

Spis Treści

Wywiad numeru

Nie żałuję, że wybrałam Bydgoszcz...,
wywiad z prof. dr hab. Anną Balcar-Boroń, byłym wieloletnim
kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Dzieci i pierwszym Dziekanem
Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy. 2

Z życia Uczelni

Święto Uniwersytetu 9
Drzwi Otwarte w Collegium Medicum 11
Bydgoszcz uRZEKA 11
Genius Universitatis 2014 12
Biotechnologia nagrodzona 12
Biziel najlepszy na liście „Forbes” 12
Katedra Medycyny Sądowej z akredytacją 13
Nowy kierunek studiów - optyka okularowa 13
Unikatowa metoda leczenia zakrzepów żylnych i tętniczych
w Oddziale Klinicznym Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych
Szpitala im. dr. J. Biziele 13
Pierwsza obrona rozprawy doktorskiej na Wydziale Farmaceutycznym 14
Rumak nauki dla naszej doktorantki 14
Jacek Kryś dyrektorem Jurasza 15
Laureat programu „Mobilność Plus” 15
Stypendyści Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego 15
Nowi profesorowie: Grażyna Malukiewicz 16
Nowi profesorowie: Eugenia Gospodarek 16

Polemiki

Skalane, nieskalane sumienia. 17

Medycyna i sztuka

Miłość i choroba – oblicza św. Walentego. 18
Lekarz w Ogrodzie Rajskim..... 19
„Andreasa Vesaliusa” perygrynacje po Polsce 21

Historia medycyny

Lecznicza moc kamieni szlachetnych 22
w „Księdze dziejów” Arakela z Tebryzu..... 22

Medycyna i pielęgniarstwo

Rak szyjki macicy – niezbędna szersza edukacja kobiet 25
Błędy jatrogenne w pracy pielęgniarki pediatricznej 26

Nauka

European Heart Journal 25
ResearcherID - indywidualny numer w Web of Science 27
Nasi na Liście Filadelfijskiej..... 28

Konferencje

Absolwent zdrowia publicznego na rynku pracy
w województwie kujawsko-pomorskim..... 31
Transplantologia polska w XXI wieku. Skąd przyszliśmy, dokąd idziemy?..... 34

Medici Homini

Gwatemala ma wszystko!..... 36

Ze sportu

Kolejny triathlonowy sukces naszego IRON wykładowcy 38
Rozpoczęli rok od bicia rekordu Guinnessa 40

„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 Wojski

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

Członkowie Rady Programowej:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
prof. dr hab. Eugenia Gospodarek
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczepny
prof. dr hab. Maria Szewczyk
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 Hładoń-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 Jagla,
dr hab. Walentyna Korpalska,
dr Mirosława Kram,
mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak,
prof. dr hab. Jan Styczyński,
dr Wojciech Szczepny

okładka I: „Atak terrorystów” na Drzwiach
Otwartych w Collegium Medicum,
fot. Mariusz Kowalikowski

Nie żałuję, że wybrałam Bydgoszcz...

wywiad z prof. dr hab. Anną Balcar-Boroń, byłym wieloletnim kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Dzieci i pierwszym Dziekanem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Serdecznie dziękujemy Pani Profesor za chęć spotkania się z Czytelnikami Wiadomości Akademickich. Rozmowę z Panią Profesor chcemy kontynuować cykl wspomnień o ludziach tworzących Akademię Medyczną w Bydgoszczy, a także pierwszych latach istnienia naszej Uczelni.

Redakcja: Skąd wywodzą się rodzinne korzenie Pani Profesor?

prof. Anna Balcar-Boroń: Moi rodzice pochodzili: matka z Górnego Śląska, a ojciec ze Śląska Cieszyńskiego, ale jeszcze przed II wojną światową osiedlili się na wschodnich kresach Polski. Po wojnie w ramach repatriacji Polaków ze Wschodu znalazłam się na Dolnym Śląsku.

Redakcja: Co skłoniło Rodziców do opuszczenia Śląska?

prof. Anna Balcar-Boroń: Ojciec pochodził z rodziny polsko-czeskiej, urodził się pomiędzy Cieszynem a Morawską Ostrawą. Przed wojną skończył technikum we Lwowie. Po I wojnie światowej był ogromny nacisk na zasiedlenie wschodnich krańców Polski, toteż ojciec przeniósł się w te strony, podejmując pracę w prowadzonej przez międzynarodowe towarzystwo kopalni soli potasowych, a ja urodziłam się już w nieodległym Truskawcu – znanej przed wojną miejscowości uzdrowiskowej.

Redakcja: Nie była to chyba zbyt dobra decyzja?

prof. Anna Balcar-Boroń: Nie. W 1939 roku kiedy Rosjanie zajęli tereny wschodnie Rzeczypospolitej ojciec został aresztowany. W czasie wojny przeszedł drogę przez wszystkie łagry rosyjskie, aż wylądował na Kołymie. Kiedy tworzone armię polską został zwolniony z obozu i przeszedł całą drogę z Armią Andersa, biorąc udział w walkach kampanii włoskiej i będąc dwukrotnie ranny – w tym raz pod Monte Cassino. Odznaczono go Krzyżem Walecznych. Po wojnie został w Anglii, ale w 1948 r. wrócił do kraju i pracował w górnictwie w Wałbrzychu, mimo pewnych kłopotów związanych z jego „andersowską” przeszłością.

Redakcja: Odwiedziła Pani Profesor swoje rodzinne strony na wschodzie?

prof. Anna Balcar-Boroń: Kiedyś z mężem urządziłam sobie podróż sentymentalną do miejsc, gdzie się urodziłam i spędziłam pierwsze lata życia. Nie wróciłam zachwycona. Jeśli mogłabym wyrazić swoje uczucia po tej podróży – spuentowałabym to jednym słowem – rozczarowanie.

Redakcja: Jakie były dalsze losy Pani rodziny?

prof. Anna Balcar-Boroń: Ja z mamą po wojnie, w ramach repatriacji, przyjechałyśmy do Wrocławia, gdzie rozpoczęłam naukę w gimnazjum.

Redakcja: Gdzie Pani Profesor studiowała i czy związała się Pani z tą uczelnią na dłużej?

prof. Anna Balcar-Boroń: W 1949 roku rozpoczęłam studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego, a ukończyłam je już w powstałej Akademii Medycznej w 1954 roku. W tymże roku podjęłam pracę w Katedrze i Klinice Chorób Dzieci AM, którą prowadziła prof. Hanna Hirszfeldowa. Była moim pierwszym nauczycielem. Po powołaniu II Kliniki Chorób Dzieci pracowałam nadal na etacie naukowo-dydaktycznym u prof. Marii Wierzbowskiej, następczyni prof. Hirszfeldowej. W czasie pracy w klinice uzyskałam I i II stopień specjalizacji w pediatrii, następnie stopień doktora nauk medycznych,



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń

a w 1972 roku stopień naukowy doktora habilitowanego. Po pewnych zmianach strukturalnych w Uczelni powstała Klinika Nefrologii Instytutu Pediatrii AM. Pełniłam funkcję zastępcy kierownika tej kliniki, a także uzyskałam tzw. podspecjalizację z nefrologii dziecięcej.

Ostatecznie przepracowałam w Uczelni Wrocławskiej 21 lat.

Redakcja: Dlaczego wybrała Pani pediatrię, tak wdzięczną, ale trudną specjalizację?

prof. Anna Balcar-Boroń: Już w okresie pierwszych lat studiów nabrałam przekonania, że mogę zostać tylko lekarzem pediatrą. Miałam różne propozycje. Był to czas bardzo aktywnie działających kół naukowych oraz nakazów pracy. Od początku działałam w pediatrycznym kole naukowym. Interesowałam się także nefrologią, również dziecięcą oraz anestezjologią. W tamtych latach nie było anestezjologii dziecięcej. Małym pacjentom – którzy trafili na oddział intensywnej terapii – mógł pomóc co najwyżej anestezjolog dla dorosłych. Brałam udział w projektowaniu Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej, który do dzisiaj istnieje we Wrocławiu, a podobny Oddział organizowałam w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy.

Redakcja: Czy medycyna była od zawsze częścią rodzinnej tradycji, czy też jest Pani pierwszą z rodziny, która zdecydowała się na studia medyczne?

prof. Anna Balcar-Boroń: Rodzina miała raczej wykształcenie techniczne, bez tradycji medycznych. Byłam w niej pierwszym lekarzem. Mój mąż Zdzisław Boroń, również był wychowankiem AM we Wrocławiu, a w latach 70. docentem w Zakładzie Radiologii.

Redakcja: Rodzina męża także pochodziła ze Śląska?

prof. Anna Balcar-Boroń: Nie. Rodzina mojego męża wywodziła się spod Krakowa, a ściślej mówiąc z Ojcowa. Jego brat Piotr Boroń studiował we Lwowie na Wojskowej Szkole Medycznej, spędził wojnę w niemieckim lagrze dla oficerów, a po wojnie ukończył studia medyczne we Wrocławiu. Został internistą, hepatologiem i zakaźnikiem – profesorem w Akademii Medycznej w Białymstoku, a w początku lat 70. XX wieku rektorem tej uczelni.

Redakcja: Czy miała Pani Profesor swoich mistrzów?

prof. Anna Balcar-Boroń: Moją pierwszą kierowniczką – prof. Hanną Hirszfeldową była żoną słynnego prof. Ludwika Hirszfelda, którego Instytut Immunologii istnieje do dziś we Wrocławiu. Prof. Hirszfeldowa była moim pierwszym nauczycielem i wielką osobowością – miała niezwykle zawile życiorysy.

Następnie pracowałam u następczyni prof. Hirszfeldowej – prof. Marii Prokopowicz-Wierzbowskiej, która została uhonorowana między innymi Medalem „Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata” – przyznawanym przez Instytut Yad Vashem. W czasie wojny doktor Maria Prokopowicz-Wierzbowska była dyrektorem Domu Małego Dziecka ks. Gabriela Baudouina w Warszawie – najstarszej w Polsce instytucji opiekuńczej dla dzieci. Przeżyła bombardowanie stolicy we wrześniu 1939 r. W czasie okupacji w Domu znalazło też schronienie wiele dzieci żydowskich. Przeprowadzali je mieszkańcy miasta. W dokumentach zmieniano im imiona i nazwiska. Ukrywano wśród innych dzieci, karmiono, pielęgowano, leczono, przenoszono do peryferyjnych zakładów opiekuńczych. W czasie okupacji dyrektor Wierzbowska spotykała się z Januszem Korczakiem i proponowała opiekę nad najmłodszymi dziećmi z Domu Sierot. Po wyjściu z getta ukrywali się u doktor Wierzbowskiej wspomniani Hanna i Ludwik Hirszfeldowie z córką. Po wojnie Ludwik Hirszfeld w „Historii jednego życia” napisze o Sprawiedliwej: „Dr Maria Wierzbowska, wyjątkowa kobieta, uosobienie męstwa, inteligencji, społecznienia”.

Prof. Wierzbowska była wielką patriotką, ale nie przepadała za asystentkami, które rodziły dzieci, chociaż do mnie z czasem się przekonała. Obu tym wspinałym nauczycielkom zawdzięczałam dobrą szkołę pediatrii i do końca ich życia utrzymywałam z nimi kontakt oraz wyrażałam swoją wdzięczność. Wspaniałe kobiety i lekarki. Obie niestety zmarły przedwcześnie – prof. Wierzbowska dostała udaru mózgu na wykładzie, przy którym jej asystowałam.

Redakcja: A z drugiej strony – kim są Pani uczniowie?

prof. Anna Balcar-Boroń: O nich mogłabym mówić wiele, a o sobie, że miałam tzw. szczęśliwą rękę do ich pozyskiwania. Pierwszym z nich, a zarazem adiunktem

Kwestionariusz Prousta

główna cecha mojego charakteru:
robić wszystko zgodnie z planem, konsekwentnie

cechy, których szukam u kobiety:
szczerłość i chęć pomocy dla mnie, abym czuła się i wyglądała kobieco

cechy, których szukam u mężczyzny:
siły, stanowczości, uczucia i sympatii

co cenię najbardziej u przyjaciół:
chęć utrzymywania przyjaźni nawet w trudnych momentach życia

moja główna wada:
och, mam ich niemało, ale staram się ich nie ujawniać

moje ulubione zajęcie:
obecnie: odpoczynek, czytanie książek i prasy

moje marzenie o szczęściu:
może kiedyś były – ale nie pamiętam

co wzbudza we mnie obsesyny lęk:
odkąd mieszkam sama – wszelkie awarie urządzeń domowych

co byłoby największym nieszczęściem:
ciężka choroba i związane z nią cierpienia

kim (lub czym) chciałbym być,
gdybym nie był tym, kim jestem:
zawsze chciałam być tym, kim jestem

kiedy kłamię:
nie wiem

słowa, których nadużywam:
nie mam takich

ulubieni bohaterowie literaccy:
w młodości licealnej i studenckiej
bohaterowie np. powieści Andrzejewskiego i paru innych współczesnych autorów

ulubieni bohaterowie życia codziennego:
tacy, którzy dotrzymują tego, co zapowiadali

czego nie cierpię ponad wszystko:
niepunktualności, nierzetelności, kłamstwa i pychy

moja dewiza:
zawsze robić to, co robiłam dla siebie, rodziny i pacjentów

dar natury, który chciałbym posiadać:
trochę więcej zdolności (np. do nauki języków obcych) i pewności siebie

jak chciałbym umrzeć:
nagle

obecny stan mojego umysłu:
niezły, jeśli się uwzględni mój wiek metrykalny

błędy, które najłatwiej wybaczać:
takie, które były czynione nieumyślnie, omyłkowo oraz nie planowane przeciwko mnie i moim bliskim

w Klinice została Mieczysława Czerwionka-Szaflarska (obecnie profesor nauk medycznych w Collegium Medicum). Od zawsze była prężna, energiczna i wspaniała jako dydaktyk – przejęła połowę moich obowiązków pod tym względem i doskonale prowadziła seminaria. Pod moim protektorem uzyskała stopień doktora habilitowanego i wkrótce potem objęła kierownictwo Kliniki Dziecięcej o profilu gastroenterologicznym. Przyznam, że odetchnęłam z ulgą, kiedy powstała druga klinika pediatriczna – dydaktyka została rozłożona po połowie. Dziś Klinika ta jest wiodącym ośrodkiem krajowym w dziedzinie gastroenterologii i alergologii.

Moim uczniem jest także obecnie już profesor nauk medycznych Mariusz Wysocki. Od lat studenckich przejawiał zainteresowania pediatrią. Z przyjemnością prowadziłam jego specjalizację z pediatrii, następnie przewód doktorski i habilitacyjny, ukoronowaniem tego był tytuł profesora i mojego następcy w kierowaniu Katedrą i Kliniką Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Z dumą czytam, że mija już 10 lat od pierwszego przeszczepienia szpiku u dziecka z chorobą nowotworową. W tym miejscu muszę wspomnieć o dużych osiągnięciach klinicznych i nauko-

wych w tej dziedzinie prof. dr hab. Jana Styczyńskiego, pracującego w mojej Klinice od czasu stażu podyplomowego, a dziś Prorektora UMK ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy. Pamiętam jak robił specjalizację i doktorat i jak wysyłałam go na staże krajowe, a później - zagraniczny. Był niezwykle pracowity, nie nadążałam z wyznaczaniem mu zadań, zwłaszcza w przygotowywaniu publikacji.

Brak czasu i miejsca nie pozwala mi wymienić wielu współpracowników, m.in. prof. dr hab. Andrzeja Kurylaka i obecnie już prawie od roku habilitowaną, moją najmłodszą pracownicę - dr hab. Sylwię Kołtan, jedyne specjalistę w Bydgoszczy z dziecięcej immunologii klinicznej, a także doktorantów, takich jak: dr Olgierd Pilecki, Ewa Smukalska i wielu innych. Ogółem doktorantów miałam 28. Kilkoro z nich zostało ordynatorami w Bydgoszczy i poza nią, jak dr Barankiewicz prowadząca radioterapię dla dzieci w Centrum Onkologii, czy jedna z moich doktorantek, prowadząca oddział neonatologii w Toruniu. Wychowałam czterech profesorów: wspomnianych prof. Mieczysławę Czerwionkę-Szaflarską, prof. Mariusza Wysockiego, prof. Jana Styczyńskiego i prof. Andrzeja Kurylaka, a niedługo profesorem powinna zostać

dr hab. Sylwia Kołtan. Ogólnie mogłabym powiedzieć o moich uczniach, że wielu z nich prześcignęło mistrza.

Redakcja: W jaki sposób związała się Pani Profesor z Akademią Medyczną w Bydgoszczy?

prof. Anna Balcar-Boroń: Rektor AM w Gdańsku, prof. Zbigniew Raszeja ogłosił na forum publicznym, że jego Akademia Medyczna poszukuje samodzielnych pracowników naukowych dla powstającej w Bydgoszczy Filii, a w zamyśle II Wydziału Lekarskiego. Z kolei rektor AM we Wrocławiu, prof. Stanisław Iwankiewicz zachęcił mnie, bym spróbowała swoich sił wraz z mężem właśnie w Bydgoszczy. Pierwszą osobą, z którą rozmawialiśmy był prof. Jan Domaniewski – przyszły rektor AM w Bydgoszczy. Wstępne rozmowy przeprowadziliśmy w styczniu, kiedy rektor Raszeja przyjechał z tygodniowym cyklem seminariów, a już we wrześniu pracowaliśmy w nowym miejscu. W 1975 roku oboje z mężem przenieśliśmy się do Bydgoszczy jako oddelegowani docenci z AM w Gdańsku, gdzie ja objęłam kierownictwo powstałej Kliniki Chorób Dzieci, a mąż – Zakładu Radiologii.



z zespołem Katedry i Kliniki Chorób Dzieci, od lewej: prof. dr hab. Mariusz Wysocki, dr Ewa Masłowska, prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń, dr Andrzej Kołtan, dr hab. Sylwia Kołtan

Redakcja: Trudno było Państwu opuścić Wrocław?

prof. Anna Balcar-Boroń: Oj bardzo. W porównaniu z Wrocławiem Bydgoszcz wydawała się prowincjonalna. Ciężko było nam zostawić nasze ukochane miasto, gdzie mieliśmy swój dom, a córka uczęszczała już na studia. Najbardziej baliśmy się przyjęcia przez bydgoskie środowisko. Nikogo tutaj nie znaliśmy. W Szpitalu Dziecięcym wielkiego entuzjazmu nie zauważyłam. Przeszkadzał im sam fakt, że w Szpitalu pojawili się studenci (mali pacjenci także bywali zmęczeni licznymi grupami badających ich adeptów medycyny). Generalnie byłam tylko kolejnym ordynatorem kierującym dwoma oddziałami i 60 łóżkami. Mężowi poszło łatwiej – w Szpitalu Jurasza nie było kierownika radiologii i okazał się szalenie potrzebny. Początkowo mieszkaliśmy w Hotelu Asystenckim, a później otrzymaliśmy mieszkanie spółdzielcze na Bartodziejach. Pierwsze lata pracy w nowym dla nas środowisku w Bydgoszczy nie należały do łatwych. Nieraz, wieczorem siedząc wspólnie z mężem przy herbacie, mówiliśmy „chciało się nam samodzielności – no to ją mamy”. A życie musiało toczyć się dalej.

Redakcja: Od 1985 r. kierowała Pani Profesor Katedrą i Kliniką Chorób Dzieci (od 1996 r. Pediatrii, Hematologii i Onkologii). Jak wyglądały dzieje kierowanej przez Panią Kliniki, która przeżyła wiele zmian i przeprowadzek, m.in. z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego do Szpitala im. dr A. Jurasza?

prof. Anna Balcar-Boroń: Moja Klinika mieściła się na bazie Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego, w nie najlepszych warunkach lokalowych – w niewielkim baraku. Klinika we Wrocławiu również nie była nowoczesna – posadowiona w starym, poniemieckim budynku, ale w porównaniu – wypadła nieźle. Od początku, jeszcze jako Filia AM w Gdańsku prowadziliśmy sporo dydaktyki z pediatrii. Przychylność PRL-owskich władz Bydgoszczy okazała się kluczowa. Jako że nie mieliśmy sal dydaktycznych – zbudowano dla nas niewielki barak z salą seminaryjną, wykładową, moim gabinetem i biblioteką szpitalną. Wszystkie pomieszczenia wyposażyły Bydgoskie Zakłady Meblowe.

Początkowo w Klinice był tylko jeden etat Akademii Medycznej w Gdańsku – mój. Po pewnym czasie dostałam etat



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń na konferencji w Toruniu, grudzień 2004 r.

dla adiunkta – została nim dr Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, a następnie dołożono jeden etat asystenta, którym został dr Mariusz Wysocki. Przeniesienie Kliniki do nowego budynku na terenie Szpitala im. dr A. Jurasza nastąpiło już po moim odejściu na emeryturę. Kierownictwo tejże Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii objął prof. dr hab. Mariusz Wysocki. Wieżowiec, do którego przeniesiono Klinikę był początkowo planowany dla administracji uczelni. Później powstały pierwsze plany stomatologii, ale je zarzucono, następnie zasugerowano, by przeprowadzić do wieżowca kliniki z baz obcych. Planowano zgromadzić w jednym miejscu wszystkie kliniki pediatryczne – moją, prowadzoną przez prof. Czerwionkę-Szaflarską oraz chirurgię dziecięcą prof. Olgierda Sarazina. Na najwyższym piętrze projektowałam hotel dla matek, ale nie spotkało się to z aprobatą ówczesnego Dyrektora Administracyjnego, pana Witolda Paca. Jako że budynek nie był przystosowany na bazę kliniczną, trzeba było poprawić projekt. Ponieważ moja Klinika powoli zmieniała profil na hematologiczny, pomyśleliśmy, by otworzyć również hematologię dorosłych, ale nie udało nam się pozyskać dla niej kierownika. Koniec końców stanęło na geriatrii, a z uwagi na wątpliwości prof. Sarazina – zamiast chirurgii dziecięcej – na kardiochirurgii.

Fizyczne przenosiny Kliniki nastąpiły w 2001 roku. Nie doczekałam ich zawodowo, ale bywałam częstym gościem. Warunki do dziś są znakomite. Jednostkę odwiedziła niegdyś prezydentowa Jolanta Kwaśniewska, której Fundacja nas wspomogła. Z kolei dzięki Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy zakupiono pierw-

szy aparat do cystometrii przepływowej, co umożliwiło szczegółową diagnostykę nowotworów krwi.

Redakcja: Od początku istnienia Akademii Medycznej w Bydgoszczy wiadać było, że dobro uczelni leżało Pani, podobnie jak mężowi – prof. Zdzisławowi Borońowi, kierownikowi Katedry i Zakładu Radiologii na sercu – była Pani m.in. pierwszym Dziekanem Wydziału Lekarskiego.

prof. Anna Balcar-Boroń: Wspólnie z innymi samodzielnymi pracownikami naukowymi zmierzaliśmy przez kilka lat do powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Zarówno ja, jak i prof. dr hab. Zdzisław Boroń dołożyliśmy do tej sprawy swoje cegiełki. Mały zespół pionierów tworzenia AM w Bydgoszczy był zżyty i działał wspólnie: prof. Zygmunt Mackiewicz, prof. Bogdan Romański, prof. Stanisław Betlejewski, prof. Edmund Nartowicz, prof. Władysław Malukiewicz, prof. Jerzy Łukasik i prof. Rusinowa. Dwójka ostatnich zginęła w nieszczęśliwym wypadku, jadąc na Radę Wydziału do Gdańska. Pamiętam doskonale tę wielką tragedię. Jechaliśmy z mężem chwilę po nich.

Początkowo nie mieliśmy zaplecza naukowego – co najwyżej niewielką Bibliotekę Lekarską przy ul. Gdańskiej. Specjalnie jeździliśmy z mężem do Gdańska, by popracować naukowo w tamtejszej bibliotece uczelnianej i przywieźć z niej fotokopie.

Gdy prawie że dochodziło do powołania AM w Bydgoszczy, w Gdańsku oficjalnie nikt nie protestował. Chociaż początkowo wszyscy chwalili pomysł,



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń,
pierwszy Dziekan Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej w Bydgoszczy

jednak im bliżej było realizacji, tym bardziej entuzjazm słabł. W końcu wielu doktorantów z Bydgoszczy było do tej pory liczonych na konto AM w Gdańsku. Poza tym entuzjaści nowej akademii stanowili całkiem liczną grupę w Senacie i Komisjach uczelni – ich odejście z Gdańska także byłoby bolesne. Jednak jeśli chodzi o moją dziedzinę – pediatrię, nie zauważyłam żadnych nieprzyjemności. Przez długie lata po powstaniu AM w Bydgoszczy współpracowałam z ludźmi z Instytutu Pediatrii w Gdańsku, pisywałam dla nich recenzje doktoranckie, a nawet kilka wniosków na profesurę.

Redakcja: Jednak udało się...

prof. Anna Balcar-Boroń: Tak. Uczelnia w Bydgoszczy stała się w 1984 r. faktem. Zostałam powołana na stanowisko pierwszego Dziekana Wydziału Lekarskiego w nowo powstałej Akademii. Bałam się tego okropnie, jako że nie miałam doświadczenia w administracji i czasami wydawało mi się, że to jedna wielka improwizacja. Nie wiedzieliśmy nawet jak napisać np. regulamin studiów. Zaczynaliśmy wszystko od początku. Była to bardzo stresująca praca, której podołałam dzięki pomocy ówczesnego Rektora, prof. dr. hab. Jana Domaniewskiego oraz dwóch prodziekanów – prof. dr. hab. Józefa Kałużnego i prof. dr. hab. Władimira Bożiłowa. Nieocenioną pomocą była również podpora dziekanatu – pani mgr Bogumiła Kaźnica. Prof. Zygmunt Mackiewicz został Prorektorem ds. Dydaktyki, prof. Bogdan Romański – ds. Nauki, a prof. Stanisław Betlejewski – ds. Klinicznych. Powstały Zakłady Teoretyczne na ul. Karłowicza, do których ściągaliśmy ludzi – przykładowo zaprosiłam prof. Władimira Bożiłowa, a z Wrocławia – prof. Marię Kotschy.

Bardzo szybko nasza Uczelnia mogła poszczycić się czterema profesorami zwyczajnymi – prof. Janem Domaniewskim, prof. Juliszem Narębskim, prof. Bogdanem Romańskim i mną. Do osiągnięć tego okresu zaliczam przyznanie naszemu Wydziałowi uprawnień do nadawania stopni naukowych – doktora nauk medycznych, a w dwa-trzy lata

później – doktora habilitowanego. Przygotowania do pierwszej rekrutacji studentów na Wydział Lekarski wymagało też sporo wysiłku.

Redakcja: Włożyliście państwo sporo pracy w powstanie i rozwój nowej bydgoskiej uczelni. Jak zatem odebrała Pani Profesor fakt jej połączenia z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu przed 10 laty?

prof. Anna Balcar-Boroń: Jeśli chodzi o połączenie AM w Bydgoszczy z UMK w Toruniu, chociaż byłam już na emeryturze, byłam jego zwolenniczką. Rozumiałam punkt widzenia prof. Danuty Miścickiej-Śliwki. Sama wolałabym, aby moje dziecko mogło skończyć uniwersytet zamiast akademii medyczną. Miałam również znajomych w Krakowie, którzy dobrze wypowiadali się wówczas o połączeniu tamtejszej Akademii Medycznej z Uniwersytetem Jagiellońskim. Obecnie większość akademii medycznych przekształciła się w uniwersytety medyczne, ale czy bydgoska akademia także zdołałaby zostać uczelnia profilowaną – trudno powiedzieć.

Redakcja: Jak oceniała Pani kolejne siedziby i status swojej jednostki? Jakie badania pozostawały w najściślejszym kręgu zainteresowań badawczych Kliniki? W czym się Państwo specjalizowaliście, abstrahując od ogólnych kierunków pediatricznych?



Bydgoszcz, I Centralna Inauguracja Roku Akademickiego Akademii Medycznych, stoją w pierwszym rzędzie od prawej: J. Kałużny, A. Balcar-Boroń, Z. Mackiewicz, J. Domaniewski, S. Betlejewski, B. Romański, B. Krupa-Wojciechowska – rektor AMG, B. Śmiechowska, dziekan Wydziału Lekarskiego AMG, w dalszej kolejności rektorzy akademii medycznych, 1984



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń z zespołem Katedry i Kliniki Chorób Dzieci, zdjęcie pamiątkowe z pożegnania z Kliniką, 2000 r.

prof. Anna Balcar-Boroń: Moja aktywność kliniczna i naukowa przypadła na bardzo trudne lata w kraju. Najbardziej leżało mi na sercu stworzenie jako takiego warsztatu badawczego dla współpracowników. Tylko częściowo, ale się to udało.

Redakcja: Wiemy, że osobiste zainteresowania Pani Profesor oscylowały wokół nowotworów, wirusowego zapalenia wątroby, wad wrodzonych i rozwojowych oraz mukowiscydozy u dzieci.

prof. Anna Balcar-Boroń: Moje zainteresowania naukowe kształtowały się różnie, od ogólnej pediatrii poprzez choroby nerek i dróg moczowych, wad wrodzonych u dzieci, hematologię, częściowo hepatologię, a w miarę lat – różnych aspektów chorób nowotworowych u dzieci. Wynikiem tej działalności było około 160 publikacji w różnych czasopismach, w tym i zagranicznych. Kilkakrotnie recenzowałam dla wydawnictw rozdziały książek i monografie, a także projekty badawcze zlecane przez KBN.

Redakcja: Jest Pani promotorem dwudziestuosmiu doktorantów i opiekunem wielu doktorów habilitowanych, a czworo spośród Pani współpracowni-

ków – jak już wspomnieliśmy - dziś jest już profesorami tytularnymi...

prof. Anna Balcar-Boroń: Tak, dorobek dydaktyczny mam spory. Cieszę się z moich uczniów. Wspomniałam już o nich. Obok tego recenzowałam ponad 100 rozpraw doktorskich, 5 habilitacyjnych, 9 razy całość dorobku naukowego na tytuł profesora w różnych akademiach medycznych w kraju. Sama tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego uzyskałam w 1982 roku, a profesora zwyczajnego – w 1990 roku.

Redakcja: Była Pani Profesor konsultantem wojewódzkim i członkiem krajowego zespołu specjalistów ds. pediatrii. Jest Pani uznanym autorytetem w dziedzinie pediatrii...

prof. Anna Balcar-Boroń: Przez pierwszych dziesięć lat pracy w Bydgoszczy pełniłam funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. pediatrii, od 1985 roku byłam konsultantem regionalnym, a od 1994 r. członkiem Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie pediatrii i medycyny szkolnej.

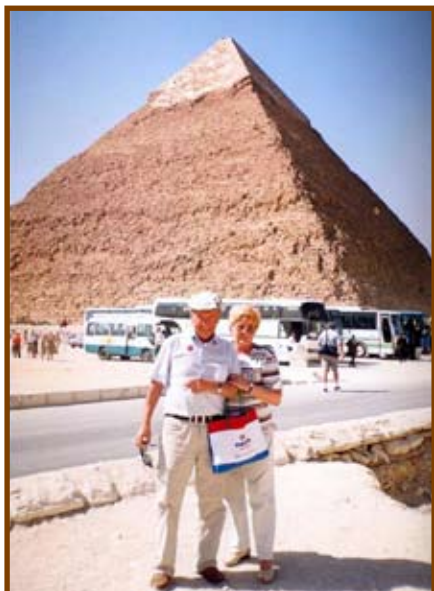
Redakcja: Niezwykle intensywnie działała Pani Profesor w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym. Ale również

w Europejskim Towarzystwie Pediatrycznym, Polskim Towarzystwie Alergologicznym, czy Polskim Towarzystwie Lekarskim. Czy mogłaby Pani Profesor podzielić się z nami doświadczeniami z działalności tychże towarzystw?

prof. Anna Balcar-Boroń: Najbardziej aktywnie poświęcałam się pracy na polu Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, szczególnie Oddziału Bydgoskiego, którego przez 21 lat byłam przewodniczącą. Organizowałam przeróżne sympozja, konferencje i spotkania. Zostałam przez Zarząd Główny mianowana członkiem honorowym PTP. Na działalność na forach innych towarzystw naukowych, których byłam członkiem pozostawało wciąż za mało czasu. Działalam odrobinę w Polskim Towarzystwie Alergologicznym, zwłaszcza za życia prof. Romańskiego...

Redakcja: Czy mimo tylu obowiązków znajdowała Pani Profesor trochę czasu wolnego dla siebie? A jeśli tak, jak go Pani Profesor najchętniej wykorzystywała i wykorzystuje?

prof. Anna Balcar-Boroń: Oczywiście, inaczej nie dałoby się żyć. Lubiłam wraz z rodziną turystykę krajową, a potem, w miarę możliwości – zagraniczną. Za moich młodych lat za granicę można



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń z mężem, prof. dr hab. Zdzisławem Borońem na wycieczce w Egipcie

było podróżować co najwyżej do NRD i Bułgarii. W którymś momencie miałam możliwość wyjechania na kontrakt do Afryki, ale się nie zdecydowałam. Później w miarę możliwości zwiedziliśmy z mężem Europę, a ja zawodowo zahaczyłam o kilka kongresów zagranicznych.

Poza literaturą zawodową w wolnych chwilach czytałam książki różnych autorów przede wszystkim powieści obyczajowe np. amerykańskiego pisarza Williama Whartona. Lubiłam pracę w ogrodzie w naszym letnim, podbydgoskim domu.

Redakcja: Czy zechciałaby Pani Profesor podzielić się z nami wspomnieniami o mężu, prof. Zdzisławie Boroń, wieloletnim kierowniku Katedry i Zakładu

Radiologii, ale przede wszystkim jeszcze jednym pionierze utworzenia samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy?

prof. Anna Balcar-Boroń: Mój mąż, prof. Zdzisław Boroń był wieloletnim kierownikiem Katedry i Zakładu Radiologii (potem Diagnostyki Obrazowej) AM w Bydgoszczy. Miał duże osiągnięcia na polu naukowym i dydaktycznym, kształcąc nie tylko lekarzy radiologów, lecz również techników radiologii, co w tej specjalności jest ważne. Dążył do tego, aby Zakład był wyposażony w możliwie, jak na te czasy, nowoczesny sprzęt diagnostyczny. Należał do pionierów ultrasonografii w kraju. Lubił czytać literaturę faktu i powieści historyczne. Pod koniec swej działalności zajmował się historią medycyny, przede wszystkim radiologii. Współpracował w tym zakresie m.in. z dr. Mieczysławem Boguszyńskim. W chwilach wolnych uprawiał wędkarstwo, które – jak mawiał – pozwalało mu zachować spokój, trzeźwość umysłu i dawało relaks. Przeżyliśmy wspólnie 50 lat.

Redakcja: Kilka słów o rodzinie...

prof. Anna Balcar-Boroń: Nasza jedyna córka Małgorzata, dr inż. jest adiunktem w Zakładzie Statyki i Bezpieczeństwa Budowli Politechniki Wrocławskiej i wicedyrektorem Instytutu Inżynierii Lądowej. Zięć Jan jest profesorem i prodziekanem na Wydziale Budownictwa Lądowego i Wodnego w tej Uczelni, specjalistą od mostów, jednym z twórców nowego mostu toruńskiego.

Wnuk Szymon jest absolwentem Wydziału Informatyki i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej oraz Wydziału Fizyki Uniwersytetu w Galway w Irlandii (ma doktorat z astrofizyki). W przeszłości pracował nad teoretycznymi zagadnieniami w optyce i astrofizyce w Irlandii, USA, Niemczech i Izraelu. Obecnie pracuje w Instytucie Fizyki Fraunhofera w Ettlingen niedaleko Karlsruhe w Niemczech. Jest chyba najzdolniejszy z całej rodziny.

Wnuczka Marta ukończyła studia inżynierii środowiska, obecnie zajmuje się wychowaniem moich dwojga prawnucząt, 5-latka i 7-miesięcznej prawnuczki.

Redakcja: A przyjaciele...

prof. Anna Balcar-Boroń: W miarę lat ubywa przyjaciół z dawnych czasów, zarówno we Wrocławiu, jak i Bydgoszczy. Do najlepszych zaliczam prof. Mieczysława Czerwionkę-Szaflarską z rodziną oraz niezastąpionych dr. n. med. Zdzisława Gałaję i jego żonę Alicję. Są oni ze mną zawsze w najtrudniejszych chwilach mojego życia. Muszę wspomnieć, że lata mojej pracy owocują pamięcią, sympatią i uznaniem wśród nie tylko dawnych współpracowników, lecz także lekarzy pediatrów z regionu bydgoskiego, w kształceniu których miałam swój udział.

Kończąc, chciałabym użyć słów, które przed laty wypowiedziałam w wywiadzie dla jednej z lokalnych gazet: nie żałuję, że wybrałam Bydgoszcz.

ze strony Redakcji rozmowę prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki oraz mgr Monika Kubiak



prof. dr hab. Anna Balcar-Boroń z rodziną, od lewej: wnuczka Marta, córka Małgorzata z prawnukiem Tymonem oraz wnuk Szymon

Prawa i Administracji);
 - prof. dr hab. Ryszard Łaszewski (Wydział Prawa i Administracji);
 - Krzysztof Lisek (Wydział Sztuk Pięknych);
 - mgr Janusz Gierłasiński (Wydział Sztuk Pięknych);
 - ks. dr hab. Zdzisław Pawlak, prof. UMK (Wydział Teologiczny);
 - mgr Renata Jarzemska (Biblioteka Uniwersytecka);
 - mgr Alicja Prokopowicz (Biblioteka Uniwersytecka);
 - mgr Kamila Maj (Biblioteka Uniwersytecka);
 oraz mgr Urszula Zaborska (Biblioteka Uniwersytecka).

Medale Srebrne za Długoletnią Służbę otrzymali:

- dr Grażyna Dąbrowska (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska);
 - dr hab. Alina Trejgell (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska);
 - dr hab. Danuta Kowalewska (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Waław Lewandowski, prof. UMK (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Ariadna Strugielska (Wydział Filologiczny);
 - mgr Krzysztof Strzemeski (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Aleksander Smoliński, prof. UMK (Wydział Nauk Historycznych);
 - dr hab. Waldemar Rozynkowski, prof. UMK (Wydział Nauk Historycznych);
 - mgr Katarzyna Polak (Wydział Sztuk Pięknych);
 - dr Małgorzata Pronobis-Gajdzis (Wydział Sztuk Pięknych);
 - dr hab. Justyna Olszewska-Świątek, prof. UMK (Wydział Sztuk Pięknych);

- dr Joanna Karbowska-Berent (Wydział Sztuk Pięknych);
 oraz dr hab. Alicja Majewska, prof. UMK (Wydział Sztuk Pięknych).

Medale Brązowe za Długoletnią Służbę otrzymali:

- dr hab. Justyna Wiśniewska (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska);
 - dr Rafał Moczko (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Anna Branach-Kallas (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Przemysław Żywiczny (Wydział Filologiczny);
 - dr hab. Tomasz Kempa, prof. UMK (Wydział Nauk Historycznych);
 - dr Robert Ślusarz (Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum);
 - dr Elżbieta Grzelak-Kostulska (Wydział Nauk o Ziemi);
 - Barbara Kaczorowska (Wydział Sztuk Pięknych)
 oraz mgr Joanna Cieślakowska (Wydział Sztuk Pięknych).

Medale Komisji Edukacji Narodowej otrzymali:

- dr hab. Roman Buczkowski, prof. UMK (Wydział Chemii);
 - prof. dr hab. Bronisław Grzegorzewski (Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum);
 - dr Mirosława Kram (Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum);
 - prof. dr hab. Wojciech Wysota (Wydział Nauk o Ziemi);
 - prof. dr hab. Augustyn Bańka (Wydział Nauk Pedagogicznych);
 - dr hab. Małgorzata Świdorska (Wydział

Prawa i Administracji);
 - dr hab. Andrzej Gaca, prof. UMK (Wydział Prawa i Administracji);
 - prof. dr hab. Jerzy Malinowski (Wydział Prawa i Administracji);
 - prof. dr hab. Dariusz Markowski (Wydział Sztuk Pięknych);
 - art. mal. Waldemar Woźniak, prof. UMK (Wydział Sztuk Pięknych);
 - dr Bernadeta Didkowska (Wydział Sztuk Pięknych)
 oraz dr hab. Andrzej Kałucki, prof. UMK (Wydział Sztuk Pięknych).

Medale „Za zasługi położone dla rozwoju Uczelni” otrzymali:

- prof. dr hab. Michał Caputa (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska);
 - prof. dr hab. Bogusław Buszewski (Wydział Chemii);
 dr hab. Hanna Karaszewska, prof. UMK (Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania);
 - prof. dr hab. Jerzy W. Wiśniewski (Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania);
 - prof. dr hab. Renata Bednarek (Wydział Nauk o Ziemi);
 - prof. dr hab. Ryszard Michalski (Wydział Politologii i Studiów Międzynarodowych);
 - prof. dr hab. Bogumił Brzeziński (Wydział Prawa i Administracji)
 oraz Maria Żuławska (donatorka Archiwum Emigracji, zgłoszona przez Bibliotekę Uniwersytecką) i dr Fouli Papageorgiou (Centrum Studiów nad Rozwojem w Atenach zgłoszona przez Wydział Humanistyczny).

www.cm.umk.pl, fot. Andrzej Romański



Święto Uczelni - Koncert Muzyki Filmowej

Koncert Muzyki Filmowej

Z okazji Święta Uniwersytetu w dniu 18 lutego odbył się Koncert Muzyki Filmowej, który poprowadził dr hab. Piotr Skrzypczak, kierownik Katedry Kulturoznawstwa UMK. Koncert rozpoczął się o godz. 18:00 w Sali Wielkiej Dworu Artusa w Toruniu (ul. Rynek Staromiejski 6). W programie m.in. muzyka z Gwiezdnych Wojen, Władcy Pierścieni i Titani- ca w wykonaniu Toruńskiej Orkiestry Symfonicznej pod batutą Macieja Szto- ra, Chóru UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy (przygotowanie J. Stanecki), Chóru Akademickiego UMK w Toruniu (przygotowanie A. Kaczyński i I. Szyma- Wysocka) oraz sopranistki Anny Lasoty.

Drzwi Otwarte w Collegium Medicum

Uzbrojony terrorysta w Collegium Medicum UMK? Tak. Wtargnął na aulę i oddał trzy strzały w stronę zebranej młodzieży. Na szczęście do akcji wkroczyli antyterrorysty z Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy oraz ratownicy medyczni z Akademickiej Grupy Ratowniczej.

Oczywiście nikomu nic się nie stało, gdyż był to pozorowany atak terrorystyczny, czyli główna atrakcja Drzwi Otwartych w Collegium Medicum UMK 6 marca 2014 r.

Oprócz niewątpliwych emocji związanych z tak dramatycznym wydarzeniem kandydaci mieli niepowtarzalną okazję zobaczyć i usłyszeć to, co na co dzień dostępne jest tylko dla wybranych. Spotkali się również z władzami Uczelni, wykładowcami, studentami oraz przedstawicielami organizacji studenckich: Samorządu Studenckiego, IFMSA-Poland, Studenckiego Towarzystwa Naukowego, Młodej Farmacji, Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych, Akademickiego



„Drzwi otwarte” w Collegium Medicum - pozorowany atak terrorystyczny

Związku Sportowego oraz projektu Akademickiej Grupy Ratowniczej.

Wierzymy, że rzesza zainteresowanych naukami medycznymi młodych

ludzi wróci do nas już w październiku. Tym razem w roli studentów Collegium Medicum UMK.

www.cm.umk.pl, fot. Mariusz Kowalikowski

Bydgoszcz uRZEKA



uroczystości w Ratuszu - gratulacje za zajęcie I miejsca w konkursie na hasło promujące miasto

4 marca 2013 r. Dział Promocji i Informacji CM podczas uroczystości w miejskim ratuszu otrzymał od Prezydenta Miasta Bydgoszczy dyplom uznania za zajęcie pierwszego miejsca w konkursie na hasło promujące nasze miasto.

Na początku października 2013 r. Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy ogłosiło konkurs na hasło promocyjne Bydgoszczy. Jego celem było przesłanie na adres TMMB „celnego zwrotu, błyskotliwej sentencji, czy wpadającego w ucho rymu promującego walory Bydgoszczy”. Proponowane przez Dział Promocji i Informacji CM hasło „Bydgoszcz uRZEKA” zostało wyłonione spośród ponad tysiąca propozycji, które wpłynęły w eliminacjach. W konkursie uczestniczyli zarówno przedstawiciele naszego miasta, jak i całego kraju. Wybór pierwszej nagrody został umotywowany możliwością graficznej wizualizacji słowa „rzeka” oraz melodyjnością hasła.

Chcąc uhonorować wszystkich uczestników konkursu TMMB wydało broszurę „To ja Bydgoszcz”, w której zostały zebrane wszystkie konkursowe hasła promujące nasze miasto.

www.cm.umk.pl

Genius Universitatis 2014

Dział Promocji i Informacji CM zdobył II nagrodę w konkursie na kreatywne kampanie rekrutacyjne szkół wyższych Genius Universitatis 2014 r. organizowanym przez magazyn edukacyjny „Perspektywy” oraz magazyn marketingu i sprzedaży „Brief”.

Genius Universitatis to konkurs, którego myślą przewodnią jest przegląd najciekawszych dokonań reklamowych realizowanych przez uczelnie wyższe. Jest on realizowany w kilku kategoriach. Collegium Medicum UMK znalazło się w gronie zwycięzców w kategorii gadżet promocyjny wspierający rekrutację. Nasze pendrive'y w kształcie lekarza i pielęgniarki oraz długopisy w kształcie strzykawki cieszą się niesłabnącym powodzeniem. Ich spójność wizerunkowa z profilem Uczelni została doceniona przez jury konkursu.



Uroczyste ogłoszenie wyników Genius Universitatis 2014 nastąpiło 6 marca w Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie podczas ceremonii otwarcia XXI Mię-

dzynarodowego Salonu Edukacyjnego Perspektywy 2014.

www.cm.umk.pl

Biotechnologia nagrodzona

Kierunek biotechnologia realizowany na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK znalazł się w czołówce laureatów konkursu na wdrażanie systemów poprawy jakości kształcenia.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego ogłosiło konkurs dla jednostek, które opracowały najlepsze programy kształcenia. Zgodne z Krajowymi Ramami Kwalifikacji są one realizowane od roku akademickiego 2012/13 lub

przeznaczone do realizacji w roku akademickim 2013/14. Konkurs zaadresowano do jednostek, które wdrożyły lub wdrażają najbardziej zaawansowane systemy poprawy jakości kształcenia. Na konkurs napłynęło 261 wniosków. Na liście laureatów znalazło się 26 jednostek, w tym aż dwie z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika: biotechnologia realizowana na Wydziale Lekarskim i filologia polska z Wydziału Filologicznego.

Zwycięzcy konkursu otrzymają po

milionie złotych na pokrycie kosztów związanych z wdrożeniem nowych programów, w tym wprowadzaniem innowacyjnych form realizacji programu studiów, organizacji praktyk zawodowych, podnoszeniem umiejętności dydaktycznych nauczycieli akademickich, wynagrodzeniami nauczycieli akademickich i wybitnych praktyków, rozwijaniem współpracy z interesariuszami zewnętrznymi, monitorowaniem losów absolwentów.

www.cm.umk.pl

Biziel najlepszy na liście „Forbes”

W rankingu finansowym prestiżowego biznesowego magazynu „Forbes” Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Bizieła w Bydgoszczy znalazł się na pierwszym miejscu w kategorii szpitali resortowych i klinicznych!

Tworząc swoją klasyfikację „Forbes” brał pod uwagę takie parametry jak efektywność aktywów, rentowność sprzedaży oraz dynamikę kontraktów z NFZ. Oceniane placówki podzielono na trzy kategorie – resortowe i kliniczne, wojewódzkie oraz gminne i powiatowe. Punkty przydzielano w zależności od osiąganych wyników. Biziel uzyskał ich aż 56, osiągając najlepszy wynik ze wszystkich weryfikowanych szpitali i oczywiście najlepszy w swojej grupie (tu oceniano 61 jedno-

stek). Trzeci w tej samej kategorii był inny szpital z naszego regionu – Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy (50 pkt), dwunasty – Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza. Laureat tegorocznego rankingu „Forbsa” dysponuje rocznym budżetem sięgającym 200 mln zł, 600 łózkami i zatrudnia około 1700 osób. „Od trzech lat się bilansujemy, nasza kondycja jest coraz lepsza” – podkreśla na łamach magazynu, kierująca Bizielem od 2010 r. Wanda Korzycka-Wilińska.

„Forbes” komentując sukces Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, zaznacza, że „droga do sukcesu prowadzi przez procedury nieosiągalne dla innych placówek” i wylicza:

„W połowie roku oddział urologii przeprowadził – jako pierwszy w regionie i jeden z pierwszych w Polsce – zabiegi z użyciem laparoskopu umożliwiającego uzyskanie trójwymiarowego obrazu. W październiku szpital Bizieła wykonał zabiegi wszczepienia implantów protezy małżowiny usznej z unikatowym zaczepem.”

Szpital oceniano biorąc pod uwagę informacje podawane w sprawozdaniach statutowych za 2012 r. Autorem metodologii i obliczeń rankingu „Forbsa” był Magellan. Dane finansowe weryfikowała spółka Deloitte Polska.

a. b. (Agnieszka Banach)

przedruk z Primum Non Nocere 2014 nr 2 s. 6

Katedra Medycyny Sądowej z akredytacją

20 lutego 2014 r. Katedra Medycyny Sądowej uzyskała certyfikat akredytacji w odniesieniu do normy PN EN ISO/IEC 17025 dla laboratoriów badawczych (nr AB 1494) Polskiego Centrum Akredytacji (PCA). Tym samym Katedra stała się pierwszą uniwersytecką jednostką w Polsce, która posiada status akredytowanego dostawcy usług badawczych z zakresu genetyki i toksykologii sądowej.

Jednocześnie Katedra dysponuje najszerszym zakresem akredytowanych procedur badawczych spośród wszystkich polskich jednostek świadczących usługi badawcze z dziedziny szeroko rozumianej medycyny sądowej. Jako jedyna

placówka w naszym kraju oferuje m.in. akredytowane badania ojcostwa oraz ustalenie pochodzenia w linii żeńskiej za pomocą sekwencjonowania mitochondrialnego DNA (mtDNA). – Uzyskanie przez nasze laboratoria certyfikatu PCA jest pochodną decyzji ramowej Rady Unii Europejskiej 2009/905/WSiSW, która zobowiązuje dostawców usług kryminalistycznych wykonujących czynności laboratoryjne do uzyskania akredytacji – mówi profesor Tomasz Grzybowski, kierownik Katedry Medycyny Sądowej – Na mocy tej decyzji, usługi badawcze z zakresu genetyki sądowej znalazły się w obszarze regulowanym prawnie, a certyfikat akredytacji zapewnia m.in. moż-

liwość wykorzystania wyników badań przeprowadzonych w naszej Katedrze przez wymiar sprawiedliwości i organy ścigania innych krajów UE.

Katedra Medycyny Sądowej zrobiła jednak krok do przodu w stosunku do wspomnianej decyzji unijnej, poddając akredytacji również oznaczenia alkoholu etylowego w materiale biologicznym, co nie jest na razie obligatoryjne.

Więcej informacji na temat zakresu akredytacji Katedry Medycyny Sądowej można znaleźć w oficjalnym dokumencie Polskiego Centrum Akredytacji, krajowej jednostki akredytującej.

www.cm.umk.pl

Nowy kierunek studiów - optyka okularowa

Collegium Medicum UMK przygotowało nowy kierunek dla kandydatów na studia. Od roku akademickiego 2014/2015 oferta Wydziału Lekarskiego zostanie wzbogacona o studia optyka okularowa z elementami optometrii.

Collegium Medicum UMK będzie kształciło praktyków obsługujących osoby z wadami wzroku. Absolwenci kierun-

ku będą przygotowani do podjęcia pracy w zakładach, pracowniach i salonach optycznych oraz szeroko pojętym przemyśle optycznym i laboratoriach pomiarowych.

Kształcenie na nowym kierunku przygotowuje absolwenta do prowadzenia warsztatu optyka okularowego, do właściwego doboru opraw okularowych oraz zapewni wiedzę z zakresu doboru korekcji okularowej i aplikacji soczewek kontaktowych.

Studia optyka okularowa z elementami optometrii kończą się uzyskaniem tytułu licencjata, upoważniającym do profesjonalnego wykonywania zawodu.

Będą to studia I stopnia w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym, które dają możliwość kontynuowania nauki i uzyskania tytułu magistra optometrii.

www.cm.umk.pl

Unikatowa metoda leczenia zakrzepów żylnych i tętniczych w Oddziale Klinicznym Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych Szpitala im. dr. J. Bizuela

Zespół Oddziału Klinicznego Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych naszego Szpitala jako pierwszy w województwie i jeden z pierwszych w Polsce wdrożył nową metodę usuwania skrzepelin z żył i tętnic, tj. zabiegi trombolizy farmakomechanicznej i tromboaspiracji z użyciem aparatu Angio Jet.

Metoda ta jest jednym z najnowocześniejszych sposobów usuwania skrzepelin z naczyń krwionośnych, jest dostępna jedynie w kilku ośrodkach w Polsce. Angio Jet to urządzenie służące do mechanicznego rozdrobnienia skrzepiny umiejscowionej w naczyniu krwionośnym za pomocą strumienia wody pod wysokim ciśnieniem. Proces ten może

być wspomagany przez lek trombolityczny. Rozdrobnione skrzepy krwi są następnie usuwane z naczynia poprzez system ssący. Zabieg taki jest małoinwazyjny i obarczony niewielkim ryzykiem. Metoda nadaje się do usuwania zakrzepów i zatorów pod warunkiem, że wiek skrzepiny nie przekracza 2 tygodni (jest ona miękka). Najważniejszymi wskazaniami do zastosowania Angio Jet są:

zakrzepy tętnicze, szczególnie w sytuacjach gdy klasyczna tromboliza dotętnicza jest przeciwwskazana, także gdy tradycyjne metody operacyjne nie są w stanie zapewnić właściwego przepływu krwi, zakrzepy żyłne, głównie w zakrzepicy dużych żył, np. biodrowych,

zator płucny powikłany istotnymi zaburzeniami hemodynamicznymi.

Zespół Oddziału Klinicznego Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy, wykonując zabiegi wewnątrznaczyniowe, współpracuje stale z Technikami Elektrowizji oraz zabiegowym zespołem pielęgniarskim Kliniki Kardiologii. Efektem tej współpracy jest działanie największego w regionie ośrodka leczenia wewnątrznaczyniowego chorób naczyń obwodowych, przede wszystkim miażdżycy tętnic. Zespół działa od roku 2006 r. i systematycznie zwiększa ilość i zakres wykonywanych zabiegów.

www.cm.umk.pl

Pierwsza obrona rozprawy doktorskiej na Wydziale Farmaceutycznym



pierwszy doktor nauk farmaceutycznych, Krzysztof Goryński odbiera gratulacje

4 lutego 2014 r. na Wydziale Farmaceutycznym odbyła się pierwsza w historii Wydziału obrona rozprawy doktorskiej po uzyskaniu uprawnienia do doktoryzowania w dziedzinie nauk farmaceutycznych.

Praca doktorska pt. „Application of solid-phase microextraction and quantitative structure-retention relationships as novel tools for multi-compound bio-analysis” Pana Krzysztofa Goryńskiego została zrealizowana na Wydziale Chemii Uniwersytetu w Waterloo (Kanada) oraz w Collegium Medicum w Bydgoszczy w ramach współpracy naukowej pomiędzy Uczelniami.

Promotorem rozprawy doktorskiej jest dr hab. Michał Marszał, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Leków, a kopromotorem prof. Janusz Pawliszyn z Uniwersytetu w Waterloo.

www.cm.umk.pl

Rumak nauki dla naszej doktorantki

Mgr Joanna Wielikdzień, studentka I roku studiów doktoranckich na Wydziale Lekarskim w Katedrze i Zakładzie Genoterapii Collegium Medicum została zwyciężczynią konkursu Rumaki 2013 w kategorii nauka.

RUMAKI to konkurs organizowany przez Grupę Kapitałową MAKRUM oraz współorganizowany przez TVP Bydgoszcz. Celem konkursu jest uhonorowanie młodych ludzi, którzy swoim talentem

promują nasz region, stając się wizytówką województwa kujawsko-pomorskiego. Nagrody są przyznawane w trzech kategoriach: nauka, kultura i sport.

Mgr Joanna Wielikdzień zajmuje się immunoterapią genową nowotworów układu oddechowego, prowadząc badania dotyczące wyciszania ekspresji genów wadliwie funkcjonujących lub nadaktywnych.

- O zwycięstwie dowiedziałam się dopiero podczas uroczystej gali rozdania



nagród – mówi laureatka - Znalazłam się wcześniej w gronie finalistów, którzy zostali zaproszeni na uroczystość. Było to dla mnie ogromnym zaskoczeniem, choć bliscy twierdzą, że wierzyli we mnie od początku. To właśnie za namową przyjaciółki i dzięki wsparciu najbliższych zgłosiłam się do konkursu. Warunkiem była prezentacja dotychczasowego dorobku naukowego, który jest tożsamy z tym, który zaprezentowałam aplikując na studia doktoranckie.

www.cm.umk.pl



mgr Joanna Wielikdzień, zwyciężczyni konkursu „Rumaki 2014” w kategorii nauka

Jacek Kryś dyrektorem Jurasza

Sprawujący od 2010 r. obowiązki dyrektora ds. technicznych i logistyki Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, a po odwołaniu 2 września przez rektora UMK dyrektora naczelnego Jarosława Kozery, pełniący jego obowiązki – nowy dyrektor został powołany na stanowisko 19 grudnia przez prof. Andrzeja Tretyna.

Jego kandydaturę, wyłonioną spośród 18 osób, rekomendowała rektorowi komisja konkursowa.

Jacek Kryś jest z wykształcenia cybernetykiem, ukończył studia w Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie oraz studia podyplomowe z zakresu organizacji i zarządzania dla kadry kierowniczej przedsiębiorstw na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika.

Przed podjęciem pracy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 od 2005 r. pracował w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy.

a. b. (Agnieszka Banach)

przedruk z *Primum Non Nocere* 2014 nr 2 s. 5



Laureat programu „Mobilność Plus”

Dr Krzysztof Goryński, asystent w Katedrze i Zakładzie Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK, znalazł się wśród 66 laureatów III edycji konkursu w programie „Mobilność Plus”.

Program ten wspierany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego ma na celu pomoc młodym naukowcom w dalszym rozwoju kariery naukowej. Umożliwia on udział w badaniach naukowych w renomowanych zagranicznych ośrodkach pod opieką wybitnych badaczy o międzynarodowym autorytecie. W III edycji konkursu wpłynęło 211 wniosków. Krzysztof Goryński jest pierwszym laureatem z Collegium Me-

dicum UMK. Otrzyma on dofinansowanie na dziewięciomiesięczny pobyt w zagranicznym ośrodku.

Projekt, w którym dr Krzysztof Goryński będzie uczestniczyć dotyczy wykorzystania małoinwazyjnej metody pobierania próbek – (in vivo) mikroekstrakcji do fazy stałej (in vivo SPME) do monitorowania stężenia leku i zmian metabolicznych w płucach, sercu, wątrobie, nerkach i w krwi przy prowadzonej chemioterapii komórek raka płuc. Będzie on realizowany na kanadyjskim Uniwersytecie w Waterloo w zespole naukowo-badawczym kierowanym przez Profesora Janusza Pawliszyna.

www.cm.umk.pl



Stypendyści Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego

28 stycznia 2014 r. Prorektor ds. Collegium Medicum Profesor Jan Styczyński wręczył w imieniu Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dyplomy pięciu stypendystom, studentom Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK.

Stypendia za wybitne osiągnięcia na rok akademicki 2013/2014 otrzymali:

- Bartosz Brzoszczyk
- Maciej Gawroński
- Renata Herman
- Marlena Janiczek
- Paulina Sopońska

stypendyści odebrali dyplomy z rąk Prorektora ds. Collegium Medicum, prof. dr. hab. Jana Styczyńskiego oraz Dziekana Wydziału Lekarskiego, prof. dr. hab. Jacka Kubicy



Nowi profesorowie: Grażyna Malukiewicz



12 listopada 2013 r. tytuł profesora nauk medycznych otrzymała prof. dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Oczu na Wydziale Lekarskim.

Profesor Grażyna Malukiewicz jest ab-

solwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. W 1990 roku została zatrudniona w Klinice Chorób Oczu ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Specjalizację w zakresie okulistyki pierwszego stopnia uzyskała w 1982 r. natomiast w 1986 r. specjalizację drugiego stopnia. Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w 1992 r., a stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych na podstawie pracy „Wybrane parametry układu hemostazy w płynie podsiatkówkowym i krwi operowanych chorych z przedarciowym odwarstwieniem siatkówki” w 2003 r.

Profesor Grażyna Malukiewicz od 2010 r. jest zatrudniona na stanowisku profesora nadzwyczajnego oraz pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chorób Oczu na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK.

Od 2001 r. jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, a w latach 2001-2004 była członkiem Prezydium Zarządu Głównego PTO. Od 2010 r. jest przewodni-

czącą Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Stowarzyszenia Zwyródnienia Plamki Związanej z Wiekiem. Należy do Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Witreoretinalnych (EVRS). Pełniła także obowiązki konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki. Została powołana do Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie chorób oczu.

W latach 1992-2010 zajmowała się problemem prawidłowego prowadzenia i oceny badań medycznych zgodnie z zasadami Unii Europejskiej (Evidence Based Medicine). Była odpowiedzialna za organizację i prowadzenie zajęć z zakresu podstaw oceny badań klinicznych dla studentów Wydziału Lekarskiego.

Zainteresowania badawcze Profesor Grażyny Malukiewicz koncentrują się głównie na chirurgii siatkówki i ciała szklanego, chorobach zwyrodnieniowych siatkówki ze szczególnym uwzględnieniem plamki oraz związku zespołu rzekomego złuszczenia (PEX) z chorobami sercowo-naczyniowymi i mózgowo-naczyniowymi.

www.cm.umk.pl

Nowi profesorowie: Eugenia Gospodarek



19 lutego 2014 r. tytuł profesora nauk medycznych otrzymała prof. dr hab. n. med. Eugenia Gospodarek, kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii na Wydziale Farmaceutycznym.

Prof. Eugenia Gospodarek jest absolwentką Pomorskiej Akademii Pedagogicznej w Słupsku, gdzie uzyskała tytuł magistra biologii. Stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej otrzymała w 1991 r., w ówczesnej

Akademii Medycznej w Bydgoszczy, na podstawie rozprawy „Właściwości adhezyjne i hydrofobowe *Acinetobacter calcoaceticus*”, a stopień doktora habilitowanego w 2000 r. na podstawie dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej pt.: „Ocena wybranych właściwości biologicznych pałeczek *Acinetobacter* spp.” W Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy pracuje od 1986 r., początkowo na stanowisku asystenta, następnie adiunkta i profesora nadzwyczajnego. Od 2000 r. jest kierownikiem Katedry i Zakładu Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy. Pełni również funkcję Prodziekana Wydziału Farmaceutycznego w Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Prof. Gospodarek stworzyła od podstaw Pracownię Biologii Molekularnej wyposażoną w aparaty do PCR, PFGE (z możliwością analizy danych) i inne urządzenia.

Obszar badawczy prof. Eugenii Gospodarek dotyczy drobnoustrojów o uznanej chorobotwórczości oraz oportunistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem ich występowania w materiale diagnostycznym, właściwości biologicznych, w tym powiązanych z czynnikami wiru-

lencji, lekowrażliwością, mechanizmami antybiootykooporności, z uwzględnieniem metod fenotypowych i genetycznych. W Polsce była pionierką badań dotyczących pałeczek *Acinetobacter* spp. Po raz pierwszy w świecie wykazała znaczenie u tych bakterii długich i cienkich fimbrii w adhezji do ludzkich komórek nabłonka policzkowego. Jest redaktorką i współautorką podręcznika „Mikrobiologia w kosmetologii”, autorką rozdziału „Zakażenia ran przewlekłych” w podręczniku „Leczenie ran przewlekłych” pod redakcją Prof. Marii Szewczyk i Prof. Arkadiusza Jawienia oraz rozdziału „Pałeczki Gram-ujemne niefermentujące glukozy – *Acinetobacter*, *Burkholderia*, *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas*” w wydawanym podręczniku „Mikrobiologia lekarska” pod redakcją Prof. Piotra Heczko.

Była promotorem 24 zakończonych przewodów doktorskich, a obecnie pod jego kierunkiem prowadzone są dwa kolejne.

Doskonaliła swoje umiejętności na wielu kursach oraz w ramach specjalizacji z zakresu mikrobiologii lekarskiej (I stopień), którą uzyskała w 1986 r., a w 1995 r. zdała z wyróżnieniem egzamin na II stopień.

W 2001 r. profesor Gospodarek po-

wołała w Województwie Kujawsko-Pomorskim Oddział Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów, któremu przewodniczyła przez dwie kadencje, a w 2012 r. została wybrana Prezesem Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów. Od 2001 r. jest konsultantem w zakresie mikrobiologii lekarskiej dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Była członkiem Zespołu Ekspertów przy Ministerstwie Zdrowia ds. opiniowania podmiotów ubiegających się o możliwość prowadzenia staży kierunkowych określonych programem specjalizacji z mikrobiologii. Od 2005 r., dzięki jej staraniom, w Województwie Kujawsko-Pomorskim, jako jednym z nielicznych w Polsce moż-

liwa jest realizacja programu specjalizacji z mikrobiologii medycznej dla diagnostów laboratoryjnych. Ponadto, jest członkiem Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej, Towarzystwa Histochemików i Cytochemików, Komitetu Mikrobiologii Polskiej Akademii Nauk (2007-2010, 2011-2014) oraz Prezesem Stowarzyszenia „Rozwój Mikrobiologii” (od 2005 r.).

Jest członkiem zespołu redakcyjnego Wiadomości Akademickich oraz czasopism naukowych: *Medical and Biological Science*, *Postępy Mikrobiologii*, *Medycyna i Mikrobiologia Doświadczalna* oraz *Sepsis*.

Prof. Eugenia Gospodarek była wie-

lokrotnie nagradzana indywidualnymi i zespołowymi nagrodami rektorskimi za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną. Otrzymała szereg nagród i wyróżnień za wyniki badań przedstawiane na zjazdach naukowych. Została odznaczona Odznaką Honorową Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (1999), Srebrnym Krzyżem Zasługi (2000), Medalem Komisji Edukacji Narodowej (2006), Złotym Krzyżem Zasługi (2011).

Ponadto, zainicjowała Memoriał Szachowy rozgrywany dla uczczenia pamięci prof. Romana Mariana Bugalskiego.

oprac. Monika Kubiak

Skalane, nieskalane sumienia

Wojciech Szczepny

Z radością powitałem informację, iż Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk uznał iż „Klauzula sumienia jest nadużywana i służy narzucaniu pacjentom przekonań moralnych lekarzy”. Zawsze byłem takiego zdania, zaś pomysł poszerzenia klauzuli na farmaceutów uznawałem za co najmniej dyskusyjny, jeśli nie chory. Z całym szacunkiem, to lekarz leczy, a pacjent ma prawo do zakupu każdego legalnego środka bez konieczności wysłuchiwania religijnego widzimisię aptekarza.

Niestety jak się można było spodziewać, reakcja była szybka. Prezes NRL skrytykował „tych panów”, za jak rozumiałem, wtrącanie się w niezależność lekarską. Ustalmy na początku, żeby była jasność. Jestem częściowo zwolennikiem możliwości odmowy wykonania takiej czy innej czynności lekarskiej lub pielęgniarskiej, jeśli koliduje to z moim sumieniem, czy poglądami (nie wspominać w ogóle o czynnościach zakazanych prawem, co jest oczywiste), ale powinno to mieć miejsce już przy wyborze specjalizacji lub miejsca pracy. To po pierwsze, po drugie jednak poglądy lekarza muszą zawsze, ale to zawsze ustąpić przed życzeniem pacjenta odnośnie sposobu i zakresu leczenia, używanych środków farmakologicznych, sposobu rozrodu, dokonania legalnej aborcji, czy czegokolwiek innego. W rzeczonyj materii wypowiadali się też w prasie luminarze bydgoskiej medycyny, grając na jedną nutę z NRL. Nie czytałem głosów odmiennych. Ciekawe czemu, bo wiem, że ich nie brakuje.

W ostatnich latach paternalistyczny stosunek do pacjenta stał się passé. Chory (lub jego bliscy) współuczestni-

czy w planowaniu terapii. Tymczasem okazuje się, że część legalnych w danym kraju procedur może być niemożliwa do wykonania. Tak, niemożliwa, a nie jedynie utrudniona. Jeszcze wrócę do tego tematu. Jako że eutanazja jest w Polsce prawnie zakazana pozostaje aborcja, „in vitro” i antykoncepcja. Od czasu do czasu tematy te są podnoszone przez „obrońców życia” i środowiska liberalne. Zbiega się to z wyborami i podobnymi zdarzeniami. Klauzula sumienia pozwala lekarzowi odmówić wykonania danej procedury, czy jak rozumiem - także wypisać recepty na środek antykoncepcyjny. Wielu chciałoby poszerzyć ów przywilej na szpitale, przychodnie i inne państwowe zakłady służby zdrowia. Kto miałby decydować o „systemie wartości” danej placówki. Dyrektor?, Rada Społeczna?, a może referendum pracowników? A jeśli znajdzie się tam ktoś, komu ów system wartości nie będzie odpowiadał? Poddamy go ostracyzmowi? Nie podamy ręki? Grzecznie poprosimy żeby sam się zwolnił, bo jakoś nam nie pasuje? Jeżeli jest to jednostka prywatna, dajmy na to szpital wyznaniowy, nie mam pytań. Lecz przykładowo szpital, w którym pracuję, utrzymywany jest również z moich podatków, podatków kolegi protestanta, wyznającego prawosławie, ateisty czy Świadka Jehowy. Czy nie przekłada się to jakoś na to, że każdy z nas chciałby, aby szanowano tam jego prawa (mówię o dopuszczonych przez prawo polskie działaniach), a nie postanowieniach jakichś gremiów lokalnych?

Przejdźmy zatem do rozważań teoretyczno-praktycznych na temat „klauzuli sumienia”. Jak dotąd, poruszony przy-

kładowo obrzydliwym żądaniem wydania recepty na środki antykoncepcyjne (nie zawsze stosowane w owym celu, pomijam środki wczesnoporonne i implantację spirali domacicznej), lekarz mógł odmówić, lecz musiał niezwłocznie wskazać kogoś, kto takową receptę wypisze. Obecnie proponuje się, aby nie obciążał swego sumienia nawet przekazem informacji, że Xiński wypisuje owe wrzące leki, a już broń Boże nie informował, jaki zakład wykonuje legalne aborcje. Pacjencie szukaj sobie sam, lub też (to dopiero jest kuriozum), udaj się do organu założycielskiego placówki Medycznej, w której ci odmówiono i tam może łaskawie ktoś wskaże ci odpowiedni adres, gdzie dokonasz zbrodni otrzymania recepty przykładowo na Yasminelle.

Pracuję w zawodzie prawie 30 lat. Miałem wspaniałych nauczycieli, którzy przekazali mi jedną prawdę, na której opiera się cała medycyna europejska, a także pochodząca od niej medycyna obu Ameryk. *Salus aegroti suprema lex*. Pierwsze i niezbywalne prawo medycyny - *Salus aegroti, non conscientia medici*. Co oznacza „salus”? Zdrowie, odpowie każdy, tak ale zdrowie w sensie definicji WHO czyli: „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa”, a także „prowadzenie produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”. WHO bierze także pod uwagę zdrowie duchowe, u niektórych ludzi związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych osobiste „credo”, zbiór zasad, zachowań i sposobów osiągania wewnętrznego spokoju i równowagi. I tu zaczyna się pewien problem. Jak wiadomo Świadkowie Jeho-

wy odmawiają przetoczenia krwi nawet w sytuacjach zagrożenia życia. Sam byłem świadkiem co najmniej dwóch zgónów stosunkowo młodych ludzi, których z pewnością dałoby się uratować przetoczeniami. I teraz powiem, że moje sumienie buntowało się. Otóż widzę bezsensowną śmierć, której powodem jest swoista egzegeza tzw. Pisma Świętego, które obok Koranu z którego inni wywodzą (toutes proportions gardées), potrzebę wysadzanie się w powietrze w trolejbusie, stanowi jedną z wielu „świętych ksiąg”. Czy powinienem zatem zastosować klauzulę sumienia i po utracie przytomności przetoczyć choremu krew, lub wykonać to po przywiązaniu go do łóżka, ratując mu życie? Jak zatem postąpić z moim sumieniem w tym przypadku? Szanować zdanie chorego powie ktoś. Jasne i tak zrobiłem. Jednak gdyby położyć na wadze jaką miał Ozyrys, niewypisanie

środka antykoncepcyjnego nie dopuszczającego do zapłodnienia i niemą zgodę na śmierć młodego człowieka, często w towarzystwie „braci w wierze” (decyzje, mówię to z całą odpowiedzialnością nie są autonomiczne), zastanawiam się która szala byłaby cięższa.

Uważam że:

1. Lekarz nie powinien w żadnym przypadku kierować się w leczeniu swoimi poglądami religijnymi.

2. Nie wolno mu w jakikolwiek sposób namawiać chorego do określonych zachowań wynikających z jego (lekarza) przekonań religijnych, a tylko mieć na uwadze zdrowie pacjenta, zgodnie z wielowątkową definicją WHO.

3. Każdy dopuszczony prawnie do obrotu środek farmaceutyczny musi być zaordynowany, a stosowany zgodnie z prawem zabieg powinien być wykonany zgodnie

z życzeniem pacjenta, po zapoznaniu go z możliwymi skutkami ubocznymi opartymi na rzetelnej wiedzy a nie rozważaniach etyczno-moralnych lekarza.

4. Jeśli lekarz mimo to odmawia wypisania recepty lub wykonania określonego zabiegu, gdyż jest on niezgodny z jego sumieniem, musi wskazać taką drogę realizacji żądań pacjenta, aby czynności te zostały wykonane w ciągu tej samej wizyty bez żadnej zwłoki.

5. Lekarz, który odmówi dozwolonych prawnie czynności medycznych i nie wskaże innych możliwości ich wykonania bez zbędnej zwłoki powinien być ukarany przez Sąd Lekarski ostrzeżeniem, zaś w przypadkach powtarzania się owych zdarzeń, odebraniem Prawa Wykonywania Zawodu.

dr Wojciech Szczepny jest starszym wykładowcą w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantologii

Miłość i choroba – oblicza Św. Walentego

Agnieszka Milik-Skrzypczak

Walentynki są świętem wszystkich zakochanych ale i tych którzy czekają na wielką miłość, której patronem zostani - oczywiście Święty Walenty.

Przypomnijmy jednak, że Święty Walenty, który od poł. XV wtóruje zakochanym jest również patronem osób powracających do zdrowia. Dlatego mając na uwadze chorych, życzymy im szybkiego powrotu do zdrowia, tak aby w pełni mogli cieszyć się tradycją.

Doskonale znamy walentynkowy zwyczaj, warto jednak zadać sobie pytanie kim był św. Walenty, który w dniu 14 lutego przyzywał na otwarte wyznania uczuć. W tradycji chrześcijańskiej odnajdujemy informację o co najmniej trzech świętych o imieniu Valentine. Jedna z nich mówi o świętym, którego łacińskie imię znaczy „silny i zdrowy”, był on czczony jako patron chorych na padaczkę, zwaną wów-

czas „chorobą świętego Walentego”. Dzięki nadnaturalnym mocom pomagał chorym uporać się z problemem zdrowotnym. Jak mówi mgr Magdalena Smoczyńska z Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej Collegium Medicum – Patroni są nam potrzebni, dając przykład swoim życiem, działalnością i wspianymi czynami. W trudnych chwilach roztaczają nad nami opiekę, wzbudzają pozytywne uczucia, a przede wszystkim dają nadzieję.

Kolejna legenda wspomina o Walentym męczenniku, który za panowania cesarza Aureliana był torturowany i zginął w imię wiary, nie chcąc się jej wyrzec. W ten sposób objął patronatem wszystkich umęczonych prześladowaniami za wyznanie. Jednak najbliższą prawdzie o walentynkach i bodajże najbardziej romantyczna wersja wydarzeń mówi o duchownym, z wykształcenia lekarzu, który żył w III wieku chrze-

ścijaństwa w Cesarstwie Rzymskim, za panowania Klaudiusza II. Cesarz pod wpływem sytuacji politycznej państwa zakazał młodym mężczyznom wchodzić w związki małżeńskie. Uważał bowiem, że najlepszymi legionistami są kawalerowie nie mający rodzin. Jednak biskup Walenty złamał zakaz i pobłogosławił ślub młodego legionisty. Miał on również w zwyczaju ofiarowywać kwiat ze swego ogrodu młodym, odwiedzającym go ludziom, na znak poświęcenia związku dwojga osób. Przynosiło to podobnie szczęście w małżeństwie, któremu duchowny sprzyjał ustanawiając jeden dzień w roku – 14 lutego, dniem w którym zbiorowo błogosławił związki. Tym zwyczajem naraził się jednak władcy imperium i został wtrącony do więzienia, gdzie według legendy zakochał się w córce strażnika. Za sprawą miłosnego uniesienia został jednak skazany na śmierć. Jak mówi podanie, w przeddzień egzekucji święty napisał list podpisany: „od twojego Walentego”. 14 lutego Walenty został stracony i dla upamiętnienia tej daty zyskała ona miano dnia zakochanych. Z perspektywy historycznej, celebrowanie świąt poświęconych miłości, nie jest niczym nowym. Zwyczaj ten jest bardzo stary i występował niemal w każdej starożytnej kulturze. Walentynki cieszą się niesłabnącą popularnością, ponieważ wprowadzają element różnorodności do naszej codzienności. Zabiegani, wiecz-



św. Walenty chrzci św. Łucję, Jacopo Bassano, XVI w.

nie zajęci różnymi sprawami często zapominały o budowaniu i umacnianiu relacji z naszymi bliskimi. To święto nam przypomina, aby na moment się zatrzymać, poświęcić czas ukochanej osobie, pocelebrować te magiczne chwile, poczuć bliskość i intymność. Nawet

jeśli jesteśmy przeciwni formalnemu obchodzeniu Walentynki, nie oznacza to, że partnerowi nie będzie miło, kiedy - podobnie jak każdego innego dnia - okażemy mu naszą miłość, troskę, zainteresowanie. Natomiast singlom życzyć więcej odwagi - wykazanie inicjatywy i

obdarowanie kogoś walentynką może stać się początkiem nowej, inspirującej znajomości. Tak więc wszyscy mnożmy pozytywne uczucia, lecz nie tylko od święta - dodaje mgr Smoczyńska.

mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak jest pracownikiem Biura Promocji i Informacji

Lekarz w Ogrodzie Rajskim...

Jowita Jagła

Do najznamienitszych arcydzieł malarzów katedry fromborskiej należy niewątpliwie pochodzące z wieku XV epitafium kanonika i medyka – Bartłomieja Boreschowa.

Bartłomiej Boreschow przyszedł na świat w okolicach Tczewa, a jego kariera naukowa i duchowa wiodła przez meandry wzlotów i upadków...

Studiował w Pradze i Padwie, gdzie uzyskał tytuł licencjata medycyny w 1386 roku, zaś rok później był już lekarzem. Po powrocie do kraju wstępuje w stan duchowny i w 1395 roku otrzymuje probostwo w Pasłęku. Trzy lata później w 1398 roku zostaje proboszczem parafii św. Mikołaja w Elblągu. Od tego czasu jego kariera duchowna nabiera tempa, w 1402 r. jest już na pewno kanonikiem katedry we Fromborku, a w 1404 roku dziekanem kapituły. Boreschow z pewnością był nader biegłym lekarzem, skoro z jego usług korzystali mistrzowie krzyżacy: Konrad von Jungingen i jego brat Ulryk, który uczynił go swoim osobistym medykiem z roczną pensją 70 Mk.

Tę wydawać by się mogło świetlaną przyszłość przerwała bitwa pod Grunwaldem, po której najpierw znalazł się w Malborku, następnie zaś udał się do strony polskiej, oferując swoje usługi dyplomatyczne w rokowaniach polsko-krzyżackich. Po pokoju toruńskim w 1411 roku biskup warmiński (który w grunwaldzkiej zawierusze za namową Boreschowa przeszedł na stronę króla polskiego) zbiega do Rzymu przeczując krzyżacki odwet za zdradę, przekazując zarządzanie diecezją dziekanowi kapituły czyli Boreschowi.

Boreschow początkowo radził sobie nie najgorzej w kontaktach z krzyżakami, po czasie jednak i on odczuł niepewność losu i w 1412 roku uciekł do Niemiec, a ściślej do Bambergu na dwór biskupa Albrechta. Prowadził tam antykrzyżacką politykę, co nie pozostało bez odpowiedzi. Jak skwapliwie donosi o dalszych losach lekarza spod Tczewa

ks. Jan Obląk: „(...) Aby sparaliżować jego akcję, Krzyżacy wysłali latem 1413 do Bambergi i na dwory innych biskupów i książąt swoich posłów, którzy oskarżali go o zdradę. Stawiali mu następujące zarzuty: 1) królowi polskiemu i w księciu litewskiemu doradzał wypowiedzenie wojny zakonowi, 2) biskupa warmińskiego nakłonił do poddania się Władysławowi Jagielle, 3) kuzyna w. mistrza Henryka Reissa v. Plauen chciał przekupić otrzymaną od króla polskiego sumą 4.000 guldenów i 4) służącemu swojemu polecił podpalić przedzamcze, mieszkanie w. mistrza i górną część zamku w Malborku. Boreschow zaprzeczył tym zarzutom, później napisał list pojednawczy do w. mistrza, ale ten pozostawił go bez odpowiedzi.

Dopiero po śmierci Henryka v. Plauen, gdy zmieniły się nastroje, w r. 1420 powrócił do diecezji warmińskiej, przebywając stale we Fromborku. Złamany przejściami i osłabiony na zdrowiu nie wykazywał już dawnej ruchliwości.

Po kilku latach zmarł dnia 24 stycznia 1426 we Fromborku, jak podaje napis

epitafium” (J. Obląk, *Dzieje Boreschowa i jego obrazu, „Biuletyn Historii Sztuki”* 1957, 1, s. 72).

Niebanalna postać lekarza i kanonika Bartłomieja Boreschowa przetrwała w pamięci kolejnych pokoleń, przede wszystkim dzięki fenomenalnemu epitafium znajdującemu się dzisiaj w prezbiterium katedry we Fromborku. Tondo o średnicy 150 cm przedstawia Matkę Boską z Dzieciątkiem siedzącymi na darniowej ławie przykrytej częściowo wschodnim dywanem, przed którą klęczy Boreschow wspierany, czy też popierany i prezentowany przez św. Marię Magdalenę - patronkę Fromborka i opiekunkę cechu lekarzy.

Całość sceny rozgrywa się w Ogrodzie Rajskim, ukazanym w symultanicznej podwójnej symbolice jako porośnięty ziołami hortulus i winna altana. Obraz łączący w sobie (w sposób eklektyczny) stylistyczne i ikonograficzne wpływy włoskie, czeskie i niemieckie, zachwyca przemyślaną, oddającą ideę samego epitafium kompozycją.

Artysta przedstawił oczywistą dwiistość świata ziemskiego i niebiańskiego



scena z jawnogrzebnią, scena z ołtarza św. Marii Magdaleny, Lucas Moser, I poł. XV w., Niemcy. (ilustracja pochodzi z książki: Ernst Heidrich, *Altdeutsche Meister*, Jena 1916).



Matka Boska z Dzieciątkiem, św. Maria Magdalena i Bartłomiej Boreschow, Epitafium Bartłomieja Boreschowa (zbliżenie), XV w., katedra p.w. Wniebowzięcia NMP i św. Andrzeja, Frombork, (fot. Jowita Jagła)



Madonna w Ogrodzie Różanym, Martin Schongauer, II poł. XV w., Niemcy. (ilustracja pochodzi z książki: Ernst Heidrich, *Altdeutsche Meister*, Jena 1916).

go. Wiotkie postacie Matki Boskiej i św. Marii Magdaleny, inspirowane sztuką czeską wykazują cechy wybitnie idealistyczne. Twarze kobiet o wysokich czołach, małych ustach, miękko opadających długich włosach wydają się transcendentne i jakże dalekie od twarzy i postaci lekarza i kanonika. Oblicze Boreschowa zostało oddane z wyraźnym realizmem: zmarszczki na policzkach, zacięte usta o kącikach opadających w dół - mówiące o stanie starczej rezygnacji, wreszcie siwe włosy, gładko zaczesane na boki świadczą, iż jest to osoba zmarła, ale żywa, z krwi

i kości - człowiek o ciele vanitatywnie materialnym, człowiek niedoskonały, upadły wobec ciężaru grzechu pierwotnego. Tym co stanowi niezwykle kontrast dla reszty sylwetki kanonika są piękne dłonie o smukłych palcach, pełniące w obrazie jakże ważną rolę. Po pierwsze gest złożenia dłoni podkreśla stan modlitewnego oddania i aktu zawierzenia, po drugie dłonie te stanowią signum wykształcenia, są świadectwem pracy intelektualnej.

Ale owa dwoistość świata ludzkiego i niebiańskiego wyraża się nie tylko w kontraście fizyczności, ale także w sferze przestrzeni obrazu. Jak już zwrócono uwagę wszystkie postacie znajdują się w Ogrodzie Rajskim. Wydaje się jednakże, iż tylko Maria, mały Jezus i św. Maria Magdalena są tu „u siebie”. Kanonik dopiero zostaje wprowadzony w misterium będące rytuałem przejścia. Oczywiście niewątpliwie zasłużył by dostąpić Raju, ale mowa jego ciała i wspierający gest św. Marii Magdaleny wskazują, iż jest w nim wiele niepewności, czy raczej nieśmiałości. Umieszczanie na skraju przedstawienia religijnego postaci fundatorów w epitafiach, obrazach fundacyjnych czy wotywnych było charakterystyczne dla sztuki tego czasu. Swoisty przełom nastąpił w tym okresie dopiero w malarstwie niderlandzkim, w którym człowiek zostaje nadal przedstawiany w akcie modlitewnym, jednak jego relacje z sacrum stają się i zdają się bardziej śmiało poprzez zrównany wzrost ciała z ciałem istoty świętej ale i pełnoprawne uczestnictwo w centrum kompozycji.

Ukazany w epitafium fromborskim Ogród Rajski składa się z dwóch istotnych przestrzeni: zielnej łąki i winnej altany. Ta pierwsza nawiązuje po pierwsze do średniowiecznej literatury wizyj-

nej opisującej raj jako ogród porośnięty pięknymi kwiatami i ziołami, po drugie wskazuje na rolę roślin leczniczych, którymi Bóg - Największy Lekarz - obdarował ludzi dla ich dobra. Z kolei winna altana stanowi w obrazie zdecydowanie bardziej złożony problem.

Na początku wieku XV wykształtował się w sztuce niemieckiej ikonograficzny motyw Madonny z Dzieciątkiem znajdującej się w różanej altanie, nawiązujący do pierwotnej symboliki róży kojarzonej właśnie z Matką Boską opisywaną w literaturze m.in. jako Róża Duchowa, Róża Mistyczna, Róża Wspaniała. Różana altana była w ten sposób kolejną ikonograficzną kontynuacją stałego motywu: ukazywania Matki Boskiej z atrybutem w postaci róży, przedstawiania Matki Boskiej z Dzieciątkiem w różanym ogrodzie czy na tle różanego żywopłotu. Motyw różanej altany był szczególnie popularny w sztuce górnej Nadrenii i kręgu artystów kolońskich, do najsłynniejszych przedstawień tego typu należą: „Madonna w Różanej Altanie” Mistrza Górnoreńskiego (ok. 1420 r.), miniatura kolońska ukazująca Madonnę w Różanej Altanie adorowaną przez Karola Wielkiego (ok. 1450 r.), „Madonna w Różanej Altanie” słynnego kolońskiego artysty Stefana Lochnera (ok. 1440-1450 r.) czy „Madonna w Różanej Altanie” Martina Schongauera (II poł. XV w.). Anonimowy twórca fromborskiego epitafium przetworzył motyw różanej altany zamieniając ją na altanę porośniętą winną latoroślą, w ten sposób niejako zamienił dominantę symboliki maryjnej na symbolikę pasyjną.

Co jednak interesujące warto w tym miejscu zwrócić uwagę na przedstawienie niemieckiego malarza Lucasa Mose-ra, które może stanowić dodatkowe wyjaśnienie symboliki winnej altany. Wśród ujęć znajdujących się w ołtarzu Marii Magdaleny z ok. 1431 roku znajduje się scena ukazująca przypowieść z Ewangelii św. Łukasza (7, 36-50) „Jeden z faryzeuszów zaprosił Go do siebie na posiłek. Wszedł więc do domu faryzeusza i zajął miejsce za stołem. A oto kobieta, która prowadziła w mieście życie grzeszne, dowiedziawszy się, że jest gościem w domu faryzeusza, przyniosła flakonik alabastrowy olejku, i stanawszy z tyłu u nóg Jego, płacząc, zaczęła łzami oblewać Jego nogi i włosami swej głowy je wycierać. Potem całowała Jego stopy i namaszczała je olejkim. (...) Potem zwrócił się do kobiety i rzekł Szymonowi: «Widzisz tę kobietę? Wszedłem do twego domu, a nie podałeś Mi wody do nóg: ona zaś łzami oblała

Mi stopy i swymi włosami je otarła. Nie dałeś Mi pocałunku; a ona, odkąd wszedłem, nie przestaje całować nóg moich. Głowy nie namaściłeś Mi oliwą; ona zaś olejkami namaściła moje nogi. Dlatego powiadam ci: Odpuszczone są jej liczne grzechy, ponieważ bardzo umiłowała. A ten, komu mało się odpuszcza, mało miłuje». Do niej zaś rzekł: «Twoje grzechy są odpuszczone» (...). Kobieta o której mowa w Ewangelii na Zachodzie Europy od wieku VI zaczęła być kojarzona z Marią Magdaleną, co dla naszych rozważań jest bardzo istotne. Lucas Moser nieco przetworzył ów epizod nie umieszczając go we wnętrzu mieszkalnym, ale właśnie w altanie porośniętej winną latoroślą...

Dzieło Mosera powstało ok. 1431 roku, zatem później niż powstało epitafium, ale być może oba obrazy czerpały z jakiegoś nieznanego dzisiaj wzoru, w którym winna altana odnosząca się do Pasji Chrystusa była jednocześnie swoistym proscenium dla sceny z Jawnochrześcijaństwa...

Fromborskie epitafium przedstawia Marię Magdalenę już jako świętą, ale jej

postać stanowiła dla ówczesnych wierzących wielki wzór do naśladowania – wzór nawróconego grzesznika. Gest Marii Magdaleny, która dotyka pleców Borešchowa podkreśla nie tylko fakt, iż święta wspiera go i dodając odwagi prezentuje Marii i małemu Jezusowi, ale symbolizuje również wzajemną bliskość świętej i kanonika, lekarza ale także popełniającego błędy i nieidealnego człowieka, człowieka chwiejnego w poglądach.

Zgodnie z ideą epitafium umieszczony wokół przedstawienia napis brzmiący „Anno dni M^o CCCC^o XXVI^o die XXIV mens `Januarii obiit ven`abil`dus mgr Bartholome Borešchow decanus et Canonicus Warmiens s`orane pro eo” zachęca do modlitwy za nieidealnego Borešchowa, ale on sam został już przedstawiony jako ten który zasłużył na Królestwo Niebieskie, co dodatkowo podkreśla sam kształt obrazu wykorzystujący motyw koła – symbolizującego Niebo i doskonałość.

dr Jowita Jagła jest historykiem sztuki, łączy dwie pasje – sztukę i medycynę

1. M. Otto, Obraz epitafijny kanonika Bartłomieja Bo-



epitafium ze sceną Bożego Narodzenia i fundatorem, szkoła alzacka, XV w., Niemcy., (ilustracja pochodzi z książki: Fritz Traugott Schulz, Das Germanische Museum von 1902-1927, Nürnberg 1927).

reschowa, „Rocznik Olsztynski” 1965, IV, s. 53-69.

2. ks. J. Oblak, Dzieje Borešchowa i jego obrazu, „Biuletyn Historii Sztuki” 1957, I, s. 70-74.

3. ks. J. Oblak, Konserwacja gotyckich zabytków sztuki, „Archiwa Biblioteki i Muzea Koscielne” 1961, T. 2, Z. 1-2, s. 335-336.

„Andreasa Vesaliusa” perygrynacje po Polsce

Monika Kubiak

Wystawa „Andreasa Vesaliusa traktat o budowie ciała ludzkiego - De Humani Corporis Fabrica 1543” została przygotowana w maju 2013 roku w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Kuratorami wystawy byli dr Krzysztof Nierzwicki - dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej (jednocześnie inicjator pomysłu), prof. dr hab. Michał Szpinda - kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej oraz dr hab. Walentyna Korpalska - kierownik Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa. O oprawę plastyczną zadbał dr Krzysztof Białowicz z Zakładu Plastyki Intermedialnej Wydziału Sztuk Pięknych.

Po uroczystym otwarciu 21 maja 2013 roku wystawa cieszyła się sporym uznaniem zarówno w Bydgoszczy, jak i Toruniu, lecz na tym nie skończyły się jej podróże wystawiennicze. Po zakończeniu ekspozycji w Rektoracie Collegium Medicum i holu Biblioteki Uniwersyteckiej w Toruniu rozpoczęła wędrowki po Polsce.

22 stycznia 2014 roku zagościła w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, objęta patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prof. dr. hab.

Jacka Wysockiego, Dyrektora Biblioteki Głównej, mgr Anieli Piotrowicz oraz kierownika Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych, dr hab. Anity Magowskiej. Podczas krótkiego spotkania towarzyszącego inauguracji wystawy wykłady wygłosili: prof. Witold Woźniak - „Komentarz współczesnego anatoma”, dr hab. Anita Magowska - „Wesaliusz - najczęściej cytowany lekarz wszechczasów” oraz dr Katarzyna Pękacka-Falkowska - „Tajemnice frontispisu i strony tytułowej ‘De humanis corporis fabrica libri septem’”.

Z kolei 4 marca 2014 r. wystawa zna-

laża się w Gdańsku, prezentowana w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego, objęta patronatem JM Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr. hab. n. med. Janusza Morysia, kierownika Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych, dr hab. Adama Szarszewskiego, przewodniczącego Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Anatomicznego oraz dyrektor Biblioteki Głównej, mgr Anny Grygorowicz.

Ekspozycja wystawy „Andreasa Vesaliusa traktat o budowie ciała ludzkiego - De Humani Corporis Fabrica 1543”



otwarcie wystawy na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, od lewej strony stoją: mgr Bolesław Horwoka, mgr Aniela Piotrowicz, prof. Witold Woźniak oraz dr hab. Anita Magowska



otwarcie wystawy w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, pośrodku przy mikrofonie stoją: mgr Anna Grygorowicz, dr Krzysztof Nierzwicki oraz prof. dr hab. Janusz Moryś

składa się z 20 plansz przedstawiających w dużym powiększeniu wybrane ryciny reprodukowane z egzemplarza oryginalnego wydania „De humani corporis fabrica” z 1555 roku, przechowywanego w Bibliotece Uniwersyteckiej w Toruniu. Ryciny przedstawiają projekcje układu kostnego, mięśniowego, krwionośnego

i nerwowego człowieka.

Okazją do przygotowania wystawy były trzy jubileusze: przypadająca w ubiegłym roku 470 rocznica pierwszego wydania dzieła *De homini corporis fabrica*, zbliżające się 500-lecie urodzin wielkiego anatoma i 450 rocznica jego śmierci.

Andreas Vesalius zrewolucjonizował

naukę, nie tylko anatomię. Jego dzieło jest tym dla medycyny czym dzieło Kopernika dla astronomii. Był prekursorem anatomii stosowanej i porównawczej. Ryciny autorstwa Vesaliusa z XVI wieku są tak doskonałe, że z małymi poprawkami, aktualne są do dziś. Dzieło Vesaliusa jest także przedmiotem zainteresowań historyków sztuki, bowiem rysunki pod dyktando znakomitego anatoma wykonywali najwybitniejsi artyści tamtej epoki, skupieni wokół atelier Tycjana, w szczególności uczeń Tycjana - Jan van Calcar.

Mamy nadzieję, że to nie koniec peregrynacji przygotowanej w Collegium Medicum wystawy, która w niedalekiej przyszłości trafi w kolejne gościnne progi polskich uczelni.

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Biblioteki Medycznej

Lecznicza moc kamieni szlachetnych w „Księdze dziejów” Arakela z Tebryzu

Wojciech Ślusarczyk

Arakel z Tebryzu, a właściwie Arakel Dawriżecy, przyszedł na świat około 1590 r. w Tebryzie, a zmarł w 1670 w Eczmiadzinie. Był ormiańskim mnichem i kronikarzem. Swoje życie związał z klasztorem w Eczmiadzinie, gdzie pobierał nauki i osiągnął godność wardapeta.

Wypełniając swe obowiązki odbywał wiele podróży. Sprzyjało to jego szerokim zainteresowaniom i wszechstronnemu wykształceniu. W 1651 r., z polecenia katolika Filipposa Achbakacego, rozpoczął pracę nad „Księgą dziejów”. Pisząc ją Arakel opierał się na własnych doświadczeniach, relacjach naocznych świadków oraz na zachowanych zapiskach. Dzięki temu stworzył dokładny i wiarygodny obraz swoich czasów. Z założenia Arakel miał skupić się wyłącznie na wydarzeniach politycznych i militarnych, jakie wstrząsnęły Armenią w pierwszej połowie XVII w. Ukończone w 1662 r. dzieło zawiera jednak wiele dodatkowych wątków. Dla historyka medycyny i farmacji szczególnie interesująco przedstawiają

się księgi LIII i LIV, poświęcone właściwościom kamieni szlachetnych; są to bowiem głównie właściwości lecznicze. Należy przy tym zaznaczyć, że księgi te, choć spisane przez Arakela, zostały bezpośrednio oparte o informacje niejakiego Sargisa – uczonego duchownego mieszkającego w mieście Berii (inaczej Haleb) w Syrii. Sargis zajmował się obróbką kamieni szlachetnych. Podczas spotkania z Arakelem opowiedział mu o ich właściwościach. Warapeta włączył pozyskane w ten sposób informacje do swego dzieła, nie tając zresztą źródła ich pochodzenia. Świadczy to bez wątpienia o tym, że treści te były w dużej mierze zbieżne ze światopoglądem wykształconego mnicha – dziejopisa.

Na wstępie należy zaznaczyć, że do niniejszego opracowania wykorzystano polski przekład „Księgi dziejów” autorstwa Witolda Dąbrowskiego i Andrzeja Mandolina, który ukazał się w Warszawie w 1981 r., nakładem Państwowego Instytutu Wydawniczego. Interesujące nas księgi zostały przełożone przez drugiego z tłumaczy.

Obaj bazowali zaś nie na ormiańskim oryginale lecz na przekładzie rosyjskim.

Naszym celem jest usystematyzowanie treści dotyczących medycznego zastosowania kamieni szlachetnych oraz wyjaśnienie dlaczego w świecie Arakela z Tebryzu uważano, że kamienie te mogą zapobiegać chorobom lub je leczyć? Ponadto podjęta zostanie próba odpowiedzi na pytanie czy lecznicza moc kamieni szlachetnych była fikcyjna czy rzeczywista?

W księdze LIII zatytułowanej *O nazwach i właściwościach kamieni szlachetnych*. Zostało wymienionych 26 kamieni, z których 14 posiada właściwości lecznicze. Są to: kaje czyli korund, cyrkon, szmaragd, jaspis, diament, agat, ametyst, chryzolit, kryształ, węzowiec (o dwóch odmianach), krwawnik, magnes, gagat oraz malachit. W księdze LIV, noszącej tytuł *Oto ona, księga o kamieniach, a przede wszystkim o diamentach*, wymieniono 12 kamieni, z czego zdecydowana większość, bo aż 11 nadaje się zdaniem Sargisa i Arakela, do użycia w lecznictwie. Są to: turkus, lazuryt, szmaragd, karneol, diament, jaspis, ametyst, perły, bezoar (w trzech odmianach), ambra i koral.

Widzimy, że „Księga dziejów” wymienia wśród kamieni także magnes, perły, koral oraz ambre. Jest to świadomy zabieg. Choć autor zdaje sobie sprawę z tego, że nie są one „w pełni” kamieniami, to zamieszcza o nich informacje, ponieważ posiadają one formy bardzo do kamienia zbliżone. Ponadto wśród kamieni



szlachetnych występują również takie, których obecnie nie przypisalibyśmy do tego zbioru (gagat). Z tego powodu określenie „kamienie szlachetne” używane w obu interesujących nas księgach musimy traktować w sposób dość umowny.

Łącznie w „Księdze dziejów” znajdujemy 22 kamienie o leczniczych właściwościach. Trzy z nich: szmaragd, diament i ametyst wymienione są w obu księgach, choć w każdej z nich posiadają właściwość ci różnego typu. Co ciekawe, wymieniony po raz drugi w księdze LIV korund nie posiada w niej właściwości leczniczych. Cechują się nimi natomiast lazuryt i perły, którym w poprzedniej księdze przypisane zostały wyłącznie niemedyczne zastosowania.

Właściwościom leczniczym kamieni towarzyszą inne, takie jak: przysparzanie szczęścia w miłości i interesach, czy ochrona od wszelkich niepowodzeń. Jako przykład możemy podać atrybuty turkus: „Turkus. (...) Kto będzie go nosił przy sobie, nie zazna przemocy od królów; jeżeli z samego rana patrzy nań ustrzeże się od trosk; kamień ten dobry jest na choroby oczu, przynosi długowieczność, pomyślność, dobro, chroni od złych snów.”

Kamienie szlachetne stosowano zarówno w profilaktyce, jak i terapii. Przykładowo sardion miał zapobiegać krwotokom oraz tamować krwawienie z nosa i z innych części ciała.

Analizując treść obu ksiąg, jesteśmy w stanie wyróżnić 12 sfer działania kamieni szlachetnych:

- Sfera „orzeźwienia”. Kajc, agat i ametyst miały likwidować pragnienie związane z brakiem napoju.
- Sfera okulistyczna. Szmaragd, jaspis, ametyst, kryształ, gagat, malachit, perły, turkus, ambra, lazuryt oraz koral miały wzmacniać i chronić wzrok.
- Sfera psychologiczna. Diament miał zapobiegać utracie pamięci i przynosić radość; ametyst miał przeciwdziałać złym snom, poprawiać nastrój oraz działać rozweselająco; chryzolit i kryształ miały chronić przed lękiem nocnym i koszmarami, podobnie jak turkus, który miał chronić od złych snów; bezoarowi przypisywano zdolność wzmacniania odwagi; koral miał poprawiać pamięć, a szmaragd zapobiegać troskom i melancholii.
- Sfera przeciwbólowa. Diament miał chronić przed bólami żołądka; lazuryt i ametyst miały łagodzić bóle w krzyżu; szmaragd miał chronić przed bólem oczu; bezoar, miał posiadać właściwości zbieżne z właściwościami opium;

ambra miała zaś leczyć ból głowy.

- Sfera przeciwkrwotoczna. Sardion miał zapobiegać krwotokom oraz tamować krwawienie z nosa i z innych części ciała.
- Sfera dermatologiczna. Jaspis miał „pomagać przy trądzie”; agat - chronić od trądu, świerzbu i podobnych chorób; diament spędzać miał plamy z cery i chronić przed świerzbem; ambra natomiast miała być „dobra na świerzby”.
- Sfera położnicza. Diament miał przyspieszać spóźniający się poród; karneol - pomagać przy ciężkim porodzie.
- Sfera trawienna. Ametyst miał poprawiać procesy trawienne zachodzące w żołądku, ambra - pobudzać apetyt; szmaragd zaś leczyć krwawą biegunkę.
- Sfera - leczenie ran, opuchlizn i stanów zapalnych. Kryształ miał powodować gojenie się ran; wężowiec - leczyć opuchliznę pojawiającą się w wyniku niedającej się dziś zidentyfikować choroby „odzik cawa”; krwawnik miał likwidować opuchliznę; magnes - pomagać na zapalenie korzonków, bezoar - leczyć obrażenia odniesione przy upadku z wysokości oraz pomagać przy leczeniu ran powstałych wskutek pokąsania przez zwierzęta.
- Sfera - długowieczność - wzmocnienie. Diament miał czynić życie wiecznym, a ametyst działać wspomagająco we wszystkich chorobach; szmaragd miał wydłużać życie, turkus „przynosić długowieczność”; spożycie sześciu karatów bezoaru w ciągu tygodnia gwarantować miało przeżycie stu dwudziestu lat bez chorób, bezoar ponadto, podobnie jak jaspis i lazuryt, miał wzmacniać serce.
- Sfera - przeciwdziałanie truciznom i jadom. Najlepszą odtrutką miał być szmaragd skuteczny nawet w przypadku jadu żmii; podobne właściwości miał posiadać lazuryt, który mógł uratować człowieka ukąszonego przez żmiję; bezoar zaś przyjmowany codziennie miał chronić przed działaniem trucizn.
- Sfera - pozostałe. Korund miał leczyć udar, szmaragd miał pomagać leczyć „czarny kaszel” (prawdopodobnie koklusz) „(...) od którego nie ma już ratunku dla człowieka”; agat chronił rzekomo od upicia się, a kryształ służył do „zdejmowania rdzy z zębów” (osadu nazębnego).

Widzimy więc wyraźnie, że jeden kamień mógł być użyty w zupełnie różnych od siebie przypadkach. Najlepszym tego przykładem jest diament obecny w sferze psychologicznej, przeciwbólowej, położniczej oraz

powodujący rzekomo długowieczność.

Jesteśmy w stanie wyróżnić pięć metod stosowania kamieni szlachetnych:

- Noszenie przy ciele, przykładanie i trzymanie w ustach; na przykład „Korund trzymany w ustach likwiduje pragnienie, (...) chryzolit, noszony chroni przed lękiem nocnym”; natomiast ametyst, podobnie jak korund - trzymany w ustach miał gasić pragnienie. „Księga dziejów” wymienia niniejszą metodę 14 razy.
- Patrzenie na kamień; na przykład „Jaspis, gdy się na niego patrzy, poprawia wzrok”, a oglądany „Karneol pomaga przy ciężkim porodzie.” Z metodą tą spotykamy się w analizowanym tekście pięciokrotnie.
- Doustne przyjmowanie utłuczonego kamienia, w formie leku prostego lub jako składnika leku złożonego (wody, kaszki); na przykład „Wężowiec utarty i połknięty, ratuje życie ukąszonemu przez żmiję”, bezoar rozarty w wodzie koperkowej miał zmniejszać ból po ukąszeniu żmii, zaś koral zmieszany z maścią o nazwie „tituja”, miał leczyć oczy. W przypadku leków złożonych „Księga dziejów” wspomina o niniejszej metodzie 14 razy
- Aplikowanie zewnętrzne kamienia, jako składnika maści, okładów lub w formie leku prostego pod postacią zasyпки; na przykład „Kryształ utłuczony i posypany na ranę powoduje jej zagojenie”, a „(...) przeistoczony w wapno, pod wpływem kamieni wchodzi w skład lekarstw na oczy.” Arakel wspomina o tej metodzie siedem razy.
- Nieokreślona metoda stosowania - na przykład „Korund jest dobry przy udarze”, ambra miała być „dobra na oczy”, leczyć świerzby i ból głowy, zaś koral miał poprawiać pamięć, przeciwdziałać trzęsieniu się głowy oraz wzmacniać serce. W „Księdze dziejów” spotykamy aż 25 podobnych nieudomówień.

W księdze LIV znajdujemy opis natury wybranych kamieni. Czytamy, że ametyst posiada naturę ciepłą i suchą. Natura szmaragdu jest sucha i chłodna. Perły są ostre i wilgotne, zaś bezoar posiada naturę „niezwykle gorącą”. Informacje te stanowią bez wątpienia kontynuację teorii humoralnej stworzonej przez Hipokratesa z Kos (V/IV w. p.n.e.) i rozwiniętej przez Klaudiusza Galena (II w. n.e.), stanowiącej podstawę medycyny średniowiecza i odgrywającej ważką rolę również w epoce nowożytnej.

Należy stwierdzić, że żyjącego w XVII w. Arakela cechował średniowieczny spo-

sób postrzegania kamieni szlachetnych, jako środka umożliwiającego przeciwstawienie się chorobom, a nawet śmierci. Wyjaśnienie tego problemu trzeba rozpocząć od stwierdzenia, że w świadomości ludzi średniowiecza, podobnie jak i w starożytności, zjawiskiem związanym z występowaniem chorób było gnienie. Zdaniem Hipokratesa i jego kontynuatorów, choroby, które dziś określilibyśmy jako zakaźne, rodziły się w sąsiedztwie stęchłej – „zgniłej” wody, wypełniającej trzęsawiska. Wprawdzie ojciec świeckiej medycyny łączył pojawianie i rozprzestrzenianie się chorób bezpośrednio z zepsutym – morowym powietrzem, określanym mianem miazmatów. Te wydobywały się jednak z gnijących mokradł. O utożsamianiu miazmatycznego gnienia z chorobą i śmiercią świadczą także praktyki dezodoryzacji miazmatów, poprzez okadzenie zapowietrzonych domów, podczas kolejnych epidemii dżumy w Europie. Powstałe wskutek gnienia choroby powodowały więc śmierć i w konsekwencji gnienie. Kamienie szlachetne, których wygląd nie zmieniał się przez wieki, „potrafiły” przeciwstawić się putrefakcji, a w związku z tym nie miały się ich także choroby i śmierć. W oparciu o jedną z zasad magii sympatycznej polegającej na podobieństwie, żywiono przekonanie że podobne będzie utrzymywać podobne. Tak samo jak podobne będzie leczyć podobne. Z tego też powodu uważano, że czerwony sardion jest w stanie zapobiegać krwotokom oraz tamować krwawienie z nosa i z innych części ciała. Co istotne, począwszy od starożytności nie postrzegano kamieni szlachetnych jako przedmiotów nieożywionych. Zarówno Pliniusz Starszy (I w. n.e.), błogosławiona Hildegarda z Bingen (XII w.), jak i Marco Polo (XIII/XIV w.) uważali, że zrodziła je ziemia. W konsekwencji tego kamienie szlachetne uważano wręcz za kwintesencję życia i zdrowia. Przekonanie to utrzymywało się w Europie do XVI w. Dopiero wówczas bowiem zaczęto wątpić w ich leczniczą moc. Nie znaczy to jednak, że medycyna akademicka przestała z niej korzystać. Jeszcze w końcu XVII w., w apteczkach brytyjskich medyków okrętowych, pływających do różnych zakątków imperium, znajdowały się kamienie szlachetne. W praktyce były wprawdzie najczęściej nielegalnie wymieniane na inne dobra, dla nas jednak liczy się fakt, że jeszcze wówczas brano pod uwagę użycie kamieni szlachetnych w celach leczniczych. Warto też zauważyć, że niezależnie od Hipokratesa mi-

nerały, wśród których znajdowały się również kamienie szlachetne, stanowiły istotny element arsenału środków leczniczych mieszkańców starożytnej Mezopotamii, Egiptu, Chin oraz Indii. Mimo rozwoju medycyny akademickiej nie wyszły nigdy z użycia i obecnie stanowią około 10% środków stosowanych przez szeroko rozumianą medycynę tradycyjną. Popularnością cieszy się choćby tak zwana litoterapia łącząca rzekome lecznicze właściwości kamieni szlachetnych z bioenergoterapią i astrologią.

Na koniec warto pokusić się o udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy lecznicza moc kamieni szlachetnych była całkowitą fikcją? Nie należy wykluczać tego, że w przeszłości zdarzały się przypadki wyleczeń po ich zastosowaniu. Mogły to być skutki efektu placebo oraz/lub koincydencji; samoistnego wyzdrowienia albo wpływu środków trzecich, z którymi podawano pacjentom kamienie. Dawni medycy, nie znając etiologii większości chorób i kierując się zasadą *post hoc ergo propter hoc*, nie mogli w takich przypadkach odmówić kamieniom szlachetnym leczniczych właściwości. Arakel wyraźnie zaznaczył, że przekazywane informacje wydają się mu wiarygodne, między innymi z tego powodu, iż pochodzą one z „dawnych czasów”. Ormiański mnich nie traktował ich jednak zawsze bezkrytycznie, o czym świadczy jego stosunek do informacji na temat właściwości agatu: „Dobrze jest nosić agat dla przysporzenia rozsądku. Ile by wypił wina człowiek, który nosi agat, nie straci rozumu. Tak powiadają, ale ja w to nie wierzę, albowiem wino to mleko lwa i kto je pije łapczywie, ten wyzbywa się rozumu, sławy i mienia.” Dzięki dzisiejszej wiedzy farmaceutycznej wiemy jednak, że kamienie szlachetne nie działały na pewno trzymane w ustach, dłoniach lub przykładane do ciała. Nie leczyły też przyłożone do rany – w całości lub pod postacią proszku. Przekonanie o tym, że mogą w taki sposób pomóc wiązało się zapewne bezpośrednio z wywodzącą się z czasów pierwotnych, magią sympatyczną, której jedną podstaw była zasada styczości ciała i środka magicznego. Jego rolą było bezpośrednie oddziaływanie na chorobę w ciele lub jej usunięcie poprzez przeniesienie na siebie. Bez wątpienia nikt nie żył wiecznie po spożyciu diamentu. Nikt też po zaaplikowaniu sobie sześciu karatów bezoaru nie przeżywał stu dwudziestu lat, nie cierpiąc ponadto w tym czasie na żadne choroby. Najprawdopodobniej kamienie szlachetne nie wykazywały również właściwości leczniczych, w sytuacjach gdy

metoda i postać, w których miały zostać użyte, nie zostały określone. Wydawać się może, że równie bezużyteczne było także patrzeć na kamień. Przypomnijmy, że „Księga dziejów” wspomina o nim pięć razy. Trzy wzmianki dotyczą poprawy wzroku (jaspis, gagat i turkus). Jedna (turkus) działania uspokajającego (przeciwdziałanie złym snom). Jedna zaś (karneol) dotyczy pomocy przy ciężkim porodzie. Poza ostatnim przypadkiem autor „Księgi dziejów” prawdopodobnie nie mija się z prawdą. Patrzeć na piękny, szlachetny kamień mogło wszak koić zmęczony wzrok; powodować, że oczy odpoczywały. Równocześnie patrzący uspokajał się i regenerował swe siły. Po wyciszącej kontemplacji zmniejszało się też ryzyko koszmarów lub bezsennej nocy. Jako prawdziwą możemy również potraktować informację o sproszkowanym kryształku służącym do usuwania „rdzy z zębów”. Specyfik taki, odpowiednio użyty, mógł faktycznie czyścić zęby z osadu.

Przekonanie o leczniczej mocy kamieni szlachetnych widoczne w siedemnastowiecznej „Księdze dziejów” ormiańskiego mnicha Arakela z Tebryzu. Sięgając korzeniami starożytności, funkcjonowało w epoce średniowiecza, której autor był epigonem. Opierały się one o założenie, że niepodlegające rozkładowi, zrodzone przez ziemię i przepełnione jej życiową energią kamienie szlachetne, są w stanie przeciwdziałać kojarzonym z gniciem chorobom i śmierci. Wykorzystywanie ich jako leków wiązało się bezpośrednio z leczniczą magią sympatyczną, posługującą się zasadami styczości i podobieństwa. Kamienie przyjmowano wewnątrz i zewnątrz. Stosowano je zarówno pod postacią leków prostych, jak i złożonych. Należy przypuszczać, że kamienie szlachetne ze względu na ich wysoką wartość rynkową i znaczne koszty pozyskania, używane były stosunkowo rzadko. Na ich stosowanie pozwolić zaś mogli sobie tylko najbogatsi. W większości przypadków ich lecznicza moc pozostawała fikcją. Zapewne nie dostrzegano tego, biorąc za dobrą monetę efekt placebo lub koincydentalne działanie środków podanych wraz z kamieniem pod postacią leku złożonego. Kamienie szlachetne nie były jednak całkiem bezużyteczne. Po analizie treści „Księgi dziejów”, możemy stwierdzić, że niektóre z nich mogły faktycznie leczyć. Ich właściwości ograniczały się jednak głównie do kojenia zmęczonych oczu oraz zbolalej duszy.

dr Wojciech Ślusarczyk jest adiunktem w Zakładzie Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Rak szyjki macicy – niezbędna szersza edukacja kobiet

Marek Jurgowiak

To, że spada liczba kobiet chorujących na raka szyjki macicy jest faktem, jednak nadal problem tej choroby należy do poważnych, a szwankuje w sposób szczególny edukacja kobiet na temat patogenezы choroby i możliwości prewencji.

Nieco statystyki

Według prezesa Polskiej Unii Onkologii dr. Janusza Medera, trzy tysiące kobiet rocznie choruje na ten nowotwór, a niemal półtora tysiąca umiera. Nadal rak szyjki macicy zajmuje szóste miejsce pod względem zachorowania i zgonów.

Nowotwór tego typu może być wcześniej wykrywany w badaniach cytologicznych. W Polsce jednak tylko 20–30% kobiet odpowiada na kierowane do nich zaproszenia na badania. Brak jest nadal dobrej edukacji dotyczącej nowotworów dróg rodnych. Ministerstwo Zdrowia, wg. reprezentującej tę instytucję Małgorzaty Zadorożnej, będzie się ubiegać o dofinansowanie z Unii Europejskiej działań mających na celu walkę z rakiem szyjki macicy. I chodzi o niebagatelną kwotę – nawet 250 milionów złotych.

Fakt, że w Polsce odsetek kobiet przeżywających 5 lat po rozpoznaniu nowotworu nieznacznie tylko przekracza 50% jest skutkiem wykrywania tej choroby dopiero w późnym, inwazyjnym stadium.

Wirusy i nowotwory

Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy jest przetrwała infekcja onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego, HPV – human papillomavirus. Medycyna nie dysponuje lekiem przeciwwirusowym, który skutecznie hamowałby genitalne zakażenia wirusem HPV. Pojawiła się natomiast możliwość działań profilaktycznych (pierwotnych) wraz z zarejestrowaniem szczepionek przeciwko głównym onkogennym typom HPV. Istotną pozosta-

je też profilaktyka (wtórna) oparta na badaniach cytologicznych, realizowana w Polsce poprzez programy cytologicznych badań przesiewowych. Mimo tego nadal niezbyt skutecznie upowszechniana jest wiedza o samej chorobie, a szczególnie o możliwościach prewencji oraz terapii.

Znanych jest nawet ponad 100 typów wirusa HPV, z których około 40 wykazuje tropizm do nabłonka narządu płciowego kobiety. Pod względem potencjału onkogennego wirusy HPV tworzą dwie grupy. Do pierwszej grupy należą wirusy wysoce onkogenne (HPV 16 i HPV 18). Są one izolowane nawet w 70–80% przypadków raka szyjki macicy. Do typów podwyższonego ryzyka należą m.in. wirusy HPV 31, 33, 35, 45, 51, 56. Izolowane są w około 20% przypadków choroby.

Drugą grupę stanowią wirusy o niskim potencjale onkogennym. Są one rzadko izolowane w przypadkach raka szyjki macicy. Należą do niej HPV 6, 11, 42, 43, 44. Warto przy tym dodać, że typy HPV 6 i 11 są główną przyczyną brodawek narządów płciowych tzw. kłykcin kończystych.

Obecnie ocenia się, że około 50% aktywnych seksualnie kobiet ulega zakażeniu HPV przynajmniej raz w życiu. Jednak u około 80–90% z nich infekcja ustępuje samoistnie w ciągu 1–2 lat w wyniku prawidłowej odpowiedzi immunologicznej i nie powoduje trwałych następstw.

Przewlekłe infekcje trwające powyżej dwóch lat u 10–20% kobiet są związane z obecnością wirusów o wysokim potencjale onkogennym. Zmiany przedrakowe jako skutek przewlekłych zakażeń HPV mogą z czasem ulec regresji, ale u części nieleczonych kobiet (3% zakażonych) następuje progresja do naciekającego raka szyjki macicy.

Większe ryzyko

Istnieją też czynniki zwiększające możliwość wystąpienia transformacji nowotworowej. Należą do nich m.in.: wieloletnie stosowanie antykoncepcji

hormonalnej, palenie papierosów, a także infekcje herpes wirusami. Do zakażeń HPV zazwyczaj dochodzi już we wczesnym okresie aktywności seksualnej.

Obecność HPV można wykryć u około 15% kobiet w wieku 35–55 lat, w tej grupie też odnotowuje się największą zapadalność na raka szyjki macicy. W przypadku najczęstszego raka płaskonabłonkowego rozwój zmian przed- i nowotworowych trwać może nawet kilkanaście lat. Jest to na tyle długi okres, aby w regularnych badaniach móc wykryć chorobę nawet we wczesnym stadium zaawansowania zmian klinicznie rozpoznawalnych.

Szczepionką cios w raka

W Polsce dostępne są szczepionki, których stosowanie wskazane jest w okresie od 9 roku życia jako czynnika w prewencji przed wystąpieniem zmian przedrakowych i rakowych związanych z zakażeniem wirusem HPV 16 i 18, a także w profilaktyce kłykcin kończystych wywoływanych przez HPV 6 i 11. Są to szczepionki Silgard i Cervarix stosowane profilaktycznie, gdyż nie istnieją dane, które wskazywałyby na skuteczne eliminowanie przez nie już istniejących zakażeń. Dotychczasowe obserwacje skuteczności klinicznej szczepionek potwierdzają, że maksymalny efekt ochronny można uzyskać poprzez stosowanie szczepień w okresie poprzedzającym inicjację seksualną u dziewcząt w młodym wieku.

Konieczne wydaje się podejmowanie w dalszym ciągu nasilonych działań edukacyjnych związanych zarówno z prewencją pierwotną, jak i wtórną dotyczącą zakażeń HPV i rozwoju raka szyjki macicy. Pozwoli to na skuteczniejsze ograniczenie występowania tej groźnej wciąż choroby, bądź na tyle wczesne wykrywanie jej wystąpienia, aby skuteczna terapia ratowała życie kobiet.

dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej

przedruk z Primum Non Nocere 2014 nr 3 s. 16

European Heart Journal

W opublikowanym na łamach styczniowego wydania European Heart Journal podsumowaniu najważniejszych badań i publikacji z zakresu kardiologii interwencyjnej na świecie w 2013 roku,

wśród 55 uwzględnionych pozycji znalazła się nowatorska metaanaliza pod kierownictwem pracownika Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych CM w Bydgoszczy - dr Eliano Pio Navarese, z udziałem Pana Profesora Jacka Kubiczy oraz wielu zagranicznych ekspertów,

poświęcona porównaniu bezpieczeństwa i skuteczności różnych typów stentów wieńcowych uwalniających lek (DES) 1. i 2. generacji oraz biodegradowalnych stentów uwalniających biolimus.

www.cm.umk.pl

Błędy jatrogenne w pracy pielęgniarki pediatrycznej

Mirosława Kram

„Jatrogenia” - oznacza - gr. *jatros-* lekarz; *genesis* - pochodzenie. Współcześnie termin ten rozumie się szerzej, obejmuje nie tylko działania podejmowane przez lekarza, ale wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Błąd jatrogenny - *jatropatogenia* oznacza zachowania i czynności personelu medycznego, które wywierają krzywdzący wpływ na stan psychiczny lub/i fizyczny dziecka jako pacjenta.

Źródła błędów jatrogennych

Choroba jest bardzo przykrym przeżyciem dla dziecka, ponieważ znajduje się ono w okresie rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Wszelkie odchylenia od normalnego trybu życia odczuwane są silnie - dziecko lubi mieć „poukładane” dni. Na trudną dla siebie sytuację reaguje bardziej emocjonalnie niż poznawczo. Dlatego często nie dochodzą do niego argumenty racjonalne, trudno wytłumaczyć np. konieczność pobytu w szpitalu.

Brak informacji lub niewłaściwe ich przekazywanie to podstawowy błąd jatrogenny w kontakcie z dzieckiem i jego rodzicami, np. posługiwanie się określeniami niezrozumiałymi: „Proszę podawać dziecku w domu lek drogą nebulizacji”; skrótami: „Dziecko będzie miało wykonany zabieg na cito”.

Bardzo przykrym doznaniem jest badanie, wykonywanie zabiegów w obecności osób z otoczenia (np. osób odwiedzających innego pacjenta) i narażenie go na upowszechnianie wśród innych osób informacji o nim i jego chorobie.

Brak rozmowy z dzieckiem na temat czekających go zabiegów, nieprzygotowanie psychiczne do ograniczeń ruchowych stosowanych w leczeniu i pielęgnowaniu, ukrywanie informacji o jego chorobie i przewidywanych sposobach leczenia i pielęgnowania nasilają negatywne emocje takie jak: niepokój, strach. Efektem tego może być płacz, nierzadko bardzo głośny. Reakcja lękowa nasila dolegliwości bólowe oraz powoduje zachowania obronne, utrudniające przeprowadzenie zabiegu.

Do szczególnie szkodliwych czynników jatropatogennych zalicza się niecierpliwe, rygorystyczne przełamywanie oporu dziecka przed iniekcjami czy zabiegami; zawstydzanie i straszenie

dziecka w celu jego zdyscyplinowania; ograniczenie aktywności ze względu na rygory organizacyjne i higieniczne; długi czas bezczynnego oczekiwania na badanie czy zabieg; nie informowanie o stanie zdrowia w sposób dostępny jego możliwości zrozumienia; brak rozmów i zajęć terapeutycznych, łagodzących napięcie emocjonalne (żaden człowiek, więc dziecko też, nie przeżywa pozytywnych emocji będąc w szpitalu); ograniczanie czasu odwiedzin dziecka przez najbliższe osoby, a także monotonia wyposażenia sal szpitalnych czy brak przedmiotów uatrakcyjnających dziecko pobyt.

Rola rodziców

Podstawowym zadaniem rodziców, w procesie wychowania dziecka jest przygotowanie go do pobytu w szpitalu i wyrobienie do tej sytuacji optymistycznego nastawienia. Nie powinni oni w żaden sposób straszyć dziecka szpitalem, lekarzem, pielęgniarką. Winni wyjaśnić na czym polega jego choroba, mówić prawdę o zabiegach, o bólu którego może doświadczać i oznajmiać, że pielęgniarka postara się, aby jak najmniej go bolało. Zapewnić dziecku, że mama lub tata będą z nim w szpitalu, będą się bawić z nim, czytać, rozmawiać o rzeczach miłych. Dobrym sposobem jest wyjaśnienie dziecku za pomocą rysunku, ilustracji jego problemu. Dzieci potrzebują stałej obecności matki w szpitalu (lub bliskiej im osoby – babci, dziadka, cioci), bez niej czują się przerażone, opuszczone i bezradne. Powinni wytłumaczyć dziecku konieczność przestrzegania regulaminu szpitalnego i stosowania się do wskazówek, np. dotyczących żywienia, podawania leków, postępowania po zabiegach.

Rola pielęgniarki

Dziecko w szpitalu należy traktować podmiotowo, życzliwie i wyrozumiale. Oznacza to, że przy pierwszym kontakcie z dzieckiem należy przyjąć go z uśmiechem, poznać i zapamiętać jego imię. Mamie/ rodzicom należy udzielić informacji o prawach pacjenta (obowiązek ten wynika z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), regulaminie

oddziału, zakresie czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, jakie matka może wykonywać przy dziecku. Pielęgniarka może/powinna zadać także pytanie „Czy chcieliby państwo coś dopowiedzieć na temat swojego dziecka”? Przekazywanie informacji powinno odbywać się z poszanowaniem intymności, to znaczy w taki sposób, aby osoby postronne nie słyszały tego, co mówi się o dziecku/ rodzicach. Należy mówić do dziecka i rodziców zrozumiałym językiem, lecz nie pospolitym. Unikać terminologii medycznej i żargonu medycznego. Podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych należy stosować środki łagodzące ból, zarówno farmakologiczne jak i niefarmakologiczne. Do tych ostatnich należą: informowanie i przygotowanie psychiczne do zabiegu, odwracanie uwagi i nagradzanie po zabiegu, np. naklejką „Dzielny pacjent”. Podczas snu i wypoczynku starać się o zachowanie ciszy na sali, cicho zamykać drzwi, w ciszy przeprowadzać rozmowy z rodzicami.

W zakresie bezpieczeństwa – wykonywanie zabiegów, podawanie leków we właściwym czasie, przestrzeganie procedur i zasad obowiązujących podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pozostawienie na noc zapalanej lampki – to podstawowe działania zapobiegające następstwom błędów.

Podsumowanie

Do najczęstszych bezpośrednich błędów jatrogennych należą błędy związane z zaburzeniem komunikacji interpersonalnej. Szczególnym obszarem do popełniania błędów jest sytuacja przekazywania informacji – niedoinformowanie lub ich nadmiar. Duże znaczenie mają także czynniki środowiskowe miejsca pracy, takie jak, wygląd gabinetu, sal szpitalnych jak również relacje interpersonalne między pielęgniarką a dzieckiem i jego rodzicami. Następstwem popełnianych błędów może być niekorzystny stan somatyczny i psychiczny pacjenta wywołany większym poziomem lęku niż wynikałoby to z samej choroby.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

ResearcherID - indywidualny numer w Web of Science

Joanna Słomkowska

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów jako najbardziej miarodajne źródło informacji na temat cytowań rekomenduje bazę Web of Science.

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 dalszym cytowaniem indeksowanych prac

Aby analiza cytowań została przeprowadzona prawidłowo konieczne jest zliczenie cytowań wszystkich prac danego autora. Ze względów technicznych i ograniczeń czasowych takie badanie jest zazwyczaj niemożliwe. Najczęściej stosowane jest automatyczne wyszukiwanie, polegające na wpisaniu nazwiska oraz inicjału imienia autora, a także przybliżonej afiliacji, np. Bydgoszcz lub Toruń. Takie uproszczone wyszukiwanie nie daje 100% pewności, że otrzymaliśmy wszystkie cytowania danego autora.

W celu zautomatyzowania działań, dbając o rzetelność uzyskiwanych danych od nowego roku akademickiego wszystkie analizy cytowań Biblioteka Uniwersytecka będzie przygotowywała jedynie w oparciu o indywidualny numer ResearcherID.

Zgodnie z Zarządzeniem Rektora z dnia 17 marca 2014 roku, każdy pracownik posiadający prace indeksowane w Web of Science został zobowiązany do rejestracji w bazie WoS i przekazania do Biblioteki nadanego numeru.

Każdy autor w czasie rejestracji będzie musiał wyselekcjonować i odznaczyć wszystkie prace swojego autorstwa, które zostaną dołączone do profilu. Jest to proces jednorazowy, po jego zakończeniu konieczne będzie jedynie uzupełnianie profilu o nowe prace, które pojawiają się w WoS.

Szczegółowa instrukcja rejestracji w bazie Web of Science numeru ResearcherID jest dostępna na stronie internetowej Biblioteki, a pracownicy Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych służą pomocą.

Zarządzenie Rektora w sprawie uzyskania indywidualnego numeru ResearcherID w bazie Web of Science

1. Pracownicy naukowci Uniwersytetu, którzy posiadają prace indeksowane

w Web of Science zobowiązani są dokonać do dnia 30 czerwca 2014 r. rejestracji w bazie Web of Science i poinformować Sekcję Bibliografii Publikacji Pracowników UMK i Analiz Bibliometrycznych w Bibliotece Uniwersyteckiej o nadanym numerze identyfikacyjnym ResearcherID.

2. Od roku akademickiego 2014/2015 analizę cytowań na potrzeby wewnętrznej i zewnętrznej oceny parametrycznej prac indeksowanych pracowników naukowych Biblioteka Uniwersytecka będzie przeprowadzała jedynie na podstawie otrzymanego wcześniej indywidualnego numeru ResearcherID z bazy Web of Science.

3. Szczegółową instrukcję postępowania przy rejestracji profilu ResearcherID Dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej zamieszcza na stronie internetowej Biblioteki Uniwersyteckiej.

4. Pracownicy Sekcji Bibliografii Publikacji Pracowników UMK i Analiz Bibliometrycznych Biblioteki Uniwersyteckiej są zobowiązani do udzielania pomocy przy rejestracji profilu ResearcherID.

Instrukcja rejestracji w bazie Web of Science indywidualnego numeru ResearcherID

1. Wchodzimy na: www.researcherid.com
2. W menu po lewej wybieramy: „New to ResearcherID? Join Now It's free”
3. W okienku, które się otworzy wpisujemy, zgodnie z żądaniem: Imię, nazwisko, adres mailowy i wybieramy sposób

w jaki dowiedzieliśmy się o ResearcherID.

4. Na podany adres e-mail zostanie wysłana informacja. Uwaga: może zdarzyć się, że list ten zostanie zakwalifikowany przez nasz program pocztowy jako spam; należy sprawdzić folder „Spam”. W liście znajdziemy link aktywacyjny. Przechodzimy do podanej strony i wypełniamy formularz. Pola oznaczone gwiazdką nie mogą pozostać puste. Na koniec klikamy „Submit Registration”.

5. Otworzy się nowe okno. Aby dokończyć rejestrację należy zaakceptować licencję.

6. W nowym oknie pojawia się nasz numer ResearcherID. Następnie należy przejść do swojej strony, aby uzupełnić informacje o sobie i swoich publikacjach.

7. Na swoim koncie należy wyszukać publikacje i potwierdzić, że jesteśmy ich autorami klikając na przycisk: Add Publication. Nowe prace należy każdorazowo przypisać do naszego ID.

8. Standardowo nasze konto jest publicznie dostępne - inni mogą zobaczyć listę naszych publikacji, czyli zawartość „My publication”. Listy „Publication List 1” i „Publication List 2” są ustawione standardowo jako prywatne. Jeżeli chcemy to zmienić, należy kliknąć „Manage Profile” na górze po prawej, a dalej wybrać zakładkę „Publication Lists” i zmienić ustawienia. Każdą zmianę należy zatwierdzać przyciskiem na dole danej strony.

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

„Instrukcję rejestracji” opracowała dr Karolina Zawada



Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Prezentujemy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od początku stycznia do połowy marca 2014 r.

IF: 5.868

Tomasz Kloskowski,
Tomasz A. Drewa

Tytuł oryginału: Nanotube-mediated efficiency of cisplatin anticancer therapy.

Autorzy: K. Werengowska-Ciećwierz, M. Wiśniewski, A.P. Terzyk, N. Gurtowska, J. Olkowska, Tomasz Kloskowski, Tomasz A. Drewa, U. Kielkowska, S. Drużyński.

Źródło: - Carbon 2014 Vol. 70 s. 46-58.

Uwagi:

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.carbon.2013.12.060>

IF: 4.469

Olga Haus

Tytuł oryginału: Survival from breast cancer in patients with CHEK2 mutations.

Autorzy: T. Huzarski, C. Cybulski, D. Woźniak, A. Jakubowska, T. Byrski, J. Gronwald, P. Domagała, M. Szwiec, D. Godlewski, E. Kilar, E. Marczyk, M. Siołek, R. Wiśniowski, H[anna] Janiszewska, D. Surdyka, R. Siłski, P. Sun, J. Lubiński, S.A. Narod, [i in.], O[lg]a Haus, [i in.].

Źródło: - Breast Cancer Res. Treat. 2014 Vol. 142

Uwagi: DOI: 10.1007/s10549-014-2865-2 [Bez punktów dla O. Haus - appendix].

IF: 4.387

Krzysztof Goryński

Tytuł oryginału: Introduction of solid-phase microextraction as a high-throughput sample preparation tool in laboratory analysis of prohibited substances.

Autorzy: E. Boyaci, Krzysztof Goryński, A. Rodriguez-Lafuente, B. Bojko, J. Pawliszyn.

Źródło: - Anal. Chim. Acta 2014 Vol. 809 s. 69-81.

IF: 3.882

Grażyna Malukiewicz,
Bartosz L. Sikorski

Tytuł oryginału: Current trends in the monitoring and treatment of diabetic retinopathy in young adults.

Autorzy: D. Raczynska, K. Zorena, B. Urban, D. Zalewski, A. Skorek, Grażyna Malukiewicz, Bartosz L. Sikorski.

Źródło: - Mediat. Inflamm. 2014 Vol. 2014 s. 1-13.

IF: 3.730

Małgorzata Walentowicz-Sadłacka,
Paweł Sadłacki,
Magdalena Bodnar,
Andrzej Marszałek,
Alina Sokup,
Marek Grabiec

Tytuł oryginału: Stromal derived factor-1 (SDF-1) and its receptors CXCR4 and CXCR7 in endometrial cancer patients.

Autorzy: Małgorzata Walentowicz-Sadłacka, Paweł Sadłacki, Magdalena Bodnar, Andrzej Marszałek, P. Walentowicz, Alina Sokup, A. Wiśniewska-Jankowska, Marek Grabiec.

Źródło: - PLoS ONE 2014 Vol. 9 nr 1 s. e84629.

IF: 3.730

Magdalena Krintus,
Paweł Sadłacki,
Marek Grabiec,
Aneta Mańkowska-Cyl,
Alina Sokup,
Małgorzata Walentowicz-Sadłacka

Tytuł oryginału: Serum inhibin A and inhibin B levels in epithelial ovarian cancer patients.

Autorzy: P. Walentowicz, Magdalena Krintus, Paweł Sadłacki, Marek Grabiec, Aneta Mańkowska-Cyl, Alina Sokup, Małgorzata Walentowicz-Sadłacka.

Źródło: - PLoS ONE 2014 Vol. 9 nr 3 s. e90575.

IF: 3.665

Grażyna Sypniewska,
Joanna Pollak,
Paweł Stróżecki,
Aneta Mańkowska-Cyl,
Agnieszka Pater, Jacek Manitus

Tytuł oryginału: 25-hydroxyvitamin D, biomarkers of endothelial dysfunction and subclinical organ damage in adults with hypertension.

Autorzy: Grażyna Sypniewska, Joanna Pollak, Paweł Stróżecki, F. Camil, M. Kretowicz, G. Janikowski, Aneta Mańkowska-Cyl, Agnieszka Pater, Jacek Manitus.

Źródło: - Am. J. Hypertens. 2014 Vol. 27 nr 1 s. 114-121.

Uwagi: DOI: 10.1093/ajh/htp174

IF: 3.293

Anna Szota,
Ewa Ogłodek,
Aleksander Araszkiewicz

Tytuł oryginału: Bipolar disorder: Mixed episodes concomitant with gambling addiction.

Autorzy: Anna Szota, Ewa Ogłodek, Aleksander Araszkiewicz.

Źródło: - Aust. New Zealand J. Psychiatr. 2014

Uwagi:

DOI: 10.1177/0004867413517760

IF: 3.176

Bartłomiej J. Kałużny

Tytuł oryginału: Spectral OCT with speckle contrast reduction for evaluation of the healing process after PRK and transepithelial PRK.

Autorzy: Bartłomiej J. Kałużny, M. Szkulmowski, D.M. Bukowska, M. Wojtkowski.

Źródło: - Biomed. Opt. Express 2014 Vol. 5 nr 4 s. 1089-1098.

IF: 3.024

Małgorzata Pawłowska,
Magdalena Wietlicka-Piszc

Tytuł oryginału: Clostridium difficile infection in children hospitalized due to diarrhea.

Autorzy: K. Dulęba, M[agdalena] Pawłowska, M[agdalena] Wietlicka-Piszc.

Źródło: - Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2014 Vol. 33 s. 201-209.

Uwagi: DOI: 10.1007/s10096-013-1946-1

IF: 2.947

Piotr Kośliński

Tytuł oryginału: Determination of pterins in urine by HPLC with UV and fluorescent detection using different types of chromatographic stationary phases (HILIC, RP C8, RP C18).

Autorzy: Piotr Kośliński, P. Jarzemski, M.J. Markuszewski, R. Kaliszan.

Źródło: - J. Pharmaceut. Biomed. Anal. 2014 Vol. 91 s. 37-45.

IF: 2.947

Krzysztof Goryński,
Barbara Bojko

Tytuł oryginału: Development of SPME

method for concomitant sample preparation of rocuronium bromide and tranexamic acid in plasma.

Autorzy: Krzysztof Goryński, Barbara Bojko, M. Kluger, A. Jerath, M. Wąsowicz, J. Pawliszyn.

Źródło: - J. Pharmaceut. Biomed. Anal. 2014 Vol. 92 s. 183-192.

IF: 2.833

Paweł K. Burduk,
Magdalena Bodnar,
Łukasz Szyłberg,
Ewa Wiśniewska,
Wojciech Kaźmierczak,
Andrzej Marszałek

Tytuł oryginału: Expression of MMP2, MMP9, TIMP1 and TIMP2 could predict lymph node metastases in oropharyngeal squamous cell carcinoma.

Autorzy: Paweł K. Burduk, Magdalena Bodnar, P. Sawicki, Łukasz Szyłberg, Ewa Wiśniewska, Wojciech Kaźmierczak, M. Martynińska, Andrzej Marszałek.

Źródło: - Head Neck-J. Sci. Spec. 2014

Uwagi: DOI: 10.1002/hed.23618

IF: 2.880

Małgorzata Walentowicz-Sadlecka,
Bogdan Małkowski,
Paweł Sadlecki,
Andrzej Marszałek,
Marek Grabiec

Tytuł oryginału: The preoperative maximum standardized uptake value measured by 18F-FDG PET/CT as an independent prognostic factor of overall survival in endometrial cancer patients.

Autorzy: Małgorzata Walentowicz-Sadlecka, Bogdan Małkowski, P. Walentowicz, Paweł Sadlecki, Andrzej Marszałek, T. Pietrzak, Marek Grabiec.

Źródło: - BioMed Res. Int. 2014 Vol. 2014 s. 1-7.

Uwagi: [Wcześniejszy tytuł: Journal of Biomedicine and Biotechnology].

IF: 2.880

Paweł Sadlecki,
Magdalena Bodnar,
Marek Grabiec,
Andrzej Marszałek,
Alina Sokup,
Jolanta Zegarska,
Małgorzata Walentowicz-Sadlecka

Tytuł oryginału: The role of hypoxia-inducible factor-1α, glucose transporter-1, (GLUT-1) and carbon anhydrase IX in endometrial cancer patients.

Autorzy: Paweł Sadlecki, Magdalena Bodnar, Marek Grabiec, Andrzej Marszałek, P. Walentowicz, Alina Sokup, Jolanta Zegarska,

Małgorzata Walentowicz-Sadlecka.

Źródło: - BioMed Res. Int. 2014 Vol. 2014 s. 1-11.

Uwagi: [Wcześniejszy tytuł: Journal of Biomedicine and Biotechnology].

IF: 2.803

Marta Pokrywczyńska,
Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Human urinary bladder regeneration through tissue engineering - An analysis of 131 clinical cases.

Autorzy: Marta Pokrywczyńska, J. Adamowicz, A.K. Sharma, Tomasz Drewa.

Źródło: - Exp. Biol. Med. 2014 Vol. 239 nr 3 s. 264-271.

Uwagi: DOI: 10.1177/1535370213517615

IF: 2.803

Andrzej Gzella

Tytuł oryginału: Crotonic, cinnamic, and propiolic acids motifs in the synthesis of thio-pyrano[2,3-d][1,3]thiazoles via hetero-Diels-Alder reaction and related tandem processes.

Autorzy: N. Zelisko, D. Atamanyuk, O. Vasylenko, A. Bryhas, V. Matyichuk, Andrzej Gzella, R. Lesyk.

Źródło: - Tetrahedron 2014 Vol. 70 nr 3 s. 720-729.

IF: 2.469

Łukasz Pałkowski,
Joanna Wróblewska,
Sylwia Kożuszek,
Eugenia Gospodarek,
Jerzy Krysiński

Tytuł oryginału: Antimicrobial activity and SAR study of new gemini imidazolium-based chlorides.

Autorzy: Łukasz Pałkowski, J. Błaszczyszki, A. Skrzypczak, J. Błaszczak, K. Kozakowska, Joanna Wróblewska, Sylwia Kożuszek, Eugenia Gospodarek, Jerzy Krysiński, R. Słowiński.

Źródło: - Chem. Biol. Drug. Des. 2014 Vol. 83 s. 278-288.

Uwagi: DOI: 10.1111/cbdd.12236

IF: 2.397

Renata Studzińska,
Marcin Wróblewski,
Aleksandra Karczmarska-Wódzka,
Renata Kołodziejska

Tytuł oryginału: A facile synthesis of the novel thiazolo[3,2-a]pyrimidine derivatives.

Autorzy: Renata Studzińska, Marcin Wróblewski, Aleksandra Karczmarska-Wódzka, Renata Kołodziejska.

Źródło: - Tetrahedron Lett. 2014 Vol. 55 s. 1384-1386.

IF: 2.263

Jacek Kubica,
Marek Koziński,
Eliaño Pio Navarese,
Aldona Kubica,
Tomasz Fabiszak,
Anna Andruszkiewicz

Tytuł oryginału: Cangrelor: an emerging therapeutic option for patients with coronary artery disease.

Autorzy: Jacek Kubica, Marek Koziński, Eliaño Pio Navarese, U. Tantry, Aldona Kubica, J.M. Siller-Matula, Y.-H. Jeong, Tomasz Fabiszak, Anna Andruszkiewicz, P.A. Gurbel.

Źródło: - Curr. Med. Res. Opin. 2014

Uwagi:

DOI: 10.1185/03007995.2014.880050

IF: 2.247

Paweł Stróżecki,
Mariusz Flisiński,
Zbigniew Serafin,
Joanna Wiechecka-Korenkiewicz,
Jacek Manitus

Tytuł oryginału: Abdominal collateral vein as an unconventional vascular access for hemodialysis in patient with central vein occlusion.

Autorzy: Paweł Stróżecki, Mariusz Flisiński, Zbigniew Serafin, Joanna Wiechecka-Korenkiewicz, Jacek Manitus.

Źródło: - Semin. Dial. 2014

Uwagi: DOI: 10.1111/sdi.12244

IF: 2.126

Małgorzata Krajnik,
Elżbieta Bloch-Bogusławska

Tytuł oryginału: The presence of mu-, delta-, and kappa-opioid receptors in human heart tissue.

Autorzy: P. Sobański, Małgorzata Krajnik, M. Shaqura, Elżbieta Bloch-Bogusławska, M. Schafer, S.A. Mousa.

Źródło: - Heart Vessels 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s00380-013-0456-5

IF: 2.112

Tomasz Siódmiak,
Michał P. Marszał

Tytuł oryginału: Magnetic nanoparticles with surfaces modified with chitosanpoly-[N-benzyl-2-(methacryloxy)-N,N-dimethylethanaminium bromide]for lipase immobilization.

Autorzy: M. Ziegler-Borowska, Tomasz Siódmiak, D. Chelminiak, A. Cyganiuk, Michał P. Marszał.

Źródło: - Appl. Surf. Sci. 2014 Vol. 288 s. 641-648

IF: 2.069

Eliaño Pio Navarese,

Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Statins and risk of new-onset diabetes mellitus: is there a rationale for individualized statin therapy?

Autorzy: Eliano Pio Navarese, A. Szczesniak, M. Kołodziejczak, B. Górny, Jacek Kubica, H. Suryapranata.

Źródło: - Am. J. Cardiovasc. Drugs 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s40256-013-0053-0

IF: 1.855

Emilia Daghir-Wojtkowiak

Tytuł oryginału: Quantitative structure-retention relationships of ionic liquid cations in characterization of stationary phases for HPLC.

Autorzy: Emilia Daghir-Wojtkowiak, S. Studzińska, B. Buszewski, R. Kaliszan, M.J. Markuszewski.

Źródło: - Anal. Methods 2014 Vol. 6 s. 1189-1196.

IF: 1.772

Beata Szeffler

Tytuł oryginału: Strain in Platonic fullerenes.

Autorzy: Beata Szeffler, M.V. Diudea.

Źródło: - Struct. Chem. 2014 Vol. 25 s. 319-325.

Uwagi: DOI: 10.1007/s11224-013-0244-y

IF: 1.730

Krzysztof Skowron

Tytuł oryginału: UV-C radiation as a factor reducing microbiological contamination of fish meal.

Autorzy: Krzysztof Skowron, J. Bauza-Kaszewska, Z. Dobrzański, Z. Paluszak, K.J. Skowron.

Źródło: - Sci. World J. 2014 Vol. 2014 s. 1-8.

IF: 1.713

Monika Pogorzała,
Jan Styczyński,
Mariusz Wysocki

Tytuł oryginału: Survival and prognostic factors in children with brain tumors: long-term follow-up single center study in Poland.

Autorzy: Monika Pogorzała, Jan Styczyński, Mariusz Wysocki.

Źródło: - Anticancer Res. 2014 Vol. 34 s. 323-326.

IF: 1.710

Karolina Kaźmierczak,
Grażyna Malukiewicz,
Hanna Lesiewska-Junk,
Małgorzata Szady-Grad,

Jacek Klawe

Tytuł oryginału: Blood plasma levels of microelements in patients with history of optic neuritis.

Autorzy: Karolina Kaźmierczak, Grażyna Malukiewicz, Hanna Lesiewska-Junk, A. Laudenska, Małgorzata Szady-Grad, Jacek Klawe, K. Nowicki.

Źródło: - Curr. Eye Res. 2014 Vol. 39 nr 1 s. 93-98.

IF: 1.693

Adrian Reśliński,
Stanisław Dąbrowiecki

Tytuł oryginału: The impact of diclofenac and ibuprofen on biofilm formation on the surface of polypropylene mesh.

Autorzy: A[drian] Reśliński, S[tanisław] Dąbrowiecki, K. Głowacka.

Źródło: - Hernia 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s10029-013-1200-x

IF: 1.692

Marzena Anna Lewandowska,
Wojciech Jóźwicki

Tytuł oryginału: An analysis of the prognostic value of IDH1 (isocitrate dehydrogenase 1) mutation in Polish glioma patients.

Autorzy: Marzena Anna Lewandowska, J. Furtak, T. Szyłberg, K. Roszkowski, W. Windorbska, J. Rytłewska, Wojciech Jóźwicki.

Źródło: - Mol. Diagn. Ther. 2014 Vol. 18 s. 45-53.

Uwagi: DOI: 10.1007/s40291-013-0050-7

IF: 1.692

Marzena Anna Lewandowska

Tytuł oryginału: Prognostic and predictive biomarkers: tools in personalized oncology.

Autorzy: E. Nalejska, E. Mączyńska, Marzena Anna Lewandowska.

Źródło: - Mol. Diagn. Ther. 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s40291-013-0077-9

IF: 1.687

Małgorzata Uzarska,
Rafał Czajkowski

Tytuł oryginału: New dinuclear platinum complexes. Synthesis and kinetics of chloride substitution by thiourea and glutathione in water-DMF solution.

Autorzy: P. Jarzynka, A. Topolski, Małgorzata Uzarska, Rafał Czajkowski.

Źródło: - Inorg. Chim. Acta 2014 Vol. 413 s. 60-67.

IF: 1.632

Piotr Kamiński

Tytuł oryginału: Sex and other sources of variation in the haematological parameters of White Stork Ciconia ciconia chicks.

Autorzy: Piotr Kamiński, L. Jerzak, T.H. Sparks, A. Johnston, M. Bocheński, M. Kasprzak, E. Wiśniewska, S. Mroczkowski, P. Tryjanowski.

Źródło: - J. Ornithol. 2014 Vol. 155 s. 307-314.

Uwagi: DOI: 10.1007/s10336-013-1016-6

IF: 1.608

Maciej Gagat,
Dariusz Grzanka,
Magdalena Izdebska,
Wiktor Dariusz Sroka,
Michał Piotr Marszałł,
Alina Grzanka

Tytuł oryginału: Tropomyosin-1 protects endothelial cell-cell junctions against cigarette smoke extract through F-actin stabilization in EA.hy926 cell line.

Autorzy: Maciej Gagat, Dariusz Grzanka, Magdalena Izdebska, Wiktor Dariusz Sroka, Michał Piotr Marszałł, Alina Grzanka.

Źródło: - Acta Histochem. 2014

Uwagi: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acthis.2013.11.013>

IF: 1.489

Małgorzata Prażyńska,
Eugenia Gospodarek

Tytuł oryginału: In vitro effect of amphotericin B on Candida albicans, Candida glabrata and Candida parapsilosis biofilm formation.

Autorzy: Małgorzata Prażyńska, Eugenia Gospodarek.

Źródło: - Mycopathologia 2014 Vol. 177 s. 19-27.

Uwagi: DOI: 10.1007/s11046-014-9727-7

IF: 1.409

Tomasz Kloskowski,
Małgorzata Uzarska,
Anna Bajek,
Maciej Gagat,
Alina Grzanka,
Magdalena Bodnar,
Andrzej Marszałek,
Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: How to isolate urothelial cells? Comparison of four different methods and literature review.

Autorzy: [Tomasz] Kloskowski, M[algorzata] Uzarska, N. Gurtowska, J. Olkowska, R. Joachimiak, A[nn]a Bajek, M[aciej] Gagat, A[lin]a Grzanka, M[agdalena] Bodnar, A[n-drzej] Marszałek, T[omasz] Drewa.

Źródło: - Hum. Cell 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s13577-013-0070-y

IF: 1.358

Grzegorz Przybylski

IF: 1.167

Tytuł oryginału: Research on the occurrence of Mycobacterium tuberculosis antigens in the circulating immune complexes, isolated from serum of patients with tuberculosis.

Autorzy: Grzegorz Przybylski, R. Gołda.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2014 Vol. 20 s. 6-10.

IF: 1.147

Małgorzata Ostrowska,
Piotr Adamski,
Marek Koziński,
Eliano Pio Navarese,
Tomasz Fabiszak,
Grzegorz Grześk,
Przemysław Paciorek,
Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Off-target effects of glycoprotein IIb/IIIa receptor inhibitors.

Autorzy: Małgorzata Ostrowska, Piotr Adamski, Marek Koziński, Eliano Pio Navarese, Tomasz Fabiszak, Grzegorz Grześk, Przemysław Paciorek, Jacek Kubica.

Źródło: - Cardiol. J. 2014

Uwagi: DOI: 10.5603/CJ.a2014.0020

IF: 1.167

Beata Szeffler

Tytuł oryginału: Fullerenes patched by flowers with octagonal core.

Autorzy: R. Pop, M. Medeleanu, M.V. Diudea, Beata Szeffler, J. Cioslowski.

Źródło: - Central Eur. J. Chem. 2014 Vol. 12 nr 1 s. 90-97.

IF: 1.167

Maciej Przybyłek

Tytuł oryginału: Experimental and theoretical studies on the photodegradation of 2-ethylhexyl 4-methoxycinnamate in the presence of reactive oxygen and chlorine species.

Autorzy: A. Gackowska, Maciej Przybyłek, W. Studziński, J. Gaca.

Źródło: - Central Eur. J. Chem. 2014 Vol. 12 nr 5 s. 612-623.

Joanna Ronowicz,
Bogumiła Kupcewicz,
Elżbieta Budzisz

Tytuł oryginału: Implementation of chemometric techniques for evaluation of antioxidant properties of Camellia sinensis extracts.

Autorzy: Joanna Ronowicz, Bogumiła Kupcewicz, Elżbieta Budzisz.

Źródło: - Central Eur. J. Chem. 2014 Vol. 12 nr 6 s. 700-710.

IF: 1.162

Henryk Witmanowski

Tytuł oryginału: Preoperative implant selection for two stage breast reconstruction with 3D imaging.

Autorzy: P. Szycha, C. Raine, M. Butterworth, K. Stewart, Henryk Witmanowski, M. Zadrozny, J. Rykała.

Źródło: - Comput. Biol. Med. 2014 Vol. 44 s. 136-143.

Uwagi: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.compbiomed.2013.09.013>

IF: 1.130

Michał Szpinda,
Waldemar Siedlaczek,
Alina Woźniak,
Celestyna Miła-Kierzenkowska,
Marcin Wiśniewski

Tytuł oryginału: Volumetric growth of the lungs in human fetuses: an anatomical, hydrostatic and statistical study.

Autorzy: Michał Szpinda, Waldemar Siedlaczek, A. Szpinda, Alina Woźniak, Celestyna Miła-Kierzenkowska, Marcin Wiśniewski.

Źródło: - Surg. Radiol. Anat. 2014

Uwagi: DOI: 10.1007/s00276-014-1269-7

IF: 1.070

Marcin Gierach,
Roman Junik

Tytuł oryginału: Insulin resistance and

thyroid disorders.

Autorzy: Marcin Gierach, J. Gierach, Roman Junik.

Źródło: - Endokrynol. Pol. 2014 T. 65 nr 1 s. 70-76.

Uwagi: DOI: 10.5603/EP.2014.0011

IF: 1.006

Paweł Zalewski,
Jacek J. Kławe,
Joanna Pawlak,
Małgorzata Tafil-Kławe,
Kornelia Kędziora-Kornatowska

Tytuł oryginału: Age-related changes in cognitive function and postural control in Parkinson's disease.

Autorzy: M. Zawadka-Kunikowska, Paweł Zalewski, Jacek J. Kławe, Joanna Pawlak, Małgorzata Tafil-Kławe, Kornelia Kędziora-Kornatowska, J.L. Newton.

Źródło: - Aging Clin. Exp. Res. 2014

Uwagi: DOI: 10.1107/s40520-014-0209-z

IF: 1.067

Michał Szpinda,
Mariusz Baumgart,
Alina Woźniak,
Celestyna Miła-Kierzenkowska

Tytuł oryginału: Cross-sectional study of C1-S5 vertebral bodies in human fetuses.

Autorzy: Michał Szpinda, Mariusz Baumgart, A. Szpinda, Alina Woźniak, Celestyna Miła-Kierzenkowska.

Źródło: - Arch. Med. Sci. 2014

Uwagi: DOI: 10.5114/aoms.2013.37086

IF: 1.060

Andrzej K. Gzella

Tytuł oryginału: Cyclocondensation of thioamides and haloacetic acid derivatives provides only 4-thiazolidinones; isomeric 5-thiazolidinones were not observed.

Autorzy: D. Kaminskyy, Andrzej K. Gzella, R. Lesyk.

Źródło: - Synthetic Commun. 2014 Vol. 44 s. 231-236.

Absolwent zdrowia publicznego na rynku pracy w województwie kujawsko-pomorskim

Aleksandra Harat

31 stycznia 2014 r. w Sali Posiedzeń im. Profesora Bogdana Romańskiego odbyła się konferencja naukowo-dydaktyczna organizowana przez Katedrę Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu „Absolwent zdrowia publicznego na rynku pracy w województwie kujawsko-pomorskim. Wzory dobrych praktyk, oczekiwania, wyzwania”.

Szefem Katedry Zdrowia Publicznego jest prof. dr hab. Krzysztof Leksowski. Komitetowi organizacyjnemu przewodniczyła dr n.med. Aleksandra Harat (Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego).

Celem spotkania było ustalenie praktycznych trendów kształcenia na kierunku zdrowie publiczne, które odpowiadałyby wymo-

gom i oczekiwaniom rynku pracy w regionie kujawsko-pomorskim. Konferencja została objęta honorowym patronatem Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Pana Piotra Całbeckiego.

Wśród znamienitych gości znaleźli się m.in. Zastępca Prezydenta Miasta Bydgoszczy, Pan Jan Szopiński; Państwowy Woje-

wódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy dr n. o zdr. inż. Jerzy Kasprzak, Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im dr. Jana Biziele w Bydgoszczy dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska; Dyrektor Naczelny Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy p. Anna Lewandowska; Zastępca Komendanta 10 Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy płk dr n.med. Jarosław Marciniak; Kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy dr n. med. Tomasz Mierzwa; przedstawiciele wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, Starostwa Powiatowego w Bydgoszczy; Kierownik Medyczny Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego Domu Sue Rider w Bydgoszczy dr n. med. Robert Kucharski, dyrektor ds. leczenia Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego dr n. med. Przemysław Paciorek, Okręgowy Inspektor Pracy – Pani Małgorzata Porazińska, Starszy asystent rodziny, z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy p. Anna Sadowska oraz przedstawiciele Poradni Psychologicznej Uzdrawiska Inowrocław Sp. z o.o. „SOLANKI”.

Ze strony uczelni w konferencji uczestniczyli: Proroktor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Jan Styczyński, Koordynator ds. relacji z samorządem województwa kujawsko-pomorskiego prof. dr hab. Maciej Świątkowski, Prodziekan ds. Kształcenia i Rozwoju, dr hab. Maria Kłopocka; prof. dr hab. n. hum. Roman Ossowski wraz ze współpracownikami z Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej, mgr inż. Ilona Patuszynska z Działu Zawodowej Promocji Studentów i Absolwentów CM, przedstawiciele absolwentów kierunku oraz kierownik Katedry Zdrowia Publicznego oraz Zakładu Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego Prof. Krzysztof Leksowski, Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia dr hab. Zofia Wyszowska, prof. UMK; Kierownik Zakładu Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia dr n. med. Dorota Jachimowicz Gawęł; Kierownik Zakładu

Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego dr n. med. Justyna Szrajda oraz pracownicy Katedry.

Pierwsza część konferencji poświęcona była prezentacjom z zakresu „Zdrowie publiczne jako dyscyplina i element działań na poziomie lokalnym.”

Koordynator ds. relacji z samorządem województwa kujawsko-pomorskiego, prof. dr hab. Maciej Świątkowski przedstawił sytuację absolwentów i specjalistów zdrowia publicznego na rynku pracy województwa kujawsko-pomorskiego, przedstawiając sylwetkę absolwenta oraz dane z Urzędu Pracy. Zdaniem Profesora: „Korzystanie z oferty studiów II stopnia i oferty doskonalenia zawodowego w formie kursów i warsztatów może zwiększyć szanse na znalezienie zatrudnienia zgodnie z poziomem i zakresem kwalifikacji uzyskanych tą drogą. Możliwości pozyskania zatrudnienia za pośrednictwem powiatowych urzędów pracy są nieznaczne o czym świadczy niewielka liczba ofert pracy. Warto jednak pamiętać, że do PUP zgłaszana jest tylko część popytu jaka pojawia się na rynku pracy. Oceniam, iż szanse zatrudnienia specjalistów zdrowia publicznego w przyszłości będą uwarunkowane w istotny sposób sytuacją ogólną całej służby zdrowia w Polsce”.

Zastępca Prezydenta Miasta Bydgoszczy, Jan Szopiński przedstawił miasto Bydgoszcz i podległe mu jednostki zajmujące się zdrowiem publicznym. Następnie pracownicy Katedry Zdrowia Publicznego w swoich wystąpieniach scharakteryzowali kształcenie na kierunku zdrowie publiczne: dr n. med. A. Harat, Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego: Zdrowie publiczne-dyscyplina oraz kierunek studiów na Collegium Medicum w Bydgoszczy; dr n.ekon. Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zakład Ekonomiki Zdrowia: Ekonomika zdrowia jako ważny element kształcenia absolwentów zdrowia publicznego; dr D. Jachimowicz-Gawęł, Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia: Analiza efektów kształcenia

w procesie nauczania na kierunku zdrowie publiczne; dr J. Szrajda, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego, Kształcenie w ramach profilaktyki społecznej na kierunku zdrowie publiczne.

Kierownik Działu Zawodowej Promocji Studentów i Absolwentów CM Mgr I. Patuszynska przedstawiła w swojej prezentacji aspekty współpracy uczelni z otoczeniem – działalność Biura Karier, natomiast prof. R. Ossowski, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej w swoim porywającym wykładzie opowiedział o wadze kompetencji w zakresie komunikowania w relacjach międzyludzkich jako ważnym wymiarze przygotowania zawodowego absolwenta zdrowia publicznego.

Część druga konferencji zatytułowana „Dziś i jutro zdrowia publicznego” odbywała się w formie panelu dyskusyjnego.

Jako pierwsza omówiona została praca zdrowia publicznego w charakterze menedżera zdrowia. Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im dr. Jana Biziele w Bydgoszczy, pani dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska rozpoczęła od statystyk dla swojego podmiotu: 20 osób w szpitalu pełni funkcję menedżera – są to lekarze, pielęgniarki, sekretarki medyczne oraz mgr fizjoterapii – studia podyplomowe z zarządzania podmiotami leczniczymi. Pani Dyrektor oczekiwania w stosunku do pożądanых cech menedżera przedstawiła następująco: „Osoba taka powinna wiedzieć, umieć, chcieć, nadążać, wyprzedzać, słuchać i rozmawiać”. Zaznaczyła również wagę znajomości języków obcych, wiedzy ekonomicznej oraz – co często wyrażane było jako słaba strona absolwentów – podstawowe umiejętności informatyczne – szczególnie obsługa pakietu Office. „Równie ważne w tym charakterze pracy są: znajomość sposobów rozliczania z płatnikiem, procedur występujących w poszczególnych jednostkach organizacyjnych w szpitalu, znajomość procedur JGP, klasyfikacji ICD – 10”. Pani Dyrektor wniosła o rozszerzenie wiedzy w tym kierunku.

„Nie można bagatelizować także umiejętności i wiedzy z zakresu marketingu



konferencja „Absolwent zdrowia publicznego na rynku pracy w województwie kujawsko-pomorskim”



konferencja „Absolwent zdrowia publicznego na rynku pracy w województwie kujawsko-pomorskim”

– szczególnie przydatnych przy przygotowywaniu ofert dla potencjalnych podmiotów współpracujących”.

Wyraziła również chęć przyjęcia do swojej placówki większej ilości studentów na praktyki: „Poszerzenie tego typu oferty mogłoby rozszerzyć studentom wizję przyszłej pracy w tym zawodzie. Działy: zarządzania zasobami ludzkimi, administrowania ochroną zdrowia, zarządzania jakością, controlling medyczny, controlling finansowy - tego typu wymiana byłaby z korzyścią dla studentów i dla nas”

Zastępca Komendanta 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy płk dr n.med. Jarosław Marciniak również wyraził chęć przyjmowania większej ilości studentów na zajęcia praktyczne. Podzielił się swoimi obserwacjami z rekrutacji pracowników: „Przy naborze na stanowiska menedżerskie młodzi absolwenci pytają o zarobki- i głównie tym kryterium kierują się w ewentualnym aplikowaniu o stanowisko. Płace są często jedynym kryterium, jakie biorą pod uwagę. W przeważającej ilości absolwenci zdrowia publicznego nie chcą podejmować pracy ze względu na zarobki. Nie rozumieją, że jako młodzi adepci zdrowia publicznego najpierw mogą być menedżerami przez małe m, a dopiero nabierając doświadczenia – przez duże M.” Dr Korzycka-Wilińska dodała: „Na doświadczenie trzeba zapracować - może to być pierwszy krok do dalszej kariery. Należy podjąć ryzyko i mieć odwagę”.

W kolejnej części debaty podjęty został temat zdrowia publicznego w zadaniach inspekcji sanitarnej. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej jako cel nadrzędny do powołania PIS sformułowała ochronę zdrowia, zapobieganie szkodliwemu działaniu czynników środowiskowych, chorób za-

każnych, chorób zawodowych oraz kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. „Zdrowie publiczne to inspekcja sanitarna, a inspekcja sanitarna to zdrowie publiczne” – rozpoczął Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy - Pan dr n. o zdr. inż. Jerzy Kasprzak. „W swojej praktyce także spotykam się z sytuacjami odmowy – także absolwentów zdrowia publicznego – podjęcia pracy z powodu płacy. Należy pamiętać, że dane stanowisko może być jedynie szczyblem w karierze młodych pracowników. W Inspekcji Sanitarnej w naszym województwie ogłaszane są częste nabory – do wymagań włączona jest sugestia o skończonym kierunku zdrowie publiczne. Odezwe ze strony absolwentów jest niski. Być może wynika również z niskiej umiejętności poruszania się studentów na rynku ofert pracy?” zastanawiał się Inspektor. „Chciałbym równocześnie zaznaczyć, iż nie wszystkie umiejętności i kompetencje potrzebne do pracy w IS student jest w stanie nabyć w trakcie studiów, stąd też uwaga, iż pierwsze lata wykonywania tego zawodu są nauką. Co ważne, w naszym obszarze możliwe jest osiągnięcie awansów – także przy podjęciu dodatkowego kształcenia. W województwie mamy około 1000 pracowników, rocznie Inspekcja Sanitarna jest w stanie zatrudnić około 10-15 absolwentów”.

O pożądanych cechach absolwenta zdrowia publicznego przy planowaniu programów zdrowotnych wypowiadali się Kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia, Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy dr n. med. Tomasz Mierzwa oraz Kierownik Medyczny Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego Domu Sue Rider w Bydgoszczy dr n. med. Robert Kucharski.

Dr n.med. Robert Kucharski podzielił się

z nami doświadczeniami z zakresu poszukiwania pracownika, który ułożył by plan opieki nad pacjentem, w oparciu o narzędzia, które daje NFZ. „Bardzo istotna jest kreatywność absolwentów, posiadających szeroki wachlarz wiedzy z zakresu zdrowia publicznego, przy braku określenia konkretnej specyfiki wykonywania tego zawodu. Zachęcam do poszukania swojej niszy w zdrowiu publicznym – być może programy opieki dostosowane do narzędzi płatnika mogą się nią stać”

Dr n. med. Tomasz Mierzwa jako koordynator wojewódzki Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych uważa, że wiedza nabyta w toku kształcenia jest odpowiednia do pracy w wojewódzkich ośrodkach koordynujących program. „Monitorowanie losów chorych z dodatnim wynikiem, promocja, wysyłka zaproszeń – to zadania, które mogą być przez absolwenta podjęte, jednak obawiam się, że aktualnie zatrudnienie w ramach ośrodków jest stałe”

Większe możliwości zatrudnienia dr Mierzwa widzi przy tworzeniu programów samorządowych, szczególnie finansowanych z mechanizmów europejskich: „Wymagają one jednak gruntownego przygotowania z zakresu tworzenia, wdrażania i monitorowania a także aplikowania po tego rodzaju granty – być może przy wsparciu organizacji pozarządowej.

Jak zauważyła Pani dr Dorota Jachimowicz-Gawęł, CM wdrożyło w ostatnich latach do programu nauczania treści związane z tworzeniem programów zdrowotnych w oparciu o wytyczne AOTM przy współpracy m.in. z praktykami z Urzędu Marszałkowskiego, a także kwestii tworzenia fundacji. „Absolwenci miejsca pracy mogą sobie stworzyć sami – zakładając np.



fundację lub stowarzyszenie – pozyskując środki z zasobów unijnych czy samorządowych. Takie umiejętności pozyskują w trakcie studiów na naszej Uczelni”

Starszy asystent rodziny, z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy p. Anna Sadowska opowiedziała o pracy i pożądanych cechach asystenta rodziny. „Jest to forma wsparcia dla rodziny, wynikająca z wymogów ustawy o pomocy społecznej. Ma być wsparciem dla rodziny dysfunkcyjnej, problemowej w pełnieniu prawidłowych funkcji opiekuńczo – wychowawczych. Asystent rodziny jest podporą dla pracowników socjalnych – którzy z racji wykonywanych obowiązków często nie mają wystarczająco dużo czasu, żeby ustabilizować sytuację rodziny. Zdrowa rodzina – to także zadanie zdrowia publicznego. Oprócz wiedzy i umiejętności z zakresu prawa, profilaktyki społecznej, psychologii – niezbędne u kandydata są odpowiednie predyspozycje osobowościowe – empatia, umiejętność słuchania, stawiania granic, budowania relacji z rodziną, wzbudzanie zaufania, a także umiejętność określania celów, oczekiwań. Bardzo ważne jest włączenie do procesu kształcenia metod, technik i narzędzi pracy z rodziną – duży nacisk należy kłaść na zajęcia praktyczne, warsztatowe”

Jak dodała Pani dr Justyna Szrajda: „Nie kształcimy asystentów rodziny, jednak absolwent profilaktyki społecznej spełni wymogi do wykonywania zawodu po ukończeniu stażu, w zorganizowaniu uczelnia wspiera studenta. Staże cieszą się u studentów dużym zainteresowaniem. Jest to jedna z dróg, które mogą oni obrać”.

Od kilku miesięcy na Wydziale Nauk o Zdrowiu trwają rozmowy nad utworzeniem specjalności lub ścieżki kształcenia z zakresu monitorowania badań klinicznych. Koordynator krajowy i główny badacz w Domu Sue Rider, dr n.med. Robert Kucharski uważa pomysł za trafny: „Aktualnie bardzo często koordynatorzy są kształceni przez same jednostki prowadzące badania, stąd też pomysł ich wykształcenia w toku studiów i gotowych do podjęcia takiej pracy, oceniam jako bardzo dobry”.

Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im dr. Jana Bizziela w Bydgoszczy, Pani dr n. med. Wanda Korzycka-Wilińska: „W naszym ośrodku również podejmujemy wiele badań klinicznych. Koordynatorzy zazwyczaj są zatrudniani przez badacza – i często muszą być przez niego wyszkoleni – również oceniam pomysł jako trafny. Mam sygnały od studentów tej specjalności w innych miastach, iż już w toku studiów nawiązują kontakty z pracodawcami i niezwłocznie po zakończeniu kształcenia znajdują zatrudnienie”.

Początki kierunku zdrowia publicznego na naszej Uczelni włączały ratownictwo medyczne jako specjalizację. Od kilku lat ratownictwo tworzy odrębny kierunek, jednak po ukończeniu studiów licencjackich studenci wybierają studia magisterskie z zakresu zdrowia publicznego, gdzie między innymi mogą podjąć ścieżkę kształcenia: zarządzanie kryzysowe.

Dyrektor ds. lecznictwa Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i kierownik Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof, dr n. med. Przemysław Paciorek ocenia: „W ciągu dwudziestu lat wykształciliśmy w Polsce 40 000 ratowników, przy czym system jest przygotowany na przyjęcie 16-17 000. Tylko Ci najlepsi będą mogli w przyszłości pracować. Jeśli chodzi o zarządzanie kryzysowe, zapotrzebowanie na pracowników oceniam jako małe. Jednak zaznaczam, iż musimy dobrze przemyśleć politykę zarządzania kryzysowego w naszym rejonie, gdyż nie jesteśmy przygotowani na zdarzenia generujące większą liczbę rannych”.

Terapia zajęciowa pojawi się w ofercie kształcenia na kierunku zdrowie publiczne od nowego roku akademickiego. Pracownicy poradni psychologicznej uzdrowiska „Solanki” widzą dużo pozytywów z kształcenia terapeutów zajęciowych. „Na co dzień pracują oni często na oddziałach rehabilitacyjnych, ale prowadzą także terapię grupową na której różnymi drogami starają się dojść do tego, żeby pacjent poczuł się lepiej. Często są to pacjenci z afazją, z wysokim poziomem lęku – terapeuta jest wsparciem dla logopedy i psychologa. Chętnie przyjmujemy studentów terapii zajęciowej na praktyki do naszej placówki”.

Należy dodać, że miejscem pracy terapeuty zajęciowego może być także szkoła, ośrodek pracy chronionej, może on także pracować w systemie domowym,

W ostatniej części dyskusji Okręgowy Inspektor Pracy – Pani Małgorzata Porazińska opowiedziała o charakterze pracy w Inspekcji Pracy i możliwościach zatrudnienia absolwentów.

„W naszym województwie w IP zatrudnionych jest około 120 osób, z czego 83 to inspektorzy pracy – prawnicy oraz inżynierowie w dziedzinach takich jak budownictwo, maszyn. Jednak oblicze inspekcji pracy zmienia

się dynamicznie, i coraz bardziej potrzebuje my osób o bardziej ogólnym wykształceniu w zakresie zdrowia – w kontekście ochrony zdrowia pracujących”. „Przy zeszłorocznym naborze na Inspektorów Pracy nie było absolwentów zdrowia publicznego.

„Elementy niezbędne do pracy w IP to między innymi umiejętność analizy. Prowadzimy wiele rejestrów m.in. czynników szkodliwych, chorób zawodowych, należy umieć zaplanować kontrolę. Jednym z elementów rekrutacji na stanowiska Inspektora Pracy są testy psychologiczne – nie każdy jest predysponowany do tego rodzaju pracy”.

Zdaniem Pani Inspektor ważnym pionem Inspekcji Pracy jest także prewencja. „Kontrola musi być wspierana działaniami prewencyjnymi. W tej chwili funkcjonuje około 20 programów prewencyjnych odnoszących się do ochrony zdrowia pracujących – w których z powodzeniem mogliby się odnaleźć absolwenci”

Pani Inspektor zauważa także pewną lukę prawną, która mogłaby być zagospodarowana przez absolwentów: „Ustawa o służbie medycyny pracy nakłada na pracodawcę podpisywanie umowy na opiekę medyczną. Niestety nikt tego nie egzekwuje, bo PIP nie ma w tym zakresie uprawnień. Umowy są realizowane w niewielkim zakresie. Ustawa mówi, że lekarz ma współpracować z pracodawcą nie tylko pod względem badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, ale także oceny i kształtowania warunków pracy, tworzenia wykazu prac monotonicznych, wykazów prac nie mogących być prowadzonych w nocy ze względu na warunki psychofizyczne. Tu mogłaby zaistnieć możliwość zdjęcia tych obowiązków z lekarzy – na rzecz zatrudnienia osób specjalnie do tych celów dedykowanych. Osoby te mogłyby być łącznikami między służbą BHP a medycyną pracy. Nie ma łącznika między oceną warunków wykonywania pracy a zdrowiem człowieka. Jest to kwestia uświadamienia pracodawcom, że wypełnienie tej luki jest bardzo istotne”.

Konferencja została oceniona jako owocna przez obie strony – zarówno środowisko uczelni, jak i gości. Pozyskaliśmy po spotkaniu partnerów do współpracy w kształceniu praktycznym studentów, uzyskaliśmy cenne wskazówki co do treści, które powinny być włączone lub poszerzone w procesie nauczania w niedalekiej przyszłości. Naświetliliśmy również potencjalnym pracodawcom sylwetkę naszego absolwenta pod kątem wiedzy, umiejętności i kompetencji nabywanych podczas toku kształcenia na naszej uczelni. Pełni nadziei i optymizmu patrzymy w przyszłość naszych absolwentów, wiedząc że otoczenie im sprzyja i oczekuje.

dr Aleksandra Harat jest asystentem w Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego

Transplantologia polska w XXI wieku. Skąd przyszliśmy, dokąd idziemy?

Zbigniew Włodarczyk

Na XI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (28–30 listopada) do Bydgoszczy przyjechało prawie 700 uczestników z całej Polski.

Zgłoszono rekordową liczbę ponad 350 prac, z których powyżej 300 zakwalifikowano do prezentacji, w tym 180 do prezentacji plakatowych, a ponad 100 do krótkich prezentacji ustnych. Zebrani wysłuchali wielu bardzo ciekawych wykładów (szczegółowy program wydarzenia na www.kongresptt.pl), a wykład inauguracyjny profesora Jerzego Vetulaniego zyskał wyjątkową uwagę słuchaczy. Niedługo będzie można wziąć udział w „wirtualnym” Kongresie – materiał video ze spotkania transplantologów – zostanie on bowiem umieszczony na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (www.p-t-t.org). Podczas Kongresu (29.11.) dokonano też wyboru nowych władz Towarzystwa. Funkcję prezesa, w miejsce ustępującego prof. Zbigniewa Włodarczyka objął prof. dr hab. Bolesław Rutkowski, prezesem-elektem wybrano profesora Krzysztofa Zieniewicza.

Transplantologia – dziedzina medycyny budząca tyle samo nadziei, ile kontrowersji. Tak samo łatwo wynoszona przez media na piedestał, jak i bezpodstawnie oczerniana. Stanowiąca wyraz postępu medycyny, ale i świadcząca o jej ograniczeniach. Historia transplantologii to historia pionierów i nadziei, spektakularnych sukcesów i równie dramatycznych porażek, oczekiwań i rozczarowań.

Zawsze żywiłem głęboki szacunek i podziw dla pionierów, którzy wstępowali na nowy, nieprzetarty jeszcze szlak. Drogę, na końcu której mogło czekać zarówno zwycięstwo, jak i gorzka porażka. Historia jest łaskawa dla zwycięzców i bezlitosna dla przegranych. Wszyscy pamiętają nazwisko Hillary, zdobywcy Mount Everestu, czy Lindbergha, który przeleciał samotnie Atlantyk. A Mallory, który 29 lat wcześniej prawdopodobnie też stanął na szczycie Everestu, ale zginął w czasie zejścia, czy Alcock i Brown, którzy przelecieli Atlantyk wcześniej niż Lindbergh, ale lądowali nie na kontynencie, lecz w Irlandii? Czy ich zasługi

są mniejsze? Bez ich wysiłku, nadziei i porażki nie byłoby późniejszych zwycięstw.

Kiedy przed 48 laty zespół kierowany przez profesorów Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego przystępował do zabiegu przeszczepienia nerki, wchodził na nieznaną drogę. Co prawda nie był to zabieg pionierski w skali globu, bowiem już na początku lat pięćdziesiątych wykonywano takie zabiegi w Stanach Zjednoczonych, a za pierwsze w pełni udane przeszczepienie nerki uważana jest transplantacja wykonana przez Murray’a Merri’la i Harrisona w grudniu 1954 roku, a więc 12 lat wcześniej, ale była to ciągle nowa metoda leczenia nerko zastępczego, a na całym świecie wykonano nie więcej niż kilkaset takich zabiegów. Możliwość porażki, która skazała na zapomnienie pierwszy w Polsce zabieg przeszczepienia nerki wykonany rok wcześniej przez profesora Wiktora Brossa, nie powstrzymała zespołu przed podjęciem wyzwania. Biorczyni, młoda słuchaczka szkoły pielęgniarskiej, przeżyła z przeszczepioną nerką osiem miesięcy. Powodzenie tego zabiegu – bowiem w tamtym czasie nawet kilkumiesięczne przeżycie po transplantacji uważane było za sukces – nie było przypadkowe. Poprzedzone kilkuletnimi przygotowaniem w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk, we współpracy z Merillem z Bostonu, było naturalną konsekwencją nie tylko determinacji i pasji zespołu lekarskiego, ale przede wszystkim wynikiem rzetelnego przygotowania naukowego i technicznego. Stało się również – i to chyba najistotniejsze – początkiem stałego programu transplantacyjnego: początkowo prowadzonego w Warszawie, później w innych ośrodkach w Polsce.

Trzy lata później, w 1969 roku, inny wielki polski chirurg, profesor Jan Witold Moll, wykonał pierwsze w Polsce przeszczepienie serca. Ile odwagi trzeba było, aby podjąć się wykonania takiego zabiegu, zaledwie 13 miesięcy po pierwszym przeszczepieniu serca na świecie, i ile siły trzeba było zebrać, by przyjąć porażkę, albowiem biorca zmarł. Trzeba było następnych 16 lat, żeby inny pionier, profesor Zbigniew Religa, ponownie podjął to wyzwanie.

Lata osiemdziesiąte, to – pomimo

zgrzebności ówczesnego ustroju i systemu gospodarczego – lata intensywnego rozwoju polskiej transplantologii. Rok 1987 – pierwsze udane przeszczepienie wątroby, rok później nerki i trzustki.

Transformacja ustrojowa otworzyła nowe możliwości – wymiany naukowej, współpracy z ośrodkami zagranicznymi, dostęp do nowych technologii i leków immunosupresyjnych. Powstawały nowe ośrodki transplantacyjne, procedury typowania biorców i ważne akty prawne. W 1995 roku Sejm przyjął ustawę transplantacyjną, która opisywała podstawowe zasady działań transplantacyjnych. Kilkakrotnie ją nowelizowano i jest obecnie jednym z najlepszych aktów prawnych tego typu na świecie. To dzięki regulacjom prawnym wypracowaliśmy transparentną, jasno opisaną i opartą na kryteriach medycznych procedurę wyboru biorcy.

Gdzie jesteśmy dzisiaj? Niewątpliwie, polska transplantologia stała się istotną częścią transplantologii europejskiej. Wyniki przeszczepiania narządów, zarówno te bezpośrednie, jak i odległe, są porównywalne, a w niektórych aspektach nawet lepsze, niż w wielu uznanych ośrodkach transplantacyjnych. Polski program przeszczepienia wątroby należy do najaktywniejszych w Europie, z równie dobrymi wynikami klinicznymi. Mamy do dyspozycji nowoczesne leki immunosupresyjne, bierzemy udział w europejskich i światowych badaniach klinicznych. W ostatnich latach Polska dołączyła do elitarnego klubu państw,



prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego podczas XI Kongresu PTT



XI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego, ustępujący prezes PTT, prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk oraz obejmujący urząd prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (prezesem elektem został prof. dr hab. Krzysztof Zieniewicz)

w których przeszczepia się kończyny i twarz. To ostatnie wykonane z nagłych wskazań życiowych było pierwszym tego typu zabiegiem na świecie. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, ze wsparciem finansowym budżetu państwa, przyczynił się do poprawy warunków wykonywania procedur transplantacyjnych, ale – wbrew oczekiwaniom – nie zwiększył w sposób przełomowy liczby wykonywanych transplantacji.

W latach 1966-2012, czyli od początku historii transplantacji w Polsce, dokonano łącznie 24 tys. przeszczepów narządów. Najwięcej – 18,6 tys. – przeszczepiono nerek, 2 tys. serc, dokonano 2,8 tys. operacji wszczepienia wątroby, 365 przeszczepów trzustki i nerki oraz 77 przeszczepów płuc. To wiele, ale ciągle, każdego roku, na przeszczep oczekuje ponad 2500 chorych, a część z nich umiera. Niestety, nadal w wielu regionach Polski liczba rozpoznawanych przypadków śmierci mózgu i pobrań narządów jest wielokrotnie niższa niż w krajach Europy Zachodniej, a w niektórych szpitalach, pomimo technicznych możliwości, nie przeprowadza się diagnostyki śmierci mózgu. Jednym z powodów może być fakt, że transplantologia jest dziedziną medycyny wymagającą szczególnej akceptacji społecznej.

Bez społecznego przyzwolenia na rozpoznawanie śmierci mózgu i pobieranie narządów od osób zmarłych rozwój transplantologii jest niemożliwy. Jeżeli, jak wynika z badań opinii publicznej, prawie 90 % Polaków jest pozytywnie nastawionych do transplantacji, to trudny do wytłumaczenia jest fakt, że pomimo jasnego i pozytywnego stanowiska Kościoła, precyzyjnych regulacji prawnych oraz niewątpliwych korzyści medycznych, społecznych i finansowych z przeszczepienia, liczba wykonywanych transplantacji wzrasta niewspółmiernie wolno, nie tylko w stosunku do potrzeb, ale również do możliwości pobierania narządów od osób zmarłych.

Dokąd idziemy? Cóż, odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Rozwój medycyny potrafi zaskakiwać, próby prognozy mogą być obciążone dużym błędem, a opinie wygłaszane przez uznane autorytety – mylne. Jeszcze trzydzieści lat temu wydawało się, że ksenotransplantacja, czyli przeszczepianie narządów pobranych od zwierząt, będzie istotną drogą rozwoju transplantologii i rozwiąże problem niedoboru narządów pobieranych od osób zmarłych. Dzisiaj wiemy, że były to złudne nadzieje, a desperackie próby ratowania życia człowieka narzą-

dami pobranymi od zwierząt nigdy się nie powiodły. Ciągłe jedynym sposobem pozyskania narządu do przeszczepienia jest pobranie nerki, serca czy wątroby od zmarłego człowieka lub – w przypadku jednej nerki lub fragmentu wątroby – od żywego dawcy.

W perspektywie kilku lat transplantologia zapewne nie zmieni się diametralnie. Obecnie prowadzone badania kliniczne nie dają wielkiej nadziei na przełomowe odkrycia w zakresie leków immunosupresyjnych czy uzyskanie stanu stałej tolerancji przeszczepu, tego „Świętego Graala” transplantologii. Jeżeli jednak polska transplantologia ma dalej się rozwijać, to konieczne jest już teraz podjęcie badań, które w przyszłości wyeliminują konieczność pobierania narządów od zmarłych. Biotechnologia daje możliwość hodowania linii komórkowych i prostych tkanek, ale dopiero opracowanie metody hodowli złożonych struktur tkankowych i narządów otworzy przed transplantologią zupełnie inne perspektywy.

Pojawiające się doniesienia o „wyhodowaniu” struktur tak złożonych jak wątroba czy serce – ciągle jeszcze w warunkach laboratoryjnych, na modelach zwierzęcych, wciąż niedoskonałych – dają uzasadnioną nadzieję, że dalszy rozwój technologii wykorzystania komórek macierzystych do hodowli narządu „na zamówienie”, identycznego genetycznie z biorcą, rozwiąże problem dostępności narządów, etycznych dylematów pobierania narządów od człowieka, odrzucania i powikłań leczenia immunosupresyjnego. To, czy dołączymy do tego marszu ku przyszłości, zależy od determinacji polskich transplantologów, biotechnologów i – a może przede wszystkim – od tych, którzy decydują o kierunkach i finansowaniu rozwoju nauki polskiej.

prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk jest kierownikiem Katedry Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, do Kongresu PTT pełnił funkcję prezesa PTT.

przedruk z Primum Non Nocere 2014 nr 2 s. 8-9

Gwatemala ma wszystko!

Maciej Socha

To wrażenie pierwszych dni towarzyszyło nam przez cały czas pobytu w tym niezwykle pięknym kraju Ameryki Środkowej. W przeciwieństwie do poprzedniej wyprawy medycznej, do Czadu, gdzie brakowało wszystkiego, tutaj mieliśmy wrażenie, że Gwatemala to raj, w którym wszyscy powinni być szczęśliwi.

Ta cała gama kolorów w tradycyjnych i od wieków niezmiennych stylizowanych strojach... Różnorodne smaki i zapachy w ogromnym bogactwie dostępnych owoców, warzyw i lokalnego jedzenia... No i te niezwykle pejzaże – od Oceanu Spokojnego i Atlantyckiego, przez pasma górskie (ze zmieniającym się diametralnie klimatem,

w zależności od miejsca, gdzie się znajdziemy), aż po szczyty wulkanów...

Niestety, ten sielski obraz zaburza mniej optymistyczna „różnorodność” życia społecznego Gwatemalczyków, ujawniająca się w kontrastach życia mieszkańców w zależności od ich pochodzenia. Prawie połowa mieszkańców Gwatemali to potomkowie

hiszpańskich konkwistadorów, którzy żyją w sposób typowy dla krajów rozwiniętych i ani swoim zachowaniem, wyglądem czy sposobem życia nie różnią się znacząco od nas. Drugą połowę społeczeństwa stanowią Indianie, będący potomkami i spadkobiercami kultury Majów. To oni pochodzą od rdzennych mieszkańców tych terenów z czasów prekolumbijskich i to z nimi mieliśmy zaszczyt mieszkać i pracować.

Nasza pomoc medyczna skierowana była głównie do Indian Kekczi, żyjących w górach Gwatemali, którzy oddzieleni są od mieszkańców stolicy nie tylko geograficznie, ale także społecznie i kulturowo. Z mieszkańcami rozwiniętych miast nie łączy ich właściwie nic, ponieważ inaczej wyglądają, odmiennie się ubierają i przede wszystkim zupełnie inaczej żyją. Objęci są też praktycznie innym systemem ochrony zdrowia. Założenia generalne są bardzo dobre i sprawdzają się w dużych miastach, ale funkcjonujący system jest zupełnie niewydolny, jeśli chodzi o mieszkańców górskich terenów. Do tych zamkniętych społeczności często nie dociera w ogóle żadna pomoc medyczna, a społeczne uwarunkowania życia powodują, że ludzie ci nie przemieszczają się i żyją w swoistych niszach społecznych. Szacunkowe dane dotyczące zachorowalności i umieralności na tych terenach biją na alarm i są skrajnie różne od danych dotyczących nie-rdzennych mieszkańców Gwatemali.

Podstawową jednostką ochrony zdrowia jest CAP, czyli Centro de Atención Permanente, które ma zapewnić wszechstronną opiekę mieszkańcom terenu, na którym się znajduje, ale... W życiu codziennym tak naprawdę nie zapewnia niczego poza przysyłanymi z ministerstwa banerami z nazwami darmowych leków, (których i tak nie ma) oraz propagandowymi plakatami, przypominającymi, że ciąża u dziewcząt poniżej 14. roku życia to przestępstwo i nie powinna się zdarzyć (ale co z tego, skoro większość mieszkańców i tak nie zna hiszpańskiego, aby cokolwiek przeczytać).

Miejsce, w którym spędziliśmy najwięcej czasu, to Szpital Regionalny w La Tinta, będący jednostką medyczną, zapewniającą opiekę na terenie, gdzie mieszka kilkaset tysięcy osób. To duży i jak na tamte warunki nowoczesny ośrodek, w którym pracuje kilku kubańskich lekarzy kontraktowych. Dyscyplinę, jaką jest ginekologia, sprowadziliśmy do kilku pojęć: duży brzuch i ból brzucha, nieprawidłowe krwawienie z pochwy i wypadanie macicy oraz ciąża i poród.

Poprosiliśmy, aby osoby, które zajmują się „położnictwem w terenie” i najlepiej znają problemy kobiet, poinformowa-

ły je o tym, że możemy im pomóc. To w zupełności wystarczyło, aby następnego dnia zjawił się tłum kilkudziesięciu kobiet z problemami ginekologicznymi do rozwiązania. Każdy kolejny dzień przynosił coraz więcej pracy, ponieważ pacjentek przybywało, a wstępny plan operacyjny modyfikowaliśmy, dopisując do niego kolejne pacjentki. Czuliśmy, że każda z tych konsultacji i operacji jest ważna, ale największym sukcesem była chyba sama zmiana świadomości kobiet, które do tej pory w ogóle nie zgłaszały się z problemami ginekologicznymi. Lokalna ginekolog, która wcześniej zajmowała się tylko powikłanym położnictwem, zaczęła przyjmować zgłaszające się kobiety ze schorzeniami ginekologicznymi.

Pacjentki, które operowaliśmy w pierwszej kolejności, to głęboko zanemizowane kobiety z powodu nawracających krwawień macicznych – wiedzieliśmy, że im musimy pomóc w pierwszej kolejności. Operowaliśmy przede wszystkim ogromne guzy jajnikowe i mięśniaki olbrzymie, które rosły od kilku lat i powodowały, że brzuch przypominał trzydziestoparotygodniową ciążę. Rozpoznanie raka odbywało się, niestety, tylko na podstawie kliniki, gdyż marzenie o patomorfologii jest w tamtym rejonie ekstrawagancką mrzonką. Wielokrotnie były to pacjentki w ciężkim stanie i z zaawansowaną chorobą. Problemem jednak nie jest tam tylko niska świadomość potrzeby medycznej, ale właśnie brak miejsca, gdzie tę pomoc można otrzymać. Uwarunkowania kulturowe i taki, a nie inny sposób myślenia i życia decydują, że Kekczi nie mają szansy na pomoc, ponieważ nie decydują się na odległą podróż w jej poszukiwaniu. Wbrew

temu, czego się obawialiśmy, pomimo hermetyczności wspólnot społecznych, lekarz, który chce pomóc chorym kobietom przyjmowany jest bardzo serdecznie i z ogromną ufnością.

Zwykle w pamięci pozostaje jeden szczególnie przypadek. Tym razem los połączył dwie pacjentki, które dla mnie były zobrażeniem tego, jak przewrotna jest czasem medycyna. Pierwszą była Amalia, która leżała w szpitalu od kilku dni z prawdopodobnie obumarłą ciążą, na oko w 34. a może 36./37. tygodniu. Poproszono nas żebyśmy coś zrobili, ponieważ krwawi od dawna i pomimo nasilenia krwawienia i podawania oksycytyny nie następuje poród, a obawiają się robić coś zabiegowego, ponieważ nie mają krwi do ewentualnej transfuzji. Diagnostyka była stosunkowo łatwa i szybko okazało się, że to nie ciąża, ale zmieniona mięśniakowato macica, a pacjentka wymaga pilnej operacji. Największym problemem był opór pacjentki (bo nie miała dzieci i bała się stracić macicę), rodziny (bo jak można operować w tak ciężkim stanie) i personelu (bo przecież nie ma krwi, więc jak tu usunąć macicę). Koniec końców doszło do operacji i wbrew zdrowemu rozsądkowi, ale w „asyście” szczęścia udało nam się wyłuszczyć mięśniaki i stosując tamponadę Lourossa odtworzyć macicę. Pacjentka przestała krwawić z pochwy, a nasze nerwowe trzymanie kciuków, aby nie zakrwawiła teraz z ran macicy, poskutkowało. Wiem, że może łatwiej i bezpieczniejsze było usunąć macicę, ale... cieszyć się, że udało się tego nie zrobić.

Drugą pacjentką była żywiołowa starszuszka, która wymagała funkcjonalnej operacji plastycznej pochwy i krocza ze względu na zaburzenia statyki narządów miednicy i problemy z nietrzymaniem



wolontariusze z Collegium Medicum w Gwatemali

moczu. Oczywiście mówiono jej, że tak to już jest w tym wieku i tak być musi. W natłoku niby ważniejszych przypadków też chciałem ją zostawić „na później”, ale... niby dlaczego (?).

Postanowiliśmy, że pomożemy. Operacja nie była łatwa, ale zrekonstruowaliśmy przednią część dna miednicy mniejszej i przywróciliśmy prawidłową topografię pęcherza moczowego. Pacjentka ostatecznie zaczęła kontrolować oddawanie moczu. Zwykle to u młodszych pacjentek stosujemy operacje plastyczne, ale kłopoty zdrowotne częściej dotyczą starsze pacjentki. Obie te operacje skrajnie się różniły, choć w przypadku obu pacjentek nie chciano ich operować, ale oba zabiegi skończyły się sukcesem. Czasem warto powalczyć, by móc później zobaczyć zadowolenie na twarzy pacjentów!

Pacjentki ze schorzeniami uroginekologicznymi stanowiły ważną grupę operowanych kobiet. Ale, pomimo wysokiej rodności, zaburzenia statyki narządów miednicy i nietrzymanie moczu zdarzały się i tak dużo rzadziej niż byśmy się tego spodziewali. Najczęściej operacje z zakresu urogi-

nekologii przeprowadzaliśmy u tych „nowocześniejszych” pacjentek, które rodziły w szpitalu i miały szanse doświadczyć zmedykalizowanego porodu. Dane z publikacji jasno pokazują, że każde odstępstwo od naturalnego toru przebiegu porodu skutkuje późniejszymi wypadającymi macicami i nietrzymaniem moczu oraz zaburzeniami seksualnymi. Dzięki wcześniejszym doświadczeniom w Czadzie i obserwacjom w Gwatemali mieliśmy tę niezwykłą i namacalną szansę zobaczyć dowód, że to nie tylko sama rodność (w sensie liczby porodów), ale przede wszystkim jakość tych porodów decyduje o zaburzeniach statyki narządów miednicy. Co typowe dla krajów rozwiniętych, istotny odsetek pacjentek uroginekologicznych stanowiły te, u których objawy pojawiły się w wyniku wcześniejszych operacji ginekologicznych. Operacje rekonstrukcji dna miednicy mniejszej i leczenie zaburzeń statyki po przebytych operacjach stanowią problem i wyzwanie dla chirurgii ginekologicznej, także w krajach rozwiniętych. Chociaż aktualnie stosuje się już techniki, które powodują zmniejszenie ryzyka tych następstw, to

w tak specyficznych warunkach, jak praca w kraju rozwijającym się, pokazuje to jeszcze dobitniej, jak ważna jest dbałość o jakość swojej pracy. Uczy to pokory, bo nawet w najlepszej wierze zastosowane leczenie ma swoje następstwa. Co zrobić, kiedy nie ma nikogo, kto mógłby je naprawić(?).

Co najciekawsze (i smutne zarazem), rozpoznanie kliniczne i kwalifikacja do zabiegu wspomagane były dzięki zabranemu z Polski, wysokiej klasy aparatowi USG, którego pozazdrościć mógłby nie jeden Polski oddział szpitalny. Podobnie, operacje odbywały się z użyciem przywiezionego przez nas nowoczesnego aparatu do elektrochirurgii. Sam sobie zazdrościłem, ponieważ na co dzień nie mam takiego w pracy. Zabraliśmy też ze sobą zupełnie nowe narzędzia operacyjne, całą gamę naci, najlepszych obłożeń chirurgicznych i mnóstwo sprzętu topowych marek, które uzyskaliśmy od sponsorów. W Gwatemali mieliśmy wszystko!

dr n. med. Maciej W. Socha jest lekarzem specjalistą położnictwa i ginekologii, adiunktem w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej, w trakcie specjalizacji z ginekologii onkologicznej

przedruk z Primum Non Nocere 2014 nr 2 s. 16-17

Kolejny triathlonowy sukces naszego IRON wykładowcy

Krzysztof Opozda

W dniu 1.09.2013. rozegrano już po raz szósty zawody triathlonowe z cyklu Panasonic Evolta 2013 Triathlon na dystansie długim oraz średnim.

Rywalizacja na dystansie „Ironman”, który obejmuje 3,8 km pływania, 180 km na rowerze i 42,195 km biegu miała rangę Międzynarodowych Mistrzostw Polski i rozpoczęła się o godzinie 7.00 na jeziorze w Borównie. Zawody na dystansie „Ironman” ukończyło ponadto 12 sztafet, w których skład wchodził zawodnicy (pływak, kolarz, biegacz), pokonujący kolejne odcinki trasy, liczącej w sumie 225,995 km.

Popularność zawodów triathlonowych w Borównie wzrasta i co roku bierze w nich udział coraz więcej uczestników. Po raz pierwszy organizatorzy zawodów rozszerzyli trasę rowerową dystansu długiego od miejscowości Borówno, przez

Pauliny, Kotomierz, Maksymilianowo, Niemcz aż do Bydgoszczy. Zawodnicy przemierzając rowerem trasę 180 km wykonali 4 pętle przez Mysłęcinek, kończąc ten etap zawodów w drugiej strefie zmian zlokalizowanej obok stadionu Zawiszy Bydgoszcz. Tu zostawiali rowery i kaski, zakładali buty, by następnie przemierzyć dystans pełnego maratonu ścieżkami Leśnego Parku Kultury i Wypoczynku „Mysłęcinek”.

Pierwszy triathlonowy sukces naszego wykładowcy dr. Krzysztofa Opozdy, pracownika Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu został zrelacjonowany w numerze 46 „Wiadomości Akademickich”. Tym razem nasz zawodnik wystąpił pod barwami CM UMK i ponownie pokonał w jednym dniu dystans 225,995 km najpierw pływając, potem zmagając się z silnym wiatrem i kroplami deszczu na trasie

kolarskiej. Następnie pokonał biegiem odcinek równy odległości z Maratonu do Aten (przebyty pierwszy raz przez poleśnika o imieniu Filipides po zwycięskiej bitwie Ateńczyków nad Persami w 490 roku przed narodzeniem Chrystusa).

Ubiegłoroczne zawody na dystansie długim na jeziorze w Borównie rozpoczęły się z kilkunastominutowym opóźnieniem, które spowodowane było przemieszczeniem się jednej z bojek wyznaczających odległość 3,8 km pływania. Organizatorzy czekali do momentu, kiedy boja, zerwana prawdopodobnie w nocy przez silny wiatr, zostanie przyholowana na odpowiednie miejsce. Nasz zawodnik i inni uczestnicy, koncentrując się na starcie z pewnością nie myśleli, że wyznaczenie „na oko” miejsca przytwierdzenia boi może sprawiać trudności. Niemożliwe przecież było ponowne odmierzenie dystansu, kiedy zawodnicy ukończyli rozgrzewkę i „aż palili” się do wyruszenia na trasę zawodów.

Wreszcie chóralne odliczanie przez kibiców i zawodników dziesięciu ostatnich sekund – 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 – rozniósł się gromko ponad taflą jeziora, a pistolet hukowy wyemitował głośny sygnał do startu. Około 150 rozpoczynających



dr Krzysztof Opozda - pływanie

rywalizację zawodników utworzyło niezłą pralkę, a w kotłującej się wodzie widać było tylko oddalające się od brzegu głowy i naprzemienne ruchy ramion.

Początek dystansu pływackiego był dla naszego zawodnika znacznie spokojniejszy, niż w trakcie ubiegłorocznych zawodów. Płynął stałym tempem przez dwa okrążenia, omijając ustawione boje. Jednak w trakcie trzeciego zaczął odczuwać lekkie skurcze mięśni nóg, co wzbudziło jego niepokój. Nasz wykładowca miał świadomość nieco gorszego przygotowania do tegorocznych zawodów z powodu przedłużającej się zimy, w porównaniu z dyspozycją sprzed roku. Na czwartej pętli pływackiej sił jakby przybyło. Nasz zawodnik płynął przez pewien odcinek w towarzystwie jednego z uczestników, ale silniejsze pociągnięcia ramion i intensywniejsza praca nóg sprawiły, że wyprzedził rywala. Kiedy do brzegu było jeszcze kilkaset metrów dr Opozda przekonał się, że narzucone tempo jest jednak zbyt duże. Musiał uznać wyższość rywala, gdyż został wyprzedzony przez pływaka, który nie szarpał się, płynął swoim tempem i zupełnie nie przejmował się chlapającym obok amatorem. Czas pływania 01:40:20 był o 12 min. gorszy, niż w roku ubiegłym, prawdopodobnie z powodu wydłużenia dystansu, co potwierdzali na mecie inni uczestnicy zawodów.

Pierwsze, niewielkie wprawdzie skurcze mięśni oraz dające się odczuć osłabienie na ostatniej pętli pływackiej sprawiły, że nasz wykładowca na trasę rowerową wyruszył z większymi obawami, niż przed rokiem. Zawodnikom przeszkadzał bardzo silny, boczny wiatr niezwykle uciążliwy zwłaszcza na otwartych terenach między Kotomierzem, a Niemczem oraz odcinek pod wiatr w Nekli, gdzie momentami nie dało się jechać więcej niż ok. 20km/h. W tym roku organizatorzy zadbali o „dodatkowe atrakcje”. Nad torami w Myśliczku w postaci kładki wyłożonej deskami, które przykryto zieloną wykładziną. Przejazd przez kładkę wymagał dużej ostrożności, był ryzykowny, zwłaszcza przy większej prędkości. Organizatorzy ostrzegali na odprawie przed zawodami, by zdecydowanie zwolnić, jadąc z góry w kierunku Myśliczku. Każdy wjazd na kładkę wywoływał huk, który z pewnością spłoszył niejednego ptaka.

Po przejechaniu 4 okrążeń w czasie 06:47:09 (czas gorszy od ubiegłorocznego o 10 min.) nasz wykładowca dotarł do strefy zmian obok stadionu Zawiszy Bydgoszcz i ruszył na trasę maratonu, jeszcze bardziej „zesztywniały” po zejściu z roweru, niż



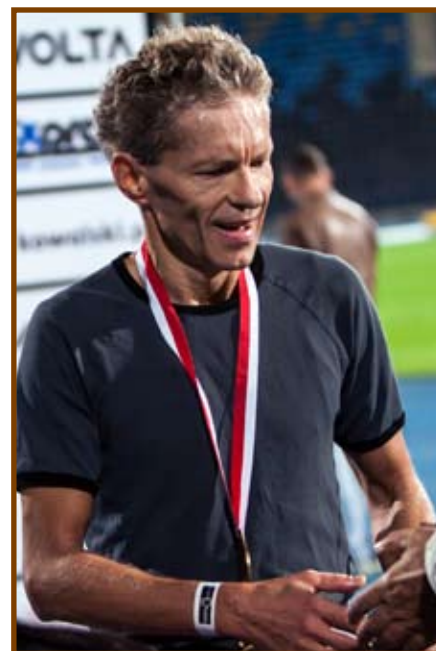
dr Krzysztof Opozda - jazda rowerem



dr Krzysztof Opozda - bieg

w roku ubiegłym. Do pokonania było 6 okrążeń po wyznaczonych ścieżkach, które liczyły łącznie ponad 42 km. W Myśliczku w tym dniu, oprócz zawodów triathlonowych odbywała się impreza „Pożegnanie lata i babie lato” więc w parku odpoczywało wielu Bydgoszczan. Doping dla zawodników nie był jednak tak powszechny, jak w poprzednim roku, kiedy trasa rowerowa przebiegała m.in. przez Dobrcz, wywołując entuzjazm u mieszkańców. Wspaniale jednak zorganizowana została w strefie kibica oraz przez kilka pojedynczych grup fanów triathlonu. Jedną z nich wywoływała niesamowite wrażenia akustyczne w trakcie podjazdu pod górkę w Myśliczku, a druga, jeszcze bardziej szalona, z niezwykle życzliwością oferowała tabliczki czekolady i kubeczki z piwem.

Po każdym okrążeniu, obok mety na



dr Krzysztof Opozda - medal i gratulacje

stadionie Zawiszy zawodnicy otrzymywali od wolontariuszy kolorowe gumki na rękę. Przybywało ich tak wolno, ale nasz zawodnik z mozolną nieustępliwością zmierzał do mety. Czas biegu 04:45:46 był lepszy od uzyskanego w poprzednim roku aż o 25 min. Nasz Ironman w stawce 121 zawodników, którzy dotarli do mety, zajął 85 miejsce z łącznym czasem 13:27:02. To wynik o 1,5 min. gorszy od uzyskanego przed rokiem, ale biorąc pod uwagę prawdopodobnie dłuższy dystans pływania oraz ekstremalnie wietrzne warunki pogodowe na trasie kolarskiej można stwierdzić, że poprawił ubiegłoroczny rezultat.

Uciążliwość morderczego dystansu

odeszła w zapomnienie z chwilą przekroczenia linii mety, gdzie na naszego zawodnika czekał pamiątkowy medal, praktyczny gadżet oraz serdeczny uśmiech i gratulacje znajomych. Nasz Ironman swoje pierwsze podziękowania skierował do brata i znajomych, którzy pomagali mu i dopingowali go na trasie, a trud treningów i „siódme poty” wylane w trakcie zawodów dedykował trójce swoich ukochanych dzieci.

Słowa szczególnego podziękowania nasz zawodnik kieruje w tym miejscu do Pana Magistra Franciszka Walerona za możliwość uczestniczenia w zajęciach sekcji pływackiej CM oraz cenne, trenerskie wskazówki.

W roku 2013 najlepszym Ironmanem w Borównie - Bydgoszczy okazał się niesamowity Szabó Attila z Węgier, który ukończył zawody z czasem 09:02:37 i był lepszy od najlepszego z Polaków aż o 40 min.

Takie wyniki są poza zasięgiem naszego Ironmana, który analizując dwa starty w zawodach triathlonowych na dystansie długim uważa, że przepracowana na sportowo zima może zaowocować wynikiem poniżej 13h, czego w kolejnym starcie życzymy.

Więcej na stronie: <http://www.trisport.pl/>

relacji dr. Krzysztofa Opozdy wysłuchała sekretarz redakcji, mgr Monika Kubiak

Rozpoczęli rok od bicia rekordu Guinnessa

Monika Gackowska

W dniach 2-6 stycznia 2014 r. w Kołobrzegu odbył się II. Światowy Festiwal Morsowania. Podobnie jak miało to miejsce w roku ubiegłym, imprezie tej towarzyszyła konferencja naukowa, której tematem przewodnim był „Wpływ morsowania na organizm człowieka”.

Na Konferencji wyniki swoich badań zaprezentowały zespoły naukowców z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W Komitecie organizacyj-

nym Konferencji zasiadała m.in. dr hab. n. med. Alina Woźniak, prof. UMK (Kierownik Katedry Biologii Medycznej), której zespół od kilku lat prowadzi badania dotyczące wpływu zimowych kąpeli na organizm człowieka. W Konferencji aktywny udział wzięli pracownicy naukowci naszej Uczelni (dr n. med. Celestyna Miła Kierzenkowska, mgr Roland Wesołowski) oraz mgr Monika Gackowska - przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego Biologii Medycznej, dietetyk i dietcoach, studentka V roku analityki medycznej. W poszczególnych sesjach poruszono między innymi tematy związane z morsowaniem w aspekcie: właściwego odżywiania, działania antyoksydantów, systemu odpornościowego i układu krążenia, a także ekspozycji na niską temperaturę otoczenia (pokrzywka fizykalna).

Od pierwszego dnia, zachęceniu sprzyjającą pogodą oraz niesamowitą atmosferą, uczestnicy Festiwalu śmiało korzystali z kąpeli w Bałtyku, skupiając się w Wiosce Morsów przy Kamiennym Szańcu. Nie zabrakło okazji do wspólnej

integracji i zabaw (m.in. na Balu Morsa i licznych biesiadach). Wydarzenie uświetnili swoją obecnością m.in. Wim Hof, holenderski rekordzista, poszukiwacz przygód, znany jako „Człowiek lodu” oraz Tomasz Stockinger - polski aktor filmowy i teatralny, znany m.in. z roli Pawła Lubicza w telenoweli Klan.

Kluczowym wydarzeniem towarzyszącym festiwalowi było bicie rekordu Guinnessa w morsowaniu. W trakcie bicia rekordu wykonano zdjęcia lotnicze, na podstawie których w najbliższym czasie ogłoszony zostanie oficjalny wynik. Dotychczasowy rekord, ustanowiony w Mielnie, to 1054 osoby. Nieoficjalnie mówi się, że w Kołobrzegu ustanowiono nowy rekord (szacunkowo kąpiel wzięło jednocześnie około 1300 osób), jednak na oficjalny wynik trzeba jeszcze poczekać. Wśród kąpiących się nie zabrakło również reprezentantów naszej Uczelni. Z mroźnej kąpeli w Bałtyku skorzystali Monika Gackowska i Roland Wesołowski.

Spotkania w Kołobrzegu stały się okazją do nawiązania ciekawej współpracy między morsami a badaczami. Entuzjaci zimowych kąpeli wykazali ogromne zaciekawienie naukowymi aspektami związanymi z uprawianą przez nich aktywnością i chęć nawiązania współpracy naukowej z Katedrą Biologii Medycznej. Na szczególną uwagę zasługują członkowie Klubu Morsy Kujawskie Włocławek, którzy współpracują z naukowcami już od zeszłego roku i deklarują chęć udziału w kolejnych badaniach zaplanowanych na lata 2014-2015.

mgr Monika Gackowska jest przewodniczącą Studenckiego Koła Naukowego Biologii Medycznej, studentką V roku analityki medycznej



Monika Gackowska i Tomasz Stockinger



Roland Wesołowski wraz z członkami Klubu Morsy Kujawskie Włocławek