



Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

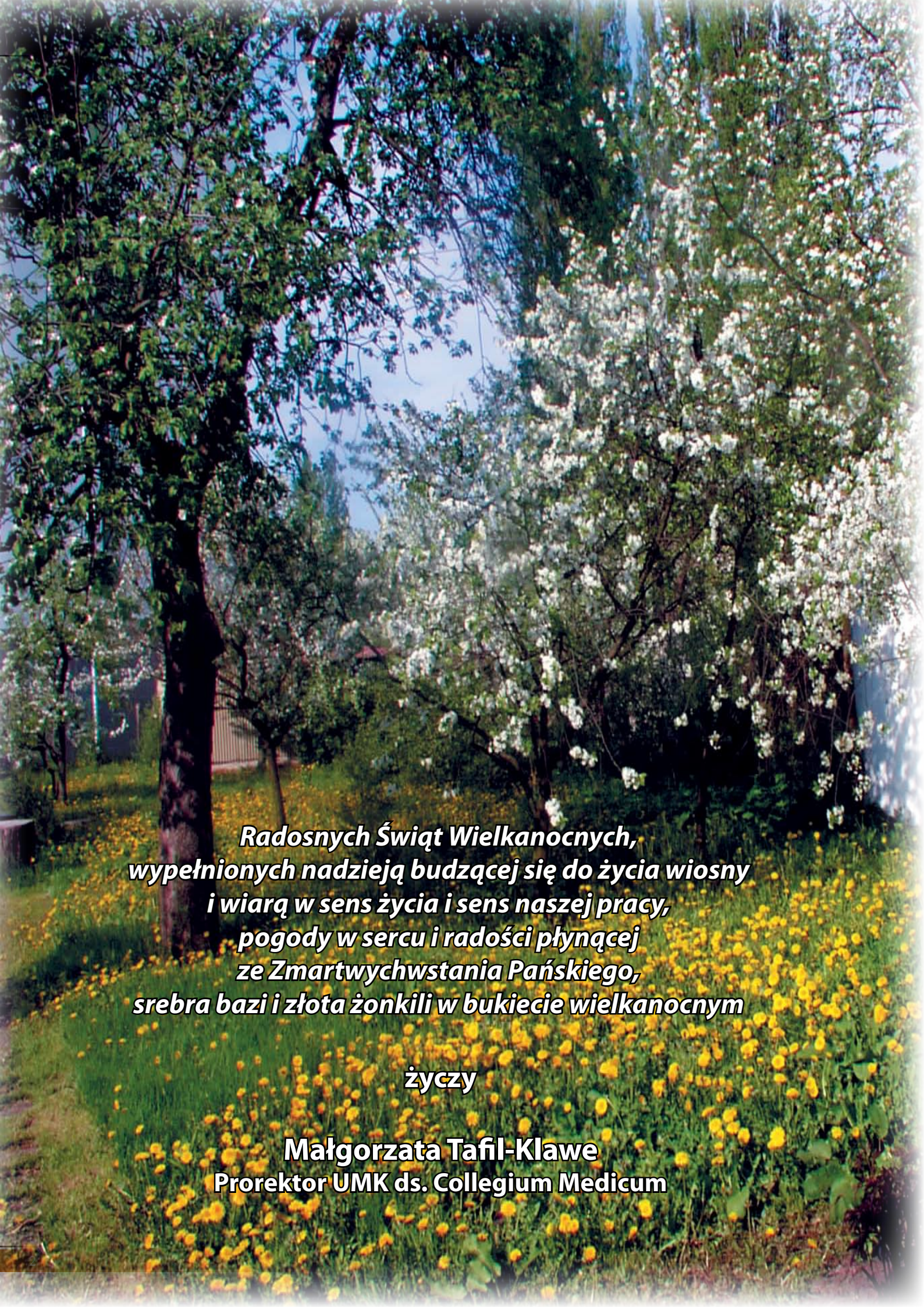
Nr 24
Kwiecień 2007



**Cierpienie okiełznane
w malarskiej wizji świata**

Per aspera ad astra

*Wywiad z prof. dr. hab. Zbigniewem Bartuzim,
kierownikiem Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej
i Chorób Wewnętrznych oraz dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu*



*Radosnych Świąt Wielkanocnych,
wypełnionych nadzieją budzącą się do życia wiosny
i wiarą w sens życia i sens naszej pracy,
pogody w sercu i radości płynącej
ze Zmartwychwstania Pańskiego,
srebra bazi i złota żonkili w bukiecie wielkanocnym*

życzy

Małgorzata Tafil-Klawe
Prorektor UMK ds. Collegium Medicum

Malarstwo jest milczącą poezją, poezja - malarstwem mówiącym.
Symonides

Cieszy, że nasze środowisko medyczne skupia się nie tylko na swojej pracy zawodowej, ale wzbogaca ją o malarskie dokonania oraz artystyczno-filozoficzne, głębokie rozważania na temat choroby, cierpienia i powtarzalności cyklu życia i śmierci. Przemyslenia nad wymową dzieł wielkich malarzy odpowiadają przecież naszym duchowym potrzebom w okresie Świąt Wielkiej Nocy.

Najlepsze życzenia spędzenia Świąt w wiosennej atmosferze i rodzinnym spokoju składa w imieniu Całego Zespołu Wiadomości Akademickich

Zbigniew Wolski



Spis Treści

Wywiad numeru

Per aspera ad astra,
wywiad z prof. dr hab. Zbigniewem Bartuzim. 2

Z życia Uczelni

Kronika wydarzeń 7
Święto Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 8
Nowy budynek Matematyki UMK. 8
Wampiriada. 9
Akcja pozyskiwania dawców szpiku kostnego. 9
Medyczne środki 11
Prof. Aleksander Araszkiewicz wyróżniony. 11
Chór Collegium Medicum we Francji. 12
Nowi profesorowie - Małgorzata Tafil-Klawe. 13
Nowi profesorowie - Roman Junik 13

Medycyna a sztuki piękne

Bonum vinum. 14
Choroba w malarstwie. 16
Wystawa malarstwa lekarzy 18
Osoby o twórczym stylu działania. 19

Polemiki

Dziewięciu niewdzięcznych 20

Pielęgniarstwo

Dylematy językowe w pielęgniarstwie. 21
Projekt unijny "Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących
pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim" 22

Dydaktyka

Rekomendacje w praktyce klinicznej według zasad evidence-based medicine 23
Znaczenie emocji i motywacji w życiu codziennym. 24

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 24

Historia medycyny

Profesor Rudolf Stefan Weigl (1883-1957) 28

Konferencje

I Ogólnopolski Kongres Naukowy Młodej Farmacji. 30

Z Biblioteki

Regionalne Centrum Informacji Medycznej 31
Nowa Pracownia Komputerowa w Bibliotece 32

Studenci

Młoda Farmacja 32
SCORA 33
Poradnik Medycznego Pierwszaka - lektury 35

Fundacja WIATRAK

. 39

Ze sportu

Natura była szczerą 40

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania 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 Szczęsny

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

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 Szczęsny, Artur Lewandowski

Okładka: Anniballe Carracci: Pieta

Museo Nazionale di Capodimonte, Neapol

“Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieło”
nr 73, s. 25

Per aspera ad astra

Wywiad z prof. dr. hab. Zbigniewem Bartuzim, kierownikiem Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych oraz dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu

Cieszymy się, że udało nam się spotkać z Panem Profesorem, jako że rozmowa z redakcją „Wiadomości Akademickich” jest pośrednio rozmową z naszymi czytelnikami, którzy żywo interesują się rozwojem bydgoskiej alergologii, zapoczątkowanej przez wybitnego specjalistę w tej dziedzinie, prof. Bogdana Romańskiego, którego jest Pan uczniem i kontynuatorem.

Redakcja: Bydgoszcz jest uważana za kolebkę polskiej alergologii. Jak toczyły się losy Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Bydgoszczy od chwili jej powstania?

Prof. Bartuzi: Historia powstania Kliniki związana jest ściśle z nazwiskiem prof. Bogdana Romańskiego. Klinika została utworzona na bazie I Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ogólnego nr 1 w roku 1971, a prof. Romański objął także funkcję kierownika Zespołu Nauczania Klinicznego AMG. W tymże roku zainaugurowano zajęcia dydaktyczne dla studentów V roku. Profesor doceniając rolę procesów nadwrażliwości i zjawisk immunologicznych w patologii człowieka swoje zainteresowania naukowe skierował na mało znany wówczas w Polsce obszar wiedzy medycznej, mianowicie alergologię. Klinika, zatem od początku swego istnienia zajmowała się procesami nadwrażliwości typu alergicznego na różnego rodzaju

czynniki środowiskowe i w tym zakresie była to pierwsza jednostka w Polsce, która w swej nazwie zawierała słowo -alergologia. To w Bydgoszczy narodziła się polska alergologia. Tutaj w 1982 r. odbył się zjazd założycielski Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. I tak w 2002 roku obchodziliśmy 20-lecie istnienia Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, a w Bydgoszczy odbyły się uroczyste obchody wraz z konferencją naukową.

Po odejściu prof. Romańskiego na emeryturę w 2000 r. Kliniką kierował prof. Andrzej Dziedziczko, który kontynuował tradycje naukowe prowadzone uprzednio, zwracając szczególną uwagę na procesy nadwrażliwości na alergeny powietrzno pochodne i na procesy oksydacyjne związane z paleniem tytoniu. Ja zostałem kierownikiem Kliniki w 2005 roku, więc tak naprawdę jestem kierownikiem zaledwie od kilkunastu miesięcy.

Rozpocząłem pracę w 1980 r. jako stażysta skierowany do ówczesnego oddziału prowadzonego przez prof. Bogdana Romańskiego. Jest rzeczą naturalną, że zainteresowania szefa w sposób oczywisty przenoszone są na współpracowników i tak było również ze mną. Tutaj pod kierownictwem profesora uzyskałem kolejne specjalizacje z chorób wewnętrznych a także z zakresu gastroenterologii i alergologii. W 2005 roku sformułowałem wniosek do Rady Wydziału Lekarskiego o zmianę nazwy Kliniki, dodając człon „immunologia

kliniczna”. Z mojego punktu widzenia i doświadczenia pracy w Klinice była to zwykła formalność, bowiem sprawami immunologii klinicznej oddział zajmował się od wielu lat, już za czasów prof. Romańskiego. Z uwagi na rosnące potrzeby w zakresie interwencji immunologicznej u pacjentów z całego regionu przeszkadzał nam brak sformalizowanej nazwy, którą egzekwuje NFZ przy podpisywaniu kontraktu. Po pozytywnej opinii Rady Wydziału Klinika przyjęła nazwę Katedra i Klinika Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych.

Ponad 20 lat pracy w Klinice kojarzę jako okres zdobywania kolejnych progów specjalizacji lekarskich, naukowych, okres pracy nad nowymi, często pionierskimi w tej dziedzinie wiedzy metodami diagnostycznymi i leczniczymi, okres ogromnej aktywności naukowej, konferencji i kongresów. To także czas, w którym miałem zaszczyt pracować z wieloma wartościowymi, ciekawymi ludźmi, od których się również wiele nauczyłem. Wśród nich jest obecnie 6 samodzielnych pracowników nauki, w tym 3 profesorów tytularnych.

Zatem z mojego punktu widzenia Klinika jawi mi się jako miejsce szczególne, miejsce dojrzwania zawodowego wielu pokoleń lekarzy, miejsce gdzie można realizować swoje ambicje naukowe.

Redakcja: Katedra i Klinika zajmujecie się przede-



prof. dr. hab. Zbigniew Bartuzi z zespołem Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

wszystkim etiopatogenezą astmy oskrzelowej, alergii pokarmowej i nadwrażliwości na niesteroidowe leki przeciwzapalne. W Klinice opracowano m.in. program rehabilitacji chorych na astmę oskrzelową i metodę badań profilaktycznych kandydatów do pracy i pracowników, umożliwiającą eliminowanie osób ze skłonnością do zapadnięcia na astmę. Pod kierunkiem pana Profesora w Klinice realizowano również badania związane z alergią na pokarmy i procesami alergicznymi przewodu pokarmowego – zagadnieniami leżącymi w ścisłym kręgu zainteresowań naukowych Pana Profesora.

Prof. Bartuzi: W okresie, gdy Klinikę prowadził prof. Romański zajmowano się przede wszystkim problemami dotyczącymi nadwrażliwości alergicznej na alergeny powietrzno-pochodne, czyli astmą oskrzelową, sezonowym nieżytem nosa, itp. Z czasem podjęto działania zmierzające do wyjaśnienia problemów związanych z nadwrażliwością allergiczną na pokarm. Powstała pierwsza Pracownia Endoskopii w Bydgoszczy, która wyspecjalizowała się w badaniach służących pogłębieniu diagnostyki w zakresie reaktywności tkanek przewodu pokarmowego na czynniki alergiczne. Właśnie w tej Pracowni rozpocząłem swoją działalność, która zaowocowała zdobyciem specjalizacji z zakresu gastroenterologii.

Już w końcu lat 80. rozwijałem swoje zainteresowanie nadwrażliwością allergiczną na pokarm. Moją ambicją po objęciu kierownictwa było to, by Klinika stała się ośrodkiem referencyjnym w zakresie diagnostyki nadwrażliwości allergicznej na pokarm. Po części już tak się dzieje – mamy chorych kierowanych do nas z różnych ośrodków. W tym roku w Klinice odbędzie się centralny, obowiązkowy kurs specjalizacyjny dla lekarzy z całej Polski. Również przed kilkoma miesiącami udało się wydać pod moją redakcją dużą pozycję książkową poruszającą problem nadwrażliwości allergicznej na pokarm.

Alergia na pokarmy u osób dorosłych jest często niedoceniana. Wiązać się z nią może wiele poważnych problemów dotyczących różnych specjalności lekarskich, bo alergia na pokarm dotyczy każdego narządu i układu człowieka. Z tym problemem spotyka się laryngolog, dermatolog, ginekolog, chirurg itd. Tym bardziej, że objawy są często mało charakterystyczne, podstępne i zarówno lekarz, jak i pacjent mają trudności ze znalezieniem związku przyczynowo-skutkowego między czynnikiem etiologicznym a ewentualnymi objawami. Takie symptomy jak chrypka, bóle stawowe, świąd odbytu, zaburzenia koncentracji, zaburzenia snu, kołatanie serca czy bóle migrenowe głowy trudno skojarzyć z nadwrażliwością na pokarm, zwłaszcza pokarm spożywany na co dzień, jak chleb, herbata czy ciastka. Ponadto objawy nie manifestują się zawsze natychmiast, a mogą wystąpić po kilku, kilkunastu godzinach od spożycia uczulającego pokarmu. Jest to problem niezwykle ciekawy i ważny z punktu widzenia lekarskiego, a ranga tego problemu rośnie i będzie rosła. Zapadalność na cho-



prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi

roby allergiczne wzrasta. Według ostatnich badań epidemiologicznych Amerykańskiej Akademii Alergologii 52% populacji amerykańskiej wykazuje objawy różnego rodzaju nadwrażliwości allergicznej. W Polsce ocenia się, że dotyczy to 1/3 populacji. Stoimy przed ogromnym problemem. Choroby allergiczne i ich nasilenie, jakie obserwujemy, są jednym z największych problemów, przed jakimi staje współczesna medycyna.

Disponujemy bardzo dobrymi badaniami epidemiologicznymi, które dobrze obrazują skalę obserwowanego zjawiska. I tak np. na początku ubiegłego wieku w Szwajcarii, zapadalność na pyłkowicę w tamtejszej populacji wynosiła poniżej 1%, obecnie prawie 20% Szwajcarów cierpi na to schorzenie. Liczba chorych z powodu astmy atopowej w wielu krajach podwoiła się w ciągu ostatnich 10 lat. W ten niemal epidemiczny wzrost zapadalności na choroby allergiczne wpisuje się w istotny sposób alergia na pokarmy. A trzeba pamiętać, że najczęstszą przyczyną nagłych zgonów powodowanych tzw. wstrząsem anafilaktycznym jest prowokowanych właśnie przez pokarm. Zgony z powodu nadwrażliwości na pokarm są o wiele częstsze niż np. zgony z powodu nadwrażliwości na jad owadów błonkoskrzydłych.

Redakcja: Skąd ta narastająca epidemia różnego rodzaju alergii?

Prof. Bartuzi: Odpowiedź na to pytanie jest trudna i niejednoznaczna. Uważa się, że ma na to wpływ wiele czynników. Na pewno istotne znaczenie ma zmiana trybu życia, zmiana sposobów żywienia, skład spożywanych przez nas alergenów, powszechnie stosowane antybiotyki, szczepienia ochronne. Te wszystkie czynniki mają wpływ na nasz układ immunologiczny, na nasz układ odpornościowy - nie zawsze pozytywny. Przypomnę sformułowaną przed kilkunastu laty tzw. teorię higieniczną, na słuszność, której mamy coraz więcej dowodów, a która najprościej mówiąc dowodzi, że im więcej czystości, sterylności wychowywania dzieci, tym łatwiej ujawnia się nadwrażliwość allergiczna. W środowisku wiejskim, mimo że stężenie pyłków roślinnych jest o wiele wyższe i możliwość

Główna cecha mojego charakteru: empatia, a także upór i pracowitość
Cechy, których szukam u kobiety: ciepło, przy którym można się ogrzać
Co cenię najbardziej u przyjaciół: lojalność

Moja główna wada: czasami jestem chyba zbyt wymagający w stosunku do innych osób

Moje ulubione zajęcia: spacerować z psami po lesie, jazda na rowerze

i w ogóle czynny wypoczynek

Moje marzenie o szczęściu: poczucie satysfakcji z osiągniętych celów,
Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk: nie przepadam za zmijami, które pojawiają się w moim leśnym ogrodzie.

Co byłoby dla mnie nieszczęściem: utrata kogoś bliskiego

Kim (lub czym) chciałbym być, gdybym nie był tym, kim jestem: nie mógłbym być nikim innym

Kiedy kłamię: czasami, kiedy wiem, że prawda może zaszkodzić choremu

Słowa, których nadużywam: myślę, że takich nie ma

Ulubieni bohaterowie literaccy: Sherlock Holmes

Ulubieni bohaterowie życia codziennego: Jan Paweł II

Czego nie cierpię ponad wszystko: kłamstwa, nielojalności, niechlujstwa i braku higieny osobistej

Moja dewiza:

Per aspera ada stra
(Przez trud do celu)

Dar natury, który chciałbym posiadać: wirtuozeria skrzypiec

Jak chciałbym umrzeć: wśród bliskich, śmiercią nagłą w wieku 100 lat

Obecny stan mojego umysłu: pełna równowaga

Błędy, które najłatwiej wybaczam: nieumyślne pomyłki



prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi i pielęgniarka Bożena Głowczewska w Pracowni Endoskopii

kontaktu z wszelkimi infekcjami bakteryjnymi, czy pasożytniczymi jest duża, zapadalność na choroby alergiczne jest mniejsza niż w środowisku miejskim. Okazuje się także, że przebywanie ze zwierzętami w okresie dzieciństwa działa prewencyjnie na wystąpienie alergii, niż ich brak o ile oczywiście dziecko nie wykazuje objawów nadwrażliwości od najwcześniejszych lat.

W 2002 r. Szwedzi przeprowadzili badania, które wywołały poruszenie nie tylko w środowisku alergologów. W sposób losowy dobrano dwie, liczące po sto kilkadziesiąt osób, grupy dzieci jednorodnych pod względem wieku, płci itd. ze Szwecji oraz zamieszkujących obszary południowej Sahary w Sudanie. Okazało się, że te dwie grupy różniły się w sposób istotny jedną cechą, mianowicie w grupie dzieci szwedzkich choroby alergiczne występowały u większości natomiast dzieci sudańskie nie wykazywały żadnych objawów alergii. Dzieci sudańskie różniły się ponadto tym, że nigdy nie brały antybiotyków, były zakażone pasożytami i nigdy nie były szczepione w przeciwieństwie do wychowywanych w sterylnych warunkach dzieci szwedzkich. I był to dodatkowy argument dla teorii higienicznej. Autorzy udowodnili, że wszystkie te tzw. czynniki środowiskowe mają wpływ na różnice w stężeniu określonych cytokin a także liczbie tzw. limfocytów regulatorowych, co przekłada się na gotowość do wystąpienia choroby alergicznej.

Redakcja: Wiemy, że Pan Profesor badał również związek pomiędzy infekcją *Helicobacter pylori* a nadwrażliwością na pokarmy...

Prof. Bartuzi: To prawda, zajmowałem się związkiem pomiędzy zakażeniem bakterią *Helicobacter pylori* a nadwrażliwością alergiczną na pokarm. Był to temat mojej pracy habilitacyjnej. *Helicobacter pylori* jest bakterią, którą obwinia się za wiele różnych patologii, nie tylko gastrycznych. Kardiologowie sugerują, że jej obecność ma wpływ na miażdżycę, dermatologowie – na pokrzywkę i tzw. łupież pstry, reumatologowie – na reumatoidalne zapalenie stawów itd. Dlatego podjąłem działania, mające na celu sprawdzenie, czy zakażenie *Helicobacter pylori* wpływa w jakiś istotny sposób na stopień uszkodzenia błony śluzowej żołądka u osób z alergią pokarmową. Porównałem grupę osób zakażonych bakterią z alergią pokarmową z grupą nie zakażonych

Helicobacter pylori, również cierpiących na alergię pokarmową. Wnioski wyraźnie wykazały, że w przypadku infekcji *Helicobacter pylori* następuje potencjalizacja uszkodzenia tkanek przewodu pokarmowego u alergika. Przewlekły nieżyt błony śluzowej żołądka w połączeniu z *Helicobacter pylori* zwiększa stopień uszkodzenia, czego można się było spodziewać. Jednakże istnieją prace na ten temat, które sugerują, że *Helicobacter pylori* działa ochronnie, lub że alergię pokarmową zapobiega infekcja *Helicobacter pylori*, stąd sprawdzenie tego faktu na dużej grupie osób miało istotne znaczenie dla problemu. Praca ukazała się drukiem również za granicą.

Redakcja: W plebiscycie *Expressu Bydgoskiego* w 1999 r. zespół Kliniki uhonorowano nagrodą Redakcji w postaci „Złotego stetoskopu”, figurką bydgoskiej „Luczniczki” i dyplomem uznania dla najlepszej i najzyczliwszej dla ludzi chorych placówki lecznictwa zamkniętego woj. kujawsko-pomorskiego. Do tej pory cieszy się ona wielkim uznaniem bydgoszczan.

Prof. Bartuzi: Tak, w przedostatnim roku kierowania Kliniką przez prof. Romańskiego pacjenci zgłosili nas do konkursu i zdobyliśmy tzw. Złoty Stetoskop. Klinika była przed remontem, panowały nienajlepsze warunki pobytowe, dlatego ze zdziwieniem przyjęliśmy tak ogromną liczbę głosów od pacjentów. Widocznie liczyło się merytoryczne podejście zespołu do chorych.

Redakcja: Czyli to kwestia odpowiedniego zespołu? W jaki sposób Pan Profesor dobiera

współpracowników i jak ocenia Pan własny zespół?

Prof. Bartuzi: Jestem kierownikiem od kilkunastu miesięcy, a więc zespół nie zmienił się. Pracujemy wspólnie od wielu lat. Zespół jest mieszanką doświadczenia i młodości. Doświadczenie to 6 alergologów, którzy pracują na stałe w Klinice, po części na etacie akademickim, po części na etacie szpitalnym, wśród nich są starsi wykładowcy, adiunkci i asystenci. Jest grupa lekarzy rezydentów, którzy zdobywają u nas specjalizację, jak również studenci studiów doktoranckich. Zespół jest spory. Moją ideą, którą już wprowadzam w życie jest podział zespołu na grupy badawcze, zgodne z indywidualnymi zainteresowaniami, które realizują określone prace naukowe i diagnostyczne. Poza zapleczem typowo leczniczym, w Klinice znajduje się sześć pracowni diagnostycznych, w tym m.in. Pracownia Immunologii Klinicznej, Endoskopii i Ultrasonografii, Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, Pracownia Nebulizacji. Nebulizacja to nowoczesna forma terapii współcześnie stosowana w leczeniu duszności typu astmatycznego poprzez podawanie leków drogą wziewną w specjalnych komorach. Pacjentowi w okresie zaostrzenia astmy podaje się leki nie dożylnie czy doustnie, tylko bezpośrednio do narządu dotkniętego procesem chorobowym. Po sesji w komorze pacjent otrzymuje leki do stosowania domowego, również w postaci inhalatorów. Zdecydowanie daje to lepsze efekty i tak zaczyna się leczyć astmę w nowoczesnych klinikach alergologicznych na całym świecie.

Redakcja: Wiadomo nam, że wraz z prof. Romańskim pracował Pan w Polsce i Anglii nad szczepionką przeciwalergiczną. Czy możemy prosić o kilka słów przybliżających jej charakterystykę i wyniki badań?

Prof. Bartuzi: Propozycję pracy nad szczepionką przedstawił nam prof. Sandworth z Cambridge. Pracowaliśmy nad nią z prof. Romańskim jako jedyny ośrodek w Polsce. Badania rozpoczęły się w 1993 roku i trwały przez trzy lata. Obejmowały grupę chorych z alergią pokarmową i pyłkowicą. Podawaliśmy im szczepionkę w odstępach 4-tygodniowych. Wyniki były zaskakująco dobre. Na tyle dobre, że po ich przedstawieniu na Europejskim Kongresie Alergologicznym a także pierwszych publikacjach, które ukazały się w renomowanych, zachodnich czasopiśmie medycznych zaproponowano nam udział w programie Discovery Sciences. Było to duże przeżycie nie tylko dla mnie, ale dla całego naszego ośrodka, kiedy w Klinice pojawiła ekipa telewizyjna ze Stanów Zjednoczonych a potem, po kilku miesiącach mogliśmy śledzić premierę telewizyjną tego nagrania.

Ostatnio historia zatoczyła koło i z satysfakcją mogę powiedzieć, że szczepionka znalazła się w sprzedaży, zarejestrowano ją w USA i Australii i czyni się starania o zarejestrowanie

jej w niektórych krajach europejskich, m. in. w Polsce. Szczepionka wróciła do naszej Kliniki na badania w poszczególnych grupach chorych. W tej chwili badamy ją wśród chorych z astmą ciężką. Idea szczepionki polega na tym, że zawierając przeciwciała anty IgE „wygasza” ona wszelkiego typu reakcje alergiczne, niezależnie od tego, na co się jest uczulonym.

Redakcja: Jesteśmy ogromnie zaskoczeni fantastycznym przeobrażeniem Kliniki Pana Profesora. Jej oblicze zmieniło się diametralnie. To jedna z najnowocześniejszych i najpiękniejszych klinik, jakie widzimy w szpitalach związanych w Uczelnią. Jak doszło do gruntownego remontu i przebudowy Kliniki?

Prof. Bartuzi: Remont to największy sukces, jaki udało mi się osiągnąć w ciągu tych kilkunastu miesięcy kierowania Kliniką i to sukces spektakularny. O podobny remont zabiegali moi poprzednicy przez kilkadzie-

wana dzięki środkom przeznaczonym na remont szpitala przez Urząd Marszałkowski, za co jeszcze raz dziękujemy. Również z Urzędu Marszałkowskiego zostały zakupione monitory do sali intensywnego nadzoru, kupiono również sprzęt do Pracowni Endoskopowej i nowy ultrasonograf do Pracowni Ultrasonograficznej. Również udało się pozyskać środki z Collegium Medicum na remont i wyposażenie sali dydaktycznej.

Redakcja: W jaki sposób Klinika funkcjonowała podczas kilku miesięcy remontu? Co działo się z pacjentami i personelem?

Prof. Bartuzi: Remont rozpoczął się w październiku 2006 roku i właśnie się zakończył. Funkcjonowanie Kliniki było możliwe dzięki życzliwości kierowników innych klinik Uczelni działających na terenie Szpitala im. Bizieła. Prof. Arkadiusz Jawień, kierujący Katedrą i Kliniką Chirurgii Ogólnej, udostępnił część

Redakcja: Co Pan Profesor sądzi o przekształceniu Szpitala im. Bizieła w szpital uniwersytecki?

Prof. Bartuzi: Uważam, że są to działania jak najbardziej celowe. Jestem o tym od dawna przekonany. Na co dzień obserwuję liczbę studentów przewijających się przez nasz szpital i jest to ogromne obciążenie dydaktyczne. Trzeba pamiętać, że są to nie tylko studenci Wydziału Lekarskiego, ale również kilkutyśięczna rzesza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu, którzy odbywają tu znaczną liczbę seminariów i ćwiczeń z przedmiotów klinicznych. W moim przekonaniu przekształcenie Szpitala w Szpital Uniwersytecki jest głęboko uzasadnione. W ten sposób trafiłyby do niego pieniądze nie tylko z Ministerstwa Zdrowia, ale także z Ministerstwa Nauki, co poszerzyłoby możliwości kształcenia studentów. Pomogłoby także wsparcie przez władze Uczelni, podobne jak w przypadku Szpitala im



dr Ewa Gawrońska i pielęgniarka Ewa Chrzaniecka w Pracowni Badań Czynnościowych Układu Oddechowego



Dr Krzysztof Pałgan w Sali intensywnego nadzoru

siat lat. Klinika, nie licząc powierzchniowych kosmetycznych, odmalowań, nie była remontowana od chwili powstania. Obecnie został przeprowadzony bardzo gruntowny remont, zgodnie z normami Unii Europejskiej jakie obowiązują tego typu placówki na terenie Unii, które zaczną obowiązywać w Polsce od roku 2010 w tego typu jednostkach. Poza miłym dla oka wyglądem, ciepłym i słonecznym, Klinika jest zaopatrzona w elektroniczne przywoływanie we wszystkich miejscach, do których udaje się pacjent. Ponadto posiada doskonale wyposażoną salę intensywnego nadzoru, gdzie prowadzimy immunoterapię pacjentów uczulonych na jąd owadów błonkoskrzydłych, a także pacjentów z nadwrażliwością na pokarm zagrożonych wstrząsem anafilaktycznym.

Redakcja: Jeśli można spytać, skąd znalazły się pieniądze na tak gruntowny remont i wzmocnienie sprzętu diagnostycznego?

Prof. Bartuzi: Klinika została wyremonto-

swego oddziału, tj. 21 łóżek, co pozwoliło nam na realizację kontraktu z NFZ, a w sytuacjach szczególnie trudnych, gdy napływ pacjentów był duży, pomagała nam także Klinika Gastroenterologii, Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych prof. Macieja Świątkowskiego. Życzliwość wielu osób sprawiła, że mogliśmy przetrwać 5 miesięcy remontu. Grupa lekarzy w trakcie specjalizacji w tym czasie odbywała wymagane staże, a część z nas pracowała w Wojewódzkiej Poradni Alergologicznej, w której mamy zakontraktowane 25 tys. porad rocznie – dodam w tym miejscu, że to największa tego typu poradnia w województwie.

W tej chwili Klinika liczy 40 łóżek, część z nich jest zakontraktowana jako internistyczne, część jako alergologiczne. Sądzę, że to optimum, które pozwala nam funkcjonować i realizować kontrakt z NFZ, choć z uwagi na duży napływ chorych, również z innych województw, będę apelował o zwiększenie kontraktu, zwłaszcza w zakresie alergologii i immunologii klinicznej.

dr. Jurasza. Również stopień referencyjności kontraktu NFZ w przypadku szpitala uniwersyteckiego byłby prawdopodobnie wyższy niż w przypadku szpitala wojewódzkiego. Szpital Bizieła jest nieźle zarządzany, w międzyczasie doszło do wielu zmian restrukturyzacyjnych i w ich efekcie długi szpitala nie rosną lawinowo jak niegdyś.

Redakcja: Jak Pan Profesor sądzi, jak po przekształceniu poradziłyby sobie oddziały szpitalne, z których część nie ma ambicji naukowo-dydaktycznych?

Prof. Bartuzi: Nie ma presji ze strony władz Uczelni, aby zmieniać struktury i kierownictwo jednostek. Zgodnie z ustawą oddziałem klinicznym może kierować także osoba ze stopniem doktora. Nie wszystkie jednostki muszą funkcjonować jako Kliniki. Jestem pewien, że z chwilą przekształcenia szpitala w szpital uniwersytecki większość kolegów, których osobiście znam i cenię, miałaby ambicje, a także chęci nie tylko dzielić się do-

świadczeniem w zakresie dydaktyki, ale także rozwijać się naukowo.

Redakcja: *Jest Pan dziekanem dynamicznie rozwijającego się Wydziału Nauk o Zdrowiu. Jest to najmłodszy Wydział dawnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, obecnie Collegium Medicum UMK, a jego historia jest równie frapująca jak rozwojowa. Czy może nam Pan Profesor przypomnieć najważniejsze fakty z historii swojego Wydziału?*

Prof. Bartuzi: Wydział w ciągu 9 lat istnienia rozwinął się z niewielkiej jednostki, posiadającej 12 samodzielnych pracowników naukowych i kształcącej zaledwie 141 studentów w znakomicie rozwijający się ośrodek naukowo-dydaktyczny. Prowadzimy nauczanie na poziomie licencjackim i magisterskim na trzech, a od przyszłego roku akademickiego 2006/2007 na pięciu kierunkach: pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, fizjoterapia, ratownictwo medyczne i dietetyka. W roku akademickim 2006/2007 studia na Wydziale podjęło 2599 studentów.

Na Wydziale funkcjonuje 28 katedr z 7. klinikami i 43. zakładami. W skład rady Wydziału wchodzi 8. profesorów nauk medycznych, 5. profesorów z innych dziedzin i 20. doktorów habilitowanych (w tym 2. z innych dziedzin niż nauki medyczne). Na Wydziale zatrudnionych jest ponadto 28 doktorów na stanowiskach adiunktów i 22 osoby na stanowiskach asystentów. Część z bardzo licznej grupy adiunktów w stosunkowo krótkim czasie uzyska stopnie naukowe doktorów habilitowanych. W podobnej sytuacji znajduje się grupa asystentów, z której wielu ma już otwarte przewody doktorskie.

W katedrach i klinikach Wydziału prowadzone są fundamentalne badania dotyczące teoretycznych i praktycznych podstaw diagnostyki i leczenia, profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz promocji zdrowia. Pielęgnacja chorych zajmuje szczególne miejsce – jako utrwalanie efektów oddziaływań chirurgicznych, farmakologicznych i fizjoterapeutycznych oraz jako autonomiczny instrument troski o kondycję psychofizyczną człowieka.

Jak widać w okresie 9 lat, które upłynęły od jego powołania trwa szybki i dynamiczny rozwój Wydziału pod względem naukowym, kadrowym, dydaktycznym i organizacyjnym.

Redakcja: *W ubiegłym roku, w kategorii jednostek naukowych dla „Nauk medycznych” Komisja Badań na Rzecz Rozwoju Nauki Rady Nauki po raz pierwszy przyznała naszemu Wydziałowi Nauk o Zdrowiu liczącą się kategorię drugą. Co w największej mierze wpłynęło na ten sukces?*

Prof. Bartuzi: To ogromny sukces Wydziału. Wśród tego typu wydziałów w Polsce jest to jedna z najwyższych kategorii. Wśród kategorii istnieje także ranking, w którym wyprzedził nas tylko podobny Wydział Uniwersytetu Jagiellońskiego o 40-letniej tradycji. Zabrakło

nam 1 punktu, by znaleźć się w kategorii 1. Z przykrością muszę jednak powiedzieć, że niestety w tym roku przydzielono nam takie same pieniądze na działalność statutową jak w latach poprzednich, kiedy to nie mieliśmy żadnej kategorii. Nasuwa się pytanie, jaki jest sens przyznawania kategorii, jeśli za nią nie idą pieniądze? Działła to deprymująco na zespół i w moim przekonaniu jest głęboko niesprawiedliwe. Sądzę jednak, że odwołanie, które napisaliśmy wspólnie z Panem Prorektorem Tretnym przyniesie pozytywny skutek.

Redakcja: *Jeśli odwołanie nie zostanie rozpatrzone pozytywnie, czy porównywalny z rokiem ubiegłym budżet nie zakłóci funkcjonowania Wydziału?*

Prof. Bartuzi: Nie, nie sądzą. Będąc dziekanem od 5 lat z przyjemnością obserwuję, że wśród osób zatrudnionych na Wydziale istnieje ogromna rzesza ludzi młodych, ambitnych, którzy stawiają przed sobą cele i je realizują. Spora grupa osób ubiega się o granty, dawniej KBN-owskie, dziś Ministerstwa Nauki, starając się o pieniądze na badania bezpośrednio z Ministerstwa.

Redakcja: *Wydział Nauk o Zdrowiu wciąż poszerza swoją ofertę dydaktyczną. Niedawno pojawił się kierunek fizjoterapia czy specjalność organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia na kierunku zdrowie publiczne. Czy w przyszłości myślicie Państwo o wprowadzeniu nowych specjalności lub kierunków?*

Prof. Bartuzi: Niedawno wystąpiliśmy o utworzenie specjalności elektroradiologii z ofertą na studia stacjonarne, jak i niestacjonarne, którą planujemy wprowadzić od września tego roku. To inicjatywa wynikająca z zapotrzebowania poszczególnych jednostek, ponieważ brakuje tego typu specjalistów w pracowniach zabiegowych. Potrzeba tej specjalności wynika z braku elektroradiologów licencjonowanych na rynku pracy.

Co ważniejsze, decyzją Ministra Zdrowia z ubiegłego roku specjalności, które dotychczas mieściły się na kierunku zdrowie publiczne, takie jak dietetyka i ratownictwo medyczne, stają się kierunkami. Dlatego od nowego roku akademickiego nie będziemy przyjmowali studentów na specjalność dietetyka, czy ratownictwo medyczne na kierunku zdrowie publiczne, ale na osobne kierunki: dietetyka (studia dwustopniowe) i ratownictwo medyczne (studia jednostopniowe).

Myślimy także o otwarciu w roku akademickim 2008/2009 nowego kierunku – położnictwo. Istnieje duże zapotrzebowanie na kształcenie położnych, a w naszym regionie brakuje szkoły wyższej mającej w ofercie kształcenie na takim kierunku.

Redakcja: *Czy możemy prosić Pana Profesora o kilka słów na temat byłego Wydziału Zamiejscowego we Włocławku? Dlaczego przestał istnieć?*

Prof. Bartuzi: Oddział zamiejscowy we Włocławku został powołany za czasów dziekana Andrzeja Dziedziczko decyzją Rady miasta Włocławek i ówczesnych władz Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W świetle późniejszych przepisów nie spełniał kryteriów przyjmowanych przez Ministerstwo względem filii – do której powinna być przydzielona połowa liczby pracowników stanowiących minimum kadrowe dla jednostki macierzystej. I tak, jeśli Wydział miał minimum 12 samodzielnych pracowników naukowych, filia powinna mieć 6 pracowników, nie przypisanych do Uczelni macierzystej. Jak wiele jednostek w Polsce Oddział Zamiejscowy ze Włocławku nie spełniał tych kryteriów. Byłem dziekanem drugi miesiąc, kiedy przyjechała Komisja Akredytacyjna i wytknęła tę nieścisłość, co było dla mnie ogromnym przeżyciem. Przewodnicząca Komisji wniosła o zamknięcie Oddziału, co też się stało. Nie prowadzimy działalności dydaktycznej we Włocławku już od kilku lat.

Redakcja: *Jak ocenia Pan Profesor możliwości związane z projektami unijnymi? Collegium Medicum rozpoczęło niedawno realizację projektu pt. „Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących pielęgniarów w województwie kujawsko-pomorskim”, który to projekt obejmuje przeprowadzenie niestacjonarnych studiów I-go stopnia tzw. „pomostowych” na kierunku pielęgniarstwo w okresie od września 2006 roku do marca 2008 roku. Co sądzi Pan Profesor o tymże projekcie i jego wymiernych korzyściach?*

Prof. Bartuzi: To spory sukces Wydziału, ponieważ nie wszystkie uczelnie weszły do tegoż projektu, z którym wiązały się duże pieniądze. Dzięki niemu pielęgniarki, które zdając egzaminy nie wiedziały, że nie będą płacić za studia, rzeczywiście za nie nie płacą, otrzymały również zakupione przez nas podręczniki. To ogromna pomoc dla tej grupy zawodowej, która nie jest zbyt majątna. Był to pierwszy projekt unijny Collegium Medicum, który pilotowała mgr Agnieszka Kruk.

Redakcja: *W Collegium Medicum ruszył drugi z projektów unijnych, prowadzony przy Bibliotece Medycznej. To Regionalne Centrum Informacji Medycznej, którego głównym celem jest umożliwienie pracownikom służby zdrowia korzystania z baz pełnotekstowych online. Stał się Pan Profesor pierwszym czynnym jego beneficjentem...*

Prof. Bartuzi: Z wielką radością muszę powiedzieć, że inicjatywa Biblioteki Medycznej powołania RCIM jest strzałem w przysłowiową dziesiątkę. To program skierowany do ludzi zajmujących się nauką i możliwość korzystania z badań publikowanych w najnowszej literaturze on-line, prosto z domu, to rzecz, którą trudno przecenić. Muszę gorąco zareklamować RCIM i mam nadzieję, że projekt będzie trwał po zakończeniu finansowania przez EFS w 2008 roku.

Redakcja: Wracając do osiągnięć Wydziału Nauk o Zdrowiu, czy istnieje szansa, że wkrótce Wydział nabędzie prawa do doktoryzacji?

Prof. Bartuzi: Od kilkunastu miesięcy Wydział czyni starania o uzyskanie prawa do doktoryzacji. Złożyliśmy wniosek do Komisji Centralnej, która przesłała go do Rady Głównej Ministerstwa Nauki. Jestem przekonany, że nasz wniosek, który spełnia wszystkie kryteria pozwalające na uzyskanie tego prawa, spotka się z przychylną opinią Rady. Przecież zostaliśmy ocenieni przez ekspertów Ministerstwa Nauki jako drugi w Polsce pod względem naukowym Wydział Nauk o Zdrowiu. Spełniamy kryteria, co do kadry, jej specjalizacji, bazy dydaktycznej, mamy znaczne osiągnięcia naukowe itp. nie tylko na poziomie prawa do doktoryzacji, ale i habilitacji. Mamy 40 samodzielnych pracowników nauki, w tym kilkunastu profesorów tytularnych.

Redakcja: Czy w dynamicznym rozwoju Wydziału upatruje Pan Profesor jakąś zasługę połączenia z UMK? Jakże, z perspektywy kilku lat, widzi Pan Profesor plusy i minusy połączenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu?

Prof. Bartuzi: Dynamiczny rozwój Wydziału Nauk o Zdrowiu dokonywał się na długo przed przyłączeniem dawnej AM do Uniwersytetu. I jest to przede wszystkim efekt starań ludzi tu pracujących. Z całą odpowiedzialnością jednak mogę powiedzieć, że Wydział ma życzliwe i efektywne wsparcie we władzach Uniwersytetu. Wciąż istnieją głosy za i przeciw tej fuzji. I to jest normalne, że o tym się dyskutuje. Staram się być człowiekiem, który szuka zawsze tego, co łączy a nie dzieli. Wszyscy uczymy się nowej roli. CM funkcjonuje zupełnie w innych realiach niż AM. Nowe prawo o szkolnictwie wyższym pozwala na większą swobodę wydziałów.

Redakcja: Czy na koniec możemy prosić kilka słów o rodzinie Pana Profesora?

Prof. Bartuzi: No cóż, w tym roku przypada dość okrągła rocznica pożycia małżeńskiego. Mam syna Filipa i córkę Marcelinę. Rodzina stanowi dla mnie duże oparcie i powód do dumy.

Redakcja: Jeśli można, chcielibyśmy również spytać o genealogię nazwiska, jako że jest niezwykle oryginalne...

Prof. Bartuzi: Geneologia nazwiska sięga czasów powstania styczniewego. Nazwisko jest pochodzenia włoskiego i wiąże się właśnie z emigracją włoską w tamtym czasie.

Redakcja: Słyszeliśmy również o uzdolnieniach artystycznych Pana Profesora...

Prof. Bartuzi: Uczęszczałem do muzycznej Szkoły Podstawowej, grając na skrzypcach. Ale daleko mi do perfekcji w tym zakresie. Ponadto lubię malować dla przyjemności, zwłaszcza portrety. Był nawet taki okres w moim życiu, że rozważałem pójście na studia artystyczne. Na szczęście tak się nie stało, z pożytkiem dla sztuki.

Dziękujemy za rozmowę. Raz jeszcze gratulujemy sukcesów zarówno na polu uprawianej przez Pana Profesora działalności naukowej jak i organizacyjnej w Klinice i na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Ze strony Wiadomości Akademickich wywiad prowadzi Monika Kubiak i Krzysztof Nierzwicki.

Kronika wydarzeń

Wydarzenia z Collegium Medicum

14 grudnia 2006 roku odbyła się kolejna Wampirjada, akcja promująca honorowe krwiodawstwo wśród studentów, organizowana przez Niezależne Zrzeszenie Studentów UMK, którą wspiera Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy.

W dniu 17 lutego 2007 roku w wieżowcu Klinicznego Centrum Pediatrii w godz. 10.30 - 14.30 odbyła się akcja pozyskiwania dawców szpiku kostnego, pod patronatem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Banku Dawców Szpiku przy Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Władze i społeczność Collegium Medicum zapraszają na cotygodniowe wykłady (wstęp wolny) z dziedziny podstawowych nauk medycznych. Pierwszy wykład „Od kamiennego ostrza do laparoskopu czyli historia chirurgii” prowadzony przez dr. Wojciecha Szczęsnego odbył się 28.02.2007.

11 marca 2007 r. w godzinach 11.00 - 15.00. podczas „Drzwi otwartych” odbyło się spotkanie kandydatów na studia z władzami Collegium Medicum. Kandydaci mogli uzyskać pełną informację na temat zasad rekrutacji na wszystkie kierunki studiów, programów i planów zajęć na poszczególnych kierunkach studiów, praktyk studenckich oraz informacje na temat warunków socjalno-bytowych studentów Collegium Medicum. Podczas „Drzwi

otwartych” miały również miejsce spotkanie ze studentami z organizacji studenckich działających w Collegium Medicum oraz zwiedzanie zakładów nauk podstawowych.

Dnia 29 marca 2007 roku w godzinach 10.00-14.00. w holu budynku A na ul. Jagiellońskiej 13 odbyły się pierwsze Bydgoskie Targi Pracy OFFerty 2007.

Wydarzenia z UMK

Dnia 19 lutego 2007 roku Uniwersytet Mikołaja Kopernika obchodził kolejną rocznicę urodzin patrona. Na gali w Auli UMK gościł prof. Stefan Jurga, wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego, który chwalił toruńską szkołę za szybki rozwój w latach 90. Wręczono także odznaczenia państwowe oraz medale Komisji Edukacji Narodowej. Poza tym 43 osoby otrzymały dyplomy doktorów habilitowanych, a 189 - dyplomy doktorów.

Również 19 lutego 2007 roku władze uczelni otworzyły kompleks nowych budynków Wydziału Matematyki i Informatyki, który powstał na zapleczu dawnego gmachu - równoległe do ulic Fredry, Krasińskiego i Moniuszki przy ul. Chopina.

Tytuł profesora

22 stycznia 2007 roku tytuł profesora otrzymała Małgorzata Tafil-Klawe, kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka i Prorek-

tor ds. Collegium Medicum.

22 stycznia 2007 roku tytuł profesora otrzymał Roman Junik, kierownik Katedry Endokrynologii i Diabetologii.

Z Biblioteki

W styczniu 2007 roku Pracownia Komputerowa Biblioteki Medycznej została połączona z Czytelnią Czasopism i przeniesiona do nowego pomieszczenia na parterze budynku Biblioteki.

Ruszyło Regionalne Centrum Informacji Medycznej - w lutym 2007 roku założono pierwsze konta, umożliwiające beneficjentom korzystanie z baz on-line.

Nagrody i wyróżnienia

11 lutego 2007 roku prof. Aleksander Araszkievicz, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy został laureatem nagrody im. św. Kamila - patrona chorych oraz pracowników służby zdrowia.

Sympozja

20 marca 2007 roku w godzinach 13:00-15:00 miał miejsce pierwszy wykład z cyklu Akademii Farmaceuty zatytułowany „Marketing i zarządzanie- nowoczesne narzędzia współczesnego farmaceuty (Jolanta Borowa) - uczestniczyło w nim ponad 100 osób.

Święto Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

www.aktualnosci.uni.torun.pl

UMK uroczysto świętuje każdą rocznicę urodzin swojego patrona - Mikołaja Kopernika. Tegoroczne obchody tradycyjnie rozpoczęły się od złożenia kwiatów pod pomnikiem najslawniejszego toruńskiego astronoma. Potem władze, senat, pracownicy i goście uczelni, m.in. politycy, samorządowcy i duchowni, zebrał się w Auli UMK na Bielanych. - Uniwersytet Mikołaja Kopernika jest instytucją, która w przyszłości będzie stanowiła o nowoczesności naszego kraju - mówił podczas uroczystości prof. Andrzej Jamiołkowski, rektor UMK.

Szef toruńskiej uczelni zapowiedział, że na Bielanych wkrótce powstaną kolejne uniwersyteckie obiekty: Collegium Humanisticum, Centrum Optyki Kwantowej i Centrum Nowoczesnych Technologii. - Ostatni z nich stanie się ważnym ośrodkiem badań

interdyscyplinarnych w dziedzinie biomedycyny, nanotechnologii i kognitywistyki. W przyszłości naukę i pracę w nim znajdzie ok. 300 doktorantów z kraju i zagranicy - mówił Jamiołkowski.

wyższego, który chwalił toruńską szkołę za szybki rozwój w latach 90. i konsekwentne umacnianie silnej pozycji wśród europejskich uczelni. - Ten czołowy ośrodek akademicki w kraju wyraźnie wpisuje się w rozwój polskiej nauki - mówił. - Finansowanie uczelni w tym roku będzie o 8 proc. większe niż w poprzednim. W latach 2007-2013 mamy prawie 5 mld euro na szkolnictwo wyższe. Przy podziale tych środków na pewno nie zapomnimy o UMK.

W auli wręczono także odznaczenia państwowe oraz medale Komisji Edukacji Narodowej. Poza tym 43 osoby otrzymały dyplomy doktorów habilitowanych, a 189 - dyplomy doktorów.

Dzień wcześniej, 18 lutego o godz. 17.00 w Auli UMK, z okazji Święta Uczelni odbył się Koncert Uniwersytecki z udziałem Chóru Akademickiego UMK, Chóru Wydziału Teologicznego „Tibi Domine”, Toruńskiej Orkiestry Symfonicznej pod dyrekcją Jerzego Salwarowskiego.



Święto Uczelni, fot. Piotr Kurek

Na gali w Auli UMK gościł prof. Stefan Jurga, wiceminister nauki i szkolnictwa

Orkiestry Symfonicznej pod dyrekcją Jerzego Salwarowskiego.

Nowy budynek Matematyki UMK

www.aktualnosci.uni.torun.pl

Władze uczelni w dniu jej święta otworzyły kompleks nowych budynków wydziału matematyki i informatyki, który powstał na zapleczu dawnego gmachu - równoległe do ulic Fredry, Krasińskiego i Moniuszki przy ul. Chopina 12/18. Ze starym połączony jest za pomocą galerii.

Budowę rozpoczętą we wrześniu 2005 r. zakończono w grudniu 2006 roku. W nowym skrzydle o łącznej powierzchni 5817,63 m² znalazła się sala wykładowa na 350 miejsc, kompleks 10 specjalizowanych laboratoriów, sala konferencyjna dla Regionalnego Studium Edukacji Informatycznej z zapleczem

techniczno-administracyjnym, 40 pokoi do pracy dla pracowników Wydziału i Studium wraz z zapleczem technicznym, zaplecze dla niepełnosprawnych (podjazdy, winda, toalety, przystosowane laboratoria), hole i łączniki komunikacyjne, a także parking i ogrodzenie. Ogólna wartość inwestycji wynosi 15.869.765,96 zł - na tę kwotę składają się środki z Unii Europejskiej przyznane w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (75%), z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego (16,21%), z budżetu Państwa - Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (4,40%) oraz z budżetu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (4,39%).

W nowym gmachu na uwagę zasługuje też wyposażenie trzech laboratoriów Regionalnego Studium Edukacji Informatycznej w nowoczesny sprzęt firmy CISCO, „Galeria Wydziału Matematyki i Informatyki” - hol komunikacyjny, będący jednocześnie miejscem ekspozycji prac pracowników i studentów Wydziału Sztuk Pięknych, a także „amfiteatr” przy nowej auli Wydziału. W piwnicach kompleksu znalazł ponadto swoje miejsce klub studencki i bar.



Nowy budynek Matematyki, fot. Piotr Kurek

Wampiriada

oprac. Monika Kubiak

14 grudnia 2006 r. odbyła się kolejna Wampiriada, akcja promująca honorowe krwiodawstwo wśród studentów, zorganizowana przez Niezależne Zrzeszenie Studentów UMK, którą wspiera Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnicstwa w Bydgoszczy.

Studenci oddawali krew w Auli B Collegium Medicum UMK przy ulicy Jagiellońskiej 13 w godz. 10.00-15.00.

Honorowy Patronat nad akcją objęła dr

hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK, prorektor ds. Collegium Medicum. 45 studentów i pracowników Collegium Medicum oddało łącznie 20 litrów i 250 ml krwi.

W ciągu dotychczasowych edycji Wampiriady udało się zebrać ponad 2 500 litrów krwi, a w samej akcji wzięło udział około 6.000 osób.



Wampiriada w Auli Collegium Medicum, grudzień 2006 r.

Akcja pozyskiwania dawców szpiku kostnego

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

W dniu 17 lutego w wieżowcu Klinicznego Centrum Pediatrii w godz. 10.30 - 14.30 odbyła się akcja pozyskiwania dawców szpiku kostnego, pod patronatem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Banku Dawców Szpiku przy Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Katedra i Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy jest w województwie kujawsko-pomorskim jedynym ośrodkiem kompleksowo diagnozującym i leczącym dzieci i młodzież z chorobą nowotworową. W wyniku wieloletnich starań, w grudniu 2001 roku przeniesiśmy się do nowego budynku, w którym zlokalizowane są kliniki leczące dzieci i młodzież do 20 roku życia. Jest to jedyny ośrodek w województwie zapewniający świadczenia medyczne z dziedziny pediatrii na poziomie III stopnia referencyjności.

Pomimo tego, że wyniki leczenia choroby nowotworowej u większości naszych małych pacjentów są coraz lepsze, u części z nich notujemy niepowodzenia. Dla niektórych dzieci jedynym ratunkiem jest przeszczep szpiku. W chwili obecnej przeszczepianie komórek krwiotwórczych jest rutynowym postępowaniem w leczeniu pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi, metabolicznymi, układu krwiotwórczego, odpornościowego i innych.

Co to jest transplantacja szpiku kostnego?

Transplantacja szpiku kostnego (TSK), a właściwie przeszczepienie macierzystych komórek hematopoetycznych od osoby zdrowej osobie chorej może uratować życie chorym na białaczkę oraz inne choroby układu krwiotwórczego. Szpik można przeszczepić pod warunkiem identyczności antygenów zgodności tkankowej tj. HLA dawcy i biorcy.

TSK to aktualnie najnowocześniejsza i najbardziej skuteczna metoda w terapii różnych chorób. TSK to przeszczepienie całości układu hematopoetycznego. Oznacza to, że po przeszczepie u biorcy szpiku do-

chodzi do „wymiany” wszystkich leukocytów, erytrocytów i płytek krwi wraz z ich prekursorami. Zjawisko to daje możliwości leczenia nie tylko chorób nowotworowych, ale również szeregu chorób, pozornie nie mających żadnego związku ze szpikiem kostnym. Lista chorób, które mogą być wyleczone dzięki transplantacji komórek hematopoetycznych aktualnie obejmuje: białaczki, niektóre inne

są komórki niektórych chorób nowotworowych (np. białaczek), ale także prawidłowe komórki ustroju np. komórki hematopoetyczne, nabłonek przewodu pokarmowego i komórki rozrodcze. Drugi proces to przeszczepienie komórek hematopoetycznych, które albo jest postępowaniem ratującym szpik kostny, ulegającym po megachemioterapii nieodwracalnemu zniszczeniu; albo jest elementem zastępującym niewydolny (np. w anemii aplastycznej) lub wadliwie działający element układu hematopoetycznego (np. defekt odporności, talasemia, leukodystrofia).

Transplantacja szpiku kostnego obejmuje przeszczepy autologiczne, allogeniczne od dawcy zgodnego w układzie HLA (rodzinnego lub niespokrewnionego) oraz allogeniczne od dawcy częściowo zgodnego w układzie HLA (haploidentyczne, od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego). Przeszczepy autologiczne wykonuje się głównie w leczeniu niektórych chorób nowotworowych. Istotą tego postępowania jest megachemioterapia. W przeszczepach allogenicznych istotą jest przeszczepienie komórek hematopoetycznych od zdrowego dawcy, natomiast megachemioterapia i zjawiska immunologiczne (typu reakcja przeszczep-przeciwko-białaczce lub przeszczep-przeciwko-gospodarzowi) mogą być dodatkowymi procesami umożliwiającymi wyleczenie pacjenta.

Komórki pobrane od dawcy, po odpowiednim przygotowaniu przetacza się osobie chorej w postaci infuzji do układu krążenia przez żyłę centralną. Hematopoetyczne komórki macierzyste mają zdolność osadzania się wyłącznie w szpiku kostnym (tzw. homing), w którym rozpoczynają normalną aktywność zmierzającą do rekonstrukcji układu hematopoetycznego w organizmie biorcy.

Ograniczenia transplantacji szpiku kostnego

TSK jest stosowana w sytuacjach kiedy zawiodło lub wiadomo, że zawiedzie konwencjonalne leczenie. TSK również nie jest

**PODARUJ ŻYCIE
PODARUJ SWÓJ SZPIK
KTOŚ JUŻ CZEKA**

**TERMIN
Sobota 17 lutego 2007r.
w godz. 10.30-15.00**

**ZGŁOŚ SIĘ
W CELU WSTĘPNEGO BADANIA KRWI
TWÓJ SZPIK MOŻE W PRZYSZŁOŚCI URATOWAĆ ŻYCIE
WIELE OSÓB CZEKA NA TWÓJ DAR**

Wymagania : wiek 18-50 lat

**Adres Punktu Pobrań
KLINICZNE CENTRUM PEDIATRII
ul. Curie-Skłodowskiej 9, Bydgoszcz
WEJŚCIE OD UL. JURASZA
(RÓŻOWY WIEŻOWIEC - PARTER)**

Podaruj Życie

Banko Darowizny Szpiku przy Centrum Klinicznym Hematologii i Onkologii przy Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Warszawie

schorzenia nowotworowe, choroby układu krwiotwórczego (niedokrwistości aplastyczne, wrodzone ciężkie niedokrwistości hemolityczne, takie jak talasemia), niedobory odpornościowe, choroby metaboliczne, niektóre choroby autoimmunizacyjne i inne.

Na transplantację komórek hematopoetycznych składają się dwa odrębne procesy. Pierwszy to podanie pacjentowi wysokodawkowanej chemioterapii lub radioterapii (tzw. megachemioterapia lub napromieniowanie całego organizmu), która powoduje zniszczenie wszystkich komórek, mających wysoki potencjał proliferacyjny. Takimi komórkami

postępowaniem dającą pewność wyleczenia, jednakże w wielu stanach chorobowych stanowi aktualnie najlepszą metodę terapeutyczną, dającą najlepsze szanse dla pacjenta. Istnieje jednak szereg ograniczeń związanych z tą metodą. Są to ograniczenia medyczne, związane z doborem dawcy dla osoby chorej oraz ograniczenia ekonomiczne.

Ograniczenia medyczne oznaczają, że pacjent może mieć wykonany przeszczep w określonym etapie choroby, będąc w remisji choroby i w dobrym stanie ogólnym, pozwalającym wytrzymać megachemioterapię a następnie okres całkowitej aplazji szpiku kostnego i ewentualnych powikłań immunologicznych i infekcyjnych.

Ograniczenia związane z doborem dawcy wynikają z faktu, że tylko około 25% chorych może liczyć na dawcę w obrębie członków swojej rodziny (głównie rodzeństwa). Dla pozostałych chorych jedyną szansą pozostaje znalezienie dawcy niespokrewnionego. W Polsce każdego roku jest wykonywanych około 150-200 przeszczepów allogenicznych od dawcy niespokrewnionego, w tym również od dawców krajowych.

Ograniczenia ekonomiczne wynikają ze znacznych kosztów utworzenia ośrodka transplantacyjnego, utworzenia każdego stanowiska transplantacyjnego oraz kosztów przeprowadzenia każdej transplantacji (na które, poza samym pobytem chorego w oddziale, składają się również koszty pozyskania, przygotowania i ewentualnego przechowywania komórek od dawcy, koszty megachemioterapii lub radioterapii, prowadzenia pacjenta w okresie aplazji szpiku, zwalczania powikłań infekcyjnych i immunologicznych).

Organizacja przeszczepów szpiku w Polsce dla dzieci

Aktualnie w Polsce istnieje 5 pediatrycznych ośrodków przeszczepu szpiku kostnego, w Poznaniu, Wrocławiu, Lublinie, Krakowie i Bydgoszczy, które w sumie wykonują około 150 przeszczepów rocznie, w tym około 50 od honorowych dawców niespokrewnionych. Transplantacje wykonane u dzieci stanowiły ok. 20% spośród wszystkich wykonanych zabiegów, a wg norm krajów zachodniej Europy i USA, powinny stanowić co najmniej 40%. Zatem nadal w Polsce, zwłaszcza u dzieci, wykonuje się zbyt mało zabiegów transplantacji szpiku. Tym samym, pomimo stałego wzrostu liczby wykonywanych zabiegów, nadal nie możemy zapewnić odpowiedniego standardu leczenia tym chorym, dla których transplantacja szpiku jest metodą leczenia z wyboru lub stanowi integralną część terapii. Ponadto nadal zbyt długi jest okres oczekiwania na transplantację, a zabieg jest skuteczny tylko wtedy, gdy zostanie wykonany w odpowiedniej fazie leczenia i w odpowiednich warunkach. Stąd koniecznością jest zwiększenie – wciąż niedostatecznej w stosunku do potrzeb – liczby zabiegów transplantacji szpiku u dzieci.

Poszukiwanie dawców szpiku:

Kto może być dawcą szpiku kostnego?

Dawcą szpiku może być zdrowa pełnoletnia osoba, która nie przekroczyła 55 roku życia, spokrewniona genetycznie (rodzice, rodzeństwo) lub osoba niespokrewniona z biorcą. W przypadku rodzeństwa nie obowiązują kryteria pełnoletniości, jednakże na zabieg taki zgodę musi wyrazić sąd. W związku z wyjątkowością sytuacji ratowania życia, sądy nie czynią żadnych problemów.

Tylko około ¼ chorych ma szansę na otrzymanie szpiku od zgodnego dawcy rodzinnego (wyłącznie brat lub siostra), co wynika z praw dziedziczenia genów. Dla wszystkich pozostałych jedyną szansą jest znalezienie niespokrewnionego dawcy o identycznych antygenach zgodności tkankowej (HLA) w Bankach Dawców Szpiku. Teoretyczne prawdopodobieństwo na znalezienie dawcy identycznego w układzie HLA A, B i DR wynosi około 1:22 milionów. Na szczęście, częstość występowania poszczególnych genów jest różna i u dużej części osób wiele genów powtarza się. Dodatkowo, na znalezienie odpowiedniego dawcy niespokrewnionego wpływa częstość występowania podobnych antygenów HLA w określonej populacji. Dlatego najłatwiej jest znaleźć dawcę w tym samym obszarze etnicznym – dla Polaka w Polsce. Im więcej potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku jest zarejestrowanych w Bankach Dawców, tym większe są szanse znalezienia identycznego dawcy niespokrewnionego.

Co oznacza zgłoszenie chęci bycia dawcą szpiku?

Deklaracja chęci bycia dawcą szpiku kostnego dla osoby nie mającej innej szansy uratowania życia oznacza zgodę na oddanie 10 ml krwi na badanie antygenów zgodności tkankowej, wpisanie na komputerową listę będącą Rejestrem niespokrewnionych dawców szpiku oraz gotowość oddania szpiku kostnego w przypadku gdy osoba chora, posiadająca identyczne antygeny HLA, będzie potrzebowała naszego szpiku.

Obecnie w świecie chęć bycia dawcą szpiku zadeklarowało prawie 11 milionów osób. Prawdopodobieństwo pobrania szpiku od osoby deklarującej chęć oddania szpiku do przeszczepu wynosi 1:2000. Największy rejestr jest w USA, gromadzący obecnie około 5 milionów dawców, w Niemczech 2,5 miliona dawców, natomiast w Polsce około 30 tysięcy.

Poszukiwanie niespokrewnionych dawców szpiku dla chorych w Polsce jest koordynowane przez Ośrodek Koordynujący ds. transplantacji „Poltransplant”. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przy Poltransplancie został utworzony Ogólnopolski Centralny Rejestr Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej (OCRDSiKP). Poza tym istnieje jeszcze kilka innych rejestrów, w których może być zarejestrowany każdy potencjalny dawca szpiku mieszkający w Polsce.

Jak zostaje się dawcą?

Chęć zostania dawcą szpiku deklaruje się

przez wypełnienie formularza „Oświadczenia woli o wpisanie do Rejestru Dawców Szpiku”.

Po zarejestrowaniu danych osobowych w Rejestrze potencjalny dawca zostanie skierowany na badanie lekarskie. Po wykluczeniu przeciwwskazań, zostanie pobrana próbka krwi w celu oznaczenia antygenów HLA. Wszystkie wyżej wymienione informacje zostaną przekazane i zarejestrowane, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, w Rejestrze Dawców Szpiku. O zmianie decyzji odnośnie chęci oddania szpiku potencjalny dawca powinien powiadomić niezwłocznie Rejestr celem skreślenia go z listy dawców szpiku.

Jak przebiega pobranie szpiku?

W przypadku ustalenia, że w którymś z ośrodków zajmujących się przeszczepianiem szpiku znajduje się biorca posiadający identyczne antygeny HLA z dawcą zarejestrowanym w Rejestrze, zidentyfikowany dawca zostanie powiadomiony o konieczności zgłoszenia się do tego ośrodka. Po wykonaniu końcowych badań potwierdzających dobry stan zdrowia i wykluczeniu nosicielstwa wirusów potencjalny dawca będzie proszony o wyrażenie zgody na pobranie szpiku do przeszczepienia. Pobranie szpiku poprzedza zawsze spotkanie informacyjne z kierownikiem Ośrodka Transplantacyjnego i lekarzem pobierającym szpik. Podczas spotkania potencjalny dawca otrzymuje dokładne informacje o technice pobierania szpiku, ewentualnych skutkach ubocznych pobrania i korzyściach dla biorcy. Wycofanie w tym okresie zgody dawcy na oddanie szpiku może stanowić dla chorego zagrożenie życia. Szpik do przeszczepienia pobiera się w szpitalu w znieczuleniu ogólnym. Istnieje też możliwość pobrania komórek z krwi obwodowej. To postępowanie jest jednak mniej korzystne dla biorcy, natomiast dla dawcy wiąże się z przyjmowaniem przez 4 dni leków pobudzających pracę szpiku kostnego. Następnego dnia po oddaniu szpiku dawca może być wypisany do domu. Wszystkie badania dawcy oraz procedury związane z oddaniem szpiku są opłacane przez budżet państwa.

Czy oddanie szpiku może być niebezpieczne dla dawcy?

Pobranie i przeszczepienie szpiku odbywa się jedynie w upoważnionych Ośrodkach Transplantacji Szpiku według dokładnie określonych medycznych kryteriów. Zabieg pobrania szpiku do przeszczepu jest bezpieczny i nie stanowi żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dawcy. Komórki szpiku ulegają stałej regeneracji dzięki czemu ubytek szpiku zostaje bardzo szybko wyrównany. Przeszczepienie szpiku od niespokrewnionego dawcy jest anonimowe i nieodpłatne.

Jak zostać dawcą szpiku?

Możliwości zostania honorowym dawcą szpiku w Polsce są zależne od funduszy przyznanych na ten cel przez Ministerstwo Zdrowia, lub pozyskanych od

sponsorów przez instytucje zajmujące się prowadzeniem rejestrów dawców szpiku.

W Polsce pozyskiwaniem dawców zajmują się Rejestry Dawców Szpiku prowadzone przez:

1. Poltransplant www.poltransplant.org.pl
2. NZOZ Medigen www.medigen.pl

3. Instytut Hematologii i Transfuzjologii www.ihit.waw.pl
4. Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych www.dctk.wroc.pl
5. Fundacja Urszuli Jaworskiej www.fundacjaaj.pl

Wszystkie inne instytucje współpracują z wymienionymi. Problem z rejestrowaniem nowych dawców szpiku w Polsce, to kwestia finansowa związana z wykonaniem badań typowania HLA oraz badań wirusologicznych.

Medyczne środy

www.cm.umk.pl

Władze i społeczność Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu zapraszają na cotygodniowe wykłady (wstęp wolny) z dziedziny podstawowych nauk medycznych.

W każdą środę o godzinie 18:00 w budynku A przy Rondzie Jagiellonów 13 w Auli A lub B wykładowcy-pracownicy CM UMK opowiadają o najnowszych osiągnięciach nauk medycznych w sposób przystępny dla każdego, a po wykładzie istnieje możliwość dyskusji na temat omawianego problemu i zadawania pytań przez słuchaczy.

Do udziału w wykładach Collegium Medicum zachęcają szczególnie młodzież licealną i gimnazjalną zainteresowaną naukami biologicznymi.

Inicjatorami i organizatorami cyklu wykładów są: prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, dr n. med. Beata Augustyńska i dr n. med. Wojciech Szczęśny.

Program wykładów

- 28.02.2007 „Od kamiennego ostrza do laparoskopu czyli historia chirurgii” dr Wojciech Szczęśny
07.03.2007 „Alergia – epidemia XXI wieku

- fakty i kontrowersje” prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi

14.03.2007 „Fascynująca historia chirurgii mózgu” dr hab. Wojciech Beuth

21.03.2007 „Czym jest choroba nowotworowa? Udział genów i wpływ środowiska” dr Piotr Kopiński

28.03.2007 „Ustalanie ojcostwa i identyfikacja osobnicza” mgr inż. Katarzyna Stopińska

04.04.2007 „Muzyka baroku skarbnicą wrażeń estetycznych” dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK

11.04.2007 „Starzenie się komórek a wiek naszego organizmu” dr hab. Alina Grzanka, prof. UMK

18.04.2007 „Sekrety skóry widziane w obrazie dermatoskopowym i ultrasonograficznym” prof. Waldemar Placek, lek. Wioletta Weiss-Rostkowska

25.04.2007 „Wiercenie, miażdżenie, rozrywanie, wycinanie, zgniatanie – wykaz tortur lub skuteczne leczenie choroby wieńcowej” lek. Tomasz Białoszyński

09.05.2007 „Czy musimy się bać takich owadów jak pszczoły i osy” dr Teresa Wilewka-Kłubo

16.05.2007 „Przeszczepianie komórek macierzystych” dr hab. Jan Styczyński

23.05.2007 „Rehabilitacja w urazach rdzenia kręgowego” dr Małgorzata Łukowicz

30.05.2007 „Podstawy termoregulacji” dr hab. Dariusz Soszyński

06.06.2007 „Leki wspomagające pamięć” mgr inż. Joanna Radecka

13.06.2007 „Hemofilia – choroba królów i nie tylko” dr Arleta Kulwas

Prof. Aleksander Araszekiewicz wyróżniony

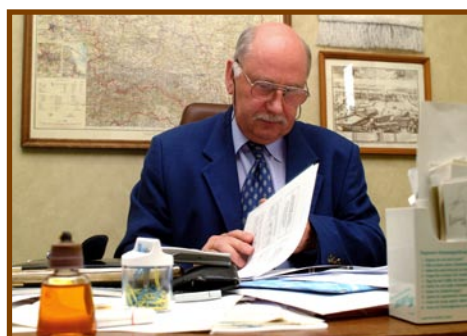
oprac. Monika Kubiak

Prof. Aleksander Araszekiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy został laureatem nagrody im. św. Kamila - patrona chorych oraz pracowników służby zdrowia.

Nagroda św. Kamila za szczególne oddanie pacjentom została ustanowiona w tym roku z inicjatywy zakonu ojców kamilianów oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Nagroda ma promować postawy, jakich wzorem była osoba św. Kamila - świętego, który pochylił się nad każdym chorym, szczególnie nad tym odrzuconym i osamotnionym, pomagał mu w cierpieniu i udzielał wsparcia duchowego. Przyznawana będzie osobom bądź instytucjom zaangażowanym w promocję zdrowia i edukację zdrowotną, które swoją pracą przybliżają problemy ludzi cierpiących i ich rodzin. Nagrodę św. Kamila powiązano ze Światowym Dniem Chorego, obchodzonym 11 lutego, a ustanowionym przez Jana Pawła II 13 maja 1992 roku w 75. rocznicę objawień fatimskich i w 11. rocznicę zamachu na życie papieża. Co

roku będzie przyznawana w innej dziedzinie medycyny, w 2007 r. było nią zdrowie psychiczne. W skład kapituły I edycji nagrody weszli m.in. ks. abp Władysław Ziśka, metropolita Łodzi, członek Papieskiej Rady ds. Pracowników Służby Zdrowia i o. Franciszek Bieniek, prowincjał zakonu kamilianów.

8 lutego 2007, w Sali Plenarnej Konferencji Episkopatu Polski w Warszawie, w czasie uroczystej Gali przyznano nagrody i wyróżnienia imienia św. Kamila.



prof. dr hab. Aleksander Araszekiewicz

Kategoria: Lekarze i inni pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję na rzecz chorych i cierpiących:

- nagroda: doc. dr hab. n. med. Joanna Mikulska-Meder, dyrektor lecznictwa Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie: za godną naśladowania szlachetną postawę troski, życzliwości i pomocy okazywanej każdemu pacjentowi;

- wyróżnienie: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszekiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy: za determinację w działaniu na rzecz przestrzegania praw pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne.

Kategoria: Instytucje, stowarzyszenia i organizacje wspierające chorych i ich rodziny w dziedzinie opieki zdrowotnej, grup wsparcia i edukacji:

- nagroda: Andrzej Warot, Prezes Związku Stowarzyszeń Rodzin i Opiekunów Osób Chorych Psychicznie „POL-FAMILIA”: za zaangażowanie w działalność na rzecz zmiany postaw wobec osób cierpiących na

- zaburzenia psychiczne, przeciwdziałanie ich stygmatyzacji i integrację środowiska organizacji pacjentów;
- wyróżnienie: Towarzystwo Przyjaciół Tworek „Amici di Tworki”: za budowanie kultury miłosierdzia i solidarności z cierpiącymi na zaburzenia psychiczne i promowanie twórczości chorych.
Kategoria: Media promujące edukację zdrowotną i społeczną;
- nagroda: Newsweek Polska: za patronat medialny nad Światowym Dniem Zdrowia Psychicznego w 2006 roku;

- nagroda: TVP 1: za aktywny wkład w propagowanie idei Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego oraz Międzynarodowego Dnia Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię w 2006 roku.
Profesor Araszkiewicz był nominowany w dwóch kategoriach: „Lekarze i inni pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję na rzecz chorych i cierpiących” oraz „Instytucje, stowarzyszenia i organizacje wspierające chorych i ich rodziny w dziedzinie opieki zdrowotnej, grup wsparcia i edukacji”. Właśnie w tej drugiej kat-

egorii dostrzeżono działania Stowarzyszenia na rzecz Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST”, którego prof. Araszkiewicz jest prezesem. Organizacja ta sprzeciwiała się m.in. piętnowaniu osób chorych psychicznie w reklamie PZU „Stop wariatom drogowym”. Prof. Araszkiewicz doceniony został „za głos w sprawie respektowania praw chorych i możliwości ich udziału w życiu społecznym oraz za propagowanie edukacji w dziedzinie chorób psychicznych wśród lekarzy i społeczeństwa”.

Chór Collegium Medicum we Francji

Janusz Stanecki



W dniach 2-14 lipca 2006 roku chór Collegium Medicum na zaproszenie różnych instytucji przebywał we Francji, występując z koncertami m.in. w Metz, Paryżu, Saint Gaudens, Tuluzie i Castelnaudary. Wszystkie koncerty odbyły się w ważnych kościołach i salach koncertowych.

Chór wystąpił w 1,5-godzinnym programie, na który składały się utwory polskich kompozytorów od renesansu do współczesności oraz kompozytorów europejskich. Doceniono wysoki poziom zespołu, jego witalność i autentyczność.

Zespół koncertował w 32-osobowym składzie. Wyjazd do Francji przyczynił się do scementowania zespołu i podwyższenia jego poziomu artystycznego.

Prof. Janusz Stanecki jest dyrektorem chóru akademickiego Collegium Medicum.



ENSEMBLE VOCAL DE CASTELNAUDARY

Vendredi 7 Juillet 2006 - 21 h

Eglise St François - Castelnaudary

CONCERT



CHŒUR DU
COLLEGIUM MEDICUM
UNIVERSITÉ DE
BYDGOSZCZ
POLOGNE

Dir.: **JANUSZ STANECKI**

* * * * *

Œuvres sacrées & profanes

(J.S. Bach, W.A. Mozart, S. Rachmaninov,
P.I. Tchaïkovsky... Compositeurs polonais)

Prix des places : 6 € - Scolaires : 3 €

Imprimé par nos soins - Ne pas jeter sur la voie publique

Małgorzata Tafil-Klawe

Prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe urodziła się 30.10.1955 roku w Siedlcach. Ukończyła I LO im. Bolesława Prusa w Siedlcach w 1974 roku, a następnie studiowała na I Wydziale Lekarskim w Akademii Medycznej w Warszawie. Pracę doktorską „Interakcja pomiędzy odruchem z baro- i chemoreceptorów tętnicznych u ludzi zdrowych i z samoistnym nadciśnieniem tętniczym” pisała pod kierunkiem prof. dr hab. Andrzeja Trzebskiego z Akademii Medycznej w Warszawie. Rozprawę habilitacyjną „Reaktywność odruchu z chemoreceptorów kłębków szyjnych w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i w zespole snu z bezdechem” również broniła na Akademii Medycznej w Warszawie w 1991 roku. Dodatkowo, w latach 1987-1989 studiowała historię sztuki i malarstwo na Uniwersytecie

Filipa Marburga. Pracowała m.in. w Instytucie Fizjologii Pracy i Rehabilitacji Uniwersytetu Filipa w Marburgu, była stypendystką stypendium Aleksandra von Humboldta. Wykładała w Salezjańskim Instytucie Wychowania Chrześcijańskiego w Warszawie, w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy oraz na WSHE we Włocławku. Od października 1995 prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe kieruje Katedrą i Zakładem Fizjologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a po połączeniu z UMK Katedrą i Zakładem Fizjologii Człowieka Collegium Medicum UMK. Od 1996 roku zatrudniona była na stanowisku profesora nadzwyczajnego. W latach 1997-1999 pełniła funkcję Prodziekana Wydziału Lekarskiego, a w latach 1999-2001 była Prorektorem ds. Studentkich. 12 kwietnia 2005 roku

została wybrana na Prorektora ds. Collegium Medicum na kadencję 2005-2008. Jest przewodniczącą bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Fizjologicznego, a także członkiem Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, European Society for Clinical Investigation i Deutsche Ges. fur Pneumologie. W kręgu jej zainteresowań badawczych pozostają: regulacja krążenia i oddychania u ludzi, chronobiologia, chronomedycyna oraz patomechanizm obturacyjnych bezdechów śródśennych. Otrzymała 4 nagrody Ministra Zdrowia (3 naukowe i 1 za działalność organizacyjną). Działa również na niwie plastycznej, wystawiając swoje prace w Warszawie (1980) i Marburgu (2000).

Tytuł profesora otrzymała 22.01.2007 r.



Serwis fotograficzny Biura Prasowego Kancelarii Prezydenta RP, www.fotokprp.pl

Roman Marek Junik

Roman Junik urodził się 21 listopada 1954 roku w Poznaniu. Po ukończeniu I LO w Poznaniu w 1973 roku studiował w Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu na Wydziale Lekarskim, który ukończył w 1979 roku. Pracę doktorską „Wpływ krótkoterminowej terapii nadczynności tarczycy tyreostatykami na stan kliniczny i poziom hormonów tarczycy” napisał na Akademii Medycznej w Poznaniu pod kierunkiem prof. Jerzego Kosowicza. Habilitował się w 1999 roku pod patronatem prof. Macieja Gembrickiego również w Akademii Medycznej w Poznaniu. Tytuł rozprawy habilitacyjnej: „Zmiany regionalnego przepływu mózgowego krwi w wybranych chorobach badane za pomocą tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu z użyciem 99mTc-HMPAO”.

Przez wiele lat pracował na Wydziale Le-

karskim Akademii Medycznej w Poznaniu w Klinice Chorób Zawodowców (1979-1982) i Klinice Endokrynologii (1982-2000). Począwszy od 01.04.2000 roku jest kierownikiem Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, po połączeniu z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika przekształconej w Katedrę Endokrynologii i Diabetologii Collegium Medicum. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymał 13 kwietnia 2000 roku.

Jest członkiem ZG Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, przewodniczącym Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTE, członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Endokrynologicznego (ISE), Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, Towarzystwa Internistów Polskich, Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, European Association for

the Study of Diabetes i Polskiego Towarzystwa Neuroendokrynologicznego.

Był członkiem Senatu AM w Bydgoszczy, pracował w senackiej Komisji ds. Wydawnictw, a od roku 2002 był członkiem Senackiej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów.

Główne dziedziny zainteresowania: endokrynologia, diabetologia, medycyna nuklearna.

Współorganizował konferencje naukowe dla środowiska medycznego, organizował kurs CMKP z zakresu tyreologii dla lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych.

W 1999 roku otrzymał nagrodę ZG PTE oraz nagrodę ZG PTMN, a w 2002 roku odznaczenie Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Za lata 2001 oraz 2004 otrzymał nagrody Rektorskie II i III stopnia.

Tytuł profesora otrzymał 22.01.2007 r.

Bonum vinum

Władysław Sinkiewicz

„In vino sanitas”

Narodziny wina w naszej cywilizacji

Winna latorośl należy do szczególnych roślin. Towarzyszyła ona człowiekowi już od samych początków rolnictwa. Miała ogromne znaczenie gospodarcze, handlowe, społeczne, kulturotwórcze, a w konsekwencji - religijne. Istnieją nawet podstawy, by sądzić, że zanim uprawiano pszenicę, zaczęto uprawiać rośliny owocowe, a wśród nich winorośl. Jedno z podań nawet głosi, że owocem, którym Ewa skusiła Adama w raju, nie było jabłko, lecz kiść pachnących, dojrzałych winogron.

Winorośl nosi łacińską nazwę *Vitis* i jest pnączem z rodziny *Vinifera*. Uważana jest za roślinę, która ma duże wymagania cieplne i rośnie tylko w odpowiednich warunkach klimatycznych, na dobrze nasłonecznionych zboczach. Najlepiej udaje się na glebach ciepłych, głębokich, przepuszczalnych, dobrze chłonących wodę, o dużej zawartości wapnia. Jest to roślina, która niezwykle łatwo adaptuje się do nowych warunków glebowych i klimatycznych. Zdolna jest, bardziej niż inne rośliny owocowe, do tworzenia mutantów pączkowych, dzięki czemu mogą tworzyć się jej różne odmiany. Kolejną zaletą winnej latorośli jest łatwe ukorzenianie się nowych sadzonek.

Za ojczyznę winnej latorośli uważa się Zakaukazię, o czym świadczy obecność na tych terenach dzikich jej odmian. Uprawiana była tam od VI tysiąclecia p.n.e., są jednak dowody, by sądzić, że znana była co najmniej od X – VIII tysiąclecia p.n.e. Tam też powstało pierwsze wino, być może stało się to, kiedy jakiś spragniony człowiek społeczności zbierackiej, wkrótce po wynalezieniu pierwszych naczyń ceramicznych napił się z naczynia, w którym dwa czy trzy dni leżały winogrona, ale wypił już wino, a nie sok. Jest to wersja bardzo prawdopodobna, gdyż na powierzchni dzikich gron znajdują się drożdże powodujące samoistną fermentację owoców.

Winną latorośl uprawiano na Zakaukaziu, gdy cywilizacje mezopotamska i egejska dopiero się formowały. To właśnie z Zakaukazu wino wędrowało do innych krajów, rozpoczynając w ten sposób swoją karierę. Hipotezę tę potwierdzają archeolodzy, którzy podczas wykopalisk w Gruzji, Armenii i Azerbejdżanie znaleźli skamieniałe pestki winogron, które datuje się na okres od co najmniej 6000 lat p.n.e. Mitycznym argumentem potwierdzającym tezę o początkach winorośli na Zakaukaziu jest hebrajski mit o Noem, który roślinę tę znalazł u podnóża góry Ararat.

Historia winnej latorośli rozpoczyna się dla Żydów wraz z pierwszym, obejmującym całą ludzkość, przymierzaniem Boga z człowiekiem. Po potopie, kiedy arka Noego osiadła na górze Ararat w Armenii, Noe miał zasadzić pierwszą winnicę, sporządzić pierwsze wino i jako pierwszy... upił się. Niektórzy upiększa-



ją tę opowieść dodając, że „Noe wziął nasiona winogron do arki – lub pęd winnej latorośli z Edenu – i zasadził je na górze Lubar, jednym ze szczytów Araratu. Tego samego dnia winna latorośl wydała owoce i zanim zapadł zmierzch, Noe zebrał grona, wycisnął je, zrobił wino i napił się do woli.”

Wino znano również we wczesnym Egipcie za pierwszej Dynastii - 3100-2890 p.n.e. Z tego właśnie okresu pochodzą resztki winogron odnajdywane w wykopaliskach. Malowidła przedstawiające winobrania i wytwarzanie wina zdobiły ściany pałaców władców egipskich. Stąd wiadomo, że wino nalewano do wielkich amfor, zatykanych szmatami, skórą, korkiem i starannie pieczętowano. Amfory posiadały małe otwory służące



do wydalania dwutlenku węgla. W amforze dochodziło do ostatecznej fermentacji wina. Około 400 lat przed Chrystusem produkcja wina w Egipcie miała już nawet charakter wysoce zorganizowany. Na amforach znaleźć można nawet oznaczenia wskazujące rok winobrania, nazwisko producenta, nazwę winnicy i inne informacje. Wino było popularne głównie w wyższych sferach. Pito je zarówno na przyjęciach jak i podczas świąt religijnych, a także w celach medycznych, religijnych, ale przede wszystkim dla rozrywki.

Wino w Starożytnej Grecji

Grecja była drugim po Egipcie krajem „zawojowanym” przez wino. Najomość uprawy i produkcji wina dotarła do Grecji, prawdopodobnie poprzez Trację lub z Azji Mniejszej. Na obszarze Morza Śródziemnego sławne były wina z Chios, wielką reputacją cieszyły się również wina z Tasos, Lesbos i Rodos. W pierwszej połowie pierwszego

tysiąclecia p.n.e. Grecy objęli kulturą winną cały rejon Morza Śródziemnego, zapoczątkowując wytwarzanie wina w nowych koloniach na Sycylii oraz w południowej Italii, którą nazywali Enotrią, krajem wina. Stąd winorośl rozprzestrzeniła się na resztę Italii. Centrum handlu winem była Pompea zniszczona wybuchem Wulkanu w 79 roku przed Chrystusem. Podobno wina stąd eksportowane były aż w rejon dzisiejszego Bordeaux.

Ten dionizyjski napój starożytnych Greków niewiele miał wspólnego ze współczesnym winem. Uczestnicy sławnych greckich biesiad, czyli sympozjonów pili wina zmieszane z wodą, w naczyniach zwanych kraterami. Zwykle mieszano je w proporcji 3/5 wody i 2/5 wina. Nad mieszaniem wina osobiście czuwał sympozjarcha - król uczt lub gospodarz domu - amfitrion, dla którego zarezerwowany był pierwszy toast przyjaźni, jak również tzw. libacja z wina.

Słowo „libacja” miało wówczas zupełnie inne znaczenie, niż współcześnie i oznaczało dosłownie rozlewanie, czyli ofiarę z wina polegającą na wylewaniu części wina zastępującego krew ofiarną do ognia. Pierwszy libację spełniał amfitrion, czyli ten u którego spożywano kolację. Później oszczędni Grecy ograniczyli się tylko do symbolicznego wzniesienia pucharów na cześć bóstw domowych i Dionizosa. I tak już zostało do dziś, że nie lubimy wylewać wina ani do ognia, ani za kołnierz. Pozostało tylko słowo „libacja”, ale jej znaczenie dalekie jest od pierwotnego.

„Sympozjon”, choć dzisiaj słowo sympozjum kojarzy się z naukową sferą życia, a dosłownie oznacza współpicie, wówczas było zasadniczą częścią greckiej uczt. Jej uczestnicy leżąc po dwóch lub trzech na sofach, z wienkami kwiatów na skroniach, prowadzili filozoficzne dysputy i wznosili toasty. Podczas sympozjonu gliniane lub cynowe kielichy nie mogły pozostawać puste, więc niewolnicy bez przerwy je napełniali. Na sympozjonach pojawiali się często nieproszeni goście, tzw. „parasitos” (siedzący obok), czyli pasożyty, którzy jak i dzisiaj, towarzyszą ludziom wpływowym i ustosunkowanym. Za możliwość przebywania w towarzystwie bogatych, musieli godzić się z kpinami i szyderstwem, często byli upijani siłą, ku uciesze biesiadujących. Na ucucie pito za zdrowie każdego, i to tyle razy ile osób było obecnych, bo grzeczność wymagała odwzajemnienia toastu. Odmowa toastu karana była fantem: recytacją wiersza, tańcem nago lub obnoszeniem wokół sali młodej flecistki, jedynej

wówczas kobiety dopuszczanej do wyłącznie męskich, przyjacielskich spotkań, jako że kobiety były wówczas formalnie wykluczone z życia towarzyskiego.

Grecy uważali wino za napój cywilizowany, a miarą tej cywilizacji była sztuka mieszania wina z wodą. Po winobraniu pito młode wino, prawie jak współczesne beaujolais, ale bardzo słodkie. Nie stosowano, jak w Egipcie, fermentacji w kadziach. Wino było więc niestabilizowane i łatwo kwaśniało. Aby dało się długo przechowywać doprawiano je ziołami, miodem, mieszano z innymi winami, czasem dodawano wody morskiej. Luksusem było dosładzanie wina trzcina cukrową, która wówczas uważana była za lekarstwo. Młode wino, było także wielokrotnie gotowane, aby się nie zepsuło. Cierpkie korynckie wino uważane było wówczas nawet za trunek, który zmuszał każdego zbrodniarza do wyznania zbrodni. Takie wina o „korynckim” smaku dzisiaj też możemy spotkać na wielu półkach sklepowych. Najlepsze, słodkie wina przechowywano w glinianych dzbanach i amforach. Wina codziennego użytku trzymano w bukłakach z kozłej skóry lub świńskich pęcherzach. Jaki to miało wpływ na smak wina, możemy sobie wyobrazić.

Wino w starożytnym Rzymie

Wino było u Rzymian powszechnym napojem towarzyszącym posiłkom, a jego wytwarzanie stało się procesem, przy którym człowiek mógł ujawnić całą inwencję twórczą. Rozwijając swą wiedzę o uprawach, usprawniał również produkcję w całym jej cyklu: zbierania, wyciskania, fermentowania, przelewania, beczkowania, przechowywania. Winnica w cywilizacji śródziemnomorskiej stała się jednym z najważniejszych działów rolnictwa. Zmieniała krajobraz nie tylko natury, ale i życia.

Wzbogacała je o nowe smaki, o nowe doznania i radości. Ożywiała wyobraźnię. Słowo „cywilizować” – oznaczało zakładać winnice.

We wczesnych latach Republiki wino nie było doceniane przez Rzymian. Dopiero po pokonaniu Etrusków, wojowniczych Samnitów (dzisiejszy obszar na południowy-wschód od Lacjum i Kampanii), Greków, Filipa Macedońskiego oraz zniszczeniu Kartaginy, Rzymianie zaczęli inwestować w winnice. To zniszczona Kartagina (146 rok p.n.e.) umożliwiła Rzymianom szybkie opanowanie uprawy winorośli i wytwarzania wina, bo tam powstały najwcześniejsze prace o winie i rolnictwie. Senat rzymski polecił przetłumaczyć je po łacinie. Ironią jest, że to właśnie Katon, który najbardziej nalegał na zniszczenie Kartaginy, był pierwszym, który wykorzystał te prace i sam napisał pierwsze rzymskie dzieło o rolnictwie.

Przez pierwsze dwa wieki Rzymianie eksportowali wino także na prowincję, głównie do Galii. Za wino Rzymianie otrzymywali

potrzebnych do pracy w winnicach niewolników. Eksport za Alpy był ogromny, bo jak pisze Pliniusz, Gallowie byli ogłupieni przez wino, które pili bez zmieszania z wodą i bez umiaru.

Sytuacja zmieniła się w pierwszym wieku, kiedy zapotrzebowanie na wino w Rzymie stało się tak wielkie, że bardziej opłacało się sprzedawać je na rynku wewnętrznym, niż je eksportować. Spowodował to wybuch Wezuwiusza, który zniszczył wiele najlepszych winnic w Italii. Plantatorzy obsadzali więc winoroślą pola dotychczas używane pod uprawę zbóż. Nadal jednak brakowało wina na rynku. Konieczny stał się import



Caravaggio: *Młody Bachus*, Sarah Carr-Gomm: *Arcydziela światowego malarstwa: mity, postacie, symbole, Świat Książek*, Warszawa 2003, s. 15

z Iberii (Hiszpanii) i Galii. Jak pisze Pliniusz, w tym czasie Iberia stała się najważniejszym eksporterem wina do Rzymu. Cesarz Karakalla w 212 roku, przyznając obywatelstwo wszystkim wolnym mieszkańcom imperium, zniósł przywilej uprawy winorośli przysługujący wyłącznie obywatelom Rzymu i odtąd winiarstwo mogło rozwijać się bez przeszkód w całym cesarstwie.

Co wiemy o winach, które pito w cesarstwie? Wino „mulsum” było tanim winem osłodzonym miodem, często rozdawanym plebsowi podczas publicznych wydarzeń, by otrzymać jego polityczne poparcie. Z oszczędności, niewolnikom produkowano cienie i gorzkie wino zwane lora ze skórek i łodyg. Już w roku 37 przed Chrystusem zaczęto odróżniać jakość win spozostzegając, że jedne wina nadają się do picia w ciągu roku, zanim staną się zbyt gorzkie, inne zaś wraz z wiekiem stają się coraz lepsze. Wiek później Pliniusz potwierdził, że wino z Falernum jest znakomite

po dwudziestu latach i więcej. Nie ma drugiego takiego wina i miejsca tak głęboko zakorzenionego w rzymskiej mitologii jak Falerno. Wiąże się ono nierozdzielnie z bogiem wina - Bachusem. Legenda mówi, że Bachus w swojej śmiertelnej postaci ukazał się starymu rolnikowi o imieniu Falernus, żyjącemu na zboczach góry Massico (na granicy między Lacjum i Kampanią). Mimo, że Bachus w niczym nie przypominał boskiej postaci, Falernus ugościł przybyśza wszystkim co miał: mlekiem, miodem i owocami. Wzruszony Bachus wynagrodził starymu rolnikowi jego gościnność zamieniając mleko na wino. Falernus upił się i zasnął natychmiast, a w tym czasie Bachus zmienił zbocza Massico w ogromną winnicę, zapoczątkowując tradycję i sławę wina, o którym głośno było w cesarstwie rzymskim. Falernum albo Falerno, wychwalane i rekomendowane było przez wszystkich poetów klasycznego Rzymu. Pili je rzymscy cesarze i armia podbijająca świat dla rzymskiego imperium. Po upadku Cesarstwa Zachodniego o Falernum nieco zapomniano. W ostatnich latach zaczyna się wykorzystywać komercyjnie fascynację historią i mitologią tego sławnego wówczas wina. Efektem tego jest polepszenie się jakości wina i uzyskanie klasy DOC (Denominazione Origine Controlata), czyli wina z regionu jakości kontrolowanej.

Wśród wielu win wyróżniał się także wino ze wzgórz Albani (dzisiaj Colli Albani), na południowy wschód od Rzymu. Dzisiaj znany stąd popularne Frascati i Colli Albani. Niedaleko mieści się miejsce, w którym wypoczywał Jan Paweł II - Castel Gandolfo.

Wino fermentowano i przechowywano w amforach do czasu, kiedy zaczęto importować wynalezione przez Gallów beczki. Wina nie przechowywano w piwnicy, lecz na górnym piętrze domów, obok przewodów kominowych, czyli w tzw. „apotheca”. Rzymianie cenili sobie pochodzący od komina smak dymu. Warto też wiedzieć, że na wspaniały pomysł składowania wina w piwnicy wpadli dopiero średniowieczni zakonnicy, uznając to za najlepsze miejsce dla uchronienia zapasów przed barbarzyńcami. Można przypuszczać, że walor chłodnej piwnicy nie miał wówczas dla braci zakonnych większego znaczenia.

Był okres, kiedy kobietom rzymskim zabraniano używania wina pod karą chłosty, a nawet śmierci. Napojem kobiet mogło być jedynie „passum”, wywar z rodzynek. Katon Starszy, zwany Cenzorem, niestety, nie cierpiał kobiet i pijał tylko wodę, co było czymś niezwykłym wśród Rzymian. Mówił bez ogródek: „Jeśli ujrzysz, że twoja żona pije wino, zabij ją!” Od zamierzchłych czasów wino utożsamiano z krwią twierdząc, że wino to krew winorośli. Uważano więc, że kobieta pijąc wino dopuszczała się cudzołóstwa,

wierząc, że wino spędza płód, jako że jedna krew wypiera drugą. Rzymianie uznali, że trzeba chronić słabe kobiety przed piciem, a rodziny przed hańbą. W Rzymie przyjął się więc zwyczaj całowania żony w usta, brzmi to romantycznie, ale powód pocałunku był często zdecydowanie daleki od miłosego uczucia. Rzymski patrycjusz, wracając do domu, mógł w ten sposób sprawdzić, po oddechu, czy żona podczas jego nieobecności dopuszczała się świętokradztwa, a więc nie uszczupiała zapasów domowej piwniczki.

Rzymski patrycjat nie żałował sobie wina, na ogół jednak starano się przestrzegać zwyczajów zwykłej przyzwoitości. Uczta, zwykle

rozpoczynała się kolacją około godziny szesnastej i kończyła się najpóźniej o północy. W czasie biesiad było w zwyczaju wznosić różne toasty. Horacy na wieść o śmierci Kleopatry wykrzyknął: „Teraz należy wina wychylić pucharzy!” Inna myśl wyrażona toastem, tym razem Owidiusza, brzmiała: „Tam gdzie nie braknie wina, tam smutki i troski nie trafiają” lub „Wino rozgrzewa krew, oczom daje blask - wino i miłość, sojusznicy po wieczny czas. „

Ile złotych myśli urodziło się przy winie? Zapoczątkowała je cywilizacja grecka, której sentencje miały bardziej filozoficzny charakter. Arystofanes mawiał; „Przynieście mi chyżo dzban wina! Niechaj zanurzę swój umysł, abym

zdolny był powiedzieć coś świątłego” Ocena Plutarcha - poety i pisarza miała nawet znamiona sentencji medycznej: „Ze wszystkich napojów, wino jest najbardziej korzystne i lecznicze oraz najmniej szkodliwe ze wszystkich lekarstw”. Natomiast zdanie wielkiego Hipokratesa w świetle najnowszych badań i obserwacji okazało się niezwykle trafne i pozostaje po dziś aktualne: „Wino jest doskonale użyteczne i wskazane dla bolejącego. Używane w rozsądnych dawkach pomaga zachować zdrowie”.

Czy przy piwie narodziła się jakaś szlachetna myśl? Chyba jest to raczej niemożliwe.

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

Cierpienie okiełznane w malarskiej wizji świata

Joanna Hladoń-Wiącek

Problem choroby, a często blisko związanej z nią śmierci, od wieków obecny był w sztuce wszystkich kultur. Temat ten nie został oswojony wraz z postępem cywilizacji, a jego natężenie i sposób epatowania zmieniał się zgodnie z mentalnością ludzi oraz przyjętymi technikami malarskimi. Niejednokrotnie bywał też formą rozliczenia z bolesną przeszłością, nadzieją na ujarznienie ciężaru dramatycznego fatum, jakie jest udziałem każdej ludzkiej istoty.

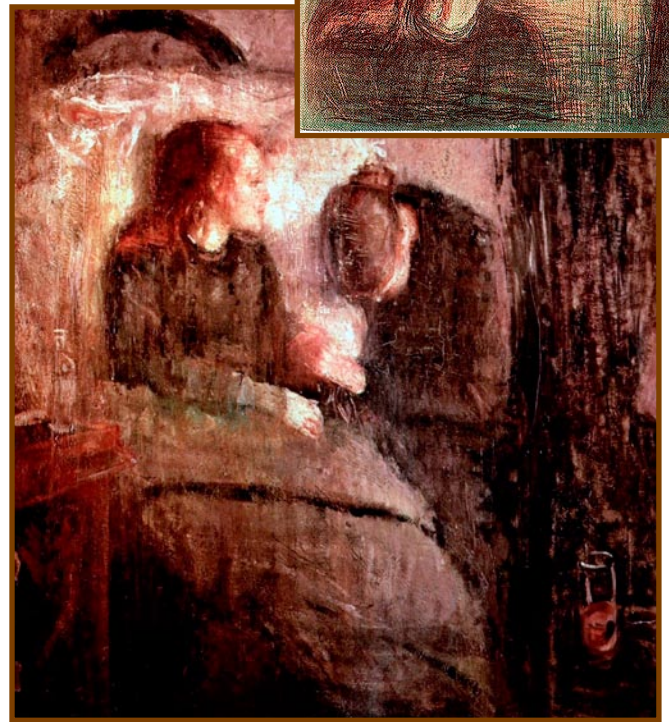
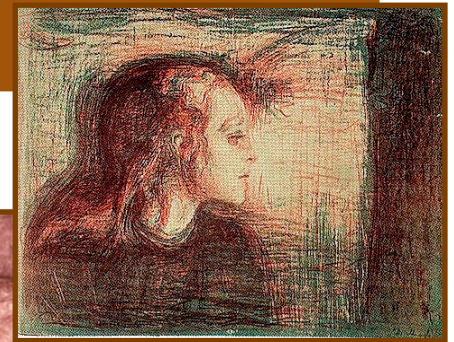
Taką właśnie terapeutyczną moc miały często obrazy traktujące o chorobie czy śmierci dziecka. Ten nienaturalny bowiem, zakłócający przyjęty porządek rzeczy fakt szczególnie upokarzał artystów, którzy często mienili się demiurgami czy budowniczymi świata. Kontrowersje, poczucie niegasnącego bólu oraz związana z tym bezsilność medycyny wobec tego rodzaju przypadków niejednokrotnie wyznaczały trwałe piętno na malarzach, pewnych swojej wybitnej mocy.

Każdy z przytoczonych przeze mnie przykładów wielkich twórców miał w swoim życiorysie rodzaj podobnego dramatycznego piętna, które kształtowało ich światopogląd na resztę życia. Edward Munch był cichym świadkiem śmierci swojej siostry Sophie. „Choroba, Szaleństwo i Śmierć - to anioły, które czuwały nad moją kołyską i towarzyszyły mi przez całe życie”, jak powie później, naznaczając wrażliwy nurt swej twórczości. Pragnął, aby jego życie nie stanowiło synonimu buty, ale stało się zrozumiałe dla innych. Za jego odwagę nazwano go „burzycielem marzeń, człowiekiem rzuconym na pastwę chorobliwego lęku i skrajnego pesymizmu...”. Nie dajmy się jednak zwieść tak niesprawiedliwemu osądowi. Ten subtelny melancholik i czuły twórca jest głosem sumień, które poddały się lękowi opinii społecznej.

Szokujący ówczesnych krytyków sztuki swą malarską materią obraz „Chore dziecko” wpisuje się w kanon twórczości retrospektywnej. Fakt wydrapywania nożem lub szpachlą farby z oryginału uznany został za profanację. Ten celowy zabieg pozwolił jednak Munchowi na oddanie rzeczywistych uczuć i więzi łączących kobietę z umierającą na gruźlicę dziewczynką. Niestety ówczesna medycyna była wobec

takich przypadków bezsilna, czego świadomą była zrozpaczona matka ukazana u wezgłowia dziewczynki. Stonowane światłocienie przestrzeni pokoju, ciemna barwa kotary oraz stroju kobiet dopełniają martyrologii tej sceny. Rozpacz dławiąca opiekunkę pozostawia ją w samotnym rozdarciu, nasyconym jedynie ciszą przedstawionego świata. Wkracza ona także do naszej rzeczywistości, niniejszym czyniąc nas milczącymi obserwatorami. Akcja musi bowiem rozegrać się między osobami sobie najbliższymi, zastygłymi w bolesnym napięciu. Swoboda obserwatora zostaje dodatkowo ograniczona komodą, narzucając widzowi pozycję nieco wycofaną.

Ten niemy dialog wpisuje się także w krąg dzieł dotyczących Marii oplakującej swojego syna pod krzyżem. Poza matki z obrazu Muncha przywołuje scenę cierpienia świętej rodziny. Piękna i uduchowiona twarz dziewczynki pełna jest jednak rezygnacji wobec nadchodzącej śmierci. Światło modelujące jej twarz jest równie zimne jak biel poduszki. Na uwagę zasługuje też pozioma linia, wyznaczona przez głowę kobiecie, sugerująca ich zespolenie w tragicznym akcie. Subtelność określona pozorną rezygnacją tej sceny, jest głosem malarza w sprawie rozpaczliwej egzystencji człowieka, biernie poddanego licznym i nieuleczalnym wówczas chorobom. Siła perswazji nie tkwi u niego w sztucznie wypracowanych gestach, wydumanych pozach. Świadoma prostota i statyczność tej sceny są jej wielką siłą, a sposób potraktowania faktury obrazu powoduje w znacznym



Edward Munch: Chore dziecko (1885-1886), Nasjonalgalleriet Oslo, Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieło nr 106, s. 10

stopniu intensyfikację doznań obserwatora, choć uniemożliwia precyzyjne dookreślenie przedmiotów. Sądzę jednak, że tym samym autor pragnie uświadomić nam, iż niewiele możemy dowiedzieć się o chwili przekroczenia absolutnej tajemnicy. Beznadziejności naszego losu, poczuciu niemocy w obliczu choroby przeciwstawia autor swoje dzieło, aby odzyskać godność człowieka. Wszystko według Muncha w naturze ma swój głęboki sens, wobec którego i on pragnie być ufny, poddając się cyklowi życia i śmierci. Komentarzem mogą stać się słowa Alberta Camusa, który przyrównał chorobę do klasztoru, „który ma swoją regułę, swoją ascezę, swoją ciszę i swoje natchnienia...”

Podobnej odсылony dokonuje Gabriel Metsu,

którego dzieło „Chore dziecko” znakomicie koreluje z obrazem Muncha i to nie tylko ze względu na temat. Subtelny urok, wyrafinowane piękno, harmonia kolorów przenikają oba te obrazy. Także i tu dziewczynka wymyka się spod opiekuńczego wzroku matki, tworząc w nieokreślonej pustce swój własny wymiar świata należącego po części do przestrzeni iluzji, majaków. Całość wrażenia dopełnia pozorna przypadkowość ułożenia ciała, która doskonale współgra z ciałem matki. Obie postacie świetnie uzupełniają się w tej niewinnej pozie. Odpowiedniość ułożenia nóg dziecka i matki oraz linia ręki wprowadza swoisty ład w tę niezwykle ujmującą scenę. Harmonię zakłócają jednak kwadraty wyznaczone przez ramy dzieląc płaszczyznę na dwie części - obrazów umieszczonych przez autora nad obiema postaciami. Jak widać należą już one do innych przestrzeni. Możemy jedynie domyślać się, iż nad głową dziecka może zarysowywana być scena ukrzyżowania Chrystusa, który to zabieg często stosowany był zamiast komentarza. Czułe ręce matki pragną zatrzymać dziecko w świecie jej najbliższym, ale wyraźne symptomy choroby malujące się na jego twarzyczce, wywołują nękające pytanie o przyszłość. Pastelowe, stonowane barwy, pozornie usypiają nasz niepokój, jednak zostaje on wznowiony poprzez analizę fragmentu purpurowej szaty matki oraz czarnej wstążki, okrywającej jej serce. Szlachetne brązy i żółcienie sugerują także stan majątkowy rodziny dziewczynki, która może zatem liczyć na lekarską diagnozę.

Zarówno obraz Muncha, jak i Metsu wprowadzą na myśl Pietę – obraz Matki Boskiej rozpaczającej nad ciałem Chrystusa. Takie wizjerunki „Piety” były częstym motywem wśród

malarzy klasyków, budząc w obserwatorach wyjątkowe emocje, podobnie jak „Pieta” Annibale Carraccia. Piękno wijących się, wzburzonych linii, pełnych wibracji i światłocienia, to pokrótce synteza lirycznej twórczości tego autora. Wspaniałe połączenie łagodności a zarazem siły wyrazu w „Piecie” przywołuje na myśl typowe renesansowe dzieła, jednak wynurzające się z ciemności postaci nacechowane są efektami charakterystycznymi dla baroku. Diagonalne ułożenie ciała Chrystusa zdjętego z krzyża sprawia, iż cała historia opowiedziana przez Carraccia rozgrywa się zgodnie z tak wyznaczoną linią.

Mamy tutaj także przykład zderzenia dwóch płaszczyzn i światów, odpowiadających ziemskiemu i niebiańskiemu. Ciało Chrystusa naznaczone jest piętnem cierpienia, któremu odpowiada zimna biel materii oraz wyraźne oznaki stygnącego ciała. Jednocześnie szlachetność pozy, głęboki ból malujący się na twarzy Zbawiciela, zachowanie odpowiednich norm przy ukazywaniu świętej sylwetki umiejscawia postać w sferze sacrum.

Linia podziału przebiega też wzdłuż obrazu. Jego lewa strona to ziemski wymiar życia. Malujący się na twarzy Jezusa niedawno wygasły ból odpowiada także emocjom cierpiącej matki. Głowa i ramiona spoczywające na kolanach Marii odwołują się do ziemskich uczuć, które tak sugestywnie mogą ujawniać się wyłącznie między matką a dzieckiem. Jej nieutulony żal wyraża się w geście, w którym sugeruje chęć zachowania swego syna przy sobie. Maria zadaje jakby retoryczne pytanie o sens takiego cierpienia, bezradnie rozkładając ręce. Jednocześnie małe putta przeciągają jego ciało na drugą stronę, zapowiadając rychłe życie bez bólu, którego przecież są symbolem. Jeden z anielskich wysłanników niczym bez troski dziecko sprawdza, jaki efekt przynosi bezpośredni kontakt z cieniami korony Chrystusa.

Dzieło koresponduje z utworami o podobnej tematyce, jednak ciężar jego wymowy zostaje w tym wypadku zmniejszony poprzez wprowadzenie postaci małych cherubinków, zwiastujących nadzieję i odrodzenie.

Komentarzem do syntezy obrazu Carraccia mogą być słowa Czesława Miłosza zaczerpnięte z wiersza „Walc” - „Jest taka cierpienia granica, za którą się uśmiech pogodny zaczyna”.

O odrodzeniu i powtarzalności się cyklu życia i śmierci traktują także obrazy Caspara Friedricha. Ból był nierozdzielną częścią jego



Annibale Carracci: *Pieta* (1599-1600), Museo Nazionale di Capodimonte, Neapol, *Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieła* nr 73, s. 25

istnienia, bowiem malarz zawdzięczał życie swojemu starszemu bratu, który pospieszył mu niedługo na pomoc, oddając życie pod pokrytym lodem Bałtykiem. Artysta nigdy więcej nie wspominał o tym tragicznym zdarzeniu, ale dyskretna i głęboka samotność stały się odtąd jego najbliższymi przyjaciółmi. Trauma śmierci i wielkiej pustki, jaką pozostawiła w sercu sprawiła, iż jego obrazy wyrażają nie spotykaną dotąd głębię i niosą silne emocje.

„Fazy życia” Caspara Friedricha to wielki manifest artysty, budzący ludzkie sumienie i wrażliwość. Zresztą wszystkie jego dzieła to romantyczne wyznania, pełne poczucia melancholii, smutku, ale i nadziei. Z czasem autor określa swoją rolę, mówiąc „Uwiłem wokół siebie kokon. Nadchodzącym latom pozostawiam troskę o to, co zeń wyjdzie - barwny motyl czy larwa”, pozostawiając metafizyczną stronę swoich dzieł interpretacji obserwatora. Troska malarza o zachowanie realizmu kontrastuje u niego z chęcią nadania głębszych znaczeń wybranym elementom obrazu. Realizm i symbolika zawsze współgrają u niego, tworząc swoistą alegorię. Ludzka egzystencja, nieskończoność natury wywołują niepokój, nostalgię. Friedrich fantastycznie wyczuwa tragedię pejzażu, w zawiłościach natury znajduje dysonans wobec realizmu naszego życia, wciąga nas w skomplikowaną grę skojarzeń, nie pozostawiając cienia wątpliwości co do naszej ignorancji w stosunku do świata.

Obraz „Fazy życia” może stanowić rodzaj podsumowania w sprawie kruchego i niepewnego bytu człowieka na ziemi. Friedrich ma nasze oczy pięknym przedstawionego pejzażu, pozornie usypiając zmysły. Uduchowiony nastrojowy, a jednocześnie pełen subtelnej napięcia obraz wpisuje się w tematykę romantyczną, tak znakomicie oswojoną przez malarza. Żywsze tonacje nieba kontrastują z tonią wody i okrętów niczym samotnych wędrowców w przestrzeni nieskończonego żywiołu. Obraz tchnie poetyckim wyznaniem, prowadzi nas w krainę snu, jednocześnie stosuje ele-



Gabriel Metsu: *Chore dziecko* (1660), Rijksmuseum, Amsterdam, A.S. Lyouns, R. J. Petrucelli: *Ilustrowana historia medycyny, Penta*, Warszawa 1996, s. 460

menty znajome nam z realnego świata. Autor wciąga nas do skomplikowanej gry zależności między przedstawionymi sylwetkami ludzi, a majaczącymi w oddali żaglowcami. Postaci te łączy nie tylko rodzinny mianownik, ale stanowią symbole przynależnej im grupy wiekowej. Każda z ukazanych osób ma swój odpowiednik w żeglujących w oddali okrętach. Doniosłą rolę odgrywa największy z nich, wyraźnie skupiający na sobie uwagę obserwatora. Nietrudno zatem rozszyfrować zamysł autora, który za najistotniejszą uznał postać wspierającego się laską starca. Odwrócony w jego stronę mężczyzna, niewątpliwie jeszcze w sile wieku, ukazuje gest, w którym jakby ostrzega starca przed przyszłością. Dzieci natomiast, zajęte nieustanną zabawą, nie wyczuwają mrocznej potęgi otoczenia.

Kres morskiej wędrówki jest częstym symbolem śmierci w obrazach autora, ale i tu małe łódzki u ujścia rzeki wcale nie odbiegają przestrzennie od miejsca wyznaczonego dla starca. Czy zatem zgnębiony chorobą autor pragnie odsunąć od siebie myśl nieuchronności śmierci, czy wręcz podkreślić bliskość wieku geriatrycznego do świata naiwności dziecięcej? Napięcie tej sceny tkwi w jeszcze jednym elemencie, który umieszcza Friedrich na łódzie. Jest nim mianowicie odwrócona dnem do góry niewielka łódka, niczym porzucona łupina starego orzecha. Niezaprzeczalnie kształt jej przypomina wieko trumny, jako kolejny symbol zbliżającej się śmierci. Z ciemności wyłania się także symboliczny krzyż, pozornie scalony przez porzucone mimowolnie na brzegu wiosła, naumyślnie przywodzące wizerunek mogiły. Zastanawiającym jest także fakt wyjątkowego oddalenia okrętów odpowiadających rodzicom dzieci. Czyżby ich światy nie mogły znaleźć wspólnego punktu odniesienia z postaciami dziadka i jego wnuczka? Sądzę, iż w rzeczywistości



Caspar Gavid Friedrich: Fazy życia (1835), Museum der Bildenden Kunste, Lipsk, Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieło nr 22, s. 27-28

stanowią nierozzerwalny związek pełen mądrości, do której dorośli dojrzejają dopiero na starość (w jesieni życia).

Friedrich patrzy oczami dziecka, a jednocześnie wyodrębnia się tu analityczny umysł starca. Obserwując jego dzieła, nie można pozostać obojętnym na strukturalne uporządkowanie jego obrazów. Także i tu każdy element ma swój odpowiednik w naturze (dzieci – kamienie, drewniane kije, łódzie – postacie z brzegu), a jednak wyraża coś niezwykle ulotnego i nieuchwytnego, niezgodnego z hierarchicznym uporządkowaniem logicznym.

Jak widać mistrzowie pędzla poprzednich wieków nie stronili od niezwykle bolesnego tematu choroby i śmierci, czyniąc go często wyzwaniem dla własnego kunsztu, aktem wy-

znania alter ego. Analizując przytoczone dzieła, można określić wspólną linię dekodycji, a jest nią niewątpliwie pragnienie uwznioślenia i pietyzacji poddanych próbie postaci. Szczególną grupą modeli stały się bezbronni i kruche postacie dzieci, które najczęściej jako pierwsze stawały się częścią korowodu dance macabre.

Jak powiedział Edward Munch „Śmierć jest początkiem nowego życia. Krystalizacją. Śmierć jest początkiem życia. To nie my umieramy, lecz obumiera dla nas otaczający nas świat.”

Mgr Joanna Hladoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej, absolwentką studiów podyplomowych z historii sztuki nowożytnej UAM w Poznaniu.

Wystawa malarstwa lekarzy

Tomasz Drewa

W dniach 21-26 stycznia odbyła się V Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy. Wystawę organizował Klub Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Swoje prace przedstawiło 39 lekarzy z całej Polski, liczną grupę, bo aż 13 osób stanowili dentyści. Wystawa była przygotowana profesjonalnie. Każdy uczestnik otrzymał zaświadczenie o udziale w wystawie. Przygotowano katalogi wystawowe obejmujące przedstawiane prace. Wystawa w dniu otwarcia, w który autor niniejszej notatki miał również zaszczyt uczestniczyć zgromadziła około 200 osób. Na parterze willi przy ulicy Czerwonej 3, która jest siedzibą Izby Lekarskiej trudno było znaleźć miejsce. Bydgoszcz miała dwoje reprezentantów w osobach pani Marty Biedki oraz autora. Nagrodę publiczności otrzymała Pani dr Ineza Kozłowska-Rogalska z Łodzi.

Autor wystawił cztery prace pochodzące z lat 1989-1995. Wszystkie one dotyczą tematyki marynistycznej i przedstawiają pejzaże

plaż Wybrzeża Środkowego i Zatok Gdańskiej. Prace te powstały pod wpływem twórczości największego polskiego marynisty Mariana Mokwy. Obrazy przedstawiają Plaże w Gdyni Oksywii, okolicach Łeby, Żarnowca, oraz w Białogórze. Miejsca te autorowi są szczególnie bliskie, gdyż tam często spędzał letnie wakacje. Inspiracją do ich powstania była chęć zachowania tamtych krajobrazów bałtyckich. Elementy krajobrazowe Środkowego Wybrzeża są częścią cyklu prac obejmujących krajobrazy Kaszub, które są bliskie autorowi ze względu na pochodzenie i kulturę, w której się wychował.

Dr n. med. Tomasz Drewa jest p.o. kierownika Zakładu Inżynierii Tkankowej.



dr Tomasz Drewa na Wystawie Malarstwa Lekarzy

Osoby o twórczym stylu działania

Krystyna Kurowska

Osoby twórcze wyróżniają się swoimi zainteresowaniami i postawami. Mniejsze znaczenie mają tu uzdolnienia intelektualne. Wielu twórczych ludzi charakteryzuje się niezależnością, intuicją i dużym poziomem samoakceptacji. Często są to introwertycy o bogatej fantazji. Nie dbają o opinie innych o nich samych, w związku z tym mogą swobodnie wyrażać własne myśli i idee. Twórcze osoby mają też większą wrażliwość estetyczną. Ich największą cechą jest jednak zdolność konstruktywnego rozwiązywania problemów.

Zdolność tworzenia istnieje potencjalnie w każdym człowieku niezależnie od wieku, ale potrzebuje warunków, aby się rozwijać i nie jest cechą wrodzoną. Człowiek uczy się twórczości tak jak uczy się pisania lub czytania. Dzięki badaniom przeprowadzonym nad znanymi uczonymi wiemy, że są oni bogatymi indywidualnościami i nie reprezentują jednego wyraźnego typu. Są wśród nich zarówno tacy, którzy swoje osiągnięcia zawdzięczają systematycznej pracy jak i natury kapryśnej, pracujące zrywami; zarówno jednostki zamknięte i stroniące od ludzi, jak i osoby nadzwyczaj towarzyskie itp., ale jest pewna liczba cech wspólnych, które je wyróżniają:

- **Otwartość umysłu** – oznacza gotowość rozważania punktów widzenia odmiennych niż własny, przyjmowania i tolerowania wiadomości niezgodnych z wcześniej przyswojonymi. Otwartość umysłu sprzyja refleksyjności, rozumianej jako umiejętność długotrwałej koncentracji na problemie, docieklivości w jego zgłębianiu, odrzucanie odpowiedzi do czasu zbadania nasuwających się hipotez.

- **Wrażliwość na problemy** – oznacza łatwość samodzielnego dostrzegania wielu problemów tam, gdzie ludzie o małej wrażliwości nie widzą powodu do refleksji lub działania. Tej cechy nie można nabyć w toku kształcenia. Szkoła nie wyrabia planowo wrażliwości na problemy i umiejętności samodzielnego ich formułowania, ponieważ hołduje tradycji stawiania ucznia przed gotowymi zadaniami. Omawiana właściwość nie jest cechą ogólną, lecz specyficzną.

- **Niezależność i odwaga** - wychowanie i kształcenie polegają w znacznej mierze na formowaniu naszego zachowania wedle wzorów wypracowanych przez społeczeństwo. Kto chciałby je złamać w imię poszukiwania nowych wzorców i wartości, wkracza na drogę twórczą. Obierając tę drogę musi być niezależny w sądach i decyzjach, gdyż zanim dowiedzie swej racji, inni będą mu przeciwni. Nie może liczyć się we wszystkim z aktualną opinią lub modą, aby był nowatorem. Nowator wystawia się na niebezpieczeństwa. Musi się sprzeciwiać utartym zwyczajom, bronić przed krytyką, szykanami. Musi być indywidualny i niezależny, aby swoją odwagą walczyć z wysmiewaniem się i nie dać się zwalczyć.

- **Dodatnia samoocena** – najczęściej twórca

to osoba, która ma dodatnią, często wysoką samoocenę, mniemanie o sobie. Ludzie, którzy twórczym stylem życia osiągnęli dużo w życiu charakteryzują się wiarą we własne siły.

- **Fascynacja zadaniem** – twórczość wymaga zaangażowania. Natchnienie jest obecne cały czas w życiu uczzonego powodując, że nie ma nic ważniejszego od tworzenia. Jest to stan przyjemny nazywany przez niektórych okresem spotęgowanego życia lub nawet pełnią życia.

- **Odporność na niepowodzenia i na brak nagród zewnętrznych** – jest to zdolność szczególnie ważna dla twórcy. Uczony, który ogląda się na nagrody, zachęty i pochwały rozczarowany może zrezygnować z tworzenia, poddać się bez walki. Dla prawdziwego twórcy zachętą jest walka o przeforsowanie swojego nowatorskiego pomysłu. Nieważny jest efekt końcowy, ale droga jaką musi przejść aby przeforsować swój projekt.

- **Wyobraźnia twórcza** – jej istotę stanowi kojarzenie rzeczy odległych. To znaczy takich, które nigdy dotąd nie były kojarzone – na skutek nawyków, przesądów, braku odwagi lub wytrwałości. Właśnie takie odległe skojarzenia najpewniej przynoszą nowość dużej miary. Lecz do uprawniania twórczego stylu życia wcale nie są potrzebne wielkie wzloty wyobraźni. Większość pozytywnych zmian, jakie mogą być i są wprowadzane, nie muszą być nowymi wynalazkami.

Działania poddyktowane niezależnym i oryginalnym myśleniem budzą często niechęć innych ludzi. Osoby, o twórczym stylu życia kumulują swoją energię na tworzeniu, ale najczęściej nie radzą sobie w codziennym życiu podlegającym stereotypom. Często wpadają w konflikt z otoczeniem, co musi powodować napięcia. Agresywna i negatywna postawa innych ludzi wobec osób twórczych jest jednak najczęściej poddyktowana zazdrością – każdy chciałby być twórczy, żeby urozmaicić codzienną rutynę. Być twórczym – to być indywidualnym, oryginalnym. Być twórczym to nie poddawać się normom i zwyczajom już panującym. Być twórczym to zwracać na siebie uwagę. Wszelki postęp zależy od ludzi twórczych, którzy mają tendencję do przystosowywania świata do siebie, a nie odwrotnie. Chęć zrealizowania swoich twórczych potencjałów widać szczerze-gólnie u młodzieży. Dopiero gdy młody człowiek znajdzie cel dla którego warto ponosić wysiłek, idea twórcza jest urzeczywistniana. Ważne jest też, żeby zrealizowanie tej idei, celu miało znaczenie dla niego samego, a nie tylko dla otoczenia. Proces odkrywania innej rzeczywistości przez osoby twórcze odbywa się dzięki uruchomieniu fantazji, wyobraźni, intuicji oraz intelektu. Najogólniej można powiedzieć, iż myślenie twórcze jest procesem rozwiązywania problemów o charakterze otwartym, tzn. takich,

które mają wiele możliwości rozwiązań. Proces ten prowadzi do powstania wytworów dotąd nieznanych, a zaraz użytecznych dla pewnej grupy osób, bądź tylko dla osoby twórcy. Procesy myślenia twórczego sprwadza się często do następujących czynników i operacji:

- **Płynność i giętkość myślenia** – dla twórczo myślącego człowieka nie jest problemem wymyślenie dużej liczby, różnorodnych rozwiązań problemu, nie korzysta ze stereotypowych rozwiązań. Jest elastyczny i giętki, dostosowuje swe pomysły do rodzaju zadań i warunków.

- **Oryginalność myślenia** – twórczo myślący człowiek potrafi tworzyć rozwiązania rzadkie w danej grupie osób, a przy tym zaskakujące i niekonwencjonalne.

- **Wrażliwość na problemy** – człowiek twórczo myślący posiada zdolność krytycznego dostrzegania wad, luk, braków i niedostatków w ludzkich działaniach i rzeczach. Wrażliwy na problemy, docieklivy i trzeźwy twórca nie ulega przyzwyczajeniom choć mogą być one dla niego nader miłe, np. nie pije, by poprawić sobie „widzenie” i nie bierze narkotyków, by pobudzić inwencję twórczą. Potrafi zadowolić się tym co jest mu dane w sposób naturalny, tym co ma, a motywację znajduje w zainteresowaniu, zaciekawieniu problemem i w samym tworzeniu.

- **Kojarzenie odległych rzeczy i idei** – dzięki swojej wyobraźni człowiek twórczy, aby stworzyć dzieło potrafi połączyć w swoim umyśle dwa lub więcej pomysłów i z nich uzyskać trzecią, nową jakość. Unika rutyny, starych, zużytych i męczących sposobów działania.

- **Transformowanie (przekształcanie)** – w swym umyśle człowiek twórczy często przekształca różnorodne idee i pomysły, bądź też same przedmioty. Prowadzi eksperymenty myślowe, wymyśla niezwykle fabuły, scenariusze i czasem dowcipy. Nie hamuje swojej wyobraźni, bo tak „nie wolno” lub „nie wypada”. Jest jak dziecko w swych poszukiwaniach myślowych. Dzięki temu powstają nowe rzeczy i nowe idee.

To według jakiego stylu życia żyjemy kształtuje nas, nasz charakter, wyznacza nasz rozwój. Na podstawie tego w jaki sposób ktoś żyje potrafimy ocenić drugiego człowieka, styl życia więc może być odpowiedzią dlaczego ludzie myślą o nas w sposób negatywny lub pozytywny. Twórczy styl życia mogłoby się wydawać najłatwiej wprowadzić w czyn. Twórczość kojarzy nam się z wybuchami wyobraźni, natchnieniem, eksplozją emocji, chwilą natchnienia pozbawioną ciężkiej pracy. W rzeczywistości jest inaczej – być twórczym – to ciężka praca, ale jest to ciężka praca, która pomaga żyć efektywnie, praca, która się opłaca.

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

Dziewięciu niewdzięcznych

Wojciech Szczęsny

Zmierzając do Jerozolimy Jezus przechodził przez pogranicze Samarii i Galilei. Gdy wchodzili do pewnej wsi, wyszło naprzeciw Niego dziesięciu trędowatych. Zatrzymali się z daleka i głośno zawołali: Jezusie, Mistrzu, ulituj się nad nami. Na ich widok rzekł do nich: Idźcie, pokażcie się kapłanom. A gdy szli, zostali oczyszczeni. Wtedy jeden z nich widząc, że jest uzdrowiony, wrócił chwalcąc Boga donośnym głosem, upadł na twarz do nóg Jego i dziękował Mu. A był to Samarytanin. Jezus zaś rzekł: Czy nie dziesięciu zostało oczyszczonych? Gdzie jest dziewięciu? Żaden się nie znalazł, który by wrócił i oddał chwałę Bogu, tylko ten cudzoziemiec. Do niego zaś rzekł: Wstań, idź, twoja wiara cię uzdrowiła.

(Łk 17, 11-19)

Ostatnie tygodnie przyniosły doniesienie medialne dotyczące rozmaitych „nieprawidłowości” w służbie zdrowia. Kiedyś zresztą uślośczałem od jednego z działaczy związkowych, że ta nazwa źle się kojarzy, bo służba to coś, co robi się za darmo lub za marne pieniądze. Nie do końca podzielałam ten pogląd. Zawód lekarza jest istotnie pod pewnymi względami wyjątkowy. Wynika to z faktu, że materia jakiej dotyczy to ludzkie zdrowie i życie. Wartości te dla większości ludzi z kręgu kultury europejskiej są najcenniejsze. Pomijam, choć problem ten zaczyna być dość poważny, ludzi dla których własna egzegeza Pisma, nakazuje skazywanie siebie, lub co gorsza innych na śmierć. Oczywiście każdy ma prawo w każdej chwili i na każdym etapie odmówić leczenia. W przypadku dzieci czasowe pozbawianie praw rodzicielskich przez sądy doraźnie rozwiązuje problem, lecz notowano już przypadki nie odbierania ich ze szpitala. Przyznam, że obserwując takie postępowanie łatwiej mi zrozumieć zamachowców-samobójców wjeżdżających ciężarówką z dynamitem na targowisko w Bagdadzie.

Już z tego przykładu widać, z jakimi problemami spotykają się lekarze i osoby związane z służbą zdrowia. Obszar stykania się świata człowieka chorego i świata lekarza jest wypełniony materią o niezwykle skomplikowanej strukturze. Pisałem już poprzednio o zespole wypalenia zawodowego, który właśnie tu jest najczęściej obserwowany. Jednak oprócz trudności „wewnętrznych” mamy i wrogów zewnętrznych. Nie chodzi tu wcale o próbę wytworzenia sytuacji „oblężonej twierdzy”, czy jakże potrzebnych do tłumaczenia wszelkich niepowodzeń „barbarzyńców” rodem z wiersza Konstantinosa Kawafisa. Nasi „barbarzyńcy” istnieją realnie, choć wcale nie czekaliśmy na nich.

Pomiędzy światem służby zdrowia a światem ludzi „normalnych” krąży media. Chyba żadna grupa zawodowa, no może prócz polityków, nie jest opisywana i rozpracowywana tak dokładnie jak nasza. Krzykliwe tytuły

i twarze lekarzy na zdjęciach, niby to zamazane, a natychmiast rozpoznawalne, to prawie codzienne okładki tabloidów. Tu nie ma domniemania niewinności, błędu w sztuce, ludzkiej pomyłki. Tu jest morderstwo, wina orzeczona przed wyrokiem i tradycyjne zdjęcie grobu zmarłego z zadumaną rodziną nad nim. Ba, gdybyż tylko tabloidy, można by z pewną dozą wyniosłej obojętności przejść obok. Nie zalecałbym jednak niej, gdyż większość tej części społeczeństwa, która umie i w ogóle czyta cokolwiek, czyta właśnie owe gazety i z nich czerpie wiedzę o jakże nieskomplikowanej naturze wszechświata. Tak zwane media opiniotwórcze niewiele odstają od swych braci lub siostr młodszych.

Nie mam oczywiście zamiaru poddawać w wątpliwość prawa mediów do informowania społeczeństwa o wszystkich wydarzeniach. Bez mediów wiele afer nie ujrzałoby światła dziennego, a wiele razy powiadomienie prasy jest „ultima refugium”. Wspomnijmy chociaż „łowców skór”. Choć sam przyznam, że początkowo byłem sceptyczny co do sensacji jakie opisano w prasie, z czasem mój sceptycyzm przerodził się w przerażenie i obrzydzenie w stosunku do moich dwóch łódzkich kolegów. Oczywiście jest, że trudno komentować to w jakichkolwiek kategoriach. Z drugiej jednak strony w Polsce jest 140 tysięcy lekarzy, możemy więc zaludnić miasto większe od Grudziądza. Nie obrażając mieszkańców tego grodu znajdziemy tam prostytutki, złodziei a nawet morderców. Taka jest statystyka. Nie dziwny się więc, że w masie lekarzy znajdują się i czarne owce. Jeszcze raz pragnę podkreślić, że złe czyny lekarzy zasługują na takie samo karanie jak i innych ludzi. I tu właśnie rodzi się pytanie, czy tak samo, czy może - jak pragnęło by wielu - bardziej surowe. Przez ile bowiem przypadków, czasów i trybów odmieniono w mediach i ludzkich ustach Przysięgę Hipokratesa, nie zliczę. W tym miejscu zauważę, że każdy zawód ma swoją etykę. Obojętnie, co robimy powinniśmy robić to dobrze, dokładnie, zgodnie z zasadami sztuki owego zawodu, choćby było to zmywanie garnków w najgorszej knajpie. Nie słyszałem jednak, żeby ktoś podnosił kwestię etyki innych zawodów. Zdarza się niekiedy usłyszeć o nieetycznym postępowaniu polityków, ale rzadko. Tam kłamstwo wpisane jest w działanie. Również prawnicy wydają się być w lepszej sytuacji, a przecież wydają wyroki (do nie dawna nawet śmierci), które w przypadku pomyłki rujną życie człowieka. Może się mylę, ale nie słyszałem, aby jakiegokolwiek sędziego ukarano za skazanie niewinnego człowieka. Tymczasem lekarz odpowiada



na co najmniej dwóch płaszczyznach, to jest przed sądem powszechnym i korporacyjnym. Mam wrażenie, że niekiedy może być ukarany dwukrotnie za ten sam czyn. Do całości sprawy dochodzi jeszcze odpowiedzialność materialna zwana zadośćuczynieniem. Wszyscy zatem ubezpieczają się na coraz wyższe sumy, gdyż żądania pacjentów wspierane przez owych właśnie prawników są coraz większe. Oczywiście, że wiele z nich jest uzasadnionych i należy się poszkodowanym, ale bywają i takie, które graniczą z absurdem, czyniąc nieomal lekarza odpowiedzialnym za np. powstanie nowotworu. Jakże często słyszę od rodziny pacjenta dosłownie wyrwanego ze szponów śmierci, kosztem powiedzmy wyłonięcia stomii czy amputacji kończyny, że przecież ojciec czy matka do tej pory byli całkiem zdrowi i co myśmy im zrobili. Wracając na chwilę do analogii z prawnikami, nie słyszałem, żeby ktoś zażądał od sędziego pieniędzy za błędny wyrok. Jego chroni immunitet i nie musi się od niczego ubezpieczać. Tu zapłaci (a nie jest to wbrew pozorom łatwe) skarb państwa, czyli między innymi PT Czytelnicy owego artykułu i jego autor. I jakoś nikt nie ma pretensji. Tymczasem w mediach podaje się astronomiczne liczby osób zmarłych lub uczynionych kalekami przez błędy lekarskie, bez jakiegokolwiek weryfikacji, ilustrując owe artykuły makabrycznymi zdjęciami realnych i rzekomych ofiar owych pomyłek diagnostyczno-leczniczych. W USA niedawno odbył się całkiem liczny zjazd niedoszłych skazańców, którzy uniknęli krzesła elektrycznego właśnie tylko dzięki lekarzom sądowym i kryminalistynom, będąc już skazanymi na śmierć przez sędziów. Można przyjąć, że i w Polsce takie błędy są popełniane.

Cały ten wywód nie miał być jednostronną apologią lekarzy. O nie! Spotkałem wśród nich wielu ludzi, których nigdy nie chciał-

bym spotkać. Ludzi małego formatu, wręcz podłych. Nasze wady to pycha, zadufanie w sobie i coś, o czym mówiono (a w to wierzę) w stosunku do kardiochirurga z Warszawy – syndrom Boga. Pan życia i śmierci, lekarz uzdrowiciel. Iluż z nas czasami tak pomyślało o sobie. Ileż to razy na zjazdach naukowych ktoś wręcz z pogardą krytykuje pracę swojego kolegi. Mam w pamięci sytuację z naszego bydgoskiego podwórka, gdzie po przedstawieniu referatu opisującego powiedzmy 50 pewnych badań, jeden z lekarzy wstał komentując to tak: „no, nie mam może takiego doświadczenia jak szanowny kolega, bo zrobiłem „tylko” 1240 takich badań, ale...” Czy można tu coś dodać?

Picie alkoholu zdarza się w każdej grupie zawodowej i jedynym komentarzem w przy-

padku takich zdarzeń z udziałem lekarzy na dyżurach może być leczenie alkoholizmu, jeśli istotnie on występuje lub pozbawienie prawa wykonywania zawodu co najmniej na rok. Tertium non datur. Nie chciałem poruszać tematu ekonomicznego, maszę jednak wspomnieć, że wynagrodzenie ludzi zajmujących się leczeniem innych jest śmieszne, żenujące i upodlające. Trwający właśnie exodus jest spowodowany niewyobraźną odpowiedzialnością za niemal każdy czyn i słowo w stosunku do wynagrodzenia, które wielu po prostu śmieszy, lub wywołuje niedowierzanie. Akcje typu: „Pokaż lekarzu co masz w garażu” nie zachęcają raczej do pozostania w Polsce, gdyż przykładowo w Londynie lekarz ów jeździ BMW i nikogo to nie dziwi. Młody lekarz, zarabiający powiedzmy

1500 PLN, ma jechać na zjazd. Dzisiaj tzw. fee (często już w euro) to suma 400-500 PLN. Trzeba gdzieś spać, coś zjeść. Razem - co najmniej 1200 zł. Z tego co mi wiadomo, szykuje się całkowity zakaz finansowania podobnych wyjazdów przez firmy farmaceutyczne. Tak więc szerokiej drogi, Koledzy. Normalne kraje czekają na Was. Podobno w czasie exodusu Polaków pochodzenia żydowskiego w 1968 roku na dworcu w Wiedniu wisiał napis: „Nie udawajcie mądrych, mądrzejsi przyjechali tu przed wami”. Wypatrujcie podobnych napisów w Dublinie, Londynie czy Sztokholmie. Na pewno tam są.

Dr Wojciech Szczepny jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.

Dylematy językowe w pielęgniarstwie

Mirosława Kram

Termin język używany jest w wielu znaczeniach. Mówi się o języku polskim, angielskim i niemieckim, ale również o języku migowym, matematyki czy zawodowym - medycznym, prawniczym, socjologicznym itp. Jakikolwiek jest jego charakter, zawsze jest narzędziem za pomocą którego oddziaływanie się na innych ludzi. Mało tego, ekonomia rządzi światem i podobnie ma się rzecz z językiem. Coraz częściej można dostrzec w nim skłonności do skracania niektórych form. Taka tendencja powoduje, że język staje się bardziej oszczędny i ekonomiczniejszy. Ma miejsce zarówno w języku potocznym jak i zawodowym. Na przykład: żagłówka zamiast łódź żaglowa; chemia zamiast chemioterapia onkologiczna. Wobec tego:

Pielęgowanie czy pielęgnacja?

Zakres działalności praktycznej w pielęgniarstwie określane jest mianem pielęgnowania. Z punktu widzenia językowego jest rzeczownikiem odczasownikowym. Wyrazy z sufiksem -anie, -enie sygnalizują aktualną czynność, np. pielęgnowanie, leczenie, organizowanie, chorowanie lub wskazują na dokonaność lub niedokonaność czynności, np. wyzdrowienie, zdrowienie.

Treścią przyjętej przez środowisko pielęgniarstwa definicji pielęgnowania zawodowego jest: „profesjonalne pomaganie i towarzyszenie pojedynczemu człowiekowi lub grupie ludzi w zdrowiu, chorobie, niepełnosprawności, umieraniu oraz kształtowanie umiejętności samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego w zdrowiu, życia w cierpieniu i życia z chorobą.

Język polski zapożyczył wyraz pielęgnowania z języka niemieckiego, tak dawno że dla niejęzykoznawcy jest wyrazem z zasobu języka polskiego. Niemiecki rzeczownik eine Pflege tłumaczy się jako: opieka, piecza, dogład, pielęgnowanie, czasownik pflegen tłumaczy się jako: pielęgnować, dogładzać (chorego, kwiaty), dbać o kogoś, zajmować się kimś, czymś.

Wyraz pielęgnacja upowszechnił się pod wpływem słownictwa takich dziedzin jak:

uprawa roślin, kosmetyka i często pojawia się w tekstach z tej dziedziny. Nie omija także pielęgniarstwa. Danuta Buttler (red.) w książce „Kultura języka polskiego” pisze: „... Kolejnym modelem służącym we współczesnej polszczyźnie do tworzenia nazw czynności jest wzorzec z formantem -acja. Bazą formantu -acja stanowią czasowniki zapożyczone, np. pasteryzacja, orientacja, aranżacja, pielęgnacja itd. Zdecydowana większość czasowników jest pochodzenia łacińskiego. Z tego względu derywaty (kalki językowe) na -acja są kwestionowane w wydawnictwach poprawnościowych”. Czyny to tak np. prof. Miodek który w swojej książce „Rzecz o języku” wydawnictwa Ossolineum z 1983 roku pisze: „... w procesach przystosowujących wyrazy obcego pochodzenia językowego musi obowiązywać pewna konsekwencja. Wystarczy się przyjrzyć odpowiednim parom wyrazów niemieckich i polskich - typu: wertwert, gerben - garbować, treffen - trafiać. (...) A polskiej serii administracja, prowokacja, obserwacja itp. odpowiadają łacińskie administratio, provocatio, observatio. (...) Niepoprawna jest zatem konstrukcja pielęgnacja. Czasownik pielęgnacja, który jak już wspomniano wywodzi się z języka niemieckiego i nie ma tu formalnego uzasadnienia dla tej postaci czasownika. Pielęgnowanie to jedynie dopuszczalna forma!”

Wracając do D. Buttler „... rzeczownik pielęgnacja ma za sobą pewną tradycję w języku ogólnym, jesteśmy oswojeni z tym wyrazem, jest przejrzysty w swojej budowie. Za aprobatą używania tegoż wyrazu w tej formie przemawia min. jego utrwalenie w środowisku zawodowym (co na ogół stawia językoznawcę wobec faktu dokonanego), a także fakt, że jest krótszy o jedną sylabę, co nadaje w języku mówionym aspekt ekonomiczności i funkcjonalności”.

Konkludując - wyraz pielęgnowanie w języku mówionym jest tożsamy z pielęgnacją. We współczesnym piśmiennictwie pielęgniarstwie czy podręcznikach spotykamy się głównie z wyrażeniem pielęgnowanie, co

może świadczyć o tym, że kryterium językowe stawiane jest na pierwszym miejscu, a uzualne (zwyczajowe) na drugim.

Przyjęcie na oddział czy w oddział?

Wyraz oddział ma cztery pojęcia: po pierwsze - oddziałem nazywa się część fabryki, urzędu, biura wyodrębnioną ze względu na rodzaj produkcji; po drugie - część składową instytucji stanowiącą pewną całość np. I oddział PKO i wówczas mówi się „wnosić opłatę w oddziale banku”, „pójść do oddziału biura turystycznego”; po trzecie - część składową jednostki wojskowej.

Nas interesujące, po czwarte, słownik języka polskiego określa jako wyodrębnioną część szpitala: oddział zakaźny, oddział chirurgiczny, dziecięcy; leżeć na oddziale, pójść na oddział, być przyjętym na oddział.

Zostać przyjętym do szpitala, czy trafić do szpitala?

Można tak i tak, jeśli przyjmie się określić nie trafić - znajdować drogę dokądś, docierać gdzieś nie błędząc, dostawać się, dokądś, znaleźć się, np. w szpitalu, trafić w dobre ręce, trafić do szpitala.

Pacjent czy podopieczny?

Wyraz pacjent wywodzi się z języka angielskiego patient - cierpliw (przymiotnik) i oznacza człowieka cierpiącego. W języku polskim zwyczajowo określa się mianem pacjenta każdego, kto korzysta ze świadczeń udzielanych przez pracowników instytucji ochrony zdrowia.

Każdy człowiek, w różnych okresach życia i z różnych powodów, wymaga opieki ze strony innych ludzi. Opieką otacza się tych wszystkich, którzy nie są zdolni do radzenia sobie w życiu. Najczęściej jest to uwarunkowane wiekiem (np. opieka rodzicielska), stanem zdrowia (np. opieka pielęgniarstwa, psychologiczna, zdrowotna) lub sytuacją społeczną (opieka społeczna, prawna). Najogólniej określa ona różne formy działalności i odnosi się

do różnorodnych sytuacji oraz potrzeb psychospołecznych. Kiedy jednak człowiek nie radzi sobie sam z problemami zdrowotnymi, lub też pomoc ze strony najbliższych jest niewystarczająca, korzysta on z opieki profesjonalnej. Podejmuje wówczas rolę pacjenta stając się biorcą opieki świadczonej przez pracowników ochrony zdrowia lub/i opieki społecznej i stając się tym samym podmiotem opieki.

Pielęgniarka jest jednym z dawców opieki profesjonalnej a osobą korzystającą ze świadczeń opiekuńczych najczęściej określa się pacjentem lub podopiecznym.

Podopieczny, w odróżnieniu od pacjenta, to określenie sformułowane w odniesieniu do osób (ale może to być także rodzina, grupa ludzi) korzystających z opieki poza instytucjami opieki zdrowotnej. Często tego terminu używa się w stosunku do mieszkańców domu opieki i osób, którymi zajmuje się pielęgniarka w środowisku domowym. Mogą to być ludzie zdrowi, ludzie chorzy, niepełnosprawni lub umierający.

Pielęgniarka czy siostra?

Powtórzę za prof. Miodkiem. Pielęgniarka to jedynie dopuszczalna forma. Dlatego że współcześnie pielęgniarka jest tytułem zawodowym, a pielęgniarstwo zawodem - uprawianym przez pielęgniarkę/pielęgniarszą i co wynika z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. W Ustawie również zapisano, że za wykonywanie zawo-

du pielęgniarki uważa się oprócz świadczenia na rzecz podmiotu opieki, także zadania dotyczące nauczania zawodu pielęgniarstwa, prowadzenie badań naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa, kierowanie i zarządzanie pracą zawodową pielęgniarek.

Tytuł pielęgniarka dla osoby podejmującej pielęgniarstwo zawodowo został wprowadzony wraz z nowoczesnym pielęgniarstwem, co miało miejsce w połowie XIX w. i związane było z założeniem przez Angielkę Florence Nightingale w 1860 r. w Londynie, pierwszej w świecie szkoły dla pielęgniarek. Od tego momentu pielęgniarstwo nabrało charakteru świeckiego, stało się zawodem, przedmiotem kształcenia i nauczania oraz sięgnęło podstaw naukowych. (W Polsce pierwszą szkołę przygotowującą do zawodu pielęgniarki otworzono w 1911 r. w Krakowie).

Wcześniej używano najczęściej określenia brat i siostra. Wpływ na ich rozpowszechnienie miało niewątpliwie sprawowanie opieki przez zakonników i zakonnice w przytułkach kościelnych, szczególnie w okresie średniowiecza pełniących rolę szpitali w dzisiejszym rozumieniu.

Pielęgniarki- siostry zakonne spotykamy do dziś na oddziałach szpitalnych, ale częściowo w zakładach opieki społecznej, zarówno dla osób dorosłych jak i dla dzieci. Łączą życie zawodowe z życiem klasztornym. Pochodzą z różnych zgromadzeń, żeby wymienić: Zgro-

madzenie Sióstr Miłosierdzia – Szarytki, Zgromadzenie Sióstr Najświętszej Rodziny z Nazaretu – Nazaretanki.

W ciągu ponad 140 lat nastąpiły ogromne przeobrażenia we wszystkich obszarach pielęgniarstwa, rozumianego jako zawód/profesja, działalność praktyczna, tj. pielęgnowanie, system kształcenia, przedmiot nauczania oraz dziedzina nauki. I mimo tych zmian ciągle jeszcze pokutują stereotypy w postaci np. zwracania się przez najbliższych współpracowników, a nawet studentów (wszystkich wydziałów, sic!) do pielęgniarki licencjonowanej, mgr. pielęgniarstwa – siostrę. Myślę, że nie popełnię faux-pas, jeśli napiszę, iż brzmi to wysoce nieprofesjonalnie. Siostrę! – zostawiamy dla pacjentów w chwilach ich cierpienia, strachu i lęku – emocjach przeżywanych w czasie pobytu w szpitalu i zostawmy dla sióstr zakonnych, co wówczas jest bardzo trafne.

Zamiast podsumowania

Język zawodowy dotyczy wykonawców danego zawodu. Ma za zadanie ułatwić komunikowanie się między pracownikami. Powyższy artykuł oczywiście nie wyczerpuje wszystkich dylematów językowych (a czy jest to w ogóle możliwe?), ale próbą sygnalizacji, że mają one miejsce.

Mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.

Projekt unijny "Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim"

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu jest realizatorem projektu pt.: "Wzrost kwalifikacji zawodowych wśród pracujących pielęgniarek w województwie kujawsko-pomorskim", na który otrzymano dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Priorytetu 2 – „Wzmocnienie zasobów ludzkich w regionach”, w wysokości 75% kosztów kwalifikowanych oraz budżetu państwa w wysokości 25%.

Motywy realizacji projektu jest chęć rozwiązania problemu niskich kwalifikacji zawodowych osób pracujących w zawodzie pielęgniarki/rza, w stosunku do potrzeb zmieniającego się rynku pracy, w warunkach członkostwa Polski w Unii Europejskiej.

Według statystyk większość aktywnych zawodowo pielęgniarek/rzy nie spełnia norm unijnych w zakresie liczby zaliczonych godzin zajęć dydaktycznych i praktycznych, wymaganych dla zawodu pielęgniarki, określonych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001. r. nr 57, poz.602 z późn. zm.)

Projekt zakłada przeprowadzenie nieodpłatnych studiów w okresie od września 2006 roku do marca 2008 roku. Zakres pomocy obejmuje zapewnienie nieodpłatnego zakwaterowania osobom dojeżdżającym z najbardziej odległych od By-



gdoszczy miejscowości, zakup podstawowych podręczników dla studentów, niezbędnych dla przeprowadzania toku nauki oraz pomocy dydaktycznych i sprzętu multimedialnego. Jednym z innowacyjnych elementów dydaktycznych projektu, będzie umożliwienie studentom samodzielnego przygotowania filmów związanych z promocją zdrowia, a także dotyczących skutków nikotynizmu, alkoholizmu, wpływu stresu na organizm ludzki. Materiały te będą prezentowane na ćwiczeniach w domach opieki społecznej, przedszkolach, domach spokojnej starości itp. Tego typu praktyki, dotąd nie stosowane na Uczelni, stwarzają możliwość kontroli pokazów i dokonania najlepszego przekazu dla promocji zdrowia.

Projekt skierowany jest do czynnych zawodowo pielęgniarek posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów oraz zawodowych szkół medycznych, które zgłoszą chęć podwyższenia kwalifikacji zawodowych i udokumentują związek z woj. kujawsko-pomorskim. Planuje się przeprowadzić zajęcia dla 378 studentów.

Osoby kończące edukację otrzymają wykształcenie wyższe i tytuł licencjata, natomiast te, które do marca 2008 w zakresie przypisanej im ścieżki nie ukończą studiów, otrzymają zaświadczenie uczestnictwa w projekcie oraz w przypadku pozytywnego zaliczenia egzaminów, promocję do kontynuowania nauki.

Celami, które Uczelnia chce osiągnąć dzięki realizacji projektu są: podniesienie kwalifikacji zawodowych pracujących pielęgniarek/rzy oraz wzmocnienie ich pozycji na rynku pracy w warunkach członkostwa Polski w UE, wzrost mobilności zawodowej, rozwój zawodowy rozumiany w kategorii awansu i wyższej pensji.

W celu podnoszenia poziomów kształcenia oraz umożliwienia bezpłatnych form kształcenia, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu podejmie działania pozyskania kolejnych dotacji z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w nowym okresie programowania 2007/2013, bądź ze środków krajowych.

Rekomendacje w praktyce klinicznej według zasad evidence-based medicine

Jan Styczyński

Termin „evidence-based medicine” (EBM), czyli „medycyna oparta na dowodach”, chociaż zastał stosunkowo niedawno wprowadzony do naszej rzeczywistości medycznej, praktycznie już stał się obecny w naszej codziennej praktyce klinicznej. Jest to nowoczesny sposób prowadzenia działalności medycznej w oparciu o dowody naukowe, opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych. Polega to na wykorzystaniu w codziennej praktyce dowodów klinicznych, czyli wszystkich danych, które znajdują się w literaturze naukowej, a częściowo również na bazowaniu na opiniach zespołów ekspertów. Chociaż, jak często w życiu bywa, wartość tych dowodów bywa zróżnicowana, to jednak EBM jest tym „najlepszym co posiadamy i co jest dostępne” w kwestii dowodów medycznych.

Cochrane Library jest bazą medyczną, gromadzącą opracowania przygotowane według zasad evidence-based-medicine. Opracowań tych, pomimo półmilionowej liczby, jest ciągle zbyt mało. W związku z tym rola bazy PubMed w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania kliniczne i rekomendacje jest ciągle niepodważalna. W obydwu tych bazach poszukujemy dowodów medycznych, które ułatwiają nam podejmowanie decyzji klinicznych w codziennej pracy z pacjentami. Dowody kliniczne, znajdujące się w bazach medycznych mają zróżnicowaną wartość. Istnieje ściśle określona kolejność jakości dowodów klinicznych:

1. systematyczny przegląd randomizowanych badań klinicznych
2. randomizowane badanie kliniczne
3. kontrolowana próba kliniczna (prospektywne badanie kohortowe z kontrolą)
4. badanie kliniczno-kontrolne (ang. case-control study, retrospektywne)
5. serie pacjentów bez kontroli
6. opisy przypadków
7. opinie ekspertów

Również w obrębie poszczególnych typów badań klinicznych, dowody różnią się wartością w zależności od jakości przeprowadzenia i opisanie badań. Końcowym efektem zbierania dowodów klinicznych jest wykorzystanie informacji w praktyce klinicznej. Ale dowody bywają różne. Coraz chętniej opieramy się w naszej działalności na systematycznych przeglądach prób klinicznych, na meta-analizach podsumowujących badania randomizowane. Poszukujemy prac o charakterze rekomendacji. Rekomendacje o praktycznym znaczeniu klinicznym są systematycznie rozwijającymi się stwierdzeniami, które ułatwiają lekarzom i pacjentom podjęcie najlepszej decyzji dotyczącej opieki zdrowotnej. Dobre

rekomendacje mają liczne cechy, obejmujące walidację, wiarygodność, powtarzalność, kliniczne zastosowanie i elastyczność, jasność, tworzenie ich poprzez proces multidyscyplinary, planowy system recenzowania i uaktualniania oraz dokumentację. Opracowania o charakterze rekomendacji są aktualnie najczęściej czytany artykułami medycznymi. Istnieją strony internetowe poświęcone rekomendacjom (np. www.guideline.gov). Rekomendacje polegają zarówno na dowodach klinicznych, jak i na opiniach. Nie są one nieomyłne i nie zastępują oceny klinicznej przeprowadzonej przez lekarza wobec każdego pacjenta. Opierają się one jednak na systematycznym przeglądzie piśmiennictwa i rekomendują, co powinno i co nie powinno być zrobione w konkretnej sytuacji klinicznej. Niektóre rekomendacje są powszechnie respektowane. Jednakże jakość rekomendacji bywa zróżnicowana. Niektóre są publikowane pod egidą powszechnie uznanych i cenionych organizacji i instytucji, jak WHO czy CDC.

Kryteria i metody określenia rekomendacji

W hematologii coraz częściej przyjmuje się określanie rekomendacji poprzez dokonanie systematycznego przeglądu baz medycznych (czasami tylko PubMed) i ocenie ich rekomendacji wg zasad evidence-based medicine, tj. oceny dowodów medycznych wg kryteriów siły oraz jakości dowodów rekomendacji.

1. Kryteria ewaluacji dowodów medycznych wg siły ich rekomendacji – obejmują 5 kategorii.

Kategoria A - Silnie rekomendowane. Na poparcie rekomendacji istnieją silne dowody na skuteczność i istotną korzyść kliniczną.

Kategoria B - Generalnie rekomendowane. Istnieją silne lub umiarkowane dowody na skuteczność, ale jednocześnie na ograniczoną korzyść kliniczną.

Kategoria C - Opcjonalnie. Istnieją niewystarczające dowody skuteczności lub skuteczność nie przewyższa potencjalnych niepożądanych konsekwencji (np. toksyczność leków lub interakcje) lub kosztów leczenia lub (podobnych) działań alternatywnych.

Kategoria D - Generalnie nie rekomendowane. Istnieją umiarkowane dowody przeciwko skuteczności lub na działanie niepożądane.

Kategoria E - Nigdy lub bezwzględnie nie rekomendowane. Istnieją silne dowody przeciwko skuteczności lub na działania niepożądane.

2. Kryteria ewaluacji dowodów medycznych wg jakości dowodów ich rekomendacji



– obejmują 3 kategorie.

Kategoria I. Jakość dowodów wynika z co najmniej jednego dobrze przeprowadzonego kontrolowanego randomizowanego badania klinicznego.

Kategoria II. Jakość dowodów wynika z co najmniej jednego dobrze przeprowadzonego badania klinicznego bez randomizacji; badania kohortowego lub kliniczno-kontrolnego (preferowane badania z więcej niż jednego ośrodka); liczne badania seryjne; lub dramatyczne (istotne) wyniki z badań niekontrolowanych.

Kategoria III. Są to dowody opierające się na opiniach autorów, oparte na doświadczeniu klinicznym, badaniach opisowych lub raportach komitetów ekspertów.

Powyższe kryteria oceny dowodów medycznych są opracowane i rekomendowane przez CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta) i są coraz częściej stosowane w procesie ewaluacji dowodów, zaleceń i rekomendacji.

Za rekomendacjami czasami stoją różni producenci, jak np. firmy farmaceutyczne, które sponsorują powstawanie rekomendacji. Należy mieć to na uwadze przy korzystaniu z nich. Jednak rekomendacje kliniczne najlepiej będą służyć lekarzom i pacjentom, jeśli są przygotowywane z odpowiednim zapleczem finansowym i metodologicznym, zabezpieczającym jakość analizy. Rekomendacje najbardziej budzą zaufanie, jeśli są rozwinięte lub potwierdzone przez niezależnych uznanych ekspertów, bez finansowania ze strony przemysłowej, jak również bez własnych korzyści dla autorów. Warto więc zwracać uwagę na czynniki decydujące o konflikcie interesów ze strony autorów każdej pracy, a zwłaszcza analizy o charakterze rekomendacji.

dr hab. med. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Znaczenie emocji i motywacji w życiu codziennym

Krystyna Kurowska

Człowiek jako organizm istnieje, żyje, działa i rozwija się w określonym środowisku, a zatem istnieje ścisły związek między nim a światem otaczającym. Ustosunkowanie się podmiotu do odbieranych informacji z otoczenia - to inaczej emocje. Emocje są to silne wzruszenia, podniecenia, przeżycia - związane z tym, że człowiek jest systemem reagującym na siebie i na swoje stosunki z otoczeniem. Emocje dzielimy na korzystne: rozkosz, przyjemność, zadowolenie lub niekorzystne: cierpienie, przykrość, niezadowolenie. Wywoływane są przez różne czynniki, a reakcje emocjonalne są różnorodne: jedne wywołują tendencje do reagowania w określonym kierunku (np. ciekawość - podejmowanie czynności badawczych; strach - ucieczka lub zneruchomienie; gniew - atak), inne emocje wyrażają się reakcjami ekspresyjnymi, takimi jak radość, żal, przykrość. Siła emocji jest tym większa, im większe przeszkody wewnętrzne muszą być pokonane (np. zasady, normy, kary) aby powstrzymać od wystąpienia reakcji emocjonalnych.

Jesteśmy istotami rozumnymi, świadomymi, skierowanymi na osiągnięcie wyznaczonych celów, tymczasem przeżywanie intensywnych, zwłaszcza negatywnych emocji znacznie upośledza zdolność naszego rozumowania, kojarzenia, spostrzegania, zapamiętywania i sprawnego funkcjonowania. Stąd konieczność poradzenia sobie zwłaszcza z ujemnymi stanami afektywnymi jest oczywista. Ludzie zauważając taką konieczność stosują różne techniki kontroli emocjonalnej. Polegają one na podejmowaniu przez człowieka, czasami w pełni świadomie, a nie raz zupełnie nawykowo, różnych zabiegów umożliwiających sprawowanie kontroli nad własnymi emocjami. Emocje mają jednak charakter reaktywny i nie wszystkie sytuacje da się przewidzieć. Inny rodzaj kontroli polega na tłumieniu objawów negatywnych emocji, szczególnie lęku, usuwaniu ich ze świadomości nie przyznawaniu się do nich. Są to zabiegi, których stosowanie na dłuższą metę ma zdecydowanie negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego człowieka, ale doraźnie czasem mogą chronić go dezorganizacją działania lub nagłym zachowaniem wyładowującym. Tłumienie emocji może

doprowadzić do wielu chorób psychosomatycznych, albo do konieczności wyładowania swych skumulowanych emocji w postaci reakcji nieadekwatnych do sytuacji, bądź zachowań nie zrozumiałych dla otoczenia. Zbyt silna kontrola życia emocjonalnego również może dawać szereg niekorzystnych konsekwencji. Prowadzić może do trudności w wyrażaniu swoich emocji, a z czasem także do zubożenia przeżyć, stąd zasadne wydaje się nabycie umiejętności kontrolowania swoich emocji, jako nieodzownego warunku właściwego funkcjonowania psychicznego jak i somatycznego człowieka.

Reakcje emocjonalne stanowią tylko jedną z możliwych form regulacji zachowania ludzi, bardziej złożony mechanizm uruchamiający i podtrzymujący ukierunkowane zachowanie - to motywacja. Jest ona procesem, który zachodzi wewnątrz organizmu, pobudzając go do celowego działania. Ten proces wewnętrzny nazywany jest popędem, pobudką, potrzebą, oczekiwaniem, zadaniem, intencją, zamiarem, pragnieniem, zainteresowaniem. Motywacja jest siłą poruszającą do działania i ukierunkowującą je na określone cele. Jednym z motywów, który odgrywa ważną rolę pobudzającą do wysiłku w nauce, jest pragnienie sukcesu. Silne pragnienie sukcesu sprzyja podejmowaniu zadań o średnim poziomie trudności, zadań zawierających średni stopień ryzyka oraz wybieraniu spośród rozmaitych czynności tych, które mogą doprowadzić do jak najszybszego osiągnięcia celu. Zupełnie inaczej wpływa obawa przed niepowodzeniem. Silna obawa pobudza do wyboru zadań bardzo łatwych lub bardzo trudnych, zawierających niewiele albo wyjątkowo dużo ryzyka, a także skłania do unikania takich sytuacji, które mogłyby stanowić dla człowieka prawdziwą próbę sił. Zależności powyższe nietrudno zaobserwować w praktyce, tak na przykład osoby, u których występuje silne pragnienie sukcesu, mają lepsze wyniki, wykazują większy stopień wytrwałości przy wszystkich możliwych do rozwiązania zadaniach. Zupełnie inaczej zachowywać się będą ludzie, u których dominuje obawa przed niepowodzeniem. Osoby te osiągają rezultaty niższe niżby to uzasadniały ich zdolności i sytuacja, najczęściej wybierają zadania

za trudne albo też zadania za łatwe. Wbrew „zdrowemu rozsądkowi” trudno je skłonić do tego by podejmowały się zadań realistycznych, tego co z pewnym nakładem sił i ryzyka mają szansę zrobić. Motywy mają wpływ pobudzający na człowieka. Ten pobudzający wpływ ma dwojakie konsekwencje: Prowadzi on do zmian energii i sprawności działania. Z potocznego doświadczenia wiemy, że nasza zdolność do wysiłku wzrasta wtedy, gdy bardzo nam na czymś zależy. Wraz ze zwiększeniem się intensywności pragnień wzrasta szybkość działań, siła a także odporność na zmęczenie. Zależność między siłą pragnień (motywacji) a wielkością wysiłku wkładanego w działanie ma różnorodne konsekwencje, przede wszystkim te, że człowiek jest w stanie zrobić tym więcej, im bardziej mu zależy na tym, co robi - potrafi zrobić więcej dlatego, że pracuje szybciej i jest bardziej odporny na zmęczenie. Można powiedzieć, że jednym z najlepszych sposobów usunięcia skutków zmęczenia jest pobudzenie motywacji. Fakt, że motywacja powoduje przyspieszenie tempa działania, że wymaga wytrwałości, że zwiększa odporność na zmęczenie, ma ważne następstwa, przede wszystkim to, że nakładowi większej energii odpowiada zwiększony wysiłek i co z tym się wiąże, w dalszej konsekwencji większe zmęczenie. Inaczej mówiąc, działania w warunkach dużego napięcia motywacji są pod względem psychologicznym „kosztowniejsze”, po zakończeniu - wyczerpanie większe. Nic więc dziwnego, że ludzie którzy „wkładają całą energię w to co robią”, czasami „spalają się w pracy”. Owo „wkładanie całej energii” polega na dużym pobudzeniu motywacji, na intensywnym pragnieniu realizacji postawionych celów, „spalanie się w pracy” to całkowite poświęcenie sił aż do granic wyczerpania. Wielu z nas wie zresztą z własnego doświadczenia, że po okresie intensywnej działalności, kiedy z maksymalnym nakładem sił dążyliśmy do czegoś, co uważaliśmy za bardzo ważne, kiedy wszystkie siły skupiliśmy na osiągnięciu tego właśnie celu, po jego osiągnięciu „opadamy z sił” - nic nam się nie chce, nie potrafimy nawet cieszyć się z osiągniętych rezultatów.

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Po raz ósmy przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim IF. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od stycznia do połowy marca 2007 r. Za najważniejsze kryterium przyjęto opublikowanie przez pracownika artykułu w czasopiśmie objętym Listą Filadelfijską o Im-

pact Factor równym lub wyższym 2. Z uwagi na obszerny materiał autorów, których publikacje mieściły się w przedziale od 1 do 2 Impact Factor zamieścimy w następnym numerze Wiadomości.

Maria Kłopocka
Zbigniew Banaszekiewicz
Maciej Świątkowski

Jacek Budzyński
Michał Jankowski
Dariusz Bała
Jadwiga Korenkiewicz

IF: 44.016
 Katedra i Klinika Gastroenterologii,
 Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej
Klinika Chirurgii Onkologicznej
Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej

Tytuł oryginału: Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia.

Autorzy: A. Regulska, M. Rupiński, E. Kraszewska, M. Polkowski, J. Pachlewski, J. Orłowska, M. P. Nowacki, E. Butruk, [i in.], M[aria] Kłopocka, [i in.], Z[bigniew] Banaszkiwicz, M[aciej] Świątkowski, [i in.], J[acek] Budzyński, [i in.], M[ichał] Jankowski, [i in.], D[ariusz] Bała, [i in.], J[adwiga] Korenkiewicz, [i in.].

Źródło: - New Engl. J. Med. 2006 Vol. 354 nr 16 s. 1863-1872.

Ryszard Oliński

IF: 13.721

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej

1.

Tytuł oryginału: Severe oxidatively damaged DNA after cisplatin treatment of cancer patients.

Autorzy: Agnieszka Siomek, J. Tujakowski, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Marek Foksiński, T. Dziaman, K. Roszkowski, Ryszard Oliński.

Źródło: - Int. J. Cancer 2006 Vol. 119 s. 2228-2230.

IF: 4.700

2.

Tytuł oryginału: Urinary measurement of 8-oxodG, 8-oxoGua, and 5HMUra: a noninvasive assessment of oxidative damage to DNA.

Autorzy: Ryszard Oliński, Rafał Różalski, Daniel Gackowski, Marek Foksiński, Agnieszka Siomek, M. S. Cooke.

Źródło: - Antioxid. Redox. Singal. 2006 Vol. 8 nr 5 s. 1011-1019

IF: 4.232

3.

Tytuł oryginału: Evidence for attenuated cellular 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine removal in cancer patients.

Autorzy: M. S. Cooke, Rafał Różalski, R. Dove, Daniel Gackowski, Agnieszka Siomek, M. D. Evans, Ryszard Oliński.

Źródło: - Biol. Chem. 2006 Vol. 387 s. 393-400.

IF: 2.577

4.

Tytuł oryginału: Modulation of oxidative DNA damage repair by the diet, inflammation and neoplastic transformation.

Autorzy: B. Tudek, M. Swoboda, P. Kowalczyk, R[yszard] Oliński.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 7 s. 33-49.

Uwagi: XXIII Congress of the Polish Physiological Society „Proliferation, differentiation and programmed cell death”. Warsaw, Poland, 14-16 IX 2006.

IF: 2.212

Władysław Sinkiewicz

IF: 11.632

Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii

Tytuł oryginału: Effects of intensive versus moderate lipid-lowering therapy on myocardial ischemia in older patients with coronary heart disease. Results of the Study Assessing Goals in the Elderly (SAGE).

Autorzy: P. Deedwania, P.H. Stone, C.N.B. Merz, J. Cosin-Aguilar, N. Koylan, D. Luo, P. Ouyang, R. Piotrowicz, K. Schenck-Gustafsson, P. Sellier, J.H. Stein, P.L. Thompson, D. Tzivoni, [i in.], W[ładysław] Sinkiewicz, [i in.].

Źródło: - Circulation 2007 Vol. 115 s. 700-707.

Streszczenie: Dotychczas przeprowadzone badania kliniczne wykazały, że intensywne leczenie statynami w porównaniu z placebo redukuje niedokrwienie u osób z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz u chorych ze stabilną chorobą wieńcową. Nie porównywano, jak dotychczas, wpływu leczenia dużymi i umiarkowanymi dawkami statyn u osób w podeszłym wieku z chorobą wieńcową. W wieloośrodkowym badaniu wzięło udział łącznie 893 pacjentów leczonych ambulatoryjnie (30% kobiet) ze stabilną dusznicą bolesną w wieku od 65-85 lat, z jednym lub więcej epizodami niedokrwienia mięśnia sercowego, trwającymi przynajmniej 3 minuty i ocenianymi w 48 godzinnym monitorowaniu EKG metodą Holtera. Pacjenci byli randomizowani do grupy otrzymującej 80 mg atorwastatyny lub 40 mg prawastatyny dziennie i obserwowani przez okres 1 roku.

Wykazano znamienne zmiany oceniane w 3 i 12 miesiącu obserwacji w porównaniu z badaniem wyjściowym w zakresie całkowitego trwania niedokrwienia mięśnia sercowego w obydwu grupach ($p < 0,001$), bez istotnych różnic pomiędzy osobami leczonymi atorwastatyną i prawastatyną. U pacjentów intensywnie leczonych atorwastatyną wykazano większą redukcję LDL-cholesterolu, niż u osób leczonych prawastatyną, z tendencją do mniejszej częstości nowych ostrych zespołów wieńcowych, jak również znamienne mniejszą śmiertelność z wszystkich przyczyn ($p < 0,014$).

Wartość przeprowadzonego badania podnosi fakt, że korzystne wyniki i bezpieczeństwo intensywnego leczenia statynami wykazano u osób w wieku podeszłym, najczęściej pomijanym w wielkich badaniach klinicznych, u których, zwłaszcza chorych z nawracającym niedokrwieniem, ryzyko zgonu jest większe, niż u osób w młodszym wieku.

Uwzględniając powyższe, badanie stanowi zachętę do rutynowego stosowania dużych dawek statyn u osób starszych.

Agnieszka Siomek Daniel Gackowski Rafał Różalski

IF: 11.509

Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej

1.

Tytuł oryginału: Severe oxidatively damaged DNA after cisplatin treatment of cancer patients.

Autorzy: Agnieszka Siomek, J. Tujakowski, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Marek Foksiński, T. Dziaman, K. Roszkowski, Ryszard Oliński.

Źródło: - Int. J. Cancer 2006 Vol. 119 s. 2228-2230.

IF: 4.700

2.

Tytuł oryginału: Urinary measurement of 8-oxodG, 8-oxoGua, and 5HMUra: a noninvasive assessment of oxidative damage to DNA.

Autorzy: Ryszard Oliński, Rafał Różalski, Daniel Gackowski, Marek Foksiński, Agnieszka Siomek, M. S. Cooke.

Źródło: - Antioxid. Redox. Singal. 2006 Vol. 8 nr 5 s. 1011-1019

IF: 4.232

3.

Tytuł oryginału: Evidence for attenuated cellular 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine removal in cancer patients.

Autorzy: M. S. Cooke, Rafał Różalski, R. Dove, Daniel Gackowski, Agnieszka Siomek, M. D. Evans, Ryszard Oliński.

Źródło: - Biol. Chem. 2006 Vol. 387 s. 393-400.

IF: 2.577

Olga Haus

IF: 9.286

Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej

1.

Tytuł oryginału: XPD common variants and their association with melanoma and breast cancer risk.

Autorzy: T. Dębniak, R.J. Scott, T. Huzarski, T. Byrski, B. Masojć, T. van de Wetering, P. Serrano-Fernandez, B. Górski, C. Cybulski, J. Gronwald, B. Dębniak, R. Maleszka, J. Kładny, A. Bieniek, L. Nagay, O[lga] Haus, E. Grzybowska, P. Wandzel, S. Niepsuj, S.A. Narod, J. Lubikowski.

Źródło: - Breast Cancer Res. Treatment 2006 Vol. 98 s. 209-215.

Streszczenie: Aby ustalić, czy powszechne warianty polimorficzne genu XPD Asp312Asn i Lys751Gln mogą być skojarzone ze zwiększonym ryzykiem czerniaka lub raka piersi przeprowadzono analizę występowania tych wariantów u 426 pacjentów z czerniakiem i 1830 kolejnych pacjentów z rakiem piersi oraz porównano wyniki tej analizy z wynikami badań u 1262 noworodków i ponad 1500 zdrowych dorosłych. Dodatkowo przeanalizowano występowanie trzech rzadszych wariantów genu XPD. Żaden z wariantów analizowany pojedynczo nie wykazywał związku z zachorowaniem na ww. nowotwory. Natomiast obecność obu wariantów jednocześnie była znamienne związana z ryzykiem raka piersi, a obecność innej pary wariantów, Lys751Gln i Gly156Gly, była znamienne związana z ryzykiem późno występującego czerniaka. Potwierdza to tezę,

że kombinacja co najmniej dwóch polimorficznych wariantów pojedynczych nukleotydów (SNP = single nucleotide polymorphism) jest skojarzona ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwory.

IF: 4.643

2.

Tytuł oryginału: BRCA1-positive breast cancers in young women from Poland.

Autorzy: J. Lubiński, B. Górski, T. Huzarski, T. Byrski, J. Gronwald, P. Serrano-Fernandez, W. Domagała, M. Chosia, M. Uciński, E. Grzybowska, D. Lange, B. Mąka, A. Mackiewicz, A. Karczewska, J. Bręborowicz, K. Lamperska, M. Stawicka, S. Gozdecka-Grodecka, M. Bębenek, D. Sorokin, A. Wojnar, O[lg]a Haus, J. Sir, T. Mierzwa, S. Niepsuj, K. Gugala, S. Gózdź, J. Sygut, B. Kozak-Klonowska, B. Musiatowicz, M. Posmyk, R. Kordek, M. Morawiec, O. Zambrano, B. Waško, L. Fudali, J. Skręt, D. Surdyka, K. Urbański, J. Mituś, A. Ryś, M. Szwiec, A. Rozmiarok, I. Dziuba, P. Wandzel, R. Wiśniowski, C. Szczylik, A. Kozak, W. Kozłowski, S.A. Narod.

Źródło: - Breast Cancer Res. Treatment 2006 Vol. 99 s. 71-76.

Streszczenie: U 3472 nieselekcjonowanych pacjentek z rakiem piersi rozpoznany przed 51 rokiem życia wykonano analizę trzech założycielskich mutacji genu BRCA1. U 5.7% pacjentek stwierdzono jedną z tych mutacji. Częstość mutacji była większa w różnych podgrupach pacjentek: z rakiem rozpoznany przed 40 rokiem życia (9%), z rakiem histopatologicznie rdzeniastym albo atypowym rdzeniastym (28%), z rakiem obustronnym (29%), z rodzinną historią raka piersi lub jajnika (13%), co wskazuje na potrzebę powszechnych badań mutacji genu BRCA1 u młodszych (<51 r.ż.) pacjentek z rakiem piersi.

IF: 4.643

Małgorzata Tafil-Klawe

Jacek J. Klawe

Piotr Złomańczuk

IF: 8.848

Zakład Fizjologii Człowieka
Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii
Zakład Neuroimmunologii

1.

Tytuł oryginału: Effects of training on the ventilatory response to hypoxia.

Autorzy: W[ieńczyńska] Adamczyk, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, G[abriel] Chęsy, J[acek] J. Klawe, M. Szeliga-Wczysła, P[iotr] Złomańczuk.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 7-14.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.212

2.

Tytuł oryginału: Improvement in the face/name association performance after three months of physical training in elderly women.

Autorzy: P[iotr] Złomańczuk, B. Milcza-

rek, K[atarzyna] Dmitruk, W[o]jciech Sikorski, W[ieńczyńska] Adamczyk, T. Zegarski, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, G[abriel] Chęsy, J[acek] J. Klawe, A. Rakowski.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 417-424.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.212

3.

Tytuł oryginału: Prevalence of sleep apnea syndrome in hemodialyzed patients with end-stage renal disease.

Autorzy: I[łona] Miśkowiec, J[acek] J. Klawe, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, K. Jeske, A. Laudenska, B. Bielicka, J[acek] Maniutis, P[iotr] Złomańczuk.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 207-211.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.212

4.

Tytuł oryginału: The role of cardiac and vascular components in blood pressure variability during voluntary apnea in snoring subjects.

Autorzy: M[ałgorzata] Tafil-Klawe, A. Radel, J[acek] J. Klawe, M. Śmietanowski, P[iotr] Złomańczuk.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 359-364.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.12

Marek Foksiński

IF: 8.848

Katedra i Zakład Biochemii KLinicznej

1.

Tytuł oryginału: Severe oxidatively damaged DNA after cisplatin treatment of cancer patients.

Autorzy: Agnieszka Siomek, J. Tujakowski, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Marek Foksiński, T. Dziaman, K. Roszkowski, Ryszard Oliński.

Źródło: - Int. J. Cancer 2006 Vol. 119 s. 2228-2230.

IF: 4.700

2.

Tytuł oryginału: Urinary measurement of 8-oxodG, 8-oxoGua, and 5HMUra: a noninvasive assessment of oxidative damage to DNA.

Autorzy: Ryszard Oliński, Rafał Różalski, Daniel Gackowski, Marek Foksiński, Agnieszka Siomek, M. S. Cooke.

Źródło: - Antioxid. Redox. Singal. 2006 Vol. 8 nr 5 s. 1011-1019

IF: 4.232

Józef Kałużny

IF: 3.664

Katedra i Klinika Chorób Oczu

1.

Tytuł oryginału: Pegaptanib sodium for neovascular age-related macular degeneration.

Autorzy: D.J. D'Amico, H.N. Masonson, M. Patel, [i in.], J[ózef] Kałużny, [i in.].

Źródło: - Ophthalmology 2006 Vol. 113 nr 6 s. 992-1001.e6.

Streszczenie: W pracy przedstawiono część wyników badań prowadzonych przez duży zespół międzynarodowy, w którym znalazła się Klinika Okulistyczna naszej Uczelni. Pacjentom z wysiękową postacią zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem podawano w postaci iniekcji do szklistki pegaptanib sodu, lek hamujący nowotwórstwo naczyń. Iniekcje powtarzano co 6 tygodni, czas obserwacji chorych to 3 lata.

Badania wykazały, że terapia ta jest bezpieczna i skuteczna, w części przypadków zatrzymuje proces chorobowy a u niektórych osób daje poprawę. W wyniku badań lek zarejestrowano w Stanach Zjednoczonych i w Unii Europejskiej pod nazwą handlową Macugen. Od kilku miesięcy preparat ten jest dostępny także w Polsce.

IF: 7.328

2.

Tytuł oryginału: Year 2 efficacy results of 2 randomized controlled clinical trials of pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration.

Autorzy: U. Chakravarthy, A.P. Adamis, E.T. Cunningham, [i in.], J[ózef] Kałużny, [i in.].

Źródło: - Ophthalmology 2006 Vol. 113 nr 9 s. 1508-1521.

Komentarz: przedstawiono szczegółowo wyniki obserwacji dwuletniej, która potwierdza bezpieczeństwo i skuteczność pegaptanibu sodu w leczeniu wysiękowej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem.

IF: 3.664

Kornelia Kędziora-Kornatowska

Karolina Szewczyk-Golec

Jolanta Czuczejko

Hanna Pawluk

Jadwiga Motyl

IF: 5.025

Katedra i Klinika Geriatrii
Katedra i Zakład Biochemii

Tytuł oryginału: Effect of melatonin on the oxidative stress in erythrocytes of healthy young and elderly subjects.

Autorzy: Kornelia Kędziora-Kornatowska, Karolina Szewczyk-Golec, Jolanta Czuczejko, K. van Marke de Lumen, Hanna Pawluk, Jadwiga Motyl, M. Karasek, Józef Kędziora.

Źródło: - J. Pineal Res. 2007 Vol. 42 s. 153-158.

Streszczenie: Melatonina, hormon wydzielany przez szyszynkę ma istotne znaczenie w procesie starzenia się. Celem badań była ocena wybranych parametrów stresu oksydacyjnego w erytrocytach osób zdrowych w wieku podeszłym oraz określenie

modyfikującego wpływu egzogennej melatoniny na badane wskaźniki. Wykazano istotne nasilenie stresu oksydacyjnego w erytrocytach osób w wieku podeszłym oraz korzystny wpływ suplementacji melatoniną na wzmocnienie obrony antyoksydacyjnej. Wyniki badań mogą sugerować ochronny efekt egzogennej melatoniny na rozwój niektórych chorób wieku podeszłego o poznanej etiologii wolnorodnikowej, a tym samym korzystny wpływ zarówno na długość, jak i jakość życia starszych pacjentów.

Jacek Manitius

IF: 4.671

Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

1.

Tytuł oryginału: Effect of sulodexide on albuminuria, NAG excretion and glomerular filtration response to dopamine in diabetic patients.

Autorzy: B[eata] Sulikowska, H. Olejniczak, M. Muszyńska, G[rażyna] Odrowąż-Sypniewska, A. Gaddi, C. Savini, A. F. G. Cicero, L. Laghi, J[acek] Manitius.

Źródło: - Am. J. Nephrol. 2006 Vol. 26 nr 6 s. 621-628.

IF: 2.459

2.

Tytuł oryginału: Prevalence of sleep apnea syndrome in hemodialyzed patients with end-stage renal disease.

Autorzy: I[łona] Miśkowiec, J[acek] J. Kławe, M[ałgorzata] Tafil-Kławe, K. Jeske, A. Laudenccka, B. Bielicka, J[acek] Manitius, P[iotr] Złomańczuk.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 207-211.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

Streszczenie: Albuminuria jest najlepszym wskaźnikiem uszkodzenia kłębuszków nerkowych u chorych z nefropatią cukrzycową. Niedawno wykazano, że doustne podawanie chorym z nefropatią cukrzycową glikozaminoglikanu- sulodexidu obniża wydalanie albuminy z moczem. Celem tej pracy była ocena wpływu sulodexidu na filtrację kłębuskową. W badaniu uczestniczyło 45 chorych z cukrzycą typu 1, wykazujących objawy nefropatii z albuminurią przez okres co najmniej 5 lat. Część z nich przyjmowała doustnie sulodexid w dawce dziennej 100 mg przez 120 dni. W grupie przyjmującej lek oceniano DIR (przed i po 2 godzinach od dożylnego podania dopaminy) oraz wydalanie NAG (N-acetylo-B-D-glukozaminidazy) z moczem przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii. W grupie odniesienia badania te wykonano jedynie raz. Dodatkowo oceniano albuminurię i klirens kreatyniny oraz stężenie hemoglobiny glikowanej, TCH i TG we krwi. W badaniu tym po raz pierwszy wykazano, iż doustne podawanie sulodexidu może mieć korzystny wpływ na

funkcję kłębuszków nerkowych u chorych z cukrzycą typu 1 ze współistniejącą nefropatią i mikroalbuminurią. Wpływ sulodexidu na wydalanie NAG istotnie zależy od wartości wyjściowych, im wyższe wyjściowe wartości NAG w moczu tym większy spadek wartości po zakończeniu terapii.

IF: 2.212

Wienysława Adamczyk Gabriel Chęsy

IF: 4.424

Zakład Fizjologii Człowieka

1.

Tytuł oryginału: Effects of training on the ventilatory response to hypoxia.

Autorzy: W[ienysława] Adamczyk, M[ałgorzata] Tafil-Kławe, G[abriel] Chęsy, J[acek] J. Kławe, M. Szeliga-Wczyśła, P[iotr] Złomańczuk.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 7-14.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.212

2.

Tytuł oryginału: Improvement in the face/name association performance after three months of physical training in elderly women.

Autorzy: P[iotr] Złomańczuk, B. Milczarek, K[atarzyna] Dmitruk, W[oiciech] Sikorski, W[ienysława] Adamczyk, T. Zegarski, M[ałgorzata] Tafil-Kławe, G[abriel] Chęsy, J[acek] J. Kławe, A. Rakowski.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 417-424.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

IF: 2.212

Małgorzata Z. Zdzenicka

IF: 3.340

Katedra i Zakład Genetyki Molekularnej Komórki

Tytuł oryginału: Role of Artemis in DSB repair and guarding chromosomal stability following exposure to ionizing radiation at different stages of cell cycle.

Autorzy: F. Darroudi, W. Wiegant, M. Meijers, A.A. Friedl, M. van der Burg, J. Fomina, J.J.M. van Dongen, D.C. van Gent, Małgorzata Z. Zdzenicka.

Źródło: - Mutat. Res. - Fund. Mol. 2007 Vol. 615 s. 111-124

Streszczenie: Mutacje w genie Artemis prowadzą do fenotypu SCID oraz zwiększonej wrażliwości na promieniowanie jonizujące. W pracy tej badano fenotyp komórek pochodzących od różnych pacjentów Artemis. Komórki te są wrażliwe na czynniki wprowadzające podwójne pęknięcia DNA (DSB), ale nie wykazują zwiększonej

wrażliwości na związki sieciujące DNA takie jak np. cis-platyna. Analiza kinetyki naprawy DSB tych komórek po naświetlaniu promieniowaniem jonizującym wskazuje, że są one niezdolne do naprawy 15-20% tych uszkodzeń, podczas gdy pozostałe naprawiane są prawidłowo. W celu zrozumienia procesu naprawy DSB w komórkach Artemis przeprowadziliśmy analizę uszkodzeń chromosomalnych w różnych fazach cyklu komórkowego. Otrzymane wyniki wskazują, że Artemis jest wymagany tylko do naprawy pewnej frakcji DSB, bez uszkodzonego punktu kontroli w fazie G1. Ten typ DSB może być odpowiedzialny za tworzenie wymian typu chromatydowego w komórkach naświetlanych w fazie G1. Porównując poziom spontanicznych aberracji chromosomalnych komórek Artemis z innymi radiowrażliwymi komórkami, najwyższy poziom zaobserwowano w komórkach uszkodzonych w Ligazie 4 > lub = ataxia telangiectasia > Artemis. Wyniki te wskazują, że po naświetleniu promieniowaniem jonizującym najmniejsze ryzyko obecności endogennych uszkodzeń DNA może być obserwowane w komórkach Artemis.

Beata Sulikowska Grażyna Odrowąż-Sypniewska

IF: 2.459

KK Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

KZ Diagnostyki Laboratoryjnej

Tytuł oryginału: Effect of sulodexide on albuminuria, NAG excretion and glomerular filtration response to dopamine in diabetic patients.

Autorzy: B[eata] Sulikowska, H. Olejniczak, M. Muszyńska, G[rażyna] Odrowąż-Sypniewska, A. Gaddi, C. Savini, A. F. G. Cicero, L. Laghi, J[acek] Manitius.

Źródło: - Am. J. Nephrol. 2006 Vol. 26 nr 6 s. 621-628.

Bartosz Woźniak Alina Woźniak Heliodor A. Kasprzak Gerard Drewa Celestyna Mila-Kierzenkowska Tomasz Drewa

IF: 2.325

Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii
Zakład Biologii Medycznej
Zakład Inżynierii Tkankowej

Tytuł oryginału: Lipid peroxidation and activity of some antioxidant enzymes in patients with glioblastoma and astrocytoma.

Autorzy: Bartosz Woźniak, Alina Woźniak, Heliodor A. Kasprzak, Gerard Drewa, Celestyna Mila-Kierzenkowska, Tomasz Drewa, G. Planutis.

Źródło: - J. Neuro-oncol. 2007 Vol. 81

s. 21-26.

Streszczenie: Celem badań było oznaczenie stężenia dialdehydu malonowego – MDA (jednego z produktów procesu peroksydacji lipidów) – w osoczu krwi i w erytrocytach oraz aktywności dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) i katalazy (CAT) w erytrocytach pacjentów z pierwotnym guzem mózgu. Badaniami objęto 24 pacjentów z guzem mózgu (9 z glioblastoma i 15 z astrocytoma) a grupę kontrolną stanowiło 20 zdrowych ochotników. Istotnie statystycznie wyższe stężenie MDA w osoczu i w erytrocytach oraz wyższą aktywność SOD i CAT w erytrocytach wykazano u pacjentów z guzem mózgu w porównaniu z grupą kontrolną.

Ani typ histologiczny nowotworu ani zabieg operacyjny nie wpłynęły na oznaczane parametry biochemiczne.

Damian Czarnecki

IF: 2.212

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

Tytuł oryginału: Attitude toward alcoholics and their families.

Autorzy: J. Sulek, A. Korczak-Dziurdzik, M. Korbel-Pawlas, M. Łyżnicka, D[amian] Czarnecki.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 349-358.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

Lidia Gackowska

Jacek Michałkiewicz

Anna Helmin-Basa

Izabela Kubiszewska

IF: 2.212

Katedra i Zakład Immunologii

Tytuł oryginału: Combined effect of different lactic acid bacteria strains on the mode of cytokines pattern expression in human pe-

ripheral blood mononuclear cells.

Autorzy: L[idia] Gackowska, J[acek] Michałkiewicz, M. Krotkiewski, A[anna] Helmin-Basa, I[zabela] Kubiszewska, D. Dzierżanowska.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 9 s. 13-21.

Uwagi: XXIII Congress of the Polish Physiological Society „Probiotic bacteria in maintaining of gut homeostasis”. Warsaw, Poland 14-16 IX 2006.

Katarzyna Dmitruk

Wojciech Sikorski

IF: 2.212

Zakład Fizjologii Człowieka

Tytuł oryginału: Improvement in the face/name association performance after three months of physical training in elderly women.

Autorzy: P[iotr] Złomańczuk, B. Milczarek, K[atarzyna] Dmitruk, W[ojciech] Sikorski, W[ieńczysława] Adamczyk, T. Zegarski, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, G[abriel] Chęsy, J[acek] J. Klawe, A. Rakowski.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2006 Vol. 57 suppl. 4 s. 417-424.

Uwagi: International Conference Advances in Pneumology. Opole, Poland, 25-27 V 2006.

Marek Harat

IF: 2.035

Zakład Medycyny Zapobiegawczej

i Zdrowia Środowiskowego

Tytuł oryginału: Psychomotor and executive functioning after unilateral posteroventral pallidotomy in patients with Parkinson's disease.

Autorzy: M. Olzak, I. Laskowska, J. Jelonek, M. Michalak, A. Szołna, J. Gryz, Marek Harat, E.J. Gorzelańczyk.

Źródło: - J. Neurol. Sci. 2006 Vol. 248 s. 97-103.

Mieczysław Uszyński,

Ewa Żekanowska

IF: 2.012

Katedra i Zakład Propedeutyki Medycyny Zakład Zaburzeń Hemostazy

Tytuł oryginału: Thrombin activatable fibrinolysis inhibitor (TAFI) in human amniotic fluid. A preliminary study.

Autorzy: W. Uszyński, Mieczysław Uszyński, Ewa Żekanowska.

Źródło: - Thromb. Res. 2007 Vol. 119 s. 241-245.

Streszczenie: Trombinowy inhibitor fibrynolizy (TAFI) jest swego rodzaju ogniwem łączącym procesy krzepnięcia krwi i fibrynolizy, powstaje on bowiem pod wpływem dwóch czynników krzepnięcia, tj. trombiny i tromboduliny jako kompleksu, a funkcjonuje jako inhibitor fibrynolizy. Popularny wśród ginekologów preparat rekombinowanego czynnika VIIa (NovoSeven), używany w walce z krwotokiem, powoduje wzrost krzepnięcia i hamowanie fibrynolizy. Celem tej pracy było zbadanie czy TAFI jest obecny w płynie owodniowym, oraz czy jego stężenie jest porównywalne z wartościami obserwowanymi we krwi. Badaniami objęto 68 kobiet rodzących w pierwszym okresie porodu. W pracy oceniano zarówno stężenia jak i aktywność TAFI w płynie owodniowym i osoczu tych samych kobiet. Wykazaliśmy, że stężenie antygeny TAFI w płynie owodniowym jest zbliżone do wartości stwierdzanych we krwi obwodowej (odpowiednio: mediana 53,25 ng/ml (zakres 44,58 – 72,20 ng/ml); mediana 55,46 ng/ml (zakres: 39,77-68,54 ng/ml). Natomiast aktywność TAFI w płynie owodniowym stanowi zaledwie 1/3 aktywności osoczowej. Niską aktywność TAFI w płynie owodniowym, mimo wysokiego poziomu antygeny tłumaczymy efektem zużycia, zakładając istnienie znaczącego udziału TAFI w procesach fibrynolitycznych zachodzących w płynie owodniowym.

Profesor Rudolf Stefan Weigl (1883-1957), twórca szczepionki przeciw durowi plamistemu w pięćdziesiątą rocznicę śmierci

Walentyna Korpalska

Współczesnemu pokoleniu lekarzy dur plamisty jest znany jedynie z podręczników chorób zakaźnych. Jednak jeszcze w połowie XX wieku był przyczyną zgonu milionów ludzi. W czasie dwóch wojen światowych w wyniku zachorowań na tyfus zginęło więcej ludzi, niż wyniku działań wojennych.

Uzyskanie przez ludzkość broni w walce z tą groźną chorobą zawdzięczamy profesorowi Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie Rudolfowi Weiglowi. Dokładnie osiemdziesiąt lat temu ukazała się jego praca wyjaśniająca etiologię duru plamistego (Rickettsia provazeki). Obok Howarda T. Rickettsa, Stanisława Provaszki i Charlesa Niccol'a stał się on współtwórcą rikietsjologii.

Jednak młodzież akademicka, przed kuriosymi zajęciami z historii medycyny, nie wie nic o światowej sławy polskim mikrobiologu, który był o krok od nagrody Nobla i który w czasie drugiej wojny światowej ocalał wielu polskich uczonych, studentów i licealistów. Studenci potrafią odpowiedzieć kto i co kolarzy im się z „listą Schindlera”, natomiast zupełnie nic nie wiedzą o „liście Weigla” ani o samym Weiglu. Tymczasem Rudolf Weigl był światowej sławy uczonym, Niemcem z pochodzenia, Polakiem z wyboru i tej polskości nie wyparł się nawet w najcięższych czasach niemieckiej okupacji Lwowa.

Rudolf Stefan Weigl urodził się 2 września 1883 roku w Prerowie na Morawach, w rodzi-

nie o wielonarodowych korzeniach typowych dla Austro – Węgier. Rodzice zaliczali się do morawskich Niemców. Po wczesnej śmierci ojca, matka wyszła powtórnie za mąż za Polaka, Józefa Trojnara, co na zawsze związało losy rodziny z Galicją – Jasłem, Stryjem i Lwowem, a Rudolfa umocniło w przekonaniu, że Polska jest jego jedyną ojczyzną.

Rudolf Weigl ukończył studia przyrodnicze na Uniwersytecie Lwowskim, tu się doktoryzował i habilitował, i jako profesor zwyczajny objął Zakład Biologii Ogólnej na Wydziale Lekarskim tej uczelni.

Przełomowym momentem w życiu Weigla było rozpoczęcie badań nad tyfusem plamistym w obozach jenieckich w czasie I wojny

światowej. Jego badania zostały uwieńczone sukcesem i rozpoczęto produkcję szczepionki, która zyskała uznanie na całym świecie. Rudolf Weigl zbadał biologię zarazka Rickettsia prowazeki i opracował metodę otrzymywania szczepionki przeciwdrurowej przez laboratoryjną hodowlę wszy odzieżowej, zakażanie jej patogennymi riketsjami i preparowanie chorych wszy. Zainteresowanych szczegółami tej fascynującej metody odsyłam do bogato udokumentowanych stron internetowych poświęconych uczonemu.

Weigl wskazał nową drogę sztucznego zakażenia, nowy obiekt – stawonogi i nowy sposób zakażenia wszy – doodbytniczo. Cykl produkcji szczepionki przebiegał w czterech etapach:

1. karmienie zdrowych wszy przez umieszczanie specjalnych klateczek na ludzkich udach lub łydkach;
2. zakażanie wszy (ręcznie!) pod mikroskopem, przy pomocy cieniutkiej kapilary i rozmnażanie riketsji w komórkach jelit wszy;
3. wycinanie jelit wszy;
4. przygotowanie fenolizowanej szczepionki.

Dość skomplikowany system dojelitowego zakażenia wszy ograniczał ilość uzyskiwanej szczepionki, ale próby pozyskiwania jej innymi metodami nie dawały żadnych rezultatów. Akcje szczepień ochronnych przeciw durowi przeprowadzane w różnych częściach świata przyniosły profesorowi Weiglowi światowy rozgłos.

W latach drugiej wojny światowej i dwóch kolejnych okupacji Lwowa: rosyjskiej i niemieckiej uruchomiono produkcję szczepionki na masową skalę, początkowo na potrzeby Armii Czerwonej, a potem armii niemieckiej. Czynnikiem z tego profesorowi Weiglowi po wojnie zarzuty, a nawet oskarżano Go o kolaborację. Stąd też długo przemilczano wielkie zasługi, jakie położył dla ratowania wielu Polaków, których legitymacja karmiciela wszy chroniła przed wywiezieniem do Rzeszy, lub śmiercią.

Na potrzeby frontu Niemcy żądali coraz większej ilości szczepionki. W prowadzonym przez Weigla Instytucie Tyfusowym trze-

ba było zatrudnić coraz większą liczbę pracowników. Ponieważ Niemcy pozostawili Weiglowi kierownictwo naukowe Instytutu i wolną rękę przy zatrudnianiu pracowników, w Instytucie Tyfusowym (Institut für Fleckfieber und Virusforschung des Oberkommandos des Heeres Krakau – Lemberg, Dienststelle Lemberg) znalazło zatrudnienie i schronienie: wielu profesorów, docentów, nauczycieli, młodzież akademicka i licealiści oraz ci Polacy, którzy działali w konspiracji. Pracownicy Instytutu zatrudniani na wszystkich etapach produkcji szczepionki otrzymywali Ausweis, który zabezpieczał przed łapankami, wywożką do Niemiec na roboty i pozwalał na otrzymanie dodatkowego deputatu żywności.

W ten sposób Profesor uratował przedstawicieli polskiej elity naukowej, a także świata kultury. Tak powstała „lista Weigla”. Zawiera ona nazwiska około 500 osób, które były pracownikami Instytutu we Lwowie w czasie wojny. Jest ona stale uzupełniana, ponieważ, jak się szacuje, liczba osób, które pracowały przy produkcji szczepionki (karmiciele, strzykacze, preparatorzy) sięgała 4 tysięcy.

Wśród przedstawicieli świata nauki wymienić należy choćby: Stefana Banacha, Józefa Chałasińskiego, Stanisława Kulczyńskiego, Henryka Meisla, Eugeniusz Romera i młodszych, którzy profesorami zostali po wojnie: Tomasa Cieszyńskiego, Artura Hutnikiewicza, Andrzeja Nespiaaka, Zbigniewa Stu-



prof. Rudolf Stefan Weigl w laboratorium

chły, Wacława Szybalskiego i Stefana Ślopka. Wśród przedstawicieli świata kultury wspomnieć trzeba choćby tylko: Jerzego Broszkiewicza, Zbigniewa Herberta, Andrzeja Szczepkowskiego i Mirosława Żuławskiego.

Szczepionka Weigla była też dostarczana do konspiracyjnych oddziałów AK. Partię szczepionki współpracownik Weigla, dr Henryk Mossing przemycił do profesora Ludwika Hirszfelda do warszawskiego getta.

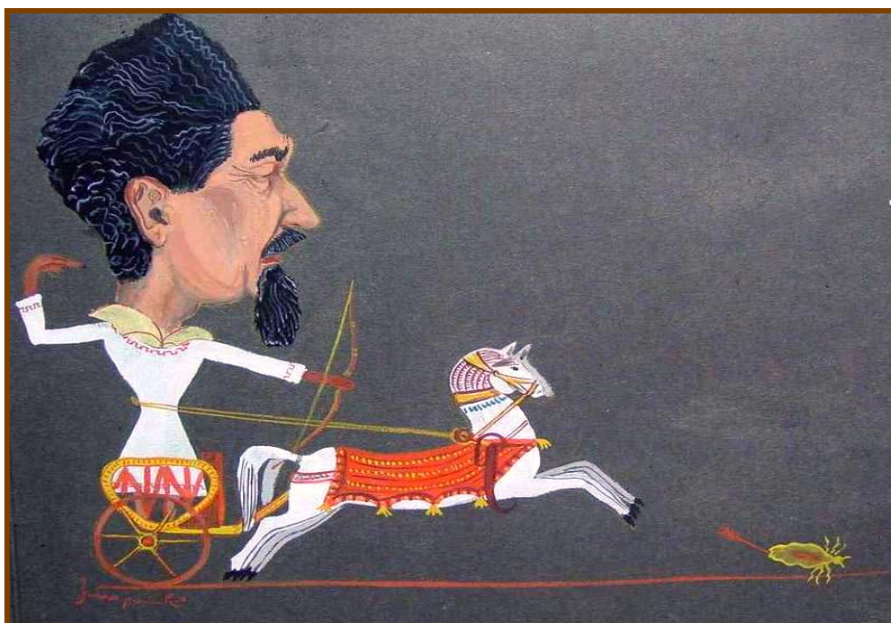
Na szczególne podkreślenie zasługuje postawa Rudolfa Weigla, który wielokrotnie uchylił się od propozycji Niemców wpisania na listę narodowościową. Nigdy nie zrzekł się wybranej, polskiej narodowości.

Po zakończeniu wojny Profesor musiał opuścić ukochany Lwów. Początkowo pracował na Uniwersytecie Jagiellońskim, a w latach 1948 – 1950 kierował Katedrą Biologii Ogólnej na Uniwersytecie w Poznaniu. W Polsce Ludowej nie doceniono wielkości profesora Rudolfa Weigla. Członek Belgijskiej i Nowojorskiej Akademii Nauk nie był nawet członkiem Polskiej Akademii Nauk. Wprawdzie w 1948 roku podano jego kandydaturę do Nagrody Nobla, jednak została ona wycofana przez polskich wnioskodawców. Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski przyznano Rudolfowi Weiglowi pośmiertnie.

Światowej sławy uczony, wielki humanista, wspaniały człowiek zmarł w Zakopanem dnia 11 sierpnia 1957 roku.

1. R. Weigl, O istocie i postaci zarazka duru osutkowego, *Medycyna doświadczalna i społeczna*, T. VII, z. 1 – 2, 1927
2. <http://www.lwow.com.pl>; <http://www.lwow.home.pl>.

dr Walentyna Krystyna Korpalska jest p.o. kierownika Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa



prof. Rudolf Stefan Weigl w karykaturze

I Ogólnopolski Kongres Naukowy Młodej Farmacji

Krzysztof Goryński

„To wyraźny sygnał, że zmiany kształcenia farmaceutów na przestrzeni ostatnich lat są duże i nadal postępują”.

W dniach 9-10 grudnia 2006r. w Warszawie odbył się I Ogólnopolski Kongres Naukowy Młodej Farmacji – Warszawa pod patronatem honorowym prof. dr. hab. Piotra Zaborowskiego – Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych Akademii Medycznej w Warszawie oraz Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Uczestniczyli w nim studenci uczelni medycznych – przede wszystkim studenci farmacji, studenci nauk pokrewnych, osoby czynne zawodowo, pracownicy naukowcy (szeroki udział Kadry Profesorskiej), zaproszeni goście i przedstawiciele prasy. Kongres zorganizowany został przez Młodą Farmację - Warszawa, Sekcję Studencką Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Pierwszego dnia Kongresu...

Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Józef Sawicki, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie. Prof. wyraził zadowolenie, iż Kongres może odbywać się w nowym budynku Wydziału Farmaceutycznego AM. Stwierdził w trakcie przemówienia - To wyraźny sygnał, że zmiany w kształceniu farmaceutów na przestrzeni ostatnich lat są duże i nadal postępują. Dalsza część pierwszego dnia Kongresu należała do studentów, którzy wygłosili 10-minutowe prezentacje zgłoszone do „Konkursu Studenckich Prac Naukowych”. W sumie było ich 15 z różnych ośrodków naukowych w Polsce. Prezentacje oceniało jury wskładcie: prof. dr hab. Marek Wesołowski, prof. dr hab. Bożenna Gutkowska, prof. dr hab. Barbara Filipek oraz Ewelina Zaremba. Każdy z młodych prelegentów pragnął zainteresować słuchaczy wyjątkową tematyką. Jako pierwsza wygłoszona została jedyna praca z naszej Uczelni pt. „Wykorzystanie kannabinoidów w terapii – stan obecny i perspektywy leczenia na przyszłość” napisana przez Krzysztofa Goryńskiego (V rok farmacji CM UMK w Bydgoszczy) pod kierunkiem dr. hab. n. farm. Grzegorza Bazylaka prof. UMK. Kolejni goście Kongresu wysłuchali wykładów innych studentów: „Opracowanie metody izolacji saponin z pędów Polyscias filicofilia Bailey mnożonych w kulturze in vitro” Justyny Sikorskiej z AM w Warszawie, „Ocena cytotoksycznego działania Selolu 5 proc. i 7 proc. na komórki linii HL-60, HL-60/DOX i HL-60 VINC” Karoliny Waclawek z AM w Warszawie, „Antyoksydanty – aktualny stan wiedzy” Sylwii Rutkowskiej z AM w Warszawie, „Poszukiwanie możliwości eradycji grzybów potencjalnie chorobotwórczych z gleby” Anny Szwedek z UM w Łodzi, „Oznaczenie kortyzolu w surowicy krwi pacjentów z depresją endogenną leczonych klomipraminą” Małgorzaty Derendarz z AM w Warszawie. Najwięcej emocji dostarczyło wystąpienie Adama Fałkowskiego (AM w Lublinie) „Oczekiwania studentów V roku farmacji a opinia stażystów i opiekunów na temat sześciomiesięcznego stażu w aptece otwartej”, który zakończył pierwszą turę prezentacji. W drugiej części zaprezentowano: „Rozbudowa neuronowego systemu ME_expert do przewidywania składników mikroemulsji” Barbary Bielskiej z CM UJ w Krakowie, „Pochodne 3,3'-ditiobisindoli i innych związków siarki stosowanych w medycynie” Izabeli



Krzysztof Goryński

Malinki z AM w Warszawie, „Wpływ warunków hodowli na wytwarzanie wybranych taksanów w kulturze korzeni transgenicznego *Taxus x media var. Hicksii*” Anny Kokoszki z AM w Warszawie, „Opracowanie metody analizowania i oczyszczania krótkich lipopeptydów” Małgorzaty Dawgul z AM w Gdańsku, „Podstawy stosowania preparatów ziela dziurawca w lekkiej i umiarkowanej depresji” Natalii Wszelaki z AM w Warszawie, „Wpływ kannabidiolu na układ krążenia szczura” Przemysława Skrzypkowskiego z AM w Białymstoku, „Badania sprzedaży leków pochodzenia naturalnego OTC o działaniu sedatywnym i przeciwdepresyjnym” Marty Zaręby z AM w Warszawie, „Udział cyklooksygenazy-2 w neurotoksyczności peptydów beta-amyloidu w warunkach stanu zapalnego i stresu oksydacyjnego” Anny Malik także z AM w Warszawie.

Po prezentacji konkursowych studen-

ckich prac naukowych, podczas obrad jury, goście Kongresu wysłuchali wykładu pana Tomasza Farana z firmy A-Team Recruitment „Brytyjskie apteki dla polskich farmaceutów” oraz prezentacji Sponsora Głównego - Polskiej Grupy Farmaceutycznej. Po nich nastąpiło ogłoszenie wyników i wręczenie nagród zwycięzcom konkursu. Pierwsze miejsce przyznano Przemysławowi Skrzypkowskiemu, drugie przypadło Annie Koskosze, a trzecie Justynie Sikorskiej. Jury postanowiło ponadto wyróżnić wspomnianą pracę Adama Fałkowskiego oraz Karoliny Waclawek. W rozmowie z „Gazetą Farmaceutyczną” członek jury Kongresu prof. Marek Wesołowski Dziekan Wydziału Farmaceutycznego AM w Gdańsku stwierdził: Wybór zwycięskich prac był trudny. Każda z nich była na wysokim poziomie, bez merytorycznych niedociągnięć czy błędów. Studenci zaprezentowali prace bardzo ładnie, zabierali głos i poprawnie odpowiadali na zadawane przez jury pytania. Dopiero w momencie wystawiania ocen nastąpiło zróżnicowanie ze względu na cel naukowy pracy, jej aktualność, nowatorstwo i wkład badań własnych. Pierwszy dzień Kongresu zakończył spektakl w Teatrze Współczesnym pt. „Wasza Eksceleńcja” na podstawie opowiadania Fiodora Dostojewskiego w reżyserii Izabelli Cywińskiej.

...dnia drugiego...

Drugi dzień Kongresu był zdominowany przez wystąpienia naukowców - profesjonalistów. Rozpoczęto go niekonwencjonalnie. Organizatorzy Kongresu umożliwili bowiem chętnym studentom poszerzenie praktycznej wiedzy, stwarzając im okazję uczestnictwa w zajęciach warsztatowych. Dużym zainteresowaniem cieszyły się warsztaty z zakresu merchandisingu aptecznego („Merchandising – jak efektywnie zarządzać miejscem w aptece?”) czy z zakresu psychologii („Moje ciało mówi!”). Najciekawszymi jednak okazały się warsztaty: „Core Curriculum – profil studenta i absolwenta farmacji w kontekście wymagań procesu bolońskiego” przygotowane przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny EMSA. Każdy z uczestników otrzymał certyfikat udziału w 2-godzinnych warsztatach. Następnie głos oddano naukowcom. Wykłady poprowadziły prof. dr hab. Elżbieta Makułska – Nowak z Zakładu Farmakodynamiki Akademii Medycznej w Warszawie („Farmakoterapia bólu”) oraz prof. dr hab. Barbara Filipek z Katedry i Zakładu Farmakodynamiki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie („Nowe wytyczne w leczeniu choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy”). Goście Kongresu mogli również wysłuchać pozostałych prezentacji tym

razem prac doktorskich. Wystąpili doktoranci z Warszawy, Łodzi i Poznania. Prawdziwym „hitem” dobiegającego ku końcowi drugiego dnia Kongresu było przybycie pracowników Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego: nadkomisarza Pawła Rybickiego i podinspektor Małgorzaty Kwietniewskiej. Przedstawili oni rolę i zadania policyjnych laboratoriów kryminalistycznych, jak i możliwości pracy farmaceutów ww. laboratoriach.

Wrażenia po...

Kongres zorganizowany był na wysokim poziomie. Pilotażowy projekt Młodej Farmacji – Warszawa, miał za zadanie dać

podstawę dla cyklu kongresów naukowych, organizowanych corocznie przez Młodą Farmację. Potwierdziła to organizatorka, Patrycja Klimek w wywiadzie z Gazetą Farmaceutyczną: To była świetna impreza. Myślmy o tym, aby tradycja Ogólnopolskiego Kongresu Naukowego Młodej Farmacji była kontynuowana i rozszerzana do kolejnych ośrodków stowarzyszenia.

Myślę, że wysoko ustawiona poprzeczka powinna mobilizować inne ośrodki medyczne w Polsce do organizacji, a na pewno uczestnictwa i prezentowania swoich uczelni na podobnych spotkaniach naukowych. Młody Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja

Kopernika w Toruniu ma bardzo dobre warunki do prowadzenia badań naukowych. Około połowa powierzchni obiektu przeznaczona jest do tego celu w nowo oddanym do użytku i uroczystie otwartym 17 października 2006r. obiekcie Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Można śmiało przytoczyć słowa wygłoszone przez prof. Józefa Sawickiego podczas wykładu inauguracyjnego Kongresu i stanowiące motto mojego artykułu. Na pytanie: Czy zmiany te zostały dobrze zagospodarowane a poprawa warunków wykorzystana? – odpowie najbliższa przyszłość.

Krzysztof Goryński jest studentem V roku farmacji Collegium Medicum UMK.

Regionalne Centrum Informacji Medycznej

Daria Butrym-Kondracka

Regionalne Centrum Informacji Medycznej (RCIM) Projekt współfinansowany w 75% z EFS i 25% z budżetu państwa, powołane przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum UMK.

We wcześniejszych numerach „Wiadomości Akademickich” informowaliśmy Państwa o powołaniu przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum Regionalnego Centrum Informacji Medycznej (RCIM). Realizacja projektu rozpoczęła się w listopadzie 2006 roku, a w miesiącach luty-marzec przystąpiliśmy do pierwszych rejestracji użytkowników. Dzięki uzyskanym środkom finansowym z funduszy unijnych i budżetu państwa w wysokości ponad 750 tysięcy zł. Centrum mogło zakupić usługi dostępu do baz danych, serwery oraz osiem zestawów komputerowych, które ulokowane w Pracowni Komputerowej Biblioteki Medycznej - służą użytkownikom Centrum. Każdy potencjalny beneficjent, który zdecyduje się przystąpić do projektu ma możliwość skorzystania z podstawowego szkolenia w zakresie wyszukiwania i wartościowania informacji w dostępnych bazach danych, które to szkolenie przeprowadzą przez pracownicy RCIM-u.

Całe środowisko medyczne, jak i wszyscy, którzy pragną rozwijać swoje umiejętności i poszerzać wiedzę z zakresu medycyny, teraz zyskali taką możliwość. Nie wszyscy wiedzą, co RCIM oznacza w praktyce. Mianowicie na stronie internetowej RCIM-u znajdują się linki do bibliograficznych, opartych na faktach oraz pełnotekstowych baz danych. Po zalogowaniu się na serwerze Centrum (aktywowanie własnego konta e-mailowego), czyli na stronie www.rcim.umk.pl, użytkownicy bezpłatnie zyskują zdalny dostęp do fachowej literatury medycznej. Najważniejszym jest fakt, że aby korzystać z baz danych Centrum nie trzeba opuszczać miejsca zamieszkania czy pracy, a można korzystać z nich on-line z dowolnego miejsca wyposażonego w łącze internetowe (dom, szpital, przychodnia, laboratorium).

Kto może zostać użytkownikiem?

Potencjalnym użytkownikiem, czyli osobą, która może uzyskać poprzez stronę RCIM dar-

możność dostępu do baz danych są praktycznie wszystkie osoby związane ze środowiskiem medycznym, zatrudnione lub zameldowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Do potencjalnych beneficjentów zaliczyć można m.in.: lekarzy, pielęgniarzy, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych oraz osoby samozatrudnione w którymś z zawodów związanych z medycyną. Do Centrum mogą również przystąpić uczestnicy studiów doktorskich i pracownicy sektora badawczo-rozwojowego. Należy pamiętać, że oferta RCIM-u nie dotyczy studentów studiów licencjackich i magisterskich, gdyż mogą Oni korzystać z baz danych w Pracowni Komputerowej Biblioteki Medycznej Collegium Medicum.

Co należy zrobić, aby zostać użytkownikiem Centrum?

Na stronie internetowej Centrum rcim.umk.pl znajduje się formularz rejestracyjny, który umożliwia zgłoszenie chęci uczestnictwa w projekcie. Pozostawione przez Państwa dane adresowe posłużą do zaadresowania przesyłek zawierających komplet dokumentów. Po ich poprawnym wypełnieniu i odesłaniu na adres RCIM-u, Państwa dane zostaną umieszczone w systemie informatycznym RCIM-u. Jest to równoznaczne z założeniem konta. Osoby, które podały w dokumentach poprawny adres e-mailowy otrzymają informację potwierdzającą założenie konta.

Aby sprawdzić czy faktycznie konto zostało założone, należy wejść ponownie na stronę RCIM-u. Znajdują się tam belka: 'Przewodnik użytkownika'. Należy do niej przejść i wybrać opcję: 'Jak sprawdzić czy konto istnieje i aktywować je?' Następnie w formularzu aktywnym należy wpisać swój numer PESEL oraz kod pocztowy. W przypadku zgodności danych wystarczy potwierdzić ich prawdziwość. W przeciwnym wypadku, po stwierdze-



niu niezgodności, należy wpisać w widniejące okno nazwę oraz poprawną wartość niezgodnych pól i wysłać je używając przycisku 'Wyslij'. Jeżeli dane były poprawne, użytkownik otrzyma informację o nazwie swojego loginu (imię.nazwisko@rcim.umk.pl) oraz możliwość wpisania i potwierdzenia własnego hasła. Po ustaleniu hasła konto powinno zostać aktywowane. Jeżeli konto nie istnieje, należy odczekać kilka dni, ponieważ czas oczekiwania zależy jest od wielu czynników m. in. od ilości zgłoszeń. Jeżeli czas oczekiwania bardzo się wydłuża należy skontaktować się z pracownikami RCIM-u.

Działalność RCIM-u jest możliwa dzięki wsparciu i doświadczeniu wykwalifikowanej kadry Biblioteki Medycznej, która chętnie służy pomocą i udziela również podstawowych informacji potencjalnym użytkownikom Centrum. Bardzo ważnym jest fakt, że użytkownicy RCIM-u zyskują także możliwość korzystania ze zbiorów drukowanych Biblioteki Medycznej, co wcześniej było przywilejem tylko studentów i pracowników UMK oraz szpitala uniwersyteckiego.

Regionalne Centrum Informacji Medycznej
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-092 Bydgoszcz
tel. 052 585-3513
e-mail: rcim@rcim.umk.pl
Osoby do kontaktu:
Daria Butrym-Kondracka,
Ireneusz Szreder

Daria Butrym-Kondracka jest pracownikiem RCIM.

Nowa Pracownia Komputerowa w Bibliotece

Monika Kubiak



W styczniu 2007 roku Pracownia Komputerowa Biblioteki Medycznej została połączona

z Czytelnią Czasopism i przeniesiona do nowego pomieszczenia na parterze budynku Biblioteki. Dzięki nowej lokalizacji Pracownia Komputerowa zyskała większą przestrzeń i możliwości rozwoju, a także funkcjonalny i estetyczny wygląd oraz nowe wyposażenie. Obecnie oferujemy użytkownikom 20 stanowisk komputerowych do swobodnego

korzystania z baz biomedycznych oraz internetu w celach dydaktyczno-naukowych.

Połączenie z Czytelnią Czasopism pozwoliło skoncentrować w jednym miejscu wyszukiwanie najnowszej literatury, czyli czasopism bieżących i czasopism elektronicznych. Czasopisma w obrębie czytelnii podzielono na dwa działy - czasopisma polskie i obce, a w obrębie działu tytuły ułożono w porządku alfabetycznym.

Na miejscu dawnej Czytelnii Czasopism powstał Pokój Cichej Nauki z księgozbiorem podręcznym (bibliografie, słowniki, encyklopedie) połączony z Wypożyczalnią Międzybiblioteczną.

Mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Biblioteki Medycznej.

Młoda Farmacja

Krzysztof Goryński

Każdy student, tym bardziej absolwent naszej uczelni powinien cechować się świadomością godną farmaceuty, wykraczającą poza pojęcie zawodu aptekarza.

Co to jest „Młoda Farmacja”?

Młoda Farmacja jest to zespół sekcji studenckich Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Obecnie składa się z 9 oddziałów, mających swoje siedziby na Wydziałach Farmaceutycznych w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Sosnowcu, Warszawie oraz Wrocławiu.

Studencka Sekcja Młoda Farmacja - Bydgoszcz powstała dość niedawno - założona w 2005 roku - jest zarazem najmłodszym oddziałem zespołu sekcji studenckich MF w Polsce. Pomimo faktu ciągłego tworzenia się i organizacji, w chwili obecnej Zarząd MF-Bydgoszcz wraz z 15-osobową grupą członków działa dość prężnie i stara się osiągnąć znaczącą pozycję wśród organizacji studenckich działających przy Collegium Medicum w Bydgoszczy. Opiekunem Młodej Farmacji - Bydgoszcz jest Prezes Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Bydgoszczy mgr Jakub Płaczek. Dobrze jest, gdy spotka się na swej drodze osoby chcące pomóc, bez których trudno byłoby cokolwiek samemu zdziałać. To właśnie dzięki staraniom Pana Prezesa Młoda Farmacja - Bydgoszcz została założona i obecnie rozwija swoje skrzydła.

Dla kogo MF?

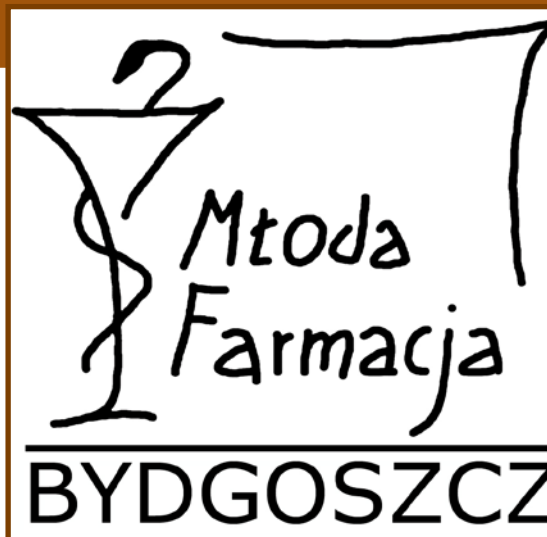
Członkiem „Młodej Farmacji” może zostać każdy student farmacji Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Zachęcamy do współpracy wszystkich zainteresowanych.

To właśnie razem z Wami, a przede wszystkim z myślą o Was pragniemy zorganizować dni kariery, projekty wymian studenckich, informować Was o konferencjach naukowych, prowadzić inne ciekawe i ważne akcje informacyjne oraz projekty mogące urozmaicić studenckie życie.

Na czym skupia się działalność „Młodej Farmacji”?

Nasza działalność obejmuje wiele inicjatyw, mających na celu poszerzenie perspektyw i zainteresowań studentów farmacji. Do celów Młodej Farmacji określonych statutem należą: pomoc studentom farmacji w zdobywaniu praktycznych doświadczeń i wiedzy teoretycznej w zakresie nauk farmaceutycznych, rozwój idei humanitaryzmu oraz etyki zawodowej, rozwój programu przeddyplomowego kształcenia farmaceutycznego, propagowanie postępów nauki wśród studentów farmacji, pomoc w aktywnym wchodzeniu studentów na farmaceutyczny rynek pracy, integracja środowiska studentów farmacji na szczeblu ogólnopolskim oraz międzynarodowym. Cele te Młoda Farmacja realizuje przez propagowanie swoich zadań i zasad organizacyjnych wśród studentów farmacji wydziałów farmaceutycznych w Polsce oraz za granicą, zajmowanie się sprawami studentów farmacji poprzez stałą współpracę z władzami Uczelni i PTFarmu.

Ponadto w ramach współpracy z The International Pharmaceutical Students' Federation (IPSF) Młoda Farmacja bierze czynny udział w Student Exchange Programme (SEP). Dzięki niemu co roku kolejni studenci farmacji mają



niepowtarzalną okazję odbyć wakacyjne praktyki w wybranych przez siebie krajach. W tym samym czasie gościmy również u siebie studentów z uczelni całego świata. Jesteśmy ponadto na etapie organizacji i ustalania warunków wymian studenckich, będących jednym z programów The European Pharmaceutical Students' Association (EPSA). Inne pola działania Młodej Farmacji to m.in. organizacja dni kariery, akcji informacyjnych, konferencji naukowych czy innych projektów. Studenci naszego wydziału poprzez Młoda Farmację zapraszani są do uczestniczenia w posiedzeniach szkoleniowo-naukowych w ramach ciągłego szkolenia dla farmaceutów organizowanych przez oddział bydgoski Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Co już zrobiliśmy?

Jak już wspomniałem MF-Bydgoszcz jest najmłodszym oddziałem zespołu sekcji studenckich MF w Polsce. Można powiedzieć, że pozostajemy nadal w trakcie tworzenia się. Jak dotąd zdołaliśmy zorganizować „Akademię Farmaceutów”, która przeznac-

zona była wyłącznie dla studentów kierunku farmaceutycznego, przyjeśliśmy w sierpniu ubiegłego roku 3 studentów z Egiptu odbywających swoje praktyki w aptece „Bajka”, zaś jeden z „naszych” studentów spędził prawie miesiąc we Francji w ramach wymiany SEP, pomagaliśmy w organizacji i przeprowadzeniu Dni Nauki „Medicalia” oraz „Drzwi otwartych”, braliśmy udział w I Ogólnopolskim Kongresie Naukowym Młodej Farmacji – Warszawa 2006 będącym „pilotażowym projektem Młodej Farmacji – Warszawa, mającym dać podstawę dla cyklu kongresów naukowych organizowanych przez Młodą Farmację”, składaliśmy życzenia świąteczne poszczególnym katedrom naszego wydziału, co z całą pewnością stanie się miłą tradycją kontynuowaną przez lata. Przy okazji usłyszeliśmy, że nazywają nas nie „Młoda

Farmacja”, lecz „młodzi i gniewni z energią do działania”. Coś w tym jest...

Zapraszamy

Podsumowując pragniemy dążyć ku temu, aby zapewnić Wam poczucie integracji na platformie życia farmaceutycznego. Każdy student, tym bardziej absolwent naszej uczelni powinien cechować się świadomością godną farmaceuty, wykraczającą poza pojęcie zawodu aptekarza. Dlatego zachęcamy do współpracy i oczekujemy zarazem śmiałych, nowatorskich projektów i kreatywnych postaw.

Młoda Farmacja – Bydgoszcz zaprasza na Sympozjum, którego celem będzie przygotowanie i pomoc przyszłym farmaceutom w wyborze ich drogi zawodowej. Sympozjum odbędzie się 18 maja 2007 roku w godz. 12-17

w nowym budynku Wydziału Farmaceutycznego. Planowany jest podział na warsztaty i wykłady podczas których zaprezentowane zostaną m.in. zagadnienia związane z kształceniem podyplomowym w Collegium Medicum, omówienie poprawnego pisania CV, listu motywacyjnego oraz tajniki udanej rozmowy kwalifikacyjnej, zapoznanie się z miejscem farmaceuty w firmie farmaceutycznej oraz możliwości odbycia praktyk w ww. firmach. Planowane jest zapoznanie z możliwością pracy w Wielkiej Brytanii oraz warsztaty przygotowane przez „Akademię Farmaceuty” i in. W imieniu Zarządu Młodej Farmacji i „Biura Karier” serdecznie zapraszam.

Więcej informacji na temat naszej sekcji znaleźć można na stronie www.mloda-farmacja.cm.umk.pl.

SCORA

Julita Furmaniak, Anna Lichsztełd

SCORA (*Standing Committee on Reproductive Health including AIDS*) – Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS.

W centrum naszych zainteresowań jest zdrowie reprodukcyjne, choroby przenoszone drogą płciową, a w szczególności HIV/AIDS oraz ich prewencja. Naszym celem jest podniesienie świadomości i wiedzy społeczeństwa. Poruszane przez nas problemy są znane, choć nie mówi się o nich często. Wzbudzają raczej zawstydzenie i wiele kontrowersji. Jest na ich temat mnóstwo nieudowodnionych i nieprawdziwych wiadomości. SCORA działa w myśl zasady, iż „Najlepszym sposobem walki z AIDS jest prewencja, a najlepszym sposobem prewencji edukacja”. Jeśli chcemy przekazywać wiedzę innym, najpierw sami musimy ją zdobyć. Wiadomości nabyte na zajęciach uczelnianych poszerzamy, biorąc udział w licznych szkoleniach i warsztatach organizowanych między innymi przez Krajowe Centrum ds. AIDS, UNDP oraz Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Wiele szkoleń organizujemy sami w ramach naszego stowarzyszenia, przekazując wiedzę kolegom.

Organizujemy wiele akcji, szkoleń oraz ankiet, m.in.: Światowy Dzień AIDS, Program Edukacji Młodzieży Szkolnej w Zakresie Profilaktyki HIV/AIDS, Kolorową Wielkanoc, Wystawy Fotograficzne.

W naszych przedsięwzięciach współpracujemy z licznymi instytucjami (Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej - Oddział Terenowy Bydgoszcz, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszcz, Polski Czerwony Krzyż - Zarząd Okręgowy w Bydgoszcz, Przedstawicielstwo Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju – UNDP, Fundacja „Res Humanae”) oraz organizacjami (np. Studenckie Forum Business Centre Club – SF BCC).

Od roku 2002 cyklicznie obchodzimy Światowy Dzień AIDS (WAD, czyli World AIDS Day), który przypada 1 grudnia. Zaangażowaliśmy się do akcji przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej

w Bydgoszcz. W roku 2004 zorganizowaliśmy własną akcję na terenie Prorektoratu, w 2005 roku w holu głównym Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza, a w kolejnym roku na Starym Rynku w Bydgoszcz. Przewodząc obchody WAD w szpitalu, wyszliśmy nie tylko do studentów, ale także do pacjentów i osób odwiedzających. Następnym rokiem przyniósł większy rozmach i WAD został przeniesiony na Stary Rynek w Bydgoszcz. Tutaj przy pomocy PCK oraz Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej przeprowadziliśmy akcję, podczas której rozdawaliśmy przechodniom materiały informacyjne, odpowiadaliśmy na pytania i przypinaliśmy czerwone wstążeczki, które od 1991 roku są symbolem solidarności z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS. Nasze działania spotkały się z różnorodną reakcją ze strony mieszkańców Bydgoszcz. Jedni traktowali nas „jak trędowatych”, inni byli zainteresowani tym, co chcemy im przekazać. To przedsięwzięcie pokazało nam, że ludzie są zainteresowani tematem HIV/AIDS, jednak wielu woli, gdy



któs wyjdzie do nich z inicjatywą. W godzinach wieczornych zaprosiliśmy do aktywnego udziału naszych młodszych kolegów z bydgoskich liceów, którzy przybyli ze swoimi wychowawcami. Wzięli oni udział w konkursie wiedzy na temat HIV/AIDS, a następnie ustawiliśmy wspólnie wstążkę z zapalonych zniczy. Płonęła ona do rana dnia następnego.

W 2006 roku obchody Światowego Dnia AIDS rozpoczęły się już w listopadzie, kiedy to pomagaliśmy w kampanii informacyjno-edukacyjnej „Bądź świadomy i uświadomio-



lekcja Peer Education I LO, klasa II g

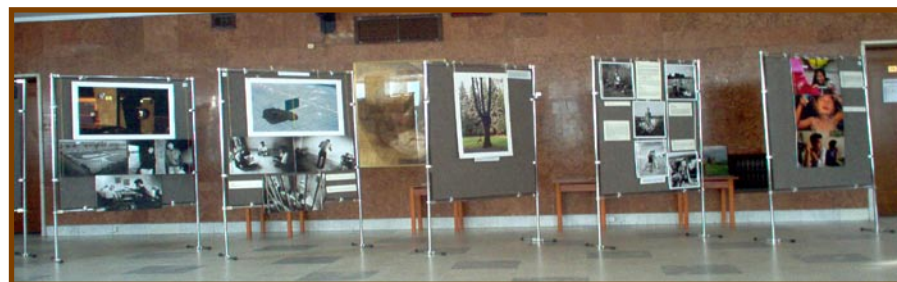
ny” przygotowanej przez Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej w Bydgoszczy. Akcja ta objęła szkoły policealne i szkoły wyższe w Bydgoszczy, w których to zamieszczaliśmy ogłoszenia i rozdawaliśmy ulotki o punktach informacyjnych poświęconych tematyce HIV/AIDS.

1 grudnia połączyliśmy siły studentów medycyny z wszystkich uczelni medycznych w Polsce, którzy jako członkowie Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland przyjechali do Bydgoszczy na jesienne Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland. Przyświecało nam hasło „Think positive, stay negative”. Spotkaliśmy się na Starym Rynku w Bydgoszczy, aby ustawić wstążeczkę z palących się czerwonych zniczy. Dołączyli do nas także dr n. med. Anna Wankiewicz z Katedry i Kliniki Dermatologii w Bydgoszczy, PCK i Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy. Poza happeningiem odbyła się także akcja ulotkowa w bydgoskich klubach – De Ja Vu oraz w Kredensie, gdzie przypinaliśmy czerwone wstążeczki, rozdawaliśmy ulotki oraz odpowiadaliśmy na pytania osób zainteresowanych tą problematyką. Następnego dnia członkowie IFMSA-Poland wysłuchali wykładu pt.: „AIDS: oblicze choroby po 25 latach badań”, który przeprowadziła dr n. med. Anita Olczak z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii w Bydgoszczy.

Spotkanie z naszymi młodszymi kolegami zachęciło nas do dalszej współpracy. To do nich kierujemy Peer Education, czyli Program Edukacji Młodzieży Szkolnej w Zakresie Profilaktyki HIV/AIDS. Początki tego przedsięwzięcia sięgają w Bydgoszczy lutego 2006 roku, gdy po raz pierwszy przekroczyliśmy progi I Liceum Ogólnokształcącego im. Cypriana Kamila Norwida w Bydgoszczy, po to, by spotkać się z ówczesną klasą II G, o profilu biologiczno-chemicznym i podzielić się z nimi naszą wiedzą. Zostaliśmy przyjęci bardzo życzliwie (czego nie zapomnimy) i to nie tylko dlatego, że nie musieli oni uczestniczyć w zajęciach godziny wychowawczej. Byli zaskoczeni, że ktoś zechciał porozmawiać



Kolorowa Wielkanoc Dom Dziecka „Filipek” 2005



Wystawa Positive Lives

z nimi na tematy trudne, wstydliwe i prosto przedstawić wiedzę na dany temat. Nasza interaktywna prelekcja przedstawiła: co to są choroby przenoszone drogą płciową, kiedy należy udać się do lekarza, czy trzeba leczyć takie choroby, czy są groźne, a jeśli tak, to dlaczego. Zajęliśmy się następnie HIV/AIDS: w jaki sposób można się zarazić, a jak można tego uniknąć, czy są leki i co ze szczepionką? Wśród wielu sensacyjnych, czasem nieprawdziwych informacji, trudno jest wybrać to, co prawdziwe, a co nie.

Duże doświadczenie mają nasi koledzy z innych uczelni medycznych, którzy już od dobrych paru lat prowadzą ten program z wielkim powodzeniem i zainteresowaniem ze strony uczniów.

Inną formą przekazywania informacji są fotografie. Fotografie wiele „mówią” i czasem tylko to wystarczy. W zeszłym roku, w marcu, w budynku Prorektoratu można było obejrzeć wystawę „Positive Lives”, która dotarła do nas z Poznania dzięki uprzejmości warszawskiego biura UNDP (Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju). „Positive Lives” to cykl fotografii pochodzących z różnych kontynentów. Jest możliwością poznania prac znanych i cenionych fotografów, których zdjęcia opowiadają historię zwyczajnych i niezwykłych osób żyjących z HIV/AIDS. Ukazuje tych ludzi w ich rolach społecznych i zawodowych. Wystawa nieustannie krąży po świecie i w ten sposób pragnie walczyć ze stereotypami narosłymi wokół żyjących z HIV/AIDS. Pragnie pokazać pozytywne fakty związane z pokonywaniem trudności w codziennym życiu... Co przyciąga każdego? To połączenie obrazu z bardzo osobistym komentarzem.

I to niezwykle głęboko porusza.

Trudno od zdrowia reprodukcyjnego oddzielić dzieci. Z tego też powodu razem z kolegami z SF BCC, w 2005 roku, przebrani w stroje postaci z bajek, udaliśmy się do Domu Dziecka „Filipek”, by razem z malcami pomalować pisanki i poszukać prezentów od zająca. Wnieśliśmy tym wiele radości przed zbliżającymi się Świętami Wielkanocnymi.

Od początku działania SCORA funkcje Koordynatora Lokalnego pełnili: Karolina Waleśkiewicz, Marcin Rusinek, Rafał Adamski, Dariusz Surman, Anna Lichsteld, Julita Furmaniak (obecnie).

Jeśli zainteresowało Cię coś, o czym napisałyśmy zapraszamy do naszego programu. Każdy nowy pomysł, każda nowa osoba jest mile widziana. Jeśli chcesz zrobić coś więcej, jeśli chcesz pomóc innym, to jest to doskonałe miejsce. Działając dla innych, zyskujemy wiele dla siebie. Organizowanie każdej akcji, każdego wydarzenia uczy nas podejmowania wyzwań, radzenia sobie z wieloma zadaniami, załatwiania spraw w różnych instytucjach, poczynając od naszej uczelni, szpitali, a na Urzędzie Miasta kończąc. Można by powiedzieć, że przecież jako lekarzom nie będzie nam to w przyszłości potrzebne, jednak nic bardziej mylnego, przecież każde takie działanie polega na obcowaniu z ludźmi, na poznawaniu nowych osób, a czymże innym zajmuje się nasz przyszły zawód?

„Co daje IFMSA? IFMSA nic nie daje, IFMSA stwarza możliwości”, a częścią IFMSA - Poland jest nasz program SCORA.

Julita Furmaniak i Anna Lichsteld są studentkami V roku Wydziału Lekarskiego, kierunek lekarski.



Autorki podczas WAD, grudzień 2006 r.

Poradnik Medycznego Pierwszaka - lektury

Artur Lewandowski

Lista książek, które otrzymuje student pierwszego roku wydaje się o „100 pozycji” za duża. Wydanie równowartości samochodu na kilkadziesiąt ciężkich, nowych książek; zakup używanych książek z ogłoszeń, niewystarczająca dla wszystkich liczba książek w bibliotece, majątek zostawiany w ksero, bindowanie, brak miejsca na półkach na kilogramy wiedzy, czy przerażająca myśl „Kiedy ja dam radę to wszystko przeczytać?”. - przytłaczają. Ale trzeba przyznać, że chwila, gdy po raz pierwszy bierzemy listę podręczników na I rok studiów jest jednym z najpiękniejszych momentów w życiu studenta.

Poniżej znajdziecie listę wszystkich oficjalnie polecanych podręczników podzielonych na podstawowe (przed zbliżającą się sesją warto wszystkie, jeśli nie zdobyć, to przynajmniej przejrzeć) oraz uzupełniające.

Przy każdej liście „lektur” do każdego przedmiotu znajdziecie krótki poradnik typu „Polecam”, czyli odautorską propozycję najlepszych „przyjaciół na najbliższy rok”, którzy najlepiej pomogą Wam dotrzeć do lipca. Poradnik został sporządzony przez „atestowanych” weteranów roku pierwszego, którzy w ten sposób dzielą się z Wami swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi „lektur”.

Lektury z anatomii

Podstawowe:

1. Bochenek A., Reicher M. - Anatomia człowieka T. 1-5; PZWL, Warszawa
2. Woźniak W. - Anatomia człowieka - podręcznik dla studentów, wyd. Urban&Partner, Wrocław 2001
3. Sokołowska - Pituchowa J. - Anatomia człowieka; PZWL, Warszawa 1999
4. Williams P. L., Warwick R. - Gray's Anatomy; 37th edition; Edinburgh, London 1989
5. Sylwanowicz W. - Wskazówki do ćwiczeń prosektoryjnych; PZWL, Warszawa
6. Sobotta J. - Atlas anatomii człowieka t. 1-2; wyd. Urban & Partner, Wrocław 2001
7. Köpf - Mayer P. - Atlas anatomii człowieka; wyd. PZWL, Warszawa 2002
8. Grant - Atlas anatomii; Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2002
9. Netter F.H - Atlas anatomii człowieka; Urban&Partner, Wrocław 2002
10. Vidič B. - Fotograficzny atlas anatomii człowieka, Polski Dom Wydawniczy, „Ławica”, Poznań 1996

Uzupełniające:

czasopisma anatomiczne „Folia Morphologica”, „Annals of Anatomy”

Polecam:

Z wszystkich przedmiotów, chyba z całych 6 lat nauki, przy żadnym nikt nie będzie tak pewien, jak przy Anatomii, który podręcznik Wam polecić. Sprawą równie oczywistą, jak Róża Wiatrów jest „Bochenek”, czyli „Anatomia człowieka” w 5 tomach wydawnictwa PZWL. Książki te zajmą Wam ogrom miejsca

na półkach (nie piszę „w szafkach”, gdyż jest to przez cały rok ciągłej nauki niemal awykonalne), a to, które wydanie zdobędziecie, starsze czy nowsze - niebieskie, ma już drugorzędne znaczenie. Jednakże ta „biblia studentów medycyny” jest książką tak ważną, iż naprawdę warto zaopatrzyć się we własny zestaw.

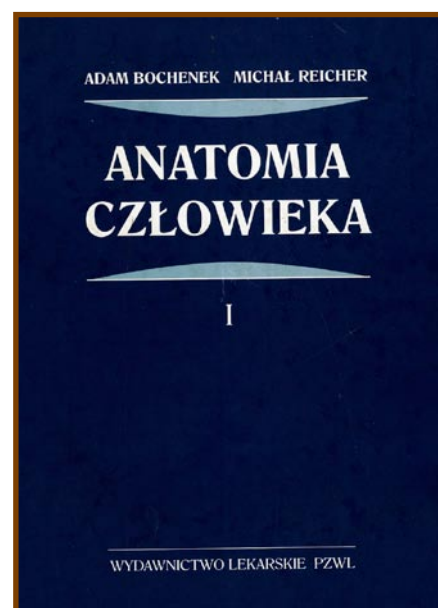
Poza Bochenkiem, niezbędny okaże się atlas anatomiczny i tutaj niestety wybór jest duży, a zdania podzielone. Bezapelacyjnie „Bochenkiem atlasów anatomicznych” jest Sinielnikov (3 tomy)! Najnowsze wydanie pochodzi z 1990 roku (sic!) i zapewne traficie jedynie na wersję rosyjskojęzyczną (z łacińskimi nazwami anatomicznymi!) bądź angielską, ew. czeską, choć polska również istnieje. Jednakże zdobycie tego atlasu graniczy niemal z cudem, gdyż nie jest już od dawien dawna wydawany, a jedynie jego egzemplarze są w posiadaniu lekarzy i studentów medycyny... Odpłynięmy od Utopii Sinielnikowa, by już na twardym lądzie wybrać najlepszy atlas anatomiczny. Najpopularniejszy zdaje się być 2-tomowy Sobotta, z przejrzystymi (idealne do nauki!) rysunkami, dodatkowo objętymi krótkimi opisami (podobnie jak w Sinielnikowie) i tabelami.

Popularny i dobry do nauki jest duży, jednotomowy atlas Nettera, a rysunki, ręcznie malowane przez doktora Nettera z pewnością przypadną Wam do gustu. Niestety posiada on kilka błędów w opisach rysunków (zamienione miejscami podpisy szczegółów anatomicznych etc.), jednak szybko można je własnoręcznie poprawić. Wadą Nettera niestety jest słabo opracowana czaszka i tutaj potrzebne okażą się Wam inne atlasy (choćby rysunki z Bochenka są znakomite).

Mniejszą popularnością cieszy się atlas Petry Köpf-Mayer, 2-tomowy (właściwie 3, gdyż trzeci to słownik polsko-angielsko-łaciński!). Niezwykle oryginalny - poza ręcznie malowanymi rysunkami (bardzo ładne!) prezentuje on również wiele struktur anatomicznych... w obrazach USG, MRI, TK. Niestety dla początkujących jest on nieco za trudny, polecałbym go raczej jako świetną powtórkę przed egzaminem.

Pozostałe atlasy są już mniej popularne, choć w praktyce równie dobre - 1-tomowy Grant czy wypożyczane w Bibliotece Medycznej Bertolini i Kiss. Bardzo oryginalne natomiast są... Fotograficzne Atlasy Anatomiczne. Do wyboru mamy obecnie 3 pozycje - Vidič, Yokochi (1-tomowe) oraz Vajda (2-tomowe), wręcz idealne przed „szpilkami”!

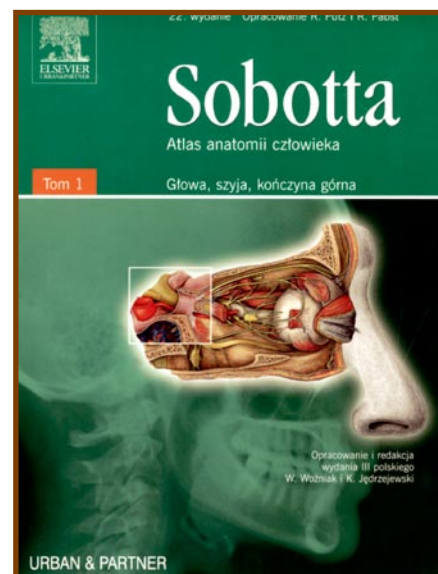
Podsumowując, tak naprawdę trudno orzec, który atlas jest najlepszy. W praktyce każdy z nich ma jakąś wadę. W jednym bardzo lakonicznie (vide np. czaszka w Netterze). Proponuję zatem wycieczkę do dużej księgarni i porównanie dostępnych atlasów i wybranie tego, który stanie się Waszym przyjacielem na najbliższy rok. Taki, który będzie cieszył Wasze oczy kolorami, łacińskie



podpisy będą dla Was dobrze widoczne i... sprawi Wam radość z nauki.

Rzeczą oczywistą i powtarzaną przez wszystkie lata był jest i będzie fakt, iż najlepszym podręcznikiem do Anatomii jest Bochenek. To rzecz niezaprzeczalna, jednakże z pewnością do powtórek jest księgą zbyt dużą i przed kolokwiami przyda się Wam „bardziej skondensowana wiedza”. Z pomocą przychodzą Wam inne, popularne podręczniki, np. „Pituchowa” (zielona, 1-tomowa), „Woźniak” (bardzo dobrze opracowane tematy na powtórki) czy seria 8 skryptów z CM UJ (niebiesko-białe okładki; skrótowo, schematyczne rysunki, idealne na szybko i solidną powtórkę!).

Wbrew pozorom taki arsenał może okazać się niewystarczający i zapewne po pewnym czasie wiele nazw anatomicznych z pierwszych kolokwii zacnie „wyparowywać” i wówczas idealny okaże się Ilustrowany Słownik Anatomiczny Feneisa. Znaleźć możecie starsze wydania bądź po prostu nabyć w księgarni nowe, rozszerzone, z dokładniejszymi rysunkami.



Na wiosnę, gdy „dojdziecie do nerwówki” (slang studentów medycyny wejdzie Wam w krew i z pewnością za kilka miesięcy przeczytacie ten fragment bez podniesionych brwi) przydadzą się Wam z pewnością dwa inne podręczniki, z neuroanatomii - Gołąb (żółta) i Fix (wydawnictwo Urban&Partner)

Pozycji anatomicznych jest jeszcze mnóstwo, jednak sięgać po nie warto dopiero na wiosnę, przed egzaminem (np. po Sylwanowicza wskazówki do ćwiczeń prosektoryjnych czy czasopisma anatomiczne, np. „Folia Morphologica” czy „Annals of Anatomy”).

Na koniec chciałbym, po wytężonej nauce z Bochenkiem i atlas(em/ami), zaproponować Wam wspaniałe, przygotowane w Bydgoszczy przez prof. Gościćką i dr Szpindę skrypty (w całość po łacinie), które warto skserować i nosić ze sobą przy każdej nadającej się okazji. 5 minut na przystanku, 20 minut w autobusie, 3 minuty w kolejce na pocztę/ w przychodni/w urzędzie etc. Zamiast bezczynnie oczekiwać, można ten czas zająć przyjemną, bardzo pożyteczną lekturą. Bydgoskie skrypty napisane są w sposób, pozwalający objąć „na bardzo małym terenie”, zaledwie na kilku stronach A5 dany temat, dzięki czemu w czasie nauki i skakaniu po książkach nie pogubimy się, a nasza wiedza będzie odpowiednio poukładana. Również bardzo dobrym rozwiązaniem jest korzystanie ze skryptów jako „spisów treści” w myśl nadrzędnej zasady „od ogółu do szczegółu”.

Lektury z biologii medycznej

Podstawowe:

1. Connor M., Ferguson-Smith M. Medical genetics. Blackwell Science Ltd, 1998
2. Drewna G., Ferenc T. Podstawy genetyki dla studentów i lekarzy. Wyd. Urban & Partner, 2003
3. Kadłubowski R., Kurnatowska A. (red.): Zarys parazytologii lekarskiej. PZWL, Warszawa, 1999

Uzupełniające:

1. Brown T.A. Genomy. Wyd. Naukowe PWN. Warszawa, 2001
2. Dziubek Z., Januszkiewicz J.: Choroby zakaźne i pasożytnicze. PZWL, Warszawa, 1996
3. Golvan Y: Atlas parazytologii. Volumes, Wrocław, 2001
4. Lonc E. (red.): Parazytologia w ochronie środowiska i zdrowia. Volumes, Wrocław, 2001

Polecam:

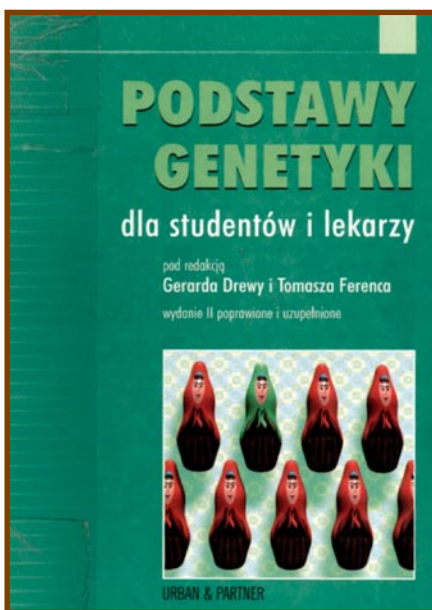
Na zajęcia z Biologii Medycznej niezbędne są dwa podręczniki - „Podstawy genetyki dla studentów i lekarzy” prof. Drewny oraz „Zarys parazytologii lekarskiej” Kadłubowskiego. Podręcznik z genetyki prof. Drewny jest dostępny we wszystkich większych księgarniach, natomiast kupno „Kadłuba” może sprawić Wam mały problem, jednakże wizyta przy tablicach ogłoszeń czy na Allegro rozwiąże Wasze wątpliwości.

Po nabyciu powyższych dwóch „niezbędnych”, po pewnym czasie zaczniecie odczuwać pewien niedosyt wiedzy i wówczas z pomocą mogą Wam przyjść dwa bardzo dobre pozycje z genetyki angielskojęzycznych

autorów - „Podstawy genetyki medycznej” Connora i Fergusona-Smitha PZWL-u oraz „Genomy” Browna PWN-u.

Kadłubowski jest najprawdopodobniej najlepszym podręcznikiem do parazytologii, jednak dla niespokojnych umysłów przygotowano kilka innych książek, m.in. „Parazytologia w ochronie środowiska i zdrowia” Lonca oraz mniej znane „Atlas parazytologii” Golvana czy duża pozycja „Choroby zakaźne i pasożytnicze” Dziubka i Januszkiewicza, która, z racji opisu wielu chorób zakaźnych, może przydać się Wam również na przyszłych latach, np. na mikrobiologii.

Warto jednak po nabyciu podręcznika prof. Drewny oraz Kadłubowskiego poczekać z zakupami do pierwszego wykładu i pierwszych ćwiczeń, by zapytać o obecnie panującą „modę”, wymagania, a przede wszystkim



o nowe, dobre pozycje.

Lektury z biofizyki

Podstawowe... i uzupełniające:

1. Bobrowski C., Fizyka. Krótki kurs, WNT, W-wa, 1993
2. Danek A., Chemia fizyczna. Podręcznik dla studentów farmacji
3. Dryński T., Ćwiczenia laboratoryjne z fizyki
4. Halliday D., Resnick R., Fizyka dla studentów nauk przyrodniczych i technicznych
5. Instrukcja obsługi przepływomierza dopplerowskiego (kserokopia w Czytelnicy Biblioteki)
6. Jaśkowski P., Styszyński A., Spontaniczne złudzenie Pulfricha u pacjentów z dysfunkcją nerwu wzrokowego, Klin. Oczna 94, str. 180-182 (1992)
7. Jaśkowski P., Styszyński A., Zastosowanie zjawiska Pulfricha w diagnostyce okulistycznej, Klin. oczna 92, str. 156-158 (1990)
8. Jaśkowski P., Złudzenie Pulfricha, Przeg. Psychol. 31, str. 391-410 (1988)
9. Jaroszyk F, Biofizyka
10. Jaworski B., Dietlaf A., Milkowska L., Sergiejew G., Kurs fizyki

11. Kapuścińska M., Fizyka. Podręcznik dla studentów farmacji

12. Kędzia B., Materiały do ćwiczeń z biofizyki i fizyki

13. Kłyszajko-Stefanowicz L., Ćwiczenia z biochemii

14. Kulpa B. A., Efekt Pulfricha (kserokopia w Czytelnicy Biblioteki)

15. Materiały pomocnicze do ćwiczenia nr 15 (kserokopia w Czytelnicy Biblioteki)

16. Mizerski W., Nowaczek W.(opr.), Tablice fizyczno - astronomiczne., Adamantan, W-wa 1995.

17. Morrison R. T., Boyd R. N., Chemia organiczna

18. Piławska A., Podstawy biofizyki

19. Przesalski S., Fizyka z elementami biofizyki i agrofizyki

20. Rewaj T., Ćwiczenia laboratoryjne z fizyki w Politechnice

21. Skorko M., Fizyka

22. Stopczyk M., Elektrodiagnostyka medyczna

23. Szczeniowski S., Fizyka doświadczalna

24. Szydłowski H., Pracownia fizyczna

25. Taylor J. R., Wstęp do analizy błędów pomiarowego

26. Wróblewski A. K., Zakrzewski J. A., Wstęp do fizyki

27. Terlecki J., Ćwiczenia laboratoryjne z biofizyki i fizyki.

Polecam:

Biofizyka jest specyficznym przedmiotem, gdyż w trakcie semestru podręczniki zmieniać się będą jak w kalejdoskopie. Do każdego z 24 ćwiczeń dopisana jest literatura w postaci numerków, które dopasować należy do powyższej listy. Dlatego też dzięki biofizyce już od pierwszego roku poznacie adres Biblioteki Medycznej.

Dużym plusem jest tutaj fakt, iż można podzielić sobie bibliografię z drugą osobą z pary. Z kilku też podręczników korzystacie będziecie nieco później, np. z 13 i 17 (dobry trening przed wyszukiwaniem podręczników z literatury 6 ćwiczeń).

Radzimy też zaopatrzyć się we wszystkie wymienione w literaturze każdego ćwiczenia pozycje, np. skserować interesujące nas strony. Z pewnością nauczenie się danego tematu z jednego i późniejsza lektura z różnych źródeł pozwoli Wam w pełni opanować temat, dobrze napisać opis teoretyczny, wykonać w wyznaczonym czasie i w pełni poprawnie ćwiczenie (czyt. uzyskać zaliczenie i cieszyć się z 6 „zał” pod rząd na stronie Biofizyki po zalogowaniu oraz oczywiście, nie dać się zaskoczyć żadnym pytaniem na kolokwium!

Lektury z łaciny

Podstawowe:

„Lingua Latina ad usum medicinae studentium” - S. Filipczak-Nowicka i Z. Grech-Żmijewska, PZWL, Warszawa 1995 (wydanie VIII)

Uzupełniające:

Podręczny słownik lekarski łac.-pol. i pol.-łac. - Z. Karwowska - PZWL, Warszawa, 1999

Polecam:

Podstawowym podręcznikiem z łaciny

jest wymieniona powyżej „Lingua Latina ad usum medicinae studentium”. Podzielony jest na 28 lekcji, które przerobicie przez cały rok oraz znakomity dodatek gramatyczny, który w połowie roku (np. w Święta Bożego Narodzenia) naprawdę warto przeczytać - to ułatwi Wam ogromnie naukę łaciny w II semestrze i zaliczenie.

Powyższy podręcznik posiada pod koniec książki mały słowniczek z wyrazów pojawiających się w nim, jednakże w trakcie nauki Anatomii zaczną pojawiać się Wam „czarne dziury” i konieczne stanie się zerknięcie do słownika i wówczas ten podręcznikowy może okazać się niewystarczający. Klasyczne słowniki łacińskie raczej nie posiadają specyficznych dla medycyny wyrazów (np. Kumanieckiego czy Winniczukowej), dlatego też warto zaopatrzyć się w słownik Karwowskiej PZWL-u bądź Dąbrowskiej, również z PZWL-u (ten w twardej oprawie, brązowy, z serii podręcznych słowników lekarskich: angielski, niemiecki, rosyjski i łaciński). Bardzo dobrym słownikiem łacińskim jest też „tom trzeci” Atlasu Anatomii Człowieka Wolfa-Heideggera, dodatkowo ze słownikiem angielskim (de facto jest to słownik polsko-łacińsko-angielski z 3 indeksami, alfabetycznymi według 3 tychże języków).

Na rynku pojawiła się też nowa pozycja, podręcznik „Lingua Latina pro usu medico” również przygotowany (m.in.) przez Filipczak-Nowicką.

Jako odpoczynek od nauki, nawet po zdaniu łaciny polecam również „Łacina na co dzień” Władysława Jędraszko, czyli zbiór ok. 5 tysięcy łacińskich przysłów, zwrotów używanych współcześnie, w prasie, w prawie, w medycynie. To niesamowite ile takich już „mimowolnie” się nauczyliśmy, znamy i rozumiemy bez tłumaczenia! Jak widać nie tylko angielskim zanęczyliśmy naszą polską mowę...

Lektury z historii filozofii

Podstawowe:

1. Sikora A.: Spotkania z filozofią, wyd. do wyboru.

2. Tatarakiewicz W.: Historia filozofii, wyd. do wyboru., wybrane fragmenty.

3. Wulff H.R. i inni, Filozofia medycyny, Warszawa 1993.

Uzupełniające:

1. Honderich T. (red.), Encyklopedia filozofii, 2001.

2. Skarga B., O filozofię bać się nie musimy, PWN, Warszawa 1999.

3. Tyburski W., Wachowiak A., Wiśniewski R., Historia filozofii i etyki. Źródła i komentarze, Toruń 2002.

4. Wodziński C., Filozofia jako sztuka myślenia, Warszawa 2000.

Polecam:

Podstawowym źródłem wiedzy z Historii Filozofii są wykłady prowadzone przez dr. Stanisława Katafiasa, dlatego też poza ważnym notowaniem i słuchaniem, słuchaniem i notowaniem należy też wyłaniać które to fragmenty jakich podręczników są szczególnie ważne. Po solidnych podstawach filozofii

zdobytch na wykładach przyda się dodatkowo lektura, szczególnie książek z listy podstawowych, tj. Tatarakiewicz (przyjemna podróż przez dzieje) czy Sikora i Wulff.

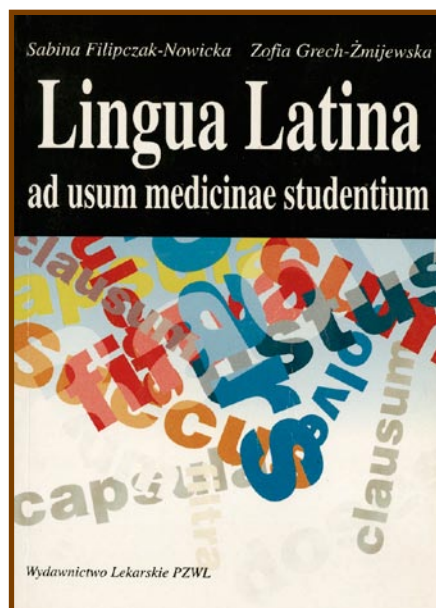
Lektury z przysposobienia bibliotecznego

Podstawowe:

1. S. Dąbrowiecki, E. Janowicz, G. Malukiewicz-Wiśniewska, Jak wyszukiwać i krytycznie ocenić naukowe publikacje medyczne, Wydawnictwo Uczelniane AM, Bydgoszcz 1996

2. E. Janowicz, M. Kubiak, Serwisy biblioteczno-informacyjne Biblioteki Głównej Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy w 2002 r., Wiadomości Akademickie, nr 7, 2002, str. 11-13

3. T. Kosik, Doc@med:system elektroniczny



nego dostarczania dokumentów, Wiadomości Akademickie, nr 9, 2003, s. 15

5. J. Słomkowska, Bazy bibliograficzne dostępne w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej w Bydgoszczy i analiza ich wykorzystywania za lata 1998 - 2002, Wiadomości Akademickie, nr 10, 2003, s. 28-29

Polecam:

Literatura zaproponowana z Przysposobienia Bibliotecznego niemal w całości pochodzi z uczelnianego kwartalnika „Wiadomości Akademickie”, których archiwalne numery możecie ściągnąć w formacie pdf ze strony Biblioteki Medycznej.

Lektury z języka angielskiego

Podstawowe:

„Medical English in texts and exercises” Z. Grabarczyk, Bydgoszcz 2002

Uzupełniające:

„Teksty medyczne w szkole wyższej” Z. Grabarczyk, Bydgoszcz, 1991

Polecam:

Książki, z których będziecie korzystać leżą w gestii Waszego nauczyciela, o czym dowiecie się na pierwszych zajęciach, jednakże niemal

pewnym jest fakt, iż jedną z nich będzie książka „Medical English in texts and exercises” prof. Grabarczyka oraz teksty o tematyce medycznej z fachowych czasopism, które otrzymacie od prowadzących zajęcia. Warto zwrócić uwagę na rok wydania, gdyż do wydania z 2002 roku dodano wiele nowych tekstów, które bardzo często przerabiane są na zajęciach.

Warto też zaopatrzyć się w „Podręczny słownik medyczny ang.-pol. i pol.-ang.” Słomskich, wydawnictwa PZWL (niebieska z serii podręcznych słowników medycznych PZWL). Z pewnością korzystać będziecie z niego jeszcze przez wiele lat po zajęciach po studiach, dlatego też nabycie „pełnej wersji” będzie niezwykle rozsądnym rozwiązaniem na całe lata!

Lektury z języka niemieckiego

Podstawowe:

„Deutsch für Mediziner”, Z. Grabarczyk, Bydgoszcz, 1994

Uzupełniające:

„Słownik społecznej służby zdrowia”, Z. Grabarczyk, Bydgoszcz, 1998

Polecam:

Jednym z polecanych podręczników z pewnością będzie książka „Deutsch für Mediziner” prof. Grabarczyka oraz teksty o tematyce medycznej z fachowych czasopism, które otrzymacie od prowadzących zajęcia.

Warto też zaopatrzyć się w „Podręczny słownik medyczny niem.-pol. i pol.-niem.” Małgorzaty Tafil-Klawe i Jacka Klawe, wydawnictwa PZWL (zielona z serii podręcznych słowników medycznych PZWL). Mała ciekawostka dotycząca tego słownika... Zapewne co bardziej spostrzegawczy studenci już zadali sobie te pytanie, więc spieszymy z odpowiedzią - prof. Małgorzata Tafil-Klawe to kierownik Katedry i Zakładu Fizjologii Człowieka na naszej Alma Mater oraz nasza Pani Prorektor ds. Collegium Medicum, natomiast prof. Jacek Klawe jest kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii.

Lektury z języka francuskiego

Podstawowe:

„Le Francais Medical”, Z. Grabarczyk, Bydgoszcz, 1989

Uzupełniające:

wybrane teksty z francuskich pism fachowych

Polecam:

Niemal pewnym jest fakt, iż jedną z polecanych książek będzie „Le Francais Medical” prof. Grabarczyka oraz teksty o tematyce medycznej z fachowych czasopism, które otrzymacie od prowadzących zajęcia.

Lektury z chemii ogólnej

Podstawowe:

1. Kędryna T.: Chemia ogólna z elementami biochemii. Wydawnictwo „Zamiast korepetycji”, Kraków 1998

2. Żak I.: Chemia. Medyczna Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2001

3. Praca zbiorowa pod red. M. Damińskiego: Elementy chemii ogólnej i organicznej. Skrypty AMB, Bydgoszcz 2000

4. Lipiec T., Z. Szmali: Chemia Analityczna z elementami analizy instrumentalnej. PZWL, Warszawa 1998

5. Hart L.E., Craine D.J.: Chemia organiczna - krótki kurs. PZWL, Warszawa 1999

6. Galus Z.: Ćwiczenia rachunkowe z chemii analitycznej. PWN, Warszawa 1996
Uzupełniająco:

1. Morrison R.T., Boyd R.N.: Chemia organiczna. PWN, Warszawa 1998

2. Bielański A.: Chemia ogólna i nieorganiczna. PWN, Warszawa 1997

3. Kupryszewski G.: Wstęp do chemii organicznej. PWN, Gdańsk 1994

Polecam:

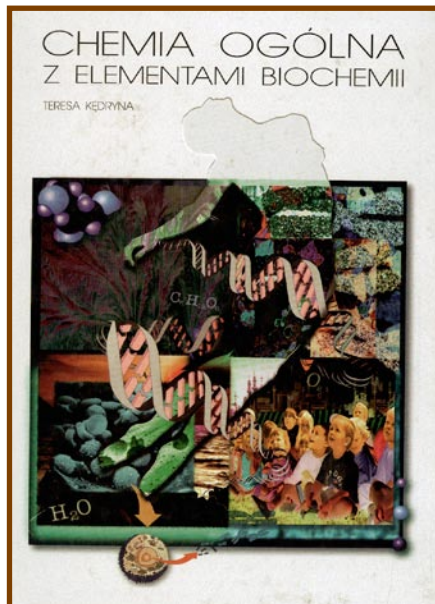
Zajęcia z Chemii Ogólnej podzielone są generalnie na dwa główne działy - chemia nieorganiczna (przerabiana najpierw) oraz chemia organiczna, dlatego też wprawdzie warto zaopatrzyć się w książki z chemii ogólnej i nieorganicznej, a dopiero w późniejszym czasie z organicznej.

Niezbędnikiem z pewnością jest skrypt Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej pod red. prof. Dramińskiego - „Elementy chemii ogólnej i organicznej” - znajdziecie tam przede wszystkim opisy wszystkich ćwiczeń laboratoryjnych na pracowni oraz bardzo dobre, zebrane wiadomości teoretyczne, które będą Wam niezbędne na zajęciach.

Z chemii ogólnej i nieorganicznej warto przede wszystkim posiadać Kędrynę („Chemia ogólna z elementami biochemii”), którą gorąco polecam (bardzo dużo rycin, wykresów i naprawdę przejrzyste, bez zbędnego tekstu wytłumaczone zjawiska). Ponieważ czekać Was będzie też kolokwium z zadań rachunkowych, warto zaopatrzyć się w Galusa „Ćwiczenia rachunkowe z chemii analitycznej” oraz mieć „pod ręką” słynnego Lipca i Szmała „Chemia Analityczna z elementami analizy instrumentalnej”, w którym znajdziecie mnóstwo przykładów reakcji chemicznych oraz naprawdę wiele dodatkowych, rozszerzających Waszą wiedzę informacji.

Chemia organiczna stanowi tak naprawdę najważniejszą część Waszych zajęć z Chemii Ogólnej, jednak bez solidnych podstaw z chemii ogólnej i nieorganicznej nawet nie warto zaczynać „organiki”. Przede wszystkim polecam „Chemię organiczną - krótki kurs” Harta, który w przejrzysty i konkretny sposób wprowadzi Was w podstawy chemii organicznej, podobnie jak niestety mniej popularny wśród studentów Kupryszewski. Typowo medyczną chemią zajmuje się też Żak („Chemia Medyczna”), obejmująca zarówno chemię ogólną, nieorganiczną, jak i organiczną i może stanowić dobrą, bo „jednoksiążkową” alternatywę dla wyżej wymienionych kilku pozycji, choć namawiam do kształcenia się z wielu źródeł!

Chemia organiczna na I roku stanowi bardzo ważny pomost przed Biochemią, którą będziecie mieć przez cały II rok, dlatego też bardzo gorąco namawiam do sumiennego dopracowania podstaw chemii na I roku, gdyż okaże się to dla Was zbawienne na II roku! Dla „gorących głów” mały bonus - Harper i Stry-



er to podstawowe podręczniki z biochemii na II roku, do których możecie zajrzeć nieco wcześniej, by już teraz zdać sobie sprawę w jakim celu „zakuwacie” tyle wzorów na pamięć. To tylko przedsmak tego, co Was czeka.

Na niektóre ćwiczenia z pewnością może okazać się niezbędna rozszerzona wiedza z 5-tomowego wydania „Chemia Organiczna” McMurry.

Lektury z histologii

Podstawowe:

1. Alberts B. i in.: Podstawy biologii komórek. PWN, Warszawa 1999

2. Bożiłow W.: Histologia ogólna, wyd. AMB, 1996

3. Bożiłow W.: Cytologia ogólna, wyd. AMB, 1997

4. Bożiłow W.: Histologia szczegółowa, wyd. AMB, 2000

5. Cichocki T., Litwin A.J., Mirecka J.: Kompendium histologii. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996

6. Cytofizjologia kliniczna, T.1 pod red. Bożiłowa W., Rowińskiego J., wyd. AMB, 2001

7. Kawiak J. i wsp.: Podstawy cytofizjolo-

gii. PWN, Warszawa, 1995

8. Litwin J.A.: Podstawy technik mikroskopowych. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1995

9. Ostrowski K.: Histologia. PZWL, Warszawa, 1995

10. Ossuchowska-Bieleńska Z.: Struktura funkcjonalna komórek i tkanek. PWN, Warszawa 1991

11. Przewodnik do ćwiczeń z cytologii, histologii ogólnej, histologii szczegółowej, cytofizjologii klinicznej i embriologii, pod red. Bożiłowa W., wyd. AMB, 1997

12. Receptory, struktura, charakterystyka, funkcja, pod red. Nowaka J.Z. i Zawilskiej J.D., PWN, 1997

13. Sawicki W.: Histologia. PZWL, Warszawa 2000

14. Stevens A., Lowe J.: Histologia. Słowiński Verl., 1994

15. Ultrastruktura i funkcja komórki. PWN, T. 1-6, Prace zbiorowe, 1973-1994

Polecam:

Lista niezwykle długa, bogata i droga... Co wybrać? Najwygodniej byłoby mieć całą biblioteczkę, jednakże możecie być pewni, iż każdy z Was minimum 10 pozycji „przebrnie” przez cały rok histologii (a w kolejnych latach?). „Bochenkiem” Histologii jest Ostrowski (9), książka duża, format A4 i dość trudna do zdobycia. Kilka sztuk posiada Biblioteka Medyczna, jednakże raczej powinniście pytać w antykwariatach i wśród starszych roczników.

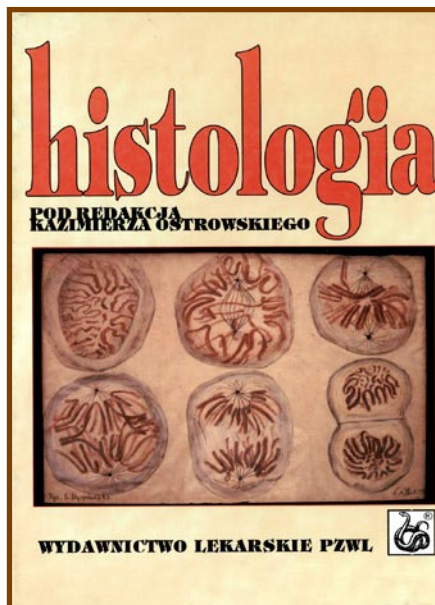
Bardzo polecam wydawnictwa „lokalne” Katedry i Zakładu Histologii prof. Bożiłowa sprzed kilku lat („zielone”). Praktycznie „niezbędnikiem” jest „Przewodnik do ćwiczeń z cytologii, histologii ogólnej, histologii szczegółowej, cytofizjologii klinicznej i embriologii” (11). Jak sama nazwa wskazuje znajdziecie tutaj „spis treści” wiedzy, którą posiadać musicie do egzaminu. Oczywiście na przestrzeni lat wymagania się zmieniły, jednakże trzon pozostaje ten sam. Dodatkowo znajdziecie tam kilkanaście bardzo przydatnych tabel podziału tkanek, elementów komórkowych etc. Warto również zaglądać do skryptów prof. Bożiłowa, tj. „Cytologia ogólna”, „Histologia ogólna” oraz „Histologia Szczegółowa” (2-4). Idealne na powtórkę!

Najpopularniejszym jednakże podręcznikiem łączącym wszystkie działy w jednej książce jest Sawicki (13) wydawnictwa PZWL oraz mniejszy Cichocki, Litwin „Kompendium histologii” CM UJ (5). Warto się w jeden z nich zaopatrzyć, gdyż jest idealną lekturą na powtórkę przed zaliczeniem i później egzaminem.

Do zajęć praktycznych z pewnością polecam atlas Sobotty. Tak! Tego samego Sobotty co „Atlas Anatomii”. Duże wydanie A4 z twardą oprawą z pewnością nie raz się Wam przyda, szczególnie na II roku przed egzaminem praktycznym!

Do zajęć z cytofizjologii na II roku niezbędne wydają się dwie książki: starszy Kawiak (7) oraz obecnie popularniejszy i aktualniejszy Alberts „Podstawy biologii komórek” (1).

Dla fascynatów dobrego wina (sic!), dobrego, kredowego papieru, wielodyscypli-

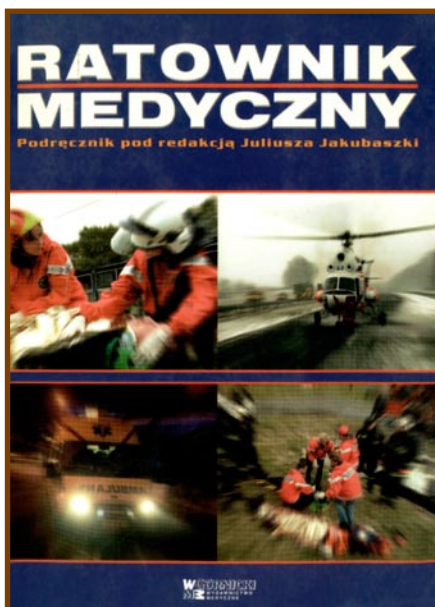


narnej wiedzy (odwołania do kliniki!) oraz mnóstwa fotografii (można traktować niemal jak atlas histologiczny!) polecamy Histologię Stevensa Lowe.

Lektury z pierwszej pomocy

Podstawowe:

1. Chrzęszczewska A.: Bandażowanie, PZWL 2002
2. Cline D. M., O. John. Ma, J. Tintinalli, Gabor, D. Kellen, J. Stephan Stapczyński: Medycyna ratunkowa Urban&Partner 2003, pod red. J. Jakubaszki
3. Colquhoun M. C., A. J. Handley, T. R. Evans, pod red. J. Jakubaszki, ABC resuscytacji, Górnicki 2002
4. Eibl - Eibesfeldt K., pod red. E. Sobolewskiej: Opatrunki, Urban&Partner 1999
5. Jakubaszko J.: ABC postępowania w urazach, Górnicki 2003
6. Jakubaszko J.: Medycyna ratunkowa - nagłe zagrożenia pochodzenia wewnętrznego, Górnicki 2003
7. Jakubaszko J.: Ratownik medyczny, Górnicki 2003
8. Mildebrand N.: Iniekcje, infuzje, pobieranie krwi, Urban&Partner 2001
9. Plantz Scott H., Jonatan N. Adler, pod



red. J. Jakubaszki: Medycyna ratunkowa, Urban&Partner 2000

10. Sefrin P., Schua R. - wydanie polskie pod redakcją Zbigniewa Rybickiego: Postępowanie w nagłych przypadkach, Urban&Partner 2002

11. Strange Gary R., William R. Ahrens, Robert W. Schafermeyer, William C. Toepper, pod red. J. Jakubaszki: Medycyna ratunkowa wieku dziecięcego, Urban 2003

12. Szajewski J., Feldman R., Glińska-Serwin M.: Leksykon ostrych zatruc, PZWL 2000

13. Szajner - Mozart I., Wójcik - Skierucha E.: Ostre zatrucia u dzieci, PZWL 2000

Uzupełniające:

1. Driscoll P. A.: Doraźne leczenie urazów, PZWL 1997

2. Kokot F.: Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych, PZWL 2000

3. Weilemann L. S., Reinnecke H. J.: Zatrucia - postępowanie w stanach nagłych, PZWL 1998

Polecam:

Zajęcia z I pomocy na I roku składają się z zasadzie jedynie z zajęć praktycznych, jednakże już teraz warto zaopatrzyć się w wydawnictwa prof. Jakubaszko. I pomocy warto uczyć się już od początku, nigdy nie wiadomo, kiedy ta wiedza może się Wam przydać. Po I roku już Wasze pierwsze wakacje jako studenci medycyny...

Artur Lewandowski jest studentem V roku.

Fundacja WIATRAK

1% a kręci... „WIATRAK”

„Wiatrakowe” skrzydła

Fundacja „Wiatrak” jako pierwszy podmiot z województwa kujawsko-pomorskiego otrzymała status Organizacji Pożytku Publicznego. Status OPP oznacza dla organizacji wiele zadań i obowiązków, ale także przywileje. Jednym z nich jest możliwość pozyskiwania 1% podatku. „Wiatrak” od trzech lat prowadzi kampanię informacyjno-promocyjną po hasłem: „1% a kręci... Wiatrak”. W roku 2005 działania placówki zostały wyróżnione w ogólnopolskim konkursie „Sukces z podatku” zorganizowanym przez Akademię Rozwoju Filantropii i Fundację Komunikacji Społecznej. Jury nagrodiło kampanię: „przygotowaną bardzo profesjonalnie i konsekwentnie.” W uzasadnieniu napisano też, że „Fundacja wykorzystwała bardzo wiele kanałów komunikacji (...) oraz doskonale współpracowała z mediami”.

7 października 2006 r. „Wiatrak” otrzymał Wyróżnienie Specjalne Nagrody TOTUS za rok 2006 w kategorii „Osiągnięcia w dziedzinie kultury chrześcijańskiej” za kulturotwórcze oddziaływanie Centrum w środowisku, za bogactwo podejmowanych inicjatyw oraz czerpanie inspiracji z nauczania Jana Pawła II.

1% - o co chodzi?

1% nie jest darowizną ani ulgą. To możliwość decydowania o części podatku, który zamiast do Urzędu Skarbowego może

trafić do Organizacji Pożytku Publicznego. Podatnik nie wydaje swoich pieniędzy, a jedynie wskazuje, że chce, aby 1% jego podatku zasilił konto Fundacji. Może zrobić to każdy rozliczający się z Fiskusem, kto wypełnia PIT 28, 36 lub 37, także rencista czy emeryt. Osoba, która zdecyduje się wspomóc Organizację Pożytku Publicznego, ze swoich 100% podatku:

- 99% oddaje do Urzędu Skarbowego
 - 1% przekazuje dla „Wiatraka”.
- Nic nie wydając, można bardzo pomóc!

Bezcenny procent

Dzięki funduszom zebranych z 1% z roku 2006 Fundacja zorganizowała wypoczynek letni i zimowy dla 390 dzieci i młodzieży oraz poprowadziła zajęcia pozalekcyjne. „Wiatrak” zajął się także działalnością profilaktyczną. Z wpłat 1% sfinansowano 8 700 obiadów. Fundacja objęła stałą rehabilitacją 60 osób niepełnosprawnych, nie zapomniała także o długotrwale bezrobotnych, którzy otrzymali pomoc w postaci warsztatów, poradnictwa i stawiennictwa. Część wpłat przekazano na fundusz budowy Domu Jubileuszowego. Ponadto zorganizowano wiele spotkań okolicznościowych i integracyjnych oraz konkursy. Uzyskane środki pozwoliły na utrzymanie i rozwijanie portalu: www.JAN-PAWELII.pl.

PIT! Pomożemy!!!

Od lutego „Wiatrak” organizuje pomoc w wypełnianiu PIT-ów. Każdy, kto ma problem z wypełnieniem formularza, może zgłosić się do Klubu Integracji Społecznej „Wiatrak”. Informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 052 343 02 72 wew. 901.

Dziękujemy

Każdemu, kto zdecyduje się przekazać 1% swojego podatku Fundacja „Wiatrak” już teraz składa serdeczne podziękowanie wraz z zapewnieniem, że otrzymane pieniądze zamieni na jak najwięcej dobra.

Konkurs

Dla wszystkich, którzy przekazały 1% podatku na „Wiatrak” przygotowano konkurs. Wystarczy wymyślić hasło reklamowe, przesłać je do Fundacji, a atrakcyjne nagrody czekają.

Szczegóły na www.wiatrak.org.pl!



Natura była szczodra

Sara Franke

*Obóz w Białce już za nami
Znów tęsknimy za górami
Choć wracamy z siniakami
Wjazd chętnie wspominamy*

*Były upadki, były sukcesy
Piwko pod stokiem i różne ekscesy
Liczne rozmowy, nowi koledzy
Zdjęcia na stoku no i na miedzy*

*Choć powolutku zaczynaliśmy
Do grona narciarzy już wstąpiliśmy
Mimo, że praca nadal przed nami
Za rok będziemy już mistrzami*

*Na tym tu miejscu dzięki wielkie
Trenerom naszym za starania wielkie
Obiecujemy być dobrymi uczniami
I za rok znów spotkać się z nartami*

*Obóz w Białce jest bajeczny
Choć czasami niebezpieczny
Mimo tego z pełną świadomością
Polecamy go Wszystkim jegomościom*

Marta Spychalska, II rok Wydziału Lekarskiego

Czas omija miejsca, które wspomina-
my. Zapewne tak będzie i tym razem, gdyż
wspomnień mamy naprawdę wiele. Mnóst-
wo śniegu, słoneczna pogoda, przepiękne
górskie krajobrazy, dopisujący wszystkim
humor – tak w kilku słowach można by
opisać obóz narciarski w Białce Tatrzańskiej,
zorganizowany Przez Studium Wychowania
Fizycznego i Sportu dla studentów Collegi-
um Medicum UMK.

Ponad tydzień (w dniach od 2 do 10 lutego
2007 roku) pod czujnym okiem naszych in-
struktorów – mgr. Włodzimierza Michalskiego
i mgr. Adama Ziemińskiego doskonaliliśmy
narciarskie umiejętności, pokonując coraz to
wyższe stoki. Już pierwszego dnia pobytu w
górach, zaraz po spotkaniu organizacyjnym,
na którym wszyscy uczestnicy obozu zostali
sobie przedstawieni oraz zapoznani z regula-
minem pobytu, wybraliśmy się na pierwszą
narciarską przygodę. Dla początkujących nar-
ciarzy był to szczególnie ekscytujący moment
gdyż mogli poznać swoje ukryte talenty. Ze
strachem w oczach, ale i z wielką ciekawością
wykonywali ćwiczenia zadane przez instruk-
tora. W czasie, gdy niektórzy z nas stawiali
pierwsze kroki, bardziej doświadczeni szu-



Dzielo "statecznych"



Przy watrze i oscypkach



Zakopane było zasypane



Grupa na tle instruktura

sowali po najbardziej stromym stoku. Dzięki
dopisującej nam przez cały pobyt pogodzie
oraz zupełnie nowym nartom zakupionym
w tym roku przez naszą uczelnię, każdy
zjazd wydawał się lepszy od poprzedniego.
Codzienne poranne i wieczorne treningi
dały się we znaki, jednak ci bardziej wy-
trwali śmigali nawet po skończonym szko-
leniu. Szczególnie interesujące były wiec-
zorne spotkania na Hornikowym Wierchu
oświetlonym nie tylko reflektorami ale
i księżycowym blaskiem.

Przyznam jednak, że wśród nas znaleźli się
i tacy, którym pomysł ciągłego wypoczynku
był bliższy niż nowe elementy na stokach, toteż
przyłgnęło do nich miano „statecznych”.

Tydzień spędzony w Białce to nie tylko
wspomnienie białego szaleństwa, ale również
nawiązanie nowych znajomości, odpoc-
zynku od miejskiej codzienności oraz nabra-
nia sił przed letnim semestrem. Czas wolny
wypełniły nam wieczorne ogniska organi-
zowane pod wyciągiem, wycieczki do Zako-
panego i zabawy na śniegu.

Osiem dni spędzonych w Białce Tat-
rzańskiej minęło w mgnieniu oka. Nie da się
ukryć, że z żalem opuszczaliśmy starą chatę
Sławki. Na pewno wrócimy tam za rok.

Sara Franke jest studentką I roku Wydziału Nauk
o Zdrowiu.



Święto Uniwersytetu Mikołaja Kopernika



Drzwi otwarte w Collegium Medicum

11 marca 2007 r. w godzinach 11.00-15.00. podczas „Drzwi otwartych” zorganizowano spotkanie kandydatów z władzami Uczelni, w tym z Dziekanami Wydziałów Collegium Medicum. Podczas spotkania można było uzyskać pełną informację na temat zasad rekrutacji na wszystkie kierunki studiów, programów i planów zajęć na poszczególnych kierunkach studiów, praktyk studenckich oraz informacje na temat warunków socjalno-bytowych studentów Collegium Medicum.