

„Historia .... magistra vitae”  
Cyceron

Święto Patrona Collegium Medicum odnoszące się do najlepszych tradycji polskiej medycyny, jeszcze skromne, bo pierwszy raz obchodzone, ale jakże niezmiernie potrzebne dla potwierdzenia historycznej ciągłości naszej Uczelni. Gratulując pomysłodawcom i organizatorom, myślę że mogłoby przekształcić się w przyszłości w większe spotkanie historyczno-naukowe o tematyce medycznej, jako wyraz naszego wkładu w wartości uniwersyteckie.

Życząc przyjemnej lektury ostatniego w tym roku numeru naszego pisma, składam w imieniu całego Zespołu Wiadomości Akademickich życzenia, aby nadchodzące Święta Bożego Narodzenia były dla Nas wszystkich czasem radości i spokoju, a Nowy 2007 Rok przyniósł wiele sukcesów zawodowych i szczęścia w życiu osobistym.

Zbigniew Wolski



## Spis Treści

### Wywiad numeru

Jestem wielkim zwolennikiem przekształcenia Szpitala im. dr. Bizuela w Szpital Uniwersytecki, wywiad z prof. dr hab. Arkadiuszem Jawieniem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej ..... 2

Jeśli wiemy, kim chcemy być i co robić, w życiu bywa łatwiej, wywiad z najlepszym absolwentem UMK 2006, Krzysztofem Czyżewskim ..... 6

### Z życia Uczelni

Kronika wydarzeń. .... 8  
Święto Collegium Medicum ..... 10  
Ludwik Rydygier - patron Collegium Medicum ..... 10  
Szkice o Rydygierze ..... 11  
Ulica Profesora Romańskiego ..... 13  
Medal Gloria Medicinae ..... 13

### Nowi Profesorowie

Olga Haus. .... 14  
Andrzej Dziedziczko ..... 14

### Medycyna

Bonum vinum ..... 15

### Pielęgniarstwo

Cyganie - Romowie w Polsce i ich kultura ..... 16  
Etyczny i moralny wymiar pracy pielęgniarki ..... 18  
Promowanie zdrowia u osób przewlekle chorych ..... 21

### Polemiki

Koło Fortuny sir Charlesa ..... 19

### Konferencje

VI Sympozjum Urologii Onkologicznej, III Spotkanie Adeptów Urologii i Warsztaty Pozytronowej Emisyjnej Tomografii ..... 8  
Pierwsze Sympozjum Studiów Doktoranckich Opinie Komitetu Naukowego ..... 22  
Pierwsze Sympozjum Studiów Doktoranckich Opinie doktorantów ..... 23

### Dydaktyka

Jak przeprowadzić udane wystąpienie publiczne? ..... 23

### Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej ..... 24

### Erasmus

We Włoszech... ..... 28

### Studenci - IFMSA

50 lat IFMSA-Poland ..... 29  
Peer support - przewodnik dla studenta I roku - zajęcia ..... 31  
Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland ..... 35

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

### Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

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

### Zespół Redakcyjny:

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

### Adres Redakcji:

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

### Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

### Korekta merytoryczna:

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

### Druk: Formator, Piotr Lorek

### Stali współpracownicy:

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

Okladka: kopia obrazu Leona Wyczółkowskiego „Ludwik Rydygier i jego uczniowie”

# Jestem wielkim zwolennikiem przekształcenia Szpitala im. dr. Bizuela w Szpital Uniwersytecki

Wywiad z prof. dr. hab. Arkadiuszem Jawieniem, kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej

**Redakcja:** Jaka była rola Pana Profesora w powstaniu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy i jak toczyły się jej losy?

**Profesor Jawień:** Mieszkam w Bydgoszczy od 1977 roku, niedługo upłynie 30 lat, wobec powyższego miałem okazję uczestniczyć, jeżeli nie osobiście, to przynajmniej jako obserwator przy powstawaniu naszej Uczelni. W latach 1988-1991 przebywałem na stypendium w Stanach Zjednoczonych, kiedy otrzymałem wiadomość od prof. Mackiewicza, że zmarł dotychczasowy ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego, wówczas im. XXX-lecia PRL, dr Janusz Montowski i ogłoszono konkurs na nowego ordynatora. Nie ukrywam, że od zawsze interesowała mnie kariera akademicka i w pierwszej chwili nie byłem przekonany, czy powinienem wziąć udział w tym konkursie. Podpytywany przeze mnie prof. Zygmunt Mackiewicz widział możliwość przekształcenia w niedalekiej przyszłości oddziału w Klinikę, jako że Uczelnia się rozwijała. To przekonało mnie ostatecznie. Konkurs, na którym musiałem stawić się osobiście, odbył się 13 marca 1991 roku. Wygrałem go i za zgodą dyrektora szpitala wróciłem do Stanów Zjednoczonych, aby dokończyć pobyt stypendialny. Oddział miałem objąć 1 grudnia 1991 roku. Niestety, po powrocie przeżyłem chwile niepewności. Wyjeżdżałem do Stanów w końcu lat 80., a więc jeszcze w czasie trwania starego systemu. Wszystkie zachodzące i tak bardzo obiecujące zmiany, jakie dokonywały się w Polsce oglądałem jedynie w telewizji. Wracając więc do kraju w przeświadczeniu, że to co złe, to czego doświadczałem poprzednio, wraz ze zmianą systemu minęło bezpowrotnie. Jednak mój optymizm nie był do końca uzasadniony. W międzyczasie zmienił się dyrektor szpitala i okazało się, że moja praca – pomimo wygrania konkursu – stoi pod znakiem zapytania. Wraz z całą rodziną stanęliśmy na rozdrożu... ale po kilku dniach jednak pracę dostałem. Nie ukrywam, że był to trudny okres. Przyszedłem do oddziału z zewnątrz z pomysłami zmian, które widziałem w Stanach Zjednoczonych. Nie wszyscy potrafili się do nich dostosować. Szczęśliwie rektorem Akademii Medycznej był wówczas prof. Józef Kałużny, z którym miałem wyjątkowo dobre kontakty i po kilku spotkaniach, na których przedstawiałem plany i perspektywy na przyszłość, w marcu 1993 roku powstała Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, z czego się bardzo ucieszyłem. Myślę, że odczucia ówczesnego zespołu były mieszane, bo był to oddział typowo miejski, gdzie wykonywano dobrą, podstawową pracę chirurgiczną, ale część naukowa leżała nieco odłogiem. Kiedy patrzę na to z perspektywy 15-letniego prowadzenia Kliniki i Oddziału zarazem, widzę, że ci, którzy przyszli później mocno zmienili sposób zachowania

i postrzegania medycyny w klinice. Teraz tamte dni tworzenia Kliniki wspominam z uśmiechem na ustach, ale wtedy kosztowało mnie to sporo nerwów i zdrowia.

**Redakcja:** Czy od tego czasu widzi Pan wyraźne zmiany w polskiej służbie zdrowia?

**Profesor Jawień:** Do tej chwili brak prawdziwej reformy służby zdrowia, która by wszystko uporządkowała. Większość kwestii administracyjnych wciąż spada na lekarzy, którzy zadają sobie pytanie, czy powinni odpowiadać za wszystko, począwszy od spraw ściśle medycznych jak badanie, diagnozowanie i leczenie po wszystkie sprawy organizacyjne, które nas bardzo obciążają. Z zazdrością patrzę na szpitale prywatne, gdzie sytuacja wygląda zupełnie inaczej. Tam cała obsługa administracyjna realizowana jest poza zespołem lekarskim, a lekarze wykonują jedynie powinności medyczne.

W naszej Klinice rocznie przyjmujemy ponad 3.300 pacjentów. Klinika niestety cały czas jest w rozbudowie. Prawdę powiedziawszy od 15 lat walczę o to, by znalazła swoje właściwe miejsce i rozmiar. Chyba należy to zaliczyć do moich porażek, bo do tej pory nie osiągnęliśmy zamierzonego przeze mnie rezultatu. Nie wiem w czym tkwi niezrozumienie przez wszystkie dyrekcje szpitala, a było ich w ciągu 15 lat aż 4, potrzeby posiadania sprawnej, funkcjonalnej, dobrze wyposażonej chirurgii, która z jednej strony zabezpieczałaby olbrzymi szpital a z drugiej strony byłaby nie tylko ośrodkiem wysokokwalifikowanym ale i szkolącym młode kadry nie tylko z naszego terenu ale i z Polski.

**Redakcja:** Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej mieści się na terenie Szpitala im. Dra Bizuela. Czy ta lokalizacja wpływa na funkcjonowanie Kliniki?

**Profesor Jawień:** Oczywiście, że wpływa i to w sposób negatywny. Jesteśmy kliniką na tzw. bazie obcej, co stawia nas w niezwykle trudnej sytuacji, zwłaszcza kiedy pojawiają się potrzeby zakupów. Uczelnia odsyła nas do dyrekcji szpitala, a ta z kolei do władz uczelni. To taka – mówiąc w cudzysłowie – schizofrenia, która funkcjonuje od dawna i na razie niewiele się zmieniło. W prawidłowym układzie jednostka powinna mieć jednoznaczną przynależność, tymczasem ta dychotomia bardzo utrudnia funkcjonowanie Katedry i Kliniki, dlatego jestem żarliwym zwolennikiem przekształcenia Szpitala im. dr. Bizuela w Szpital Uniwersytecki.

**Redakcja:** Jakie byłyby zatem plusey i minusy takiego ewentualnego przekształcenia i jakie miałyby to znaczenie dla Pana Kliniki?

**Profesor Jawień:** Władze Uczelni, jak i województwa powinny zrozumieć, że jeśli mamy być uczelnia znacząca w kraju, a są ku temu przesłanki, jako że mamy wiele dobrych i rozpoznawanych jednostek, to powinna ona mieć przynajmniej dwa szpitale akademickie.

Dobrze byłoby, gdyby ktoś w końcu podjął taką decyzję i ją zrealizował. Jako chirurg nie wyobrażam sobie, żebym krążył nad chorym godzinami czy dniami, stresował go perspektywą operacji i ciągle tę decyzję odwlekał czy zmieniał. Przecież to typowy objaw nieetycznego zachowania się w stosunku do chorego i wiem dobrze jak byłbym oceniany przez środowisko lekarskie i samego chorego lub jego rodzinę i znajomych. Pozostaje więc pytanie, czy my, jako pracownicy szpitala i to zarówno po stronie akademickiej jak i po stronie szpitalnej, czymś sobie szczególnie zasłużyliśmy na takie traktowanie?

Jestem wielkim zwolennikiem przekształcenia Szpitala im. dr. Bizuela w Szpital Uniwersytecki, to nasza jedyna szansa. Każdy przyzna, że uczelnia medyczna oparta jedynie o jeden szpital akademicki nie ma przyszłości, zwłaszcza kiedy ten jedyny nie jest w stanie zabezpieczyć wszystkich potrzeb w zakresie dydaktyki, ponieważ na jego terenie brak klinik, które powinny realizować zajęcia niezbędne do wypełnienia programów studiów z zakresu medycyny.

**Redakcja:** Na jakim etapie znajdują się rozmowy dotyczące przekształcenia Szpitala im. dr. Bizuela w Szpital Uniwersytecki?

**Profesor Jawień:** Udało się przekonać wszystkich ordynatorów, że powinniśmy stać się szpitalem uniwersyteckim, co jest naprawdę wielkim osiągnięciem. Jak już wspominałem wcześniej, mówiąc o początkach Kliniki, nie wszyscy pragną być nauczycielami akademickimi. Cześć lekarzy bardzo dobrze wykonuje swoją pracę i chwali im za to. Nie wszyscy jednak widzieli siebie w roli akademików. Inni z kolei widzą w tym swoją przyszłość. Te różnice poglądów i wynikające z nich problemy jednak już rozwiązaaliśmy na terenie szpitala. Teraz czekamy na posunięcia władz uczelni, samorządu województwa i władz miasta. Jesteśmy zawieszani w powietrzu, ciągle czekamy... To tak jak z chorym, który ma niedokrwienie kończyny dolnej, można mu szybko zrobić bolesną operację i uratować nogę albo czekać, przysporzyć więcej bólu i w końcu nogę amputować. Po co jednak ten niepotrzebny ból i brak kończyny w końcowym efekcie?

**Redakcja:** Prawdopodobnie dochodzą do głosu racje finansowe, szpital ma w tym względzie zapewne trudności.

**Profesor Jawień:** Nie jestem we władzach i nie znam szczegółów, mogę tylko przedstawić odczucia ludzi, którzy w tym szpitalu pracują. Szpital jest zadłużony, ale nie jako jedyny w Polsce, a co więcej nasze zadłużenie nie należy do największych w kraju. Szpital o takiej pozycji i znaczeniu w regionie przecież nie upadnie. Byłby to zbyt wielki uszczerbek w kadrze, miejscach pracy i ogromna trudność dla znacznej liczby pacjentów. Decydencki powinni wziąć pod uwagę perspektywy na przyszłość, jeżeli w planie rozwoju Uczelni

jest powstanie drugiego szpitala uniwersyteckiego, należy zintensyfikować działania.

**Redakcja:** Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej specjalizuje się w zabiegach naczyniowych, chirurgii jelita grubego i chirurgii laparoskopowej. Jako jedna z nielicznych w Polsce wykonuje zabiegi wymiany zakażonych protez naczyniowych, a także całkowitą resekcję jelita grubego z wytworzeniem zbiornika kałowego. Czy mógłby Pan Profesor przybliżyć nam profil Kliniki, rodzaj i roczną liczbę wykonywanych w niej zabiegów?

**Profesor Jawień:** Jesteśmy nieźli w trzech działach: chirurgii naczyniowej, chirurgii jelita grubego i laparoskopii. Chirurgia naczyniowa jest przedmiotem mego szczególnego zainteresowania, które wyniosłem jeszcze z Katedry i Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń prof. Adama Piskorza w Poznaniu, gdzie byłem na studiach indywidualnych. Późniejsza wspólna praca z prof. Zygmuntem Mackiewiczem jeszcze bardziej mnie w tym umocniła. Sądzę, że w chirurgii naczyniowej jesteśmy dobrzy, używamy wszystkich nowych technologii, począwszy od konwencjonalnych operacji do endowaskularnego (wewnątrznaczyniowego) zakładania stentografów. Możemy zapewnić choremu warunki i sposób leczenia na dobrym poziomie.

Druga kwestia to chirurgia jelita grubego. W 1994 roku uznawszy, że nie możemy się zajmować wszystkim, podjąłem wyzwanie, aby w szczególny sposób zainteresować się grupą pacjentów z dolegliwościami zlokalizowanymi w obrębie jelita grubego. Minęło już 12 lat, i trzeba powiedzieć, że w Klinice stworzyliśmy świetny zespół, który zajmuje się tylko tym problemem i to naprawdę na doskonałym poziomie. Nigdy przedtem nie wykonywano w naszym województwie całkowitego usuwania jelita grubego z jednoczesnym wytworzeniem zbiorników jelitowych, gdyż chorych wysyłano do specjalistycznej Kliniki do Poznania. Udało nam się te zabiegi wprowadzić a dzięki współpracy z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, mieszczącej się w naszym szpitalu liczba chorych ostatnio znacznie wzrosła i z roku na rok efekty lecznicze są lepsze. Mogę śmiało powiedzieć, że jeśli chodzi o liczbę wykonywanych zabiegów na jelicie grubym, jesteśmy bez wątpienia na pierwszym miejscu w województwie.

Trzecia kwestia, którą chciałbym lepiej rozwinąć to laparoscopia, bo w niej widzę przyszłość chirurgii, choć nie we wszystkich typach zabiegów. Moim marzeniem byłoby stworzenie na terenie naszego szpitala Centrum Laparoskopii. Są ku temu wszelkie przesłanki, mamy znakomitą, najlepszą w kraju urologię laparoskopową, jest bardzo dobra ginekologia laparoskopowa, no i my. To jest nasz wielki kapitał, którego nie powinniśmy marnotrawić. Czego brakuje, żeby coś takiego powstało? Myślę, że amerykańskiego spojrzenia na medycynę pod kątem organizacyjnym i ekonomicznym.

**Redakcja:** Bierzecie Państwo udział w narodowym programie badania jelita grubego...

**Profesor Jawień:** Tak, to bardzo ciekawe badanie, w którym bierzemy udział my i nasza

gastroenterologia. Osobom, które kwalifikują się do badań dajemy szansę na wcześniejsze rozpoznanie nowotworu, a o to właśnie chodzi. Jelito grube jest bardzo wdzięcznym narzędziem do leczenia. Jeśli wcześniej rozpozna się nowotwór, łatwiej go usunąć. Nawet jeśli pojawią się przerzuty do wątroby, to możemy je już chirurgicznie leczyć. Współpracujemy w tym względzie z Kliniką prof. Zbigniewa Włodarczyka a dr Maciej Słupski, który wyspecjalizował się w resekcjach wątroby chętnie służy nam pomocą i wspólnie wykonywanymi operacjami. Dzięki takiej modelowej współpracy jest szansa na opracowanie algorytmu postępowania, celem właściwego postępowania z chorym i wydłużenia jego okresu pooperacyjnego przeżycia.

**Redakcja:** Niezwykłym osiągnięciem Kliniki jest wypracowanie opieki nad pacjentami z owrzodzeniami żylnymi goleni, którą zajmują się pielęgniarki. Ponadto blisko współpracujecie Państwo z Wydziałem Nauk o Zdrowiu, a zwłaszcza z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego prowadzonym przez dr Marię Szewczyk. Czy możemy prosić Pana Profesora o kilka słów na ten temat?

**Profesor Jawień:** Kiedy objąłem Klinikę, miałem szczęście nie tylko do dobrze wykształconego zespołu lekarskiego, ale i dobrego zespołu pielęgniarskiego na czele z panią dr Marią Szewczyk, która w międzyczasie obroniła doktorat i jest bliska habilitacji. Rola pielęgniarki jest niezmiernie ważna, nie tylko w samym procesie pielęgnacji, ale również w procesie leczenia. Po jednym z moich pobytów w Wielkiej Brytanii, przekonałem dr Szewczyk i zespół pielęgniarski do podjęcia się opieki nad pacjentami z owrzodzeniami żylnymi goleni. Lekarze początkowo dziwili się, że pozwalam pielęgniarkom wchodzić w proces leczenia, ale po pięciu i pół roku od stworzenia Poradni Leczenia Owrzodzeń Żylnych Goleni moi koledzy nie tylko przekonali się do takiego postępowania ale i uznali rolę pielęgniarki za niezmiernie ważną. Efekty lecznicze są znakomite. Rola lekarzy ogranicza się do diagnostyki i nadzorowania. Wytrwałość, cierpliwość i dokładność pielęgniarek w tym wypadku przynosi rewelacyjne efekty. Osobiście jestem z tego bardzo dumny, doceniane jest to w Polsce na każdym zjeździe, ale na miejscu, w naszym szpitalu... od 3 lat czekam na zakończenie remontu pomieszczeń dla tej bardzo potrzebnej jednostki. Zgodnie z parafrazą biblijnego powiedzenia, trudno być prorokiem na swoim własnym podwórku.

Opieka pielęgniarska, jaką wprowadziła dr Szewczyk nie tylko do Poradni Leczenia Owrzodzeń ale i do Kliniki spowodowała, że pielęgniarki podnoszą swoje kwalifikacje uzyskując stopnie magistra i doktoraty. Prowadzą m.in. swoje historie choroby, mają własny obchód pielęgniarski, zajmują się stomią a ostatnio również rozwijają swoje zainteresowania



w pielęgniarstwie angiologicznym. Wszystko to sprawia, że opieka pielęgniarska nad chorymi staje się lepsza. Żeby jeszcze tylko fundusze na obsługę chorych były wystarczające! Cieszę się także z przyszłej habilitacji dr Szewczyk. W naszej Uczelni będzie to pierwszy samodzielny pracownik z pielęgniarstwa.

**Redakcja:** Radość z państwa osiągnięć jest pewnie tym większa, kiedy okazało się że ważna ciężka praca została ostatnio dostrzeżona i nagrodzona.

**Profesor Jawień:** To ogromnie miłe, Rektor UMK przyznał nam właśnie nagrodę zespołową pierwszego stopnia, co niewątpliwie bardzo nas dowartościowuje. Z opieki nad owrzodzeniami żylnymi goleni jesteśmy już znani w Polsce, prowadzimy comiesięczne kursy, chociaż niewielu nas naśladuje, ponieważ jest to ogrom pracy w ramach zwykłego wynagrodzenia. Mimo to przynosi to pewne korzyści, bo rosnąca w siłę ośrodek zdobywa nowe możliwości, nowe technologie, dostęp do nowych badań.

Otrzymałmy również nagrodę drugiego stopnia Rektora UMK dla zespołu zajmującego się stomiami. Te zaszczyty bardzo nas cieszą, gdyż potwierdzają nasze odczucia, że nowa Uczelnia dostrzega nasz wysiłek i dodaje nam zapału do pracy, pomimo nadal niejasnego naszego statusu.

**Redakcja:** Prosimy Pana Profesora o kilka słów o pracownikach Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej. W jaki sposób dobiera Pan pracowników i jak ocenia Pan własny zespół?

**Profesor Jawień:** Jestem oszczędny, jeśli chodzi o opinie i oceny. Moi pracownicy wiedzą, że niezbyt często nagradzam ich dobrym słowem i jestem wymagający, być może nawet czasami za bardzo. Jak w każdym zespole ludzkim są osoby o różnych zainteresowaniach i o różnych talentach. Ważnym jest żeby te talenty wydobyć na światło dzienne. Stąd są tacy, którzy znakomicie wykonują endoskopię, inni ultrasonografię a jeszcze inni potrafią zrobić



wspaniały film medyczny. Są i tacy, którzy lubią tylko operować a nie pisać naukowe elaboraty. Z tak różnorodnego zespołu ludzkiego trzeba zrobić team. Stara mądrość japońska mówi, że pojedynczy palec u ręki jest ważny i spełnia swoje zadanie, ale dopiero jak pięć ich zezwre się w pięść to można z właściwą siłą i precyzją uderzać. Tak postrzegam w bardzo ogólnym zarysie działanie mojej Kliniki, gdzie jest miejsce na jednostki, ale nasza siła jest w całokształcie naszego działania.

Mamy kilka obronionych doktoratów i dwie habilitacje w trakcie realizacji. Zawsze powtarzam moim współpracownikom, że nie przeszkadzało mi, gdyby w naszej Klinice pracowało 16 profesorów.

**Redakcja:** Publikacje Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej często pojawiają się w renomowanych czasopismach polskich i zagranicznych. W jaki sposób udaje się Panu i pana pracownikom pogodzić pracę naukową z codziennością kliniczną?

**Profesor Jawień:** Co czwartek mamy spotkania kliniczne, na które każdy z nas coś przygotowuje, zgodnie z wcześniej ustalonym planem. To powoduje, że wszyscy chcąc nie chcąc

lidność badań prowadzonych w Polsce sprawia, że coraz częściej postrzega się nas jako równoprawnym partnerów.

**Redakcja:** Karierę akademicką rozpoczął Pan w bardzo młodym wieku...

**Profesor Jawień:** Doktorat zrobiłem jak miałem 30 lat. Habilitację obroniłem w 5 lat później, tuż przed wyjazdem do Stanów Zjednoczonych w październiku 1988 roku. Byłem w tamtych czasach najmłodszym docentem z chirurgii w Polsce. Wówczas niełatwo było młodym ludziom rozwijać karierę akademicką. Do dzisiaj pamiętam, że gdy pojechałem z prof. Z. Mackiewiczem do jednego z moich recenzentów, ten uznał, że jestem za młody i mogę jeszcze poczeekać, nie zastanawiając się zupełnie nawet nad tematem mojej rozprawy. Dzięki temu nauczyłem się, że nie należy dyskredytować młodych. Miałem to szczęście w życiu, że trafiłem na życzliwych ludzi i pewne prognozy pokonywałem dosyć szybko i konsekwentnie. Bez wątplenia dużym plusem było to, że po studiach trafiłem do Kliniki prowadzonej przez prof. Z. Mackiewicza. Tam nauczyłem się, że o kolejnym kroku rozwoju powinna decydować wiedza, a nie wiek. Patrząc z perspektywy czasu, pracę prawdziwie

grupa była po stronie tych wybitnych.

**Redakcja:** Jest Pan redaktorem naczelnym „Acta Angiologica” i członkiem Editorial Board prestiżowego czasopisma „European Journal of Vascular and Endovascular Surgery” oraz „Phlebology”. Był Pan profesorem prezesem Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego i obecnie jest Pan prezesem Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Jest Pan też członkiem zarządu takich Towarzystw jak: Polskiego Towarzystwa Angiologicznego, Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, a także założonego jeszcze przez Ludwika Rydygiera Towarzystwa Chirurgów Polskich. Oprócz tego jest Pan przedstawicielem Polski w International Union of Angiology a niedawno był Pan prezydentem European Venous Forum. Śmiało można powiedzieć, że jest Pan Profesorem znaczącą osobą w chirurgii naczyniowej...

**Profesor Jawień:** Oj, tak nazbierało się tych stanowisk. Za każdym z nich kryje się ogrom pracy do wykonania. Nie mogę powiedzieć, że bym był za to rozpieszczany w naszym środowisku. Mam wrażenie, że jako Polacy lepiej potrafimy komuś współczuć w niedoli niż się



Wśród włoskich flebologów



Zespół naczyniowy Kliniki na zjeździe w Kołobrzegu



Nagroda na zjeździe w Dublinie: prof. Arkadiusz Jawień i dr Arkadiusz Migdalski

partycypują w przyswajaniu sobie nowości. Proces ten wcale nie jest taki łatwy. Wiem z kontaktów z innymi osobami, że nie ma aż tak wielu Klinik, nie tylko w naszej Uczelni ale i w kraju, gdzie przestrzegano by tak konsekwentnie procesu szkolenia wewnątrzkluczowego. To samo dotyczy mojego zespołu pielęgniarskiego.

Jeśli chodzi o publikacje, bierzemy udział w różnych badaniach i trialach, co procentuje pracami. Chyba największym naszym osiągnięciem jest jednak nagroda, którą otrzymaliśmy trzy lata temu w Dublinie za prezentację w European Society for Vascular Surgery za pracę dr med. Arkadiusza Migdalskiego. Polska otrzymała taką nagrodę po raz pierwszy w 17 letniej historii tego Towarzystwa. Niedawno kupiliśmy znakomity program, który pozwoli nam zrobić krok dalej w pracy przedstawianej w Dublinie i da nam szansę na kolejne publikacje w dobrych czasopismach. Jesteśmy chyba w ośmiu badaniach wielośrodkowych, a w kilku z nich jestem w Międzynarodowym Komitecie Sterującym. Pomysł rodzi pomysł, to przypomina reakcję łańcuchową, a od niedawna uczciwość i so-

nauką wykonałem bez wątplenia w Stanach, czy podczas wcześniejszych pobytów na Zachodzie, czy to w Belgii, Szwecji, Francji czy Danii. Tam warsztat naukowy był naprawdę znakomity, w Polsce było o to trudniej. Teraz młodzi ludzie mają o wiele większe możliwości, ale dziś z kolei wśród młodego pokolenia zaczyna dominować kwestia mieć a nie być, co bywa niebezpieczne, jako że zatracają się ramy, do którego momentu należy mieć, aby być. Gdyby dzisiaj młodzi ludzie mieli tyle napędu, jaki my mieliśmy w latach 70. czy 80. przy współczesnych możliwościach mogliby zdobyć świat.

Mój znajomy profesor z Belgii powiedział mi kiedyś w rozmowie prywatnej, że jeżeli weźmiemy pod uwagę 100% społeczności studenckiej, 10% to są ci wybitni, 10% to ci, którzy się zupełnie do niczego nie nadają, a pozostałe 80% to główny strumień, z którego część przybliża się do wybitnych, a część do beznadziejnych. To chyba dobra diagnoza, z której powinniśmy wyciągnąć jeden wniosek, zrobmy wszystko w naszym procesie dydaktycznym i wychowawczym młodego pokolenia, żeby z tych 80% jak największa

cieszyć z sukcesu. To trochę inaczej jak w Stanach. Tam jak zdobyłem pierwsze miejsce za moją pracę i wyjazd do Wenecji na kongres cały Departament of Surgery się cieszył i gratulował! Tu jak zdobyliśmy nagrodę w Dublinie, to na miejscu obecni Polacy nie potrafili z siebie wykrztusić gratulacji a w Polsce trudno było to osiągnięcie zamieścić nawet w prasie medycznej! Przestałem właściwie już na to reagować. Jeśli ktoś chce docenić to, co osiągnąłem, to doceni. Wewnętrznie cieszy mnie, że gdy wyjeżdżam na zjazdy, jestem tam rozpoznawany, zapraszany do grup roboczych celem ustalania wytycznych, proponowane są mi wykłady na zaproszenie a ostatnio spotkała mnie bardzo miła uroczystość, gdyż zostałem obdarzony członkostwem honorowym Czeskiego Towarzystwa Flebologicznego.

**Redakcja:** Wiemy, że Klinika nawiązała owocne kontakty zagraniczne, zwłaszcza z chirurgami włoskimi. Od lat organizujecie Państwo Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne. Dlaczego akurat chirurdzy włoscy?

**Profesor Jawień:** Z Włochami nawiązaliśmy bardzo bliski kontakt. Być może pomogła

w tym moja znajomość języka włoskiego. Już od 12 lat przyjeżdżają do naszego miasta, jak do tej pory jedyne w naszym kraju. Organizujemy spotkania z wykładami i częścią praktyczną. 1-2 czerwca 2007 roku będziemy przygotowywali już szóste Polsko-Włoskie Spotkanie Flebologiczne. Włosi są bez wątpienia liderami flebologii europejskiej. Ostatnio otrzymałem propozycję, by spotkanie w roku 2009 zorganizować we Włoszech, co byłoby wielce satysfakcjonujące.

**Redakcja:** Pan Profesor był również promotorem doktoratu honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy dla prof. Larsa Norgrena z University of Lund and Orebro, z którym współpracuje Pan do dziś.

**Profesor Jawień:** Do dziś utrzymujemy bliski kontakt, niedawno opublikowaliśmy wspólną pracę w „Vascular Medicine”. Jest to człowiek niezwykle życzliwy, nie tylko mnie, ale i całej naszej Uczelni i bardzo sobie ceni przyznany sobie doktorat honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy, o który wnioskowaliśmy wraz z prof. Mackiewiczem. Poznałem go przez przypadek w 1981 roku na wyjeździe do Szwecji. Dzięki temu kontaktowi pracownicy Kliniki prof. Mackiewicza wyjeżdżali do Szwecji, a prof. Lars Norgren odwiedzał Polskę. Podczas dłuższego wyjazdu do Szwecji pracowaliśmy wspólnie i opublikowaliśmy pracę, dzięki której jedna z firm wprowadziła nowe protezy naczyniowe do użytku klinicznego. Był również m. in. recenzentem pracy doktorskiej dr. W. Jundziłła, a ilekroć prowadzi badania, nigdy o nas nie zapomina.

**Redakcja:** Szeroka współpraca zagraniczna oraz prestiż Pańskiej kliniki pozwoliły na nawiązanie kontaktów naszej Uczelni z potomkami Ludwika Rydygiera, którzy kilka lat temu odwiedzili Bydgoszcz i przekazali pamiątki po dziadku i pradziadku.

**Profesor Jawień:** Któregoś dnia w 1999 roku otrzymałem e-maila od Ricardo Rydygiera, prawnika Ludwika. Jako chirurgowi trudno mi było nie wiedzieć, kim był Ludwik Rydygier. Jego postać zawsze mnie interesowała, bo był to człowiek o niezwykłym znaczeniu w chirurgii polskiej, autor jednego z kroków milowych w chirurgii. Zaczęliśmy korespondować i wpadłem na pomysł, by uczcić, przypadającą na rok 2000, 150. rocznicę urodzin i 80. rocznicę śmierci Ludwika Rydygiera, zapraszając Ricardo z wykładem inauguracyjnym. Udało mi się do tego pomysłu przekonać ówczesnego Rektora, prof. Jana Domaniewskiego i Ricardo przyjechał z ojcem, dr. Ludwikiem Rydygierem do Bydgoszczy. Pamiętajmy, że prof. Ludwik Rydygier miał syna Antoniego Rydygiera, wnuka dr Ludwika Rydygiera i prawnuka prof. Ricardo Rydygiera, a wszyscy byli chirurgami. To było fantastyczne spotkanie, a później pojechaliśmy do Brazylii i nakręciliśmy film z narracją dr. M. Światońskiego, który pokazano podczas niedawnego święta Collegium Medicum, a wcześniej na zjeździe Towarzystwa Chirurgów Polskich. Nawiasem mówiąc, jest to główny film. Nakręciliśmy jeszcze drugi, mniej więcej tej samej długości, ukazujący

kulisy przygotowania pierwszego z filmów. Warto go także obejrzeć, żeby zobaczyć jak wyglądała „kuchnia” tego przedsięwzięcia oraz życzliwość rodziny Rydygierów w przygotowywaniu właściwego filmu.

**Redakcja:** Święto Collegium Medicum, o którym Pan wspomniał obchodziliśmy niedawno - 21 listopada w 125. rocznicę przeprowadzenia pionierskiej operacji resekcji żołądka przez Ludwika Rydygiera... To novum w historii naszej części Uniwersytetu. Był Pan jednym z jego inicjatorów. Jak według Pana powinno ono wyglądać w przyszłości?

**Profesor Jawień:** Collegium Medicum powinno mieć swoje święto w formie Dni Rydygierowskich, które obejmowałyby dyplomatorium i to odbywające się w większej, bardziej uroczystej oprawie, może w jednym czasie z Medicaliami. Święto Collegium nie ma być konkurencją dla Dni Kopernikańskich, jedno drugiemu nie przeszkadza. W Stanach Zjednoczonych w obrębie uniwersytetu bytują School of Medicine, czy School of Law i każda z nich ma odrębne święto. Myślę, że dzięki Dniom Rydygierowskim pokazałoby się, że medyczna część uniwersytetu jest również spójna i potrafi się zorganizować. Jestem przekonany, że Rektor UMK zdaje sobie sprawę ze specyfiki medycyny, która jest zupełnie inna niż np. Wydziału Prawa czy Teologii. Organizowane co roku święto Collegium Medicum podniosłoby poczucie identyfikacji studentów i pracowników z ich Uczelnią.

**Redakcja:** Kiedy zaczęliśmy mówić o naszej odrębności, proszę podzielić się refleksją i ocenić po owych kilku latach naszą egzystencję w łonie Uniwersytetu.

**Profesor Jawień:** To bardzo trudne pytanie. Decyzje zapadły. Chyba już nie warto do tego wracać, bo przecież te decyzje są praktycznie nieodwracalne. Trzeba umieć wpisać się w nową rzeczywistość. Generalnie nie ukrywam, że byłem przeciwnikiem połączenia a co pokaże przyszłość, zobaczymy. Uważam jednak, że inna z natury rzeczy specyfika nauczania medycyny i nauk o zdrowiu oraz farmacji powinna ugruntować utrzymanie w strukturach Uniwersytetu bardzo autonomicznego Collegium Medicum, z własnym zarządem i finansami i byłbym osobiście przeciwny rozbijaniu tego tworu na samodzielne wydziały. Myślę też, że rola prorektora ds. Collegium powinna zostać dokładniej określona.

**Redakcja:** Te kwestie reguluje przecież uchwalony niedawno nowy statut Uczelni, mamy odrębny budżet, prorektora, a wydziały Collegium Medicum swoich dziekanów.

**Profesor Jawień:** Trudno mi się w tej kwestii do końca wypowiadać. Nie jestem obecnie w żadnych władzach i moja wiedza dotycząca tych kwestii nie pozwala mi na merytoryczne opinie i stwierdzenia. Patrząc z mojego, lokalnego podwórka, z tak zwanej bazy obecnej, widziałbym „uniwersyteckość”, gdybym widział chęć Senatu do szybkiego przekształcenia naszego Szpitala w uniwersytecki. Kto wie, czy gdyby istniała Akademia Medyczna w Bydgoszczy, po tym ogromie pracy, jaki wykonaliśmy w naszym szpitalu, nie byłibyśmy już szpitalem akademickim?

**Redakcja:** Czyli w tym kontekście postrzega Pan więcej minusów niż plusów połączenia?

**Profesor Jawień:** Wolałbym, żeby Władze Uczelni były bliżej nas. Taki kontakt bywa łatwiejszy i pewnie bardziej efektywny. Pracując w Klinice, tak naprawdę nie widzę zdecydowanego wpływu uniwersytetu na jej działalność. Tak jak pracowałem, tak i pracuję, tak jak się starałem o granty, tak się staram. Jak mam osiągnięcia naukowe, publikacje, to Uniwersytet wyciąga po nie rękę, a jak potrzebuję porządną aparaturę to mówi, żeby o to prosić szpital.

**Redakcja:** A powrót do źródeł? W średniowieczu Wydziały Medyczne były integralną częścią uniwersytetów. Nie myśli Pan czasem o tym?

**Profesor Jawień:** Te czasy minęły. Być może dla studentów to ważne, że studiują na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, ale nie sądzę, by to miało aż tak duże znaczenie. Im człowiek dłużej żyje, tym mniej zwraca uwagę na nazwę, a bardziej na to, co kto sobą reprezentuje.

**Redakcja:** Jednak w tym roku w kategorii jednostek naukowych Wydział Farmaceutyczny awansował do kategorii 1, a Lekarski i Nauk o Zdrowiu otrzymały kategorię 2. Czy nie ma to według Pana związku z faktem istnienia tych wydziałów w łonie silnego uniwersytetu?

**Profesor Jawień:** To zasługa ludzi, którzy pracują na Wydziałach, raczej bez związku z faktem połączenia. Czy gdybyśmy się nie połączyli z UMK, to nie uzyskalibyśmy tak wysokiej akredytacji?

**Redakcja:** A czy w kontaktach zagranicznych nie pomaga Panu fakt reprezentowania właśnie rozpoznawalnego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika?

**Profesor Jawień:** Proszę mnie źle nie zrozumieć, ale UMK to nie uniwersytet w Padwie czy Sorbona. Jeśli przedstawiam się na zjazdach czy spotkaniach akademickich, rozpoznaje się przede wszystkim mnie a nie instytucję, jaką reprezentuję. To nasze nazwiska promują Uczelnię, a nie odwrotnie.

**Redakcja:** Z pewnością głos Pana Profesora będzie miał znaczenie w wielu kwestiach i toczących się dyskusjach, dlatego cieszymy się, że mogliśmy go przedstawić na forum publicznym, jakim są łamy Wiadomości Akademickich. Dziękujemy za rozmowę.

**Prof. Jawień:** Bardzo dziękuję Państwu za miłą rozmowę, która pozwoliła mi na uświadomienie sobie, że to już 30 lat mieszkam w Bydgoszczy i 30 lat w takiej lub innej formie uczestniczę w życiu akademickim naszego miasta. W swoim zawodowym życiu zmieniłem tylko raz miejsce pracy z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń, początkowo prowadzonej przez doc. K. Krejczego i później przez prof. Z. Mackiewicza na obecną Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, natomiast administracyjnie jednostki te zmieniły nazwę chyba z 9 razy, począwszy od Zespołu Nauczania Klinicznego w 1977 roku a na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika skończywszy. To tylko pokazuje w jak ciekawym i burzliwym okresie czasu przyszło mi żyć.

*Ze strony Wiadomości Akademickich rozmowę prowadzili Redaktor Naczelny - Krzysztof Nierwicki i Sekretarz Redakcji - Monika Kubiak.*

# Jeśli wiemy, kim chcemy być i co robić, w życiu bywa łatwiej

Wywiad z najlepszym absolwentem UMK 2006 i najlepszym studentem UMK 2005, Krzysztofem Czyżewskim

**Redakcja:** Jaki jest Pana patent na najlepszego absolwenta, a wcześniej najlepszego studenta UMK? Ciężka praca, zamiłowanie, ambicja, czy łut szczęścia?

**Krzysztof Czyżewski:** Jest to kwestia szczęścia, tego, jak się potoczą losy na studiach. Nie ma prostej recepty na zostanie najlepszym studentem/absolwentem. Prawdę mówiąc, nie wiem jak się to robi. Mogę powiedzieć, że jeśli student efektywnie popracuje, coraz częściej udaje mu się publikować w dobrych czasopiśmie, również tych z listy filadelfijskiej, wyjeżdżać na konferencje naukowe w kraju i za granicą, nie tylko studenckie, ale i lekarskie, wyjeżdżać na wymianę naukową lub w ramach programu Socrates Erasmus, a czasem udaje mu się otrzymać jakąś nagrodę czy wyróżnienie, to właśnie daje dużą szansę na otrzymanie takiego tytułu. Mnie udało się wykorzystać niemal wszystkie te możliwości, nie brałem jedynie

udziału w programie Socrates Erasmus, ale we wrześniu 2005 roku byłem na wymianie naukowej w Weronie w Zakładzie Biologii nastawionym na badanie nowotworów i różnych mechanizmów z nimi związanych.

Na pewno trzeba być wytrwałym w tym, co chcemy osiągnąć i konsekwentnym w działaniu. Ileś niedospianych nocy i dużo czasu spędzonego przed komputerem na pisaniu artykułów, czy na wyjazdach nieco ograniczając życie prywatne, na które też powinno znaleźć się miejsce.

**Redakcja:** Jak pan myśli, co to znaczy być „najlepszym absolwentem” czy „najlepszym studentem”?

**Krzysztof Czyżewski:** Co roku organizuje się konkurs na najlepszego studenta i absolwenta Uczelni. Ja złożyłem w dziekanacie odpowiednie dokumenty, ale nie wiem jak wygląda procedura wyboru, którego dokonał Senat. Nie powiem, że na studiach nie ma ludzi mądrzejszych czy ambitniejszych ode mnie, czy o większym potencjale, ale trzeba też umieć sprzedać to, co się robi, to, co się osiągnęło, sprawić, by to co wypracowaliśmy nadal na nas pracowało i w miarę możliwości jeden sukces rodził drugi. Zawsze zaczyna się od małych kroczków, aż po pewnym czasie stawia się duże samodzielne kroki na drodze do większego osiągnięcia. Jednak na medycynie ocenia się nas codziennie, więc nie da się „prześlizgnąć” tylko na dobrej opinii. Medycyna bywa wymagająca, czasami ludzie nie zdają sobie sprawy, ile czasu poświęcamy na naukę, ciągłe szukanie informacji, doksztalcanie.

**Redakcja:** Czy ten fakt do czegoś zobowiązuje?

**Krzysztof Czyżewski:** Czy tytuł zobowiązuje? Oczywiście zobowiązuje do stałego utrzymywania i pogłębiania stanu wiedzy. Z pewnością to pewnego rodzaju trampolina, ponieważ otrzymanie tytułu najlepszego absolwenta UMK uprawnia do przyjęcia na studia doktoranckie bez postępowania w ciągu trzech lat od uzyskania tego tytułu. Oprócz nagrody finansowej jest to wymierna korzyść.

**Redakcja:** Jak to się stało, że wybrał Pan medycynę?

**Krzysztof Czyżewski:** Kiedy byłem w ósmej klasie szkoły podstawowej, rodzice namawiali mnie, żebym poszedł do technikum elektronicznego. Chodziłem na kurs przygotowawczy, ale za każdym razem, gdy się tam zjawiałem, dostawałem skurczów wszystkich mięśni twarzy, a wychodziłem w wielkim bólem głowy. Wiedziałem, że to na pewno nie to, zresztą nigdy nie ciągnęło mnie do fizyki i spraw technicznych. Kiedy przyszedł czas wyboru szkoły średniej postanowiłem, że zostanę lekarzem. Zdałem do V LO na profil biologiczno-chemiczny i przez cztery lata przygotowywałem się do egzaminu na studia i uodporniałem się na stresy. Przez cały czas twierdziłem, że będę lekarzem albo wybiorę zawód związany z medycyną. W 2000 roku zdałem maturę, przeszedłem postępowanie kwalifikacyjne w starym trybie (120 pytań, w tym po 40 pytań z biologii, fizyki i chemii) i dostałem się na medycynę w ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Jeśli wiemy, kim chcemy być i co robić w życiu, bywa łatwiej.

**Redakcja:** Jakie zajęcia na studiach były Pana konikiem, a jakie piętą Achillea (o ile takowe w ogóle istniały)?

**Krzysztof Czyżewski:** Na studiach lubiłem zajęcia z anestezji i intensywnej terapii, z pierwszej pomocy, a przede wszystkim z pediatrii. Zawsze lepiej dogadywało mi się z dziećmi, niż z dorosłymi. U dorosłych denerwuje mnie to, że można im mówić, prosić czy zalecać, a oni i tak są mądrzejsi i jak większość Polaków robią swoje. Z dziećmi jest inaczej. Ktoś kiedyś powiedział mi, że pediatria jest trochę jak weterynaria, pacjent do końca nie powie, co mu dolega. Praca z dziećmi jest o wiele ciekawsza, pacjent sympatyczniejszy, a kontakt z młodymi pomaga samemu dłużej pozostać młodym.

Nie lubiłem fizyki – to moja pięta Achillesowa. Sądzę też, że na trzecim i czwartym roku zbyt mocno obciąża się studentów patomorfologią, kładąc mniejszy nacisk na farmakologię, a przecież większość z nas będzie przepisywała leki, a tylko nieliczni zajmą się badaniami mikroskopowymi. Patomorfologia jest potrzebna, ale chyba nie w takim stopniu, w jakim jest serwowana u Nas.

**Redakcja:** Kogo wspomina Pan jako najlepszego wykładowcę czy mentora?

**Krzysztof Czyżewski:** W Collegium Medicum jest wielu dobrych wykładowców, nie mogę powiedzieć, że któryś z nich jest najlepszym. Jeśli natomiast miałbym opowiedzieć o swoim mentorze, to na swojej drodze spotkałem ich aż dwóch. Pierwszym była dr Maria Goc, która pokazywała mi, jak wygląda anestezjologia. Później spotkałem dr. hab. Jana Styczyńskiego, który był opiekunem mojego koła naukowego, a potem i moim, kiedy przez ostatnie trzy lata odbywałem studia w systemie indywidualnego toku studiów z rozszerzonym materiałem z pediatrii, hematologii i onkologii.

**Redakcja:** Czy pomogła Panu praca w Studenckim Kole Naukowym? Jak Pan do niego trafił?

**Krzysztof Czyżewski:** Na drugim roku, wychodząc pewnego popołudnia z Biblioteki, zauważyłem na tablicy ogłoszeń informację o ponownym uroczomieniu koła przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, które

Główna cecha mojego charakteru:  
wytrwałość i upór w dążeniu do celu  
Cechy, których szukam u kobiety:  
kobiecość, inteligencja, dobroć,  
opiekuńczość  
Co najbardziej cenię u przyjaciół:  
to, że mogę liczyć na nich w każdej sytuacji  
Moja główna wada:  
upór  
Moje ulubione zajęcia:  
popołudniowa drzemka (rzadko osiągalna)  
i pływanie  
Moje marzenie o szczęściu:  
jestem szczęśliwy  
Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk:  
nic, staram się podchodzić do wszystkiego,  
mocno stąpając na ziemi; choćby nie wiadomo,  
co się działo, należy zachować spokój  
Kim lub czym chciałabym być, gdybym nie  
był tym, kim jestem:  
lekarzem  
Kiedy kłamię:  
nie kłamię, no, może czasem  
nie mówię całej prawdy  
Słowa, których nadużywam:  
zapomniałem  
Ulubieni bohaterowie literaccy:  
bohaterowie Dana Browna,  
a z książek „Anioły i Demony”  
Czego nie cierpię ponad wszystko:  
kiedy ktoś kłamię i robi to tak nieudolnie,  
że widzę że kłamię  
Dar natury, który chciałabym posiadać:  
grać na jakimś instrumencie np. pianinie  
lub na gitarze  
Jak chciałabym umrzeć:  
szybko  
Obecny stan mojego umysłu:  
dobry  
Błędy, które najłatwiej wybaczam:  
niezależne od kogoś,  
a od wyższych sił sprawczych



miało zajmować się onkologią kliniczną i eksperymentalną. Przyciągnęło mnie słowo „eksperymentalna”. Na pierwsze spotkanie przyszło kilkanaście osób, wśród których byłem najmłodszy. Z czasem ludzie się wykruszali, aż zostaliśmy we czwórkę. Tak zaczęła się moja przygoda z pediatrią. Zaczynaliśmy od drobnych kroków, znalezienia czegoś w bazach medycznych, od prostych prac z erytropoetyną przez minimalną chorobę resztkową, po ostatni projekt, który kończymy, związany z opornością na cytostatyki w białaczkach u dzieci. Zostaliśmy włączeni do grupy badawczej, dwukrotnie otrzymaliśmy grant naukowy Uczelni na realizację projektów z puli studenckich badań naukowych. Koło nadal działa, ponieważ oprócz mnie działa w nim koleżanka z V roku.

**Redakcja:** Co było największym osiągnięciem koła?

**Krzysztof Czyżewski:** Prawdę mówiąc STN przy Klinice prof. Wysockiego odniósł wiele sukcesów i właściwie każdy członek tego Koła odniósł jakiś sukces. Zdobyliśmy liczne nagrody na studenckich konferencjach naukowych w Polsce i za granicą. Za największy sukces koła uważam przyznanie w zeszłym roku przez Wydział Medyczny Polskiej Akademii Nauk „Lauru medycznego doktora Wacława Mayzla”, przyznawane studentom za artykuł naukowy opublikowany lub przyjęty do druku. Naszą pracę opublikowaliśmy w „Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis”, posiadającym 1 punkt IF.

**Redakcja:** A osobiste nagrody i wyróżnienia? Mamy wrażenie, że raczej Pana nie omijały...

**Krzysztof Czyżewski:** Dwukrotnie otrzymałem stypendium Ministra Zdrowia, zdobywałem także nagrody na studenckich konferencjach naukowych, a także nagrodę Primus Academicus 2005, przyznaną przez „Gazetę Wyborczą” dla najlepszego studenta naukowca działającego na uczelni bydgoskiej. W zeszłym roku zostałem najlepszym studentem UMK, a w tym roku udało mi się otrzymać stypendium prezydenta miasta Bydgoszczy i tytuł najlepszego absolwenta UMK.

**Redakcja:** Szczerze gratulujemy. A co robi Pan w tej chwili?

**Krzysztof Czyżewski:** Jestem w trakcie 13-miesięcznego stażu podyplomowego, obecnie na oddziale chorób wewnętrznych w Klinice Kardiologii. Przechodzimy staże cząstkowe o



różnej długości, które składają się na cały staż podyplomowy. Prócz chorób wewnętrznych będziemy pracować również na ginekologii i położnictwie, chirurgii, psychiatrii, medycynie rodzinnej, anestezjologii i intensywnej terapii, w pogotowiu ratunkowym, no i oczywiście na pediatrii. Podczas stażu prowadzimy pacjentów pod czyimś nadzorem – jest to najlepsza forma nauki dla nas. Szkoda tylko, że na niektórych oddziałach stażysta jest traktowany jako maszynka do robienia wypisów. Jesteśmy lekarzami z ograniczonym prawem do wykonywania zawodu, nie możemy np. wypisywać recept. Tę możliwość zyskuje się dopiero po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP), który przewiduję dla siebie w listopadzie za rok. W zależności od liczby punktów uzyskanych na LEP-ie, ma się mniejsze lub większe szanse na otwarcie specjalizacji albo w ramach rezydentury, albo studiów doktoranckich, albo wolentariatu, albo w ramach etatu. Po zdaniu LEP-u staramy się o pracę, chociaż rzadko zdarza się, by ktoś chciał przyjąć młodego lekarza zaraz po stażu lub otwieramy specjalizację i liczymy na przykład na otrzymanie rezydentury, których jest tragicznie mało, w województwie kujawsko-pomorskim około 70, a w całym kraju na 2100 przystępujących do LEP-u około 800.

**Redakcja:** Jaką specjalizację Pan wybierze? Co chciałby Pan robić w przyszłości?

**Krzysztof Czyżewski:** Nie chciałbym pracować z dorosłymi jako pacjentami, ale z dziećmi.

Docelowo myślę o onkologii dziecięcej.

**Redakcja:** Udziela się Pan także społecznie?

**Krzysztof Czyżewski:** Na trzecim roku pomagałem Markowi Kozińskiemu, obecnie już doktorowi Markowi Kozińskiemu, zorganizować międzynarodową studencką konferencję naukową i tak wciągnąłem się do Studenckiego Towarzystwa Naukowego. W następnym roku znalazłem się we władzach STN-u jako Przewodniczący Komisji ds. Studenckich Badań Naukowych i razem z kolegami działaliśmy na rzecz Towarzystwa, organizując m.in. kolejne konferencje. W tym roku przestałem być studentem, więc skończyła się i moja działalność w STN-ie, ale rozpocząłem działalność w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej w Komisji Młodych Lekarzy, w której zajmujemy się problemami lekarzy po studiach, stażystów, lekarzy bez specjalizacji, albo w jej trakcie, a tych problemów jest całkiem sporo.

**Redakcja:** A życie towarzyskie?

**Krzysztof Czyżewski:** Wreszcie mam czas dla siebie. Od września jestem żonaty, żona Agnieszka też jest lekarzem. Ostatnie pół roku było dość pracowite: przygotowania do ślubu, później nauka żony do LEP-u. Nie sprzyjało to spotkaniom ze znajomymi. Obecnie staramy się nadrobić kontakty towarzyskie, chociaż grono znajomych raczej się nie zmienia.

**Redakcja:** Dziękujemy za rozmowę.

*W imieniu Redakcji wywiad prowadziła Monika Kubiak.*

W dniu 29 listopada 2006 r. odbyło się Walne Zgromadzenie członków Studenckiego Towarzystwa CM UMK. Celem zebrania było wprowadzenie poprawek do istniejącego Statutu oraz wybór nowych władz na rok akademicki 2006/2007. W wyniku przeprowadzonych wyborów w skład zarządu wchodzi: Prezes - Karolina Polasik (kier. farmacja III rok); Wiceprezes - Maciej Deczyński (kier. lekarski IV rok); Sekretarz - Jan Mieszkowski (kier. biotechnologia V rok, farmacja III rok); Skarbnik - Paweł Urbanowicz (kier. le-

karski V rok); Komisja Rewizyjna - Mariusz Kęsicki (kier. fizjoterapia IV rok), Aleksandra Nabiałek (kier. lekarski IV rok), Paulina Pawlak (kier. lekarski V rok)

Szczególne podziękowania należą się kuratorom, którzy kolejny raz zgodzili się na objęcie patronatu nad STN: dr n. med. Witold Hryniewicz, dr n. med. Janusz Tylach, dr n. med. Tomasz Drewa.

Najważniejszym celem jaki stawia sobie nowy zarząd jest organizacja wewnętrzno-uczelnianej konferencji naukowej, w której

wzięli by udział studenci Collegium Medicum jak i również innych wydziałów UMK. Według wstępnych planów konferencja odbędzie się na przełomie lutego i marca. Zachęcamy do udziału i przedstawienia swoich prac naukowych, gdyż jest to możliwość nie tylko zdobycia atrakcyjnych nagród, lecz także nabycia doświadczenia przydatnego na innych zjazdach naukowych. Dyżury STN odbywają się w środy w godzinach od 14:30 do 16:30 (z wyłączeniem dni wolnych od zajęć) w Domu Studenckim nr. 2, p. 21, ul. Jagiellońska 13.

## Kronika wydarzeń

### Wydarzenia

Dnia 7 listopada 2006 roku nadano nową nazwę ul. Leczniczej w pobliżu kompleksu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza, zmieniając ją na ul. prof. Romańskiego. W obecności Prorektor ds. Collegium Medicum prof. UMK dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe, dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu, a jednocześnie kierownika Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych, którą przez wiele lat kierował prof. Romański, prof. dr hab. Zbigniewa Bartuzi oraz zebranych gości prezydent miasta Bydgoszczy Konstanty Gombrowicz wraz z żoną prof. Romańskiego dokonali uroczystego odsłonięcia tablicy z nową nazwą ulicy, upamiętniającą „ojca” polskiej alergologii.

Dnia 21 listopada 2006 roku - w 125. rocznicę przeprowadzenia operacji resekcji żołądka przez Ludwika Rydygiera - odbyły się uroczyste obchody, organizowanego po raz pierwszy, Święta Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Okolicznościowy wykład wygłosił Profesor dr hab. Zygmunt Mackiewicz, który również przekazał Collegium Medicum zbiór prac Ludwika Rydygiera, wydany we Lwowie w 1912 roku. Po projekcji filmu o rodzinie Rydygierów, odsłonięto gablotę pamiątkową z pamiętnikiem i notatkami Ludwika Rydygiera.

### Tytuł profesora

2 października 2006 roku tytuł profesora otrzymał Andrzej Mieczysław Dziedziczko,

emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych.

2 października 2006 roku tytuł profesora otrzymała Olga Haus, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej.

### Konferencje

W dniach 15-17 października 2006 r. Katedra i Klinika Psychiatrii we współpracy z wydawnictwem „Viamedica” zorganizowała III Konferencję Naukowo-Dydaktyczną „Zaburzenia depresyjne i lękowe w POZ”. Kierownikiem naukowym został prof. dr hab. Aleksander Araszkiewicz.

W dniach 19-20 października 2006 r. na Wydziale Nauk o Zdrowiu pod kierownictwem naukowym dr Anny Andruszkiewicz, dr Marioli Banaszek oraz dr Mirosławy Felsmann zorganizowano konferencję „Problemy Zdrowia Publicznego w Unii Europejskiej”. Problematyka konferencji dotyczyła wybranych aspektów zdrowia publicznego: jakości w opiece zdrowotnej, ekonomiki zdrowia, etyki i prawa, higieny i epidemiologii, zarządzania opieką zdrowotną, promocji zdrowia, kształcenia.

4 listopada 2006 roku odbyło się VI Sympozjum Urologii Onkologicznej zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej przy współudziale Oddziału Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii.

W dniach 20-21 listopada 2006 r. odbyło się I Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK w Toruniu.

### Nagrody i wyróżnienia

Nagroda zespołowa Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego 2006 dla zespołu w składzie: prof. dr hab. Ryszard Oliński, dr Daniel Gackowski, dr Rafał Różalski, dr Marek Foksiński; pozostali członkowie zespołu bez udziału finansowego: prof. Janusz Kowalewski, prof. Barbara Tudek, prof. Jarosław Kuśnierek, mgr Agnieszka Siomek, dr Elżbieta Speina, dr Katarzyna Arczevska, dr Maja Zielińska-Swoboda, prof. Joe Lunet, dr Mark Evans, dr Marcus Cooke, dr Rosamund Dove, dr Ch. Gran, prof. Arne Klungland – za cykl prac pt. „Znaczenie uszkodzeń DNA indukowanych reaktywnymi formami tlenu w patogenezie raka płuc.

Dnia 27 października 2006 r. odbyło się wręczenie medali Gloria Medicinæ, nadawanych raz w roku przez Polskie Towarzystwo Lekarskie dla dziesięciu najwybitniejszych lekarzy za całokształt ich działalności i osiągnięć. W tym roku Medal Gloria Medicinæ z wizerunkiem Józefa Strusia, wybitnego przedstawiciela polskiej medycyny XVI wieku i dewizą „Floreat Res Medica” przyznano m.in. prof. dr hab. med. Edmundowi Nartowiczowi, długoletniemu kierownikowi Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych.

## VI Sympozjum Urologii Onkologicznej, III Spotkanie Adeptów Urologii i Warsztaty Pozytonowej Emisyjnej Tomografii

*Janusz Tyloch*

4 listopada 2006 roku odbyło się VI Sympozjum Urologii Onkologicznej zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy przy współudziale Oddziału Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii. Sympozjum zorganizowane było pod patronatem prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego Profesora dr. hab. med. Andrzeja Borówki oraz Dyrektora Regionalnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy dr. n. med. Zbigniewa Pawłowicza i punktowane było 4 punktami w systemie CME-CPD. Udział wzięło ponad 160 osób. W tym roku Sympozjum było połączone z 3 Spotkaniem Adeptów Urologii. Przed rozpoczęciem obrad odbyły się Warsztaty Pozytonowej Emisyjnej Tomografii.

O godzinie 9 rozpoczęły się, trwające do godz. 11, Warsztaty Pozytonowej Emisyjnej Tomografii (PET). Wzięli w nich udział Kierownicy Klinik Urologii, Ordynatorzy oraz Specjaliści Urologii według kolejności zgło-

zeń, razem 60 osób. Kierownik Zakładu Pozytonowej Emisyjnej Tomografii Centrum Onkologii, dr n. med. Bogusław Małkowski na wstępie przedstawił teoretyczne założenia tej nowej metody diagnostycznej, a następnie zaprezentował chorych, u których badanie PET miało kluczowe znaczenie w postawieniu rozpoznania i ustaleniu dalszego postępowania leczniczego. Nie sposób było oprzeć się wrażeniu, że PET jest kolejnym milowym krokiem postępu w diagnostyce chorób urologicznych jaki dokonał się w ostatnich latach. Warto podkreślić, że Zakład Pozytonowej Emisyjnej Tomografii Centrum Onkologii w Bydgoszczy jest pierwszym i jedynym miejscem w Polsce, gdzie wykonuje się takie badania. Po skończonej prezentacji uczestnicy Warsztatów zostali oprowadzeni po całym Zakładzie. Bardzo ważną, jego częścią jest Pracownia Izotopów, gdzie przygotowuje się radioizotopy, wykorzystywane później w trakcie badań.

O godzinie 11 gości powitał i otworzył ob-

rad Sympozjum dokonał Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy, prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski. W imieniu Centrum Onkologii gości powitał i życzył owocnych obrad, Dyrektor dr n. med. Z. Pawłowicz. Następnie głos zabrał Prof. dr hab. med. Andrzej Borówka. Prezes PTU, a w imieniu społeczności akademickiej Bydgoszczy gości powitał prof. dr hab. med. Jan Domaniewski.

Część naukowa Sympozjum podzielona była na dwie części. W pierwszej części tematem przewodnim były stany przedrakowe w gruczole krokowym oraz chemoprewencja raka stercza. Referaty wygłosili: dr n. med. Zdzisław Skok z Zakładu Patomorfologii Collegium Medicum w Bydgoszczy: „Stany przedrakowe w sterczu. Obrazy histopatologiczne”, dr n. med. Tomasz Drewa z Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy: „Stany przedrakowe w sterczu – impli-



kacje kliniczne”, oraz prof. dr hab. med. Zbigniew Kwias z Kliniki Urologii w Poznaniu: „Chemoprewencja raka stercza”. W bardzo ożywionej dyskusji, fragmentami prowadzonej w języku angielskim, wzięło udział wielu uczestników Sympozjum. Prelegentom zadawano dużo ciekawych pytań. Odpowiedzi były konkretne, wyczerpujące temat.

Tematem wiodącym drugiej części Sympozjum była, wprowadzona w 2004 roku nowa klasyfikacja histologiczna raka pęcherza moczowego i jej implikacje kliniczne. Referaty w tej części wygłosili: dr n. med. Wojciech Józwicki z Zakładu Patomorfologii Collegium Medicum w Bydgoszczy: „Nowa klasyfikacja nieinwazyjnego raka pęcherza moczowego. Obrazy histopatologiczne”, prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski z Kliniki Urologii AM w Warszawie: „Implikacje kliniczne (diagnostyka, leczenie, obserwacja) nowej klasyfikacji raka pęcherza”, oraz dr n. med. Anna Kołodziej z Kliniki Urologii AM we Wrocławiu: „Nowa klasyfikacja raka pęcherza moczowego w Klinice Urologii AM we Wrocławiu”.

W dyskusji, która odbyła się po referatach na Sali obrad a również w kularach, wzięło udział wielu uczestników Sympozjum. Zgodnie podkreślano, że jednym z podstawowych elementów oceny nieinwazyjnego raka urotelialnego jest grading (stopień) histologiczny, który w nowej klasyfikacji WHO ma dwustopniową skalę: Low i High Grade (niski i wysoki). Podział ten jest bardziej przejrzysty od poprzedniego i pozwala na wyodrębnienie dwukrotnie większej grupy pacjentów o zdecydowanie złym rokowaniu, co pozwala objąć więcej pacjentów ścisłym nadzorem onkologicznym.

Kolejnym prelegentem był Prezes PTU, prof. dr hab. med. Andrzej Borówka. Professor przedstawił wyniki egzaminu z urologii w latach 2005/2006 na tle poprzednich lat. Urologia była pierwszą specjalnością medyczną, która zintegrowała krajowy egzamin specjalistyczny z egzaminem organizowanym przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne. Egzamin jest dwustopniowy. Na jesień każdego roku, w jednym dniu, o jednej godzinie adepci urologii z całej Europy zdają egzamin testowy. Karty egzaminacyjne zostają wysłane do Holandii, do siedziby EAU. Procedura oceniania odpowiedzi jest dość złożona, nie przez wszystkich dostatecznie zrozumiała, bowiem z całego zbioru 150 pytań odrzucane są pytania najłatwiejsze (25 pytań) i pytania, z którymi zdający mieli najwięcej kłopotu – najtrudniejsze – także 25 pytań. Pozostaje 100 pytań, które podlegają ocenie i tak do zaliczenia egzaminu należy mieć ponad 60% trafnych odpowiedzi. Druga część egzaminu to egzamin ustny. Odbywa się on zwykle późną wiosną. Udział w nim biorą egzaminatorzy polscy oraz obserwatorzy Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Przygotowanie polskich adeptów jest coraz lepsze, co przekłada się na coraz lepsze wyniki egzaminu polskich adeptów urologii. Wiąże się to z dostępnością materiałów dla przygotowujących

się do egzaminu oraz z coraz doskonalszą znajomością języka angielskiego wśród adeptów, bowiem wiele z tych materiałów jest dostępne tylko w wersji oryginalnej. Tym bardziej cieszy fakt, że poziom zdających w Polsce jest coraz wyższy, czego namacalnym dowodem jest fakt zdobycia największej liczby punktów w 2006 roku przez adepta z Polski. Kończąc wystąpienie prof. A. Borówka życzył wszystkim przygotowującym się do egzaminu jak najlepszych wyników.

W kolejnym punkcie programu prof. dr hab. med. Romuald Zdrojowy omówił bieżące sprawy Sekcji Adeptów PTU.

Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski zamykając obrady Sympozjum podziękował wszystkim za liczne przybycie do Bydgoszczy. Kolejne, VI Sympozjum Urologii Onkologicznej, organizowane przez Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej w Bydgoszczy cie-

szyło się, podobnie jak poprzednie, dużym zainteresowaniem. Profesor zaprosił wszystkich obecnych na kolejne Sympozjum.

*Dr Janusz Tyloch jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej.*



*Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. dr hab. med. Andrzej Borówka.*



*Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski w trakcie otwarcia obrad Sympozjum*



*Prezes-elekt prof. dr hab. med. Marek Sosnowski w w otoczeniu profesorów: od lewej: prof. dr hab. med. Jerzy Lorenz (Klinika Urologii - Wrocław), prof. dr hab. med. Marek Sosnowski (Klinika Urologii - Łódź), prof. dr hab. med. Andrzej Sikorski (Klinika Urologii - Szczecin), prof. dr hab. med. Zbigniew Kwias (Klinika Urologii - Poznań).*

# Święto Collegium Medicum

[www.aktualnosci.uni.torun.pl](http://www.aktualnosci.uni.torun.pl)

Dnia 21 listopada 2006 roku - w 125 rocznicę przeprowadzenia pionierskiej operacji resekcji żołądka przez Ludwika Rydygiera, patrona Collegium Medicum - odbyły się uroczyste obchody, organizowanego po raz pierwszy, Święta Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W przemówieniu Prorektor ds. Collegium Medium, prof. UMK dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe podkreśliła związek Uczelni z patronem, proponując, by w przyszłości dyplomatoria poszczególnych Wydziałów, a nawet Medi-

calia odbywały się właśnie w listopadzie i aby w tym okresie Collegium Medium najsilniej starało się zaznaczyć swoje istnienie, zarówno w Bydgoszczy, jak i na łonie Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Okolicznościowy wykład o Ludwiku Rydygierze i kolejach jego losu wygłosił profesor dr hab. Zygmunt Mackiewicz, który ponadto na ręce Pani Prorektor przekazał dla Collegium Medicum zbiór prac Ludwika Rydygiera, wydany we Lwowie w 1912 roku. Po projekcji nie-



*Prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz odsłania gablotę z pamiątkami po Ludwiku Rydygierze*

zwykle ciekawego i po mistrzowsku zmontowanego filmu o rodzinie Rydygierów, którego narrację prowadził dr Maciej Świtoński, w Sali Senackiej prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz odsłonił gablotę pamiątkową z pamiątnikiem i notatkami Ludwika Rydygiera.

Uroczystość uświetnił chór Collegium Medicum pod kierunkiem prof. Janusza Staneckiego.



*Chór Collegium Medicum pod kierunkiem prof. Janusza Staneckiego*

## Ludwik Rydygier - patron Collegium Medicum

[www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl)

Ludwik Rydygier urodził się 21 sierpnia 1850 roku w Dusocinie pod Grudziądzem, jako syn właściciela majątku Dusocin Karola Riedigera (Ludwik nazwisko Riediger zmienił na polsko-brzmiące Rydygier w 1869). Wykształcenie podstawowe pobierał w domu rodzinnym, a następnie w diecezjalnym progimnazjum Collegium Marianum w Pelplinie i gimnazjum w Chojnicach.

Maturę zdał w roku 1869 w Chełmnie i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim na Uniwersytecie w Gryfii (obecnie Greifswald). Następnie kontynuował studia na wydziałach lekarskich w Berlinie (interna, okulistyka, chirurgia) i Strasburgu (okulistyka, ginekologia).

Dyplom lekarza otrzymał w 1873 roku w Gryfii i rozpoczął tam pracę w klinice chirurgicznej. Tam też w roku 1874, w wieku 24 lat uzyskał doktorat (praca doktorska z zakresu antyseptyki chirurgicznej na temat działania kwasu karbolowego tj. fenolu na tkanki i drobnoustroje).

Następnie przeniósł się do Gdańska (Szpi-

tal Najświętszej Maryi Panny u ss. Boromeuszek - obecnie III Klinika Akademii Medycznej w Gdańsku), gdzie pracował na stanowisku asystenta, a potem do Chełmna, gdzie wykonywał praktykę ambulatoryjną (większe operacje wykonywał w Szpitalu ss. Miłosierdzia) i ponownie w roku 1877 do Gryfii, gdzie został asystentem Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu. Tematem jego pracy habilitacyjnej było leczenie operacyjne stawów rzekomych, które było samo w sobie nowością w owym okresie.

Po habilitacji w roku 1878 r. przeniósł się do Jeny, na stanowisko pierwszego asystenta

w Klinice prof. F. Riedla. Rok później zakupił w Chełmnie dom, który przystosował na prywatną klinikę chirurgiczną, która pod względem nowoczesności wyposażenia konkurowała z kliniką Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na ten okres pracy przypadają największe jego osiągnięcia naukowe, które uutorowały mu drogę do wspaniałej kariery akademickiej. Dokonał wówczas dwóch śmiałych i pionierskich operacji na żołądku.

W listopadzie 1880 roku, jako pierwszy w Polsce, a drugi na świecie (po Peanie) wykonał wycięcie odźwiernika z powodu raka żołądka, odtwarzając następnie ciągłość przewodu pokarmowego. Theodor Billroth dokonał tej operacji w styczniu 1881 roku. W listopadzie 1881 roku Ludwik Rydygier jako pierwszy na świecie wyciął odźwiernik z powodu wrzodu żołądka. Światło przeciętego żołądka zwężonego szwami marszczącymi zespolił ze światłem dwunastnicy. Sposób wycięcia odźwiernika z następową rekonstrukcją ciągłości przewodu pokarmowego przez zespolenie kikuta dwunastnicy z kikutem żołądka końcem do końca został po raz pierwszy opisany przez Rydygiera. Wycinając odźwiernik, obaj chirurdzy - Rydygier i Billroth stosowali dwa rodzaje połączeń żołądkowo-jelitowych. Pierwsze z nich to „koniec do końca”; zastosowane po raz pierwszy przez Rydygiera, nazwane zostało zespoleniem modo Rydygier (w nazewnictwie niemieckim i anglosaskim nazywane jest „Billroth I”). Drugie,



zastosowane po raz pierwszy przez Billrotha sposobem „koniec do boku”, jest określane zespoleniem modo Billroth (w nazewnictwie niemieckim i anglosaskim: Billroth II). W 1884 Rydygier wprowadził nową metodę chirurgicznego leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy za pomocą zespolenia żołądkowo-jelitowego. Był autorem oryginalnej metody usuwania gruczolaka gruczołu krokowego (rok 1900) i wielu innych technik operacyjnych.

W 1887 roku przeniósł się do Krakowa, gdzie objął funkcję kierownika Kliniki Chirurgii, a następnie dziekana Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Jagiellońskim. 2 lipca 1887 został mianowany profesorem zwyczajnym Uniwersytetu Jagiellońskiego. W Krakowie zbudował klinikę chirurgiczną („Biała Chirurgia”), a po jej ukończeniu, przeniósł się w roku 1897 r. do Lwowa na Uniwersytet Lwowski, gdzie został powołany na stanowisko profesora zwyczajnego chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego. Tu również wybudował klinikę chirurgiczną na wzór kliniki krakowskiej (obecnie mieści się tu jedna z pięciu klinik chirurgicznych Lwowskiego Uniwersytetu Medycznego). Kliniką we Lwowie kierował 23 lata, piastując również urząd Rektora Uniwersytetu Lwowskiego i dwukrotnie Dziekana Wydziału Lekarskiego. Wtedy też otrzymał tytuł szlachecki. W 1898 roku otwarta została biblioteka naukowa kliniki, której Rydygier przekazał pokaźną część własnego księgozbioru i która zachowała się do dziś.

W czasie I Wojny Światowej wyjechał ze Lwowa do Wiednia, a potem kierował szpitalem Wojskowym w Brnie. Jego klinika w czasie wojny została przekształcona w Szpital Chirurgiczny Czerwonego Krzyża. Do Lwowa prof. Rydygier powrócił w 1916 roku i wznowił działalność kliniki. W czerwcu

otrzymał nominację na stanowisko naczelnika służby medycznej Armii Pomorza w stopniu Generała Brygady.

Zasługą prof. Rydygiera było zorganizowanie w Krakowie w dniach 17-20 września 1889 roku I Zjazdu Chirurgów Polskich ze wszystkich trzech zaborów ziem polskich. Profesora Rydygiera

wybrano dożywotnio przewodniczącym Zjazdów.

Następne Zjazdy odbywały się w Krakowie (1890, 1891, 1892, 1893, 1895, 1896), a w roku 1907 we Lwowie.

Rydygier wydał podręcznik chirurgii szczegółowej o leczeniu gruźlicy stawów, a także kilka uwag o wycinkach żołądka. Zajmował się procesem leczenia



Fotografia Ludwika Rydygiera ze zbiorowego tableau uczestników IV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu w 1884 r.

ran. Jego działalność naukowa obejmuje ok. 200 prac naukowych (przeszło 150 ogłoszonych drukiem). Swoje osiągnięcia przybliżał najpierw Polakom, a dopiero później pisał o nich w prasie niemieckiej czy angielskiej. Część publikacji poświęcona jest chirurgii jamy brzusznej, zwłaszcza żołądka i śledziony, seria prac odnosi się do urologii operacyjnej, część dotyczy chirurgii klatki piersiowej, a w szczególności raka sutka, a kilka prac dotyczy chirurgii kostno-stawowej.

Jego dorobek naukowy był powszechnie uznawany, uważano go za jednego z pionierów nowoczesnej chirurgii, a jego metody resekcji żołądka i otwarcia jamy brzusznej przy zapaleniu wyrostka już wtedy trafiały do podręczników.

W pracy zawsze sięgał po najnowsze zdobycze nauki:

już w 1899 roku zastosował aparat Roent-

gena do rozpoznania kamicy moczowej (4 lata po odkryciu promieni X), w 1890 roku sprowadził do Krakowa partie tuberkuliny w celach terapeutycznych,

w 1911 roku przeprowadził pierwsze eksperymenty z radem.

W roku 1903 otrzymał propozycję objęcia katedry chirurgii Uniwersytetu w Pradze Czeskiej. Odmówił przyjęcia propozycji (pod pretekstem nieznamomości języka czeskiego) na skutek starań władz Uniwersytetu Lwowskiego.

Profesor Rydygier miał też pewne słabości: zdecydowanie sprzeciwiał się dopuszczaniu kobiet do studiów medycznych, i to w czasach, gdy stało się to coraz powszechniejszą praktyką. Nie tolerował kobiet - chirurgów i nie zatrudniał ich w swojej klinice. Niechętnie też odnosił się na zajęciach do studentek. W 1895 roku publikację „W sprawie dopuszczenia kobiet do studiów lekarskich” (Przegląd Lekarski) zakończył hasłem: „Precz więc z Polski z dziwołagiem kobiety – lekarza!”

Profesor Rydygier otrzymał wiele odznaczeń m.in.:

od cesarza Austrii uzyskał tytuł Radcy Dworu (Hofrat) i Order Żelaznej Korony III Klasy

papież odznaczył go Orderem Świętego Grzegorza.

W czerwcu 1920 roku profesor Rydygier przeszedł na emeryturę.

Zmarł nagle 25 czerwca 1920 roku we Lwowie, gdzie został pochowany na Cmentarzu Łyczakowskim w kwaterze Orłąt Lwowskich.

Miał 2 synów: Antoniego, urodzonego w 1878 roku i Józefa, urodzonego w 1882 roku. Młodszy syn profesora ukończył studia inżynierskie, podjął pracę na Pomorzu. Starszy syn Profesora przygotowywany był przez ojca na sukcesora. Studia medyczne skończył na Uniwersytecie Lwowskim i pod okiem Profesora zdobywał kolejne stopnie wtajemniczenia chirurgicznego. W wyniku następstw wojennych w 1921 roku wraz z rodziną wyjechał do Brazylii, gdzie w roku 1922 otrzymał tytuł profesora i katedrę chirurgii.

## Szkice o Rydygierze

Zygmunt Mackiewicz

Jak sięgam pamięcią moje młode lata chirurgiczne, słowo Rydygier było związane z metodą chirurgiczną resekcji żołądka w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. W tamtych latach, a były to lata 60. ubiegłego wieku, oddziały chirurgiczne były zapełnione chorymi cierpiącymi z powodu dolegliwości wrzodowych. Toczył się światowy spór czy tę operację nazywać imieniem Billrotha czy Rydygiera. Pośmiertny wyścig o palmę pierwszeństwa wygrał Ludwik Rydygier w latach 80. XX wieku, a więc blisko 100 lat od operacji wykonanej w Chełmnie nad Wisłą. Postęp medycyny pogodził obu znako-

mitych światowej sławy chirurgów, leczenie chirurgiczne ratujące życie, ale obarczone kalectwem wycięcia części żołądka zastąpiono skutecznym leczeniem zachowawczym związanym z odkryciem Helicobacter pylori jako głównego sprawcy choroby wrzodowej. Obecnie metodę Rydygiera wykorzystujemy w leczeniu powikłań choroby wrzodowej lub w leczeniu niektórych postaci raka żołądka. Przełom, którego dokonał w roku 1881 wprowadził go do Panteonu najwybitniejszych chirurgów światowych.

Z postacią Ludwika Rydygiera zetknąłem się w latach 1957-1958, gdy prezesem TChP

został mój mistrz i nauczyciel z Kliniki Chirurgicznej w Poznaniu prof. Stanisław Nowicki. On to wspólnie z doc. Stanisławem Sokolem z Gdańska był inicjatorem umieszczenia pamiątkowej tablicy na murach budynku prywatnego szpitala, w którym Rydygier jako młody 31-letni chirurg dokonał rewolucji w chirurgii, wykonując pierwszą udaną operację, resekcję części żołądka w zwięźniu odźwiernika. Tablica przetrwała lata tylko litery wyblakły i były trudne do odczytania Cieszę się, że po ponad 30 latach mnie jako prezesowi TChP przypadła rola zorganizowania w roku 1999 restauracji tablicy. Mam



nadzieję, że przez następne lata będzie czytelna i będzie dowodem światowego wyczynu polskiego chirurga.

Kolejne spotkanie z Ludwikiem Rydygiem a właściwie ze śladami Jego działalności odbyło się w Krakowie w Klinice wybudowanej przez Ludwika Rydygiera Profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, następcy wielkiego Jana Mikulicza. Wygłaszałem tezy pracy habilitacyjnej przed zespołem prof. Jana Oszackiego. Występy w jaskini lwa powiodły się. Podziwiałem Ludwika Rydygiera i jego skok z małego miasteczka pomorskiego do metropolii jaką był Kraków na stanowisko profesora tak znakomitego Uniwersytetu. Obecnie w Krakowie tradycje Rydygiera są pielęgnowane i w mieście tym działa Krakowskie Stowarzyszenie im. Ludwika Rydygiera.

W październiku 1981 roku już jako kierownik Kliniki Chirurgicznej II Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku, Filia w Bydgoszczy, zorganizowałem wspólnie z doc. Jędrzejczykiem z Torunia obchody setnej rocznicy pierwszej na świecie resekcji żołądka z powodu powrzodowego zwężenia odźwiernika. Wielu znakomych chirurgów z kraju brało udział w tej historycznej konferencji, wspomnę tylko niektórych: prof. Paplinski, Rudowski, Piskorz, Góral, Dybicki, Wajda i inni. Wydaliśmy monografię zawierającą referaty wygłoszone podczas Konferencji. Trzynastego grudnia 1981 roku było tuż, tuż... A jednak brać chirurgiczna z całej Polski przyjechała do Chełmna, żeby oddać cześć wielkiemu Rydygierowi, mimo kryzysu politycznego, ekonomicznego. Czuło się, że zbliża się przesilenie.

W latach następnych pamiętam odsłonięcie pomnika Rydygiera w Chełmnie dłuta państwa A. i E. Siwickich, jedyne go chirurga stojącego w całej okazałości w środku miasta. Było to w roku 1984. W tych ciężkich czasach stanu wojennego wielką przyjemnością były wieczory Rydygierowskie organizowane przez kustosa muzeum w Chełmnie pana Kałkowskiego. Oprócz wspomnień o wielkim synu ziemi chełmińskiej słuchaliśmy pieśni i muzyki klasycznej w wykonaniu uroczej wiolonczelistki.

W roku 1984 powołano Akademię Medyczną w Bydgoszczy. Powstało pytanie, kto będzie Patronem? Nie miałem wątpliwości, że to może być tylko Ludwik Rydygier, tak związany z tą ziemią. Rektor i Senat wystąpili do sejmu o nadanie imienia naszej uczelni. Nie wspominaliśmy, że był to generał zasłużony

w walce o Lwów. Mieliśmy szczęście, Akademia Medyczna we Wrocławiu również wystąpiła o nadanie imienia Ludwika Rydygiera. My jednak byliśmy pierwsi i ten niewątpliwie zaszczyt przepadł Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Artysta malarz z Bydgoszczy, pan Mieczysław Szczęśny wykonał dla naszej uczelni kopię słynnego obrazu Leona Wyczółkowskiego „Ludwik Rydygier i jego uczniowie”. Oryginał znajduje się w Muzeum w Bydgoszczy i jest własnością Muzeum Narodowego w Warszawie. Podobne kopie możemy spotkać w Warszawie i Chełmnie. Rektor prof. Jan Domaniewski zgodził się na warunki finansowe i tym sposobem salę senatu, a ostatnio salę Rad Wydziałowych zdobi wspaniały portret Ludwika Rydygiera z okresu, gdy był



profesorem Kliniki Chirurgii we Lwowie i był rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza.

Pamiętny rok 1989 dał początek III Rzezypospolitej, ale był dla chirurgii polskiej rokiem obchodów 100-lecia Towarzystwa Chirurgów Polskich, bardzo uroczyste obchodzone w Krakowie. Ludwik Rydygier był twórcą tego towarzystwa jednoczącego chirurgów polskich w trzech zaborach. Na jubileuszowym zjeździe chirurdzy amerykańscy podkreślili prymat Rydygiera w chirurgii żołądka. Chirurdzy ukraińscy uznali rolę Rydygiera w rozwoju chirurgii lwowskiej i zasługi Rydygiera w leczeniu rannych obu stron w konflikcie polsko-ukraińskim. Na zjeździe obecny był wnuk Rydygiera, profesor chirurgii z Brazylii.

W roku 1990 otrzymałem od Profesora

Klemensa Skóry z Wrocławia zbiór prac Ludwika Rydygiera wydanych w Lwowie w roku 1912 w językach oryginalnych: polskim i niemieckim. Książka znajdowała się w Bibliotece Szpitalnej Uniwersytetu Wrocławskiego. Podczas obłożenia Festung Breslau kula albo odłamek przebił część książki i utkwiał w kartkach papieru. Być może książka była w bibliotece szpitalnej, w której działał przed laty Jan Mikulicz. Po tylu latach dzieje obu wielkich chirurgów ponownie się splotły, ale już nie w Krakowie, ale we Wrocławiu.

Podczas 59. Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich w Bydgoszczy miałem zaszczyt prowadzenia posiedzenia Zarządu Głównego TChP w Chełmnie, polskim Carcasonne, gdzie mogliśmy oddać hołd naszemu pierwszemu prezesowi, który wprowadził chirurgię polską w XX wiek na poziomie światowym.

Pochowany został w roku 1920 na Cmentarzu Orłąt we Lwowie z honorami wojskowymi jako generał Wojsk Polskich, uczestnik bitwy o Lwów oraz uczestnik kampanii Armii Hallera na Pomorzu. Czynn timer brał udział w tworzeniu państwowości polskiej. Wychował znakomitych uczniów w Polsce, na Ukrainie oraz dynastię chirurgów w Brazylii w Kurytybie.

W roku 2000 podczas konferencji organizowanej przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej w Bydgoszczy prof. A. Jawienia dla uczczenia 150 rocznicy urodzin Ludwika Rydygiera mieliśmy możliwość goszczenia wnuka prof. Ricardo Rydygiera z Kurtytyby w Brazylii, który przekazał Uczelni pamiątki po Dziadku i Ojcu.

Losy pośmiertne prof. Rydygiera były dramatyczne. Cmentarz Orłąt był zdewastowany, grobowiec zniszczony, ziemia zalana asfaltem. Trzeba było rozpadu Imperium Sowieckiego, żeby było możliwe odtworzenie Cmentarza Orłąt, a w nim grobu Profesora Rydygiera. Trzeba przyznać, że chirurdzy lwowscy ze szkoły prof. Michała Pawłowskiego z szacunkiem odnoszą się do pamiątek po wielkim światowym chirurgu.

Dwukrotnie, w roku 2000 oraz w roku 2006, wraz z kolegami chirurgami prof. Jawieniem i prof. Molskim składaliśmy kwiaty na grobie naszego Patrona Akademii Medycznej a obecnie Collegium Medicum UMK.

Ludwik Rydygier jest chirurgiem formatu międzynarodowego, przez swoje życie i dzieło nadal wpływa na pokolenia chirurgów polskich, europejskich i światowych.

*Prof. dr hab Zygmunt Mackiewicz był wieloletnim kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, nazywany „ojcem” bydgoskiej chirurgii.*

## Ulica Profesora Romańskiego

oprac. Monika Kubiak

We wtorek 7 listopada br. o godz. 10:00 w Bydgoszczy uroczystie otwarto ulicę prof. Bogdana Romańskiego (była ulica Lecznicza).

Ulica ta prowadzi z ul. Powstańców Wielkopolskich do Hotelu Asystenckiego, Sali Audytorijnej i Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Budynki te zostały wybudowane staraniem prof. Romańskiego i stały się bazą kierowanego przez niego Zespołu Nauczania Klinicznego. Za swoje zasługi dla Uczelni prof. Bogdan Romański został uhonorowany tytułem doktora honoris causa Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (obecnie Collegium Medicum UMK).

Prof. Bogdan Romański urodził się w Krakowie, długi okres swojego życia spędził w Gdańsku, gdzie ukończył studia lekarskie, zdobył specjalizację z chorób wewnętrznych i alergologii, uzyskał doktorat i habilitację. Również w Gdańsku utworzył, a następnie rozbudował przychodnię alergologiczną. Następnie wyjechał do Francji w celu dalszego studiowania alergologii. Po odbyciu kilkumiesięcznego stażu w Lozannie przez 3 lata pracował jako ordynator w Maroku. Po powrocie do Polski, w 1971 r. objął stanowisko kierownika Zespołu Nauczania Klinicznego w Bydgoszczy, następnie uczestniczył w kolejnych etapach ewolucji nauczania poprzez II Wydział Lekarski Akademii Medycznej

w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy, do samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, w której został Prorektorem ds. Nauki. Jako kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, prof. Romański podjął działania na rzecz rozwoju alergologii w Polsce - został specjalistą krajowym w zakresie tej dziedziny. Zmarł nagle i nieoczekiwanie 13 czerwca 2002 roku w wieku 72 lat, będąc jeszcze w pełni sił twórczych i planów na przyszłość.



*Żona prof. Bogdana Romańskiego oraz prezydent Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz odsłaniają tabliczkę z nową nazwą ulicy*

## Medal Gloria Medicinae

Marta Wyszowska, Łukasz Woda

Dnia 27 października br. odbyło się wręczenie medali Gloria Medicinae. Odznaczenia te nadawane są raz w roku przez Polskie Towarzystwo Lekarskie dla dziesięciu najwybitniejszych lekarzy za całokształt ich działalności i osiągnięć.

Na uroczystość, obok lekarzy, zostali zaproszeni również studenci uczelni medycznych z całej Polski, będący jednocześnie przedstawicielami Studenckich Kół Naukowych. Pomimo jesiennej już pory, tego dnia Warszawa przywitała nas piękną słoneczną pogodą. Po porannym spacerze ulicami stolicy, dotarliśmy do Klubu Pod Gigantami, gdzie zostaliśmy zaproszeni na lunch. Tam też podczas wspólnego posiłku mogliśmy bliżej poznać się z kolegami i koleżankami z innych miast. Po tym smacznym poczęstunku poszliśmy z resztą studentów w kierunku Łazienek Królewskich, gdzie w Pałacu Na Wodzie odbyć się miała uroczystość. Ponieważ bardzo rzadko mamy możliwość spotkania się w takim gronie, ucieszyliśmy się niezmiernie z okazji do tej bezpośredniej wymiany informacji, na dodatek w tak pięknej scenerii.

Ceremonię wręczenia odznaczeń prowadził znany aktor Tomasz Stockinger wraz z Prezesem PTL prof. dr hab. Jerzym Woy-Wojciechowskim. Medal Gloria Medicinae z wizerunkiem Józefa Strusia, wybitnego

przedstawiciela polskiej medycyny XVI wieku z dewizą „Floreat Res Medica” otrzymali: dr med. Jarosław Lubiawski (Konin); prof. dr hab. med. Edmund Nartowicz (Bydgoszcz); dr med. Konstanty Radziwiłł (Warszawa); prof. dr hab. med. Halina Seyfried (Warszawa); prof. dr hab. med. Wanda Andrzejewska (Szczecin); prof. dr hab. med. Jerzy Szaflik (Warszawa); prof. dr hab. med. Andrzej Górski (Warszawa); prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko (Wrocław); prof. dr hab. med. Witold Chrzanowski (Łódź); prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec (Białystok).

Prof. dr hab. med. Edmund Nartowicz, absolwent wydziału lekarskiego AM w Gdańsku, gdzie w 1952 roku uzyskał dyplom, przyczynił się do tego, iż Bydgoszcz dołączyła do czołówek ośrodków kardiologicznych i nefrologicznych w Polsce, gdyż w 1972 roku zorganizował tu Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, który jako jedyny w regionie wszczepiał kardiostymulatory. Także w tamtym roku uruchomił w Szpitalu Wojewódzkim pierwszą w regionie i największą wówczas stację dializ. Dzięki staraniom Profesora w kierowanej przez niego klinice 1996 roku powstała Pracownia Kardiologii Inwazyjnej.

Przyznane zostały również odznaczenia Bene Meritus, które między innymi otrzy-



*od lewej Łukasz Woda, prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski, Marta Wyszowska*

mała dr med. Czesława Stachowiak-Nowicka, twórcza i wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy.

Zaproszonym studentom uroczystie wręczono promesy, w których czytamy, iż Zarząd Główny PTL oświadcza: „*Studenci Medycyny będący jednocześnie Członkami Studenckich Kół Naukowych, z chwilą uzyskania dyplomu lekarza, stają się pełnoprawnymi Członkami Polskiego Towarzystwa Lekarskiego bez konieczności wprowadzania ich do Towarzystwa przez dwie osoby popierające*”.

Niewątpliwie możliwość spotkania tak wybitnych przedstawicieli świata medycznego i zapoznanie się z ich dokonaniem, dała nam studentom wzorce, do których będziemy mogli dążyć w naszej przyszłej pracy zawodowej.

*Marta Wyszowska i Łukasz Woda są studentami V roku Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum.*



## Olga Haus

Urodziła się 14 października 1953 roku we Wrocławiu. Ukończyła IX Liceum Ogólnokształcące we Wrocławiu i w 1972 roku podjęła naukę na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w rodzinnym mieście. Dyplom lekarza uzyskała w 1978 roku, a pracę doktorską zatytułowaną „Analiza struktur prążkowych profazalnych i metafazalnych chromosomów człowieka” pisaną pod kierunkiem prof. J. Jagielskiego obroniła w 1982 roku. W 1995 roku obroniła w Akademii Medycznej we Wrocławiu rozprawę habilitacyjną „Kliniczne znaczenie badań cytogenetycznych w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej”. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymała w Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 1999 roku.

Począwszy od 1999 roku jest członkiem Komisji Genetyki Człowieka Komitetu Patologii Molekularnej PAN. Ponadto jest członkiem Komisji Rewizyjnej Kolegium Medycyny Laboratoryjnej, przewodniczącą Sekcji Cytogenetyki Hematoonkologicznej Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka,

koordynatorem Badań Cytogenetycznych Polish Adult Leukemia Group oraz przedstawicielem Polski w European Cytogeneticists Association.

W 1984 roku przebywała na 7-miesięcznym stypendium w Institut de Recherches sur les Maledies du Sang w Hospital St. Louis w Paryżu, poświęconym genetyce nowotworów układu krwiotwórczego, a na przełomie lat 1989-1990 przebywała przez rok w CHRU Dijon na Faculte de Medicine (genetyka guzów litych).

Od 1978 roku do chwili dzisiejszej pracuje w Akademii Medycznej we Wrocławiu, początkowo w Katedrze Patofizjologii, a później w Katedrze i Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku (kierownik Pracowni Cytogenetycznej). Od 1 października 1997 roku prowadzi Katedrę i Zakład Genetyki Klinicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, przekształconej później w Collegium Medicum UMK.

Zajmuje się genetyką nowotworów ukła-



du krwiotwórczego i genetyką nowotworów dziedzicznych. Współpracuje z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się dziećmi z zaburzeniami rozwoju (w tym uwarunkowanymi genetycznie).

**Tytuł profesora otrzymała 12.10.2006 r.**

## Andrzej Dziedziczko

Andrzej Dziedziczko urodził się 7 stycznia 1935 roku w Stołpcach w województwie nowogrodzkim. Po ukończeniu LO w Rzepinie w 1952 roku studiował w Akademii Wychowania Fizycznego (absolutorium 1953-1957) oraz w Akademii Medycznej w Gdańsku (1957-1963). Dyplom lekarza otrzymał 11 maja 1964 roku. Na przełomie lat 1967-1968 kształcił się ponadto w Instytucie Kształcenia Podyplomowego WAM w Warszawie. Pracę doktorską zatytułowaną „Badania nad możliwością wczesnego rozpoznawania dychawicy oskrzelowej przy użyciu prób wysiłkowych i testów farmakologicznych” napisał w Akademii Medycznej w Bydgoszczy pod kierunkiem prof. dr. hab. Bogdana Romańskiego i obronił w 1986 roku. W 1992 roku obronił rozprawę habilitacyjną „Występowanie i rozpoznawanie zawodowej astmy oskrzelowej spowodowanej ekspozycją na diizocyjany toluenu (TDI) w środowisku pracy”. Stanowisko profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1998 roku w Katedrze Pielęgniarstwa Klinicznego.

Pracował m.in. jako lekarz fizjolog w Marynarce Wojennej w Szkole Nurków w Gdyni (1967), w Polskim Komitecie Olimpijskim w Warszawie (1967-1969), w Akademii Medycznej w Gdańsku i w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy.

W Akademii Medycznej w Bydgoszczy pracuje od chwili jej powstania, początkowo jako adiunkt w Katedrze i Klinice Alergologii i Chorób Wewnętrznych (1985-1997), następnie jako kierownik Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego i Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego (1997-2002), a później jako kierownik Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych (2000-2006). Był dziekanem Wydziału Pielęgniarskiego, który zorganizował od podstaw, przekształconego w Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, a potem w Wydział Nauk o Zdrowiu (1997-2002).

Od 1964 roku jest członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, od 1969 roku członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, a od 1979 roku członkiem Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego. Jest członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (od 1981 roku), był członkiem Zarządu Głównego PTA (1982-1985), a od 2000 roku jest przewodniczącym Oddziału Bydgoskiego PTA.

Zajmuje się etiopatogenezą chorób alergicznych, w tym alergii zawodowych. Ponadto interesuje się aktywnością fizyczną jako elementem wspomagania leczenia chorób obturacyjnych płuc, opracowaniem i wdrożeniem metody rozpoznawania nadwrażliwości oskrzeli, metodologii badań profilaktycznych i rozpoznawania związków przyczynowo-skutkowych chorób układu oddechowego (zwłaszcza astmy oskrzelowej) u osób zawodowo ekspozowanych na izocyjany, badaniami nad procesami zapalnymi, wpływem i tolerancją wysiłku fizycznego u chorych na astmę i POChP, opracowaniem i wdrożeniem modelu rehabilitacji na astmę.

Zajmuje się etiopatogenezą chorób alergicznych, w tym alergii zawodowych. Ponadto interesuje się aktywnością fizyczną jako elementem wspomagania leczenia chorób obturacyjnych płuc, opracowaniem i wdrożeniem metody rozpoznawania nadwrażliwości oskrzeli, metodologii badań profilaktycznych i rozpoznawania związków przyczynowo-skutkowych chorób układu oddechowego (zwłaszcza astmy oskrzelowej) u osób zawodowo ekspozowanych na izocyjany, badaniami nad procesami zapalnymi, wpływem i tolerancją wysiłku fizycznego u chorych na astmę i POChP, opracowaniem i wdrożeniem modelu rehabilitacji na astmę.

Współpracował z Zakładem Biofarmacji i CMKP w badaniach nad biodostępnością leków, z przemysłem farmaceutycznym w zakresie oceny klinicznej leków, z Zakładem Farmacji Aptecznej CMPK w badaniach nad syntezą kompleksów antygenowych wykorzystywanych w diagnostyce immunologicznych chorób zawodowych dróg oddechowych oraz z przemysłem chemicznym.

Otrzymał m.in. nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za pracę habilitacyjną,



nagrodę zespołową II stopnia Towarzystwa Internistów Polskich za pracę nad reaktywnością oskrzeli (1978), kilkakrotnie nagrody Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku i Akademii Medycznej w Bydgoszczy za szczególne osiągnięcia dydaktyczno-wychowawcze i działalność organizacyjną. Otrzymał Medal za wybitne zasługi w dziele rozwoju Akademii Medycznej w Bydgoszczy (2001), Srebrny i Złoty Krzyż Zasługi (1985, 1998).

Opracował około 300 prac i doniesień zjazdowych. Promotor 6 zakończonych i 5 otwartych przewodów doktorskich. Promotor doktoratu honoris causa dla prof. zw. dr. hab. Bogdana Romańskiego przyznanego przez Akademię Medyczną w Bydgoszczy w 2001 roku.

**Tytuł profesora otrzymał 12.10.2006 r.**



# Bonum vinum

Władysław Sinkiewicz

*“Bonum vinum laetificat cor hominum”*

“Dobre wino rozwesela ludzkie serce”. Ten cytat zaczerpnięty z księgi Syracha (rozdz. 40, wiersz 20) świadczy o jedynym, wyjątkowym darze natury – o szlachetnym winie. A że czas grudniowy i nastrój przedświąteczny Bożego Narodzenia, temat więc wydaje się niezwykle aktualny.

Ktoś mógłby mieć wątpliwości - dlaczego pochwała wina i to w medycznym periodyku? Alkohol przecież szkodzi zdrowiu! Staram się często naświetlać ten problem i przekonywać nieufnych i podejrzliwych adwersarzy, podpierając się danymi naukowymi, że warto temu szlachetnemu trunkowi poświęcić więcej uwagi, chociażby ze względu na jego zdrowotne przymioty. Alkohol staje się wtedy przekleństwem, jeżeli nie towarzyszy mu umiar. We Francji każdej reklamie napojów alkoholowych towarzyszy wymóg formalny w postaci ostrzeżenia ministra zdrowia: „Nadużywanie alkoholu jest niebezpieczne dla zdrowia. Spożywać go trzeba z umiarkowaniem”. Podpisuję się pod tym obiema rękami. Nadużywanie, picie bez umiaru każdego alkoholu jest szkodliwe. Jak życie nam udowadnia, sentencja ta nie dotyczy zresztą tylko tej przyjemności.

Życie jest krótkie. Trzeba się nim cieszyć, szukać radości, które z sobą niesie. Radość kojarzy się nam z przyjaźnią, z obcowaniem z ludźmi, których lubimy, z którymi wspólnie spędzamy wolne chwile. Średnia spożycia alkoholu na jednego mieszkańca we Francji jest najwyższa w Europie, ale w tym kraju nie widzi się osób pijanych. Ludzie piją tam dla przyjemności, dla wywołania nastroju zabawy, miłej pogawędki, czy błyskotliwej dyskusji. Sprzyja temu wino. Bo wino to właśnie umiar. Trudno się nim upić, łatwo rozweselić. Wino, jak muzyka, łagodzi obyczaje! Może między innymi dlatego chroni serce przed zawałem?

Wino ułatwia otwarcie i uwrażliwienie na sprawy i problemy innych ludzi. Ma ono, jak zauważył Jan Jakub Rousseau, funkcje antyegoistyczne, sprzyja idei zbiorowości, spełnia funkcję społecznej integracji. Według niego, wspólnota wokół strawy i wina ma większą wartość edukacyjną, uczy myśleć o innych. Wino chroni przed występkiem, zapobiega złym czynkom, które rodzą się z uczucia samotności. Spożyte w nadmiarze nie czyni człowieka złym. „Jeśli trzeba, pozwólmy spędzić noc na piciu wina tym, którzy w innym razie spędziliby ją może na czymś gorszym”.

Robert Louis Stevenson, autor „Doktora Jekylla i pana Hyde’a” w jednym ze swych opowiadań pisanych w czasie szalejącego w Anglii alkoholizmu, podnosi pedagogiczny wymiar wina, którego dobrodziejstwo przeciwstawia złowrogim, niszczącym skutkom mocnego wówczas, ale mocnego absyntu. Według niego „wino nie zmienia osobowości,

nie wydobywa najgorszych cech, nie przeistacza człowieka w bestię; przeciwnie, pracuje niczym poezja na dobrym materiale: wydobywa zeń pogodę i pastele jego natury. Upaja, a nie upija, odwodzi od występku, przeobraża dobre w jeszcze lepsze i oczyszcza z psychicznych naleciałości”.

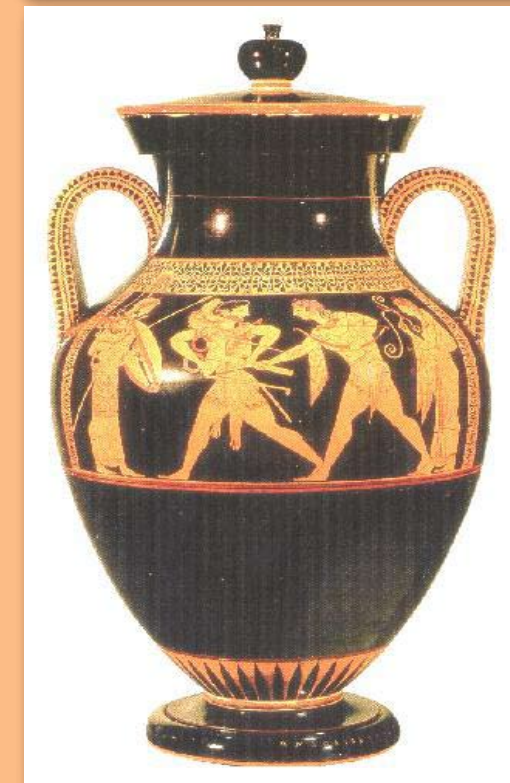
Zmiana tradycji alkoholowych potrzebna jest nam, Polakom, jak...wino.

We Francji zakorzeniło się, niestety przykre dla nas przysłowie: „soul comme un Polonais – pijany jak Polak”. Zapomniano dawno, skąd wzięło się to powiedzenie, a przecież swój rodowód ma chlubny i bohaterski. Związane jest z brawurową szarżą szwoleżerów Kozietulskiego w wąwozie pod Samosierrą. Każdy się bał wyjść pod ogień szerzących śmierć i przerażenie dział wroga. Wówczas Polacy zaatakowali! Napoleon nie wierząc własnym oczom, zawołał z nieklamany podziwem: „Mais il sont souls ces Polonais! – chyba pijani są ci Polacy!” Zapomniano już dawno o wypowiedzi Napoleona i o tradycjach ułańskich. Dziś Francuz mówiąc „pijany jak Polak”, nie ma podziwu dla junackiej fantazji i pogardy śmierci, myśli po prostu - „pijany w trupa”...

Na szczęście dzisiaj w Polsce wojsko znów nosi rogatywkę, a orzeł odzyskał koronę. Zmieniają się, choć niezwykle powoli, przyzwyczajenia i obyczaje rodaków i coraz rzadszy jest na ulicach widok osobników zmierzających chwiejnym krokiem. Znikły w większości „mordownie” i knajpy z serwowaną „setą” bez przekąski. Wyrastają, jak grzyby po deszczu stylowe kawiarnie, winiarnie i restauracje z wyborną, międzynarodową kuchnią. Czas jest więc najwyższy, by kultura spożywania wina zastąpiła siermiężny zwyczaj „zalewania się” czystą wodą i alkoholowo-siarkowym napojem marki „Arrizona”, który swoje miejsce powinien w sklepach zajmować na półkach w dziale „chemia gospodarcza”...

A przypomnijmy, że Polska ma dobre, stare, wielowiekowe tradycje spożywania szlachetnych trunków. Warunki klimatyczne w Polsce nie sprzyjają, niestety, uprawie winorośli. Są zbyt surowe dla tej rośliny. Polskie bory przed wiekami obfitowały w miód, co sprzyjało rozwojowi bartnictwa i pszczelarstwa, i delektowania się miodami pitnymi. Godny to był trunek, produkt równie naturalny, jak wino i tak samo błyszczący pełnią barw, aromatów i smaków. Szlachta rozmiłowała się potem w winie. Sprowadzano je głównie z Węgier, stąd wzięła się popularna wówczas nazwa tego trunku - węgryz. W piwniczkach dworów i dworów gęsto leżały omszałe butelki: na pasach słuckich ciągnięto w górę dębowe beczułki. W karczmach żydzi pędzili „siwuchę”, ta jednak nie gościła na stołach szlacheckich. Panowie szlachta raczyli się miodem i winem, „gorzałkę pospółstwu ostawiając”.

Wytwarzanie wina i jego spożywanie mieszczą się w pojęciach przynależnych



Attycki puchar na wino z IV w. p.n.e.; już w starożytności wino było nieodłącznym elementem wszystkich wyższych kultur, nieodzownym przy świętowaniu zwycięstw, oddawaniu czci bogom i podczas obchodzenia świąt.





Wino jako symbol statusu i rodzaju afrodyzjaku Jean-Marc Nattier „Kochankowie”

sztuce i kulturze. Może ktoś zapytać: cóż to za sztuka? A jednak. Z kłody drewna można wyciosać toporny przedmiot, może też z niej powstać rzeźba na miarę dzieła Wita Stwosza. Wino to bardzo delikatne i subtelne tworzywo. Umiejętne posługiwanie się tą materią zasługuje na miano sztuki. Sztuka wina, to suma wiedzy, którą każdy amator tego szlachetnego trunku powinien odpowiednio pogłębiać, jeżeli chce pić go „inteligentnie”, to znaczy degustować go i czerpać z tego jak najwięcej przyjemności.

Wino również było i jest, można zaryzy-

kować stwierdzenie, katalizatorem rozwoju kultury w szerokim tego słowa znaczeniu. Cywilizacja europejska narodziła się w Grecji i Rzymie, czyli w krajach, gdzie ludzie wytwarzali i pili wino. Właśnie w krajach kultury wina – w Grecji, we Włoszech Francji i Hiszpanii powstały najpiękniejsze dzieła rąk ludzkich i umysłu człowieka.

W pochwalę wina podążamy jeszcze wyżej. Tak w Rzymie, jak i w Atenach, pod znakiem Dionizosa, czy Bachusa, wino kojarzyło się z boskością: ambrozja i nektar były ulubionymi napojami bogów Olimpu. I choć w życiu

codziennym ważniejsze były woda i mleko, to tylko w winie szukali starożytni przyjemności i pociechy. Wino zyskało więc niebiańską sławę, zanim uświęcił je kult „Krwi Chrystusowej”.

Mam nadzieję, że przemiany zachodzące w Polsce pozwolą, że wino zajmie należne mu miejsce w naszej narodowej kulturze, w prawdziwym tego słowa znaczeniu i przestanie się kojarzyć z musztardówką i lepкими, słodkimi napojami alkoholizowanymi z półki sklepowej „chemia użytkowa”. Wierzę, że przyjdzie kiedyś dzień, że Polacy zamiast pić wódkę, powszechnie zaczną sączyć wino z eleganckiego kieliszka, a ceny dobrych zwykłych win należące do najwyższych w Europie, nie będą wyższe od butelki wódki. Wierzę, że zmieni się narzucona, niepolska tradycja rączenia się wódką na weselach w obowiązkowym przeliczeniu „pół litra na łebka”.

Składając wszystkim czytelnikom najlepsze życzenia na Boże Narodzenie i Nowy Rok życzę również, by w świąteczny dzień szlachetne wino zawitało na Waszym rodzinnym stole i mogło być świadkiem radości wspólnego przebywania i ucztowania z najbliższymi.

*PS. A gdyby ktoś chciał w miłym towarzystwie udać się na spacer w świąteczne popołudnie i wypić kieliszek dobrego trunku – polecam cukiernię-winiarnię Adama Sowy przy ul. Mostowej – tam, jako w nielicznej winiarni w Polsce, wino podadzą w eleganckim, odpowiedniej miary kieliszku, stosownie schłodzone, i co najważniejsze - w cenie odpowiedniej do jakości i bez paskarskiego narzutu. Kuchnia też doskonała. Można więc śmiało zamówić na wieczór butelkę...*

*Dr hab. Władysław Sinkiewicz jest kierownikiem Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii.*

## Cyganie - Romowie w Polsce i ich kultura

Krystyna Kurowska

Bywa, że naszym pacjentem jest Cygan – Rom, o którym okazuje się, że wiemy tak niewiele, a wiedza ta często jest obiegowa, potoczna.... Warto więc im bliżej się przyrzuć, wówczas może lepiej ich zrozumiemy i będziemy bardziej w stanie im pomóc.

Ważną instytucją społeczną u Cyganów jest rodzina. Ma ona charakter patriarchalny, częstokroć jest wielodzietna, patrylokalna (poślubiona kobieta zamieszkuje u rodziny męża), monogamiczna, na ogół obowiązuje też zasada endogamii (zawieranie małżeństw w obrębie własnej grupy). Małżeństwa zawierane są w młodym wieku (kobiety 13-14, mężczyźni 15-16 lat), jednak małżonkowie przez kilka lat są poddani kontroli starszych i od nich zależni ekonomicznie. Dominująca pozycja mężczyzny w rodzinie sprawia, iż jest on odpowiedzialny za podejmowanie decyzji o dalekosiężnych skutkach, podczas gdy kobietom pozostawia się troskę o sprawy bieżące. Mężczyzna dostarcza więc środków na większe inwestycje, także na wydatki związane z celami reprezentacyjnymi, kobieta dba o zabezpieczenie podstaw codziennej eg-

zystencji (w przypadku grup osiadłych podział ten nie jest tak jednoznaczny). W życiu rodzinnym wpisane są różnorodne obrzędy i zwyczaje, związane przede wszystkim z rodzinami, chrztem, zawarciem małżeństwa, śmiercią i żałobą, połączone na ogół z hucznymi formami celebrowania, sprzyjającymi integracji wewnętrznej zbiorowości.

Jeśli chodzi o sferę religijną, Cyganie przeważnie dostosowywali się pod względem wyznania do otoczenia (m.in. aby uniknąć prześladowań religijnych - w myśl znanego powiedzenia: „W co wierzysz Cyganie? W co każesz, Panie”), jednak ich zaangażowanie w tej kwestii koncentrowało się raczej na zewnętrznych formach obrzędowości i nie szło w parze z podobnym zainteresowaniem treścią przekazu religijnego.

Organizacja wewnętrzna zbiorowości cygańskiej jest oparta na stosunkach o charakterze patriarchalnym. Głową rodziny jest mężczyzna - ojciec, którego władza jest jednak ograniczona wymogiem podporządkowania się innemu mężczyźnie - nieformalnemu przywódcy rodu (tutaj ważną rolę od-

grywa jego wiek i osobisty autorytet wynikający z zasług), który z kolei podlega nieformalnemu zwierzchnikowi danej zbiorowości, pełniącemu funkcje rozjemcze i sędownicze oraz podejmującemu decyzje we wszystkich istotnych kwestiach. Zachowania wewnątrzgrupowe reguluje tradycyjny kodeks obyczajowy, który określa obowiązki przypisane poszczególnym rolom społecznym oraz sankcje wynikające z ich lekceważenia. Powszechnym szacunkiem cieszą się osoby starsze w myśl zasady, że posiadane doświadczenie jest proporcjonalne do liczby przeżytych lat. Co pewien czas organizowane są zgromadzenia przywódców poszczególnych rodów, na których omawia się bieżące sprawy, natomiast zwierzchnik całej grupy podejmuje decyzje odnośnie sankcji w kwestiach spornych i wykraczających poza kompetencje przywódców niższego szczebla. Spory i zatargi rozstrzyga się wewnątrz grupy, bez odwoływania do instancji zewnętrznych (odstępstwa zdarzają się sporadycznie, jednak dotyczą przestępstw objętych kodeksem karnym i nie obejmują przekroczenia norm typowo cygańskich). Kary



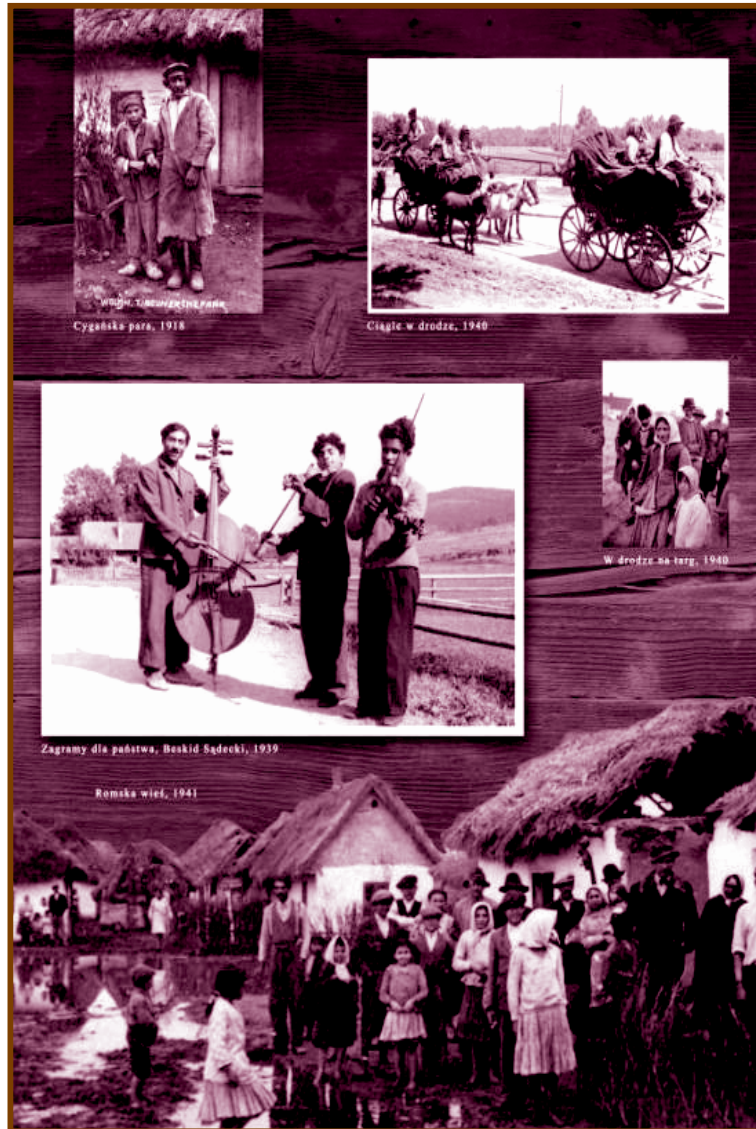
na ogół mają postać okresowego wyłączenia winowajcy z życia zbiorowego, w przypadku najcięższych przewinień mogą mieć charakter nieodwoływalnej banicji. Najistotniejszym zadaniem głowy rodu i zwierzchnika zbiorowości oraz celem stosowania systemu sankcji, którego wcielanie w życie nadzorują, jest dbałość o ochronę kulturowej tożsamości grupy, czyli stanie na straży norm, wartości i obyczajów składających się na istotę cygańskości, odróżniającej tę zbiorowość od innych społeczności. Życie zgodne z tradycjami własnej zbiorowości jest jednym z najważniejszych czynników określających ich tożsamość - cygańskość (romanipen). Przynależność do grupy i identyfikacja manifestuje się przede wszystkim poprzez przestrzeganie norm i reguł składających się na cygański etos kulturowy - samo urodzenie się Cyganem nie jest wystarczające. U większości grup cygańskich (zwłaszcza nomadycznych) istnieje rozbudowany system postaw, wartości, sposobów zachowań określający istotę bycia członkiem cygańskiej zbiorowości. Oprócz wzorców dotyczących ubioru, mieszkania, stylu życia, uczestnictwa w życiu zbiorowym itp. obejmuje on wymóg przestrzegania dycho-tomicznego podziału na „czyste” i „nieczyste”, którego przekroczenie powoduje sankcje i oznacza skalanie (mageripen). Romanipen - cygańskość to nakaz manifestowania swej identyfikacji z romskim etosem, uznania go za wartość najwyższą, używania języka romani, solidarności z członkami własnej zbiorowości (obowiązuje tu - podobnie jak u Żydów - „podwójna” moralność, w myśl której wiele czynów potępianych wobec „swoich” jest aprobowanych w stosunku do nie - Cyganów, gadziów), celebrowania obrzędów i rytuałów. Mageripen - skalanie obejmuje zachowania i postawy sprzeczne z tym wymogiem. Cygan dotknięty skalaniem jest „nieczysty”, napiętnowany i objęty swoistym bojkotem towarzyskim - podobnie jak wszystkie osoby stykające się z nim i mające świadomość jego skalania. Skalania dzielą się na wielkie, które podlegają osądowi ze strony zwierzchnika całej grupy i zalicza się do nich związki z nie-cygańskim aparatem kontroli (donosiicielstwo, współpraca z policją etc.), zabicie lub okradzenie Cygana oraz kontakt ze sferą „nieczystą”: zakazanymi i przyrządzonymi w niewłaściwy sposób pokarmami (mięso psie i końskie lub potrawy mające styczność z „nieczystymi” przedmiotami lub osobami) a także

kobietami uznawanymi za „nieczyste” (lub ich odzieżą stykającą się z dolnymi partiami ciała), tj. znajdującymi się w okresie prokreacyjnym, zwłaszcza podczas menstruacji, podczas i po porodzie („czyste” są kobiety przed pierwszą miesiączką i po menopauzie). Małe skalania obejmują natomiast np. kontakty z prostytutkami, używanie w bójkach między Cyganami

nacechowane dużą swobodą, niernormowanym czasem pracy, zróżnicowanymi czynnościami zawodowymi oraz licznymi kontaktami z osobami postronnymi. Mężczyźni - Cyganie od dawna parali się kowalstwem (także obwoźnym), kotlarstwem (bielenie - cynowanie kotłów dla przemysłu, rzemiosła, gastronomii, itp.), tresowaniem zwierząt (na ogół niedźwiedzi), handlem końmi i innymi artykułami, muzykowaniem i pokazami tanecznymi. Profesje te powszechnie kojarzono z Cyganami, uznawano ich także za najlepszych fachowców w tych dziedzinach. Cygańskie kobiety oprócz handlu i występów w zespołach muzycznych zajmowały się wróżbiarstwem i - sporadycznie (wbrew obiegowym opiniom) - żebractwem. Oprócz tego podejmowali się także innych prac: różnorodnych form rzemiosła (także artystycznego), kamieniarstwa, poszukiwania i eksploatacji cennych minerałów i metali. W dobie postępu technicznego wiele z tych profesji zostało wypartych przez seryjną, masową produkcję i odmienne wzorce konsumencie, więc Romowie musieli zająć się inną działalnością, przede wszystkim handlem i różnymi rodzajami rzemiosł.

Jeśli chodzi o warunki egzystencji dokonać należy rozróżnienia na grupy wędrowne i osiadłe, jako że sam sposób życia narzucał tu odmienne rozwiązania. Prowadzący nomadyczne życie wędrowali różnej konstrukcji wozami zaprzężonymi w konie, woły lub osły, na

postojach natomiast przebywali w namiotach. Ich standard zmieniał się z upływem lat a zależał m.in. od poziomu możliwości Cyganów, dostępu do zdobyczy technicznych itp. czynników: zwykle chłopskie wozy zastąpiono solidniejszymi, krytymi płótnem, te z kolei ustąpiły miejsca drewnianym barakowozom a współcześnie samochodom i wygodnym przyczepom campingowym, klecone napędce prowizoryczne szalasy zamieniono na płócienne namioty różnej konstrukcji. Tabor przemieszczały się z miejsca na miejsce na ogół od wiosny do jesieni (liczni wędrowali także zimą), po drodze zakładano obozowiska, głównie w lesie i nad wodą w pobliżu osad ludzkich, zimę większość Cyganów spędzała na kwaterze w mieście lub na wsi. Z kolei Cyganie osiadli mieszka-



Romowie, fot. z kolekcji Tomasza Wiśniewskiego

metalowych przedmiotów, skaleczenie ostrym narzędziem konia lub psa.

Istotnym aspektem cygańskiej kultury są wykonywane przez przedstawicieli tej grupy profesje, które nie tylko stanowią źródło dochodów zapewniających podstawy bytu materialnego, lecz są także ważnym czynnikiem kulturotwórczym, a w dodatku w znaczącym stopniu wpływają na kształtowanie się wizerunku Cyganów i ich pozytywnego/negatywnego stereotypu wśród nie-cygańskiego otoczenia. Zjawiskiem charakterystycznym jest niechęć do pracy na roli (także u osiadłych) oraz profesji związanych z długotrwałymi, monotonnymi i powtarzalnymi czynnościami, choć w wyniku presji otoczenia postawa taka ulega niejednokrotnie zmianie. Stąd też powodzeniem wśród Cyganów cieszą się zawody



li w miastach i na wsi, gdzie budowali swoje domostwa, często sytuowane na obrzeżach osady. Współcześnie, podobnie jak miało to miejsce w przypadku cygańskich profesji, w coraz większym stopniu przejmują oni w tej dziedzinie zwyczajne otoczenia. Warto zwrócić uwagę na sam proces nomadyzmu, który powszechnie kojarzony z Cyganami i typowymi dla nich zachowaniami, w dużej mierze uwarunkowany został przez wpływy otoczenia, z czasem dopiero stając się istotnym elementem kulturowego etosu wielu grup. Choć sama wędrówka z Indii ku Europie niosła w sobie załączek przyszłego nomadyzmu, to jednak równie dawne jak świade-

ctwa o ich przemieszczaniu się z miejsca na miejsce są przekazy o Cyganach osiadłych. Wydaje się, że ów nomadyzm wynikał przede wszystkim z konieczności motywowanej ekonomicznie: Cyganie parali się zajęciami, które albo wiązały się z przemieszczaniem, albo zmuszały ich do takiego sposobu życia ze względu na postawę osiadłych, miejscowych rzemieślników, niechętnych konkurencji. Dodać do tego należy administracyjne zakazy osiedlania się na danym terytorium, uniemożliwiające przez wiele lat zaprzestanie wędrówek. Gdy w końcu sposób postępowania z Cyganami zmienił się i położono nacisk na osiedlanie ich, wędrowanie obrosło mitologią

i folklorem stanowiło istotny element kultury, natomiast jego porzucenie równało się utracie ważnego składnika własnej tożsamości, a presja w tym kierunku traktowana była jako zamach na samą istotę cygańskości (w dalszym ciągu ważne były także kwestie ekonomiczne: osiadły tryb życia oznaczał mniejsze dochody i mniejszy rynek zbytu na ich usługi, które - co istotne - również stały się ważnym elementem kulturowego etosu), dlatego też nowe wymogi otoczenia spotkały się z niechęcią i dezaprobatą ze strony Romów.

*Dr Krystyna Kurowska jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa.*

## Etyczny i moralny wymiar pracy pielęgniarki

Mirosława Kram, Adrian Gahbler

„Etyka” i „moralność” stopniowo upodobniały się do siebie, wszak odmienne jest ich pojmowanie. Ułatwieniem do ich zrozumienia jest porównanie wyrażenia norma moralna i norma etyczna. Normy moralne funkcjonują w życiu społecznym, często wyrażając formę kontroli społecznej i zawarte są np. w normach prawnych czy zwyczajowych. Służą więc do opisu – mają charakter deskryptywny. Normy etyczne natomiast są zalecane do stosowania, jak powinno się zachowywać, jakich norm przestrzegać, mają więc charakter normatywny.

Wyraz, słowo „etyka” etymologicznie pochodzi z greckiego „ethicos” – zwyczajowy. Ethos tłumaczy się często jako „zwyczaj”, „obyczaj”, gdyż słowo to odwołuje się do przyjętego w społeczności sposobu postępowania. Postępowanie etyczne to postępowanie zgodne z prawnym charakterem. Arystoteles twierdził, że największe szczęście czerpie człowiek z filozoficznych rozmyślań, ale łączyć się one muszą z życiem godnym i poszukiwaniem cnoty. Osoba uzyskuje prawość, kiedy nawyka do godnych czynów, czyli kształtuje odpowiednio swój charakter. Ethos – oznaczało też dzielność, czyli coś bliskiego znaczeniowo greckiemu arete ( cnota). A to oznacza także umiejętność rozumnego kierowania swoim zachowaniem i życia z sensem.

Etyka wchodzi w zakres rozważań filozoficznych, etyka jest nauką, której problematyka badawcza dotyczy moralności. U podstaw etyki leży filozoficzne dociekanie dobra i zła.

Naukę tę ze względu na rozpatrywanie problemów moralności dzieli się na: etykę normatywną, która zajmuje się ustaleniem co jest moralnie dobre, a co złe, wytyczaniem dyrektyw pozytywnego postępowania tj. powinności moralnych. Dlatego głównym czasownikiem operacyjnym w tym dziale etyki jest słowo „powinno się”, np. być dobrym,

uprzejmym, uczciwym itd.; etykę opisową zajmującą się analizą, opisem, wyjaśnianiem moralności rzeczywistości pojmowaną w różnych środowiskach społecznych; etykę chrześcijańską, której źródła tkwią w nauce Kościoła, zawartej w mądrości Pisma Świętego. Etyka chrześcijańska utrzymuje, że działania człowieka powinny być podejmowane z myślą o zbawieniu jakim jest Bóg. Droga do Boga prowadzi przez miłość bliźniego. I czyny rodzące się z tej miłości są uzewnętrznieniem dobra moralnego. Czyn etycznie

rachunek sumienia- czyli uprzytamnianie sobie, roztrząsanie własnych postępów, grzechów, win; wyrzuty sumienia – wewnętrzny niepokój wynikający z poczucia popełnionej winy; wreszcie uspokoić sumienie to uznanie, że popełniony czyn nie był nieetyczny, etykę stosowaną, która rozpatruje problemy moralności poszczególnych zawodów w tym zawodów medycznych.

Moralność natomiast jest słowem pochodzenia łacińskiego i znaczy „mores” – obyczaje. Wielcy filozofowie: Platon, Arystoteles, zajmowali się sensem i wartością życia, ocenami moralnego postępowania człowieka.

Moralność jest to ogół ocen, norm zasad przyjętych w danej epoce i w danej zbiorowości społecznej a także całokształt zachowań i postaw jednostki lub/ i grupy społecznej. Oceny te są wyrażone w postaci opinii społecznej w formie aprobaty, pochwały, uznania, dezaprobaty, nagany, potępienia, odrzucenia, także głosu własnego sumienia, przeżywania wstydu czy poczucia winy. Normy mają postać nakazów i zakazów, mają charakter indywidualny (tkwią w człowieku) i społeczny – zawarte w przysięgach, ślubowaniach, kodeksach etyki zawodowej. Wzory postępowania, inaczej systemy wartości , czyli to wszystko, co ludzie sobie cenią, do czego dążą, czego pragną. System wartości jest względnie trwałe i zależy od wieku, doświadczeń życiowych, wpływu otoczenia, przypadku.

Wartości dzielące się na deklarowane, uznawane i realizowane podlegają wyborom. U każdego człowieka ten podział może być inny.

Człowiek w swoim życiu wybiera system wartości, np. wygodne życie, bogactwo, kariera sportowa, naukowa, szczęście rodzinne, służba Bogu, poświęcenie się osobom bliskim, praca społeczna, kariera polityczna, praca nad sobą itd. Wartości wyznaczają cele i treść życia. Ale nie ma wyboru absolutnie



dobry, to czyn który wyłania się z naszej wolności, jest zgodny z sumieniem, zgodny z obiektywną hierarchią wartości, zgodny z wolą Boga; etykę świecką (niezależną) - u jej podstaw tkwią rozważania i wyjaśnienia jak żyć godnie, gdzie poszukiwać kryteriów godnego życia. Punktem wyjścia w tej etyce jest własne sumienie. Sumienie jest właściwością psychiczną, zdolnością pozwalającą odpowiednio oceniać własne postępowanie jako zgodne lub niezgodne z przyjętymi normami. Jednocześnie z pojęciem tym wiążą się takie słowa jak: wolność sumienia- co oznacza swobodę w wyborze przekonań, poglądów;

wolnego. Bo nawet własna decyzja zniewala. Wybór nigdy nie jest wolny od rozterek. Jest konfliktowy, czasem prosty, czasem złożony.

Etyka zawodowa jest zespołem norm i dyrektyw wynikających z tradycji zawodu, ducha kultury narodowej, wskazań etycznych przyjętych w danym społeczeństwie. Upowszechnianiu etyki zawodowej służą odpowiednie wydawnictwa książkowe, czasopisma a przede wszystkim kodeksy etyki zawodowej.

Powinności moralne pielęgniarki zakładają: poszanowanie godności pacjenta i jego praw, ochronę pacjenta przed krzywdą i szkodą, otaczanie opieką szczególnie tych, którzy ze względu na chorobę, wiek, stan psychiczny nie są w stanie sami siebie chronić, bycie dobrym dla pacjenta we wszystkich jego wymiarach: biologicznym, psychicznym, duchowym, społecznym, zachowanie tajemnicy o stanie zdrowia, a także dbanie o prestiż zawodowy w opinii społecznej, dbanie o właściwe relacje międzyludzkie w swojej grupie zawodowej oraz o własny rozwój moralny.

W codziennym życiu zawodowym pojawiają się różne problemy i dylematy natury moralnej. Np. można nie wiedzieć, jak to wykonać – wtedy warto i należy odwołać się do współpracowników, zasięgnąć ich rady, bądź samodzielnie wzbogacić swoją wiedzę; znaleźć się w sytuacjach utrudniających postępowanie zgodnie z zasadami etycznymi - brak sprzętu, duża liczba chorych, braki w obsadzie pracowników. Problemy etyczne mogą mieć różną złożoność. Szczególnie trudne są te, które wymagają wyboru między dwoma równie niezadowalającymi rozwiązaniami, np. spostrzeżenie niewłaściwych, nieetycznych działań jednej z osób zespołu: czy o tym fakcie,

ze względu na dobro pacjenta, powiadomić przełożonego, czy zwrócić uwagę samemu, czy zachować milczenie godząc się na dalsze niezrzetelne postępowanie tej osoby?

W życie zawodowe pielęgniarek wbudowany jest stres moralny i wiąże się on z życiem społecznym w ogóle oraz społeczną oceną postępowania. Stres moralny jest przykrą, trudną potyczką, ale nieuniknioną w codziennej prozie życia. Stawia przed każdą pielęgniarką problemy do rozwiązania: jakie jesteśmy, jaki jest sens i wartość naszej pracy? W stresie biologicznym dominuje ból fizyczny, w emocjonalnym lęk, w moralnym cierpienie. Cierpi się bowiem z powodu niedoskonałości własnej i ludzi ze środowiska, cierpi się z powodu konfliktu między dobrem a złem, między prawdą a zakłamaniem. Dlatego każda interakcja społeczna (w tym relacja pielęgniarki i jej pacjenta) jest uwikłana w konflikt wartości.

Aby uwolnić się od stresu moralnego dobrą rzeczą jest dokonanie możliwie jak najbardziej obiektywnej oceny przeszłości, codziennego postępowania, niepowodzeń, ale i też osiągnięć w kategoriach moralnych. Codziennosc niech tchnie życzliwością i zaufaniem do siebie i innych. Własny kodeks postępowania etycznego będzie wówczas drogowskazem aktywności dnia codziennego i zawodowego.

Poniższy opis sytuacji trudnej pod względem psychologicznym jak i etycznym niech posłuży za przykład. „Pielęgniarka Joanna pracowała przez wiele lat z dziećmi upośledzonymi. Szczególną więź uczuciową nawiązała z 7 letnim Wojtkiem, który spędził na oddziale prawie całe swoje życie. Jednakże rodzice musieli z powodu pracy zmienić miej-

sce zamieszkania i przenieść się do innej części kraju, a Wojtek także musiał być w związku z tym umieszczony w innym ośrodku w pobliżu rodziny. Pielęgniarka Joanna umówiła się z rodzicami dziecka, że ostatniego dnia pobytu zabierze go do ZOO, które bardzo lubił, a po powrocie weźmie udział w specjalnie przygotowanym dla niego pożegnalnym przyjęciu. Powiedziała o tym wszystkim Wojtkowi, który bardzo się cieszył i czekał niecierpliwie.

Rankiem, owego dnia pielęgniarka naczelna zatelefonowała do Joanny, mówiąc, że z powodu braku personelu pielęgniarskiego na oddziale chirurgii dziecięcej będzie tam musiała być przeniesiona na kilka dyżurów i to od zaraz. Joanna powiedziała telefonującej naczelnej pielęgniarence o pożegnalnym wycieczce i przyjęciu dla Wojtka. Ta niestety odpowiedziała, że jest jedyną dostępną osobą, którą tam można przenieść. Joanna tłumaczyła, że podjęła zobowiązania, musi i chce dotrzymać przyrzeczenia Wojtkowi i jego rodzicom. Naczelna pielęgniarka zaczęła tracić cierpliwość i przypomniała Joannie, że ma także zobowiązania wobec szpitala, który ją zatrudnia i opłaca i jednocześnie podkreśliła, że dzieci na oddziale chirurgicznym „potrzebują bardziej jej umiejętności niż dziecko na przyjęciu czy wycieczce”. Kazała jej się stawić na oddziale w ciągu 15 minut, po czym odłożyła słuchawkę.

Wszystkie działania człowieka mają aspekty etyczne, jakkolwiek trudno znaleźć uniwersalne kryteria oceny moralnie dobrego czynu.

*Mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarskim Pediatrycznym, natomiast Adrian Gahbler jest studentem V roku Instytutu Filozofii UMK w Toruniu.*

## Koło Fortuny sir Charlesa

Wojciech Szczęsny

*„Natura, bezlitosna i bezwzględna,  
Co o niczym nie wiesz i o nic nie dbasz”  
A..E. Housman, poeta angielski*

W ostatnich tygodniach przez media przetoczyła się dyskusja na temat zasadności wykładania w szkołach teorii Darwina. Trzeba trafiać, że jej inicjatorem był wiceminister oświaty. W sukurs przyszedł mu profesor genetyki drzew i europoseł, który podał dość trzeba przyznać śmiałą tezę, że ludzie żyli onegdaj razem z dinozaurami, czego dowodem jest Smok Wawelski. Żeby upewnić tych, którzy sądzili, że to spóźniony Prima Aprilis, iż są w błędzie pan poseł urządził w Europarlamentie konferencję prasową dla „naukowców”, uważających podobnie jak on, że świat został stworzony przez Boga 6450 lat temu w postaci w jakiej mamy okazję obecnie go oglądać. Właściwie można by jak napisał Mark Twain „spuścić na to widowisko zastonę miłosierdzia”, lecz okazuje się, że w wielu krajach (nie teokratycznych) teoria ewolucji jest co najmniej konstатовana. Szokującym

jest fakt rozpowszechniania podobnych bredni przez ludzi z tytułami naukowymi oraz, jak w przypadku naszego ministra, mających realny wpływ na nauczanie młodzieży. Choć Kościół poprzez usta Jana Pawła II oraz niedawne oświadczenie Episkopatu przyznaje, że bezpośredni kreacjonizm nie należy już do jego magisterium, nie miało to większego wpływu na stanowiska wymienionych osób.

Dyskusja nad tym problemem trwa już co najmniej od ogłoszenia przez sir Charlesa swoich przemysłów. Sądzę jednak, że i przed nim byli ludzie, którym nie do końca odpowiadały słowa zapisane w Biblii. Do pytań tych jeszcze zresztą powrócimy.

Kilka lat temu ogłoszono informację o odczytaniu ludzkiego genomu. Wybitni przedstawiciele zawodu lekarskiego antycypowali wówczas w „Wia-

domościach”, co też będzie można za kilkanaście lat uzyskać. Słowa: wieczna młodość,





zwycięstwo nad rakiem, to tylko niektóre z motywów tamtego dnia. A jednak sytuacja nie jest wcale taka jasna. To tak jakbyśmy poznali ilość miejsc na parkingu. Teraz trzeba się dowiedzieć, jakie tam samochody parkują i dlaczego właśnie takie. I jeszcze najważniejsze: co też one przewożą. Ale, żeby nie być malkontentem, przynajmniej odkrycie wielkie, a Nobel pewny, choć spora grupa naukowców przyznaje się do ojcostwa. Czemuż jednak genetyka budzi takie emocje? Jaką rolę odgrywa dziedziczenie w życiu na Ziemi? Odpowiedź na to pytanie stanowi równocześnie deklarację światopoglądową. Kracjonizm czy ewolucja? Geny czy nadprzyrodzone siły sprawcze? Te pytania, na które istnieją różne odpowiedzi, nurtują ludzkość od czasów Mendla i Darwina. Zawarty jest w nich nie tylko problem początku i rozwoju świata, lecz także pytanie o sens cierpienia, śmierci, walki o byt i przedłużenia gatunku.

Do czasu podróży Darwina dookoła świata sprawa była dość jasna: Bóg stworzył świat kilka tysięcy lat temu, od razu ze wszystkimi stworzeniami i oczywiście człowiekiem jako panem i strażnikiem boskiego dzieła. Nawet w języku można odnaleźć echo tej teorii. Przecież zwierzęta nazywamy inaczej właśnie stworzeniami. Znaleźiska kości prehistorycznych gadów nieco zaburzały ten obraz, lecz uważano je za artefakty niegodne uwagi prawdziwej nauki. Jakies dwa miesiące temu odbyłem dyskusję z przedstawicielem jednego z kościołów, skądinąd inteligentnym człowiekiem, który z całą powagą, podobnie jak prof. Giertych zaprzeczał istnieniu dinozaurów w epoce im przypisywanej, oraz teorii ewolucji. Przyznam ze skruchą, że wobec tak skrajnego stanowiska byłem intelektualnie bezsilny.

Próby pogodzenia religii (ortodoksyjnej) i nauki są niezwykle trudne. Papież Jan Paweł II w encyklice „Fides et ratio” oraz na spotkaniu z naukowcami w Toruniu w 1999 roku, próbował rozgraniczać, a jednocześnie godzić te sprawy. Pozostaje kwestią otwartą czy jest to możliwe. Dla pogodzenia tych sprzecznych interpretacji stworzenia i działania wszechświata ukuto teorię: „nonoverlapping magisteria”, co można by przetłumaczyć jako: „nie zachodzące na siebie (niesprzeczne) wyjaśnianie istoty rzeczy”. Krótko mówiąc zdaniem zwolenników tejże teorii, zarówno tłumaczenie w oparciu magisterium Kościoła, jak i odkrycia naukowe są słuszne, do pogodzenia ze sobą i nie wykluczają się wzajemnie.

W ostatnich latach modna stała się zatem teoria „inteligentnego projektu” czyli zakładająca kreację świata jako takiego przez istotę nadprzyrodzoną z równoczesnym działaniem zjawisk opisywanych przez naukę jak np. ewolucji. Hipoteza moim zdaniem dość karkołomna i bliższe są mi tu słowa R. Dawkinsa: „Gdy mamy do czynienia z dwoma przeciwstawnymi poglądami głoszonymi z równym przekonaniem, prawda niekoniecznie leży dokładnie pośrodku. Może okazać się, że jedna ze stron po prostu się myli”.

Sam Karol Darwin, nim ogłosił teorię ewolucji, poddawał ją przez dwadzieścia lat

krytycznej analizie. O wiele dłużej zastanawiał się nad swoim stosunkiem do religii, nim stał się agnostykiem. Badacze jego biografii twierdzą, że wpłynęły na tę decyzję dwa fakty. Pierwszym była śmierć jego córki, zaś drugim właśnie odkrycie praw rządzących naturą, a jednocześnie jej niepisane okrucieństwa i braku jakichkolwiek zasad, które ludzie nazywają moralnością. Jeżeli, jak oznajmia Pismo, człowiek stworzony jest na obraz i podobieństwo Boga, jego optyka percepcji świata powinna być bliska boskiej. A jednak człowiek dostrzega wokół siebie tyle zła, bezsensownego cierpienia i bólu, że zaczyna powątpiewać w boskie pochodzenie natury. Ten właśnie argument najczęściej podawany jest przez ludzi, którzy wiarę utracili. To pytanie pierwszy sformułował Leibniz w „Teodycei”. Odpowiedzi, która zadowoliłaby wszystkich jak dotąd nie udzielono. Zasada świata jest prosta, aby przeżyć trzeba zabić, a samemu uniknąć śmierci. Wśród dzikiej przyrody śmierć naturalna jest rzadkością i dotyczy stworzeń z szczytów piramidy pokarmowej. Niektóre zachowania zwierząt budzą odrazę, lecz tylko dlatego, że oceniane są ludzką miarą. Klasycznym przykładem, który już Darwinowi spędzał sen z powiek, jest cykl rozwojowy osy samotnej zwanej gąsienicznikiem. Otóż samica tego owada składa jaja w ciele gąsienicy konika polnego. Przedtem żądli ją w zwój nerwowy, aby spowodować paraliż, lecz nie śmierć. Rozwijające się larwy zjadają zatem powoli wewnątrz żyjącego stworzenia. Przejęty ojciec ewolucji pisał: „Nie potrafisz sobie wyobrazić, że miłośnicy i wszechmocny Pan mógł w sposób celowy stworzyć gąsieniczniki z wyraźnym przeznaczeniem ich do odżywiania się w ciałach żywych gąsienic”. Odpowiedź na to pytanie każdy musi dać sobie sam. Darwin pisał o problemie wiary: „W moim najgłębszym przekonaniu jest to problem przekraczający możliwości ludzkiego intelektu (...). Niechaj każdy człowiek ma nadzieję i wierzy w to, co mu odpowiada”.

Natura jest indyferentna. Nie jest ani dobra ani zła, oczywiście w ludzkim odczuciu tych pojęć. Natura po prostu jest. Tak jak rodzice są już na świecie gdy się rodzimy i tego faktu nie da się zmienić. Zaryzykujemy więc twierdzenie, że świata nie da się opisać ludzkimi pojęciami z zakresu moralności, etyki i innych cech z gatunku tak zwanych uczuć wyższych. Jak więc tego dokonać? Oczywiście na to pytanie nie ma jednoznacznej i powszechnie przyjętej odpowiedzi. Tu tkwi różnorodność światopoglądowa.

Niewątpliwie ze wszystkich prób opisu świata, najbardziej bliskie prawdzie jest podejście naukowe. Niezaprzeczalnym faktem jest to, że dotychczas to raczej religia ustępowała pola nauce niż odwrotnie. Oczywiście nie odbyło się bez drobnych, rzekomych zwycięstw religii, że wymienimy Galileusza czy Gordiano Bruno. Jednak słynne Galileuszowe: „A jednak się kręci” zapowiadało pełne zwycięstwo Prawdy. Apologeci Kościoła oczywiście podkreślą fakt, że to przecież tylko ludzie błędnie interpretowali Pismo i stąd

całe zamieszanie. Ponadto Galileusz doczekał się rehabilitacji. Dość późno trzeba przyznać. Cały ten wywód jednak, nie ma na celu deprecjacji wiary w Boga, lecz jedynie ma wykazać, że sztywna interpretacja tekstów religijnych prowadzi donikąd.

Naukowiec musi dążyć do odkrycia praw rządzących światem niezależnie od swojego podejścia do religii. W niektórych dziedzinach nauki staje się to jednak trudne. W roku 1914 psycholog James Leuba przeprowadził wśród amerykańskich naukowców test, sprawdzający ich wiarę w Boga. Zadał dwa pytania będące fundamentem wiary: „Czy wierzysz w Boga będącego w uczuciowym i intelektualnym kontakcie z ludźmi i na którego decyzje wpływają Twoje modlitwy. I po drugie, czy wierzysz w osobistą nieśmiertelność”. Pytania te ponownie zadano naukowcom w roku 1933, 1996 i 1998. Okazało się, że czterech na dziesięciu ankietowanych w ten sposób wierzyło w Boga. Liczba ta nie zmieniła się w kolejnych badaniach, także współcześnie. Jednak elita naukowa - członkowie Amerykańskiej Akademii Nauki w 90% deklarowała ateizm, a wśród biologów odsetek ten wynosił 95. Wśród tego grona zdarzają się również ludzie głęboko wierzący, lub tacy jak cytowany już Richard Dawkins „guru” neodarwinizmu, który wiarę w Boga porównuje do wiary w dobre wróżki. Dawkins właśnie jest autorem jednej z ciekawszych interpretacji natury, której wykład zamieścił w swej książce „Samolubny gen”. I tu wracamy do początku artykułu. Geny. Czym są? Czy tylko narzędziem do przekazywania cech do następnych pokoleń, czy może to one stanowią istotę rzeczy, a cały świat jest jedynie dekoracją genetycznego teatru? Ta z pozoru absurdalna idea, wymaga bliższego przyjrzenia się nim zostanie z niesmakiem odrzucona jako urągająca szczytnemu posłannictwu człowieka na Ziemi. Nasz ogląd świata jest skażony (oczywiście nie w negatywnym sensie) kulturą, religią, normami społecznymi, prawem etc. A jednak, gdy uda nam się zdjąć owe filtry, możemy dostrzec czystą biologię zwierzęcia o nazwie gatunkowej Homo sapiens. To tak jakby pierwsze filmy braci Lumiere oczyścił komputerowo z zadrapań, przywrócić normalną szybkość przesuwu taśmy. Zobaczmy tamten świat takim, jaki był w celowniku kamery pierwszych operatorów. To zadanie trudne, a rezultaty, choć czyste i piękne logicznie, napelniają smutkiem.

Klasyczny darwinizm głosi, że ewolucja polega na faworyzowaniu cech pomagających w przetrwaniu w określonych warunkach i eliminowaniu niepotrzebnych, a zwłaszcza obciążonych wydatkiem energetycznym. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że to właśnie człowiek dokonał wyłomu w tym prawie. Stać nas na „ewolucyjne fanaberie”, choć nie raz płacimy za nie słono. Piękno przyrody nie zostało stworzone dla nas. Jesteśmy jedynie przypadkowymi widzami spektaklu zwanego naturą. Rajski ptak, ani paw nie stroszą piór dla ludzi. Nawet słowik nie śpiewa dla Julii czy Romea. Śpiewa jedynie po to by znaleźć

samicę i przekazać cząstkę siebie, swoje geny. Mówi samicy, tak jak każdy samiec, tylko to: „Popatrz jestem piękny i silny, mam dobre geny. Twoje potomstwo spłodzone ze mną będzie takie jak my, a może jeszcze lepsze!” To samo przekazuje jeleni na rykowisku, lew na sawannie czy goryl w dżungli. A ludzie? Oczywiście, że znalezienie partnera życiowego nie odbywa się tak prosto. Jednak ośmielałam się twierdzić, że nie odeszliśmy bardzo daleko od naszych braci mniejszych. Na co zwracamy uwagę obserwując ludzi w tłumie? Na cechy zewnętrzne rzecz jasna. Czym jest uroda kobiety i tak zwana przystojność męzczyzny. Jest oznaka zdrowia, a ogólniej czegoś co nazwalibyśmy dobrostanem. Tu mieszczą się już cechy związane z cywilizacją, takie jak elegancki ubiór, dobry samochód, itp. Powie ktoś, przecież ta urocza pani czy przystojny pan mogą okazać się kretynami niegodnymi minuty rozmowy. Zgoda. Ale to właśnie na niej lub na nim zatrzyma się Twój wzrok,

a dopiero potem omówicie poglądy Platona czy rezultaty odkrycia sekwencji genów w chromosomie 21. Człowiek nie ma barwnych piór czy siły lwa, ma jednak pieniądze, dom, samochód, inteligencję... Osobiście widzę tu wspólny mianownik.

Pozostaje jednak jeszcze co najmniej jedna kwestia. Jako część przyrody (temu nikt nie zaprzecza), podlegamy jej prawom. Cała historia współczesnego człowieka, to historia jego walki z przyrodą i przy okazji z bliźni. W wielu miejscach udało się nam odnieść wielkie zwycięstwa. Twory cywilizacji na trwałe zrosły się z naturalną przyrodą zazwyczaj niszcząc ją bezpowrotnie. Nie wszystko jednak idzie po myśli człowieka. Przede wszystkim nadal starzejemy się i umieramy a nade wszystko cierpimy. Czym jest cierpienie? Odpowiedź na to pytanie zależy od światopoglądu, o czym pisałem w poprzednim artykule...

Cierpienie jest przypadkiem genetycznym lub losowym. Mówimy rzecz jasna o cierpie-

niu fizycznym, choć i pewnie konstrukcja naszej psychy zależy od genów. Cierpienie nie ma żadnego sensu transcendentnego, a ból sam w sobie jest jedynie sygnałem o tym, że coś się złego w naszym organizmie dzieje. Tylko tyle, a może aż tyle.

Codziennie otwieramy los genetycznej loterii. Czytamy wyrok na dziś: będziesz zdrowy, dowiesz się że masz raka, dziś umrze Twoja matka i tak dalej. Niekiedy znudzeni samymi wygranymi zapominamy o fatum, które i tak przyjdzie.

Naukowcy, którzy odkryli zapis genetyczny człowieka, są niczym dzieci, które przed otwarciem próbują znaleźć pełne losy. Ale jak pamiętam z czasów mego dzieciństwa w kiosku „Ruchu”, który stał przy drodze do mojej szkoły, tych pełnych było zawsze bardzo mało, a może w ogóle...

*Dr Wojciech Szczepny jest satysfakcjonowaną wykładającą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.*

## Promowanie zdrowia u osób przewlekle chorych

Krystyna Kurowska

Promowanie zdrowia u tego rodzaju osób polega na realizowaniu wobec nich pozaterapeutycznych działań, które polepszają ich kondycję psychofizyczną, co przyczynia się zarówno do wzmocnienia możliwości radzenia sobie z chorobą jak i w ogólności z życiem. Istotą zwłaszcza jest tu powrót do aktywnego życia zawodowego oraz podejmowanie ról społecznych, co w konsekwencji poprawia jakość życia a w ostateczności przeżywalność.

W prowadzeniu osób przewlekle chorych zabiegi lecznicze zostają wzbogacone ćwiczeniami fizycznymi, zaleconą dietą, oddziaływaniem psychosocjologicznym, które to w pośredni sposób wywierają korzystny wpływ na stan zdrowia podopiecznych. Działania te realizowane są głównie przez różnych specjalistów paramedycznych, a nawet przeszkolonych wolontariuszy, rodziny chorych i ich samych, oczywiście we współpracy z zespołem terapeutycznym.

Choroba przewlekła przynosi cierpienie chorującym i ich rodzinom, jest to również duże wyzwanie wobec systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa. Ludzie przewlekle chorzy stoją wobec trzech rodzajów problemów:

utrata lub poważne ograniczenie podstawowych funkcji i ciągłe cierpienie z powodu bólu czy innych dolegliwości;  
wtórne następstwa choroby ograniczające zdolności jednostki do dalszego funkcjonowania w roli aktywnego społecznie i produktywnego ekonomicznie członka społeczeństwa (niedoceniając możliwości przewlekle chorych co do ich aktywnego udziału w życiu ekonomicznym, społecznym);  
negatywny wpływ choroby na samoocenę, oczekiwania i siły witalne przewlekle chorych.

Wszystkie te czynniki powodują u przewlekle chorych uczucie bierności, apatii do poczucia beznadziejności i bezużyteczności, co często obniża jakość życia tej grupy osób.

Sytuacja przewlekle chorych charakteryzuje

się obecnie tym, że w stosunku do nich stosuje się takie same metody postępowania co w chorobach ostrych. Z jednej strony oznacza to, że leczy się objawy choroby a nie chorych, z drugiej natomiast, że terapia ma na celu wyleczenie, zamiast wskazania w jaki sposób pomóc żyć pacjentowi z długotrwałą chorobą. Chory przewlekle powinien wiedzieć jak rozwinie się jego choroba i co to oznacza dla jego dalszego życia, musi też nauczyć się akceptować chorobę. Potrzebuje pomocy w przezwyciężaniu wyizolowania, przerywania kontaktów społecznych spowodowanych chorobą, przy braku takiej pomocy choroba może się pogłębić. Zorganizowanie sieci społecznego wsparcia i samopomocy jest podstawowym wymogiem zachowania odpowiedniej jakości życia przewlekle chorego, który w szczególny sposób jest zależny od różnych form dobrowolnej pomocy i osobistych kontaktów. Wszyscy powinniśmy reprezentować pogląd, że przewlekle chory człowiek dysponuje znacznym potencjałem zdrowotnym, który powinien być pobudzany, umacniany i promowany. Osoby chorej nie wolno traktować wyłącznie jako przypadku chorobowego, ale trzeba podejść do niej jako do istoty ludzkiej, która znajduje się w stanie choroby.

Programy rehabilitacji pacjentów przewlekle chorych np. po zawale serca, uwzględniają holistyczne podejście do zdrowia i choroby zgodne z koncepcją promocji zdrowia opracowaną przez WHO. Podejście to bierze pod uwagę psychologiczny i społeczny wymiar choroby oraz szczególną rolę samopomocy. Ukierunkowane jest na indywidualnego pacjenta, jego możliwości i zdolności oraz kładzie nacisk na integrację społeczną jako zasadniczy cel rehabilitacji. Jakość życia osób dotkniętych chorobą stała się podstawowym miernikiem procesu rehabilitacji, a dobrostan fizyczny i psychiczny stanowi kryterium uzyskania sukcesu.

Koncepcja wsparcia społecznego wg Badury dla osób, które przeszły zawał mięśnia

sercowego opiera się na:

wspieraniu psychospołecznym, tj. zachęty, rady, opieka, wsparcie moralne i uznanie ze strony rodziny, przyjaciół, krewnych i sąsiadów, a także dyskusje i wyjaśnienie przyszłych możliwości i ograniczeń;

informowaniu o przyczynie, przebiegu i leczeniu choroby oraz o wsparciu medycznym i społecznym, jakiego można oczekiwać ze strony małżonka, kolegów, dorosłych, dzieci i przyjaciół;

praktycznej pomocy, która ułatwia pacjentowi znoszenie brzemienia choroby i zrozumienie sytuacji w jakiej się znalazł (jeśli nieodzowne są jedynie niewielkie zmiany dotychczasowego stylu życia);

pomocy w nauczaniu się i praktycznej realizacji strategii radzenia sobie z chorobą (jeśli konieczne są zasadnicze zmiany stylu życia).

Podstawą skutecznej rehabilitacji jest przywrócenie zdrowia fizycznego jak i równowagi psychicznej i społecznej.

Pilną potrzebą jest przeorientowanie kształcenia specjalistów zajmujących się pomocą ludziom żyjącym z przewlekłymi problemami zdrowotnymi poprzez wprowadzenie do programów kształcenia na kierunkach medycznych odpowiednich elementów wiedzy psychospołecznej i z dziedziny nauk o zachowaniu. Zrozumienie wielu czynników wpływających na procesy radzenia sobie z chorobą przewlekłą jest istotne dla skutecznego pomagania ludziom przewlekle chorym. Dlatego należy wyposażać osoby opiekujące się chronicznie chorymi w umiejętności, które pozwolą im nauczyć pacjentów dawania sobie rady z chorobą i wesprzeć ich wysiłki, a także ich rodziny oraz grupy samopomocy. Efektywna interwencja wymaga poznania źródeł, zagrożeń i stresów pacjenta, jest to po prostu coś, czego brak w praktyce medycznej tzn. rzeczywistego zainteresowania życiem emocjonalnym pacjenta.



# Pierwsze Sympozjum Studiów Doktoranckich Opinie Komitetu Naukowego

Jan Styczyński, Zbigniew Włodarczyk

W dniach 20-21 br. listopada odbyło się I Sympozjum Studiów Doktoranckich w Collegium Medicum. Miało ono na celu umożliwienie przygotowania się i sprawdzenia swoich umiejętności prezentacji wyników własnej pracy, prowadzonej od 3 lat. Sympozjum było przeznaczone dla uczestników rozpoczynających czwarty rok studiów doktoranckich w Collegium Medicum. Uczestnictwo było na zasadzie dobrowolności, jednak poza jednym wyjątkiem, abstrakty zgłosili wszyscy uczestnicy w liczbie 53, przy czym ostatecznie przedstawiono 50 prac. Każdy uczestnik miał 7 minut na prezentację oraz 3 minuty na dyskusję. Słuchaczami byli: Komisja ds. Studiów Doktoranckich, inni uczestnicy studiów doktoranckich oraz nieliczni opiekunowie doktorantów.

Komisja oraz wszyscy uczestnicy sympozjum wzajemnie oceniali poprawność strukturalną i językową zgłoszonych abstraktów, zgodnie z zasadami obowiązującymi w pracach naukowych oraz prezentacji wyników swoich badań, jasności prezentacji i łatwości zrozumienia przez słuchaczy. Komisja natomiast mniej zwracała uwagę na zawartość merytoryczną prezentowanych wyników, gdyż zakres tematyki był bardzo zróżnicowany. Komisja doceniła duże zaangażowanie ze strony doktorantów w uczestnictwie w Sympozjum, dobre przygotowanie przedstawianego materiału oraz z reguły dobrą dyscyplinę czasową.

Natomiast najczęstsze błędy popełniane przez doktorantów, na które zwróciła uwagę Komisja to: brak strukturalnego przedstawiania swojej pracy (dotyczy abstraktu i prezentacji), tj. wstęp, materiał i metody, wyniki, wnioski oraz mieszanie tych części ze sobą; niejasne określenie celu i niejasne postawienie wniosku odpowiadającego na ten cel; nieznanomość stosowanych metod statystycznych; tendencja do tworzenia bardzo długiego tytułu; umieszczanie elementów dyskusji w wynikach i streszczeniu – zarówno w abstrakcie jak

i prezentacji; zły dobór kolorów i czcionki na przeźroczach; umieszczanie długiego tekstu na przeźroczu i czytanie go; błędy edytorskie, a nawet ortograficzne; stosowanie języka potocznego w pracy naukowej (abstrakcie, prezentacji); stosowanie jednocześnie czasu teraźniejszego i przeszłego w pracy. Zdarzały się sytuacje, że doktoranci nie konsultowali abstraktu lub prezentacji z opiekunem! Komisja często też zwracała uwagę na zasady przygotowywania przeźroczy: np. na jednym przeźroczu nie powinno być więcej niż 10 li-

ratem powinna dotyczyć przede wszystkim własnych badań, zwłaszcza wyników.

3. Metodyka badań była często nadmiernie rozbudowana, i było widoczne, że doktoranci często nie byli w stanie jej zrealizować lub odpowiednio przeanalizować i zinterpretować.
4. Częstą wadą prowadzonych badań była zbyt mała grupa badanych pacjentów. Często wynikało to z faktu zbyt późnego ustalenia tematu pracy i/lub zbyt późnego rozpoczęcia włączania pacjentów do badań.

5. Wyniki często były prezentowane w tabelach, które z zasady są mało czytelne w prezentacji i mało zrozumiałe dla słuchacza.

6. Często stwierdzano tendencję do przedstawiania wyników we wnioskach.

7. Komisja sugeruje włączenie przeźrocza z podziękowaniami dla osób współpracujących.

8. Dobrą praktyką jest umieszczanie tytułu każdego przeźrocza, co sprawia, że widz jest lepiej zorientowany.

9. Stwierdzono nieznanomość zasad planowania i realizacji prac wg zasad medycyny opartej na faktach (evidence-based medicine).

10. Zainteresowanie ze strony opiekunów doktorantów, zarówno w toku samego przebiegu studiów, jak i prezentacji podczas sympozjum chyba jednak było zbyt małe.

Dla zainteresowanych osób, informacje dotyczące prezentacji oraz pisanie prac i abstraktów były publikowane wcześniej na łamach Wiadomości Akademickich (dostępne na stronie [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl)):

1. Jak pisać prace naukowe. Wiadomości Akademickie. 2004 nr 12 s. 15-16



2. Jak przedstawiać wyniki swoich badań, czyli publiczne prezentacje. Wiadomości Akademickie 2004 nr 15 s. 22-23.

3. Po konferencji STN; czyli o tym co zrobić, aby podkreślić wartość swojej pracy naukowej. O pisaniu abstraktów. Wiadomości Akademickie 2006 nr 20 s. 22.

Komisja poleca również wszystkim doktorantom książkę pt. „Poradnik dla doktorantów i habilitantów” R. Kolmana.

*Dr hab. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, natomiast dr hab. Zbigniew Włodarczyk jest kierownikiem studiów doktoranckich.*

**I Sympozjum Naukowe  
Uczestników Studiów Doktoranckich  
Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu  
20-21 XI 2006**

**Patronat  
JM Prorektor ds. Collegium Medicum  
dr hab. Małgorzata Tafil-Kławe prof. UMK**

**Komitet Organizacyjny:**  
Gerard Drewa  
Mariusz Kozakiewicz  
Jacek Kruczyński  
Pawel Rajewski  
Barbara Raszawska  
Jan Styczyński  
Zbigniew Włodarczyk

**Miejsce: Budynek Patomorfologii, Szpital Uniwersytecki, Bydgoszcz**

nijek tekstu.

Wnioski wpływające z sympozjum:

1. Doktoranci często zapominali, że prezentacja jest dla słuchaczy, a nie dla mówiącego.
2. Zauważono tendencję do nadmiernego rozbudowywania wstępu obejmującego przekrój znanej wiedzy. Dotyczyło to zarówno abstraktów, jak i prezentacji. Często wstęp obejmował połowę czasu prezentacji, podczas gdy prezentacja związana z dokto-

# Pierwsze Sympozjum Studiów Doktoranckich

## Opinie doktorantów

Paweł Rajewski, Barbara Ruskowska

W dniach 20-21 listopada 2006 r. odbyło się I Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK w Toruniu. Inicjatorem tego przedsięwzięcia był Kierownik Studiów Doktoranckich Collegium Medicum, dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, a patronat objęła Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe. Sympozjum to było skierowane do uczestników ostatniego roku Studiów Doktoranckich i miało stanowić forum, na którym doktoranci mogli przedstawić wyniki swojej kilkuletniej pracy naukowej i poddać je krytycznej ocenie kolegów, koleżanek oraz przede wszystkim opiekunów naukowych. Chęć uczestnictwa, pomimo iż nie było ono obligatoryjne, zgłosili niemal wszyscy doktoranci IV roku, czyli ponad pięćdziesiąt osób, przysyłając wcześniej swoje abstrakty do książki streszczeń, którą otrzymał każdy z nich w biurze organizacyjnym w dniu rejestracji. Niestety liczba opiekunów naukowych, mimo gorącego zaproszenia ze strony organizatorów, była delikatnie mówiąc skromna, co w szczególności odczuli prelegenci, którzy w gąszczu pytań Komitetu Naukowego nie zawsze potrafili sobie poradzić. Każde wystąpienie poddane zostało ocenie pod względem oryginalności pracy, sposobu realizacji, sposobu prezentacji i formy graficznej. Starano się nie oceniać prac pod względem merytorycznym, bo nie

o to w tym sympozjum chodziło. Ważne jednakże było przestrzeganie reguł czasowych, bowiem każdy doktorant miał jedynie siedem minut na przedstawienie tematu swojej pracy doktorskiej, co w większości się udawało osiągnąć i trzy minuty na dyskusje, z czym było bardzo różnie. Tematyka abstraktów była bardzo zróżnicowana, od ambitnych, nowatorskich i czasochłonnych wymagających od doktoranta dużego zaangażowania na każdym etapie pracy po mało skomplikowane analizy retrospektywne na podstawie zebranych na przestrzeni lat materiałów przez dany zakład czy katedrę, czyli prosta praca statystyczna, biurowa, a nie wymagająca pomysłu praca naukowa, o którą chodziło twórcom Studiów Doktoranckich. Również poziom zaawansowania był różny, od praktycznie gotowych prac doktorskich, wymagających lekkiej korekty, z kompletnymi wynikami i wnioskami, poprzez prace na ukończeniu w trakcie analizy, po prace kończące się jedynie na wstępie, celach i nielicznych doświadczeniach, na tym etapie zaawansowania nie wnoszących żadnych wartości. To duże zróżnicowanie poziomu wynikało nie tylko z winy doktorantów, ale w większości z winy opiekunów naukowych, którzy nie poświęcali wystarczającej uwagi, nie służyli radą czy pomocą, w tak ważnym okresie rozwoju kariery naukowej młodych ludzi. To sympozjum miało również ukazać te problemy i dać pozytywne wzorce na przy-

szłość, zachęcając promotorów do ściślejszej współpracy z doktorantami.

W ocenie samych Uczestników Studiów Doktoranckich pomysł organizacji Sympozjum, w którym mogli zaprezentować rezultaty swojej pracy nie tylko przed Radą Wydziału, ale co ważniejsze przed Koleżankami i Kolegami, przełamując treść, niepewność i zagubienie, wydał się bardzo dobry i potrzebny, dano temu wyraz tak licznie prezentując swoje prace, nawet te nieukończone. Wielu z nich bardzo sceptycznie podchodziło do pomysłu organizacji Sympozjum, a po wygłoszeniu swojej siedmiominutowej prelekcji i usłyszeniu wielu krytycznych uwag, stwierdziło, że wiele się nauczyli i zauważyli błędy, których nigdy w innych okolicznościach by nie dostrzegli. Każdy młody człowiek powinien się doskonalić, a to była niebywała okazja do nabrania pokory w stosunku do własnej wiedzy. Miłym elementem dla każdego Prelegenta było otrzymanie certyfikatu uczestnictwa w Sympozjum.

Ufamy, że Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na dobre wejdzie w program imprez naukowych naszej uczelni i ta nowa tradycja zostanie kontynuowana w następnych latach.

*Paweł Rajewski i Barbara Ruskowska są uczestnikami studiów doktoranckich Collegium Medicum.*

## Jak przeprowadzić udane wystąpienie publiczne?

Krystyna Kurowska

*Ludzki umysł zaczyna pracować w momencie kiedy się rodzisz i nie przestaje działać, aż do momentu, kiedy masz wygłosić publiczne wystąpienie.*

George Jessel

Stres, nerwy i pocenie to normalne objawy występujące u większości z nas, kto ma wystąpić publicznie. Lekkie napięcie jest dobre dla dynamiki wystąpienia, ale co zrobić żeby negatywny wpływ owych emocji nie przeszkodził Tobie w przeprowadzeniu świetnego wystąpienia? A oto kilka sprawdzonych rad:

### Poznaj pomieszczenie

Przybądź odpowiednio wcześniej i zaznajom się z miejscem, w którym będziesz mówić. Przespaceruj się, sprawdź czy przypadkiem na podłodze nie znajduje się jakaś przeszkoda i przetestuj działanie mikrofonu oraz wszelkich przyborów i pomocy naukowych, których będziesz w trakcie wystąpienia używać.

### Poznaj swoją publiczność

Jeśli masz taką możliwość, to przywitaj

przybywających na zajęcia jak tylko się pojawią. Jest dużo łatwiej mówić do grupy przyjaciół niż do grupy obcych.

### Poznaj wcześniej swój materiał

Jeśli się z nim jeszcze nie zaznajomiłeś albo po prostu nie czujesz się komfortowo, Twoja nerwowość wzrośnie. Lepiej počwicz sobie. Pamiętaj stare chińskie przysłowie - im więcej potu na ćwiczeniach, tym mniej krwi na polu walki.

### Odpręż się

Kilka spokojnych i głębokich oddechów przywróci Twoje ciało i umysł do stanu harmonii.

### Wizualizuj udany występ

Wyobraź sobie siebie podczas wygłaszania mowy. Zobacz siebie jak mówisz, usłysz swój głosny, wyraźny i pewny głos, pocuj ten gładki rytm z którym mówisz. Jeśli wyjdzie Ci wizualizacja, również Twoja mowa będzie udana.

**Uświadom sobie to, że Twoi słuchacze chcą, aby ci się udało**

Publiczność chce żebyś był interesujący,

stymulujący, żebyś dał jej wiele nowych informacji i żebyś ją od czasu do czasu rozbawił. Oni nie chcą Twojej porażki, oni pragną Twojego sukcesu.

### Nie przepraszać

Jeśli wspomnisz o swojej nerwowości albo przeprosisz za jakieś problemy techniczne, możesz przyciągać uwagę publiczności na rzeczy, których nie zauważyła. Lepiej milcz w tym temacie.

**Skoncentruj się na przesłaniu, nie na środku przekazu**

Odwróć swoją uwagę od nerwowości i skup się na tym co chcesz przekazać publiczności. Kiedy zaczniesz mówić Twoje emocje opadną.

### Zmień nerwowość w pozytywną energię

Tę samą nieokielznaną energię, która sprawia, że trzęsą ci się ręce, możesz przekształcić w nadzwyczajną witalność i entuzjazm, którymi zarazisz słuchaczy!

### Zdobądź doświadczenie

Prawdziwą pewność siebie buduje doświadczenie, które jest kluczem do zostania



dobrym mówcą. Zdobywaj je przy każdej możliwej okazji.

A oto trzy etapy przygotowujące Ciebie bezpośrednio do wystąpienia:

### I etap: Rozgrzewka, czyli przygotowania do wystąpienia

Zabij wewnętrznego krytyka – w takich chwilach ludzie bywają nazbyt krytyczni wobec samych siebie. Przestań myśleć: „nie nadaję się, na pewno coś pomieszam... Buduj w sobie pozytywne nastawienie!

Uwierz w dobre nastawienie słuchaczy – ich sympatia jest zazwyczaj po Twojej stronie.

Przygotuj swoje wystąpienie – zbadaj temat, przygotuj notatki (nigdy nie czytaj z kartki!), pomoce wizualne, dostosuj słownictwo do poziomu i rodzaju audytorium. Zrób ściągę. Wypisz plan wystąpienia, główne tezy, słowa-klucze – poczujesz się pewniej, kiedy nagle poczujesz pustkę w głowie.

Zrób kilka prób – nagraj się na dyktafon lub wideo, počwicz głos. Oddychaj głęboko i rozluźnij ciało, dzięki temu Twój głos nie będzie stłumiony. Przeanalizuj swoją „mowę ciała” – bądź bardziej pewny siebie, używaj gestów otwartych, nie podpieraj się i nie kryj za stołem, raczej stój niż siedź.

Zrelaksuj się – przed prezentacją nie objadaj się, pamiętaj o słodkiej przekąsce (zapo-

biega to spadkowi poziomu cukru we krwi w sytuacji stresującej, czyli dodatkowym „atrakcją” związanym z hipoglikemią, której objawami są drżenie rąk, pocenie się i problemy ze skupieniem uwagi). Herbatę i kawę zastąp niegazowaną wodą mineralną z cytryną. Kiedy poczujesz duże napięcie, oddychaj głęboko, kilkakrotnie napnij i rozluźnij mięśnie całego ciała.

### II – etap: Start, czyli wystąpienie przed słuchaczami

Zadbaj o dobre wrażenie – odczucia, jakie wywołasz w ciągu pierwszych kilkunastu sekund prezentacji, wpłyną na nastawienie słuchaczy. Wyprostuj się, utrzymuj kontakt wzrokowy z audytorium, wykorzystaj efekt „latarni morskiej” – omiataj ich wzrokiem, starając się utrzymać przez chwilę kontakt wzrokowy z każdym. Bądź opanowany, mów spokojnie. Pamiętaj o przedstawieniu się.

Wykorzystaj zasadę INTRO:

I – interest – zainteresuj słuchaczy czymś oryginalnym, opowiedz np. anegdotę związaną z omawianym tematem

N – needs – udowodnij, że warto Ciebie słuchać, odwołaj się do potrzeb słuchaczy

T – topic – wyjaśnij, że temat wystąpienia jest ważny dla słuchaczy

R – range – określ zakres wystąpienia, zaznacz kwestie, które pomijasz

O – objectives – przedstaw swoje cele (Moje wystąpienie potrwa..., Pokażę..., Z przyjemnością posłucham na końcu, co Państwa jeszcze interesuje...)

Prezentację podziel na części – w ten sposób ułatwisz odbiór przekazu. Po każdej części zrób krótkie podsumowanie, powtórz najważniejszą tezę.

Pamiętaj o czasie i zaangażowaniu słuchaczy – prezentacja powinna trwać maksymalnie 30 minut. To szczyt możliwości ludzkiej koncentracji. Jeśli chcesz jak najdłużej skupić uwagę słuchaczy, unikaj długich zdań, zmieniaj tempo mówienia, rób pauzy, stosuj „drogowskazy” – Teraz przejdziemy do..., Po pierwsze..., Z drugiej strony... Bądź dowcipny, odwołuj się do praktyki. Poruszaj się po sali, wydłużaj lub skracaj dystans między Tobą i audytorium. Nie zasłaniaj prezentowanych slajdów, materiały zawsze rozdawaj na końcu prezentacji.

Dobrze zakończ – na koniec podsumuj całość, powtórz główne tezy, zachęć do zadawania pytań i podziękuj za uwagę.

### III – etap: Meta, czyli już po....

Czas na zasłużony odpoczynek i... refleksję. Warto nadstawić ucha, jaki był odbiór naszej prezentacji, warto zrobić listę plusów i minusów, popracować nad minusami.

## Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

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

### Arkadiusz Jawień

IF: 44.964

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

1.

Tytuł oryginału: Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic.

Autorzy: D. L. Bhatt, K.A.A. Fox, W. Hacke, P. B. Berger, [i in.], A[arkadiusz] Jawień, [i in.].

Źródło: - New Engl. J. Med. 2006 Vol. 354 nr 16 s. 1706-1719.

Polskie hasła przedmiotowe: Tyklopidyna – pochodne, Aspiryna, Zakrzepy

IF: 44.016

2.

Tytuł oryginału: Sarpogrelate, a 5-HT<sub>2A</sub> receptor antagonist in intermittent claudication. A Phase II European study.

Autorzy: L. Norgren, A[arkadiusz] Ja-

wień, L. Matyas, H. Rieger, K. Arita, [i in.], T[omasz] Grzela, [i in.], R[adosław] Piotrowicz, [i in.].

Źródło: - Vasc. Med 2006 Vol. 11 s. 75-83.

Polskie hasła przedmiotowe:

IF: 0.948

### Władysław Sinkiewicz

IF: 30.748

Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii

1

Tytuł oryginału: Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial.

Autorzy: S. Connolly, S. Yusuf, J. Camm, S. Chrolavicius, P. Commerford, M. Flather, R.G. Hart, S. Hohnloser, C. Joyner, M. Pfeffer, [i in.], W[ładysław] Sinkiewicz, [i in.].

Źródło: - Lancet 2006 Vol. 367 s. 1903-1912.

Komentarz: Migotanie przedsionków jest często spotykanym zaburzeniem rytmu, zwłaszcza u osób starszych i obejmuje 1% populacji. Niestety, jest to arytmia potencjalnie groźna, gdyż zwiększa ryzyko udaru mózgu i innych poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych. Doustne leki przeciwzakrzepowe (w Polsce stosowany acenocoumarol),

redukują ryzyko udaru o blisko dwie-trzecie w porównaniu z osobami nieleczonymi. W porównaniu z aspiryną doustna antykoagulacja zmniejsza ryzyko udaru o 45%, a zdarzeń naczyniowych o 29%, jednakże zwiększa jednocześnie ryzyko dużych krwawień o 70%. Aktualnie doustne antykoagulanty pozostają leczeniem z wyboru u chorych z migotaniem przedsionków i wysokim ryzykiem udaru, chociaż tylko połowa chorych z różnych przyczyn jest skutecznie leczonych. Dodatkowo zaś korzyści z łączenia leków grupy thienopirydyny z aspiryną wykazano u chorych poddawanych przezskórnym zabiegom na naczyniach wieńcowych, zwłaszcza w ostrych zespołach wieńcowych lub świeżym zawale serca. Tak więc alternatywa pozyskania praktycznego w użyciu i bezpiecznego leku u chorych wysokiego ryzyka z migotaniem przedsionków ma duże kliniczne znaczenie i jest bardzo oczekiwana. Celem badania ACTIVE W było sprawdzenie, czy leczenie dwoma lekami przeciwkrwotocznymi chorych z migotaniem przedsionków i dużym ryzykiem zdarzeń naczyniowych nie jest mniej efektywne od stosowania doustnej antykoagulacji (badanie typu „non inferiority”) w występowaniu udaru mózgu i innych zdarzeń naczyniowych. Osoby badane były losowo przydzielone do dwóch grup: doustnej terapii antykoagulacyjnej – pożądanym wskaźnikiem INR w czasie leczenia 2,0 – 3,0, n=3371 oraz

grupy osób otrzymujących dwa leki przeciw-  
płytkowe: klopidogrel w dawce 75 mg razem  
z aspiryną w dawce 75-100 mg, n= 3335.  
Leczenie zostało przerwane (średni okres  
obserwacji 1,28 roku) z powodu przekony-  
wających danych wskazujących na mniej  
częste udary mózgowe u osób na doustnej  
antykoagulacji, w porównaniu z chorymi na  
skojarzonym leczeniu przeciwplatekowym  
( $p < 0,0003$ ). Mniejszą liczbę nowych zdarzeń  
naczyniowych oraz powikłań leczenia w po-  
staci dużych krwawień stwierdzano zwięsz-  
cza u chorych stosujących doustne leczenie  
przeciwzakrzepowe przed włączeniem do  
badania. W podsumowaniu można stwierd-  
zić, że u chorych z migotaniem przedsion-  
ków i dużym ryzykiem udaru doustna terapia  
antykoagulacyjna jest bardziej skuteczna od  
skojarzonego leczenia przeciwplatekowego  
aspiryną i klopidogrelem, które to leki w wie-  
lu badaniach, dotyczących zwłaszcza choroby  
wieńcowej udowodniły swoją wysoką sku-  
teczność. Można wysnuć wniosek, że aktywacja  
platek w patogenezie udaru mózgowego  
u osób z migotaniem przedsionków nie jest  
zasadniczą ścieżką patogenetyczną. W aspek-  
cie uzyskanych danych można dociekać, czy  
klopidogrel dodany do aspiryny zwiększa jej  
efekt przeciwplatekowy u chorych z migota-  
niem przedsionków? Na to pytanie odpowie,  
mamy nadzieję, toczące się jeszcze badanie  
ACTIVE A.

IF: 23.407

2

Tytuł oryginału: EuroHeart Failure Survey  
II (EHFS II): a survey on hospitalized acute he-  
art failure patients: description of population.

Autorzy: M.S. Nieminen, D. Brutsaert, K.  
Dickstein, H. Drexler, F. Follath, V.-P. Harjo-  
la, M. Hochadel, M. Komajda, J. Lassus, J.L.  
Lopez-Sendon, P. Ponikowski, L. Tavazzi, [i  
in.], Władysław Sinkiewicz, [i in.].

Źródło: - Eur. Heart J. 2006 Vol. 27  
s. 2725-2736.

Komentarz: Celem Euro Heart Failure  
Survey II była ocena charakterystyki pa-  
cjentów oraz etiologii, leczenia i wyników  
terapii ostrej niewydolności serca (AHF)  
w ośrodkach europejskich, w odniesieniu do  
wytycznych w zakresie diagnostyki i leczenia  
niewydolności serca opracowanych przez  
Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne  
(ESC). Pacjenci hospitalizowani z powodu  
AHF rekrutowani byli z 133 ośrodków  
30 krajów Europy. W badaniu brało udział  
5 ośrodków z Polski, w tym Wojewódzki  
Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niewydol-  
ności Serca przy Oddziale Kardiologii z Za-  
kładem Diagnostyki Kardiologicznej ściśle  
współpracujący z Zakładem Klinicznych  
Podstaw Fizjoterapii Collegium Medicum  
UMK. Obserwacją objęto łącznie 3580 cho-  
rych (średnia wieku 70 lat, 61% mężczyźni).  
Świeża niewydolność serca (de novo AHF)  
była zdiagnozowana u 37% chorych, z czego  
42% w przebiegu ostrego zespołu wieńco-  
wych. Uwzględniając klasyfikację z godnie  
z wytycznymi ESC u 65% chorych stwierdzo-  
no zdekompensowaną niewydolność serca,

u 16% obrzęk płuc, w 11% przypadków nie-  
wydolność serca i nadciśnienie tętnicze, u 4%  
osób wstrząs kardiogeny, a u 3% pacjentów  
niewydolność prawej komory. Najczęstszymi  
przyczynami wywołującymi AHF były ostre  
zespoly wieńcowe, nadciśnienie tętnicze  
i zaburzenia rytmu. Niewydolność serca  
z zachowaną funkcją skurczową lewej komo-  
ry (frakcja wyrzutowa  $> 45\%$ ) obserwowano  
w 34% przypadków. Niespodziewanie czę-  
sto stwierdzano zaburzenia funkcji zastawek  
serca, zwłaszcza niedomykalność zastawki  
mitralnej odnotowano u 80% pacjentów  
w badaniu echokardiograficznym. Średni  
okres pobytu w szpitalu wynosił 9 dni, zaś  
śmiertelność wewnątrzszpitalna 6,7%. Przy  
wypisie 80% pacjentów przyjmowało leki  
z grupy inhibitorów konwertazy angiotensy-  
ny lub antagonistów receptora angiotensyny  
II, a 61% chorych otrzymywało beta-bloker-  
y. W podsumowaniu można stwierdzić, że zde-  
kompensowana niewydolność serca jest naj-  
częściej spotykaną kliniczną formą ostrej nie-  
wydolności serca. U jednej trzeciej pacjentów  
z AHF nie stwierdza się w wywiadzie niewy-  
dolności serca, zaś nowa niewydolność serca  
jest często spowodowana ostrym zespołem  
wieńcowym. Wyniki pierwszego w Europie  
tak dużego badania dotyczącego chorych  
z ostrą niewydolnością serca wykazały, że le-  
czenie oparte na Evidence Base Medicine jest  
dość powszechnie stosowane w praktyce kli-  
nicznej. Pod tym względem Polska znajduje  
się w czołówce krajów europejskich.

IF: 7.341

### Waldemar Halota

IF: 12.386

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych

Tytuł oryginału: Entecavir for treatment  
of lamivudine-refractory, HBeAg-positive  
chronic hepatitis B.

Autorzy: M. Sherman, C. Yurdaydin, J.  
Sollano, M. Silva, Y.-F. Liaw, J. Cianciara, A.  
Boroń-Kaczmarek, P. Martin, Z. Goodman,  
R. Colonna, A. Cross, G. Denisky, B. Kreter,  
R. Hindes, [i in.], W[aldemar] Halota, [i in.].

Źródło: - Gastroenterology 2006 Vol. 130  
nr 7 s. 2039-2049.

Streszczenie: Lekooporność HBV, która  
wikła skuteczność leczenia przewlekłe zaka-  
żonych tym wirusem wymaga modyfikacji  
schematu terapeutycznego. W tym przypadku  
badanie polegało na zastosowaniu u chorych  
z lekoopornością HBV na lamiwudynę in-  
nej pochodnej nukleozydowej – entekawiru.  
Z badań jednoznacznie wynika skuteczność  
entekawiru w leczeniu zakażonych szczepem  
opornym na lamiwudynę.

### Alina Borkowska

IF: 9.335

Zakład Neuropsychologii Klinicznej

Tytuł oryginału: Illness-specific associa-  
tion of val66met BDNF polymorphism with  
performance on Wisconsin Card Sorting Test  
in bipolar mood disorder.

Autorzy: J.K. Rybakowski, A[lina] Bor-

kowska, M. Skibińska, J. Hauser.

Źródło: - Mol. Psychiatry 2006 Vol. 11 nr  
2 s. 122-124.

Polskie hasła przedmiotowe: Polimorfizm  
(genetyka)

### Małgorzata Z. Zdzienicka

IF: 8.449

Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej

1

Tytuł oryginału: Cellular characterization  
of cells from the Fanconi anemia comple-  
mentation group, FA-D1/BRCA2.

Autorzy: B.C. Godthelp, P.P.W. van Buul,  
N.G.J. Jaspers, E. Elghalbzouri-Maghrani, A.  
van Duijn-Goedhart, F. Arwert, H. Joenje,  
Małgorzata Z. Zdzienicka.

Źródło: - Mutat. Res. Fund. Mol. 2006 Vol.  
601 s. 191-201.

Streszczenie: Niedokrwistość Fanconiego  
(FA) jest rzadką chorobą genetyczną cha-  
rakteryzującą się zwiększoną podatnością na  
rozwoj nowotworów, niestabilnością chro-  
mosomalną oraz nadwrażliwością na zwią-  
zki sieciujące DNA, takie jak cis-platyna czy  
mitomycyna C. Pomimo identyfikacji aż 11  
genów FA, ich funkcja jest mało poznana.  
Ostatnio wykazano, że pacjenci należący do  
grupy komplementacyjnej FA-D1 posiadają  
mutacje w obu allelach genu BRCA2, który  
odgrywa kluczową rolę w procesie rekombi-  
nacji homologicznej (HR). W pracy tej po raz  
pierwszy zbadano fenotyp pierwotnych fibro-  
blastów pochodzących od pacjenta z uszko-  
dzonym genem FANCD1/BRCA2. Właści-  
wości tych komórek, takie jak wrażliwość  
na różne czynniki mutagenne, są podobne  
do komórek nowotworowych BRCA2-/- oraz  
mutantów uszkodzonych w HR. Pomimo  
braku wrażliwości na promieniowanie X,  
pierwotne komórki FANCD1/BRCA2 wyka-  
zują zaburzoną kontrolę cyklu komórkowego  
w odpowiedzi na promieniowanie jonizujące,  
co zaobserwowano także w komórkach FA-  
A. W przeciwieństwie do innych komórek  
uszkodzonych w HR, w komórkach FAN-  
CD1/BRCA2, tak jak w pozostałych gru-  
pach FA, zaobserwowano normalny poziom  
wymiany chromatyd siostrzanych (SCE).  
Otrzymane wyniki sugerują, że BRCA2 jest  
integralną częścią szlaku FA, ale także kon-  
troluje inne funkcje w odpowiedzi na czyn-  
niki mutagenne.

IF: 3.340

2

Tytuł oryginału: Ionizing radiation-indu-  
ced foci formation of mammalian Rad51 and  
Rad 54 depends on the Rad 51 paralogs, but  
not on Rad52.

Autorzy: L.R. van Veelen, J. Essers,  
M.W.M.M. van de Rakt, H. Odijk, A. Pastink,  
Małgorzata Z. Zdzienicka, C.C. Paulusma, R.  
Kanaar.

Źródło: - Mutat. Res. Fund. Mol. 2006 Vol.  
574 s. 34-49.

Streszczenie: Rekombinacja homologiczna  
(HR) jest bardzo ważnym procesem odpowie-  
dzialnym za stabilność genomu w czasie dupli-



kacji chromosomów oraz naprawy uszkodzeń DNA, głównie podwójnych pęknięć nici DNA. W procesie HR bierze udział grupa białek RAD51, z których najważniejszą rolę pełnią RAD51 i jego paralogi, RAD52, RAD54 oraz BRCA2. W pracy tej wykazano, że w komórkach ssaków, w przeciwieństwie do drożdży *S. cerevisiae*, białko RAD52 nie jest konieczne do tworzenia kluczowych w HR kompleksów, tzw. foci RAD51 oraz RAD54, w odpowiedzi na czynniki mutagenne. Tworzenie tych kompleksów nie zachodzi w mutantach paralogów RAD51 czy BRCA2, natomiast w mutantach RAD52 jest prawidłowe. Tak więc, pomimo że gen RAD52 jest ewolucyjnie konserwatywny w komórkach ssaków i drożdży, jego rola w odpowiedzi komórki na uszkodzenia DNA wyraźnie się różni.

IF: 3.340

3

Tytuł oryginału: Does tumorigenesis select for or against mutations of the DNA repair-associated genes BRCA2 and MRE11?: Considerations from somatic mutations in microsatellite unstable (MSI) gastrointestinal cancers.

Autorzy: M.S. Van de Heijden, J.R. Brody, E. Elghalbzouri-Maghrani, Małgorzata Z. Zdzenicka, S.E. Kern.

Źródło: - BMC Genet. 2006 Vol. 7 nr 3

Uwagi: Czasopismo dostępne w wersji elektronicznej pod adresem: <http://www.biomedcentral.com/1471-2156/7/3>

Streszczenie: Białka BRCA2 i MRE11 odgrywają ważną rolę w naprawie podwójnych pęknięć DNA poprzez homologiczną rekombinację. Mutacje w genie BRCA2 odpowiedzialne są za dziedziczne nowotwory piersi, jajników oraz trzustki, podczas gdy mutacje w MRE11 prowadzą do dziedzicznej choroby podobnej do ataksji telangiektazji. Mutacje w obrębie tych genów obserwowane są również w nowotworach charakteryzujących się dużą niestabilnością mikrosatelitarną (microsatellite instability, MSI). Aby zbadać czy w tych nowotworach istnieje presja selekcyjna promująca uszkodzenie funkcji genów BRCA2 i MRE11, przeprowadzono analizę molekularną tych genów w nowotworach przewodu pokarmowego z MSI. Zidentyfikowano 3 linie heterozygot BRCA2, w których jednak nie stwierdzono uszkodzenia funkcji BRCA2, a analiza statystyczna częstości mutacji w genie MRE11 była podobna do obserwowanej w innych nowotworach. Otrzymane wyniki wskazują, w przeciwieństwie do ogólnie przyjętego poglądu, że w nowotworach MSI nie istnieje selekcja promująca utratę funkcji BRCA2 i MRE11.

IF: 1.769

### **Grzegorz Przybylski**

IF: 6.150

Katedra i Klinika Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy

Tytuł oryginału: Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking.

Autorzy: M. Bednarek, D. Gorecka, J. Wiel-

gomas, M. Czajkowska-Malinowska, J. Reguła, G. Mieszko-Filipczyk, M. Jasionowicz, R. Bijata-Bronisz, M. Lempicka-Jastrzebska, M. Czajkowski, G[rzegorz] Przybylski, J. Zieliński.

Źródło: - Thorax 2006 Vol. 61 s. 869-873.

Polskie hasła przedmiotowe: Choroby płuc, Palenie tytoniu, Spirometria

### **Tomasz Grzybowski**

#### **Danuta Miścicka-Sliwka**

IF: 3.440

Katedra Medycyny Sądowej

1

Tytuł oryginału: Allelic and haplotypic frequencies at 11 Y-STR loci in Buryats from South-East Siberia.

Autorzy: Marcin Woźniak, M. Derenko, B. Malyarchuk, I. Dambueva, Tomasz Grzybowski, Danuta Miścicka-Sliwka.

Źródło: - Forensic Sci. Int. 2006 Vol. 164 s. 271-275.

Polskie hasła przedmiotowe: Chromosomy Y

IF: 1.577

2

Tytuł oryginału: Optimization of the Y831C mutation detection in human DNA polymerase gamma by allelic discrimination assay.

Autorzy: Katarzyna Stopińska, Tomasz Grzybowski, B.A. Malyarchuk, M.V. Derenko, Danuta Miścicka-Sliwka.

Źródło: - Acta Biochim. Pol. 2006 Vol. 53 nr 3 s. 591-595.

Polskie hasła przedmiotowe: Polimorfizm (genetyka), Nukleotydy, Polimerazy DNA, Oftalmoplegia

Streszczenie: Polimeraza DNA  $\gamma$  (POLG) jest odpowiedzialna za replikację i naprawę mitochondrialnego DNA. Stwierdzono istnienie asocjacji pomiędzy wieloma znanymi mutacjami w genie kodującym podjednostkę katalityczną polimerazy  $\gamma$  (POLG1) a chorobami genetycznymi. Status kilku mutacji wydaje się jednak wciąż nieokreślony z uwagi na sprzeczne doniesienia co do częstości ich występowania w populacjach zdrowych osób. W ramach niniejszej pracy zaproponowano nową, czułą metodę genotypowania mutacji Y831C w genie POLG1, opartą na reakcji ilościowego PCR w czasie rzeczywistym. Po dokonaniu optymalizacji, nowa technika została wykorzystana do wykrywania mutacji Y831C w populacji 133 zdrowych osób z populacji polskiej. W badanej próbie populacyjnej mutacja wystąpiła z częstością 2.25%. Nowa technika może znaleźć zastosowanie zarówno w zakrojonych na szeroką skalę badaniach populacyjnych, jak i w diagnostyce molekularnej genu POLG1.

IF: 1.863

### **Jan Styczyński**

IF: 2.512

Katedra i Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii

1

Tytuł oryginału: Thalidomide increases in vitro sensitivity of childhood acute lymphoblastic leukemia cells to prednisolone and cytarabine.

Autorzy: K. Czyżewski, A. Zaborowska, Jan Styczyński.

Źródło: - Arch. Immunol. Ther. Exp. 2006 Vol. 54 s. 341-345.

Komentarz: W badaniach określono aktywność talidomidu in vitro wobec komórek ostrych białaczek u dzieci. Talidomid w skojarzeniu z prednizolonem i cytarabiną zwiększył efekt przeciwnowotworowy tych leków w ostrej białaczce limfoblastycznej. Obserwacje te sugerują, że być może talidomid, a raczej jego nowe pochodne mogą mieć znaczenie w leczeniu skojarzonym niektórych postaci białaczek.

Praca ta dodatkowo zasługuje na uwagę z tego powodu, że powstała głównie w wyniku działalności Studenckiego Koła Naukowego.

IF: 1.000

2

Tytuł oryginału: Alternative medicine remedies might stimulate viability of leukemic cells.

Autorzy: Jan Styczyński, Mariusz Wysocki.

Źródło: - Pediatr. Blood Cancer 2006 Vol. 46 nr 1 s. 94-98.

Komentarz: Ta praca jest sensacją, nawet dla autorów! W badaniach in vitro stwierdzono, że preparaty medycyny alternatywnej (Vilcacora, Iscador i Sangre de drago) mogą stymulować żywotność komórek dziecięcej ostrej białaczki limfoblastycznej u co najmniej połowy badanych spośród 53 pacjentów. Chociaż wyniki in vitro nie zawsze przekładają się na sytuację in vivo, to jednak dzięki tej pracy, onkolodzy otrzymali potężny oręż do przekonywania pacjentów i ich rodzin o nieskuteczności, a wręcz szkodliwości niektórych preparatów medycyny alternatywnej. Sprawa jest bardzo ważna, gdyż wg danych amerykańskich, 40-80% pacjentów onkologicznych, zależnie od wieku i źródła, korzysta z metod medycyny alternatywnej, a część pacjentów nawet rezygnuje z tego powodu z terapii onkologicznej.

Praca ta stała się tematem przewodniego artykułu redakcyjnego w tym samym numerze Pediatric Blood and Cancer.

IF: 1.512

### **Ryszard Oliński**

IF: 2.149

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej

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

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

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

Komentarz: Wolne rodniki tlenowe mogą oddziaływać na materiał genetyczny komórek powodując jego stopniowe uszkodzenie i mutacje. Akumulacja mutacji w obrębie

pewnych genów prowadzić może do transformacji nowotworowej komórek i rozwoju raka. Oksydacyjne uszkodzenia DNA są jednym z ważniejszych czynników branych obecnie pod uwagę w wyjaśnieniu fizjologicznych zmian związanych ze starzeniem i chorobami degeneracyjnymi takimi jak nowotwory i choroby neurodegeneracyjne. W prezentowanym artykule przeglądowym staramy się odpowiedzieć na pytanie czy rzeczywiście opisane powyżej zmiany DNA są bezpośrednio związane z wyżej wymienionymi procesami patologicznymi. Konkludując stwierdzamy, że trudności metodologiczne dotyczące badań wolnorodnikowych uszkodzeń biomolekuł nie pozwalają udzielić jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o związku przyczynowo skutkowym między konkretną jednostką chorobową a występowaniem oksydacyjnie zmodyfikowanych zasad azotowych. Obecność enzymów specyficznie usuwających takie uszkodzenia z regionów genomu transkrypcyjnie aktywnych, również w tkankach postmitotycznych, sygnalizuje jednocześnie niezwykle biologiczną rolę oksydacyjnych modyfikacji DNA

### Katarzyna Stopińska

IF: 1.863

Katedra Medycyny Sądowej

Tytuł oryginału: Optimization of the Y831C mutation detection in human DNA polymerase gamma by allelic discrimination assay.

Autorzy: Katarzyna Stopińska, Tomasz Grzybowski, B.A. Malyarchuk, M.V. Derenko, Danuta Miścicka-Śliwka.

Źródło: - Acta Biochim. Pol. 2006 Vol. 53 nr 3 s. 591-595.

Streszczenie: Polimeraza DNA  $\gamma$  (POLG) jest odpowiedzialna za replikację i naprawę mitochondrialnego DNA. Stwierdzono istnienie asocjacji pomiędzy wieloma znanymi mutacjami w genie kodującym podjednostkę katalityczną polimerazy  $\gamma$  (POLG1) a chorobami genetycznymi. Status kilku mutacji wydaje się jednak wciąż nieokreślony z uwagi na sprzeczne doniesienia co do częstości ich występowania w populacjach zdrowych osób. W ramach niniejszej pracy zaproponowano nową, czułą metodę genotypowania mutacji Y831C w genie POLG1, opartą na reakcji ilościowego PCR w czasie rzeczywistym. Po dokonaniu optymalizacji, nowa technika została wykorzystana do wykrywania mutacji Y831C w populacji 133 zdrowych osób populacji polskiej. W badanej próbce populacyjnej mutacja wystąpiła z częstością 2.25%. Nowa technika może znaleźć zastosowanie zarówno w zakrojonych na szeroką skalę badaniach populacyjnych, jak i w diagnostyce molekularnej genu POLG1.

**Jakub J. Kałużny**  
**Wojciech Józwicki**  
**Halina Wiśniewska**

IF: 1.621

Katedra i Klinika Chorób Oczu

Tytuł oryginału: Histological biocompatibility of new, non-absorbable glaucoma deep sclerecton implant.

Autorzy: Jakub J. Kałużny, Wojciech Józwicki, Halina Wiśniewska.

Źródło: - J. Biomed. Mater. Res. B Appl. Biomater. 2006

Uwagi: Czasopismo dostępne w wersji elektronicznej pod adresem: [http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/113388417/main.html,ftx\\_abs](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/113388417/main.html,ftx_abs)

Streszczenie: Cel: Wprowadzenie niewchłaniających implantów w niepenetrującej sklerotomie głębokiej zwiększa skuteczność tego rodzaju zabiegu przeciwnowotworowego w długim okresie obserwacji. Celem pracy była ocena biokompatybilności nowego, hydrożelowego implantu niewchłaniającego poprzez porównanie z reakcją twardówki na obecność niewchłaniającej gumy silikonowej i wchłaniającego usieciowanego hialuronianu sodu.

Materiał i metoda: Śródtwardówkowe implantacji trzech badanych materiałów dokonano u 13 królików. Polimer hydrożelowy (MMA/VP) wszczepiono w 10 oczach, usieciowany hialuronian sodu w 8 oczach i gumę silikonową również w 8 oczach. Wszystkie wczepy miały ten sam kształt i podobną grubość. Zwierzęta były usypiane 7, 30, 180 i 360 dni po implantacji. E nukleowane gałki oczne były natychmiast umieszczane w 10% roztworze buforowanej formaliny. Po skrojeniu materiał był zabarwiany hematoxyliną i eozyną oraz analizowany w mikroskopie świetlnym.

Wyniki: Najmniej nasiloną reakcją zapalną obserwowano wokół usieciowanego hialuronianu sodu. Liczba komórek zapalnych w otoczeniu implantu hydrożelowego i silikonowego była podobna we wszystkich okresach obserwacji. Najgrubsza torebka włóknista wytworzyła się wokół implantu silikonowego (średnio:  $28.38 \pm 11.17 \mu\text{m}$ ), nieco cieńsza była obserwowana wokół implantu hydrożelowego (średnio:  $14.90 \pm 5.57 \mu\text{m}$ ), a najcieńsza wokół usieciowanego hialuronianu sodu (średnio:  $7.21 \pm 2.33 \mu\text{m}$ ). W przypadku wszystkich implantów grubość torebki była większa po stronie spojówkowej w porównaniu ze stroną naczyniówkową. Wolna przestrzeń między implantem, płatkami i łożem twardówkowym wkrótce po zabiegu wypełniała się luźną tkanką łączną bogatą w naczynia krwionośne.

Wnioski: Materiałem najlepiej tolerowanym przez twardówkę okazał się wchłaniający, usieciowany hialuronian sodu. Chociaż nasilenie reakcji zapalnej w otoczeniu obu wszczepów niewchłaniających było podobne, cieńsza torebka włóknista wytworzyła się wokół implantu hydrożelowego.

### Marcin Woźniak

IF: 1.577

Katedra Medycyny Sądowej

Tytuł oryginału: Allelic and haplotypic frequencies at 11 Y-STR loci in Buryats from South-East Siberia.

Autorzy: Marcin Woźniak, M. Derenko, B. Malyarchuk, I. Dambueva, Tomasz Grzybowski, Danuta Miścicka-Śliwka.

Źródło: - Forensic Sci. Int. 2006 Vol. 164 s. 271-275.

Streszczenie: Poddaliśmy analizie 11 układów mikrosatelitarnych chromosomu Y w próbkach DNA otrzymanych od 215 mężczyzn pochodzących z populacji Buriatów zamieszkującej południowo - wschodnią Syberię w pobliżu Jeziora Bajkał. Badania wykazały, że jeden z haplotypów obecny jest u ponad 30% mężczyzn z tej populacji a drugi, zupełnie odmienny, u kolejnych 14% mężczyzn. Oznacza to, że populacja Buriatów charakteryzuje się znaczną homogennością linii ojcowskich, przy jednoczesnym częstym występowaniu dwóch zupełnie różnych linii, co jest charakterystyczne dla ludów tworzących społeczeństwa klanowe, w których silny wpływ na zmienność genetyczną wywiera tzw. „efekt założyciela”. Najczęstsze w populacji Buriatów haplotypy chromosomu Y są jednocześnie bardzo rzadkie w innych populacjach Azji, co oznacza, że są one tzw. haplotypami modalnymi tzn. definiującymi przynależność posiadacza takiego haplotypu do danej populacji.

### Barbara Zegarska Tomasz Tyrakowski

IF: 1.029

Katedra Kosmetologii

Katedra i Zakład Patobiochemii i Chemii Klinicznej

Tytuł oryginału: Clinical and experimental aspects of cutaneous neurogenic inflammation.

Autorzy: Barbara Zegarska, A. Lelińska, Tomasz Tyrakowski.

Źródło: - Pharm. Rep. 2006 Vol. 58 s. 13-21.

Polskie hasła przmiotowe: Zapalenie skóry, Neuropeptydy, Receptory, Kapsaicyna

### Tomasz Grzela Radosław Piotrowicz

IF: 0.948

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

Tytuł oryginału: Sarpogrelate, a 5-HT2A receptor antagonist in intermittent claudication. A Phase II European study.

Autorzy: L. Norgren, A[arkadiusz] Jawień, L. Matyas, H. Rieger, K. Arita, [i in.], T[omasz] Grzela, [i in.], R[adosław] Piotrowicz, [i in.].

Źródło: - Vasc. Med 2006 Vol. 11 s. 75-83.

Streszczenie: Praca publikuje wyniki wielośrodkowego, międzynarodowego badania II fazy, prowadzonego w Europie, mającego na celu określenie efektywności i bezpieczeństwa stosowania dwóch różnych dawek sarpogrelate (antagonisty receptora 5-HT2A) w porównaniu do placebo u pacjentów ze stabilnym umiarkowaniem nasilonym chromaniem przestankowym. Po 6 -tygodniowym okresie wstępnym, kiedy badani otrzymywali placebo, a w powtarzanych testach marszo-



wych na bieżni ruchomej określano stabilność objawów, 364 chorych randomizowano do jednej z 3 grup – pierwsza otrzymywała saprogrolate w dawce 200 mg 2 razy dziennie, druga saprogrolate 200 mg 3 razy dziennie, trzecia placebo. Leczenie prowadzone było

przez 24 tygodnie, okres dodatkowej obserwacji wynosił 8 tygodni. Podstawowym celem badania było określenie wpływu leczenia na całkowity dystans marszu. W badaniu nie zaobserwowano istotnych różnic w przyroście dystansu marszu w obu grupach leczenia

w stosunku do placebo. Terapia okazała się bezpieczna, a zaobserwowane tendencje do wydłużania dystansu we wszystkich grupach, skłaniają do podjęcia dalszych badań obejmujących większą populację chorych oraz prawdopodobnie dłuższy okres leczenia.

## We Włoszech...

Krzysztof Goryński

W poprzednim numerze „Wiadomości Akademickich” przeczytałem wrażenia wyjeżdżających na wymianę studencką programu Socrates Erasmus. Chciałbym i ja podzielić się swoimi przeżyciami, jak i przybliżyć oraz być może zachęcić innych studentów do udziału w programie, którego niewątpliwie głównym celem jest utworzenie w dziedzinie edukacji „Edukacji bez granic i barier”.

### Refleksje własne, czyli wspomnienia kilka miesięcy po powrocie...

Mról największy od kilku lat, skrzypiący śnieg pod nogami, wiatr, który wkradał się nawet w myśli – rok wcześniej nawet nie przypuszczałem, że uda mi się spędzić pół roku za granicą studiując w Trieście. Kiedy siedziałem w autobusie do Włoch pytałem siebie po raz kolejny: w co ja się znowu wpakowałem? Co mnie czeka, a właściwie, co na mnie czeka tam we Włoszech? Już pierwsze chwile dostarczały wielu emocji i od samego początku, czyli od momentu, gdy wysiadłem z autobusu, musiałem liczyć tylko na siebie, a raczej ufać bardziej swoim umiejętnościom i możliwościom. Pierwsze dni były dla mnie dużym sprawdzianem. Szukanie mieszkania, legalizacja pobytu, czyli formalności w kwesturze, pierwsze spotkania na uczelni czy też ponowne układanie planu zajęć. Nie będzie zbyt górnolotne stwierdzenie, gdy powiem, że tego typu wyjazd dał mi szansę studiowania w prawdziwym tego słowa znaczeniu. Pozwolił na czerpanie przyjemności z tego, czego się uczę i swobodę dokonywania decyzji, co mnie tak naprawdę interesuje. Pokazał mi także, iż w każdym z nas drzemią pokłady niespożytkowanej energii, która przy sprzyjających okolicznościach potrafi się ujawnić i często nas samych zadziwić. Należy jednak w tym momencie podkreślić, iż program ten (Socrates/Erasmus) jest programem skierowanym do zwykłego studenta, nie jakiegoś tam geniusza! Trzeba mieć tylko odrobinę odwagi, aby zdecydować się na taki wyjazd w nieznaną. To właśnie odważne decyzje uczą życia, bowiem „już nikt za Ciebie niczego nie załatwi”. Dobrze jest, gdy spotka się na swej drodze osoby chcące pomóc, bez których trudno byłoby cokolwiek samemu zdzielać. Jeśli chodzi o sprawy uczelniane, ze wszystkimi wątpliwościami, jakie spotkały mnie przed wyjazdem i w trakcie zawsze, niezależnie od powagi sytuacji mogłem się zgłaszać do Pana Prof. Grzegorza Bazylaka,



W laboratorium

ówczesnego Koordynatora Wymian Socrates Erasmus na Wydziale Farmaceutycznym. Po powrocie fachowych rad udzielał i zakończył moją „wspaniałą przygodę” obecny koordynator Pan Prof. Konrad Misiura. Nie mogłbym zapomnieć i nie napisać o moim prawdziwym mentorze i największym „doradcy studentów” Profesorze Fulvio Rubessa – koordynatorze we Włoszech. Już pierwszego dnia spodobała mi się Jego gościnność, typowa jak się później przekonałem dla Włochów.

### Kilka słów o Trieście i studiach we Włoszech...

O możliwości skorzystania z programu Socrates Erasmus dowiedziałem się od swojego koordynatora wydziałowego. Po zdaniu egzaminu językowego i zakwalifikowaniu się na wyjazd miałem do wyboru kilka państw. Zdecydowałem ostatecznie, iż będą to Włochy. Żałowałem początkowo, iż nie mogłem wybrać Bolonii, która jest miastem z Uniwersytetem Bolońskim – będącym jednym z najstarszych uniwersytetów w zachodnim świecie (data utworzenia sięga bowiem 1088r). Pozostał mi Triest i jak się później przekonałem, miasto to było niepowtarzalne w swoim rodzaju i wyróżniało się spośród innych włoskich miast jakie mogłem zobaczyć. Usytuowane przy granicy słoweńskiej i chorwackiej, przez wiele lat będące Wolnym Portem, małe i zarazem młode włoskie miasto mogło się wydawać mało atrakcyjnym miejscem do odbywania aż pięciomiesięcznych studiów. Nawet nie wyobrażałem sobie ile tajemnic może kryć i ile miejsc godnych obejrzenia.

Uniwersytet, gdzie spędziłem większość czasu, pięknie położony – na niewielkiej górze, przez co widoczny z każdego miejsca miasta, a przede wszystkim widok z samego uniwersytetu na pewno zachowam na bardzo długo w pamięci: czerwone dachy budynków Triestu, wkoło niewielkie góry oraz morze, które w oddali łączyło się z horyzontem i pięknym błękitnym niebem. Co ciekawe, widok ten każdego dnia był „inny” i przez te pięć miesięcy nie mógł się uprzykrzyć., bowiem raz niebo było szare, innym razem błękitne, różowe, z chmurami bądź bez. Podobnie morze – bywało niebieskie, przybierało odcienie zieleni... Dojście na zajęcia sprawiało początkowo pewne trudności. Należało bowiem pokonać 434 schody prowadzące urzekającymi włoskimi uliczkami Triestu do siedziby młodego Uniwersytetu, posiadającego obecnie prawie wszystkie wydziały. Uczęszczałem na zajęcia objęte w większości programem nauczania w Polsce. Różnice programowe nie są zbyt duże, jednak charakter prowadzenia zajęć – nacisk położony na wykłady, mniej ćwiczeń odbywających się tzw. blokami nie spotykane na farmacji w Polsce, brak kolokwium czy peryferycznych u nas krótkich sprawdzianów weryfikujących wiedzę tuż przed lub w trakcie trwania zajęć. Niewątpliwie jest to mało stresujący sposób nauczania, jednak wymaga i uczy pewnego rodzaju samodyscypliny.

Zanim się obejrzałem odbywałem miesięczne praktyki w aptece szpitalnej i zdawałem końcowe egzaminy. I tu kolejne moje, a właściwie Włochów zaskoczenie. Gdy na egzamin ubrałem bardziej oficjalny strój – garnitur, krawat i białą koszulę, to począwszy

od współlokatorów, a skończywszy na profesorach egzaminujących pojawiało się trochę śmieszne jak dla mnie pytanie: czy wybieram się do ślubu w tym ubraniu (śmiech). Egzaminy które zdawałem były jedynie w formie ustnej, w obecności trzech profesorów i publicznie, czyli każdy student mógł przyjść na salę i posłuchać pytań jak i odpowiedzi. I oczywiście nie obowiązywał żaden strój, czyli na ubraniach studentów zdających egzamin pojawiały się wszystkie kolory tęczy – co wydaje mi się dziwnym zwyczajem, ale ostatecznie „co kraj to obyczaj”.

Uczęszczałem także na zajęcia językowe, które podobały mi się najbardziej, a organizowane były przez uniwersytet. Brali w nich udział studenci z różnych krajów. To było niesamowite! Można było poznać mentalność tych ludzi, ich tradycje, czy zwyczaje. Często spotykaliśmy się wieczorami, a wtedy opowiadaliśmy o swoich krajach. Organizowaliśmy także wspólne wycieczki w okolice Triestu. Jak wspomniałem – Triest potrafił zadziwiać wiele razy odkrywając coraz to inne tajemnice czy miejsca: Grota Olbrzymia (Grotta Gigante) mierząca 130m długości, 65m szerokości i 107m wysokości, mogąca śmiało pomieścić rzymską bazylikę Św. Piotra, dlatego też została wpisana do Księgi Guinnessa, Dolina Rosandry – urzekająca surowością i dzikością, widokiem zmiennej i bogatej flory przeważnie alpejskiej oraz 40-metrowym wodospadem, zamek w Duino i jeszcze piękniejszy zamek w Miramare wokół którego rozciąga się park, Latarnia Zwycięstwa – biała budowla z kamienia z Orsey o wysokości 70 metrów – trzecia na świecie po latarniach w Nowym Jorku i w Santo Domingo. To tylko niektóre atrakcje z okolic Triestu. Samo miasto też posiada urokliwe zakątki i miejsca: Molo Audace – główne miejsce spotkań i pięknego widoku na morze, liczne muzea, kościoły, parki, odbywające się koncerty, festiwale i spektakle.

Nie mógłbym zapomnieć o kuchni

włoskiej. Włoskie przekonanie, że należy „dobrze zjeść”, jest widoczne w każdym mieście, czego doświadczyłem na sobie przybierając na wadze. Poczawszy od porannej kawy, a skończywszy na serwowanej po kolacji grappy, każdy posiłek we Włoszech jest świętem, jeśli nie formą sztuki.

Triest to miasto, gdzie pojmujemy od razu, jak złożona jest kwestia kulturowej tożsamości, krzyżowanie się kultur, narodowości, języków. To także miasto żyjące w literaturze i kulturze. Po tak relatywnie krótkim pobycie sam zauważyłem jak niesamowitym miejscem jest Triest. Nie jestem już zaskoczony dlaczego tak wiele znanych osobistości ze świata literatury część swojego życia spędziło właśnie w tym mieście. Choćby James Joyce i obecna w jego twórczości jakaś nuta zdecydowanie włoska, uwydatniona może przez pragnienie, bardzo żywe w pewnych okresach jego życia, zucia się mniej angielskim.

Dzisiaj powinienem zadać sobie pytanie: Kim jestem teraz po tych kilku miesiącach spędzonych za granicą? Wydaje mi się, że tym samym człowiekiem ale myśląc już zupełnie w inny sposób. Nie ma w słowniku już takich słów jak „nie da się”, „niemożliwe”, „nigdy”. Studia w ramach programu Socrates Erasmus to nie tylko nauka, to sztuka życia i obcowania z innymi ludźmi, to podróże, wspólne zwiedzanie, wieczorne wyjścia oraz niekończące się rozmowy. Było mi dane poznać życie dwóch narodów, obcować



Spacer po Trieście

z ich tradycją, jak również być ambasadorem Polski, gdyż wiele razy zdarzało się tak, iż ludzie, których poznałem nie wiedzieli nic o moim kraju lub mieli o nas zupełnie inne wyobrażenie.

Wiele osób zadaje mi pytanie: Co dał mi ten program? Niewątpliwie pozwolił odpowiedzieć na pytania, dla których nie wymyślono jeszcze kategorii. Pytania, na które nie szukałem odpowiedzi. Decyzje, których nie odważyłbym się wcześniej podjąć. Sposoby myślenia, o których istnieniu nikt wcześniej mi nie powiedział.

Krzysztof Goryński jest studentem V roku farmacji.

## 50 lat IFMSA-Poland

Artur Lewandowski

### Prologus

„...Początkowo jako KKSAM (Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznych) ZSP (Związku Studentów Polskich), następnie i przez wiele lat jako PolMSIC (Polish Medical Students' International Committee), a od paru lat już jako IFMSA-Poland. W historii naszej organizacji zrzeszającej studentów medycyny i młodych lekarzy zapisało się przez te 50 lat kilkanaście tysięcy ludzi. Przez lata pomagaliśmy przetrwać w obcym mieście studentom młodszych roczników, organizowaliśmy konferencje, szkolenia, akcje, a z naszych praktyk wakacyjnych i stażów skorzystały niezliczone rzesze obecnych studentów medycyny, stażystów, rezydentów, ale też Waszych asystentów, wykładowców, profesorów, którzy przed laty stanowili część naszej organizacji, która to przez ten cały

czas integrowała młode środowiska medyczne w całej Polsce, a także stanowiła reprezentację polskich młodych medyków na świecie...”

### 1951

Narodziny IFMSA, Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny (International Federation of Medical Student's Associations) na walnym zgromadzeniu (General Assembly) w Kopenhadze, Dania. Członkami-założycielami IFMSA są stowarzyszenia studentów medycyny z 8 krajów: Szwecja, Dania, Norwegia, Finlandia, Niemcy, Hiszpania, Anglia i Włochy.

### 1956

Już w zaledwie jedną dekadę po drugiej wojnie światowej studenci medycyny roz-

poczęli trwającą po dziś dzień integrację młodych środowisk medycznych w Polsce. Wówczas to na terenie Polski istniał Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznych (KKSAM), organizacyjnie ujęty w ramach Komisji Nauki Rady Naczelnej Związku Studentów Polskich (ZSP).

W skład KKSAM wchodził delegaci z Rad Uczelnianych ZSP 9 akademii medycznych w Polsce (poza Wojskową Akademią Medyczną oraz nieistniejącą ówczesnie Akademią Medyczną w Bydgoszczy).

Delegaci ze swojego grona wybierali w głosowaniu tajnym na 3-letnią kadencję przewodniczącego, sekretarza oraz osobę odpowiedzialną za wymianę praktyk (Exchange Officer).

Na Zgromadzeniu Ogólnym IFMSA (General Assembly) w Kopenhadze, Dania polski







Bydgoska delegacja niemal w pełnym składzie, od lewej: Agnieszka Kurzyzna (Prezydent Oddziału Bydgoszcz), Przemysław Rusin (LPO Bydgoszcz), prof. Małgorzata Tafil-Klawe (Prorok ds. Collegium Medicum), Beata Kolesinska (Skarbnik Oddziału Bydgoszcz), Anna Lichsztełd (LORA Bydgoszcz 2005/06), Artur Lewandowski (Sekretarz Oddziału Bydgoszcz, KOP ds. Internetu i Multimediów), Katarzyna Sokołowska (Prezydent Oddziału Bydgoszcz 2004/05), Julita Furmaniak (LORA Bydgoszcz), Wojciech Cisek (As. LORA Bydgoszcz), Katarzyna Borucka (LEO Bydgoszcz 2005/06), prof. Wiesław Szymański (Kierownik KiK Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej)

KKSAM został włączony w struktury IFMSA, wraz z jugosłowiańskim YM-DSEIC jako jedyni przedstawiciele krajów socjalistycznych w IFMSA.

#### 1956-2006

W zaledwie parę lat od powstania naszej organizacji i przystąpienia do IFMSA Polska stała się dwukrotnie miejscem międzynarodowych spotkań. Corocznie odbywająca się wówczas Międzynarodowa Konferencja Kliniczna (SICC, Students' International Clinical Conference) miała miejsce w 1960 roku, a najważniejsze coroczne spotkanie delegatów IFMSA z całego świata (70 studentów z 30 krajów z całego świata), czyli General Assembly w Gdańsku w 1964 roku!

Przez kolejne lata IFMSA w Polsce zajmowała się problemami studentów kierunków medycznych, organizowała praktyki, a w ostatnim dziesięcioleciu „wachlarz działalności” w Polsce rozszerzył się o kolejne płaszczyzny zamknięte w ramach tzw. Komitetów, dziś zwanych Programami Stałymi zajmującymi się m.in. praktykami naukowymi, chorobami przenoszonymi drogą płciową, szeroko pojętym zdrowiem publicznym i profilaktyką, edukacją medyczną, organizacją kursów, szkoleń i konferencji czy uchodźcami, prawami człowieka, pomocą organizacjom pozarządowym przy akcjach charytatywnych.

Zmieniały się siedziby, nazwy, emblematy, osobowość prawna, pojawił się własny statut, przebogaty regulamin oraz oczywiście... ludzie. Ludzie, którzy przez pół wieku stanowili o sile IFMSA w Polsce, a o których pamięć zatarła się w mrokach dziejów... Aż do 2006 roku!

#### wiosna 2006 roku

7 kwietnia 2006 roku na ZD (Zgromadzeniu Delegatów) w Lublinie dowiedział się po raz pierwszy o Komitecie Organizacyjnym obchodów 50-lecia IFMSA-Poland. Jako świeżo upieczony Koordynator Ogólno-

polski ds. Internetu i Multimediów, de facto pełniący funkcję webmastera [www.ifmsa.pl](http://www.ifmsa.pl), nie sądziłem wówczas, że najbliższe półrocze zwiąże z ideą 50-lecia...

#### lato 2006 roku

Krótko przed wakacjami moja „kampa” kompletnej przeróbki [www.ifmsa.pl](http://www.ifmsa.pl) dotarła do działu krótko nazwanego „historia”, w którym wypisano jedynie Zarządy Główne z ostatnich 4 lat. A gdzie pozostałe 46 lat? Czy w przededniu obchodów 50-lecia wiemy naprawdę tak niewiele? Wraz z Komitetem Organizacyjnym rozsialiśmy wici w Internecie i rozpoczęliśmy poszukiwania, które szybko zyskały miano „prac wykopaliskowych”, co szybko okazało się nazwą najwłaściwszą...

#### dr Jerzy Kossak

Minęło zaledwie parę tygodni, a w mojej skrzynce e-mailowej otrzymałem wiadomość od osoby, która przez kolejne miesiące stała się moim wspólnym towarzyszem „podróży” w głąb historii IFMSA w Polsce. Dr Jerzy Kossak, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Gdańsku zaprosił mnie do swojego miasta na spotkanie, które okazało się kamieniem milowym w naszych wspólnych poszukiwaniach. Wówczas to po raz pierwszy dowiedzieliśmy się o istnieniu wspomnianego we wstępie KKSAMu (którego Przewodniczącym w latach 1962-64 był dr Kossak), jego działalności, strukturach, a wszystko to na tle wydarzeń geopolitycznych, z mnóstwem anegdot oraz... te czarno-białe fotografie z Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Klinicznej SICC 1960 r. oraz GA (General Assembly) Gdańsk 1964, które po dziś dzień pobudzają naszą wyobraźnię. Stanowią one niesamowite podsumowanie niekończących się opowiadań dr. Kossaka o wspólnych początkach działalności IFMSA w Polsce, pokonywaniu trudności i niezwykłej unikalności

KKSAMu w bloku państw socjalistycznych - wraz z całym ZSP była to jedyna studencka organizacja w małym świecie rządzonej przez Leonida Breżniewa...

#### dr Wojciech Leszczyński

Człowiek legenda. Każda osoba wspominająca tego niezwykle kontaktowego i sympatycznego człowieka rozpoczyna od słowa „poliglota”, która to umiejętność/cecha przyczyniła się w znacznym stopniu do rozwoju polskiego IFMSA na arenie międzynarodowej. To właśnie dr Wojciech Leszczyński, dermatolog pracujący od lat 70. we Włoszech, wraz z dr. Zbigniewem Ehrmannem, wieloletnim Sekretarzem KKSAM (który niestety odszedł od nas w przededniu obchodów 50-lecia) już od lat 50. reprezentowali polskich studentów medycyny na General Assemblies na całym świecie. Wieloletnie zaufanie międzynarodowej braci studentów medycyny sprawiło, iż dr Wojciech Leszczyński w latach 1966/67 pełnił zaszczytną funkcję SCOME Director w najwyższych władzach IFMSA na świecie.

#### dr Jolanta Jeżewska

W trakcie moich poszukiwań miałem również przyjemność odwiedzić niezwykle skromną osobę, która doprowadziła do dynamicznego rozwoju PolMSICu, a później IFMSA-Poland w naszym kraju. Dr Jolanta Jeżewska przez 2 kadencje pełniła funkcję Przewodniczącej PolMSIC/Prezydenta IFMSA-Poland, w trakcie których to ogólnopolska siedziba IFMSA przeniesiona została... do Bydgoszczy, a dobre imię polskiego stowarzyszenia studentów medycyny rozślawiane było przez tę wspaniałą osobę na całym świecie, na każdym kontynencie, dosłownie!

#### 18 listopada 2006 roku

Zamek Królewski w Warszawie. Siedziba władz I Rzeczypospolitej od 1596 do 1795 roku. Miejsce symboliczne, stanowiące niejako Milliarium Aureum wszystkich wycieczek po stolicy Polski. Idealne i wręcz bajkowe miejsce na obchody 50-lecia Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny KKSAM/PolMSIC/IFMSA-Poland.

#### Bydgoszcz na obchodach 50-lecia

W skład Komitetu Honorowego obchodów 50-lecia wchodził Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, prof. dr hab. Andrzej Jamiołkowski oraz Prorok Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu ds. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Pani dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK.

Wśród bydgoskich VIPów silną reprezentację stanowiła Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy - poza wyżej wspomnianą dr Jolantą Jeżewską, wśród członków-założycieli zasiadł prof. dr hab. Wiesław Szymański, Przewodniczący Rady Uczelnianej ZSP AM w Lublinie 1960-62, który również w niezwykłych słowach oddał atmosferę organizowa-

nych przez KKSAM konferencji naukowych, które miały miejsce w latach 60. na polskich Akademiach Medycznych.

Aż 10 obecnych członków stanowiło trzon bydgoskiej reprezentacji na obchodach 50-lecia: Katarzyna Borucka, Wojciech Cisek, Julita Furmaniak, Beata Kolesinska, Agnieszka Kurzyzna, Artur Lewandowski, Anna Lichsztełd, Przemysław Rusin, Katarzyna Sokolowska, Magdalena Waleryś.

### Uroczyste obchody 50-lecia

Do Zamku Królewskiego dotarliśmy niezwykle podenerwowani i rozradowani. Atmosfera niezwyklego święta panowała już od momentu przekroczenia wrót prowadzących na dziedziniec. Labiryntem korytarzy dotarliśmy do przepięknej Sali Wielkiej, gdzie przez najbliższe kilka godzin chłoniliśmy niezwykle emocje przyświecające hasłu wypisanemu na naszych zaproszeniach „pół wieku idei”...

Uroczyste powitanie znamienitych gości, wystąpienie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Konstantego Radziwiłła oraz naszej Pani Prorektor, prof. Małgorzaty Tafil-Klawe rozpoczęły uroczystość.

Projekcja niezwyklego filmu o 50-letniej historii IFMSA w Polsce wprowadziła nas w trwającą ponad dwie godziny nieustającą podróż przez kolejne lata działalności naszej organizacji, która to choć dla mnie była już „obiektem badań” ostatniego półrocza, to jednak po raz wtóry przeżywałem ją ze zdwojoną siłą, tym razem wszakże we wspaniałych wnętrzach. W trakcie niezwykle uroczystości transmitowanej przez TVP i oczywiście wraz z Koleżankami i Kolegami, dla których opowieści „ojców założycieli”, dr Jerzego Kossaka, dr Wojciecha Leszczyńskiego, jak i wielu wspaniałych postaci z historii naszego Stowarzyszenia: dr Bożena Walewska-Zielecka, dr Jaromir Wasyluk czy prof. Wiesław Szymański z pewnością pozostaną w pamięci wielu na najbliższe 50 lat...

Uroczysta gala dopiero nabrała rumieńców, gdy przy akompaniamencie wspaniałych nut wręczono tytuły Członków Honorowych IFMSA-Poland tym wszystkim, bez których nie byłoby nas 18. listopada 2006 roku na Zamku Królewskim w Warszawie, m.in. wyżej wspomnianym dr. Zbigniewowi Ehrmannowi, dr. Jerzemu Kossakowi, dr. Wojciechowi Leszczyńskiemu oraz dr. Jaromirowi Wasylukowi, Przewodniczącemu PolMSICu w latach 1990-95, któremu miał zaszczyt wręczyć wraz z Agniesz-



Zgromadzenie Ogólne IFMSA, Gdańsk 1964

ką Bąk z Warszawy ten wspaniały tytuł niżej podpisany Artur Lewandowski. To niesamowite wyróżnienie będę z pewnością pamiętać do końca swoich dni, szczególnie, iż dr Wasyluk przez ostatnie miesiące z benedyktyńską cierpliwością pomagał mi w odtwarzaniu historii Stowarzyszenia z Jego czasów...

Uroczyste podpisanie aktu powołania IFMSA-Alumni przez wszystkich Członków Honorowych i Prezydentów Oddziałów zakończyło pierwszą część gali.

W czasie przerwy kawowej mieliśmy niesamowitą okazję porozmawiać z naszymi wspaniałymi gośćmi, dopisać się do Księgi Pamiątkowej oraz doznać niesamowitych wrażeń wizualnych na Jubileuszowej Wystawie Zdjęć, na której znalazło się również parę fotografii rodem w z Bydgoszczy!

Po przerwie gala dokończona została prelekcją pt. „Młodzi lekarze - ukształtowało nas IFMSA-Poland” oraz wspaniałym koncertem na 3 wiolonczele i 2 flety, który we wspaniałych wnętrzach Sali Wielkiej Zamku Królewskiego dopełnił uroczystość we wspaniały sposób.

Po uroczystości udaliśmy się specjalnie podstawionymi autobusami komunikacji miejskiej z napisami „KIERUNEK: 50 LAT IFMSA-Poland” wypełnionymi zdjęciami z naszych praktyk (to niesamowite uczucie zobaczyć swoje zdjęcie tuż na wprost wejścia do autobusu!) do Klubu „Klinika”, gdzie na Wieczorze Wspomnień kontynuowaliśmy do białego rana rozmowy z naszymi wspaniałymi gośćmi, delektując się jubileuszowym tortem „50 lat IFMSA-Poland”...

### Epilogus

Uroczystość trwała jedynie 1 dzień, natomiast przygotowania do niej okupione były miesiącami ciężkiej pracy, telefonów, e-maili, spotkań... I tak jak w reklamie pewnej karty



SICC 1960, od lewej: dr Kossak, dr Leszczyński

płatniczej wszystko miało swoją cenę, jednakże ostateczna atmosfera wspaniałego święta, a przede wszystkim możliwość poznania tylu wspaniałych ludzi: bezcenne!

Z tego miejsca chciałbym podziękować za półroczną wspólną pracę Komitetowi Organizacyjnemu: Annie Piechal, Ewie Blicharskiej, Magdalenie Nowak, Robertowi Fastynowi i Łukaszowi Zandeckiemu za tysiące e-maili, SMSów i godzin rozmów oraz chciałbym w szczególności sposób podkreślić szczególnie zaangażowanie i możliwość poznania dr. Jerzego Kossaka i dr. Wojciecha Leszczyńskiego. Tych dwóch niezwykle serdecznych i o wiecznie młodej duszy Panów z pewnością nigdy nie zapomnę, a wakacyjne zaproszenia do Gdańska i do Wiecznego Miasta z pewnością zrealizuję z radością...

Do zobaczenia za 50 lat!

Więcej o 50-leciu IFMSA na stronach: [www.50lecie.ifmsa.pl](http://www.50lecie.ifmsa.pl), [www.ifmsa.cm.umk.pl/galeria/thumbnails.php?album=53](http://www.ifmsa.cm.umk.pl/galeria/thumbnails.php?album=53), [www.historia.ifmsa.pl](http://www.historia.ifmsa.pl)

Artur Lewandowski jest sekretarzem Oddziału Bydgoszcz IFMSA-Poland.

## Peer support - przewodnik dla studenta I roku - zajęcia

Artur Lewandowski

Peer support to umieszczony na stronie internetowej stowarzyszenia IFMSA ([www.bydgoszcz.ifmsa.pl](http://www.bydgoszcz.ifmsa.pl)) rozbudowany przewodnik po Uczelni i po mieście dla studentów I roku Collegium Medicum w Bydgoszczy, czyli studenci lat starszych z myślą o studentach rozpoczynających naukę na studiach!

Przewodnik podzielono na dwa działy:

Na Uczelni (O Uczelni, słowniczek studentki, opis zajęć, czytanki - polecane podręczni-

ki, niezbędny, mapy, plany, akademiki)

W mieście (program „Mieszkanko dla studenta”, żywienie - kawiarnie, naleśnikarnie, pizzerie, fast-foody, restauracje, smażalnia ryb, transport - dalekobieżny, podmiejski, miejski, imprezki oraz rozrywka - pokarm dla duszy i dla ciała - kultura, filharmonia, opera, teatr, kina, muzea, wystawy, galerie, sport, lokalna prasa, stacje radiowe itp.).

Przewodnik jest zdecydowanie bardziej

rozbudowany w wersji on-line, natomiast na łamach Wiadomości Akademickich pragniemy przybliżyć studentom I roku jedynie część informacji dotyczących czekających ich zajęć.

Serdecznie zapraszamy do tego krótkiego poradnika dotyczącego poszczególnych przedmiotów, które napotkacie już przy Waszym pierwszym kontakcie z uczelnią na I semestrze. W drugim semestrze dochodzą jeszcze dodatkowe przedmioty, które również



zostały tu opisane.

Pamiętajcie, iż informacje tu zawarte nie muszą zgadzać się w 100% z rzeczywistością. Usłyszeć ukochaną frazę „Wyciągnijcie karteczki!” możecie praktycznie na każdych ćwiczeniach, więc mimo wszystkich wypisanych poniżej rad i krótkich opisów poszczególnych przedmiotów zawsze trzeba mieć tę nadrzędną zasadę - być przygotowanym na każde zajęcia. Nie dla utopijnych wymagań wiedzy wszelakiej i nieodgadnionej, ale przede wszystkim dla siebie! Z pewnością wyniesiecie z zajęć wielokrotnie więcej, jeśli będziecie orientować się w temacie. Nie ma nic gorszego niż bezproduktywne przesiedzenie godziny, dwóch, trzech na zajęciach, a po wyjściu Waszym jedynym wnioskiem będzie „Nic nie zrozumiałem, o czym to było” etc.

Godnym uwagi jest pewien niezaprzeczalny fakt - studenci, którzy osiągną pułap średniej ocen z kolokwium rzędu 4,0 (lub 4,5) i powyżej mają szansę stać się „Wybrańcami Niebios” i otrzymać „zaproszenie” na tzw. egzamin zerowy („zerówka”), zdawany jeszcze przed pierwszym terminem, przed sesją, najczęściej ustnie. Jeżeli cyfra „krzeselkiem” zwana (bądź nawet 4,5 czy 5 :) będzie się Wam często pojawiać przy Waszym nazwisku, możecie mieć pewność, iż zostaniecie zauważeni i wówczas dowiecie się wszystkich szczegółów dotyczących „zerówki”. A naprawdę warto!

Poza poniższymi przedmiotami obowiązować będzie Was też 15 godzin tzw. wykładów fakultatywnych (na zaliczenie bez oceny). Do wyboru jest naprawdę duża ilość niezwykle interesujących oraz ciekawych wykładów i częstokroć trzeba się mocno zastanowić który wybrać. Wykłady fakultatywne podzielone zostały na 4 główne linie tematyczne: nowoczesne metody diagnostyczne, nauki kliniczne i medycyna rodzinna, medycyna paliatywna i zagadnienia prawno-ekonomiczne w ochronie zdrowia w Polsce i w Unii Europejskiej.

Dokładną listę tematów znajdziecie na stronie internetowej Dziekanatu Wydziału Lekarskiego oraz tradycyjnie w gablocie 1 i 2 roku w budynku Rektoratu. Studenci I roku mogą ewentualnie odpuścić sobie fakultety i odrobić je na II, gdyż pierwszy cykl wykładów fakultatywnych obowiązuje na I i II roku łącznie i należy do końca II roku zaliczyć minimum jeden wykład. Zapisy natomiast prowadzone są w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego.

Warto również zaznaczyć, iż po I roku (podobnie jak po drugim, trzecim, czwartym, piątym...) w wakacje odbędą się 4-tygodniowe praktyki wakacyjne.

Plan zajęć dostępny jest na stronie internetowej Dziekanatu Wydziału Lekarskiego oraz w „tradycyjnej formie papierowej” na ul. Jagiellońskiej 13, w budynku Rektoratu, w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego na II piętrze, w siódmej gablocie po prawej (bądź pierwszej od pierwszych drzwi po prawej po Waszej prawicy). Zapewne miejsce wydaje się Wam ukryte, ale z pewnością nie raz będziecie tam zaglądać, szczególnie, iż wszelkie zmiany w planie będą wywieszane tylko i wy-

łącznie w tym miejscu. Wywieszenie zmiany oznacza poinformowanie wszystkich studentów o niej, a zatem... nie przegapcie niczego!

### Anatomia prawidłowa z elementami anatomii topograficznej

Swoją przygodę z Anatomią rozpoczniecie już od pierwszych dni na Uczelni i aż do ostatnich dni I roku będziecie mieli z nią kontakt. Przez te dwa semestry uczestniczyć będziecie w cotygodniowych wykładach oraz dwa razy w tygodniu w ćwiczeniach w prosektorium na Karłowicza 24 (na parterze, zaraz po wejściu w prawo), zakończonych egzaminem w sesji letniej. Już na pierwszych zajęciach zostaniecie podzieleni na ok. 10-15 osobowe grupy prosektoryjne. W takiej ekipie, powiększonej o Waszą ulubioną postać - asystenta - przeżyjecie ogromną ilość godzin w oparach formaliny, wiedzy, wspaniałej atmosfery...

Na ćwiczenia z Anatomii prawdopodobnie będziecie przynosić najwięcej „sprzętu” - obowiązkowy jest fartuch, lateksowe rękawiczki, czepek i... wiedza na wejściówkę”. O tak! W przeciwieństwie do liceum, uczymy się na zajęcia wpróż! Jeszcze przed pierwszymi zajęciami powinniście zlokalizować gablotę anatomii (na parterze przy wejściu, zaraz po lewej stronie nad ławeczką obok automatu z kawą), w której to znajduje się „rozkład

kartce). Uważajcie na ortografię! Za błędy w łacinie odejmowane są punkty! Osiągnięcie wysokiego, wymaganego pułapu poprawnych odpowiedzi z pierwszej, praktycznej części daje Wam „paszport” do krainy „część teoretyczna”, z której otrzymujecie ocenę. W tym momencie warto nadmienić, iż jeżeli zdarzy się Wam nie zdać kolokwium (np. części teoretycznej bądź nawet wcześniej, praktycznej), na następne zajęcia (czyli 3-4 dni później, a przecież jest jeszcze tyle innych przedmiotów) musicie przygotować się zarówno na wejściówkę z nowego działu (!), jak i na poprawę kolokwium. Żyć, nie umierać!

Teraz proponuję wstać na chwilę, zaczerpnąć kilka głębokich oddechów, przełknąć ślinę, wytrzeć pot, a zielona barwa zniknie z Waszego lica w okamgnieniu. Gdy już dojdziecie do siebie i zdacie sobie sprawę jak dużo pracy Was czeka, codziennej pracy (!), wówczas możecie przystąpić do weselszej części lektury - pisu zajęć z Anatomii. Zatem ...

Egzamin z Anatomii zdajecie w sesji letniej. Na dopuszczenie jednak do tej przyjemności pozwolą Wam wszystkie zdane kolokwia, a co za tym idzie, wejściówki. Jeżeli Wasza średnia ocen z 12 zdanych za pierwszym razem kolokwium rozpoczyna się od czwórki (4,0 i więcej) i już na wiosnę czujecie się na siłach, możecie



ul. Karłowicza



ul. Jagiellońska

jazdy” na każde zajęcia, który należy przepisać/skserować i powiesić sobie w widocznym miejscu. Przez najbliższy rok wszystkie swoje plany dostosujecie do tych kilku stron A4...

Ćwiczenia z Anatomii składają się z 12 dużych działów (np. klatka piersiowa, kończyna górna), każde zajęcia są dokładnie w powyższej rozpisce opisane, a materiał na dany dzień wymagany, solidnie sprawdzany u każdego studenta (słynna „wejściówka”)! Następnie rozpoczyna się mniej stresująca część ćwiczeń - oglądanie preparatów, modeli (warto nosić atlasy i książki na zajęcia, z ćwiczeń można wówczas wynieść naprawdę dużo!), filmy z sekcji z omówieniem wielu struktur anatomicznych... A po każdym cyklu zajęć, dla każdego z 12 działów zarezerwowany jest 1 termin na kolokwium (colloquium). By do niego przystąpić, należy wpiąć wszystkie „wejściówki”. Wówczas rozpoczyna się długa kampania, składająca się z dwóch bitew.

Pierwszą z nich są słynne „szpilki”, czyli (najczęściej 10) wbitych w preparaty szpilek z numerkami w odpowiednie struktury, które należy rozpoznać i nazwać po łacinie (na

„sięgnąć nieba”, czyli spróbować swoich sił w eliminacjach do Ogólnopolskiego Konkursu Anatomicznego „Scapula Aurea”, do którego serdecznie zapraszam! Nawet, jeżeli nie dostaniecie się do reprezentacji Bydgoszczy, z pewnością doświadczenie zdobyte na eliminacjach przyda się Wam przed egzaminem!

Egzamin końcowy jest teoretycznie „jedyne” 12 razy większy niż zwykle kolokwium. Również rozpoczyna się część praktycznej (szpilek), której zdanie jest niezbędne do przystąpienia do części teoretycznej, z której to ocena zostanie Wam wpisana do indeksu jako świadectwo 10 miesięcy wyrzeczeń, nieprzespanych nocy, wypalanej skóry po formalinie i tym podobnych pięknych chwil.

Zajęcia z Anatomii z pewnością będziecie mile wspominać, szczególnie, iż na pierwszym roku spędza się na niej (i nad nią) większość czasu, co spowoduje, iż chłopacy zaczynają „chodzić z Panną Anatomią”, a dziewczyny z „Bochenkiem”...

### Biologia medyczna

Zajęcia z Biologii Medycznej odbywają

się również w budynku na Karłowicza 24, na pierwszym semestrze i kończą się egzaminem w sesji zimowej. Składają się one z wykładów prowadzonych w Auli na Rondzie Jagiellonów jak również oczywiście z ćwiczeń. Biologia Medyczna jest przedmiotem podzielonym na dwa zasadnicze duże działy - genetyka i parazytologia, które to podzielone zostały na pięć „bloków”: genetyka ogólna i molekularna, wybrane zagadnienia z genetyki człowieka i podstawy cytogenetyki, biologia wybranych pasożytów człowieka, działanie chorobotwórcze pasożytów, metody badań stosowane w parazytologii.

Ćwiczenia odbywają się w dwóch salkach ćwiczeniowych na I piętrze na Karłowicza (na tym, gdzie znajduje się szatnia). Pierwsza po lewej stronie po wejściu po schodach, przed szatnią, przed drzwiami do Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka, a druga po prawej przed drzwiami do Katedry i Zakładu Anatomii. W salach tych niemal wszystkie zajęcia prowadzone są w postaci prezentacji multimedialnych, pokazów slajdów oraz oczywiście oglądania preparatów (parazytologia) pod mikroskopem (dla każdego po jednym). To wszystko sprawia, iż nauka staje się naprawdę przyjemna, gdyż po nie zawsze przyjemnej lekturze, na zajęciach mamy szansę zapoznać

zachęcamy, gdyż dobre oceny z „wejściówek” i kolokwiów mogą stać się dla Was nagrodą za ciężką pracę i trudy w postaci egzaminu zerowego, jeszcze przed sesją egzaminacyjną!

### Biofizyka

Zajęcia z Biofizyki składają się z wykładów (podobnie jak z anatomii, biologii medycznej i historii filozofii na Auli na Rondzie Jagiellonów) oraz z ćwiczeń, które to również odbywają się na Rondzie, w osobnym budynku Biofizyki. Znajduje się on za budynkiem Rektoratu i Dziekanatu Wydziału Lekarskiego oraz zaraz obok Domu Studenta nr 2.

Wiele ważnych informacji dowiedzie się na pierwszym ćwiczeniu organizacyjno-wprowadzającym. Przede wszystkim wybiercie sobie osobę do pary, z którą to razem będziecie wykonywać 6 kolejnych ćwiczeń i razem zdawać kolokwia (de facto osobno, ale razem wchodzić do odpowiedzi u asystenta). Ponieważ za jednym razem najczęściej ćwiczenia mają po dwie grupy, dlatego też jest to idealny moment na integrację pomiędzy grupami, szczególnie jeżeli w parze macie osobę z innej grupy, z którą razem przygotowujecie się przed kolokwiami czy ćwiczeniami. Przed każdym ćwiczeniem należy też przygotować się teoretycznie oraz napisać tzw. „opis teore-

Osiągnięcie wysokiej średniej z kolokwiów może oznaczać dla Was egzamin w terminie zerowym, jeszcze przed sesją zimową. Warto więc przyłożyć się do pracy!

Zajęcia z biofizyki, głównie z racji wielu interesujących eksperymentów (m.in. zasada działania laserów, USG, EKG, mikrofała, promieniowanie gamma, optyka czy tajemniczy wiskozymetr Hopplera), jak i wspaniałej atmosfery panującej na ćwiczeniach (zajęcia prowadzi zawsze kilku asystentów, którzy „spacerują” pomiędzy wszystkimi pomieszczeniami, w których znajdują się miejsca poszczególnych, 24 eksperymentów) z pewnością będziecie mile wspominać!

### Łacina

Zajęcia z Łaciny (z panią mgr Teresą Budziewicz) trwają przez cały I rok, raz w tygodniu w salach dydaktycznych na Rondzie Jagiellonów w budynku Dziekanatów Wydziałów Farmacji i Nauk o Zdrowiu, bądź co jakiś czas w przeróżnych salach w Szpitalu im. Jurasza (np. w budynkach Biblioteki Medycznej czy Starej Patomorfologii), których za pierwszym razem szukać zapewne będziecie nad wyraz długo (a korytarzy moc!). Wpierw niezwykle miła informacja dla wszystkich tych, którzy łacinę w średniej szkole już mieli minimum 3 lata (np. liceum 3-letnie z nowym programem nauczania bądź starym 4-letnie) - możecie zdawać już w październiku! Warto wówczas również przejść się do Dziekanatu po swoje świadectwo maturalne, gdyż dzięki niemu udowodnicie, iż sprawdziany i prace klasowe po szkole średniej z łaciny już macie za sobą, chyba że mówicie łaciną płynnie, na co dzień, najlepiej jeszcze w domu, bez naleciałości akcentu, a do podania załączyliście swój życiorys w łacińskiej wersji językowej itp. (Uwaga! Obowiązuje klasyczna, ew. średniowieczna „wersja”, żadna inna! W przeciwnym jednak wypadku pozostaje Wam przyniesienie świadectwa.

Pozostali, niestety, którzy po łacinie nie myślą oraz w szkole średniej zajęć z łaciny nie doświadczyli, uczestniczyć będą w przyspieszonym kursie podstaw łaciny przez dwa semestry. Zajęcia prowadzone są zgodnie z lekcjami z książki „Lingua Latina ad usum medicinae studentium”, a szczegóły „techniczne” poznacie na pierwszych zajęciach. W tym momencie warto zaznaczyć, iż po kilku zajęciach i poznaniu np. nowej deklinacji czy koniugacji powinniście spodziewać się kolokwium, których kilka z pewnością Was doświadczy w trakcie roku... Najprawdopodobniej doświadczyte wersji skróconej, aczkolwiek obciążonej: jedynie dwa, ale za to bardzo obszerne kolokwia pod koniec każdego semestru. A pod koniec roku, jeszcze przed sesją letnią odbędzie się zaliczenie na ocenę, o którego formie zostaniecie powiadomieni w trakcie zajęć.

Wbrew pozorom łaciny warto się uczyć, gdyż przydaje się ogromnie przy nauce Anatomii, szczególnie, gdyż błędy w słynnych „końcówkach” są ostro tępione, a za te można uzbierać kilka „ujemnych punktów” na



ul. Świętojańska



ul. Dębowa

się z tematem od strony praktycznej (mikroskop), jak i wizualnej (ogromne ilości zdjęć, fotografii, slajdów, tabel etc. które bardzo pomagają w zrozumieniu wielu zagadnień).

Pozostałe pomieszczenia Katedry i Zakładu Biologii Medycznej natomiast znajdują się piętro wyżej, po prawej stronie po wejściu po schodach, gdzie nad stolikami i ławeczkami znajdziecie gabloty informacyjne teje Katedry. Gablota dla Wydziału Lekarskiego znajduje się najbliższej drzwi do Zakładu, pierwsza z prawej. Tamże znajdziecie aktualne informacje dotyczące zajęć, ewentualnych zmian, wyników i terminów kolokwiów i egzaminów (!) oraz oczywiście... plan zajęć z Biologii Medycznej, który należy przepisać bądź bardzo uprzejmie poprosić Panią sekretarkę o skserowanie. Program zajęć na Biologii Medycznej rozwija się bardzo dynamicznie, dlatego też „delikatnie” zachęcamy do wycieczki do gabloty i ostatecznie posiadanie najnowszej wersji zajęć, gdyż te mogą się nieznacznie różnić od tych z poprzednich lat. A na każde zajęcia należy być przygotowanym wpród (podobnie jak na Anatomii), do czego gorąco

techniczny”, stanowiący „przepustkę” na zajęcia. Na pierwszych zajęciach również każda para otrzyma swój numer, wedle którego wylosujecie 6 ćwiczeń z puli 24, do których będziecie się uczyć i wykonywać eksperymenty fizyczne. Szczegółowe informacje o każdym z 24 ćwiczeń znajdziecie na I piętrze w gablocie po lewej, po wejściu od schodów w budynku Biofizyki na Rondzie Jagiellonów. Warto je przepisać bądź (tradycyjnie) skserować.

Każde ćwiczenia-eksperymenty z biofizyki należy wykonać w parze i oddać wspólne opracowanie ćwiczeń wraz z opisem teoretycznym (każdy osobno). Cały ten „zestaw” stanowi o zaliczeniu (bądź niezaliczeniu - do poprawienia) danego ćwiczenia... co można sprawdzić na stronie internetowej biofizyki po zalogowaniu się na własne konto (login i hasło podane Wam zostaną po pierwszym kolokwium, jeszcze przed pierwszym ćwiczeniem-eksperymentem bądź po prostu na pierwszych zajęciach organizacyjnych). Zaliczenie wszystkich 6 ćwiczeń oraz 6 dużych kolokwiów z tychże ćwiczeń jest niezbędne do przystąpienia do egzaminu, w sesji zimowej.



szpilkach (w praktyce „połówki punktu”). A wykucie tabel odmian deklinacyjnych, uwzględniając też częste w Anatomii wyjątki jest kluczem do sukcesu - wystarczy uczyć się form mianownikowych, a na szpilkach, wejściówkach, kolokwium, poprawkach jedynie „w locie” odmieniać. Wbrew pozorom nie jest to trudna sztuka i pod koniec roku „końcówki” staną się dla Was oczywiste!

Nie należy też zapominać, iż na kolejnych latach łacina również jest wymagana (nazwy chorób, rozpoznania...), dlatego też... nie zapominajcie o niej!

### Historia filozofii z elementami filozofii medycyny

Zajęcia z Historii Filozofii składają się na cykl wykładów w Auli na Rondzie Jagiellonów w budynku Prorektoratu, najprawdopodobniej, jak niemal co roku, pierwszych, zaczynających się ok. godziny 7-8). Zaliczenie przedmiotu (na ocenę) odbywa się przed sesją zimową (tzw. zaliczenie na ocenę) w formie pisemnej, rozbudowanych odpowiedzi na pytania dotyczące zagadnień poruszanych na wykładach. Ćwiczeń z Historii Filozofii niestety nie ma, dlatego też gorąco polecam wczesne pobudki w dniu wykładów i uważne słuchanie (i notowanie)! Jeżeli interesujesz się Łaciną, historią, Starożytnością ... a w szczególności filozofią - z pewnością zapamiętasz każde słowo! Historia Filozofii prowadzona jest przez dr Stanisława Katafiasa ze Studium Medycyny Społecznej, gdzie mieści się na ul. Świętojańskiej 20, tam, gdzie odbywają się zajęcia z W-Fu. Przed salami „21” na II piętrze w tym budynku znajduje się gablota, w której wypisane są zagadnienia - tematy kolejnych wykładów, które warto przepisać bądź skserować, co znacznie ułatwi naukę przed zaliczeniem...

### Przysposobienie biblioteczne

Przysposobienie Biblioteczne to specyficzny przedmiot prowadzony przez Bibliotekę Medyczną, który ma zapoznać Was ze zbiorami bibliotecznymi i możliwościami korzystania z nich. Kończy się tzw. zaliczeniem bez oceny i składa się z: wykładu, który odbywa się na spotkaniu organizacyjnym w postaci prezentacji oraz... z ćwiczeń, na które każda grupa musi umówić się z Panią mgr Anną Markowską lub Panią mgr Danutą Chmielewską, najczęściej poprzez swojego starostę.

Choć traktowane marginalnie, zajęcia te mają znaczenie kolosalne, gdyż już od I semestru, przez kolejne lata korzystać będziecie z Biblioteki Medycznej, z każdym rokiem częściej, a te zajęcia pozwolą Wam poznać podstawowe zasady panujące w Bibliotece, możliwości wypożyczeń, korzystania z komputerowych indeksów czy czytelni. Zapoznać się też z całą procedurą zamawiania książek, zarówno z naszej bydgoskiej, toruńskiej UMK czy też nawet z innych bibliotek.

A „na deser” dowiedzieć się co nieco o bazach bibliograficznych, wyszukiwaniu publikacji medycznych itp. Na pierwszych latach studiów ta umiejętność jest niemal niewykorzystywana i potrzebna niemal jedynie

w przypadku tworzenia szczegółowych referatów, jednak z kolejnymi latami, praca w Studenckich Kołach Naukowych, przygotowaniach do pisania prac, publikacji, doktoratów, specjalizacji, nauki niezwykle szczegółowej swojej ulubionej medycynie - te umiejętności będą po prostu niezbędne. Dlatego warto skupić się na tym, co zostanie Wam przekazane na zajęciach z Przysposobienia Bibliotecznego, gdyż przyda się to Wam z pewnością w przyszłej pracy lekarza!

### Wychowanie fizyczne

Wychowanie Fizyczne na Collegium Medicum, które trwa przez cały I rok i kończy się zaliczeniem na ocenę, z pewnością będzie różnić się od typowego WFu z Waszych poprzednich szkół. Oferta zajęć ruchowych dla studenta jest bardzo bogata i z pewnością dopadną Was raczej „kłopoty bogactwa”, aniżeli „kolejna nuda na WFie”. Poza normalnymi, przewidzianymi planem zajęciami do wyboru macie ogromną ilość sekcji (AZS = Akademicki Związek Sportowy, piłka nożna, siatkówka, koszykowa, basen, aerobik, siłownia etc.), dlatego też zajęcia z WFu okazać mogą się dla Was rozrywką, a nie tylko smutnym obowiązkiem. A dla każdego coś z pewnością się znajdzie, czy pływanie, czy rowery, czy siłownia, czy gry zespołowe. Dla „uszkodzonych studentów” przewidziano również zajęcia z rehabilitacji. Do zaliczenia WFu potrzebna jest odpowiednia, minimalna liczba godzin z wszystkich Waszych zajęć, jednak z pewnością gład ruch będzie tak wielki, iż minimum spełnicie bardzo szybko!

Większość zajęć odbywa się na ul. Świętojańskiej 20, jednak część z nich w innych miejscach rozsianych po całym mieście (np. piłka nożna, basen, rehabilitacja), o czym dowiecie się już na pierwszych zajęciach.

Warto również nie „zaliczać WFu” tylko na dodatkowych sekcjach i zajęciach, ale również uczestniczyć w „normalnym” WFie, gdyż będziecie mogli sprawdzić swój organizm w wielu sprawdzianach i testach motorycznych, łatwo porównywalnych (wyniki będą w punktach, sekundach etc. A później będziecie mogli zadać sobie pytanie i błyskawicznie na nie odpowiedzieć - Czy Wasze wyniki na początku i pod koniec I roku będą:

- a) gorsze (anatomia mnie wykończyła ;)
- b) niemal identyczne (utrzymałem formę)
- c) lepsze (a to wszystko dzięki zajęciom z wychowania fizycznego!?)

Wspaniałą akcją Studium Wychowania Fizycznego i Sportu są również zimowe (narty) oraz letnie obozy (spływy kajakowe) dla studentów (polecam!). Warto tutaj również zakomunikować, iż AZS CM Bydgoszcz bardzo pręźnie działa i to z... sukcesami medalowymi na ogólnopolskiej arenie (Akademickie Mistrzostwa Polski oraz Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych w lekkiej atletyce)! Więcej na temat naszych sportowych sukcesów na stronie internetowej Collegium.

### Języki obce

Pełna nazwa przedmiotu to „Język obcy

kontynuowany ze szkoły średniej”. Do wyboru Waszego jest język Albionu, naszych zachodnich sąsiadów bądź miłośników żabich udek. Przypisywani zostajecie do odpowiednich grup językowych wedle języka obcego zdawanego na maturze. Jeżeli jednak zdawaliście maturę z innego, niż powyższe języka obcego bądź chcielibyście uczestniczyć w zajęciach z innego, niż zdawanego na maturze języka obcego - wystarczy wycieczka do Katedry Lingwistyki Stosowanej, która mieści się na I piętrze w Bibliotece Medycznej (na holu na I piętrze kierujemy się od schodów w prawo, a następnie znowu w prawo w korytarz). Wszystkie pokoje w tym budynku są znakomicie oznaczone i już po wejściu na schodach zauważycie drogowskazy do „krajny językowej”. Następnie po uzgodnieniu języka i grupy przyda się wycieczka na Rondo Jagiellonów do budynku Prorektoratu na II piętro do Dziekanatu Wydziału Lekarskiego, by poinformować o zmianie.

Decyzja Wasza wpłynie na Wasze najbliższe 2 lata, 4 semestry, dlatego należy dokładnie ją przemyśleć. W trakcie zajęć poznacie fachową terminologię medyczną w wybranym przez Was języku, która z pewnością przyda się Wam w przyszłym zawodzie lekarza, by swobodnie móc kształcić się z obcojęzycznej literatury. Po pierwszym roku zajęcia z języka obcego kończą się tzw. zaliczeniem bez oceny (choć kolokwia należy zaliczyć!), natomiast pod koniec drugiego roku odbędzie się egzamin z języka obcego.

Warto zaznaczyć, iż studenci uczęszczający na zajęcia z niemieckiego i francuskiego tworzą osobną (najczęściej pierwszą) grupę, a pozostali pełnymi, swoimi grupami uczestniczą w zajęciach angielskiego...

### Chemia ogólna

Przez II semestr I roku uczestniczyć będziecie w zajęciach z Chemii Ogólnej, kończących się egzaminem w sesji letniej. Składać się na nią będą wykłady z chemii nieorganicznej, a później organicznej w Auli na Rondzie Jagiellonów oraz z ćwiczeń i proseminariów. Te dwa ostatnie odbywać się będą w budynku Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej na ul. Dębowej 3 na Osiedlu Leśnym. Zajęcia na Dębowej składać się będą z ćwiczeń laboratoryjnych (tzw. pracowni), na które bezwzględnie należy przynieść fartuch i rękawiczki lateksowe (!) oraz z proseminariów, na których będziecie omawiać zagadnienia z danego zakresu itp.

Co bardzo oryginalne - na Chemii nie będziecie otrzymywać ocen, ale... punkty! W trakcie całego semestru musicie nabierać co najmniej 60% maksymalnej ilości punktów, by zostać dopuszczonym do egzaminu! Punkty zdobywacie za kolokwia (max po 20 pkt każdy; rzecz jasna każde kolokwium również trzeba zaliczyć z minimum 60% = 12 pkt ;), których najprawdopodobniej czekać Was będzie 6 (6\*20 = 120 max), jedno co 2 tygodnie, jednak o szczegółach zostaniecie powiadomieni już na pierwszych zajęciach organizacyjnych.

Warto w trakcie roku sumować sobie na bieżąco swoje punkty, by już zawnazas wie-

dzień w jakim jesteście położeniu. Jeżeli osiągnięcie pułap minimum ok. 80% maksymalnej sumy punktów, to macie szansę zostać zaproszonym na egzamin w terminie zerowym do prof. Dрамиńskiego, o czym zostaniecie poinformowani przez swojego asystenta. Warto również uczestniczyć w wykładach prowadzonych przez prof. Dрамиńskiego, których treść również obowiązuje na zerówce.

### Histologia z cytofizjologia

Swoją histologiczną przygodę rozpoczniecie już na I roku w semestrze letnim, a następnie po 2 semestrach zakończycie ją egzaminem dopiero w sesji zimowej II roku! Cały przedmiot podzielony został na 4 podstawowe działy: na I roku cytologia i histologia ogólna, na drugim natomiast histologia szczegółowa oraz cytofizjologia.

Zajęcia składają się z wykładów (pierwszy semestr prowadzi Kierownik Katedry prof. dr hab. Alina Grzanka, drugi, na drugim roku, zimowy dr Droźniewska) oraz z ćwiczeń (w budynku na ul. Karłowicza 24).

Nie tylko warto, ale nawet należy (czyt. „trzeba”) uczyć się na każde zajęcia, gdyż Wasza wiedza z poprzednich ćwiczeń, wykładów,

jak i bieżącego materiału egzekwowana może być na każdych (!) zajęciach w postaci wejściówki. Po krótkich nerwach zaczynamy zajęcia. Wpierw prelekcja z bieżącego tematu, a następnie zajęcia „praktyczne” na preparatach.

W przerwie międzysemestralnej na I roku warto już kupić gładki zeszyt (gładki!) i komplet kredek (i... ekhem... gumka, gdybyście się, ekhem... pomylili ;), gdyż każdy preparat należy narysować! Uwaga! Zeszyty są sprawdzane! Warto je systematycznie prowadzić, gdyż na II roku czeka Was egzamin praktyczny, a zeszyty z pewnością bardzo się Wam przydadzą w powtórcie!

Pierwszy semestr histologii kończy się zaliczeniem bez oceny w postaci testu z ćwiczeń i wykładów. Semestr drugi rozpoczyna się tzw. „egzaminem połówkowym” z I semestru, a kończy ... (nietrudno zgadnąć) egzaminem końcowym. Ten drugi rozpoczyna się wprawdzie praktycznym - 15 preparatów, podzielonych oczywiście na działy: cytologia, histologia ogólna, szczegółowa, elektronogramy. Za każdą poprawną odpowiedź otrzymujemy 1 pkt, próg 10/15. Warto zaznaczyć dwie ważne sprawy związane z egzaminem praktycznym z histologii: 1. za błędne rozpoznanie

preparatu z krwi otrzymujemy 1 punkt ujemny, pozostałe preparaty „normalnie”, czyli brak lub błędna odpowiedź zero, poprawna oczywiście 1 punkt. 2. Zaliczenie egzaminu praktycznego, podobnie jak na anatomii (!), jest niezbędne, by uzyskać możliwość podejścia do egzaminu teoretycznego.

### Pierwsza pomoc medyczna z elementami pielęgniarstwa

Zajęcia z I pomocy medycznej odbywają się na I roku przez 1 semestr w semestrze letnim w składają się z części praktycznej oraz teoretycznej, podobnie jak zaliczenie końcowe, czyli średnia z praktyki i teorii (teoretyki?).

Część praktyczna: wprawdzie następuje podział na 4-osobowe zespoły (jedna z osób jest ofiarą), a następnie losowana jest scenka, którą należy odegrać. Przykładowa scenka: rowerzysta wpada pod rozpędzony samochód (co mogłoby się stać, co boli - to musi wymyślić ofiara, nie jest bierną częścią zespołu), na stoku widzimy leżącego narciarza (np. złamanie otwarte itp.).

*W opracowaniu uwag merytorycznych Arturowi Lewandowskiemu pomogli studenci II roku: Marta Spychalska i Przemysław Cieślak.*

## Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland

Artur Lewandowski

### Prologus

Dwa razy do roku: jesienią i na wiosnę odbywają się Zgromadzenia Delegatów (w skrócie ZD), czyli walne zebrania członków i delegatów z wszystkich 11 Oddziałów IFMSA-Poland.

Od 1998 roku mają one formę 3-dniowego spotkania. Wcześniej Komitet Narodowy (obecnie Zarząd Główny) oraz Narodowi Koordynatorzy spotykali się na jeden dzień w Siedzibie IFMSA-Poland w Warszawie.

Z 17 dotychczasowych ZD aż 3 organizowane były przez Oddział Bydgoszcz (podobnym „dorobkiem” pochwalić mogą się jedynie Oddziały Lublin i Warszawa). W latach 2000-2001, gdy Prezydentem ówczesnego jeszcze PolMSiCu, poprzednika IFMSA-Poland była Jolanta Jeżewska, a ogólnopolską siedzibą organizacji mieściła się... w Bydgoszczy, nasz Oddział (ówcześnie zwany Komitetem Lokalnym) miał przyjemność organizować ZD aż dwukrotnie: 24-26.X.2000 roku w Wenecji oraz 7-9.XII.2001 roku w Wiktorowie. Ówczesne spotkania zapadły w pamięci wielu jako znakomicie zorganizowane, zapięte na ostatni guzik, a wszystko to w oryginalnym otoczeniu (ośrodki „w pięknych okolicznościach przyrody”).

Po paru latach pamięć o dobrej bydgoskiej organizacji dała o sobie znać - 8 kwietnia 2006 roku na ZD w Lublinie postanowiono o organizacji ZD w Bydgoszczy 1-3 grudnia br.

### Sesja plenarna

Najważniejszą częścią ZD była sesja plenarna w Auli w budynku Prorektoratu na Rondzie Jagiellonów, trwająca łącznie... ok. 12 h przez kolejne 3 dni. Przez praktycznie pół doby trwały niekończące się sprawozdania z całorocznej działalności poszczególnych

Koordinatorów Narodowych Programów Stałych, Skarbnika IFMSA-Poland, Komisji Rewizyjnej, Komitetu Organizacyjnego 50-lecia K.K.S.A.M./PolMSiC/IFMSA-Poland, z wyjazdu polskiej reprezentacji na światowe Zgromadzenie Delegatów (General Assembly) w Zlatiborze (Serbia) czy wreszcie Zarządu Głównego (ZG), któremu Prezydenci wszystkich 11 Oddziałów podziękowali za całoroczne trudy we wspólny sposób - każdy z 5 członków ZG otrzymał pamiątkową antyramę ze swoją karykaturą, wraz z licznymi podziękowaniami i podpisami.

Sesja plenarna to również trzy niezwykle emocjonujące wydarzenia: rozdział praktyk zagranicznych, wybory nowych władz Stowarzyszenia oraz organizatorów kolejnych ZD w 2007 roku: na wiosnę będzie to Kraków z Oddziałem Śląsk, a jesienią Oddział Poznań.

### Warsztaty, szkolenia... chleb powszedni w IFMSA-Poland

Sobotnie przedpołudnie rozpoczęliśmy w mniejszych grupach w ramach Warsztatów Prezydentów, Sekretarzy, Skarbników, Koordynatorów wszystkich 6 Programów Stałych (SCOPE: ds. Praktyk Wakacyjnych, SCORE: ds. Praktyk Naukowych, SCOPH: ds. Zdrowia Publicznego, SCOME: ds. Edukacji Medycznej, SCORA: ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS, SCORP: ds. Praw Człowieka i Pokoju),



Uczestnicy Zgromadzenia Delegatów – Market Projektów

Webmasterów ifmsa.pl oraz 6 szkoleń GTI (Grupa Trenerów IFMSA-Poland). Symultanicznie ok. 150 uczestników ZD omawiało swoją całoroczną pracę, analizowało sukcesy i porażki oraz planowało kolejne akcje na nadchodzący 2007 rok. Intensywne 4 godziny pracy non-stop znów okazały się zbyt krótkie, by omówić wzrastającą co roku liczbę akcji... A lokalni koordynatorzy bogatsi o nowe pomysły, wiedzę „jak to się robi w [tutaj nazwa Oddziału]” i ostateczny wniosek „dlaczego by nie u nas?” opuścili Warsztaty z dodatkową dawką energii i chęci działania...

### Obchody Światowego Dnia AIDS

Tegoroczny Światowy Dzień AIDS był uroczysto obchodzony przez studentów medycyny z polskich uczelni medycznych, członków Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland pod hasłem „Think positive, stay negative”. Dołączyli do nas także dr Anna Wankiewicz



z Katedry i Kliniki Dermatologii w Bydgoszczy oraz Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, PCK i Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Bydgoszczy. Wszyscy razem dnia 1 grudnia połączyliśmy siły i wyszliśmy w godzinach wieczornych na Stary Rynek w Bydgoszczy, by na znak solidarności z ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS ustawić symbol w kształcie wstążeczki z palących się czerwonych zniczy.

Akcja Światowego Dnia AIDS to nie tylko happening na Starym Rynku. To również akcja ulotkowa w bydgoskich klubach – De Ja Vu oraz w Kredensie, gdzie studenci przypinali czerwone wstążeczki – symbol tego dnia, rozdawali ulotki oraz odpowiadali na pytania osób zainteresowanych problematyką HIV/AIDS.

Dnia następnego, w sobotę uczestnicy jesiennego Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland mogli wysłuchać wykładu pt.: „AIDS: oblicze choroby po 25 latach badań”, który przeprowadziła dr Anita Olczak z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych w Bydgoszczy.

Celem naszych akcji był nie tylko wyraz solidarności z żyjącymi z HIV/AIDS. We wszystkim, co robiliśmy mieliśmy na celu zwrócenie uwagi społeczeństwa na ważność tego tematu, którym jest HIV/AIDS, o którym trzeba mówić, trzeba uczyć.

łem zaledwie rok temu, jesienią do Wrocławia, gdzie miałem przyjemność uczestniczyć w tzw. Markecie Projektów. Pod tą nazwą kryje się najwspanialsza moim zdaniem część ZD, po której zawsze czuję niedosyt... Mianowicie każdy z 11 Oddziałów pragnie pokazać się z jak najlepszej strony, prezentując na specjalnie wydzielonym stoisku swoją działalność, akcje z całego minionego roku w postaci plakatów, niekończących się zdjęć i innych rekwizytów oraz... kulturę swojego regionu. Pod tą enigmatyczną nazwą kryją się m.in. poznańskie pyry z gzikami, gdańskie „piratki” i „kapitanowie”, białostockie żubry, regionalne wyroby spożywcze oraz oczywiście masa ulotek, broszurek i albumów turystycznych, które ledwo dałem radę upchnąć w plecaku.

Bydgoszcz zaprezentowała, jako gospodarze, kujawską gościnność, częstując przyjezdnych tradycyjnym kujawskim chlebem, w tradycyjnych kujawskich strojach (w tej roli Agnieszka Banaszek, Artur Bała (III rok WL) oraz Marta Spychalska (II rok WL)) oraz oczywiście w tradycyjnym kujawskim dialekcie...

#### Podziękowania

Nasze ZD nie odbyłyby się, gdyby nie niesamowite zaangażowanie i wsparcie naszej Alma

Agnieszka Starczewska i Sebastian Derdowski (wszyscy III rok WL) oraz Prelegenci, Patroni, Goście: Zuzanna Pawlikowska (III rok WL), Michał Danek (V rok WL) oraz Katarzyna Sołowska (VI rok WL).

#### Epilogus

Podziękowaniom i gratulacjom po ZD nie widać było końca, choć ogromną bolączką okazał się czas, który nieubłaganie bardzo szybko upłynął. Niezwykle intensywne warsztaty, szkolenia i sesja plenarna trwające łącznie prawie 20 h (a co to będzie za parę lat, jeśli tendencja wzrostowa ilości akcji utrzyma się?) sprawiły, iż przez te zaledwie 3 dni wielu przyjezdnych zobaczyło w naszym mieście jedynie Dworzec PKP, osiedle Błonie (uczestnicy zakwaterowani byli w Hotelu Ikar przy ul. Szubińskiej) i zaledwie małe fragment centrum na trasie Rondo Jagiellonów – Stary Rynek. Wielu również było w naszym mieście po raz pierwszy i zachwycało się nim („Hittem” okazały się: budynek Poczty Polskiej na ww. trasie, przepiękny Ratusz w dawnym Kolegium Jezuickim oraz ul. Mostowa). Lecz niestety, dawny zwyczaj oprowadzania po swoim mieście na ZD zginął „śmiercią naturalną” z powodu braku czasu. Czy byłoby zatem możliwe zorganizowanie 7-dniowego



Światowy Dzień AIDS, Stary Rynek w Bydgoszczy



Reprezentacja Kujaw na Markecie Projektów



UNICEF na Gwiazdkę 2006

Obchody Światowego Dnia AIDS organizowane są w Bydgoszczy już od ponad pięciu lat, od dwóch lat na Starym Rynku.

#### UNICEF na Gwiazdkę 2006

Również bydgoski SCORP (Standing Committee on human Rights and Peace), Program Stały ds. Praw Człowieka i Pokoju pokazał się z jak najlepszej strony na arenie ogólnopolskiej. W trakcie ZD stanęło stoisko UNICEF, na którym rozprowadzane były upominki tej organizacji. Cały dochód ze sprzedaży przekazany został Polskiemu Komitetowi Narodowemu UNICEF i wykorzystany na pomoc najuboższym dzieciom świata (dożywianie, szczepionki). A wszystko to dzięki pracy koordynatora tego projektu (LORP), Bartosza Kozłowskiego z III roku WL oraz Macieja Papierskiego, który doglądał stoiska przez cały czas.

#### Market Projektów

Po raz pierwszy na swoje ZD pojecha-

Mater: Pani Prorektor ds. Collegium Medicum Jej Magnificencji dr hab. n. med. Małgorzaty Tafil-Klawe, prof. UMK, Patrona Honorowego ZD oraz Pana Prorektora ds. Studenckich, dr hab. Leszka Kuka, prof. UMK.

Chcielibyśmy również serdecznie podziękować naszym sponsorom: Wydawnictwu Medycyna Praktyczna, Wydawnictwu Lekarskiemu PZWL, Toruńskim Zakładom Materiałów Opatrunkowych S.A., Pepsi Cola General Bottlers w Żninie, firmie „Prosiaczek” oraz cukierniom Baltazar oraz Adam Sowa.

#### Komitet Organizacyjny

Nieocenioną i tytaniczną pracą nad organizacją zjazdu ponad 170 osób z całej Polski kierowała Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Agnieszka Kurzyńska (V rok WL) wraz ze swoim asystentem, Bartoszem Kozłowskim (III rok WL). W Komitecie Organizacyjnym znalazły się również 3 Sekcje tematyczne: Media, Internet i Multimedia: Artur Lewandowski (IV rok WL), Logistyki: Piotr Książniakiewicz,


Zgromadzenia Delegatów wzorem światowego General Assembly? Mam nadzieję, że już za parę lat nasze kilkudniowe ZD pozwolą nam w pełni omówić wszystkie akcje na warsztatach bez konieczności nerwowego zerkania na zegarek oraz pokazać swoje miasto nie tylko na Markecie Projektów w postaci ulotek czy broszurek...

Więcej o ZD Bydgoszcz 2006 na:

[www.bydgoszcz.ifmsa.pl](http://www.bydgoszcz.ifmsa.pl) – witryna Oddziału Bydgoszcz IFMSA-Poland  
[www.bydgoszcz.ifmsa.pl/zd](http://www.bydgoszcz.ifmsa.pl/zd) – witryna ZD Bydgoszcz 2006  
[www.ifmsa.cm.umk.pl/galeria/thumbnails.php?album=55](http://www.ifmsa.cm.umk.pl/galeria/thumbnails.php?album=55) (zdjęcia z ZD na [www.bydgoszcz.ifmsa.pl/galeria](http://www.bydgoszcz.ifmsa.pl/galeria))

Artur Lewandowski jest współorganizatorem Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland Bydgoszcz 2006, Sekcja: Media, Internet i Multimedia.

Julita Furmaniak jest Lokalnym Koordynatorem ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS (LORA Bydgoszcz).



*„Wszystkie drogi człowieka  
przez świat mierzą się  
odległością od domu”  
ks. Józef Tischner*

**Świąt jasnych blaskiem Gwiazdy Betlejemskiej,  
dobrocią Najbliższych, promiennych Miłością  
i ciepłem Domu**

**życzy**

**Małgorzata Tafil-Klawe**





Święto Collegium Medicum



Ulica Profesora Romańskiego