pszczół. Bardzo wielu poetów i pisarzy poświęciło swoje utwory tym zwierzętom. W literaturze polskiej od Reja i Kochanowskiego po Mickiewicza, Słowackiego, Krąszewskiego, Norwida, Asnyka, Orzeszkową, Konopnicką, Kasprzowicza, Żeromskiego, Wyspiańskiego, Tuwima, Iwaszkiewicza, Miłosza, czy też cytowanego na samym początku Leopolda Staffa znajdujemy przepiękne opisy, przenośnie i porównania odnoszące się do pszczół.

W Piśmie Świętym Syrach mówi: „Mała jest pszczoła wśród latających stworzeń, lecz owoc jej ma pierwszeństwo pośród słodczy” (Syr. 11.3).

Organizacja rodziny pszczelej

Rodzina pszczoła składa się z matki, robotnic oraz trutni. Liczebność roju kształtuje się od 10 do 40 tysięcy w okresie zimy, natomiast wzrasta do 100 tysięcy w lecie. Kluczową rolę w przetrwaniu pszczoł odgrywa matka, pszczoła o bardzo dobrze wykształconych narządach rozrodczych. W każdej rodzinie występuje tylko jedna pszczoła matka. Jest ona otaczana szczególną opieką przez pozostałe pszczoły, ponieważ to od jej kondycji zależy liczebność rodziny pszczelej oraz sprawność funkcjonowania roju. Królowa matka żyje 50-60 razy dłużej niż pszczoły robotnice. Najbardziej liczebną grupą są pszczoły robotnice, które wy-

kazują miernie rozwinięte narządy rozrodcze i przeznaczone są do wykonywania praktycznie wszystkich prac w ulu. W zależności od wieku pszczoły angażują się w stosowne zajęcia, i tak najmłodsze, w wieku 3-7 dni karmią larwy starsze, w wieku 6-9 dni trudnią się karmieniem larw młodszych, a jednocześnie stanowią najbliższe otoczenie matki. Robotnice trudniące się zasklepianiem komórek z larwami oraz miodem określane są jako woszczarki, które podejmują tego typu prace już od dziewiątego dnia życia. W podobnym okresie życia, pszczoły porządkujące, przejmują obowiązki polegające na czyszczeniu i polerowaniu plastrów oraz pilnowaniu czystości w ulu. Jeszcze inne prace wykonują odbieraczki. Jak sama nazwa wskazuje, pszczoły te odbierają od pszczoł lotnych nektar i spadź, a następnie przekazują zdobycze pszczolom przerabiającym nektar. Istnieją wyspecjalizowane odbieraczki, zwane pszczolami kitującymi, które z kolei trudnią się odbieraniem propolisu.

W ulu znajdują się także trutnie, czyli samce pszczoły miodnej. Rozwijają się z jaj nie zapłodnionych, a więc są to organizmy haploidalne. Charakteryzują się łagodnym usposobieniem i brakiem aparatu żądłowego. Obecność oraz liczebność trutni w ulu regulowana jest przez robotnice. Jesienią, oszczędne robotnice eliminują partnerów matki wypędzając trutnie z ula i w ten sposób skazują na niechybną śmierć z głodu i wyziębienia. Dopiero wiosną, samce spełniają swoją najważniejszą misję, a mianowicie dostarczają królowej matce nasienia. Akt ten odbywa się w czasie lotu godowego, na wysokości ok. 13 metrów nad ziemią. Wszystkie opracowania wychwalające pracowitość pszczoł, często nie uwzględniają tego, że to dzięki obecności trutni, robotnice pracują wydajniej. Liczne badania ponad wszelką wątpliwość dowiodły, że zniszczenie trutni wiąże się zaburzonym rytmem pracy pszczoł, zostaje naruszona jedność rodziny, a robotnice są ospałe. Całe swoje pożywienie i trud związany z przedłużeniem i odnową nie tylko rodziny własnej, ale innych rojów pszczelich (trutnie są kosmopolitami) przeplacają życiem, giną w mękach niebawem po kopulacji na skutek wyrwania narządów płciowych.

Poza ulem pracują zwiadowczynie, pszczoły lotne oraz strażniczki. Zwiadowczynie specjalizują się w wyszukiwaniu źródeł nektarów, pyłku kwiatowego, jednym słowem szukają surowca do produkcji pszczelej. Bardzo interesująco wygląda przekazywanie informacji innym pszczo-



fot. apstaszewski@mal.com

łom o znaleziskach. Werbowanie i zachęcanie zbieraczek do lotów odbywa się za pomocą tańców. Zapewne w żadnej dyskotecie nie obserwuje się tak zróżnicowanych stylów tanecznych jak to ma miejsce w ulu. W przypadku pszczoł wyróżniono taniec okręcany, wywijany, sierpowały, potrącany oraz przerywany. Każdy z wymienionych tańców może przebiegać z różną szybkością, odmienną średnicą poszczególnych figur tanecznych, z „przytupem” odwłokiem, wreszcie może być przerywany lub z pobrzękiwaniem. Bogactwo stylów tanecznych informuje pozostałe pszczoły o odległości, lokalizacji, rodzaju i wielkości znaleziska.

Pszczoły zbieraczki są najstarszymi, a więc najbardziej doświadczonymi pracownicami ula. W przypadku zbieraczek występuje specjalizacja w zbieraniu określonych dobrodziejstw. Tak więc występują zbieraczki pyłku kwiatowego oraz zbieraczki nektaru.

Obroną rodziny pszczelej zajmują również pszczoły starsze, w wieku 18-20 dni nazywane strażniczkami. Najważniejszym zadaniem strażniczek jest nadzór nad odwiedzinami ula. Bez przeszkód wpuszczają wszystkie zbieraczki obładowane zdobyczami, nawet jeśli nie należą do ich rodziny pszczelej. W przypadku pojawienia się wroga w okolicach ula, a najczęściej jest nim szerszeń (*Vespa*), otaczają go, tworząc zwartą kulę. Napastnik znajdujący się w środku ginie po 10 minutach na skutek przegrzania. Strażniczki w swoim arsenale obronnym mają do dyspozycji jeszcze „broń osobistą”, a jest to żądło z woreczkiem jadowym. Jad pszczeli (apitoksyna) jest bardzo silną trucizną wydzielaną przez gruczoł jadowy pszczoły. W skład jadu wchodzi: histamina, apamina, melityna, fosfoli-

paza A, hialuronidaza oraz wiele innych czynników, których główna rola polega na destrukcji komórek i tkanek agresora. Warto dodać, że w jadzie pszczelim występują również feromony, które powodują przyciąganie innych wojowniczek. W ten sposób atak pszczoł może mieć charakter zmasowany.

Przyglądając się organizacji pszczelej rodziny, nasuwa się skojarzenie z wieloma kadrami polskiej komedii science fiction „Seksmissja” z 1984 r. wyreżyserowanej przez Juliusza Machulskiego.

Reakcje występujące u człowieka po ataku pszczoł

Człowiek atakowany jest przez strażniczkę tylko wtedy, gdy pszczoły rozpoznają w jego obecności, lub działaniu zagrożenie. Zdarzają się przypadkowe użądlenia np. po przyciśnięciu pszczoły, próbach pochwylenia jej do ręki, czy też po zaplątaniu się owada we włosach. Strażniczki w czasie swojej „warty” przyjmują charakterystyczną postawę. Mają wyprostowane odnóża 2 i 3 pary z uniesioną przednią parą nóg i czulek. Pszczoły mają zdolność rozpoznawania zapachów innych owadów błonkoskrzydłych. Nie znoszą zapachów ostrych. Dlatego też często atakują osoby używające intensywnych dezodorantów i perfum czy kosmetyków. Ciekawostką jest to, że atak na człowieka, pszczoła przypłaca życiem, bowiem wraz z żądłem zostaje uszkodzona tylna część odwłoka.

Użądlenia przez pszczoły powodują u człowieka lokalny ból oraz zaczerwienienie. Najczęściej dolegliwości te ustępują samoistnie. Jednak u osób uczulonych mogą rozwijać się objawy typowe dla alergii. Wyrazem nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych może być

nadmierna reakcja miejscowa, ale stwierdza się również objawy ze strony układu pokarmowego, oddechowego oraz krążenia. Najgroźniejszym powikłaniem po ukłuciu przez te owady jest wstrząs anafilaktyczny, który stanowi bezpośrednie zagrożenie życia człowieka.

Warto w tym miejscu dodać, że jedynym sposobem leczenia przyczynowego osób wybitnie nadwrażliwych na jady owadów błonkoskrzydłych jest immunoterapia alergenowa. Terapia ta polega na wielokrotnym podawaniu wzrastających dawek jadu w postaci wstrzyknięć podskórnych. Pacjenci określają tego typu leczenie mianem „odczulania”. Przebyty wstrząs ana-

filaktyczny jest wskazaniem, aby zabezpieczyć pacjenta w lek pierwszego rzutu, a mianowicie adrenalinę przygotowaną w postaci ampułkostrzykawki, gotowej do natychmiastowego podania. Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM UMK od wielu lat prowadzi immunoterapię alergenową na jad owadów błonkoskrzydłych. Obserwuje się ciągły wzrost liczby osób wymagających pomocy doraźnej po ukłuciu przez owady błonkoskrzydłe i w konsekwencji ciągle powiększa się liczba pacjentów u których prowadzona jest immunoterapia alergenowa.

Opisane powyżej powikłania to pro-

blem widziany okiem medyka, natomiast zupełnie inaczej żądlenia jawią się w opisie Jana Andrzeja Morsztyna - podskarbiego wielkiego koronnego, starosty tucholskiego a zarazem poety :

„Miłość raz miodu pełna,
wnetki pełna zdrady.
Ale w tym jest różnica:
pszczoła raz zakole
I umiera a miłość wieczne daje bole,
I od pszczoły, choć nabrzmie,
niedługośmy chorzy;
Ale rany miłości
nie zlecą doktorzy”.

dr Krzysztof Pałgan jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Dziecko jako pacjent i jego prawa

Mirosława Kram

Pacjent to pojęcie szerokie. Oznacza każdą osobę, która z racji wydarzeń życiowych korzysta z opieki zdrowotnej. Prawa pacjenta stanowią integralną część szeroko rozumianych praw człowieka. Do poszanowania i przestrzegania praw pacjenta zobowiązane są osoby wykonujące zawód medyczny: lekarze, pielęgniarki, położne, diagnosty, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni oraz każda osoba uczestnicząca w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Źródła regulacji praw pacjenta

W Polsce prawa pacjenta wynikają z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ratyfikowanych umów międzynarodowych i Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - z siedzibą w Warszawie. Więcej informacji na temat praw można uzyskać w Instytucie Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. IPPiEZ powstał w 2004 r. Jest fundacją powołaną przez księdza Arkadiusza Nowaka - działacza społecznego i obrońcę praw nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS.

Prawa przysługujące pacjentom

Prawa pacjenta zebrane w jednym dokumencie określa się mianem Karty Praw Pacjenta. Określa ona uprawnienia człowieka do świadczeń zdrowotnych, autonomię pacjenta w podejmowaniu decyzji, informowanie chorego o stanie zdrowia, ochronę godności osobistej, warunki pobytu w szpitalu. Karta Praw Pacjenta jest umieszczana na każdym oddziale w widocznym miejscu. Katalog praw jest rozbudowany i poniżej omówiono prawa najbardziej istotne z punktu widzenia pacjentów - dzieci i ich opiekunów.

1. Prawo do świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu przywracaniu i poprawie zdrowia względem pacjenta przez osoby wykonujące zawód medyczny. Świadczenia muszą być udzielane z należytą starannością, odpowiadającą wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Oznacza to, że pacjent ma prawo oczekiwać, że metody podejmowane w procesie świadczenia będą w zależności od potrzeb - najbardziej aktualne i sprawdzone. Ma prawo do natychmiastowego otrzymania pomocy medycznej w stanach nagłych bez skierowania. Stan nagły czyli nagle lub przewidywanie w krótkim czasie pojawienia się objawów pogarszania zdrowia, wymaga podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych.
2. Prawo do informacji. Ma także pacjent, który nie ukończył 16 lat. Ma prawo do wszelkich informacji o swoim stanie zdrowia, wynikach badań, rozpoznaniu i rokowaniu na przyszłość. (5-letni Kacper leczony w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii na pytanie studentki: „Na co chorujesz?” odpowiada: „Na białaczkę limfoblastyczną, proszę pani”); „A z jakiego powodu jesteś teraz w klinice?”, „Bo mam mielosupresję, czy coś tam” (czyli jest w okresie obniżonej odporności, która pojawia się w czasie leczenia cytostatykami); ma prawo do informacji o skuteczności i przydatności leczenia; ma prawo do informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach.
3. Prawo do wyrażenia zgody. Zgoda na udzielenie określonego świadczenia medycznego musi być świadoma, czyli poprzedzona przekazaniem pacjento-

wi wyczerpujących informacji i jednocześnie pacjent może zawsze odmówić danego świadczenia lub zażądać zaprzestania jego udzielenia. Zgoda może być wyrażona ustnie, pisemnie. W przypadku zabiegu operacyjnego lub zastosowania leczenia albo metod diagnozowania stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta - pacjent wyraża zgodę pisemną. Zgodę wyraża pacjent, który ukończył 16 lat, ale wówczas konieczne jest również uzyskanie zgody opiekuna. Za pacjenta, który nie może samodzielnie wyrazić zgody, decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. Lekarz może podjąć niezbędne czynności bez zgody sądu tylko w sytuacji, gdy są one natychmiast potrzebne dla ratowania życia i zdrowia pacjenta.

4. Prawo do poszanowania intymności i godności. Poszanowanie intymności oznacza szacunek dla najbardziej prywatnej, osobistej sfery życia jaką jest konieczność obnażania się do niektórych zabiegów czy badań, czy mówienie o sprawach intymnych. Poszanowanie godności osobistej oznacza szacunek dla odrębności pacjenta jako człowieka, dla jego podmiotowości, zwracanie się do niego w sposób podmiotowy, taktowny i życzliwy. Stąd w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego mogą być obecne tylko te osoby, które są niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta i lekarza, pielęgniarki, położnej (lub innej osoby udzielającej świadczenia). Jeżeli pacjentem jest dziecko wymagana jest zgoda rodziców. Pacjent musi być poinformowany o możliwości na-

ruszenia jego intymności w związku z działalnością dydaktyczną placówki. (Pominięcie zgody dotyczy wyłącznie obecności studentów w trakcie interwencji, które są niezbędne i wynikają z toku leczenia.) Studenci mogą być obecni przy udzielaniu świadczenia medycznego, ale nie mają prawa go udzielać bez zgody pacjenta. Udział studentów w przebiegu udzielania świadczenia powinien przebiegać w sposób uniemożliwiający naruszenie istoty prawa pacjenta do intymności, godności osobistej i prywatności.

5. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Dziecko w czasie pobytu w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Ma prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze strony osób bliskich (jednak ich obecność nie może naruszać praw innych pacjentów lub utrudniać udzielania świadczeń zdrowotnych). Koszt dodatkowej opieki nie może także obciążać zakładu opieki zdrowotnej – informacja o wysokości opłat oraz sposobie jej ustalania jest jawna. Opieka pielęgnacyjna świadczona przez inne osoby nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku wykonywania czynności pielęgnacyjnych u dziecka i zadbania o to, aby rodzice wiedzieli w jaki sposób je pielęgnować.
6. Prawo do opieki duszpasterskiej. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej zgodnie z wyznawaną przez

siebie religią. Także i nade wszystko w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia. Dyskryminacja ze względu na rodzaj wykonywanej religii lub światopoglądu jest zakazana.

7. Prawo do umierania w godności i spokoju. Pacjent ma prawo do prawdy o kończącym się życiu. Ma prawo do profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej i wsparcia psychologicznego, opieki duszpasterskiej, dodatkowej opieki osób bliskich oraz do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz. Łagodzenie cierpienia: bólu, duszności jest podstawowym warunkiem poszanowania godności człowieka w procesie umierania i agonii.

W przypadku, gdy pacjent uważa, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta, Administracji zakładu opieki zdrowotnej czy samorządów zawodów medycznych.

Niektóre wskazówki dla studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

- Należy pukać do drzwi sali przed wejściem i czekać na odpowiedź.
- Dziecko należy informować o wszystkim, co się z nim dzieje, obniża to poziom jego stresu i wpływa na lepszą współpracę z personelem.
- Wyjaśniać to, co będzie zrobione, nawet jeśli wykonywany zabieg wydaje się rutynowy i oczywisty.
- Udzielając informacji używać zrozumiałego języka, unikać medycznych terminów, jeśli używa ich się należy je dokładnie wyjaśnić.
- Matka/ojciec powinien mieć możliwość



asystowania przy wszelkich badaniach i zabiegach, które dotyczą ich dziecka.

Podsumowanie Każde dziecko ma prawo do opieki zdrowotnej, a gwarantuje to Konstytucja RP oraz Konwencja Praw Dziecka. W świetle praw pacjenta lekarz, pielęgniarka, położna nie mają obowiązku spełniać każdego żądania pacjenta, np. domagania się przez pacjenta umieszczenia go w sali jednoosobowej bez względu na okoliczności; lekarz, pielęgniarka, położna mogą odmówić zasięgnięcia dodatkowej opinii lub konsultacji jeśli uważają, że żądanie pacjenta jest bezzasadne.

Prawa pacjenta określają ramy, w jakich obowiązana jest działać osoba udzielająca świadczeń medycznych.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego

Prace licencjackie z pielęgniarstwa

Opieka pielęgniarstwa nad dzieckiem z zezem leczonym operacyjnie

Inspiracją do napisania pracy dyplomowej o powyższym tytule jest wieloletnia praca autorki na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Klinicznym Okulistycznym 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Zdobyte doświadczenie i wiedza uzupełniona wcześniej studiami na kierunku Pedagogiki opiekuńczej w UKW, a obecnie na kierunku Pielęgniarstwo CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu w trybie niestacjonarnym pozwoliło mgr Jolancie Lewandowskiej napisać pracę pod wyżej wymienionym tytułem. Praca składa się ze wstępu, dwóch rozdziałów, 11 podrozdziałów, streszczenia i piśmiennictwa. Opisu sytuacji zdrowotnej (rozdział 2) dokonano

na podstawie wnikliwej analizy literatury przedmiotu oraz wiedzy i zawodowego doświadczenia. Praca napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego. Promotorem pracy była dr Mirosława Kram.

Kliniczne podstawy choroby zezowej

Jednym z najważniejszych zmysłów jest układ wzrokowy jako najdoskonalszy łącznik człowieka z wszechświatem. Układ ten tworzą: gałka oczna będąca organem odbierającym wrażenia wzrokowe, drogi wzrokowe stanowiące część przewodzącą oraz korowe ośrodki wzrokowe, w których dochodzi do uświadomienia obrazu. Samo oko spełnia złożoną funkcję i jako zmysł wzroku składa się z gałki ocznej oraz narządów dodatkowych - powieki, spojówki, narządu łzowego i mięśni oka.

Na układ ruchowy gałki ocznej składają się mięśnie proste i skośne oka; unerwione przez 3 nerwy czaszkowe. Ruchy obu gałek ocznych są skojarzone i mogą wykonywać jednocześnie 9 skoordynowanych ruchów,

które pozwalają oku śledzić wiele rodzajów poruszających się przedmiotów, widzieć barwy i obraz w trzech wymiarach.

Liczne nieprawidłowości sensoryczne, motoryczne i koordynujące mogą być przyczyną nierównoległego ustawienia obu gałek ocznych i tym samym być przyczyną zezu. Zez zdarza się najczęściej we wczesnym dzieciństwie, ponieważ wtedy to proces umożliwiający złączenie obrazów odbieranych przez dwoje oczu w jeden jest słabo wykształcony. Istnienie zezu wymaga badania okulistycznego niezwłocznie po jego wykryciu. Diagnostyka wówczas obejmuje m.in. oglądanie dna oka w celu wykluczenia organicznej przyczyny zezu (np. guza), badanie kąta zezu (w pracowni ortoptycznej), ostrość wzroku. Prostym testem na wykrywanie zezu jest: Test naprzemiennego zasłaniania oczu tzw. Cove test (CT); nieprzezroczystą zasłonką zasłania się na przemian prawe i lewe oko polecając patrzeć w dal. Jeśli po odsłonięciu badanego oka wykonuje ruch nastawczy można rozpoznać zezu.

W okulistyce rozpoznaje się różne rodzaje zezów i tak wyróżnia się m.in.: zez ukryty – jest zaburzeniem równowagi mięśni ocznych przywodzących i odwodzących, występuje w następstwie chorób zakaźnych, urazów głowy, czynników stresogennych; zez porażenny – uszkodzenie nerwów ruchowych unerwiających mięśnie oka, przyczyną mogą być choroby OUN, zakaźne, zatrucia.

Zez leczy się metodą zachowawczą i chirurgiczną. Metoda zachowawcza polega na stosowaniu szkła korekcyjnych, zasłaniania oka lepiej widzącego i stymulację oka niedowidzącego oraz ćwiczenia oka przeprowadzane w gabinecie ortoptycznym wyposażonym w odpowiednią aparaturę medyczną. W wyniku braku poprawy stosuje się leczenie chirurgiczne. Celem jest wyrównanie siły mięśni okoruchowych tak, aby gałki oczne były ustawione równolegle. Operacja polega na osłabieniu mięśni zbyt mocno działających przez przesunięcie przyczepu mięśnia do tyłu. Następnie wzmacnia się mięśnie działające słabiej. Zabieg w konsekwencji przywraca równowagę mięśniową i wzmacnia jego działanie i przywraca prawidłowe ustawienie gałek ocznych, co nadaje oczu estetyczny wygląd. Leczenie chirurgiczne powinno być przeprowadzone w miarę wcześnie, do 6 roku życia, aby prawidłowe widzenie obuoczne mogło ustalić się jeszcze w okresie swojego fizjologicznego rozwoju.

Opis przypadku

Sześcioletnia Justyna B. została przyjęta do kliniki w trybie planowym z powodu zezów i jego chirurgicznego usunięcia. Na zabieg oczekiwała pół roku w ramach refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziecko otrzymało skierowanie do szpitala od lekarza okulisty z Poradni Okulistycznej z rozpoznaniem lekarskim: Zez zbieżny naprzemienny z przewagą oka lewego. Porażenie mięśnia skośnego górnego oka lewego. Nadwzroczność obu oczu.

W dniu przyjęcia na oddział dziewczynka była zalekniona, przestraszona, w oczach miała łzy i kurczowo trzymała się matki. Na zadawane pytania dziewczynka nie chciała odpowiadać. Po zapoznaniu się z dyżurną pielęgniarką i przeprowadzeniu z matką wywiadu oraz podpisaniu przez nią zgody na wykonanie procedury medycznej dziecko wraz z matką zaprowadzono na salę i wskazano łóżko, stolik przyłóżkowy i krzesło. Dzięki obecności mamy, dziewczynka szybko oswoiła się z warunkami kliniki, przytuliła misia i przeglądała książki. W trakcie pobytu w klinice, mama towarzyszyła dziewczynce cały dzień, opuszczała klinikę w godzinach wieczornych.

Historia choroby i wywiad rodzinny

W wyniku przeprowadzonego wywiadu od matki uzyskano informację, że dziecko zezowało od urodzenia. Leczona od 3 roku życia poprzez zasłanianie oka prawego – zdrowego i ćwiczenia ortoptyczne. Nie uzyskano w wyniku leczenia zachowawczego znaczącej poprawy. W związku z tym rodzice podjęli decyzję o chirurgicznym usunięciu zezów. Dziewczynka ma starsze rodzeństwo – zdrowe. Matka podaje, że dziecko nie chorowało w przeszłości na żadne poważne choroby, rozwijało się prawidłowo, szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień, zaszczepiona przeciwko WZZ typu B. dziewczynka wraz z rodzicami i rodzeństwem mieszka na wsi, oddalonej od kliniki ok. 30 km. Warunki mieszkaniowe dobre. Sytuacja materialna dość dobra. Dziewczynka świadoma, skóra czysta, ciepła w dotyku, bez patologicznych wykwitów, temperatura ciała 36,8 °C, tętno 72 ud/min, oddech 16/min, ciśnienie tętnicze krwi 90/50; masa ciała 21 kg (50 centyl), wysokość ciała 116 (50 centyl). Przebyte choroby, alergie, choroby współistniejące w rodzinie, błędy żywieniowe – matka nie podaje, nałogi, używki neguje.

Kwalifikacja do zabiegu

W dniu przyjęcia do szpitala dziecko było badane przez lekarza okulistę, ortoptystkę i anestezjologa. Dziewczynka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym na następny dzień w godzinach rannych. Przygotowanie fizyczne i psychiczne do zabiegu rozpoczęto od rozmowy z dziewczynką i jej matką. Pielęgniarka opowiedziała o przebiegu zabiegu i postępowaniu pooperacyjnym, tzn., że w czasie zabiegu dziewczynka będzie spała i nic nie będzie czuła, że po zabiegu otrzyma leki przeciwbólowe i będzie mogła być przy niej mama. W godzinach popołudniowych dziecko otrzymało ostatni posiłek. Pielęgniarka pomogła dziewczynce w wieczornej kąpieli i ułożeniu do snu.

Opieka po zabiegu operacyjnym

W dniu zabiegu dziewczynka pozostała na czczo. Przebrana w świeżą piżamę. Po założeniu dożylnej podłączono 500 ml 0,9% NaCl. Od rana przy Justynie była mama. Czuwała, aby dziecko nic nie jadło i nie piło. Pielęgniarki przewiozły dziewczynkę na wózek leżący na blok operacyjny. Dziecko zostało przekazane pielęgniarkom Sali przedoperacyjnej wraz z dokumentacją medyczną. Po ok. 50 min. śpiąca jeszcze dziewczynka z opatrunkiem na lewym oku, została przez pielęgniarkę z oddziału okulistycznego odwieziona na salę i położona na swoje łóżko.

Podstawowe zadania pielęgniarki w okresie pooperacyjnym dotyczyły: obserwa-

cji stanu świadomości: czy zachowany jest kontakt wzrokowy i słowny; obserwacji zabarwienia skóry i błon śluzowych, kontroli parametrów życiowych: tętna i jego cech, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu, temperatury ciała; kontroli wydalania moczu; pielęgnowania rany pooperacyjnej – ocena procesu gojenia; obserwacji opatrunku na oku, czy nie przesiąka krwią; zwalczanie bólu pooperacyjnego; zapobieganie wymiotom i ich powikłaniom; nawadnianie i odżywianie drogą pozajelitową (kroplówki); zapewnienie higieny osobistej; monitorowanie perystaltyki jelit, pomoc we wczesnym uruchamianiu.

Edukacja dziecka i rodziców na temat pielęgnacji oka po operacji i zaleceń pooperacyjnych

Jeszcze przed zabiegiem operacyjnym lekarz operujący wyjaśnił rodzicom, że jest to operacja na mięśniach przyczepionych do oka i nie ma ingerencji chirurgicznej do wnętrza oka. W okresie pooperacyjnym rodzice otrzymali informacje od pielęgniarki o zasadach pielęgnacji oka czyli: przez 2 tygodnie po zabiegu należy wkraplać krople z antybiotykiem 3 x dziennie po 1 kropli; a po 15 min podanie do worka spojówkowego maści antybiotykowej z przestrzeganiem zasad czystości; jeśli rano oko będzie sklezione wydzielina ropną, to należy oko przemyć letnią, przegotowaną wodą. Podkreślono fakt, że przez kilkanaście dni po zabiegu może utrzymywać się tkliwość i łzawienie z oka, które ustępują, ponieważ podczas operacji zastosowano szwy rozpuszczalne, które nie wymagają usuwania. Poinformowano, że przez ok. miesiąc po operacji nie wolno pływać ani w basenie, ani w jeziorze czy morzu; że należy chronić oczy przed zabrudzeniem, wiatrem czy silnym słońcem; przez miesiąc niewskazany jest wysiłek fizyczny; uświadomiono rodziców o konieczności kontroli lekarskiej po 7 dniach od wypisu, w przypadku objawów niepokojących zgłosić się do lekarza dyżurnego kliniki; po 2-3 miesiącach należy zgłosić się do kontroli ustawienia oczu. Podkreślono także, że może nastąpić konieczność kontynuowania ćwiczeń ortoptycznych.

Ewaluacja (ocena) działań pielęgniarstwa

Dziecko i rodzice wiedzą jakie są zalecenia pooperacyjne oraz jak pielęgnować oko. Uzyskano pozytywne nastawienie rodziców do procesu leczenia i rehabilitacji. Udzielenie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego pozwoliło dziecku i rodzicom lepiej radzić sobie z zaleceniami lekarskimi i pielęgniarstwowymi.

oprac. Mirosława Kram

Reforma programu studiów na kierunku lekarskim od roku 2012

Jan Styczyński

Zgodnie z Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, na kierunku lekarskim zostanie wprowadzona reforma strukturalna i organizacyjna. Nowa organizacja studiów na kierunku lekarskim obejmie dwusemestralne praktyczne nauczanie w dziedzinach klinicznych na szóstym roku studiów. Zlikwidowany zostanie lekarski staż podyplomowy.

Nowy program zajęć zacznie obowiązywać na pierwszym roku studiów od 1 października 2012 r., na drugim roku od 1 października 2013 r. itd., aż wreszcie na szóstym roku od 1 października 2017 r. Absolwenci kierunku lekarskiego w roku 2018 nie będą odbywali stażu podyplomowego. Początek ostatniego stażu podyplomowego dla lekarzy rozpocznie się z dniem 1 października 2017 r. (ostatni staż podyplomowy dla lekarzy dentystów rozpocznie się 1 października 2016 r.). Ostatni staż podyplomowy będzie dotyczył absolwentów z roku 2017 r., czyli obecni studenci pierwszego roku są ostatnimi, którzy rozpoczęli naukę wg dotychczas obowiązującego systemu studiów.

Jednocześnie zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw, wprowadzone zostają Krajowe Ramy Kwalifikacji, które obowiązywać będą na wszystkich wyższych uczelniach, również od dnia 1 października 2012 r.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego przygotował projekt rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunku lekarskim. Zgodnie z nim: jednolite studia magisterskie trwają nie krócej niż 12 semestrów, liczba godzin zajęć nie powinna być mniejsza niż 5700 godzin, liczba punktów ECTS powinna wynosić 360, studia mają charakter praktyczny, a kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Szczegółowe efekty kształcenia na kierunku lekarskim są określone poprzez osiągnięty przez absolwenta zakres wiedzy i umiejętności w 7 grupach zajęć: (I) nauki morfologiczne (anatomia, histologia, embriologia), (II) naukowe podstawy medycyny (biofizyka, biologia molekularna, biochemia, fizjologia, biostatystyka), (III) nauki przedkliniczne (genetyka, immunologia, mikrobiologia, patologia, farmakologia), (IV) nauki behawioralne i społeczne z elementami profesjonalizmu (socjologia medycyny, psychologia lekarska, etyka, historia medycyny, język angielski), (V) nauki kliniczne niezabiegowe (pediatria, choroby wewnętrzne, neurologia, geriatria, psychiatria, dermatologia, onkologia, medycyna rodzinna, rehabilitacja, diagnostyka laboratoryjna, farmakologia kliniczna), (VI) nauki kliniczne zabiegowe (chirurgia ogólna z traumatologią, medycyna ratunkowa, chirurgia onkologiczna, ginekologia i położnictwo, urologia, otolaryngologia, okulistyka, neurochirurgia, diagnostyka obrazowa), (VII) prawne i organizacyjne aspekty medycyny (higiena, epidemiologia, zdrowie publiczne, prawo medyczne, medycyna sądowa).

Rok szósty będzie obejmował rok „Praktycznego nauczania klinicznego” trwającego łącznie 30 tygodni w formie zajęć w klinikach lub oddziałach szpitalnych. Aktualna propozycja obejmuje nauczanie z zakresu następujących specjalności: interna (8 tygodni), pediatria (4 tygodnie), chirurgia (4 tygodnie), ginekologia i położnictwo (2 tygodnie), psychiatria (2 tygodnie), medycyna ratunkowa (2 tygodnie), medycyna rodzinna (2 tygodnie) oraz 6 tygodni w specjalności wybranej przez studenta. W ramach praktycznego nauczania klinicznego będą realizowane efekty kształcenia zawarte w grupach V i VI. W chwili obecnej nie ma jednak jeszcze precyzyjnych planów lub rozporządzeń dotyczących organizacji zajęć na 6 roku.

Do dyspozycji uczelni pozostawia się 500 godzin zajęć (20 ECTS), które mogą być realizowane jako zajęcia obowiązkowe lub fakultatywne, uzupełniające wiedzę,

umiejętności i kompetencje w obszarach I-VII lub poza tymi obszarami, przy czym zajęcia fakultatywne powinny stanowić nie mniej niż 5% wszystkich zajęć.

Na Wydział Lekarski w Bydgoszczy dotychczasowa liczba godzin wszystkich zajęć wynosi 5807 (w tym praktyki wakacyjne 700 godzin oraz 45 godzin zajęć fakultatywnych). Nowe standardy określają minimalną liczbę godzin jako 5700 w tym 5200 godzin zajęć określonych w standardzie plus 500 godzin do dyspozycji uczelni. Łączna ilość praktyk wakacyjnych obejmuje 600 godzin (5 lat po 120 godzin), natomiast praktyczne nauczanie medycyny na VI roku to łącznie 900 godzin. Liczba godzin zajęć fakultatywnych musi wynosić minimum 285 spośród wszystkich 5700 godzin. Odliczając praktyki wakacyjne i praktyczne nauczanie kliniczne, redukcja zajęć teoretyczno-praktycznych, prowadzonych dotychczas w sposób tradycyjny wyniesie około 17,8%, przy czym wymiar czasowy na prowadzenie niektórych przedmiotów będzie zredukowany nieznacznie, a na niektórych przedmiotach dojdzie do dużej redukcji ilości zajęć. Do tego należy jeszcze uwzględnić zajęcia fakultatywne. W nowych standardach nie przewiduje się niektórych przedmiotów, natomiast możliwe są nowe przedmioty, jak patologia ogólna, patologia szczegółowa, diagnostyka laboratoryjna z transfuzjologią, medycyna pracy, medycyna katastrof oraz laboratoryjne nauczanie umiejętności klinicznych (czyli: podstawy medycyny klinicznej). Ten ostatni przedmiot będzie interdyscyplinarnym przedmiotem o charakterze klinicznym, który ma być realizowany przez kilka lat studiów, począwszy od roku drugiego.

Prof. Jan Styczyński, prodziekan Wydziału Lekarskiego, jest przewodniczącym Komisji Wydziałowej ds. reformy strukturalnej i organizacyjnej na kierunku lekarskim



Od leku do napoju - prawdziwe i sztuczne wody mineralne (wizyta w XIX i XX wieku)

Wojciech Ślusarczyk

Zrodzona w II połowie XIX wieku nowoczesna farmacja wykluczyła z użycia zdecydowaną większość zawartości wiekowych farmakopei. Wyjątek w tej plejadzie leków „wypadłych z łaski” stanowią wody mineralne. Mimo iż stosowano je powszechnie przed odkryciami Ludwika Pasteura i Roberta Kocha nie straciły, a nawet zyskały na popularności. Do dziś można je znaleźć w aptekach. Jednak w potocznym rozumieniu znaczenie terminu „woda mineralna” uległo pewnej zmianie. Kiedyś traktowano ją niemal wyłącznie jako lek; dziś w pierwszej kolejności jako napój chłodzący.

Omówienie historii stosowania wód mineralnych na świecie wymagałoby napisania opasłej książki. Spójrzmy więc tylko na jej wybrane fragmenty.

Najlepszy sposób używania wód mineralnych jest następujący: naprzód potrzeba bardzo mało, albo bynajmniej nie jeść kolacji i wcześniej się udać do spoczynku, ażeby można było bardzo rano obudzić się; przed nadejściem mocnych upałów dziennych, wypić, w ciągu jednej lub dwóch godzin, dozami umiarkowanymi, przepisaną przez lekarzy ilość wody mineralnej. Należy pić wodę na otwartym powietrzu, u samych źródeł przy miernym ciele ruchu (...). Dozy, jakie chory za każdym razem bierze, i całkowita na dzień ilość wód mineralnych, będą stosowane do mocy żołądka w trawieniu tych wód, i do wypróżnień, jakie zamierzamy sprawić.

Tak oto w 1832 r. radził warszawski lekarz Sylwester Pleszkowski, w swej broszurze o długim tytule: *Wody Mineralne Naturalne i Sztuczne*. Karlsbadzkie, Embskie, Marienbadzkie, Egierskie, Pyrmontskie i Spa. Dziełko to nie stanowiło efektu jego własnych badań. Było (do czego Pleszkowski przyznawał się na stronie tytułowej) skrótem i tłumaczeniem pracy Fryderyka Ludwika Kreysig. Broszurka miała więc charakter wybitnie popularyzatorski. Rozwój wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej mający miejsce w XIX wieku, umożliwił poznanie mechanizmów działania leczniczego wód mineralnych. Stanowiło to jedną z przyczyn wzrostu ich spożycia.

O tym, że wody mineralne służą utrzymaniu i odzyskaniu utraconego zdrowia

wiedzieli już lekarze antyczni. Zawilgości epoki średniowiecza spowodowały, iż zainteresowanie leczniczymi wodami wyraźnie spadło. Później jednak korzystanie ze źródeł, w tym także picie wód stało się modne wśród elit społecznych. Rzesze uboższych, których nie stać było na podróż i pobyt u źródeł, pozbawione były również możliwości leczenia się wodami.

Zwyczaj bogaczy były i nadal są zwykle pożądane przez ludzi mniej zamożnych. Spożywanie wód mineralnych także nie stanowiło wyjątku. W XVII wieku zaczęto rozsyłać je z naturalnych źródeł do miast. Najczęściej były to ośrodki położone wzdłuż rzek, które swe początki brały właśnie w leczniczych źródłach.

Rozprzestrzenianie się wód mineralnych powodowało, iż coraz więcej ludzi poznawało ich lecznicze właściwości, co z kolei zwiększało zapotrzebowanie. W XVIII w. wody mineralne z Europy docierały już do krajów zamorskich. Prawdziwy przełom nastąpił jednak w wieku XIX. Jego bezpośrednim powodem były: wspomniany wcześniej rozwój medycyny i farmacji oraz zastosowanie kolei żelaznej. W tym pełnym nowinek stuleciu, popyt na wody mineralne znacznie przerósł możliwości produkcyjne naturalnych źródeł. Pojawiły się wówczas sztuczne wody mineralne.

Dzięki rozwojowi nauki stwierdzono, że wody ze źródeł leczniczych są roztworami soli, których jony poprzez błony śluzowe oddziałują na kondycję organizmu. Uważano, iż aby otrzymać roztwór o działaniu identycznym do działania naturalnej wody mineralnej, wystarczy nasycić zwykłą wodę destylowaną odpowiednią ilością jonów bezwodnika kwasu węglowego, żelaza, magnezu, sodu, wapnia etc. Choć sztuczna woda nie mogła zastąpić naturalnej, nie hamowało to wzrostu popytu. W latach siedemdziesiątych XIX wieku, obrót pewnego niemieckiego aptekarza o nazwisku Struve wynosił 400 milionów butelek rocznie!

Zarówno w końcu doby medycyny humoralnej jak i po odkryciach Ludwika Pasteura, wody mineralne traktowano jako lekarstwo. Nie należało ich nadużywać, ani też stosować w nieodpowiedni sposób. Sylwester Pleszkowski, we wspomnianej wcześniej broszurze, przestrzegał przed

niewłaściwym stosowaniem wód przez pacjentów reprezentujących przypadki prawdziwej słabości nerwowej:

Po części (...) pobudzająca własność wód mineralnych wzmacniających przeskadza ich użyciu, przynajmniej samych jednych, w wielkiej liczbie przypadków, gdziebyśmy chcieli ich użyć. Wówczas bowiem wszelkie istoty wzmacniające sprawują bicia krwi i jej nawalne przyprawy do różnych organów; skąd powstaje ból głowy, spazmy, rozdęcie brzucha, ściskanie w piersiach, niestrawność, zepsucie stolca, niespokojność, rzucanie się, czucie pełności i ciężaru w całym ciele, a nawet wewnętrzne pęknięcie naczyń krwistych, tem łatwiej, że czułość nerwowa w tych okolicznościach staje się żywszą, w miarę, jak przeszkody są większymi.

Broszura Pleszkowskiego informuje ponadto, iż leczenie wodami mineralnymi najlepiej przeprowadzać na wiosnę i nie powinno trwać ono krócej niż jeden miesiąc. Ponadto pacjent w owym czasie winien prowadzić stonowany tryb życia, przestrzegać odpowiedniej diety, a także stosownie się ubierać:

Jeżeli leczenie za pomocą wód mineralnych ma być pomyślnym skutkiem uwieńczone, potrzeba, ażeby w całym jego ciągu, chory swojemu tylko zdrowiu oddał się; ażeby jego dyeta i cały rodzaj życia były ku temu celowi zastosowane; ażeby wszelkich nałogów i rozkoszy mogących stać się szkodliwymi zaniechał, ażeby wstrzymał się od wszelkiej pracy ważnej i utrudniającej; ażeby od siebie troski i niepokojności duszy oddalał; ażeby długo nad pisanie (...) nie siedział; ażeby starał się o miłe roztargnienia i zabawy; (...) ażeby na koniec dbał, ile tylko można o zbawienie na zdrowie wpływ, czystej i swobodnej atmosfery. (...) Najprostrze potrawy na pierwszeństwo zasługują: jak np. bulion i mięso cielece, wołowe, (...) zwierzyzna młoda i ptactwo gotowane lub pieczone (...). (...) Odzienie (...) niechaj będzie bardzo lekkie, a w szczególności w czasie promenady [przechadzki] wieczornej.

Widzimy, że wód mineralnych nie pito bynajmniej dla ochłody. Jak już wspomnieliśmy, wzrost zapotrzebowania na nie spowodował powstanie wytwórni sztucznych wód mineralnych. Mimo, że nie posiadały one już tak leczniczych właściwości jak wody naturalne, nadal

wchodziły jednak w skład oferty handlowej aptek, zaś produkujące je punkty podlegały kontroli medyczno-farmaceutycznej. Sytuacja ta nie zmieniła się nawet w latach dwudziestych XX w., gdy sztuczne wody mineralne zaczęły w większości pełnić rolę napojów chłodzących. Ich produkcja mogła stanowić rozwinięcie podstawowej działalności apteki. Były to jednak odosobnione przypadki. Zazwyczaj zajmowały się tym firmy niezwiązane bezpośrednio z farmacją. Ich produkt częściej niż do aptek trafiał do placówek branży spożywczej. Wytwórnice te produkowały także lemoniadę, piwo, ocet, a nawet zajmowały się rozlewaniem „spirytusu do palenia”. Grudziądzka firma Jerzego Hastermanna oraz wytwórnia prowadzona przez właścicieli Apteki „Pod Orłem” w Trzemesznie, oprócz wody mineralnej produkowały głównie artykuły drogerijne i farmaceutyczne.

W II Rzeczypospolitej kontrolowaniem tych wytwórni zajmowali się lekarze powiatowi lub inspektorzy przemysłowi. Swoje spostrzeżenia przesyłali oni wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu.

W Bydgoskim Archiwum Państwowym zachowała się dokumentacja z lat 1922 – 1925, dotycząca 24. wybranych wytwórni wód mineralnych z terenu ówczesnego polskiego Pomorza. Były to najczęściej drobne warsztaty, działające wyłącznie na lokalnym rynku. Prawdopodobnie było ich znacznie więcej, jednakże ich liczba jest niezwykle trudna do ustalenia.

Noszące miana „fabryk” były w istocie przedsiębiorstwami niedużymi. Znajdowały się najczęściej w suterrenach, zatrudniając najwyżej kilka osób. Na wyposażenie składały się zwykle: przyrząd do wytwarzania bezwodnika kwasu węglowego, aparat do napełniania butelek, aparat do płukania butelek (zamiennie wanna/wanienki z bieżącą lub stojącą wodą) oraz szczotki do czyszczenia butelek. Liczba „aparatów do bezwodnika”, znajdujących się na terenie Pomorza była wysoka. W 1928 r. odnotowano istnienie 544. takich urządzeń. Aparaty te były jednak używane w znacznej mierze wyłącznie do gazowania piwa i lemoniad, nie zaś wód mineralnych.

Firmy co do których stanu nie było zastrzeżeń, stanowiły najliczniejszą grupę kontrolowanych placówek. Pozytywne opinie zapisywano w sposób lapidarny, na przykład: Fabryka mieści się w suterrenie w lokalu dobrze oświetlonym. Wodę pobiera się ze studni miejskiej, która jest beznaganna. Wytwarza się kwas węglowy. Przyjrzyjmy się jednak negatywnym ocenom. Pozwól nam one poznać

w jakich warunkach powstawały wówczas niekiedy „lecnicze” wody.

Dwie z trzech wytwórni w Gniewie – Georga Domsta oraz Bronisława Spindela określono jako nieczynne. Ponadto ich stan budził wiele zastrzeżeń. Tak oto pisał o pierwszej z nich wojewódzki inspektor farmaceutyczny: (...) Mieści się w suterrenie. Deski pod aparatem do napełniania [butelek] są przegnite i powinny być do wiosny zastąpione podłogą cementową. Nieco lepiej wyglądała druga z nieczynnych wytwórni. (...) Lokal jest ciemny, odnotował lakonicznie inspektor.

Bezwzględnie negatywne opinie uzyskało sześć wytwórni. Oto w jaki sposób opisana została toruńska wytwórnia Jana Schulza: Fabryka mieści się w szopie, obok fabryki jest stajnia dla konia. Umieszczenie w fabryce jest bardzo brudne, wanny dla mycia butelek wadliwej czystości. (...) Aparat do rozlewania wody zakurzony, esencje rozpuszczane są w wiadrach blaszanych ocynkowanych, na których osadza się rdza. (...) Na ścianach jest pełno pajęczyn, brudu i kurzu. Ponadto woda używana do wyrobu wód mineralnych nie była poddawana gotowaniu i filtracji.

W podobny sposób została opisana, znajdująca się również w Toruniu wytwórnia Franciszka Eisenberga: Zakład mieści się w piwnicy brudnej i ciemnej. Ubikacje rozlewu są brudne, wanny do mycia butelek także brudne. (...) Pokój gdzie przechowuje się esencje jest nadzwyczaj brudny naczynia zakurzone lejki i kufle zardzewiały. Na ogół zakład robi wrażenie bardzo niedostateczne.

Równie w negatywny i treściwy sposób została opisana wytwórnia Franciszka Makowskiego w Skórczu: (...) Aparat do wyrobów składa się z pompy, którą

się ręcznie kręci z bomby dla węgliku, z aparatu do mieszania i z aparatu do napełniania. Ostatni aparat jest brudny zardzewiały, pajęczyną pokryty, z czego wynika że długo nie był czyszczony. Butelki czyszczone były w rozlatujących się beczkach „związanych żelazem. (...) W jedne z tych beczek znajdują się brudne butelki w drugiej brudna śmierdząca woda.” Ponadto wodę ze studni artezyjskiej przynoszono do wytwórni za pomocą wiader. Ogólnie całą wytwórnice cechował brak higieny.

Te negatywne przykłady nie mogą być reprezentatywne dla wszystkich wytwórni wód mineralnych na ówczesnym Pomorzu, a tym bardziej w całej Polsce. Akcentują jednak istotny proces przeobrażeń jakiego podlegały wody mineralne. Początkowo trudno dostępne, przeznaczone były wyłącznie dla przedstawicieli elit społecznych. Picie wód stanowiło element ściśle określonych kuracji. Z biegiem czasu ich spożycie rozpowszechniło się. Wprowadzenie sztucznych wód mineralnych w XIX wieku, spowodowało iż zaczęły one tracić leczniczy charakter, stając się w okresie międzywojnia zwyczajnymi wodami stołowymi, których warunki produkcji pozostawiały częstokroć wiele do życzenia. Nadzór farmaceutyczny nad ich wytwórniami stanowił zaś relik minionych czasów. Oczywiście równolegle istniały nadal prawdziwie lecznicze wody mineralne ze źródeł. Możemy jednak zaryzykować stwierdzenie, iż dla przeciętnego człowieka woda mineralna kojarzyła się już głównie z produktem tanim, wytwarzanym lokalnie, razem z lemoniadą i piwem.

dr Wojciech Ślusarczyk jest pracownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa



Tytus Chałubiński - lekarz i taternik

Daria Butrym

Postać Tytusa Chałubińskiego nie powinna być obca ani lekarzom, ani studentom medycyny, ale niestety, nawet dyrektorzy szpitali jego imienia nie dokładnie orientują się, kim był patron ich placówek. A szkoda, gdyż był to wspaniały pedagog, lekarz, badacz, podróżnik, taternik. Postaram się chociaż pokrótce przedstawić jego sylwetkę. Moje zainteresowanie jego osobą zaczęło się równocześnie z moją miłością do polskich gór.

Profesor Marchwiński, jeden z moich nauczycieli akademickich, uczył nas lokalnego patriotyzmu, uważał, że powinniśmy orientować się kim byli patroni ulic naszych rodzinnych miast. Tę samą praktykę warto zastosować zwiedzając inne miejsca. Dlatego też gdy z dworca PKP w Zakopanem, obładowana bagażami zmierzałam w kierunku swojej kwatery ulicą Chałubińskiego, zaczęłam zastanawiać się kim był Chałubiński. Potem wielokrotnie na łamach „Tatr” (kwartalnik wydawany przez TPN) natykałam się na to nazwisko. Z lektury tego czasopisma dowiedziałam się, że była to wybitna postać, dzięki której Zakopane zyskało na popularności. Prowadził on w tym regionie działalność terapeutyczną, profilaktyczną, starał się o podniesienie poziomu rolnictwa i rozwój szkolnictwa zawodowego oraz poprawę warunków gospodarczych.

Tytus Chałubiński urodził się 29 grudnia 1820 roku w Radomiu. Po ukończeniu tamtejszego gimnazjum rozpoczął

studia w wileńskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej. W 1840 r. przeniósł się do Dorpatu (obecnie Tartu – Estonia) gdzie kontynuował naukę. W celu uzyskania tytułu doktora wyjechał do Würzburga. Podczas studiów zawsze znajdował czas na swoje zainteresowania tj. badania związane z botaniką, na której temat ogłosił parę bardzo cennych prac naukowych. Jego prace stricte lekarskie dotyczyły głównie cholery i malarii, poza tym wydał rozprawę „Metoda wynajdywania wskazań lekarskich”.

Po powrocie do kraju i złożeniu odpowiednich egzaminów rozpoczął bezpłatną praktykę w warszawskim Szpitalu Ewangelickim. Ówczesny dyrektor szpitala szybko dostrzegł w Chałubińskim niezwykle talent nie tylko w wykonywanej pracy, ale również w podejściu do pacjentów. Po tym jak utracił wzrok mianował Tytusa swoim następcą. Chałubiński bardzo szybko zyskał wielu wielbicieli, zarówno w środowisku warszawskich lekarzy, jak i wśród pacjentów, którzy darzyli go ogromnym zaufaniem, głównie ze względu na dobroć, jaką im okazywał. Był on również członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. W 1848 roku uczestniczył w Powstaniu Węgierskim, ale tylko jako lekarz.

W 1859 roku mianowano Chałubińskiego na profesora zwyczajnego katedry terapii szczegółowej i kliniki chorób wewnętrznych Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie. Na katedrze ujawnił się jego niezwykle talent pe-

dagogiczny. Młodzież ciągnęła na jego zajęcia jak pszczoły do miodu. Jego wykłady cechowała jasność, prostota, dokładność, oddanie sprawie. Mówił z zapalem, wręcz umiłowaniem. Słuchano go w głębokim milczeniu, a każde opuszczenie przez profesora wykładu studenci przyjmowali z ogromnym żalem. W 1862 r. Akademia przekształciła się w Szkołę Główną Warszawską, ale już dwa lata później w miejsce Szkoły Głównej powołano Cesarski Uniwersytet Warszawski. W roku 1871 nastąpiła całkowita rusyfikacja uniwersytetu. Mimo to Chałubiński nadal chciał wykładać i uczyć polską młodzież, chociażby i w obcym języku. Najważniejsza była dla niego możliwość nauczania. Niestety został on przez władze rosyjskie niespodziewanie usunięty, rzekomo na własną prośbę, co było oczywiście nieprawdą.

Wydawać by się mogło, że Chałubiński nie miał żadnych wad i prawdopodobnie tak jest. Jedyne co możemy zarzucić temu wybitnemu naukowcowi to fakt, że pozostawił po sobie tak małą spuściznę w postaci prac drukowanych. Nie wynikało to jednakże z jego lenistwa, gdyż Chałubiński każdą wolną chwilę poświęcał badaniom, a raczej właśnie z braku czasu i jak to określił jego asystent Ignacy Baranowski „(...) profesora charakteryzował wstręt do pisania. Była to jego wada. (...) acz spieszę dodać, że to co drukował, na objętość niewielkie, było wielkiej wartości, mianowicie wartości pedagogicznej”. I to właśnie ta umiejętność przekazywania studentom wiedzy, stanowiła w oczach wielu cechą najistotniejszą, o której jeszcze przez wiele lat po jego śmierci mówiono i oddawano cześć.

Czy obecnie, kiedy już dawno nie żyją jego wychowankowie, przetrwała pamięć o tym gorącym patriotcie i przyjacielu młodzieży? Niestety nie. A szkoda, bo wydawać by się mogło, że brakuje dzisiaj wśród nauczycieli akademickich, takich, którzy wywieraliby tak cudotwórczy wpływ na kształcenie się, postawę etyczną i społeczną młodzieży lekarskiej. I odwrotnie patrząc na dzisiejszą młodzież coraz rzadziej dostrzegamy prawdziwych zapaleńców, którzy z pasją i zamiłowaniem poświęcaliby się nauce, którzy nie opuściliby ani jednego wykładu, by nie umknęła im ani jedna kropla tak cennej wiedzy.

Dlatego w takim razie Chałubiński porzucił Warszawę i przeniósł się do Za-



Tytus Chałubiński z przewodnikami tatrzańskimi

kopanego. Okoliczności tej decyzji nie są do końca znane, ale droga ta była długa. Po raz pierwszy wyruszył on w Tatary w roku 1852 ze Szczawnicy, gdzie spędził miesiąc miodowy ze swoją drugą żoną Anną z domu Leszczyńską. Tatry ponownie z małżonką i przyjaciółmi odwiedził w roku 1857. Pobyt w górach miał być swoistym lekarstwem dla małżonków po stracie dwójki dzieci. Ponowne zainteresowanie Tatrami u Chałubińskiego wywołała lektura przewodnika tatrzańskiego Walerego Eliasza z 1870 r. Od roku 1873 Chałubiński zaczął corocznie przyjeżdżać do Zakopanego. W roku 1879 rozpoczął budowę własnego domu o wszystko mówiącej nazwie „Swoboda”. A w roku 1887 osiadł tam na stałe.

Okres tatrzański życia Chałubińskiego, przypadający na lata 1873-1889 był bodajże najpłodniejszym w dziedzinie botaniki. W tym bowiem czasie zainteresowany mchami rozpoczął ich zbieranie i opracowywanie. W pierwszym spisie podał 207 gatunków, w drugim 116. W IV tomie „Pamiętnika Fizjograficznego” z 1886 r. Chałubiński ogłosił spis wszystkich zebranych w Tatrach tzw. mchów liściastych w liczbie 422. Cały jego zielnik obecnie znajduje się w Muzeum Tatrzańskim. Do spisu z 1866 r. dołączył on również dużą mapę Tatr

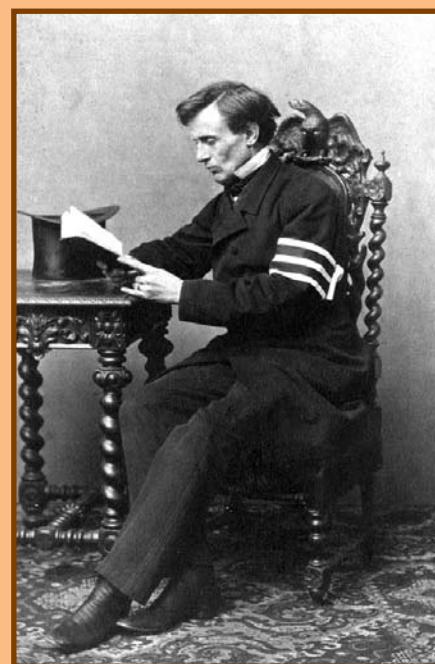
Botanika była tylko jedną z szerokiego wachlarzu dziedzin jakimi zajmował się Chałubiński podczas swojego pobytu w Tatrach. Jego działalność obejmowała m. in.:

- Medycynę - już 1873 przyczynił się on do stłumienia cholery w Zakopanem, zarówno przez leczenie, jak i przez uświadamianie ludności o właściwej higienie i profilaktyce. Chałubiński przez wszystkie te lata leczył ludność zakopiańską, często charytatywnie. Przyczynił się również do rozwoju Zakopanego, jako ośrodka uzdrowskiego. Dzięki jego staraniom uzyskało ono w roku 1866 status stacji klimatycznej.
- Szkolnictwo - był jednym z założycieli zakopiańskiej Szkoły Snyckarskiej, późniejszej Szkoły Przemysłu Drzewnego, z której z biegiem lat wyrosło Liceum Technik Plastycznych i Technikum Budowlane, a obecnie Zespół Szkół Plastycznych. Pomógł w stworzeniu Zakopiańskiej Szkoły Koronarskiej, która przekształciła się w Technikum Tkactwa Artystycznego. Szkoła ta jako Zespół Szkół Zawodowych nr 2 funkcjonowała w Zakopanem do 2008 r. Nie żałował też czasu na udzielanie indywidualnych lekcji nauki czytania i pisanía.

- Rolnictwo - przyczynił się niewątpliwie do podniesienia poziomu ówczesnego rolnictwa, przez wprowadzenie płodozmianu i rozpowszechnienie uprawy koniczyny mało tam wtedy znanej.

Poza tym Chałubiński pomógł w założeniu pierwszej kasy pożyczkowej dla górali. Ogólnie jego działalność pośrednio wpłynęła na podniesienie dobrobytu ludność miejskiej. Słusznie napisał o owych latach Stanisław Witkiewicz: „Nie ma zresztą w Zakopanem takiej dobrej sprawy, która by nie była przez niego zapoczątkowana lub prowadzona”.

Chałubiński od 1873 stał się zapalonym taternikiem. Nie sposób pisać o wędrowności Chałubińskiego nie pamiętając, że ówczesne dziewiętnastowieczne Tatry były dzikie i niedostępne. Brak schronisk, przetartych ścieżek, zabezpieczających klamer czy łańcuchów, powodowały, że każda wycieczka stawiała się wyprawą, niejednokrotnie wielodniową, do której trzeba było się dobrze przygotować. Stworzył przy tym własny styl wielkich, wypraw z gromadą górali: przewodników, muzykantów, tragarzy. Tatry dla Chałubińskiego stanowiły z góralami nierozdzielalną całość. Cała wyprawa składała się zaledwie z kilku turystów a z kilkunastu górali, wśród których bywał sławny przewodnik Jan Krzeptowski Sabala, Wojciech Roj, Szymon Tatar starszy, Wojciech Ślimak, Bartłomiej Obrochta, który przewodził kapeli góralskiej. Szli oni w góry na kilka dni, często nie planując szczegółowo trasy. Wieczory spędzali przy wotrze, gdzie rozbrzmiewała muzyka, śpiewy i snuły się opowieści o górach, zbójnikach, kłusownikach.



Tytus Chałubiński

Chałubiński był na wszystkich wówczas zwiedzanych szczytach i przełęczach. Spektakularnym sukcesem doktora było wejście na Wysoką w roku 1876 (dwuwierchołkowy szczyt położony po stronie słowackiej mierzący 2547 m n.p.m.). W wyprawie tej brało udział kilkanaście osób, w tym m.in. jego syn Ludwik, oraz przyjaciele Bronisław i Tadeusz Dembowscy, ks. Józef Stolarczyk oraz przewodnicy: Sabala, Wojciech Bednarz, Jan Stopka i inni. Osoby, które były na Wysokiej zdają sobie sprawę z tego, jak trudne było to przedsięwzięcie.

Pionierskim wejściem było również zdobycie Lodowego Szczytu (2627 m n.p.m.), który jest trzecim co do wysoko-



Tatry, fot. Daria Butrym



Tatry, fot. Daria Butrym



Tatry, fot. Daria Butrym



Kozica górską w Tatrach, fot. Daria Butrym

ści samodzielnym szczytem Tatr (zaraz po Gerlachu i Łomnicy). Bardzo ważną rolę odegrał w tej wyprawie Jędrzej Wął młodszy, który odnalazł drogę na Lodowy. Przy czym należałoby pamiętać, że ówczesne drogi wymagały od turystów bar-

dzo dobrych umiejętności poruszania się po kruchym i eksponowanym terenie, bez użycia liny. Takim sprawdzianem umiejętności wspinaczkowych doktora było zejście w 1878 roku z Kołowego Szczytu do Zielonego Stawu przez Jastrzębie Spady - w grani tej znajduje się wiele dróg wspinaczkowych o dużej trudności.

W literaturze i wspomnieniach o wyprawach doktora często jako jedno z głównych i kluczowych jego osiągnięć wymienia się pierwsze turystyczne przejście Koziej Przełęczy (2137 m n.p.m.) w roku 1875, której pokonanie w dzisiejszych czasach stanowi nie lada wyzwanie, a w tamtych, zwłaszcza przy przejściu żlebem do Doliny Pustej, było wyczynem taternickim. Osoby, które choć trochę interesują się górami wiedzą, że Kozia Przełęcz należy do łańcucha słynnej Orlej Perci, najtrudniejszego i najniebezpieczniejszego szlaku turystycznego naszych gór.

Należałoby zwrócić również uwagę na dzisiejszy oznakowany szlak prowadzący na Rysy. Obecnie zabezpieczony łańcuchami i klamrami. Droga ta została wyznaczona w 1878 r. przez Tytusa Chałubińskiego i Stanisława Kruszyńskiego. Warto o tym pamiętać zdobywając najwyższy szczyt Polski (2499 m n.p.m.)

Tytus Chałubiński swym przykładem popchnął innych w kierunku uprawiania turystyki w Tatrach i przyjazdu do Zakopanego, a jego wycieczki odegrały dużą rolę w wyszkoleniu górali na przewodników. Dzięki swym wyprawom i opisom, stał się postacią niezmiernie znaną i lubianą, dlatego też górale nazywali go Królem Tatr.

Rozwój turystyki tatrzańskiej i taternictwa, wyszkolenie przewodników, założenie specjalnej organizacji turystycznej i badania przyrodnicze to niewątpliwie zasługi doktora. Bardzo ważnym jest również fakt, że Chałubiński zachęcał do badań innych uczonych. To z jego inicjatywy na tym terenie działalność naukową rozwijali m.in.: Jan Kleczyński (pieśni

góralskie), Eugeniusz Dziewulski (stawa), August Wrześniowski (etnografia, gwara, zoologia), Kazimierz Łapczyński (flora). To, że nagły skok ilościowy w rozwoju polskich badań w Tatrach przypadł akurat na rok 1873 był niewątpliwie zasługą Chałubińskiego.

Wywarł on również niebotyczny wpływ na malarzy, pisarzy i muzyków. Chałubiński nieraz nazywany jest „odkrywcą” Tatr. Jest to stwierdzenie mocno przesadzone, albowiem już wcześniej Tatry miały swoich miłośników chociażby w osobach Ludwika Zejsznera i Walerego Eljasza, ale nie ma drugiej takiej postaci, która odegrałaby tak ważną i wielostronną rolę jak Chałubiński. Dlatego też jego imieniem nazwano Muzeum Tatrzańskie i ulicę, a spacerując po Zakopanem możemy natknąć się na dwa jego pomniki. Będąc natomiast w Tatrach na pewno w końcu trafimy na przełęcz nazwaną, ku jego czci Wrotami Chałubińskiego.

Odwiedzając Zakopane pamiętajmy o tej wybitnej postaci i o wartościach jakie swoją postawą i działalnością prezentował. Dzięki niemu dzisiaj możemy przemierzać pięknie oznakowane szlaki, możemy obcować z wyjątkową kulturą górali. Dlatego też szanujmy góry, nie niszczy ich, nie sprowadzamy tej cudownej góralskiej ludowości do tanich pamiątek i spacerów jedynie po Krupówkach. Spróbujmy zgłębić ten cudowny region Polski, tak jak to robił Chałubiński. Przez uświadamianie górali chciał uczynić ich życie zdrowszym i prostszym, ale nigdy nie próbował zmienić ich mentalności i podejścia do życia. To właśnie w nich najbardziej kochał. Zdobywanie kolejnych szczytów, przemierzanie szlaków pozwoliło Chałubińskiemu i jego żonie otrząsnąć się po bolesnej stracie dzieci. Góry wyzwalały człowieka, dają poczucie wolności, świadomość istnienia. Góry to nie tylko zimne skały, to żywy organizm, który czuje, słucha, w odpowiedzi daje nam mądrość ukrytą w ciszy i przyrodzie.

mgr Daria Butrym jest pracownikiem Biblioteki Medycznej

Działalność Katedry i Zakładu Muzykoterapii

Wojciech Pospiech, Marlena Kujawska, Joanna Kamień

W roku akademickim 2011/2012 w Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii utworzono Ogólnopolski Punkt Konsultacyjny Muzykoterapii, który rozpoczął swoją działalność 15 października. Podstawowe cele działania to:

1. Możliwość konfrontacji i zapoznania się z najnowszymi badaniami naukowymi prowadzonymi w Polsce i na świecie w zakresie muzykoterapii.
2. Konsultacje przedmiotowe praktyczne dla muzykoterapeutów polskich.
3. Współdziałanie z Ogólnopolskim

Stowarzyszeniem Muzykoterapeutów Polskich we Wrocławiu.

4. Udzielanie pomocy bieżącej w pracy muzykoterapeutów polskich zatrudnionych w placówkach leczniczych i innych.
5. Zachęcanie do współdziałania z Kate-

drą i Zakładem Muzykoterapii Collegium Medicum UMK

Punkt Konsultacyjny działa w naszej Katedrze w każdy czwartek od godziny 9:00 do 11:00 w Sali nr 13 na I piętrze przy ul. Świętojańskiej 20. Zgłoszenia należy kierować telefonicznie lub listownie na adres Katedry i Zakładu Muzykoterapii, podany w Internecie.

Dnia 21 października 2011 roku powołano również Forum Doktorantów Muzykoterapii. Jego celem jest wspieranie i ukierunkowanie działań naukowych doktorantów w zakresie muzykoterapii, wspólne rozpamiętywanie elementów estetycznych dotyczących muzykoterapii w służbie człowiekowi, wymiana myśli i doświadczeń, konstrukcja pracy doktorskiej, dzielenie się wiedzą, pomoc w pracy naukowej. Członkami Forum Doktorantów SA osoby postulujące i realizujące doktoraty w zakresie muzykoterapii.

W Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii obecnie ukończono proces badawczy w ramach doktoratu, dotyczącego wpływu relaksacyjnego suit orkiestrowych w tonacji C-dur i D-dur J. S. Bacha oraz K. Jenkinsa na niwelowanie stanów lękowych i stresu u kobiet w Oddziale Patologii Cięży.

Zbadaliśmy także wpływ terapii muzyką rozrywkową i poważną na relaksację pacjentów z astmą oskrzelową podczas hospitalizacji. Ponadto sprawdziliśmy zastosowanie muzykoterapii receptywnej podczas kinezyterapii izometrycznej z uwzględnieniem stanu emocjonalnego

pacjentów geriatrycznych.

Zbadaliśmy wpływ stymulacji i relaksacji muzyką wykonywaną na instrumentach etnicznych na młodzież zagrożoną wykluczeniem społecznym. Byliśmy także na Oddziale w Klinice Pediatрії, Hematologii i Onkologii, gdzie sprawdziliśmy wpływ muzyki klasycznej i rozrywkowej na relaksację młodzieży i dzieci z matkami podczas chemioterapii. W Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii został zbadany wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i klasycznej na relaksację pacjentów poddawanych badaniom profilaktycznym. W Domach Pomocy Społecznej prowadziliśmy relaksację podopiecznych zarówno muzyką klasyczną, jak i rozrywkową.

Jesteśmy w trakcie przeprowadzania wielu różnorodnych badań naukowych. Badamy wpływ muzyki klasycznej i rozrywkowej na pacjentów Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Centrum Medycznego „Gizińscy”. Przeprowadzimy kompleksową relaksację pacjentów podczas zabiegów fizjoterapii w Klinice Rehabilitacyjnej w Krojantach.

Będziemy współleczyć wybranymi formami muzyki poważnej i rozrywkowej osoby dorosłe z afazją w celu odblokowania zaburzonych funkcji mowy. Zbadamy wpływ działań muzykoterapeutycznych w procesie wczesnej rehabilitacji na relaksację i stymulację dzieci niewidomych z niepełnosprawnością sprzężoną.

Interesuje nas również zbadanie wpływu muzyki poważnej i rozrywkowej na



efekty wczesnej rehabilitacji ruchowej u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Przeprowadzamy relaksację i stymulację pacjentów podczas zabiegu endoskopowego muzyką rozrywkową i poważną. Badamy wpływ muzykoterapii na relaksację pacjentów po zabiegach kardiologii inwazyjnej.

Staramy się relaksować i współleczyć wybranymi formami muzyki klasycznej i rozrywkowej osoby pełnoletnie po zabiegach operacyjnych dyskopatii odcinka szyjnego kręgosłupa. Zamierzamy zbadać wpływ muzyki klasycznej i rozrywkowej na relaksację pacjentek po porodzie.

Prof. Wojciech Pospiech prowadzi comiesięczną audycję w Radiu PIK pt. „Muzykoterapia”.

Jesteśmy prelegentami i prowadzącymi warsztaty na Uniwersytetach Trzeciego Wieku i Każdego Wieku.

Chcemy pomagać, ponieważ wiemy, że „Muzyka uspokaja umysł, ułatwia wzlot myśli, a gdy trzeba, pobudza do walki” (Agripp von Nettesheim).

dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK, mgr Marlena Kujawska, mgr Joanna Kamiń

Dlaczego wybrałam muzykoterapię...

Alicja Kornecka

Jestem absolwentką Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Dyplom magistra pielęgniarstwa obroniłam 30 czerwca 2010 roku na ocenę bardzo dobrą. Od tego czasu moje życie nabrało kolorów.

Jeszcze przed obroną w maju 2010 roku, jako czynny członek Koła Naukowego zostałam poproszona o wystąpienie w roli prelegenta na II Sesji Muzykoterapeutycznej, która była organizowana przez Katedrę i Zakład Muzykoterapii w Bydgoszczy. Moim zadaniem było przedstawienie wyników badań, które zostały zrobione na użytek pracy magisterskiej. Była to dla mnie ogromna radość i wyróżnienie, że mogłam wystąpić publicznie. Mam nadzieję, że był to mój kolejny lecz nie ostatni publiczny

występ. Po obronie pracy magisterskiej, której temat brzmiał „Rola muzykoterapii w leczeniu duszności u chorych przebywających w Oddziale Opieki Paliatywnej”. Mój promotor, dr hab. sztuki muzycznej Wojciech Pospiech profesor UMK, zachęcił mnie do dalszej edukacji w kierunku pielęgniarstwa i muzykoterapii. Pełna zapału i zaangażowania przyjął zaproszenie do doktoratu. Tak zaczęły się intensywne przygotowania do otwarcia przewodu doktorskiego. Tematem mojej rozprawy doktorskiej jest: „Terapia muzyką rozrywkową i poważną w relaksacji mieszkańców z chorobami zwyrodnieniowymi w Domach Pomocy Społecznej”. Moim zadaniem było przeprowadzenie badań i rozmowa z mieszkańcami Domów Pomocy Społecznej w trzech miejscowościach, jakimi były

Piła, Jelenia Góra i Chodzież. Skonstruowałam ankietę na podstawie, której mieszkańcy udzielali odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania. Pytania dotyczyły muzyki w szerokim jej pojęciu, tego jak wpływa na nastrój i czy można się przy niej zrelaksować. Badałam również, jak wysłuchane utwory muzyczne wpływają na pracę serca, czy zmienia się ciśnienie tętnicze krwi oraz tętno.

Obecnie kończę już pisanie rozprawy doktorskiej i czekam z utęsknieniem na otwarcie przewodu doktorskiego, który pozwoli mi przedstawić Państwu wyniki moich badań.

Ogromne i gorące podziękowania należą się mojemu Promotorowi za wskazanie drogi, którą obecnie podążam.

Alicja Kornecka

Teksas, jeansy i praca naukowa

rozmowa z Maciejem Nowackim, studentem i doktorantem CM

Student, doktorant, a zarazem absolwent Collegium Medicum UMK - trzy role, pozornie zbieżne, a jednak wymagające dużego nakładu energii. W jaki sposób godzi swoje zawodowe wyzwania i pasję, opowiada mgr Maciej Nowacki – tegoroczny stażysta Naukowego Centrum Medycznego Uniwersytetu w Teksasie, San Antonio USA.

Agnieszka Milik-Skrzypczak (Dział Promocji i Informacji CM): Na dobry początek mała retrospekcja - powiedz mi jak się czułeś w 2007 roku, kiedy otrzymałeś tytuł Najlepszego Studenta Uniwersytetu Mikołaja Kopernika!?

Maciej Nowacki: To było jeszcze podczas studiów na kierunku fizjoterapia. Na ten moment mogę powiedzieć, że trochę z tego wyjątkowego wydarzenia już uleciało! Obecnie studiując medycynę nieco inaczej układa się moja studencka aktywność. Bywa różnie, bo doba liczy sobie tylko dwadzieścia cztery godziny. Nie każde kolokwium zaliczam zgodnie z harmonogramem ale wówczas, czyli w 2007 roku, faktycznie zostałem zgłoszony przez Radę Wydziału jako najlepszy student wydziału, a potem poszło już lawinowo. Sam byłem zaskoczony i nieco zdezorientowany tą sytuacją. Właściwie dopiero odbierając tytuł Najlepszego Studenta UMK, dotarła do mnie powaga sytuacji i poczułem, że jest to coś ważnego, istotnego dla mojej dalszej drogi naukowej. Kryterium brany pod uwagę w przyznawaniu tytułu była średnia ocen oraz działalność naukowa.

A.M-S.: Mówisz o działalności na polu naukowym. Rozjaśnij nieco to pojęcie. Byłeś wówczas studentem, a nie doktorantem.

M.N.: Nagrodę otrzymałem po czwartym roku studiów. Niemniej od drugiego semestru ówczesnych studiów fizjoterapii wyznaczyłem sobie cel, do którego dziś zmierzam. Zaczęłem uczestniczyć w praktykach, które początkowo sam wymyślałem. Wkrótce ideę pracy naukowej i zasad prowadzenia badań na najwyższym etycznym poziomie, a także wyjazdy i staże pomógł mi skutecznie mój opiekun naukowy – dr hab. n. med. Tomasz Drewna – kierownik Zakładu Inżynierii Tkankowej CM. Jako świetny naukowiec, mimo młodego wieku jest osobą o wybitnych osiągnięciach na skalę nie tylko

krajową, ale nie zawaham się powiedzieć światową. Szczególnie mogłem to odczuć po wygłoszeniu przeze mnie pracy w Paryżu czy na stażu w USA, gdzie jednym z pytań było: czy Pan jest z Zakładu Inżynierii Tkankowej CM kierowanego przez lekarza urologa Tomasza Drewnę, którego publikację czytałem w zeszłym tygodniu? Uważam, że to wielce wymowne dla Collegium Medicum UMK, a co za tym idzie dla Bydgoszczy, które stają się rozpoznawalne na świecie dzięki takim osobom. To właśnie Tomasz Drewna, jako mój nauczyciel, zaszczerpił we mnie chęć do nauki i ciężkiej pracy nad doskonaleniem swoich umiejętności. Dlatego też zacząłem odbywać staże naukowe, co było dla mnie niezwykle rozwijającym doświadczeniem. Jak wspominałem byłem wówczas na kierunku fizjoterapii ale z racji pokrewieństwa zainteresowań, stałem się członkiem koła naukowego Zakładu Inżynierii Tkankowej. Szczególnie zaciekało mnie zagadnienie chrząstki stawowej, pokrewne problematyce fizjoterapii i traumatologii narządu ruchu. I jak to bywa, im intensywniej zgłębiałem temat, tym bardziej rósł mój apetyt na wiedzę. Nurtowały mnie kolejne, coraz ściślejsze zagadnienia z zakresu medycyny zabiegowej i regeneracyjnej. W związku z tym uczestniczyłem w zjazdach i konferencjach poruszających wspomnianą tematykę.

A.M-S.: W efekcie postawiłeś na medycynę?

M.N.: Tak, nie zaprzeczę medycyna to moje marzenie i pasja. Moja obecność na studiach lekarskich jest niewątpliwie efektem fascynacji z młodzieńczych lat, którą pogłębiłem podczas dociekań naukowych w Zakładzie Inżynierii Tkankowej CM. Uściślanie i definiowanie mojej drogi poznawczej rozpocząłem praktycznie po pierwszym semestrze ówczesnych studiów fizjoterapii. Już wtedy wiedziałem w jakim kierunku chcę poprowadzić mój rozwój naukowy. Czas oczywiście weryfikuje wcześniejsze założenia, niemniej obrany przeze mnie kierunek jest niezmienny. Postawiłem na medycynę i na tym polu się rozwijam.

A.M-S.: Zjazdy naukowe, konferencje wiążą się z upublicznianiem własnej osoby. Jak się czujesz w momencie medialnego zainteresowania.

M.N.: Początkowo moje uczestnictwo w wystąpieniach publicznych wiązało się z treścią i niepewnością własnych umiejętności. Jednak w miarę upływu czasu przychodzi pewne osłabienie emocji związane z publicznym wystąpieniem. Za każdym razem dopada mnie jednak pewne onieśmienie, jak choćby ostatnio w Lublinie, gdzie emocje były nie małe. Jednak w myśl zasady, że co dobre, dobrze kończy, wraz ze współautorami mojej pracy otrzymaliśmy wyróżnienie. Chciałbym jednak podkreślić, że nie doszłoby do tego typu wystąpień gdyby nie wcześniejsze niepowodzenia, projekty, które najzwyczajniej „nie wypaliły”. Prawdziwa nauka, nie jest prowadzona pod zamówienie i etyczna praca, pomimo sukcesów przynosi również niepowodzenia. Ścieżka, którą podążam wiąże się z pewną merytoryką, która dyktuje jak pisać pracę, gdzie ją złożyć, w jaki sposób i dlaczego. Wiele tego typu pytań i odpowiedzi na nie zajmuje lata. Pokuszę się o stwierdzenie, że jest to wiedza, za którą się płaci, nie w sensie dosłownym ale kosztem pewnych dociekań naukowych. Nie ukrywam, że opierając się na doświadczeniu mojego mentora mam znacznie skróconą ścieżkę merytoryki i mogę przejść do meritum. Pomoc w postaci podpowiedzi od czego zacząć badania, jak pisać pracę, czy gdzie ją skierować, pozwalała mi ukierunkować się na konkretne efekty w postaci publikacji czy grantów, w ramach których prowadziłem badania.

A.M-S.: Słucham o fascynacji, o zaangażowaniu, o odnalezieniu się na właściwej ścieżce życia czyli spełnieniu w roli studenta medycyny, naukowca ale... kiedy odpoczywasz?

M.N.: Chciałbym powiedzieć, że owszem odpoczywam, ale tak naprawdę odpoczynkiem dla mnie jest właśnie praca naukowa. Mój wypoczynek psychiczny zalega się z tym, czemu oddaję się na co dzień, czyli pracy w roli naukowca. Szczerze mówiąc nie widzę siebie w innej roli i to co pochłania mnie codziennie, jednocześnie napędza na kolejne dni. Jednak mam małą odskocznnię od dnia powszechnego. Zwyczajnie czekam na zimę, a co za tym idzie na narty! Tu mógłbym śmiało powiedzieć, że to moja kolejna fascynacja i zarazem aktywny odpoczynek. Lubię i cenię sobie również

kontakt z ludźmi, a przede wszystkim wówczas, gdy jest możliwość poruszenia tematów medycznych. O ile wyjeżdżam do jednostek naukowych i mogę podrażać tematy pokrewne moim zainteresowaniom naukowym, czuję się szczególnie usatysfakcjonowany.

A.M-S.: Idąc za tropem rzucam hasło wywoławcze – Teksas! Proszę o komentarz.

M.N.: Dostałem możliwość odbycia stażu naukowego w Medycznym Centrum Naukowym Uniwersytetu w Teksasie (University of Texas Health Science Center at San Antonio (UTHSCSA)), gdzie prowadzi się najnowsze prace z zakresu terapii nowotworów nerki, w oparciu o osiągnięcia inżynierii tkankowej i eksperymentalnej, a także chirurgii czy robotyki. Procedura przygotowawcza do wyjazdu była dość rozległa. Wiadomo Stany Zjednoczone jako kraj referencyjny, skąd niejednokrotnie wędrują do nas publikacje akademickie, dzięki którym kliniki i instytucje na całym świecie, wdrażają określone w USA schematy i procedury postępowania z pacjentem wymagają od przyjeźdnego zaangażowania w temat. Nie chcą aby osoba, która pojawia się na ich uniwersytecie wystąpiła jedynie w roli obserwatora. Oczekują czynnego udziału w prowadzonych czynnościach badawczych. Dają możliwość prowadzenia projektu otwartego, stworzonego pod konkretną przyjeźdną osobę. Wymaga to opanowania zadanego materiału i orientacji w tematyce stażu. Dostałem z Uniwersytetu imienne zaproszenie do odbycia dwumiesięcznego stażu z zakresu prac nad ludzkimi i zwierzęcymi nowotworami nerki, a także metodyki wykorzystania modeli komórkowych i zwierzęcych w pracach eksperymentalnych z zakresu chirurgii oszczędzającej miąższ nerki, czego potrzebowałem do swojego doktoratu. Zajmuję się w nim problematyką opatrunków hemo-

statycznych i wznów raka nerki, po jego częściowej resekcji. Potrzebowałem do tego całej metodyki, a przede wszystkim chciałem dowiedzieć się, jak wytworzyć ten nowotwór, jakich komórek użyć, tak aby był zlokalizowany dokładnie w miejscu, które mnie interesuje. I właśnie Uniwersytet w Teksasie dał mi tę możliwość. Miałem okazję przekonać się naocznie, a nawet doświadczać jak wytworzyć wspomniany nowotwór. Było to zdecydowanie jedno z bardziej ekscytujących doświadczeń i jednocześnie spełnienie mojego marzenia o uczestnictwie w takim eksperymencie. Mogę śmiało powiedzieć, że trafiłem w dziesiątkę, dostałem to, czego oczekiwałem.

A.M-S.: Teksas to dla Europejczyka odmienność na wielu poziomach. Co przykuło twoją uwagę.

M.N.: Zacznę od olbrzymich przestrzeni, które dzielą miejsce zamieszkania, sklepu, pracy, robią naprawdę duże wrażenie, niedostępne na naszym terenie. Bez charakterystycznego dla Teksasu pick-up(a) ani rusz. Skupię się jednak na samym Uniwersytecie. Studia prowadzone są tam na trzech wydziałach: lekarskim, stomatologii i odpowiedniku bydgoskiego Wydziału Nauk o Zdrowiu. To olbrzymi ośrodek złożony z czterech centrów: szpitala metodystycznego, centrum terapii nowotworowej, kampusu uniwersyteckiego i szpitala dla zwierząt, który szczególnie przykuł moją uwagę. Jest to olbrzymi kompleks budynków, niegdzie wcześniej takiego nie widziałem, gdzie weterani wojenni i ich rodziny wspólnie objęci są terapią. Wiadac tutaj dużą dbałość o żołnierzy, którzy naprawdę mogą czuć się wyróżnieni i zachować swoją żołnierską tożsamość. Miałem okazję widzieć ludzi z okresu wojny w Wietnamie, których znakiem rozpoznawczym są specjalne elementy ubioru, a nawet żołnierzy z okresu



Maciej Nowacki

II wojny światowej, którzy też wyróżniali się specyficznym ubiorem, tożsamym z ich poczuciem przynależności do swojej grupy. Chylę tutaj czoła przed tego typu pomysłem i sposobem w jaki dba się o weteranów i ich rodziny. Szczególnie w aspekcie najnowszych metod leczenia. Na koniec dodam jeszcze małą ciekawostkę. Profesorowie dojeżdżają na uczelnię, z reguły olbrzymim samochodem terenowym lub wspomnianym pick-up (em), w specyficznym z polskiego punktu widzenia stroju - jeansach lub garniturze i typowo kowbojskich kapeluszach – wygląda to naprawdę świetnie i w połączeniu z uśmiechem na twarzy i charakterystycznym powitaniem „How are you”, nawet obcych osób, tworzy z Teksasu jeden z najpiękniejszych stanów w USA!

A.M-S.: Dziękuję za rozmowę, życząc na kolejne lata utrzymania na równie intensywnym poziomie zapału poznawczego.

Agnieszka Milik-Skrzypczak jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji

Młodzi naukowcy nagrodzeni!

Aleksandra Konopka

Dr n. med. Dariusz Grzanka z Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej oraz dr n. farm. Michał Marszał z Katedry i Zakładu Chemii Leków Collegium Medicum UMK zostali laureatami konkursu, ogłoszonego w ramach programu „Juventus Plus” w 2011 r. przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Ministerstwo nagrodziło finansowym wsparciem badania ponad trzystu mło-

dych naukowców. W konkursie „Juventus Plus” udział biorą naukowcy, którzy w dniu składania wniosku nie przekroczyli 35 roku życia. Złożone przez nich projekty stanowiły kontynuację badań naukowych, których wyniki opublikowano lub przyjęto do publikacji w wiodących światowych czasopismach naukowych. Tegoroczna edycja zakwalifikowała 652 wnioski, spośród których dominowały nauki przyrodnicze. Pula dofinansowania



dr Dariusz Grzanka



dr Michał Marszał, fot. Tadeusz Późniak

w konkursie wyniosła ponad 70 mln złotych. Środki finansowe na realizację 340 projektów zakwalifikowanych do finansowania będą przekazywane od 2012 roku.

Dr n. med. Dariusz Grzanka – ur. w 1976 roku, ukończył wydział lekarski Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 2001 roku. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 2005 roku w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. W roku 2010 uzyskał dyplom specjalisty w zakresie patomorfologii. Od 2002 roku zatrudniony jest na Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej, obecnie na stanowisku adiunkta, gdzie poza działalnością dydaktyczno-naukową zaangażowany jest w diagnostykę histopatologiczną. Jest autorem 28 prac naukowych opublikowanych w czasopiśmie międzynarodowych i krajowych cytowane w piśmiennictwie ponad 100 razy, a także 54 doniesień zjazdowych. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Patologów, European Society of Pathology oraz Polskiego Towarzystwa

Histochemików i Cytochemików.

Zainteresowania naukowe doktora Dariusza Grzanki koncentrują się na badaniach translacyjnych, określających znaczenie kliniczne interakcji pomiędzy białkami cytoszkieletu, macierzy jądrowej i chromatyną w powiązaniu z procesem aktywnej śmierci komórki oraz kontroli ekspresji genów. Zaangażowany jest w realizację projektów naukowych badających powyższe interakcje nie tylko w chorobach nowotworowych, takich jak pierwotne chłoniaki skóry i rak sutka, ale także w patogenezie miażdżycy. Za osiągnięcia organizacyjne otrzymał w 2010 roku Nagrodę Rektora UMK.

Dr n. farm. Michał Piotr Marszał – absolwent Wydziału Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, na kierunku analityka farmaceutyczna. Tam też uzyskał z wyróżnieniem stopień doktora nauk farmaceutycznych. Uczestnik wielu staży naukowych krajowych oraz zagranicznych w tym staży doktoranckich oraz poddoktoranckich m.in. na

Wydziale Farmacji Wolnego Uniwersytetu w Brukseli (Vrije Universiteit Brussel) oraz w czołowym światowym ośrodku badań nad lekami mieszczącego się w strukturach Narodowych Instytutów Zdrowia (National Institutes of Health) w Stanach Zjednoczonych. Od 2009 roku pełni obowiązki kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków CM UMK. Obecnie jego zainteresowania naukowe zwrócone są w kierunku zastosowania różnych metod bioanalitycznych w analizie biologiczno-farmaceutycznej, w tym również w metabolomice i proteomice.

Jest autorem i współautorem ponad 20-tu publikacji naukowych, w większości opublikowanych w renomowanych czasopiśmie o międzynarodowym zasięgu oraz autor 2-óch rozdziałów w książkach wydawnictw zagranicznych. Całkowita liczba cytowań prac, których jest autorem i współautorem wynosi 308, indeks H = 10 (na podstawie <http://isi-webofknowledge.com>).

Dwukrotnie w latach 2006 oraz 2007 otrzymał zespołową Nagrodę Ministra Zdrowia za osiągnięcia naukowe. W 2009 roku otrzymał wyróżnienie w IX Edycji a w 2011 roku został finalistą XI Edycji Konkursu dla Wybitnych Młodych Naukowców organizowanym przez tygodnik Polityka. W 2010 roku otrzymał stypendium Prezydenta Miasta Bydgoszczy oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla wybitnych młodych naukowców. Jego działalność naukowa została również wyróżniona poprzez przyznanie mu stypendium konferencyjnego przez Fundację na rzecz Nauki Polskiej w 2011 roku.

W roku 2002 został członkiem Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Od 2009 roku jestem członkiem, a w 2010 roku zostałem wybrany na członka Zarządu bydgoskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Aleksandra Konopka jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Prezentujemy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze Wiadomości Akademickich informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od początku października do połowy grudnia 2011 r.

IF: 6.495

Joanna Kłubo-Gwiedzińska

Tytuł oryginału: Ectopic cervical thyroid carcinoma--review of the literature with illustrative case series.

Autorzy: Joanna Kłubo-Gwiedzińska, R.P. Manes, S.H. Chia, K.D. Burman, N.A. Stathatos, Z.E. Deeb, L. Wartofsky.

Źródło: - J. Clin. Endocrinol. Metab. 2011 Vol. 96 nr 9 s. 2684-2691.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Nowotwory tarczycy
- Tomografia komputerowa

IF: 6.495

Joanna Kłubo-Gwiedzińska

Tytuł oryginału: Efficacy of dosimetric versus empiric prescribed activity of ¹³¹I for therapy of differentiated thyroid cancer.

Autorzy: Joanna Kłubo-Gwiedzińska, D. Van Nostrand, F. Atkins, K. Burman, J. Jonklaas, M. Mete, L. Wartofsky.

Źródło: - J. Clin. Endocrinol. Metab. 2011 Vol. 96 nr 9 s. 3217-3225.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Nowotwory tarczycy - leczenie
- Jod
- Tyreoglobulina

IFI: 6.270

Anna A. Brożyna

Tytuł oryginału: Regulated proenkephalin expression in human skin and cultured skin cells.

Autorzy: A.T. Słomiński, M.A. Żmijewski, B. Zbytek, Anna A. Brożyna, J. Granese, A. Pisarchik, A. Szczesniowski, D.J. Tobin.

Źródło: - J. Invest. Dermatol. 2011 Vol. 131 s. 613-622.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Skóra
- Brodawki
- RNA

IF: 5.439

Marek Koziński

Adam Sukiennik

Tytuł oryginału: Low-molecular-weight heparins vs. unfractionated heparin in the setting of percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: a meta-analysis.

Autorzy: E.P. Navarese, G. De Luca, F. Castriota, M[arek] Koziński, S. Gurbel, C.M. Gibson, F. Andreotti, A. Buffon, J.M. Siller-Matula, A[dam] Sukiennik, S. De Servi, J[acek] Kubica.

Źródło: - J. Thromb. Haemost. 2011 Vol. 9 s. 1902-1915.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Zawał serca
- Heparyna o niskim ciężarze cząsteczkowym

IF: 4.432

Joanna Kłubo-Gwiedzińska

Tytuł oryginału: Inhibition of gap junction transfer sensitizes thyroid cancer cells to anoikis.

Autorzy: K. Jensen, A. Patel, Joanna Kłubo-Gwiedzińska, A. Bauer, V. Vasko.

Źródło: - Endocr. Relat. Cancer 2011 Vol. 18 nr 5 s. 613-626.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Nowotwory tarczycy
- Synapsy
- Złącza szczelinowe
- Anoikis

IF: 4.224

Krzysztof Kusza

Tytuł oryginału: Adoption of the European Diploma in Anaesthesiology as

the National Board examination in anaesthesiology and intensive care: 2 yr of experience in Poland.

Autorzy: K[rzysztof] Kusza, Z. Goldik.

Źródło: - Br. J. Anaesth. 2011 Vol. 106 nr 1 s. 148-149.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Egzamin wstępny testowy
- Anestezjologia

IF: 3.840

Waldemar Halota

Tytuł oryginału: a systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel.

Autorzy: M. Cornberg, H.A. Razavi, A. Alberti, E. Bernasconi, M. Buti, C. Cooper, O. Dalgard, J.F. Dillon, R. Flisiak, X. Fornis, S. Frankova, A. Goldis, I. Goullis, Waldemar Halota, B. Hunyady, M. Lagging, A. Largen, M. Makara, S. Manolakopoulos, P. Marcellin, R.T. Marinho, S. Pol, T. Poynard, M. Puoti, O. Sagalova, S. Sibbel, K. Simon, C. Wallace, K. Young, C. Yurdaydin, E. Zuckerman, F. Negro, S. Zeuzem.

Źródło: - Liver Int. 2011 Vol. 31 suppl. 2 s. 30-60

Polskie hasła przedmiotowe:

- Zapalenie wątroby C – epidemiologia

IF: 3.753

Bartłomiej J. Kałużny

Tytuł oryginału: Assessment of corneal dynamics with high-speed swept source Optical Coherence Tomography combined with an air puff system.

Autorzy: D. Alonso-Caneiro, K. Karnowski, Bartłomiej J. Kałużny, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski.

Źródło: - Opt. Express 2011 Vol. 19 nr 15 s. 14188-14199.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Tomografia optyczna koherentna

IF: 3.193

Marta Sobiesiak

Elżbieta Budzisz

Tytuł oryginału: Synthesis, X-ray structure and cytotoxic effect of nickel(II) complexes with pyrazole ligands.

Autorzy: Marta Sobiesiak, I.-P. Lorenz, P. Mayer, M. Woźniczka, A. Kufelnicki, U. Krajewska, M. Rozalski, Elżbieta Budzisz.

Źródło: - Eur. J. Med. Chem. 2011 Vol. 46 nr 12 s. 5917-5926.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Promienie rentgenowskie
- Ligandy
- Nikiel

IF: 2.372

Mieczysław Uszyński

Ewa Żekanowska

Marek Szymański

Tytuł oryginału: Selectins in human amniotic fluid and cord blood plasma. A preliminary report.

Autorzy: Mieczysław Uszyński, W. Uszyński, Ewa Żekanowska, J. Kuczyńska, Marek Szymański.

Źródło: - Thromb. Res. 2011 Vol. 127 s. 60-61.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Płyn owodniowy

IF: 2.451

Łukasz Wicherek

Wojciech Józwicki

Anna Aneta Brożyna

Tytuł oryginału: Analysis of treg cell population alterations in the peripheral blood of patients treated surgically for ovarian cancer- a preliminary report.

Autorzy: Łukasz Wicherek, Wojciech Józwicki, W. Windorbska, K. Roszkowski, E. Łukaszewska, Mł. Wiśniewski, Anna Aneta Brożyna, P. Basta, J. Skręt-Magierło, K. Koper, W. Rokita, M. Dutsch-Wicherek.

Źródło: - Am. J. Reprod. Immunol. 2011 Vol. 66 s. 440-450.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Nowotwory jajników - leczenie
- Limfocyty T regulatorowe

IF: 2.609

Aldona Kubica

Marek Koziński

Grzegorz Grzešek

Aleksander Goch

Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Intracoronary versus intravenous abcximab administration in STEMI patients: overview of current status and open questions.

Autorzy: Aldona Kubica, Marek Koziński, E.P. Navarese, Grzegorz Grzešek, Aleksander Goch, Jacek Kubica.

Źródło: - Curr. Med. Res. Opin. 2011 Vol. 27 nr 11 s. 2133-2144.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Choroby układu krążenia - leczenie
- Stenty - wykorzystanie

IF: 2.804

Wojciech Józwicki

Anna A. Brożyna

Łukasz Wicherek

Tytuł oryginału: The analysis of re-

ceptor-binding cancer antigen expressed on SiSo cells (RCAS1) immunoreactivity within the microenvironment of the ovarian cancer lesion relative to the applied therapeutic strategy.

Autorzy: Wojciech Jóźwicki, W. Windorbska, Anna A. Brożyna, C. Jochym-ski, P. Basta, J. Sikora, E. Stasienko, M. Dutsch-Wicherek, K. Koper, Łukasz Wicherek.

Źródło: - Cell Tissue Res. 2011 Vol. 345 s. 405-414.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Nowotwory jajników - leczenie
- Makrofagi

IF: 2.451

Agnieszka Jaworowska

Grzegorz Bazylak

Tytuł oryginału: A pilot study on the association between double positive Chlamydia pneumoniae serology and serum lipid indices alterations in obese adult females.

Autorzy: Agnieszka Jaworowska, Grzegorz Bazylak.

Źródło: - Life Sci. 2011 Vol. 89 s. 854-861.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Chlamydia pneumoniae
- Zakażenie układu oddechowego
- Serologia
- Otyłość
- Kobiety

IF: 2.244

Dorota Koziółewicz

Dorota Dybowska

Waldemar Halota

Wiktor Drózd

Tytuł oryginału: Natural leukocyte interferon alpha (Alfaferone) combined with ribavirin in the treatment of patients with HCV-related cirrhosis: our experience.

Autorzy: D[orota] Koziółewicz, D[orota] Dybowska, W[aldemar] Halota, W[iktor] Drózd.

Źródło: - Infection 2011 Vol. 39 s. 433-437.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Zapalenie wątroby C - leczenie
- Marskość wątroby - leczenie
- Leukocyty
- Interferon alfa - stosowanie lecznicze
- Rybawiryna - stosowanie lecznicze

IF: 2.204

Łukasz Wicherek

Tytuł oryginału: Progesterone-induced blocking factor (PIBF) and tropho-

blast invasiveness.

Autorzy: E. Miko, M. Halasz, B. Jericevic-Mulac, Ł[ukasz] Wicherek, P. Arck, G. Arato, J. Skręt-Magierlo, D. Rukavina, J. Szekeres-Bartho.

Źródło: - J. Reprod. Immunol. 2011 Vol. 90 s. 50-57.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Leptyna
- Progesteron
- Trofoblasty

IF: 2.117

Marek Koziński

Liliana Bielis

Joanna Boinska

Aldona Kubica

Danuta Rość

Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Diurnal variation in platelet inhibition by clopidogrel.

Autorzy: Marek Koziński, Liliana Bielis, J. Wiśniewska-Szmyt, Joanna Boinska, W. Stolarek, A. Marciniak, Aldona Kubica, Zofia Grąbczewska, E.P. Navarese, F. Andreotti, J.M. Siller-Matula, Danuta Rość, Jacek Kubica.

Źródło: - Platelets 2011 Vol. 22 nr 8 s. 579-587.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Zawał serca - leczenie
- Agregacja trombocytów

IF: 1.966

Grażyna Mierzwa

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Tytuł oryginału: Mannan-binding lectin deficiency in pediatric patients with inflammatory bowel disease.

Autorzy: L. Bąk-Romaniszyn, A. Szalek, A. Sokołowska, Grażyna Mierzwa, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, A. S. Świerżko, K. Zeman, M. Cedzyński.

Źródło: - Scand. J. Gastroenterol. 2011 Vol. 46 nr 10 s. 1275-1278.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Zapalenie jelit - dzieci
- Lektyna wiążąca mannozę

IF: 1.963

Anita Dąbrowska

Przemysław Staszewski

Tytuł oryginału: Squeezed coherent state undergoing a continuous nondemolition observation.

Autorzy:.

Źródło: - Phys. Lett. A 2011 Vol. 375 s. 3950-3955.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Informatyka medyczna

IF: 1.860

Jacek Budzyński

Maria Kłopotcka

Tytuł oryginału: Improvement in health-related quality of life after therapy with omeprazole in patients with coronary artery disease and recurrent angina-like chest pain. A double-blind, placebo-controlled trial of the SF-36 survey.

Autorzy: Jacek Budzyński, G. Pul-kowski, K. Suppan, J. Fabisiak, M. Majer, Maria Kłopotcka, B. Galus-Pulkowska, M. Wasilewski.

Źródło: - Health Qual. Life Out. 2011 Vol 9 nr 77 s. 1-27 [1].

Polskie hasła przedmiotowe:

- Choroba wieńcowa - leczenie
- Ból w klatce piersiowej
- Omeprazol - stosowanie lecznicze
- Jakość życia

IF: 1.710

Artur Słomka

Marcin Koba

Ewa Żekanowska

Tytuł oryginału: Non-transferrin bound iron - determination in biological material and clinical implications.

Autorzy: Artur Słomka, K. Piotrowska, Marcin Koba, Ewa Żekanowska.

Źródło: - Curr. Pharm. Anal. 2011 Vol. 7 nr 3 s. 280-285.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Żelazo
- Transferyna
- Bleomycyna
- Kwas nitrylotrioctowy
- Hemochromatoza

IF: 1.710

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Mechanisms of action of imidazoacridinone and triazoloacridinone derivatives in view of their biological activity.

Autorzy: Marcin Koba, T. Bączek.

Źródło: - Curr. Pharm. Anal. 2011 Vol. 7 nr 4 s. 286-295.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Imidazolu pochodne
- Triazole - pochodne

IF: 1.710

Artur Słomka

Marcin Koba

Arleta Kulwas

Ewa Żekanowska

Tytuł oryginału: Hepcidin: biological

activity, analytical methods in biological fluids, clinical applications and antagonists. A short. review.

Autorzy: Artur Słomka, Marcin Koba, Arleta Kulwas, Ewa Żekanowska.

Źródło: - Curr. Pharm. Anal. 2011 Vol. 7 nr 3 s. 160-166.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Żelazo - metabolizm
- Białka

IF: 1.699

Małgorzata Łukowicz

Tytuł oryginału: Evaluation of differentiated neurotherapy programs for a patient after severe TBI and long term coma using event-related potentials.

Autorzy: M. Pąchalska, Małgorzata Łukowicz, J.D. Kropotov, I. Herman-Sucharska, J. Talar.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2011 Vol. 17 nr 10 s. CS120-CS128.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Śpiączka
- Urazy mózgu - leczenie
- Neurologia

IF: 1.699

Dariusz Nowak

Krzysztof Góralczyk

Tytuł oryginału: Cardiomyopathy in the mouse model of duchenne muscular dystrophy caused by disordered secretion of vascular endothelial growth factor.

Autorzy: Dariusz Nowak, H. Kozłowska, J.S. Gielecki, J. Rowiński, A. Żurada, Krzysztof Góralczyk, W. Bożiłow.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2011 Vol. 17 nr 11 s. BR332-BR338.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Dystrofia mięśniowa
- Kardiomiopatia
- Myszy

IF: 1.609

Bartłomiej J. Kałużny

Tytuł oryginału: Long-term outcomes of prostaglandin analog versus timolol maleate in ocular hypertensive or primary open-angle glaucoma patients in Europe.

Autorzy: G. Hollo, U. Thelen, M.A. Teus, L. Quaranta, S. Ferkova, N. Babic, M. Misiuk-Hojlo, D.G. Mikropoulos, Bartłomiej J. Kałużny, V. Kozobolis, I. Januleviciene, P. Kothy, C. Camara, A. Russo, P. Krzyżanowska-Berkowska, I. Cieślińska, J. A. Stewart, M.S. Kristoffersen, L.A. Nelson, W.C. Stewart.

Źródło: - J. Ocul. Pharmacol. Ther.

2011 Vol. 27 nr 5 s. 493-498.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Jaskra - leczenie
- Prostaglandyny - stosowanie lecznicze
- Timolol

IF: 1.555

Krzysztof Kusza

Tytuł oryginału: You have full text access to this contentIs the knowledge on tissue microcirculation important for microsurgery?

Autorzy: Krzysztof Kusza, M. Siemionow.

Źródło: - Microsurg. 2011 Vol. 31 nr 7 s. 572-579.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Mikrokrążenie
- Mikrochirurgia

IF: 1.539

Aldona Kubica

Marek Koziński

Grzegorz Grzešek

Aleksander Goch

Tytuł oryginału: Genetic determinants of platelet response to clopidogrel.

Autorzy: Aldona Kubica, Marek Koziński, Grzegorz Grzešek, T. Fabiszak, E.P. Navarese, Aleksander Goch.

Źródło: - J. Thromb. Thrombolysis 2011 Vol. 32 s. 459-466.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Polimorfizm (genetyka)
- Układ enzymatyczny cytochromu P450

IF: 1.199

Wojciech Józwicki

Anna Aneta Brożyna

Małgorzata Walentowicz

Marek Grabiec

Tytuł oryginału: Bilateral aggressive malignant granulosa cell tumour with essentially different immunophenotypes in primary and metastatic lesions comprising predominantly sarcomatoid and fibrothecomatous pattern - looking for prognostic markers: a case report.

Autorzy: Wojciech Józwicki, Anna Aneta Brożyna, Małgorzata Walentowicz, Marek Grabiec.

Źródło: - Arch. Med. Sci. 2011 Vol. 7 nr 3 s. 918-922.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Mięsak
- Ziarniniak
- Immunofenotypowanie

IF: 1.096

Piotr Kopiński

Tytuł oryginału: Simple flow cytometric protocol of CD4+/CD8+ lymphocyte ratio assessment in bronchoalveolar lavage fluids from patients with interstitial lung diseases.

Autorzy: A. Szpechciński, Piotr Kopiński, D. Giedronowicz, A. Roży, P. Jaguś, M. Szolkowska, J. Chorostowska-Wynimko.

Źródło: - Anal. Quant. Cytol. Histol. 2011 Vol. 33 s. 289-296.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Choroby płuc śródmiąższowe
- Cytometria przepływowa
- Płukanie oskrzelowo-pęcherzykowe

IF: 1.085

Grażyna Sypniewska

Tytuł oryginału: Is there an association of allergy and cardiovascular disease?

Autorzy: K. Bergmann, Grażyna Sypniewska.

Źródło: - Biochem. Med. 2011 Vol. 21 nr 3 s. 210-218.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Choroby układu krążenia
- Alergia
- Cytokiny

IF: 1.078

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Pharmacological classification of drugs by principal component analysis applying molecular modeling descriptors and HPLC retention data.

Autorzy: L. Bober, Marcin Koba, U. Judycka-Proma, T. Baczek.

Źródło: - J. Chromatogr. Sci. 2011 Vol. 49 s. 758-763.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Leki - farmakologia
- Chromatografia wysokociśnieniowa w cieczy

IF: 1.058

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Physicochemical interaction of antitumor acridinone derivatives with DNA in view of QSAR studies.

Autorzy: Marcin Koba, T. Bączek.

Źródło: - Med. Chem. Res. 2011 Vol. 20 s. 1385-1393.

Polskie hasła przedmiotowe:

- Leki - synteza chemiczna
- Akrydyny pochodne
- DNA

Wspomnienie socrealizmu

Monika Kubiak

Po II wojnie światowej Polska, chcąc nie chcąc, znalazła się pod wpływami Związku Radzieckiego w strefie „komunistycznej”. Ideologia i propaganda socjalizmu i socrealizmu na dobre zagościły w ówczesnych mediach, przede wszystkim w książkach, czasopismach i audycjach radiowych. Do szerzenia koncepcji „nowego socjalistycznego człowieka” wykorzystywano nie tylko dostępne środki przekazu, ale także kontrolującą je cenzurę, którą komunizm z założenia wykorzystywał do tworzenia nowej wizji obywatela i społeczeństwa.

Co ciekawe, cenzura w PRL nie ograniczała się tylko do nadzoru, ale obejmowała również manipulację informacją. Jak twierdzi Jacek Bartyzel: Zadaniem cenzury komunistycznej była nie tylko totalna kontrola rozpowszechniania opinii i poglądów sprzecznych w czymkolwiek z „obowiązującą linią” partii (i to w jej aktualnym kształcie), ale również poprzez ciągle „doskonałone” manipulowanie informacjami – kreowanie fikcyjnej „niereczywistości”, nie tylko politycznej, lecz także społecznej, gospodarczej, kulturalnej, artystycznej itd. . Zarówno nadzór, jak i „żonglowanie” informacjami miały sprawić, by opublikowane teksty stały się narzędziem tworzenia, jak za Leonem Kruczkowskim cytował Stanisław Kondek: nowych form życia, nowej socjalistycznej kultury i nowego socjalistycznego człowieka .

Leszek Kołakowski w prześmiewczym tekście „Czym jest socjalizm” z 1956 roku (skonfiskowanym przez cenzurę i opublikowanym dopiero po 1989 roku) niezwykle trafnie ocenił dążenia państwa socjalistycznego, w tym nawiązując do kwestii związanych z kulturą, stwierdzał, że socjalizm jest

państwem, które daje nagrody grafomanom oraz lepiej od malarzy wie, jakie malarstwo jest najlepsze; państwem, które pragnie, żeby wszyscy obywatele myśleli to samo o filozofii, polityce zagranicznej, gospodarce, literaturze i moralności; państwem, gdzie filozofowie i literaci mówią zawsze to samo co generałowie i ministrowie, ale zawsze po nich; państwem, którego obywatel nie może przeczytać największych dzieł współczesnej literatury ani obejrzeć największych dzieł współczesnego malarstwa, ani usłyszeć najlepszej współczesnej muzyki czy państwem, w którym należy codziennie przeczytać temu, co się głosiło wczoraj, i stale wierzyć, że się zawsze głosi to samo.

Nową wizję państwa socjalistycznego satyrycznie przedstawioną przez Leszka Kołakowskiego kształtowano m.in. za pomocą literatury socrealistycznej i produkcyjnej, której typowym przykładem były m.in. powieść „Jak hartowała się stal” Mikołaja Ostrowskiego czy opowiadanie Jana Wilczka „Nr 16 produkuje”. Ideę podchwyciły także czasopisma, zarówno gazety codzienne, jak i czasopisma kulturalno-społeczne, specjalistyczne i biuletyny informacyjne, w tym czasopisma szkół wyższych, które tuż po II wojnie światowej powstawały w dużych ośrodkach akademickich takich jak Kraków, Warszawa, Gdańsk, Łódź, Poznań, Wrocław.

Jeśli chodzi o biuletyny uczelniane, które w założeniu miały kształtować pro-socjalistyczną, a wręcz prokomunistyczną postawę kadry nauczycielskiej i studentów, szacuje się, że do 1950 roku powstało w Polsce ponad 40 czasopism, jednodniówek i dodatków akademickich i studenckich, w większości o charakterze informacyjnym. Większość pism ukazujących się w latach 1945-1950 powstała na fali spontanicznego ruchu wydawniczego, miała niski nakład, była powielana metodą „chałupniczą” i ukazywała się bardzo nieregularnie. Jednakże z uwagi na zmiany polityczne w kraju czasopisma akademickie w szybkim tempie traciły swoją niezależność i przechodziły pod patronat organizacji politycznych, stając się narzędziem w walce o „nowego człowieka socjalistycznego”.

Pod silnym naciskiem ideologii socjalizmu i socrealizmu w latach 50. pojawił się nowy typ czasopism – czasopisma zakładowe wzorowane na zakładowych gazetkach ściennych (zakładanych po II wojnie światowej w przedsiębiorstwach przemysłowych, rolniczych i naukowych, do których zaliczano także szkoły wyższe). W większych zakładach produkcyjnych, PGR-ach i POM-ach gazety zakładowe pojawiły się przed rokiem 1950, na uczelniach wyższych najwcześniej-

sze ukazały się na przełomie lat 1952/1953. Jak zauważył Eugeniusz Kucharz: W latach 1953-1956 na wszystkich uczelniach pojawiają się pisma uczelniane o charakterze gazetek zakładowych, w zdecydowanej większości mające wyraźny charakter pism studenckich, chociaż reprezentujących również sprawy pracowników naukowych oraz administracji i personelu średniego.

Nowy model czasopisma polegał na „integracji” środowiska akademickiego, lecz była to integracja narzucona odgórnie, a pisma, w myśl idei marksizmu-leninizmu, miały stać się areną dydaktyczno-wychowawczej działalności uczelni jako instytucji. Były to tzw. pisma różnych organizacji akademickich (ZNP, PZPR, ZMP, ZSP) – protoplaści obecnych czasopism akademickich, oficjalnych organów władz uczelni. Wszystkie, oprócz pełnienia zadań kronikarskich, pragnęły wpływać na właściwe „wychowanie” kadry i uczniów. Jak przykładowo pisano w programie łódzkiego „Głosu Uniwersytetu” w pierwszym numerze z 1953 roku: Zadaniem naszego pisma jest odzwierciedlać życie uczelni. (...) Ambicją pisma jest, aby godnie pomagało ono władzom uczelni w wychowaniu młodych, licznych i wysoko wykwalifikowanych kadr socjalistycznej inteligencji.

Powstało kilkadziesiąt tytułów tego rodzaju czasopism „zakładowych”. Najwcześniej, bo w czerwcu 1952 roku ukazał się „Głos Kortowa. We wrześniu 1952 roku zaczął wychodzić „Głos Uczelni” Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, a w 1953 roku powstała większość pism „zakładowych”, m.in. „Śląski Medyk” (AM – Zabrze), „Trybuna Politechniki” (Katowice), „Nasze Sprawy” (AGH – Kraków) czy „Wiadomości Uniwersyteckie (Kraków).

Jak stwierdził Marian Marzyński, zajmujący się problematyką współczesnej mu prasy zakładowej na uczelniach wyższych, w latach 50.: na trzech pracowników naukowych i studentów przypada jeden egzemplarz gazety (mowa o tych uczelniach, w których gazety się ukazują). Zauważył ponadto, że struktura odbiorców zakładowych pism uczelnianych była zróżnicowana – 75 proc. jej czytelników – to studenci. Drugą grupę stanowią pracownicy nauki, trzecią – pracownicy umysłowi, czwartą zaś – pracownicy fizyczni, robotnicy. Jak widać, szkoły wyższe za pomocą biuletynów informacyjnych przypuściły prawdziwy szturm na swoją kadre, administrację i studentów.

Analizując prasę zakładową uczelni wyższych, Marian Marzyński postawił pytanie o najważniejszą koncepcję pisma zakładowego, zastanawiając się, czy powinno ono



być kroniką uczelni, czy też raczej pismem publicystycznym. Niemal natychmiast odpowiedział sobie, że z uwagi na częstotliwość ukazywania się (najczęściej co trzy tygodnie) i wynikające stąd opóźnienia czasopisma tego rodzaju powinny ograniczyć funkcję kronikarską na rzecz publicystyki. Stwierdził, że gazeta uczelniana powinna być periodycznym przeglądem przede wszystkim typowych dla uczelni problemów, udzielając im wiele miejsca kosztem bieżących wydarzeń, które powinny znaleźć odbicie w zwięźle redagowanej kronice uczelni.

Czasopisma „zakładowe” miały w tym okresie monopol na rynku wydawnictw związanych z uczelniami wyższymi, były wydawane jako miesięczniki lub dwutygodniki w sporych nakładach (od 500 do 3.000 egzemplarzy).

Ich problematyka obracała się wokół dydaktyki (np. cztery strony poświęcone migmawkom z sesji i sylwetkom zdających studentów we wrocławskim „Życiu Uniwersytetu”), spraw bytowych pracowników i studentów (sprawozdanie z domów akademickich i pracy woźnych w warszawskiej „Trybunie Uniwersyteckiej”), historii i tradycji uczelni (cykl „Tak bywało dawniej” krakowskich „Wiadomości Uniwersyteckich”), działalności naukowej (dział „Plany pracy naukowej” w warszawskiej „Trybunie Uniwersyteckiej”), kwestii studenckich (stała rubryka „Sprawy naszej młodości” w „Kierunku Natarcia” Uniwersytetu Jagiellońskiego) i satyry studenckiej (najczęściej w pismach uczelni medycznych, np. cykl „Skalpelem pod włos” w „Medyku Szczecińskim” czy „Apteczka humoru” w „Krakowskim Medyku”).

Poruszały zagadnienia bliskie środowisku, a jednak wydaje się, że ani studenci ani żadna inna grupa czytelników nie uważały czasopism zakładowych za własne. Symptomatyczne, iż przykładowo w przypadku „Naszych Spraw” AGH w Krakowie, jak podawał Emil Orzechowski: niektórzy naukowcy w ogóle nie słyszeli o „swoim” piśmie. Z kolei według Waldemara Michalskiego „Życie UMCS” Uniwersytetu w Lublinie było „drętwe” i papierowe. Było zbyt oficjalne i zaprogramowane, aby stać się autentycznym organem pracowników i studentów. Zwrócił na to uwagę także rektor UMCS, prof. dr hab. Andrzej Burda w swym zachęcającym do szczerości i odwagi artykule pod wymownym tytułem: Więcej dyskusji (1955, nr 6, s. 1).

Ówczesne czasopisma zakładowe pojawiły się na wszystkich uniwersytetach, m.in. na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu od jesieni 1952 roku wydawano „Głos Uczelni”. Wedle redakcji czasopismo miało być ucieleśnieniem jedności działania organizacji związkowych, pracowników naukowych, studentów i pracowników administracyjnych w celu realizacji zobowiązań i mobilizowania wszystkich do wzmo-

żonego wysiłku w pracy w nauce. Ponieważ był to okres socrealizmu, nie mogło w nim zabraknąć deklaracji, że na łamach naszego pisma będziemy upowszechniać przodowników nauki i smagać bumelantów i leniuchów. Będziemy podkreślać zasługi ludzi, którym leży na sercu dobro naszej uczelni i Ojczyzny (...), jak również podkreślać niespołeczną postawę tych, którzy przez swój biurokratyczno-formalny stosunek do nauki i pracy utrudniają wykonywanie planów dydaktyczno-naukowych.

Również najstarsza uczelnia w Polsce, Uniwersytet Jagielloński zaczął wydawać własne czasopismo zakładowe. Pierwszy numer „Wiadomości Uniwersyteckich” (Dwutygodnika Uniwersytetu Jagiellońskiego) ukazał się w 1953 roku. Było to typowe czasopismo „zakładowe”, próbujące sterować światopoglądem swoich czytelników. Jak zaznaczała redakcja: Odzwierciedlając życie uczelni, upowszechniając przodujące doświadczenia pracy, krytykując braki, jakich nie ma jest jeszcze w naszym życiu organizacyjnym, wykazując najwyższą troskę zarówno o wyniki nauczania, jak i sprawy bytowe studentów, pisząc o życiu pracowników naukowych i administracyjnych – pismo nasze stać się chce trybuną uczelni.

W kwietniu 1953 roku pojawił się dwutygodnik „Głos Uniwersytetu”, wspólne pismo ZOZ, ZMP i ZSP Uniwersytetu Łódzkiego „Głos Uniwersytetu”, w założeniu redakcyjnym mający być formą zespolenia studentów i pracowników Uniwersytetu w jeden scementowany kolektyw. Jak przystało na czasopismo zakładowe „Głos Uniwersytetu” miał ambicję pomagania władzom uczelni w wychowaniu młodych, licznych i wysoko kwalifikowanych kadr socjalistycznych inteligencji, w organizowaniu naukowej pracy badawczej. Pisywali do niego pracownicy naukowcy, pracownicy administracji i studenci, jednak był raczej ulotką propagandową niż pismem środowiskowym.

Uniwersytet Warszawski wydawał „O Nowe Kadry”, których pierwszy numer opublikowano w maju 1953 roku. Jak pisał zespół redakcyjny (którego składu nie podano): Na szpaltach naszej gazety będziemy się dzielić doświadczeniami z codziennej pracy, będziemy wskazywać drogi do przezwyciężenia trudności (...) Chcemy, by gazeta stała się odbiciem naszego uniwersyteckiego życia, by mobilizowała do nauki, pomagała w pracy społecznej, by tępiła ostrzem krytyki leniów i bumelantów.

W tyle za uniwersytetami nie pozostawały politechniki, np. Politechnika Gdańska, której „Głos”, który oprócz treści propagandowych - o wzrost naszej świadomości politycznej i ideologicznej, musimy walczyć o socjalistyczną jakość kadr nowej inteligencji technicznej (jak brzmiał fragment noty od redakcji), obejmował m.in. dział „O tym co nas interesuje” i rozwinięty dział kultural-



ny; czy wydawana przez Politechnikę Wrocławską „Nasza Uczelnia”, która podobnie jak w przypadku innych czasopism zakładowych miała być skutecznym orężem walki o produkcyjny plan uczelni i o nowe oblicze moralno-polityczne naszego studenta

Także krakowska Politechnika wydawała własne czasopismo zakładowe – „Gazetę Politechniki” przekształconą w „Młodego Politechnika”. W artykule odredakcyjnym pierwszego numeru odnowionego pisma z 1955 roku czytamy pewnego rodzaju samokrytykę: 1. Jesteśmy za nudni (dla czytelników), 2. Jesteśmy za łagodni (dla szkodników (...)), 3. Za mało bijemy (winnych), 5. Za mało pokazujemy (innych), 6. Redakcji brak ludzi (czynnych) i natychmiastową obietnicę poprawy: Ażeby tym, niestety – nie wszystkim wadom zapobiec, postanawiamy bić i wskazywać, kłócić i jątrzyć, słowem ‘mieszać’ – ostro, zdecydowanie, nieustępliwie. Bo niby po co pismo istnieje? Po to aby było nam wszystkim lepiej, przyjemniej. Dlatego nie tylko będziemy wskazywać na braki i błędy, ale będziemy czuwać nad ich likwidacją i pomagać bardziej zburokratyzowanym instancjom w tej likwidacji.

Najwięcej czasopism „zakładowych” lat 50. powstało na uczelniach medycznych. Jak zauważył Eugeniusz Kucharz, analizując ówczesne zakładowe czasopisma uczelniane, w tym czasie nie było ośrodka medycznego bez własnego czasopisma. Pierwszy, w 1953 roku był „Śląski Medyk”, pismo Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego w Katowicach. W numerze inauguracyjnym redakcja pisała: „Śląski Medyk” jest pismem Komitetu Uczelnianego ZMP, Komitetu Uczelnianego ZSP, Rady Miejskowej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Mamy nadzieję, że pismo nasze zdobędzie szerokie masy studentów i będzie drogowskazem w ich pracy ideowej oraz codziennym studenckim życiu. „Śląski Medyk” należy do

nas wszystkich: studentów, pracowników administracji, katedr i klinik. Zespół redakcyjny to pośrednik w przekazywaniu Waszych uwag, spostrzeżeń, nasz dwutygodnik redagujemy wszyscy.

Z kolei w „Nowym Medyku” AM w Warszawie oprócz typowych dla prasy zakładowej tematów pracy polityczno-wychowawczych przeważała problematyka fachowa, w tym najnowsze osiągnięcia w medycynie, wywiady z lekarzami i pracownikami naukowymi AM, chociaż i tu nie zabrakło typowej dla socjalizmu koncepcji „przodowników pracy” i w każdym numerze pisma zamieszczano rubrykę, w której przedstawiano przodowników w nauce i sporcie. Najczęściej robiono to w formie wywiadu, zamieszczając jednocześnie fotografię osoby prezentowanej „Nowemu Medykowi” Akademii Medycznej w Warszawie jako jednemu z nielicznych czasopism „zakładowych” lat 50. udało się przetrwać zaostrenie polityki wydawniczej po październiku 1957 r.

Pojawiały się kolejne biuletyny informacyjne uczelni medycznych. W kwietniu 1955 roku światło dzienne ujrzał pierwszy numer „Medyka Gdańskiego” Akademii Medycznej w Gdańsku. W tekście „Zamiast dużego wstępu” redakcja informowała: Założeniem zespołu redakcyjnego jest aby każdy student Akademii Medycznej mówił w najbliższej przyszłości o Medyku Gdańskim: oto jest moja gazetka. Postulat będzie trudny do zrealizowania, ale jest on jedynie słuszny, jeżeli gazetka ma spełniać funkcję informatora, organizatora i wychowawcy. Dołożymy wszelkich sił, aby zadanie to wypełnić jak najsumienniejszym i w sposób ciekawy, zawsze związany z życiem naszej Uczelni. Z czasem okazało się, że słowa wstępu z pierwszego numeru „Medyka Gdańskiego” zostały słowo w słowo powtórzone w programie redakcji „Głosu Wrocławskiego Medyka”. Jak

trafnie zauważył Janusz Kowalski: Okazuje się, że przedmiotem plagiatu mogą być także sformułowania noty odredakcyjnej.

Jak pisał Lothar Herbst a propos wspomnianego „Głosu Wrocławskiego Medyka” - W pierwszych numerach - na wzór czasopism zakładowych - informowano również dokładnie o pracy poszczególnych zakładów naukowych, katedr i klinik. Jednak w przeciwieństwie do pozostałych biuletynów medycznych szkół wyższych tego okresu w „Głosie Medyka” poszerzono dział kultury i rozrywki (wiersze, piosenki, i inne teksty literackie) oraz satyry („Wziernik”). Eugeniusz Kucharz twierdził, że w porównaniu z innymi pismami lat pięćdziesiątych „Głos Wrocławskiego Medyka” wyróżnia się dużą ilością pogodnego humoru i satyr oraz atrakcyjnym opracowaniem graficznym. Być może dlatego czasopismo przetrwało aż do wiosny 1959 roku, a następnie przekształciło się w pismo środowiskowe „Głos Medyka”.

Czy medycy byli podatniejsi na propagandę socjalistyczną aniżeli studenci i nauczyciele innych szkół wyższych? Wprost przeciwnie. Samoobrona przed „wychowaniem” na człowieka socjalistycznego przebiegała dwutorowo. Po pierwsze, w biuletynach uczelni medycznych siłą rzeczy pojawiało się więcej artykułów specjalistycznych, poświęconych medycynie polskiej i zagranicznej. Przykładowo w „Krakowskim Medyku” publikowano reportaże (często wspomnienia z podróży zagranicznych), przekłady, polemiki i artykuły popularno-naukowe oraz zamieszczano dodatek naukowy „Problemy naukowe STN”, a „Medyk Białostocki” prowadził cykl poświęcony portretom wybitnych lekarzy polskich, nie zapominając o artykułach z historii medycyny. Po drugie, w przypadku czasopism szkół medycznych częściej uciekano się do żartu i satyry - kącik

humoru rysunkowego i literackiego pojawił się m.in. w „Życiu Akademii” Akademii Medycznej w Lublinie i jako „Apteczka humoru” w „Krakowskim Medyku”, „Głos Wrocławskiego Medyka” zamieszczał osobny dodatek satyryczny zatytułowany „Wziernik”, a na łamach „Medyka Gdańskiego” ukazywały się całostronicowe cykle obrazkowe Jacka Fedorowicza.

Podobne zabiegi stosowały czasopisma innych szkół wyższych lat 50. Teoretycznie kształtowały umysły studentów i pracowników uczelni na wzór „człowieka socjalistycznego”, lecz czy naprawdę tego pragnęły a jeśli tak, to czy im się to udało? Na pewno w większości pism starano się zachować pozory, jednak obok artykułów właściwych „światopoglądowo” od zawsze pojawiały się teksty nie naładowane „ideami”, pełne humoru lub w czysto kronikarski sposób rejestrujące codzienne życie uczelni. A gdy tylko pojawiła się odwilż październikowa, z ulgą odstąpiono od „nowomowy”, samokrytyki i „ścigania bumelantów”.

I chociaż według Leszka Kołakowskiego socjalizm był społeczeństwem, gdzie pewien człowiek jest nieszczęśliwy, ponieważ mówi to, co myśli, a inny jest nieszczęśliwy, ponieważ nie mówi tego, co myśli; społeczeństwem, gdzie pewien człowiek żyje lepiej, ponieważ nie myśli w ogóle; państwem, które bardzo nie lubi, żeby jego obywatele czytali stare roczniki gazet i państwem, gdzie wszystkie gazety mają tę samą treść większość nauczycieli akademickich i studentów starała się zachować zdrowy rozsądek i nie ulegać propagandzie socjalizmu i socrealizmu, co uwidoczniło się w krótkim lecz bujnym rozkwicie kultury studenckiej w czasach „odwilży” i późniejszych latach 60.

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

Sukces absolwentek farmacji

Walentyna Korpalska

Dnia 9 grudnia 2011 roku odbył się w Warszawie VI Doroczny Przegląd Prac Magisterskich z Zakresu Historii Farmacji. Przegląd został objęty patronatem Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Instytucje te reprezentowali: prof. dr hab. Halina Lichocka – przewodnicząca Komitetu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, dr Beata Wysakowska – przewodnicząca Zespołu Historii Farmacji przy Sekcji Historii Chemii i Farmacji Instytutu Historii Nauki PAN oraz dr Jan Majewski – przewodniczący Zespołu Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Wśród uczestników z całej Polski dwa wyróżnienia przypadły absolwentkom z 2011 roku Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Otrzymały je: mgr Joanna Plichta za pracę: Rozwój farmacji i aptekarstwa w Łowiczu w XX wieku; mgr Sylwia Płusa za pracę: Historia pomyłek przemysłu farmaceutycznego na przykładzie kuracji talidomidem w latach 1957 – 1961.

Otrzymały one wyróżnienia Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz nagrody książkowe. Dodatkowym, szczególnym wyróżnieniem dla mgr Sylwii Płusy jest za-

powiedziana publikacja jej pracy w periodyku wydawanym przez Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk: „Analekta. Studia i Materiały z Dziejów Nauki”. Czasopismo to publikuje rozprawy i materiały z zakresu szeroko rozumianych dziejów nauki polskiej i światowej. Redaktorem naczelnym jest prof. dr hab. Halina Lichocka.

Opiekunem prac magisterskich była dr hab. Walentyna Korpalska z Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa, recenzentem prof. dr hab. Jerzy Krysiński z Katedry Technologii Postaci Leku Collegium Medicum.

dr hab. Walentyna Korpalska jest kierownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Medycyna w sporcie i aktywności fizycznej

Jan Andrzej Rakowski

W dniach 13–15 października 2011 roku w Bydgoszczy odbył się XXIX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej „Medycyna w sporcie i aktywności fizycznej”. Przedsięwzięcie zostało zorganizowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej wraz z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem PTMS w profesjonalnym Centrum Kongresowym Opery Nova w Bydgoszczy. Honorowy patronat nad XXIX Zjazdem Naukowym PTMS objęli: Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Wojewoda Kujawsko-Pomorski Ewa Mes, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Calbecki, Prezydent Miasta Bydgoszczy Rafał Brucki i prezes Polskiego Komitetu Olimpijskiego Andrzej Kraśnicki. Komitetem Organizacyjnym była Wojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska oraz Katedra Fizjologii Collegium Medicum UMK.

Obrady toczyły się jednocześnie na dwóch salach. Językiem obrad był język polski. Tematyka naukowa obejmowała 16 zagadnień, wygłoszono 76 prac, których wysłuchało prawie 500 uczestników. Wybrane problemy zostały omówione przez wybitnych naukowców, specjalistów różnorodnych dziedzin, a dodatkowo naświetlone i poszerzone przez wybitnych przedstawicieli pokrewnych specjalności.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej w towarzystwie organizatora dokonał otwarcia Zjazdu, wykład inauguracyjny na temat „Historia wychowania fizycznego w Polsce” wygłosił dr n. med. Mieczysław Tomasik, zaś niezwykle barwną sylwetkę dr Ernsta Jokla – pioniera medycyny sportowej przybliżył dr Ignacy Einhorn.

Wiele emocji wzbudziła sesja dotycząca orzecznictwa sportowo-lekarskiego. Reprezentująca stanowisko Ministerstwa Zdrowia mgr Wanda Szelachowska-Kluza przedstawiła najaktualniejsze regulacje prawne dotyczące trybu i zasad orzecznictwa sportowo-lekarskiego. Odniosła się również do zakresu niezbędnych procedur stanowiących podstawę do wydania orzeczenia lekarskiego o zdolności do uprawiania danego sportu w świetle obowiązujących przepisów prawa. Z ich interpretacji wynika, że jedynie lekarz specjalista medycyny sportowej jest upoważniony do wydawania orzeczeń w pełnym zakresie, a w odniesieniu do zawodników niepełnosprawnych orzeczenie może wydać także lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Jednakże nie znalazło to uznania u znacznej części kolegów legitymujących się certyfikatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, wręcz wzbudziło oburzenie.

Osoby z tego środowiska oczekują zrównania uprawnień ze specjalistami, co w świetle obowiązujących przepisów nie jest możliwe. Ocenę skutków prawnych wydawania orzeczeń do uprawiania sportu przez osoby do tego nieuprawnione przedstawił dr n. med. Krzysztof Kordel – Rzecznik Praw Lekarzy.

Sesję kardiologii sportowej, poprowadziła prof. dr hab. med. Anna Jegier. Jedyną reprezentantką naszego środowiska była lek. med. Mariola Kalas-Nalewajk, która wraz z zespołem zaprezentowała pracę na temat „Patologia układu krążenia u dzieci i młodzieży uprawiającej sport”. Powyższa praca jest wynikiem wieloletniej współpracy pomiędzy zespołem Oddziału Kardiologii Dziecięcej na czele z jej ordynatorem dr Anną Karaszewską a zespołem Wojewódzkiej Przychodni Sportowo-Lekarskiej, której lekarze w rozstrzyganiu kwalifikacji do sportu, przy wydawaniu opinii opierają się na ekspertyzach oddziału kardiologii dziecięcej.

Szef Komisji do Zwalczania Dopingu w Sporcie prof. dr hab. med. Jerzy Smorawiński przewodniczył sesji „Doping, suplementacja i dietetyka w sporcie”. Bardzo ciekawe spojrzenie na nowe formy dopingu przedstawiła dr hab. Agnieszka Zembron-Lączyńska prof. AWF Poznań w wygłoszonej prezentacji „ExercisePills – Inżynieria Genetyczna – Sport”. W sesji zaprezentowano również obowiązujące od 2012 r. nowe przepisy antidopingowe oraz aktualną listę substancji zabronionych. Ponadto omówiono zagadnienia astmy oskrzelowej i wyłączeń leków dla celów terapeutycznych w tej chorobie.

Z kolei moderatorzy sesji „Aktywność fizyczna u osób w starszym wieku”: prof. dr hab. med. Tomasz Kostka i dr Gabriel Chęsy dokonali podsumowania wyników Regionalnego Programu Aktywności Fizycznej Seniorów, który był realizowany przez Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu we współpracy z Katedrą Fizjologii Collegium Medicum UMK i Wojewódzką Przychodnią Sportowo-Lekarską w Bydgoszczy. Raport z tych badań przedstawił mgr Paweł Rakowski z zespołem. Ocenę wpływu aktywności fizycznej na wybrane procesy poznawcze osób po 50. roku życia uczestniczących w Regionalnym Programie Aktywności Fizycznej Seniorów zaprezentowała mgr Magdalena Żyła. Prezentowane wyniki dowodzą, że realizacja trzymiesięcznego programu aktywności fizycznej przez osoby po 50. r. ż. miała istotny wpływ na ich sprawność krążeniowo-oddechową, gibkość, siłę mięśni oraz procesy poznawcze.

Kształtowanie odporności psychicznej sportowców to jedno z ważniejszych elementów sukcesu sportowego. Psychologia ma swoje już stałe miejsce w sporcie. Po raz pierwszy na tego typu przedsięwzięciu zostały poruszone problemy psychiatrii. Z licznych publikacji wynika, że wielu wybitnych sportowców nie potrafi sobie poradzić z zaburzeniami lękowymi, nastrojów, zaburzeniami jedzenia, deficytem uwagi, które towarzyszą depresji. Sportowcy poza oddziaływaniem psychologicznym wymagają interwencji farmakologicznej. Ten niedoceniany dotychczas problem omówił prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiewicz, który zaprezentował doświadczenia bydgoskiej kliniki w tym zakresie.



„Medycyna w sporcie i aktywności fizycznej”

sie w wykładzie „Zaburzenia psychologiczne u sportowców wysokiego wyczynu”. Ocenę funkcji poznawczych przed i po cyklu treningów u kajakarzy kadry narodowej – przedstawił zespół dr n. med. Beaty Augustyńskiej, zaś dr Marek Graczyk w wykładzie „Analiza psychologiczna sytuacji startowej sportowca oraz niekorzystne stany i fobie startowe” przedstawił sposoby oddziaływania psychologicznego, służącego wsparciu przygotowania mentalnego sportowca.

W problematykę medycyny górskiej i treningu wysokogórskiego wprowadzili uczestników Zjazdu: prof. dr hab. med. Krzysztof Klukowski, omawiając tematykę granic możliwości fizjologicznych reakcji na ostre niedotlenienie wysokościowe organizmu, a także dr Piotr Kończakowski, który odpowiedział na pytanie zawarte w tytule wykładu „Czy choroby układu krążenia stanowią przeciwwskazanie do pobytu w górach wysokich?” oraz omówił zagadnienia nagłej śmierci sercowej w warunkach wysokogórskich.

Coraz częściej wykorzystywane w przygotowywaniu sportowców są sauna, krioterapia miejscowa i ogólnoustrojowa, stąd wielu badaczy podejmuje się wyjaśnienia reakcji fizjologicznych organizmu sportowca na działanie skrajnie niskich i wysokich temperatur. Tę niezwykle interesującą sesję poprowadziła dr hab. n. med. Alina Woźniak z dr n. med. Andrzejem Rakowskim. W tej sesji zaprezentowano także wyniki badań zespołu Katedry Biologii Collegium Medicum UMK, przedstawiając wyniki badań „Wpływ sauny na równowagę oksydacyjno-antyoksydacyjną”. W kolejnych referatach przedstawiono wpływ kriostymulacji ogólnoustrojowej na organizm kajakarzy.

Mimo bardzo dużej liczby zajęć i uczestników organizatorzy przygotowali i „wypełnili” interesujący program towarzyski w malowniczym Zespole Pałacowo-Parkowym w Ostrołce. Główną atrakcją spotkania było... pieczone jabłuszko oraz zaprezentowanie historii pałacu i jego mieszkańców. Zorganizowana inicjatywa okazała się doskonałą okazją do nawiązania nowych kontaktów i wymiany doświadczeń oraz znakomitą promocją regionu wśród wybitnych osobistości nauki i sportu.

Składam serdeczne podziękowanie firmie All Stars za okazane wsparcie finansowe, które traktuję jako wyraz Państwa dobroci. Gorąco dziękuję Pani Prezes PTMS prof. dr hab. med. Annie Jegier, członkom Zarządu Głównego oraz wielu osobom, które swoim zaangażowaniem przyczyniły się do dobrej organizacji przebiegu Zjazdu.

dr n. med. Andrzej Rakowski był Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Konferencji

Z „Historii wychowania fizycznego w Polsce”

Mieczysław Tomasiak

W dziejach Polski tak się złożyło, że to Bydgoszcz stała się ośrodkiem, w którym już w 1922 r. powstał pierwszy w wyzwolonej ojczyźnie, Komitet Wychowania Fizycznego, przemieniony później, pod przewodnictwem generała brygady Wiktora Thommee, na Komitet Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego. Komitet ten stał się wzorem dla organizowanych w całej Polsce – Miejskich, Powiatowych, Kolejarzy i Pocztowców – Komitetów Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego, a opracowany dla niego statut został wykorzystany do zorganizowania w 1927 r. Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego w Warszawie, przekształconego w 1929 r. na Centralny Instytut Wychowania Fizycznego a w 1938 r. na Akademię Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego.

Pozwolę sobie powrócić do okresu panowania zaborców. W tych czasach środowisko lekarsko-farmaceutyczne odgrywało szczególną rolę w walce o niepodległość Polski oraz polską kulturę i naukę. Prawie wszyscy polscy lekarze i aptekarze brali wówczas czynny udział w tworzeniu i działalności polskich organizacji sportowych, kulturalnych, charytatywnych, wspierając je nie tylko wiedzą i zaangażowaniem społecznym, ale także finansowo. To ich działalność umożliwiła między innymi zorganizowanie w czasie powstania wielkopolskiego sprawnie działającej służby sanitarno-medycznej (1567 osób medycznego personelu fachowego, w tym 219 lekarzy, 23 dentystów, 25 aptekarzy – rozlokowanych w jednostkach bojowych, 3 kompanie sanitarne, 6 szpitali polowych, specjalistyczny szpital w Poznaniu, uzupełniony 11 filiami; łącznie do dyspozycji 6246 łóżek). Po zwycięskim zakończeniu powstania to oni między innymi brali czynny udział w tworzeniu władz oraz instytucji na-

ukowych i dydaktycznych. Wielu lekarzy działających w tym czasie w Bydgoszczy pięknie opisał Mieczysław Boguszyński. Ja niektórych z nich namalowałem i przedstawiam na wystawie. Mniej znani są aptekarze i ich działalność z tamtych czasów. (...) Przedstawiam Państwu atmosferę tamtych ciężkich i złożonych czasów i postawę całego polskiego społeczeństwa gdyż ma ona szczególną wymowę, jeżeli skonfrontujemy ją z okresem niedawnej transformacji ustrojowej, kiedy w pogoni za pieniędzmi likwidowano obiekty sportowe, opiekę medyczną w szkołach i przychodnie sportowo-lekarskie, a wiele dzieci przynosiło zwolnienia lekarskie z wychowania fizycznego.

W powstającym po I Wojnie Światowej niepodległym państwie polskim, koniecznością stało się rozwiązywanie licznych problemów. Zdrowie, szczególnie dzieci i młodzieży, było jednym z nich. W tej dziedzinie podjęto działania profilaktyczne, w których wychowanie fizyczne zajęło dominujące miejsce. Już w 1919 r., na zjeździe nauczycielskim w Poznaniu, uchwalono między innymi, że przy każdym uniwersytecie powinno być utworzone studium wychowania fizycznego, a w stolicy państwa powinien powstać główny instytut wychowania fizycznego. Kierownicy wychowania fizycznego powinni, co do poziomu wykształcenia i stanowiska, stać na równi z innymi nauczycielami.

W Poznaniu w 1919 r. powstaje uniwersytet, z pierwszym rektorem prof. dr med. Heliodorem Święcickim, w którym wśród innych katedr i zakładów naukowych, zostaje powołana pierwsza w Polsce i trzecia w Europie Katedra Higieny Szkolnej i Teorii Wychowania Fizycznego. Początkowo ulokowana w ramach Wydziału Filozoficznego, następnie przeniesiona do utworzonego później Wydziału Lekarskiego, zostaje w tym wydziale częścią nowo powołanego Studium Wychowania Fizycznego. Kierownictwo Katedry obejmuje doc. dr med. Eugeniusz Piasecki.

Działalność prof. dr. med. Eugeniusza Piaseckiego wiązała się ściśle z Jego koncepcją:

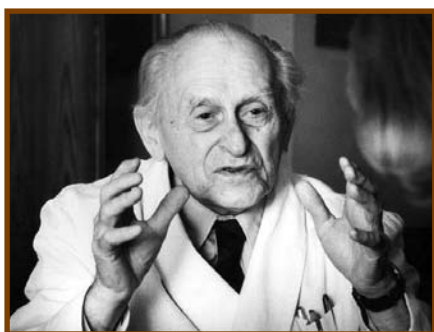
- wprowadzenia do szkół podstawowych i średnich racjonalnego i wielostronnego systemu wychowania fizycznego, opartego na szerokich podstawach naukowych,
- zorganizowania uniwersyteckich stu-

diów wychowania fizycznego dla nauczycieli tego przedmiotu, którzy powinni posiadać głęboką wiedzę biologiczną, pedagogiczną, dobre przygotowanie metodyczne i praktyczne oraz wielostronną, osobistą sprawność fizyczną,

- dokształcania studentów medycyny w zakresie zagadnień medycyny szkolnej i medycyny sportowej celem ścisłej współpracy z nauczycielami, zwłaszcza wychowania fizycznego. Ta koncepcja profesora Piaseckiego została w pełni zrealizowana już we wczesnych latach Jego działalności organizacyjnej, dydaktycznej i naukowej.

W zorganizowanych przez Niego pracowniach naukowo-dydaktycznych, przed II wojną światową pracują i poszerzają swoją wiedzę (również w zakresie medycyny szkolnej): w latach 1922–1925 – major dr med. Włodzimierz Missiuro (późniejszy prof. fizjologii AWF i AM w Warszawie); do 1928 r. – dr med. Wiktor Dega (późniejszy profesor i kierownik Katedry Ortopedii i Rehabilitacji AM w Poznaniu); do r. 1928 – dr med. Maria Deżyńska; do 1939 r. – dr med. Henryka Doerrffer oraz młodzi asystenci Emanuel Szczygiel, Stanisław Sacha, Stanisław Andruszewski oraz Eligiusz Preisler (późniejszy profesor i kierownik Katedry Medycyny Sportu i Oddziału Chorób Wewnętrznych w Szpitalu im. F. Raszei, a po likwidacji Katedry kierownik Zakładu Fizjologii Człowieka AM w Poznaniu). Działalność wyżej wymienionych osób, w naszym środowisku, jest bardzo dobrze znana. Wspomnę jedynie o Wiktorze Dedzie, który w 1937 r. przenosi się do nowoczesnego szpitala w Bydgoszczy i tu kontynuuje swoją koncepcję wdrażania odpowiednich wysiłków fizycznych w leczeniu schorzeń ortopedycznych.

W 1920 r. zostaje powołana Katedra Wychowania Fizycznego na Uniwersytecie Jagiellońskim, która prowadzi działalność podobną do Katedry Poznańskiej. Te dwie uczelnie już wtedy miały na uwadze w programie kształcenia lekarzy nie tylko zagadnienia patologii i terapii, lecz także problematykę profilaktyczną w bardzo szerokim ujęciu. Bardzo czynną postawę zajmowały te uczelnie wobec stanu zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej, poddając ich opiece lekarza szkolnego. W tych dwóch uczelniach Wydziały Lekarskie kształciły również (w ramach Studium Wychowania Fizycznego) wysokiej klasy nauczycieli wy-



Wiktor Dega

chowania fizycznego. Ci zaś wprowadzali stopniowo wielostronny, racjonalny, eklektyczny system wychowania fizycznego, początkowo do szkół średnich, a później także do niektórych podstawowych. Współdziałano w ten sposób z innymi instytucjami w pomnażaniu zdrowia i podnoszenia poziomu sprawności fizycznej dzieci i młodzieży szkolnej, będącej pod stałą kontrolą lekarza szkolnego i sportowego. Z uniwersytetami współdziałał w tym za-

kresie Centralny Instytut Wychowania Fizycznego w Warszawie. Ta działalność zdrowotno-wychowawcza Ministerstwa Oświecenia Publicznego na terenie szkół średnich i stopniowo na odcinku szkół podstawowych, oparta na ścisłej współpracy nauczyciela wychowania fizycznego z lekarzem szkolnym i sportowym, wpłynęła na poprawę stanu fizycznego młodzieży szkolnej. Świadczyły o tym sprawozdania lekarzy szkolnych. Niestety, stale rozwijająca

się działalność zdrowotno-wychowawcza została przerwana przez wojnę w 1939 r., a kres jej powojennej odnowie położyła reforma w szkolnictwie w roku 1950.

Skrót wykładu inauguracyjnego wygłoszonego przez dr. Mieczysława Tomasika na XXIX Naukowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej w Bydgoszczy

dr n. med. Mieczysław Tomasik był dyrektorem Wojewódzkiej Przychodni Sportowo-Lekarskiej od stycznia 1971 roku do marca 1999 roku (do przejścia na emeryturę). Od 1965 do r. 1999 był przewodniczącym oddziału bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej

Największym problemem jest brak bazy sportowej

rozmowa z dr. Tomaszem Zegarskim

Z dr n. med. Tomaszem Zegarskim, pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu oraz wiceprezesem Akademickiego Związku Sportowego CM UMK w Bydgoszczy rozmawia Agnieszka Milik-Skrzypczak.

Agnieszka Milik-Skrzypczak: Na początek zapytam o naszych studentów. W jaki sposób mogą i czy w ogóle mają możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu sportowym uczelni.

Tomasz Zegarski: Oczywiście, że nasi studenci mają możliwości rozwoju na polu sportowym. Na uczelni sprawnie funkcjonują sekcje, których domeną jest zdrowa rywalizacja sportowa. W ramach Studium Wychowania Fizycznego i Sportu CM działa Akademicki Związek Sportowy. Jest to jednostka prowadzona społecznie, po to aby nasi studenci mogli wzmacniać swój sportowy potencjał, jednocześnie promując uczelnię na terenie województwa jak i na polu krajowym.

A. M-S.: Interesuje mnie praktyczna strona możliwości, o których Pan wspominał.

T. Z.: Muszę zacząć od wyjaśnienia, iż bierzemy udział w dwóch typach imprez akademickich. Pierwsza z nich to Akademickie Mistrzostwa Polski (AMP) w których udział biorą wszystkie uczelnie wyższe w Polsce włącznie z AWF-ami i Politechnikami. Drugi typ to Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych (MPUM), w których startuje jedenaście uczelni i zawody rozgrywane są w najbardziej popularnych dyscyplinach sportowych. Nasze drużyny (futsalu, siatkówki, koszykówki), reprezentują również naszą uczelnię w amatorskich ligach autonomicznych.

A. M-S.: Proszę o konkrety. Puchary, medale – to jest powód mojego spotkania....

T. Z.: I tym razem nie zawiodę Pani oczekiwań, nasi studenci w ostatnim roku odnieśli wiele znaczących sukcesów. Po raz pierwszy w historii zostaliśmy Mistrzami

Polsk Uczelni Medycznych w Piłce Nożnej. Jesteśmy aktualnymi Mistrzami Polski w Lekkiej Atletyce, ale również w marcu tego roku złoty medal zdobyli nasi przełajowcy deklasując swoich rywali. Doskonale zaprezentowały się nasze tenisistki stołowe, siatkarki i siatkarze plażowi, którzy zdobyli brązowe medale i cenne punkty do klasyfikacji generalnej. Nie możemy zapomnieć o sukcesie naszych koszykarzy, którzy w amatorskiej lidze koszykówki zdobyli wicemistrzostwo. Po tym sukcesie wszyscy bardzo liczyliśmy na medal w Mistrzostwach Polski, jednak na tej imprezie nasi zawodnicy zagrali zdecydowanie poniżej oczekiwań. Kolejna dyscyplina, w której możemy pochwalić się sukcesami to ergometr wioślarski. W zeszłym roku nasi uczelniani wioślarze wywalczyli brązowy medal w Akademickich Mistrzostwach Polski. Zważywszy na ten kontekst, brąz w rankingu wszystkich krajowych uczelni i pozostawienie poza sobą reprezentacji wielu uniwersytetów, politechnik to olbrzymie osiągnięcie. Przy okazji dopowiem, że w 2012 roku jesteśmy po raz pierwszy gospodarzami zawodów w dyscyplinie ergometru wioślarskiego.

A. M-S.: Gratuluję wyników naszych studentów sportowców, jak udaje się osiągać takie wyniki.

T. Z.: Kluczem do sukcesu są zawodnicy i ich odpowiednie podejście do treningu, jednak cichymi bohaterami, którzy dopingują, motywują i pilnują podopiecznych są trenerzy. Może zabrzmi to mało skromnie, ale uważam, że posiadamy jedną z wiodących kadr trenerskich w Polsce. Wystarczy wspomnieć o trenerze Michałskim, który jest coachem polskiej kadry lekkoatletów i został kilka tygodni temu wybrany trenerem roku. Przygotowuje on tyczkarzy do udziału w Letnich Igrzyskach Olimpijskich Londyn 2012. Jednym z nich jest Łukasz Michalski, student piętego roku medycyny na naszej uczelni. Tym samym nasi studenci przygotowują

się pod okiem najlepszego trenera w Polsce i mają doborowe warunki treningu na obiektach Zawiszy. Naszych koszykarzy trenuje Adam Ziemiński, który obecnie jest trenerem reprezentacji polski kobiet do lat 18, ale również prowadzi drużynę Artego Bydgoszcz (Ekstraklasa koszykówki kobiet). Naszych siatkarzy i siatkarki prowadzi Henryk Borowski, który przez wiele lat prowadził drużynę Pałacu Bydgoszcz. W pozostałych sekcjach studenci mają możliwość pracy również z doskonałymi szkoleniowcami i myślę, że we wszystkich sekcjach współpraca układa się doskonale.

A. M-S.: Moja ciekawość została niemalże poskromiona. Niemniej mam pytanie ekstra. Co z tymi, którzy nie są liderami sportu. Czy poza AZS-em jest dla nich miejsce.

T. Z.: Niestety tu nasza uczelnia zdecydowanie nie staje na wysokości zadania! Praktycznie nie zapewniamy dostępu do zajęć rekreacyjno-sportowych studentom pragnącym zadbać o swoje zdrowie i sprawność fizyczną. Na zajęcia sekcji sportowych może uczęszczać jedynie nieliczna część studentów, prezentująca



dr Tomasz Zegarski

odpowiedni poziom sportowy. Jedynie na pierwszym roku studiów studenci uczęszczają na zajęcia wychowania fizycznego raz w tygodniu, na kolejnych latach jedyną formą aktywności fizycznej z jakiej mogą korzystać to darmowa siłownia udostępniana podczas zajęć studium wychowania fizycznego i sportu, która oblegana jest od rana do wieczora. Generalnie zapraszamy tam każdego, kto ma ochotę na porcję aktywności fizycznej, ale raz w roku zapraszamy również na boisko. Myślę, że nasz apel znalazł już swoich odbiorców, o czym świadczy Festiwal Sportu organizowany od trzech lat na naszej uczelni w juwenalia. W tym roku wzięło w nim udział blisko 300 uczestników, w samym turnieju piłki nożnej wystartowało 16 drużyn z naszej uczelni, kilkanaście drużyn uczestniczyło również w turnieju siatkówki plażowej. W okresie letnim i zimowym organizujemy obozy sportowe dla studentów wszystkich wydziałów. W okresie letnim są to spływy kajakowe, rajdy rowerowe, a w okresie zimowym obozy narciarskie w polskich górach, a od zeszłego roku proponujemy wyjazdy na Alpy. Obecnie AZS zaprasza wszystkich chętnych do udziału w obozie w Risoul we Francji, gdzie za 1390 zł mamy zapewniony transport, opłaty za wyciągi (skipass), oraz zakwaterowanie i ubezpieczenie narciarskie.

A. M-S.: Jak wszędzie pewno i w Akademickim Związku Sportowym jest wiele problemów...

T. Z.: Największym problem jest zdecydowanie brak bazy sportowej, ponieważ jako jedyna uczelnia medyczna w Polsce nie posiadamy pełnowymiarowej hali sportowej. Mam nadzieję że w najbliższym czasie to się zmieni bo wielu studentów się dziwi jak to możliwe, że na dużym uniwersytecie nie ma wielodyscyplinarnej hali sportowej. Zajęcia WF odbywają się w zaadaptowanej starej szwalni przy ulicy Świętojańskiej, a na potrzeby sekcji wynajmujemy nowoczesną halę przy ulicy Czerkawskiej. Drugim problemem są środki, których brakuje jak wszędzie. Dlatego priorytetowo traktujemy starty w Akademickich Mistrzostwach Polski Uczelni Medycznych, pozostałe stary ograniczymy do minimum wysyłając na zawody tylko zawodników z szansami medalowymi. Z powodu braku odpowiedniej infrastruktury sportowej oraz środków, pojawia się kolejny problem zbyt małej ilości treningów.

A. M-S.: A jak ocenia Pan poziom kultury fizycznej naszych studentów.

T. Z.: Poziom kultury fizycznej całego społeczeństwa polskiego jest dramatycz-

ny. Większość osób biernie spędza wolny czas i nie potrafi zadbać o swoją sprawność fizyczną i zdrowie. Pewne wzorce w podejściu do szeroko rozumianego sportu kształtuje się w dzieciństwie oraz na poziomie szkoły. Niestety źle jest ze sprawnością fizyczną studentów, która w ostatnich latach ma jeszcze tendencję spadkową. Wielu studentów nie potrafi wykonywać podstawowych ćwiczeń ruchowych, grać w gry zespołowe, nie wspomnę już o ćwiczeniach wymagających koordynacji ruchowej. Brak odpowiednich umiejętności ruchowych wyuczonych w dzieciństwie oraz w szkole, sprawia że osoby te wieku 18 czy 19 lat wstydzą się ćwiczyć, bo nie potrafią. Szereg studentów przyznaje się, że przez ostatnie kilka lat korzystało z załatwionego zwolnienia lekarskiego i nie uczęszczało na żadne zajęcia sportowe. Dlatego w Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Collegium Medicum nie akceptujemy zwolnień lekarskich. Student, który chce uzyskać zwolnienie z zajęć musi stawić się przed komisją lekarską powołaną na naszej uczelni. Zdecydowana większość przed pojawieniem się na komisji doznaje cudownego uzdrowienia i pojawia się na zajęciach.

A. M-S.: Rozmawialiśmy o aktywności sportowej naszych studentów. Słyszałam jednak o pewnej sportowej propozycji, którą uczelnia złożyła seniorom.

T. Z.: Faktycznie, docieklivość poznawcza kadry dydaktycznej zaowocowała stworzeniem Regionalnego Programu Aktywności Fizycznej Seniorów. Powstał on pięć lat temu z inicjatywy dr. Gabriela Chęsego z Zakładu Fizjologii Człowieka. Współuczestniczyłem w tworzeniu programu, włączając się w badania, na podstawie których stworzyliśmy propozycję treningu dla osób w sile wieku.

A. M-S.: Wydaje mi się, że to propozycja nie do odrzucenia - alternatywa dla kanapy i telewizora.

T. Z.: Zwyczajowo utarło się, że wiek emerytalny przebiega pod znakiem bezruchu. Postanowiliśmy to zmienić i zaproponować osobom starszym program, który wpłynie na poprawę ich sprawności fizycznej oraz psychicznej. Przeprowadziliśmy badania pilotażowe, chcąc przekonać władze województwa do zaangażowania w projekt. Przebiegały na grupie stu chętnych i to oni udowodnili, jak z niewielkim nakładem środków finansowych, można w wieku emerytalnym poprawić swoją sprawność.

A. M-S.: Co kryje się pod pojęciem

samowystarczalności?

T. Z.: Najprostsze czynności dnia codziennego w wieku „sześćdziesiąt pięć plus”, mogą sprawiać trudność. Sprawność w wieku starszym trzeba rozumieć przez samowystarczalność, czyli przez zachowanie autonomii. Sprawna osoba starsza powinna samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego jak zakupy, wyjście na pieszą wycieczkę, samodzielna kąpiel czy wejście po stromych schodach. Jednak poza wymiernym efektem odzyskania kontroli nad swoim ciałem, dodatkowym atutem treningu jest poczucie komfortu związanego z podtrzymaniem i zachowaniem więzi społecznej. Uczestnicy programu ćwiczą w grupie, zachowują pewien tryb dnia, a przy okazji podnoszą swoją sprawność.

A. M-S.: Jak wygląda praktyka „rygoru” treningowego.

T.Z.: Musi poprawiać lub podtrzymywać podstawowe zdolności motoryczne. Bardzo istotny jest tu trening wydolności, siły oraz zachowania odpowiedniej koordynacji ruchowej. Siłę powinniśmy kształtować podczas treningu obwodowego, upraszczając jest to siłownia dla dojrzałych. Zastosowanie mają tu ciężarki, piłki lekarskie, a ćwiczący wykonują dużą liczbę powtórzeń na kilku stacjach, z których każda kształtuje odrębną partię mięśni. Wykonywanie dużej liczby powtórek małym ciężarem zmniejsza ryzyko wystąpienia urazu mięśniowego czy nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego. Trening taki ma na celu zatrzymanie procesu zaniku mięśniowego, do którego naturalnie dochodzi po pięćdziesiątym roku życia. Dzięki zastosowaniu się do wskazówek, w niewielkim wycinku czasu można w sposób istotny poprawić swoją siłę nawet w wieku siedemdziesięciu czy osiemdziesięciu lat. Trening w wieku starszym musi również wpływać na poprawę gibkości, której brak odczuwa się chociażby przy zapinaniu samochodowych pasów bezpieczeństwa, wiązaniu sznurowadeł, czy sięganiu po niektóre przedmioty. Swoją wydolność można poprawiać chociażby podczas samodzielnych marszy Nordic Walking, kijki dają poczucie stabilności, odciążają stawy kończyn dolnych oraz angażują do pracy mięśnie górnych części ciała. Najważniejsza jest jednak regularność wysiłku, bez niej nie osiągniemy zamierzonego efektu nawet przy zastosowaniu najlepszych metod i środków treningowych.

A. M-S.: Dziękuję za rozmowę.

Agnieszka Miliń-Skrzypczak jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji



Medicalia 2011



