

Pełnych radości i ciepła rodzinnego Świąt Wielkanocnych,
wypełnionych refleksją i zadumą nad istotnymi kwestiami życia,
tak odległymi podczas codziennego natłoku obowiązków.
Nadziei, budzącej się wraz z nadchodzącą,
pełną radosnych sygnałów przyrody wiosną.
Wszystkim drogim Czytelnikom „Wiadomości Akademickich”
życzy
Redakcja



„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 ad-
iustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczęsny
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
Adiustacja: mgr Joanna Hladoń-Wiącek

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: Remedia, Bydgoszcz

Stali współpracownicy:

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

Spis Treści

Wywiad numeru

Zawsze uważałem, że nauka powinna być interdyscyplinarna..., wywiad z prof. dr. hab. Markiem Jackowskim, kierownikiem Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej	2
Dokąd zmierza Uniwersytet? wywiad z JM Rektorem UMK, prof. dr. hab. Andrzejem Tretynem.	6

Z życia uczelni

Święto Uczelni 2013	9
Gdyby Kopernik odwiedził Bydgoszcz.	10
75 lat Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy	11
Dzisiaj świętujemy 75-lecie.....	13
Już z tytułem lekarza.	15
Nowe uprawnienia do habilitowania dla Wydziału Nauk o Zdrowiu	16
Prof. Jeremy Bradshaw z wizytą w Collegium Medicum.	16
Potrójny sukces Wydziału Farmaceutycznego	17
Nagroda Ministra za wybitne osiągnięcia	17
Medal dla Profesora Romana Mazura	18
Nowi konsultanci w dziedzinie zdrowia	18
Międzynarodowy sukces naszego doktoranta	19
Nowi profesorowie: Andrzej Marszałek.	19
Nowi profesorowie: Ewa Żekanowska	20
Nowi profesorowie: Tomasz Drewa	20
Personalia	21
Minister docenił studentów	21
Informacje o pracy Związku Nauczycielstwa Polskiego w UMK	21

Medycyna i pielęgniarstwo

Milionowe przeszczepienie szpiku na świecie.	22
Cukrzyca a statyny	22
Czy wszystkie leki są bezpieczne – czyli fakty i mity współczesnej farmakoterapii	23
Badania w pielęgniarstwie	24
Prace licencjackie z pielęgniarstwa	25

Medycyna i sztuka

Obraz choroby w malowanych tablicach wotywnych z kościoła p.w. Wniebowzięcia N.M. Panny w Rzeszowie	26
--	----

Nauka

ABC bibliometrii	32
Analiza cytowań	34
W czołówce uniwersytetów	34
Nasi na Liście Filadelfijskiej	35

Medici Homini

W Czadzie.....	40
----------------	----

Ze sportu

Zimno im nie straszne	43
Nasza studentka Mistrzynią Świata!	44
VI Mistrzostwa UMK w narciarstwie alpejskim	44

Zawsze uważałem, że nauka powinna być interdyscyplinarna...

wywiad z prof. dr. hab. Markiem Jackowskim, kierownikiem Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Redakcja: Skąd wywodzą się rodzinne korzenie Pana Profesora? Czy rodzina była w jakiś sposób związana z medycyną?

prof. Jackowski: Rodzice wywodzą się z tzw. centralnej Polski, z okolic Łodzi. Ojciec urodził się w małej wiosce Krosnowa niedaleko Lipiec Reymontowskich, a pradziadek pracował z Władysławem Reymontem na kolei. Podczas kampanii wrześniowej ojciec dostał się do niewoli i pięć lat i dziewięć miesięcy przesiedział w obozie. Po wojnie studiował w Akademii Medycznej w Poznaniu. Mama pochodzi z Tomaszowa Mazowieckiego i także przyjechała na studia do Poznania. Po studiach obydwójce dostali nakaz pracy do Piły, gdzie się urodziłem, a po roku przeprowadziliśmy się do Torunia. Mieszkaliśmy w jednym mieszkaniu z p. prof. Konrat, u której później zdawałem egzamin z chirurgii. Mój ojciec był ginekologiem, zmarł 18 lat temu, a mama, internistka, jest na emeryturze, choć pracowała do 78 roku życia. Mój brat jest ginekologiem, moja żona jest psychiatrą. Cóż, trudno było chyba wybrać inną ścieżkę życia...

Redakcja: Jest Pan chyba drugim tytułarnym profesorem medycyny w historii toruńskiego szpitala, czy trudno uzyskać ten najwyższy tytuł naukowy w dziedzinie chirurgii?

prof. Jackowski: Wydaje mi się, że tak, chociaż na Uniwersytecie wykładał wcześniej prof. medycyny, Juliusz Narębski, który był jednocześnie profesorem biologii. Jednak jako medyk wychowany w tym środowisku jestem rzeczywiście drugim profesorem tej specjalności, po prof. Waldemarze Jędrzejczyku. A uzyskanie tytułu z pewnością nie jest łatwe, ponieważ chirurgia jest niezwykle pracochłonną specjalnością medycyny. Zabiegi wielogodzinne wyczerpują, dochodzi do tego ogromny stres, powodowany głównie niepokojem o los operowanego... Słowem codzienna praca zawodowa znacznie ogranicza możliwości.

Redakcja: Do profesury to jednak długa droga, edukację podstawową i średnią odbywał Pan Profesor w Toruniu....?

prof. Jackowski: Chodziłem do kilku szkół podstawowych w Toruniu.

Redakcja: Niesforny uczeń....

prof. Jackowski: Nie. Uczęszczałem

do szkoły podstawowej w czasach wielkiego wyżu demograficznego. W wielu szkołach lekcje odbywały się na zmianę. Ojciec zmieniał mi szkoły tak bym mógł chodzić na godzinę ósmą. Edukację średnią ukończyłem w znakomitym toruńskim Liceum nr IV.

Redakcja: Gdzie Pan studiował i w jaki sposób wybrał Pan Profesor tę, a nie inną specjalizację?

prof. Jackowski: W 1969 r. zdałem egzaminy do Akademii Medycznej w Gdańsku. Na pierwszym roku brałem udział w konkursie ogólnopolskim „Aurea Scapula” i zająłem 6 miejsce w kraju, więc nie musiałem zdawać egzaminu z anatomii. Profesor musiał postawić mi ocenę bardzo dobrą. Było to wielkie ułatwienie. Muszę powiedzieć, że wówczas AM w Gdańsku była naprawdę dobrą uczelnią. Z wieloma moimi kolegami z tej uczelni utrzymuję świetne kontakty, głównie po linii chirurgicznej. Moimi przyjaciółmi z roku są min. prof. Janusz Jaśkiewicz – chirurg onkolog, a także wybitny onkolog prof. Jacek Jassem. Często wspomagamy się nawzajem. Studiowałem również z Jackiem Manitusem, który jest także profesorem, szefem nefrologii bydgoskiego Szpitala Uniwersyteckiego. Owe przyjaźnie procentują do tej pory. Na ostatnie dwa lata studiów byłem zobligowany do przeniesienia się do Filii AMG do Bydgoszczy. Miałem już wówczas narzeczoną w Gdańsku i uprosiłem dziewczynę, aby pozostawiła mnie na miejscu. Studia skończyłem w 1975 roku.

Redakcja: Kto był Pana mistrzem podczas studiów i w późniejszych latach?

prof. Jackowski: Po pierwszym roku poszedłem na praktykę studencką jako sanitariusz do kliniki na ul. Łąkową, gdzie szefem był prof. Zdzisław Kieturakis, sławny chirurg, który miał znakomity zespół. Zachwyciłem się atmosferą panującą w tamtej klinice, bardzo nowoczesnym podejściem do pacjenta i od razu po I roku przychodziłem na kółko chirurgiczne. Kiedy wróciłem do Torunia, czekały na mnie dwie możliwości – ginekologia i położnictwo lub chirurgia. Wybrałem chirurgię, w znacznym stopniu ze względu na osobę dr Waldemara Jędrzejczyka, który prowadził młody, prężny zespół w niedawno powstałym (1972 r.) Szpitalu

Zespolonym w Toruniu. Pod skrzydłami późniejszego prof. Jędrzejczyka zrobiłem I i II stopień specjalizacji oraz doktorat w 1990 roku. W tamtym czasie nasze zainteresowania skupiały się na chorobie wrzodowej żołądka - prof. Jędrzejczyk jako wzorzec postępowania leczniczego wprowadził zmodyfikowany zabieg operacyjny opracowany przez londyńskiego chirurga prof. Raymonda M. Kirka. W tej chwili brzmi to niewiarygodnie, ponieważ obecnie operuje się tylko powikłania choroby wrzodowej, ale w tamtych czasach, nie było beta blokerów ani inhibitorów pompy protonowej i jedynym sposobem był zabieg chirurgiczny. Częściowo resekowaliśmy żołądek, istniało chyba z 18 rodzajów tej operacji. W ten sposób operowaliśmy od 150 do 200 osób rocznie. Odkrycie w 1982 r. przez Marshalla i Warrena *helicobacter pylori* i wprowadzenie leczenia pozaoperacyjnego było jedną z wielkich rewolucji medycznych, jakie przeżyłem w swej karierze chirurga.

Redakcja: Gdzie, oprócz swej macierzystej Kliniki, zdobywał Pan Profesor doświadczenie zawodowe?

prof. Jackowski: Przez 2 miesiące przebywałem w Londynie u wspomnianego dr R. H. Kirka, ucząc się chirurgii gastroenterologicznej (w tym owych zabiegów w chorobie wrzodowej żołądka). W późniejszym okresie skończyłem się w chirurgii onkologicznej, przede wszystkim w Niemczech, na uniwersytecie w Monachium, doskonalić swe umiejętności pod okiem niezwykle sławy w chirurgii gastroenterologiczno-onkologicznej, prof. Rüdigera Siewerta. Przynajmniej raz w roku starałem się o tydzień pobytu, by poznać najnowsze trendy w tej dyscyplinie. Po latach przejąłem od Profesora część jego pomysłów na organizację placówki kierując już swoją własną Kliniką w Toruniu. Miałem również przyjemność pracować z uczniami prof. Siewerta, prof. Hansem Fredem Weiserem z Rotenburga i prof. G. Lepsinem z Getyngi oraz prof. M. Peiperem, którzy mieli duży wpływ na kierunki, jakie obrałem. W 1991 r. nastąpiła kolejna rewolucja w chirurgii, prof. Peiper przyjechał do Torunia z wykładem o laparoskopii. Następnego dnia wraz z kolegami wybraliśmy się starym polonezem do Getyngi na jeden z pierwszych kursów laparoskopii. Dzięki temu

w listopadzie 1992 roku po raz pierwszy w Toruniu, jeszcze przy udziale chirurgów niemieckich, wykonaliśmy cholecystektomię laparoskopową. W zasadzie od tej pory poświęciłem się chirurgii małoinwazyjnej jaką jest laparoscopia. Dzięki naszej współpracy zarówno prof. Siewert jak i prof. Weiser zostali wyróżnieni tytułem Honorowego Członka Towarzystwa Chirurgów Pilskich.

Redakcja: Jak droga poprowadziła Pana Profesora do objęcia kierownictwa Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej? Czy ścieżki kariery w oddaleniu od uczelni medycznej były łatwiejsze czy trudniejsze do przebrnięcia?

prof. Jackowski: Jak już wspomniałem kariera chirurga jest trudna. Mamy wiele pracy przy pacjencie, z operacjami, opieką, nie śpimy po nocach, rozmyślając o tym, jak się czuje pacjent i czy podjęliśmy właściwą decyzję, a więc dodatkowa praca naukowa i dydaktyczna wymaga od nas wiele wysiłku.

Praktycznie przeszedłem zupełnie naturalną drogę od stażu jeszcze na oddziale chirurgicznym, który później przekształcił się w klinikę, poprzez młodszego asystenta, asystenta i starszego asystenta, aż w 1989 r. zostałem zastępcą kierownika Kliniki. W 2000 r. obroniłem habilitację i w 2003 r., kiedy pan prof. Jędrzejczyk odszedł na emeryturę, objąłem kierownictwo Kliniki, do czego Profesor przy-

gotowywał mnie przez ostatnie lata.

Redakcja: Czy trudno jest pogodzić funkcję kierownika Katedry ze stanowiskiem Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej Szpitala, zwłaszcza w tak wielkim szpitalu jakim jest teraz Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, który powstał w wyniku konsolidacji trzech placówek: Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu, Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu oraz Samodzielnego Wojewódzkiego Centrum Stomatologii.

prof. Jackowski: Dysponujecie Państwo niepełnymi danymi, jako że od 1 stycznia 2013 r. mamy w swoim składzie również dawny Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego, Szpital Zakaźny i Stację Pogotowia Ratunkowego. Wszystkie te placówki powierzył nam w opiekę Sejmik Województwa. W tej chwili posiadamy jedną dyrekcję, piastuję stanowisko zwane Naczelnym Lekarzem Szpitala, a będąc Zastępcą Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej. Pełnię tę funkcję od 1992 r., przeszedłem kilka konkursów i teoretycznie będę ją pełnił co najmniej do 2017 r. Jednym z moich marzeń jest tak zorganizować służbę zdrowia, żeby i pacjent miał z tego pożytek i żeby służba zdrowia także funkcjonowała w dobrych warunkach. Do tej pory nam się to udawało,



*główna cecha mojego charakteru:
upór*

*cechy, których szukam u kobiety:
miłość*

*cechy, których szukam u mężczyzny:
lojalność*

*co cenię najbardziej u przyjaciół:
też lojalności*

*moja główna wada:
wynikająca z uporu*

moje ulubione zajęcie: tenis

*moje marzenie o szczęściu:
szczęście rodzinne*

*co wzbudza we mnie obsesyjny lęk:
co jakiś czas budzę się w nocy
i zastanawiam się, czy nie zrobiłem
czegoś źle w czasie operacji*

*co byłoby dla mnie największym
nieszczęściem: niepełnosprawność*

*kim (lub czym) chciałbym być,
gdybym nie był tym, kim jestem:
zawodowym tenisistą*

*kiedy kłamię:
kiedy mi się wydaje,
że to zadziała korzystnie*

słowa, których nadużywam: musisz

*ulubieni bohaterowie literaccy:
hrabia Monte Christo*

*ulubieni bohaterowie życia
codziennego: na pierwszym miej-
scu*

*prof. Władysław Bartoszewski,
potem Leszek Balcerowicz
i Zbigniew Brzeziński*

*czego nie cierpię ponad wszystko:
nielojalności*

moja dewiza: chcieć to móc

*dar natury, który chciałbym posia-
dać:
niewidzialność*

jak chciałbym umrzeć: nagle

*obecny stan mojego umysłu:
doskonały*

Szpital nie jest zadłużony i prowadzimy bardzo racjonalną politykę kadrową. Mamy przed sobą perspektywę w postaci rozbudowy toruńskiego szpitala na ul. św. Józefa, tak ażeby scentralizować np. blok operacyjny (bardzo podoba mi się ten przygotowywany w Szpitalu im. dr A. Jurasza). Trudno mi połączyć te wszystkie obowiązki, ale... dobra organizacja pracy pozwala na to. W przyłączonych szpitalach są koordynatorzy, pełniący role pełnomocników zarządzania. Co ciekawe, dwadzieścia lat temu Szpital toruński stanowił jedną całość, zaś z czasem został podzielony na części, które teraz scalamy z powrotem. Przyczyni się to do znacznych oszczędności. Przejęty trzy lata temu zadłużony Szpital Dziecięcy już nie ma tego problemu, a jak będzie z nowo przejętymi? Cóż, bilans będzie możliwy na koniec roku. Widzę pewne rezerwy i możliwości, aby usprawnić organizację służby zdrowia, o czym mógłbym opowiadać godzinami. Konsolidacja szpitali nie jest niczym niecodziennym – w Niemczech scala się szpitale aż do 4 tysięcy łóżek (jeden zarząd, zakupy i kadry), co sprawia, że np. w ogromnym Berlinie jest ich raptem kilka.

Redakcja: Jak udaje się Panu to wszystko pogodzić?

prof. Jackowski: Lata pracy pokazują, że można sobie tak zorganizować czas, żeby wszystkiemu dać radę. Współpracuję z ludźmi, którzy wiedzą, czego od nich wymagam, więc nie interesuje mnie sama administracja, a jedynie strona medyczna. Bardzo pomaga mi fakt, że mamy owych koordynato-

rów w danych dziedzinach, bo są to lekarze i prawdziwi fachowcy. Jak wygląda dobra organizacja pracy? Przykładowo dzisiaj rano miałem naradę wszystkich ordynatorów, operowałem bardzo ciężki przypadek w Toruniu, przyjechałem do Państwa na wywiad, po którym wezmę udział w radzie Collegium Medicum, na której będę mówił o Interdyscyplinarnym Centrum Nowoczesnej Technologii, w którego Radzie Naukowej także zasiadam.

Redakcja: Jak wygląda dzisiejsza struktura Pańskiej Katedry? W czym się Państwo specjalizujecie?

prof. Jackowski: W strukturze Katedry znajduje się Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej i jednocześnie powierzono mi nadzór naukowy nad Oddziałem Klinicznym Chirurgii Szczękowo - Twarzowej, którą prowadzi dr Jerzy Jakubiak. Tak jak wspominałem, wzorem prof. Siewerta uważam, że klinika powinna mieć charakter wielodyscyplinarny. Praktykujący chirurg powinien nauczyć się wszystkich dostępnych nam dziedzin. Dlatego też mam zespół chirurgii naczyniowej (operacje endowaskularne), zespół chirurgii onkologicznej, zespół endoskopii zabiegowej (usuwanie złośliwych guzów żółciowych, polipów, resekcja śluzówkowa (niedawno wzbogaciliśmy się o sprzęt do endoskopowej ultrasonografii) i w końcu to, co mnie samego najbardziej interesuje, zespół chirurgii laparoskopowej. Staram się szkolić ludzi w różnych kierunkach, wysyłam ich do najlepszych ośrodków w kraju i za granicą, gdzie zdobywają nowe umiejętności.

Redakcja: Jakie choroby są najczęściej leczone w Pana Klinice i jakie zabiegi przeprowadza Pana zespół?

prof. Jackowski: Jesteśmy kliniką chirurgii ogólnej, więc prowadzimy cały wachlarz zabiegów chirurgii, w tym interwencje w urazach. Przysyła się do nas sporo chorych z guzami trzustki, wykonujemy wiele zabiegów endoskopowych, np. protezowanie dróg żółciowych. Sam stoję na czele zespołu laparoskopowego, to od 20 lat mój główny motyw działania. Wykonujemy wszystkie zabiegi w jamie brzusznej – poczynając od złotego standardu jakim jest usunięcie pęcherzyka żółciowego, przez przepukliny rozworu przełykowego, przepukliny brzuszne, przepukliny pachwinowe, jelito grube, żołądek, resekcje trzustki. Jest to chirurgia minimalnie inwazyjna, która po pierwsze, pozwala na znaczne zmniejszenie dolegliwości po operacji, a po drugie, skraca pobyt pacjenta w szpitalu. Kiedy zaczynałem pracę chirurga, wykonywaliśmy około 1200-1500 zabiegów rocznie. Oddział liczył wówczas 88 łóżek. Dziś operujemy ok. 2500 i hospitalizujemy ok. 3500 osób, a Klinika liczy tylko 60 łóżek.

Redakcja: Czy jesteście Państwo zadowoleni z bazy lokalowej i sprzętowej?

prof. Jackowski: Mamy w Klinice pełen zakres sprzętu. Ostatnio, jak już wspominałem, wzbogaciliśmy się o endoskopowy ultrasonograf (EUS), który pozwoli nam na operacje torbieli trzustki, bezpośredniego pobierania zmian węzłów chłonnych itd.



zespół Katedry Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej

Redakcja: Czy organizujecie Państwo kursy i staże podyplomowe z chirurgii onkologicznej?

prof. Jackowski: Od 2003 r. prowadzimy kursy laparoskopii podstawowej (cholecystektomii, przepuklin rozworu i przepuklin pachwinowych), jak i zaawansowanej (nasze główne zainteresowanie – laparoscopia kolorektalna, czyli jelita grubego) dla lekarzy i pielęgniarek operacyjnych z całego kraju i zagranicy. Działamy pod patronatem Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Redakcja: Toruń przed laty był organizatorem wielkiego zjazdu PTCh. Czy dziś jesteście Państwo również zaangażowani w organizację konferencji naukowych?

prof. Jackowski: W 1996 r. byliśmy organizatorami VI Zjazdu Sekcji Wideochirurgii i podobny planujemy w tymże roku, w dniach 5-7 czerwca. Będzie to IX Międzynarodowa Konferencja „Zaawansowane operacje laparoskopowe” i jednocześnie XVII Zjazd Sekcji. Będziemy gościć najlepszych chirurgów laparoskopowych ze Stanów Zjednoczonych i Europy. Po raz pierwszy organizujemy także Sekcję Pielęgniarską, jako że pielęgniarstwo chirurgiczne i operacyjne nabrało nieprawdopodobnego rozpędu.

Redakcja: W jaki sposób przez lata zmieniał się skład zespołu? Ile osób jest w tej chwili zatrudnionych w Katedrze i jak dobiera Pan nowych współpracowników?

prof. Jackowski: W moim zespole jest nas 12, w tym 7 osób z doktoratem, jeden z habilitacją (dr hab. J. Szeliga). Bardzo pomagają nam rezydenci, których jest sześciu. Z nich rekrutujemy do Kliniki ludzi najbardziej ambitnych, znających przynajmniej jeden język i mających zacięcie naukowe. Dzięki systemowi rezydentkiemu mamy szansę zorientować się w możliwościach i talentach lekarzy i zdecydować kogo zatrudnić do zespołu.

Redakcja: Czy nie cierpicie na brak pracy i pacjentów?

prof. Jackowski: Pracy nam nie brakuje, a pacjentów mamy wystarczającą liczbę. Specjalizujemy się w tak trudnych operacjach jak chirurgia trzustki (kilkadziesiąt resekcji rocznie), raki żołądka oraz raki kolorektalne, których w województwie jest tyle, że pojedynczy szpital nie dałby im rady. Bywa, że operujemy na trzech, czterech salach jednocześnie.

Redakcja: W jakim obszarze macie Państwo największe sukcesy?

prof. Jackowski: Około 80 procent zabiegów wykonujemy w laparoskopii, jako jeden z niewielu ośrodków w kraju w takim zakresie. To chyba nasz największy sukces. Jestem także dumny z zespołu naczyniowego, wykonującego klasyczne zabiegi i endowaskularne, w tym stengrafty czyli protezowe leczenie tętniaków.

Ostatnio wprowadziliśmy do naszego arsenału operacje bariatryczne.

Od 2003 r. wydajemy własne czasopismo Acta Medica. Od tego roku będzie się ukazywało w formie internetowej jako e-Acta Medica.

Redakcja: Poprosimy o kilka słów na temat prowadzonych w Klinice badań naukowych... Czy współpracujecie z innymi jednostkami szpitala lub Collegium Medicum i Uniwersytetu, a może szerzej – z ośrodkami krajowymi i zagranicznymi?

prof. Jackowski: Wiele lat temu doszedłem do wniosku, że nauka powinna być interdyscyplinarna. Pierwszy wspólny projekt powstał z fizykami i biologami, prof. Stanisławem Chwirotem i jego żoną Barbarą. Stworzyliśmy wówczas zespół optycznych metod wczesnego wykrywania nowotworów, dzięki czemu powstało mnóstwo ciekawych prac i w 2000 roku moja habilitacja. Następnie, razem z prof. Andrzejem Tretynem z Wydziału Biologii zajęliśmy się też badaniami genetycznymi u chorych na nowotwory i prowadzimy je dalej, publikując prace i przyczyniając się do powstania dwóch doktoratów. Współpracujemy oczywiście z mikrobiologami, np. prof. H. Dahm i K. Hryniewicz. 9 lat temu zaczęliśmy współpracę z prof. Bogusławem Buszewskim z Wydziału Chemii naszego Uniwersytetu – zajmujemy się metodami separacyjnymi, jeśli chodzi o szybkie wykrywanie rodzajów bakterii, które występują w stanach septycznych (dzięki elektroforezie kapilarnej strefowej możemy rozpoznać rodzaj bakterii nie w ciągu 70 czy 24 godzin, ale w ciągu 15-20 minut). Opublikowaliśmy wyniki badań w czasopismach z wysokim IF. Lekarze zajmują się tzw. stroną kliniczną, wskazując na problemy, zaś zespół prof. Buszewskiego stara się znaleźć dla nas rozwiązania w oparciu o zaawansowane metody i sprzęt.

Zaczęliśmy międzynarodową współpracę z Innsbruckiem z prof. Ammanem oraz Rostockiem z prof. Schubertem nad projektem zwanym BAMOO, który określa substancje wydzielane w powietrzu przez ludzi chorych i zdrowych, dzięki czemu można poszukiwać markerów chorób nowotworowych w oddechu. To zbliża nas do następnej grupy badawczej – prof. Tadeusza Jezierskiego, który hoduje

psy, będące w stanie odróżnić po zapachu moczu ludzi chorujących na nowotwory. Wciąż nie wiemy dlaczego to potrafią, ale staramy się to ustalić razem z prof. Buszewskim. Będziemy także dalej pracować w ICNT w zespole zwanym Biosep.

Redakcja: Docenia Pan Profesor możliwości Interdyscyplinarnego Centrum Nowoczesnych Technologii?

prof. Jackowski: Zawsze uważałem, że nauka powinna być interdyscyplinarna, a Centrum stwarza bardzo mocne podstawy aparaturowe. Takich możliwości jeszcze dotąd w naszym kraju nie widziałem. Całe nieszczęście polega na tym, że naszym naukowcom nie chce się występować o granty, a nauka musi działać na ich podstawie. Nawet laureaci nagrody Nobla w Stanach nie dostają pieniędzy budżetowych, a występują o granty. Moim zdaniem interdyscyplinarność napędza rozwój nauki.

Redakcja: Czy współpracujecie z jednostkami Collegium Medicum w Bydgoszczy?

prof. Jackowski: Współpracujemy z chirurgami z CM, niedługo chcemy zaproponować wspólne operacje, podobnie jak w przypadkach operacji przepuklin przeprowadzaliśmy je z chirurgami z dawnej Kliniki Ogólnej i Endokrynologicznej, co zakończyło się wspólną publikacją.

Redakcja: W ostatnich latach widać u Państwa znaczny wzrost publikacji w czasopismach posiadających punktację Impact Factor. Proszę przybliżyć nam, które z Państwa osiągnięć znalazły swe opisy w literaturze zagranicznej.

prof. Jackowski: Dzięki interdyscyplinarności możemy publikować w czasopismach o światowym poziomie, co zostało dostrzeżone. Mam kilku ambitnych, młodych ludzi, na czele z dr hab. Szeligą, którzy uwielbiają pracę naukową. Nauki podstawowe i medycyna – nawzajem się inspirujemy, i w ten sposób znajdujemy ciekawe projekty, występujemy o granty i publikujemy prace. Ostatnio publikujemy głównie w międzynarodowych czasopismach analitycznych i chirurgii małoinwazyjnej.

Redakcja: Czy prowadzicie Państwo dydaktykę dla studentów i czy jest to możliwe na bazie toruńskiego szpitala?

prof. Jackowski: Studenci przyjeżdżają do nas na bloki zajęciowe, nocują w małym hoteliku w Szpitalu Dziecięcym. Myślę, że z chęcią przyjeżdżają do Torunia, bo jesteśmy bardzo otwarci, jeśli chodzi o dydaktykę, zachęcamy do uczestnictwa w pracy Poradni i przy zabiegach operacyjnych. Staramy się

prowadzić zajęcia niezwykle interaktywne - z dyskusjami klinicznymi i omawianiem przypadków. Wydaje się, że jest to droga do inspiracji dla studentów. Od 2 lat prowadzi też kółko chirurgiczne dla studentów.

Redakcja: Gdzie najczęściej jeździe Państwo z wykładami?

prof. Jackowski: Jeździmy na sympozja, bo nie ma nic lepszego niż nauka przez podpatrywanie innych. Ja sam co dwa lata jeżdżę do Instytutu IRCAD/EITS w Strasbourgu, jednego z najlepszych ośrodków szkolenia w laparoskopii. Rozpoczęliśmy również operacje laparoskopowe z jednego portu. Łączymy z sukcesami chirurgię małoinwazyjną z endoskopią zabiegową.

Redakcja: Proszę powiedzieć kilka słów o funkcji konsultanta wojewódzkiego ds. chirurgii ogólnej?

prof. Jackowski: Staram się objeżdżać wszystkie oddziały chirurgii naszego województwa. Jedną z rzeczy, która mnie szczególnie zaskoczyła i zaniepokoiła to niezwykle wysoka średnia wieku chirurgów. Mam tego świadomość, że chirurg nie jest obecnie zawodem poszukiwanym - lekarz tej specjalności jest bardzo związany ze szpitalem, z ciężkimi dyżurami, nie ma specjalnie możliwości dobrej praktyki prywatnej, więc chętnych jest coraz mniej. Zorientowałem się, że średnia wieku ordynatora w województwie wynosi ponad 58 lat, a chirurga w ogóle - ponad 40 lat. W ubiegłym roku, dzięki pomocy Konsultanta Krajowego i Urzędu Wojewódzkiego udało mi się uzyskać 15 miejsc rezydencjowych, 10 chętnych zatrudniono i owa luka pokoleniowa zaczyna się wypełniać. Inaczej bałem się, że za kilka lat nie będziemy mieli chirurgów w województwie.

Jeżdżę po szpitalach i zobaczyłem sporo kwestii, które można zmienić i poprawić. Do wizytacji została mi jeszcze wschodnia część województwa, czyli okolice Włocławka. Myślę, że trzeba skoncentrować

szkolenie chirurgów w dużych ośrodkach o szerokim spektrum, by mogli przygotować się na późniejszą pracę w trudniejszych warunkach szpitali powiatowych - zapraszamy ich na przykład na zebrańia Sekcji Wideochirurgii. Sprawozdania z pracy konsultanta przedstawiam wojewodzie i wyłania się z nich pewien obraz chirurgii w województwie, chirurgii, która wymaga wsparcia, tym bardziej, że jest źle wyceniona przez NFZ, a co za tym idzie, źle widziana przez dyrektorów szpitali, bo przynosi straty. Poza tym bardzo dużą rolę odgrywa tutaj drogi sprzęt do elektrochirurgii czy diagnostyki, aby operować we właściwym czasie i miejscu, którego w mniejszych szpitalach po prostu brak.

Redakcja: Jest Pan Przewodniczącym Zarządu Bydgosko-Toruńskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich i członkiem kilku towarzystw chirurgicznych...

prof. Jackowski: Organizacja zebrań Sekcji Towarzystwa Chirurgów Polskich pomaga mi także w pracy konsultanta. Staramy się zaprosić do nas co miesiąc dwa najznakomitsze sławy chirurgii polskiej, poza tym każdy z rezydentów, aby zaliczyć rezydenturę, musi przygotować kilkuminutowe wystąpienie, ucząc się pracować nad referatem i z nim wystąpić.

Redakcja: Z jakiego osiągnięcia zawodowego jest Pan Profesor naprawdę dumny?

prof. Jackowski: Najbardziej dumny jestem z tego, że udało mi się stworzyć taki wspaniały zespół, który stara się rozwijać i robić coś nowego. Cieszę się, gdy powstają nowe doktoraty, nowe sposoby operacyjne. Cieszę się również i z tego, że udoskonaliliśmy metody leczenia, tak iż gros pacjentów, którzy dawniej spędzali w szpitalu wiele dni, może opuścić nasze mury następnego dnia po zabiegu. Drugim powodem do dumy jest wachlarz zabiegów, jaki wykonujemy. Moi współpracownicy są zatem wyszkoleni w wielu dziedzinach chirurgii. Co prawda,

operując jeden narząd nabiera się wielkiej wprawy, ale chodzi również o to, by mieć szerokie spojrzenie na chirurgię i posiadać umiejętności i możliwość wykonywania w tym samym miejscu różnych procedur.

Redakcja: Czy Pan Profesor miewa czas wolny, a jeżeli tak, w jaki sposób go wykorzystuje?

prof. Jackowski: W czasie wolnym uprawiam sport - jeżdżę na nartach. Przynajmniej dwa razy w tygodniu gram w tenisa i ... jeżdżę na rolkach, ostatnio z moimi wnuczkami. Nie lubię biegać.

Redakcja: Literatura, film, muzyka....

prof. Jackowski: Dużo czytam, nie tylko literatury medycznej, którą muszę śledzić, bo trzeba być cały czas na bieżąco. Lubię literaturę faktu, jestem zachwycony np. reportażami Jacka Hugo-Badera z Rosji, poza tym staram się także czytać biografie różnych sławnych ludzi, bo można się z nich czegoś nauczyć. Moim ukochanym filmem jest „Ojciec chrzestny” - żona żartuje, że to wyraz moich zapędów dyktatorskich. Jestem zauroczony muzyką latynoamerykańską, często słucham „Sjesty” Kydryńskiego.

Redakcja: Rodzina...

prof. Jackowski: Moja żona jest psychiatrą, mam córkę i syna, oraz trzy wnuczki ze strony córki (wszystkie trzy w szkole muzycznej, organy, skrzypce i pianino) i dwie młodsze wnuczki ze strony syna, adwokata, który pracuje i mieszka na stałe w Nowym Jorku.

Redakcja: Marzenia...

prof. Jackowski: Po pierwsze chciałbym, żeby się udało rozbudować szpital. Po drugie, żeby z ludzi, których szkole, udało się stworzyć następne pokolenie. A osobiste marzenie? Podróże po świecie, na co nie mam za dużo czasu...

ze strony Redakcji rozmowę prowadzili mgr Monika Kubiak i dr Krzysztof Nierzycki

Dokąd zmierza Uniwersytet?

wywiad z JM Rektorem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, prof. dr. hab. Andrzejem Tretynem

Winicjusz Schultz: Oferta dydaktyczna UMK jest jak alfabet: od A do Z, od archeologii po zabytkoznawstwo. Brakuje Panu czegoś w tym alfabecie? Jakiegoś kierunku, specjalności?

prof. Andrzej Tretyn: Myślmy o psychologii, ale nie jest to kierunek, który łatwo można powołać. Mamy natomiast szereg pomysłów na nowe kierunki, które jesteśmy w stanie uruchomić w krótkim czasie siłami

naszych pracowników. Dla przykładu, od najbliższego roku akademickiego otworzymy tzw. studia miejskie. Na świecie takie studia, przygotowujące późniejszych absolwentów do pełnienia różnych ról w instytucjach miejskich, są bardzo popularne.

Winicjusz Schultz: Czy władze miejskie Torunia wykazują zainteresowanie tym kierunkiem?

prof. Andrzej Tretyn: Tak, w najbliższym czasie nasze kolegium rektorskie będzie na ten temat rozmawiać z prezydentem Michałem Zaleskim i innymi przedstawicielami władz miasta.

Winicjusz Schultz: Nie ma dobrej dydaktyki bez nauki na wysokim poziomie. W tym kontekście dość często słyszy się, że UMK ma być solidnym europejskim

uniwersytetem. To wciąż jeszcze postulat czy już rzeczywistość?

prof. Andrzej Tretyn: Sądzę, że jesteśmy solidnym europejskim uniwersytetem, co - mam nadzieję - znajdzie swoje odzwierciedlenie w najbliższej ocenie przeprowadzanej przez agendy Unii Europejskiej. Pod względem potencjału naukowego zajmujemy przecież trzecie miejsce wśród polskich uniwersytetów.

Winicjusz Schultz: W dzisiejszym świecie zmierzenie poziomu nauki uprawianej na danej uczelni staje się coraz bardziej precyzyjne. Rankingi, listy cytowań poszczególnych prac i naukowców pozwalają uzyskać prawdziwy obraz także w tej dziedzinie. Które parametry uważa Pan za szczególnie wiarygodne, dobrze opisujące naukowca i daną naukę?

prof. Andrzej Tretyn: Trzeba być w tym bardzo ostrożnym. Stosunkowo łatwa jest ocena pracowników z wydziałów eksperymentalnych, ponieważ oni od lat publikują w renomowanych czasopismach, które podlegają zewnętrznej ocenie. W naukach humanistycznych jest trudniej, bo ich przedstawiciele nie są przyzwyczajeni do zabiegania o publikowanie w wysoko punktowanych czasopismach. Wolą raczej pisać monografie, podręczniki, prace zbiorowe. Tym niemniej kryteria narzucane przez resort nauki z pewnością spowodują w tym zakresie zmiany, bo bez tego wydziały humanistyczne i społeczne nie będą dobrze wypadać w ocenach, od których w dużym stopniu zależy poziom finansowania. Czy te kryteria pozwalają na właściwe mierzenie naukowej wartości pracy uczonych? Można by dyskutować.

Winicjusz Schultz: No właśnie, co ma zrobić „biedny” polonista czy historyk? Przecież nikt nie opublikuje ich artykułów w USA czy w Wielkiej Brytanii.

prof. Andrzej Tretyn: Myślę, że intrygujące prace można publikować wszędzie. Takie amerykańskie uczelnie jak Harvard czy Stanford mają olbrzymie biblioteki, w których gromadzą także nasze prace, nawet pisane po polsku. Tym niemniej prawdą jest, że trudno na zewnątrz sprzedać artykuły w tych bardziej hermetycznych dziedzinach.

Winicjusz Schultz: Niekiedy humaniści skarżą się na nierówność szans, podkreślając, że prace astronomów mają po 500 albo i 1000 autorów, więc „na dzień dobry” każdy z nich ma na koncie mnóstwo cytowań, tymczasem humaniści piszą w pojedynkę lub z kolegą.

prof. Andrzej Tretyn: To też praw-

da, zresztą takie wieloautorskie i wielośrodkowe prace powstają również w medycynie. Jeśli jednak chodzi o cytowania, to byłbym ostrożny, bo nie znam astronomów, którzy mieliby wiele tysięcy cytowań na koncie.

Winicjusz Schultz: A co z artystami?

prof. Andrzej Tretyn: Artyści mają swój świat i potrafią się oceniać w swoim gronie. Ważnym wyznacznikiem jest też postrzeganie ich dzieł przez nabywców.

Winicjusz Schultz: Jak owe narzędzia, np. rankingi cytowań, opisują UMK i poszczególne dziedziny nauki uprawiane na toruńskim uniwersytecie? Kto wyróżnia się szczególnie? W których dziedzinach UMK to już światowy poziom?

prof. Andrzej Tretyn: Ten ranking obejmuje tylko pracowników wydziałów eksperymentalnych, z których to osób wiele w ocenianym okresie pracowało za granicą albo dołączyło do nas, mając już pewną renomę w świecie. Tak to jest, że o osiągnięciach uczonych świadczą liczby cytowań.

Winicjusz Schultz: Dobrym przykładem może być prof. Maciej Wojtkowski.

prof. Andrzej Tretyn: Jest to młody naukowiec, bo ma 38 lat, a przy tym najwięcej cytowań na UMK. Podkreślę, że podczas wielokrotnych pobytów za granicą zawsze dbał o afiliację przy UMK, co nie zawsze jest regułą w przypadku prac publikowanych przez naszych pracowników przebywających na kilkuletnich wyjazdach. Naszą słabością jest zresztą stosunkowo niewielka liczba prac publikowanych ze współautorami zagranicznymi. Akurat prof. Maciej Wojtkowski ma współpracowników na całym świecie, buduje coraz silniejszy zespół. Ten proces zapoczątkował zresztą prof. Andrzej Kowalczyk, który nie bał się inwestować w młodych ludzi i stworzył im wspaniałe warunki rozwoju.

Winicjusz Schultz: Są także rankingi szkół wyższych, kierunków. Może spróbujmy osobom mniej zorientowanym w tej materii wytłumaczyć, jak powstają? Trzeba przyznać, że w światowych rankingach polskie uczelnie plasują się bardzo daleko.

prof. Andrzej Tretyn: Jeśli chodzi o rankingi światowe, najlepsze polskie uniwersytety plasują się w czwartej czy piątej setce. Na świecie liczą się trzy rankingi. Najbardziej znany jest ranking szanghajski, bardzo hermetyczny i specyficzny. W jego pierwszej setce nie znajdzie się uczelnia, która nie ma wśród pracowników czy absolwentów noblisty. Poza tym jego twórcy oceniają tylko osiągnięcia na-



prof. dr hab. Andrzej Tretyn, rektor UMK,
fot. Maciej Mierzejewski

ukowe, a przecież my jesteśmy pracownikami naukowo-dydaktycznymi. Dodam, że w tym roku po raz pierwszy składamy aplikację w rankingu QS i mam nadzieję, że znajdziemy się w 10 proc. najlepszych uniwersytetów na świecie.

Winicjusz Schultz: Większe zainteresowanie wzbudzają rodzime rankingi, choćby wśród tych, którzy planują studiowanie. I tu UMK od lat jest w ścisłej czołówce. Może być jeszcze wyżej?

prof. Andrzej Tretyn: Mamy piąte miejsce wśród uniwersytetów, a w stawce wszystkich polskich uczelni zazwyczaj mieścimy się w pierwszej dziesiątce rankingu „Perspektyw” i „Rzeczpospolitej”. To bardzo dobre wyniki, tym niemniej jednym z moich celów, ale i powinności w roli rektora jest poprawa tych notowań.

Winicjusz Schultz: Na rynku liczy się zarówno poziom, jak i unikatowość. Co w tej drugiej sferze w sposób szczególny wyróżnia UMK na tle innych polskich uniwersytetów?

prof. Andrzej Tretyn: Nasza oferta jest bardzo szeroka, mamy trzy wydziały medyczne, sztuki piękne i teologię. Brakuje nam tylko silnych wydziałów technicznych.

Winicjusz Schultz: A jaka jest szansa na powstanie wydziału technicznego?

prof. Andrzej Tretyn: Będzie to trudne, bo w naszym mieście nie ma takich tradycji. Musimy pozyskać kadrę z zewnątrz, a poza tym baza dydaktyczna dla studentów kierunków technicznych bardzo dużo kosztuje.

Winicjusz Schultz: Od pewnego czasu toczy się dyskusja dotycząca przyszłości

polskich uczelni. Jednym z najważniejszych jej wątków jest kwestia modelu szkoły wyższej, którą najprościej ująć można tak: dana szkoła musi wybrać, czy chce być uczelnią naukową, kształcącą elity i uprawiającą naukę na światowym poziomie, czy uczelnią zawodową, nastawioną przede wszystkim na dydaktykę pod kątem zapotrzebowania lokalnego rynku pracy. Jaka droga czeka UMK?

prof. Andrzej Tretyn: Czujemy się bardzo dobrą uczelnią naukową i będziemy starać się o ugruntowanie naszej pozycji. W ten sposób staniemy się też atrakcyjni dla młodych ludzi podejmujących studia, którzy chcą nie tylko zdobyć jakikolwiek dyplom, ale też studiować na uczelni cieszącej się dużym prestiżem. Myślę, że młodzież coraz większą uwagę będzie zwracać na to, co im da studiowanie na danej uczelni.

Winicjusz Schultz: A czy pracodawcy też bacznie przyglądają się temu, kto kandydatów wystawił dyplom?

prof. Andrzej Tretyn: Patrzą na to. Nasz uniwersytet wykształcił już wielu mądrych ludzi, którzy teraz decydują o zatrudnieniu w firmach. Zresztą i prezydent Michał Zaleski, i marszałek województwa Piotr Całbecki podkreślają przy każdej okazji, że ukończyli studia na UMK.

Winicjusz Schultz: Mam wątpliwości, czy można jednak podjąć wiążącą decyzję dotyczącą całej uczelni. Są bowiem dziedziny będące powodem do dumy, ale są i takie, których poziom można by określić jako przeciętny. A jak do tego doda się też kierunki i specjalności, na których od większości absolwentów oczekuje się przede wszystkim, że będą praktykami, a nie naukowcami, to chyba nie da się przyjąć 100-procentowego modelu uczelni *stricte* naukowej?

prof. Andrzej Tretyn: Rynek edukacyjny będzie nas weryfikował. Młodzi ludzie nie będą kierować się tylko tym, że łatwo się dostać na jakiś kierunek. W dobie niżu demograficznego musimy jeszcze bardziej dbać o atrakcyjność naszej oferty dydaktycznej. Myśląc odpowiedzialnie o młodzieży, musimy jej zapewniać jak największe szanse na sukces na rynku pracy. Mam na myśli przede wszystkim kompetencje, bo wiedza jest obecnie dostępna wszędzie. Przez Internet nie można natomiast zdobyć doświadczenia, nauczyć się budować relacji międzyludzkich, pracować w zespołach itd. Pod tym kątem musimy myśleć, bo tego oczekuje rynek pracy i tego oczekują ludzie, którzy wysyłają do nas swoje dzieci i łożą na ich utrzymanie w nadziei, że absolwenci stu-

diów będą w stanie podjąć samodzielne i odpowiedzialne życie zawodowe.

Winicjusz Schultz: Rozstrzygnięcie dylematu: uczelnia elitarna czy egalitarna wiąże się chyba także z rewolucyjnymi decyzjami kadrowymi, lokalowymi. Oto prosty przykład: zamiast 100 studentów mamy na roku 20 najlepszych z rekrutacji. Nie potrzeba dla nich tylu sal, tylu wykładowców.

prof. Andrzej Tretyn: To jeszcze nie ten czas. Nasze sale dydaktyczne są wykorzystywane w zasadzie w stu procentach. Na niektórych kierunkach rzeczywiście pracownicy nie są nadmiernie obciążeni obowiązkami dydaktycznymi, ale trzeba pamiętać też o ich pracy naukowej. Takie okoliczności sprzyjają osiąganiu sukcesów w badaniach.

Winicjusz Schultz: Zapewne liczy Pan na zwiększenie liczby pozyskiwanych grantów na projekty badawcze?

prof. Andrzej Tretyn: W ostatnich konkursach Narodowego Centrum Nauki zajęliśmy 11 miejsce wśród wszystkich uczelni. Nie jest to zły wynik, ale w poprzednich latach było lepiej. Wnioski można wyciągać, bazując na danych z kilku lat, ponieważ w poszczególnych latach zdarza się, że nasze zainteresowania nie są do końca zbieżne z aktualnymi zapotrzebowaniami definiowanymi przez instytucje rozdzielające fundusze na badania.

Winicjusz Schultz: Poza tym nie wszyscy pracownicy są przyzwyczajeni do pozyskiwania pieniędzy na badania naukowe z zewnątrz, bo jeszcze nie tak dawno uczeni uważali, że zapewnienie im wszelkich funduszy należy do zadań pracodawcy, czyli uczelni.

prof. Andrzej Tretyn: To już jest przeszłość. Wielokrotnie sam byłem kierownikiem grantów Komitetu Badań Naukowych, a później ministerstwa w kolejnych wcieleniach. Wiem, że w naukach eksperymentalnych prowadzenie badań bez środków zewnętrznych jest w ogóle niemożliwe. Pewnie łatwiej jest humanistom, ale i oni dostrzegają korzyści płynące z realizacji grantów, które ułatwiają prowadzenie kwerend, wyjazdy, nawiązywanie kontaktów międzynarodowych itd. Obecnie funkcjonujący system został na świecie dobrze sprawdzony i nie ma innej drogi.

Winicjusz Schultz: Został Pan rektorem na niełatwe czasy. Z jednej strony wielkie reformy szkolnictwa wyższego i nauki, z drugiej niż demograficzny, deficyt w budżecie uczelni. Co postrzega Pan za największe zagrożenia, a co za największe szanse UMK w tych trudnych czasach?

prof. Andrzej Tretyn: Nie ma łatwych czasów, ale faktycznie mamy do czynienia z pewną kumulacją niekorzystnych czynników. Mamy kryzys ekonomiczny i niż demograficzny. Jeszcze 10 lat temu odpłatne studia niestacjonarne były prowadzone w zasadzie na wszystkich wydziałach i zapewniały uczelni niemałe przychody. Teraz mamy 32 tys. studentów, a pamiętamy czasy, kiedy kształciliśmy 45 tys. osób. I to jest efekt łącznie spadku zainteresowania studiami niestacjonarnymi, który w kolejnych latach może się jeszcze pogłębić. Wiedząc o tym, musimy poszukiwać innych form finansowania, między innymi coraz intensywniej aplikując o środki na badania. W około 13 proc. finansujemy naszą działalność z funduszy zewnętrznych przeznaczonych na prowadzenie projektów badawczych. Nasza strategia zakłada podwyższenie tego składnika do roku 2020 do 20 proc., co pozwoliłoby nam zniwelować negatywne skutki zjawisk od nas niezależnych.

Winicjusz Schultz: Nie ma co się dziwić mniejszemu zainteresowaniu studiami niestacjonarnymi, skoro z uwagi na niż demograficzny dużo łatwiej jest się dostać na „bezpłatne” studia stacjonarne.

prof. Andrzej Tretyn: Nie są to studia bezpłatne, ale też nie płaci się za nie bezpośrednio. Chciałbym jednak, żeby kandydaci do studiowania u nas kierowali się raczej naszą renomą i traktowali naszą uczelnię jako miejsce, gdzie zdobędą wiedzę i zawód, które dadzą im satysfakcję na całe życie.

Winicjusz Schultz: W tym roku obchodzimy okrągłe rocznice urodzin i śmierci patrona toruńskiego uniwersytetu - Mikołaja Kopernika. Jakie wydarzenia będą szczególnie znaczące w obchodach tych rocznic i zarazem Święta Uczelni?

prof. Andrzej Tretyn: Święto Uczelni zawsze przypada w dzień urodzin Mikołaja Kopernika, czyli 19 lutego, a w tym roku będzie to 540. rocznica. Tym razem obchodzimy również, wraz z biskupem naszej diecezji, prezydentem miasta i marszałkiem województwa, dni dziedzictwa naszego patrona. Uroczystości z tym związane odbędą się 18 lutego. Przy okazji Święta odbędzie się też w Toruniu posiedzenie Konferencji Uniwersytetów Polskich w dniach 17-19 lutego.

Winicjusz Schultz:
Dziękuję za rozmowę.

z prof. Andrzejem Tretynem rozmawiał Winicjusz Schultz, redaktor naczelny „Głosu Uczelni”

przedruk z „Głosu Uczelni” 2013 nr 2

Święto Uczelni 2013

Święto Uczelni rozpoczęło się o godz. 10.15 złożeniem kwiatów pod pomnikiem Mikołaja Kopernika na Rynku Staromiejskim przez Senat UMK. W tym samym czasie Centrum Sportowe UMK, w którym trwają prace wykończeniowe zwiedził wicemistrz sportu Grzegorz Karpiński.

Uroczystość w auli, w trakcie której wręczone zostały dyplomy nowym doktorom habilitowanym i wyróżnionym doktorom z poszczególnych wydziałów oraz odznaczenia i medale pracownikom Uniwersytetu, rozpoczęła się o godz. 11.00.

- Inauguracja najbliższego roku akademickiego odbędzie się w Bydgoszczy - zapowiedział rektor UMK prof. Andrzej Tretyn. Wczorajsze święto uczelni stało się okazją do zaprezentowania jej nowej dewizy: „We wszystkim szukać prawdy”

Święto uczelni zawsze wypada 19 lutego, w dzień urodzin Mikołaja Kopernika. Jednak w br. było z nim związane wyjątkowo mocno. Naukowcy uczcili bowiem trzy okrągłe rocznice: 540. urodzin słynnego astronoma oraz 470. śmierci i pierwszego wydania „De revolutionibus...”. - Kopernik patrzył na konsekwencje odkrytej przez siebie prawdy w szerszy sposób. Wiedział, że przyniesie ona gwałtowną zmianę nie tylko naszej wiedzy o wszechświecie, ale także zupełnie nowe spojrzenie człowieka na siebie samego - przekonywał prof. Andrzej Tretyn, rektor UMK.

W dalszej części wystąpienia prof. Tretyn przedstawił nową dewizę uniwersytetu: „Veritas in omnibus quaerenda est” (We wszystkim szukać prawdy), która pochodzi z jednego z listów Kopernika. To nawiązanie do tradycji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, który miał swoją nieoficjalną dewizę. Była fragmentem inskrypcji umieszczonej na dziedzińcu Poczobutta przy Obserwatorium Astronomicznym i brzmiała: Hinc itur ad astra (Stąd idzie się do gwiazd). „Veritas in omnibus quaerenda est” („We wszystkim szukać prawdy”).

Rektor zapowiedział też, że wobec remontu auli, który rozpocznie się lada dzień, uczelnia zainauguruje najbliższy rok w innym miejscu. - Inauguracja roku akademickiego 2013/2014 odbędzie się w Filharmonii Pomorskiej w Bydgoszczy. Już dziś zapraszam na tę uroczystość, która podkreśla, że uniwersytet składa się z dwóch równoprawnych kampusów, a Collegium Medicum jest niezwykle



fot. Wojciech Kardas, Gazeta Wyborcza

ważną częścią uczelni mającą istotny wpływ na jej pozycję i rozwój - powiedział prof. Tretyn, który już w czasie kampanii wyborczej zapowiadał starania o zbliżenie toruńskiej i bydgoskiej części UMK.

Obchody zorganizowano jednak tradycyjnie w auli przy ul. Gagarina. Przyciągnęły nie tylko społeczność akademicką UMK - od władz rektorskich, byłych rektorów i dziekanów po studentów - ale i naukowców z Nawarry, Padwy, Ferrari czy Togo, polityków, samorządowców, duchownych, przedsiębiorców. Nastrój był podniosły, choć nie zabrakło też akcentów humorystycznych. - Zacznę nietypowo: Houston, mamy problem! Nie ma moich okularów - przyznał na samym początku prof. Tretyn. Wkrótce jednak okulary się znalazły i rektor mógł odczytać swoje wy-

stąpienie. Później sekretarz stanu w Ministerstwie Sportu i Turystyki Grzegorz Karpiński, jak sam powiedział, wręczał odznaczenie profesorowi prawa, u którego oblał kiedyś na studiach egzamin. Zapewnił jednak, że dobrze wspomina okres studiów i ceni specyficznego „ducha uniwersytetu”, co wywołało lekki uśmiech siedzącego wśród prorektorów prof. Włodzisława Ducha. Z kolei kujawsko-pomorski wicemarszałek Dariusz Kurzawa wyłożył przed uczonymi - niestety, chyba całkiem serio - teorię o znaczącej roli liczby „3” w życiu Kopernika (astronom urodził się w 1473 r., zmarł i wydał największe dzieło w 1543, uzyskał doktorat w 1503 r., obchodzimy trzy ważne rocznice).

Ponadto tradycyjnie wręczono wyróżniającym się pracownikom odznaczenia

i medale. Były też promocja doktorska i wręczenie dyplomów doktora habilitowanego. Dzięki temu UMK ma największą w historii liczbę profesorów i doktorów habilitowanych - 662 (z tego 128 w CM). Aż 48 doktorów habilitowanych i 165 doktorów - to rekordowe liczby nadanych dyplomów podczas tegorocznych Świąt Uczelni.

Podczas uroczystości obchodów Świąt Uczelni 19 lutego 2013 r. Senat UMK uhonorował pracowników Collegium Medicum UMK medalami za szczególny wkład w rozwój Uniwersytetu oraz długoletnią służbę.

Wyjątkowe wyróżnienie - medal za zasługi położone dla rozwoju Uczelni otrzymał prof. dr hab. Roman Mazur, twórca Katedry i Kliniki Neurologii, którą kierował od początku jej powstania w 1985 r. do 1999 roku i z którą jest związa-

ny do dnia dzisiejszego.

Ponadto medalami za długoletnią służbę uhonorowani zostali zastrzeżeni pracownicy naukowcy i administracyjni Collegium Medicum UMK. Medale przyznano w kategoriach:

Medale Złote za Długoletnią Służbę:

- prof. dr hab. Marcin Dramiński
 - prof. dr hab. Józef Kędziora
 - prof. dr hab. Marek Grabiec
 - prof. dr hab. Jerzy Krysiński
 - prof. dr hab. Danuta Rość
 - prof. dr hab. Ryszard Oliński
 - dr hab. Tomasz Załuski, prof. UMK
 - dr Barbara Mucha
 - dr Andrzej Lewandowski
 - mgr Teresa Kosik
- Medale Srebrne za Długoletnią Służbę:
- prof. dr hab. Marek Harat
 - dr Jan Błażejowski

- dr Robert Bujak
 - mgr inż. Lidia Król-Durmowicz
- Medale Komisji Edukacji Narodowej:
- prof. dr hab. Wojciech Hagner
 - prof. dr hab. Andrzej Kurylak
 - prof. dr hab. Bożena Modzelewska-Banachiewicz
 - dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK
 - dr hab. Piotr Cysewski, prof. UMK
 - dr hab. Konrad Misiura, prof. UMK
 - dr Anna Wankiewicz
 - dr Robert Ślusarz

Dyplomy doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymali: dr hab. Beata Augustyńska, dr hab. Jacek Budzyński, dr hab. Małgorzata Łukowicz, dr hab. Dorota Olszewska-Słonina, dr hab. Zbigniew Serafin, dr hab. Jacek Szeliga i dr hab. Marcin Woźniak.

www.cm.umk.pl

Gdyby Kopernik odwiedził Bydgoszcz

Jan Styczyński, Magdalena Brończyk, Agnieszka Milik-Skrzypczak

W roku 2004 dokonał się przełom w rozbudowie potencjału bydgoskiej Akademii Medycznej. Wiązał się on z fuzją sił uczelni medycznej i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. W ten sposób UMK, jako druga uczelnia w Polsce, stał się pełnoprofilowym uniwersytetem, z wydziałami medycznymi Collegium Medicum.

Gdyby Mikołaj Kopernik, jako patron Uniwersytetu, mógł odwiedzić teraz Bydgoszcz, zapewne byłby pod wrażeniem, jak silnie Collegium Medicum przyczyniło się do rozwoju UMK i idei nowoczesnego uniwersytetu. Jako Collegium Medicum UMK wkroczyliśmy

w kolejną fazę rozwoju uczelni, która mając najmłodszy rodowód medyczny w Polsce, sukcesywnie rozrasta się i dąży do wzrostu marki. Kierując się zasadą małych, ale skutecznych kroków, wdrażamy kolejne innowacje zgodne z trendami współczesnego świata nauki. Stale rozwijamy współpracę z najlepszymi światowymi instytucjami naukowymi i badawczymi, stawiając na nowatorskość i współdziałanie w zakresie wymiany międzynarodowej myśli naukowej.

Jednym z kroków na drodze ku przyszłości było uruchomienie w roku 2009 studiów anglojęzycznych na kierunku lekarskim. Studia te są dostępne dla cu-

dzoziemców i Polaków. Kształcenie osób z zagranicy wpisuje uczelnię w światowy trend internacjonalizacji uniwersyteckiej i daje szansę na doskonałą promocję naszego potencjału naukowego. Aktualnie na studiach anglojęzycznych kształcą się 109 studentów. Popularność medycznych studiów anglojęzycznych zgodna jest z ogólną tendencją, skoro wśród dziesięciu cieszących się największym zainteresowaniem kierunków na UMK aż siedem stanowią kierunki realizowane w Collegium Medicum.

Działalność Uczelni ma swoje odzwierciedlenie w jej promocji. Na mapie uczelnianych sukcesów odnotowujemy między innymi działalność Działu Promocji Collegium Medicum, który w 2012 r. zajął pierwsze miejsce w konkursie zorganizowanym przez Stowarzyszenie PR i Promocji Uczelni Polskich na najlepszy projekt lub działanie promujące naukę i uczelnię - tak doceniono nasze Medialia.

Sukces promocyjny towarzyszył także osiągnięciom akademickim. W grudniu 2012 r. Centralna Komisja do spraw Stopni i Tytułów przyznała Wydziałowi Nauk o Zdrowiu uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk o zdrowiu. Ponadto wydział uruchomił kształcenie studentów na nowych kierunkach. Wydział Farmaceutyczny postawił na wzrost jakości kadry uniwersyteckiej i udział pracowników naukowych w pozyskaniu grantów badawczych. W okresie ostatnich trzech



fot. Andrzej Romański

lat zrealizowano piętnaście grantów państwowych i międzynarodowych. Swoją szansę na zaistnienie na polu naukowym wykorzystała Katarzyna Bergmann, która kończąc studia stacjonarne na Wydziale Farmaceutycznym, zdobyła tytuł najlepszej absolwentki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w roku akademickim 2011/2012. Jednocześnie jako doktorantka studiów w zakresie nauk medycznych, zdobyła Diamentowy grant, skierowany do młodych naukowców, którzy już na studiach prowadzą badania naukowe. Z kolei na liście osiągnięć Wydziału Lekarskiego znajduje się pozyskanie dotacji ministra nauki i szkolnictwa wyższego na zakup aparatury naukowej w niespotykanej na skalę kraju kwocie ponad miliona złotych. Aktywność naukowa i organizacyjna Wydziału Lekarskiego została doceniona kilkoma nagrodami ministra zdrowia, marszałka województwa kujawsko-pomorskiego, a prof. Arkadiusz Jawień został wybrany na Ambasadora Regionu. Co warto podkreślić, działalność naukowa pracowników Collegium Medicum została też uhonorowana

w ostatnich trzech latach bardzo dużą liczbą nominacji profesorskich.

W kalendarium uczelnianych osiągnięć wpisuje się realizacja projektu Z nauki do biznesu, który prowadzony był w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Podczas jego trwania zorganizowano cykl szkoleń z przedsiębiorczości dla kadry akademickiej i studentów oraz stworzono formy wsparcia dla współpracy sfery nauki i przedsiębiorstw w województwie kujawsko-pomorskim. Pracownicy naukowo-dydaktyczni Collegium Medicum odbyli staże w przedsiębiorstwach branży medycznej naszego województwa. Ponadto w ramach projektu zarówno nauczyciele akademicy, jak i studenci ukończyli szkolenia z zakresu przedsiębiorczości akademickiej.

Termomodernizacja obiektów CM UMK poprawą efektywności wykorzystania energii to kolejny współfinansowany przez Unię Europejską projekt, który w znacznej części został zrealizowany w ubiegłym roku. W jego ramach zostały przeprowadzone prace termomodernizacyjne, realizowane w obiektach dydaktycz-

nych i szpitalnych Collegium Medicum.

Realizując sukcesywnie cel osiągnięcia wysokiego poziomu profesjonalizacji, administracja Collegium Medicum wdrożyła informatyczny system wspomagający zarządzanie Workflow. Jest to program zastępujący dotychczasowe papierowe zapotrzebowanie. Dostępny jest przez przeglądarkę internetową, a zapotrzebowania w większości realizowane są poprzez sklep, którego funkcjonalność zbliżona jest do sklepu internetowego. Ułatwia to pracownikom wszystkich jednostek organizacyjnych zamawianie produktów i zlecenie usług finansowanych z budżetu CM, którego wydatki w 2012 stanowiły kwotę rzędu 200 mln.

Założone przedsięwzięcia, wypełnienie podjętych zobowiązań oraz zdobyte sukcesy, które objęły sferę naukową, administracyjną i promocyjną Collegium Medicum, dają siłę napędową do rozwoju uczelni w kolejnych latach.

prof. dr hab. Jan Styczyński jest Prorektorem UMK ds. Collegium Medicum, mgr Magdalena Brończyk - Zastępcą Kanclerza UMK, a mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak pracownikiem Działu Informacji i Promocji

75 lat Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy obchodzi w tym roku Jubileusz 75-lecia istnienia. Ten piękny Jubileusz to okazja do przypomnienia całej społeczności akademickiej oraz mieszkańcom naszego regionu historii i tradycji Szpitala, przybliżenia sylwetek wybitnych postaci z dziedziny medycyny, które właśnie tu rozpoczynały swoją karierę medyczną, realizowały własne, często nowatorskie badania naukowe, pracowały i tworzyły Szpital od samego początku, dając tym samym wyraz zaangażowania w poprawę jakości leczenia pacjentów.

20 grudnia 2012 r. w Filharmonii Pomorskiej odbyła się wieńcząca jubileusz uroczystość Jubileuszu 75-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Obchody Jubileuszu objęte zostały honorowym patronatem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Bronisława Komorowskiego. Patronat nad uroczystością objęli również: Minister Zdrowia, Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Prezydent Miasta Bydgoszczy oraz JM Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Podczas uroczystości wręczone zosta-



Uroczystości 75-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, fot. Gazeta Pomorska



Uroczystości 75-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy,
fot. Gazeta Pomorska

ły honorowe statuetki i odznaczenia dla najwybitniejszych postaci związanych ze Szpitalem Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Medalem Prezydenta Miasta Bydgoszczy zostali uhonorowani wieloletni pracownicy lecznicy: Jadwiga Głowczewska, Joanna Kołakowska, Barbara Książkiewicz, Hanna Kubik-Świerczyńska, Katarzyna Pawlak-Osińska, Zofia Ruprecht, Grażyna Uchańska, Anna Wankiewicz. Prezydent Rafał Bruski na ręce dyrektora placówki Jarosława Kozery wręczył także medal dla szpitala.

Budynek szpitala powstał w latach 1928-1929. Potem prace ulegały spowolnieniu, Bydgoszcz została również dotknięta skutkami wielkiego kryzysu światowego. Trudności udało się pokonać dopiero w 1934 r. 13 grudnia 1937 r. nastąpiło uroczyste otwarcie szpitala, jednak tylko skrzydła zachodniego i części centralnej. Wschodnie – jeszcze kilka lat pozostało nieczynne w stanie surowym. W okresie okupacji hitlerowskiej do sierpnia 1940 r. Szpital Miejski pełnił funkcję wojskowego lazaretu polowego. W latach 1945-1951 lecznica przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9 podlegała Magistratowi, jako Szpital Miejski. W okresie 1951-1958 lecznica była Szpitalem Wojewódzkim, w 1958 r. wróciła pod zarząd miasta, jako Szpital Ogólny nr 1, by w 1973 r. stać się ponownie Szpitalem Wojewódzkim. Na podstawie uchwały Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Bydgoszczy z dnia 28 stycznia 1953 r. patronem szpitala został wybitny polski laryngolog dr Antoni Stanisław Jurasz. 1 września 1975 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Filię Akademii Medycznej w Gdańsku z Oddziałem Zamiejscowym Wydziału Lekarskiego. Jednocześnie utworzono w Bydgoszczy 19 klinik i zakładów, większość w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Od 1 stycznia 1985r. działa w Bydgoszczy Państwowy Szpital Kliniczny (PSK). Zgodnie z Ustawą z dnia 8 października 2004 r. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy została przekształcona w Collegium Medicum UMK, a Szpital im. dr. A. Jurasza stał się po 67. latach Szpitalem Uniwersyteckim.

Sylwetki wyróżnionych medalem prezydenta Bydgoszczy:

Zofia Ruprecht – Starszy Asystent w Klinice Endokrynologii i Diabetologii, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diabetologii dla województwa kujawsko-pomorskiego. Aktywnie przyczynia się do poprawy warunków zdrowotnych

w Bydgoszczy. Organizowała badania przesiewowe w kierunku cukrzycy dla mieszkańców Bydgoszczy.

Grażyna Uchańska – Starszy Asystent – Specjalista dermatolog wenerolog w Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii. Tytuł doktora nauk medycznych otrzymała w 1995 roku. Czynnie uczestniczyła w akcjach profilaktyki nowotworów pod nazwą „Euromelanoma Day” oraz „Regionalny Program Wczesnego Wykrywania Nowotworów Skóry” w latach 2007-2011.

Anna Wankiewicz – Starszy Asystent – Specjalista Dermatolog Wenerolog w Klinice Dermatologii, chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Szpitala oraz Starszy wykładowca Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera UMK w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Uzyskała dyplom lekarza w 1978 roku. Jej dorobek naukowy obejmuje kilkadziesiąt prac. Jest członkiem czterech Towarzystw: Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji. Pełni funkcję kierownika dydaktycznego Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii.

Jadwiga Głowczewska – Specjalista chorób wewnętrznych i geriatrii w Klinice Kardiologii i i Chorób Wewnętrznych

Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 29 lat pracuje w zawodzie lekarza służąc mieszkańcom miasta Bydgoszczy, a od 10 lat zajmuje się ludźmi w wieku podeszłym, troszcząc się o ich zdrowie w nowoczesnym geriatrycznym podejściu, łączącym wiedzę i praktykę kilku dziedzin medycyny. W 2009 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

Joanna Kołakowska – Specjalista chorób wewnętrznych, specjalista geriatrii w Katedrze i Klinice Geriatrii. Od 20 lat pracuje w zawodzie lekarza, służąc mieszkańcom miasta Bydgoszczy. W 2002 roku rozpoczęła pracę z prof. Kornelią Kędziorą-Kornatowską, współtworząc pierwszą w regionie i jedną z pierwszych w Polsce Klinikę Geriatrii.

prof. dr hab. n. med. Barbara Książkiewicz – Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Brała udział w działaniach organizacyjnych na rzecz Kliniki Neurologii. W ramach kształcenia podyplomowego wielokrotnie wykladała na ogólnopolskich szkoleniach dla lekarzy specjalizujących się w neurologii. Wyseparowała siedmiu lekarzy neurologów. Doktorat obroniła w 1981 roku, a habilitację w 1999 roku. Opublikowała dotąd kilkadziesiąt artykułów, doniesień zjazdowych, była współredaktorem

trzech monografii i podręcznika dla studentów medycyny. Promotor 6 prac doktorskich. Od 1994 roku Konsultant Wojewódzki ds. Neurologii w Województwie Kujawsko-Pomorskim.

Hanna Kubik-Świerczyńska – Starszy Asystent w Katedrze i Klinice Geriatrii. Pracę w szpitalu rozpoczęła w 1987 roku. W styczniu 2002 roku rozpoczęła współpracę z prof. Kornelią Kędziorą-Kornatowską, współtworząc Klinikę Geriatrii – pierwszą w regionie i jedną z pierwszych w Polsce. Od dziesięciu lat zajmuje się ludźmi w podeszłym wieku, troszcząc się o ich zdrowie w nowoczesnym geriatrycznym podejściu. Uczestniczy również w kształceniu studentów oraz lekarzy w ramach kursów specjalizacyjnych.

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Pawlak-Osińska – kierownik Zakładu Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 od 1989 roku. Jej wkładem w rozwój szpitala jest zorganizowanie od podstaw Zakładu Patofizjologii Narządu Słuchu i Układu Równowagi, który jedyny w mieście i województwie wykonuje diagnostykę i leczenie zaburzeń słuchu i układu równowagi. Położyła podwaliny w powołanie w Szpitalu im. Antoniego Jurasza Pododdziału Audiologii i Foniatrii, pierwszego w naszym mieście i województwie- jedynego w Polsce Północnej.

http://www.bydgoszcz.pl/miasto/aktualnosci/aktualnosci-2012-pazdziernik-grudzien/_Jurasz_ma_75_lat.aspx

Dziś świętujemy 75-lecie...

Wystąpienie Mieczysława Boguszyńskiego podczas uroczystości 75-lecia Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

Minęło zaledwie 15 lat od dnia, kiedy w tej sali uroczystości obchodziliśmy jubileusz 60-lecia. Dziś świętujemy 75-lecie. Mam pełną świadomość, że jako były wieloletni dyrektor reprezentuję setki pracowników, którzy ze szpitalem im. dr. A. Jurasza wiązali się często na całe życie zawodowe. Dla wielu, zwłaszcza w trudnych latach powojennych, był to ich drugi dom. Od lat chętnie korzystają z zaproszeń na spotkania emerytów. Dlatego i dziś są wśród nas. Kląnam się znamienitym gościom i obecnym pracownikom.

Jestem prawie pewien, że znajdą się krytycy tego przedsięwzięcia. że nie wiadomo po co, że zbyt trudny czas, że szkoda pieniędzy. Odrzucając zarzuty malkontentów, uprzejmie informuję, że koszty uroczystości zostały pokryte przez sponsorów. A gdyby nawet tak nie było, to czy można

zapomnieć o przeszłości i przekreślać dokonania poprzednich pokoleń, dzięki którym szpital tak pięknie się rozwinął. Słowo – jubileusz – kojarzy się przecież nieodparcie z takimi określeniami, jak pamięć i szacunek – pamięć dla dokonań, szacunek dla ludzi twórczej pracy.

A dokonania były istotnie wyjątkowe, że tak będzie wskazywały na to już początki. W latach dwudziestych, kiedy odradzała się polska Bydgoszcz, miasto liczyło prawie 100 tysięcy mieszkańców. Od początku widoczne było, że za rozwojem nie nadąża lecznictwo z zaledwie 72 łóżkowym Szpitalem Miejskim w dawnym klasztorze sióstr Klarysek. Dlatego bardzo szybko zdecydowano, że konieczna jest budowa nowego szpitala. Aktywne środowisko lekarskie inicjatywę władz miejskich nie tylko wspierało, ale od początku namawiało, żeby od razu

tworzyć dużą, nowoczesną lecznicę.

Dr Edward Soboczyński, pierwszy dyrektor, argumentował, że nowoczesność i przestronność, a więc i dobre warunki pobytu, przyciągną pacjentów ubezpieczonych w Kasach Chorych i oby jak najliczniejszych prywatnych, nie tylko z miasta, ale i otaczających powiatów. Taka polityka miała zapewnić przyszłemu szpitalowi stały dopływ środków gwarantujących płynną działalność. Uderzał też dr Soboczyński w nutę patriotyczną i zwracał uwagę na niepokojące zjawisko odpływu chorych, a więc i gotówki, do niemieckich szpitali w WM Gdańsku, które zachęcały Polaków znacznymi ulgami w opłatach za leczenie. A Wielkopolanie uwolnieni z ponad 130 letniego ucisku germanizacyjnego, kiedy nieraz słyszeli, że są nacją mniej wartościową, byli na tego rodzaju spostrzeżenia szczególnie



dr Mieczysław Boguszyński, uroczystości 75-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, fot. Gazeta Pomorska

uwrażliwieni. Wnet też przystąpili do realizacji własnych ambitnych planów. W Bydgoszczy jednym z dowodów, że sami sobie doskonale radzimy, był m.in. projekt wzniesienia dużego nowoczesnego szpitala miejskiego.

Do budowy przygotowano się z wielką starannością. Wpierw na polecenie prezydenta Bernarda Śliwińskiego delegacja miasta przy udziale lekarzy: dr. Sobczyńskiego i dr. Dziembowskiego, udała się do Niemiec i Holandii, by zapoznać się nowoczesnym budownictwem szpitalnym. Potem ogłoszono konkurs na projekt. Wygrał zespół z Warszawy. Koncepcja ta zakładała jednak dość kosztowną budowę systemem pawilonowym.

Dlatego została odrzucona. Wykonanie projektu zlecono więc bydgoskim architektom Bogdanowi Raczkowskiemu i Kazimierzowi Skicińskiemu z Miejskiego Wydziału Budownictwa. Zakładał on wzniesienie jednego okazałego budynku na kilkunastomorgowej działce, poza miastem – na Skrzetusku, gdzie jeszcze nie tak dawno dr Sobczyński, zapalony myśliwy, polował na kaczki.

Z wielkim uznaniem trzeba podkreślić dalekowzroczność władarzy miasta przy planowaniu. Projekt przestronnego szpitala miał od początku znaczne rezerwy lokalowe, które gwarantowały dalszy rozwój, a rozległy, otaczający teren jeszcze dziś pozwala na wznoszenie kolejnych ważnych obiektów. Z powodu kryzysu światowego i konieczności zaciągania pożyczek, prace – przerywane i na nowo podejmowane – trwały ponad 9 lat.

Wreszcie w dniu 13 grudnia 1937 r., na razie tylko w skrzydle zachodnim, uruchomiono 6 oddziałów. Z tej okazji

nie przygotowano żadnych uroczystości. Przewidziano je dopiero w 1939 r. po pełnym zakończeniu inwestycji. Nikt jeszcze nie wiedział, że wojna te plany zniweczy. Na razie wagę sukcesu miała podkreślać obecność prezydenta Leona Barciszewskiego i dyrektora Sobczyńskiego, w chwili przyjmowania pierwszych chorych, przewożonych ze starego szpitala.

Po wojnie budowę ukończono. Szpital nadal podlegał miastu. Początkowe trudności, z którymi borykali się ówczesni dyrektorzy: doktor Leonard Szturma i doktor Antoni Jędruszek, wiązały się przede wszystkim z ogromnymi brakami w zaopatrzeniu i z kłopotami w pozyskiwaniu kadr, zwłaszcza w służbach pomocniczych. Praca czekała bowiem w fabrykach, a lecznictwo było słabo opłacane. Dla ratowania sytuacji w pielęgniarstwie szpital zgodził się na zorganizowanie na miejscu szkoły. W miarę szybko uporano się natomiast z zatrudnieniem lekarzy. Z wysiedlenia wracali bydgoszczanie, m.in. internista dr Kazimierz Rekowski i radiolog dr Wiktor Sucharski. Nie wszyscy mieli tyle szczęścia. Dawni ordynatorzy: dr Antoni Tomicki i dr Paweł Chojnacki, zginęli w obozach koncentracyjnych. Bydgoszcz przyciągała jednak nowych, bo nie była miastem zniszczonym, poza tym miała właśnie ten swój duży nowoczesny szpital. A ludzie, którym wojna odebrała stabilizację, szukali swego nowego miejsca na ziemi. Z utraconego Wilna przybyli doświadczeni ordynatorzy: neurolog Napoleon Baniewicz i chirurg Władysław Żemojtel, a ze zniszczonej Warszawy – ginekolog Jerzy Monsiorski, chirurg Wojciech Staszewski i okulista Lucjan Wenda.

Szpital się rozwijał. Zamiast planowanych według projektu 400 łóżek, w zagęszczonych, teraz już 20 oddziałach, rozmieszczono ponad 900. W 1953 r. raz jeszcze odezwały się echa dawnych silnych więzi regionalnych. Wybierano patrona szpitala. Lekarze niezwiązani wcześniej z Bydgoszczą mieli swoich kandydatów, na których nie zgadzali się miejscowi. Ci domagali się i przeforsowali kandydaturę Wielkopolanina. Tak patronem został poznaniak, wybitny laryngolog – prof. Antoni Jurasz. Do pracy w szpitalu zaczęli się zgłaszać także młodzi lekarze po ukończeniu już powojennych akademii medycznych. Specjalizowali się, zdobywali stopnie naukowe, jak przyszły rektor akademii prof. Jan Domaniewski, jak późniejsi kierownicy klinik – prof. Nartowicz, doc. Ukłeja i doc. Malukiewicz, jak inicjator budowy i organizator znanego dziś bydgoskiego Centrum Onkologii dr Śniegocki. Powstawała atmosfera sprzyjająca nie tylko dobrej pracy usługowej, ale i działalności naukowej.

Stopniowo zaczął się rodzić pomysł utworzenia w Bydgoszczy akademii medycznej. Rodził się w atmosferze szczególnie dużego zaangażowania lekarzy naszego szpitala. Projekt zaakceptowały władze wojewódzkie. Dla jego realizacji niezbędne było jednak spełnienie kilku warunków. Jednym z nich było posiadanie odpowiednio wyposażonego szpitala klinicznego. Nikt nie miał wątpliwości, że rolę tę najlepiej spełni, po modernizacji, przestronny szpital im. A. Jurasza. Śmiałość i dalekowzroczność decyzji dawnych władz miejskich i tu, jak bezpośrednio po wojnie, odegrała swoją ważną rolę. Koszty rozbudowy zgodziły się pokryć władze wojewódzkie. Prace adaptacyjne trwały 9 lat. Na ten czas wszystkie kliniki i zakłady przeniesiono do obecnego szpitala im dr. J. Bizuela. Jednocześnie czyniono starania o pozyskanie dla przyszłego szpitala klinicznego, obok miejscowych, także samodzielnych pracowników nauki z innych akademii. Z Gdańska przybyli profesorowie – Romański, Mazur i Betlejewski. Poznań reprezentował prof. Mackiewicz i prof. Kałużny, a Wrocław prof. Boroń.

W marcu 1989 r. rozbudowany i zmodernizowany szpital otwarto już jako Państwowy Szpital Kliniczny. Od tej pory trwa nieustanny rozwój. Powstają nowe kliniki, pracownie diagnostyczne, instalowane jest coraz bardziej skomplikowane wyposażenie medyczne, a do uruchomienia przygotowany jest bardzo nowoczesny blok operacyjny.

W moim krótkim wystąpieniu chcia-

łem choć na chwilę przywrócić pamięć o dokonaniach poprzedników i roli jaką od początku swego istnienia nasz szpital odgrywał. Wiem, że wymienianie nazwisk podczas takiej uroczystości, to jak wchodzenie na pole minowe, niesie bowiem z sobą zawsze niebezpieczeństwo pominięcia kogoś szczególnie zasłużonego, a takich w szpitalu było wielu. Można by w ogóle bez. Ale przecież historię tworzą ludzie. Nie zapominam oczywiście o wieloletnich pracownikach z wyższym wykształceniem – nielekarzach, paniach pielęgniarkach, w tym siostrach Szarytkach, położnych, laborantach, salowych, pracownikach zaplecza technicznego i administracyjnego. Dzięki waszemu zaangażowaniu i poświęceniu udało się nam pokonać wszystkie trudności w okresie rozbudowy i modernizacji szpitala. Jestem pewien, że jest tak nadal. Proszę pozwolić, że podziękowanie za Państwa trud złożę na ręce mgr Jadwigi Tomaszewskiej, wieloletniej przełożonej i pierwszej naczelniej pielęgniarki szpitala klinicznego.

Obecnej dyrekcji i pracownikom życzę oczywiście samych sukcesów. Niech nie zanika duch wzajemnej życzliwości, wypracowany przez poprzednie pokolenia. Niech nadal praca w Szpitalu Jurasza



Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, fot. Sebastian Sontowski

będzie pracą, jak dawniej mówiono, w naszym, w moim Juraszu. Wiem, że czas się zmienił i nad wszystkim ciąży ekonomia. Obyśmy jednak w ekonomicznym pędzie nie zatracili się i nie zgubili ani chorego,

ani tradycyjnie dobrej w tym szpitalu atmosfery, ani dobrych wzajemnych relacji na linii pracownik – pracodawca.

Już z tytułem lekarza

Agnieszka Banach

„To symboliczny dzień, najważniejszy w waszym życiu. Koleżanki i koledzy, wszystkiego najlepszego na nowej drodze życia!” – mówił już nie do studentów, ale do młodych lekarzy, chwilę przed wręczeniem im dyplomów ukończenia studiów, 17 listopada 2012 r., prof. Jan Styczyński, prorektor ds. CM

W tym roku przysięgę Hipokratesa złożyło 149 studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum UMK. Słowami swojego przedstawiciela – Bartosza Myśliwca – obiecali: „W imieniu absolwentów przyrzekam, że swoją postawą będziemy dobrze świadczyć o naszej Alma Mater, rozsławiając jej imię.”

Najzdolniejsi młodzi lekarze zostali wyróżnieni. Najlepszym tegorocznym absolwentem został Wojciech Guenter z Torunia, który mógł pochwalić się nie tylko wysoką średnią, ale też punktowanymi publikacjami (uzyskał Impact Factor 1,5!).

Byłych już studentów CM żegnał prof. Jacek Kubica, dziekan Wydziału Lekar-

skiego. Podkreślał jak ważna jest profesja, którą sobie wybrali: „Nasz zawód jest szczególnie – dyplom jest zobowiązaniem na całe życie do dalszej nauki i świadomym przyjęciem odpowiedzialności za życie i zdrowie każdego człowieka, który

przyjdzie do was po pomoc.”

Tego dnia dyplomy odebrali też studenci biotechnologii 1. (46 osób) i 2. stopnia (32).

mgr Agnieszka Banach jest redaktorem „Primum Non Nocere”, przedruk z Primum Non Nocere 2013 nr 1, s. 3



Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego 2012, fot. Primum Non Nocere

Nowe uprawnienia do habilitowania dla Wydziału Nauk o Zdrowiu

Z dniem 17 grudnia 2012 r. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK uzyskał nowe uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk o zdrowiu, na podstawie decyzji Centralnej Komisji do Spraw Stopni i Tytułów, zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach na-

ukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Obecnie Wydział Nauk o Zdrowiu posiada następujące uprawnienia do nadawania stopni naukowych*:

- doktor nauk medycznych w dyscyplinie medycyna

- doktor nauk o zdrowiu
 - doktor habilitowany nauk o zdrowiu
- Źródło: Wykaz jednostek organizacyjnych uprawnionych do nadawania stopni naukowych i stopni w zakresie sztuki z dnia 17 grudnia 2012 r. - Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów*

www.cm.umk.pl

Prof. Jeremy Bradshaw z wizytą w Collegium Medicum

Rafał Michalski

13 lutego 2013 r. na zaproszenie Prorektora ds. Collegium Medicum w naszej uczelni gościł przedstawiciel Uniwersytetu w Edynburgu, Profesor Jeremy Bradshaw, Dziekan Wydziału Lekarskiego oraz Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu w Edynburgu.

Uniwersytet w Edynburgu jest aktualnie jedną z najlepszych uczelni na świecie a jej absolwentami jest wiele znanych osobistości jak np. ekonomista Adam Smith, były premier rządu Wielkiej Brytanii – Gordon Brown, czy znany inżynier – Alexander Graham Bell, biolog – Charles Darwin czy wreszcie lekarze – Joseph Lister i James Simpson. Natomiast, założona przez polskich lekarzy wojskowych w 1941 roku (pierwszym jej dziekanem był pułkownik dr Antoni Jurasz), Polska Szkoła Medyczna przy Uniwersytecie w Edynburgu kształciła lekarzy przede wszystkim w języku

polskim, studentów rekrutując głównie spośród młodych, polskich żołnierzy, którzy walczyli w armii brytyjskiej, a potem również cywilów.

Szkoła, przez niektórych historyków uważana za podstawę współczesnego szkockiego pogotowia ratunkowego, zanim zamknęła swoje podwoje w 1947 roku, wykształciła ponad 300 lekarzy, nadając polskie kwalifikacje zawodowe. W 1986 roku, w 45 rocznicę założenia Polskiej Szkoły Medycyny, jej absolwenci oraz przyjaciele, postanowili założyć fundusz stypendialny, dzięki któremu młodzi polscy lekarze pracujący w polskich szpitalach oraz ośrodkach badawczych mogą uczyć się i prowadzić badania w Szkocji.

Celem wizyty prof. Bradshawa było zapoznanie doktorantów naszej uczelni z bogatą ofertą stypendialną Uniwersytetu w Edynburgu. Oferta realizowana w ramach Polskiej Szkoły Medycyny wspiera wybra-

nych kandydatów w podjęciu dalszych studiów lub badań na Uniwersytecie w Edynburgu i powiązanych z nim instytucji.

Program stypendialny adresowany jest do polskich lekarzy naukowców:

- w początkach ich kariery (zwykle w ciągu 10 lat od otrzymania dyplomu),
- pracujących w polskich uczelniach medycznych i instytutach badawczych,
- biegle władających językiem angielskim (potwierdzenie certyfikatami).

Na spotkaniu obecna była mgr inż. Joanna Rybka, studentka studiów doktoranckich w Katedrze i Zakładzie Biochemii Collegium Medicum UMK, która aktualnie korzysta ze stypendium edynburskiego uniwersytetu. Przybliżyła ona uniwersytecką ofertę oraz udzieliła cennych rad i wskazówek, jak skorzystać z możliwości wyjazdu na Uniwersytet w Edynburgu.



od lewej: mgr Rafał Michalski (Dział Programów Międzynarodowych CM), dr hab. Michał Marszał (Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego CM), mgr inż. Joanna Rybka, studentka studiów doktoranckich w Katedrze i Zakładzie Biochemii CM, Prof. Jeremy Bradshaw (Dziekan Wydziału Lekarskiego oraz Medycyny Weterynaryjnej, Uniwersytet w Edynburgu), Prof. dr hab. Jan Styczyński (Prorektor ds. Collegium Medicum UMK), Prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk (Kierownik studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim CM).



mgr inż. Joanna Rybka, studentka studiów doktoranckich w Katedrze i Zakładzie Biochemii Collegium Medicum UMK, stypendystka w ramach Polskiej Szkoły Medycyny w Edynburgu

W spotkaniu niestety nie mogła uczestniczyć dr Maria Długolecka-Graham, która od wielu lat i z ogromnym zaangażowaniem pełni rolę Koordynatora Polskiej Szkoły Medycyny. Opiekuje się stypendystami z Polski po ich przyjeździe do Edynburga, wspiera ich i pomaga im.

Przedstawiciele Collegium Medicum UMK oraz Uniwersytetu w Edynburgu zadeklarowali chęć rozwijania wzajemnej współpracy naukowej. Stypendia w ramach Polskiej Szkoły Medycyny w Edynburgu są pierwszym zwiastunem tej współpracy.

mgr Rafał Michalski jest specjalistą z Działu Programów Międzynarodowych

Potrójny sukces Wydziału Farmaceutycznego

W tegorocznym konkursie prac dyplomowych Collegium Medycyny Laboratoryjnej, na który zgłoszono 12 prac doktorskich i rekordową liczbę 33 prac magisterskich, nagrodzone zostały dwie prace doktorskie i jedna praca magisterska realizowane w jednostkach Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

W grupie prac doktorskich, drugą nagrodę przyznano dr Lenie Nowak - Łoś za pracę pt. „Występowanie czynników prozapalnych i krążących kompleksów immunologicznych w surowicach kobiet z poronieniami nawykowymi”. Pra-

ca była realizowana w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, a jej promotorem była prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska – kierownik wymienionej jednostki.

Nagrodę trzecią przyznano dr. Tomaszowi Bogiel za pracę pt. „Charakterystyka szczepów *Pseudomonas aeruginosa* opornych na karbapenemy”, wykonaną pod promotorstwem dr hab. Eugenii Gospodarek, prof. UMK – kierownika Katedry i Zakładu Mikrobiologii.

W grupie prac magisterskich, druga nagroda została przyznana mgr Joannie Jaworskiej - absolwentce analityki medycznej - za pracę pt. „Lekowrażliwość oraz podobieństwo genetyczne szczepów

Escherichia coli izolowanych z krwi”. Opiekunem pracy była dr n. med. Patrycja Zalas-Więcek, adiunkt Katedry i Zakładu Mikrobiologii kierowanej przez dr hab. Eugenię Gospodarek, prof. UMK.

Na uwagę zasługuje fakt, iż tegoroczny konkurs cechował bardzo wysoki poziom, jak informuje dr hab. Bogdan Solnica, prof. UJ – Przewodniczący Komitetu Konkursowego. Zdecydowana większość zgłoszonych na konkurs prac uzyskała wysokie oceny recenzentów, natomiast wszystkie zwycięskie prace ocenione zostały przez recenzentów jako wyróżniające.

www.cm.umk.pl

Nagroda Ministra za wybitne osiągnięcia

Profesor Danuta Roś, kierownik Katedry Patofizjologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK, została laureatką Nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za rok 2012, w kategorii wybitnych osiągnięć w opiece naukowej i dydaktycznej.

Będące uhonorowaniem dorobku naukowo-dydaktycznego statuetki i nagrody finansowe trafiły do najwybitniejszych polskich uczonych i nauczycieli akademickich. Nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego są przyznawane od 2006 roku.

Profesor Danuta Roś jest specjalistką w zakresie chorób wewnętrznych i he-

matologii. Tematyka badawcza Profesora obejmuje zagadnienia procesu hemostazy człowieka w zdrowiu oraz zaburzenia mechanizmów krzepnięcia i fibrynolizy w różnych stanach patologicznych. W oparciu o zorganizowaną w Katedrze Patofizjologii w latach 2002-2003 Pracownię Hodowli Komórek wdrożyła i stale rozwija badania procesu angiogenezy (wpływ czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych na hodowle komórek śródbłonna naczyńowego). W 2004 r. została powołana przez Ministra Zdrowia do Zespołu Ekspertów, zajmującego się opracowywaniem programu specjalizacji w zakresie laboratoryjnej hematologii medycznej.

Profesor Danuta Roś miała istotny wkład w powstanie i rozwój Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Bydgoszczy, przekształconego później w Wydział Nauk o Zdrowiu. Opracowała autorski program nauczania przedmiotów: „organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia” i „zdrowie publiczne”. Zainicjowała również badanie jakości pracy pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych, jakości świadczonych w lecznictwie usług oraz jakości życia chorych na wybrane jednostki chorobowe. Za swoją działalność została odznaczona m.in. Srebrnym Krzyżem Zasługi i Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

www.cm.umk.pl

Medal dla Profesora Romana Mazura



Senat UMK uhonorował Profesora Romana Mazura z Katedry i Kliniki Neurologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK medalem „Za zasługi położone dla rozwoju Uczelni”. Medal został wręczony podczas uroczystych obchodów Święta Uczelni 19 lutego 2013 r. w Toruniu.

To wyjątkowe wyróżnienie otrzymują szczególnie zasłużeni długoletni pracownicy naukowcy i administracyjni UMK, a także osoby spoza uczelni i instytucje, których działalność pomaga w jej rozwoju.

Profesor Roman Mazur jest twórcą Katedry i Kliniki Neurologii, którą kierował od początku jej powstania w 1985 r. do 1999 roku i z którą jest związany do dnia dzisiejszego. Profesor Roman Mazur jest również twórcą Kliniki Neurologii na bazie Oddziału Neurologicznego Szpitala Wojewódzkiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz centrum udarów w Klinice Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza. Osiągnięcia naukowo-

dydaktyczne prof. Romana Mazura były podstawą do nadania mu tytułu profesora nadzwyczajnego w roku 1987 i profesora zwyczajnego w roku 1995.

Profesor Roman Mazur jest Członkiem Amerykańskiej Akademii Neurologii, Kawalerem Królewskiego Towarzystwa Medycznego, Członkiem Światowej Federacji Neurologicznej, Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu oraz jego twórcą i aktualnie Honorowym Prezesem. Wyrazem uznania dla Profesora Romana Mazura jako dydaktyka była funkcja Przewodniczącego Rady Szkolnictwa Medycznego przy Ministrze Zdrowia oraz nadane mu odznaczenia Zasłużony Nauczyciel PRL oraz Medalu Komisji Edukacji Narodowej. W roku 1998 Profesor został również odznaczony Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

www.cm.umk.pl

Nowi konsultanci w dziedzinie zdrowia

Dr hab. Barbara Zegarska została nowym konsultantem wojewódzkim w dziedzinie dermatologii i wenerologii, a dr n. med. Małgorzata Dąbkowska została konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Dr hab. Barbara Zegarska jest kierownikiem Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum UMK. Specjalizuje się w zakresie dermatologii i wenerologii.

Dr Małgorzata Dąbkowska jest wykładowcą w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK. Jest także koordynatorem Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Specjalizuje się w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz pediatrii.

Powołania 9 stycznia 2013 r. wręczyła Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Ewa Mes.

www.cm.umk.pl

Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Ewa Mes wręcza powołania na konsultantów wojewódzkich w dziedzinie zdrowia



Międzynarodowy sukces naszego doktoranta

Maciej Nowacki, doktorant Zakładu Inżynierii Tkankowej Wydziału Lekarskiego i jednocześnie student IV roku kierunku lekarskiego, otrzymał prestiżową, pierwszą nagrodę za pracę naukową i dokonania badawcze w zakresie prac związanych z tematem doktoratu.

Nagroda jako jedna z trzech została przyznana podczas 24 Międzynarodowego Kongresu Leczenia Nowotworów w Paryżu. Jury konkursowe stanowili przedstawiciele Towarzystwa Onkologicznego Paryskich Szpitali Akademickich, Francuskiej Narodowej Akademii Chirurgii i Europejskiego Towarzystwa Onkologicznego (ESMO).

Maciej Nowacki od 2004 roku ak-

tywnie prowadzi badania z zakresu eksperymentalnej chirurgii onkologicznej, transplantacyjnej i medycyny regeneracyjnej pod opieką prof. dr. hab. Tomasza Drewy. Zakres jego doktoratu dotyczy zastosowania opatrunków hemostatycznych o działaniu onkostatycznym w chirurgii raka nerki. Wykorzystuje w tych badaniach wnioski do ochrony patentowej opatrunki. Badania prowadzi na ludzkim nowotworze RCC który jest zaindukowany u myszy. Jest laureatem kilkunastu międzynarodowych i ogólnopolskich nagród i stypendiów, a także absolwentem staży naukowych na terenie USA, Niemiec, Austrii i Szwecji.

Współautorami sukcesu i laureatami nagrody są również:



- lek. Arkadiusz Jundziłł
- mgr Tomasz Kloskowski (uczestnik studiów doktoranckich)
- Dominik Tyloch (student VI roku kierunku lekarskiego)
- oraz koordynujący badania i kierownik projektu: prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa

www.cm.umk.pl

Nowi profesorowie: Andrzej Marszałek

Profesor Andrzej Marszałek jest absolwentem Akademii Medycznej w Poznaniu, którą ukończył w 1993 roku, wyróżniony medalem za osiągnięcia w nauce i pracę społeczną.

Doświadczenia zawodowe i naukowe zdobywał w kraju i w czasie stypendiów zagranicznych: Medizinische Hochschule Hannover (Niemcy), Kaplan Hospital filii Medical School of the Hebrew University and Hadass, Jerusalem (Izrael), Pathology Department, Oita Medical University (Japonia), Instytut Roberta Kocha w Berlinie, a także w czasie krótszych pobytów w Nowym Jorku, Bostonie, Manchesterze i Regensburgu. Otrzymał stypendia naukowe: Ministerstwa Nauki, Kultury i Sportu Rządu Japonii (MONBUSHO), Fundacji im. Batorego, Center for Disease Control, International Federation of Electron Microscopy Societies (dwukrotnie). Jest beneficjentem, jako kierownik i główny wykonawca, licznych grantów KBN i NCN.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1996 r. na podstawie rozprawy „Ultrastruktura naczyń krwionośnych w rozwijającym się płucu szczura”, a stopień doktora habilitowanego nauk medycznych na podstawie kolokwium i rozprawy „Odwracalne i nieodwracalne skutki podania egzogennej surfaktantu”.

Profesor Andrzej Marszałek jest autorem lub współautorem ponad 400 prac oryginalnych, opisów przypadków, prac poglądowych oraz rozdziałów w książ-

kach, a także doniesień zjazdowych. Łączny Impact factor przekracza 70, a liczba wartości punktacji MNIŚW przekracza 1000.

Za pracę naukową został wyróżniony nagrodami: Konferencji Studenckich Towarzystw Naukowych (jeszcze jako student), indywidualną Ministra Zdrowia, zespołową Ministra Zdrowia (1996), Międzynarodowej Federacji Towarzystw Mikroskopii IFSEM (1998, 2002), Zjazdu Polskiego Towarzystwa Patologów (2001, 2007) oraz nagrodami naukowymi Rektora Akademii Medycznej w Poznaniu i Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Profesor Andrzej Marszałek od 2007 r. kieruje Katedrą i Zakładem Patomorfologii Klinicznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK. Pełni lub pełni funkcje w organizacjach naukowych: Członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów (od 2010), Skarbnika Polskiego Oddziału International Academy of Pathology (od 2006), Przewodniczącego Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Patologów (od 2007), Członka Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego (XI kadencji) i Przewodniczącego Komisji Nauki i Współpracy Zagranicznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego (XI kadencji), Członka Panelu Ekspertów przygotowujących Krajowe Ramy Kwalifikacji (od 2009), Eksperta Bolońskiego (od 2011), Członka Poznań Chapter of Agder Academy of Sciences and Let-

ters, Członka Polskiej Grupy Roboczej Nowotworów Głowy i Szyi, Sekretarza Komisji Mikroskopii Elektronowej PAN (2003-2008), Członka Komitetu Narodowego ds. Współpracy z Międzynarodową Federacją Towarzystw Mikroskopowych (IFSM) przy Polskiej Akademii Nauk (2008-2010). Pełnił także funkcje Wiceprzewodniczącego Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików, Członka Komisji Rewizyjnej Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Patologów w kadencji 1995-1998 oraz 2001-2004.

Profesor Andrzej Marszałek od 2008 r. jest Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie patomorfologii dla województwa kujawsko-pomorskiego.

www.cm.umk.pl



Nowi profesorowie: Ewa Żekanowska

Profesor Ewa Żekanowska jest absolwentką Wydziału Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Wrocławskiego. Po ukończeniu studiów w roku 1986 rozpoczęła pracę w Katedrze Patofizjologii w ówczesnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, gdzie kolejno pracowała na stanowisku specjalisty, asystenta, adiunkta, a od roku 2007 profesora nadzwyczajnego. W roku 2004 została kierownikiem powołanego w strukturze Katedry Patofizjologii Zakładu Zaburzeń Hemostazy.

Stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała w 1994 roku na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, na podstawie rozprawy „Wpływ zabiegu naczyniowego na zachowanie się płytkowego czynnika 4 (PF4), kompleksów trombina–anty-trombina III (TAT) oraz innych parametrów układu krzepnięcia krwi u chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych”.

Natomiast stopień doktora habilitowanego otrzymała w 2003 roku na podstawie dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej „Rola białek układu aktywacji plazminogenu w biologii pierwotnego niedrobnokomórkowego raka płuca”.

Profesor Ewa Żekanowska od roku 2005 pełni funkcję Pełnomocnika Rektora ds. organizacji specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych. Ponadto pełniła ona funkcję Prodziekana ds. studenckich w dwóch kadencjach (2004-2005, 2005-2008) oraz Prodziekana ds. jakości kształcenia (2008-20012).

Profesor Ewa Żekanowska jest nauczycielem akademickim z ponad 20-letnim doświadczeniem dydaktycznym, prowadzi zajęcia z zakresu patofizjologii oraz hematologii laboratoryjnej. Jest wykładowcą na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy i diagnostów laboratoryjnych.

Zakres tematyczny prac badawczych obejmuje zaburzenia procesu krzepnięcia i fibrynolizy krwi w miażdżycy i no-



wotworach, hemostazę „matczyno-płodową” oraz zainicjowany po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego nowy nurt badań - metabolizm żelaza w organizmie człowieka.

www.cm.umk.pl

Nowi profesorowie: Tomasz Drewa

Profesor Tomasz Drewa jest absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku, którą ukończył w 1996 roku. Zdobywał szerokie doświadczenie pracując w najlepszych krajowych ośrodkach zajmujących się urologią onkologiczną: Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum UMK (1999-2009), Klinicznym Oddziale Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy (2010-2011) oraz Klinicznym Oddziale Urologii Centrum Onkologii w Kielcach (2012). Obecnie kieruje Oddziałem Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Miejskiego im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Od 1996 r. pracuje w Collegium Medicum UMK. Pracę doktorską z onkologii eksperymentalnej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Mariusza Wysockiego obronił w 1999 r. na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. W 2006 r. otrzymał dyplom specjalisty w dziedzinie urologii oraz tytuł Fellow of the European Board of Urology (FEBU). Od roku 2005 związał się z Zakładem Inżynierii Tkankowej na Wydziale Lekarskim.

W 2010 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego w dziedzinie medycyna - urologia. W 2011 r. przygotował autorski

program kształcenia w dziedzinie medycyny regeneracyjnej dla studentów Wydziału Lekarskiego. Zajmuje się również kształceniem na kierunku biotechnologia, ucząc metod hodowli komórek i budowania tkanek in vitro. Odbýwał szkolenia na uniwersytetach w Marburgu, Heidelbergu, Akwizgranie i Anconie.

Profesor Tomasz Drewa jest autorem lub współautorem 223 prac pełnotekstowych oraz 165 wystąpień kongresowych o łącznym Impact Factor 95.173 i 1770 punktach MNiSW. Jego prace były cytowane ponad 350 razy, a współczynnik Hirscha wynosi 9.

W 2012 roku został wybrany redaktorem naczelnym Central European Journal of Urology, które jest pismem naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Jest członkiem rad naukowych takich pism naukowych, jak: Tissue Science and Bioengineering, Stem Cell Studies, Journal of Ultrasonography oraz Przeglądu Urologicznego. Pracuje jako recenzent i komentator dla najlepszych na świecie pism urologicznych: European Urology, Journal of Urology czy Nature Reviews in Urology.

Profesor Tomasz Drewa dwukrotnie otrzymywał Nagrody Naukowe Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Nagrodę Naukową Polskiego Towarzystwa Far-

maceutycznego, sześciokrotnie Nagrody Rektora UMK, trzykrotnie Nagrody Naukowe Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Zespołową Nagrodę Naukową Prezydenta Miasta Bydgoszczy.

Od 2012 roku jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz prezesem i współzałożycielem Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Medycyny Regeneracyjnej „Aksolotl”.

www.cm.umk.pl



Minister docenił studentów

Sześcioro spośród grona studentów Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy otrzymało stypendia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za wybitne osiągnięcia na rok akademicki 2012/2013.

Rektorzy uczelni wyższych przedstawili Ministrowi Nauki i Szkolnictwa Wyższego 5.601 wniosków o przyznanie stypendium ministra za wybitne osiągnięcia, w tym 4.532 wnioski studentów i 1.069 wniosków doktorantów.

Zespół ekspertów do spraw oceny wniosków składał się z naukowców repre-

zentujących osiem obszarów nauki i sztuki. Ocenili oni punktowo poszczególne osiągnięcia naukowe, artystyczne lub sportowe oraz średnią ocen. Celem zapewnienia jednolitej i obiektywnej opinii Zespół uchwalił zasady oceniania wniosków, gdzie średnia ocen stanowiła 5% ogólnej oceny punktowej. Pozostałą liczbę punktów stanowiły wybitne osiągnięcia studentów na poszczególnych polach nauki.

Stypendia zostały przyznane na rok akademicki lub na semestr. Wysokość stypendium, niezależnie od okresu przyznania, wynosi 14.000 zł. Stypendia zostały

przydzielone następującym studentom:

1. Maciej Gawroński – I rok studiów II stopnia biotechnologii
2. Joanna Wielikdzien – II rok studiów II stopnia biotechnologii
3. Arkadiusz Goede – II rok studiów II stopnia biotechnologii
4. Małgorzata Katarzyna Grochocka – II rok studiów II stopnia biotechnologii
5. Katarzyna Grębicka – biotechnologia II rok studiów II stopnia biotechnologii
6. Jarosław Biliński – VI rok studiów na kierunku lekarskim

www.cm.umk.pl

Informacje o pracy Związku Nauczycielstwa Polskiego w UMK

Rafał Bocian

Dnia 17 stycznia 2013 roku na swoim comiesięcznym posiedzeniu zebrał się Zarząd Uczelniany. Pierwszym punktem porządku obrad było spotkanie z przedstawicielem Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej.

Gość opowiedział o głównych założeniach oferty ubezpieczenia członków ZNP przy UMK od następstw nieszczęśliwych wypadków. Zarząd Uczelniany ZNP przy UMK pozytywnie ocenił przedstawioną ofertę i jednomyślnie podjął uchwałę o przystąpieniu do tego ubezpieczenia. Później przedyskutowano uczelniany projekt uchwały Senatu w sprawie polityki kadrowej w UMK. Członkowie ZU ZNP przy UMK zgłosili kilka uwag do projektu, które zostaną przekazane Rektorowi.

Potem członkowie ZU zapoznali się z projektem zmian w uchwale Senatu w sprawie ustalenia wysokości honorarium chronionego prawem autorskim w wynagrodzeniu nauczycieli akademickich oraz pracowników naukowo-technicznych.

Później Prezes podał informacje z posiedzenia Senatu. Rozpatrując sprawy organizacyjne przyjęto do ZNP nowych członków, wysłuchano informacji na temat planowanych wycieczek w roku 2013. W roku 2013 planowane są wyjazdy do Buska Zdroju, Zakopanego, Londynu i Petersburga. ZU ZNP przy UMK jednomyślnie zaakceptował planowane wycieczki. W ostatnim punkcie pogratulowano Pani profesor Barbarze Książkiewicz otrzymania trzech odznaczeń.

Dnia 28.01.2013 r. została podpisana umowa pomiędzy Związkiem Nauczycielstwa Polskiego w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, a Nauczycielską Agencją Ubezpieczeniową w Warszawie, w wyniku, której wszyscy członkowie ZNP otrzymają dodatkowe świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu nieszczęśliwego wypadku, oraz Kartę Klubu Nauczyciela, która dodatkowo daje wiele możliwości, m.in. w Cinema City, Fantasy Park, Pizzeria i Kręgielnia De Paulo, Restauracja U Łojca, Gra Fitness City, Salon Optyczny Optykpolito, Taxi Gra, Copernicus Halo Taxi, Telepizza.

dr Rafał Bocian jest adiunktem w Zakładzie Kombinatoryki i Obliczeń symbolicznych

Personalia

- z dniem 1 stycznia 2013 r. mgr Małgorzata Różańska zatrudniona na stanowisku p.o. kierownika zmieniła stanowisko na kierownika Działu Księgowości Majątkowej CM,

- w dniu 30.11.2012 r. dr Beata Augustyńska, zatrudniona na stanowisku adiunkta w Pracowni Badań Biologicznych w Psychiatrii, uzyskała stopień naukowy dr hab. nauk medycznych w zakresie biologii medycznej oraz od dnia 1 lutego 2013 r. została powołana na kierownika ww. jednostki (wcześniej pełniła funkcję p.o. kierownika)

- dr Jacek Szopiński został powołany na p.o. kierownika Katedry Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej na okres od 1 stycznia 2013 r. do 30 czerwca 2013 r.,

- dr hab. Dorota Olszewska – Słonina została od dnia 1.02.2013 r. powołana na kierownika Pracowni Biologii Komórki i Genetyki,

- dr Anna Sloderbach została powołana na p.o. kierownika Katedry i Zakładu Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej od dnia 21 stycznia 2013 r. do czasu powołania kierownika ww. jednostki.

- dr hab. Ewa Żekanowska, zatrudniona w Zakładzie Zaburzeń Hemostazy, w dniu 21 grudnia 2012 r. uzyskała tytuł naukowy profesora nauk medycznych,

- dr hab. Krzysztof Kusza, zatrudniony w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w dniu 21 grudnia 2012 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych,

- dr Marek Jankowski zatrudniony w Pracowni Diagnostyki Obrazowej i Farmakologii Skóry na Wydziale Lekarskim na stanowisku asystenta z dniem 01 lute-

go 2013 r. został powołany do pełnienia funkcji p.o. kierownika ww. jednostki,

- dr hab. Andrzej Marszałek, prof. UMK zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Klinicznej na stanowisku profesora nadzwyczajnego z dniem 17.01.2013 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych,

- dr hab. Tomasz Drewa, prof. UMK zatrudniony w Zakładzie Inżynierii Tkankowej w dniu 17 stycznia 2013 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych,

- z dniem 15 lutego br. w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji została zatrudniona prof. dr hab. Irena Matławska i powołana na kierownika ww. jednostki,

- z dniem 15 lutego br. dr Przemysław Paciorek przestał pełnić funkcję p.o. kierownika Kliniki Medycyny Ratunkowej.

oprac. Agnieszka Mróz, kierownik Działu Spraw Pracowniczych

Milionowe przeszczepienie szpiku na świecie

Jan Styczyński

Światowy Rejestr Przeszczepów Krwi i Szpiku (WBMT) ogłosił, że w grudniu 2012 r. na świecie wykonano miliony przeszczep szpiku, biorąc łącznie pod uwagę przeszczepianie szpiku oraz komórek krwiotwórczych. Jest to kolejny krok milowy w historii medycyny, pokazujący wszechstronne wykorzystanie tej metody.

Pierwszy udany przeszczep szpiku przeprowadził Donall Thomas w Seattle w roku 1957, za co w roku 1990 otrzymał Nagrodę Nobla. W 1973 r. w Nowym Jorku wykonano pierwsze przeszczepienie szpiku od dawcy niespokrewnionego. Pierwsze autologiczne przeszczepienie szpiku w roku 1977, a pierwsze przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych krwi obwodowej w roku 1986. Pierwsze przeszczepienie krwi pępowinowej wykonano w 1988 r. w Paryżu. Pierwsze przeszczepienie macierzystych komórek mezenchymalnych, związanych z podścieliskiem szpiku, miało miejsce w roku 2000. W ostatnich latach, rocznie wykonuje się na świecie ponad 50 tysięcy zabiegów przeszczepienia szpiku lub komórek krwiotwórczych.

W roku 1988 w Leiden rozpoczął też działalność rejestr niespokrewnionych dawców szpiku. Obecnie w rejestrze tym znajduje się ponad 20 milionów ochotników, w tym około 7 mln w USA, 5 mln w Niemczech, 3 mln w Brazylii. Zarejestrowanych jest też 410 tysięcy dawców polskich, co jest liczbą imponującą biorąc pod uwagę, że pięć lat temu było ich mniej niż 30 tysięcy. Jest to jednak ciągle zbyt mała liczba, aby zaspokoić potrzeby polskich pacjentów kwalifikowanych do zabiegu przeszczepienia szpiku.

Obecnie ponad 70 chorób nowotworowych i nienowotworowych może być leczonych z pomocą tej metody. Istnieje 19 międzynarodowych towarzystw zajmujących się problematyką przeszczepiania szpiku i komórek krwiotwórczych. Efekty leczenia różnią się w zależności od wielu czynników, takich jak: rodzaj i zaawansowanie choroby, wcześniejszy przebieg leczenia, cechy pacjenta i dawcy. W optymalnych warunkach, szanse na wyleczenie wynoszą ponad 90%, ale są też choroby i sytuacje, gdzie szanse są mniejsze niż 40%, ale ciągle warto skorzystać z tej metody, bo nie ma innej możliwości terapeutycznej.

Przeszczepianie szpiku jest metodą terapeutyczną stosowaną w sytuacjach, w których zawiodło inne leczenie, lub wiadomo, że zawiedzie. Ze względu na specyfikę postępowania, jest to dzisiaj jedyna metoda terapeutyczna, w której rutynowo prowadzi się leczenie przekraczające granice państw: bo leczymy w jednym kraju, a dawca może pochodzić z innego kraju, z innego kontynentu. W naszej Klinice już 10-krotnie wykonywaliśmy przeszczepy od dawców z innych kontynentów.

Przeszczep komórek krwiotwórczych doprowadza do wymiany wszystkich komórek szpiku i krwi obwodowej. Doprowadza do wymiany całego układu immunologicznego w organizmie pacjenta. Jest to więc najdalej idąca ingerencja w układ odpornościowy człowieka we współczesnej medycynie. Może to być nieożyteczne dla tego pacjenta. Ciągłe spotykamy się z nowymi problemami medycznymi. Dochodzi do rozwoju nowych chorób, których medycyna nie znała jeszcze kilka lat temu.

prof. Jan Styczyński, Oddział Transplantacji Szpiku Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Cukrzyca a statyny

Zespół kardiologów z Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego, kierowany przez prof. dr. hab. n. med. Jacka Kubicę dowiódł, że leki obniżające cholesterol mogą powodować cukrzycę.

Statyny to preparaty, które pomagają pacjentom w obniżaniu poziomu cholesterolu. Bydgoscy kardiolodzy odkryli związek pomiędzy podawaniem statyn a prawdopodobieństwem wystąpienia cukrzycy. Przeprowadzili oni badania określające wpływ dawkowania i rodzaju statyn na ryzyko zachorowania na cukrzycę.

Jak donosi Agencja Reutersa, która opublikowała informację: analiza dostępnych badań przeprowadzona przez naukowców z CM UMK w Bydgoszczy wykazała, iż występowanie nowych przypadków cukrzycy jest związane ze stosowaniem statyn i jest to uzależnione od rodzaju statyny jak i przyjmowanej dawki leku.

Stosowanie prawastatyny w dawce 40 mg dziennie wiąże się z najmniejszym ry-

zykiem wystąpienia nowych przypadków cukrzycy w porównaniu do placebo (OR 1,07). Największe ryzyko niesie stosowanie rozuwastatyny w dawce 40 mg dziennie (OR 1,25). Pośrednie ryzyko wykazuje atorwastatyna w dawce 80 mg dziennie.

Przeprowadzona metaanaliza wykazała, iż ryzyko wystąpienia nowych przypadków cukrzycy jest związane nie tylko ze stosowaniem określonych preparatów, ale jest również zależne od dawki leku. Ryzyko to jest większe w przypadku stosowania dużych dawek statyn, np. stosowanie rozuwastatyny w dawce 20 mg dziennie wiązało się ze wzrostem ryzyka o 12% w porównaniu do dawki 10 mg dziennie.

Dr Eliano P. Navarese podkreśla, iż przeprowadzona przez niego metaanaliza to pierwsze doniesienie wyraźnie wskazujące, iż ryzyko wystąpienia cukrzycy zależy zarówno od rodzaju stosowanej statyny, jak i dawki leku.

Jak doniesiono 25 stycznia 2013 r. na stronach The American Journal of Cardiology, dr Eliano Navarese z Uniwer-

sytetu Mikołaja Kopernika, Collegium Medicum w Bydgoszczy (Polska) wraz ze współpracownikami, przeprowadził metaanalizę obejmującą 17 randomizowanych badań, do których włączono łącznie ponad 113000 pacjentów.

Przeprowadzono porównywanie terapii statynami vs placebo oraz stosowanie dużych vs niższych dawek statyn. Czas obserwacji włączonych badań obejmował okres od dwóch do sześciu lat.

Dr Navarese podkreśla, że „w przypadku potwierdzenia uzyskanych wyników w bezpośrednich porównaniach, będą one miały niezwykle istotne znaczenie w postępowaniu z milionami pacjentów otrzymującymi statyny na całym świecie”.

Podsumowując „nowe scenariusze leczenia statynami przewidują indywidualizację terapii jako najbardziej efektywną i najbezpieczniejszą strategię postępowania”. (David Douglas, Reuters Health, New York).

www.cm.umk.pl

Czy wszystkie leki są bezpieczne – czyli fakty i mity współczesnej farmakoterapii

wykład z cyklu „Medycznej środy”

Michał Wiciński

W ostatnich latach zauważamy wyraźną ekspansję koncernów farmaceutycznych w obszarze rynku europejskiego. Prężny marketing i wszechobecna reklama w mediach przyczyniły się do wzrostu sprzedaży leków i suplementów diety dostępnych bez recepty. Dzisiaj leki, często toksyczne a nawet zagrażające życiu pacjenta, kupujemy nie tylko w aptece, ale przy kasie w hipermarkecie czy na stacji benzynowej. Możemy wręcz mówić o problemie lekomanii wśród naszego społeczeństwa, co potwierdzają dane statystyczne. Polacy powszechnie nadużywają środków przeciwbólowych, przeciwkaszlowych, łagodzących objawy przeziębień i grypy, bagatelizując przeciwwskazania i ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Pacjenci nie zdają sobie jednak sprawy z konsekwencji wynikających z niewłaściwej farmakoterapii.

Główną przyczyną powikłań polekowych jest polipragmazja, która może prowadzić do poważnych interakcji farmakokinetycznych czy farmakodynamicznych. Najbardziej narażoną grupą są osoby starsze, przyjmujące kilka różnych leków, pacjenci z niewydolnością wątroby czy nerek oraz dzieci, u których metabolizm farmaceutyków może być zaburzony. Szacuje się, że ryzyko wystąpienia działań niepożądanych koreluje z ilością przyjmowanych leków. Dla pięciu leków wynosi ono ponad 70%. Istotnym problemem są również interakcje stosowanych leków z pożywieniem i alkoholem. Często pokarm zmienia biodostępność przyjmowanych środków, co prowadzi do poważnych implikacji klinicznych. Należy podkreślić, że o ile prawo farmaceutyczne stawia określone wymagania produktom leczniczym, to nie ma obecnie żadnej kontroli nad suplementami diety. W myśl obowiązujących przepisów suplementy traktowane są jako produkt spożywczy i producenci nie są zobowiązani do prowadzenia badań klinicznych weryfikujących ich toksyczność oraz interakcje z innymi farmaceutykami.

Skuteczność i bezpieczeństwo leków analizuje się w badaniach klinicznych. Powszechnie przyjętym modelem jest czterofazowa analiza profilu kliniczne-

go i toksykologicznego leku. Pierwsza faza to badania w małej grupie zdrowych ochotników, zwykle grupa nie przekracza 20-80 osób. Wyjątek stanowi udział chorych pacjentów w badaniach onkologicznych i pacjentów z AIDS. Do drugiej fazy badań kwalifikowane są osoby chore, a grupa ta nie przekracza 300 pacjentów. Celem badań jest przede wszystkim ocena skuteczności leku. Jeżeli preparat przejdzie pomyślnie obie fazy, dalsze badania prowadzone są w grupie co najmniej 300 pacjentów. Trzecia faza charakteryzuje się randomizacją pacjentów i podwójną ślepą próbą. Uwieńczeniem badań jest rejestracja farmaceutyku i dopuszczenie go do obrotu farmaceutycznego. Większość leków podlega dalszym badaniom – IV fazy, w której dokładnie ocenia się długoterminowe efekty kliniczne i profil bezpieczeństwa.

Zgodnie z obowiązującym prawem, skomplikowanym i wieloletnim procedurom badań klinicznych podlegają tylko leki, nie zaś suplementy diety. Na rynku farmaceutycznym dostępne są liczne suplementy, których skuteczność porównywalna jest z placebo. Sprzedaż takich pseudo leczniczych produktów, to z punktu widzenia etyki nic innego jak zwykłe oszustwo pacjenta. Rodzi się zatem pytanie – dlaczego potrzebny jest nadzór nad bezpieczeństwem farmako-

terapii? Badania w fazie przedklinicznej czy klinicznej nigdy nie dostarczą nam pełnej informacji na temat toksyczności leków. Ograniczenia metodologiczne, niewłaściwy dobór pacjentów, błędy w analizie uzyskanych wyników stanowią poważny problem w ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leków.

Na świecie funkcjonują obecnie dwa systemy monitorowania niepożądanych działań leków. System scentralizowany, gdzie informacje zgłaszane są do jednego nadrzędnego ośrodka z obszaru całego kraju, wprowadzony między innymi w Wielkiej Brytanii, Norwegii, Austrii, Danii i Stanach Zjednoczonych. Model zdecentralizowany opiera się na współpracy ośrodka centralnego z instytucjami regionalnymi. System taki funkcjonuje w Polsce, Francji, Hiszpanii i Kanadzie.

Podsumowując, należy pamiętać, że w farmakoterapii nie ma leków bezpiecznych. Mimo dostępu do wyników badań klinicznych i znajomości racjonalnych zasad farmakoterapii, nie możemy całkowicie wyeliminować potencjalnego ryzyka. Możemy natomiast skutecznie je ograniczyć. Musimy zawsze o tym pamiętać sięgając po kolejny lek czy suplement diety.

dr Michał Wiciński jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Terapii



Badania w pielęgniarstwie

Mirosława Kram

Pielęgniarstwo stanowi społeczno-przyrodniczą naukę praktyczną, której podstawę naukową stanowią pojęcia i twierdzenia teoretycznych i stosowanych nauk społecznych oraz nauk przyrodniczych i biomedycznych.

Nauka ma wiele znaczeń. W znaczeniu dydaktycznym jest to czynność nauczania i uczenia się; w znaczeniu instytucjonalnym oznacza dyscyplinę naukową uprawianą na uczelni wyższej lub w instytucji naukowo-badawczej a także społecznie wypracowany zasób (system, zbiór) twierdzeń uzasadnionych i sprawdzonych dotyczących ważnych dla człowieka dziedzin rzeczywistości. W znaczeniu czynnościowym oznacza złożoną, twórczą działalność naukowców, ludzi mających wiedzę o przedmiocie badań, krytycznych wobec otaczającej rzeczywistości, poszukujących prawd, formułujących uogólnienia, prawidłowości i budujących system wiedzy naukowej. Tym samym wiedza naukowa staje się wiedzą spójną, uporządkowaną, uzyskaną drogą badań naukowych za pomocą poprawnej metody i naukowych reguł.

Warto i należy wiedzieć, że nauka na pewnych etapach rozwoju może błędzić, nie wszystkie twierdzenia wytrzymują próbę czasu. Dotychczasowa prawda zostaje odwołana, wyparta, bo na skutek nowej metodologii czy nowym badaniom sformułowane zostaje nowe prawo. Nauka znajduje się w ciągłym stanie rozwoju a krytyka jest podstawowym elementem tego rozwoju.

Podstawowym celem nauki jest wierne i ściśle opisanie świata, opisanie prawidłowego i coraz doskonalszego obrazu rzeczywistości. Bogactwo nauki przejawia się w postępującym podziale na części i według różnych kryteriów, takich jak: przedmiot badań, metody badań, rodzaj formułowanych problemów badawczych. Na poziomie międzynarodowym wyodrębnia się 6 głównych dziedzin nauki: przyrodnicze, inżynierskie i techniczne, medyczne i nauk o zdrowiu, rolnicze, społeczne, humanistyczne.

Dziedzina nauki. Jest to grupa dyscyplin naukowych trwale ukształtowanych wyodrębnionych, w ramach których nadawane są stopnie naukowe – doktora i doktora habilitowanego i tytuły naukowe – profesora. Obecnie w Polsce wyróżnia się 21 dziedzin nauk: biologicznych, che-

micznych, ekonomicznych, farmaceutycznych, fizycznych, humanistycznych, leśnych, matematycznych, medycznych i nauk o zdrowiu, o kulturze fizycznej, o ziemi, prawnych, rolniczych, technicznych, teologicznych, weterynaryjnych, wojskowych, filmowych, muzycznych, sztuk plastycznych, sztuk teatralnych.

Dyscyplina naukowa. Jest to część, gałąź nauki, wytwór działalności badawczej i wyodrębniona ze względu na przedmiot i cel badań. Obejmuje zasób należycie uzasadnionych twierdzeń o zjawiskach i prawidłowościach danego wycinka rzeczywistości, o sposobach jego badania i przekształcania. Uznawanie danej części wiedzy za dyscyplinę wymaga spełnienia podstawowych warunków takich jak: jednoznaczne określenie przedmiotu badań, sformułowanie celu, rozpoznanie potrzeb społecznych, którym dyscyplina służy, ustalenie języka, pojęć, własnej terminologii i formy twierdzeń, które oddają istotę badanego wycinka rzeczywistości, dysponowanie potencjałem ludzkim, zasobami materialnymi i organizacyjnymi oraz stosowanie własnych metod badawczych, standaryzowanych sposobów opisu, pomiaru i wyjaśniania rzeczywistości. Wg Komitetu Badań Naukowych na dzień 15 września 2001 r. wyróżnia się 61 dyscyplin naukowych, pielęgniarstwo jest wymienione pod numerem 58. Współczesne polskie pielęgniarstwo posiada trzy pisma naukowe, dużą liczbę ukazujących się pielęgniarstkich publikacji, sprawozdań z badań. Licznie organizowane są pielęgniarskie konferencje szkoleniowo – naukowe krajowe i międzynarodowe.

Badanie naukowe jest systematycznym procesem podejmowanym przez badacza lub zespół badaczy w celu odpowiedzi na nurtujące pytania lub rozwiązania problemu badawczego. Badanie w pielęgniarstwie jest także usystematyzowanym procesem badawczym mającym na celu rozwój wiedzy z zakresu ważnych elementów zawodu pielęgniarskiego, praktyki pielęgniarskiej, edukacji, zarządzania a tym samym dążącym do odkrycia nowych zależności, podejmowania prób poszerzenia istniejących już badań.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (INC) za przedmiot badań pielęgniarstkich uznaje pielęgniarstwo jako zawód, praktykę pielęgniarską, promocję i edukację zdrowotną, działalność organizacyjną

i kierowniczą, tradycję i historię zawodu itp.

Klasyfikacji badań naukowych dokonuje się na podstawie różnych, a jednocześnie uporządkowanych kryteriów. Najbardziej ogólnym podziałem przy uwzględnieniu cech zebranego materiału jest podział badań na ilościowe i jakościowe.

Badania ilościowe. Informują np. o częstotliwości, wielkości, badanego przedmiotu. Badania mogą przyjmować tytuł: „Ocena dolegliwości bólowych u dzieci i młodzieży w chorobie przewlekłej”. W badaniach ilościowych ustalane są siły związków, istotności różnic między zmiennymi. Zmienna, jak wynika z nazwy, jest wartością, która może podlegać zmianom. W badaniu ilościowym niemal wszystkie cechy człowieka oraz jego środowiska można przedstawić w postaci zmiennych, np. masa ciała, obecność kaszlu, długość pobytu w szpitalu, liczba nawrotów infekcji dróg oddechowych. Badania, także w pielęgniarstwie skierowane są na rozwiązywanie problemów badawczych oraz zrozumienie przyczyn zjawisk. Przypuszczalna przyczyna stanowi zmienną niezależną a przypuszczalny skutek zmienną zależną. Np. jeśli badacza interesują czynniki wpływające na masę ciała, za zmienne niezależne można obrać: wysokość ciała, dietę. Zatem zmienne nie są zależne lub niezależne same w sobie. Zmienna zależna w jednym badaniu może być zmienną niezależną gdzie indziej. To czy zmienna jest zależna czy niezależna zależy od jej roli w określonym badaniu.

Wynikiem badania naukowego powinien być obraz badanej rzeczywistości. Warunkiem jego uzyskania jest przestrzeganie zasad metodologicznych badania na wszystkich etapach procesu tworzenia pracy, tj. podczas gromadzenia materiału badawczego, analizy i syntezy danych, sprawdzanie poprawności twierdzeń i wniosków. W badaniu naukowym wybiera się świadomie określony sposób postępowania. Wyboru dokonuje się spośród znanych metod badawczych, z wykorzystaniem odpowiednich technik badawczych oraz narzędzi badawczych.

Kolejnymi etapami badania ilościowego są: 1 etap koncepcyjny, tj. formułowanie problemów, przegląd piśmiennictwa, określenie ram projektu, formułowanie hipotez; 2 etap projektowanie i planowanie projektu badawczego; 3 etap empiryczny, tj. zbieranie danych i przygoto-

wanie ich do analizy; 4 etap analityczny, tj. analiza statystyczna danych, interpretacja wyników; 5 etap - rozpowszechnienie wyników.

Badanie naukowe nie wniesie wkładu w postaci dowodów naukowych, jeżeli jego wyniki nie zostaną opublikowane. Dlatego sporządza się raport z przebiegu badania. Może on przyjmować formę rozprawy habilitacyjnej, rozprawy doktorskiej, pracy magisterskiej, licencjackiej, książki, monografii, artykułu w czasopiśmie naukowym, prezentacji na konferencjach naukowych.

Badanie jakościowe. Dostarczają danych w formie opisu. W badaniach jakościowych są podejmowane problemy wykraczające poza to, co obiektywne, mierzalne, dające się powtórzyć. Badania jakościowe stosuje się wówczas, gdy ujawnia się potrzeba przyjrzenia się zjawiskom w ich kontekście i chce się jako badacz poznać takimi jakimi one są. Badanie jakościowe przeprowadza się z pomocą wywiadu/rozmowy, obserwacji uczestniczą-

cej, jakościowej analizy treści i wytworów danej osoby. Do podstawowych badań jakościowych zalicza się Studium indywidualnego przypadku. W pielęgniarstwie obiektem zainteresowania badacza są pojedyncze osoby, jednostkowe biografie, bądź rodziny w kontekście określonych sytuacji zdrowotnych. Każde poznanie pojedynczego przypadku poszerza wiedzę o problemie, umożliwia pogłębioną analizę. Wyniki badań jakościowych nierzadko stanowią podstawę formułowania hipotez, testowanych później w badaniach ilościowych, mogą także stanowić element w projektowaniu skutecznych interwencji pielęgniarstkich. Pokazują problemy ludzi chorych i ich rodzin poprzez pryzmat sytuacji zdrowotnej, społeczno-ekonomicznej, potrzeb zdrowotnych, i możliwości otrzymania wsparcia. „...Magda, lat 18, zachorowała na nowotwór kości w wieku 16 lat. Na pięć miesięcy przed przyjęciem do hospicjum amputowano jej nogę. W hospicjum przebywa od miesiąca. Jest pacjentką w terminalnej fazie choroby

nowotworowej. Po amputacji nogi utrzymują się silne bóle, w tym fantomowe. Z rany w okolicy szwów wycieka płyn i krew oraz wydziela się nieprzyjemna woń. Czuje się osłabiona, ciężko jej utrzymać równowagę nawet gdy chodzi o kulach. Mama jej pomaga w czynnościach pielęgnacyjnych. Magda odczuwa bardzo duży lęk. Boi się samotności, rozwoju choroby i śmierci. Bardzo dużo zastanawia się nad swoim cierpieniem. Hospicjum traktuje jako miejsce, w którym otrzymuje bardzo dobrą opiekę...”.

Podsumowanie. Myśleć naukowo, to znaczy stawiać sobie pytania, poszukiwać odpowiedzi na nie, obserwować krytycznie rzeczywistość zawodową, czytać literaturę, dokumentować, dzielić się z innymi swoją wiedzą i refleksjami. D. Lindsay w ulubionej przeze mnie książce „Dobre rady dla piszących teksty naukowe” napisał: „W momencie, w którym podjąłeś decyzję napisania czegoś – siądź i napisz to”.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Prace licencjackie z pielęgniarstwa

Opieka pielęgniarstwa nad dzieckiem znieczulonym do zabiegów endoskopowych w laryngologii. Opis przypadku.

Inspiracją do napisania pracy licencjackiej pod takim tytułem jest wieloletnia praca autorki na stanowisku pielęgniarki zabiegowej w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy. Doświadczenie zawodowe i zdobyta wiedza na kierunku Pielęgniarstwo CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu w trybie niestacjonarnym pozwoliło piel. lic. Ewie Grzegórskiej na napisanie pracy. Praca składa się ze wstępu, czterech rozdziałów, 11 podrozdziałów, streszczenia i piśmiennictwa oraz spisu rycin. W oryginale liczy 43 strony tekstu. Opisu sytuacji zdrowotnej - rozdział 4 dokonano na podstawie wnikliwej analizy literatury przedmiotu oraz wiedzy i zawodowego doświadczenia. Praca została napisana w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego pod kierunkiem dr Mirosławy Kram.

Kliniczny zarys zabiegów endoskopowych

Endoskopia (wziernikowanie) jest to

badanie jam ciała lub narządów głębiej położonych za pomocą wziernika (endoskopu) z układem optycznym i własnym źródłem światła. „Współczesna” endoskopia pozwala jednocześnie na pobranie wycinka z narządu lub guza do badania histopatologicznego a także usunięcie ciała obcego w drogach oddechowych.

Bronchoskopia (wziernikowanie tchawicy i oskrzeli) po raz pierwszy została wprowadzona ponad 120 lat temu przez włoskiego lekarza, który oglądał tchawicę i ujście oskrzeli przez otwór tracheostomijny specjalnie przez niego skonstruowanym przyrządem. W Polsce wziernikowanie tchawicy i oskrzeli wprowadzono w latach osiemdziesiątych XIX wieku w Klinice Laryngologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jednak to Killian – niemiecki laryngolog jest uznawany za twórcę bronchoskopii. W 1897 roku jako pierwszy opisał wziernikowanie tchawicy i oskrzeli, które wykonał u chorego z ciałem obcym w oskrzelach.

Rozwój techniki na początku XX wieku przyczynił się do udoskonalenia przyrządów służących do wziernikowania dróg oddechowych. Amerykański laryngolog C. Jackson skonstruował w 1904 roku bronchoskop posiadający źródło światła w przedniej części aparatu. Dodatkowo posiadał kanał do odsysania wydzieliny z drzewa oskrzelowego. W ciągu kolejnych lat udoskonalano budowę bronchoskopu. Bruning, uczeń Kiliana zastosował

w bronchoskopie sztywny układ soczewek, poprawiając tym samym pole widzenia. Bronchoskop ten umożliwiał oglądanie, oprócz tchawicy, ujść segmentów oskrzeli. Wprowadzenie żarówek spowodowało dalszą poprawę jakości obrazu i dało możliwość fotografowania i filmowania oglądanego drzewa oskrzelowego.

Do lat sześćdziesiątych XX wieku bronchoskopia wykonywana była za pomocą bronchoskopu sztywnego. Była to metalowa rura o wewnętrznej średnicy od 4 do 8,5 mm z zakończeniami umożliwiającymi przyłączenie urządzeń zewnętrznych. Tak zbudowany bronchoskop umożliwiał wprowadzenie układów optycznych i prowadzenia sztucznej wentylacji podczas zabiegów oraz odsysania wydzieliny.

Postęp w endoskopii dróg oddechowych nastąpił w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W 1964 roku Ikeda (japoński lekarz) opracował dane techniczne dla przyszłego giętkiego fiberoskopu do wziernikowania oskrzeli. Bronchofiberoskop posiadał średnicę 2,8 mm, wewnętrzny kanał roboczy pozwalający na pobieranie materiału biologicznego do badań histopatologicznych. Bronchofiberoskopia jako metoda diagnostyczna zrewolucjonizowała pulmonologię. Wprowadzenie giętkiego bronchoskopu do praktyki klinicznej spowodowało, że biopsja zmian w oskrzelach stała się łatwiejsza. Posze-

rzyły się także możliwości rozpoznawania chorób układu oddechowego oraz rozpoznawania ich etiologii.

Opis sytuacji zdrowotnej

4-letni chłopiec został przewieziony karetką Pogotowia Ratunkowego do Izby Przyjęć z powodu narastającej niewydolności oddechowej. Przy przyjęciu dziecko było bardzo niespokojne, z utrudnionym kontaktem. Powłoki skórne bladobiałe, na czole zimny, lepki pot. Obserwowano dużą duszność wdechową, z zaciąganiem mięśni międzybrownych i przepony. Akcja serca wynosiła ok. 140 ud./min. osłuchowo stwierdzano ściszenie szmeru płucznego. Podejrzewając aspirację ciała obcego, dziecko przekazano do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej.

Matka dziecka była obecna przy przyjęciu, w czasie czynności medycznych przeprowadzono skróconą wersję wywiadu, głównie dotyczącą prawdopodobnej przyczyny niewydolności oddechowej. W trakcie przyjęcia nastąpił nagły spadek saturacji do ok. 10% i zatrzymanie oddechu oraz spadek akcji serca do 30 ud./min. Podjęto zewnętrzny masaż serca i sztuczną wentylację za pomocą ma-

ski twarzowej i aparatu Ambu. Następnie zaintubowano rurką o rozmiarze 4,0. Obserwowano trudności w wentylacji pod postacią oporu oddechowego, mimo prawidłowego umiejscowienia rurki intubacyjnej. Założono wenflon do żyły obwodowej dołu łokciowego i podłączono płyny infuzyjne. Niezwłocznie wykonano zdjęcie rtg klatki piersiowej, za pomocą aparatu przenośnego nie pozabawiając pacjenta możliwości wentylacji. W badaniu stwierdzono niejasny obraz okolicy nadprzeponowej po stronie prawej – zacinienie mogące odpowiadać obszarowi niedodmy. Dziecko zakwalifikowano do bronchoskopii w trybie pilnym, jako zabiegu ratującego życie.

Po przetransportowaniu pacjenta na salę operacyjną wykonano zabieg bronchoskopii w znieczuleniu ogólnym. Dziecko ułożono na plecach z głową odchyloną do tyłu, pod barki wsunięto wałek. Takie ułożenie pacjenta ma na celu ułatwienie wzniętnikowania dróg oddechowych. Podłączono do respiratora wbudowanego w aparat do znieczulenia oraz aparatury monitorującej funkcje życiowe. Sytuacja kliniczna pacjenta wymusiła zmodyfikowanie anestezjologiczne. Dziecko natleniono 100% tlenem poprzez wcześniej założoną rurkę

intubacyjną; następnie podano drogą wziewną gazy anestetyczne; fentanyl (p-bólowo) oraz Thiopental w celu pełnego uśpienia dziecka i wyłączenia świadomości. Następnie podano leki zwiotczające mięśnie. Zabieg bronchoskopii wymusza extubowanie pacjenta i wprowadzenie sztywnej tuby do tchawicy lub giętkiego bronchofibroskopu. W związku z tym przerwano wentylację pozostawiając laryngologowi usunięcie ciała obcego w bezdechu. Przedłużające się wprowadzanie bronchoskopu do tchawicy i niestabilność układu oddechowego wymusiły konieczność sztucznej wentylacji. Wentylowanie pacjenta było możliwe przez boczne ramię bronchoskopu. W czasie zabiegu usunięto masy gęstej substancji przypominającej gumę do żucia, która zatykała światło tchawicy. Parametry życiowe uległy stabilizacji. Dziecko pozostawiono zaintubowane, podtrzymywane w śpiączce farmakologicznej, przekazano na Oddział Anestezji i Intensywnej Terapii Dziecięcej w celu dalszego leczenia. Pogłębiony wywiad z matką potwierdził przypuszczenia co do zachłystnięcia się gumą do żucia. Dziecko opuściło szpital w stanie dobrym.

oprac. Mirosława Kram

Obraz choroby w malowanych tablicach wotywnych z kościoła p.w. Wniebowzięcia N.M. Panny w Rzeszowie

Jowita Jagła

Sanktuarium Matki Boskiej Rzeszowskiej, którym opiekują się ojcowie bernardyni należy do najbardziej niezwykłych obiektów o tym charakterze w Polsce. Impulsem do powstania „sakralnego epicentrum” stało się objawienie chłopca Jakuba Ado mające miejsce 15 sierpnia 1513 roku. W tym właśnie dniu Jakub Ado usłyszał tajemniczy szum liści w swoim sadzie, gdy zaciekawiony poszedł zobaczyć co się dzieje, dostrzegł Matkę Boską z Dzieciątkiem widniejącą na drzewie gruszy... Matka Boska oznajmiła, że chce widzieć chwałę swego Syna i pragnie dać pociechę strapionym. Wkrótce w miejscu objawienia powstała kaplica, w której umieszczono wykonaną z drewna lipowego figurkę Marii z Dzieciątkiem taką jaką widział Ado. Zwiększający się w XVII wieku napływ pielgrzymów wymusił niejako ufundowanie właściwej świątyni - fundacji podjęli się kasztelan sandomierski Mikołaj Spytek Ligeza i jego żona Zofia. Budowę kościoła i klasztoru bernar-

dynów (którym powierzono misję opieki nad sanktuarium) rozpoczętą w 1610 roku ukończono w roku 1629. Najważniejszym skarbem świątyni (bardzo zresztą bogatej w zabytki) jest oczywiście cudowna figurka Matki Boskiej Rzeszowskiej, umieszczona w kaplicy znajdującej się w południowej stronie transeptu.

Nieodłącznym elementem potwierdzającym wielkość kultu maryjnego były i są „zdobiące” kaplicę wota, obecnie należą do nich przede wszystkim wota srebrne oraz biżuteria, ale repertuar darów wotywnych składanych w kaplicy w poprzednich stuleciach był znacznie bardziej różnorodny. Tak więc były to zarówno ofiary kosztowne składane przez bogatych włościan, przedstawicieli rodów książęcych i hrabiowskich (np. ołtarz Matki Bożej i Serca Jezusowego, sukienki Matki Boskiej, stroje kościelne), jak i wota ofiarowane przez mieszczan,

uboższą szlachtę czy ludność wiejską (wota woskowe i srebrne wyobrażające organy ciała, srebrne krzyże, druczki ulotne z modlitwami i pieśniami odpustowymi, „artefakty pamięci” takie jak kule czy strzała tatarska, chusty lub paski płótna którymi wcześniej pocierano bądź obmywano chore miejsca, wśród darów wotywnych prawdopodobnie znajdowały się też charakterystyczne dla kultury staropolskiej kołtuny).

Swoistą próbą podsumowania gestu wotywnego mającego miejsce w rzeszowskim sanktuarium ale też zapisem wybranych cudów zarejestrowanych w archiwach konwentu jest „dyptyk” zdobiący dwie boczne ściany, ukazujący sceny z cudownymi uzdrowieniami dokonanymi dzięki Matce Boskiej Rzeszowskiej. Obie malowane tablice powstały z okazji uroczystości koronacji w 1763 roku i przedstawiają zestaw cudów mających miejsce między 1513 a 1776 rokiem (nie

wszystkie sceny zostały ukończone na czas). Obie tablice podzielone na kwatery ukazujące cudowne akty uleczeń i wyratowań nawiązywały niewątpliwie do zawieszanych w kaplicy wcześniej pojedynczych obrazków wotywnych tworzących różnorodną pod względem formy, ale spójną ideowo i symbolicznie galerię. Malowane sceny stanowią doskonały dokument nie tylko zbawczej ingerencji Matki Boskiej, prezentują też barwny świat przynależny człowiekowi, stanowią fenomenalny, niemalże reporterski zapis nie tylko ówczesnej mody, meblarstwa, relacji społecznych, ale przede wszystkim zapis „pejzażu chorobowego”, zdrowotnej kondycji ówczesnych ludzi, ich dramatycznych zmagania z ciałem...

Chorzy i uzdrowieni w postawie klęczącej

W rzeszowskim cyklu „klęczący portret” osoby uzdrowionej stanowi niewątpliwą dominantę. O chorobie/katastrofie/wypadku świadczy głównie napis, bez jego obecności powód gestu wotywnego pozostawałby całkowicie niejasny, czy używając innych słów ukryty, tak jak to ma miejsce w przypadku wotów srebrnych. Mamy więc chorych cierpiących na „mdłości”, „śmiertelną złożonych chorobą”, „ciężko chorujących i już prawie konających”, „bliskich śmierci”, „chorych na nogi”, „paraliżem w prawą nogę urażonych”, „chorych bardzo na nogi”, „na obie nodze chorujących”; mających „wielką boleść na szyi” bądź „wielki wrzód”; odczuwających „srogi ból wrzodu na głowie”; „zwątlonych ciężką niemocą, która wykrzywiła usta”, cierpiących „srogi kurcz”. Widać wyraźnie, że oprócz chorób które pozostają dzisiaj niejasne dość często zostają odnotowane problemy ruchowe (szczególnie choroby nóg) spowodowane być może reumatyzmem, rojnicą, oprócz tego zarejestrowano udar, paraliż, schorzenia dermatologiczne czy onkologiczne (ogólnie ujęte przez niesprecyzowany bliżej „wrzód”).

Do równie popularnych należy zaliczyć schorzenia wzroku: utratę oka (wotum Jana Malinkowskiego, 1674 r.), ból głowy (?) prowadzący do utraty wzroku (wotum P. Lewarta Ikrzyckiego, 1587 r.), utratę wzroku z powodu bliżej niesprecyzowanej choroby (wotum Teodozji Chotkowskiej, 1658 r.). Ciekawie prezentuje się powtórzone na dwóch wotach schorzenie określone jako „łuszczka na oczach/oku” (wotum Zofii Laskowskiej, 1743 r.; wotum Zuzanny Sochyńskiej, 1711 r.) sugerujące prawdopodobnie zaćmę.

Zaskakującym wydaje się dość słabo zaznaczona obecność szeroko pojętej choć tak często wówczas spotykanej zarazy. Tylko dwa wota podejmują ten temat niestety reprezentując stały, mało ekspresyjny schemat klęczących ofiarników. Zaraza określona jako „wielkie powietrze” staje się pretekstem do złożenia wotum przez Pana Kazimierza Dzika z żoną, którzy zachorowali, ale zostali uleczeni (1667r.), podczas gdy Stanisław Tokarz i jego małżonka w czasie jednej z epidemii „trawiących” Rzeszów pozostali zdrowi (wotum z 1622 r.).

Osobnym zjawiskiem ikonograficznym w tej grupie przedstawień jest obraz żebraków, ubogich kalek, wędrownych dziadów, którzy jak wiadomo należeli do grupy społecznej szczególnie doświadczonej przez różnego typu choroby. Dwie tablice (obie dotyczące cudów z 1513 r.) doskonale ilustrują świat ludzi „luźnych”, ludzi drogi i gościńca w „zetknięciu” z sacrum. Pierwsze wotum ujawnia bądź co bądź realistyczny portret wędrownego dziada o imieniu Wido, który cudownie odzyskał wzrok. Drugi obraz staje się zapisem cudownego wyleczenia czterech żebraków, którzy stają się przedstawicielami wszystkich uciemiężonych, nieszczęśliwych, dotkniętych ubóstwem i chorobą... Co ważne obie tablice wyłamują się z konwencji ukazywania chorób oczu czy raczej ich nie ukazywania co można dostrzec w poprzednich ujęciach, bowiem właśnie tutaj, naprawdę chore oczy stają się oczywistym kalectwem dostrzeganym przez widza. Obie tablice wydają się czerpać ze średniowiecznej ikonografii żebraków, których ukazywano jako „kalekę społeczną” napiętnowaną schorzeniami naturalnymi (głównie schorzeniami wzroku, narządów ruchu, trądem) bądź posługującymi się „błuznierczą atrapą” fałszywego kalectwa wyłudniającego jałmużnę.

W tej grupie wotów zdarzają się przypadki, które świadczą, iż dana choroba wydawała się na tyle interesująca i niezwykła iż ukazywano ją w nieco innej konwencji. W takich ujęciach postać klęczącego ofiarnika zyskuje nową jakość. Elżbieta córka Pana Kołaczowskiego (1654 r.) „nosząca” jakże wstydlivy wówczas garb zdaje się nie klęczeć swobodnie, dziewczyna wyraźnie przechylona do tyłu, podnosi obie dłonie do góry (niestety garb nie został tu ujęty, co wyklucza oczywiste nie profilowe ujęcie); Panna z Wołotków o „pokrzywionych” rękach klęczy przed ołtarzem, ale choroba uniemożliwia jej złożenie rąk do modlitwy; Helena Zajowska (1664 r.) wyleczona





z wrzodu, który powodował „duszność” i „zgniłość” wskazuje prawą dłoń na pierś – „obszar” feralnego umiejscowienia owego wrzodu.

Platforma łóżka

Drugim najczęstszym typem ujęcia osoby chorej jest postać leżąca w łóżku. Postacie znajdują się w dramatycznym międzybycie, między światem ziemskim a światem eschatologicznym, leżą w „śmiertelnej pościeli”, są złożeni „śmiertelną chorobą”, „umierają”, „konają”, mają „ciężką gorączkę”, „niebezpieczną chorobę” bądź „śmiertelną chorobę”, są „prawie martwi”, „ciężko chorują”, są „śmiertelnie ścisnieni chorobą”. W większości przypadków choroba nie zostaje sprecyzowana, ukonkretniona, choć zdarzają się wyjątki, Łukasz Draczyk „na śmiertelnej pościeli leżąc” stracił mowę i słuch (wotum z 1591 r.), a panna Katarzyna Woynianka doznała „ciężkiej gorączki” (wotum z 1607 r.). Wota z „platformą łóżka” można podzielić na dwa typy. Pierwszy ujmując akt choroby/umierania jako doświadczenie głęboko samotne, przynależne wyłącznie choremu, wotanci leżą osamotnieni w pościeli, pozbawieni czulej opieki bliskich, tkwią w dusznej przestrzeni alkowy. Ich stan opuszczenia i przeżywania choroby jest tak dojmujący, iż nie ma znaczenia, czy łóżko w którym spoczywają jest prostym meblem czy też urokliwym, wygodnym posłaniem zdobnym w baldachim i kotarę (np. wotum Panny Katarzyny Pieskowej (Pieskowskiej?), 1639 r.; wotum Urszuli z Branickich Lubomirskiej, 1763 r.). W wotum Zuzanny Zajowskiej Bliskiej, (1513 r.) przejmującym wydaje się gest chorej, która w słabości i osamotnieniu podnosi dłoń, gestowi temu towarzyszy jedynie nieco tajemniczy cień na ścianie. Z kolei w wotum Wojciecha Łazawskiego (1739 r.) obok łóżka mieści się stół z fiolkami i buteleczkami – znak długiego leczenia/chorowania jak i znak medycyny ziemskiej, która przegrała z medycyną boską. Druga grupa ujęć, niejako przeciwstawiona pierwszej podkreśla czułość więzi rodzinnych, współczucie bliskich, rozpacz oczekiwania na śmierć. Chorzy nie są pozostawieni sami sobie, towarzyszą im bliscy, rodzina, małżonkowie, dzieci, oddani służący. Zofia Pudencyanna z Ligęzów ks. Ostrogska i Zasławska spoczywa w łóżu w towarzystwie zatroskanej kobiety (wotum z 1618 r.), Jan Olszowski wkłada z przejściem gromnicę w dłoń syna Adama (wotum z 1603 r.), kmiołek Szwed pełen przerażenia modli się o życie dla „już

prawie martwej córki” (wotum, z 1679 r.), zaś Daniel Chotkowski kona, pożegnawszy się uprzednio z ukochaną żoną i dwójką dzieci, które teraz w dramatycznych konwulsjach i smutku rozpaczają nad bliską stratą ojca (wotum z 1637 r.).

Pediatrya

Położnictwo i ginekologia

Oczywistym jest, iż zarówno w wiekach średnich jak i nowożytnych częstotliwość chorób dzieci jak i ich śmiertelność stanowiła dominantę w pejzażu medycznym. Do najczęstszych chorób należały wady wrodzone systemu kostnego i układu nerwowego, krzywica (z powodu nieprawidłowego odżywiania i niedoboru witaminy D), ślepoty (w wyniku przebytej cukrzycy bądź różyczki matki), padaczka, przepuklina pępkowa, choroba Heine-Medina, różnego typu robaczycy, ospa, odra, liszaje, czyraki. Niemalże problem stanowiły także schorzenia jamy ustnej jak np. pleśniaki czy wyrzynanie się zębów. Często przydarzały się wypadki losowe, utonięcia, upadki z konia, dzieci połykały też piszczałki, monety, igły i guziki. W cyklu rzeszowskim uzdrowione dzieci ukazywano jako śpiące w kołyskach, spoczywające w łóżkach, niekiedy kłęczące w trakcie modlitwy wraz z rodzicami. Dramatyczny przebieg choroby rzadko jest definiowany obrazem kalekiego/ułomnego ciała. O „chorobowej przeszłości” świadczy głównie napis wotywny rejestrujący zaistniały cud. Duża część dzieci została przedstawiona jako niemowlaki w zawijakach. Zawijaki – (Wickelkind, Fatschenkind (od łac. słowa fascia-przepaska, wstęga, opaska), Infant in swaddling band) stały się w ikonografii od czasów starożytnych swoistym symbolem dziecka, czy idąc dalej dzieciństwa, według Matthäusa Schwarza jest to też „pierwsze ubranie w świecie”. Zawijanie niemowlaków taśmami miało powodować harmonijny rozwój ciała, jego prawidłowe kształtowanie według przyjętych zasad harmonii. Starożytni lekarze twierdzili, że zawijaki dawały dodatkowe korzyści, dzięki nim dzieci dłużej i spokojniej spały, mniej krzyczały, a ich serca były wolniej i bardziej miarowo. Od średniowiecza zawijaki nadal pełniły rolę kształtującą – spinając skórę miały czynić ją tłustszą i mocniejszą. Jednocześnie uwarunkowane były teorią humoralną, jeśli pojmujemy życie jako proces stopniowego wysychania, zużywania pierwotnych wilgotności znajdujących się w ciele ludzkim, to zabandażowany noworodek zostaje osłonięty przed przed-

wczesnym wysuszeniem, starzeniem się, traceniem płynów. W średniowiecznej Polsce zawijaki pełniły funkcję ochraniającą dzieci przed światem. Uważa się, że uporczywe krępowanie ciała dziecka, które dodatkowo powstrzymywało je od gniewu, ruchliwości, swobody jednocześnie odseparowywało dziecko od bliskości rodziców i bliskości innych ludzi. W średniowieczu i czasach nowożytnych zawijano dzieci najczęściej w lnianą tkaninę, a później za pomocą lnianych opasek dwukrotnie obwijano ręce i nogi, później zaś tułów. Ten rodzaj ochrony/ubrania czynił z dziecka nieruchomy kokon, mumię. W bogatych domach opaski były wykonywane z jedwabiu i często farbowane na kolor czerwony, purpurowy, nierzadko wyszywane w piękne wzory. Trzeba pamiętać, że krępowanie dzieci było też zabiegiem praktycznym. Rodzice, szczególnie zaś matka musiała szybko wrócić do codziennych zajęć, a nie mogąc zajmować się dzieckiem pozostawiała je często pod opieką starszych dzieci lub mamki, zatem „kokon z zawijaków” gwarantował względne bezpieczeństwo i spokój. Moda na zawijaki trwała aż do wieku XVIII, XIX, choć niestety ciasne krępowanie miało też bardzo negatywne skutki. Doprowadzało do przegrzania, zapalenia płuc, zniekształcenia stawów biodrowych, a w najgorszym wypadku do uduszenia! Ciała dzieci były zaczerwienione, oparzone, poranione, owrzodzone, często zbyt ciasne skrępowanie wgniatało żebra do wewnątrz, utrudniało oddychanie, przez co powodowało kaszel i wymioty z powodu wadliwego trawienia. Tym samym obraz dziecka w zawijakach jest dość ambiwalentny, z jednej bowiem strony ukazuje niemowlaka zdrowego, przywróconego rodzicom i światu, cudownie uzdrowionego, z drugiej strony należy pamiętać, że same zawijaki doprowadzały do licznych chorób! Intrygująco jawi się w tym kontekście wotum p. Jakuba Turskiego (1620 r.), którego synek w powiciu został uduszony przez nieostrożność mamki! Zrozpaczoną kobietę spętaną kajdanami wraz z nieżywym dzieckiem przyprowadzono do sanktuarium, gdzie w cudowny sposób niemowlę ożyło, a kajdany opadły z rąk mamki na znak jej niewinności. Czyżby wotum p. Jakuba Turskiego dokumentowało przypadek nieumiejętnego posługiwania się zawijakami?

Wiele zdrowotnych kłopotów wiązało się z nieszczęśliwymi wypadkami i urazami, którym dzieci ulegały podczas zabawy, podróży, pozostawione chwilowo bez opieki w domu. Józef – synek An-

drzeja Przegieńskiego przestał jeść i pić wskutek uderzenia dyszlem sani (1679 r.), z kolei Wojciech Kostyra przyznał się do wypadku którego był sprawcą – będąc podrostkiem wioząc tarcicę przejechał wozem chłopca Szymona tak dramatycznie, iż wszystkie jego wnętrzności wyszły „na wierzch”. Wiele przypadków dotyczy utonięć – zatonięć w sadzawkach, rzekach, stawach (np. wotum P. Jana Curzyńskiego i jego córeczki, 1635 r.; wotum kmiotka Stanisława i jego dziecka, 1672 r.; wotum P. Apoloni Ihalińskiej i jej córeczki, 1541 r.). Pokazną grupę stanowią też przypadki schorzeń oczu, co zresztą dotyczyło nie tylko chorób dzieci ale też dorosłych. Dzieci trawi ból – „bólaczka” która „wywała” oczy/oko na wierzch (wotum pana Krupy i 2-letniego jego synka, 1670 r.; wotum P. Kulakowskiego i jego córeczki, 1654 r.). Zdarzają się przypadki „ociemnienia” (wotum Jakuba (?) i jego syna Józefa, 1730 r.), „zaciemnienia” (wotum Zuzanny Żywcowny, która w wieku dwunastu lat miała oczy „zaćmione”, 1630 r.). Kalectwo oczu zdarzało się również wskutek nieszczęśliwych wypadków – ośmioletni syn Adama Stachowskiego doznaje „wypłynięcia oka” przez skaleczenie nożem (1536 r.).

Dzieci cierpią na epilepsję – kaduk (wotum podczaszego Sieradzkiego i jego starszego syna, 1743 r.; wotum p. Józefa Skrzyńskiego i jego syna Józefa, 1736 r.), cierpią również na trudne do zdefiniowania schorzenia: Antoni – syn Józefa Bylskiego przez jakiś czas nie jadł i wydawał się nieżywym (1741 r.), Jan – synek Matyasza Miotelki doznał duszącej „boleśnicy” na szyi (1678 r.). Niekiedy wotum staje się świadectwem bezradności rodziców, długi czas leczących dziecko u różnych lekarzy, którzy w krytycznym momencie porzucają wiarę w medycynę ziemską i decydują się ofiarować pociechę M. B. Rzeszowskiej (wotum Mariany Bilendowskiej, 1778 r.).

Osobny rozdział stanowił wielowiekowy dramat kobiet cierpiących w trakcie porodu i zaraz po nim. W czasach średniowiecznych jak i nowożytnych często zdarzały się patologiczne porody, powikłania w okresie porożu, zakażenie poporodowe, zaburzona laktacja. Wiele porodów odbywało się bez profesjonalnej pomocy lekarza, jedynie z akuszerką czy położną. Problemem było też cesarskie cięcie, które praktycznie do XIX wieku stanowiło zabieg ryzykowny, często doprowadzający do śmierci kobiety jak i dziecka.

Rzeszowskie wota nie precyzują szczegółowo z jakim rodzajem kobiece-





go schorzenia mamy do czynienia. Problemy położnicy zostają schematycznie określone jako stan bycia podczas rodzenia „w wielkim niebezpieczeństwie” – tak jak ma to miejsce w wotum Anny Pawłowej (1634 r.) i Matyasza Alexandrowicza (1676 r.). W tym drugim przypadku kobietą, która została przywołana jest teściowa Alexandrowicza mająca problemy z urodzeniem córki – jego przyszłej żony, co interesujące ukazana postać została przedstawiona jako kobieta w średnim wieku. Na większości przedstawień położnicy klęczą składając dłonie do modlitwy, choć w przypadku tego typu intencji znacznie wiarygodniej prezentuje się model z postacią leżącą w łóżku – wotum Jadwigi Maysowej (1515 r.) odsłania dramat rodzącej, która „kona przy dziecięciu”, podczas gdy akuszerka wkłada jej gromnicę w dłonie. Wzruszająco „brzmi” także wotum P. Adama Stoczyńskiego (1661 r.), którego brzemienna żona zaczęła nagle rodzić we wsi Krasne, w trakcie podróży z Podola w krakowskie. Wskutek porodu narodziło się martwe dziecko, które ofiarowane M. B. Rzeszowskiej ożyło. Obraz ukazuje szczęśliwych małżonków klęczących w pejzażu, u których stóp spoczywa synek w różowych zawijakach.

Choroba psychiczna, szaleństwo, opętanie, epilepsja

Cykl rzeszowski nie pomija także dramatycznych w odbiorze chorób jakimi były schorzenia psychiczne i stany historyczne, które już od czasów starożytnych pojmowano jako wynik boskiej kary. Tajemnicze zachowanie i duchowe cierpienia chorych uznawano za wynik złych uczynków, braku moralności czy aktu zaniedbania wobec bogów. Chryścijaństwo nie odrzuciło tej koncepcji, zaś wzoru postępowania z ludźmi dotkniętymi opętaniem dostarczała postawa Chrystusa, który rozkazywał demonom i uwalniał z nich. Duchowni chrześcijańscy naśladowując Jezusa posługiwali się egzorcyzmami, jednak był to tylko jeden ze sposobów leczenia, świeccy lekarze oprócz preparatów ziołowych zalecali także kastrację i trepanację! Od czasów średniowiecza ciało opętanych ukazywano jako ciało znajdujące się we władaniu diabła, czyli wyróżnione czy też naznaczone obrzydliwymi, drapieżnymi, a niekiedy nieprzyzwoitymi gestami, bowiem opętani to „obłączeni”, „osaczeni” przez demona. Ten typ ujęcia wykorzystuje wotum Jana Kutka i jego żony Anny

- zrozpaczeni rodzice przytrzymują bezwolne ciało córki Elżbiety ofiarowanej przed ołtarzem w kaplicy Matki Boskiej Rzeszowskiej (1640 r.). Drugi obraz powieła częstszy schemat – moment uzdrawiania za pomocą egzorcyzmów doprowadzających do opuszczenia chorego ciała przez demona. Ojciec Piątkiewicz egzorzysta leczy młodego mężczyznę, podtrzymywanego przez dwóch towarzyszy. Skrzydlaty demon wylatuje z ust chorego szybując w powietrzu... Ten rodzaj ujęcia również wykorzystuje schemat wykształtowany w średniowieczu. Usta człowieka stają się bramą graniczną wnętrza i zewnątrz człowieka. Diabeł nie wypełnia całego ciała opętanych, ale jego części: gardło, brzuch, jelita, trzewia, kierunek wnikania demona w ciało człowieka, a nade wszystko zajęte przez niego organy są nader symboliczne. Demon infekuje te części ciała, które dla chrześcijanina mają niebagatelne znaczenie, przede wszystkim usta, przełyk i brzuch wraz z żołądkiem - chorobliwy stan przełyku, żołądka i brzucha wywołany przez demona uniemożliwia człowiekowi normalne funkcjonowanie. Przy okazji nie należy zapominać o przekazach ludowych, według których diabeł czy demon dostaje się do wnętrza człowieka podczas ziewania, szczególnie w nocy, a zatem usta są organem, który przyczynia się do stworzenia stanu chorobowego, otwiera diabłu drogę do ciała ludzkiego.

Do najczęstszych chorób uchodzących w odbiorze społecznym za demoniczną należała epilepsja. Niejasne pochodzenie choroby i spektakularność cierpienia chorego powodowały że od czasów starożytnych pojmowano epilepsję jako chorobę magiczną, za którą odpowiedzialne były złe duchy, dlatego leczono ją głównie przy pomocy trepanacji. Zabieg ten miał usunąć ból, ale przede wszystkim uwolnić złego ducha odpowiedzialnego za cierpienie chorego. Demoniczna koncepcja padaczki została przejęta w wiekach średnich przez lekarzy ale także duchownych, dla których punktem wyjścia było cudowne uleczenie chłopca chorego na epilepsję przez Jezusa, który nakazał nieczystemu duchowi wyjść z chorego ciała (Mt 17, 14-21; Mk 9, 14-29; Łk 9, 37-43). Kolejni duchowni, teologowie, mistycy potwierdzali demoniczny charakter choroby, która wymagała głównie leczenia za pomocą egzorcyzmów. Padaczkę określano jako „świętą chorobę” (morbus sacer), „chorobę karzącą” (morbus sonticus), w Polsce także jako „niemoc” i „konwulsję”. Dramat choroby poświadcza złośliwy

katalog nazw epilepsji, które w różnych regionach Europy zwano dodatkowo „złą mocą”, „pojmaniem”, „różgą Boga”. Chory funkcjonowali w społeczeństwie jako napiętnowani przez Boga, budzili niechęć, odrazę. Nie tolerowano ich odmienności, nieprzewidywalnego zachowania, dziwne wyglądających ataków toniczno-klonicznych, dlatego stanowili „drugorzędny materiał ludzki”. Zdrowi bali się z chorymi rozmawiać, a nawet z nimi przebywać z obawy przed zarażeniem, bowiem epilepsja do końca XVII wieku uchodziła za chorobę zakaźną. Taki sposób traktowania epileptyków działał jednocześnie na nich samych, powodując, że stawali się nadpobudliwi, roztargnieni, nerwowi. W cyklu rzeszowskim padaczka została przedstawiona w dwojaki sposób. Pierwszy typ ujęć kwalifikuje ją jako kaduk. W wotach rzeszowskich dwukrotnie spotykamy się z przypadkiem epilepsji –kaduka u osób dorosłych. Elżbieta Zahorowska z miasta Krosna „cierpiąca na srogi kaduk” (1631 r.) została przedstawiona już po wyleczeniu w postawie klęczącej i ze złożonymi dłońmi. Znacznie bardziej interesująco i adekwatnie do choroby prezentuje się wotum Katarzyny Wilkny ze wsi Gorzysko (1537 r.) która „przez siedem lat ciężki cierpiąc kaduk ledwie nie ustawiczny” została uzdrowiona w sposób cudowny. Obraz ukazuje ładną, młodą dziewczynę, o zamkniętych oczach, której kompletnie pozbawione grawitacji ciało, bezwładne i przechylone na bok jest podtrzymywane przez dwóch mężczyzn w strojach ludowych. Dramatyczny przebieg choroby został tu prawdopodobnie wyrażony przez początek napadu toniczno-klonicznego. Wydaje się, że z epilepsją mamy również do czynienia w przypadku wotum Zofii Dziecieniaczki (1618 r.), jak głosi inskrypcja chora „zawrot głowy cierpiąc tak dalece że upadać musiała”, na obrazie widnieje wspomniana Zofia, siedząca na podłodze, wspierana i podtrzymywana z obu stron przez dwoje bliskich kobiet i mężczyznę. Oprócz epilepsji dotykającej dorosłych wota rzeszowskie zarejestrowały także epilepsję dziecięcą – o czym już była mowa.

Ciało „bezwładne” - wypadki, zranienia, nagłe okaleczenia

Z szerszej perspektywy można odnieść niesłuszne wrażenie, że główny kod portretowania choroby w rzeszowskim cyklu dzieli się na wota ukazujące klęczących wotantów i wota posługujące się ikonografią chorego w łóżku. Niespo-

dziewanie schemat ten przełamują ujęcia „relacjonujące” nieszczęśliwe wypadki – głównie konne, przypadki zranień, złamań kończyn, upadki z drabiny, schorzenia trudne do zdefiniowania, które wymuszały od twórców wyobraźni, ekspresji, śmiałego oderwania się od ustalonego rytmu obrazowania. W wotach tego typu ważną rolę odgrywa niekiedy pejzaż – świadek dramatycznych kataklizmów, ale przede wszystkim ciało – zdeformowane, okaleczone, wykrzywione, dotknięte bolesnym skurczem, „zdobne” w takie medyczne artefakty jak kule, laski, bandaże, opatrunki.

Wypadki konne ukazują najczęściej skłębiony korpus konia/koni i jeźdźca w momencie bolesnego upadku – wypadek taki przyczynił się do złamania nogi żołnierza Kazimierza Ignackiego (1514 r.), z kolei kiedy piorun ranił śmiertelnie wierzchowca Kazimierza Kulszowskiego ten doznał okaleczenia głowy, twarzy i ręki (1632 r.). Bywa, że wypadek konny zostaje przywołany tylko w napisie, podczas gdy wotant reprezentuje znany nam już schemat klęczącego ofiarnika – wydaje się jednak, że w przypadku „rejestracji” katastrof czy powypadkowych okaleczeń ciała ten schemat nie bardzo się sprawdza, znacznie lepiej „działa” na widza ukazanie klęczącego wotanta „wzbogaconego” atrybutem choroby, i tak Pan Turski klęczy prezentując złamaną prawą rękę zabezpieczoną białym opatrunkiem, dodatkowo ukazano tutaj z lewej strony wykrzywiony korpus konia (1643 r.), zaś wotum Pawła Tynieckiego ujawnia wierszowany napis, który informuje, że Tyniecki nie tylko miał wypadek konny, ale także tonął w Wiśle, przez co złamał lewą nogę (17 (?)). Wotum ukazuje Tynieckiego klęczącego przed ołtarzem zaś u jego stóp leży zdobna laska, bez której do tej pory nie mógł się poruszać.

Do równie ekspresyjnych i oryginalnych ujęć trzeba zaliczyć przedstawienie P. Wołotkowicza, który klęcząc dumnie prezentuje pierś zranioną tatarską strzałą (1569 r.); pejzażowe ujęcie z dziko drapieżnymi wilkami, które napadły Jana Chwostka, podczas drogi przez las (1669 r.); scenę ze złodziejem, który podczas kradzieży srebrnych wotów z ołtarza spadł z drabiny (1575 r.); Zofię Cekaykę o niepokojąco wykrzywionym ciele, chorą na bliżej niesprecyzowaną chorobę i utrzymaną przez dwoje ludzi w lęku przed upadkiem (1669 r.); podobny akt opieki nad chorym i jego bezwładnym ciałem odnajdujemy w wotum Zofii Dziecieniaczki, która wskutek ciężkich



i dokuczliwych zawrotów głowy upadała, nie mogąc normalnie się poruszać (1618 r.). Całkiem prawdziwym wydaje się także „zapis” paraliżu – w wotum Krystyny Jerzyny Zemowiczowej (1548 r.) chora, dotknięta paraliżem leży bez ruchu na ziemi, z poduszką pod głową i prawą, bezwładną dłońią wyciągniętą na bok.

Podsumowując, wszystkie wota łączy stała dwubiegunowość ujęcia. Z jednej strony człowiek został sportretowany w najbardziej pesymistycznym, dramatycznym z możliwych stanów; w momencie napięcia, przesilenia, utraty zdrowia i kondycji fizycznej bądź psychicznej... Życie człowieka zdaje się scenerią ponurą, świat pełen jest niebezpiecznych miejsc, wydarzeń wywołanych zarówno przez człowieka jak i naturę. Z drugiej strony sfera sacrum czyli cudowny wizerunek Matki Boskiej Rzeszowskiej stanowi nieobojętne lekarstwo, dobroczynny niebiański farmaceutyk zdolny odwracać chorobę, przywracać czas szczęśliwy, mający moc naprawiania ponurych sytuacji, za które nierzadko odpowiedzialny był grzeszny człowiek. Wota tak jak żadne inne obiekty potwierdzają niezwykle kontakt między wiernym a boską istotą, rejestrują akt ślubu, zaufania, przyrzeczenia. Dokumentują wreszcie w najbardziej namacalny, zmysłowy sposób prawdę o życiu naszych przodków, dla których świat, ale też wszystko to co przychodziło z zewnątrz będąc niepojętym, niewytłumaczalnym, tajemniczym – w tym choroba – powodowało ogromny lęk. Szczególnie choroba wydawała się zjawiskiem niepojętym, niewytłumaczalnym, przynębiającym... Jej moc nad człowiekiem, ale też pewna „absurdalność” i „nieprzewidywalność” byłaby trudną do zniesienia, gdyby nie wiara w boską medycynę.

dr Jowita Jagła jest adiunktem w Katedrze Historii Sztuki Uniwersytetu Łódzkiego

ABC bibliometrii

Joanna Słomkowska

Bibliometria

Bibliometria jest narzędziem, które pozwala ocenić stan nauki i technologii na podstawie całkowitej produkcji piśmiennictwa naukowego. Termin bibliometria zaproponował Alan Pritchard w 1969 roku, jednak współczesna bibliometria jest związana przede wszystkim z nazwiskiem Eugene'a Garfielda, który w 1955 roku stworzył indeks cytowań naukowych (Citation indexes for science).

Pierwszy Science Citation Index (SCI) ukazał się w 1963 roku, obejmował 102 tys. artykułów, które zostały opublikowane w 1961 roku w 613 wybranych czasopismach. Garfield założył w Filadelfii Instytut Informacji Naukowej (Institute of Scientific Information, ISI), którego zadaniem było i jest opracowywanie rozbudowywanych indeksów cytowań.

Analiza cytowań

Podstawą obliczania liczby cytowań jest opracowana przez ISI w Filadelfii baza Science Citation Index-Expanded (SCI-Exp). Jest to najnowocześniejsza obecnie baza służąca do określania liczby cytowań, a jednocześnie obszerna baza bibliograficzna ze streszczeniami, adresami autorów, ich afiliacją, informacjami wydawniczymi. Jej zawartość stanowi ponad 6500 tytułów czasopism ogólnowiatowych ze 150 dziedzin naukowych.

Przygotowując analizę cytowań należy pamiętać, że:

- za pracę cytowaną uznaje się publikację, na którą powołują się inni autorzy;
- autocytacja ma miejsce wtedy, gdy autor cytuje własną publikację i nie powinna ona być brana pod uwagę przy ocenie cytowań dorobku danego autora;
- aby dokonać analizy cytowań publikacji konkretnego autora, musimy dysponować pełną bibliografią prac opublikowanych, każda bowiem praca, niezależnie od czasu jej powstania, może zostać zacytowana w danym roku;
- w przypadku współautorstwa, analizę należy przeprowadzać według pierwszego autora każdej pracy;
- aby artykuł został zauważony, a następnie wykorzystany (zacytowany) przez innych autorów, powinien zostać opublikowany w czasopiśmie, które są odnotowywane w dużych bazach bibliograficznych.

Wskaźnik Impact Factor (IF)

Wskaźnik Impact Factor danego czasopisma to liczba cytowań uzyskanych przez to czasopismo w roku bieżącym dla artykułów opublikowanych w nim w ciągu dwóch poprzednich lat, podzielona przez ogólną liczbę artykułów zamieszczonych w tym czasopiśmie w tych samych dwóch latach.

Źródłem wskaźnika IF jest wydawana corocznie baza Journal Citation Reports (JCR). Jej zawartość podlega stałej weryfikacji, w wyniku której do bazy wchodzi nowe tytuły, znikają natomiast te, które nie sprostają wymogom stawianym przez ISI.

Lista Filadelfijska

Lista Filadelfijska jest wykazem tytułów czasopism indeksowanych w bazach danych Instytutu Informacji Naukowej w Filadelfii (Institute for Scientific Information). Zawiera prawie 10.000 czasopism z nauk ścisłych, przyrodniczych, technicznych, społecznych, humanistycznych oraz z dziedziny sztuki. Liczba czasopism nie jest stała, podlega selekcji - niektóre są eliminowane, inne dodawane. Decyduje o tym wiele kryteriów:

- regularność ukazywania się czasopisma,
- wydawanie periodyku zgodnie z międzynarodową konwencją wydawniczą,
- podawanie w języku angielskim tytułów, streszczeń oraz słów kluczowych publikowanych prac,
- recenzowanie publikowanych prac przez autorytatywnych recenzentów,
- regionalna reprezentatywność periodyków,
- analiza poczytności - mierzona takimi wskaźnikami, jak: citation index (indeks cytowań), impact factor (wskaźnik częstości cytowania w określonym czasie), immediacy index (czas w jakim artykuł opublikowany jest cytowany).

Indeks Hirscha

Indeks Hirscha (indeks h) to współczynnik, który został wprowadzony w 2005 roku przez Jorgego E. Hirscha, jest on sposobem mierzenia osiągnięć naukowych z uwzględnieniem liczby publikacji i liczby cytowań.

Indeks h jest zdefiniowany jako liczba prac naukowych, które uzyskały liczbę cytowań równą lub większą od h.

Web of Science

Baza Web of Science zawiera dane bibliograficzne, streszczenia artykułów z czasopism naukowych i konferencji oraz

informacje o cytowaniach zamieszczone w następujących indeksach cytowań:

- Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) – indeks cytowań artykułów z czasopism nauk przyrodniczo-technicznych od 1945 r.
- Social Sciences Citation Index (SSCI) – indeks cytowań artykułów z czasopism nauk społecznych od 1956 r.
- Arts & Humanities Citation Index (A&HCI) – indeks cytowań artykułów z czasopism nauk humanistycznych i sztuki od 1975 r.
- Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S) – indeks cytowań materiałów konferencyjnych z nauk przyrodniczo-technicznych od 1990 r.
- Conference Proceedings Citation Index - Social Science & Humanities (CPCI-SSH) – indeks cytowań materiałów konferencyjnych z nauk społecznych i humanistycznych od 1990 r.

Baza WoS obejmuje 12 tysięcy czasopism, 50 milionów rekordów, 800 milionów cytowań.

Scopus

Baza Scopus jest bazą bibliograficzno-bibliometryczną, podobnie jak Web of Science. Zawiera opisy bibliograficzne oraz abstrakty artykułów z czasopism naukowych, materiałów konferencyjnych, publikacji handlowych i serii książkowych. Scopus umożliwia przeszukiwanie ponad 16 000 recenzowanych czasopism naukowych wydawanych przez około 4000 wydawców z całego świata.

Expertus

Bibliografia Publikacji Pracowników UMK tworzona jest w systemie Expertus. Baza dokumentuje dorobek piśmienniczy pracowników Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w czasie ich zatrudnienia na uczelni (począwszy od roku 1986).

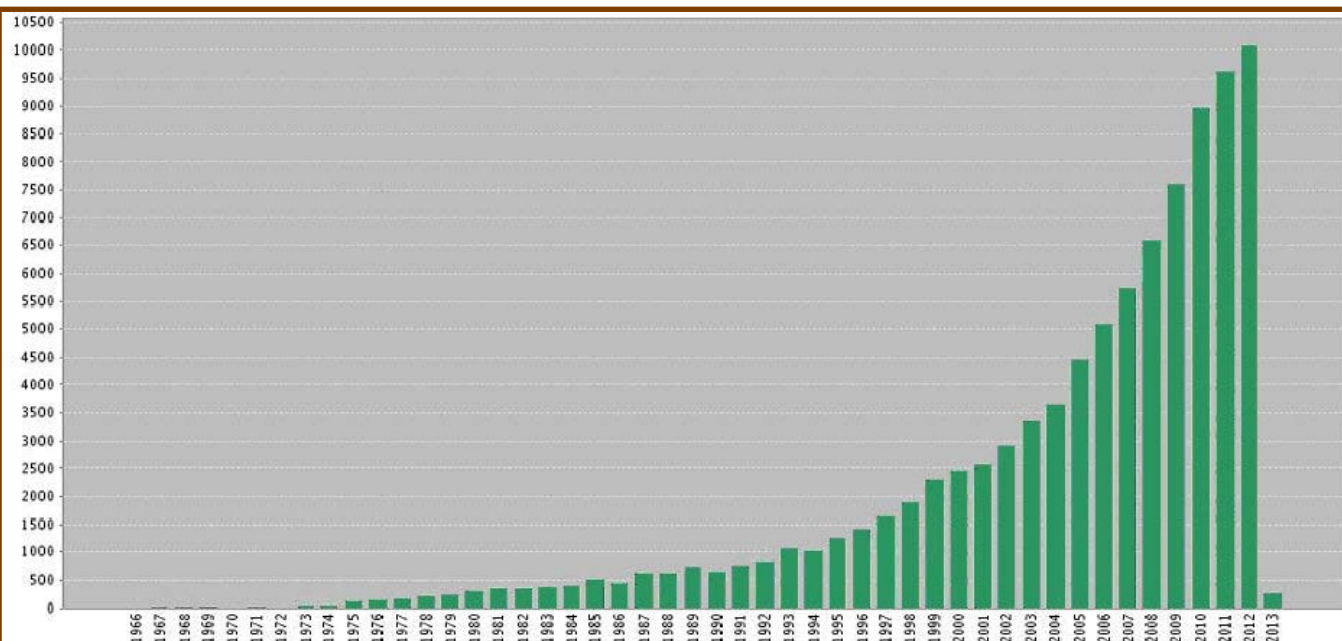
Baza zawiera obecnie ponad 53 tysiące opisów i jest na bieżąco uzupełniana oraz poprawiana. Wersja on line jest aktualizowana codziennie.

Publikacje z lat 2008-2013 są poddawane ocenie parametrycznej polegającej na nadaniu punktacji ministerialnej oraz wartości wskaźnika IF.

mgr Joanna Słomkowska jest Zastępcą Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Personalnych i Bibliotek Specjalistycznych,

przedruk z „Głosu Uczelni” 2013 nr 2

Zestawienie najczęściej cytowanych aktywnych zawodowo pracowników UMK i CM w bazie Web of Science na platformie Web of Knowledge, bez względu na afiliację (aktualizacja bazy – styczeń 2013)



Lp.	Autor	Wydział	Liczba publikacji	Liczba cytowań bez autocytowań (całkowita liczba cytowań)	Indeks Hirscha
1.	Wojtkowski Maciej	WFAiS	131	3523 (4006)	31
2.	Buszewski Bogusław	WCh	352	3107 (4333)	34
3.	Kowalczyk Andrzej	WFAiS	131	2875 (3225)	23
4.	Oliński Ryszard	CM	132	2703 (3132)	31
5.	Meller Jarosław	WFAiS	72	2055 (2148)	26
6.	Kozak Wiesław	WBiOŚ	86	1875 (2020)	24
7.	Wiśniewska Justyna	WBiOŚ	16	1809 (1839)	10
8.	Krełowski Jacek	WFAiS	120	1796 (1216)	22
9.	Katarzyński Krzysztof	WFAiS	75	1632 (1519)	24
10.	Karwasz Grzegorz	WFAiS	134	1291 (1656)	25
11.	Wojtowicz Andrzej	WFAiS	98	1248 (1456)	21
12.	Terzyk Artur	WCh	162	1217 (2031)	24
13.	Meissner Leszek	WFAiS	40	1199 (1415)	20
14.	Gackowski Daniel	CM	50	1185 (1343)	22
15.	Gauden Piotr	WCh	121	1147 (620)	19
16.	Wojtczak Andrzej	WCh	92	1074 (1193)	18
17.	Jawień Arkadiusz	CM	46	1052 (1067)	13
18.	Rytter Wojciech	WMiI	180	1007 (800)	15
19.	Kaczmarek Halina	WCh	112	1000 (1210)	20
20.	Biniak Stanisław	WCh	62	984 (1138)	16
21.	Jaskólski Włodzimierz	WFAiS	89	911 (1066)	16
22.	Różalski Rafał	CM	40	900 (1030)	19
23.	Foksiński Marek	CM	28	876 (943)	19
24.	Ulrich Werner	WBiOŚ	55	875 (1047)	16
25.	Sztyk Edward	WCh	139	840 (1204)	18
26.	Gorczyńska Iwona	WFAiS	47	826 (880)	14
27.	Kus Andrzej	WFAiS	52	825 (878)	16
28.	Sionkowska Alina	WCh	74	822 (1091)	20
29.	Skowroński Andrzej	WMiI	139	808 (1634)	23
30.	Szymański Grzegorz	WCh	23	789 (810)	11
31.	Rychlicki Gerhard	WCh	85	748 (962)	19
32.	Gutkin Eugene	WMiI	55	736 (636)	14

Lp.	Autor	Wydział	Liczba publikacji	Liczba cytowań bez autocytowań (całkowita liczba cytowań)	Indeks Hirscha
33.	Grabowski Ireneusz	WFAiS	28	735 (797)	13
34.	Staszewska Grażyna	WFAiS	48	722 (800)	14
35.	Duch Włodzisław	WFAiS	147	697 (1055)	16
36.	Barysz Maria	WCh	42	693 (783)	15
37.	Caputa Michał	WBiOŚ	62	686 (831)	15
38.	Simson Daniel	WMiI	92	684 (1081)	18
39.	Goździewski Krzysztof	WFAiS	90	674 (1006)	18
40.	Ciuryło Roman	WFAiS	95	665 (1007)	18
41.	Białkowski Karol	CM	26	645 (682)	15
42.	Polasik Marek	WCh	87	605 (1089)	22
43.	Jankowski Piotr	WCh	24	596 (638)	11
44.	Wiśniewski Marek	WCh	48	566 (623)	16
45.	Wiśniewski Dariusz	WFAiS	50	564 (633)	14
46.	Kujawski Wojciech	WCh	58	559 (662)	15
47.	Tretyn Andrzej	WBiOŚ	84	550 (666)	13
48.	Tomov Toma	WFAiS	62	543 (480)	14
49.	Grzybowski Tomasz	CM	72	543 (615)	13
50.	Targowski Piotr	WFAiS	69	538 (631)	10
51.	Borkowska Alina	CM	106	528 (572)	12
52.	Siomek Agnieszka	CM	31	508 (573)	15
53.	Szymczak Marian	WFAiS	49	502 (604)	15
54.	Manitius Jacek	CM	97	476 (508)	12
55.	Mikołajewski Maciej	WFAiS	52	475 (521)	11
56.	Szulmowski Maciej	WFAiS	60	463 (580)	13
57.	Ligor Tomasz	WCh	41	442 (473)	11
58.	Szumski Michał	WCh	26	437 (481)	13
59.	Stankiewicz Maria	WBiOŚ	30	429 (464)	13
60.	Koter Stanisław	WCh	61	418 (516)	12
61.	Lemańczyk Mariusz	WMiI	67	416 (258)	10
62.	Drozdowski Winicjusz	WFAiS	44	409 (495)	14
63.	Adamczak Rafał	WFAiS	19	401 (411)	7

Analiza cytowań

Joanna Słomkowska

Analizę liczby cytowań przeprowadzono na podstawie bazy Web of Science, biorąc pod uwagę wszystkie publikacje danego autora oraz ograniczając wyszukiwanie do prac z zaznaczoną afiliacją UMK.

W obu przypadkach wyniki wskazują na dominację przedstawicieli nauk ścisłych, prym wiodą fizyka wraz z astronomią, chemia, biologia, medycyna, matematyka i informatyka.

Najczęściej cytowanym aktywnym zawodowo pracownikiem UMK jest dr

hab. Maciej Wojtkowski, prof. UMK, którego ogólna liczba cytowań wynosi 3523 (2663 z afiliacją UMK). Zestawienie najczęściej cytowanych pracowników przedstawiono w załączonych tabelach.

W bazie Web of Science ujęto 10882 prace powiązane z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika. Suma wszystkich cytowań tych prac wynosi 92574, z czego 72459 bez autocytowań (wg stanu na 28.01.2013).

Dzięki tak wysokiej liczbie cytowań indeks Hirscha wyliczony dla całej

Uczelni wynosi 92.

Analiza ogólnej liczby cytowań naszego uniwersytetu wykazuje tendencję wzrostową, co uwidocznione jest na poniższym wykresie.

Liczba cytowań oraz wartość indeksu Hirscha nie są wartościami stałymi, zmieniają się z dnia na dzień, w miarę pojawiania się w bazie Web of Science kolejnych publikacji oraz dalszego cytowania indeksowanych prac.

przedruk z „Głosu Uczelni” 2013 nr 2

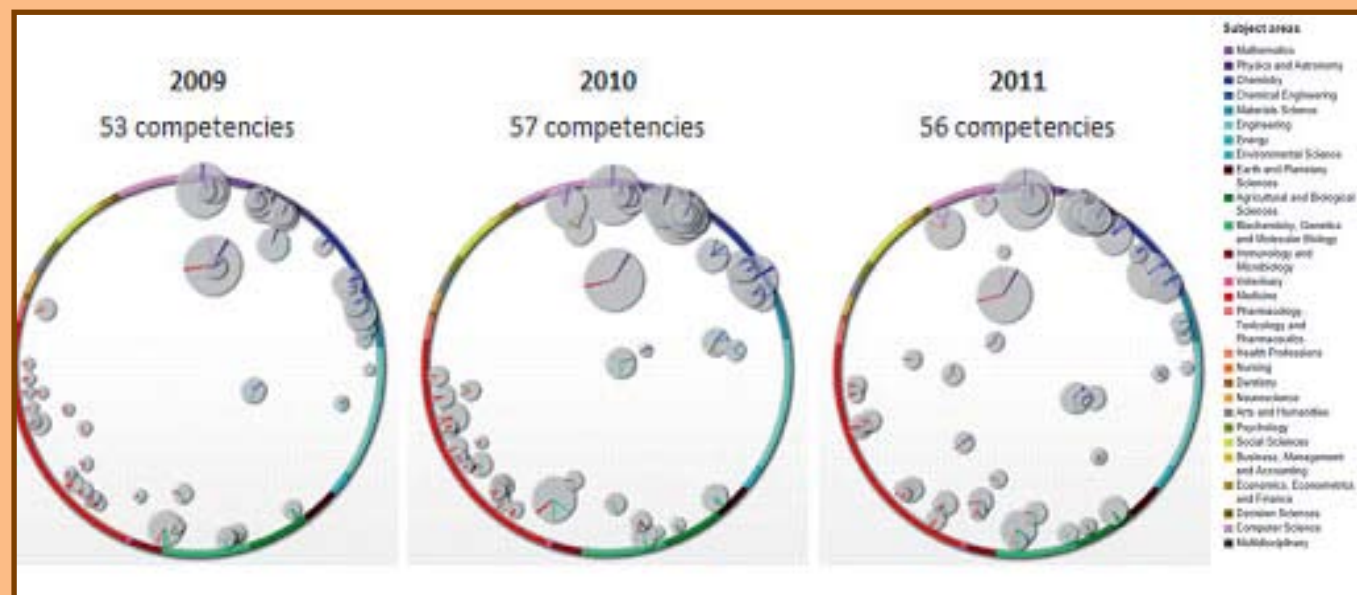
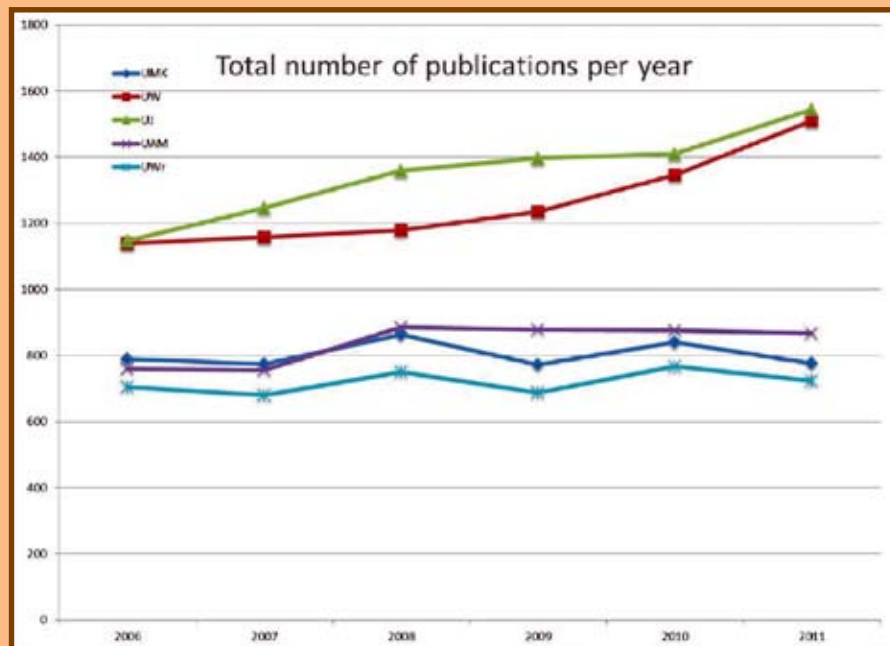
W czołówce uniwersytetów

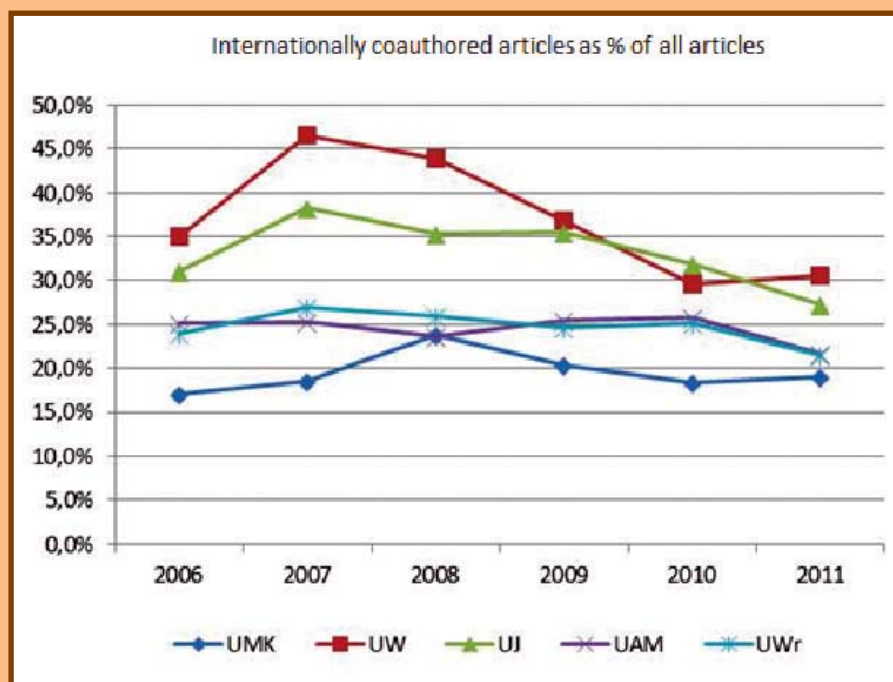
Piotr Gołkiewicz, Igor Hundziak

Oto krótka analiza kompetencji UMK w porównaniu z innymi czołowymi uniwersytetami – na podstawie SciVal Spotlight i bazy Scopus wydawnictwa naukowe Elsevier.

W oparciu o narzędzia analityczne SciVal Spotlight i bazę abstrakto-bibliograficzną Scopus przeprowadziliśmy analizę obszarów kompetencji UMK. Zanalizowaliśmy główne obszary badawcze uczelni oraz poziom współpracy międzynarodowej, a wyniki porównaliśmy z czterema prowadzącymi uniwersytetami polskimi – UW, UJ, UAM i UWr.

Biorąc pod uwagę liczbę publikowanych artykułów naukowych zarejestrowanych w bazie Scopus, UMK osiąga wyniki porównywalne z UAM i UWr, na poziomie 800 prac rocznie.





Wskaźnik 0,4 artykułu na naukowca w skali roku jest również porównywalny z pozostałymi analizowanymi uczelniami.

Wiele do życzenia pozostawia natomiast jakość prac naukowych mierzona liczbą cytowań. UMK osiąga 3,23 cytowania na artykuł, co jest najniższym wynikiem wśród analizowanych uczelni. Najlepszy wynik w tej kategorii, 4,91 cytowań na artykuł, osiągnął UW.

Ta obserwacja jest skorelowana z następną, dotyczącą poziomu współpracy międzynarodowej. UMK ma najniższy z badanych uczelni procent artykułów napisanych we współpracy z co najmniej jednym autorem zagranicznym. Wynosi niecałe 31%. Dla porównania, UW notuje wynik ponad 49%. Jeżeli natomiast weźmiemy pod uwagę współpracę międzynarodową z największymi potęgami naukowymi (USA, UK, Chiny, Japonia, Niemcy, Francja, Hiszpania, Kanada, Włochy, Rosja, Indie), to wskaźnik ten

spada dla UMK do 19%. Dla porównania, UAM i UWŕ notują prawie 22%, UJ 27%, a UW 30%.

Porównanie liczby kompetencji przy wykorzystaniu aplikacji SciVal Spotlight wypada dla UMK bardzo korzystnie. Jest to bardzo istotne, szczególnie biorąc pod uwagę opisane powyżej wyniki cytowań oraz współpracy międzynarodowej.

Number of Competencies

UW 64

UJ 100

UMK 56

UAM 54

UWŕ 40

Ponadto jeżeli znormalizujemy liczbę kompetencji w stosunku do liczby pracowników naukowych, to UMK może się pochwalić najlepszym wynikiem 2,8 kompetencji na 100 naukowców. Na drugim miejscu plasuje się UJ z wynikiem 2,7, a na trzecim UWŕ (2,4). Dwa pozostałe uniwersytety mają po ok. 2 kompeten-

cje na 100 naukowców. Przyglądając się rozwojowi i charakterowi kompetencji w ciągu ostatnich trzech lat, obserwujemy dominację nauk ścisłych i medycznych. Widać również wyraźny i pozytywny trend rosnącej liczby kompetencji interdyscyplinarnych. Widać to poniżej na 3 kolejnych mapach kompetencji UMK, gdzie kompetencje wyrażone poprzez „bąbelki” przesuwają się wyraźnie ku środkowi Koła Nauki. Bardzo istotnym pozytywnym zjawiskiem jest obecność 2/3 kompetencji UMK w obszarach rosnących, czyli takich, w których liczba artykułów jest z roku na rok większa.

I kilka słów wyjaśnienia dotyczącego metodologii SciVal Spotlight. SciVal Spotlight wykorzystuje surowe dane z bazy Scopus (ok. 47 milionów rekordów), które poddawane są analizie w oparciu o technologię informacyjną znaną jako „Analiza współcytowań”.

W oparciu o tę analizę tworzone są klastry artykułów (ok. 100.000). Następnym etapem jest mapowanie artykułów danej instytucji i nakładanie ich na tak utworzone klastry (lub grupy klastrów, jeżeli są między nimi istotne związki poprzez cytowania). W ten sposób wyodrębniane są tzw. kompetencje, definiowane jako przewodnictwo lub co najmniej drugie miejsce w co najmniej jednym z poniższych kryteriów:

- liczba artykułów w klastrze (grupie klastrów),
- liczba cytowań w klastrze (grupie klastrów),
- innowacyjność, mierzona wiekiem publikacji cytowanych przez autorów danej instytucji – im nowsze, tym wskaźnik wyższy, zero oznacza średnią w danej dziedzinie wiedzy.

Piotr Gołkiewicz, Igor Hundziak – przedstawiciele firmy Elsevier

przedruk z „Głosu Uczelni” 2013 nr 2

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 grudnia 2012 r. do końca lutego 2013 roku.

Wskaźnik Impact Factor ISI: 16.733

Eliano P. Navarese, Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Optimal timing of coronary invasive strategy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes.

Autorzy: Eliano P. Navarese, P.A. Gurbel, F. Andreotti, U. Tantry, Y.-H. Jeong, Marek Koziński, T. Engstrom, G. Di Pasquale, W. Kochman, D. Ardissino, E. Kedhi, G.W. Stone, Jacek Kubica.

Źródło: - Ann. Intern. Med. 2013 Vol. 158 nr 4 s. 261-270.

Punktacja ministerstwa: 50.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 11.665

Małgorzata Pawłowska

Tytuł oryginału: Randomized, placebo-controlled trial of tenofovir disoproxil fumarate in adolescents with chronic hepatitis B.

Autorzy: K. F. Murray, L. Szenborn, J. Wysocki, S. Rossi, A. C. Corsa, P. Dinh, J. McHutchison, P. S. Pang, L. M. Luminos, Małgorzata Pawłowska, J. Mizerski.

Źródło: - Hepatology 2012 Vol. 56 nr 6 s. 2018-2026.

Punktacja ministerstwa: 50.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 8.087

Eliano Pio Navarese

Tytuł oryginału: Effect of α-lipoic acid on platelet reactivity in type 1 diabetes patients.

Autorzy: R. Mollo, F. Zaccardi, G. Scalone, G. Scavone, P. Rizzo, Eliano Pio Navarese, A.

Manto, D. Pitocco, G. A. Lanza, G. Ghirlanda, F. Crea.

Źródło: - Diabetes Care 2012 Vol. 35 s. 196-197.

Punktacja ministerstwa: 45.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 6.800
Eliano P. Navarese

Tytuł oryginału: Platelet function measurement in elective percutaneous coronary intervention patients.

Autorzy: U.S. Tantry, Y.-H. Jeong, Eliano P. Navarese, P.A. Gurbel.

Źródło: - JACC: Cardiovasc. Intervent. 2012 Vol. 5 nr 3 s. 290-292.

Punktacja ministerstwa: 45.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 6.425
Ewa Chmielowska

Tytuł oryginału: Phase II study of single-agent bosutinib, a Src/Abl tyrosine kinase inhibitor, in patients with locally advanced or metastatic breast cancer pretreated with chemotherapy.

Autorzy: M. Campone, I. Bondarenko, S. Brincat, Y. Hotko, P.N. munster, E[wa] Chmielowska, P. Fumoleau, R. Ward, N. Bardy-Bouxin, E. Leip, K. Turnbull, C. Zacharchuk, R.J. Epstein.

Źródło: - Ann. Oncol. 2012 Vol. 23 nr 3 s. 610-617.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 6.207
Jacek Michałkiewicz

Tytuł oryginału: Altered genes profile of renin-angiotensin system, immune system, and adipokines receptors in leukocytes of children with primary hypertension.

Autorzy: M. Litwin, Jacek Michałkiewicz, J. Trojanek, A. Niemirska, A. Wierzbicka, M. Szalecki.

Źródło: - Hypertension 2013 Vol. 61 s. 431-436.

Punktacja ministerstwa: 45.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.897
Tomasz Dziaman

Tytuł oryginału: Ferroportin expression in haem oxygenase 1-deficient mice.

Autorzy: R.R. Starzyński, F. Canonne-Hergaux, M. Lenartowicz, W. Krzeptowski, A. Willemetz, A. Styś, J. Bierła, P. Pietrzak, Tomasz Dziaman, P. Lipiński.

Źródło: - Biochem. J. 2013 Vol. 449 s. 69-78.

Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.645
Sławomir Czachowski

Tytuł oryginału: The European General Practice Research Network presents a com-

prehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature.

Autorzy: J.Y. Le Reste, P. Nabbe, B. Manseau, C. Lygidakis, C. Doerr, H. Lingner, Sławomir Czachowski, M. Munoz, S. Argyriadou, A. Claveria, B. Le Floch, M. Barais, P. Bower, H. van Marwijk, P. Van Royen, C. Lietard.

Źródło: - J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013
Uwagi: DOI: 10.1016/j.jamda.2013.01.001

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.645
Sławomir Czachowski

Tytuł oryginału: A research group from the European General Practice Research Network (EGPRN) explores the concept of multimorbidity for further research into long-term care.

Autorzy: J.Y. Le Reste, P. Nabbe, C. Lygidakis, C. Doerr, H. Lingner, Sławomir Czachowski, M. Munoz, S. Argyriadou, A. Claveria, A. Calvez, M. Barais, C. Lietard, P. Van Royen, H. van Marwijk.

Źródło: - J. Am. Med. Dir. Assoc. 2013 Vol. 14 nr 2 s. 132-133.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.531
Jacek Szeliga, Marek Jackowski

Tytuł oryginału: A new approach for antibiotic drugs determination in human plasma by liquid chromatography - mass spectrometry.

Autorzy: M. Szultka, R. Krzemiński, Jacek Szeliga, Marek Jackowski, B. Buszewski.

Źródło: - J. Chromatogr. A 2013 Vol. 1272 s. 41-49.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.258
Tomasz Bogiel

Tytuł oryginału: Resistance to hypoxia-induced, BNIP3-mediated cell death contributes to an increase in a CD133-positive cell population in human glioblastomas in vitro.

Autorzy: U. D. Kahlert, D. Maciaczyk, F. Dai, R. Claus, E. Firat, S. Doostkam, Tomasz Bogiel, M.S. Carro, M. Dobrossy, C. Herold-Mende, G. Niedermann, M. Prinz, G. Nikkhah, J. Maciaczyk.

Źródło: - J. Neuropathol. Exp. Neurol. 2012 Vol. 71 nr 12 s. 1086-1099.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 4.092
Katarzyna Skonieczna,
Tomasz Grzybowski

Tytuł oryginału: The history of Slavs inferred from complete mitochondrial genome sequences.

Autorzy: M. Mielnik-Sikorska, P. Daga, B. Malyarchuk, M. Derenko, Katarzyna Skonieczna, M. Perkova, T. Dobosz, Tomasz Grzybowski.

Źródło: - PLoS ONE 2013 Vol. 8 nr 1 s. e54360.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.746
Jan Styczyński, Mariusz Wysocki

Tytuł oryginału: Consolidation of first-line therapy with busulphan and melphalan, and autologous stem cell rescue in children with Ewing's sarcoma.

Autorzy: K. Drabko, A. Raciborska, K. Bilska, J[an] Styczyński, M. Ussowicz, M. Choma, B. Wójcik, A. Zauha-Prażmo, E. Gorczyńska, S. Skoczeń, W. Woźniak, A. Chybicka, M[ariusz] Wysocki, J. Goździk, J. Kowalczyk.

Źródło: - Bone Marrow Transpl. 2012 Vol. 47 s. 1530-1534.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.724
Michał Gośliński

Tytuł oryginału: Genetically modified crops expressing 35S-thaumatin II transgene: sensory properties and food safety aspects.

Autorzy: M. Szwacka, W. Burza, R. Zawirska-Wojtasiak, Michał Gośliński, A. Twardowska, J. Gajc-Wolska, I. Kosieradzka, M. Kielkiewicz.

Źródło: - Comprehen. Rev. Food Sci. Food Safety 2012 Vol. 11 s. 174-186.

Punktacja ministerstwa: 45.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.485
Olga Haus, Hanna Janiszewska

Tytuł oryginału: The G84E mutation in the HOXB13 gene is associated with an increased risk of prostate cancer in Poland.

Autorzy: W. Kluźniak, D. Wokołorczyk, A. Kashyap, A. Jakubowska, J. Gronwald, T. Huzarski, T. Byrski, T. Dębniak, A. Gołąb, B. Gliniewicz, A. Sikorski, J. Świtak, Ł. Borkowski, A. Borkowski, A. Antczak, Ł. Wojnar, J. Przybyła, M. Sosnowski, B. Małkiewicz, R. Zdrojowy, P. Sikorska-Radek, J. Matych, J. Wilkosz, W. Różański, J. Kiś, K. Bar, P. Bryniarski, A. Paradysz, K. Jersak, J. Niemiro-wicz, P. Słupski, P. Jarzemski, M. Skrzypczyk, J. Dobruch, P. Domagała, M. R. Akbari, J. Lubiński, S.A. Narod, C. Cybulski, B. Górski, B. Masojć, T. van de Wetering, P. Serrano-Fernandez, M. Puszyński, M. Soczawa, M. Słojewski, S. Archimowicz, M. Kordowski, M. Życzkowski, W. Domagała, M. Chosia, A. Borówka, J. Bagińska, K. Krajka, M. Szwiec, M. Stawicka, Olga Haus, Hanna Janiszewska, A. Stembalska, M.M. Sasiadek.

Źródło: - Prostate 2013

Uwagi: DOI 10.1002/pros.22594

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.126**Piotr Cysewski, Dorota Ziółkowska**

Tytuł oryginału: Properties of acid or alkali treated cadmium pigments.

Autorzy: E. Makarewicz, Piotr Cysewski, A. Michalik, Dorota Ziółkowska.

Źródło: - Dyes Pigments 2013 Vol. 96 s. 338-348.

Punktacja ministerstwa: 45.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.114**Wojciech Kaźmierczak,****Łukasz Wicherek**

Tytuł oryginału: Analysis of metallo-thionein and vimentin immunoreactivity in pharyngeal squamous cell carcinoma and its microenvironment.

Autorzy: M. Dutsch-Wicherek, A. Lazar, R. Tomaszewska, Wojciech Kaźmierczak, Łukasz Wicherek.

Źródło: - Cell Tissue Res. 2013

Uwagi: DOI: 10.1007/s00441-013-1566-1

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 3.082**Marcin Woźniak, Jarosław Bednarek,****Tomasz Grzybowski**

Tytuł oryginału: Genetic data from Y chromosome STR and SNP loci in Ukrainian population.

Autorzy: M. Mielnik-Sikorska, P. Dac, Marcin Woźniak, B.A. Malyarchuk, Jarosław Bednarek, T. Dobosz, Tomasz Grzybowski.

Źródło: - Forensic Sci. Int. - Genetics 2013 Vol. 7 s. 200-203.

Punktacja ministerstwa: 40.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.961**Eliano Pio Navarese, Marek Koziński,****Jacek Kubica**

Tytuł oryginału: Drug-coated balloons in treatment of in-stent restenosis: a meta-analysis of randomised controlled trials.

Autorzy: Eliano Pio Navarese, D. Austin, P.A. Gurbel, F. Andreotti, U. Tantry, S. James, A. Buffon, Marek Koziński, K. Obońska, K. Bliden, Y.-H. Jeong, Jacek Kubica, V. Kunadian.

Źródło: - Clin. Res. Cardiol. 2013

Uwagi: DOI: 10.1007/s00392-012-0532-3

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.876**Anna A. Brożyna, Wojciech Józwicki**

Tytuł oryginału: Expression of the vitamin D-activating enzyme 1 α -hydroxylase (CYP27B1) decreases during melanoma progression.

Autorzy: Anna A. Brożyna, Wojciech Józwicki, Z. Janjetovic, A.T. Słomiński.

Źródło: - Hum. Pathol. 2013 Vol. 44 s. 374-387.

Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.859**Małgorzata Pawłowska,****Waldemar Halota,****Małgorzata Pilarczyk,****Katarzyna Linkowska,****Tomasz Grzybowski**

Tytuł oryginału: Impact of IL-28B polymorphism on pegylated interferon plus ribavirin treatment response in children and adolescents infected with HCV genotypes 1 and 4.

Autorzy: K. Domagalski, M[algorzata] Pawłowska, A. Tretyn, W[aldemar] Halota, Małgorzata Pilarczyk, E. Smukalska, K[atarzyna] Linkowska, T[omasz] Grzybowski.

Źródło: - Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2012 Vol. 31

Uwagi: DOI: 10.1007/s10096-012-1799-z

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.841**Celestyna Mila-Kierzenkowska,****Alina Woźniak, Tomasz Drewa,****Michał Szpinda,****Ewa Krzyżyńska-Malinowska**

Tytuł oryginału: Effects of open versus laparoscopic nephrectomy techniques on oxidative stress markers in patients with renal cell carcinoma.

Autorzy: Celestyna Mila-Kierzenkowska, Alina Woźniak, Tomasz Drewa, Br. Woźniak, Michał Szpinda, Ewa Krzyżyńska-Malinowska, P. Rajewski.

Źródło: - Oxidat. Med. Cell. Long. 2013 Vol. 2013 s. 1-8.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.841**Alina Woźniak, Michał Szpinda,****Celestyna Mila-Kierzenkowska,****Roman Makarewicz**

Tytuł oryginału: Oxidative stress markers in prostate cancer patients after HDR brachytherapy combined with external beam radiation.

Autorzy: Alina Woźniak, M. Masiak, Michał Szpinda, Celestyna Mila-Kierzenkowska, B. Woźniak, Roman Makarewicz, A. Szpinda.

Źródło: - Oxidat. Med. Cell. Long. 2012 Vol. 2012 s. 1-5.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.837**Jacek Michałkiewicz,****Izabela Kubiszewska**

Tytuł oryginału: Peripheral blood T lymphocyte subsets in children with congenital asplenia.

Autorzy: R. Motkowski, Jacek Michałkiewicz, B. Mikołuc, D. Smolka-Afifi, B. Pietru-

cha, Izabela Kubiszewska, J. Piotrowska-Jastrzębska, E. Bernatowska.

Źródło: - Hum. Immunol. 2012 Vol. 73 s. 1091-1097.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.824**Zbigniew Serafin, Władysław Lasek,****Wojciech Beuth**

Tytuł oryginału: Comparison of remnant size in embolized intracranial aneurysms measured at follow-up with DSA and MRA.

Autorzy: Zbigniew Serafin, P. Strześniewski, Władysław Lasek, Wojciech Beuth.

Źródło: - Neuroradiology 2012 Vol. 54 s. 1381-1388.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.824**Zbigniew Serafin, Władysław Lasek,****Wojciech Beuth**

Tytuł oryginału: Follow-up after embolization of ruptured intracranial aneurysms: A prospective comparison of two-dimensional digital subtraction angiography, three-dimensional digital subtraction angiography, and time-of-flight magnetic resonance angiography.

Autorzy: Zbigniew Serafin, P. Strześniewski, Władysław Lasek, Wojciech Beuth.

Źródło: - Neuroradiology 2012 Vol. 54 s. 1253-1260.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.733**Marcin Koba, Artur Słomka,****Michał P. Marszałł, Ewa Żekanowska**

Tytuł oryginału: Ability to determine the desferrioxamine-chelatable iron fractions of nontransferrin-bound iron using HPLC.

Autorzy: Marcin Koba, Artur Słomka, T. Bączek, Michał P. Marszałł, Ewa Żekanowska.

Źródło: - J. Sep. Sci. 2013 Vol. 36 s. 665-669.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.629**Bartosz L. Sikorski, Jakub J. Kałużny**

Tytuł oryginału: Restoration of photoreceptor structure and function in nonischemic central retinal vein occlusion.

Autorzy: Bartosz L. Sikorski, D. Bukowska, Jakub J. Kałużny, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski.

Źródło: - Acta Ophthalmol. 2012

Uwagi: DOI:

10.1111/j.1755-3768.2012.02516.x

Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.550**Adam Sukiennik, Wojciech Pawliszak,****Zbigniew Serafin, Lech Anisimowicz**

Tytuł oryginału: A giant coronary aneurysm associated with a fractured cobalt-chromium stent.

Autorzy: Adam Sukiennik, Wojciech Pawliszak, Zbigniew Serafin, Lech Anisimowicz.
Źródło: - Eur. J. Cardio-Thorac. Surg. 2012 Vol. 42 nr 2 s. e33.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.541
Marta Pokrywczyńska, Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Differentiation of stem cells into Insulin-producing cells: current status and challenges.

Autorzy: Marta Pokrywczyńska, S. Krzyżanowska, A. Jundziłł, J. Adamowicz, Tomasz Drewa.

Źródło: - Arch. Immunol. Ther. Exp. 2013

Uwagi: DOI: 10.1007/s00005-012-0213-y
Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.502
Patrycja Zalas-Więcek,
Anna Michalska,
Edyta Grąbczewska, Anita Olczak,
Małgorzata Pawłowska,
Eugenia Gospodarek

Tytuł oryginału: Human meningitis caused by Streptococcus suis.

Autorzy: Patrycja Zalas-Więcek, Anna Michalska, Edyta Grąbczewska, Anita Olczak, Małgorzata Pawłowska, Eugenia Gospodarek.

Źródło: - J. Med. Microbiol. 2013 Vol. 62 s. 483-485.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.325
Eliano Pio Navarese, Marek Koziński,
Adam Sukiennik, Jacek Kubica

Tytuł oryginału: A critical overview on ticagrelor in acute coronary syndromes.

Autorzy: Eliano P. Navarese, A. Buffon, M. Koziński, K. Obońska, M. Rychter, V. Kunadian, D. Austin, S. De Servi, A. Sukiennik, J. Kubica.

Źródło: - QJM 2013 Vol. 106 s. 105-115.
Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.247
Wojciech Szczęsny,
Magdalena Bodnar,
Stanisław Dąbrowiecki,
Jakub Szmytkowski,
Andrzej Marszałek

Tytuł oryginału: Histologic and immunohistochemical studies of rectus sheath in obese patients.

Autorzy: Wojciech Szczęsny, Magdalena Bodnar, Stanisław Dąbrowiecki, Jakub Szmytkowski, Andrzej Marszałek.

Źródło: - J. Surg. Res. 2013

Uwagi: DOI: 10.1016/j.jss.2012.05.008
Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.535
Anna Szaflarska-Popławska

Tytuł oryginału: Neo-epitope tissue transglutaminase autoantibodies as a biomarker of the gluten sensitive skin disease - Dermatitis herpetiformis.

Autorzy: S. D. Lytton, E. Antiga, S. Pfeiffer, T. Matthias, Anna Szaflarska-Popławska, V. K. Ulaganathan, W. Placek, P. Fabbri, R. Hall, M. Caproni.

Źródło: - Clin. Chim. Acta 2013 Vol. 415 s. 346-349.

Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.150
Katarzyna Bergmann,
Grażyna Sypniewska

Tytuł oryginału: Diabetes as a complication of adipose tissue dysfunction. Is there a role for potential new biomarkers?

Autorzy: Katarzyna Bergmann, Grażyna Sypniewska.

Źródło: - Clin. Chem. Lab. Med. 2013 Vol. 51 nr 1 s. 177-185.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.139
Zbigniew Banaszkiewicz

Tytuł oryginału: The risk of gastric cancer in carriers of CHEK2 mutations.

Autorzy: U. Teodorczyk, C. Cybulski, D. Wokołorczyk, A. Jakubowska, T. Starzyńska, A. Ławniczak, P. Domagała, K. Ferenc, K. Marlicz, Zbigniew Banaszkiewicz, R. Wiśniowski, S.A. Narod, J. Lubiński.

Źródło: - Fam. Cancer 2010 Vol. 9
Uwagi: DOI: 10.1007/s10689-012-9599-2
Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 2.076
Małgorzata Walentowicz-Sadlecka,
Marek Grabiec, Paweł Sadlecki,
Magdalena Krintus,
Aneta Mańkowska-Cyl,
Grażyna Sypniewska

Tytuł oryginału: 25(OH)D3 in patients with ovarian cancer and its correlation with survival.

Autorzy: Małgorzata Walentowicz-Sadlecka, Marek Grabiec, Paweł Sadlecki, M. Gotowska, P. Walentowicz, Magdalena Krintus, Aneta Mańkowska-Cyl, Grażyna Sypniewska.

Źródło: - Clin. Biochem. 2012 Vol. 45 s. 1568-1572.

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.975
Marcin Woźniak, Tomasz Grzybowski

Tytuł oryginału: Y-chromosome variation in Tajiks and Iranians.

Autorzy: B. Malyarchuk, M. Derenko, Marcin Woźniak, Tomasz Grzybowski.

Źródło: - Ann. Hum. Biol. 2013 Vol. 40 nr 1 s. 48-54.

Uwagi: DOI: 103109/03014460.2012.747628
Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.872
Jan Styczyński

Tytuł oryginału: Use of complementary and alternative medicine by children in Europe: Published data and expert perspectives.

Autorzy: T. J. Zuzak, J. Bonkova, D. Carredu, M. Garami, A. Hadianpour, J. Jazbec, J. Merrick, J. Miller, C. Ozturk, I. A. L. Persson, G. Petrova, P. Saz Peiro, S. Schraub, A. P. Simoes-Wüst, A. Steinsbekk, K. Stockert, A. Stoimenova, Jan Styczyński, A. Tzenova-Savova, S. Ventegodt, A. M. Vlieger, A. Langler.

Źródło: - Complement. Ther. Med. 2013
Uwagi: DOI: 10.1016/j.ctim.2012.01.001
Punktacja ministerstwa: 35.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.829
Magdalena Izdebska, Maciej Gagat,
Dariusz Grzanka, Alina Grzanka

Tytuł oryginału: Ultrastructural localization of F-actin using phalloidin and quantum dots in HL-60 promyelocytic leukemia cell line after cell death induction by arsenic trioxide.

Autorzy: Magdalena Izdebska, Maciej Gagat, Dariusz Grzanka, Alina Grzanka.

Źródło: - Acta Histochem. 2013
Uwagi: DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.acthis.2012.11.005
Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.829
Jakub Marcin Nowak,
Dariusz Grzanka, Lidia Gackowska,
Jacek Michałkiewicz, Alina Grzanka

Tytuł oryginału: Hyperthermia induces cytoskeletal alterations and mitotic catastrophe in p53-deficient H1299 lung cancer cells.

Autorzy: A. Pawlik, Jakub Marcin Nowak, Dariusz Grzanka, Lidia Gackowska, Jacek Michałkiewicz, Alina Grzanka.

Źródło: - Acta Histochem. 2013 Vol. 115 s. 8-15.
Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.747
Tomasz Drewa, Romana Joachimiak,
Anna Bajek, Maciej Gagat,
Alina Grzanka, Magdalena Bodnar,
Andrzej Marszałek, Robert Dębski

Tytuł oryginału: Hair follicle stem cells can be driven into a urothelial-like phenotype: An experimental study.

Autorzy: Tomasz Drewa, Romana Joachimiak, Anna Bajek, Maciej Gagat, Alina Grzanka, Magdalena Bodnar, Andrzej Marszałek, Robert Dębski, P. Chłosta.

Źródło: - Int. J. Urol. 2013

Uwagi:

DOI: 10.1111/j.1442-2042.2012.03202.x

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.725
Jan Styczyński, Małgorzata Kubicka, Beata Kołodziej, Beata Kuryło-Rafińska, Robert Dębski, Monika Pogorzała, Mariusz Wysocki

Tytuł oryginału: Comparison of prognostic value of in vitro drug resistance and bone marrow residual disease on day 15 of therapy in childhood acute lymphoblastic leukemia.

Autorzy: Jan Styczyński, M. Piątkowska, A. Jaworska-Posadzy, K. Czyżewski, Małgorzata Kubicka, Beata Kołodziej, Beata Kuryło-Rafińska, Robert Dębski, Monika Pogorzała, Mariusz Wysocki.

Źródło: - Anticancer Res. 2012 Vol. 32 s. 5495-5499.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.698
Jacek Michałkiewicz

Tytuł oryginału: Anamnestic immunological response profile in laboratory animals after immunization with recombinant hepatitis B vaccines of different generations.

Autorzy: P. Górską, Jacek Michałkiewicz, B. Bucholc.

Źródło: - Biologicals 2012 Vol. 40 s. 431-438.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.628
Magdalena Bodnar, Łukasz Szyłberg, Wojciech Kaźmierczak, Andrzej Marszałek

Tytuł oryginału: Differentiated expression of membrane type metalloproteinases (MMP-14, MMP015) and pro-MMP2 in laryngeal squamous cell carcinoma. A novel mechanism.

Autorzy: Magdalena Bodnar, Łukasz Szyłberg, Wojciech Kaźmierczak, Andrzej Marszałek.

Źródło: - J. Oral Pathol. Med. 2013

Uwagi: DOI: 10.1111/jop.12000

Punktacja ministerstwa: 30.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.563
Bogumiła Kupcewicz

Tytuł oryginału: Biological properties of carbon powders synthesized using chemical vapour deposition and detonation methods.

Autorzy: M. Batory, D. Batory, J. Grabarczyk, W. Kaczorowski, B[ogumiła] Kup-

cewicz, K. Mitura, T. H. Nasti, N. Yusuf, P. Niedzielski.

Źródło: - J. Nanosci. Nanotechnol. 2012 Vol. 12 nr 12 s. 9037-9046.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.552
Anna Bajek, Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Does the mesenchymal stem cells aging limit their potential application in clinical practice?

Autorzy: Anna Bajek, M. Czerwiński, J. Olkowska, N. Gurtowska, T. Kloskowski, Tomasz Drewa.

Źródło: - Aging Clin. Exp. Res. 2013

Uwagi: DOI: 10.3275/8424

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.495
Artur Słomka, Piotr Korbał, Natalia Piekuś, Ewa Żekanowska

Tytuł oryginału: The use of cluster and principal component analysis in the estimation of iron status in term newborns.

Autorzy: Artur Słomka, Piotr Korbał, Natalia Piekuś, Ewa Żekanowska.

Źródło: - J. Matern.-Fetal Neonatal Med. 2013 Vol. 26 nr 5 s. 482-486.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.491
Małgorzata Pawłowska, Waldemar Halota, Dorota Koziół, Ewa Jendryczka

Tytuł oryginału: Virological response to treatment with peginterferon alfa-2a in adolescents with chronic hepatitis B.

Autorzy: Małgorzata Pawłowska, Waldemar Halota, Dorota Koziół, Ewa Jendryczka.

Źródło: - Acta Biochim. Pol. 2012 Vol. 59 nr 4 s. 587-591.

Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.464
Beata Sulikowska, Rafał Donderski, Rafał Bednarski, Jacek Manitus

Tytuł oryginału: The enhanced renin-angiotensin-aldosterone system pharmacological blockade - which is the best?

Autorzy: L. Tylicki, S. Lizakowski, P. Rutkowski, M. Renke, Beata Sulikowska, Z. Heleniak, Rafał Donderski, Rafał Bednarski, M. Przybylska, Jacek Manitus, B. Rutkowski.

Źródło: - Kidney Blood Press. Res. 2012 Vol. 35 s. 335-343.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.458
Arkadiusz Jawień

Tytuł oryginału: A prospective, multi-centre, randomised, open label, parallel,

comparative study to evaluate effects of AQUACEL Ag and Urgotul Silver dressing on healing of chronic venous leg ulcers.

Autorzy: K. Harding, F. Gottrup, Arkadiusz Jawień, J. Mikosiński, K. Twardowska-Saucha, S. Kaczmarek, M. Sopata, C. Shearman, A. Pieronne, D. Kommala.

Źródło: - Int. Wound J. 2012 Vol. 9 s. 285-294.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.390
Anna Sinkiewicz, Marcin Jaracz, Hanna Mackiewicz-Nartowicz, Alina Borkowska

Tytuł oryginału: Affective temperament in women with functional aphonia.

Autorzy: Anna Sinkiewicz, Marcin Jaracz, Hanna Mackiewicz-Nartowicz, B. Wiskirska-Woźnica, W. Wojnowski, A. Bielecka, J. Kraśny, I. Kamińska, Alina Borkowska.

Źródło: - J. Voice 2012 Vol. 27 nr 1 s. 129. e11-129.e14.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.328
Beata Szeffler

Tytuł oryginału: Sumanene units in P-type surface networks.

Autorzy: Beata Szeffler, M. Saheli, M.V. Diudea.

Źródło: - Acta Chim. Slov. 2012 Vol. 59 s. 177-182.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.315
Anna Kamińska, Magdalena Nowaczewska, Barbara Książkiewicz, Roman Junik

Tytuł oryginału: Chorea, convulsive seizures and cognitive impairment in a patient with autoimmune thyroid disease.

Autorzy: Anna Kamińska, M. Kamiński, Magdalena Nowaczewska, Barbara Książkiewicz, Roman Junik.

Źródło: - Neurol. Sci. 2013

Uwagi: DOI: 10.1007/s10072-012-0990-4

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.271
Bogumiła Kupcewicz, Krzysztof Sobiesiak, Elżbieta Budzisz

Tytuł oryginału: Copper(II) complexes with derivatives of pyrazole as potential antioxidant enzyme mimics.

Autorzy: Bogumiła Kupcewicz, Krzysztof Sobiesiak, K. Malinowska, K. Koprowska, M. Czyż, B. Keppler, Elżbieta Budzisz.

Źródło: - Med. Chem. Res. 2013

Uwagi: DOI: 10.1007/s00044-012-0233-5

Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.234

Tomasz Bogiel

Tytuł oryginału: CD133/CD15 defines distinct cell subpopulations with differential in vitro clonogenic activity and stem cell-related gene expression profile in in vitro propagated glioblastoma multiforme-derived cell line with a PNET-like component.

Autorzy: U. D. Kahlert, N. O. Bender, D. Maciarczyk, Tomasz Bogiel, E. E. Bar, C. G. Eberhart, G. Nikkhah, J. Maciarczyk.

Źródło: - Folia Neuropathol. 2012 Vol. 50 nr 4 s. 357-368.

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.214

Alicja Sękowska, Eugenia Gospodarek

Tytuł oryginału: Antimicrobial susceptibility and genetic similarity of ESBL-positive Klebsiella pneumoniae strains.

Autorzy: Alicja Sękowska, Eugenia Gospodarek, D. Kamińska.

Źródło: - Arch. Med. Sci. 2012 Vol. 8 nr 6 s. 993-997.

Punktacja ministerstwa: 25.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.164

Jacek Michałkiewicz

Tytuł oryginału: Neutrophil phenotypic

characteristics in children with Congenital asplenia and splenectomized for hereditary spherocytosis

Autorzy: B. Woźniewicz, R. Janas, Jacek Michałkiewicz, M. Fedorowicz, B. Maruszewski, I. Nawrot, A. Sawicki.

Źródło: - Immunol. Invest. 2012 Vol. 41 s. 61-74.

Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.142

Rafał Czajkowski, Tomasz Drewa, Dorota Olszewska, Wojciech Zegarski, Barbara Zegarska

Tytuł oryginału: Activity of antioxidant enzymes in melanoma patients.

Autorzy: Rafał Czajkowski, A. Czajkowska, Tomasz Drewa, Dorota Olszewska, Wojciech Zegarski, J. Piech, B. Kowalyszyn, Barbara Zegarska.

Źródło: - Int. J. Dermatol. 2013

Uwagi: DOI:

10.1111/j.1365-4632.2011.05289.x

Punktacja ministerstwa: 20.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.000

Aleksandra Harat

Tytuł oryginału: Endoscopic third ventriculostomy in treatment of hydrocephalus.

Autorzy: P. Sokal, M. Birski, M. Rusinek, D. Paczkowski, P. Zieliński, Aleksandra Harat.

Źródło: - Wideochirurgia Tech. Małoinwazyjne 2012 Vol. 7 nr 4 s. 280-285.

Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.000

Stanisław Dąbrowiecki, Wojciech Szczęsny

Tytuł oryginału: Urgent endoscopy in elderly patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding.

Autorzy: P. Wierchowski, Stanisław Dąbrowiecki, Wojciech Szczęsny.

Źródło: - Wideochirurgia Tech. Małoinwazyjne 2012 Vol. 7 nr 4 s. 246-250.

Punktacja ministerstwa: 15.000

Wskaźnik Impact Factor ISI: 1.000

Joanna Ronowicz, Bogumiła Kupcewicz, Elżbieta Budzisz

Tytuł oryginału: Chemometric analysis of antioxidant properties of herbal products containing Ginkgo biloba extract.

Autorzy: Joanna Ronowicz, Bogumiła Kupcewicz, Elżbieta Budzisz.

Źródło: - Central Eur. J. Biol. 2013 Vol. 8 nr 4 s. 374-385.

Punktacja ministerstwa: 20.000

W Czadzie...

Maciej Socha

Przyjazd

Dwie czy trzy? Trzy! Trzy butelki wódki na lotnisku w Paryżu, to był ostatni zakup, który wydał się nam absolutnie niezbędnym. Wybraliśmy edycję limitowaną. W snobistycznym zacięciu wyobrażaliśmy sobie, że będziemy szyć drinki na tarasie



z widokiem jak z „Pożegnanie z Afryką”. To był na prawdę zakup last minute, biorąc pod uwagę jak daleko był nasz gate. Na końcu lotniska! Do samolotu na koniec świata... wsiedliśmy jako jedni z kilkorga białych. Pożegnanie z Paryżem było bardzo szybkie.

Powitanie po kilku godzinach lotu okazało się dużo bardziej egzotyczne i niespodziewane. W nocy wszystkie koty są czarne a lotniska... dobrze oświetlone. Nie w Stolicy Czadu! Było czarno, bardzo gorąco i wilgotno.

Lotnisko Hassana Djamousa w Ndżamena to międzynarodowy port lotniczy nazwany imieniem osoby, której chyba nikt nie znał. Przez sześć tygodni nie udało mi się dowiedzieć kim on był. Zacząłem się bać jak zobaczyłem brudne i ciase pomieszczenie z mnóstwem komarów w powietrzu i karaluchów na podłodze. Nawet żartować nam się nie chciało więc spokojnie staliśmy ściskając paszporty i żółte książeczki z pakietem szczepień na wszystko. Posmaku taniego thrillera dodał spocony, biegający jak w jakiejś malignie biały jegomość, który zaczął nas ner-

wowo pytać czy jesteśmy amerykańskimi badaczami i nagle pobiegł dokądś. I ten przedziwny zapach. Właściwie to smród ciągły, wszędobylski.

Kasia i Kuba czekali na nas przed lotniskiem, wyraźnie ucieszeni naszym przerażeniem. Kuba pamięta jak jeszcze parę lat temu, kiedy lądował samolot włączano agregat prądotwórczy na ropy, żeby oświetlić pas i tak zwaną (szumnie!) halę przylotów. Więc teraz to jest luksus!

Ndżamena to ponoć Ndżamena po polsku, jest ponad dwumilionowym miastem i stolicą jednego z najbiedniejszych krajów na świecie. Wierzę Kasi, że nie widziała biedniejszego kraju afrykańskiego, bo nie wyobrażam sobie, że mogłoby być gorzej. W Stolicy jest niewiele murowanych budynków, które należą do rządu związanego z Idrissem Debym Etno. Prezydent sprawuje rządy od dziesięcioleci a rząd i stanowiska obsadzone są przez osoby należące do kilku klanów rodzinnych. Klan rodzinny to taka komórka społeczna stanowiąca swoistą formę organizacji życia w miastach i wioskach. No właśnie: miasto Ndżamena w głównej mierze wyglą-

da jak kompilacja wiosek czadowych. To taka kilkumilionowa wioska, której centrum wygląda na bardziej zaawansowane cywilizacyjnie, ale pozostałe „osiedla” wyglądają dokładnie jak wsie na peryferiach kraju. Centrum stanowi główna ulica i kilka budynków organizacji międzynarodowych oraz posiadłości rodziny prezydenckiej strzeżone przez wojsko. No jest jeszcze piach i śmieci. Ulice wyglądają jak polne drogi a na poboczach walają się odpadki.

Ale w Ndżamenie każdy chce mieszkać i jeśli tylko ktoś z rodziny wyprowadzi się do stolicy i jeszcze znajdzie pracę, to rodzina przybywa by współzamieszkać. Ciekawe zjawisko socjologiczne, ale z drugiej strony przywiązanie rodzinne godne pozazdroszczenia. Kiedyś usłyszeliśmy, że w stolicy to się chodzi w pięknych sukienkach i ciągle czesze włosy. No tak, zakłady fryzjerskie są tu na każdym kroku.

Indagowany ksiądz Kuba, na pytania jak to możliwe, że tu jest tak źle, odpowiada, że ludzie nie mają ochoty nic zmieniać i w wyborach właściwie nie biorą udziału ponieważ obawiają się, że jeśli pojawiłby się nowy prezydent to wraz z nim cały jego klan zacząłby kraść dla swojej rodziny. A tak przynajmniej Ci się już „nakradli do syta”. Poza tym wybory to też kolejne ciekawe zjawisko, szczególnie jeśli tylko kilka procent uprawnionych potrafi pisać i czytać. Decyzje zapadają najczęściej na szczeblu Szeów Kantonów, którzy dbają, by mieszkańcy wybrali odpowiednią osobę.

Życie w Czadzie to materiał na opasłą opowieść, której pierwszy rozdział o początkach życia i ostatni o śmierci, byłyby klamrami spinającymi naszą misję i jednocześnie solą naszej pracy w Afryce.

O początkach życia

Właściwie to trudno mi powiedzieć jak generalnie wygląda poród Czadziaków, ponieważ jeśli nic się nie wikła to nie mam szansy go zobaczyć. Antoinette obiecała, że zabierze nas do wioski na poród, ale jakoś ten pomysł rozszedł się po kościach. W ciszy! No tak, już wiem! Rodzące są cicho. I to niezależnie czy w szpitalu, czy w domu, nie krzyczą.

Kobiety rodzą w domach, w otoczeniu całej wioski. Zawsze towarzyszą im kobiety z rodziny, czyli najprawdopodobniej żeńska połowa wioski, a wiodącą rolę spełnia jedna z wybranych kobiet. Ludową położną można zostać jeśli pomogło się przy co najmniej jednym porodzie i... zwykle już wystarczająco



dużo się wie. W końcu kobieta wie, bo sama rodziła. Najczęściej kilka/ kilkanaście razy, a ilość dzieci jest swoistym wyznacznikiem wartości kobiety. Niestety liczy się bardziej sama ilość porodów, a nie to ile i jak żyją dzieci. Rodząca podczas porodu znajduje się najczęściej w pozycji wertykalnej, z uniesionymi rękami, które są albo przywiązane albo utrzymywane przez towarzyszące kobiety. Śpiewem i nawoływaniem kobiety dopingują rodzącą do parcia. Jeśli to konieczne „położna” ma przy sobie zioła od lokalnego przedstawiciela medycyny naturalnej. Szczęśliwie zakończony poród jest powodem do dumy dla całej wioski i wspólnym sukcesem. Właściwie ta wspólnota sukcesu przekłada się też na późniejsze życie dziecka, które jest wychowywane przez wszystkich członków rodziny, przez całą wioskę. Kontakt z rodzicami nie jest wcale silniejszy od tego z innymi członkami szeroko pojętej rodziny klanowej.

Co ciekawe i różne od porodów w Polsce, łożysko zawsze zakopywane jest w pobliżu domu rodziców położnicy. I to niezależnie, gdzie odbył się poród. Pamiętam jak zdziwiony zapytałem po co łożysko leży z matką w łóżku i dlaczego wszyscy tak o nie dbają i w końcu po co zakopuje się je w ogródku rodziców. Z jeszcze większym zdziwieniem i niezrozumieniem dla mojego pytania jeden z pielęgniarzy odparł, że taka jest tradycja i nie może być inaczej. Był wyraźnie zdenerwowany jakbym naruszył jakąś magiczną strunę ich kultury. Te wszystkie porody, które odbyły się w Szpitalu podczas naszego pobytu, zdarzyły się głównie dlatego, że rodzące były spokrewnione z personelem szpitalnym i to oni namówili je na poród w warunkach szpitalnych lub... były porodami głębo-

ko powikłanymi.

Prof. Szymański od zawsze mówił, że łatwiej w szpitalu stworzyć domowe warunki niż w domu zapewnić podczas porodu bezpieczeństwo opieki szpitalnej. Niestety to smutne jak spolaryzowane są scenariusze przebiegu porodu w Czadzie. Pacjentki decydujące się na poród w warunkach domowych skazane są na absolutnie niezmedykalizowany poród, którym kieruje natura, ze wszystkimi jej dobrodziejstwami i powikłaniami składającymi się na taką, a nie inną statystykę śmiertelności. Z kolei kobieta trafiająca do szpitala rodzi w najbardziej nefizjologiczny z możliwych sposobów: leżąc przez cały czas na łóżku porodowym w pozycji tylko horyzontalnej, co chwilę badana, z wkłuciami dożylnymi i podawanymi co chwila lekami, prawie zawsze z nacięciem krocza i bez obecności kogoś bliskiego.

Nasza walka o próbę znaturalizowania porodu w szpitalu, zapewnienia spokoju i odrobiny intymności była dużą egzotyką dla personelu. Największą było wymuszenie, żeby noworodek został w spokoju z mamą przez co najmniej dwie godziny. Nawet pielęgniarki chciały szybko go zabrać, umyć, zważyć i ubrać. Ale podczas porodu w domu dziecko zabiera babcia, żeby mama mogła odpocząć. Nie udało nam się też namówić ojca dziecka, żeby potowarzyszył żonie, ale to już głębiej zakorzenione kulturowo uwarunkowania związane z pozycją kobiet i mężczyzn w Czadzie oraz ich wzajemnych relacji.

Relacje sprzed początków życia (stosunki damsko- męskie)

Stosunki to dobre określenie, szczególnie że przychodzi na myśl kwestie seksualne. Może warto od tego zacząć.

Ciekawe w tej kwestii jest to, jak, gdzie i kiedy, bo to wcale nie takie oczywiste i łatwe. Ale zacznijmy od najtrudniejszego, czyli od inicjacji seksualnej. Następuje ona baaaardzo wcześnie. Nie wiem w jakim wieku, bo nikt tu nie wie ile ma lat, ani kiedy się urodził. W sumie zaczynam już myśleć, że to może nawet dobrze. Ale co do inicjacji, to następuje ona najpóźniej po pierwszym krwawieniu miesięcznym. Często praktyką jest to, że to właśnie wtedy dziewczynka wychodzi za mąż. A właściwie jest sprzedawana mężowi. Mężczyzna musi wnieść odpowiednią opłatę, która jest ściśle uzależniona od tego co kobieta potrafi zrobić, czy umie ciężko pracować i ile przynieść wody. Pół żartem pół serio pytani czadzianie ile by dali za Kasię, odpowiadali z uśmiechem, ale całkiem serio, że nie za dużo, bo przecież co ona umie, jaka chuda, nie popracuje ani wody nie przyniesie no i... stara już jest. Co akurat, biorąc pod uwagę średnią społeczną i długość życia mieszkańców Czadu, jest świętą prawdą. Inicjacja seksualna to nie jakieś wielkie wprowadzenie w sferę seksu, ale po prostu współżycie ze starszym panem. Właściwie wszystkie pytane pacjentki, ale i znajomi odpowiadali, że współżyje się codziennie i to obowiązkowo. Pytanie tylko gdzie? Tego dalej nie wiem ale ciężko mi sobie to wyobrazić, widząc te małe domeczki zamieszkane przez całą rodzinę z biegającymi naokoło dziećmi. Na szczęście wyobraźnia podsuwa mi rozliczne rozwiązania. Za to wiem jak! Najczęściej na stojąco lub w pozycji misjonarskiej (nomen omen) na macie. Seks wydaje się nie mieć tu zbyt dużego związku z emocjami, czy uczuciami ale po prostu jest fizjologiczną codzienną czynnością. Promiskuityzm i niewier-

ność to też częsta tu sytuacja i właściwie niewielki dla czadzian problem. Co ciekawe, właściwie nie istnieją stosunki oralne i co jeszcze ciekawsze całowanie się... chyba nie istnieje. Pytanie o pocałunki miłosne budziło spore zdziwienie.

Nasze zdziwienie za to budziło wielołożństwo i właśnie zdrady. Mężczyzna może mieć kilka żon i nie ma wcale to związku z tym, że nie kocha pierwszej żony ale... przecież jak będzie ich kilka to zawsze łatwiej będzie tej pierwszej. Poza tym żona to tania siła robocza, a im więcej żon tym więcej dzieci, które stanowią jeszcze tańszą siłę roboczą. Pragmatyzm posunięty do granic możliwości. I z zupełną powagą mówią to wykształceni mężczyźni. Niestety dla kobiet to nie taka rozkosz i poznaliśmy dziewczyny, które martwią się o swoje życie i o to że może pojawić się kolejna żona. Tak na pewno się dzieje w przypadku niepłodności. I to wcale nie tylko w przypadku niepłodności pierwotnej, bo wtedy mężczyzna albo wyrzuca żonę z domu, albo bierze sobie kolejną. Problemem są także kobiety, które mają już na przykład ośmioro dzieci, nie mogą zająć w kolejną ciążę. Piętnastolatka z dwójką dzieci prosząca o pomoc, bo nie może zająć w ciążę, to chleb powszedni. Inną sprawą jest zdrada, która tutaj nie jest definiowana jako przygodny seks, bo taki to żaden problem. Zdrada to utrzymywanie stałych kontaktów i związanie niejako emocjonalne, co wymaga w przypadku ujawnienia, wniesienia opłaty przez mężczyznę na rzecz zdradzanej i zabrania sobie kochanki.

W nowoczesnych domach zdarza się, że kobiety mieszkają z mężczyznami ale to... trudne nawet do realizacji. Po pierwsze dom to najczęściej jedna izba albo kilka „pokoi” będących osobnymi budynkami dlatego

trudno to zorganizować i znacznie wygodniej jest kiedy kobieta mieszka oddzielnie. Jeszcze jaśniejsze staje się to jeśli pomyśli się o tych kilku żonach, które miałyby mieszkać z mężem. Bardzo dobrze widoczne to było przed szpitalem, kiedy na rozłożonych matach pod jednym drzewem leżeli mężczyźni, a pod drugim siedziały kobiety przygotowując wodę i jedzenie. A propos posiłków to kobiety raczej nie jedzą z mężczyznami. Oczywiście postęp i emancypacja widoczna jest na każdym kroku i pracownicy szpitala już bez najmniejszego problemu jadają razem w różnopłciowym towarzystwie. Ta zmiana obyczajów nie dotyczy jednak okazywania sobie uczuć. Mężczyźni nie spacerują z kobietami, nie dotykają ich publicznie, okazując uczucia, nie wspominając o czułych pocałunkach czy przytulaniu. Tego nie ma szansy zaobserwować w Czadzie. Za to dość częstym obrazkiem są mężczyźni, którzy trzymają się za rękę podczas rozmowy lub rozmawiając ze sobą. To kwestia okazania uwagi i szacunku rozmówcy.

O śmierci

Mam już szczerze dość! W raporcie dla MSZ pisaliśmy, że zmniejszonymi śmiertelnością okołoporodową w trakcie naszego pobytu. Jasne! Zmniejszyliśmy ale jeśli to ma być sukces, to nie wiem jak się tu żyje z normalnymi statystykami. Pamiętam to pierwsze cięcie cesarskie. W nocy oczywiście nie ma prądu więc badanie pacjentki i kwalifikacja po ciemku to spora egzotyka, ale jeszcze większym wyczynem jest organizacja cięcia cesarskiego w nocy na afrykańskiej wsi. To była pacjentka po porodzie pierwszego bliźniaka, z położeniem poprzecznym zaniedbanym drugiego. Rączka w pochwie z zaklinowanym barkiem płodu



i zagrażającym pęknięciem macicy to niezbyt częsty widok w Polsce. Tutaj jedynie niezwykle było to, że pacjentka krzyczy, ponieważ w Czadzie porody przebiegają w ciszy, a pacjentki nie wydają z siebie prawie żadnego dźwięku. Wydobylem martwego chłopczyka, którego Monika próbowała jeszcze reanimować ale... przynajmniej matka przeżyła. Pamiętam też ostatnie cięcie cesarskie. Klasyczny, typowy brak postępu porodu po kilkudniowym odpłynięciu płynu owodniowego w ciąży prawie donoszonej. Gdyby nie problemy ze znieczuleniem to wszystko byłoby prawie wzorcowe. Mały misiek ale żywotny, mama w dobrym stanie i prawie, które robi sporą różnicę. W drugiej dobie życia noworodek zmarł. Pielęgniarz powiedział, że po prostu umarł. Nie mam siły na taką pracę. Te umierające dzieci to jakaś plaga. Codziennie umiera kilkoro. Wiem, że nie można pomóc każdemu pacjentowi i przyjechaliśmy z naszym ginekologicznym projektem, ale ciężko przejść obok umierających dzieci. Trudno bo do gabiny ginekologicznego przechodzimy przez pomieszczenie, gdzie siostry z personelem próbują ratować dzieci. Trudno też, bo nie można być ślepy, kiedy widzi się, że można zrobić więcej i lepiej. Obiecowałem sobie, że nie będziemy zachowywać się jak biali osadnicy, którzy wiedzą wszystko lepiej i właśnie wpadli, żeby zburzyć aktualnie panujący ład i wprowadzić swój. Trudno! Więc bierzemy się za jednego z takich sześciomiesięcznych chłopców i próbujemy ratować

bo właśnie się zatrzymał. Monika jest w stanie wyciągnąć umarłego spod ziemi i reanimować! Mały niby ma się lepiej, serduszko bije ale nie chce oddychać. Jezu przecież tu nie ma respiratora... z minuty na minutę jest gorzej i... odstepujemy od dalszej reanimacji. Mama siedziała obok. Podałem jej dziecko a ona ze łzami w oczach wzięła na ręce, przykryła chustą i wyszła. Jakoś tak zwyczajnie. Myślałem, że mi serce pęknie. Takich dzieci jest tu bardzo dużo. Kiedy wchodzimy i widzimy, że siedzi mama z dzieckiem na ręku i ma nebulizator, to zwykle źle wróży. Kasia nauczyła siostry jak używać nebulizatorów, które stały gdzieś w kącie więc sprawiliśmy, że zaczęły działać. To postęp. Monika nauczyła, jakie leki podawać i co robić w tak ciężkim stanie ale postępem jest jedynie zysk na czasie, bo przy nas jeszcze dziecko żyło, ale na drugi dzień zwykle dowiadaliśmy się, że w nocy zmarło. To dlatego rano już nie możemy znaleźć mamy.

Kiedy idiotycznie na początku pobytu w Szpitalu Dono Manga zapytałem, gdzie jest kostnica, skoro jest taka śmiertelność, usłyszałem, że nie ma. Po co? Jeśli ktoś umiera, to rodzina zabiera go do domu żeby pochować. Logiczne. To rodzina przyprawia chorego i wraz z nim zamieszkuje w szpitalu. Taka rodzinna przeprowadzka. Część rodziny śpi przy łóżku, a reszta przed szpitalem lub na dziedzińcu. Tu też się gotuje i karmi chorego, bo to rodzina o to dba. Jeśli pacjent umiera, to ta sama rodzina zabiera go ze szpitala lub czasem ambu-



lans szpitalny odwozi do wioski. Mam takie dziwne wrażenie, że tutaj wszyscy są przyzwyczajeni do śmierci. Tak jakby to było coś normalnego. No jest normalne, ale tu jest też... zwyczajne! Nie mogę się z tym pogodzić. Moje pacjentki nie umrą! Chciałbym i postaram się...

Żadna nie zmarła. Ani ginekologiczna w okresie okołoperacyjnym, ani położnicza. Zmarło sześćdziesiąt procent dzieci w okresie okołoporodowym!

Już nigdy nie powiem, że oficjalna trzydziestoprocentowa śmiertelność okołoporodowa to zawyżone statystyki!

P. S. Kasia żyje. Prawie umarła. Ja żyje. Prawie umarłem. Monika żyje. Ona jest twarda.

dr n. med. Maciej W. Socha, lekarz specjalista położnictwa i ginekologii; adiunkt w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

lek. Katarzyna Gieryn, rezydentka w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii; młodszy asystent w Oddziale Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Rydygiera w Toruniu

lek. Monika Szambelan, specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii; starszy asystent w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Władysława Biegańskiego w Toruniu

zdjęcia autorstwa Katarzyny Gieryn

Zimno im nie straszne

Roland Wesolowski

W dniach 4-6 stycznia 2013 r., w Kołobrzegu miało miejsce międzynarodowe spotkanie morsów – „Światowy Złot Morsów Kołobrzeg”, zorganizowane przez Kołobrzeski Klub Morsów i Regionalne Stowarzyszenie Turystyczno-Uzdrowiskowe w Kołobrzegu.

Wydarzenie to przyciągnęło do Kołobrzegu ponad 700 amatorów mroźnych kąpiei z całego świata. Przedsięwzięcie zrealizowano z ogromnym rozmachem, a organizatorzy zapewnili uczestnikom Złotu wiele atrakcji. Na potrzeby Złotu w Wilczym Szańcu powstała „Wioska Morsów”. Poza kąpielami w mroźnym Bałtyku, na plaży nie zabrakło również innych atrakcji. Na przebywających tam morsów oprócz sauny i jacuzzi z gorącą wodą cze-

kały ciepła zupa rybna i gorąca herbata. Dla osób chcących spróbować swoich sił w innych formach rekreacji przygotowano spacer po rozżarzonej węglu, jazdę quadem czy też lot balonem. W ramach imprez towarzyszących odbyło się spotkanie przy muzyce oraz „Światowy Bal Morsa”.

Ważnym elementem programu Światowego Złotu Morsów była konferencja naukowa pt. „Zalety morsowania i wpływ na organizm człowieka”. Celem konferencji była prezentacja oraz dyskusja na temat problemów badawczych i aplikacyjnych dotyczących wpływu morsowania na organizm człowieka. Współorganizatorem konferencji była Katedra Biologii Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. W Komitecie Naukowym Konferencji znalazły się m.in.: dr



hab. n. med. Alina Woźniak, prof. UMK oraz dr n. med. Celestyna Miła-Kierzenkowska. Nie bez powodu do organizacji konferencji zaproszono Katedrę Biologii Medycznej. Nasza Jednostka od lat prowadzi badania dotyczące wpływu różnych czynników środowiskowych na parametry oksydacyjno-antyoksydacyjne oraz wskaźniki stanu zapalnego. Wyniki badań publikowane są w prestiżowych czasopismach o zasięgu międzynarodowym. Jednym z zagadnień będących przedmiotem badań Katedry jest m.in. wpływ niskich temperatur na organizm człowieka. Katedra

Biologii Medycznej w swoim dorobku naukowym posiada oryginalne prace badawcze, dotyczące wpływu krioterapii ogólnoustrojowej oraz morsowania na sprawność funkcjonowania bariery antyoksydacyjnej oraz zmiany stężenia wskaźników procesu zapalnego. To właśnie znajomość tej tematyki od strony praktycznej oraz opublikowane oryginalne prace badawcze skłoniły organizatorów Zlotu do nawiązania współpracy z naukowcami z naszej Uczelni. W programie konferencji znalazły się m.in. prelekcje młodych asystentów z bydgoskiego kampusu UMK. Licznie zgromadzeni

uczestnicy konferencji mogli wysłuchać wystąpienia mgr Pawła Sutkowego dotyczącego „Hartowania ciała w zimnej wodzie a przebiegu procesów zapalnych”, mgr Roland Wesołowski natomiast odpowiedział słuchaczom na pytanie „Czy morsowanie jest źródłem stresu oksydacyjnego?” Naukowcy dyskutowali z zainteresowanymi na temat procesów zachodzących pod wpływem zimna i dzielili się z morskami własnymi doświadczeniami.

mgr Roland Wesołowski jest asystentem w Katedrze Biologii Medycznej

Nasza studentka Mistrzynią Świata!

Natalia Gacka studiująca dietetykę na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK zajęła pierwsze miejsce na Mistrzostwach Świata w Kulturystyce i Fitness, które odbyły się 14 grudnia 2012 r. w Budapeszcie.

Zajmując pierwsze miejsce w kategorii +163 cm oraz w kategorii overall, osiągnęła największy sukces spośród całej reprezentacji Polski.

Natalia Gacka jest studentką I roku studiów II stopnia na kierunku dietetyka w Collegium Medicum UMK i wielokrotną finalistką oraz medalistką Mistrzostw Polski, Pucharu Polski, Mistrzostw Europy i Świata w fitnessie sylwetkowym. Budapeszt już raz okazał się dla Natalii szczęśliwy. W 2007 roku wywalczyła tam brąz na Mistrzostwach Świata Juniorek Fitness. Teraz sięgnęła po najwyższe trofeum – złoty medal!



VI Mistrzostwa UMK w narciarstwie alpejskim

24 lutego 2013 r. na stoku narciarskim Leśnego Parku Kultury i Wypoczynku w Mysłęcinku odbyły się VI Mistrzostwa UMK w narciarstwie alpejskim o puchary prorektora ds. Collegium Medicum, w których udział wzięli studenci i pracownicy UMK oraz pracownicy ochrony zdrowia.

Wyniki zawodów

(w konkurencji kobiet)

- I miejsce – Ewa Gruszczyńska, studentka kierunku lekarskiego (czas łączny – 39,41)
- II miejsce – Dagmara Lewicka, studentka fizjoterapii (czas łączny – 44,10)
- III miejsce – Magdalena Wasilewska,

studentka ratownictwa medycznego (czas łączny – 44,14)

Wyniki zawodów (w konkurencji mężczyzn)

- I miejsce – Przemysław Magielski, PRA w Warszawie (czas łączny – 33,98)
- II miejsce – Tomasz Zegarski, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu (czas łączny – 34,52)
- III miejsce – Witold Kulibabka, student kierunku lekarskiego (czas łączny – 34,78)

Wyniki zawodów

(w kategorii „nieco wcześniej urodzonych”)

- I miejsce i wyróżnienie – Wojciech Zegarski (wyróżnienie) (czas łączny – 42,15)

Wyróżnienie dla najlepszego

snowboardzisty wśród narciarzy:

- Natalia Chorążyczewska – studentka fizjoterapii (czas łączny – 59,55)

Sędziowie zawodów: sędzia główny:

Andrzej Lewandowski, sędzia czasu: Zygmunt Bilewicz, sędzia techniczny: Bogdan Dutkowski, sędzia startu: Jadwiga Sarwińska, lekarz zawodów: Wojciech Zegarski, sekretariat: Mirosława Śmiglewska.

www.cm.umk.pl

