

Spis Treści

Wywiad numeru

Gilotyn nie będzie, wywiad z prof. dr hab. Jackiem Kubicą,
Prorektorem ds. Badań Naukowych i kierownikiem
Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych. 2

Z życia Uczelni

Inauguracja z ministrem 7
Doctorat honoris causa UMK: prof. Konrad Koerner 8
Najlepszy absolwent UMK: Joanna Siminska 8
Profesor Zegarski uhonorowany 9
Członkostwo w międzynarodowej organizacji 9
Chór Collegium Medicum ponownie na podium 10
Wyróżniona praca magisterska 10
Młodzi naukowcy docenieni 11
Nowi prezesi towarzystw: Arkadiusz Jawień i Andrzej Marszałek. 11
Da Vinci już operuje! 11

Wspomnienie

W hołdzie 12
Pożegnanie: dr Bronisław Żurawski 12
Mój Tato, w pierwszą rocznicę śmierci Profesora Zygmunta Mackiewicza 13

Polemiki

Mosiężne tablice w Mühlbergu 14

Pielęgniarstwo

Pożegnanie z... pielęgniarstwem 15

Medycyna

Pierwsze w regionie i drugie w Polsce krzyżowe przeszczepienie nerek 17
Witaminy (nie) tylko na zdrowie 17

Medyczna Środa

Łojotokowe zapalenie skóry – wstydlivy problem 18
Zapalenie wątroby typu C – czy nadal stanowi zagrożenie?
Rewolucja w hepatologii zakaźnej trwa..... 20
Diagnoza skolioza
Co rodzic powinien wiedzieć na temat postawy swojego dziecka? 22

Medycyna i sztuka

„Profesjonalne zabawy z ciałem”
– nowa wystawa w Szpitalu św. Ducha we Fromborku 25

Konferencje

Komunikacja w farmacji 30
V Ogólnopolska Konferencja Naukowo- Szkoleniowa PTPA. 31
Czystość i brud. Higiena w XIX wieku.
Wokół przełomu bakteriologicznego 32
Kongres EFLM-UEMS 35

Ze sportu

Mistrzostwa Polski Lekarzy 36
Biologia Medyczna charytatywnie 36

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania ad-iustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski
Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. Gerard Drewa
Członkowie Rady Programowej:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczęśny
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 Hladoń-Wiącek

Adres Redakcji:

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

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki
dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Ewa Dominas

Druk:

P. W. „FORMATOR” sp. z o.o.
ul. Grudziądzka 163
87-100 Toruń

Stali współpracownicy:

dr hab. Walentyna Korpalska,
dr Mirosława Kram,
mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak,
prof. dr hab. Jan Styczyński,
dr Wojciech Szczęśny

I okładka - Joannis Sculteti physici Ulmensis olim felicissimi Armamentarium chirurgicum olim auctum triginta novem tabulis, tam veteres quam recentiores machinas & operationes exhibentibus: nec non observationum medico-chirurgicarum centuria collecta, Johannes Baptist Lamsweerde, tom 1, Janssonio-Waesbergios, 1741

Gilotyn nie będzie

wywiad z prof. dr. hab. Jackiem Kubicą, Prorektorem ds. Badań Naukowych oraz kierownikiem Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

Redakcja: Panie Rektorze, Pańska kadencja jako Dziekana Wydziału Lekarskiego dobiegła końca. Czy możemy poprosić o pewne podsumowanie owych czterech lat. Co wg Pana było największym sukcesem Wydziału, co zaś zostało nierozwiązane lub okazało się porażką?

Prof. Jacek Kubica: Trudno to ująć w kilku zdaniach. Była to niewątpliwie bardzo trudna kadencja. Pierwszy – dodajmy bardzo poważny problem – z jakim przyszło nam się zmierzyć to kryzys finansowy. Inaczej tego nie można określić. Gdybyśmy wówczas nie wprowadzili pewnych, czasem drastycznych w opinii społeczności zmian, groziłaby nam utrata płynności finansowej i w konsekwencji m.in. kłopoty z wypłacaniem pensji pracownikom. Sytuacja ta zmusiła nas do działań, których zapewne nie chcielibyśmy nigdy robić. Zaszła potrzeba podjęcia całego szeregu bardzo trudnych decyzji. Chcę przy tym jasno powiedzieć, z czego się też ogromnie cieszę, że Rada Wydziału przyjęła owe propozycje, znalazły one w jej społeczności zrozumienie i poparcie. Proszę pamiętać, że czymś innym jest konieczność podjęcia zmian, a czymś innym chęć ich wprowadzenia. A przecież zdecydowaliśmy się na bardzo poważne i trudne zmiany. Z perspektywy czasu widać, że to się opłaciło, ponieważ z głębokiego deficytu (na nasz Wydział przypadało około 3 miliony straty) pod koniec kadencji wyszliśmy na ponad 8 milionów na plusie.

Redakcja: O jakich zmianach mówimy?

Prof. Jacek Kubica: Przede wszystkim chciałbym podkreślić, że były one możliwe dzięki ogromnej pracy wszystkich pracowników naszego Wydziału. Wprowadziliśmy wiele zmian strukturalnych. To, co mogliśmy zrobić na szybko, to ciąć koszty, a długofalowo zwiększać przychody. Krótkoterminowo podjęliśmy decyzję o powiększeniu liczebności grup studenckich na okres dwóch lat. Następnie zdecydowaliśmy o wzroście pensum godzin dydaktycznych dla pracowników, czyli de facto za te same pieniądze wszyscy zgodziliśmy się więcej pracować. Okazało się, że do tej pory mieliśmy najmniejsze pensum ze wszystkich uczelni medycznych, co na pewno przyczyniało

się do naszego kryzysu finansowego. Nie popadliśmy jednak w skrajność, by dojść do liczby godzin nadmiernie obciążających naszych wykładowców. Wyrównaliśmy do średniej krajowej. Niemniej jednak dało nam to bardzo poważne oszczędności. Jednocześnie postaraliśmy się o zwiększenie przychodów. Analizowaliśmy wraz z panią Kwestor dotację podstawową i jakie efekty mogą przynieść działania zarówno w sferze kadrowej, jak i badawczej. Nasze decyzje przyniosły istotny wzrost dotacji na nasz wydział. Wprowadzenie tych trudnych zmian ułatwiła nam decyzja rządu o podwyżce pensji w uczelniach wyższych. Na nasze działania tnące koszty nałożył się wzrost przychodów na podwyżki. Dzięki temu, pomimo cięć finansowych pracownicy zyskali. Zapewne nie tyle, ile by oczekiwali, ale jednak był to zysk.

Redakcja: Jednak 8 milionów na plus to naprawdę znacząca kwota...

Prof. Jacek Kubica: Z tym, że może być ona spożytkowana dopiero teraz. W zeszłym roku jako całe Collegium Medicum ledwo się zbilansowaliśmy. - Owo wydźwignięcie się z kryzysu finansowego było wielkim sukcesem...

Dodatni wynik finansowy Wydziału i całego Collegium Medicum był już znany w marcu tego roku, wobec czego zaplanowałem znaczny wzrost zatrudnienia. W wielu klinikach brakuje dydaktyków, są jednostki, gdzie więcej jest grup ćwiczeniowych studentów niż nauczycieli akademickich. Przygotowałem w maju propozycję zatrudnień pozostawiając ją do akceptacji dziekana elekta, prof. Pawlak-Osińskiej. Miałem nadzieję, że zostaną zaakceptowane i wprowadzone jeszcze przed rozpoczęciem nowego roku akademickiego, ale decyzja z różnych powodów jeszcze nie została podjęta. Mam nadzieję, że w najbliższym czasie ogromny wysiłek całego Wydziału Lekarskiego podjęty przed czterema laty przyniesie wymierne i odczuwalne korzyści.

Redakcja: A zatem zatrzymajmy się na moment przy decyzjach osobistych. Cztery lata temu zdecydował się Pan kandydować na dziekana wydziału i w najlepszym jego momencie postanowił Pan zostawić tę funkcję. Sukcesy – jak

choćby znacząca poprawa sytuacji finansowej – nie dały Panu Profesorowi satysfakcji? Nie żał było zostawić wydział w takim dobrym momencie?

Prof. Jacek Kubica: Żał bardzo.

Redakcja: A więc skąd taka decyzja?

Prof. Jacek Kubica: Poukładajmy wszystko od początku. W zasadzie nigdy nie ciągnęło mnie do funkcji administracyjnych. Wręcz zarzekałem się, że nie podejmę się takich wyzwań. Nauka i klinika na tyle mnie interesowały i interesują, że nie chciałem ich nigdy poświęcić. Podzieliłem się tą opinią z prof. Małgorzatą Tafil-Klawe – ówczesną Prorektorem ds. Collegium Medicum - od której wtedy usłyszałem, że jeśli ktoś nie chce się angażować, nie ma prawa wymagać ani narzekać. Wymagać mają prawo tylko ci, którzy coś robią. Inni samą swoją postawą mówią „zgadzam się”. Albo się angażujesz, albo zgadzasz na status quo – nie ma innej opcji. Ponieważ wydawało mi się, że mam dobre pomysły, że mogę coś zmienić – choć proszę nie traktować tego jako krytykę moich poprzedników – zdecydowałem się na dziekanstwo.

Redakcja: To zostaliśmy chwilę na wydziale, chociaż w końcu opuścił go Pan dla innego miejsca...

Prof. Jacek Kubica: Tak jak powiedziałem było mi żal to uczynić. Zwłaszcza kiedy wszystko szło w dobrym kierunku. Oczywiście można wiele zarzucić mi osobiście i całej mojej ekipie, że z wieloma rzeczami sobie nie poradziłem, lub poradziłem sobie w sposób niedostateczny. Niemniej jednak trafiliśmy na wyjątkowo trudny czas. Finanse to tylko środki do osiągnięcia celu, ale w momencie, kiedy ich nie mieliśmy by dalej egzystować, stały się dla nas priorytetem. I wszystko inne, siłą rzeczy, musiało zejść na dalszy plan. Inaczej całe Collegium Medicum mogłoby pójść na dno.. Niewątpliwie to Wydział Lekarski stał się motorem pozytywnych zmian w uczelni, u nas zmiany ruszyły najszybciej, a inne wydziały poszły w nasze ślady. Ogromnym sukcesem było oddziaływanie na nasz tzw. składnik kadrowy oraz badawczy (to pojęcia

z wzoru na obliczanie dotacji). Nowe wymogi stawiane przy awansach, a także w czasie oceny okresowej, stały się dodatkowym impulsem do zintensyfikowania działań na polu naukowym. Chcieliśmy wszystkim uświadomić, że podpisując umowę o pracę na etacie dydaktyczno-naukowym, sami zobligowaliśmy się do działalności naukowej. Myślę, że nasze różnorodne działania sprzyjały intensyfikacji pracy naukowej, jak choćby przeznaczenie środków na dofinansowywanie publikacji artykułów w czasopiśmie z Impact Factor. Dzięki analizom bibliometrycznym prowadzonym w Bibliotece Medycznej wiemy jaki wielki przyrost aktywności naukowej nastąpił. To oczywiście nie moja zasługa, ale wszystkich członków Rady Wydziału, moje działania mogły jedynie pomóc. Zrozumieliśmy, że to jest racja stanu, że musimy iść do przodu. Walcząc o pieniądze na funkcjonowanie wydziału, musimy wiedzieć, że ich pula jest jedna, a my konkurujemy z innymi ośrodkami. Zostając w tyle w obszarze nauki tracimy również tak ważne dla dalszego rozwoju pieniądze. To zamknięte koło. Udało nam się. Nasza dotacja na podtrzymanie potencjału naukowego (badania statutowe) w ciągu jednej kadencji wzrosła dwukrotnie, z niecałego 1,5 miliona do 3 milionów. A niezależnie od tego, świadome działania na rzecz optymalizacji wskaźników (badawczego, kadrowego i studenckiego), które wpływają na wysokość dotacji podstawowej (głównego źródła pieniędzy), skutkowały znaczącym wzrostem poziomu finansowania naszego wydziału. Po dwóch latach ograniczeń wycofaliśmy się z większości rozwiązań tymczasowych, jak zawyżona liczebność grup zajęciowych. Były one chwilowe, chcieliśmy tylko „przeżyć” i złapać oddech.

Redakcja: Musi mieć Pan zatem satysfakcję z osiągniętego poziomu naukowego Wydziału...

Prof. Jacek Kubica: Wydział jest ciągle w trakcie zmian, nie ma stabilizacji, to jedynie dobry początek czegoś, co może być świetne, natomiast jakie będzie – zobaczymy. Niewątpliwie dziekan jest organizatorem, osobą która powinna pokazywać kierunki, ale by coś osiągnąć, musi uzyskać akceptację i zaangażowanie całej społeczności wydziału. Bez tego niczego nie można zrobić. Za mojej kadencji wprowadziłem dodatkowe, tak zwane „strategiczne rady wydziału”, na których dyskutowaliśmy o najważniejszych

problemach i planach na przyszłość. Pamiętajmy, że był to również dosyć trudny okres, jeśli chodzi o wewnętrzne i niestety zewnętrzne dyskusje dotyczące statusu Collegium Medicum, czy to jako bytu samodzielnego, czy w ramach dużego uniwersytetu. Patrząc w tej chwili na przygotowywaną ustawę dotyczącą szkolnictwa wyższego widać, że gdybyśmy wybrali drogę samodzielności, byłby to ogromny błąd, który rzutowałby negatywnie na przyszłość. Uważam, że na naszą sytuację powinniśmy patrzeć nie politycznie czy emocjonalnie, ale rzeczowo, realnie. Musimy twardo stąpać po ziemi, musimy mieć pieniądze, nie tylko po to by istnieć, ale przede wszystkim by iść do przodu i się rozwijać. Jako Collegium Medicum wśród uczelni medycznych wciąż jesteśmy najmłodszym ośrodkiem, który stanowi część dużego

uniwersytetu, ale jednocześnie zachowuje swoją samodzielność. Owszem, na mapie szkolnictwa wyższego znajdują się uczelnie, w których ostatnio pojawiły się pojedyncze wydziały medyczne, ale jako wielowydziałowa uczelnia medyczna, nadal jesteśmy najmłodsi. Musimy zdawać sobie sprawę, że w momencie, kiedy startowaliśmy, pozostałe uczelnie medyczne były w tym miejscu, w którym my jesteśmy dzisiaj.

Redakcja: Zwłaszcza w aspekcie kadrowym...

Prof. Jacek Kubica: Tak. To ma znaczenie, bo o sile uczelni decydują samoodnawiające się kadry. Uczelnia musi wychować swoich własnych doktorów habilitowanych i profesorów, mistrzów którzy przygotowują kolejne pokolenia



uczniów. Ten aspekt jest i u nas już widoczny. Mamy samodzielnych pracowników nauki wykształconych w Bydgoszczy. Ale jest ich jeszcze ciągle za mało. Tak naprawdę odnawialność kadry osiągnęliśmy tylko na jednym – naszym wydziale, gdzie naturalny ubytek kadry jest kompensowany nowymi, pochodzącymi z naszej uczelni samodzielnymi pracownikami nauki. Pozostałe dwa wydziały Collegium Medicum wciąż polegają na kadrach z zewnątrz.

Redakcja: Zatrzymajmy się na chwilę przy owej „młodości” naszej uczelni medycznej. Czy to ona między innymi, mimo owych starań i rozwoju naukowego, powoduje tak niską pozycję w rankingu „Perspektyw”? Czy podejmowano analizę tego problemu?

Prof. Jacek Kubica: Trzeba zdawać sobie sprawę, jakie parametry są brane pod uwagę w podobnych rankingach. Krótki staż uczelni niewątpliwie na tym waży. Mam przekonanie, iż pojęliśmy, że jedynie przez bardzo intensywną pracę i silne parcie do przodu jesteśmy w stanie poprawić naszą sytuację, co zaowocuje wyższym miejscem w rankingach. Uważam, że wysoka pozycja naukowa, kreowanie autorytetów w różnych gałęziach medycyny ma kluczowe znaczenie w postrzeganiu naszej uczelni, nie tylko na zewnątrz, ale także przez nas samych. Jeśli nie będziemy najlepsi w poszczególnych dziedzinach, nie wygramy. Uczelnia nie jest jedynie szkołą, wręcz przeciwnie, to ośrodek naukowy i kliniczny, będący przy okazji szkołą. Najlepszych studentów mogą przyciągnąć tylko wielkie autorytety, musimy

wieć budować uczelnię autorytetów, ludzi będących wielkimi naukowcami, co pozwoli ściągnąć do nas świetnych studentów. A jeśli nie będziemy mieli tych najwybitniejszych naukowców, publikujących w najlepszych czasopismach, to będziemy zdani na takich studentów, jacy nie dostaną się do uczelni, gdzie owe autorytety są. To moim zdaniem jest klucz do sukcesu. Przede wszystkim być ośrodkiem naukowym, a w konsekwencji – dobrą szkołą, a nie odwrotnie. Taka jest kolej rzeczy. Nie da się być dobrą szkołą, a w rezultacie znakomitym ośrodkiem naukowym. Chcielibyśmy pokazywać studentom owoce naszej własnej pracy, a nie tylko to, co przeczytaliśmy u innych.

Redakcja: Wracając na sekundę o ranking „Perspektyw” – być może nasza nienajlepsza pozycja wynika z faktu, że jesteśmy małą uczelnią? Na etatach dydaktyczno-naukowych pracuje w Collegium Medicum raptem nieco ponad 700 osób, kiedy tymczasem inne ośrodki zatrudniają ich dwu-trzykrotnie więcej. Więcej kadry to także większy dorobek publikacyjny.

Prof. Jacek Kubica: Wielkość oczywiście ma w tym przypadku znaczenie. Jednym z kryteriów oceny jest również opinia środowiska. Zdecydowanie lepsze będą oceny uczelni dużych, które mają znacznie więcej kadry, studentów i absolwentów. Ta zależność odnosi się również do stażu uczelni. Im dłuższa jej historia, tym więcej opinii osób związanych z uczelnią w środowisku i tym większa jest siła oddziaływania.

Redakcja: Może powinniśmy stworzyć warunki do tego, by w rankingach uwzględniano nas jako część dużej struktury mającej znakomite zaplecze badawcze i dydaktyczne? Bo przecież mogłoby być lepiej, gdyby oceniając część medyczną wzięto pod uwagę cały uniwersytet z jego jednostkami ogólnouczelnianymi m.in. Biblioteką Główną, ICNT, UCNTN, Uczelnianym Centrum Sportowym, czy wieloma innymi placówkami. Ich ranga podnosi wartość uczelni.

Prof. Jacek Kubica: To kwestia budowy rankingu. Rankingi uwzględniają naszą odrębność i oceniają jedynie jednostki wchodzące w skład Collegium Medicum.

Zupełnie innym zagadnieniem jest, podnoszony przez niektóre osoby fakt, że odległość pomiędzy naszymi miastami może być pewnym utrudnieniem w dostępie do wspomnianych jednostek ogólnouczelnianych, chociaż nie umniejsza to naszych praw do korzystania z nich na równi z kampusem toruńskim. Z drugiej strony mówienie o trudnościach wynikających z dystansu jaki dzieli Bydgoszcz od Torunia (około 40 km) nie wydaje się do końca racjonalne. Pamiętam okres swoich studiów, kiedy jeździłem z Gdańska do Gdyni na zajęcia z chorób wewnętrznych i laryngologii, gdzie odległości były porównywalne. Myślę, że niektóre rzeczy muszą się same się ułożyć, nie da się, a myślę, że nawet nie powinno się ich wymuszać. Większa integracja kampusu bydgoskiego i toruńskiego nastąpi tylko wówczas, gdy będzie się zacieśniała współpraca pomiędzy nami.

Redakcja: A co było najbardziej bolesne za czasów kadencji dziekańskiej?

Prof. Jacek Kubica: To, co mnie najbardziej bolało to wyniki naszych absolwentów w Lekarskim Egzaminie Końcowym.

Redakcja: Różnie z tym bywało...

Prof. Jacek Kubica: Tak, bywało różnie, mieliśmy lata, kiedy nasi studenci zajmowali wyższe miejsca. Ale ostatnio – było źle. Zastanawialiśmy się, jakie są przyczyny tego zjawiska. W tym roku wprowadziliśmy po raz pierwszy bezpłatny kurs przygotowawczy do LEK-u, to może pomóc, lecz to wciąż za mało. Podczas moich spotkań z dziekanami i rektorami uczelni medycznych dowiedziałem się, że w wielu ośrodkach różne strategie przygotowywania do LEK-u zdominowały rzeczywiste egzekwowanie wiedzy



od studentów. Chciałbym oczywiście, żeby nasi studenci wypadali lepiej, ale jednocześnie nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której uczelnie przygotowują do LEK-u, a nie do zawodu.

Redakcja: Wybór na Prorektora ds. Badań Naukowych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika jest zarówno wyróżnieniem, jak i olbrzymim wyzwaniem. Jak to się stało, że Rektor prof. A. Tretyn wybrał Pana Profesora do tego zadania? To wielki ukłon w stronę Collegium Medicum i Pana Profesora. Pragniemy w tym miejscu w imieniu Czytelników pogratulować Panu Profesorowi tej funkcji. Przy okazji chcemy zapytać, co skłoniło Pana Profesora do przyjęcia propozycji, mimo deklarowanych niechęci do funkcji administracyjnych?

Prof. Jacek Kubica: Wpływ na to miało kilka czynników. Po pierwsze ciągle pamiętam tamtą uwagę sprzed lat. Nie angażujesz się – nie wymagaj. Wydaje mi się, że to, co mnie skłoniło do objęcia funkcji Prorektora ds. Badań Naukowych to fakt, że Wydział Lekarski odniósł niewątpliwy sukces naukowy w czasie, gdy ja pełniłem funkcję dziekana. Wierzę, choć to może zarozumiałość, że moje działania przyczyniły się do tego sukcesu. Teraz mam nadzieję, że moje pomysły proponować społeczności całego Uniwersytetu. Kluczem do sukcesu na Wydziale Lekarskim była aktywizacja ludzi. Mam nadzieję, że na innych wydziałach będzie podobnie.

Redakcja: Wiemy, że Pan Profesor uznaje działalność naukową pracowników za jedną z najistotniejszych podstaw działania uczelni... Czy mógłby Pan Rektor nakreślić plan swego działania na najbliższe cztery lata. Co wydaje się najpilniejsze do zmiany w obszarze zarządzania nauką na naszym Uniwersytecie? W jakim kierunku wg Pana Rektora będą przebiegały zmiany?

Prof. Jacek Kubica: Nauki nie tworzy się dla wydziału, dla uczelni, dla kogoś. Nauka to sport, który się uprawia dla siebie, własnych wyzwań i potrzeb. Realizacja nauki to coś ciut samolubnego, daje olbrzymią satysfakcję i ogromnie dużo przyjemności. Naukowcy funkcjonują zazwyczaj w pewnych strukturach i dobrze, jeśli się z nimi identyfikują, wówczas ich sukcesy są sukcesami całej społeczności. Chodzi tylko o stworzenie pewnych ram, które by to umożliwiały. To, co za chwilę chcę zaproponować Uniwersytetowi i nad czym bardzo intensywnie pracu-

ję, będzie udoskonaloną wersją tego, co wprowadziliśmy na Wydziale Lekarskim. Biorąc pod uwagę, że zadziałało w przypadku jednego wydziału, nie ma powodu sądzić, że nie zadziała i na innych wydziałach. Jednak to nie mogą być zmiany wprowadzane siłą, narzucone. Trzeba budować pewne zrozumienie społeczności akademickiej, by mogły one być zaakceptowane i przyjęte jako własne. W ślad za rozwojem naukowym może i powinna podążać gratyfikacja finansowa. Chciałbym bardzo, aby w świadomości nas wszystkich słowo „uniwersytet” znaczyło aktywność. Istotą pracy na uniwersytecie jest ciągle podążanie do przodu. Ludzie, którzy osiągają sukcesy naukowe, nie robią tego dla gratyfikacji finansowych, co nie znaczy, że takie gratyfikacje ze strony uniwersytetu im się nie należą – wręcz przeciwnie – sukces naukowy powinien być równoznaczny z sukcesem finansowym. Naukowcy, którzy będą widzieli namacalne dowody tego, że uniwersytet jest z nich dumny, będą mogli być dumni ze swojego uniwersytetu. Chodzi o to, by wyzwolić w ludziach energię, która pozwala się rozwijać.

Redakcja: Odwróćmy pytanie. Jak to się stało, że prof. Tretyn zwrócił się do Pana z propozycją objęcia funkcji Prorektora ds. Badań Naukowych? Czy był pod wrażeniem tego, co udało się Panu osiągnąć jako dziekanowi Wydziału Lekarskiego?

Prof. Jacek Kubica: Nie wiem, trzeba by zapytać pana Rektora. Tak naprawdę zaczęło się od tego, że prof. Tretyn zaproponował mi rozważenie startu w wyborach na Prorektora ds. Collegium Medicum. Myślę, że moja aktywność na Wydziale była na tyle widoczna, że znalazła uznanie w jego oczach. I tak pojawiła się propozycja objęcia funkcji Prorektora ds. Collegium Medicum.

Redakcja: Zdecydował się Pan Profesor od razu?

Prof. Jacek Kubica: Przyznam, że byłem zdecydowany. Ówczesny Prorektor prof. Jan Styczyński oświadczył, że nie będzie kandydował na drugą kadencję i zachęcał mnie do podjęcia tego wyzwania. Od wielu lat pozostajemy obaj w bardzo dobrych, przyjacielskich relacjach, szanujemy się nawzajem i darzymy zaufaniem, dlatego jego opinia wiele dla mnie znaczyła. Podjąłem decyzję o kandydowaniu, lecz sytuacja zewnętrzna zmusiła mnie do rezygnacji.

Redakcja: Sytuacja zewnętrzna?

Prof. Jacek Kubica: Tak. Pamiętacie Państwo dyskusje wywołane w ubiegłym roku, dotyczące przyszłości Collegium Medicum. Byłem i jestem zdecydowanym zwolennikiem funkcjonowania Collegium Medicum w ramach dużego i silnego uniwersytetu. Dla mnie nasz Uniwersytet jest silny jednością, a ewentualny podział przyniósłby straty obu jego częściom.

Redakcja: I te zewnętrzne czynniki zadecydowały o rezygnacji z kandydowania na Prorektora ds. Collegium Medicum?

Prof. Jacek Kubica: Zdecydowała o tym jedna krótka rozmowa z prezydentem Rafałem Bruskim. Pan Prezydent zaprosił mnie na spotkanie w Ratuszu, w czasie którego powiedział mi, że jestem głównym „hamulcowym” – w jego mniemaniu – pozytywnych zmian. Dodał, że z tego, co mu wiadomo większość środowiska chce powołania samodzielnej uczelni medycznej, a ja pełniąc ważną funkcję dziekana się temu sprzeciwiam i utrudniam ten proces.

Redakcja: Trudne spotkanie...

Prof. Jacek Kubica: Zwątpiłem w swoją intuicję. Usłyszawszy takie słowa pomyślałem – cóż ja robię tu jako dziekan – nie znając swoich współpracowników. W konsekwencji tego spotkania postanowiłem zwołać nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału poświęcone tylko tej kwestii. Dyskusja była bardzo długa, a na koniec poprosiłem o głosowanie jawne. Dlaczego jawne? Uważałem, że nie powinno się głosować tajnie, ponieważ członkowie Rady są reprezentantami całego Wydziału i każdy członek tej społeczności ma prawo wiedzieć, jak głosowali jego przedstawiciele w tak ważnej sprawie. Pozostało wykonać cywilną odwagę (choć nie wiem, która opcja wymagała większej odwagi) i opowiedzieć się. Rada Wydziału Lekarskiego opowiedziała się jednoznacznie za jednością Uniwersytetu.

Redakcja: Być może za szybko zrezygnował Pan z kandydowania na Prorektora ds. Collegium Medicum.

Prof. Jacek Kubica: Decyzję podjąłem wcześniej pod wpływem owego spotkania rozmowy z Prezydentem Miasta,

na którym usłyszałem, że kluczowe postacie środowiska myślą inaczej. Zadziałam emocjonalnie, ale nie żałuję swojej decyzji. W tym samym dniu złożyłem na ręce pana prezydenta rezygnację z funkcji Przewodniczącego Kapituły Nagrody Prezydenta Bydgoszczy, bo uważałem, że nie mogę przewodniczyć gremium powołanemu przez Prezydenta, który ma zgoła inne zapatrywania niż ja w sferze funkcjonowania nauki w naszym mieście. Szanuję pana Prezydenta i uważam, że byłoby to nieuczciwe wobec niego. Moja rezygnacja została przyjęta. Jednocześnie zadeklarowałem, że nie będę kandydował na funkcję Prorektora ds. Collegium Medicum. Uważałem, że to słuszne, bo siłą rzeczy osoba o tak zdecydowanych poglądach mogłaby antagonizować nasze środowisko, a tego chciałem uniknąć.

Redakcja: Czy wtedy padła inna propozycja Pana Rektora?

Prof. Jacek Kubica: Tak. Pomimo mojej rezygnacji Rektor zaproponował mi współpracę w innym obszarze, w obszarze nauki. Przyjąłem ją i jestem z tego zadowolony, chociaż z początku się wahałem. Nie znałem zbyt dobrze prof. Tretyna. Owszem, spotykaliśmy się przy różnych okazjach, ale dopiero poprzez ową trudną sytuację w Bydgoszczy dotyczącą tak naprawdę całego Uniwersytetu, miałem okazję częściej rozmawiać z Rektorem i bliżej go poznać. Myślę, że propozycja, którą złożył mi prof. Tretyn wymagała więcej odwagi z jego strony, niż przyjęcie tej propozycji z mojej strony. Przyjmując funkcję prorektora i podejmując się pracy u boku rektora trzeba liczyć się z tym, że to jego politykę należy realizować. Trudno wyobrazić sobie zatem taką współpracę nie poznaawszy się wcześniej. Prorektor może mieć własne zdanie, ale de facto decyzje podejmuje rektor na poziomie całej uczelni. Właśnie z tego względu rektor i prorektor muszą darzyć się wzajemnym zaufaniem. Decydując się na współpracę, wierzę, że nasze wspólne przedsięwzięcia będą realizowane zgodnie z moimi przekonaniami.

Redakcja: Nie obawiał się Pan tego zadania? Toruński kampus jest nieco inny od bydgoskiego. Pan jest przecież lekarzem. Zarządzanie w tym dość spójnym obszarze jest prostsze. W Toruniu natomiast spotka się Pan z teologami, artystami, socjologami, historykami itd.

Prof. Jacek Kubica: Nadal się boję i to bardzo. Jednak jest to pewne wyzwanie. Wierzę, że Prorektor ds. Badań Naukowych powinien być organizatorem, a nie głównym zarządzającym. Mam konkretne, przemyślane pomysły, jednak o szczegółach wolałbym jeszcze nie mówić, nie dlatego, że to tajemnica, ale dlatego, by zachować pewną ustaloną logikę zdarzeń. Musimy jeszcze przedyskutować naszą koncepcję na kolegium rektorskim oraz wypracować konsensus z dziekanami poszczególnych wydziałów.

Redakcja: Nastąpi rewolucja?

Prof. Jacek Kubica: Z przekonania jestem zdecydowanym konserwatystą, który ceni stabilność i porządek, dlatego nie przewiduję gwałtownych zmian.

Redakcja: Ale mówił Pan Profesor, że niekoniecznie wszyscy muszą pracować na uniwersytecie, jeśli nie czują potrzeby rozwoju.

Prof. Jacek Kubica: Tak, ale będzie to kwestia osobistego wyboru każdego pracownika. Chciałbym, aby udało się nam wypracować taki system, który będzie dla ludzi, a nie przeciwko ludziom. Coś, co ułatwi i usprawni, a nie utrudni. „Zasady gry” mają być jasne i klarowne dla wszystkich. Tak będzie najuczciwiej.

Redakcja: Jak postrzega Pan Profesor kampus toruński – widzi Pan jego słabsze i mocniejsze strony?

Prof. Jacek Kubica: Widzę ludzi, których podziwiam, podobnie jak moje koleżanki i kolegów w Collegium Medicum. Ludzi, którzy w sferze nauki dokonują wielkich rzeczy, cechujących się wielką kulturą i erudycją.

Redakcja: To trochę wymijająca odpowiedź...

Prof. Jacek Kubica: Być może, ale żeby powiedzieć coś więcej, trzeba się lepiej poznać. Na razie skupiam się na pracy nad systemem wzmocnienia siły naukowej naszego Uniwersytetu.

To ma być system, w którym nie będzie arbitralnych decyzji, a jasne zasady mają ułatwić pracę wszystkim. Będzie to tak zwane zarządzanie „firmą” poprzez procesy.

Redakcja: Mówi Pan jak prawdziwy ekonomista...

Prof. Jacek Kubica: Nauczyłem się kilku przydatnych rzeczy, kiedy prof. Danuta Miścicka-Słiwka, ówczesny rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy wysłała mnie na kurs dla członków rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa. W tamtym czasie przygotowywano zmiany prawa, zakładające przekształcenie szpitali w spółki. Dlatego potrzebowano osób z odpowiednimi uprawnieniami. Ostatecznie nie doszło do tych zmian, ale ja zdałem egzamin w Ministerstwie Skarbu, siedząc obok kolegi z rady nadzorczej PKP Cargo oraz jednego z dyrektorów Polmosu (zdało nas zaledwie 30%). Mam certyfikat (uśmiech).

Redakcja: Jak godzi Pan Profesor tyle obowiązków, Klinika, urząd Prorektora, dojazdy do Torunia?

Prof. Jacek Kubica: To kwestia organizacji, może inaczej kwestia zorganizowania. Trzeba tak stworzyć harmonogram, by nie zarządzać wszystkim w pojedynkę i przy ciągłej obecności. Inaczej nie starczyłoby czasu na życie. Przede wszystkim należy stworzyć mechanizm, który powinien działać trochę jak perpetuum mobile, bez naszej obecności. Nie zamierzam się przepracowywać, tylko trzymać rękę na pulsie. Należy wypracować pewne procesy, które zapobiegają sytuacji, że kiedy nie będzie mnie na miejscu, coś od razu pójdzie źle. Oczywiście potrzebny jest ktoś, kto będzie pilnował, by nie doszło do złamania reguł.

Redakcja: Czy możemy prosić o kilka słów o sobie, rodzinie, sposobach spędzania czasu wolnego?

Prof. Jacek Kubica: Kilka słów o sobie – moja żona mówi, że dla mnie najważniejsza jest praca, a ja zapewniam ją, że to ona jest najważniejsza. Rodzina jest dla mnie bardzo ważna, a praca sprawia mi przyjemność. Lubię sport – uprawiać, ale nie oglądać – to zbyt wielki stres dla mnie.

Redakcja: Życzymy zatem Panu Rektorowi sukcesów, równych tym które odniósł Pan na Wydziale Lekarskim jako jego dziekan.

Dziękujemy za rozmowę.

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

Inauguracja z ministrem

UMK rozpoczął rok akademicki 2016/2017. Gościem specjalnym uroczystej inauguracji był wicepremier i minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin, a jednym z głównych akcentów ceremonii było wręczenie doktoratu honoris causa prof. Konradowi Koernerowi, wybitnemu niemieckiemu językoznawcy.

W programie uroczystej inauguracji znalazły się m.in. wystąpienia JM Rektora prof. Andrzeja Tretyna i wicepremiera Jarosława Gowina, wręczenie nagród i wyróżnień oraz wykład inauguracyjny zatytułowany „Psychologia społeczna wobec społecznych podziałów: jak skleić to, czego się skleić nie da?“, który wygłosiła prof. Maria Lewicka.

Ważnym momentem ceremonii była immatrykulacja studentów I roku - w imieniu koleżanek i kolegów ślubowanie na ręce Rektora złożyli przedstawiciele wydziałów, którzy uzyskali najlepsze wyniki podczas postępowania rekrutacyjnego.

W trakcie inauguracji Rektor wręczył nagrody I stopnia nauczycielom akademickim. Dr hab. Andrzej Jamiołkowski, prof. UMK z Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej otrzymał nagrodę za całokształt osiągnięć naukowych, organizacyjnych i dydaktycznych.

Za osiągnięcia uzyskane w dziedzinie naukowo-badawczej w 2015 r. nagrodą Rektora wyróżnieni zostali:

- w obszarze nauk społeczno-ekonomicznych: prof. dr hab. Jacek Bartyzel z Wydziału Politologii i Studiów Mię-



Na pierwszym planie od lewej: prof. dr hab. Andrzej Sokala, Prorektor ds. Studenckich i Polityki Kadrowej, prof. dr hab. Andrzej Tretyn, Rektor UMK, prof. dr hab. Jacek Kubica, Prorektor ds. Badań Naukowych oraz prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Prorektor ds. Collegium Medicum



Nowy doktor honoris causa UMK, prof. Ernst Koerner (drugi od prawej) z prof. Przemysławem Nehringiem, Rektorem UMK prof. Andrzejem Tretynem oraz prof. Aleksandrem Szwedkiem

dzynarodowych;

- w obszarze nauk ścisłych zespół w składzie: dr Tomasz Klimsiak i dr hab. Andrzej Rozkosz, prof. UMK z Wydziału Matematyki i Informatyki;
- w obszarze nauk o życiu dr Dorota Koziół z Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK;
- w obszarze nauk humanistycznych prof. dr hab. Tomasz Szlendak z Wydziału Humanistycznego.

Specjalne podziękowania trafiły do gen. Zbigniewa Nowka oraz prof. Wojciecha Polaka, którzy odebrali listy gratulacyjne za organizację uroczystości związanych z obchodami 35-lecia Niezależnego Zrzeszenia Studentów UMK.

Podczas uroczystości tradycyjnie przyznano nagrody „Archiwum Emigracji”. W tym roku jej laureatami zostali dr Joanna Kulpińska oraz mgr Grzegorz Fijas – oboje

z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Obowiązkowym punktem inauguracji było również wręczenie nagród dla najlepszego absolwenta, najlepszego studenta i najlepszego studenta-sportowca UMK w minionym roku akademickim. Tym razem tytuły trafiły do: mgr Joanny Siminskiej z Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK (Najlepszy Absolwent), Janu-

sza Schmude z Wydziału Matematyki i Informatyki (Najlepszy Student) oraz Marii Sobańskiej z Wydziału Sztuk Pięknych (Najlepszy Student-Sportowiec).

Tytuł Najlepszego Ucznia ZS UMK Gimnazjum i Liceum Akademickie odebrała Zofia Kaczmarek.

Uroczystość w Auli poprzedziło złożenie kwiatów przez Rektora i członków

Senatu UMK pod pomnikiem Mikołaja Kopernika na Rynku Staromiejskim

Transmisję na żywo z inauguracji roku akademickiego przeprowadziła UMK TV. <http://tv.umk.pl/>.

Dział Promocji i Informacji CM

fot. Andrzej Romański

Doctorat honoris causa UMK: prof. Konrad Koerner



Prof. Ernst Frideryk Konrad Koerner studiował na uniwersytetach w Getyndzie, Berlinie, Edynburgu i Giessen, a doktorat uzyskał w Vancouver.

Przez 25 lat pracował na uniwersytecie w Ottawie, po czym przeniósł się do Berlina i związał z Zentrum für Allgemeine Sprachwissenschaft. Jest wybitnym językoznawcą i historykiem językoznawstwa. Wśród jego licznych prac naukowych, tłumaczonych na wiele języków, znalazła się wielotomowa historia językoznawstwa obejmująca czasy od kultury sumeryjskiej po współczesność. Jest wydawcą kilkuset tłumaczeń, opracowań i wydań krytycznych prezentujących dorobek światowego językoznawstwa. Odrębnym obszarem zainteresowań Profesora Ko-

erner jest językoznawstwo polskie, ma nieocenione zasługi dla jego popularyzacji w światowej nauce.

Od wielu lat współpracuje z Wydziałem Filologicznym UMK, a w 2000 r. ustanowił specjalny fundusz przyznający granty dla studentów i pracowników toruńskiego uniwersytetu. Profesor Koerner urodził się w 1939 r. w Mlewcu koło Torunia w niemieckiej rodzinie zasłużonej dla historii Torunia (która w 1919 r. przyjęła polskie obywatelstwo, a ojciec służył w polskiej kawalerii). Pradziadek Profesora, Theodor Eduard Körner, był w latach 1842-1871 burmistrzem Torunia, jednym z inicjatorów budowy pomnika Kopernika.

Dział Promocji i Informacji CM

Najlepszy absolwent UMK: Joanna Siminska

Najlepszym Absolwentem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w roku akademickim 2015/2016 została mgr Joanna Siminska z Wydziału Nauk o Zdrowiu. Laureatka jest absolwentką studiów licencjackich na kierunku ratownictwo medyczne, wcześniej, w 2014 r. ukończyła studia magister-

skie na kierunku fizjoterapia, obecnie jest uczestniczką studiów doktoranckich z zakresu nauk medycznych.

Nasza absolwentka z całego okresu studiów osiągnęła średnią ocen 4,53 i ocenę bardzo dobrą z pracy dypl-

omowej. Aktywność badawcza Joanny Siminskiej obejmuje udział w ponad 60 konferencjach naukowych, głównie o charakterze międzynarodowym (we Włoszech, Niemczech, Austrii, Tajlandii, Stanach Zjednoczonych). Laureatka jest autorką 42 publikacji naukowych, a wśród zdobytych przez nią wyróżnień znajduje się m.in. I nagroda na International Medical Conference, (16-18.04.2015, Kraków) otrzymana za pracę „Palliative care, palliative surgery and the professional care of patient in the terminal stage of disease – do we really know everything about this terms?”.

Joanna Siminska aktywnie działała w Studenckim Kole Naukowym Rehabilitacji, współorganizowała Ogólnopolską Konferencję Doktorantów i Młodych Naukowców oraz konferencję Central European Conference on Regenerative Medicine w Bydgoszczy.

Dział Promocji i Informacji CM



Profesor Zegarski uhonorowany

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK, został uhonorowany za swoją działalność kliniczną i naukową, prestiżową nominacją na stanowisko Przewodniczącego Sekcji Nowoczesnych Techniek w Chirurgii Onkologicznej - Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej.

Profesor Wojciech Zegarski został także, podczas odbywającego się w dniach 6-8 października 2016 r. XI Sympozjum Polskiego Klubu Koloproktologii wybrany do Zarządu Głównego tego prestiżowego gremium zrzeszającego polskich chirurgów zajmujących się tematyką leczenia schorzeń jelita grubego. Profesor jest uznanym w kraju twórcą modelowych rozwiązań w zakresie nowoczesnych metod leczenia, diagnostyki i monitorowania pacjentów z rakiem jelita grubego. Profesor Wojciech Zegarski został wyróżniony jako twórca wiodącego w kraju ośrodka referencyjnego tzw. „Rectal Cancer Unit” cechującego się najwyższym stopniem implementacji nowoczesnych technik laparoskopowych, małoinwazyjnych i z zakresu

elektrochirurgii w Polsce. W ośrodku w ostatnich 15 latach w zakresie tylko samej chirurgii raka jelita grubego wykonano około 5000 zabiegów z czego 10% stanowiły zabiegi wykonane z wykorzystaniem nowoczesnych i innowacyjnych technik małoinwazyjnych.

Do docenionych osiągnięć profesora należy także m.in. organizacja i przeprowadzenie już XII edycji kursów laparoskopowych technik operacyjnych raka jelita grubego, w których uczestniczyło dotychczas 108 chirurgów z różnych ośrodków akademickich i oddziałów szpitalnych w kraju oraz organizacja VI edycji specjalistycznych konferencji „rak odbytnicy” odbywających się cyklicznie w Bydgoszczy. W działalności Profesora oba najbardziej znaczące w Polsce gremia zajmujące się tworzeniem rekomendacji i wytycznych w zakresie koloproktologii i chirurgii onkologicznej dostrzegły także przeprowadzenie przez prof. Zegarskiego wielu pokazowych zabiegów operacyjnych w kilku ośrodkach akademickich w Polsce z jednoczasową transmisją na żywo oraz prezentacje osiągnięć polskiej laparoskopii w chirurgii onkologicznej na świecie.



Członkostwo w międzynarodowej organizacji

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski kierownik Katedry Zdrowia Publicznego oraz dr n. o zdr. Anna Rosiek z Katedry Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK uzyskali miano członków the World Clinical Consultation & Collaboration Union na lata 2016-2017.

Nasi naukowcy uzyskując członkostwo w the World Clinical Consultation & Collaboration Union zostali uznani przez organizację skupiającą przedstawicieli świata naukowo-medycznego VIP WORLD MEDICAL za międzynarodowych specjalistów w dziedzinie nauk o zdrowiu.

Organizacja ta jest innowacyjną platformą skupiającą uznanych przedstawicieli świata medycznego z całego świata. Łączy szpitale, kliniki oraz inne instytucje naukowe, których nadrzędnym celem jest dostarczanie wiedzy oraz innowacyjnych rozwiązań diagnostycznych i terapeutycznych służących pacjentowi.

Praca naszych naukowców w ramach członkostwa obejmuje między innymi konsultacje kliniczne, współpracę z międzynarodowym środowiskiem naukowo-medycznym i szkolenia specjalistyczne dla przedstawicieli społeczności

medycznej z całego świata. Jest to kolejny przyczynek do tego, że Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK jest ośrodkiem naukowym docenianym i rozpoznawalnym na świecie.

Dział Promocji i Informacji CM



Chór Collegium Medicum ponownie na podium



W dniach 14-21 lipca 2016 r. Chór Collegium Medicum UMK wziął udział w IV Międzynarodowym Konkursie Chóralnym odbywającym się w dwóch miastach: Freamunde i Pacos de Ferreira w Portugalii.

Bydgoski Chór wystąpił w dwóch kategoriach: muzyki sakralnej i ludowej. W Festiwalu wzięło udział 11 chórów, w tym 8 portugalskich i trzy z Polski. Obok naszego wystąpiły również utytułowane zespoły Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Centrum Kultury w Poznaniu.

Chór Collegium Medicum UMK zaprezentował się znakomicie uzyskując trzecie miejsca w obu kategoriach oraz zakwalifikował się do Finału Konkursu, w którym wzięły udział trzy chóry polskie i jeden portugalski. Ostatecznie główną nagrodę zdobył zespół z Poznania.

Dla śpiewających Medyków to ogromne wyróżnienie, tym bardziej, że w bieżącym roku skład Chóru zmienił się w sposób radykalny (tak jak to bywa w chórach studenckich).

Bydgoski Zespół oprócz trzech koncertów konkursowych wystąpił również podczas trzech prezentacji w ramach Festiwalu, prezentując w zdecydowanej większości repertuar kompozytorów polskich.

Niezwykłym wydarzeniem i jednocześnie wielkim zaszczytem dla Zespołu był koncert w ramach liturgii w Bazylice SS. Trinda w Sanktuarium Maryjnym w Fatimie 19 lipca 2016 r., oklaskiwany przez rzeszę kilkuset pielgrzymów z całego świata.

Chór poprowadził jego dyrygent – prof. Janusz Stanecki. Kilka utworów poprowadził asystent dyrygenta – mgr Łukasz Hermanowicz.

Dział Promocji i Informacji CM



Wyróżniona praca magisterska

W trakcie X Przeglądu prac magisterskich z zakresu historii farmacji, organizowanego przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne i Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, nasz absolwent mgr farm. Dominik Babis zaprezentował swoją pracę magisterską.

Absolwent Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medium w Bydgoszczy mgr farm. Dominik Babis zaprezentował pracę pt. „Leki naturalne stosowane w leczeniu górnych dróg oddechowych do XVIII wieku”, której opiekunem naukowym była dr hab. Walentyna Korpalska, kierownik Zakładu Historii Medycyny i

Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medium w Bydgoszczy.

Nagrodą w Przeglądzie była publikacja artykułu naukowego zaakceptowanego przez Radę Naukową, który ukazał się w numerze nr 6 (290) Gazety Farmaceutycznej z czerwca 2016 r.

Dział Promocji i Informacji CM

Młodzi naukowcy docenieni

Pracownicy naukowcy naszej uczelni znaleźli się w gronie wyróżnionych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego wybitnych młodych naukowców.

W gronie reprezentantów Collegium Medicum znaleźli się dr n. med. Maciej Nowacki, asystent w Katedrze Chirurgii

Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz dr n. farm. Krzysztof Goryński, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej Wydziału Farmaceutycznego.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznał blisko 32 mln zł na finansowanie stypendiów naukowych

dla wybitnych młodych naukowców prowadzących wysokiej jakości badania i posiadających bogaty dorobek naukowy w skali międzynarodowej. W konkursie rozpatrzono 1137 wniosków, a laureaci będą otrzymywali 5.390 zł miesięcznie przez okres 3 lat.

Dział Promocji i Informacji CM

Nowi prezesi towarzystw: Andrzej Marszałek i Arkadiusz Jawień

Polskie Towarzystwo Patologów

Prof. dr hab. Andrzej Marszałek, kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii Klinicznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy, w trakcie XX Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Patologów w Warszawie (2-4.06.2016 r.) został wybrany na stanowisko Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów na kadencję 2016-2019.

Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej

Profesor dr hab. Arkadiusz Jawień, kierownik Katedry Chirurgii Naczyniowej i Angiologii na Wydziale Lekarskim oraz Dyrektor Centrum Kształcenia w Języku Angielskim w Collegium Medicum UMK, został wybrany Prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. Obecnie jest prezesem elektem, a władzę obejmie na lata 2018-2020.

Profesor Jawień jest również prezydentem Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej (European Society for Vascular Surgery - ESVS). Stanowisko prezesa w Polskim Towarzystwie Chirurgii Naczyniowej niewątpliwie ułatwi Przygotowanie Europejskiego Zjazdu Chirurgów Naczyniowych, który zaplanowano w 2020 roku w Krakowie.

Dział Promocji i Informacji CM

Da Vinci już operuje!

W sierpniu br. w szpitalu w Toruniu wykonano pierwszą prostatektomię radykalną (wycięcie prostaty) przy udziale robota, a 1 września pierwsze w Polsce przy asyście robota wycięcie pęcherza moczowego z powodu raka u mężczyzny (cystoprostatektomia radykalna). Operował prof. Tomasz Drewna, asysta – dr Witold Mikołajczak, dr Przemysław Adamczyk, pielęgniarki instrumentariuszki – Iwona Strzelecka oraz Izabela Czyżniewska. Znieczulenie przy obu zabiegach prowadziła dr Elżbieta Radecka-Adamska.

Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu jest pierwszym oddziałem urologicznym w Polsce dysponującym robotem chirurgicznym da Vinci. Jest to drugi taki system w Polsce. Zakup wartego 7 mln robota był możliwy dzięki 33 mln zł grantu, który zdobył zespół naukowców kierowany przez prof. Tomasza Drewnę w konkursie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na projekty w ramach Strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych pt. „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – Strategimed.

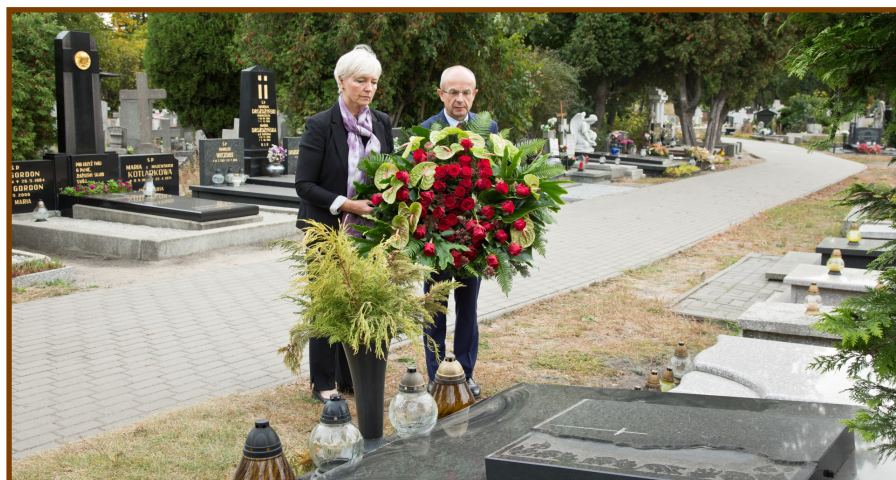
Prof. Tomasz Drewna jest kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr. 1 im. Jurasza CM UMK. Bydgoska Klinika specjalizuje się w leczeniu chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego, tj. prostaty, pęcherza moczowego, nerek, nadnerczy, jader i prącia. Posiada możliwości wykonywania wszystkich operacji z zakresu urologii. Operacje od-

bywają się codziennie na dwóch salach operacyjnych – na nowoczesnym bloku głównym oraz na sali operacyjnej znajdującej się w Klinice – po kapitalnym remoncie i wymianie sprzętu w 2016 r. Na Oddziale pracuje 14 doświadczonych lekarzy urologów, w tym 7 specjalistów w dziedzinie urologii oraz 7 rezydentów.

Primum Non Nocere październik 2016 s. 5



W hołdzie



30 września 2016 r. władze rektorskie w hołdzie pamięci, złożyły kwiaty na grobach rektorów naszej uczelni.

Prorektor ds. Collegium Medicum, Prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska oraz Prorektor ds. Badań Naukowych, Prof. dr hab. Jacek Kubica w imieniu całej społeczności akademickiej złożyli kwiaty na grobach Profesora Jana Domaniewskiego oraz Profesor Danuty Miścickiej-Śliwki, byłych rektorów naszej uczelni.

Dział Promocji i Informacji CM

Pożegnanie: dr Bronisław Żurawski

W wieku 83 lat zmarł dr Bronisław Żurawski, emerytowany pracownik Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, wieloletni prezes Związku Nauczycielstwa Polskiego przy UMK, jeden z głównych inicjatorów i współtwórca komputeryzacji UMK.

Dr Bronisław Żurawski był absolwentem fizyki na UMK. Pracę doktorską pod kierunkiem Wiesława Woźnickiego pod tytułem „O wpływie oddziaływania konfiguracyjnego w uogólnionej metodzie swobodnego elektronu” obronił w roku 1969. W tym roku zawodowo związał się z UMK, najpierw jako adiunkt w Instytucie Fizyki (do 1976), potem jako

dyrektor Ogólnouczelnianego Ośrodka Obliczeniowego (1976-1988) i kierownik Zespołu Sieci Komputerowych (1988-1992). W latach 1975-1988 pełnił funkcję pełnomocnika rektora ds. rozwoju zastosowania metod informatycznych i technologiczno-obliczeniowych (1975-1988). Od 1993 roku był zatrudniony na etacie starszego wykładowcy w Katedrze, a potem Instytucie Bibliotekoznawstwa i Informacji Naukowej, gdzie pełnił funkcję kierownika Pracowni Metod Komputerowych.

Dr Bronisław Żurawski od 1952 roku był członkiem Związku Nauczycielstwa Polskiego przy UMK, a od 1999 – nieprzerwanie – prezesem uczelnianego Zarządu Związku. Przez wiele kadencji

zasiadał w Senacie UMK – jako członek, a później jako przedstawiciel ZNP.

Naukowo zajmował się strukturą elektronową cząsteczek, elementarnymi procesami reakcji chemicznych, rolą korelacji elektronowej i jej wpływem na reaktywność chemiczną, sieciami komputerowymi i optymalizacją zasobów informatycznych w sieciach, bankami danych dla potrzeb nauki, ich strukturą i metodami tworzenia. Był autorem ponad stu publikacji naukowych, raportów technicznych, opracowań badawczych i publicystycznych oraz referatów z dziedziny chemii, fizyki teoretycznej, informatyki, kształcenia kadr, bibliotekoznawstwa i informacji naukowej.

Działalność naukowa, dydaktyczna i organizacyjna dr. Bronisława Żurawskiego była wielokrotnie doceniana: był stypendystą Fundacji Alexandra von Humboldta, został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, otrzymał Medal Komisji Edukacji Narodowej oraz wielokrotnie nagrody i wyróżnienia rektora oraz medale i ordery Związku Nauczycielstwa Polskiego.

Uroczystości pogrzebowe odbyły się 9 sierpnia 2016 roku. Msza święta żałobna odprawiona została o godz. 13.00 w kościele Matki Boskiej Zwycięskiej w Toruniu przy ul. Podgórznej, natomiast ceremonia pogrzebowa po nabożeństwie odbyła się na cmentarzu św. Jerzego, przy ul. Gałczyńskiego.

Dział Promocji i Informacji CM



dr Bronisław Żurawski

Mój Tato

W pierwszą rocznicę śmierci Profesora Zygmunta Mackiewicza

Magdalena Mackiewicz-Milewska

Mój Tato

*Ty, który każdego dnia kładziesz
na moim czole czule rękę
Ty, który każdego wieczora dajesz
mi całusa,
który pozwala mi spać spokojnie
Ty, którego słowa
rodzą we mnie bezgraniczne zaufanie
Dzisiaj jak wczoraj i jutro –
nawet gdy Ciebie tu nie będzie
Zachowam na zawsze
w najgłębszych zakamarkach duszy
spokój twojej obecności
I cicho powiem raz jeszcze:
Gdybyś wiedział, jak bardzo
Cię kocham,
Tato!*

Pierre Vaussais

ł. Magdalena Mackiewicz-Milewska

Wiersz ten w oryginale, po francusku, kupiłam Tacie w jednym z zamków nad Loarą wiele lat temu. Bardzo mu się spodobał, oprawił go i powiesił w swoim pokoju. Zresztą umiejętność doceniania małych przyjemności, które robili mu bliscy, była typowa dla mojego Taty – umiał się cieszyć z każdego drobiazgu.

Jaki był mój Tato? Na pewno kochany, szlachetny, czuły, przyjacielski, oddany rodzinie, nie małostkowy – był po prostu niezwykłym człowiekiem. We wczesnym dzieciństwie nie zauważałam tej niezwykłości, był raczej ojcem zapracowanym. Przed oczami mam widok Taty śpiącego na tapczanie po dyżurze, podczas gdy my z siostrą hałasowałyśmy w najlepsze, często z koleżankami, bo dom zawsze był otwarty dla naszych przyjaciół. Nigdy nie słyszałam od Taty: odejdz, przyjdź później, pozwól chwilę odpocząć. Dopiero gdy sama zaczęłam dyżurować, zrozumiałam, jak ciężka jest to praca i jaki musiał być zmęczony (po dyżurze nie wracał rano do domu, tylko czekał go normalny dzień w pracy, a potem często praca w ambulatorium chirurgicznym). Zawsze starał się mieć czas dla nas, córek, choć oczywiście duża w tym zasługa Mamy, która zwolniła Tatę ze wszystkich przyziemnych obowiązków domowych. Nasz dom w Poznaniu, gdzie spędziłyśmy z siostrą dzieciństwo, był domem bardzo szczęśliwym, radosnym, bezpiecznym.

Z czasem, jak dorastałam, zaczęłam do-

strzegać, że mój Tato był wyjątkowym człowiekiem. Ta wyjątkowość związana była m.in. ze sposobem postrzegania świata – potrafił doceniać piękno nawet w najdrobniejszych rzeczach, rozległością zainteresowań, szeroką wiedzą historyczną, szlachetnością. Umiał spojrzeć dalekowzrocznie na wiele spraw, nie przejmując się błahostkami, które tak często uprzykrzają codzienność. Był bardzo otwarty w kontaktach międzyludzkich, właściwie wszystkie osoby z mojego otoczenia lubiły Go i szanowały, czego dowodem jest to, że moi przyjaciele byli również jego przyjaciółmi.

Tato był zapalonym podróżnikiem. Uwielbiał odkrywać zarówno dalekie kraje, jak i Polskę. Zawsze się do podróży skrupulatnie przygotowywał – czytał przewodniki, historię kraju, do którego jechaliśmy, i potem nam to wszystko opowiadał. Zresztą, wiedzę historyczną, a także dotyczącą kultury innych narodów miał ogromną. Imponował mi tym niesamowicie.

Miałam to szczęście, że mogłam podróżować z Tatą również w życiu dorosłym. Pamiętam doskonale nasz ostatni wspólny dalszy wyjazd – do Rzymu w listopadzie 2014 z mamą, siostrą i moimi synami. Był to cudowny czas spędzony wspólnie. Wspólną pasją, którą zaszczerpił nam Tato były nie tylko podróże, ale także narciarstwo. Rodzinne (dzieci i wnuki) wyjazdy na narty sprawiały nam wszystkim mnóstwo radości i był to niezapomniany czas dla nas wszystkich.

Kiedy pojawili się na świecie moi syno-

wie, a wcześniej syn siostry – Tato bez reszty był im oddany. Odkrywał przed nimi tajemniki przyrody, zabierając na liczne wybieżki do lasu, opowiadał o historii, rozmawiał na temat ich pasji, marzeń. Zawsze z dużym zrozumieniem, miłością dawał im rady, jeśli o nie prosili, martwił się, gdy były problemy i próbował widzieć zawsze jakieś światełko w tunelu i drogę wyjścia z trudnych sytuacji. Zresztą, miał niesamowitą umiejętność – potrafił patrzeć dalekowzrocznie. Muszę tu powiedzieć, że Dziadka wszystkie wnuki niezwykle szanują, kochają i są z Niego dumne.

Wspólne rozmowy z Tatą często dotyczyły pracy w szpitalu. Radziłam się go wielokrotnie, co by zrobić w takiej a takiej sytuacji, i zawsze jego rady były dla mnie cenne. Imponował mi jego stosunek do pacjentów – rozmawiał z nimi zawsze z szacunkiem, cierpliwością i przesłaniem, że skoro zwrócili się do niego o pomoc, to musi im pomóc. Jeśli nie może w danej kwestii sam tego zrobić, to należy chorego skierować w konkretne miejsce. Wielokrotnie wykorzystywał prywatne kontakty z kolegami po fachu z całej Polski i zagranicy, wysyłając do nich swoich chorych, zazwyczaj z listem intencyjnym.

Wdzięczna jestem losowi, że mogłam mieć tak wspaniałego Tatę, a moje dzieci – Dziadka.

dr Magdalena Mackiewicz-Milewska jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Rehabilitacji

Tekst ukazał się również w „Primum Non Nocere” z października 2016 r., s. 16-17



Z żoną, córkami i wnukiem w Rzymie

Mosiężne tablice w Mühlbergu

Wojciech Szczęsny

Mühlberg to mała wioska w Turynii. Łatwo ją znaleźć jadąc autostradą A4. Wokół, na trzech wzgórzach widnieją ruiny zamków, kiedyś zapewne strzegących tego szlaku, dziś pokrytego asfaltem.

W sąsiedniej miejscowości o dziwnej nazwie Wandersleben jest miły i niedrogi hotel. Istotnie mnóstwo tu turystów rowerowych i pieszych, pędzących owo wędrowne życie. Na skwerze, w pobliżu kościoła znajduje się pomnik poległych w Wojnie Światowej. O wiele więcej takich pomników, można spotkać we Francji. W małych miasteczkach na rynku zazwyczaj zobaczymy postać żołnierza idącego do ataku, trzymającego w górze trójkolorowy sztandar. Raz tylko widziałem wersję „niebohaterską”. Była to figura matki stojącej nad grobem syna. Przed mühlberskim obeliskiem dodano dwie tablice. Widać, że są nowe i to nie tylko ze względu na to, że dotyczą tej drugiej wojny. Pojawiły się, gdy już można było mówić, że Niemcy „z NRD” też służyli w Wehrmachcie i Waffen SS.

Te tablice to lista zabitych w tej wojnie mieszkańców Mühlbergu. W 1939 r. w niedalekiej Polsce poległ jeden żołnierz. Można by puścić wodze fantazji i odtworzyć wydarzenia owego ciepłego września. Rodzinę poległego, za poszerzenie należnej Niemcom (co uświadomił im sam Adolf Hitler) przestrzeni życiowej, zapewne otoczono szacunkiem i współczuciem. Ciało bohatera z honorami wojskowymi pochowano na pobliskim cmentarzu.

Jego koledzy parli dalej zmieniając oblicze żydowsko-masońskiej Europy. Nieśli jej prawdziwe wartości chrześcijańskie. Na pasach mieli napisane „Gott mit uns”. W jego wiosce na szczęście nie było już Żydów. Jeszcze w 1941 wywieziono ich gdzieś tam, gdzie zdaniem mieszkańców tej spokojnej miejscowości, powinni być. Wcześniej ich sklep przejęła aryjska rodzina. O takich sprawach mówił w radio dr Gobbels. To dzięki niemu zrozumieli kto zabiera im pracę i ziemię. Dopiero silne rządy, oparte na wartościach, położyły temu kres. Za czasów naszego bohatera kampanii „Fall Weiss” nie było jeszcze T-shirtów z odlotowymi napisami. Kto wie, może gdyby były, nosiłby niemieckojęzyczną wersję napisu „Śmierć wrogom ojczyzny”.

W 1940 i 1941 ofiar na tablicy jest już rocznie kilkanaście. Powtarzają się te same nazwiska i tylko dwa a czasami trzy różne imiona. Bracia, ojcowie i synowie, kuzyni.... Następne lata to jeszcze więcej zabitych. Najwięcej w 1944. Tych zapewne pochowano tam gdzie zginęli, pospiesznie. Ich wioska zajęta była już przez Rosjan. Większość dziewcząt została zgwałcona. Wójtą Sowietów rozstrzelali pod płotem. Wrócił też niewiadomo skąd Kurt. Już przed wojną szeptano, że sympatyzuje z czerwonymi. Nie było dowodów, a on pewnego dnia zniknął. Dziś ogłosił się nowym wójtem i wieczorami pije bimbler z oficerami NKWD. Wilhelm, który akurat w czasie wkraczania Sowietów był na urlopie zdążył uciec. Da Bóg, odda się w niewolę Amerykanom.



Nic mu nie robią, wykonywał tylko rozkazy. Nim wyjechał opowiadał o wschodniej swołoczy. Mówił, że większość z nich to brudasy i nieuki. Cyganie, Żydzi, Kałmucy. Można mu wierzyć, bo służąc w Buchenwaldzie, widział wiele.

Ku memu początkowemu zdziwieniu tablice obejmują również lata 1946-1947. Dopiero po chwili uświadomiłem sobie, że to ci, którzy zmarli w sowieckich łagrach. Istotnie udało się im zejść daleko na wschód.

Mosiądzu w Niemczech widać nie brakuje. W kilku miasteczkach zauważyłem wykonane z tego metalu kostki brukowe, takie o wymiarach 10x10 cm. Początkowo sądziłem, że są to pieczęcie świadczące o ubezpieczeniu domu od ognia. Można spotkać takie w Polsce, tyle że białe w mur. To na wypadek, gdyby w pożarze spłonęły papierowe dokumenty. Dopiero gdy się pochylimy nad tymi niemieckimi, możemy przeczytać wygrawerowane napisy. Głoszą one, że w domu naprzeciw do 1940 lub 1941 mieszkali np. Solomon i Rachela Lebensteinowie nim wywieziono ich do Trebłinki. Takich kostek jest sporo. W każdym miasteczku kilkanaście. Mało kto je zauważa. W Niemczech nie trzeba patrzeć pod nogi. Kostka brukowa ułożona jest równo. Porządnie.

Na pomniku w Mühlbergu jest jakiś napis. Za słabo znam niemiecki, żeby go dobrze przetłumaczyć, ale wydaje mi się, że brzmi, a może powinien brzmieć tak: „Kto nie uczy się historii, skazany jest na jej powtarzanie”.

dr Wojciech Szczęsny jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej



Miasteczko Mühlberg, Turynia, Niemcy

Pożegnanie z... pielęgniarstwem

Mirosława Kram

Przychodzi taki czas. Przyczyny są prozaiczne. Zmiana „aktywności zawodowej i tym samym życiowej” oraz w niedalekiej przyszłości zmiana miejsca zamieszkania – z miasta na pałucką wieś otoczoną sosnowymi lasami, położoną nad jeziorem, mając za sąsiadów mieszkańców od zawsze tam „mieszkających” jak i napływowych.

Z bydgoskim pielęgniarstwem związana byłam całe moje życie zawodowe. Od pracy jako pielęgniarka w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, poprzez pracę jako nauczyciel zawodu w Liceum Medycznym Pielęgniarstwa po ukończeniu Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na Wydziale Pielęgniarstwa do pracy w Collegium Medicum UMK jako nauczyciel akademicki.

Początki

Mój pierwszy artykuł w Wiadomościach Akademickich ukazał się w 10 numerze w 2003 roku. I potem zachęcona przez sekretarza pisma pisałam następne, następne. Starałam się, aby każdy z nich popularyzował pielęgniarstwo – szeroko rozumiane. A więc jako zawód, działalność praktyczną czyli pielęgnowania, jako system kształcenia, przedmiot nauczania i dziedzina naukowa. Napisałam ponad 50 artykułów. Najważniejsze i najciekawsze ujęłam w alfabet czyli

Od A do Z

Asertywność – czyli stanowczo, łagodnie, bez lęku. Oznacza wiarę w siebie, ale jednocześnie szacunek dla uczuć i potrzeb innych, oznacza szukanie nowych dróg wyrażenia swojego „ja”, oznacza uczciwość i szacunek wobec siebie i otoczenia. Być asertywnym, znaczy zachowywać się w sposób, który pozwala działać we własnym, najlepiej pojętym interesie, czyli stanowczo, łagodnie, bez lęku. Teoretycy asertywności określają ją jako złotą ścieżkę między agresywnością a uległością... (WA nr 22).

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

jest usystematyzowanym procesem badawczym mającym na celu rozwój wiedzy z zakresu ważnych elementów zawodu pielęgniarstwa, praktyki pielęgniarstwa, edukacji, zarządzania a tym samym dążącym do odkrycia nowych zależności, podejmowania prób poszerzenia istniejących już badań... (WA nr 48).

Czasopisma zawodowe w pielęgniarstwie. Na rynku wydawniczym w Polsce aktualnie ukazują się kilka czasopism dla pielęgniarek. Mają one różną rangę: od magazynu popularno-naukowego do czasopism naukowych. Wszystkie one są cennym źródłem wiadomości koniecznych w opracowywaniu artykułów i prac naukowych a także w codziennej pracy zawodowej. Systematyczne czytanie zawodowych czasopism jest oznaką kultury zawodowej pielęgniarki... (WA nr 46).

Dylematy językowe w pielęgniarstwie. Pielęgnowanie czy pielęgnacja? Prof. Miodek w książce „Rzecz o języku” z 1983 roku pisze: „Czasownik pielęgnowanie... wywodzi się z języka niemieckiego i nie ma formalnego uzasadnienia dla tej postaci czasownika w języku polskim. Pielęgnowanie to jedynie dopuszczalna forma!”. Przyjęcie na oddział czy w oddział? Zostać przyjętym do szpitala, czy trafić do szpitala? Pielęgniarka czy siostra?... (WA nr 24).

Ewaluacja zajęć dydaktycznych. Nieodzownym elementem nowoczesnego procesu dydaktycznego (oprócz sprzętu multimedialnego oraz stosowania aktywizujących metod nauczania) staje się ewaluacja; z fr. evaluation – oszacowanie, określenie wartości. Definicją wyjściową jest „Ewaluacja to proces zbierania danych i ich interpretacja w celu podejmowania decyzji”. Wg zespołu specjalistów z zakresu pedagogiki w USA: „Ewaluacja to systematyczne badanie wartości i korzyści danego obiektu”... (WA nr 10).

Funkcje zawodowe pielęgniarki. Jest to zespół złożonych zadań i szczegółowych czynności, które podejmowane są na rzecz określonego celu. Czynności zawodowe są elementami zadania i wykonywane są po to, aby realizować zadanie i osiągnąć określony cel. Wywodzą się z istoty i misji pielęgniarstwa i pozostają takie same bez względu na miejsce, czas świadczenia i środki, którymi pielęgniarka dysponuje. Najważniejsze z nich to funkcja opiekuńczo-pielęgnacyjna i te-

rapeutyczna... (WA nr 41 i 42).

Gorączka i ból – najczęstsze objawy chorobowe w pediatrii. Dziecko chore potrzebuje ciepła, troskliwości i opiekuńczości. Daje mu to poczucie bezpieczeństwa i stanowi wsparcie w chorobie. Najlepszym miejscem dla chorego dziecka jest zawsze dom rodzinny. Niektóre jednak choroby wymagają hospitalizacji. Jeśli lekarz przedstawia rzeczywiste wskazania do leczenia szpitalnego, to rodzice nie powinni się przed nimi bronić... (WA nr 59).

Historia pielęgniarstwa. Medal F. Nightingale. Twórczynią nowoczesnego pielęgniarstwa była Angielka Florence Nightingale. Urodziła się w 1820 roku we Florencji (stąd jej imię). Wielką jej zasługą jest podniesienie pielęgniarstwa świeckiego do rangi zawodu oraz uznanie potrzeby systematycznego kształcenia. Założyła pierwszą w świecie szkołę pielęgniarstwa w 1860 roku w Londynie przy szpitalu św. Tomasza. Od tego momentu pielęgniarstwo nabrało charakteru świeckiego, stało się przedmiotem nauczania i kształcenia, stało się zawodem, sięgnęło podstaw naukowych... (WA nr 57).

Identyfikacja potrzeb. Wszystkie potrzeby mają określoną siłę. Powoduje to, że dla każdego człowieka tworzy się hierarchia potrzeb. Na samym jej szczycie znajdują się potrzeby najważniejsze, dominujące i wyznaczające zasadniczy kierunek działania. Poniżej są potrzeby drugo- i trzecioplanowe, a na samym dole są te potrzeby, których siła jest tak mała, że u konkretnego człowieka odgrywają znikomą rolę w jego postępowaniu. Ludzie bardzo różnią się pomiędzy sobą hierarchią owych potrzeb i trudno jest stwierdzić jaka hierarchia jest najbardziej właściwa... (WA nr 39).

Jatrogenia. „Jatrogenia” – oznacza – gr. jatro- 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 pacjenta... (WA nr 53).

Kultura zawodowa pielęgniarki. Kultura zawodowa wpływa na to, jak zachowujemy się w pracy, jak dbamy o pacjentów.

Czujemy się o wiele swobodniej i pewniej na oddziale, w którym panują dobre relacje i istnieje dobry przepływ informacji. W takiej atmosferze jesteśmy pełni energii i chce się nam dawać z siebie to co najlepsze. Kultura kontaktów to pierwszy krok do dobrej współpracy między członkami zespołu terapeutycznego ... (WA nr 49).

Licencjackie prace. Proces badania naukowego kończy się upowszechnieniem wyników, które przyjmują postać pisemnego opracowania – pracy dyplomowej, np. pracy licencjackiej, magisterskiej. Obowiązek dokonania pisemnego opracowania zawarty jest w regulaminie studiów. Łączy się także ze społecznym celem nauki... (WA nr 52).

Metody aktywizujące w nauczaniu pielęgniarstwa. Metody te angażują umysł, wolę, emocje i zmysły, szczególnie wzroku i słuchu; sprzyjają samodzielnemu myśleniu i działaniu, pobudzają pozytywną motywację do uczenia się. Z tego co się słyszy zapamiętuje się 10%, z tego co się widzi 20%, z rozmów i dyskusji 40%, a z tego co się robi aż 90%. Zamiast podawać gotowe informacje należy zachęcać studentów do stawiania pytań, samemu stawiać sobie pytania i tym samym poszukiwać odpowiedzi na nie... (WA nr 12).

Nowotworowa choroba u dziecka. Dzieci cierpiące z powodu nowotworu stanowią niejednorodną grupę pacjentów pod względem rodzaju choroby, metod leczenia i rokowania. Wszystkie jednak są obciążone, w znaczeniu fizycznym i psychicznym samą chorobą i jej leczeniem... (WA nr 26).

Opiekuńczość, troskliwość w pielęgniarstwie. Opiekuńczość w pielęgniar-

stwie zawodowym wywodzi się z wyrazu „opieka” jako najstarszej formy aktywności międzyludzkiej. Synonimami opieki są: w postaci rzeczownikowej: „troska, dbanie o kogoś, dogłębne, pilnowanie kogoś, strzeżenie”; w postaci czasownikowej: „sprawowanie opieki nad kimś, nad czymś, troszczenie się, zajmować się kimś, czymś”; w formie przymiotnikowej „wraża dbałość, troskliwość osoby opiekuna podczas opiekowania się”... (WA nr 36).

Pielęgniarka i jej psychoterapeutyczna rola w opiece nad dzieckiem. Pielęgniarka pełniąc rolę psychoterapeutyczną musi być wrażliwa na komunikaty płynące od dziecka. Umiejętność rozumienia i wczucia się w stan innej osoby jest treścią empatii. Pielęgniarka skłonna do empatii i potrafiąca przyjmować cudzą perspektywę jest postrzegana jako osoba ciepła, miła i... (WA nr 20).

Rola zawodowa pielęgniarki. Podstawą pełnienia roli zawodowej pielęgniarki są kwalifikacje zawodowe (wykształcenie), przepisy prawne i kodeks etyczno-deontologiczny, cechy osobowości bio i psychogenne, system ochrony zdrowia oraz identyfikacja zawodowa z pełnioną rolą pielęgniarki, tj. utożsamienie własnych interesów i własnych wartości z interesami oraz wartościami grupy zawodowej... (WA nr 54).

Studium przypadku. Metoda ta wykorzystywana jest zarówno w nauczaniu pielęgniarstwa, sprawdzaniu efektów nauki, w pracy zawodowej, jak i przy badaniu rzeczywistości metodami naukowymi. Wszelchność studium przypadku sprawia, że może być ono z dużą korzyścią włączane do praktyki

pielęgniarskiej... (WA nr 37).

Trudne sytuacje w pracy pielęgniarki. Źródłem tych sytuacji są także stosunki międzyludzkie. W tym znaczeniu wyrażają się one w braku umiejętnego otwartego komunikowania się i współpracy w zespole, nierzadko braku znajomości oczekiwań członków zespołu terapeutycznego. Trudności we współpracy z pacjentem i jego rodziną są poważnym źródłem stresu... (WA nr 45).

Umieranie i śmierć dziecka. Śmierć dziecka, w jakimkolwiek jest ono wieku, odbiera się jako zdarzenie wbrew naturze. Nawet nie ma słowa by wyrazić stratę dziecka – takie jest to nienaturalne. Stratę rodzica określa się jako pólserstwo, stratę małżonka - wdowieństwo, stratę dziecka - ?... (WA nr 19).

Współczesne pielęgnowanie. Rozumiane jest jako działalność praktyczna (pielęgowanie) oraz teoretyczna (dyscyplina naukowa) i która rozwija się u boku nauk medycznych i humanistycznych. Działalność ta jest samodzielną, opartą na podstawach teoretycznych, zasadach ogólnych i szczegółowych postępowania pielęgniarstwa, a także na zasadach etycznych i moralnych... (WA nr 28).

Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego. Rozpoczął działalność 1 września 1999 r. w ramach Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Pierwszym kierownikiem Zakładu został prof. dr hab. Mariusz Wysocki. W pierwszych miesiącach funkcjonowania Zakładu skupiano się głównie na działalności dydaktycznej. Opracowywano programy nauczania na seminaria i ćwiczenia kliniczne dla 4-letnich studiów magisterskich dziennych. Miejscem odbywania zajęć praktycznych była i jest do dziś Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, której bazą w tamtym okresie był Wojewódzki Szpital Dziecięcy... (WA nr 33).

Podsumowanie

Pragnę serdecznie podziękować za 13 lat współpracy. Podziękowania szczególnie kieruję do dr. Krzysztofa Nierzwickiego - Redaktora Naczelnego Wiadomości Akademickich oraz niezwykle życzliwej i koleżeńskiej Sekretarz Redakcji – mgr Moniki Kubiak, a także do szerokiej rzeszy Czytelników moich artykułów.

Z wyrazami szacunku

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego



dr Mirosława Kram ze studentami kierunku pielęgniarstwo na zajęciach praktycznych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Pierwsze w regionie i drugie w Polsce krzyżowe przeszczepienie nerek

13 września 2016 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy odbyło się pierwsze w regionie i drugie w Polsce krzyżowe przeszczepienie nerek w ramach Programu Wymiany Par. W procedurze brały udział dwa małżeństwa, w których panowie oczekiwali na przeszczepienie nerki, a ich żony nie mogły oddać im swoich nerek. Okazało się jednak, że jest możliwość przeszczepienia nerek w ramach Programu Wymiany Par. Dzięki temu jedna z żon mogła podarować nerkę mężowi z drugiej pary i na odwrót. Wszystkie zabiegi przebiegły pomyślnie.

Nad czwórką pacjentów czuwały kilkunastoosobowe zespoły lekarzy i pielęgniarek specjalności: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia, choroby wewnętrzne, nefrologia, transplantologia i urologia oraz pielęgniarki operacyjne. Przygotowania do zabiegu trwały od grudnia 2014 roku kiedy to zgłosiła się do specjalistów pierwsza z par. Druga para zgłosiła się w lipcu 2015 roku i od tego czasu trwały badania, kwalifikacje i przygotowania do wykonania pobrań i przeszczepień.

Jedną z nerek pobrano metodą laparoskopową (pobrania dokonali prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa – Kierownik Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza oraz dr



teckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza oraz dr Piotr Jarzemski – Ordynator Oddziału Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy). Drugi zespół w tym samym czasie pobierał nerkę metodą klasyczną (prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk, Kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz dr Marek Masztalerz – transplantolog z Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza).

Wszczepienia nerek dokonywały kolejne zespoły: prof. Zbigniew Włodar-

czyk oraz dr Marek Masztalerz oraz dr hab. n. med. Maciej Słupski – Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Wątroby Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza i dr Emilia Wojtal – chirurg z Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej wraz z asystami.

Koordinację kwalifikacji pacjentów oraz zabiegów pobrań i przeszczepień przeprowadziła dr n. med. Aleksandra Woderska – regionalny koordynator pobierania i przeszczepiania narządów.

Dział Promocji i Informacji CM

Witaminy (nie) tylko na zdrowie

Marek Jurgowiak

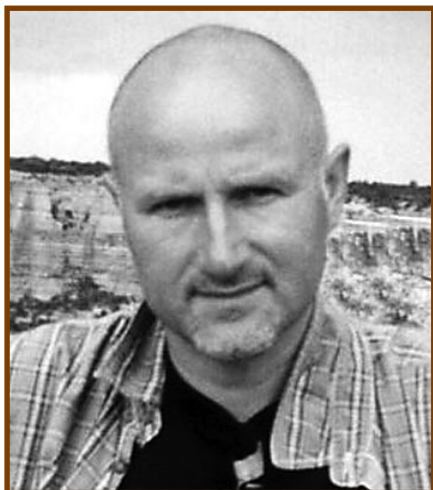
Kobiety będące w ciąży podatne są często na sugestywne reklamy mówiące, że w trosce o własny i dziecka organizm należy przyjmować dodatkowe porcje witamin i mikroelementów. Najnowsze badania obalają ten upowszechniany mit i wykazują, że przyjmowanie multiwitamin przez ciężarne – nie przynosi żadnych korzyści ani matce, ani dziecku, a czasem może być nawet niebezpieczne. Wyniki tych badań opublikowano niedawno w „Drug and Therapeutics Bulletin” (DTB).

Producenci suplementów przekonują, że prawidłowe odżywianie to zbyt mało i niezbędne jest przyjmowanie suplementów diety i różnych preparatów multiwitaminowych. Brytyjscy autorzy wspomnianych badań są zgodni, że jedynymi suplementami wartymi zalecenia kobietom ciężarnym są kwas foliowy i witamina

D. Przy wszystkich stwierdzonych zaletach działania, oba preparaty są też obecnie stosunkowo tanie. Zresztą kwas foliowy obligatoryjnie zalecany jest od dawna kobietom planującym zajście w ciążę i ciężarnym. To efekt wiedzy, że wpływa on na prawidłowy rozwój układu nerwowego. Zapobiega przy tym uszkodzeniom cewy nerwowej. Kwas foliowy stymuluje także procesy krwiotwórcze. W postaci kwasu tetrahydrofoliowego uczestniczy w syntezie zasad purynowych i pirymidynowych, a także niektórych aminokwasów – seryny, metioniny, histydyny. Przyczynia się do syntezy cholicy.

Nieco mniej poznana dotychczas witaminą był cholekalcyferol (wit. D3). Obecnie obserwujemy rozkwit badań i zainteresowania tą witaminą. Powstaje w naszym organizmie z 7-dehydrocholesterolu w skórze pod wpływem promieniowania UVB,

a dalej w wątrobie i nerkach uzyskuje aktywną postać, ale również, choć w niewielkim stopniu, jest przyswajana z pokarmów. Ryby morskie, a zwłaszcza trany są bogatymi źródłami cholekalcyferolu. Odkrycie receptora witaminy D3 (receptor wewnętrzkomórkowy VDR) w większości ludzkich komórek sugeruje jej uniwersalną rolę jako regulatora ekspresji genów aktywnych w większości tkanek (także pozaszkieletowych) naszego organizmu. Co ciekawe przy tym – istnieją badania wskazujące, że silniejsze mięśnie mają 4-letnie dzieci, których matki w ciąży wykazywały wyższy poziom witaminy D3. Obecnie wiemy, że cholekalcyferol zapewnia nie tylko rozwój i sprawne działanie układu ruchu, ale ma wpływ na właściwe funkcjonowanie układu odpornościowego organizmu. Coraz więcej doniesień wskazuje także na



związek wit. D z funkcjonowaniem układu sercowo-naczyniowego i właśnie układu immunologicznego. A takie choroby jak cukrzyca czy nowotwory związane są z zaburzonym metabolizmem lub niedoborami cholekalcyferolu.

Jeśli nasza wiedza uzasadnia przyjmowanie dodatkowych porcji obu dobroczynnych witamin, to suplementacja taka powinna być bezpieczna. Zaleca się, aby dobową dawkę kwasu foliowego wy-

nosiła 400 mikrogramów, a witaminy D odpowiednio 10 (niektóre źródła podają 12) mikrogramów. Co ciekawe, wysoką zawartością folianów cechuje się owoc pomarańczy. Zagęszczony sok to bogate ich źródło. Niemniej, aby pozyskać ze świeżych owoców tę ilość folianów należy zjeść 2 kilogramy pomarańczy, co odpowiada mniej więcej 13 owocom. Można dietę wzbogacić w szpinak, gdyż to bardzo cenne źródło kwasu foliowego. Zaspokojenie potrzeby wit.D jest trudniejsze (szczególnie jesienią i zimą) i stąd sens ma wzbogacanie produktów spożywczych (m.in. mleka, margaryn, masła) tą witaminą i promowanie jej suplementowania. A zatem lato powinno sprzyjać kąpielom słonecznym! (tu też umiar jest wskazany).

W badaniach opublikowanych w DTB zwraca się ponadto uwagę na niebezpieczeństwa związane z przedawkowaniem witaminy A. Zbyt wysokie dawki tej witaminy mogą bowiem spowodować uszkodzenie płodu. To niezwykle cenna informacja, zwłaszcza w obliczu panującej aktualnie mody na witaminy

antyoksydacyjne (triada ACE), w przypadku których – jak obecnie wiadomo – ważne jest umiarkowane dawkowanie. A przypomnijmy, że typowe zestawy do suplementowania witamin i minerałów zwykle zawierają wit. B1, B2, B3, B6, B12, wspomnianą wit A, oraz D, E, K, kwas foliowy, J, Mg, Fe, Cu, Zn i Selen.

Zatem nie dokonamy tu przełomowego odkrycia stwierdzeniem, że należy zachęcać kobiety w ciąży do stosowania zdrowej – urozmaiconej diety warzywno--owocowej, ale wyraźnie w tym miejscu podkreślimy potrzebę suplementowania kwasu foliowego i, co proponowane jest od niedawna, także witaminy D3. Jedną ze współauterek cytowanego artykułu z DTB, Janet Fyle z Royal College of Midwives, podkreśla, że mitem, który należy stanowczo obalić, jest promowana powszechnie zasada wpajana kobietom, a mająca polegać na jedzeniu za dwóch w okresie ciąży. To mit, jak twierdzi Janet Fyle, przynoszący wiele szkód, a szczególnie, gdy ma zastosowanie także do suplementów diety i multiwitamin.

dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Zakładzie Biochemii Klinicznej

Łojotokowe zapalenie skóry – wstydlivy problem

Wykład z cyklu "Medycznej Środy"

Bartosz Czerniak

Skóra... Któż z nas nie życzyłby sobie, by wyglądała ona pięknie i zdrowo przez całe życie? Mimo, iż najważniejsza jej funkcja związana jest przede wszystkim z barierą, jaką wytwarza, chroniąc przed wpływem niekorzystnych warunków środowiskowych, istotniejsza wydaje się być rola, jaką pełni dla estetyki naszego wyglądu zewnętrznego. Troszczymy się o nią i pielęgnujemy ją jak tylko potrafimy najlepiej, jednakże z biegiem lat traci ona, niestety, swą jędrność i blask. A wszystko to za sprawą czynników, takich jak stres, palenie tytoniu, światło słoneczne, choroba, czy też – powiedzmy sobie otwarcie – zwykły proces starzenia się. Na niektóre z nich wpływu nie mamy, stąd też tym bardziej ubolewamy, kiedy dowiadujemy się, że oto jesteśmy obarczeni schorzeniem właśnie tego narządu – skóry, a na domiar złego, towarzyszącym nam do końca życia i sprawiającym, iż nie czujemy się ze sobą „zbyt dobrze”.

Łojotokowe zapalenie skóry (dermatitis seborrhoica), gdyż to właśnie o nim będzie mowa, jest przewlekłą i, co najgorsze, nawrotową chorobą zapalną. Nazwa

może być nieco myląca, ponieważ schorzenie to nie zawsze związane jest z tłustą cerą, czy występowaniem łojotoku. Faktem jest jednak, iż stan zapalny występuje w miejscach, gdzie gruczołów łojowych jest najwięcej, tj. w obrębie owłosionej skóry głowy, na twarzy i górnej części tułowia.

Częstość występowania tej choroby, u dotychczas zdrowych osób, ocenia się na 1-3%. Znacznie częściej, bo aż u 34-83%, łojotokowe zapalenie skóry stwierdza się u osób z obniżoną odpornością. Pacjenci ze schorzeniami układu nerwowego, np. ze zdiagnozowaną chorobą Parkinsona, czy też z incydentami mózgowo – naczyniowymi, także częściej zapadają na tę chorobę. Zwykle rozpoczyna się ona po okresie pokwitania, choć wiek charakterystyczny dla tej przypadłości to około 40 r.ż. Nawet niemowlęta nie są oszczędzane przez tę dermatozę. Przodują mężczyźni, zaś chłodny i suchy klimat, jak i przewlekły stres to czynniki sprzyjające jej występowaniu.

Jak zawsze w tego typu przypadkach, pojawia się pytanie: czy znana jest przyczyna tej jednostki chorobowej? Otóż, nie do końca. Pomimo tego, iż badania nad etiologią owego schorzenia cały

czas trwają, naukowcy mogą jedynie, na chwilę obecną, stawiać wyłącznie hipotezy. Zatem, zapoznajmy się z nimi.

Za głównego „podejrzanego” uważany jest saprofityczny drożdżak z rodzaju *Malassezia* (*M. furfur*, *M. globosa*, *M. restricta*, *M. sympodialis*). Może wydawać się to nieco dziwne, wszak zaliczany jest przecież do mikroorganizmów bytujących w fizjologicznych, tj. prawidłowych warunkach na naszej skórze. Co, wobec powyższego, jest powodem złego oblicza tego drobnoustroju? Przypuszcza się, iż u osób z łojotokowym zapaleniem skóry, „inwazja” ww. saprofitem doprowadza do zapoczątkowania procesu zapalnego. Ów proces związany jest z uwalnianiem przez *Malassezia* sp. toksyn i lipaz oraz gromadzeniem się wolnych kwasów tłuszczowych na powierzchni skóry, co w konsekwencji wyzwała odpowiedź immunologiczną organizmu. Ponieważ drożdżak ten egzystuje w środowisku wysoce bogatym w lipidy, łatwo wywnioskować, w jaki sposób uwolnione kwasy tłuszczowe wpływają na wzrost mikroorganizmu. Ponadto, proces zapalny przyczynia się do nadmiernej proliferacji warstwy rogowej naskórka, a co

za tym idzie, niepełnym zróżnicowaniem jej komórek. Bariera, jaką stwarza zdrowy naskórek, zostaje tym samym zniszczona, ułatwiając kolonizację skóry przez drobnoustroje, a także powodując utratę wody z komórek, co przekłada się na charakterystyczne objawy kliniczne. Argumentami przemawiającymi za rolą *Malassezia sp.* w patogenezie tego schorzenia jest m.in. poprawa stanu pacjenta po zastosowaniu antymikotyków, korelacja pomiędzy liczbą komórek drożdżaka a nasileniem zmian skórnych, czy też fakt, iż można wyhodować ów drobnoustroj i eksperymentalnie wywołać nim tę chorobę. Pomimo tego, iż pacjenci nie muszą mieć bardziej nasilonego łojotoku w porównaniu z osobami zdrowymi, istnieją dowody kliniczne potwierdzające związek między objawami schorzenia a funkcją gruczołów łojowych (objawy rzadko pojawiają się przed okresem dojrzewania, kiedy to gruczoły łojowe nie są jeszcze w pełni aktywne). Być może wpływ ma także gospodarka hormonalna, zwłaszcza androgenów, co tłumaczyłoby większą częstość zachorowania w grupie mężczyzn oraz w okresie dorastania. Warto nadmienić, że istotnym czynnikiem w patogenezie łojotokowego zapalenia skóry wydają się być również czynniki immunologiczne, a dokładniej rzecz ujmując – zaburzona odpowiedź układu odpornościowego organizmu na *Malassezia sp.*, czego dowodem jest szczególna podatność na tę chorobę u osób z obniżoną odpornością (np. u nosicieli wirusa HIV).

Pora zapoznać się z objawami klinicznymi tego uciążliwego schorzenia. Otóż, pierwszym z nich, stwierdzanym najczęściej (choć nie zawsze), jest łupież. Po nim, stopniowo, pojawiają się objawy skórne. Kiedy mamy do czynienia z bardziej nasiloną postacią łojotokowego zapalenia skóry, w obrębie owłosionej skóry głowy możemy zaobserwować (oprócz złuszczenia) rumieniowe ogniska pokryte łuskami. Najbardziej charakterystyczną lokalizacją zmian chorobowych jest obszar na granicy włosów nad czołem oraz okolica zausznna. Przykrą konsekwencją (zwłaszcza dla kobiet) ww. zmian jest przerzedzenie włosów, nierzadko im towarzyszące. Na twarzy zmiany patologiczne obserwuje się w obrębie przyśrodkowej części brwi, gładzi zny czoła czy fałdu nosowo – wargowego, współ ze złuszczeniem i zaczerwienieniem. Czasami dochodzi do zapalenia brzegów powiek. Tułów również nie jest wolny od zmian, zwłaszcza okolica nadmostkowa i międzyłopatkowa. Ogniska

zapalne przyjmują tutaj średnicę od kilku milimetrów do kilku centymetrów, mają charakter rumieniowo – złuszczący i mogą zlewać się w większe powierzchnie. Pachy, pachwiny, okolice odbytu i genitaliów oraz podsutkowe – to dodatkowe miejsca, gdzie spostrzec można zapalne powierzchnie pokryte łuskami.

Łojotokowe zapalenie skóry jest schorzeniem, w którym nie ma możliwości trwałego wyleczenia. Stosowane jest leczenie doraźne, mające na celu doprowadzenie do ustąpienia zmian skórnych.

W przypadku skóry owłosionej głowy leczeniem z wyboru jest cyklopiroks w szamponie. Wywiera on efekt przeciwgrzybiczy poprzez chelatujące działanie na jony metali (Fe^{3+} , Al^{3+}), co obniża aktywność enzymów metalowrażliwych i utrudnia tym samym transport jonów przez błony cytoplazmatyczne drobnoustrojów, a w konsekwencji – dezorganizację ich struktur wewnątrzkomórkowych. Działa również przeciwzapalnie (hamowanie syntezy prostaglandyn, leukotrienów, 5-lipooksygenazy i cykloooksygenazy), a ponadto hamuje cykl komórkowy w fazie G1-S. Leczenie alternatywne obejmuje azole lub pirytionian cynku w szamponie, a także dziegcie, siarczek selenu i preparaty z kwasem salicylowym (ułatwiające złuszczenie się łusek). Azole (ketokonazol, mikonazol, flukonazol, metronidazol, czy bifonazol) blokują przekształcanie lanosterolu w ergosterol w komórkach grzybów, wskutek czego nie dochodzi do syntezy błony komórkowej (dodatkowo wywierają działanie przeciwzapalne poprzez wpływ na 5-lipooksygenazę i zmniejszenie produkcji leukotrienów w skórze). Preparaty, takie jak dziegcie, siarczek selenu, czy pirytionian cynku wykazują

głównie działanie keratolityczne.

Terapia skóry gładkiej obejmuje, w pierwszym rzucie, preparaty azolowe i kortykosteroidy lub stosowanie inhibitorów kalcyneuryny (pimekrolimus, takrolimus). Te ostatnie uważa się ostatnio za najskuteczniejszą grupę leków stosowanych w łojotokowym zapaleniu skóry. Działają przeciwzapalnie, jednakże wykazują mniejszy potencjał powodowania podrażnienia skóry (w porównaniu z innymi preparatami) w pierwszych dniach aplikacji leku, co przy skórze szczególnie wrażliwej (jak właśnie w przypadku chorych na łojotokowe zapalenie skóry) może mieć istotne znaczenie. Stosowanie tych leków ogranicza jednak ich wysoka cena. Z preparatów alternatywnych, stosowanych miejscowo, można wymienić cyklopiroks, azole, kortykosteroidy, preparaty z kwasem salicylowym, czy terbinafinę (działanie przeciwzapalne oraz grzybobójcze poprzez zniszczenie błony komórkowej grzyba w wyniku upośledzenia syntezy steroli i wewnątrzkomórkową akumulację skwalenu).

W przypadku nawrotów choroby lub jej ciężkiego przebiegu, lekami z wyboru są itraconazol lub ketokonazol, alternatywnie terbinafina.

Łojotokowe zapalenie skóry to schorzenie dermatologiczne, cechujące się przewlekłym (wieloletnim) przebiegiem. Niestety, praktycznie przez całe życie występuje skłonność do okresowego pojawiania się lub nasilania zmian, zwłaszcza przy zmniejszonej odporności organizmu (np. podczas infekcji). Pozostaje mieć nadzieję na odkrycie nowych form terapii oraz na upowszechnienie dostępu do skutecznych preparatów (np. inhibitorów kalcyneuryny).

mgr Bartosz Czerniak jest specjalistą naukowo-technicznym w Pracowni Biologii Komórki i Gneteyki



Zapalenie wątroby typu C – czy nadal stanowi zagrożenie? Rewolucja w hepatologii zakaźnej trwa...

Wykład z cyklu "Medycznej Środy"

Paweł Rajewski

Przewlekłe zapalenie wątroby typu C (PZWC) jest jedną z głównych przyczyn przewlekłych chorób wątroby na świecie i jedną z najczęstszych przyczyn marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma - HCC). Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie żyje około 160 milionów osób zakażonych, jednakże, z uwagi na bezobjawowy charakter zakażenia, rzeczywista liczba osób chorych może być dużo wyższa i sięgać nawet 300 milionów, dlatego często, z uwagi na wieloletni, skryty charakter (objawy zmęczenia, bóle mięśni), zakażenie HCV (hepatitis C virus) nazywane jest wirusową bombą zegarową z opóźnionym zapłonem. Z danych szacunkowych w Polsce u ok 2% populacji stwierdza się przeciwciała anty HCV - 730.000 osób.

W 80% zakażenie HCV przechodzi w formę przewlekłą, u około 20% pacjentów, zwykle po 20 latach trwania choroby, rozwija się marskość wątroby, z czego u 1-5% z nich dochodzi do rozwoju pierwotnego raka wątroby.

HCV jest wirusem RNA, odkrytym dopiero w 1989 r. (przedtem zakażenie było określane jako Nie-A / Nie-B), a testy diagnostyczne wykrywające przeciwciała antyHCV wprowadzono w 1990 r. Wykrycie przypadkowe antyHCV, nie usposabia do rozpoznania choroby, a jedynie jej podejrzenia - należy wtedy wykonać badanie potwierdzające wirus - HCV RNA.

Główną drogą zakażenia HCV jest droga krwipochodna, zazwyczaj jatrogenna w zakładach opieki zdrowotnej, która stanowi ok 84% przypadków - głównie osoby leczone krwią przed 1992 r., biorcy i dawcy narządów, hemodializowani, ryzyko zawodowe wynosi ok 1%, droga płciowa czy wertykalna wynoszą <1%, w 16% zakażenie nabywane jest poza zakładami opieki medycznej - zakłady karne, środki psychoaktywne ok 10% i zabiegi kosmetyczne ok 3%.

Przebieg ostrego zakażenia HCV - okres wylegania ok 3 miesiące (od 2 tygodni do 6 miesięcy), jest niecharakterystyczny - dlatego moment zakażenia jest zwykle przez pacjentów niezany -

przebiega najczęściej bezobjawowo, bez żółtaczk, pobołowanie - uczucie dyskomfortu w prawym podżebrzu, osłabienie, zmęczenie, brak lub niewielki wzrost transaminaz i u 80% przechodzi w formę przewlekłą.

Szybsza progresja zakażenia spotykana jest u osób zakażonych > 40 r. ż, mężczyzn, nadużywających alkohol czy u osób z zaburzeniami węglowodanowymi, otyłością lub koinfekcją z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) czy wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Zakażenie HCV może również manifestować się tzw. objawami pozawątrobowymi - rumień guzowaty, porfirię skórna, liszaj płaski, małopłytkowość, niedokrwistość, krieglobulinemia, kłębuszkowe zapalenie nerek, neuropatie, chłoniak nieziarniczy z limfocytów B.

Do objawów pozawątrobowych PZW C należą również zaburzenia metaboliczne, szczególnie u pacjentów zakażonych genotypem 3 wirusa - stłuszczenie wątroby (stłuszczenie wirusowe - rola białek strukturalnych wirusa), insulinooporność, cukrzyca, otyłość czy zaburzenia lipidowe - „zespoł metaboliczno-wirusowy”.

Szczególnie zaburzenia węglowodanowe u pacjentów zakażonych HCV są dość powszechne i występują od 3 do 10 x (u pacjentów z innymi czynnikami ryzyka rozwoju cukrzycy) częściej w stosunku do osób zdrowych - łącznie do 40% pacjentów zakażonych HCV ma zaburzenia węglowodanowe, z czego cukrzyca występuje u blisko połowy z nich.

Czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy wtórnej - wątrobowopochodnej są

- starszy wiek,
- genotyp 3 HCV,
- znacznie nasilone włóknienie lub marskość wątroby,
- obciążony wywiad rodzinny,
- przeszczepienie nerek lub wątroby.

Wystąpienie cukrzycy u pacjenta z PZW C, jest dodatkowym czynnikiem ryzyka raka wątrobowokomórkowego (HCC), encefalopatii wątrobowej, progresji włóknienia czy gorszej odpowiedzi na leczenie starą terapią dwulekową z INF i RBV.

Z uwagi na dużą skłonność wirusa do mutacji, jego zmienność, w dalszym ciągu

nie została wynaleziona skuteczna szczepionka. Również do niedawna leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu C nie było łatwe, a to z jednej strony ze względu na późne rozpoznania i znaczne zaawansowanie choroby już na etapie marskości wątroby czy raka wątroby, które uniemożliwiało leczenie dotychczasowymi lekami - interferon (podawany w iniekcjach najczęściej pegylowany raz w tygodniu) i rybawiryna, a to z drugiej strony na obserwowane powikłania i działania niepożądane leczenia 24 lub 48 - 72 - tygodniowej terapii - małopłytkowość, neutropenia, objawy pseudogrypowe, zaburzenia psychiczne u pacjentów leczonych INF czy niedokrwistość, wysypki skórne u pacjentów leczonych RBV, a to w końcu z powodu stosunkowo niskiej skuteczności leczenia uzależnionej od genotypu (1-6) HCV i wynoszącej średnio ok 60%. Jednakże od kilku lat obserwujemy prawdziwą rewolucję w hepatologii zakaźnej, a to za sprawą nowych leków do leczenia HCV tzw. DAA (direct acting antiviral), czyli leków o działaniu bezpośrednim na wirusa - są to leki, których mechanizm działania związany jest z poszczególnymi etapami syntezy (replikacji) HCV. W 2011r. wprowadzono pierwsze z tej grupy leków - były to tzw. inhibitory proteazy (NS3) I generacji - boceprewir (BOC) i telaprewir (TVR), zarezerwowane jedynie dla pacjentów z genotypem 1 HCV, u większości których klasyczna terapia dwulekowa była nieskuteczna. Leki I generacji były wyłącznie do łączenia z interferonem pegylowanym i rybawiryną. Skuteczność leczenia wzrosła do ok 80%, ale pojawiły się inne problemy, a mianowicie objawy niepożądane - wysypki skórne, objawy anorektalne (uporczywy świąd i dyskomfort w okolicach odbytu), nasilenie działań niepożądanych (małopłytkowość, neutropenia, niedokrwistość) interferonu i rybawiryny oraz poważne interakcje lekowe. Ostatnie 2 lata to wprowadzenie pangenotypowych (działające na wszystkie genotypy HCV) leków II generacji działających bezpośrednio na wirusa HCV - są to inhibitory proteazy (NS3) - asunaprewir (ASV), grazoprewir (GZR), parytaprewir (PTV), symeprewir (SMV), polimerazy (NS5B) -

dazabuwir (DSV), sofosbuwir (SOF) czy cząsteczki NS5A- daklataswir (DCV), elbaswir (EBR), ledipaswir (LDV), ombitaswir (OBV).

Przykładowe schematy terapii bezinterferonowych:

sofosbuwir+ ledipaswir +/- rybawiryna
sofosbuwir + symeprewir +/- rybawiryna
sofosbuwir + rybawiryna
ombitaswir+paritaprewir+
ritonawir+dazabuwir +/-rybawiryna
daklataswir + asunaprewir

Czas leczenia znacznie się skrócił, w zależności od genotypu HCV i zaawansowania choroby - od 12, a nawet 8 tygodni u pacjentów dotychczas nieleczonych z niewielkim włóknieniem wątroby - F0-F1 do 24 tygodni (trwają badania nad skutecznością jeszcze krótszych terapii 6 tygodniowych u pacjentów z niskim włóknieniem), a skuteczność znacznie wzrosła i wynosi średnio ok 95-100%. Także objawy uboczne terapii są znikome, a same leczenie jest dobrze tolerowane. Zaletą nowych leków jest także możliwość stosowania u pacjentów ze znacznie zaawansowaną chorobą - marskością wątroby, pacjentów przed lub po przeszczepieniu wątroby czy z HCC, jak również z chorobami współistniejącymi, w których leczenie za pomocą interferonu było przeciwwskazane np. z chorobami serca, chorobami nowotworowymi, autoimmunologicznymi czy psychicznymi i in. Również pacjenci z przewlekłą chorobą nerek w stadium 4-5, hemodializowani czy kierowani do przeszczepienia nerki mogą być leczeni niektórymi DAA's np. daklataswirem i asunapwirem, dasabuwirem z ombitaswirem i paritapwirem bustowanym ritonawirem czy grazopwirem z elbaswirem (obecnie w Polsce ta terapia jest jeszcze niedostępna), a nie jak to było dotychczas interferonem, którego skuteczność w tej grupie pacjentów była jeszcze niższa niż w populacji ogólnej.

Leczenie za pomocą DAA powinno być zawsze terapią skojarzoną, a nie monoterapią z uwagi na możliwość selekcji szczepów opornych, co może stanowić pewien problem w przyszłości.

Ocena skuteczności leczenia polega jak w klasycznych terapiach na ocenie trwałej odpowiedzi wirusologicznej - sustained virologic response - SVR 24 - czyli ocenie występowania HCV RNA 24 tygodnie po zakończeniu terapii. Jedynym minusem leczenia za pomocą DAA's jest wspomniana wcześniej możliwość występowania interakcji lekowych - www.hep-drug.interaction.com, które

bezwzględnie należy sprawdzić odpowiednio wcześniej przed rozpoczęciem terapii, żeby mieć czas na ewentualną modyfikację dotychczasowego leczenia oraz edukację pacjenta i uwrażliwienie go żeby żadnych leków, a także suplementów diety oraz ziół nie stosował bez konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie HCV. Drugim minusem leczenia za pomocą DAA jest ich cena, która jest wysoka - refundowane są przez NFZ w ramach Programów Lekowych.

Kwalifikując pacjenta z PZW C do leczenia przyczynowego, bardzo ważne jest określenie genotypu HCV, a w przypadku genotypu 1 jego subtypu - w Polsce dominuje genotyp 1 80% pacjentów zakażonych, z czego subtyp b stanowi 98%, w dalszej kolejności jest genotyp 3-14% i genotyp 4- 5%.

Konieczna jest również ocena zaawansowania choroby, czyli określenie stopnia włóknienia wątroby (w skali 5 stopniowej od F0 do F4 wg Metavir). Do niedawna wymogiem, a zarówno złoty standardem było wykonanie biopsji wątroby - ślepa biopsja gruboigłowa, a od niedawna dopuszczalne jest określanie włóknienia wątroby za pomocą metod nieinwazyjnych - elastografia wątroby - np. elastografia fali poprzecznej (SWE) - TE, ARFI, ElastPQ - pozwalająca na pomiar sztywności tkanki wątrobowej wyrażonej w kPa. Do chwili obecnej jedynymi przeciwwskazaniami do tego badania jest ciąża czy posiadanie kardiostymulatora, kardiowertera-defibrylatora - kończą się badania, które potwierdzają również bezpieczeństwo tej metody u tej grupy pacjentów i w nowych wytycznych nie będą one stanowić już przeciwwska-

zań do wykonywania badań elastografii.

Jak więc widać hepatologia zakaźna przeżywa w ostatnich latach prawdziwą rewolucję, znaczny wzrost skuteczności leczenia i zwiększenie się docelowej grupy pacjentów o chorych z najbardziej zaawansowanymi chorobami wątroby, chorych po przeszczepach narządowych, pacjentów z poważnymi chorobami przewlekłymi pozwala spojrzeć optymistycznie na dalsze losy pacjentów z HCV. Szczególnie, że leki te są stosowane już w tzw. real world i w mojej obserwacji i ocenie klinicznej prowadzenia pacjentów w Programie Terapeutycznym HCV za pomocą terapii bezinterferonowych od momentu ich wprowadzenia są bardzo dobrze tolerowane - szczególnie jest to zauważalne przez pacjentów uprzednio leczonych klasycznymi terapiami dwulekowymi INF i RBV i wysoce skuteczne - dodać trzeba, że z uwagi na jeszcze ograniczoną dostępność terapii dla chorych z niskim włóknieniem F0-F1, są to tzw. pacjenci „trudni” z marskością wątroby, z manifestacjami pozawątrobowymi HCV jak chłoniaki B komórkowe, kłębuszkowe zapalenie nerek czy pacjenci kierowani do przeszczepienia nerki lub po przeszczepieniu wątroby.

Obecne światowe tendencje leczenia HCV opierają się właśnie na terapiach nowymi lekami, a terapie za pomocą interferonu przestały być stosowane. Odchodzi się również od zastosowania rybawiryny w schematach kombinowanych z DAA's. Również zaczyna się leczyć pacjentów z HCV, z bardzo niskim zaawansowaniem choroby F0 (nie w Polsce) i F1, u których leczenie jest niemal 100% skuteczne, a czas terapii można



skrócić do 8 tygodni (trwają badania nad jeszcze krótszymi terapiami).

Czas pokaże, czy lecząc wszystkich pacjentów za pomocą wysoce skutecznych terapii bezinterferonowych za kilkanaście-kilkadziesiąt lat uda się w pełni kontrolować tę chorobę i ją wyeradykować, bez konieczności stosowania szczepień ochronnych? Na pewno na chwilę obecną potrzebna jest w dalszym ciągu edukacja lekarzy, szczególnie podstawowej opieki medycznej, ginekologów o skринingowaniu, badaniach profilaktycznych w kierunku zakażenia HCV – antyHCV, szczególnie u chorych, którzy mieli jakiegokolwiek interwencji medycznej przed 1992

r., a także u każdego pacjenta ze stłuszczeniem wątroby, podwyższonymi transaminazami czy zakażeniami HIV, HBV.

Szczególnie ważne jest to u pacjentów wysokiego ryzyka – osób stosujących środki psychoaktywne drogą dożylną, osadzonych w zakładach karnych i homoseksualnych mężczyzn (rośnie liczba świeżych zakażeń HCV w tej grupie osób), wczesne wyłapanie zakażeń HCV i podjęcie leczenia pozwala na redukcję ryzyka rozprzestrzeniania się zakażenia w tych grupach chorych.

Jednocześnie wciąż pomocne są akcje społeczne uświadamiające mieszkańców o możliwościach zakażenia HCV, spo-

sobach diagnozy i możliwościach skutecznego leczenia – np. żółty tydzień, coroczny Program wykrywania zakażeń WZW B i C w województwie kujawsko-pomorskim pod patronatem Urzędu Wojewódzkiego czy Projekt Zapobiegania i Zwalczania Zakażeń HCV na lata 2015-2020 – projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach Szwajcarskiego Programu Współpracy z Nowymi Krajami Członkowskimi Unii Europejskiej i Ministra Zdrowia.

dr n. med. Paweł Rajewski jest specjalistą chorób wewnętrznych oraz specjalistą chorób zakaźnych, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy.

Diagnoza skolioza Co rodzic powinien wiedzieć na temat postawy swojego dziecka?

Wykład z cyklu "Medycznej Środy"

Zuzanna Piekorz

Skoliozy są jednymi z najpoważniejszych problemów układu ruchu wśród dzieci i młodzieży. W ostatnim czasie uważa się wzrost częstości ich występowania, a tym samym konieczność zintensyfikowania działań profilaktycznych oraz edukacyjnych. Priorytetem powinno się stać postępowanie mające na celu zmniejszenie występowania zaburzeń postawy oraz wzrost świadomości problemu wśród dzieci i rodziców. Jednakże, w dzisiejszych czasach wszyscy – my dorośli, a tym bardziej dzieci, jesteśmy narażeni na skutki sedentarnego trybu życia, jakimi między innymi są zaburzenia w obrębie postawy. Jako fizjoterapeutka, pracująca z dziećmi czuję się zobowiązana, by prócz prowadzenia indywidualnie dobranej terapii ukierunkowanej na poprawę postawy,

uświadomić moim małym pacjentom i ich rodzicom, że chcąc zwalczyć zaistniałe zaburzenie postawy lub skoliozę konieczne są ich zaangażowanie i praca oraz zmiana trybu życia.

Kolejne spotkania z nowymi pacjentami, uzmysłowiły mi, że rodzice i ich dzieci chcą dowiedzieć się więcej o borykającym ich problemie. Wielokrotnie słyszane historie o trudnościach z dostępem do informacji, leczenia i rehabilitacji, zainspirowały mnie do poprowadzenia wykładu w ramach cyklu Medyczna Środa. Postanowiłam omówić tę szczególnie mi bliską tematykę, z perspektywy rodzica, który pierwszy raz styka się z problemem. Mam nadzieję, że przedstawione podczas wykładu oraz omówione poniżej kolejne kroki postępowania, przyspieszą, ułatwią i pozwolą zrozumieć zasady postępowania terapeutycznego w przypadku wykrycia skoliozy.

Krok pierwszy: alarm – zauważ problem

Skolioza, wiąże się z zaburzeniem w obrębie układu ciała dziecka. Takie zmiany zwykle rozpoczynają się od niewielkich symptomów, by z czasem progresować. Pierwsze objawy, mogą być dla dzieci i rodziców niezauważalne, tym bardziej, że zaburzenia postawy zwykle nie wiążą się z bólem lub upośledzeniem funkcji. Z tego powodu, często pozostają niezauważone, do momentu wizyty u lekarza

pediatry, lub oceny postawy przez szkolną higienistkę. W przypadku takiego podejrzenia, priorytetem powinno być przeprowadzenie możliwie jak najszybszej, rzetelnej diagnozy oraz ewentualne wdrożenie leczenia.

Krok drugi: fakty – poznaj wroga

Rodzic stający w obliczu diagnozy jakiegokolwiek choroby lub dysfunkcji swojego dziecka zaczyna poszukiwać informacji, które pozwolą mu zrozumieć jej przyczynę, istotę oraz ewentualne konsekwencje, które może wywołać. Niestety dostęp do rzetelnych informacji, jest utrudniony, a wiadomości zaczerpnięte z Internetu często są nieprecyzyjne. Dlatego szczególnie istotna jest rozmowa z lekarzem lub fizjoterapeutą, który wyjaśni, czym jest skolioza, oraz jaki wpływ ma ona na organizm dziecka. Bardzo ważnym zagadnieniem jest zrozumienie samego pojęcia skoliozy. W powszechnej świadomości, skolioza jest utożsamiana z bocznym skrzywieniem kręgosłupa. Faktycznie skolioza zawiera komponentę zgięcia bocznego, ale jest to tylko jedna z deformacji, które możemy zauważyć w obrębie kręgosłupa. Istotą skoliozy jest trójpłaszczyznowa zmiana w obrębie ustawienia kręgow, obejmująca zmniejszenie lub rzadziej zwiększenie fizjologicznych krzywizn w płaszczyźnie strzałkowej, wspomniane zgięcie boczne kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej oraz rotację kręgow w



płaszczyźnie poprzecznej. Już sama definicja uzmysławia jak poważnym zaburzeniem jest skolioza oraz jak bardzo musi ona wpływać na biomechanikę kręgosłupa. Niestety większość, bo ok 80%-90% wszystkich skolioz, określanych jest mianem idiopatycznych – ich pochodzenie nie jest znane. Istnieje wiele teorii dotyczących powstania skoliozy oraz czynników, które mogą predysponować do jej wystąpienia, jednak w dalszym ciągu brak jednoznacznych naukowych dowodów potwierdzających jedną konkretną przyczynę.

Krok trzeci: badanie – dowiedz się więcej

Proces diagnozowania skoliozy rozpoczyna się od wnikliwego badania pacjenta. Przeprowadza je zarówno lekarz, jak i fizjoterapeuta. Bardzo ważne jest by rodzic oraz dziecko aktywnie uczestniczyli w tym procesie, mając szansę na zauważenie i zrozumienie zmian zaistniałych w sylwetce. Istnieje wiele różnych schematów badania pacjenta, lecz jako fizjoterapeuta szczególnie doceniam ocenę pacjenta wykonywaną według koncepcji Funkcjonalnej Indywidualnej Terapii Skoliz. Zakłada ona przeprowadzenie badania podmiotowego – oznaczającego wnikliwy wywiad oraz badania przedmiotowego – obejmującego ocenę postawy ciała pacjenta, badanie skoliometrem oraz badanie struktur mięśniowo-powięziowych. Odpowiedzi na charakterystyczne pytania, będące często zaskoczeniem dla rodziców, związane z występowaniem miesiączki lub mutacji u dziecka, zaistniałymi zaburzeniami w okresie niemowlęcym czy innymi stosowanymi formami leczenia, jak np. wkładki ortopedyczne lub aparat ortodontyczny, stanowią cenną wskazówkę w procesie dochodzenia przyczyny powstania i prognozowania progresji skrzywienia kręgosłupa. Równie istotnych informacji dostarcza oglądanie postawy ciała, która może zdradzać typowe oznaki skoliozy, takie jak: segmentarne spłaszczenie kręgosłupa, zmiana wielkości trójkątów talii, asymetryczne ustawienie miednicy oraz obręczy barkowej, boczne przesunięcie tułowia (shift) a także deformacje klatki piersiowej. Uzupełnieniem badania jest ocena kąta rotacji tułowia z wykorzystaniem skoliometru. Niezwykle istotną rolę odgrywają również wyniki badania długości mięśni oraz rezultaty przeprowadzanych testów funkcjonalnych, które pozwalają określić cele krótkoterminowe terapii.

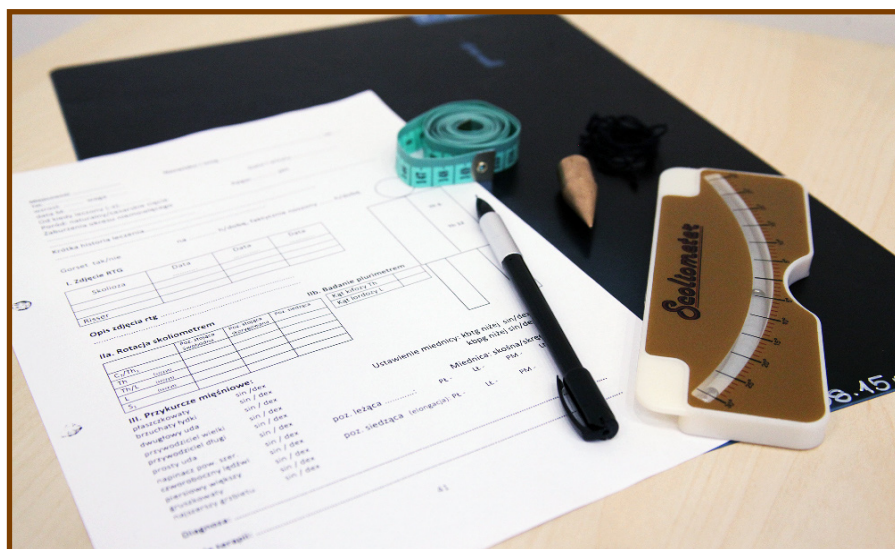
Krok czwarty: liczby – ocena ryzyko

Podstawowym i absolutnie niezbędnym badaniem pozwalającym w sposób obiektywny ocenić stan kręgosłupa, jest badanie radiologiczne. Pozwala ono na wykreślenie kąta skrzywienia a tym samym ocenę wielkości skrzywienia. Jedną z najpopularniejszych metod oceny jest wykreślenie kąta wg Cobba. Wartość kąta Cobba w dużej mierze jest czynnikiem determinującym wybór postępowania terapeutycznego. Kolejną cenną informacją, możliwą do uzyskania ze zdjęcia rentgenowskiego jest określenie wieku kostnego w oparciu o obserwację jądra kostnienia, zwane testem Rissera. Wynik testu ułatwia ocenę ryzyka progresji skrzywienia.

Krok piąty: priorytety – stwórz plan

Plan leczenia dziecka ze skoliozą powinien być owocem wspólnej pracy lekarza prowadzącego i fizjoterapeuty. Precyzyjny dobór środków i metod terapii jest związany zarówno z wiekiem pacjenta, obciążeniem wynikającym z wywiadu, zmianami w obrębie postawy, struktur kostnych i mięśniowo-powięziowych, jak i rezultatami badań obrazowych. Najpopularniejszy model leczenia obejmuje dobór terapii uzależniony stopniem skoliozy, związanym z wielkością kąta skrzywienia. Skoliozy pierwszego stopnia, mieszczące się w przedziale od 10 do 25 stopni kąta Cobba, wymagają obserwacji, obejmującej regularne pomiary wzrostu, cyklicznie przeprowadzaną ocenę postawy ciała oraz wykonywanie kontrolnych badań rentgenowskich. Niezbędne jest także wdrożenie leczenia fizjoterapeutycznego. Dobór metody rehabilitacji, jest głównie związany z jej dostępnością, a także wiekiem i możliwościami współpracy dziecka. Do jednej

z najpopularniejszych w Polsce, a jednocześnie uznanych za najlepsze na arenie międzynarodowej i rekomendowanych przez SOSORT (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment) należy wspomniana już metoda Funkcjonalnej Indywidualnej Terapii Skoliz (FITS). Ta nowatorska koncepcja pracy z pacjentami ze skoliozami i wadami postawy ciała została opracowana przez Polaków: Panią dr Mariannę Białek oraz Pana mgr. Andrzeja M'hango. Twórcy metody zajmujący się jednocześnie pracą naukową, dydaktyczną jak i praktyczną terapią pacjentów osiągniętymi wynikami udowadniają, że skoliozy powinno się i można efektywnie rehabilitować. Metoda FITS zakłada kilkietapową pracę z pacjentem, ukierunkowaną na przygotowanie struktur mięśniowo-powięziowych, budowanie nowych trójpłaszczyznowych wzorców postawy oraz ich stabilizację w pozycjach funkcjonalnych. Ta metoda pracy świetnie sprawdza się również w przypadku leczenia dzieci ze skoliozami drugiego stopnia, obejmującymi skrzywienia mieszczące się w przedziale od 25 do 50 stopni kąta Cobba. Jednakże w przypadku skolioz drugiego stopnia, leczenie rehabilitacyjne powinno być uzupełnieniem leczenia gorsetowego. Obecnie w Polsce istnieje wiele różnych typów gorsetów ortopedycznych, a o ich wyborze decyduje lekarz prowadzący w porozumieniu z rodzicami dziecka. Do najpo-



pularniejszych, a jednocześnie najbardziej efektywnych należy gorset Cheneau, stanowiący układ wielokrotnych trójpunktowych sił korekcyjnych zorientowanych w trójwymiarowej przestrzeni. Ewentualne niepowodzenie wyżej przedstawionych form leczenia, brak wdrożenia postępowania terapeutycznego lub zbyt późne wykrycie skrzywienia kręgosłupa może skutkować wartością kąta skrzywienia powyżej 50 stopni, kwalifikującą pacjenta do grupy skolioz trzeciego stopnia. Pacjenci tej grupy, ze względu na zbyt duże ryzyko progresji skrzywienia a także negatywne konsekwencje w funkcjonowaniu narządów i układów organizmu, są kwalifikowani do zabiegu operacyjnego.

Krok szósty: szczegóły – działaj uważnie

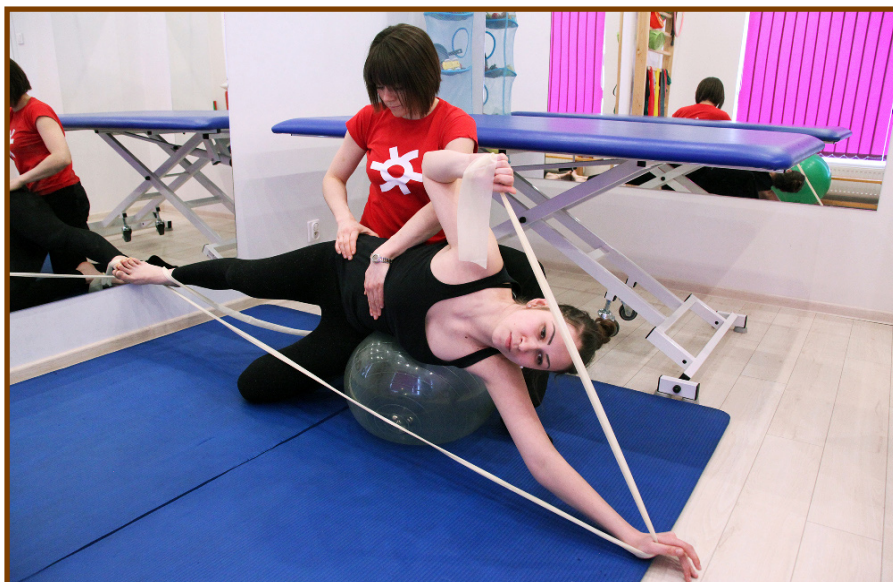
Terapia dziecka ze skoliozą jest procesem długotrwałym, wymagającym współpracy pomiędzy lekarzem, fizjoterapeutą, rodzicem oraz pacjentem. Rola zaangażowania wszystkich tych osób jest nie-

zbędna, aby wspólnie osiągnąć założony cel, jakim jest poprawa postawy dziecka. Jednak biorąc pod uwagę, że „każda skolioza jest inna”, aby osiągnąć ten cel konieczny jest wysoko zindywidualizowany program terapii. Istnieje jednak kilka bardzo ważnych elementów, na które niemal zawsze należy zwrócić uwagę w procesie terapeutycznym. Jednym z nich jest budowanie u pacjenta świadomości ciała i umiejętności autokorekcji. Ma to szczególnie istotne znaczenie w przypadku dzieci z skoliozami drugiego i trzeciego stopnia, u których zwykle skrzywienie kręgosłupa nie zostanie zupełnie zniwelowane. Umiejętność autokorekcji, jest swoistą formą przedłużenia czasu rehabilitacji oraz stanowi zabezpieczenie dla postawy dziecka w codziennym życiu. Kolejnymi, bardzo istotnymi obszarami, w terapii dziecka ze skoliozą są stopy oraz brzuch. Praca z tymi, wydawałoby się odległymi, i niezwiązanymi ze skrzywieniem kręgosłupa strukturami, bardzo często przynosi zaskakujące efekty oraz w znaczny sposób jest w stanie wpłynąć

na poprawę postawy ciała. Równie istotnym elementem w procesie terapeutycznym jest praca z oddechem, mająca na celu trójpłaszczyznową korekcję skrzywienia. Nie należy również zapominać, że leczenie skoliozy winno być zorientowane na zwalczanie jej skutków w trzech płaszczyznach ciała, poczynając od płaszczyzny strzałkowej, przez czołową, kończąc na poprzecznej. Biorąc pod uwagę patomorfologię skrzywienia kręgosłupa, chcąc uzyskać stabilny i długotrwały efekt leczenia zarówno rehabilitacyjnego, gorsetowego jak i operacyjnego, należy przywrócić prawidłową biomechanikę kręgosłupa, poprzez odtworzenie fizjologicznej kifozy piersiowej oraz lordozy lędźwiowej. Szczególnie istotne znaczenie ma również aktywność fizyczna, która winna być obecna w życiu każdego człowieka. Skolioza nie stanowi przeciwwskazania do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego oraz korzystania z rekreacyjnych form ruchu. Biorąc pod uwagę deformacje kręgosłupa oraz klatki piersiowej, które mogą doprowadzić do pogorszenia wydolności organizmu, wydaje się, że rola aktywności fizycznej w życiu dziecka ze skoliozą jest szczególnie ważna. Należy jednak pamiętać, że dobór formy ruchu należy skonsultować z lekarzem oraz fizjoterapeutą. Wykonywanie niektórych ćwiczeń lub elementów sportów rekreacyjnych nie jest wskazane w przypadku występowania skoliozy, jednak jej diagnoza nie powinna być utożsamiana z koniecznością rezygnacji z aktywności ruchowej.

Przedstawiony powyżej model postępowania terapeutycznego dzieci i młodzieży ze skoliozą, powstał w oparciu o liczne piśmiennictwo z tego zakresu, wiedzę zaczerpniętą ze szkoleń koncepcji FITS oraz własną praktykę. Mam nadzieję, że może on okazać się pomocny dla osób poszukujących informacji dotyczących skolioz. Pracując na co dzień z dziećmi oraz młodzieżą, przekonuję się jak wiele jest niewiadomych dotyczących przyczyny powstania, tempa progresji oraz klinicznych objawów skolioz, oraz w jak różnym stopniu pacjenci reagują na leczenie. Jednocześnie codziennie utwierdzam się, że efektywna terapia jest możliwa dla niemal każdego pacjenta, a współczesna medycyna dysponuje wieloma skutecznymi narzędziami umożliwiającymi diagnozowanie i leczenie dzieci i młodzieży ze skoliozami.

mgr Zuzanna Piekorz jest asystentem w Zakładzie Podstaw Fizjoterapii



„Profesjonalne zabawy z ciałem” – nowa wystawa w Szpitalu św. Ducha we Fromborku

Jowita Jagła

12 sierpnia otwarto w Szpitalu św. Ducha we Fromborku (pełniącym funkcję Działu Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika) nową wystawę poświęconą historii chirurgii.

Z dzisiejszej perspektywy dawna profesja chirurga jawi się jako trudna choć niezwykle fascynująca i wielowymiarowa. Chirurdzy pełnili funkcję przybocznych medyków arystokracji i władców, ale w dużej mierze i z wielkim zaangażowaniem służyli nade wszystko zwykłemu społeczeństwu pełniąc rolę lekarzy polowych bądź dżumowych, zajmowali się zabiegami stomatologicznymi i okulistycznymi, usuwali kamienie moczowe pełniąc dziedziczny zawód litotomisty, dokonywali operacji plastycznych, leczyli syfilis, pomagali kobietom w trudnych porodach, dokonywali amputacji i sporządzali protezy, a także wykonywali trepanację - jeden z najbardziej trudnych zabiegów operacyjnych. W wariacie mniej specjalistycznym parali się takimi samymi czynnościami jak cyrulicy czy balwierze - puszczali krew i dokonywali wlewów odbludniczych.

Przez wiele stuleci życie chirurga było zazwyczaj życiem „w drodze”, a ich świat był światem mobilnym, zmiennym, wędrownym, tułaczym. „Wynani” na długi okres z uniwersytetów, trwający często w konflikcie z lekarzami uniwersyteckimi i balwierzami oraz cyrulikami paradoksalnie cieszyli się największym społecznym zaufaniem i szacunkiem. Dopiero w wieku XVII i XVIII zawód ten został doceniony w obszarze szeroko pojętej medycyny, sami zaś chirurdzy zyskiwali sławę, splendor i dumę z pełnionego zawodu.

Powiązanie „zabawy” z chirurgią zaproponowane w tytule ekspozycji nie jest przypadkowe. Posługując się formułowaniem pojęcia „zabawy” stworzonym przez Johana Huizingę jest ona stanem opierającym się na swobodzie, istniejącym poza zwyczajnym życiem, ma określony czas i trwanie, jest w niej napięcie, niepewność i szansa, chętnie też otacza się tajemnicą.

Huizinga pisał: „Na początku wszelkiego współzawodnictwa stoi zabawa: w obrębie pewnych przestrzennych granic należy dokonać według określonych reguł, w określonej formie czegoś, co

spowoduje odprężenie i znajduje się poza powszechnym trybem życia”.

Jedną z odmian zabawy jest rywalizacja i wiedza, a zatem kolejne odkrycia chirurgów, ich żarłoczna nieustępliwa chęć poznania ludzkiego ciała, wymyślanie i udoskonalanie instrumentarium należało właśnie to tego typu „zabawy”...

Przekraczając teatralną kotarę zwiedzający przenoszą się w zaaranżowaną, jakże odmienną od współczesnej przestrzeń czemu niewątpliwie służy wnętrze szpitala św. Ducha, gdzie to co „minione” nie umarło, ale trwa w pozornym zawieszeniu... Przestrzeń ta - nieco mroczna, nieco nostalgiczna i pełna pytań - staje się sceną, na której trwa opowieść o dawnej chirurgii.

O rozwijającej się wiedzy chirurgów, ich wkładzie w rozwój medycyny i poszukiwaniach naukowych świadczą zaprezentowane na wystawie starodruki ze zbiorów Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku, (m.in. Francois Mauriceau, *Traite des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchees...*, Paris 1694 r.; Henricus Deventer, *Neues Hebammen-Licht die Hebammen-Kunst...*, Jena 1704 r.; Laurentius Heister, *Chirurgie, In welcher alles, was zur Wund-Artzney gehöret...*, Nürnberg 1747 r.; Petrus Dionis, *Cours d'operations de chirurgie...*, Paris 1777 r.). Większość starodruków wzbogacają wyśmienite grafiki, czyniące z publikowanych książek nie tylko medium wiedzy, ale także wykwintne dzieła sztuki (ogromne wrażenie wywołuje z pewnością rycina przedstawiająca

drastyczny zabieg litotomii z dzieła Giuseppe Guidetti, *Della nefrotomia e litotomia ricerche di...*, Firenze 1783 r.).

Na potrzeby ekspozycji stworzono także zainscenizowany „gabinet osobliwości” (Kunstkammer-Kunstkabinett-Wunderkammer-Cabinets of Wonder-Studio) zawierający kości zwierzęce, skamieniałości, okazy roślinne, zasuszone owady, spreparowane ryby i żaby, bursztyny, muszle, koralowce, itp. Jego wymowę wzbogaca starodruk autorstwa Fridericusa Ruyschia „*Opera omnia anatomico-medico-chirurgica...*”, Amsterdam 1721 r. ze wspinałym frontispisem przedstawiającym Kunstkabinett tego wielkiego anatoma i chirurga.

Gabinety osobliwości (Gabinety sztuki) stanowiły niezwykle formę kolekcjonowania i praformę muzeum. Już w wiekach średnich niektórzy władcy i arystokraci tworzyli intymne własne kolekcje obiektów niezwykle, egzotycznych, kuriozalnych, ów akt „zbierania” i „posiadania” przybrał na sile zwłaszcza w XVI, XVII i XVIII wieku, kreując modę na wysokiej rangi kolekcjonerstwo. W Kunstkammerach przechowywano i ekspozowano rzadkie minerały, koralowce, muszle, rozgwiazdy, spreparowane zwierzęta, okazy rzadkich roślin, preparaty anatomiczne, obrazy, rzeźby, precjoza, rzemiosło najwyższej jakości, grafiki, cenne książki, modele woskowe i wszelkiej maści niezwykle instrumentaria naukowe, jednocześnie trzymano w nich nierzadko wiele falsyfikatów, obiektów fantastycznych, twórców ludzkiej



Ekspozycja w Szpital św. Ducha



fantazji (np. ręce syren, smocze jaja czy łuski, pióra feniksa itp.). Kunstkammery zawierając tak różnorodne okazy i przedmioty, same w sobie obrastały w bogatą symbolikę i treści propagandowe:

1. Cały zbiór dzielił się na naturalia (twory Boga) i artificialia (wytwory człowieka), zatem kolekcja wyrażała szczególnie cichy dialog człowieka z Bogiem, ale też współzawodnictwo, prezentowała człowieka jako drugiego Demiurga - Artystę chcącego dorównać Stwórcy.

2. Kolekcje te interpretowano również jako Mikrokosmos (składający się z czterech żywiołów: wody, ziemi, ognia i powietrza), który sam w sobie jest doskonałą całością odbijającą Makrokosmos. To świat w miniaturze; świat, w którym wszystkie żywioły przenikają się wzajemnie tworząc wielką harmonię Natury.

3. Kunstkammery wyrażały kategorie wiedzy, prezentowały konkretne dziedziny nauki - niekiedy zaś wprost popularyzowały wiedzę gdy pozwalano je zwiedzać bądź kiedy publikowano opis konkretnych zbiorów.

4. Każdy przedmiot pełnił funkcję nośnika znaczeń, miał własną symbolikę wywodzącą się z literatury (dzieł starożytnych klasyków, Biblii, poematów, poezji, encyklopedii przyrodniczych, itp.)

5. Posiadanie własnej Kunstkammer podnosiło społeczną rangę jej właściciela, który zyskiwał chwałę i sławę, pozwalał zwiedzającym odbyć wyimaginowaną podróż, ale także poprzez gest posiadania twórców przyrody zdawał się być władcą Natury.

Początkowo właścicielami Kunstkammer byli władcy i przedstawiciele arystokracji, stopniowo jednak, z końcem wieku XVI ich posiadaczami zaczęli stawać się artyści, uczeni, filozofowie, botanicy, majętni kupcy oraz lekarze (zwłaszcza wybitni chirurdzy i anatomicowie), wśród nich m.in.:

Ole Worm (1588-1654 r.), duński lekarz i kolekcjoner, jeden z pionierów embriologii, większą część życia spędził w Kopenhadze gdzie wykładał łacinę, grekę i medycynę; pełnił także urząd osobistego lekarza króla Krystiana IV Duńskiego. Worm był namiętnym kolekcjonerem i stworzył Museum Wormianum - niezwykłą Kunstkammer ze zbiorem kuriozów zwłaszcza z Nowego Świata. Po śmierci Worma w 1654 roku jego syn opublikował katalog owych zbiorów, które zakupił Fryderyk III włączając je w królewską Kunstkammer.

Jan Filip Breyn (1680-1764), gdański

Kunstkammera i jej zbliżenia

lekarz, botanik, przyrodnik (uczeń słynnego botanika, anatoma i chirurga Hermana Boerhaave), pionier rodzimej paleontologii. Jego Kunstkammer należała do najznamienitszych w Europie zwłaszcza z uwagi na księgozbiór o tematyce przyrodniczej liczący prawie 5000 pozycji! Poza książkami Breyn kolekcjonował także muszle, skamieniałości, minerały, szczątki zwierzęce (w 1716 roku jego Kunstkammer zwiedził car Piotr I). Po śmierci Breyna w 1766 roku całość zbiorów zakupiła Katarzyna II i ofiarowała jednemu ze swoich faworytów generałowi hrabiemu Aleksiejowi Orłowskiemu.

Frederik Ruysch (1638-1731 r.), słynny holenderski chirurg i anatom. Jego Kunstkammer (zawierająca m.in. preparaty anatomiczne, szkielety dzieci, okazy owadów i zwierząt, przestrzenne instalacje anatomiczno-vanitatywne) należała do najsłynniejszych, zwiedzali ją (za opłatą) i z pomocą specjalnych drukowanych broszur-przewodników dwa razy w tygodniu zwykli ludzie, ale także dyplomaci, uczeni i koronowane głowy, w tym car Piotr I. Podczas pierwszej wizyty w 1697 roku nie tylko zachwylił się on kolekcją którą zapragnął kupić, ale także dyskutował z Ruyschem o sprawach naukowych, m.in. o kolekcjonowaniu motyli. Całość pierwszej Kunstkammer Ruyscha car kupił w 1717 roku.

Thomas Dent Mütter (1811-1859) jeden z najsłynniejszych amerykańskich chirurgów, pionier chirurgii plastycznej. Jako jeden z pierwszych lekarzy zaczął stosować regularnie narkozę eterową, wykonywał skomplikowane zabiegi chirurgiczne likwidujące skutki oszczędzających kalectw (np. w przypadku rozszczepionej wargi, przy bliznach oparzeniowych, nowotworach). Promował pooperacyjną opiekę szpitalną - co było wówczas nowością, wykazywał wiele empatii wobec pacjentów. W swoim krótkim życiu zdołał zgromadzić wspaniałą Kunstkammer w skład której wchodziły m.in. woskowe modele anatomiczne, „zdeformowane” szkielety, gipsowe odlewy różnych patologii, dawne narzędzia chirurgiczne. W 1859 roku podarował cały zbiór w celach edukacyjnych College of Physicians w Filadelfii, przyczyniając się do stworzenia słynnego do dziś Mütter Museum.

Przestrzeń anatomii tak silnie przenikającą się z chirurgią wyznacza na wystawie główny jej aktor - świadek i „czynny uczestnik” wielu sekcji zwłok - porażający prostotą choć pełen wymowy stół prosektoryjny z regionu gdańskiego (najprawdopodobniej z lat 1945/1947) wypożyczony



Wystawa w nawie głównej Szpitala św. Ducha

na ekspozycję z Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Dodatkowo wyeksponowano starodruki anatomiczne, w tym arcyważny traktat *De humani corporis fabrica...* Andreasa Vesaliusa (1543 r.), tym razem jednak w odsłonie nieco skorygowanej jako XVIII-wieczne wydanie z objaśnieniami dokonany przez niemieckiego lekarza Heinricha Levelinga. Frontispis przedstawiający samego Vesaliusa w trakcie symbolicznego pokazu anatomicznego stanowi wizualną kwintesencję roli społeczno-kulturowej jaką pełniły publiczne autopsje.

Wyobrażenie dawnych zabiegów, operacji i ingerencji chirurgicznych kreuje na ekspozycji interesujące, niekiedy zaś wykwinne w formie i pobudzające wyobraźnię instrumentarium:

- XVIII-wieczne trepany do skomplikowanych zabiegów trepanacji.
- klucze dentystyczne z początku wieku XIX (prototyp tej właśnie formy stworzył słynny szkocki chirurg Benjamin Bell (1749-1806) - autor bardzo popularnego traktatu chirurgicznego „*A System of Surgery*” obejmującego sześć tomów wydanych w latach

1783-1788. W 1786 roku w opublikowanym tomie czwartym zaprezentował m.in. nowy typ klucza dentystrycznego. Chirurg (dentysta) tzw. szponem narzędzia opasywał koronę zęba, zaś ruchami klucza do wewnątrz i na zewnątrz stwarzał rozchwianie i ekstrakcję zęba).

- XVIII-wieczne piły chirurgiczne (mrozące krew w żyłach zabiegi amputacji z użyciem tego typu pił obrazują towarzyszące im ryciny zamieszczone w starodrukach).

Oprócz tego zaprezentowano narzędzia i przyrządy używane na co dzień zarówno przez cyrulików jak i chirurgów, są to strzykawki, noże, puszczałka do krwi i szpryce. Te ostatnie wykorzystywane były w lewatywie czyli wlewie dodbyt-niczym praktykowanym powszechnie już w starożytności (największa częstotliwość aplikowania tego zabiegu rozpoczęła się wraz z wiekiem XVI by osiągnąć apogeum w XVII i XVIII stuleciu). Wykonywali ją zarówno chirurdzy, jak i cyrulicy oraz balwierze. Rozróżniano dwa typy lewatywy: lewatywę przeczyszczającą i leczniczą - ta ostatnia miała



Ekspozaty osteologiczne wypożyczone z Zakładu Antropologii UMK w Toruniu



Zabytkowe protezy z przełomu XIX i XX wieku

być aplikowana w przypadku schorzeń psychicznych, bólów lędźwiowych, przy paraliżach, kamicy a nawet czerwonce. Lewatywa przeżywała szczególną modę we Francji, zwłaszcza wśród arystokracji i członków rodziny królewskiej (Charles Bouvart - osobisty lekarz Ludwika XIII zaaplikował władcy 212 wlewów i 215 przeczyszczeń, zaś Ludwik XIV doznał aż dwóch tysięcy tego typu zabiegów – zdarzało się iż po cztery dziennie). Lekarze stosowali powszechnie lewatywę wraz z upustem krwi, opierając się na humoralnej teorii postrzegającej człowieka jako mikrokosmos - zbudowany z czterech humorów (krwi, flegmy, czarnej żółci i żółci). Choroba miała stanowić oznakę zaburzenia harmonii owych cieczy/humorów/fluidów, którą należało przywrócić przez krwiopust, wymioty czy przeczyszczenie. Popularność lewatywy spowodowała fakt, iż w wydawanych coraz chętniej od wieku XVI farmakopeach zamieszczano opisy różnych typów lewatyw i aplikowane przy ich okazji składniki (w XVII i XVIII wieku rozróżniano już lewatywy odżywcze, rozgrzewające, odświeżające, zmiękczone, zapierające, oczyszczające, wzmacniające,

ce, wiatropędne, moczopędne, przeciwrabacze, uśmierzające ból – składnikiem głównym była zawsze woda i olej). Lewatywa aż do końca wieku XIX pełniła rolę panaceum stosowanego przy większości chorób, jej dzisiejszy odpowiednik stanowią czopki, wlewy i mikrowlewki.

Powszechność krwiopustów i używanych przy ich okazji puszczań do krwi (zaopatrzonych w małe ostre ostrza) w niezwykle sposób znalazła swoją kontynuację w wybitnie interesującym - nie chirurgicznym - instrumencie jakim jest pokazany na wystawie XIX-wieczny, niemiecki „Life Awakener”- „Lebenswecker”- „Pobudzacz do życia”, „Pobudzacz do życia” zwanego też „Sztuczną Pijawką” skonstruował w 1848 roku Carl Bauenscheidt (1809-1973 r.) – mechanik, wynalazca, jeden ze współtwórców medycyny alternatywnej. Narzędzie posiada trzon zakończony igłami, które wraz z zaaplikowanym specjalnym olejem podrażniały skórę powodując zaczerwienienie, swędzenie, niekiedy lekkie zranienia czy krosty. Według Bauenscheidta ten typ drażnienia ciała „odciąga” organizm od właściwej choroby i zdolne jest leczyć wiele schorzeń m.in. krztusiec, łysienie,

syfilis, schorzenia psychiczne. „Life Awakener” zyskał największą popularność w latach 1865-1875, przedmiot wytwarzano jeszcze długo po 1880 roku kiedy Bauenscheidta okrzyknięto szarlatanem medycyny. Dzisiaj instrument przeżywa „nową młodość” stosowany przez zwolenników tzw. „akupunktury Zachodu”.

Chirurdzy pracowali w określonej przestrzeni stąd wśród eksponatów obecność kopii średniowiecznej szafy chirurgicznej z przełomu wieku XV i XVI. Wzór szafy stanowił drzeworyt mieszczący się w dziele Buch der Chirurgia Hieronima Brunschwiga z 1497 roku. Szafa ta pełniła jednocześnie dodatkową rolę stołu, niekiedy był to mebel przenośny składany, służący chirurgom wojennym.

Zwiedzającym wystawę musi wydać się intrygująca „instalacja” umieszczona przy szafie chirurgicznej, na którą składa się stół i misa wypełniona...jajkami. Jej celem jest przypomnienie roli jaką w dawnej medycynie (zwłaszcza chirurgii odgrywały jajka):

- woda i jajka (białka) stanowiły często substancje łączące składniki wielu lekarstw
- białka pełniły rolę substancji łagodzącej przy sporządzaniu środków z dodatkami drażniącymi
- surowe białka wchodziły w skład pigułek przeciw nadmiernemu pragnieniu powodowanemu przez zagę
- całe jajka stanowiły komponent leczniczych opatrunków zablizniających płytke zranienia (Galen podaje przepis na tego typu lekarstwo: na ciepło łączono 12 surowych jaj z rudą cynkową, tlenkiem ołowiu, bielą ołowianą, winem, olejkami różnymi, woskiem i kadzidłami).
- wrzodziejące, trudno gojące się rany polecano traktować maścią w skład której wchodziło ubite żółtko zmieszane z żywicą terebintu
- surowe jajka lub smażone stosowano wraz z innymi składnikami m.in. tlenkiem ołowiu, woskiem, oliwą, miodem, woskiem do sporządzania mikstur leczących chory odbyt.

Niezwykłe właściwości jajek, a właściwie żółtek dały się także poznać w 1537 roku, podczas bitwy o Turyn (prowadzonej przez wojska króla Francji Franciszka I). Naczelnym chirurg wojsk francuskich Ambroise Paré z powodu braku gorącego oleju, którym traktowano powszechnie rany zastosował w jego zastępstwie (z doskonałym efektem) mieszaninę żółtek i gotowanej wody, likwidując dodatkowe doznanie bólu rannych żołnierzy.

Istotnym elementem profesji chirurga był też wyróżniający strój - kodyfikator



Stół prosektryjny z lat 40. XX wieku wypożyczony z Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

odmienności, zwłaszcza zaś strój XVII-wiecznego chirurga dżumowego, którego rekonstrukcję zaprezentowano na wystawie wraz z grafiką „Der Doctor Schnabel von Rom” Paula Fürsta z 1656 roku.

Chirurdzy należeli też do tzw. „lekarzy epidemicznych”, „lekarzy zakaźników” (Pestärzte, Pockenärzte, Pestchirurgen), których powoływano w zainfekowanych miastach, w celu koordynacji opieki nad chorymi. Do ich obowiązków należało podawanie chorym leków, nacinanie i opatrywanie dymienic za pomocą maści z much hiszpańskich, smarowanie węzłów chłonnych balsamem szafranowym, itp. Chirurga dżumowego wyróżniał niezwykły ochronny strój, który może był już stosowany w wieku XIV, jednak jego nowożytną i ostateczną formę wymyślił i spopularyzował w 1619 roku słynny francuski lekarz Charles de Lorme (1584-1678). „Abito del medico della peste” („kostium lekarza dżumowego”) składał się z długiego płaszcza, kapelusza, rękawic, butów z koziej skóry i maski z okularami zaopatrzonej w pokaźny „ptasi” dziób, w którym umieszczano pakuły nawilżone aromatycznymi substancjami takimi jak cynamon, goździki, gałka muszkatołowa, szafran, olejek różany, ambra, mirra, laudanum, płatki róży czy kamfora. W ten sposób tworzone wonny filtr stanowiący barierę przed tzw. „morowym powietrzem” ale także chroniący przed odorem rozkładających się na ulicach ciał. Dodatkowym atrybutem lekarza dżumowego był również ostro zakończony kij (długości ok. 65-180 cm), służący do otwierania guzów dymienicznych (jednego z objawów dżumy dymienicznej). Strój ten miał maksymalnie separować lekarza od zakażonego świata, paradoksalnie jednak działał dość negatywnie na samych chorych wywołując w nich uczucie strachu i niepewności. Kostium ten spopularyzowała słynna satyryczna grafika pt. „Der Doctor Schnabel von Rom” Paula Fürsta z 1656 roku.

Co istotne ten typ ubioru podlegał jednak w wielu krajach uproszczeniu czy modyfikacji, np. w wieku XIX na południu Europy w okresie epidemii cholery maskę i kapelusz zamieniano na kaptur z otworami na oczy zakrywający całą głowę i szyję, z kolei w polskiej instrukcji przeciwmorowej z 1771 roku czytamy: „ludzie chorym służący na sukni płócienne odzienie mieć mają, z płótna nowego, konopnego, podając chorym rzecz jaką, dechu ich strzec się i chustą octem namoczoną nos i usta zakryć, rzeczy zarażonych nie dotykając rękawiczki

skórzane na ręku mieć, w ustach chrzan, albo li też jagody jałowcowe trzymać, często spłukać”.

Funkcja lekarza dżumowego nie była łatwą, chirurdzy ci często sami umierali w wyniku zarażenia chorobą, jako przykład można podać wydarzenia z lat 1709-1710 kiedy w Elblągu w wyniku śmiertelności lekarzy powoływano na to stanowisko kolejno Berthlinga, Antoniego Hogera, Marka Pohla i Gotfryda Severina. Ten ostatni należał do lekarzy dżumowych, którzy wędrowali w ślad za zarazą przez kolejne miasta (Severini podobnie jak niejaki Manesse Stoeckel pełnił tę funkcję kolejno w Toruniu, Gdańsku i Elblągu).

Pełnienie służby lekarskiej w czasie zarazy wiązało się również z niebezpieczeństwem posądzenia o rozprzestrzenianie tejże, istniały wypadki oskarżania chirurgów o szerzenie epidemii i konszachty z siłami nieczystymi. Poza tym podejrzewano ich o kradzież mienia ofiar zarazy (oskarżenie takie dotknęło m.in. chirurgów bydgoskich Andrzeja Rheina, Filipa Hybnera i Jana Brommera).

Jednak opowieść o dawnej chirurgii nie jest tylko narracją dotyczącą samych chirurgów, główny punkt odniesienia stanowi nade wszystko ludzkie ciało - podmiot i przedmiot chirurgicznych eksploracji, ich kierunek i cel. O ile więc narzędzia chirurgiczne i traktaty medyczne tworzą opowieść o ciele „jako takim”, ciele abstrakcyjnym, ciele ogólnym, o tyle odmienny obraz owego ciała stwarzają eksponaty osteologiczne wypożyczone z Zakładu Antropologii UMK w Toruniu, wśród których znajdują się m.in. czaszki ze śladami trepanacji, czaszka kobiety chorującej na syfisy oraz kości kończyn dotknięte różnorodnymi urazami, zwyrodnieniami i złamaniami. W tym przypadku mamy do czynienia z obrazem ciała osobistego, jednostkowego, eksponaty te stanowią intymny dziennik doznań konkretnego człowieka, historyczny rejestr ludzkich, jakże dramatycznych losów splecionych z losem chirurgów.

Dopełnieniem obrazu ciała jednostkowego, ciała intymnego stają się zaprezentowane na wystawie protezy - ciało fantomowe, ciało sztuczne udające ciało naturalne; artefakty biorące udział w ponurym procesie prowadzącym od autentycznej utraty kończyny (fizycznego i symbolicznego rozpadu ciała) do pozorowanego przywrócenia kończyny (fizycznego i symbolicznego scalenia ciała).

„Profesjonalne zabawy z ciałem” to wystawa, która wytycza sobie kilka nieśmiałych celów, są nimi: przywrócenie

pamięci o dawnej chirurgii, nie narzucająca się i nie agresywna edukacja, głównie jednak pobudzenie odbiorców do indywidualnej refleksji o przypadkach i przygodach „ludzkiego ciała”, które mimo wypadków, epidemii, wojen trwało we własnej niepokorze, krnąbrności i samowolności zranień, złamań, zwichnięć, kalectw, okaleczeń, urazów, schorzeń wewnętrznych. Chirurdzy należeli niewątpliwie do kategorii eksploratorów, starających się (niekiedy może nazbyt śmiało) nałożyć czy też narzucić owym niepokornym bytom „kaganiec” i ponownie obdarzyć je tak abstrakcyjnym pojęciem jakim jest „zdrowie”.

„Profesjonalne zabawy z ciałem”, Szpital św. Ducha (Dział Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika), ul. Stara 6, Frombork

kurator wystawy: dr Jowita Jagła

fot. Paweł Chorostian

Instytucje reprezentowane na wystawie:

Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Instytut Archeologii UMK, Toruń.

Zakład Antropologii UMK, Toruń.

Stanisław Mudryk - Zakład Stolarski, Frombork.

Wiesława Długolecka - Usługi Krawieckie, Frombork.

Zbiory prywatne



Joannis Sculteti physici Ulmensis olim felicissimi Armamentarium chirurgicum olim auctum triginta novem tabulis, tam veteres quam recentiores machinas & operationes exhibentibus: nec non observationum medico-chirurgicarum centuria collecta, Johannes Baptist Lamsweerde, tom 1, Janssonio-Waesbergios, 1741

Komunikacja w farmacji

Marta Rozeńska

14 maja odbyła się I Ogólnopolska Studencka Konferencja Naukowa „Komunikacja w farmacji” organizowana przez sekcję opieki farmaceutycznej Studenckiego Koła Naukowego „Komunikacja w Opiece Medycznej” oraz Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej. SKN „Komunikacja W Opiece Medycznej” działa przy Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM UMK, składa się z dwóch sekcji, zrzeszających studentów farmacji i medycyny, a w przyszłości planuje również zaprosić do współpracy inne zawody medyczne. Opiekunem koła jest dr n.med. Aldona Katarzyna Jankowska.

Pierwsza sesja nosząca tytuł „Farmaceuta i jego relacje z pacjentem oraz lekarzem” w której prelekcje przedstawili mgr farm. Tomasz Letmański oraz dr n. farm. Łukasz Pałkowski uświadomiła słuchaczom, a przede wszystkim studentom jak trudnym klientem w aptece jest pacjent. Zwrócono uwagę, że potrzeby i oczekiwania pacjentów często są zależne od płci, osobowości i wieku. Kobiety oczekują od farmaceuty porady i podpowiedzi przy wyborze preparatu, potrzebują też więcej czasu do namysłu – są wymagające i zadają dużo pytań. Mężczyźni za to, nie lubią zbyt wielu wyjaśnień i szybko wybierają potrzebny produkt wśród polecanych. Osoby starsze zwykle spędzają w aptece najwięcej czasu, dopytują się

o działanie zaordynowanych przez lekarza leków i najczęściej oczekują preparatu w dobrej cenie – od farmaceuty wymagana jest cierpliwość, empatia oraz przede wszystkim uśmiech.

„Problemy w codziennej pracy farmaceuty za pierwszym stołem” były tematem drugiej sesji w której dzielili się wiedzą: mgr Paulina Szatkowska-Wandas, mgr farm. Łukasz Fijałkowski, mgr farm. Jakub Płaczek, dr n. farm. Daniel Modnicki, dr n. biol. Maciej Balcerek. Uczestnicy dowiedzieli się jak postępować z pacjentem uzależnionym, poznali wymogi stawiane recepcie i jak powinna być realizowana, z humorem pokazano jak wygląda pismo lekarskie. Sesja rozwiała mity krążące o aptece m. in. czy lewoskrętna witamina C jest najlepsza i czy osoby w aptece to tylko sprzedawcy leków. Prelegenci stanowczo odradzali też kupowanie suplementów diety oraz wskazywali na korzystne działanie roślinnych surowców leczniczych.

Tematem trzeciej sesji był „Farmaceuta i jego rola w chorobach cywilizacyjnych”. Poruszono w niej rolę farmaceuty w farmakoterapii w chorobach przewlekłych takich jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze oraz w chorobach onkologicznych. Swoim doświadczeniem podzielili się: dr n.med. Zofia Ruprecht, dr n. med. Maria Bogdan, dr n.med. Wojciech Szczeniński i dr n. med. Aldona Katarzyna Jankowska. Firma Paul Hartmann Polska

przedstawiła opatrunki specjalistyczne wykorzystywane w leczeniu ran prze-wlekłych. W tej konferencyjnej części realizując tematykę spotkania o opiece farmaceutycznej opowiedział mgr farm. Piotr Merks. Podkreślił, że komunikacja w medycynie jest niezbędna do zaistnienia opieki i przedstawił jak wyglądają relacje pomiędzy lekarzem, farmaceutą i pacjentem w krajach gdzie opieka jest prawnie zatwierdzona.

Dwie znakomite osobistości przyjęły zaproszenie by poprowadzić wykład jako gość specjalny, a byli to mgr farm. Andrzej Wróbel oraz prof. dr hab. Roman Kaliszan.

Mgr farm. Andrzej Wróbel jest Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Opowiedział o swojej pracy, przestrzegał przed zachowaniami które wymagają jego interwencji. W bardzo interesujący sposób przedstawił zmiany jakie zaszły w aptekach na przestrzeni kilku ostatnich lat, zwrócił uwagę na rosnącą liczbę sieci aptecznych.

Prof. dr hab. Roman Kaliszan do niedawna wykładowca CM UMK, zapoznał słuchaczy z medycyną precyzyjną, zwrócił uwagę na genetyczne uwarunkowania podatności na chorobę. Zakończył swoją prelekcję bardzo przyszłościową wizją specyficznych biofarmaceutyków, leków, które będą tworzone dla określonej grupy osób.

„Komunikacja w farmacji” była świetną okazją do dyskusji na temat relacji farmaceuty z lekarzem oraz farmaceuty z pacjentem. Słuchacze zdobyli wiele nowych cennych informacji, dzięki prelegentom, którzy podzieli się swoim zwykle wieloletnim doświadczeniem. Informacje zdobywane przez studentów na studiach zostały z pewnością świetnie usystematyzowane i połączone z praktyką. Obfity program konferencji sprawił, że Dzień Farmaceuty nie był dniem straconym.

Konferencję przygotował komitet organizacyjny w składzie – Marta Rozeńska, Izabela Braun, Martyna Grzeško, Joanna Dzimińska, Paula Podlecka, Dominika Dręzek i Agnieszka Żytniewska.

Dziękujemy za liczną obecność!

Marta Rozeńska jest wiceprzewodniczącą bydgoskiej „Młodej Farmacji”



V Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTPA

Paulina Mościcka

W dniach 19-20 maja 2016 r. w Bydgoszczy, w hotelu City, odbyła się V Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego.

Organizatorami konferencji byli: Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych CM UMK w Bydgoszczy, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CM UMK w Bydgoszczy, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego. Patronat honorowy nad konferencją objęli Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, prof. Andrzej Tretyn, oraz prorektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, prof. Jan Styczyński. Tegoroczna konferencja odbyła się w 10 rocznicę utworzenia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego i podobnie, jak w poprzednich latach cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Na salach konferencyjnych hotelu zgromadziło się przeszło trzystu uczestników z całej Polski, w tym pielęgniarki różnych specjalności ale też lekarze, mikrobiolodzy i fizjoterapeuci z całej Polski.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała Przewodnicząca Komitetu Naukowego, Redaktor Naczelna czasopisma Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne oraz wiceprezes Zarządu Towarzystwa Pani prof. Maria T. Szewczyk. Obecnie funkcję prezesa pełni dr Justyna Cwajda-Białasik. Gośćmi honorowymi byli m.in. przedstawiciele władz Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Jego Magnificencja Prorektor UMK ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy prof. Jan Styczyński, Dyrektor Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy Pani Magdalena Daszkiewicz, Pani Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Prezes (past) Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej Pan prof. Arkadiusz Jawień, Prezes Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów Pani prof. Eugenia Gospodarek-Komkowska, Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy mgr Katarzyna Florek, Dyrektorzy Szpitali Uniwersyteckich, prof. Jacek Manitus, dr Wanda Korzycka-Wilińska, Dyrektorzy ds. pielęgniarstwa Szpi-

tali Uniwersyteckich Pani mgr Mirosława Ziółkowska oraz dr Aleksandra Popow, pracownicy naukowo--dydaktyczni Wydziału Nauk o Zdrowiu CM w Bydgoszczy, członkowie i sympatycy PTPA.

Podczas wykładu inauguracyjnego Pani prof. Maria Szewczyk, inicjator, współzałożyciel i pierwszy Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego przedstawiła historię Towarzystwa, jego rozwój i osiągnięcia.

Po wykładzie inauguracyjnym Pani prof. Maria Szewczyk wręczyła dyplomy szczególnego uznania i podziękowania, m.in. Panu prof. Arkadiuszowi Jawieniowi za zaangażowanie, współpracę i osobisty udział w promocji i rozwoju Towarzystwa, prof. Romanowi Ossowskiemu, prof. Eugenii Gospodarek-Komkowskiej, prof. Wojciechowi Pospiechowi, dr Annie Spannbauer, dr hab. Marzenie Bartoszewicz, prof. Jackowi Klawe za współpracę i udział

w działalności naszego Towarzystwa na przestrzeni 10-lecia jego istnienia, oraz wieloletnim Sekretarzem Redakcji czasopisma Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne dr Katarzynie Cierzniańskiej i dr Justynie Cwajda-Białasik. Natomiast przedstawiciele Zarządu i Członkowie Towarzystwa złożyli na ręce Pani prof. Marii Szewczyk szczególne podziękowanie za podjęcie inicjatywy powołania Towarzystwa, osobiste zaangażowanie w rozwój i trud codziennej pracy przekładającej się na liczne sukcesy całego środowiska pielęgniarskiego.

Uroczyste otwarcie konferencji zakończone było przepięknym Koncertem Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy, pod kierunkiem Pana prof. dr hab. sztuki muzycznej Wojciecha Pospiecha.

Program naukowy konferencji obejmował sześć interesujących sesji, podczas których przedstawiono 34 prace. Sesji pierw-





szej zatytułowanej „Interdyscyplinarność w chirurgii”, przewodniczyli prof. Arkadiusz Jawień, dr Justyna Cwajda-Białasik, prof. Roman Ossowski, prof. Maria T. Szewczyk, a w czasie jej trwania przedstawione zostały cztery prace. W przerwie kawowej uczestnicy konferencji mieli okazję do dyskusji oraz wymiany swoich doświadczeń. Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się stoiska firm prezentujących m.in. nowoczesne opatrunki, antyseptyki, sprzęt do zaopatrzenia stomii, materiały

kompresyjne, a także środki do pielęgnacji skóry. W Sesji II poświęconej tematyce ran przewlekłych o etiologii naczyniowej, przewodniczyli prof. Eugenia Gospodarek-Komkowska, prof. Marzenna Bartoszewicz, dr Anna Spannauer, dr Paulina Mościcka, zaprezentowanych zostało sześć bardzo interesujących wykładów. Po zakończeniu wykładów wszyscy uczestnicy zostali zaproszeni na uroczystą kolację.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się również warsztaty dotyczące doboru

opatrunków specjalistycznych i enteralnego żywienia chorych.

Drugi dzień konferencji rozpoczęła sesja poświęcona tematyce profilaktyki zakażeń miejsca operowanego, w której zaprezentowane zostały Zalecenia Profilaktyki Zakażeń Miejsca Operowanego opublikowane w Pielęgniarstwie Chirurgicznym i Angiologicznym w 2015 roku.

Podczas kolejnej sesji, sesji IV za stołem prezydialnym zasiadli prof. Jacek Kławe, dr Justyna Cwajda-Białasik, dr Beata Mrozikiewicz-Rakowska, dr Paulina Mościcka i podejmowano zagadnienia związane z zespołem stopy cukrzycowej.

Sesji V zatytułowanej „Chirurgia i Pielęgniarstwo Chirurgiczne”, przewodniczyli dr Katarzyna Cierzniańska, dr hab. Zbigniew Banaszkiewicz, mgr Izabela Kuberka, mgr Anna Szumska i przedstawionych w niej zostało 11 wykładów. Podczas ostatniej Sesji do stołu prezydialnego zaproszeni zostali: dr hab. Marta Muszałik, dr Aleksandra Popow, dr Elżbieta Kozłowska, dr Tomasz Ridan i wygłoszono 5 interesujących wykładów.

Konferencję merytorycznie podsumowała prof. Maria T. Szewczyk dziękując Komitetowi Naukowemu, wszystkim przybyłym gościom z Polski, prelegentom, wydawnictwu Termedii za organizację oraz partnerom za wsparcie i pomoc podczas organizacji konferencji. Streszczenia wygłoszonych prac zostały opublikowane w Pielęgniarstwie Chirurgicznym i Angiologicznym 2/2016.

dr Paulina Mościcka jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych

Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego

Wojciech Ślusarczyk

Wiek XIX był czasem bezprecedensowych przemian, które w przypadku zachodniego kręgu cywilizacyjnego, zaszły niemal w każdej sferze działalności człowieka. Postęp naukowy, techniczny i gospodarczy spowodował zmianę stylu życia oraz mentalności. Przeobrażenia te przyczyniły się do znacznej poprawy warunków bytowych, lecz także zrodziły nowe problemy społeczne, których rozwiązanie obiecywały powstające wówczas idee i koncepcje, takie jak ruchy rewolucyjne, pozytywizm, czy eugenika.

Mimo upływu czasu i przewartościowania wielu ówczesnych pomysłów, wiek XIX należy postrzegać jako fundament

obecnych standardów cywilizacyjnych. Stulecie to przyniosło ze sobą także rewolucję w sposobie rozumienia i określania zasad higienicznych. Przełom ten został spowodowany sformułowaniem w 2 poł. XIX w. paradygmatu bakteriologicznego, który mimo początkowego oporu tradycjonalistów, upowszechnił się i obowiązuje do dziś. Proces tworzenia i popularyzacji nowego standardu, mimo jego przełomowego charakteru, nie był jednak natychmiastowy. Indywidualny i zarazem masowy – społeczny wymiar nowoczesnej koncepcji higieny powodował, że przykuwała ona uwagę lekarzy, prawodawców, polityków, architektów i moralistów, będących zarówno

zwolennikami, jak i przeciwnikami paradygmatu bakteriologicznego.

Każda epoka wypracowywała własny sposób pojmowania czystości i brudu, a w związku z tym także i oryginalną koncepcję higieny. Temat ten bez wątpienia nie został do tej pory wyczerpany. Z tego względu Zakład Historii Medycyny i Pielęgniarstwa oraz Katedra Higieny, Epidemiologii i Ergonomii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (dalej CM UMK) zorganizowały dwudniową konferencję naukową „Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego”, która odbyła się w Bydgoszczy w dniach

22 – 23 września 2016 r. Współorganizacji konferencji podjęły się: Zakład Historii Stosunków Międzynarodowych XIX i XX wieku oraz Katedra Historii Kultury z Instytutu Historii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy oraz Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Partnerem przedsięwzięcia było Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Pomocy organizacyjnej udzieliło także Studenckie Koło Naukowe Historii Medycyny i Farmacji CM UMK.

Celem niniejszej konferencji była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie w jaki sposób do problemu higieny podchodzili ludzie w „długim wieku XIX” (1789 – 1914)? Do omówienia tego interdyscyplinarnego zagadnienia zaproszono historyków różnych specjalności, których zainteresowania dotyczą powyższego okresu, a w szczególności badaczy dziejów: medycyny, nauki, techniki oraz kultury.

Zakres chronologiczny problematyki prezentowanej podczas konferencji to przede wszystkim ostatnia ćwierć XIX w. i pierwsze kilkanaście lat XX stulecia. Był to bowiem okres dynamicznych zmian wynikających ze sformułowania zasad bakteriologii. Część referatów dotyczyła jednak wcześniejszych dekad, ze schyłkiem XVIII w. włącznie. Przedstawiono w nich zjawiska wynikające z tradycyjnego – miazmatycznego, postrzegania epidemii, a zarazem czystości i brudu. Niemal wszyscy autorzy referatów skupiali się przy tym na Europie; najczęściej na, znajdujących się wówczas pod zaborami, ziemiach polskich. Należy zaznaczyć, że w żadnym z referatów nie opisano dokładnie procesu formułowania paradygmatu bakteriologicznego przez Ludwika Pasteura i Roberta Kocha. Zagadnieniu temu

poświęcono już bowiem wiele naukowych i popularnonaukowych publikacji. Zgodnie z tytułem konferencji, uczestnicy skupili się zaś na zjawiskach związanych z nierzadkami bakteriologii oraz na skutkach jakie przyniosły one światu.

Ostatnia epidemia dżumy w Europie pojawiła się u schyłku XVIII w., po czym choroba ta znikła ze Starego Kontynentu z przyczyn naturalnych. Stałe zagrożenie dżumą towarzyszące Europejczykom przynajmniej od połowy XIV w. upowszechniło, oparte o teorię miazmatyczną, sposoby zabezpieczania się przed epidemiami. Od lat trzydziestych XIX w., gdy miejsce dżumy „zajęła” cholera azjatycka, władze państwowe oraz municypalne starały się stosować ugruntowane metody polegające na dezodoryzacji miazmatów oraz na kordonach wojskowo-sanitarnych połączonych z przymusem kwarantanny. Mimo tego, że stosowano „sprawdzone” metody, to okazywały się one, podobnie jak w przypadku wcześniejszej dżumy, nieskuteczne. Powodem tego było błędne – bo miazmatyczne – postrzeganie etiologii cholery. Dotyczyło to zresztą także innych chorób epidemicznych, w tym głównie rozprzestrzeniającej się w rosnących na bezprecedensową skalę miastach, gruźlicy. Zmiany w tym zakresie – walkę z bakteriami, a nie z zepsutym powietrzem, podjęto w ostatniej ćwierci XIX w. dzięki upowszechnieniu zasad bakteriologii. Zagadnienia te zostały przedstawione w pierwszych czterech referatach. Dariusz Chyła opisał przebieg epidemii cholery i działania sanitarne władz pruskich w Toruniu w 1831 r. Należy dodać, że była to wówczas pierwsza epidemia cholery na ziemiach polskich. Karolina Turcza skupiła się na przeciwocholerycznych działaniach administracji oraz lekarzy w Krakowie. Agnieszka Polak opisała

zaś ogólne działania podejmowane podczas epidemii w dziewiętnastowiecznym Lublinie. Jak już wspomniano, paradygmat bakteriologiczny (nie bez oporów) wszedł do standardu nauki i praktyk sanitarnych ostatniej ćwierci XIX stulecia, współtworząc niejako obraz Belle époque. Niemożliwe dotąd okiełznanie epidemii wpisało więc w powszechną wiarę w nieuchronny postęp cywilizacji białego człowieka. Panujący wówczas w Europie pokój sprzyjał bowiem umacnianiu się nowych – nowoczesnych rozwiązań w zakresie walki z epidemiami oraz w ogóle zbiorowej i indywidualnej higieny. Z kolei o odmiennych, bo ekstremalnych warunkach higienicznych, panujących podczas amerykańskiej wojny secesyjnej (1861 – 1865), mówił Łukasz Sasuła. I wojna światowa (1914 – 1918), stanowiąca symboliczny koniec XIX w., zmusiła władze wojskowe i cywilne do improwizacji w nowej, pełnej chaosu, rzeczywistości. Zagadnienie to przedstawił w swym referacie Radosław Łazarz.

Zmiana postrzegania zagrożeń epidemicznych oraz czystości i brudu spowodowana przełomem bakteriologicznym wpłynęła w pierwszej kolejności na infrastrukturę miast. Przejawem tego było między innymi dążenie do budowania higienicznych mieszkań, możliwe do zrealizowania niemal jednak wyłącznie przez zamożne warstwy ludności. Zagadnienie to, na przykładzie Warszawy, przedstawił w swym referacie Aleksander Łupienko. Z kolei Anna Maj ukazała przemiany zachodzące w tym czasie w łazienkach zakładanych między innymi w mieszczańskich kamienicach.

Paradygmat bakteriologiczny łączył się z ideami nowoczesności i „pracy u podstaw”. Upowszechnianie nowych standardów, zwłaszcza na terenie zafanego zaboru rosyjskiego, podejmo-



Konferencja w toku, panel prowadzi dr hab. Walentyna Korpalska

wane było przez wybitnych intelektualistów – często lekarzy – skupiających się w powstających w owym czasie towarzystwach higienicznych. Tematem tym zajęli się autorzy kolejnych trzech referatów. Marzena Iwańska przedstawiła sytuację panującą w, przeżywającej dzięki rewolucji przemysłowej ekspansję, Łodzi. Mariusz Nowak ukazał działania kieleckich środowisk inteligentnych. Paweł Tarkowski skupił się zaś na aktywności warszawskiego lekarza Józefa Tchórznickiego. Zmiany powyższe owocowały między innymi wysypem naukowych i popularnonaukowych książek, broszur, kalendarzy i czasopism, których celem było zgłębianie oraz propagowanie nowych zasad higieny. Treścią, a także w pewnym stopniu formą takich publikacji zajęli się autorzy następnych pięciu referatów. Anna Trojanowska przedstawiła obecność problemu kontroli żywności i wody pitnej w polskich publikacjach naukowych. Anna Marek ukazała tematykę higieny publicznej na łamach krakowskiego czasopisma „Przewodnik Higieniczny”. Michał Marian Skoczylas przedstawił problem obecności tematu higieny i patologii chorób infekcyjnych oraz pasożytów na łamach „Ugeskrift for læger”, czasopisma Duńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Magdalena Paciorek przybliżyła słuchaczom opinie lwow-

skich medyków i pedagogów na temat wychowania fizycznego dzieci i młodzieży. Natomiast Adam Dombrowski skupił się na analizie językowej treści higienicznych zawartych w dziewiętnastowiecznych poradnikach medycznych.

Przed przełomem bakteriologicznym śmiertelnymi ofiarami błędnego odczytywania etiologii chorób będących de facto skutkami infekcji, były często kobiety w okresie połogu. Pod koniec lat czterdziestych XIX w., a więc jeszcze przed odkryciami Pasteura i Kocha, z czynnikiem wywołującym gorączkę połogową walczył skutecznie (wprowadzając aseptykę) Ignaz Philipp Semmelweis. Ze względu na to jednak, że w ówczesnym dyskursie medycznym nie było jeszcze miejsca na wiedzę z zakresu bakteriologii, Semmelweis opierał się głównie na intuicji i obserwacjach w skali makro. Nie mógł więc przedstawić niepodważalnych dowodów legitymizujących niejako jego praktyki w świecie nauki. Z tego powodu aseptyka nie przyjęła się jeszcze przez ponad dwadzieścia lat, zaś jej twórca zmarł w zapomnieniu. Przełom bakteriologiczny spowodował jednak, że na przełomie XIX i XX w. nowe standardy higieny stały się już oficjalnym kanonem położnictwa. Tematyka ta poruszona była w kolejnych dwóch referatach autorstwa kolejno Aleksandry Szlagowskiej

i Aleksandry Starczewskiej-Wojnar, które dotyczyły standardów położniczych panujących na ziemiach polskich. Natomiast poster Zbigniewa Beli przybliżył uczestnikom konferencji sylwetkę i działalność Semmelweisa w ujęciu francuskiego, dwudziestowiecznego pisarza (i lekarza zarazem), Louisa-Ferdinanda Céline’a.

Odejście od koncepcji miazmatycznej wiązało się ze sformułowaniem nowoczesnych (obowiązujących także dzisiaj) zasad higieny zbiorowej i osobistej. Przemiany te, w połączeniu z rozwojem chemii, przyczyniły się do upowszechnienia licznych środków do czyszczenia i mycia oraz nowych – aseptycznych i antyseptycznych farmaceutyków. Zmiany uwiadamiały się więc także w asortymencie oferowanym przez drogerie i apteki. Zagadnienia niniejsze przedstawili w swych referatach Maria Pająk i Małgorzata Tomańska oraz Andrzej Syroka.

Należy przy tym pamiętać, że przywoływany tu wielokrotnie przełom bakteriologiczny zachodził w pierwszej kolejności w nauce. Na skuteczne działania praktyczne został zaś przełożony dzięki aktywności czynników społeczno-politycznych. Bez sprawnej i konsekwentnej – policyjnej – administracji, nowoczesne normy higieniczne mogłyby pozostać wyłącznie naukową koncepcją. Rolę państwa w kształtowaniu nowoczesnej medycyny publicznej, na przykładzie Prus oraz zjednoczonych w 1871 r. Niemiec, przedstawiła w swym obszernym i kluczowym dla konferencji, referacie Bożena Płonka-Syroka.

Mimo sukcesów i rewolucyjnego wprost tempa upowszechniania się nowych zasad higieny, obszarami na których utrzymywały się dawne – miazmatyczne, czy wręcz magiczne – sposoby postrzegania czystości i brudu oraz zdrowia i choroby, były oddalone od centrów cywilizacyjnych i przywiązane do tradycji, tereny wiejskie. Zagadnienie to poruszone zostało w referacie Lilianny Wdowiak, która koncentrowała się na przedstawieniu dymu jako środka oczyszczającego, stosowanego w praktykach leczniczych ludności wiejskiej na ziemiach polskich.

Jak już wspomniano, upowszechnienie się zasad bakteriologii spowodowało szereg istotnych i pozytywnych zmian w sposobie życia społeczności oraz jednostek. „Bakteriologiczne” postrzeganie świata wpłynęło więc także na sposób rozumienia zjawisk politycznych i społecznych. Przykładem tego jest Gustave Le Bon, który w swej pracy pod tytułem Psycho-



Fig. 254. Obmywanie.

logia tłumy, wydanej w 1895 r., opisał zjawisko „epidemii psychicznej”, powodującej zatracanie się jednostek w tłumie przy jednoczesnym, masowym uleganiu sugestiom autorytetu – wodza. Zdaniem Le Bon’a jaskrawym przykładem tego zjawiska („epidemią mas”) była rewolucja francuska (1789 – 1799). Temat ten przedstawiony został w ostatnim referacie, wygłoszonym przez Adama Zemelkę.

Większość wygłoszonych referatów weszła w skład pracy zbiorowej pod tytułem Czystość i brud. Higiena w XIX wieku.

Wokół przełomu bakteriologicznego, pod redakcją Walentyny Korpalskiej i Wojciecha Ślusarczyka, która ukazała się nakładem Działu Wydawnictw CM UMK.

Po zakończeniu pierwszego dnia obrad uczestnicy udali się na krótki spacer po bydgoskiej starówce oraz odwiedzili Muzeum Okręgowe im. Leona Wyczółkowskiego zwiedzając wystawę stałą „Twórczość Leona Wyczółkowskiego (1852-1936)”. Warto też nadmienić, że uroczysta kolacja, ze względu na wspólną atmosferę i ożywione dysputy,

trwała do późnych godzin wieczornych.

Na koniec należy zaznaczyć, że konferencja ta stanowiła kontynuację serii, rozpoczętej w 2013 r. podobnymi spotkaniami naukowymi poświęconymi starożytności, średniowieczu i epoce nowożytnej. Zgodnie z ideą francuskiego historyka i socjologa Georgesa Vigarello, ich zadaniem jest przybliżenie problematyki czystości i brudu na przestrzeni dziejów; od początków cywilizacji do końca XX w.

dr Wojciech Ślusarczyk jest asystentem w Zakładzie Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Kongres EFLM-UEMS

Marta Rożeńska

W dniach 21.09-24.09.2016 w hotelu Double Tree by Hilton w Warszawie odbył się 4 Kongres EFLM-UEMS, którego tematem przewodnim było: *Laboratory Medicine at the Clinical Interface*. Prezydentem Kongresu oraz głównym organizatorem była prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, kierownik Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej CM UMK, członek Zarządu EFLM (European Federation of Laboratory Medicine). Patronat nad Kongresem objęło Collegium Medicum UMK, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Międzynarodowa Federacja Chemii Klinicznej (IFCC) a honorowy patronat Miasto Warszawa.

Zakończony sukcesem Kongres był największym europejskim wydarzeniem w medycynie laboratoryjnej i diagnostyce klinicznej w 2016 roku. W Kongresie wzięło udział ponad 700 uczestników z całego świata, w tym z Brazylii, Nigerii, Singapuru i Australii. Podczas Kongresu wykłady plenarne, wykłady w sesjach i podczas debat, dotyczące najnowszych trendów w szeroko pojętej medycynie laboratoryjnej zaprezentowało 25 polskich i 83 zagranicznych naukowców. Naszą uczelnię aktywnie reprezentowali: prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska (współprowadzenie 3 sesji), prof. dr hab. Grzegorz Grzešk (udział w debacie), dr hab. Marek Koziński (współprowadzenie sesji, wykład oraz prowadzenie debaty), dr hab. Jarosław Czyż (wykład plenarny), dr n.med. Magdalena Krintus (prowadzenie sesji) i dr n.med. Joanna Siódmiak (współprowadzenie sesji, prowadzenie warsztatu).

W dniu otwarcia Kongresu w godzinach przedpołudniowych odbyło się symposium przedkongresowe pt. „Clinical utility of bone markers measurement”, podczas którego zaprezentowano 4 wy-

kłady. We środę 21.09, Kongres otworzył uroczysty wykład Prof. Dennisa Lo z Uniwersytetu w Hongkongu pt. „Plasma DNA: Driver of a revolution In molecular diagnostics for the clinic”. Oprócz wielu znakomitych gości, swoją obecnością oraz przemową powitalną podczas ceremonii otwarcia zaszczylił Kongres Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika prof. dr hab. Andrzej Tretyn.

W trakcie Kongresu w dniach 22.09-24.09 odbyło się piętnaście sesji poświęconych szerokiej tematyce z zakresu medycyny laboratoryjnej, wygłoszono 5 wykładów plenarnych i odbyły się 2 debaty, jak również 14 warsztatów zorganizowanych przez wiodących producentów diagnostyki In vitro. Podczas pierwszej sesji naukowej, poświęconej laboratoryjnym markerom chorób sercowo-naczyniowych, swój wykład pt. „High sensitive cardiac troponin assays: From improved analytical performance to enhanced risk stratification” zaprezentował dr hab. Marek Koziński Kierownik Zakładu Podstaw Medycyny Klinicznej Katedry i Kliniki Kardiologii I Chorób Wewnętrznych. Z kolei pierwszy wykład plenarny podczas Kongresu zatytułowany „Personalized Cancer therapy:

Lessons From Laboratory Hematology” wygłosił dr hab. Jarosław Czyż Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii. W debacie pro-contra poświęconej doustnym antykoagulantom (DOAC) pt „Direct oral anticoagulants (DOAC): To monitor or not?” w roli oponenta wobec prof. Lotty Joutsio-Korhonen z Finlandii wystąpił prof. dr hab. Grzegorz Grzešk, Kierownik Katedry Farmakologii i Terapii.

Zakończony kongres był nie tylko najważniejszym wydarzeniem naukowym w dziedzinie medycyny laboratoryjnej w Europie, ale również miejscem wymiany doświadczeń i nawiązywania współpracy naukowej międzynarodowej. Wszyscy wykładowcy, uczestnicy i przedstawiciele firm podkreślali bardzo wysoki poziom naukowy kongresu oraz doskonałą organizację. Był to pierwszy po 25 latach międzynarodowy kongres zorganizowany w Polsce przez środowisko medycyny laboratoryjnej.

Wszelkie informacje o Kongresie można uzyskać odwiedzając stronę: www.eflm-uems.eu. Zapraszamy również do obejrzenia galerii zdjęć.

dr Magdalena Krintus jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej



Mistrzostwa Polski Lekarzy

Marek Jedwabński



...odbyły się na strzelnicy w Osiu w Borach Tucholskich już po raz siedemnasty (26–27 sierpnia 2016 r.). W piątkowy wieczór, po zakończeniu treningu strzeleckiego, przy kolacji na terenie Hotelu SPA EVITA w Tleniu, przy wykwintnie podanej dzicyźnie, medycy ustalali założenia techniczne przed sobotnimi zawodami. Wymieniano na gorąco ostatnie rady dotyczące techniki strzału dostosowanej do trajektorii rzutek, rozstawionego na terenie całej strzelnicy (nierzadko w bardzo zaskakujących miejscach), parkuru.

W sobotę, już tradycyjnie o godz. 10:00, po oficjalnym otwarciu zawodów przystąpiono do rywalizacji o tytuł Mistrza Polski. Zawody rozgrywano w trzech kategoriach: Dian, otwartej lekarzy oraz gości. Po turnieju – pełnym „osobistych dramatów”, trzymających zawodników w napięciu do samego końca

– wyłoniono zwycięzców! Rozdano medale, puchary i nagrody XVII Mistrzostw Polski Lekarzy. Pierwsze miejsce wśród Dian wywalczyła Małgorzata Krześniewska, mistrzem Polski lekarzy na rok 2016 został reprezentant Ukrainy – dr Sergiej Isaryk. Wśród zaproszonych gości zdecydowanie najlepszy okazał się kolega Jacek Adamczyk.

Po zakończeniu sportowej części zawodów, jak co roku, odbył się Charytatywny Turniej Sponsorów w konkurencji duble trap, z którego dochód zwyczajowo zostanie przekazany dzieciom leczonym w Klinice Ortopedii SU nr 1 w Bydgoszczy.

Komitety Organizacyjny XVII Otwartych Mistrzostw Polski Lekarzy serdecznie dziękuje wszystkim zawodnikom, którzy przybyli do Osia z całej Polski, aby uczestniczyć w spotkaniu przyjaciół spod znaku Eskulapa. Mamy nadzieję, że

i tym razem każdy z naszych sympatyków wywołał miłe wspomnienia ze sportowych zmagania w cieniu Borów Tucholskich. Szczególnie serdecznie dziękujemy wszystkim tym, którzy przyczynili się do wspaniałej oprawy Mistrzostw, wzbogacając tym samym wartość towarzyską i sportową naszego spotkania. Bardzo się cieszymy, że nikogo z zawodników nie zabrakło również na turnieju dobroczynnym, który jak co roku przyniesie sporo radości dzieciom. Pozdrawiamy serdecznie również naszych przyjaciół, którzy z różnych przyczyn nie mogli uczestniczyć w zawodach, a mocno nas wspierali. Zapraszamy na Mistrzostwa w roku 2017 i do zobaczenia przy każdej okazji na strzelnicy w Osiu – tam nas zawsze zastaniecie...

dr Marek Jedwabński jest asystentem na Oddziale Klinicznym Ortopedii i Traumatologii

Primum Non Nocere, październik 2016, s. 10

Biologia Medyczna charytatywnie

Zespół Katedry Biologii Medycznej już po raz kolejny promował naszą Uczelnię podczas imprezy biegowej. Tym razem 5-

osobowa sztafeta pod hasłem „Wybiegam w przyszłość nauki” wzięła udział w 2. PKO Biegu Charytatywnym.



Wydarzenie odbyło się jednocześnie na 12 stadionach w Polsce i polegało na przebiegnięciu w ciągu jednej godziny jak największej liczby okrążeń (każde po 400 m). Przebiegnięte kilometry to przede wszystkim satysfakcja zawodników z możliwości niesienia pomocy innym, gdyż każde okrążenie na stadionie Zawiszy przeliczone zostało na obiad dla dzieci, podopiecznych fundacji PKO.

Naszej sztafecie udało się przebiec 38 pełnych okrążeń, a drużyna ostatecznie uplasowała się na 17. miejscu na 52 zespoły w kategorii drużyn mieszanych oraz na 29. miejscu na 71 zespołów w kategorii OPEN.

Dział Promocji i Informacji CM