



Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

Nr 25
Czerwiec 2007



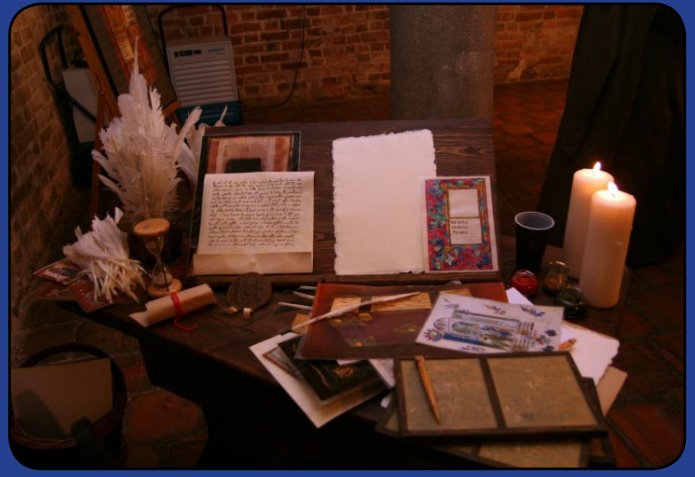
Zainteresowania medyków

**Największe szanse na zrobienie czegoś mają ludzie,
którzy chcą to zrobić**

*Wywiad z prof. dr. hab. Henrykiem Kaźmierczakiem, kierownikiem
Katedry i Kliniki Otolaryngologii, dziekanem Wydziału Lekarskiego*



VII Festiwal Nauki i Sztuki w Toruniu, 19-22 kwietnia 2007 r.



Przeżywamy w środowisku medycznym niezwykle trudny okres słusznych protestów płacowych, nie zapominając jednak o konieczności wypełniania naszych obowiązków lekarza, pielęgniarki, nauczyciela.

Należy mieć nadzieję, że najbliższe dni przyniosą porozumienie zapewniające również poprawę organizacji i finansowania całej opieki zdrowotnej.

Pomimo takich i innych napięć w naszym życiu zawodowym, rozsądek nakazuje rozwijać i pielęgnować własne pozamedyczne zainteresowania, czego najlepszym dowodem są przedstawione przez nasze koleżanki i kolegów tak różnorodne pasje - pszczelarstwo, kolekcjonowanie Biblii czy też rekreacja sportowa, jako że lekarz jest jedynie Człowiekiem.

Życzenia miłego urlopowego wypoczynku w imieniu całego Zespołu Wiadomości Akademickich składa

Zbigniew Wolski



Spis Treści

Wywiad numeru

Największe szanse na zrobienie czegoś mają ludzie, którzy chcą to zrobić 2

Z życia Uczelni

Kronika wydarzeń. 6
Strategia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 6
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w rankingach. 6
Nowe kierunki studiów w Collegium Medicum 7
Medyczne środy 7
VII Toruński Festiwal Nauki i Sztuki. 8
Pamięci prof. Adama Bilikiewicza 9
Akcja „Nie biorę” 9

Polemiki

Nie było już nikogo... 10

Zainteresowania

Historia wina w średniowieczu. 10
Moje zainteresowanie Biblią 12
Małeńki nauczyciel życia 14
Odsłona świata zamkniętego w ramie,
czyli słowo o odkrywaniu szarady kodów malarskich świata. 16
„Reggae - kocia muzyka...” 19
Potrzeby biospołeczne 20

Historia medycyny

Historia zawodów medycznych 20

Pielęgniarstwo

Pielęgniarka roku 21
Diagnoza pielęgniarska - dziecko z bólem 22

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej. 23

Dydaktyka

Stres uczelniany. 28

Konferencje

Konferencje Collegium Medicum 29
I Konferencja Studenckich Kół Naukowych. 30
Sukces bydgoskich studentów. 31
II Polsko-Amerykańskie Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii” 31
XXXVIII Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego 32
I Sympozjum Farmaceutyczne 33
Konferencja Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego
Historia towarzystw lekarskich regionu kujawsko-pomorskiego. 34
Dynamika rozwoju towarzystw medycznych w regionie kujawsko-pomorskim. 35

Ze sportu

Ze sportu akademickiego: Czy może być jeszcze lepiej? 36
Piłkarskie niebo... 39
II Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym 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 Szczesny
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 Drygaś, dr Walentyna Korpalska,
mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska,
dr Andrzej Lewandowski, dr hab. Jan Styczyński,
dr Wojciech Szczesny, Artur Lewandowski

Okladka: z prywatnego archiwum,
fot. Janusz Tyloch

Największe szanse na zrobienie czegoś mają ludzie, którzy chcą to zrobić

Wywiad z prof. dr. hab. Henrykiem Kaźmierczakiem, kierownikiem Katedry i Kliniki Otolaryngologii oraz dziekanem Wydziału Lekarskiego

Dziękujemy Panu Dziekanowi serdecznie za zaproszenie do Kliniki i chęć podzielenia się kilkoma słowami z Czytelnikami Wiadomości Akademickich.

Redakcja: Katedra i Klinika Otolaryngologii istnieje od momentu powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 1984 roku, ale tradycje nauczania otolaryngologii na poziomie klinicznym sięgają nawet lat 50. Czy możemy sięgnąć do korzeni Kliniki, jej początków i pierwszych prowadzących?

Prof. Kaźmierczak: Nauczanie laryngologii na poziomie akademickim w Bydgoszczy istnieje od 1953 r., bowiem w tym roku powstał Zakład Otolaryngologii jako struktura w ramach Studium Doskonalenia Lekarzy, który potem został przemianowany na II Klinikę Otolaryngologii. Prowadzili ją kolejno prof. Aleksander Radziwiński (przeszedł do Łodzi), prof. Jan Szymański (przeszedł do Warszawy), prof. Jan Małecki, prof. Zygmunt Ukleja, prof. Stanisław Betlejewski, a obecnie ja. 50-lecie istnienia Kliniki obchodziliśmy w 2003 roku.

Redakcja: Kiedy Pan Profesor rozpoczął pracę w Katedrze i Klinice Otolaryngologii i jak postrzega Pan jej rozwój przez te wszystkie lata?

Prof. Kaźmierczak: Przeszedłem do pracy w Klinice z Poznania, z najpiękniejszego miasta na świecie w 1975 roku, gdy funkcjonował Zakład Dydaktyki Akademii Medycznej w Gdańsku, wkrótce przekształcony w Filię, a następnie II Wydział. W 1984 roku powstała Akademia Medyczna w Bydgoszczy, a obecnie jesteśmy jednostką Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Redakcja: Klinika ma szeroki profil działania, począwszy od badania słuchu i leczenia niedosłuchu poprzez leczenie chorób jamy nosa i zatok, neurootologię oraz leczenie nowotworów umiejscowionych w okolicach głowy i szyi. Czy możemy prosić Pana Profesora o przybliżenie tych zagadnień?

Prof. Kaźmierczak: Profil Kliniki w pewnym sensie wynika z tradycji, bowiem kontynuujemy badania nad patofizjologią i patologią błędnika, które prowadził jeszcze prof. Małecki a rozwinął prof. Ukleja. Pozostałe zagadnienia wymusza sytuacja zdrowotna regionu. Ponadto zajmujemy się leczeniem przewlekłych stanów zapalnych zatok przynosowych, przewlekłych zapaleń uszu i chirurgiczną poprawą upośledzenia słuchu czyli leczeniem otosklerozy oraz

onkologią laryngologiczną. Z nowych zagadnień, które prowadzimy od trzech lat, to endoskopowe usuwanie nowotworów przysadki mózgowej (we współpracy z neurochirurgami), ponadto zajmujemy się chirurgią podstawy czaszki, głównie nowotworami złośliwymi kości skroniowej - leczeniem nerwiaków nerwu ósmego, w czym pomaga nam prof. Andrew Fishman (niegdyś pracujący w Nowym Jorku, obecnie na Uniwersytecie w Chicago). Prawie 50% przyjmowanych u nas pacjentów to chorzy z nowotworami.

Redakcja: Które z zabiegów uważa Pan za standardowe, a w których się specjalizujecie?

Prof. Kaźmierczak: Prowadzimy operacje tymplastyczne, mające na celu zlikwidowanie zmian zapalnych i poprawę słuchu oraz leczenie głuchoty spowodowanej otosklerozą. Po drugie wyspecjalizowaliśmy się w endoskopowej chirurgii zatok przynosowych. Wykonujemy także operacje częściowe w nowotworach krtani, które pozwalają zachować funkcje oddechową i fonacyjną. Niestety trafiają do nas w dużej mierze chorzy, u których jesteśmy zmuszeni przeprowadzić operacje całkowitej resekcji krtani. Na szczęście mamy znakomity program rehabilitacji z nauką mowy przełykowej, a także wsparcie chirurgiczne, czyli wszczepienie protezy głosowej, więc w miarę naszych możliwości staramy się utrzymać poziom zadowalający naszych chorych.

Redakcja: Do jakiego stopnia współpracuje Państwo ze specjalistami z innych dziedzin: neurologii, neurochirurgii, okulistyki czy radiologii?

Prof. Kaźmierczak: Z neurochirurgami, w tej chwili kierowanymi przez prof. Wojciecha Beutha, współpracujemy już od czasów prof. Władysława Malukiewicza, czyli ponad 30 lat. Bardzo dobrze się rozumiemy i pomagamy, ucząc się od siebie nawzajem. Oczywiście, w tak dużym szpitalu współpracujemy również z neurologami, choćby z tego względu, że zajmując się neurootologią, czyli patologią układu równowagi, musimy korzystać z



prof. dr. hab. Henryk Kaźmierczak

doświadczenia neurologów, a także okulistów i oczywiście radiologów. Praca jest zespołowa.

Redakcja: Oprócz Pracowni Audiologicznej Klinika posiada kilka innych pracowni, w tym ultrasonograficzną. Jak ocenia Pan wyposażenie tychże Pracowni i ich wpływ na działalność Kliniki?

Prof. Kaźmierczak: Mamy Pracownię Patologii Narządu Słuchu i Narządu Równowagi, jako że kontynuujemy to zagadnienie od początku lat 50, a ponadto Pracownię Spirometryczną, Pracownię Ultrasonograficzną i Pracownię Laryngostroboskopii. Wszystkie są dosyć dobrze wyposażone, ze wskazaniem na Pracownię Patologii Narządu Słuchu i Narządu Równowagi, wyposażoną porównywalnie z dwoma czy trzema innymi ośrodkami w Polsce.

Redakcja: Ile łóżek liczy sobie Klinika Otolaryngologii i czy jest to liczba optymalna?

Prof. Kaźmierczak: W tej chwili mamy 61 łóżek. Uważam, że to wystarczająca liczba. Wykorzystanie mieści się w standardach, nie ma łóżek niewykorzystywanych, jest odpowiednia liczba łóżek wolnych, która pozwala zachować bezpieczeństwo epidemiologiczne. Jeśli ktoś uważa, że powinno się wykorzystywać 100% łóżek, nie zna się na szpitalnictwie.

Nie można także całkowicie zlikwidować kolejek. Kolejka została wymyślona dla pewnego uporządkowania. Aby zlikwidować kolejki do lekarzy w Polsce, należałoby zbudować 40 milionów szpitali, aby każdy miał swój własny. Kolejki nie mogą być monstrualne, ale prawidłowa kolejka jest sukcesem organizacyjnym. Sceny, które działy się niedawno przed Szpitalem Wojskowym były nieporozumieniem organizacyjnym, bo nie można wezwać kilkuset ludzi tego samego dnia, na tę samą godzinę.

Redakcja: Ile osób liczy sobie zespół Pana Profesora? W jaki sposób dobiera Pan współpracowników i jak ocenia ich kompetencje?

Prof. Kaźmierczak: Pracujemy razem. Zespół posiada lekarzy bardzo doświadczonych oraz takich, którzy kiedyś będą bardzo doświadczeni. Można by rzec, że życzyłbym każdemu kierownikowi Kliniki, żeby pracował z takimi ludźmi, jak ja pracuję.

Jednak trzeba myśleć o tym, co będzie za 20 lat i przyjmować nowe osoby w takiej liczbie, by istniała szansa nauczania ich dobrej medycyny. W tej chwili mamy 6 lekarzy na różnym etapie specjalizacji, bardzo pracowitych i zdolnych, którzy, miejmy nadzieję, będą kiedyś lepsi od nas. W zeszłym roku mieliśmy habilitację doc. Katarzyny Pawlak-Osińskiej, dwie kolejne habilitacje są w toku, jak mówię, winniśmy zostawić po sobie lekarzy lepszych od nas.

Redakcja: Czy bierzecie Państwo udział w wieloosrodkowych badaniach klinicznych, czy też koncentrujecie się na badaniach indywidualnych?

Prof. Kaźmierczak: Bierzymy udział w badaniach prowadzonych przez Klinikę z Poznania i Klinikę Uniwersytetu w Kopenhadze. Są to badania z zakresu otolaryngologii, przewidziane na cały rok. Jeśli chodzi o badania patologii narządu równowagi, a ściślej narządu przedsionkowego, współpracujemy z prof. Erikiem Ulmerem z Marsylii. W ramach współpracy miejscowej, pracujemy nad zagadnieniami chirurgii podstawy czaszki z Kliniką Neurochirurgii. Niektóre choroby nerek mają wpływ na narząd słuchu, dlatego współpracujemy również z Kliniką Nefrologii prof. Jacka Manitiusa, a z uwagi na interakcje otolaryngologiczne zaburzeń gastroenterologicznych – z Kliniką Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii prof. Mieczysławy Czerwionki-Szaflarskiej.

Współpraca wieloosrodkowa nie jest realizowana li tylko w celach naukowych. Nie jesteśmy łowcami punktów, chodzi nam o rozwiązywanie problemów praktycznych, bo przede wszystkim mamy do czynienia z chorym człowiekiem. Nawiasem mówiąc, uważam, że punkty IF, KBN są potrzebne, ale powinny być tylko jednym z kryteriów oceny. Nieustanna pogoń za punktami do niczego nie prowadzi.

Redakcja: Czy dydaktyka, kształcenie specjalizacyjne i promowanie nowych doktorów pozostają mocną stroną prowadzonej przez Pana Profesora Kliniki?

Prof. Kaźmierczak: Kształcimy studentów i staramy się nauczyć ich laryngologii klinicznej. Oni wiedzą najlepiej, czy nam się to uda-

je... Prowadzimy także kształcenie podyplomowe i urządzamy kursy specjalistyczne dla lekarzy, na które zapraszamy gości zza granicy. Dwa lata temu z wykładami z onkologii krtani był u nas prof. Petersen z Uniwersytetu w Aarhus. Rok później zawiązał ponownie z wykładami z zakresu endoskopowego leczenia zatok. Gościliśmy prof. Wokurkę z Uniwersytetu Karola (chirurgia zatok przynosowych), kilkakrotnie prof. Andrew Fishmana (chirurgia ucha, nowotwory podstawy czaszki). Ostatnio aż z Indii przyjechał prof. Dilip Panikar (chirurgia kości skroniowej), ponadto gościliśmy prof. Gottfrieda Austa (audiologia wieku rozwojowego) i prof. Erika Ulmera, a po wakacjach oczekujemy wykładów prof. Stangerupa z chirurgii ucha oraz wykładów z chirurgii endoskopowej zaproszonego gościa z Holandii.

Redakcja: W tym roku zorganizowaliście Państwo już VI Międzynarodową Konferencję Neurootologiczną, tym razem poświęconą diagnostyce neurootologicznej, neurootologii eksperymentalnej, farmakoterapii i rehabilitacji w neurootologii oraz otolaryngologii. Prosimy Pana Profesora o kilka słów na ten temat ...

Prof. Kaźmierczak: Od 1996 roku co dwa lata staramy się organizować konferencję na temat patologii błędnika, a od niedawna także otolaryngologii. Konferencja jest fragmentem większej całości w tym sensie, że w Europie bardzo prężnie działa Towarzystwo Neurootologii, którego przewodniczącym jest prof. Claus Claussen, z którym kontaktujemy się od 20 lat i dzięki któremu podjęliśmy tę inicjatywę.



prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak z zespołem Katedry i Kliniki Otolaryngologii



prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak

Redakcja: Jest Pan dziekanem najstarszego i posiadającego największe tradycje Wydziału Collegium Medicum. Ile jednostek w tej chwili wchodzi w skład Wydziału Lekarskiego?

Prof. Kaźmierczak: Wydział Lekarski jest częścią Collegium Medicum, a jednocześnie stanowi jednostkę Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. W obrębie Wydziału Lekarskiego mamy 46 jednostek, w tym katedry z zakładami, katedry z klinikami, samodzielne zakłady. Staram się być dziekanem wszystkich jednostek, jednak będąc jednocześnie klinicystą, siłą rzeczy zwracam szczególną uwagę na bazę kliniczną. Ponad 50% zajęć na kierunku lekarskim to zajęcia kliniczne. Takim się będzie lekarzem, jakim się było studentem uczącym się przy łóżku chorego. Biochemia, biofizyka są ważne, ale dla pacjenta nie jest istotne, jakie ktoś miał oceny z tych przedmiotów, ale czy umie z nim rozmawiać.

Redakcja: Ilu studentów studiuje obecnie na Wydziale Lekarskim? Jak wyglądają limity przyjęć na nowy rok akademicki?

Prof. Kaźmierczak: Na Wydziale Lekarskim studiuje ponad tysiąc studentów, prawie 900 na kierunku lekarskim i ponad 200 na biotechnologii na studiach dwustopniowych. Jeśli chodzi o limity przyjęć, podobnie jak w zeszłym roku na biotechnologię studia stacjonarne pierwszego stopnia przyjmujemy 60 osób, na studia niestacjonarne 30 osób, a na drugi stopień odpowiednio 30 osób (stacjonarne) i 15 osób (niestacjonarne). Na kierunku lekarskim przyjmujemy 150 osób na studia stacjonarne.

Redakcja: Jak wygląda postępowanie rekrutacyjne?

Prof. Kaźmierczak: Podobnie jak w zeszłym roku, w przypadku nowej matury, jak wszystkie akademie medyczne, przeprowa-

dzamy konkurs świadectw, a w przypadku starej matury obowiązuje egzamin testowy przeliczany na punkty porównywalne z punktacją świadectw.

Redakcja: Czy konkurs świadectw nie wpływa na jakość studentów?

Prof. Kaźmierczak: Podobno takim się jest człowiekiem, jaką się skończyło szkołę średnią. Na studiach człowiek mniej kształtuje się w sensie osobowości, sposobu myślenia czy przyzwoitości. Jednym słowem, jeżeli skończyliśmy dobrą szkołę średnią, mamy szansę zostać porządnym człowiekiem. Więc jeśli potencjalni studenci przychodzą z dobrych szkół, to dobrze, a jeśli przychodzą ze słabszych szkół, to można żywić pewne obawy.

Redakcja: Czy Wydział Lekarski planuje rozszerzenie swej oferty dydaktycznej?

Prof. Kaźmierczak: Toczymy rozmowy z władzami dziekańskimi Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi, aby wzbogacić czy wzmocnić studia pierwszego stopnia na kierunku biotechnologii, wykorzystując bazę zarówno bydgoską, jak i toruńską.

Redakcja: Jak wypadła biotechnologia na ostatniej komisji akredytacyjnej?

Prof. Kaźmierczak: Wszystkie uwagi Komisji Akredytacyjnej z pierwszego protokołu trzeba potraktować jako cenne wskazówki. Niektóre wyjaśniamy, ponieważ mogą wynikać z innego zrozumienia przekazanych treści, pozostałe pomogą nam udoskonalić ofertę edukacyjną. Jednak żadnych obaw nie żywimy...

Redakcja: W ostatnim rankingu Wprost UMK uplasował się na wysokim 5 miejscu. CM wśród uczelni medycznych został sklasyfikowany na nie najwyższym 9 miejscu, zaś WL na przyzwoitym 4. Czy mógłby Pan Dziekan skomentować te wyniki?

Prof. Kaźmierczak: Na wszelkie rankingi należy spoglądać ostrożnie. Dzięki nim zainteresowani mają pewien pogląd i mogą dokonywać wyborów, ale często przygotowują je ludzie bez większego rozeznania w zagadnieniu, którym się zajęli. Każde miejsce oczko wyżej wywołuje zadowolenie, a każde oczko niżej powinno wywoływać konieczność zastanowienia, co się stało. Czasami, w niektórych rankingach na dalekich miejscach widzimy ośrodki, co do których jesteśmy pewni, że to pomyłka, gdyż są to ośrodki dobre. Rankingi są potrzebne do uzyskania pewnego rozeznania, ale każdy tekst, czy to ranking, czy powieść, czy gazetę należy czytać ze zrozumieniem i zastanowieniem, czy to aby prawda.

Redakcja: Jak zatem te rezultaty mają się do słabych wyników LEP-u?

Prof. Kaźmierczak: Po pierwsze różnice między poszczególnymi ośrodkami są niewielkie. Po drugie LEP jest organizowany po stażu, a nie po studiach. Gdyby był od razu po studiach, niemal w 100% oceniałby jakość nauczania na studiach. Jednak jest organizowany po stażu, zatem ocenia zarówno studia jak i czas spożytkowany podczas stażu. Tymczasem staż jest bardziej ukierunkowany na praktykę, a LEP to w większości teoria. Umiejętność pisania testów to także sztuka. Staramy się na większości przedmiotów wprowadzać egzaminy testowe, by pomóc studentom w przygotowaniach do LEP-u. Spotykaliśmy się z opiekunami stażystów, podobne dyskusje odbywały się w Izbie Lekarskiej w Kole Młodych Lekarzy. To Izba Lekarska odpowiada za staż szpitalny i powinna zwrócić większą uwagę na jakość stażu, jego przebieg i pomoc w zdawaniu LEP-u. To w stażu poddyplomowym leży punkt ciężkości i możliwość poprawy. Powtarzam, gdyby LEP był organizowany od razu po studiach, to my powinniśmy bić się w piersi za słabsze wyniki, ale po roku stażu można wiele zapomnieć... Powiem coś mało popularnego: jeśli ktoś nie marnuje czasu na stażu, i spożytkuje go dobrze, to szanse na przyzwoity wynik LEP-u są większe. Jeśli go marnotrawi to i szanse maleją. Dobremu studentowi raczej się w życiu powiedzie. Słabszy – owszem - może się jeszcze zmienić, ale ma mniejsze szanse...

Redakcja: Czy Szpital Bizziela stanie się drugim szpitalem uniwersyteckim i co Pan Profesor sądzi o tym pomysle? Jakie byłyby pluse i minusy ewentualnego przekształcenia go w szpital uniwersytecki i jakie miałyby to znaczenie dla Wydziału?

Prof. Kaźmierczak: Nie chciałbym wchodzić w kompetencje ludzi za to odpowiedzialnych, czyli dyrektora Szpitala Bizziela, czy władz rektorskich Collegium Medicum i Uniwersytetu, ale namawiałbym do poszerzenia bazy klinicznej o Wojewódzki Szpital im. Dr Bizziela, choćby z tego powodu, że są tam nasze jednostki na bazie obcej. Sprawa jest w

toku rozmów. Z punktu widzenia Collegium Medicum byłoby to korzystne, bo m.in. Wydział Nauk o Zdrowiu zyskałby szerszą bazę dla dydaktyki klinicznej. Poprawiłyby się także współpraca między szpitalami, jeśli chodzi o takie ważne kwestie jak wymiana dyżurów czy sprofilowanie działalności usługowej.

Z drugiej strony, w Toruniu także mamy szpital, który, być może także chciałby przekształcić się w uniwersytecki... Zawsze uważałem, że największe szanse na zrobienie czegoś mają ludzie, którzy chcą to zrobić. Jeżeli Bydgoszczanie chcieliby pokazać okolicę, że Bydgoszcz jest najważniejsza, powinni pracować na tyle intensywnie, by szybciej osiągnąć to, czego pragną i inni. Zakazy nie służą niczemu dobremu.

Redakcja: Czy rozbudowa Szpitala Uniwersyteckiego im dr. Jurasza będzie szansą dla dalszego rozwoju Wydziału Lekarskiego?

Prof. Kaźmierczak: Pracuję nad tym zespoły powołane przez Prorektora ds. Collegium Medicum. Ustawilibym raczej kolejność – modernizacja i rozbudowa szpitala. To olbrzymi szpital w sensie architektonicznym. Możemy podziwiać myśl ludzi, którzy go tworzyli w latach 30. ubiegłego wieku, a do dziś pozostaje funkcjonalny. Trzeba modernizować istniejące kliniki i to ma miejsce oraz zbudować nową siedzibę dla jednostek rozrzuconych po mieście, które borykają się z brakiem dobrej bazy lokalowej. Mam na myśli budowę Centrum Zdrowia Psychicznego, czy budowę Kliniki Dermatologii. Rozbudowa jest potrzebna, ale należy odnaleźć pewną równowagę pomiędzy budową a modernizacją. Opierając nowy dom o stary płot, możemy przewrócić i jedno i drugie. Plan modernizacji i rozbudowy obejmuje kilkanaście lat...

Redakcja: Jak Pan Profesor, z perspektywy kilku lat, widzi plusy i minusy połączenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu? Czy wówczas był Pan zwolennikiem fuzji? W jaki sposób postrzega ją Pan dzisiaj?

Prof. Kaźmierczak: Pracuję tutaj 32 lata, od Zakładu Nauczania Klinicznego po Akademię Medyczną. Czasy się zmieniają. Osobiście uważam, że dobrze się stało, że staliśmy się Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Z całym szacunkiem, akademia medyczna jest w pewnym sensie wyższą szkołą zawodową. Kiedyś Wydziały Lekarskie były częścią Uniwersytetów, a Uniwersytet jak sama nazwa wskazuje, jest środowiskiem z pewną atmosferą, w której ścierają się różne światopoglądy, mentalności i sposoby myślenia, które pozwalają ukształtować studenta inaczej, niż w szkole, w której rozmawia się tylko na jeden temat. Na Uniwersytecie rozmawia się na tyle tematów, ile jest Wydziałów i kierunków studiów. Kontakt studenta medycyny z humanistami, biologami, fizykami czy astronomami przynosi mu więcej pożytku. Istnieją kliniki i zakłady od dawna

współpracujące z Toruniem, rysuje się ściślej – większa współpraca na kierunku biotechnologii. Przede wszystkim powstała większa możliwość tejże współpracy. W obecnej sytuacji szkolnictwa wyższego w Polsce być częścią dużego Uniwersytetu przynosi tylko korzyści. Jeżeli przy tym nagle wzrosła konkurencja w przypadku nauk, które istnieją zarówno na kampusie bydgoskim, jak i toruńskim, to tym lepiej. Jeśli człowiek ściga się na bieżni sam to zawsze jest pierwszy, obojętnie, czy biegnie szybko, czy idzie.

Redakcja: Czy uważa Pan, że najnowsza strategia rozwoju UMK w należyty sposób uwzględni udział Collegium Medicum?

Prof. Kaźmierczak: Co istotne, opracowana strategia jest w miarę osadzona w realiach. Tak jak wszyscy, chciałbym, by się przyobłąkało w ciało, ale najbezpieczniej powiedzieć: pożyjemy, zobaczymy...

Redakcja: Jak ocenia Pan sytuację w kraju, mamy na myśli żądania lekarzy godziwych godziwych pensji, poparte strajkami ostrzegawczymi i groźbą zwolnień?

Prof. Kaźmierczak: Istnieją straszne zaniedbania, jeśli chodzi o sytuację finansową w ochronie zdrowia i dotyczy to wszystkich pracowników. Doszliśmy do pewnej ściany. Jeżeli lekarze twierdzą, że ich stawka godzinowa jest równa godzinie mycia szyb na stacji benzynowej, nie jest dobrze. Nie powinno tak być, aby ludzie w naszym zawodzie, zarówno lekarze jak i pielęgniarki, musieli pracować w trzech miejscach, by się utrzymać, bo wówczas nigdzie nie pracuje się dobrze. Największym skarbem każdego narodu jest system edukacji. Naród, który nie dba o edukację, nie dba o swoją przyszłość. Jednocześnie, myśląc o przyszłości, trzeba mieć na to siły i zdrowie. Dlatego nie można doprowadzać do sytuacji pełnych zamieszania i frustracji. Ci, którzy zostali wybrani i powołani do rozwiązywania problemów na skalę państwową powinni umieć rozwiązać i ten problem tak, aby zadowolić obie strony. Środki zastępcze niewiele pomogą.

Redakcja: Jak Pan Profesor myśli, czy nastąpi exodus lekarzy i studentów medycyny „za chlebem”? Około 80% studentów medycyny deklaruje chęć wyjazdu za granicę tuż po ukończeniu studiów. Czy w związku z tym nie uważa Pan, że studia na kierunku lekarskim powinny być odpłatne? A może należałoby wprowadzić wymóg kilkuletniego „odpracowania” studiów w polskich placówkach medycznych?

Prof. Kaźmierczak: Jeśli chodzi o ów procent studentów deklarujących chęć wyjazdu, no cóż, wydaje mi się, że owe deklaracje niesie młodość. Po ukończeniu studiów

odsetek ten znacznie się zmniejszy. Dzisiaj każdy człowiek ma prawo budować swoje szczęście tam, gdzie chce, zarówno absolwent medycyny, jak i politechniki. Jeżeli chce go szukać daleko, to jego wybór. Żle się dzieje, gdy musi wybierać tę drogę pod presją perspektywy trudnych warunków bytowych, wynikających z sytuacji, o której mówiliśmy przed chwilą. Mądrzy ludzie powiadają, że im trudniejsze warunki pracy, tym zasługa większa, ale nie można zbyt długo kazać komuś się poświęcać. To ma być praca, a nie wykorzystywanie. Jeśli chodzi o odpracowywanie, byłbym jak najdalej od podobnych pomysłów. Nie twierdzmy, że studia są za darmo. Jeżeli ludzie odpowiedzialni za nasze państwo do tej pory nie stworzyli prawidłowego systemu kredytów na studia, a ponadto po studiach zarabia się tyle, że potencjalny kredyt jest niemożliwy do spłacenia, to jak tu mówić o odpłatnej edukacji, zwłaszcza na tak drogim kierunku, jakim jest medycyna. Gdyby studenci mieli możliwość otrzymania wystarczającego kredytu, a potem możliwość jego spłacenia, bez oporu płaciliby za studia.

Redakcja: Jeśli można, prosimy także o nieco bardziej osobiste wynurzenia Pana Profesora i podzielenie się z nami odpowiedziami na pytania, które niegdyś krążyły w XIX wieku wśród bywalców europejskich salonów, a które w pełni, chociaż nieco przewrotnie, opisują osobowość odpowiadającego.

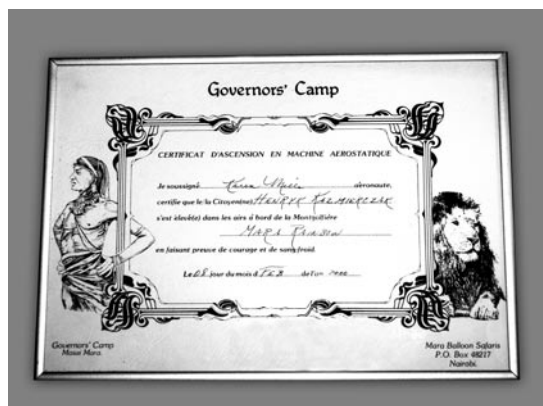
Prof. Kaźmierczak: Nie lubię mówić o sobie. Niech o mnie mówią inni. Odpowiem tylko na kilka tych pytań:

Co cenię najbardziej u przyjaciół: Umiejętność wyławiania konkretów z każdej sprawy
Czego nie cierpię ponad wszystko: Zbyt przesadnego gadania

Błędy, które najłatwiej wybaczam: Wynikające z głupoty, w końcu nie każdy jest w stanie zrobić to, do czego go powołali inni i to nie jest jego wina, do pewnego momentu, oczywiście...

Redakcja: Serdecznie dziękujemy za spotkanie i rozmowę.

Ze strony Redakcji wywiad prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki i mgr Monika Kubiak.



Kronika wydarzeń

Wydarzenia z Collegium Medicum

Dnia 27.03.2007 Senat UMK uchwalił utworzenie nowych kierunków studiów o nazwie „dietetyka” i „ratownictwo medyczne” na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum.

Dużą popularnością cieszyły się „medyczne środy” - cotygodniowe wykłady popularnonaukowe z różnych dziedzin medycznych.

Wydarzenia z UMK

Senat UMK uchwalił „Strategię Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na lata 2007-2013.

W dniach 19-22 kwietnia miał miejsce VII Toruński Festiwal Nauki i Sztuki.

W rankingu tygodnika „Wprost” Uniwersytet Mikołaja Kopernika zajął 5 miejsce, wśród uczelni medycznych Collegium Medicum zajęło 9 miejsce, a Wydział Lekarski - 4.

Konferencje

W dniach 19-21.04.2007 odbyło się w Bydgoszczy II Polsko-Amerykańskie Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii” zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

W dniu 21.04.2007 w Bydgoszczy odbyło się sympozjum „Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa” organizowane przez Katedrę i Zakład Genetyki Klinicznej.

W dniach 18-19.05.2007 w Bydgoszczy miała miejsce VI Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna organizowana przez Katedrę i Klinikę Otolaryngologii.

W dniach 19-20.05.2007 w Wiktorowie k. Inowrocławia odbywała się konferencja „Choroby cywilizacyjne w praktyce lekarza rodzinnego” organizowana przez Katedrę i Zakład Lekarza Rodzinnego.

W dniach 23-26.05.2007 w Bydgoszczy Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki

Obrazowej zorganizował XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Radiologicznego.

W dniach 31.05.-2.06.2007 w Chełmnie n. Wisłą Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej zorganizowała konferencję „Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie. Zespoły związane z otyłością”.

W dniach 21-22.06.2007 Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej zorganizowała VI Konferencję Naukową z Warsztatami Endoskopowymi.

W dniu 15.06.2007 odbyła się konferencja Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego poświęcona historii towarzystw lekarskich regionu i patronom szpitali bydgoskich.

Z żałobnej karty

3 czerwca 2007 r. zmarł prof. dr hab. Adam Bilikiewicz, pierwszy kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii.

Strategia Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

www.aktualnosci.uni.torun.pl

Senat UMK uchwalił „Strategię Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na lata 2007-2013”.

Do najważniejszych celów zaliczono:

- znalezienie się UMK wśród uczelni o wymiarze europejskim
 - uczynienie z Uniwersytetu centrum badań naukowych i klinicznych
 - wypełnianie powinności, jakie wynikają z pozycji lidera edukacji i nauki w regionie
 - rozwój i modernizacja infrastruktury Uniwersytetu
- Powyższe cele realizowane będą m.in. po-

przez:

- pełną realizację Deklaracji Bolońskiej oraz przywiązywanie wagi do jakości kształcenia i badań na wszystkich wydziałach,
- gruntowną modernizację i rozszerzenie bazy klinicznej w Bydgoszczy i w Toruniu (jako podstawowe zadanie strategiczne związane z rozwojem części medycznej Uniwersytetu,
- tworzenie nowych form kształcenia jako odpowiedź na rodzące się zapotrzebowanie osób, które ukończyły studia w latach ubiegłych,
- sprzyjanie działaniom służącym stopniowe-

mu zbliżaniu Bydgoszczy i Torunia oraz tworzeniu przez oba miasta wspólnego obszaru metropolitalnego

W strategii znalazł się również zapis, że w latach 2007-2013 podstawowym źródłem finansowania działalności inwestycyjnej i modernizacyjnej będą fundusze unijne. Priorytetem inwestycyjnym w kampusie toruńskim będzie budowa Collegium Humanisticum (2007-2009), a drugim kluczowym projektem – budowa interdyscyplinarnego centrum nowoczesnych technologii, które będzie bazą dla badań multidyscyplinarnych w zakresie nowoczesnych technologii (2009-2011).

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w rankingach

oprac. Monika Kubiak

Zestawienie tygodnika „Wprost” było kolejnym zestawieniem, w którym UMK uplasowało się w czołówce. Wcześniej Uniwersytet Mikołaja Kopernika do grona pięciu najlepszych uniwersytetów zaliczyli: miesięcznik „Perspektywy” i „Rzeczpospolita”. „Wprost” kwalifikował szkoły wyższe według następujących kryteriów: ocena zaplecza intelektualnego szkoły (czyli m.in. jakość wydziałów, instytutów i katedr wg KBN, osiągnięcia naukowe kadry, jakość pracy wykładowców - UMK dostał 57 pkt na 60 możliwych), ocena procesu kształcenia (18/20), ocena szans kariery zawodowej (13,75/15) oraz ocena warunków socjalnych studiowa-

nia (3,25/5). W podsumowaniu lepsze okazały się jedynie uniwersytety: Warszawski, Jagielloński, Poznański i Wrocławski. UMK, tak samo jak w zeszłym roku, znalazł się na piątej pozycji. Wśród uczelni medycznych bydgoskie Collegium Medicum UMK uplasowało się na 9. miejscu, oczko wyżej niż w 2006 r. Twórcy rankingu sklasyfikowali także najpopularniejsze kierunki wykładane na poszczególnych uczelniach. W tym zestawieniu wzięli pod uwagę jakość kształcenia i wartość rynkową dyplomu. Okazało się, że na UMK najlepiej studiować prawo - ten kierunek coraz częściej prezentuje się tylko na UW. Jak co roku świetnie wypadły toruńskie sztuki pla-

styczne - wydział sztuk pięknych uznano za najlepszy w kraju wśród prowadzonych przez uniwersytety. Doceniono także Wydział Lekarski Collegium Medicum (4. miejsce w gronie uczelni medycznych), socjologię (5. miejsce), studia MBA (5. miejsce), zarządzanie biznesem (9. miejsce), nauki biologiczne (9. miejsce), nowoczesne technologie (15. miejsce). W rankingu znalazły się także inne toruńskie uczelnie. „Wprost” przygotował również kategorię „Klasa międzynarodowa”, w której UMK został sklasyfikowany na wysokiej 9 pozycji wśród szkół publicznych.

Nowe kierunki studiów w Collegium Medicum

www.aktualnosci.uni.torun.pl

Mocą Uchwał nr 27 i nr 28 Senatu Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z dnia 27 marca 2007 r. w sprawie utworzenia kierunków studiów o nazwie „dietetyka” i „ratownictwo medyczne” na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum powiększyło swoją ofertę edukacyjną, na którą składa się obecnie dziesięć kierunków studiów. Aktualnie oba kierunki będzie można studiować w formie studiów stacjonarnych i niestacjonarnych I stopnia.

Warunkiem przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego kandydata na kierunek – dietetyka oraz ratownictwo medyczne, jest zdanie egzaminu maturalnego z biologii lub chemii na poziomie podstawowym.

Absolwent dietetyki jest specjalistą w zakresie racjonalnego żywienia człowieka, umiejącym wskazywać zagrożenia wynikające z niewłaściwego odżywiania się oraz określać zalecenia i diety najlepiej służące utrzymaniu zdrowia. Posiada także wiedzę i umiejętności w prowadzeniu dietetycznym pacjentów oraz w leczeniu wspomaganym dietą. Potwierdzeniem znaczenia dietetyki

jako dyscypliny naukowej jest zatwierdzenie jej jako kierunku nauczania realizowanego przez uczelnie wyższe. Absolwent dietetyki posiada wiedzę na temat komponowania diety, natury składników pokarmowych i ich metabolizmu w organizmie oraz sposobów wykorzystania żywności w promocji zdrowia.

Ukończenie studiów w zakresie dietetyki daje absolwentowi dyplom pozwalający wykonywać pracę w szpitalach, poradniach, sanatoriach, gabinetach dietetycznych, placówkach żywienia zbiorowego, działach żywności i żywienia stacji sanitarno-epidemiologicznych. Absolwenci naszych studiów są wysoko cenienni i poszukiwani na polskim i europejskim rynku pracy. Mają uprawnienia do nadzorowania wykorzystania żywności w promocji zdrowia we wszystkich grupach wiekowych.

Absolwent ratownictwa medycznego natomiast posiada szerokie umiejętności praktyczne i wiedzę teoretyczną w zakresie stosowania podstawowych i zaawansowanych czynności ratowniczych w stanach zagrożenia życia oraz kompetencje do właściwego zaplanowania i przeprowadzenia działań ratowniczych

w miejscu zdarzenia przed przybyciem służb współdziałających, jak również konstruowania planów zabezpieczeń zdarzeń masowych i katastrof. Ratownicy medyczni znajdują zatrudnienie w stacjach pogotowia ratunkowego, szpitalnych oddziałach ratunkowych, jednostkach ratowniczo-gaśniczych oraz innych formacjach ratowniczych i pomocy doraźnej.

Absolwent naszej Uczelni zostanie przygotowany do pracy: w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, w tym w szpitalnych oddziałach ratunkowych, zespołach ratownictwa medycznego, specjalistycznych służbach ratunkowych, szkołach wyższych i ośrodkach nauczających, w Centrum Powiadamiania Ratunkowego szczebla powiatowego i wojewódzkiego, w powiatowych i wojewódzkich zespołach ds. opracowania regionalnych planów zabezpieczenia kryzysowego, w strukturach Krajowego Systemu Ratowniczo – Gaśniczego. Może pełnić zadania instruktora pierwszej pomocy w szkołach, jednostkach straży pożarnej, w różnych służbach ratunkowych (WOPR, GOPR, TOPR) i zakładach pracy o dużym ryzyku wypadkowości.

Medyczne środy

oprac. Monika Kubiak

Ponad 200 osób przychodzi co tydzień na wykłady popularnonaukowe do Collegium Medicum UMK. Ten pomysł promowania nauki okazał się strzałem w dziesiątkę.

„Medyczne środy” organizowane były przez trzy miesiące. Od samego początku wzbudzały spore zainteresowanie. „Reklamowaliśmy wykłady w szkołach średnich i gimnazjach. I faktycznie, co środa przychodzi do Collegium Medicum mnóstwo młodych ludzi, ale nie tylko. Stworzyło się też

stałe grono starszych odbiorców. To głównie osoby, które uczestniczą w wykładach organizowanych przez Uniwersytet Trzeciego Wieku” - twierdzi dr Wojciech Szczęśny, jeden z organizatorów wykładów.

Zaciekawienie wykładami to zasługa prowadzących. Tematyka dobierana jest starannie, by każdy ze słuchaczy znalazł coś dla siebie. Jedną z prelekcji dotyczyła leków wspomagających pamięć. To zagadnienie ciekawi nie tylko młodych ludzi zdających maturę, ale też studentów przygotowujących

się do sesji. Wcześniej duże zainteresowanie wzbudził wykład dotyczący muzykoterapii, wzbogacony muzyką baroku. Wykłady organizowano do połowy czerwca. Po wakacjach cykl zostanie wznowiony.

„Zależy nam, żeby w sposób prosty, ale interesujący edukować ludzi. Liczę, że dzięki rzetelnie przekazanej wiedzy medycznej dotyczącej onkologii czy kardiologii mniej osób padnie ofiarą szarlatanów obiecujących wyzdrowienie ciężko chorym ludziom” - mówi dr Szczęśny.



VII Toruński Festiwal Nauki i Sztuki

Kinga Nemere-Czachowska



Ratownictwo medyczne



Chemia w pokazach



W wiosce barbarzyńców



Oblężenie Torunia



Walki robotów

Podczas VII Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki szczególny akcent położono na historię, a zwłaszcza na historię Torunia, poświęcono aż trzy spośród czterech imprez głównych Festiwalu. Jednak osoby zainteresowane innymi dziedzinami nie musiały się martwić - było z czego wybierać.

Start festiwalu zaplanowano na 19 kwietnia, a jego zakończenie - na 22 kwietnia 2007 r. Do pierwszej dyskusji panelowej, poświęconej czarnej legendzie zakonu krzyżackiego (z udziałem Wielkiego Mistrza Zakonu Krzyżackiego), nawiązywał zaplanowany na sobotę, 21 kwietnia, cykl imprez pod hasłem „Oblężenie Torunia”. Tytuł odnosił się do oblężenia krzyżackiego Torunia przez wojska polskie w roku 1410 - już po bitwie pod Grunwaldem. Toteż najważniejszym elementem wszystkich imprez pod tym wspólnym tytułem była bitwa rozstrzygająca losy oblężonego miasta, stoczona przez zafascynowanych historycznym uzbrojeniem i strojem pasjonatów z całej Polski, którzy podczas wykładów i pokazów przybliżyli zagadnienia średniowiecznej mody oraz kuchni, a także broni. Było to wielkie plenerowe widowisko!

Toruniowi poświęcono kilka innych imprez, z których jedna - „Nie tylko Kopernik” - to tzw. impreza główna. Celem jej pomysłodawców było przybliżenie bardzo zasłużonych, lecz mało znanych postaci wywodzących się z Torunia, takich jak przede wszystkim Samuel Bogumił Linde, ale także Henryk Strobant, Adam Freitag czy Fryderyk Skarbek. Pierwsza z tych postaci uwagę skupiła na sobie nie tylko ten jeden raz, albowiem Rada Miasta ogłosiła rok 2007 rokiem twórcy pierwszego słownika języka polskiego, a rozpoczęcie obchodów zaplanowano właśnie w czasie festiwalu. Do postaci tej i jej osiągnięć nawiązywał także tekst dyktanda „Zostań toruńskim mistrzem ortografii”.

W programie festiwalu znalazła się również wycieczka „Toruń zaginiony - podróż z Jerzym Fryderykiem Steinerem po miejscach, których nie ma” czy impreza „Pitaval toruński - obrazki z życia marginesu społecznego miasta w epoce nowożytnej”.

Do szeregu imprez poświęconych astronomii - wykładów w Obserwatorium Astronomicznym w Piwnicach, dołączyła w tym roku wystawa „Układ Słoneczny pod lupą”, przygotowana wspólnie przez astronomów i artystów. Oglądać ją było można na Bulwarze Filadelfijskim.

Nowym pomysłem filozofów było „Światłowodem do Labiryntu filozoficznego”. Jak zwykle obfitą propozycję zaproponowali fizycy, którzy pokazywali (i omawiali) m.in. tańczące fontanny, walki robotów SUMO, fizykę pod wodą, fizykę spaghetti czy kwantową enigmę.

Intrygująco brzmiały także tematy niektórych imprez przygotowanych przez ma-

tematyków, np. „O czym myśli matematyk w łazience?”, „Problem sekretarki i dylemat więźnia - dlaczego warto znać podstawy teorii prawdopodobieństwa?”, „Pacjent w komputerze - jak grafika komputerowa może pomagać lekarzom?” albo „Dziadziunio w Internecie, czyli o społecznościach internetowych”.

Pokazy chemiczne to stały punkt programu, ale oprócz tego dowiedzieliśmy się m.in., czy leki bardziej trują, czy leczą, jak wyglądały poszukiwania kamienia filozoficznego i eliksiru życia oraz kto należał do słynnych alchemików. Na pytanie, czy Mikołaj Kopernik odkrył „prawo Greshama”, odpowiedzi próbowali udzielić ekonomiści, natomiast o tym, jakie tajemnice kryją zabytkowe ikony - konserwatorzy zabytków. „Bez nauki sztuka jest niczym” - to hasło, którego słuszność udowadniali historycy sztuki. Filolodzy słowiańscy przedstawili kulturę, język i religię staroobrzędowców w Polsce, a Muzeum Podróżników przybliżyło kulturę dawnych i współczesnych Majów. Symulację zebrania partyjnego z czasów PRL połączoną z wystawą eksponatów przygotowali politolodzy, a techniki radzenia sobie ze stresem w życiu codziennym przedstawili psychiatry.

Na festiwalu poruszano także zagadnienia natury etycznej - kwestii umierania poświęcony był zaproponowany przez teologów pokaz filmowy, a następnie dyskusja „Jedni mogą studiować prawo, inni zaś ekonomię: ty ucz się umierać”.

Zwykle dużym zainteresowaniem cieszyły się imprezy popularyzujące medycynę - w tym roku dowiedzieliśmy się m.in. czy dieta, wino czerwone i aktywność fizyczna mogą zapobiegać wystąpieniu zawału serca oraz czy pokarm może szkodzić; poznaliśmy też zagadnienie nanotechnologii w medycynie, historię i współczesność chirurgii, w tym nowoczesne metody operacyjne w chirurgii układu nerwowego. Za pośrednictwem entomologów sądowych po raz pierwszy na festiwalu uczestnicy zapoznali się z zagadnieniem fauny... zwłok ludzkich!

Tradycyjnie już, warsztaty „Wyizoluj własne DNA w domowej kuchni” przygotowali genetycy, a geografowie opowiedzieli o możliwościach, jakie daje Globalny System Pozycyjny (GPS). Nie zawiedli się ci, którzy liczyli na imprezy poświęcone muzyce - był wykład (z prezentacją praktyczną) na temat walorów i estetyki chóralu gregoriańskiego, impreza „Muzyka z krańców świata”, koncert instrumentów dętych, muzykoterapia oraz poranek muzyczny dla dzieci z rodzicami.

Z roku na rok Toruński Festiwal Nauki i Sztuki cieszy się coraz większą popularnością i estymą. Zainteresowanych dodatkowymi informacjami oraz programami i zdjęciami z ubiegłorocznych festiwali zapraszamy na stronę internetową: www.festiwal.torun.pl.

przedruk z marcowego „Głosu Uczelni”

Pamięci prof. Adama Bilikiewicza

oprac. Monika Kubiak

3 czerwca 2007 roku zmarł prof. zw. Adam Bilikiewicz, psychiatra, emerytowany profesor zwyczajny Akademii Medycznej w Gdańsku, doktor honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy, były prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wieloletni redaktor naczelny *Psychiatrii Polskiej* oraz nauczyciel akademicki, autor wielu podręczników akademickich z zakresu psychiatrii i psychogeriatry.

Prof. zw. dr hab. n. med. Adam Bilikiewicz urodził się 2 kwietnia 1933 r. w Krakowie. Dyplom lekarza uzyskał 15 września 1957 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 1956 r., początkowo jako stażysta, pracował w Klinice Chorób Psychiczych AMG, gdzie w latach 1971-1975 zajmował stanowisko docenta. W 1964 r. uzyskał stopień naukowy doktora medycyny a w 1969 r. - stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie psychiatrii. Tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego otrzymał w 1979 r. a profesora zwyczajnego w 1989 r. W latach 1975-1984 r. zorganizował i kierował Kliniką Psychiatrii w Filii Akademii Medycznej w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy. W 1984 r. powrócił do Gdańska, gdzie kierował II Kliniką Chorób Psychiczych. W latach 1984-1987 był prorektorem ds. nauki AMG. W 1994 r. został mianowany kierownikiem zespołowej Katedry Psychiatrii. W 2003 r. przeszedł na emeryturę.

Dorobek publikacyjny Profesora Adama Bilikiewicza obejmuje 265 prac i 74 oceny drukowane książek. Główne zainteresowania naukowe dotyczyły: nowych metod terapii biologicznej w psychiatrii ze szczególnym uwzględnieniem psychofarmakoterapii, psychopatologii padaczki, aspektów psychiatrycznych guzów wewnątrzczaszkowych, udarów mózgu oraz zespołów otepiennych ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera. W dorobku naukowym znajdują się też prace dotyczące chorób afektywnych (depresji, zaburzeń schizoafektywnych) i szeroko



Zespół Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy z kierownikiem, prof. Adamem Bilikiewiczem, marzec 1979 r.

pojętej psychogeriatry. W zakresie kształcenia kadry naukowej habilitował 3 osoby i był promotorem 18 doktoratów. Wspecjalizował 37 osób na I stopień specjalizacji w zakresie psychiatrii i 33 osoby na II stopień.

Profesor Adam Bilikiewicz aktywnie współtworzył Akademię Medyczną im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. W 1979 roku po przekształceniu Oddziału Zamiejscowego Wydziału Lekarskiego - wchodzącego w skład Filii Akademii Medycznej w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy - w II Wydział Lekarski AMG został jego prodziekanem, a w latach 1981-1984 był dziekanem. Wraz z utworzeniem w 1984 r. Akademii Medycznej w Bydgoszczy został pełnomocnikiem rektora AMG ds. usamodzielnienia II Wydziału Lekarskiego. W latach 1987-1990 jako członek Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego reprezentował poza uczelnią Gdańską również Akademię Medyczną w Bydgoszczy.

Od 1957 r. Profesor Adam Bilikiewicz był członkiem m.in. Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Seksu-

ologicznego, Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu, Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego, od 1981 r. - Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a od 2002 r. - Rady Naukowej Index Copernicus. Ponadto był członkiem wielu zagranicznych towarzystw naukowych, w tym: International Association for Suicide Prevention, Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung von Schlafstörungen, International College of Psychosomatic Medicine, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP).

Do ważniejszych odznaczeń profesora Adama Bilikiewicza należą: Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski OOP, Krzyż Oficerski OOP, Medal Komisji Edukacji Narodowej, medal „Za szczególne zasługi dla rozwoju Województwa Bydgoskiego”, medal „Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku” oraz przyznany dwukrotnie medal „Prezydenta Miasta Bydgoszczy” za szczególne zasługi dla Miasta Bydgoszczy.

Akcja „Nie biorę”

oprac. Monika Kubiak

Symbolem akcji jest plakietka z białą dłonią na czerwonym tle i napisem: „Nie biorę. Chcę normalnie zarabiać”.

„Dostali ją wszyscy lekarze w Bydgoszczy. Ilu z nich zdecyduje się je nosić, nie wiem. To nie jest przymusowa akcja” - wyjaśnia Krzysztof Czyżewski, wiceprzewodniczący Komisji Młodych Lekarzy BIL. Na razie noszą ją nieliczni. Medycy, którzy włączyli się do tej akcji, mówią wprost: „Nie chcemy dostawać podziękowania za wykonane zadanie w postaci koperty czy alkoholu. Nie jesteśmy kelnerami i nie przyjmujemy napiwków. Zamiast tego oczekujemy godnych zarobków. Godne

zarobki to zdaniem Naczelnej Izby Lekarskiej przynajmniej 5 tys. zł. brutto. Lekarze zdecydowali się na protest ogólnopolski m.in. dlatego, żeby wywalczyć sobie podwyżki.”

„My nie strajkujemy ale plakietkę noszę” - przyznaje Radosława Staszak-Kowalska, przewodnicząca BIL. „Uważam, że to, co zrobili młodzi lekarze, jest krokiem w dobrym kierunku. Właśnie oni powinni zmieniać zasady etyki panującej w tym zawodzie, bo starzy wyjadacze tego nie zrobią” - dodaje. Czyżewski, chociaż sam nosi plakietkę, rozumie tych, którzy nie chcą jej wpiąć. „Część środowiska uważa, że nie musi udowadniać swojej uczciwości i tego, że nie jest

wielbłądem” - tłumaczy. W tej grupie znalazł się prof. Zbigniew Włodarczyk, szef Katedry i Kliniki Transplantologii Collegium Medicum UMK, który twierdzi, że o jego uczciwości mogą poświadczyć pacjenci. „Nigdy niczego nie wzięłem i nie muszę mieć tego wypisanego na czole. Uważam, że ta akcja jest trochę nieuczciwa, ponieważ sugeruje, że jeśli nie deklaruję swojej uczciwości plakietką, to mam coś na sumieniu. Samą ideę rozumiem, ale nie włączę się do niej. Chyba że w przyszłości okaże się, że społeczeństwo wymaga od lekarzy właśnie takiego zachowania. Wtedy po prostu odpowiem na apel moich pacjentów” - tłumaczy profesor.

Nie było już nikogo...

Wojciech Szczęśny

Niemiecki pastor antyfaszysta Dietrich Bonhoeffer, siedząc w celi śmierci w kwietniu 1945 r. powiedział: „Nie protestowałem kiedy przychodzili po Żydów, bo nie jestem Żydem; nie protestowałem gdy przychodzili po komunistów bo nie byłem jednym z nich; nie protestowałem gdy przychodzili po związkowców, bo nie należałem do żadnych związków; kiedy przyszli po mnie, nikt nie protestował, bo już nikogo nie było...”.

Nie jestem „zwierzęciem politycznym”. Powiem więcej, politykę uważam, podobnie jak Witkacy, za „pomyje w kryształach”. Nie jestem także bezkrytycznym apologetą środowiska lekarskiego. Wielu z moich kolegów uważam za wspaniałych ludzi, z wieloma nie chciałbym nigdy się spotkać, a niestety muszę na co dzień.

Jednak wydarzenia ostatnich kilku miesięcy skłaniają mnie do smutnych refleksji, które u człowieka w moim wieku jawią się niczym owo tajemnicze zjawisko *déjà vu*, będące dla jednych dowodem wędrówki dusz, zaś dla innych zespołem zaburzeń neurologicznych. Ja już widziałem indoktrynację w szkołach poprzez zmuszanie do czytania wybranych przez władze tekstów. Do dziś zresztą rozśmieszam czasami studentów czy młodszych kolegów recytując „Magnitogorsk albo rozmowę z Janem” czy „Elegię o śmierci L. Waryńskiego”. No cóż, pamięć póki co mam niezłą. Na szczęście w owych czasach był drugi obieg i coś udawało się przeczytać poza „pismami nakazanymi” Mam jednak wrażenie, że dziś w dobie mediów elektronicznych mało kto sięgnie po Dostojewskiego i Gombrowicza czy Kafkę, skoro nie trzeba, a nawet ponoć to szkodliwe. Nazwisko Dobraczyński kojarzy mi się raczej z PRON-em, niż dobrą literaturą. Ale w końcu ojciec naszego ministra i p. Dobraczyński doradzali jednemu generałowi, a to zobowiązuje.

Walczyliśmy o możliwość głoszenia swoich poglądów. To bodaj Voltaire powiedział słynne zdanie: „Nie zgadzam się z Twoimi poglądami, ale dam się zabić abyś mógł je swobodnie głosić”. To święte prawo demokracji, jednak nie dotyczy ono głoszenia kłamstw, pomówień i oczywistych urągających zdrowemu rozsądkowi bredni. Do takich kategorii zaliczyłbym wystąpienia min. Orzechowskiego i Giertycha-Seniora dywagujących o świecie, który

ma 6.500 lat, a Smok Wawelski był dinozaurem, który hasając pod Krakowem widywany był przez ludzi. Można by cytując Marka Twaina „spuścić zasłonę miłosierdzia” na owe żalosne wystąpienia, gdyby nie fakt, że pan Orzechowski jest wiceministrem oświaty, a Giertych profesorem biologii i europosełem. Brednie owe spotkały się co prawda z pewnym odzewem środowiska naukowców, lecz nasz rząd nie zareagował w ogóle. Pan Orzechowski nadal wierzy w smoki i uczy innych jak uczyć młodzież. To nie jest nawet żalosne.

Gdzieś jednak dzierzymy palmę pierwszeństwa. Maciej Giertych jako pierwszy i na razie jedyny europoseł został upomniany za rozpowszechnianie treści szerzących nienawiść rasową. W swej broszurce wspominał między innymi, że Żydzi lubią się izolować i sami chętnie zamknęliby się w gettach, gdyby nie wyręczyli ich w tym naziści. Reakcje ze strony polskiej? Mam pisać? Chyba nie muszę.

Pozwolą PT Czytelnicy, że o Teletubisach nie wspomnę. Odnoszę wrażenie, że po takiej wypowiedzi kogoś zajmującego ministerialne stanowisko, powiedzmy w Szwecji, zostałyby usunięte ze stanowiska i wysłany na obserwację w zakładzie do tego przeznaczonym. Sąsiedzi patrzają na nas i nie posiadają się ze zdumienia. Z kraju szanowanego za walkę z komuną, zamordyzmem, cenzurą i wszechwładzą służb specjalnych, staliśmy się pośmiewiskiem Europy, a nawet świata. Przykre to dla mnie jako Polaka.

Takiego ataku na środowisko lekarskie nie notowano chyba od „sprawy lekarzy kremlewskich” za czasów tow. Stalina. Nie bronię kolegów łapówkarzy, pijących na dyżurach czy w jakikolwiek sposób sprzeniewierających się etyce zawodu. Jednak metoda króla Heroda nie powinna mieć chyba zastosowania w wolnej i demokratycznej Polsce. Nie jesteśmy jako grupa zawodowa korporacją zbrodni. Nazwanie śledztwa przeciw lekarzowi „Mengele” w kraju, gdzie poprzez układ historii ów człowiek działał jest obrzydliwością. Można jedynie porównać to do kryptonimów UB lub SB wyszydzających pochodzenie spo-



łeczne lub stan zdrowia inwigilowanych. Tym bardziej przykra jest wypowiedź senatora Romaszewskiego, człowieka wielce zasłużonego w walce o wolność, że niby nic się nie stało. Doprawdy krótka pamięć. Ja jeszcze pamiętam ohydztwa komuny.

Lekarze i nauczyciele (a niektórzy z nas łączą te funkcje) walczą o godne życie. Tymczasem jeden z profesorów naszego Uniwersytetu w gazetowym felietonie zapytuje, czy jak dostaną podwyżkę będą uczyć lepiej. Co ciekawsze, on sam jest pedagogiem Nie wiem, ile zarabia pan profesor? Może żyje ideami IV RP? Jak jednak można w taki sposób kpić z ciężkiej pracy nauczycieli? I znowu *déjà vu*. Była kiedyś taka gazeta „Żołnierz Wolności”. Och, jakby tam wspaniale pasował ów tekst!

Jak wspominałem, pamięć do wierszy mam dobrą. Nie tylko do rewolucyjnych. Pamiętam zatem jak zmarły przedwcześnie Jacek Karczmarski śpiewał:

*Patrzył na równy tłumów marsz,
Milczał wsłuchany w kroków huk,
A mury rosły, rosły, rosły
Łańcuch kołysał się u nóg...*

Ja nie mogę milczeć, bo boje się, że kiedy przyjdą po mnie, już nikogo nie będzie.

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

Historia wina w średniowieczu

Władysław Sinkiewicz

Wraz z nastaniem Średniowiecza, na dłużej zapomniano o lekarzach starożytnej Grecji i jej kulturze. Ponieważ starożytne książki medyczne zostały zarzucone jako nieprawomyślne, ówczesni skazani byli na poszukiwanie leków na własną rękę. Niektórzy medycy

upatrywali przyczyn chorób w urokach, złych zapachach, niekorzystnych układach planet bądź trujących dymach. Wybór ziół na przykład, był podyktowany ich wyglądem. Jeśli ten kojarzył się w jakiś sposób z chorobą, wypróbowywano roślinę na pacjencie. Na

przykład na żółtaczkę stosowano rośliny o żółtych kwiatach. Ogólnie panowało przekonanie, że choroba jest karą za grzechy i tylko Bóg może ją wyleczyć, dlatego często jedyną radą, jaką dostawał chory była pokuta i odbycie pielgrzymki. Wino nie zostało jednak ze-

pchnięte do cienia wraz z innymi zdobycami starożytnej kultury. Przeciwnie, jako element liturgii zyskało poczesne miejsce i było podstawowym napojem średniowiecznej Europy, uważane za eliksir zdrowia, dar natury, zasługujący na niemal religijny szacunek. Winorośl uprawiano wszędzie, zaś winnice zajmowały bardzo rozległe tereny nawet w krajach, w których obecnie nie występują. Pozwalał na to klimat ówczesnej Europy, który do XIII w. był cieplejszy, niż obecnie.

Pierwszym chrześcijańskim patronem miłośników wina był św. Marcin z Tours, urodzony w Sarabii (dziś Szombathely). Święci Urban i Wincenty (którego imię jest grą słów: „wino” i „scent” - czyli „woniający winem”) zostali głównymi patronami właścicieli winnic i winiarzy.

W średniowieczu uprawą winorośli i rozwojem winnic zajmowały się głównie klasztory. Posiadały one do tego niezbędne grunty, były stosunkowo zabezpieczone od wojennych zawieruch, ponadto zakony były stabilne i odnosiły wymierne korzyści z rozwoju i ulepszania swoich win. Mnisi mieli też niezbędne wykształcenie i czas, by rozwijać swoje umiejętności winiarskie. W związku z tym najlepsze winnice Średniowiecza były zarządzane i były własnością zakonników. W winnicach Europy uprawiano wszystkie możliwe odmiany winorośli właściwej (*Vitis vinifera*).

Na tym polu dużo zawdzięczamy zwłaszcza Benedyktynom. O ile na początku średniowiecza mnisi traktowali picie mszalnego wina jako przykry obowiązek, tak podłej było ono jakości, o tyle pod koniec epoki wyglądało to zgoła przeciwnie. Wino weszło na stałe do codziennej diety. W XV wieku austriacy zakonnicy otrzymywali średnio 2-4 litry dziennie. Tyle, że prawie zawsze z dodatkiem wody. Czasem do tego stopnia, że „z wina tylko kolor się ostał”. Mnich ze znanego ze swej surowej reguły zakonu w Cluny skarżył się w liście: „Winem z naszego opactwa nie da się upić. W Cluny lepiej umrzeć, niżli żyć”.

Wino pijane w średniowieczu, było najczęściej białe bądź jasnoczerwone (produkowane nierzadko przez zmieszanie białego z czerwonym), najchętniej słodkie i młode, najczęściej jedno-dwu letnie. Było też znacznie słabsze od tego, które znamy dzisiaj. Zawartością alkoholu przypominało raczej piwo. Ponieważ zapomniano o wypracowanym przez Rzymian systemie kanalizacji, miejskie studnie zostały skażone ściekami, więc wino stało się napojem stawianym przed wodę. I to ze względu na zdrowie, a nie jego smak. (ówczesne opisy uczt dworskich roją się od wzmianek na temat win „kwaśnych i palących, które przez zęby cedić trzeba było”). Przechowywanie pod oliwą albo woskiem (zalewano nimi wino w naczyniach, żeby zapobiec utlenieniu) nie zawsze zdawało egzamin na dłuższą metę.

Wino stosowano w przyklasztornych ho-

spicjach jako jedyny znany ówczesnie środek odkażający (a w każdym razie uchodzący za taki), było też podawane jako lek. W XII i XIII wieku we Francji było jednym z podstawowych składników diety pacjentów szpitali i hospicjów. Na przykład w szpitalu w Metz (Alzacja) każdy chory otrzymywał kwartę wina, czyli około 930ml dziennie. Było ono bardzo istotnym elementem terapii w przytułkach dla trędowatych. Chorzy otrzymywali trzy-cztery litry dziennie. Kobiетom przysługiwały mniejsze porcje żywności i mniej wina



– jedyne dwa i pół do trzech litrów.

Wina pijano często i w ilościach zgoła nieprawdopodobnych. Na przykład każdy z duchownych w Mans wypił 17 września 837r 1,636 litra wina i 2 litry mieszanki win korzennych, a 24 księży obsługujących żeńskie klasztory otrzymywało rocznie około 250 beczek wina. Około roku 1400, czyli blisko sześć wieków później, dzienna racja wina na dworze hrabiego Auvergne wynosiła do 2 litrów na osobę. Jeszcze lepiej przedstawiała się sytuacja w najbliższym otoczeniu biskupa Arles, który w roku 1424 dysponował już 2,5 litrami wina na osobę.

W średniowieczu nie starano się dopasowywać wina do posiłku, jak to się praktykuje dzisiaj. W wyborze kierowano się raczej wiekiem, pochodzeniem i statusem społecznym biesiadników. Zamożni preferowali trunki lekkie, klarowne, delikatne, najczęściej białe. Z kolei biedota zadawalała się winami ciemnymi, bardziej sycącymi i, co najważniejsze, tanimi.

Sławny XIII wieczny lekarz francuski Arnaud de Villeneuve przepisywał swoim pacjentom mnóstwo win aromatyzowanych ziołami. Na przykład wino z rozmarynem miało wzmacniać apetyt, ożywiać duszę, pomagać na naciągnięte ścięgna, sprawiać, że twarz pięknieje i włosy odrastają. Równocześnie jednak twierdził, że nadużywanie wina oraz potraw zawierających dużo czosnku i pieprzu ułatwia zarażenie trądem.

W średniowieczu pijano wina nie tylko

pośledniej jakości. Już w XI wieku winnice klasztorne produkowały wysokiej jakości wina. Do najlepszych należały pochodzące z klasztoru benedyktynów w Monte Casino oraz z Cluny w Burgundii. W wysokiej sztuce winiarskiej nie ustępowały także klasztorzy cysterskie np. w Eberbachu i Clos de Vougeot.

Zadomowiwszy się na dobre w Europie, wraz z podróżami Krzysztofa Kolumba winorośl trafiła „ze Starego do Nowego Świata”. Dzięki tradycji wina, jaką sprowadzili na te tereny zakonnicy, i tutaj zaczęła się uprawa winorośli oraz wyrób wina w dużych ilościach. Hiszpańscy misjonarze przynieśli kulturę winiarską w połowie XVI do Chile i Argentyny. Holenderscy osadnicy reńskie winorośle rozpowszechnili w Afryce Południowej już w 1654 roku. W 1769 r. franciszkański misjonarz o. Junipero Serra sprowadził wiedzę wyrobu wina aż do południowej Kalifornii.

W miarę rozwoju techniki i cywilizacji, rozwój kanalizacji i rur dostarczających czystą wodę poważnie zagroził pozycję win na rynku. Od tego czasu postanowiono rozlewać wina do szklanych dzbanów zamykanych korkiem, co znacznie wydłużyło ich trwałość. Zwyczaj rozlewania wina do szklanych butelek rozpoczął się dopiero w XVII wieku.

By zachęcić do kupowania win, wielu producentów i znawców zaczęło trudzić się nad uzyskaniem idealnej i najsmaczniejszej na świecie formy wina. Tak zdarzyło się w Szampanii, gdzie mnich Pierre Perignon pragnął uzyskać wino, które wszystkich oczaruje. Przypadkiem stało się tak, że wino przez niego zrobione nasyciło się gazem, co dało początek rozwojowi szampana. Twórca był zawiedziony efektem, ale reszta świata zaczęła wysoko sobie cenić ten trunek po dzień dzisiejszy. Współcześnie szampan Perignon należy do najlepszych i najdroższych na świecie.

Z biegiem czasu winnic powstawało coraz więcej. Jednak nie na długo, gdyż w XIX wieku nastąpiła prawdziwa katastrofa w przemyśle winiarskim. Wszystkie uprawy zaatakował szkodnik zwany filoksera. Zostały zniszczone praktycznie wszystkie uprawy, poza niektórymi w Chile. Stamtąd przewieziono latorośl do Europy, by mogła ożywić na nowo europejskie winnice.

W wielu kulturach wino zyskało symbolikę tak ważną, jak w czasach starożytnych Greków. Dobrej jakości wino, pite w większym gronie gości, jest wyrazem elegancji i dobrego smaku. Podobnie, jak na greckich ucztach, każde większe przyjęcie zaczyna się od wzniesienia toastu przez gospodarza domu, np. na cześć przybyłych gości. Do dziś odmówienie wypicia toastowej lampki wina lub szampana jest postrzegane jako towarzyski nietakt, ale na szczęście nikt nie karze za to gościa recytacją wiersza lub tańcem nago. Chyba, że po wypiciu wspaniałego szampana Don Perignon sam na to będzie miał ochotę...

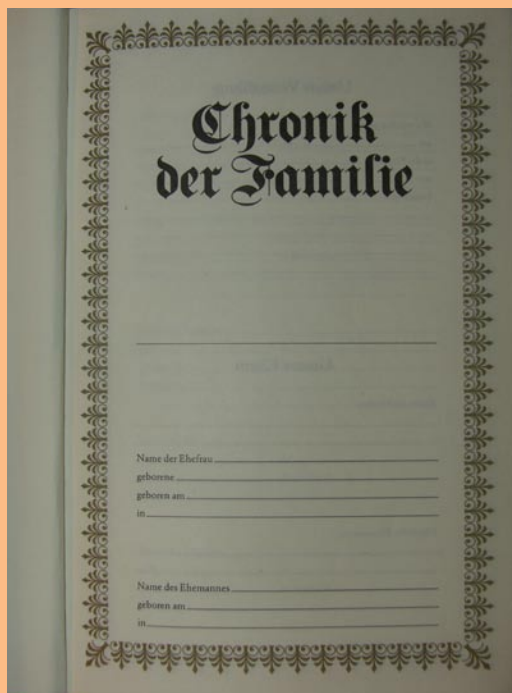
Dr hab. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK jest kierownikiem Katedry Klinicznych Podstaw Fizjoterapii.

Moje zainteresowanie Biblią

Gerard Drewa



prof. dr hab. Gerard Drewa



Metryczka rodowodów na imiona i nazwiska kolejnych posiadaczy Biblii niemieckiej z 1964 roku z kopiami miedziorytów Meriana.

Biblia wydana w 1964 roku w Kōl z kopiami miedziorytów Mateusza Meriana. Wykorzystano je po raz pierwszy w 1630 roku w drukarni Lazarusa Zetznera w Strasburgu (tzw. Biblia Meriana).



Zbieractwo jest cechą charakterystyczną dla wielu gatunków. Wiewiórki gromadzą na zimę orzechy często zapominając o miejscach, w których zostały ukryte. Człowiek zbiera; aby tę cechę u człowieka podkreślić jako nadzwyczajną nazwano ją kolekcjonerstwem. W jakim celu ludzie kolekcjonują różne rzeczy? Lokata kapitału w przypadku dzieł sztuki? Chęć posiadania czegoś szczególnego i niekoniecznie drogiego, czego nie posiadają znajomi? Potrzeba intelektualna wyróżniająca nas spośród innych, nad którymi dominujemy wiedzą w wąskim zakresie? Chęć poznawania rzeczy nowych? Pycha posiadania? Wydaje mi się, że na wiele z tych pytań można odpowiedzieć twierdząco.

Gromadzenie nie musi się wiązać z dużymi nakładami finansowymi, może natomiast przyjemnie wypełnić czas, pozwala oderwać się od prozy życia, dając wiele wewnętrznej radości, motywując do szukania nowych informacji potrzebnych kolekcjonerowi. W domowych bibliotekach gromadzi się różne książki. Niektórym poświęca się więcej uwagi i kupuje dzieła tematycznie z nimi związane. Zbierając Biblię, kupuję również książki związane tematycznie z Biblią lub odnoszące się do niej, np. historia Biblii, malarstwo związane z Biblią, potrawy, rośliny czy też zwierzęta Biblii.

W okresie mojej wczesnej młodości nie znałem Biblii. Istniało bowiem przekonanie, że tej Świętej Księgi nie należy czytać, w celu uniknięcia błędnej interpretacji tekstu czy też herezji, gdyż człowiek świecki nie jest przygotowany do odbioru treści w niej zawartych. Stanowisko takie utrwalone przez wieki wynikało z Dekretu Soboru Trydenckiego (1563 r.) nakazujący: „Niech nikt także nie komentuje Pisma Świętego wbrew powszechnej zgodzie Ojców, chociażby jego komentarze nie miałyby ujrzeć światła dziennego”. Ponadto można było czytać jedynie Biblię wydaną pod patronatem Prymasa, czyli posiadającą imprimatur (zgoda władzy kościelnej na publikację).

Odmienne podejście do Świętej Księgi wykazywali protestanci, którzy podobnie jak Żydzi do nauki czytania często używali tekstów biblijnych, dzięki czemu pierwszą książką w ich dzieciństwie była Biblia. Roman Brandstaetter (w „Kręgu biblijnym”) także uczył się czytać z Biblii.

U protestantów Biblia przechodziła z pokolenia na pokolenie, czego dowodem są metryczki rodowodów na imiona i nazwiska kolejnych jej posiadaczy, tak jak w tej Biblii niemieckiej z 1964 roku, oprawionej w czerwoną skórę, ze złoceniami na oprawie.

„Protestant umie Biblię na pamięć, zachowuje ją w pamięci serca, kocha ją. Między nią a nim istnieje więź miłości – ona jest naprawdę jego Biblią, najukochańszą książką. Kiedy katolik czyta Biblię, kiedy zdarzy mu się czytać Biblię, czyta po prostu Biblię, a nie swoją Biblię. Na ogół wcale jej nie czy-

ta, woli wierzyć, że Kościół zabrania mu tego, a to nieprawda (Julien Green („Dziennik” – 5 listopada 1947).

Walory literackie Biblii wskazał mi mój polonista w liceum i zachęcił do czytania. Nabyłem wówczas pierwszą Biblię, niestety tego egzemplarza już nie posiadam. Język Biblii jest rzeczywiście piękny, bowiem w sposób prosty i oczywisty przekazuje prawdy, prawa, zakazy i nakazy. Prawdy boże w niej zawarte przekazywano początkowo ustnie. Prorocy wygłaszali swoje mowy spontanicznie, a ich uczniowie spisywali je i prawdopodobnie wyglądali tekst, dopisując niekiedy własne komentarze. Dużo zmian w tekście wprowadzali zapewne też kopiści. Czas, jaki upłynął od jej powstania i prace nad nią, spowodowały, że tekst charakteryzuje się prostotą zdań, jasnymi i logicznie sformułowanymi myślami.

Nie ustalono daty napisania Biblii, natomiast pierwszy przekład Biblii z języka hebrajskiego na język grecki (Septuaginta) nastąpił w III w. przed Chrystusem na prośbę króla Ptolomeusza II.

Najstarsze dwa ocalałe egzemplarze Biblii pochodzą z IV wieku po Chrystusie i noszą odpowiednio nazwę Kodeks Watykański i Kodeks Synajski.

W Edessie (obecna Urfa w Turcji) przed narodzeniem Chrystusa powstał przekład Biblii na język syryjski. Nazwano ją Peshitta, co oznacza język „prosty, albo czysty”. Tłumaczenie Nowego Testamentu dodano do Peshitta w II wieku n.e. Jest to obowiązująca Biblia w Kościele prawosławnym syryjskim.

Nie licząc przekładów fragmentów Biblii na język polski, np. Księga Koheleta (1522), Psalterz Dawidów (Jan Kochanowski – 1579), Nowy Testament (Marcin Bielski – 1556), to całą Biblię, czyli Stary i Nowy Testament w oparciu o tekst łaciński, hebrajski i grecki (wersja Septuaginta) przełożył jezuita ksiądz Jakub Wujek (1596). Biblia została jednak wydana dopiero trzy lata po jego śmierci (1599), gdyż cenzura zakonna nagięła tłumaczenia do tekstu łacińskiej Wulgaty. Jakub Wujek urodził się w Wągrowcu położonym ok. 80 km od Bydgoszczy. Posiadam egzemplarz przekładu J. Wujka wydany w 1771 roku we Wrocławiu, oprawiony w białą cielęcą skórę, drukowany na papierze czerpanym. Jest to piękne dzieło pisane starym językiem polskim.

Każda strona zawiera dwie szpalty, jedna w języku łacińskim, druga odpowiadająca jej w języku polskim.

Tę Biblię prezentowałem w latach 70. ubiegłego wieku na wystawach organizowanych rokrocznie przez pastora Kościoła Ewangelickiego w Sopocie w okresie Świąt Bożego Narodzenia. Spotykali się tam pasjonaci Świętej Księgi z Polski i innych krajów Europy, głównie z krajów skandynawskich. Oprócz dyskusji odbywała się również wymiana egzemplarzy.

Najbardziej znanym wydaniem polskim jest Biblia Tysiąclecia. Do chwili obecnej wydano ponad 4 mln egzemplarzy. Pierwsze wydanie Biblii Tysiąclecia ukazało się w 1965 roku. Posiadam wydanie II z 1999 roku. Wyda-

nie to jest oparte na tłumaczeniu J. Wujka, ale napisane współczesnym językiem polskim.

Obecnie katolicy i protestanci współpracują w zakresie tłumaczenia Biblii na różne języki a nawet narzeczka, jak również nad jej rozpowszechnieniem w różnych krajach. W ten sposób spełniły się marzenia Erazma z Rotterdamu (1466-1536). „Życzyłbym sobie, żeby Pismo Święte mogło zostać przetłumaczone na wszystkie języki ... Tęsknię do tego, by rolnik mógł je śpiewać idąc za pługiem”.

Rozpowszechnianie Pisma Świętego powinno się odbywać z umiarem. Nie jestem zwolennikiem popularyzacji Biblii w formie bajek, gier komputerowych, kaset lub płyt kompaktowych. Żaden aktor nie jest w stanie odtworzyć ducha treści, jak również postaci Mojżesza ani Jezusa. Biblię trzeba czytać i przeżywać głębokie jej treści, własną wyobraźnią kształtować postaci w niej występujące.

W moim zbiorze znajdują się również egzemplarze Biblii drukowane w różnych językach m.in. w języku rosyjskim, niemieckim, czeskim, swahili, esperanto, chińskim. Tę ostatnią otrzymałem przesyłką pocztową na początku lat 70. ubiegłego stulecia, od nieznaną zakonnicę przebywającą na misji na Tajwanie. W związku z nietypową wówczas przesyłką, byłem dwukrotnie wzywany do nieistniejącego już urzędu.

Niekiedy podczas urlopu lub w podróży służbowej, gdy mam więcej czasu i mogę odwiedzić antykwariaty udaje mi się kupić jakiś ciekawy egzemplarz Biblii. Biblię w języku angielskim przywiozłem w 1978 roku z Falklandów (Malwiny), a najnowszy egzemplarz angielski nabyłem w 2007 roku będąc na urlopie wiosennym w Krakowie. Egzemplarz zakupiony w Krakowie nie jest starodrukiem, ponieważ liczy tylko około 100 lat, ale za to cechuje go doskonała oprawa introligatorska, która mnie urzekła.

Nie wszystkie egzemplarze Biblii kupiłem, część otrzymałem w prezencie od przyjaciół, tak jak ten od prof. D.O. Schachtschabla. Pismo Święte również w języku niemieckim wydane w Stuttgarcie w Boże Narodzenie 1868 roku jako „Pracht Ausgabe” otrzymałem od dr. Krzysztofa Nierzwickiego.

Składa się ono z dwóch tomów, zawiera 30 drzeworytów sławnego francuskiego malarza i drzeworytnika Gustawa Doré (1832-1883).

Biblię niekoniecznie trzeba czytać jak powieść od początku, czyli od pierwszych stron Księgi Rodzaju do końca, czyli do Objawienia św. Jana. Wystarczy ją otworzyć na dowolnej stronie i czytać. Często tak robię, a jeżeli nawet trafię na ten sam rozdział, czytam go po raz kolejny, gdyż tchnie on dalej świeżością i mądrością, ciągle pobudza do refleksji, bowiem „W Piśmie Świętym zawarte jest natchnienie Boże, które tkwi w całym jego tekście. Skarbnica mądrości Bożej ukrywa się bowiem w niewykwinnych naczyniach słów” (Orygenes „O zasadach”, 185-256 n.e.).

Wśród wielu mądrości w Biblii, znajduje się pochwała pracy lekarza oraz wskazania dla jej wynagrodzenia. Ten fragment nie jest powszechnie znany, zatem pozwolę go sobie w



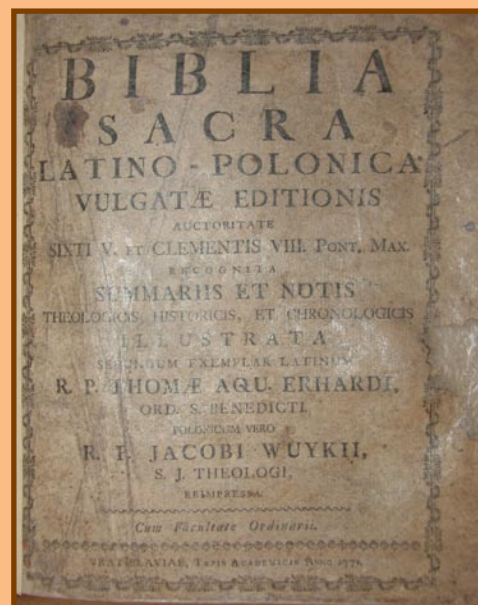
Popiersie ks. Jakuba Wujka na dziedzińcu kościoła parafialnego w Wągrowcu



Tablica umieszczona na cokole pomnika upamiętniającego wiekopomną pracę ks. J. Wujka

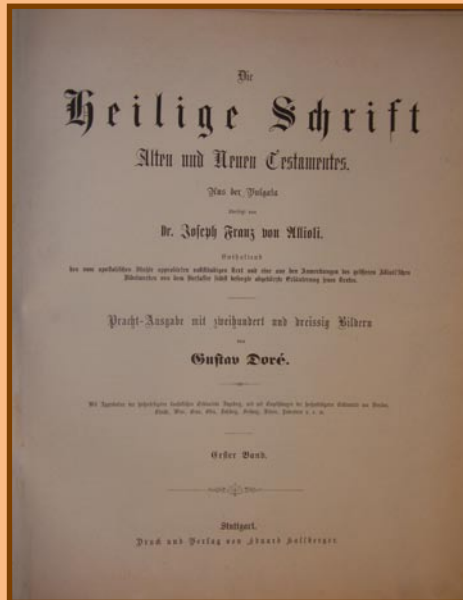


Biblia wydana we Wrocławiu w 1771 roku (tłumaczenie J. Wujka)





Strona Księgi Rodzaju z egzemplarza Biblii z 1771 roku



Strona tytułowa Biblii z drzeworytami Gustawa Dore wydanej w 1868 roku w Stuttgarcie jako "Pracht Ausgabe"



Kopia drzeworytu Gustawa Doré przedstawiająca zbrodnię Kaina z Biblii "Pracht Ausgabe" z 1868 r.

oryginalnej pisowni w tym miejscu przytoczyć.

1. Czci lekarza dla potrzeby; abowiem go Nawyszy stworzył.
2. Bo od Boga jest wszystkie lekarstwo;
3. Nauka lekarzowa podwysszy głowę jego, a przed obliczem wielkich panów chwalon będzie.
4. Najwyszy stworzył lekarstwa z ziemi; a człowiek mądry nie będzie się nimi brzydził.
7. Temi lecząc uśmierzy boleść; y maści zdrowe uczyni, y nie będzie końca pracom jego.
11. Day wdzięczność y pamiętkę przedniey mąki, a uczyni tłustą ofiarę; a day miejsce lekarzowi;

12. Abowiem go Pan stworzył; a niech nie odchodzi od ciebie, boć prace jego są potrzebne".

Jest to fragment Rozdziału XXXVIII z księgi „Na Ekklesjastika Jezusa Syna Syrach” (tekst z 1771 roku).

Pod koniec cyklu wykładów przytaczam swoim studentom ten fragment Biblii dając im nadzieję, że kolejny rząd i minister zdrowia stworzy lekarzom odpowiednie warunki pracy i godziwą zapłatę za trudną i odpowiedzialną pracę. Od 22 lat przytaczam ten tekst, rysując studentom nadzieję...

W Świętej Księdze znajduje się wiele mądrości również praktycznych. Wiele osób

nie rozstaje się z nią nigdy, tak jak pewien profesor angielski, który będąc już w „domu pogodnej starości” zapytany przez personel czy jako profesor uniwersytetu nie posiadał więcej książek, odpowiedział twierdząco dodając jednocześnie, że teraz potrzebuje tylko dwóch książek: dzieł Szekspira i Biblii.

Z kolekcjonerstwem nie należy przesadzać, nie może ono być podstawą naszej egzystencji i przejawem „chciejstwa” (M. Wańkiewicz), gdyż i tak ze swoimi zbiorami nie przekroczymy bram Hadesu.

Prof. dr hab. Gerard Drewa jest kierownikiem Katedry Biologii Medycznej.

Małeńki nauczyciel życia

Joanna Kwiecińska

Kilka tygodni temu usłyszałam pytanie - co zawdzięczam pszczołom? Pierwsza odpowiedź, jaka mi się nasunęła, to oczywiście - miód. Dopiero, gdy zaczęłam się zastanawiać nad tym pytaniem, odkryłam, że pszczoły bardzo uformowały mój charakter. Pewnie brzmi to strasznie patetycznie, bo jak takie małe owady, dla niektórych wstrętne i żądlące, mogą nauczyć kogoś takiego wielkiego i mądrego, jak człowiek. Jednak taka jest prawda - te malutkie i pracowite owady potrafią zainspirować człowieka i wpłynąć na jego charakter.

Pszczoły stanowią część mojego życia. Pamiętam, że zawsze gdzieś niedaleko naszego domu stały ule. Jako dziecko musiałam zawsze uważać w czasie rójki, żeby nie być na trasie lotu. Już od najmłodszych lat pomagałam ojcu przy podbieraniu miodu. Miałam swój własny, dużo za duży fartuch i maskę ochronną na twarz. Moją rolą było tylko odymanie ramek w czasie wyjmowania ich z ula, co wtedy wydawało się takie ważne. Dziś wiem, że jedna osoba poradzi sobie doskonale z tą pracą, ale dzięki temu, że mogłam pomagać ojcu, dużo

się nauczyłam i potem, gdy już zabrakło taty, mogłam sama zająć się pasieką. Miałam wtedy tylko 17 lat i strasznie się bałam. Bałam się, że sobie nie poradzę, że nie mam dość siły, także tej fizycznej.

Pamiętam mój pierwszy samodzielny dzień w pasiece. Byłam ubrana w ogromny biały fartuch, ale na głowie miałam nową maskę pszczelarską - swoją własną. Wujek rozpałił mi poddymiacz, w kieszeni miałam odstępnik, w rojnicy zapasowe nawężone ramki i zmiotkę do usunięcia zimowego osypu. Brzmi to strasznie fachowo, bo dziś już wiem, jak nazywają się te wszystkie specjalne przedmioty, ale wymagało to przeczytania kilku poradników dla pszczelarzy i kilku lat praktyki. Tamtego dnia mama i wujek stali niedaleko i co pięć minut się pytali, czy wiem, co robić, dając mi z bezpiecznej odległości setki rad. Oni nie weszli do pasieki, bo boją się użądleń. Ja po wyjściu z pasieki wyjęłam z prawej ręki 24 żądła, z lewej - 3. Po kilku niepowodzeniach z otwie-



Poddymianie pszczoł

raniem gniazda i próbach siłowych z wyciąganiem zatworów gniazdowych, zaczęło mi iść coraz sprawniej, chociaż i tak przegląd ośmiu uli zajął mi ponad trzy godziny (dziś robię to w niecałą godzinę).

Pomimo takiego początku, nie zniechęciłam się, ponieważ zaintrygowało mnie to zminimalizowane życie, toczące się w ulu. Jestem nim zafascynowana do dziś, mimo że minęło już prawie 10 lat, od kiedy sama zajmuję się pasieką. Niekiedy się zastanawiam, dlaczego to robię, bo

przecież nie dla dochodów finansowych – przy małej pasiece, jaką mam, nakłady wniesione w postaci cukru na zimę, leków, węzy, kosztów dojazdu i prac konserwacyjnych, równoważą praktycznie dochód z miodu. Zajmuję się pszczołami tylko dlatego, że to lubię.

Uwielbiam patrzeć na pszczoły, które robią wszystko w taki zorganizowany sposób. Mają jasno wydzielone zadania i określoną hierarchię. Są grupy pszczoł robotnic, których zadaniem jest przyniesienie do ula nektaru i pyłku, celem innych jest wykarmienie młodych pszczoł – czerwiu. Są pszczoły zawiadowczynie, które muszą ustalić o świecie miejsce pożytku dla pozostałych pszczoł robotnic i poinformować je o jego lokalizacji poprzez ruchy odwłoka, tzw. taniec.

W ulu jest tylko jedna pszczoła matka, której jedynym zadaniem jest składanie jajeczek. Królowa zostaje zapłodniona tylko raz w czasie swojego życia przez najlepszego w ulu trutnia. Wytypowanie takiego samca jest bardzo proste, ponieważ królowa wylatuje z ula i wzbija się bardzo wysoko. Ten truteń, który doleci najwyższej i najszybciej, ma prawdopodobnie najlepsze geny, więc jego materiał genetyczny zostanie użyty do zapłodnienia królowej. Jest to prosty mechanizm wybierania partnera, który funkcjonuje u wszystkich zwierząt, w tym również u człowieka. Rolą trutnia w ulu jest tylko i wyłącznie zapłodnienie królowej, ale może nie jest to cecha godna naśladowania w naszym życiu.

Patrząc na pszczoły, zdumiewało mnie, w jaki sposób te małe organizmy są w stanie tworzyć tak symetryczne, wręcz idealne, komórki z wosku, jak udaje im się przygotować do zimy, zebrać zapasy pyłku, miodu, uszczelnić ramki, aby ograniczyć „uciekanie” zimna? Jak to się dzieje, że każda pszczoła wie, jakie jest jej zadanie, że wszystko ma swój czas? Gdy przychodzi czas rójki, czyli „urodzenie się” w ulu nowej królowej, połowa pszczoł zbiera się wokół starej matki i wylatuje z ula, szukając nowego miejsca na dom. W ulu zostaje nowa matka z pozostałymi pszczołami i życie toczy się dalej.

Obserwacja porządku w ulu, nauczyła mnie tego samego w życiu. Żeby coś osiągnąć, trzeba posuwać się małymi krokami, bo każdy z nich coś znaczy i zbliża nas do celu. Musimy wykonywać naszą pracę systematycznie, wiedząc, że nie kończąc jednej czynności nie powinniśmy zaczynać następnej. Swoją sukces zawodowy, czy życiowy należy budować na solidnych podstawach.

Podobnie, jak pszczoły, które pracują zespołowo, żeby osiągnąć zamierzony cel, my również w pojedynkę niczego nie osiągniemy. Trzeba umieć podzielić się swoimi obowiązkami, czasem pomóc innym, być może odwdzięczą się nam tym samym, wtedy, gdy będziemy tego najbardziej potrzebować. Należy też umieć poprosić o pomoc, bo to nie jest słabość czegoś nie potrafić, czy zapomnieć. U pszczoł jest też jasny system hierarchii. Najważniejsza jest królowa i zapewnienie ulowi przetrwania. Jest to możliwe tylko dzięki zorganizowanej pracy wszystkich pszczoł:

pszczoł lotnych, które muszą zebrać pokarm z kwiatów i spadzi, pszczoł karmicielek, które karmią młode larwy pszczele i królową. W życiu człowieka jest podobnie. Żeby osiągnąć wspólny cel, trzeba wiedzieć, co należy do obowiązków danej osoby i próbować sumiennie się z nich wywiązywać, bo przecież brak jednego elementu może zaburzyć funkcjonowanie całego zespołu.

Dzięki pszczołom nauczyłam się również tego, że wszystko musi mieć swój czas i miejsce. Nie można niczego uprzedzać, starając się osiągnąć coś pomijając pewne elementy, bo może się okazać, że przeoczyliśmy szczególnie ważny fragment. Trzeba nauczyć się cierpliwości i uporu w dążeniu do realizacji naszych celów. Nie możemy się zrażać chwilowymi niepowodzeniami, bo przecież one spotykają każdego, ale nie jest to powód do pogrążania się w rozpacz, ale do przeanalizowania, co zrobiliśmy nie tak i, w jaki sposób, możemy to naprawić, żeby następnym razem wszystko się udało. Pszczoły też po odebraniu miodu przez pszczelarza muszą zaczynać wszystko od początku, bo od tego zależy los całego ula. Powinniśmy brać z nich przykład.

Pszczoły są częścią mnie samej. Nie wyobrażam sobie już lata bez wspinania się po drzewach, żeby złapać rójkę; później wiosny, bez świeżego miodu z pierwszych wiosennych kwiatów i kwitnących jabłoni. Nie wyobrażam sobie też, że chociaż jednego roku bez żądał, chociaż mój obecny strój pszczelarski okrywa mnie bardzo szczelnie, jakaś bardzo uparta pszczoła zawsze znajdzie sposób, żeby pozostawić po sobie pamiątkę w postaci pięknej opuchlizny. Pomimo tego cieszę się, że przejęłam po ojcu pasiekę, dzięki temu może jestem troszeczkę cierpliwsza i zorganizowana. Poza tym jestem zadowolona, że kontynuuję tradycję pszczelarską, gdyż niedawno dowiedziałam się od znacznie starszego członka mojej rodziny, że zamiłowanie do pszczoł jest w naszej rodzinie już, od co najmniej pięciu pokoleń. Jestem, więc szóstym przedstawicielem tego hobby w mojej rodzinie, z tą różnicą, że płci żeńskiej. Mam nadzieję, że uda mi się przekazać dalej tę tradycję i zachęcić jak najwięcej osób do tego szlachetnego i jakże pięknego hobby.

Mgr Joanna Kwiecińska jest uczestnikiem studiów doktoranckich w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii.



Pszczoła w trakcie zbierania pyłku kwiatowego



Młode larwy pszczoł



Ramka miodna z pszczołami



Praca w pasiece

Odsłona świata zamkniętego w ramie, czyli słowo o odkrywaniu szarady kodów malarskich

Joanna Hladoń-Wiącek

Trudno wyobrazić sobie świat bez obrazu, pierwszego mikrokosmosu ludzkiej wyobraźni, który towarzyszy nam przez całe życie. Pierwotne wspomnienie matki, domu, przeistacza się z czasem w alegoryczny motyw, towarzyszący nam we wspomnieniach jako wyraz najdoskonalszego, zwizualizowanego szczęścia. Nawet najbardziej banalne detale mogą urastać do rangi werystycznych symboli wygasłego już na zawsze świata.

Zainteresowanie historią sztuki, a w szczególności analizą płócien, może być w pewnym sensie powrotem do ogrodów rozmaitości, czy cudowności jak chciał tego Boccaccio, znanych nam z czasów mitycznego dzieciństwa, pełnego nierozszyfrowanych, enigmatycznych obrazów.

Zajmowanie się sztuką ma także terapeutyczne działanie, ponieważ w odróżnieniu od medykamentów nie niesie ze sobą skutków ubocznych. Aplikowanie sobie w rozsądnej dawce tego rodzaju specyfiku, można nawet uznać za całkiem udane znachorstwo.

Jak trafnie określił to Stanisław Jerzy Lec „dyscyplina sztuki wymaga wolności”, zatem dla każdego fascynata tej dziedziny oznacza to jedno, mianowicie pełną dowolność wyboru oraz poszerzenie granic interpretacyjnych w swobodnie obranym kierunku. W dzisiejszym, niezwykle zdystansowanym do osobistych problemów człowieka świecie, taka furtka jest niczym objawienie wolności, od której dawno już odwykliśmy. Nie musimy także martwić się o swoje tymczasowe dyletanctwo w tej dziedzinie lub ewentualny brak talentu malarskiego, którego los z jakichś przyczyn nam poskąpił. Dziedzina ta pozwala skupić się nam na własnych potrzebach, dokonywać indywidualnych wyborów, a nawet znaleźć upust osobistych niespełnionych ambicji i marzeń, nie dręcząc nimi otoczenia. Hobby to niesie także ze sobą ogromną dawkę wiedzy, którą posiłkując możemy rozmaitymi drogami. Stajemy się mimowolnie odkrywcami, podglądaczami ludzkich losów, dekodując uwikłane w historię opowieści oraz,

co najbardziej satysfakcjonujące, podążając filozoficznym tropem prof. ks. Tischnera - „mędrołami” na własną odpowiedzialność.

Bliskie obcowanie ze sztuką daje nam również poczucie zbilansowanych doznań. Choć wymaga ona z naszej strony drobnych nakładów edukacyjnych, to odwdzięcza się licznymi zyskami. Dni kiedy pragniemy zaszyć się z dala od cywilizacji, wyalienować z ruchliwego otoczenia, świetnie nadają się na to, by poddać się efemerycznemu nastrojowi płócien, które jak żadne inne wprowadzają nas w nastrój łagodnego wyciszenia, zagłębiając w mistyczno-refleksyjne arkana.

Zamiast więc pocieszać się opływającymi w kalorie słodyczami, czy innymi używkami, które wkrótce zemszczą się sownie na naszym ciele, sięgnijmy po książkę, w której warto odnaleźć właściwy rytm życia. Pomóż nam w tym z pewnością niezwykle badacz ludzkich tajemnic Jan Vermeer, który jak żaden inny artysta tak znakomicie oddaje pożądaną przez nas nastrój.

Kobieta ważąca perły



Jan Vermeer: Kobieta ważąca perły, ok. 1664, Washington, National Gallery of Art, Wendy Beckett: Historia malarstwa. Wędrówki po historii sztuki Zachodu. Arkady. Warszawa 1995, s. 209

„Świat przeniknięty jest wielkim i wiecznym pięknem, sprawiedliwie rozmieszczonym w rzeczach dużych i małych”

R. M. Rilke

Posługując się słowami odrzucanego ówczesnie fantastycznego literata, czyli pisarza na indeksie Witolda Gombrowicza, zapytajmy wprost: „Dlaczego kochamy, płacemy...?” Otóż dlatego, że Vermeer „wielkim artystą był” i miejmy nadzieję, że mimo upływu czasu opinia ta nie ulegnie deprecjacji. Powodów, dla których warto wejść w dyskurs z autorem, obserwując kongruencję wyszczególnionych przez niego elementów, jest tak wiele, iż skromna objętość tego artykułu nie jest w stanie tego oddać. Ten niezwykle melancholik i paradoksalnie samotnik, otoczony przecież gromadką dzieci, stworzył tajemny wręcz świat płócieni. Niczym mityczny Orfeusz, zstępujący do podziemi w poszukiwaniu utraconej miłości (w tym wypadku sztuki), prowadzi nas do mrocznej jaskini uwięzionych w ramach jego dzieł stłumionych barw. Materia nie stanowi dla niego oporu, a jest wręcz plastycznym tworzywem w pełni mu

podporządkowanym. Jego obrazy wyrażają niedoścignioną enklawę spokoju i ciszy, uosabiając estetyczne piękno, subtelne doznania tak pożądane w dzisiejszym chaotycznym świecie. Autor namawia nas do swobodnego dialogu, zmuszając obserwatora do demaskatorskiej roli odkrywcy zakonotowanych dogmatów. Za ledwie rozświetlone wiązką światła elementy świata przedstawionego pozornie usypiają naszą uwagę, tłumiąc rozbijające myśli, zarazem uruchamiają proces estetycznych wyborów, których już nie unikniemy.

Płótna artysty pozorują także najczęściej brak dynamiki, spowodowany alegoryczną wymową w duchu ascetycznej kompozycji. Dla przykładu wejrzymy w obraz „Kobieta ważąca perły”, przenoszący akcję do świata zamkniętej przestrzeni komnaty, do którego także i nam Vermeer nie odmawia dostępu. Sugerowany realizm i statyczność obra-

zu to zamierzona poza autora, w rzeczywistości prowadząca do świadomej deklaracji o mimetycznym charakterze jego dzieł w zestawieniu z naszymi doświadczeniami. Aby odkodować zamysł autora, możemy rozpocząć w tym wypadku od obserwacji światła, które, jak wiadomo, nie było Vermeerowi niezbędne w znacznym natężeniu do stworzenia wyjątkowej sceny. Subtelny światłocień wdziera się nieznacznie jasną smugą, litościwie rozlewając się na posagową kobietę, budując atmosferę ukojenia i ciepła. Nienasycone jasnością pomieszczenie, stwarza wrażenie nieco dusznego, emanuje jednak atmosferą spokoju, tłumiąc jednocześnie niepokojące wizje obrazu umieszczonego tuż za postacią. Blask strumienia świetlnego pada też na futerko zdobiące kaftan kobiety, podobnie czepek i perły wyraźnie migoczą na tle zacienionego stołu. Wyłuskanie piękna uzyskuje autor zatem, używając płowych odcieni przełamanych wyższymi refleksami.

Dlaczego światło wdziera się ukradkiem muskając zaledwie naznaczone przedmioty? Możemy domniemywać, iż piękno oraz głęboka symbolika tej sceny nie pozwala na zbyt gwałtowne refleksy. Delikatnie akcentowane szalki w rzeczywistości są zupełnie puste. Należałoby zatem zadać nieprzypadkowe pytanie: skąd pomysł tytułowego ważenia pereł?

Odpowiedź możemy znaleźć, obserwując cały zamysł organizacji tego dzieła, który podporządkowany został zgoła innemu znawcy klejnotów. Jest nim nikt inny jak sam Bóg, utrwalony na obrazie mieszczącym się na drugim planie, ważący dobro i zło, oceniający ludzkie czyny niczym drogocenne skarby. Tym samym obraz ten nabiera wielotorowego wydźwięku, zarówno wiecznego jak i ziemskiego (bliskiego marności ludzkiej egzystencji, odwiecznego vanitas). Jeśli skupimy się dodatkowo na melancholijnym i pograżonym w myślach wyrazie twarzy bohaterki obrazu, zaskoczy nas kontrast utrwalonej tuż za jej plecami sceny.

Zdystansowana do obserwowanej materii kobieta zdaje się nie być wcale zainteresowana wartością swoich klejnotów. Jej twarz wyraża głęboką zadumę, stwarza wrażenie nieobecności, zatopienia się w sprawach niecodzien-

nych. Uwadze naszej nie może też umknąć odmienny stan, w jakim znajduje się centralna postać obrazu, co podkreśla dodatkowo rozjaśniony brzuch. Zatem czy możemy jasno określić, czyje losy waży się na szalkach?

To ambitne dzieło jako zamierzony wybór sugeruje i nam głębszą kontemplację na temat własnych słabości. Kontrast pomiędzy pozornymi wartościami reprezentowanymi przez perły i rodzinne klejnoty, a głębokimi wizjami sceny Sądu Ostatecznego (obraz w tle) przełamuje jednoznaczne odczytanie tego płótna.

Dziewczynka z chryzantemami

„Obraz ożywa ilekroć zbliżysz się do niego z uczuciem. Głębia dzieła sztuki często jest uzależniona od głębi odbiorcy”

Bogumił Buczyński



Olga Boznańska: Dziewczynka z chryzantemami, 1894, Muzeum Narodowe w Krakowie, Wielcy malarze, ich życie, inspiracje i dzieło nr 15: Olga Boznańska, Eagle-moss Polska, Siechnice 1999, s. 13

Fascynacja obrazami wypływa często z potrzeby zetknięcia się z czymś trudnym do zdefiniowania, enigmatycznym i jakże nieuchwytnym. Takim przypadkiem jest właśnie „Dziewczynka z chryzantemami”, niezwykle

dzieło Olgi Boznańskiej, fascynujące i niepokojące. Na pozór wyszła już z wieku dziecięcego, ale jeszcze niedojrzała dziewczynka bezceremonialnie prezentuje się nam na tle banalnie szarej ściany. Taka jednak interpretacja zostaje absolutnie zdegradowana, gdy tylko wnikliwy obserwator zajrzy w jej ciemne jak węgiel oczy, budzące niespodziewany niepokój i dyskomfort. Dziewczynka sama staje się wcieleniem tajemnicy, przewyższając zapewne granicę doświadczeń typowych dla jej wieku. Cały ten obraz nie tylko ze względów treściowych, ale i kompozycyjnych jest owiany tajemnicą, zawierając gros dysonansów, niezgodności.

Popielata i mało efektowna szarość dominująca w całej odsłonie, wywołuje drażniący mariaż napięcia i smutku. Sukienka bohaterki, skromna i pozbawiona ozdób, ożywiona jest zaledwie niewieloma refleksami o tonach różowych i zielonkawych. Wyróżniają się na tym tle z pewnością jej rudawe włosy, łagodnie spływające na ramiona. Nawet mimochodem, jakby bezwiednie trzymane pod ręką chryzantemy nie przystają do całości mimiki, która maluje się na twarzy tajemniczej osóбки. Dualistyczny jest zamysł interpretacyjny, w którym pod uspioną powłoką łagodnej cielesności tkwi jakaś natrętna, wręcz obsesyjna myśl, wydźwięk której przejmuje zdeorientowany obserwator. Nieuniknioną retardację emocji opóźnia też analogiczny układ linii wyznaczonych biegunowo łagodnym łukiem przez ręce i głowę. Przyglądając się uważnie, zaobserwujemy splot dłoni zamykających kompozycję, tworzącą kompilację elementów poziomych i pionowych. Trójkąt złagodzony owalem głowy dziewczynki odpowiada analogicznemu trójkątowi zamkniętemu przez splecione dłonie. Tym samym to my zostajemy złapani w pułapkę dręczących ją myśli, stając się mimochodem świadnikami jej tajemnic i pielęgnowanego przez nią bólu. Dziewczynka ma mi nas swą cielesnością, wabi hipnotycznym spojrzeniem. Zakodowane w naszej mentalności chryzantemy, jako kwiaty przeznaczone dla ludzi, którzy pożegnali się już z ożywionym światem, przyprawiają nas w tym ujęciu o dreszcze. Subtelne piękno dziewczynki oraz stłumiona w jej kruchym ciele domniemana rozpacz, nie pozwalają jednak na obojętność ze strony obserwatora.

Śmierć skąpcza

„Nie usiłuj żyć wiecznie, nie uda Ci się”
G.B. Shaw

Jeśli mamy ochotę na mocne doznania oraz sporą dawkę ironii, często uświadamiającej nam własne słabości, wsłuchajmy się w dema-

skatorski śmiech Hieronima Boscha. Ten ekscentryczny geniusz wymaga od nas nie tylko daru obserwacji, ale wyjątkowego zaangażowania podczas analizy jego spektakularnych odson moralizatorskich.

Pełen fantasmagorycznych postaci obraz „Śmierć skąpca” to odsłona ostatniego kuszenia, zaplanowanego przez groteskowe demony. Jeden z nich w bezceremonialnym, a wręcz bezczelnym geście podsuwa swej ofierze worek złota, słusznie licząc na jej słabości. Żądza posiadania, jak wiele innych kardynalnych grzechów wiecznie zianych przez Boscha, obok obżarstwa, czy chciwości, to główna przyczyna zguby tytułowego skąpca. Dla uwiarygodnienia przekazu autor ukazuje go jeszcze raz w sile wieku, wciąż jednak pochłoniętego swoją zgubną fascynacją. W retrospektywie przyciąga naszą uwagę przytroczony do jego boku różaniec, który zdaje się być zupełnie zbędny, wręcz nieprzystawalny do pochylonej nad skarbem sylwetki. Ze skrzyni spoziera mnóstwo gadzinowatych stworów, małych demonów, będących uosobieniem cech, które symbolizują.

Wśród rozlicznych wynaturzeń postaci, wnikliwy obserwator wypatrzy szczególnie stworzenie: małego, uskrzydłonego demona, zasępionego nad jakąś, zdaje się filozoficzną myślą. Krytycy sztuki dopuszczają tezę, iż pod tą karykaturalną formą kryje się najprawdopodobniej sardoniczny autoportret Boscha. Zatopiona w jedwabiach postać o wychudłej twarzy zdaje się wyrażać cyniczną pogardę wobec zepsucia świata.

Aby rozwinąć dialog z nami, autor płótna postarał się o parę szczegółów, swoistych kalamburów plastycznych, powodujących, iż pragniemy zatopić się w historii tego osamotnionego w godzinie śmierci wojownika. Autor dzieła stawia nas w roli sędziów, krytycznych, ale spostrzegawczych mędrców, z góry przewidujących przyszłość zaślepionego chciwca. Mizerna smuga światła, czytelnie dla nas, ograniczona jest materią kilimu. Światło boskie nie dociera do skorumpowanego chciwością człowieka. Dalszy ciąg zdarzeń możemy dopowiedzieć sobie sami, jednak zawieszony nad łóżem demon sprawia wrażenie już zadomowionego. Skarby zgromadzone na wojnach z wielką pieczołowitością kuszą nasze oczy różnorodnością formy. Mimowolnie sami stajemy się krytyczni, osądzając poniekąd cudze czyny. Zdeformowane diabły, wzbudzają nie tylko naszą ciekawość, ale wkraczając w niebezpieczny obszar mrocznego świata, czujemy wewnętrzne pokrewieństwo z maskaronami. Brzydota



Hieronim Bosch: Śmierć skąpca, ok. 1485-90, Washington, National Gallery of Art, Wendy Beckett: Historia malarstwa. Wędrówki po historii sztuki Zachodu. Arkady. Warszawa 1995, s. 121

wewnętrzna skąpca unaoczniona jest bowiem w tych szpetnych postaciach.

Znakomitym też sposobem malarza na zadzierzgnięcie kontaktu z obserwatorem jest efekt zaskoczenia i poruszenia, jakim nas częstuje. Wprowadza bowiem do akcji uosobioną pod postacią szkieletu śmierć. Jej wycelowana strzała, znajduje się na równej linii z wyciągniętą ręką umierającego, dając bezwzględnie sygnał rychłej porażki człowieka. Obserwujemy też bezskuteczną walkę anioła stróża o zbawienie nagiego, również wobec spraw ostatecznych, Skąpca. Nadaremny wysiłek, jaki podejmuje jedyna wierząca w niego istota w celu zainteresowania umierającego drobnym krucyfiksem, umieszczonym w witrażu okna, zdaje się beznadziejnym.

Malarstwo Boscha niesie za sobą ogromną dawkę emocji. Obnaża ludzkie ułomności, przeraża, budując wrażenie poprzez wszystkie płaszczyzny planu. Obcując z jego twórczością, musimy przygotować się na konfrontację z rzeczywistością. Eschatologiczny wymiar jego dzieł potęgowany jest przez ogrom wprowadzonych monstrualnych form. Urąga słabości człowieka, posługując się deformacjami, oscyluje na krawędzi profanacji. Silna doza ironii przelewa się przez wielotorową, totalną machinę zniszczenia, poddaną jedynie potędze czasu. Miażdży naszą naiwność, obnażając nietrwałość wszystkiego, co dla nas pożądane i cenne.

„Sztuka to wielkie ucho i wielkie oko świata: słyszy i widzi – i ma zawstydić, drażnić, budzić sumienie”

Joseph Conrad

Próżno byłoby szukać dwóch takich samych interpretacji. Każdy zatem, kto zda się na los krytyka oświeconego i de facto sam się nim obwoła, może niekoniecznie na początek z wyraźnym zaostrożnym piórem, powinien odczuć smak chwilowego sukcesu i satysfakcji. Problem pojawia się dopiero przy wnikliwej analizie, do której należałoby sięgnąć po wstępnym etapie oględzin i zmierzyć się z autorytetami oraz mentorami od lat pochłoniętymi pożądaną przez nas dziedziną. Z czasem możemy zostać nieco zahamowani w swoich zapędach, przyznając się do własnego braku spostrzegawczości i lakoniczności analitycznych wywodów na temat. Warto jednak poddać się temu fanatycznemu zauroczeniu, tej przewlekłej chorobie, której każdy etap powoduje u nas zmianę nastroju, ale z którą nie należy walczyć.

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

„Reggae - kocia muzyka...”

Filip Racinowski

...tak Maleńczuk żartuje z reggae, najbardziej obok bluesa schematycznej w swej formie muzyki. Przez całe lata pozostawała ona na marginesie polskiej sceny alternatywnej. Lecz mimo to każdy, kto choć odrobinę interesuje się muzyką zna Daab, Bakshish czy Izrael. Zespoły legendy, które mimo, że nie cieszyły się przychylnością mediów, do dziś gromadzą całe rzesze fanów na swoich koncertach.

W ostatnich latach moda na reggae w różnych jego formach i odmianach przyniosła masę nowych zespołów, soudsystemów, wokalistek i wokalistów. Pojawiają się nowe, bardzo ciekawe płyty. Warto tu wymienić Tombao, Habakuk, Vavamuffin, Maleo Reggae Rockers, Paraliż Band, czy też młody skład, Tabu Band z Wodzisławia. Jest wśród nich bydgoski zespół Dubska. Tak, bydgoski! O dziwo Bydgoszcz choć postrzegana jako miasto prowincjonalne, nudne zaskakuje bogactwem muzycznych twórców.

Zespół powstał w drugiej połowie lat 90. ubiegłego stulecia, kilkakrotnie zmieniał skład. U-Jar, Mały, Odkurzacz, Melon, i ja, Filip grający w pierwszym składzie. Do dziś związani jesteśmy z zespołem. „Skąd nazwa?” - to pytanie najczęściej zadawane członkom Dubska. Nic dziwnego. Dla wielu nazwa przecież dyskredytująca zespół, mało medialna, głupawa, choć być może intrygująca. Oczywiście jest ona zupełnie przypadkowa, nieopaczny żart, w którym jednak z biegiem lat odnaleźliśmy charakter zespołu i niefrasobliwy stosunek do własnej twórczości. Jest też odwołaniem do muzyki jamańskiej. W naszych piosenkach znaleźć można elementy dubu, przestrzennej, wolnej formy, pełnej niezwykłych dźwięków i efektów. Początkowo założeniem naszym było granie właśnie dubu, utworów instrumentalnych, w których fundamentalną rolę grała sekcja rytmiczna, dęta i przestrzeń. Jest też roots rodem z Marley'a, rocksteady - bardzo popowe i melodyjne, mocne raga - łączące puls typowy dla reggae z wokalistyką rodem z hip-hopu, czy też ska, skoczne, taneczne korzenie dzisiejszego reggae, o znacznie szybszych tempach i bluesowym rodowodzie. Czyli: od dubu do ska... inaczej reggae.

Dziś zespół ma w swoim dorobku dwie oficjalnie wydane płyty: DUBSKA i AVOKADO. Zagrał masę koncertów, pokazał się na większości polskich festiwalu reggae: Ostróda Reggae Festiwal, Winter Reggae, Afryka is Hungry, a także na Przystanku Woodstock. W tym roku też nie zamierzamy leniuchować. Pojawimy się w kilku miejscach w Polsce. Wybieramy się do Czech. Właśnie pojawił się nasz teledysk do tytułowej piosenki z płyty Avokado, który można zobaczyć w sieci, telewizjach nie tylko regionalnych... Przygotowujemy się też do kolejnych nagrań i kto wie, może jeszcze w tym roku ukaże się



nasza kolejna płyta.

Często zastanawiam się, jak pogodzę obowiązki zawodowe, specjalizację, studia doktoranckie, życie rodzinne z graniem. Jednak się udaje. Dochodzę wtedy do wniosku, że bez tego całego zgiełku nie byłbym szczęśliwy, nie byłbym sobą. To muzyka jest moim azylem, daje mi czas dla siebie, na refleksję, tak potrzebną przy natłoku zdarzeń, w pędzie dnia codziennego. Mam nadzieję, że i Wy znajdziecie czas na zwolnienie tempa, przyjrzenie się samemu sobie i nabranie dystansu do tych wszystkich poważnych spraw i obowiązków. Nadchodzące wakacje mogą być doskonałą okazją dla takich przeżyć. Ja na pewno wybiorę się na kilka koncertów gwiazd muzyki jamańskiej, które coraz chętniej odwiedzają Polskę. Wspomnę tylko, że

w letnie miesiące zobaczyć będzie można Burning Spear'a, Sly+ Robbie'ego, Misty in Roots, Gentelmana i kilka innych niezwykłych wykonawców. Polecam gorąco.

Lek. Filip Racinowski jest uczestnikiem studiów doktoranckich przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii.



Potrzeby biospołeczne

Krystyna Kurowska

Potrzeby biopsychospołeczne zmuszają nas do aktywności na różnych płaszczyznach naszego życia. Powstają one na podłożu zaburzeń równowagi pomiędzy organizmem a środowiskiem i zazwyczaj wynikają z braku czegoś niezbędnego do normalnego funkcjonowania człowieka. Pobudzenie potrzeby ma miejsce wtedy, gdy między oczekiwaniami jednostki a zaistniałą sytuacją powstaje rozbieżność - wówczas to człowiek dąży do zlikwidowania tej rozbieżności a więc do zaspokojenia potrzeby.

Niewątpliwie do najważniejszych potrzeb człowieka, obok potrzeb biologicznych należą potrzeby psychiczne, których zadaniem jest utrzymywanie równowagi psychicznej. Wyodrębniamy wśród nich potrzeby społeczne i kulturalne. Aktywność prospołeczna człowieka jest ukierunkowana nie tylko na własne osiągnięcia, ale i na osiągnięcia innych ludzi, a owe czynności prospołeczne rodzą postawy altruistyczne. Potrzeby kulturalne natomiast zależą od środowiska, w którym człowiek żyje, oraz od roli jaką w tym środowisku pełni. Do potrzeb kulturalnych zaliczamy potrzebę posiadania dóbr materialnych oraz korzystania z wytworów kultury.

Na pograniczu potrzeb biologicznych i psychicznych znajduje się potrzeba bezpieczeństwa. Z jednej strony dotyczy ona unikania bólu i innych dolegliwości fizycznych, a z drugiej wiąże się z poczuciem bezpieczeństwa, które może być osiągnięte tylko w prawidłowych kontaktach człowieka z otoczeniem. Brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa może rzutować na całe życie

człowieka, może stać się przyczyną postrzeżenia otaczającego świata jako zagrożenia, co może utrudniać podejmowanie aktywności i realizację wyznaczonych celów życiowych. Największy wpływ na zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa ma jednak rodzina i to ona właśnie powinna zapewniać człowiekowi prawidłowe kontakty emocjonalne i możliwości rozwoju w atmosferze współpracy, zrozumienia, zainteresowania, pomocy.

Potrzeba kontaktu emocjonalnego pojawia się we wczesnym okresie życia i jest związana ściśle z potrzebą bezpieczeństwa. Wiele nerwic i zaburzeń w zachowaniu wiąże się z brakiem kontaktu z innymi ludźmi i samotnością. Znaczącą dla człowieka potrzebą jest potrzeba akceptacji przez grupę społeczną, jej brak wiąże się z izolacją społeczną, bo każdy człowiek pragnie być akceptowany przez otoczenie. Potrzeba uznania z kolei wiąże się z akceptacją przez grupę i uznaniem jednostki za jej wartościowego członka, łączy się ona z potrzebą szacunku. Zaspokojenie potrzeby uznania i szacunku prowadzi do poczucia pewności siebie, natomiast niezaspokojenie wywołuje uczucie niższości, słabości, niezaradności. Człowiek, który jest wyizolowany od grupy i nie potrafi zdobyć uznania jej członków, często wkłada wiele pracy w dorównanie, a nawet przewyższenie innych członków grupy pod jakimś względem. Uznanie i znaczenie można uzyskać drogą osiągnięcia sukcesu. Zaspokajanie potrzeby sukcesu polega na dążeniu do osiągnięcia wyniku, który nas zadowala. Działanie motywowane chęcią osiągnięcia sukcesu może dotyczyć

wielu dziedzin. Człowiek o rozbudowanej potrzebie osiągnięć będzie stawiał sobie coraz wyższe wymagania i realizował coraz trudniejsze zadania. Poznawanie świata, związane z aktywnością poznawczą pozwala na gromadzenie doświadczenia indywidualnego i rozwijanie zainteresowań i zamiłowań.

Każdy człowiek w toku swego życia zaspokaja także potrzebę sensu życia. Potrzeba ta jest taką cechą osobnika, która powoduje, że bez zaistnienia w jego działalności życiowej takich wartości, które są lub mogą zostać uznane przez niego za nadające sens życiu, nie może on prawidłowo funkcjonować, co oznacza w praktyce, że jego działalność życiowa jest za słaba w stosunku do możliwości i oceniana jest przez niego negatywnie. Niektórzy widzą sens swego życia w wychowaniu dzieci, inni w pracy zawodowej, jeszcze inni poświęcają się dla bliźnich. Poczucie utraty sensu życia jest częste u ludzi, którzy widzą sens swego życia nie w osiągnięciu celu, ale w samym działaniu. Utrata sensu życia może wiązać się z zaprzestaniem działalności zawodowej po przejściu na emeryturę, po utracie bliskich osób, może wtedy doprowadzić do zaburzeń o charakterze nerwicowym. Zaspokojenie potrzeby jest równoznaczne z zaprzestaniem działania w określonym kierunku. Nie znaczy to jednak, aby aktywność człowieka zmniejszała się w miarę zaspokajania potrzeb. Potrzeby zmieniają się w toku życia.

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

Historia zawodów medycznych

Walentyna Korpalska

Historiografia obejmująca historię zawodów medycznych wzbogaciła się o kolejną monografię: Zawód dentysty – lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, Warszawa 2007. Jest to trzecia publikacja w ramach serii: Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. O dwóch poprzednich: „Zawód położnej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku”, Katowice 2004 i „Zawód farmaceuty na ziemiach polskich w XIX i XX wieku”, Warszawa-Katowice 2006, informowaliśmy w Wiadomościach Akademickich nr 21, czerwiec 2006 r.

Redakcji najnowsze tomu z serii dokonała również dr hab. Bożena Urbanek, a ukazał się on staraniem Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk w Warszawie, Akademii Medycznej w Warszawie oraz Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Prezentowana publikacja stanowi cenne uzupełnienie niezbyt obszernej historiografii polskiej stomatologii, o czym pisze we wstępie Bożena Urbanek. Badania nad specyfiką

i uwarunkowaniami zawodów medycznych utrudnia skromna i rozproszona baza źródłowa. Dlatego też autorzy opracowań, historycy medycyny z różnych ośrodków akademickich z całej Polski, sięgnęli do cennego, choć często niedocenianego źródła jakim jest prasa specjalistyczna – medyczna i stomatologiczna.

Ramy czasowe opracowania obejmują drugą połowę XIX wieku i wiek XX, czas, w którym stomatologia wyodrębniona w samodzielną dyscyplinę z powodzeniem rozwijała się w katedrach uniwersyteckich. W publikacji zachowany został chronologiczny układ treści.

Wśród prac poświęconych czasom zaborów do powstania II Rzeczypospolitej wymienić należy: A. Marek: O pielęgnowaniu zębów. Wskazówki higieniczne lekarzy dentystów zamieszczone na łamach popularnych prac w II połowie XIX wieku i B. Urbanek, Czy w jedności siła? Geneza galicyjskiego konfliktu lekarze – technicy dentystyczni, w którym autorka ukazała genezę sporu o

kompetencje. Nie został on rozstrzygnięty także w Polsce Odrodzonej. I. Kachocka przedstawiła w swoim opracowaniu Działalność warszawskich szkół dentystycznych na łamach czasopism medycznych w latach 1891–1923, a J. Janiuk w przypomniał sylwetkę Edwarda Słońskiego – lekarza stomatologa, ale też niezwykle popularnego niegdyś poety, piewcy Legionów Piłsudskiego i polskiego czynu zbrojnego w latach I wojny światowej. To właśnie Edward Słoński był autorem wiersza Ta, co nie zginęła..., który jesienią 1914 roku zdobył ogromną popularność, przedarł się przez kordony graniczne i dotarł do Polaków ubranych w mundury austriackie, niemieckie i rosyjskie podsycając niepodległościowe nadzieje Polaków.

Mało znaną kartę dziejów medycyny wrocławskiej odkryła B. Bruziewicz – Miklaszewska w opracowaniu: Jonas, Juliusz i Walter Bruckowie – rodzina wrocławskich dziewnastowiecznych i dwudziestowiecznych dentystów, lekarzy i stomatologów.

Kolejny chronologicznie moduł czasowy – dwudziestolecie międzywojenne otwiera syntetyczne opracowanie D. Paluszka i W. K. Korpalskiej: Polskie czasopiśmiennictwo stomatologiczne w okresie międzywojennym, kompleksowo prezentujące miejsce i rolę fachowego piśmiennictwa w rozwoju polskiej stomatologii.

Przedmiotem badań autorów kolejnych opracowań stała się właśnie przede wszystkim prasa specjalistyczna. To niezwykle ważne, gdyż dotychczas pozostawała ona poza kręgiem zainteresowań historyków nauki, a jak dowodzi lektura publikacji, stanowi ona niezwykle cenny materiał badawczy. W tej grupie zaprezentowano prace: J. T. Persa: Wyposażenie gabinetów dentystycznych na ziemiach polskich w latach 1898-1939; M. Rafalski, J. Kownacki: Reklama dentystyczna w Warszawie od II połowy XIX wieku do 1939 roku; M. Paciorek: Działalność społeczna i organizatorska lekarzy dentystów pierwszej połowy XX wieku; J. Zuchoła: Uprawnienia dentystów polskich w okresie międzywojennym; M. Marcysiak: Projekty zmian w kształceniu dentystów w kontekście zjazdów na łamach prasy okresu międzywojennego; T. Dworecka: Zawód lekarza dentysty w świetle ogłoszeń z „Przeglądu Dentystycznego” oraz „Kroniki Dentystycznej” w latach 1925-1937; A. Bukowska: Organizacje zawodowe stomatologów na ziemiach polskich w latach 1905-1950.

Zasadniczym źródłem badawczym dla tej grupy prac była, jak wspomniano, zawodowa prasa stomatologiczna. Autorzy starali się jednak, z większym lub mniejszym powodzeniem, weryfikować swoje sądy źródłami normatywnymi i ustaleniami znawców literatury przedmiotu.

Problematyce zawodu stomatologa w tru-

dnych latach po II wojnie światowej poświęcone są zamykające tom opracowania: M. Lipińskiej: Kompetencje i tytuły zawodowe dentystów w świetle polemik prasowych na łamach „Służby Zdrowia” w latach 1949-1957; D. Zeńczak-Więckiewicz, M. Więckiewicz: Profesor Marian Zeńczak (1891-1948); środowisko rodzinne, droga życiowa i zawo-

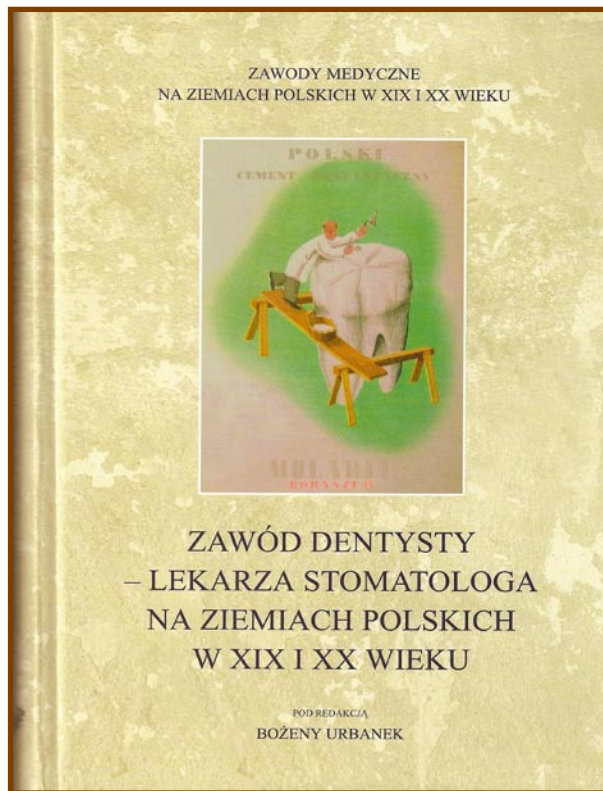
1945-1989. Oparty na unikalnych materiałach źródłowych, także ze zbiorów rodzinnych autorki, chroni od zapomnienia dokonania wrocławskiego środowiska stomatologii akademickiej, ukstałtowanego w wyniku ponad półwiekowej tradycji i następstwa pokoleń. Jest również znakomitą ilustracją dziejów polskiej stomatologii w latach po drugiej wojnie światowej.

Z ogromną satysfakcją należy stwierdzić, że wyniki badań przedstawione w recenzowanej publikacji zostały zaprezentowane na międzynarodowej konferencji. W dniach 10-12 maja 2007 roku odbyła się w Warszawie druga Międzynarodowa Konferencja Stomatologiczna Zachód-Wschód, zorganizowana przez Instytut Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie. W jej ramach odbywały się także obrady sesji historycznej „Zawód lekarza stomatologa na ziemiach polskich w XIX i XX wieku”.

Poza prezentacją wyników badań zawartych w recenzowanej publikacji uczestnicy sesji mieli okazję zapoznać się z bardzo interesującym wystąpieniem M. Schymanietz z Wuppertalu: Die Polnische Medizinische Gesellschaft in Deutschland als Plattform zur Verständigung zwischen Zahnärzten und Ärzten aus Deutschland und Polen. Autorka przedstawiła sytuację polskich stowarzyszeń lekarskich w Niemczech i ich rolę, jako platformy porozumienia pomiędzy lekarzami i dentystami polskimi i niemieckimi.

Według zapewnień organizatorów, kolejna publikacja i konferencja w ramach cyklu „Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku” będzie dotyczyć zawodu pielęgniarki. Należy sądzić, że spotka się ona z równie żywym zainteresowaniem, co trzy dotychczasowe.

Dr Walentyna Korpalska jest kierownikiem Katedry i Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa.



dowa; J. Fetlińskiej: Dentyści i ich działalność na Ziemi Ciechanowskiej do 1998 roku; H. Bojczuk: Graficzne znaki książkowe lekarzy i współczesnych stomatologów polskich. W tej grupie opracowań szczególną uwagę czytelnika zwracam na artykuł B. Płonki-Syroki: Kształtowanie się wrocławskiego środowiska stomatologii akademickiej w latach

Pielęgniarka roku

Mirosława Kram

Koło Liderów przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego po raz kolejny zorganizowało Konkurs, którego III etap oraz finał odbył się w Warszawie. II etap Konkursu miał miejsce w Oddziałach Wojewódzkich PTP. Uczestniczki musiały wykazać się m. in. znajomością historii pielęgniarstwa, podstawami pielęgniarstwa klinicznego, Ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej. Największą ilość punktów z testu otrzymała p. Anna Nowacka, będącą jednocześnie pielęgniarką z WSK w Bydgoszczy oraz studentką 5 roku jednolitych mgr. studiów pozastacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo WNoZ. Od p. mgr Grażyny Wysiadeckiej Przewodniczącej Komisji Konkursowej II etapu, Pani Anna otrzymała zaproszenie na III etap w Warszawie.

10 maja na terenie Wojskowego Instytutu Medycznego 13 pielęgniarek wzięło udział w III etapie Konkursu. Komisja Konkursowa III etapu przyjęła następujące kryteria w ocenie wystąpienia uczestnika III etapu: znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, poprawność struktury wystąpienia, trafność doboru przykładów ilustrujących treści, komunikatywność języka i akcentowanie ważnych treści, oryginalność prezentacji i przestrzeganie ustalonego czasu wystąpienia.

W przeddzień Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki - 11 maja 2007 r. zostały wręczone nagrody finalistom Konkursu „Pielęgniarka Roku 2006”. Konkurs odbył się pod patronatem prof. dr. hab. Zbigniewa Religi Ministra Zdrowia i dr Elżbiety Buczkow-

skiej Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Sponsorem nagrody głównej była Firma Paul Hartmann Polska. Patronat medialny nad Konkursem objęły czasopisma „Pielęgniarka i Położna” i „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, którzy ufundowali również nagrody.

W konkursie udział wzięło w sumie 170 pielęgniarek. Pielęgniarką Roku została Pani Anna Nowacka z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. II miejsce zajęła Pani Agnieszka Kopańska z WIM CSK MON Warszawa. III miejsce zajęła Pani Mirosława Karbowska z SP ZOZ Hajnówka.

Mgr Mirosława Kram jest Przewodniczącą Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Diagnoza pielęgniarska - dziecko z bólem

Mirosława Kram

Diagnoza pielęgniarska stanowi główne pojęcie w pielęgniarstwie i jest uznawana jednocześnie za najważniejszy etap w procesie pielęgnowania. Współcześnie, przedmiotem uwagi nie jest to, czy pielęgniarka może diagnozować i konsekwentnie formułować diagnozę pielęgniarską, ale to, co może diagnozować.

Diagnoza pielęgniarska to rozpoznanie (opis) stanu zdrowia człowieka w aspekcie bio-psycho-społecznym.

W dziedzinach, w których dochodzi do rozpoznania stanu, a są to: medycyna, psychologia, pedagogika, socjologia, bazuje się na zgromadzonych danych, poddawanych następnie racjonalnej ocenie.

Proces pielęgnowania jest modelem teoretycznym opracowanym dla potrzeb praktyki opiekuńczej. W polskich opracowaniach pielęgniarskich przyjęto 4 etapy procesu pielęgnowania: rozpoznawanie (stanu pacjenta), planowanie (opieki pielęgniarskiej), realizowanie (zaplanowanych zadań i czynności) i ocenianie (wyników opieki). Diagnoza zawarta w etapie rozpoznawania jest wynikiem oceny zgromadzonych danych. A więc dojście do racjonalnych wniosków, wyprowadzonych z analizy danych o podmiocie opieki, jest równoznaczne z diagnozą pielęgniarską. Stawiając diagnozę, pielęgniarka formułuje szczegółowe cele, zadania i czynności. Następnie, zgodnie z kolejnymi etapami procesu pielęgnowania planuje sposoby i środki niezbędne do ich realizacji, a także określa udział własny w wykonywaniu poszczególnych zadań.

Kompetentna i profesjonalnie przygotowana pielęgniarka, dostrzega i rozumie sytuację zdrowotną pacjenta, jej uwarunkowania, zagrożenia i prognozy (stanu). Jest głównym i bezpośrednim wykonawcą czynności pielęgnacyjnych.

Gromadzenie danych na potrzeby diagnozy

W gromadzeniu danych (informacji) na temat dziecka pielęgniarka wykorzystuje różne dostępne źródła w celu uzyskania niezbędnych informacji do zaplanowania i realizacji działań na jego rzecz. Dane zgromadzone ukierunkowane są przez proces leczenia, któremu poddane jest dziecko.

Proces gromadzenia danych odbywa się za pomocą: wywiadu/ rozmowy, obserwacji oraz dokonywania pomiarów za pomocą przyrządów.

Wywiad pielęgniarski.

Jest specjalną formą rozmowy, która służy poznaniu pacjentów, ich różnych problemów zdrowotnych. (Zwyczajna rozmowa polega na wymianie informacji pomiędzy osobami, które biorą w niej udział; w wywiadzie role są ściśle podzielone). Przeprowadzenie wywiadu przez pielęgniarkę musi spełniać określone wymagania, tj.: zachowanie zasady

intymności i szacunku, umiejętność komunikowania się oraz unikanie niekorzystnych warunków fizycznych w trakcie wywiadu.

Obserwacja dziecka.

Stanowi niekiedy główny sposób zbierania danych, zwłaszcza wtedy, gdy nie ma możliwości na przeprowadzenie wywiadu, pacjent niechętnie zgłasza dolegliwości, z różnych powodów komunikowanie się z dzieckiem jest utrudnione lub niemożliwe. Zapis obserwacji zależy przede wszystkim od przyjętej procedury i sposobów dokumentowania, obowiązujących w danej placówce.

Analiza dokumentów.

Dokumentami urzędowymi są wszystkie pisemne informacje wystawione przez in-



fot. Piotr Pękala

stytucje. Mają one charakter danych obiektywnych i obiektywnych tego względów są traktowane jako obowiązujące, rzetelne i prawdziwe.

Dokonywanie pomiarów.

Dla potrzeb praktyki pielęgniarskiej dokonuje się pomiarów metodą bezpośrednią – temperaturę ciała za pomocą termometru, masę ciała za pomocą wagi, wysokość ciała za pomocą antropomierza, itp. Metody pośrednie polegają na tym, że uzyskana wielkość pomiaru musi być przeniesiona na określony wzorzec, na podstawie którego dochodzi do odczytania wartości badanej, np. pomiar natężenia bólu - skala VAS.

Formułowanie diagnozy w kategorii problemów

Wymienione i opisane metody gromadzenia danych wykorzystywane są łącznie. Sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej ma podstawową wartość dla indywidualnego i celowego pielęgnowania. W związku z tym, uwaga pielęgniarki skupia się na występujących zaburzeniach, dolegliwościach, niepokojących objawach lub niekorzystnych wynikach dokonywanych pomiarów. Ponieważ dostrzegane zaburzenia (np. senność), dysfunkcje (np. niedosłuch), zgłaszane dolegliwości (np. ból) i ich następstwa wywołują konkretne problemy pacjenta – trudności życiowe, zagrożenie życia. Pielęgniarka formułuje diagnozę,

koncentrując się na analizie zróżnicowanych problemów. Ich sprecyzowanie ułatwia ukierunkowanie „interwencji pielęgniarskiej”, pozwala nakreślić plan działania oraz ich ocenę na rzecz poprawy zdrowia lub jego umacniania. Problemy mają zawsze związek ze stanem pacjenta, bowiem z niego wynikają.

Działania pielęgniarskie mają nie tylko charakter naprawczy. Formułowanie diagnozy w kategoriach problemów przez wskazanie jedynie negatywnych cech elementów aktualnego stanu nie jest wystarczające. Stąd w procesie pielęgnowania wyróżnia się oprócz diagnozy wstępnej i uściślonej - diagnozę prognostyczną, tj. przewidywania dotyczące życia dziecka po opuszczeniu szpitala, czy innej placówki ochrony zdrowia.

Dokumentowanie procesu pielęgnowania także zależy od przyjętego sposobu w danej placówce: szpitalu, przychodni, sanatorium.

Gromadzenie danych dotyczących bólu

Ból jest doświadczeniem złożonym. Jego składowymi są zarówno komponent zmysłowy (uczuciowy), który ma swoją anatomie i fizjopatologię, jak i komponent emocjonalny wyrażający negatywne przeżycia uczuciowe: strach, lęk, smutek, złość, gniew. Wyraża się także w tzw. zachowaniu bólowym. Bólem jest to, co odczuwa i opisuje pacjent, to co chory sam nazywa. Przez to ból pełni funkcję informacyjną i obronną.

Dane dotyczące bólu określa się na podstawie występowania bólu, zgłaszania przez dziecko dolegliwości bólowych, reakcji dziecka na działanie bodźca bólowego, odczuwanie natężenia bólu, lokalizacji bólu.

Ocena reakcji na ból.

Stwierdza się występowanie objawów, które mogą towarzyszyć dolegliwościom bólowym: pobudzenie ruchowe, zahamowanie ruchowe, niepokój, smutek, rozszerzone źrenice, grymasy twarzy, zaciskanie warg, zaciskanie palców dłoni, płacz, szloch, uciskanie wybranych powierzchni ciała, oddech pogłębiony, przyspieszony lub zwolniony aż do chwilowego bezdechu, skóra spocona, zimna, blada, utrata łaknienia, nudności, osłabienie. Reakcją na ból mogą wzmacniać inne dolegliwości, które dodatkowo występują u dziecka, takie jak: kaszel, zaparcie, biegunka, unieruchomienie i brak możliwości zmiany pozycji ułożenia.

Ocena natężenia bólu.

Oceniając natężenie bólu (intensywność) dziecko może określić dolegliwości jako: znośny, lekki, średni, dotkliwy, mocny, nie do zniesienia.

Na wzrost natężenia bólu mogą wpływać także poprzednie doświadczenia związane doznawaniem bólu (np. ból związany z badaniami, szczepieniem), niepokój i lęk związany oczekiwaniem na wystąpienie bólu (np. zmiana opatrunku), stan emocjonalny (gniew, zaburzone poczucie bezpieczeństwa) pora

występowania (noc i wczesny ranek).

Ocena natężenia bólu dokonywana przez dziecko wymaga zastosowania skal bólu.

1. Skala oceny liczbowej (numeryczna). Prosi się dziecko, żeby określiło jak silny jest ból wskazując na odpowiednią cyfrę. Pokaż na linii jak mocno Cię boli (dziecko >6 r.ż)
2. Pokaż na palcach jak mocno Cię boli (dziecko < 6 r.ż).
3. Skala wzrokowo- analogowa. skala wzrokowo – analogowa (ang. Visual Analogue Score - VAS). Podobna do przedstawionej wyżej, przy czym ma charakter graficzny. Prosi się dziecko, aby zaznaczyło stopień natężenia bólu na odcinku długości 10 cm. Podstawową sprawą jest to, aby dziecko dobrze zrozumiało co oznaczają wartości skrajne.

Skale odwołują się do doświadczeń i wyobraźni cierpiącego dziecka, jednocześnie pozwalają na zapisanie wyniku w postaci cyfry i porównywanie wyników uzyskanych w czasie kolejnych badań. Przyjęto w praktyce, że bóle w przedziale VAS: 1 -3, są umiarkowane; bóle o nasileniu 7 – 10 traktuje się jako bardzo silne, wymagające szybkiej interwencji.

Ocena charakteru bólu.

Dziecko odczuwające ból, może opisywać (zawsze jest to ocena subiektywna) ból jako: pulsujący, rwący, kurczowy, piekący, nieznośny, ostry, tępy, kłujący, itp. Charakter (jakość) bólu zależy od narządu, na który działa bodziec.

Czas trwania bólu.

Ocenia się początek wystąpienia bólu, w jakiej sytuacji wystąpił, jak długo trwa, jak często trwa, czy wystąpił po raz pierwszy, jak często się powtarza, czy występuje stale, czy z przerwami.

Lokalizacja bólu.

Należy ocenić czy ból jest miejscowy – występuje w miejscu zadziałania bodźca bólowego (uraz), czy ból jest uogólniony – czy promieniuje od miejsca działania bodźca i w jakim kierunku.

Próg bólowy.

Podwyższa: ciepło i wyższa temperatura ciała, odpoczynek, wystarczająca ilość snu, zajęcia odwracające uwagę. Obniża – zmęczenie, nuda (szpitalna), smutek, lęk, przewlekła choroba, obniżona odporność organizmu.

Objawy towarzyszące.

Dolegliwościom bólowym towarzyszyć mogą nudności wymioty, zaburzenia snu

i apetytu oraz niechęć do kontaktów z innymi.

Diagnoza pielęgniarska a zakres opieki.

Ból i stres spowodowany zarówno procesem chorobowym lub ostrym urazem, jak i towarzyszący procedurom diagnostycznym i leczniczym powinien być leczony u dziecka. Takie są wymogi współczesnej medycyny. Niefarmakologiczne metody postępowania z bólem u dzieci powinny stanowić część leczenia od momentu rozpoznania bólu, a następnie podczas całej terapii. Farmakologiczne metody leczenia bólu są stosowane wtedy, gdy główna dolegliwość powoduje ból lub ból oceniany jest >3. Postępowanie farmakologiczne opiera się na stosowaniu leków z różnych grup celem skutecznego jego leczenia.

Określenie stanu dziecka i jego cech stanowi podstawę do sformułowania diagnozy pielęgniarskiej. W planowaniu opieki następnie jej realizowaniu należy skutecznie likwidować ból i inne dolegliwości somatyczne, udzielać wsparcia i nieść pomoc psychoterapeutyczną oraz zagwarantować kompleksowość, ciągłość opieki pielęgniarskiej.

Mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim IF. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę artykuły o IF powyżej 1 oraz okres zgłoszenia pracy od połowy marca do końca maja 2007 roku. Tym razem zamieszczamy również publikacje dostarczone w okresie od stycznia do połowy marca 2007 r. z IF w przedziale pomiędzy 1 a 2 (które nie zmieściły się w poprzednim numerze WA).

Władysław Sinkiewicz

IF: 46.664

1.

Konstam M. A., Gheorghiadu M., Burnett J. C., Grinfeld L., Maggioni A.P., Swedberg K., Udelson J. E., Zannad F., Cook T., Ouyang J., Zimmer C., Orlandi C., [i in.], Sinkiewicz W[ładysław], [i in.]: Effect of oral tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure. - JAMA 2007 Vol. 297 nr 12 s. 1319-1331, IF: 23.332

2.

Gheorghiadu M., Konstam M. A., Burnett J. C., Grinfeld L., Maggioni A.P., Swedberg K., Udelson J. E., Zannad F., Cook T., Ouyang J., Zimmer C., Orlandi C., [i in.], Sinkiewicz W[ładysław], [i in.]: Short-term clinical effects of tolvaptan, an oral vasopressin antagonist, in patients hospitalized for heart failure.- JAMA 2007 Vol. 297 nr 12 s. 1332-1343, IF: 23.332

Streszczenie: Potencjalną alternatywą dla leczenia diuretykami ostrej niewydolności serca może być zastosowanie antagonistów receptora wazopresyny. Tolvaptan jest do-

stycznym, niebiałkowym, selektywnym antagonistą receptora V2. Lek działa w kanaliku dystalnym nefronu, powodując utratę wody i nie prowadząc jednocześnie do utraty elektrolitów. Krótkotrwałe i odległe efekty leczenia tolvaptanem oceniono w randomizowanym badaniu klinicznym EVEREST. Badanie przeprowadzono w latach 2003-2006 w populacji 4133 pacjentów w 359 ośrodkach w USA, Ameryce Południowej i Europie. Okres obserwacji wynosił średnio 9,9 miesiąca.

Kryteria włączenia do badania obejmowały dorosłych z niewydolnością serca z upośledzoną czynnością skurczową lewej komory (EF ≤ 40%), hospitalizowanych z powodu zaostżenia niewydolności serca. Warunkami włączenia do badania były: III lub IV klasa NYHA przy randomizacji oraz obecność co najmniej dwóch z wymienionych objawów: duszność, poszerzenie żył szyjnych, obrzęki obwodowe. Pacjenci byli randomizowani w ciągu pierwszych 48 godzin hospitalizacji do doustnego leczenia tolvaptanem w stałej dawce 30 mg/d raz dziennie lub placebo. Leczenie tolvaptanem utrzymywano do zakończenia obserwacji długoterminowej. Ponadto prowadzono konwencjonalne leczenie uwzględniające zastosowanie diuretyków.

W obserwacji krótkoterminowej tolvaptan okazał się lekiem skutecznym. W ciągu pierwszych 4 dni leczenia u istotnie większej liczby pacjentów w grupie tolvaptanu stwierdzano poprawę w zakresie duszności i zmian osłuchowych. Różnice istotne statystycznie stwierdzano także w zakresie obecności poszerzenia żył szyjnych i obecności duszności ortopnoe w ciągu pierwszych 3 dni leczenia.

Tolvaptan okazał się również lekiem bezpiecznym. W obserwacji długoterminowej zdarzenia niepożądane występowały w obydwu grupach z podobną częstością. Śmiertelność całkowita była podobna w grupach leczenia tolvaptanem i placebo (25,9% vs 26,3%, p = 0,68). Podobnie, nie stwierdzono istotnych różnic pod względem częstości zgonów sercowo-naczyniowych lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca (42% vs 40,2%, p = 0,55).

Badanie EVEREST dostarcza dowodów na skuteczność i wysokie bezpieczeństwo zastosowania tolvaptanu jako leku uzupełniającego terapię diuretykami w ostrej niewydolności serca. Szczególnie cennym może okazać się jego korzystne działanie u pacjentów z hiponatremią. Należy podkreślić, że większość z leków stosowanych obecnie w leczeniu ostrej niewydolności serca cechuje się licznymi i poważnymi działaniami ubocznymi oraz negatywnie wpływa na śmiertelność. W tej perspektywie tolvaptan, który nie ma wpływu na śmiertelność krótkoterminową, jak i odległą, budzi duże nadzieje.

Jakub J. Kałużny

IF: 5.994

1.

Bartłomiej J. Kałużny, A. Szkulmowska, Jakub J. Kałużny, T. Bajraszewski, M. Szkulmowski, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski: In vivo imaging of posterior capsule opacification using Spectral Optical Coherence Tomography. - J. Cataract Refract. Surg. 2006 Vol. 32 s. 1892-1895, IF: 1.941

Streszczenie: Za pomocą lampy szczelinowej z aparatem cyfrowym Canon EOS 300D i prototypowego spektralnego optycznego koherentnego tomografu (SOCT) zbadano odcinek przedniej gałki ocznej trzy lata po nieopukanej operacji zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki z PMMA (MZ60BD, Alcon). Następnie wykonano kapsulotomię tylną laserem Nd:YAG i ponownie przeprowadzono badania. Jakość uzyskanych obrazów pozwalała na dokładną ocenę w przekroju poprzecznym sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej, zmętnienia torby tylnej i zmian morfologicznych po kapsulotomii. Ponadto dane trójwymiarowe wykorzystano do stworzenia map zmętnień w płaszczyźnie czołowej. W świetle zaprezentowanych wyników stwierdzamy, że możliwe jest zastosowanie technologii SOCT do oceny nowych typów soczewek wewnątrzgałkowych i procesu tworzenia się zmętnień torebki tylnej.

2.

Kałużny Jakub J., Józwicki Wojciech, Wiśniewska Halina: Histological biocompatibility of new, non-absorbable glaucoma deep sclerectomy implant. - *J. Biomed. Mater. Res. B Appl. Biomater.* 2007 Vol. 81B s. 403-409, IF: 1.621

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

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

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

Wnioski: Materiałem najlepiej tolerowanym przez twardówkę okazał się wchłaniający, usieciowany hialuronian sodu. Chociaż nasilenie reakcji zapalnej w otoczeniu obu wszczepów niewchłaniających było podobne, cieńsza torebka włóknista wytworzyła się wokół implantu hydrożelowego, IF: 1.358

3.

Bartłomiej J. Kałużny, Jakub J. Kałużny, A. Szkulmowska, I. Gorczyńska, M. Szkulmowski, T. Bajraszewski, M. Wojtkowski, P. Targowski: Spectral optical coherence tomography: a novel technique for cornea imaging. - *Cornea* 2006 Vol. 25 nr 8 s. 960-965.

Streszczenie: Cel: Spektralna optyczna koherentna tomografia (SOCT) to nowa, nieinwazyjna, bezkontaktowa technika obrazowa wysokiej rozdzielczości pozwalająca na tomograficzną wizualizację obiektów, które w niewielkim stopniu pochłaniają i rozpraszają światło. SOCT dzięki znacznej szybkości działania i wysokiej czułości pozwala na uzyskiwanie tomogramów o znacznie lepszej jakości w porównaniu z konwencjonalną OCT. Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania SOCT w obrazowaniu rogówki w przekroju poprzecznym.

Metodyka: Za pomocą lampy szczelinowej i prototypowego urządzenia SOCT skonstruowanego w Instytucie Fizyki UMK zbadano 11 oczu z różnymi patologiami obrębie rogówki.

Wyniki: Uzyskano tomogramy o wysokiej rozdzielczości (4 μm osiowa i 10 μm poprzeczna) złożone z 3000-5000 linii w czasie 120-200 ms. Jakość uzyskanych obrazów pozwalała na dokładne zobrazowanie patologii rogówki w przekroju poprzecznym. Możliwa jest ocena lokalizacji, kształtu, wielkości i właściwości rozpraszania światła w obrębie zmian patologicznych. Grubość całkowita rogówki, jak i jej nabłonka oraz głębokość i szerokość uszkodzeń może być zmierzona.

Wnioski: Technologia SOCT pozwala na optyczną biopsję rogówki i jej patologii dostarczając danych istotnych klinicznie.

4.

Bartłomiej J. Kałużny, Jakub J. Kałużny, A. Szkulmowska, I. Gorczyńska, M. Szkulmowski, T. Bajraszewski, P. Targowski, A. Kowalczyk: Spectral optical coherence tomography: a new imaging technique in contact lens practice. - *Ophthal. Physiol. Opt.* 2006 Vol. 26 s. 127-132, IF: 1.074

Cel: Spektralna optyczna koherentna tomografia (SOCT) to nowa, nieinwazyjna, bezkontaktowa technika obrazowa wysokiej rozdzielczości pozwalająca na tomograficzną ocenę obiektów, które w niewielkim stopniu pochłaniają i rozpraszają światło. Celem pracy jest przedstawienie możliwości zastosowania SOCT w obrazowaniu soczewki kontaktowej na powierzchni oka.

Metodyka: Za pomocą lampy szczelinowej i prototypowego urządzenia SOCT zbadano 9 oczu 6 pacjentów z różnymi soczewkami kontaktowymi na powierzchni oka.

Wyniki: Uzyskano tomogramy o wysokiej rozdzielczości (4 μm osiowa i 10 μm poprzeczna) złożone z 3000-5000 linii w cza-

sie 100-250 ms. Jakość uzyskanych obrazów pozwalała na dokładną ocenę dopasowania soczewki kontaktowej, jak i kształtu oraz położenia brzegu. Powikłania po soczewkach kontaktowych mogą być również zobrazowane. Grubość soczewki, całkowita grubość rogówki, jak i jej nabłonka oraz szerokość szczeliny między soczewką a powierzchnią oka mogą być zmierzone.

Wnioski: Technologia SOCT pozwala na obrazowanie w przekroju poprzecznym soczewki kontaktowej na powierzchni oka. Zdolność do precyzyjnej oceny dopasowania soczewki może znaleźć zastosowanie w badaniach naukowych i praktyce kontaktologicznej. SOCT może również być wykorzystana do diagnozowania, oceny i dokumentowania powikłań związanych z soczewkami kontaktowymi.

Bartłomiej J. Kałużny

IF: 4.373

1.

Bartłomiej J. Kałużny, A. Szkulmowska, Jakub J. Kałużny, T. Bajraszewski, M. Szkulmowski, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski: In vivo imaging of posterior capsule opacification using Spectral Optical Coherence Tomography. - *J. Cataract Refract. Surg.* 2006 Vol. 32 s. 1892-1895, IF: 1.941

2.

Bartłomiej J. Kałużny, Jakub J. Kałużny, A. Szkulmowska, I. Gorczyńska, M. Szkulmowski, T. Bajraszewski, M. Wojtkowski, P. Targowski: Spectral optical coherence tomography: a novel technique for cornea imaging. - *Cornea* 2006 Vol. 25 nr 8 s. 960-965, IF: 1.358

3.

Bartłomiej J. Kałużny, Jakub J. Kałużny, A. Szkulmowska, I. Gorczyńska, M. Szkulmowski, T. Bajraszewski, P. Targowski, A. Kowalczyk: Spectral optical coherence tomography: a new imaging technique in contact lens practice. - *Ophthal. Physiol. Opt.* 2006 Vol. 26 s. 127-132, IF: 1.074

Wojciech Józwicki, Halina Wiśniewska

IF: 4.171

1.

Kałużny Jakub J., Józwicki Wojciech, Wiśniewska Halina: Histological biocompatibility of new, non-absorbable glaucoma deep sclerectomy implant. - *J. Biomed. Mater. Res. B Appl. Biomater.* 2007 Vol. 81B s. 403-409, IF: 1.621

2.

Domanowska Ewa, Józwicki Wojciech, Domanowski Jan, Gołda Ryszard, Skok Zdzisław, Wiśniewska Halina, Sujkowska Renata, Wolski Zbigniew, Józwicki G.: Muscle-invasive urothelial cell carcinoma of the human bladder: multidirectional differentiation and ability to metastasize. - *Hum. Pathol.* 2007 Vol. 38 s. 741-746, IF: 2.550

Marcin Ziółkowski**IF: 4.08**

1.

Augustyńska B[ęta], Ziółkowski M[arcin], Odrowąż-Sypniewska G[rażyna], Kiepiński A., Gruszka M[arzenna], Kosmowski W[ołjciech]: Menstrual cycle in women addicted to alcohol during the first week following drinking cessation - changes of sex hormones levels in relation to selected clinical features. - *Alcohol Alcohol*. 2007 Vol. 42 nr 2 s. 80-83. Alkoholizm - kobiety; Miesiączkowanie - zaburzenia; Hormony płciowe, IF: 2.040

2.

Wroński M., Skrok-Wolska D., Samocho-wiec J., Ziółkowski M[arcin], Święcicki Ł., Bienkowski P., Korkosz A., Zatorski P., Kukwa W., Ścińska A.: Perceived intensity and pleasantness of sucrose taste in male alcoholics. - *Alcohol Alcohol*. 2007 Vol. 42 nr 2 s. 75-79. Alkoholizm - mężczyźni; Sacharoza, IF: 2.040

Marek Szymański**IF: 3.103**

1.

W. Rzeski, A. Stepulak, Marek Szymański, M. Sifringer, J. Kaczor, K. Wejksza, B. Zdzisińska, M. Kandefor-Szerszeń: Betulinic acid decreases expression of bcl-2 and cyclin D1 inhibits proliferation, migration and induces apoptosis in cancer cells. - *N-S Arch. Pharmacol*. 2006 Vol. 374 nr 1 s. 11-20, IF: 2.098

Wstęp: Kwas Betulinowy jest substancją roślinną pozyskiwaną głównie z kory brzozy białej (*Betula alba*) i posiada szeroki zakres działań biologicznych w tym działanie przeciwwirusowe, przeciwparazytowe i przeciwbakteryjne oraz przeciwzapalne a także jak wynika z doniesień może hamować wzrost i proliferację komórek nowotworowych. Celem pracy była ocena in vitro skuteczności kwasu betulinowego w hamowaniu wzrostu komórek nowotworowych kultur komórkowych różnych nowotworów.

Wyniki: W przeprowadzonym badaniu wykazano zadziwiająco silne działanie antyproliferacyjne kwasu betulinowego na komórki nowotworowe we wszystkich badanych kulturach komórkowych, w tym neuroblastoma, medulloblastoma, glejaka, raka tarczycy, piersi, płuc oraz okrężnicy, komórek białaczkowych a także szpiczaka mnogiego. Wykazano także hamowanie wzrostu pierwotnych kultur komórkowych izolowanych z raka jajnika i glejaka wielopostaciowego.

Zaobserwowano również zmniejszenie proliferacji komórek nowotworowych pod wpływem kwasu betulinowego oraz indukcję śmierci komórek na drodze apoptozy. Stwierdzono ponadto zmniejszoną ekspresję genów bcl2 i cyklin D1 oraz wzrost ekspresji genu bax po terapii kwasem betulinowym.

Wnioski: Przeprowadzone badania potwierdzają działanie przeciwnowotworowe kwasu betulinowego i sugerują wzięcie pod uwagę stosowania kwasu betulinowego jako leku wspomagającego leczenie onkologiczne.

2.

A. Czekierdowski, S. Czekierdowska, M[arek] Szymański, M. Wielgos, P. Kamiński, J. Kotarski: Opioid-binding protein/cell adhesion molecule-like (OPCML) gene and promoter methylation status in women with ovarian cancer. - *Neuroendocrinol. Lett*. 2006 Vol. 27 nr 5 s. 609-613, IF: 1.005

Wstęp: OPCML jest genem supresorowym, kodującym białko z rodziny IgG odpowiedzialne za wzajemne przyleganie komórek. Wyniki badań sugerują, że nieprawidłowa aktywność tego genu lub jej brak powoduje, że komórki przestają do siebie prawidłowo przylegać. Komórki te zaczynają się ponadto szybko dzielić, co prowadzi do rozwoju raka jajnika.

Zaobserwowano, że aktywność genu OPCML ulega wyłączeniu w komórkach raka na drodze hipermetylacji w 90% zdiagnozowanych guzów jajnika.

Cel: Celem pracy była ocena profilu ekspresji genu OPCML i ocena częstości występowania metylacji wysp CpG w jego regionie promotorowym. Analizie poddano korelację obecności metylacji wysp promotorowych genu OPCML ze zmniejszeniem jego ekspresji u kobiet z rakiem jajnika.

Po zbadaniu ekspresji genu w badanych guzach i ocenie metylacji wysp CpG wyniki skorelowano także ze stopniem zaawansowania klinicznego raka, typem histopatologicznym i danymi pacjentki.

Wyniki: OPCML mRNA obecne było we wszystkich próbkach zdrowej tkanki jajnikowej natomiast nie wykryto jego obecności w większości przebadanych próbek tkanki raka jajnika. Nie znaleziono korelacji między obecnością produktów RT-PCR genu OPCML a wiekiem pacjentki ani czasem trwania menopauzy. Nie znaleziono korelacji między stopniem zaawansowania klinicznego raka jajnika czy też jego typem histopatologicznym a obecnością metylacji w genie OPCML. W 46,5% przypadków raka jajnika stwierdzono obecność metylacji w produktach amplifikacji genu. W grupie gdzie nie stwierdzono OPCML mRNA w 75% przypadków stwierdzono obecność metylacji eksonów genu OPCML, co było istotne statystycznie. W tkance niezmiennych jajników nie znaleziono metylacji w miejscach promotorowych badanego genu.

Wnioski: Zmniejszenie ekspresji genu OPCML w przypadku raka jajnika w porównaniu ze zdrową tkanką jajnikową może wynikać z obecności metylacji w miejscach promotorowych genu. Ta epigenetyczna zmienność może mieć wpływ na wyciszenie genu i utratę jego funkcji supresorowej.

Ewa Domanowska, Jan Domaniewski, Ryszard Gołda, Zdzisław Skok, Renata Sujkowska, Zbigniew Wolski

IF: 2.550

Domanowska Ewa, Józwicki Wojciech, Domaniewski Jan, Gołda Ryszard, Skok Zdzisław, Wiśniewska Halina, Sujkowska Renata, Wolski Zbigniew, Józwicka G.: Muscle-inva-

sive urothelial cell carcinoma of the human bladder: multidirectional differentiation and ability to metastasize. - *Hum. Pathol*. 2007 Vol. 38 s. 741-746.

Streszczenie. Istnieje ograniczona liczba doniesień na temat wpływu wielokierunkowego wariantowego różnicowania naciekającego mięśniówkę raka pęcherza moczowego na jego zdolność do przerzutowania. Wykazaliśmy, że sposób histologicznego różnicowania guza pierwotnego ma wpływ na powstawanie przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych. Retrospektywnie zbadaliśmy, pochodzące z cystektomii, 93 pierwotne guzy pęcherza moczowego oraz 1085 węzłów chłonnych. Badaniu poddaliśmy wyłącznie raki urotelialne z wielokierunkowym różnicowaniem nieklasycznym (NC), z wyłączeniem przypadków utkań czystych, takich jak płaskonabłonkowe i adenocarcinoma, z powodu ich odmiennego biologicznego zachowania. Odsetek pozytywnych węzłów chłonnych wzrastał wraz z liczbą NC różnicowań w guzie (NDN) z 8,7% dla NDN=0 (czyste różnicowanie klasyczne) do 35,5% dla NDN>2 (utkanie mieszane złożone z utkania urotelialnego i więcej niż dwóch typów utkań NC). Liczba węzłów z przerzutami (LPN) była ponad dwukrotnie wyższa dla guzów z NDN>2 w porównaniu z NDN=0. Wystąpienie przerzutów w węzłach chłonnych (LP) związane było z obecnością utkania typu mikropapilarnego, lymphoma-like, plasmacytoidnego, olbrzymiokomórkowego lub jasnokomórkowego, a wzrost PLN z utkaniem typu gruczolowego, gniazdowego, lymphoma-like, plasmacytoidnego lub niezróżnicowanego w guzie pierwotnym. W analizie wielowariantowej status NDN został wskazany jako niezależny predyktor przerzutowania węzłowego (P = ,032). Zaawansowanie guza miało wpływ na LP (P = ,002); jednak w przypadkach z PLN>4, NDN pozostawał jedynym predyktorem dalszego przerzutowania (P = ,016). Nie stwierdzono istotnego wpływu stopnia histologicznego zróżnicowania (G) zarówno na LP, jak i na PLN. W oparciu o otrzymane wyniki można wnioskować, że różnicowanie NC w guzie pierwotnym jest dobrym predyktorem węzłowego przerzutowania.

Jacek Kubica, Magdalena Żbikowska-Gotz, Krzysztof Demidowicz, Grzegorz Grześk, Maria Bogdan

IF: 2.090

Koziński M., Kubica J[acek], Sukiennik A., Żbikowska-Gotz M[agdalena], Krzewina-Kowalska A., Radomski M., Rychter M., Białoszyński T., Jabłoński M., Demidowicz K[rzysztof], Grześk G[rzegorz], Bogdan M[aria], Chojnicki M., Grabczewska S., Dzie-dziczko A.: Periprocedural soluble P- and E-selectin levels fail as predictors of clinical restenosis in patients treated with elective coronary stenting. - *Int. J. Mol. Med*. 2007 Vol. 19 nr 1 s. 187-195.

Wstęp: Liczne doniesienia z zakresu nauk podstawowych wskazują na udział molekuł

adhezyjnych w patogenezie nawrotu zwężenia po angioplastyce wieńcowej. Co więcej, proces zapalny jest postrzegany jako wspólne ogniwo łączące miażdżycę i restenozę. Celem pracy była ocena wartości okołozabiegowych pomiarów selektywny P i selektywny E w porównaniu do białka C-reaktywnego (CRP) w przewidywaniu klinicznej restenozy u chorych poddanych planowej implantacji stentu.

Materiał i metody: 109 pacjentów z dławicą stabilną zostało kolejno włączonych do prospektywnego badania kohortowego. Wszyscy chorzy byli leczeni przeszskórną angioplastyką wieńcową z implantacją stentu. Obwodową krew żylną do oznaczeń selektywny P, selektywny E i CRP pobierano przed zabiegiem oraz po 6, 24 godzinach i 1 miesiącu od interwencji. Wizyty kontrolne przeprowadzano po 7 dniach*, 1*, 3, 6*, 12 miesiącach (* z próbą wysiłkową) po angioplastyce. Kliniczne objawy restenozy weryfikowano angiograficznie.

Wyniki: Jawny klinicznie nawrót zwężenia stwierdzono u 18 chorych. Stężenia selektywny P i selektywny E nie różniły się istotnie między pacjentami z restenozą i osobami bez nawrotu zwężenia. W drugiej z grup stwierdzono spadek stężenia selektywny P i selektywny E6 godzin po implantacji stentu. Jakkolwiek, w odniesieniu do wszystkich badanych pacjentów nie posiadał on znaczenia rokowniczego. W całej badanej populacji zaobserwowano istnienie odpowiedzi zapalnej ocenianej jako wzrost stężenia CRP z wartościami maksymalnymi 24 godziny po angioplastyce. Przy czym wielkość odpowiedzi zapalnej była istotnie wyższa u chorych, u których później wystąpił nawrót zwężenia. Analiza wieloczynnikowa z użyciem modelu Coxa wykazała podwyższone stężenie CRP 24 godziny po zabiegu oraz wcześniejszą angioplastykę wieńcową, dotyczącą innego zwężenia, jako niezależne czynniki predykcyjne wystąpienia klinicznej restenozy.

Wnioski: 1) Około zabiegowe oznaczenie selektywny P i selektywny E w obwodowej krwi żylny u pacjentów z dławicą stabilną poddanych implantacji stentu, nie posiada wartości w stratyfikacji ryzyka klinicznej restenozy. 2) Wielkość odpowiedzi zapalnej po angioplastyce wieńcowej mierzona poziomem białka C-reaktywnego i wcześniejsza przeszskórną rewaskularyzacja dotycząca innego zwężenia, okazały się niezależnymi czynnikami predykcyjnymi nawrotu zwężenia.

Komentarz: Publikacja powstała w oparciu o rozprawę doktorską dr n. med. Marka Koziańskiego (promotor - prof. dr hab. n. med. Jacek Kubica). Stanowi ona część cyklu prac dotyczących wpływu reakcji zapalnej i alergicznej na wyniki przeszskórnych interwencji wieńcowych.

**Tomasz Tyrakowski,
Piotr Kaczorowski**

IF: 2.058
1.

P. Smuszkiwicz, L. Drobnik, J. Mieszkowski, A. Konikowski, I. Hołyńska, Piotr Kaczorowski, Tomasz Tyrakowski: Comparison of

the influence of halothane and isoflurane on airway transepithelial potential difference. - Pharm. Rep. 2006 Vol. 58 s. 736-745, IF: 1.029 2.

Tomasz Tyrakowski, N. Młodzik-Danielewicz, W. Kurek, Anna Szaflarska-Popławska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Andrzej Kapała, Ewa Kopczyńska, I. Hołyńska, Piotr Kaczorowski: Mebeverine influences sodium ion transport in the distal colon. - Pharm. Rep. 2006 Vol. 58 s. 765-769, IF: 1.029

**Beata Augustyńska, Grażyna
Odrowąż-Sypniewska, Marzenna
Gruszka, Wojciech Kosmowski**

IF: 2.040

Augustyńska B[eata], Ziółkowski M[arcin], Odrowąż-Sypniewska G[rażyna], Kiełpiński A., Gruszka M[arzena], Kosmowski W[ojciech]: Menstrual cycle in women addicted to alcohol during the first week following drinking cessation - changes of sex hormones levels in relation to selected clinical features. - Alcohol Alcohol. 2007 Vol. 42 nr 2 s. 80-83. Alkoholizm - kobiety; Miesiączkowanie - zaburzenia; Hormony płciowe

Jacek Szeliga, Marek Jackowski

IF: 1.829

E. Kłodzińska, H. Dahm, H. Różycki, Jacek Szeliga, Marek Jackowski, B. Buszewski: Rapid identification of Escherichia coli and Helicobacter pylori in biological samples by capillary zone electrophoresis. - J. Sep. Sci. 2006 Vol. 29 s. 1180-1187.

Streszczenie: Jedną z najnowszych propozycji zastąpienia tradycyjnych metod diagnostyki mikrobiologicznej jest zastosowanie technik elektromigracyjnych. W Katedrze Chemii Środowiska i Bioanalitiki UMK w Toruniu oraz Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu prowadzone są bardzo zachęcające badania nad możliwościami separacji i identyfikacji wybranych bakterii chorobotwórczych przy pomocy kapilarnej elektroforezy strefowej (CZE). Wyniki pierwszych eksperymentów wskazują, że diagnostyka oparta na takiej technologii może być bardzo czuła, niedroga a przede wszystkim niezwykle szybka.

Elektroforeza kapilarna to nowoczesna metoda analizy chemicznej pozwalająca na separację i identyfikację rozmaitych związków chemicznych. Charakteryzuje się wysoką sprawnością, powtarzalnością, czułością w identyfikacji badanych substancji, niezawodnością, a przede wszystkim szybkością uzyskiwania wyniku. Ze względu na niewielkie ilościowo zużycie odczynników jest przy tym techniką bardzo ekonomiczną. Oparta na CZE metoda diagnostyki mikrobiologicznej wykazuje zjawisko, iż na powierzchni ściany komórki bakterii występują ujemnie naładowane jony cząsteczek grup karboksylowych i fosforanowych. Dzięki takiej strukturze mikroorganizmy te, w odpowiednich warunkach mogą

poddawać się mechanizmowi elektroforezy. W przyłożonym polu elektromagnetycznym mogą one migrować w odpowiedni sposób w zależności m.in. od pH roztworu buforu, w którym się znajdują i jego siły jonowej.

Do badań wykorzystano specjalną aparaturę skonstruowaną w Katedrze Chemii Środowiska i Bioanalitiki (prof. B. Buszewski).

W wyniku analizy wzorcowych szczepów bakteryjnych Escherichia coli i Helicobacter pylori zawieszonych w roztworze odpowiedniego buforu uzyskano elektroferogramy, które stanowiły wzorzec dla spektrów uzyskiwanych następnie w wyniku analizy skażonej próbki biologicznej. Przeprowadzono pomysłne próby rozpoznania wybranych, patogennych bakterii w zakażonym moczu, także w mieszaninie różnych bakterii.

Opracowana wstępnie metoda identyfikacji mikroorganizmów bakteryjnych oparta o CZE nie wymaga przygotowywania próbki do badania gdyż może być ona wprowadzona bezpośrednio do aparatu. Nie wymaga hodowli drobnoustroju a większość procedur odbywa się tu w systemie w pełni automatyzowanym, bez udziału człowieka. Użytkuje się wynik jednoznaczny, podobnie jak w testach molekularnych. Podstawową zaletą opisywanej metody diagnostycznej jest czas uzyskania wyniku. W naszym przypadku, czas potrzebny do uzyskania ostatecznej odpowiedzi wyniósł od 6 do 40 minut.

Czułość metody i jej specyficzność, w naszych wstępnych wynikach, wydają się być bardzo wysokie. Dowodem na to jest wynik uzyskany w wyniku analizy mieszaniny różnych szczepów tej samej bakterii (E. coli). Metoda CZE może zatem pozwolić na określanie poszczególnych szczepów bakteryjnych, co do tej pory zarezerwowane było w zasadzie dla metod opartych na PCR. Z drugiej strony problemem może okazać się analiza mieszanin różnych bakterii, jako że wstępne rezultaty pokazały, że ich komórki mogą wzajemnie wpływać na własną mobilność w układzie pomiarowym. Precyzyjne ustalenie tych cech metody wymaga zatem dalszych badań, obejmujących bardziej urozmaiconą grupę bakterii chorobotwórczych.

Albert Górnicki

IF: 1.755

Albert Górnicki: Influence of the retinoid acitretin on erythrocyte microrheology in vitro. - Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 2006 Vol. 44 nr 12 s. 648-654.

Streszczenie: Cel pracy: Celem pracy była ocena in vitro zmian własności mikroreologicznych krwinek czerwonych inkubowanych z acitretinem (Ro 10-1670). Materiały i metody: Krew żylną otrzymano od 27 zdrowych dawców. Przemyte erytrocyty (5x10⁶ kom./ml) były inkubowane przez 30 min w 37 stopni C w roztworach o niskim (25 ng/ml) i wysokim (400 ng/ml) stężeniu acitretinu. Całkowita odkształcalność erytrocytów była mierzona przy użyciu metody ektacytometrycznej z gradientem osmotycznym. W celu oceny udziału

czynników wpływających na zmiany odkształcalności erytrocytów badano stan fosfolipidów błony przy użyciu techniki kationowej hemolizy osmotycznej (CHO) oraz wewnętrzną mikrolepkość cytoplazmy techniką elektronowego rezonansu magnetycznego (EPR). Rezultaty: Badania odkształcalności osmotycznej ujawniły, że komórki poddane działaniu niskich stężeń acitretinu ulegały odkształceniu w podobny sposób jak w roztworach izotonicznych, natomiast krwinki czerwone inkubowane w roztworach z wysokim stężeniem acitretinu wykazywały wyraźne obniżenie odkształcalności. Jednakże, w hipotonicznym medium odkształcalność krwinek była bardzo znacznie obniżona, co było silniej wyrażone w dla erytrocytów inkubowanych w wysokich stężeniach acitretinu. Pomiarów techniką CHO wykazały, że inkubacja krwinek w niskich stężeniach acitretinu powodowała znaczny wzrost hemolizy w roztworach o sile jonowej od 123.2 do 154.0 mmol/l NaCl w stosunku do próby kontrolnej ($p < 0.001$). Inkubacja erytrocytów w wysokich stężeniach acitretinu powodowała znaczny wzrost CHO w roztworach o dużej sile jonowej w zakresie od 107.8 do 154.0 mmol/l NaCl ($p < 0.001$) oraz w roztworach o niskiej sile jonowej 15.4 mmol/l NaCl ($p < 0.001$). Pomiarów wewnętrznej mikrolepkości cytoplazmy nie wykazały żadnych statystycznie istotnych różnic między kontrolą (6.22 ± 0.22 cP) a krwinkami inkubowanymi z acitretinem (6.29 ± 0.25 cP). Wnioski: Otrzymane dane wskazują, że acitretin nawet w niskich stężeniach może powodować redukcję odkształcalności krwinek czerwonych. Obniżona skłonność do odkształcania się erytrocytów poddanych działaniu acitretinu związana jest prawdopodobnie z tym, że acitretin prowadzi do zmiany kształtu i własności lepkościowo-elastycznych błony erytrocytów.

Krzysztof Leksowski
Robert Szyca

IF: 1.746

K[rzysztof] Leksowski, P. Peryga, R[obert] Szyca: Ondansetron, metoclopramid, dexamethason, and their combinations compared for the prevention of postoperative nausea and vomiting in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study. - Surg. Endosc. 2006 Vol. 20 s. 878-882.

Stanisław Dąbrowiecki,
Małgorzata Makuch-Burzyńska

IF: 1.722

Smytkowski J., Dąbrowiecki Stanisław, Makuch-Burzyńska Małgorzata: Unusual rectal injury by personal watercraft. - J. Trauma 2007 Vol. 62 nr 2 s. 551. Odbytница – chirurgia

Alina Woźniak, Bartosz Woźniak,
Gerard Drewa, Celestyna
Mila-Kierzenkowska

IF: 1.619

Woźniak Alina, Woźniak Bartosz, Drewa Gerard, Mila-Kierzenkowska Celestyna, Rakowski A.: The effect of whole-body cryostimulation on lysosomal enzyme activity in kayakers during training. - Eur. J. Appl. Physiol. 2007 Vol. 100 s. 137-142.

Streszczenie: Zbadano wpływ kriostymulacji ogólnoustrojowej na aktywność hydrolaz lizosomalnych: kwaśnej fosfatazy (AcP), arylosulfatazy (ASA) i katepsyny D (CTS D) oraz aktywność kinazy kreatynowej (CK) i stężenie kortyzolu w surowicy krwi kajakarzy podczas treningu fizycznego. Dodatkowo oceniono wpływ jednorazowej kriostymulacji na aktywność oznaczanych parametrów u niewytrenowanych mężczyzn.

Kajakarzy poddano dziesięciodniowemu cyklowi treningowemu, w którym treningi poprzedzone były trzykrotnie w ciągu dnia kriostymulacją ogólnoustrojową w temperaturze od -120 stopni C do -140 stopni C oraz treningowi kontrolnemu bez kriostymulacji.

Krew żylną do badań pobrano u kajakarzy przed rozpoczęciem treningu oraz po szóstym i po dziesiątym dniu treningu a u osób niewytrenowanych przed oraz po kriostymulacji. Jednorazowa kriostymulacja ogólnoustrojowa spowodowała 30% ($P < 0.05$) obniżenie aktywności CK w surowicy krwi niewytrenowanych mężczyzn. Po szóstym dniu treningu z kriostymulacją aktywność ASA u kajakarzy była niższa o 46% ($P < 0.001$), AcP o 32% ($P < 0.05$) a CK o 34% ($P < 0.05$), niż po szóstym dniu treningu bez kriostymulacji.

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że poprzedzanie treningu kriostymulacją ogólnoustrojową łagodzi stres wysiłkowy działając stabilizująco na błony lizosomalne.

Jan Styczyński,
Dorota Olszewska-Słonina,
Mariusz Wysocki

IF: 1.604

Jan Styczyński, Dorota Olszewska-Słonina, B. Kołodziej, M. Napieraj, Mariusz Wysocki: Activity of bortezomib in glioblastoma. - Anticancer Res. 2006 Vol. 26 s. 4499-4504.

Streszczenie: W pracy oceniono skuteczność nowego leku onkologicznego, bortezomibu, inhibitora proteazomu, przeciwko komórkom guzów mózgu. Jest to nowy lek, którego pojawienie wiąże się z pracami nad cyklem ubiquitynowym, za które przyznano nagrodę Nobla z dziedziny chemii w 2004 r. Badania przeprowadzono w liniach komórkowych, ale otrzymane wyniki stanowią dużą zachętę do dalszych badań w tym kierunku. Autorzy wykazali, że w stosunku do innych leków stosowanych w terapii guzów mózgu, bortezomib wykazuje bardzo dobrą aktywność cytotoksyczną. Otrzymane wyniki pokazują, że pojawiły się nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów z niekorzystnie rokującymi guzami mózgu.

Agnieszka Żuryń, Alina Grzanka,
Dariusz Grzanka, Robert Dębski

IF: 1.572

Żuryń Agnieszka, Grzanka Alina, Stępień A., Grzanka Dariusz, Dębski Robert, Smoliński D.: Expression of cyclin A in human leukemia cell line HL-60 following treatment with doxorubicin and etoposide: the potential involvement of cyclin A in apoptosis. Oncol. Rep. 2007 Vol. 17 nr 5 s. 1013-1019.

Celem pracy było zbadanie ekspresji cykliny A w komórkach linii białaczki ludzkiej HL-60 po indukcji apoptozy cytostatykami doxorubicyną i etopozydem. Badania wykazały, że wraz ze wzrostem dawki doxorubicyny i etopozydu rosła liczba komórek z morfologicznymi cechami apoptozy oraz nastąpiło zatrzymanie cyklu komórkowego w fazie G2/M. Ekspresja cykliny A początkowo spadała, a następnie rosła przy najwyższych dawkach cytostatyków. Zaobserwowano również zmianę lokalizacji cykliny A z jądrowej na cytoplazmatyczną. Badania w mikroskopie świetlnym i fluorescencyjnym zostały potwierdzone w laserowym fluorescencyjnym mikroskopie konfokalnym i w mikroskopie elektronowym. W komórkach linii HL-60 nie traktowanych cytostatykiem oraz dawką $0,5 \mu\text{M}$ doxorubicyny i $0,2$ i $2,0 \mu\text{M}$ etopozydu zaobserwowano pozytywne znakowanie dla cykliny A na terenie jądra komórkowego, natomiast przy dawkach 5 i $10 \mu\text{M}$ doxorubicyny oraz 20 i $200 \mu\text{M}$ etopozydu cykliny A obecna była w cytoplazmie. Cyklina A występuje w jądrze komórkowym i odpowiada za prawidłowy przebieg replikacji DNA, łączy się wtedy z kinazą Cdk2. Obecna jest ona również w kompleksie z Cdk1 i kontroluje wówczas przejście komórki do fazy M cyklu komórkowego. Przypuszczamy, że obserwowana zmiana lokalizacji cykliny A z jądrowej na cytoplazmatyczną może być związana ze zmianą funkcji tego białka z proliferacyjnego na proapoptotyczne.

Milan Čabrić, Helena Krakowiak

IF: 1.391

L. Pokrywka, Milan Čabrić, Helena Krakowiak: Body mass index and waist: hip ratio are not enough to characterise female attractiveness. - Perception 2006 Vol. 35 s. 1693-1697.

Streszczenie: Wybrane cechy budowy ciała finalistek Miss Polski porównano z grupą kontrolną celem wyłonienia tych cech, które warunkują ideał współczesnej urody kobiet, promowany przez mass media. Badania przeprowadzane na modelkach Playboya i modelkach prezentujących współczesną modę wykazały, że atrakcyjność kobiet warunkują wskaźniki: BMI (body mass index), wskaźnik WHR (waist : hip ratio) i wskaźnik WCR (waist : chest ratio), które opisują kształt ciała tylko częściowo. W naszych badaniach porównaliśmy 20 cech budowy ciała finalistek konkursu Miss Polski 2004 ze studentkami Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Analiza dyskryminacyjna wykazała, że według mocy dyskryminacyjnej najważniejsze są cechy: wskaźnik obwód uda : wysokości ciała, wskaźnik WHR (waist : hip ratio), wysokość całkowita oraz BMI (body mass index).

Szacowanie sylwetek finalistek Miss Polski w stosunku do grupy kontrolnej pozwoliło wyróżnić model najbardziej atrakcyjnej kobiety.

Aleksander Araszkiwicz

IF: 1.273

M. Dossenbach, Y. Dyachkova, S. Pirildar, M. Anders, A. Khalil, Aleksander Araszkiwicz, T. Shakhnovich, A. Akram, J. Pecenek, M. McBride, T. Treuer: Effects of atypical and typical antipsychotic treatments on sexual function in patients with schizophrenia: 12-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. - Eur. Psychiatry 2006 Vol. 21 s. 251-258

Streszczenie: Dysfunkcje seksualne u pacjentów ze schizofrenią mogą obniżać ich jakość życia. Praca porównuje wpływ wybranych leków psychotropowych na zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. Roczne badania przeprowadzono na dużej grupie badawczej pacjentów nieshospitalizowanych, leczonych jednym z wybranych leków: olanzapine (N=2638), risperidone (N=860), quetiapine (N=142) albo haloperidol (N=188). Okazało się, że wyraźnie słabsze zaburzenia seksualne występowały wśród pacjentów leczonych olanzapine i quetiapine w porównaniu z pacjentami leczonymi risperidone albo haloperidol (cały P< albo =0.001). Wynika z tego, że występują znaczące różnice w skutkach ubocznych związanych z zaburzeniami seksualnymi wybranych leków psychotropowych, które należałoby brać pod uwagę przy doborze leków dla nieshospitalizowanych pacjentów ze schizofrenią.

Roman Junik

IF: 1.031

R[oman] Junik, M. Koziński, K. Dębska. Thyroid ultrasound in diabetic patients without over thyroid disease. - Acta Radiol. 2006 Vol. 47 nr 7 s. 687-691.

Wstęp: Celem badania była ocena objętości i struktury tarczycy u pacjentów z cukrzycą typu 1 (DM 1) i cukrzycą typu 2 (DM 2) bez wcześniejszych chorób gruczołu tarczowego.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowili kolejni dorośli pacjenci z DM 1 (n=30) i DM 2 (n=98) hospitalizowani w Klinice Endokrynologii i Diabetologii. Objętość tarczycy, jej echogeniczność, obecność guzków i stężenia TSH u chorych z 1 i 2 typem cukrzycy zostały porównane z grupami kontrolnymi, o liczebnościach odpowiednio 50 i 38 osób, dobranymi pod względem płci i wieku do badanych grup. Badanie ultrasonograficzne wykonano aparatem Aloka SSD 500, przy użyciu głowicy liniowej o częstotliwości 7,5 MHz.

Wyniki: Znamienne powiększenie objętości tarczycy zaobserwowano w obu grupach badanych w porównaniu z grupami kontrolnymi (DM 1 - 17,3 cm³ [13,9-21,6 cm³] vs. 14,4 cm³ [11,3-18,3 cm³], p<0,05; DM 2 - 20,5 cm³ [14,9-27,1 cm³] vs. 14,1 cm³ [11,3-18,3 cm³], p<0,001). Co więcej, w grupie z DM 2 istotnie częściej występowały guzki tarczycy (iloraz szans 2,37; 95% przedział ufności 1,14-4,93), wole mięsiste (iloraz szans 5,40, 95% przedział ufności 1,20-24,30) i wszystkie rodzaje wola wg definicji WHO (iloraz szans 4,18, 95% przedział ufności 2,02-8,66). Stwierdzono obniżone stężenie TSH u chorych z typem 1 cukrzycy w porównaniu do osób zdrowych (0,97 mIU/l [0,61-1,58 mIU/l] vs. 1,66 mIU/l [0,76-2,09 mIU/l], p<0,05).

Wykazano istnienie ujemnej, liniowej korelacji pomiędzy objętością tarczycy a stężeniem TSH (rS= -0,38; p<0,01) u chorych z DM 2.

Wnioski: U pacjentów z DM 1 i DM 2 objętość tarczycy jest znamienne większa niż u zdrowej części populacji. Guzki tarczycy, wole mięsiste oraz wszystkie rodzaje wola wg definicji WHO występują istotnie częściej u chorych z DM 2.

Komentarz: W pracy po raz pierwszy wykazano znamienne większą objętość tarczycy oraz częstsze występowanie guzków tego narządu u pacjentów z cukrzycą typu 2 w porównaniu do osób zdrowych. Autorzy potwierdzili także wcześniejsze doniesienia odnośnie powiększenia tarczycy u chorych z cukrzycą typu 1 w stosunku do osób bez tego schorzenia. Materiał do publikacji został zebrany w czasie prac Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Endokrynologii i Diabetologii. Artykuł powstał w oparciu o rozprawę doktorską dr n. med. Katarzyny Dębskiej-Kozińskiej (promotor - prof. dr hab. n. med. Roman Junik).

Anna Szaflarska-Popławska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Andrzej Kapała, Ewa Kopczyńska

IF: 1.029

Tomasz Tyrakowski, N. Młodzik-Danielewicz, W Kurek, Anna Szaflarska-Popławska, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, Andrzej Kapała, Ewa Kopczyńska, I. Hołyńska, Piotr Kaczorowski: Mebeverine influences sodium ion transport in the distal colon. - Pharm. Rep. 2006 Vol. 58 s. 765-769.

Stres uczelniany

Krystyna Kurowska

Stres towarzyszy nam już od dawna, być może nawet od początku naszego istnienia. Żyjemy coraz szybciej i intensywniej, przez co narażamy się na coraz większy stres spowodowany silniejszym oddziaływaniem otaczającej nas rzeczywistości. Presja świata, pęd zawodowy, ciągły brak czasu, nieustanny natłok informacji, obowiązki zawodowe i domowe - oto z czym musimy się zmagać, nic więc dziwnego, że żyjemy w ciągłym napięciu. Niekiedy przybiera ono zbyt wielkie rozmiary. Każdy, kto odczuwa brak równowagi i napięcie, prędzej czy później zada sobie pytanie: co robić? jak mogę uniknąć stresu? Odrzucamy radykalne środki - zmianę lub porzucenie pracy - i nie pozostaje nic innego, jak nauczyć się radzić sobie ze stresem.

Człowiek jest jednostką nie tylko psychospołeczną, ale i biologiczną. Przy całej różnorodności życia poszczególnych osób wymagania biologiczne organizmu powinny być przez wszystkich respektowane. Ma to bardzo istotne znaczenie m.in. dla funkcjonowania naszego systemu ner-

wowego. W prawidłowo zaplanowanym dniu powinien być przewidziany czas na: sen, wykonanie porannych czynności bez pośpiechu, pokonanie drogi do pracy bez zbędnego napięcia związanego z ewentualnością spóźnienia się, realizację obowiązków zawodowych oraz czynny wypoczynek. Trzeba pamiętać, że silne



emocje sprawiają, że nasz sposób spostrzegania rzeczywistości staje się zawężony, a tym samym zniekształcony. Powstaje tendencja

do reagowania już przy pojawieniu się pierwszego sygnału informacji, bez dokładniejszej wiedzy o całej sytuacji. Często ludzie reagują z jednakową siłą na zdarzenia, które obiektywnie różnią się znaczeniem. Pożytecznym jest więc, uświadomienie sobie hierarchii problemów, próba spojrzenia na sprawę pod wieloma aspektami, szukanie wielu możliwych odpowiedzi na pytanie: „dlaczego?”, pozwoli to na bardziej obiektywną ocenę zdarzenia, które nas spotkało. Ważną sprawą jest także refleksja nad tym, jaki mamy bezpośredni wpływ na zmianę danej sytuacji. Obserwacje wskazują, że często tracimy wiele energii i czasu na działania, które w niewielkim tylko stopniu zmieniają naszą rzeczywistość, rozróżnienie to powinno mieć zasadnicze znaczenie dla wyboru strategii działania. Uświadomienie sobie własnych pozytywnych i negatywnych cech pozwoli nam m.in. na przewidywanie własnych reakcji w konkretnych okolicznościach, a także na unikanie niektórych sytuacji, o których wiemy, że mają dla nas charakter stresowy.

Na rynku pojawia się coraz więcej książek

i poradników, a firmy coraz częściej oferują kursy i szkolenia z zakresu technik radzenia sobie ze stresem. Większość badaczy zajmujących się tym zagadnieniem podkreśla, że kluczową rolę odgrywa styl życia, a czynniki takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu i brak odpoczynku, w pierwszej kolejności wpływają na nasze zdrowie. Rzucenie palenia czy rezygnacja z alkoholu nie są technikami radzenia sobie ze stresem, ale pierwszym poważnym krokiem w kierunku zadbania o własne zdrowie, które to w dużej mierze zależy od nas samych. Warto zapanować nad własnym czasem, nad organizacją pracy w uczelni i w domu.

Praca zawodowa zajmuje poważną część naszego życia. Ważnym jest, aby to co robimy interesowało nas, odpowiadało naszym zamiłowaniom. Aktywności zawodowej często towarzyszy pośpiech, napięcie nerwowe. Dobre rozplanowanie obowiązków pomoże uniknąć spiętrzenia zbyt wielu zajęć w krótkim terminie. Ważnym elementem naszego życia, który pozytywnie wpływa na rozładowanie napięcia nerwowego jest aktywny wypoczynek. Powinien on zawierać aktywność fizyczną oraz realizowanie swoich zainteresowań pozawodowych. Istnieje potrzeba wypracowania nawyków, które pozwolą na zmniejszenie częstotliwości przeżywanych

sytuacji stresowych, a jednocześnie będą łagodziły skutki tych zdarzeń, których nie udało się uniknąć.

Wśród najczęściej polecanych technik radzenia sobie ze stresem wyróżnia się relaksację, wizualizację, ćwiczenia fizyczne, ćwiczenia oddechowe, jogę, medytację, różne formy masażu. W ostatnich latach pojawiły się w sprzedaży różnego rodzaju nagrania z muzyką relaksacyjną i dźwiękami przyrody. Dobre samopoczucie sprzyja zdrowiu i zwiększa odporność na stres. Należy więc dostarczać swemu ciału jak najwięcej przyjemności. Powinniśmy dbać o aktywny tryb życia, spać tyle, ile wymaga organizm, prosić o wsparcie emocjonalne, duchowe, kiedy tego potrzebujemy. Jednak przede wszystkim w zwalczaniu szkodliwych skutków stresu pomaga bycie sobą, otwarte wyrażanie tego, co się czuje, przy jednoczesnym traktowaniu ludzi tak, jak sami chcielibyśmy być traktowani.

W uczelni podmiot naszego oddziaływania (student) narażony jest również na wiele czynników powodujących stres, dlatego szczególną rolę odgrywa tutaj taki wykładowca, który powinien ich przede wszystkim rozumieć. Oczekują oni od swoich przewodników w poznawaniu wiedzy przede wszystkim serdeczności, bezpośredniości w kontaktach, partnerskiego i sprawiedliwego traktowania wszystkich studentów, opanowania, poczucia

humoru, umiejętnego wyjaśniania nauczanego przedmiotu. Ponadto właściwego traktowania polegającego na zrozumieniu drugiej osoby, zainteresowaniu się jej kłopotami czy przeżywanymi aktualnie trudnościami, szanowaniu ich indywidualności. Nie należy również krytykować i narzucać swoich rozwiązań, ale wsłuchiwać się w propozycje i służyć radą. Stworzenie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa psychologicznego oznacza, iż student czuje się bezpiecznie, nie spostrzega wykładowcy jako osoby zagrażającej, surowo oceniającej, ale jako osobę przyjazną, jako kogoś, komu można w pełni zaufać.

Coraz bardziej skomplikowane warunki życia we współczesnym świecie stawiają przed człowiekiem coraz bardziej złożone zadania. Jedni nawet w warunkach znacznych napięć psychicznych potrafią zachować tzw. przytomność umysłu, u innych nawet niewielkie trudności powodują dezorganizację zachowania. Źródła wielu niepowodzeń w nauce i niewykorzystania własnych możliwości oraz niezrealizowania zamierzeń życiowych tkwią w braku psychicznej odporności na trudności i w nieumiejętności ich pokonywania. Bardzo ważnym więc czynnikiem na uczelni jest sposób kształtowania odporności psychicznej młodego człowieka, a w tym duża rola pokładana jest właśnie w nas, ich nauczycielach.

Konferencje Collegium Medicum

oprac. Monika Kubiak

II Polsko-Amerykańskie Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii” 19-21.04.2007 - Bydgoszcz

Organizator: Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Współorganizatorzy: Department of General Anesthesiology Cleveland Clinic Foundation

Konferencja miała przybliżyć zagadnienia dotyczące transplantacji wątroby, płuc, serca i twarzy oraz zakażeń bakteryjnych i grzybiczych, które im towarzyszą; techniki monitorowania w anestezjologii i IT ze szczególnym uwzględnieniem TEE. Organizatorzy zajęli się drogami oddechowymi w aspekcie ich protezowania oraz stanami zagrożenia życia związanymi z ich występowaniem. Szeroko omawiono problemy dotyczące ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego.

Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa 21.04.2007 - Bydgoszcz

Organizator: Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej CM UMK
Współorganizatorzy: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Bydgoszczy

Głównym celem konferencji była wymiana doświadczeń dotyczących pracy z dziećmi z zespołem Downa między specjalistami z różnych dziedzin: genetykami klinicznymi,

lekarzami innych specjalności (neurologami, psychiatrami, pediatrami, rehabilitantami, endokrynologami, ortopedami, chirurgami), wychowawcami, i terapeutami, jak i rodzinami wychowującymi dzieci z tym zespołem. Prowadzono wykłady na temat najnowszych osiągnięć w dziedzinie badań nad podłożem genetycznym zespołu. Oprócz wykładów dla specjalistów, przeprowadzono uproszczone wykłady na powyższe tematy dla rodziców oraz warsztaty z bezpośrednią prezentacją pracy z dziećmi z zespołem Downa, co pozwoliło poznać metodykę pracy z dziećmi i wypracować formy współpracy pomiędzy różnymi grupami osób zajmujących się niepełnosprawnymi. Nadrzędnym celem było poszukiwanie sposobów przeciwstawiania się społecznej izolacji rodzin osób z chorobami genetycznymi oraz zaproponowanie nowych form pomocy dzieciom niepełnosprawnym intelektualnie i ich rodzinom.

VI Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna 18-19.05.2007 - Bydgoszcz

Organizator: Katedra i Klinika Otolaryngologii CM UMK
Współorganizatorzy: Oddział Kujawsko-Pomorski PTORL, Oddział Kliniczny Otolaryngologii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego

Organizowana po raz 6 konferencja jako tematy wiodące przyjęła: 1. diagnostyka

neurootologiczna, 2. neurootologia eksperymentalna, 3. farmakoterapia i rehabilitacja w neurootologii, 4. otocirurgia. W zakresie tej tematyki podzielili się doświadczeniem wykładowcy z zagranicy oraz z polskich ośrodków otolaryngologii.

Choroby cywilizacyjne w praktyce lekarza rodzinnego 19-20.05.2007 - Wiktoria k. Inowrocławia

Organizator: Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego CM UMK
Współorganizatorzy: Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Konferencja przeznaczona była dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Tematyka dotyczyła najczęstszych chorób cywilizacyjnych spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego. Celem konferencji było przedstawienie aktualnych standardów diagnostyki i leczenia wybranych chorób cywilizacyjnych

XXXVIII Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego 23-26.05.2007 - Bydgoszcz

Organizator: Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej CM UMK
Współorganizatorzy: Oddział Pomorsko-Kujawski PLTR, Stowarzyszenie „Radiologia Bydgoska”

W dniach 23-26 maja 2007 r. odbył się w Bydgoszczy, pod patronatem Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi, XXXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie

Zespoły związane z otyłością

31.05.2007-2.06.2007 - Chełmno n. Wisłą

Organizator: Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej CM UMK
Współorganizatorzy: Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka

Głównym celem sympozjum była wymiana doświadczeń dotyczących pracy z dziećmi z zespołami uwarunkowanymi genetycznie między specjalistami z różnych dziedzin: genetykami klinicznymi, lekarzami innych specjalności (neurologami, psychiatrami, pediatrami, rehabilitantami, endokrynologami, ortopedami, chirurgami), wychowawcami, i terapeutami, jak i rodzinami wychowującymi dzieci z tymi zespołami. Zaprezentowano wykłady na temat najnowszych osiągnięć w dziedzinie badań nad podłożem genetycznym zespołu Pradera-Willi (PWS) i innych zespołów związanych z otyłością, na temat im-

printingu genomowego, na temat genetycznej regulacji ośrodków łaknienia, na temat leczenia hormonem wzrostu pacjentów z PWS, na temat metod specjalistycznej rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i otyłością. Zza granicy przyjechali: prof. C. Senez (Tuluza, Francja) – terapeuta Bobath i dietytyk, prof. C. Strudel-Strumpf (Maastricht) – genetyk kliniczny, prof. L. Curfs – psycholog niepełnosprawności intelektualnej (Maastricht). Z kraju konferencję odwiedzili: prof. M. Kościelska (Bydgoszcz) – psycholog zajmujący się niepełnosprawnością intelektualną, prof. Romer (Warszawa) – endokrynolog, prof. Walczak – endokrynolog zajmujący się genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami hormonalnymi. Oprócz wykładów dla specjalistów zaprezentowano uproszczone wykłady na powyższe tematy dla rodziców oraz warsztaty z bezpośrednią prezentacją pracy z dziećmi z zespołami związanymi z otyłością i ich rodzicami w obecności zainteresowanych specjalistów. Pozwoliło to poznać metodykę pracy z dziećmi i wypracować formy współpracy pomiędzy różnymi grupami osób zajmujących się niepełnosprawnymi. Nadrzędnym celem było poszukiwanie sposobów przeciwdziałania się społecznej izolacji rodzin osób z chorobami genetycznymi oraz zaproponowa-

nie nowych form pomocy dzieciom niepełnosprawnym intelektualnie i ich rodzinom. Jednym z podstawowych problemów sympozjum było zwalczanie u tych dzieci otyłości – oparte na metodach farmakologicznych, psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych.

Konferencja naukowa z Warsztatami Endoskopowymi

21-22.06.2007- Bydgoszcz

Organizator: Katedra i Klinika Położnictwa, Chorob Kobiety i Ginekologii Onkologicznej

Była to już VI Konferencja Naukowa z Warsztatami Endoskopowymi, podczas której wykonano kilkanaście zabiegów endoskopowych obejmujących cały zakres działań w ginekologii, począwszy od operacji stabilizujących narząd rodny, przez usunięcie guzów przydatków, po usunięcie macicy drogą laparoskopową. Bezpośrednią transmisję z sal operacyjnych obejrzało około 60 lekarzy z całej Polski, zgromadzonych w sali konferencyjnej Szpitala.

Drugiego dnia miała miejsce sesja wykładowa, na której przedstawiono najnowsze osiągnięcia i kierunki rozwoju technik endoskopowych w ginekologii.

I Konferencja Studenckich Kół Naukowych

Maciej Deczyński

30 marca 2007 roku na naszej uczelni odbyła się I Konferencja Studenckich Kół Naukowych Collegium Medicum UMK. Patronat honorowy został objęty przez prof. dr hab. Małgorzatę Tafil-Klawę.



Agnieszka Badura (I miejsce w sesji)



Prof. Eugenia Gospodarek oraz Maciej Nowacki (I miejsce w sesji biomedycznej)

Po oficjalnym otwarciu rozpoczęły się równoległe przebiegające sesje: biomedyczna i kliniczna. W każdej z sesji zostało przedstawionych około 20 prac. Wstęp dla widzów był bezpłatny, a dla wszystkich tych którym nie udało się dotrzeć chciałbym nieco przybliżyć zasady obowiązujące na tego typu konferencjach, które są doskonałą możliwością do prezentacji prac naukowych jakich student podejmuje się włączając w działalność koła naukowego. Osoba wytypowana do prezentacji miała za zadanie przedstawić w czasie około 7 minut najważniejsze aspekty swojej pracy. Po prezentacji czas należał do Komitetu Naukowego, który poprzez pytania starał się uzyskać jak najwięcej dodatkowych informacji, w skład Komitetu wchodził:

- sesja biomedyczna:
prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
dr hab. Konrad Misiura, prof. UMK
- sesja kliniczna:
dr n. med. Tomasz Drewa
dr n. med. Witold Hrynczewicz
dr n. med. Karol Suppan
dr n. med. Janusz Tyloch

Komisja w swojej ocenie skupiała się nie tylko nad wartością merytoryczną pracy, ale także m.in. nad aktualnością przedstawionego problemu, sposobem prezentacji.

Wyniki sesji biomedycznej

- I miejsce:
Porównanie wzorów biochemicznych, lekocorażliwości i PFGE metycylinoopor-

nych gronkowców koagulazo-ujemnych (MRCNS); Autor: Tomasz Bogiel

- II miejsce
Wstępna ocena efektywności rozdzielania beta-blokerów metodą HPLC przy użyciu kolumny monolitycznej; Autor: Krzysztof Goryński – osoba przedstawiająca
- Wyróżnienie
Wpływ podczerwonego promieniowania laserowego ($\lambda = 820 \text{ nm}$) na hodowlę mysich fibroblastów 3T3; Autorzy: Maciej Nowacki – osoba przedstawiająca
- Wyróżnienie
Wpływ anestetyków na przeznablonkowe prądy jonowe w drogach oddechowych; Autorzy: Jan Mieszkowski – osoba przedstawiająca, Artur Konikowski, Justyna Pawlus-Jurkiewicz, Elżbieta Piskorska, Iga Hołyńska

Wyniki sesji klinicznej

- I miejsce
Analiza wyników leczenia nowotworów złośliwych gardła środkowego; Autorzy: Agnieszka Badura – osoba przedstawiająca, Agnieszka Kamińska, Małgorzata Molska, Małgorzata Wojtarowicz
- II miejsce
Analiza morfometryczna i rozwój dołu środkowego czaszki u płodów człowieka; Autorzy: Joanna Wiśniewska – osoba przedstawiająca, Joanna Wawrzyniak, Katarzyna Pankowska
- Wyróżnienie
Zmiany histopatologiczne w usuniętych



II miejsce w sesji klinicznej za pracę: Analiza morfometryczna i rozwój dołu środkowego czaszki u płodów człowieka



Wyróżnienie w sesji klinicznej dla Natalii Uklelej wręcza dr Witold Hrynczewicz, obok Maciej Deczyński (STN)



W oczekiwaniu na wyniki...

operacyjnie wyrostkach robaczkowych w materiale Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy; Autorzy: Anna Kłosińska – osoba przedstawiająca, Monika Konwińska, Artur Krzywicki

- Wyróżnienie

Częstość alergii na warzywa i owoce u chorych uczulonych na pyłki traw, drzew i chwastów; Autor: Natalia Ukleja

Studentkie Towarzystwo Naukowe już teraz chciałoby zachęcić wszystkich studentów

Naszej Uczelni do pomocy w przygotowaniu następnej konferencji, tym razem o międzynarodowym zasięgu, która miałaby się odbyć w grudniu 2007 roku.

Maciej Deczyński jest wiceprezesem STN CM UMK

Sukces bydgoskich studentów

Rafał Krzemiński, Manuela Las, Magdalena Gorczyca, Patrycja Puciłowska, Monika Krzemińska, Adam Lemanowicz

Dnia 3 marca 2007 r. w Zgierzu k. Łodzi miało miejsce Forum Młodych Naukowców z dziedzin onkologicznych, nad którym patronat honorowy sprawował Konsultant Krajowy Chirurgii Onkologicznej prof. dr hab. med. Andrzej Szawłowski oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej prof. UM dr hab. n. med. Arkadiusz Jezierski.

Podczas sesji przedstawiono 13 prac studentekich onkologicznych kół naukowych z 4 miast: Poznania, Łodzi, Warszawy. Swoją pracę zaprezentowali również studenci z SKN Chirurgii Onkologicznej przy Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej Centrum Onko-

logii CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Opiekę nad pracą sprawował, prof. UMK dr hab. med. Wojciech Zegarski.

Komisja pod przewodnictwem prof. UM dra hab. n. med. Arkadiusza Jezierskiego, wyłoniła zwycięzców.

Pierwszą nagrodę zdobyli bydgoscy studenci przedstawiając pracę pod tytułem: „Ocena poziomu wiedzy wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat profilaktyki i objawów wybranych chorób nowotworowych.” Autorami pracy są: Rafał Krzemiński, Manuela Las, Magdalena Gorczyca, Patrycja Puciłowska, Monika Krzemińska, Adam Lemanowicz.

Praca ta wzbudziła zainteresowanie juro-

rów oraz uczestników sesji. Doceniono między innymi perspektywiczny charakter pracy.

Drugą nagrodę otrzymali studenci Jarosław Cała i Dominik Walczak, którzy zaprezentowali pracę: „Ocena częstości występowania zwapnień w obrazie USG wola w przebiegu raka gruczołu tarczowego.”

Wyróżniono również pracę „Synchroniczny rak w polipie jelita grubego” autorstwa Szymona Grzywacza, Sylwestra Gajownika, Doroty Dąbrowskiej.

Sesja ta odbyła się w ramach Ogólnopolskich Dni Onkologicznych.

Autorzy nagrodzonej pracy.

II Polsko-Amerykańskie Forum „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii”

Katedra i Klinika Anestezjologii

W dniach 19.21.04.2007 r. Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK zorganizowała międzynarodowe sympozjum wraz z lekarzami z Cleveland Clinic OH USA „Postępy w Anestezjologii i Chirurgii”, „Advances in Anesthesiology and Surgery” Bydgoszcz - Cleveland.

Cleveland Clinic od lat plasuje się w rankingu Amerykańskich szpitali w tzw. grupie trzech najlepszych instytucji. W roku 2006 uplasowała się na miejscu 2. Słynie przede wszystkim z realizacji programów przeszczepiania narządów, a w przypadku wyników oraz liczby przeszczepień serca zajmuje w Stanach Zjednoczonych I miejsce. W związku z powyższym Katedra zaprosiła 14 uznanych za autorytety w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii kolorektalnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii transplantacyjnej, gości. Z Polski zaproszeni goście prezentowali różne ośrodki akademickie,

w tym również i koledzy z katedr Collegium Medicum UMK zechcieli wziąć aktywny udział w sesjach naukowych. Dotyczyły one anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii kolorektalnej, chirurgii naczyniowej, transplantacji, kardioanestezji, neuroanestezjologii oraz leczenia bólu ostrego i przewlekłego. W sympozjum wzięło udział 240 uczestników z całej Polski, w tym również z krajów Unii Europejskiej. Podkreślono wysoki poziom merytoryczny naukowych wystąpień oraz jakość organizacji przedsięwzięcia.

Jednym z gości Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii był John Tetzlaff, który jest Dyrektorem Programu Szkolenia Rezydentów w USA. Przedstawił on kierownikowi Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii propozycję stałej współpracy w organizowaniu sympozjów w cyklu 2 letnim, gdyż jego forma spełnia wszystkie wymagane kryteria dla uzyskiwania punktów edukacyjnych w systemie CME (Continuing Medical Educa-

tion). Kryteria te spowodują według Profesora Tetzlaff chęć wzięcia udziału w sympozjum młodych lekarzy ze Stanów Zjednoczonych, co z pewnością sprzyjałoby nawiązywaniu kontaktów naukowych i zawodowych, jak również mogłoby mieć znaczenie dla Bydgoszczy oraz Collegium Medicum.

W związku z tym, że pierwotnie do udziału w Sympozjum zgłosiło akces ponad 500 osób, jednak z powodu braku miejsc nie mogliśmy zrealizować spotkania w szerszej randze, w roku 2009 planujemy taką jego organizację aby mogli w nim uczestniczyć wszyscy zainteresowani z całej Polski, Europy i Stanów Zjednoczonych. W międzyczasie należy pokonać kłopoty związane z ubogą bazą hotelową, jej jakością, brakiem centrum kongresowego z prawdziwego zdarzenia co wydaje się kluczowym zagadnieniem w realizacji przedsięwzięć naukowych o randze międzynarodowej w naszym mieście

XXXVIII Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego

Katedra i Zakład Radiologii



W dniach 23-26 maja 2007 r. odbył się w Bydgoszczy, pod patronatem Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi, XXXVIII Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego. W grodzie nad Brdą mieliśmy zaszczyt gości około 1600 uczestników Organizatorami tego imponującego spotkania było Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, Oddział Kujawsko-Pomorski PLTR, Katedra i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu oraz Stowarzyszenie „Radiologia Bydgoska”.

Uroczyste otwarcie Zjazdu miało miejsce 23 maja 2007 r. Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Profesor Władysław Lasek powitał zgromadzonych gości, wśród których byli wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas, poseł i nasz kolega radiolog Tomasz Latos, wojewoda kujawsko-pomorski Zbigniew Hofman, przewodniczący sejmiku kujawsko-pomorskiego Krzysztof Sikora, marszałek województwa Edward Hartwich, przewodnicząca Rady Miasta Dorota Jakuta, prezydent Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz i zastępca prezydenta Bolesław Grygorewicz. Na uroczystość otwarcia przybyły również władze naszej uczelni: prorektor UMK prof. Małgorzata Tafil-Klawe i dziekan wydziału lekarskiego prof. Henryk Kaźmierczak oraz prezes Izby Lekarskiej dr Radosław Staszak-Kowalska i dyrektor oddziału bydgoskiego NFZ dr Andrzej Purzycki. Wśród zaproszonych gości były też władze Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego: przewodniczący dr hab. Jan Baron, prof. Małgorzata Szczerbo-Trojanowska, dr hab. Andrzej Urbanik i prof. Jerzy Walecki oraz 32 naukowców radiologów ze Stanów Zjednoczonych, Grecji, Anglii, Czech, Austrii, Włoch, Holandii, Australii, Białorusi, Węgier i Niemiec.

Wspólnym wysiłkiem Komitetu Organizacyjnego i Naukowego udało się zorganizować wyjątkową ofertę edukacyjną zarówno dla młodych, jak i doświadczonych radiologów. W skład Komitetu Organizacyjnego weszli: zastępca przewodniczącego Małgorzata Burzyńska-Makuch, sekretarze Katarzyna Laskowska i Zbigniew Serafin, skarbnicy Iwona Trzczińska i Piotr Strzeżniewski oraz członkowie: Miłosz Bieniek, Jakub Cieściński, Agnieszka Chyczewska, Sylwia Drewa, Marek Grzegorzewski, Anna Kerebińska, Maciej Karolkiewicz, Anna Kerebińska, Marcin Kobierowki, Miłosz Kolarski, Małgorzata Marzec, Grzegorz Meder, Elżbieta Nawrocka, Małgorzata Nawrot, Anna Nowak-Nowacka, Fabian Przygoński, Krzysztof Redloch, Aleksandra Rudaś, Magdalena Sobocińska i Bartosz Sobociński.

Dzień ten był niezwykle ważny i uroczysty dla grona profesorów, którym nadano godność honorowych członków PLTR. Należą do nich profesorowie Zdzisława Bem z Wrocławia,

Wojciech Ćwikiel z USA, Nicholas Gourtsoyannis z Grecji, Andras Palko z Węgier i Janusz Złomaniec z Lublina. Wyróżniono także grono lekarzy i techników, którzy otrzymali medale im. Witolda Zawadowskiego. Należą do nich dr n.med. Stanisław Boczoń, dr n.med. Wanda Cyryl, dr n.med. Jerzy Garcarek, dr Elżbieta Jegierska, dr Elżbieta Jopowicz, st. technik Wiesław Kapturski, dr Zbigniew Karuzel, prof. Jerzy Walecki.

Uroczyste otwarcie XXXVIII Zjazdu PLTR było również okazją do wręczenia nagród naukowych. Wśród wyróżnionych znalazł się nasz kolega z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu dr Zbigniew Serafin za pracę doktorską „Nieinwazyjna ilościowa ocena zwapnień w tętnicach wieńcowych za pomocą wielorzędowej TK. Ocena wybranych metod pomiarów”.

Wykład inauguracyjny pt.: „Obrazowanie molekularne - radiologia niedalekiej przyszłości” wygłosił prof. Jerzy Walecki. Uroczystość zakończył występ Grupy Mocarta oraz uroczysty bankiet.

Obrady odbywały się w gmachu Opery Nova z udziałem znakomych specjalistów polskich i zagranicznych w sesjach naukowych, szkoleniowych, plakatowych i satelitarnych. Dla młodszych kolegów zorganizowano kurs specjalizacyjny z radiologii naczyniowej i interwencyjnej oraz warsztaty z radiologii narządu ruchu. Dużym zainteresowaniem uczestników cieszyły się wykłady gości zagranicznych, którzy zaprezentowali najnowsze światowe osiągnięcia diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej. Sesje naukowe zostały podzielone na bloki obejmujące diagnostykę sutka, układu moczowo-płciowego, oddechowego, przewodu pokarmowego, radiologię onkologiczną i pediatryczną, obrazowanie narządu ruchu, postępy w diagnostyce układu sercowo-naczyniowego i radiologii interwencyjnej, w transplantologii, choroby zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego, ochrona radiologiczna pacjenta, zapewnienie jakości i najnowsze techniki multimediálne w telerradiologii i archiwizacji danych. Sesja plakatowa, na którą złożyły się 72 plakaty także cieszyła się dużym zainteresowaniem. Plakaty oceniane były przez jury pod przewodnictwem prof. Grażyny Wilk. Wśród wyróżnionych znalazły się prace lekarzy z naszego zakładu Agnieszki Chyczewskiej i Władysława Laska pt.: „Ocena chrząstki stawowej i płynu w jamie stawowej w stawach kolanowych w badaniu usg u piłkarzy po wysiłku (meczu)” oraz Małgorzaty Burzyńskiej – Makuch, Macieja Karolkiewicza i Władysława Laska pt.: „Obustronny ubytek udowej powierzchni rzepki – obraz radiologiczny”.

W trakcie zjazdu odbyło się Walne Zebranie Delegatów PLTR, na którym uchwalono nowy statut towarzystwa oraz wybrano władze na kolejną kadencję. Przewodniczącym

Zarządu Głównego został ponownie wybrany dr hab. Jan Baron.

XXXVIII Zjazd PLTR był okazją do zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami diagnostyki obrazowej, kierunkami jej ro-

zwoju i przyszłością. Stanowił okazję do nawiązania nowych znajomości i kontaktów, które zaowocują współpracą naukową. Mamy nadzieję, że uczestnicy i goście byli usatysfakcjonowani wysokim poziomem naukowym

sesji i wykładów, dobrą organizacją oraz miłą atmosferą spotkań towarzyskich.

Z niecierpliwością czekamy na kolejne spotkanie radiologicznej rodziny, które odbędzie się w 2010 roku w Szczecinie.

I Sympozjum Farmaceutyczne

Krzysztof Goryński

Farmaceuta to w dzisiejszych czasach nie tylko zawód aptekarza.

Istnieje coraz więcej kierunków rozwoju, którymi młodzi farmaceuci mogą podążać po ukończeniu studiów. Jednak niezależnie od drogi kariery, rzetelna wiedza zdobyta na studiach to nie wszystko. Zarówno w rozmowie z pacjentem, pracy naukowej czy pracy w firmie farmaceutycznej liczy się zdolność wykorzystania wiedzy w sposób praktyczny oraz wysokie umiejętności interpersonalne. Z tego właśnie powodu Młoda Farmacja-Bydgoszcz zorganizowała „I Sympozjum Farmaceutyczne Bydgoszcz 2007”, nad którym honorowy patronat uprzejmi byli objąć Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe i Dziekan Wydziału Farmaceutycznego CM UMK dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK. Sympozjum odbyło się 18 maja 2007r. w nowym budynku Wydziału Farmaceutycznego. Skierowane było przede wszystkim do studentów farmacji naszej Uczelni. Zaproszeni zostali i brali w nim udział profesorowie i kadra naukowa, przedstawiciele firm i wydawnictw farmaceutycznych, goście mający wykłady objęte programem Sympozjum. Poza tym zaszczylicili nas swoją obecnością dr hab. n. farm. Anna Kodym, prof. UMK (Kierownik Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku), dr hab. n. farm. Adam Buciuński, prof. UMK (Kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji oraz Prezes Olsztyńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego), dr hab. n. chem. inż. Konrad Misiura, prof. UMK (Kierownik

Katedry i Zakładu Technologii Chemicznej Środków Lecznicych), dr n. chem. Marcin Koba (adiunkt Katedry i Zakładu Chemii Leków), mgr farm. Tadeusz Pawełek dyrektor Innowacyjno-Wdrożeniowego Laboratorium Farmaceutycznego LABOFARM, mgr Janusz Przybylski przedstawiciel medyczny FILOFARM, Magdalena Sieradzka reprezentująca miesięcznik „Forum Farmaceutyczne” (jeden ze sponsorów Sympozjum) i inni. Współorganizatorami tego wydarzenia byli: Biuro Karier CM UMK oraz Bydgoski Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Sympozjum podzielone było na dwie części: wykładową i warsztatową. Pierwsza z nich rozpoczęła się o godz. 11 uroczystym otwarciem, jakiego dokonali Pani Rektor i Pan Dziekan. Nad sprawnym przebiegiem całego Sympozjum czuwali członkowie Młodej Farmacji Daria Kałużna i Krzysztof Goryński. Pierwszym prelegentem był prezes Bydgoskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego mgr farm. Jakub Płaczek, współorganizator, a zarazem opiekun Młodej Farmacji Bydgoszcz. Prezes PTFarmu zaprezentował i zaznajomił przybyłych na Sympozjum z działalnością Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Kolejną prezentację przygotował dr hab. Jerzy Krysiński, prof. UMK. Zdajemy sobie sprawę, jak ważne w przyszłej karierze farmaceuty jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych i dokształcanie się z zakresu nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych stąd temat „Kształcenie podyplomowe farmaceutów w Collegium Medicum” przypomniał obecnym, że koniec

studiów nie oznacza całkowitego zerwania z poszerzaniem wiedzy. Nie mogło zabraknąć tematu z zakresu poradnictwa farmakoterapeutycznego, stąd kolejnym wygłaszającym wykład gościem był specjalista z dziedziny farmakologii mgr farm. Piotr Ruzskowski (asystent z Katedry i Zakładu Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej). Temat „Rola farmaceuty w zakresie poradnictwa farmakoterapeutycznego w aptece – zatrucia u dzieci” uświadomił, że to właśnie farmaceuta jest często pierwszą osobą do której zwraca się po poradę pacjent, oczekując fachowej rady, a w przypadku zatruc zwłaszcza u dzieci niesiona pomoc musi być natychmiastowa. Wśród zaproszonych gości i firm farmaceutycznych znalazła się m.in. Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy FILOFARM z Bydgoszczy, główny sponsor Sympozjum. Prezentację „Praca farmaceuty w firmie” wygłosił specjalista ds. rejestracji FSP FILOFARM - mgr farm. Grzegorz Barca. Wystąpienie przedstawiciela z firmy FILOFARM miało na celu zaprezentowanie jednej z możliwych zawodowych dróg, jaką mogą podążać młodzi farmaceuci po ukończeniu studiów. Kolejną zaproszoną firmą farmaceutyczną był LABOFARM ze Starogardu Gdańskiego. Pan Piotr Gałęcki z tejże firmy zaprezentował temat: „Lek a suplement diety – problemy pogranicza”. Przedostatnim wystąpieniem była prezentacja dotycząca Młodej Farmacji. Motto prezentacji (a także Sympozjum) brzmiało: Każdy student kierunku farmacja powinien cechować się świadomością godną farmaceuty, wykraczającą poza pojęcie zawodu aptekarza. Przewodniczący Młodej Farmacji Bydgoszcz starał się zachęcić wszystkich zainteresowanych do współpracy, gdyż działalność tej organizacji studenckiej obejmuje wiele inicjatyw, mających na celu poszerzenie perspektyw i zainteresowań studentów farmacji. Ostatnią budzącą najwięcej emocji była prezentacja A-Team Recruitment – drugiego ze sponsorów. „Młodzi farmaceuci na krajowych i zagranicznych rynkach pracy – szanse i możliwości” zaprezentował Tomasz Farana, dyrektor zarządzający A-Team.

Uczestnicy Sympozjum mieli także możliwość wzięcia udziału w warsztatach na temat zasad merchandisingu w rękach nowoczesnego farmaceuty (poprowadziła pani Jolanta Borowa z „Akademii Farmaceuty”), poprawnego pisania CV i listu motywacyjnego (mgr inż. Ilona Patuszyńska, „Biuro Karier”) oraz „Kuzni przyszłości”. Wszyscy uczestnicy warsztatów otrzymali smycze z logo UMK ufundowane przez Dziekana Wydziału Farmaceutycznego. „I Sympozjum Farmaceu-



od lewej: Prodziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Jerzy Krysiński, w środku Prezes Olsztyńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji prof. dr hab. Adam Buciuński, po prawej Prezes Bydgoskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego mgr farm. Jakub Płaczek



Uczestnicy konferencji



Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe z Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. Bronisławem Grzegorzewskim

tyczne Bydgoszcz 2007” okazało się znakomitą okazją do wymiany wiedzy i doświadczeń. Spotkało się z bardzo dobrym odbiorem ze strony uczestników oraz zaproszonych gości.

Mamy nadzieję, że kolejne lata będą obfitowały w tego typu wydarzenia, a w przyszłym roku Młoda Farmacja będzie mogła zaprosić na kolejne Sympozjum Farmaceutyczne, być

może o charakterze ogólnopolskim...

Krzysztof Goryński jest przewodniczącym Młodej Farmacji i studentem V roku Wydziału Farmaceutycznego.

Konferencja Bydgoskiego Towarzystwa Naukowego Historia towarzystw lekarskich regionu kujawsko-pomorskiego

oprac. Monika Kubiak



Prowadzący Konferencję prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz

W dniu 15 czerwca 2007 roku w godzinach 15:00-18:00 w Auli Collegium Medicum Bydgoskie Towarzystwo Naukowe zorganizowało sympozjum poświęcone „Historii towarzystw lekarskich regionu kujawsko-pomorskiego i patronom szpitali bydgoskich”.

Spotkanie poprowadził prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz, który wygłosił również wykład inauguracyjny przybliżający rozwój towarzystw medycznych w naszym regionie. Autorzy wystąpień koncentrowali się na opisach i charakterystyce poszczególnych towarzystw lekarskich i pielęgniarskich w obecnym województwie kujawsko-pomorskim,

jak również przybliżali słuchaczom sylwetki patronów bydgoskich szpitali.

Mimo tropikalnej aury uczestnicy spotkania z żywym zainteresowaniem wysłuchali czternastu prezentacji:

„Dynamika rozwoju towarzystw medycznych w regionie kujawsko-pomorskim” (prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz),

„Dr Antoni Jurasz - patron Szpitala Uniwersyteckiego” (dr Hanna Mackiewicz-Nartowicz),

„Prof. Franciszek Łukaszczyk – patron Centrum Onkologii w Bydgoszczy” (dr hab. Wojciech Zegarki, prof. UMK),

„Dr Emil Warmiński – patron Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy” (dr Aleksander Olejarz),

„Polskie Towarzystwo Fizjologiczne” (prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe),

„Polskie Towarzystwo Higieniczne, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego” (dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK),

„Polskie Towarzystwo Anatomiczne” (dr Michał Szpinda),

„Polskie Towarzystwo Angiologiczne” (Marcin Kruszewski),

„Polskie Towarzystwo Mikrobiologów” (dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK),

„Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa An-

giologicznego (dr Maria Szewczyk), „Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy – wczoraj, dziś i jutro” (Edmund Mucha),

„Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego” (dr Magdalena Grajewska),

„Polskie Towarzystwo Rehabilitacyjne” (dr Irena Bułatowicz),

„Polskie Towarzystwo Urologiczne” (dr Janusz Tyloch).



Uczestnicy konferencji, na pierwszym planie od lewej: prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK dr hab. Jacek Klawe, dr Aleksander Olejarz

Dynamika rozwoju towarzystw medycznych w regionie kujawsko-pomorskim

Zygmunt Mackiewicz

W grudniu 2005 roku minęło 200 lat od powołania w Wilnie pierwszego na terenie pierwszej Rzeczypospolitej naukowego towarzystwa lekarskiego. Uroczystości jubileuszowe odbyły się w Warszawie, Wilnie i w Bydgoszczy. Bydgoskie Towarzystwo Naukowe uczciło pierwszego prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie, Jędrzeja Śniadeckiego, syna ziemi pałuckiej, znakomitego lekarza, chemika, profesora Uniwersytetu Wileńskiego.

Początki naukowego towarzystwa lekarskiego w Bydgoszczy sięgają 1903 roku. Towarzystwo to zmieniało nazwę kolejno poprzez Towarzystwo Lekarzy Nadnoteckich, Naukowe Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie na Obwód Notecki po Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie. Okres powołania Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego do roku 1939 można uznać za pierwszy pionierski okres rozwoju towarzystw lekarskich. Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie w okresie międzywojennym zrzeszało lekarzy różnych specjalności. Oczywiście, istniały ogólnopolskie towarzystwa medyczne obejmujące różnorodne specjalności, ale nie było oddziałów reprezentujących nasz region. W tym okresie przedstawowe oddziały naszego region mieściły się w Poznaniu.

Drugi okres rozwoju towarzystw medycznych w naszym regionie trwał od 1945 roku do 1975 roku, gdy powołano Filię Gdańskiej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W początkowym okresie dominowało Bydgoskie Towarzystwo Lekarskie jako oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwa specjalistyczne były powiązane z Poznaniem lub Gdańskiem. Pierwszym wyłomem było powołanie oddziału bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w roku 1945 przez dr Napoleona Baniewicza. W późnych latach 50. usamodzielniają się kolejne oddziały towarzystw medycznych. W roku 1954 – oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, w roku 1956 – oddział Polskiego Towarzystwa Internistów Polskich, w roku 1957 – oddział Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, a w roku 1966 – oddział Towarzystwa Chirurgów Polskich. Powstawanie samodzielnych oddziałów skupiających lekarzy specjalistów z Bydgoszczy, Torunia, Włocławka, Inowrocławia, Chojnic i innych miast regionu było wyrazem dążności do powołania w Bydgoszczy samodzielnej uczelni medycznej. W tym okresie coraz prężniej rozwija się Bydgoskie Towarzystwo Naukowe i działający w tym Towarzystwie wydział nauk medycznych, integrujący lekarzy różnych specjalności. Wyróżniali się: Napoleon Baniewicz, Wojciech Staszewski, Jan Małecki, Jan Domaniewski i inni.

Kolejny, trzeci okres rozwoju towarzystw medycznych trwał od 1975 roku do roku

1984, do powołania samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Powołanie nowych zakładów i klinik na II Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku, Filia w Bydgoszczy owocowało powstaniem nowych specjalności medycznych w naszym regionie, jak również nowych towarzystw medycznych. Przykładem może być powołanie przez prof., Bogdana Romańskiego w Bydgoszczy w roku 1981 Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Oddział bydgoski Polskiego Towarzystwa Okulistycznego powstał w roku 1975, a w roku 1981 powstał oddział bydgoski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Równocześnie wcześniej powołane towarzystwa zaktywizowały się, czego wyrazem były coraz liczniejsze zjazdy, konferencje ogólnopolskie organizowane w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku.

Dalszym okresem rozwoju towarzystw medycznych w regionie Pomorza i Kujaw są lata od roku 1984 do okresu współczesnego, czyli lata samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a następnie Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W tym okresie powstają kolejne oddziały towarzystw medycznych, jak Polskie Towarzystwo Anatomiczne, Polskie Towarzystwo Fizjologiczne, Polskie Towarzystwo Anestezjologiczne, Polskie Towarzystwo Rehabilitacyjne, Polskie Towarzystwo Angiologiczne i inne, reprezentujące nowe specjalności rozwijające się w strukturach uczelni medycznej.

Proces powoływania nowych oddziałów towarzystw medycznych trwa, a przykładem może być Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego powstałe w 2007 roku.

Towarzystwa medyczne w latach istnienia samodzielnej uczelni jako oddziały w regionie kujawsko-pomorskim stały się porównywalnymi ośrodkami wiedzy medycznej do regionów o dużych tradycjach naukowych. W tym okresie przewodniczący oddziałów byli wybierani na prezesów centralnych towarzystw medycznych, a Bydgoszcz organizowała międzynarodowe i ogólnopolskie kongresy naukowe, obejmujące podstawowe i wąskie specjalności medyczne. Przykładem są kongresy chirurgów, ginekologów, pediatrów, neurologów, psychiatrów, internistów, kardiologów, nefrologów, urologów,

okulistów, otolaryngologów, anestezjologów, patomorfologów, mikrobiologów, historyków medycyny i innych.

Powołanie nowych wydziałów i kierunków jak farmacja, biotechnologia, kosmetologia, pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia stwarzają możliwości rozwoju towarzystw podnoszących wiedzę i kształcących kadry.

Wynika z tych rozważań jednoznaczny wniosek, że powołanie samodzielnej uczelni medycznej w Bydgoszczy przyczyniło się w znacznym stopniu do rozwoju towarzystw medycznych w naszym regionie i podniosło prestiż naszego środowiska medycznego.

Prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz jest pracownikiem Katedry i Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii.



prof. dr hab. Zygmunt Mackiewicz

Ze sportu akademickiego: Czy może być jeszcze lepiej?

Andrzej Drygas

Rywalizacja Klubów Uczelnianych Akademickiego Związku Sportowego w ramach XXIV Mistrzostw Polski Szkół Wyższych jest na półmetku. Edycja ta rozgrywana jest w latach 2006-2008. Podsumowując występy naszych reprezentantów należy podkreślić znaczny postęp niemal we wszystkich dyscyplinach, w których braliśmy udział.

Zaczęło się jednak nie najlepiej. Na Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych w Tenisie Stołowym rozgrywanych we Wrocławiu w dniach 16 – 18.03.07, reprezentacja kobiet w składzie: Kamila Wyborska, Patrycja Rusicka, Elwira Piekart zajęła dopiero V miejsce, a mężczyźni w składzie: Michał Grzyb,

reprezentantami: Radosławem Wimklem, Krzysztofem Wendą, Mateuszem Liberskim, Rafałem Szarafińskim, Łukaszem Zambrzyckim i Mateuszem Ozorowskim uplasowali się na XII pozycji. W sumie do ogólnej punktacji wioślarze zyskali 118 punktów.

W dniach 20-22.04.07 dramatyczne boje stoczyli koszykarze w Białymstoku. Oto wspomnienia kapitana zespołu męskiego i pełniącego obowiązki trenera obu reprezentacji Jana Mieszkowskiego; „Czas mistrzostw to wspaniała okazja do integracji społeczności akademickiej oraz nawiązania kontaktów z osobami ze wszystkich Uczelni Medycznych w kraju. Uwzględniając szereg formalnych i nieformalnych spotkań towarzyszących

sem. Kobiety typowane przez wiele osób na ostatnią drużynę mistrzostw walczyły dzielnie i tylko niesamowity pech sprawił, że poległy 63:64 z CM UJ Kraków, które zdobyły srebrny medal i tytuły wicemistrzyń kraju, oraz 51:53 z Uniwersytetem Medycznym z Łodzi, ostatecznie plasując się na piątej pozycji. Zwyciężyła AM z Warszawy, III miejsce zajęły reprezentantki AM z Wrocławia. W zespole naszych pań wystąpiły: Joanna Żółtowska (kapitan zespołu), Kamila Polewny, Hanna Morzyńska, Iga Drozdowicz, Agnieszka Peda, Ewelina Lewandowska, Katarzyna Nowak, Ania Duchnowska, Agnieszka Kubik i Marta Klapiczewska.

Reprezentacja studentów zajęła również



Ci wspaniali mężczyźni, a tylko III miejsce...



Dekoracja kolarzy górskich

Paweł Stypka, Paweł Kobryn VIII miejsce. Indywidualny tok przygotowań, który od wielu lat jest realizowany w tej sekcji nie gwarantuje odpowiedniego poziomu przygotowania do tak poważnej imprezy. Poziom sportowy ekip zajmujących czołowe pozycje był bardzo wysoki i aby go osiągnąć należy systematycznie prowadzić szkolenie pod okiem trenerów.

System ten sprawdził się jednak w ergometrze wioślarskim. W Warszawie w dniu 13.04.07 na Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych reprezentacja nasza w składzie: Edyta Jasińska, Karolina Gniadek, Monika Dłutkowska, Joanna Wydra, Agata Bloch uplasowały się na X miejscu w punktacji generalnej wszystkich uczelni, a Edyta Jasińska zdobyła złoty medal w klasyfikacji kobiet nie dając żadnych szans zawodniczkom z kadry olimpijskiej. Wśród mężczyzn mgr Tomasz Kowalik zajął VII miejsce i wraz z pozostałymi

(ach te zabawy integracyjne...), jakie mają miejsce podczas zawodów, skrót AZS można rozwinąć jako „Atmosfera, Zabawa, Sport”. O ile dla naszych panów był to kolejny start w takiej imprezie, o tyle panie wystartowały w tych zawodach po dwuletniej przerwie i bez ogrania, które mogłoby procentować większym zgraniem zespołu. Start naszych drużyn rozpoczął się niestety od smutnej wiadomości, która dotarła do nas w dniu wyjazdu „trener w szpitalu”. Jakie było to zaskoczenie, że człowiek, który ma od wielu lat największy wkład w kształtowanie się oblicza reprezentacji uczelni w koszykówce nie pojedzie z zespołami na mistrzostwa, w dodatku leży chory w szpitalu. Trochę smutna reprezentacja ruszyła na wschód naszego kraju, aby walczyć o jak najlepsze miejsce dla swojej uczelni.

Start naszych drużyn zakończył się jednak, zważywszy na sytuację, pełnym sukcesem.

V miejsce nieznacznie przegrywając awans do szerokiego finału z późniejszym Mistrzem Polski AM z Warszawy. W stosunku do poprzedniego startu jest to ponowny postęp, a prezentowany poziom gry, porównywalny z zespołami czołówki mistrzostw jest bardzo dobrym prognostykiem na kolejne Mistrzostwa Polski (może jakiś medal). Srebrnym medalistą został gospodarz mistrzostw, Akademia Medyczna Białystok, a III miejsce zajęła reprezentacja Akademii Medycznej z Wrocławia. W zespole męskim wystąpili: Jan Mieszkowski (kapitan zespołu), Jerzy Maciejewski, Konrad Kopacz, Dominik Mieszkowski, Piotr Zarost, Jakub Tworkiewicz, Paweł Twardowski, Michał Murzyński, Łukasz Ziółkowski, Kamil Sokołowski. W ostatniej chwili, ze startu w mistrzostwach kontuzja wyłączyła Łukasza Łozowskiego. Ogromna ambicja i zaangażowanie naszych studentów

oraz godziny treningów pod czujnym okiem trenera Adama Ziemińskiego sprawiły, że udział w tegorocznych zawodach trzeba zaliczyć do udanych, a osiągnięte wyniki bardzo dobrze rokują na przyszłość. Nie sposób tutaj nie wspomnieć o wkładzie, jaki w sukcesy naszych reprezentacji wniósł pan dr Andrzej Drygas, który pod nieobecność trenera Ziemińskiego trzymał pieczę nad całą reprezentacją, oraz o władzach Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, które umożliwiły udział w turnieju”.

Jednym z etapów przygotowań reprezentacji piłki siatkowej do najważniejszej imprezy jaką są Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych, które odbędą się w drugim roku rozgrywek, był udział w I Mistrzostwach Polski Siatkówki Piłkowej rozgrywanych w Dziwnowie w dniach 3 – 5.05.07 oraz Autonomicznej Lidze Piłki Siatkowej, która obecnie zrzesza 24 zespoły podzielone na I i II ligę. Trener reprezentacji pan mgr Henryk Borowski tak podsumowuje ten etap przygotowań: 10 października 2005 r. meczem z zespo-

gwarantowało nam udział w grach barażowych o pozostanie w lidze na następny sezon oddalając od nas widmo spadku do II ligi. Spotkania barażowe zostały przez nas wygrane i w następnym sezonie znów będziemy mogli mierzyć się z najlepszymi amatorami siatkówki w regionie, wykorzystując to jako formę przygotowania zespołu do rozgrywanych w roku przyszłym Akademickich Mistrzostw Polski Akademii Medycznych, z nadzieją by poprawić zajęte w nich przed dwoma laty V miejsce. Tylko systematyczna gra z najlepszymi pozwoli podnieść nasze amatorskie umiejętności w dyscyplinie, która na przestrzeni ostatnich lat stała się tak bardzo popularna w naszym kraju. Dla nas, studentów-amatorów siatkówki dyscyplina ta stała się również fantastyczną formą dbania o dobrą sprawność fizyczną, tak bardzo potrzebną w naszym przyszłym zawodzie. W sumie w minionym sezonie rozegraliśmy blisko 30 spotkań, tak w rozgrywkach ligi ALSM jak i międzuczelnianych w naszym regionie.

Ponadto niejako z marszu, bez przygotowania ze względu na termin i brak odpowiednich

ma, Jakub Szczepaniak, Robert Tyma, Jakub Toworkiewicz, Patryk Wąsicki, Remigiusz Werenc, Łukasz Wojtasiak.

„Zirytowani słabą organizacją ostatnich Mistrzostw Polski Szkół Wyższych w Tenisie Ziennym, animatorzy sportu w uczelniach medycznych, postanowili rozegrać je tylko we własnym gronie. Pomysł okazał się przysłowiowym „strzałem w dziesiątkę”. Turniej rozegrany w dniach 11-13 maja w gościnnym Wrocławiu, pozostanie w pamięci uczestników jako ze wszech miar udana impreza. Sportowe emocje, „zasady fair play” i zmienne pogoda (tak ważna w tenisie) towarzyszyły uczestnikom zawodów.

Nasza uczelnia także wystawiła swoją reprezentację. Drużynę kobiecą tworzyły: Joanna Wcisło (2 rok farmacji) i Dorota Jareńko (1 rok farmacji). W skład męskiej drużyny weszli: Marek Rózewicki (1 rok farmacji) oraz Paweł Grześniński (1 rok wydziału lekarskiego). Spotkania rozgrywano wg. systemu: 2 mecze singlowe i debel w przypadku remisu po ich zakończeniu. Ciekawostką było roz-



Medale były w zasięgu ręki



Zdecydowanie najlepsi

łem „Sokół” Koronowo zainaugurowaliśmy udział w rozgrywkach. W zespołach tej ligi aż roi się od byłych zawodników, którzy po zakończeniu kariery sportowej w klubach uprawiają tę dyscyplinę rekreacyjnie w zespołach amatorskich występujących właśnie w ALSM. Z takimi to zespołami przyszło mierzyć się naszym uczelnianym amatorom siatkówki w rozgrywkach w sezonie 2006/2007. Początek rozgrywek był dla nas wyjątkowo nieudany, bowiem przyszło nam przeżyć gorycz 6 porażek, których główną przyczyną był brak przygotowania zespołu, zgrania oraz start w rozgrywkach z marszu. W dodatku kluczowych zawodników (Sebastian Grzyb, Waldek Kuczma) dopadły kontuzje wykluczające ich udział na kilka miesięcy w grze. Na szczęście po ich powrocie do zespołu odwróciła się dla nas karta i po wygraniu pod rząd kilku spotkań awansowaliśmy w tabeli na miejsce, które

obiektów do gry przystąpiliśmy do gry w siatkówkę piłkową w I Akademickich Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych w Dziwnowie. Oprócz zespołów męskich w zawodach tych wystąpiły również nasze koleżanki. W obu kategoriach mierzyliśmy się z zespołami, które miały możliwość przygotowania się na piasku do tych zawodów. Udział zakończyliśmy na 7 miejscach w obu kategoriach.

Składy zespołów piłki siatkowej w sezonie 2006/2007: kobiety – Karolina Bielas, Ewa Bylińska, Karolina Chudowska, Aneta Cudała, Ewa Dusza, Katarzyna Dorau, Agnieszka Filarecka, Magda Ignacik, Kinga Maciejewska, Karina Poznachowska, Karolina Sternicka, Karolina Weremi, Małgorzata Gmys oraz mężczyźni: Mateusz Aniński, Artur Bogacz, Roman Borzych, Andrzej Eljaszewicz, Arkadiusz Gorzewski, Sebastian Grzyb, Robert Kaźmierczak, Karol Kubiak, Waldemar Kucz-

grywanie debli wg. nowych zasad tzw. „nagłej śmierci” (przy równowadze w gemie para odbierająca wybiera, w które „karo serwisowe” wykonuje się serwis. Jedna piłka decyduje o wyniku w gemie). Ekipa dziewcząt rywalizowała w grupie z Akademiami Medycznymi z Krakowa i Łodzi. O ile pojedynki z krakowiankami był w miarę wyrównany (oba single przegrane 6-3, 6-4 i 6-2, 6-4), o tyle w rywalizacji z łodziankami nie mieliśmy żadnych szans. Reprezentacja Łódzkiego Uniwersytetu Medycznego, złożona z czynnych zawodniczek klasyfikowanych na listach PZT, okazała się niepokonaną i „w cuglach” sięgnęła po złoto. Najbardziej wyrównany mecz, rozegrały nasze dziewczyny walcząc o 5. miejsce z ekipą gospodyń. Niestety, uległy i zajęły ostatecznie 6. lokatę.

O wiele większe emocje towarzyszyły meczom chłopaków. Przegrana 0-2 z sil-

ną ekipą ze Szczecina (późniejszym finali-
stą) podrażniła ambicje naszych tenisistów.
W kolejnym spotkaniu przeciwko gospodar-
zom zaczęliśmy od wygrania 1 singla przez
Marka Różewickiego. Druga gra singlowa to
długi i dramatyczny mecz Pawła Grzesińskie-
go, który po wygraniu 1. seta opadł nieco z sił
i uległ w tie-breaku przegrywając ostatecznie
1-2. O losach całego meczu decydował de-
bel, w którym niestety górą byli gospodarze.
Szkoda tej zmarnowanej szansy na awans do
czołowej czwórki turnieju. Chłopacy powe-
towali ją sobie w dniu następnym pokonując
kolejną reprezentację medyków z Lublina
i Łodzi. Zajęli 5. miejsce wśród 8 ekip co na-
leży uznać za „prawie” dobry wynik, lecz jak
wiemy „prawie robi różnicę”.

Na zakończenie dodać należy, że ze wzglę-
du na brak pełnowymiarowej hali, przygo-
towania naszej ekipy ograniczały się do jed-
nego treningu w tygodniu na kortach pod
balonami. „Nasi reprezentanci, nie dość, że
wylewali pot, tracili cenny czas, to solidarnie
wysuptywali złoćszo na wynajm kortu; za
co serdecznie im dziękuję - piszący te słowa
opiekun sekcji- Adam Ziemiński”.

Kolejną imprezą, do której zawodnicy
przygotowywali się indywidualnie to Mi-
strzostwa Polski Szkół Wyższych we Wspi-
naczce Sportowej przeprowadzone w Krako-
wie w dniach 17 – 20. 05. 07. Piotr Trychoń
– uczestnik i inicjator podsumowuje udział
w tej imprezie w sposób następujący: „Col-
legium Medicum w Bydgoszczy w tych za-
wodach reprezentowało trzech studentów
– Joanna Sawicka, Jarosław Korzyński oraz
moja skromna osoba. Wspinaczkową formę
szlifowaliśmy regularnie trenując 3-4 razy
w tygodniu na ścianie wspinaczkowej
w Bydgoszczy, Toruniu oraz na skałkach. Za-
wody rozpoczęły się niemal o świcie. Wzięło
w nich udział ponad 350 studentów z całej
Polski. Zawodnicy pokonywali drogi w stylu
„flash”, co okazało się bardzo dobrym pomy-
ślnym organizacyjnym. Dzięki temu uniknęli-
śmy uciążliwego zarówno dla organizatorów
(Collegium Medicum UJ), jak i uczestników,
wielogodzinnego przebywania w zamkniętej
strefie w oczekiwaniu na start. Zawodnicy
mieli do wyboru dwie drogi o zróżnicowa-
nym stopniu trudności. Jednak tylko start
na drodze trudnej (6,2 dla kobiet i 6,4+ dla
mężczyzn) dawał szansę na przyzwoity wy-
nik punktowy. Wybór drogi trudnej opłacił
się – Piotr i Jarek zdobyli po 37,45, a Asia 24
pkt. Wśród uczelni medycznych zajęliśmy
drugie miejsce zdobywając zaledwie o 1 pkt
mniej od organizatorów. Zdobyliśmy 87 pkt
w punktacji Mistrzostw Szkół Wyższych. Ze
względu na brak punktacji medyków (musi
startować co najmniej 6 uczelni w danym
pionie) nie zostaliśmy nagrodzeni. Pozostaje
jednak ogromna satysfakcja. Organizacja im-
prezy była przemyślana i przebiegała bardzo
sprawnie. Dzięki przyjętej formule możliwy
był wzajemny doping i obserwacja wspinaczy
z innych uczelni. Liczymy, że w następnych
edycjach powstanie klasyfikacja Akademii
Medycznych a my, po solidnie przeprocowa-



Mistrzyni Polski w Ergometrze Wioślarskim – Edyta Jasińska na podium

nej ziemie staniemy na jej czele”.

W dniu 12 maja 2007 roku na terenie Leś-
nego Parku Kultury i Wypoczynku w Myśle-
cinku odbyły się Akademickie Mistrzostwa
Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ko-
larystwie górskim. Collegium Medicum UMK
reprezentowali Katarzyna Czerwińska i Paweł
Orłowski. Pomimo prognoz, które zapowia-
dały deszcz, pogoda dopisała. Nasiąknięta ca-
łotygodniowymi opadami trasa została oce-
niona przez zawodników jako bardzo trudna.
Zawody przebiegły w atmosferze walki do
samego końca. Nie zabrakło emocjonujących
sprintów tuż przed linią mety, które ostatecz-
nie rozstrzygały sytuację. Organizatorzy za-
dbali nawet o gorący posiłek. Mimo trudnych
warunków Katarzyna Czerwińska uplasowała
się na pierwszej pozycji, Paweł Orłowski na
siódmej, zdobywając jednocześnie 3 miejsce
w klasyfikacji drużynowej.

Zdaniem naszej mistrzyni – Kasi Czerwiń-
skiej „kolarstwo górskie jest coraz bardziej
popularną dyscypliną sportową i docenianym
sposobem spędzania wolnego czasu. Niektó-
rzy amatorzy uprawiają ten sport, traktując go
jako możliwość rozwoju fizycznego, stąd duża
liczba imprez, w których kolarze górcy mogą
sprawdzać swoje możliwości. Obok długich
i wymagających dobrej kondycji fizycznej
maratonów, dużym zainteresowaniem cieszą
się krótkie, dynamiczne wyścigi Cross-co-
untry (XC), podczas których zawodnicy po-
konują kilka lub kilkanaście rund zazwyczaj
o długości 6-8 km. Również nasza Uczelnia
propaguje kolarstwo jako doskonałą alterna-
tywę dla zajęć na sali gimnastycznej. Od kilku
lat studenci I roku w ramach obowiązkowych
zajęć z wychowania fizycznego przemierzają
trasy w Parku Myślińskim o bardzo oryginal-
nych nazwach „Orla Perć”, „Wodogrzmoty
Myśliński”, „Garbaty Mostek”, „Źródło-
ko” czy „Dolina Dziesięciu Stawów”. Jazda
na rowerze podnosi sprawność całego ukła-
du mięśniowego, poprawia funkcjonowa-
nie układu oddechowego i układu krążenia,
a także zwiększa wydatek energetyczny orga-
nizmu. Stanowi więc świetny sposób na zrzu-
cenie zbędnych kilogramów”.

Pomimo, że w bieżącym roku pływcy
nie mają Mistrzostw Polski Akademii Me-

dycznych, to przygotowania idą pełną parą.
Po raz pierwszy nasze studentki wygrały
Mistrzostwa Województwa Kujawsko-Po-
morskiego, a reprezentacja studentów zajęła
III miejsce. Pływaczki zdobyły 15 medali
w tym: 5 złotych, 4 srebrne i 6 brązowych.
Pływacy natomiast 11 medali: 2 srebrne
i 9 brązowych. Czołowi zawodnicy sekcji to:
Dorota Szuniewicz, Monika Dłutkowska,
Małgorzata Wiśniewska, Jagoda Reszczyńska,
Arnika Wilińska, Katarzyna Otulak, Joanna
Goc, Edyta Mrozek, Marta Białkowska, To-
masz Łozowski, Mirosław Jabłoński, Mikołaj
Kuczawski, Karol Pyciński, Mateusz Luberski,
Bartłomiej Małkowski i Adam Witkowski.
Zdaniem trenera mgr. Franciszka Walerona
poziom sportowy jest bardzo zróżnicowany.
Jedynie nieliczni rokują na zdobycie medali
na przyszłorocznych Mistrzostwach Polski.
Jestem jednak pełen nadziei i optymizmu,
choćby niełatwo będzie utrzymać V pozycję
z ostatnich mistrzostw.

Ogromnie zdeterminowani i żądni krwi
wyjechali do Krakowa piłkarze nożni na
Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych
organizowanych w dniach 17-20.05.07. Ro-
zegrali tam 6 spotkań zajmując ostatecznie
III miejsce. Szczegółowa relacja z tej imprezy
w odrębnym artykule.

Bardzo dzielnie walczyła o honor uczelni
łuczniczka – Agnieszka Jaworowska, zagna-
czając naszą obecność w Pucharze Polski
Zarządu Głównego AZS w dniu 18.03.07
we Wrocławiu oraz Akademickich Mistrzo-
stwach Polski w dniach 2-3.06.07 w Poznaniu.
Na obu imprezach uplasowała się na najgor-
szej pozycji dla sportowca - IV miejscu.

W końcu przyszedł czas na królową sportu
– lekkoatletkę. Chyba też dlatego, niejako na
podsumowanie pierwszego roku XXIV Edy-
cji Mistrzostw Szkół Wyższych, dopiero 25-
27.05.07 w Warszawie odbyły się zawody w tej
dyscyplinie. Regulamin lekkoatletyki wyraźnie
określa kryteria udziału w Mistrzostwach Polski
Szkół Wyższych. Uczelnia, aby była sklasyfiko-
wana, powinna być reprezentowana w 5 konku-
rencjach przez kobiety i 7 przez mężczyzn. Spo-
śród ponad 100 uczelni, które zaznaczyły swój
udział w zawodach tylko 49 udało się spełnić
stawiane wymagania.

Pierwsze miejsca kobiet i mężczyzn wśród Akademii Medycznych oraz 16 studentek i 24 studentów w ogólnej punktacji, to bilans udziału 21 reprezentantów Collegium Medicum w tej imprezie. Dopelnieniem historycznego zwycięstwa drużyn były udane indywidualne starty i 16 medali zdobytych w typach szkół medycznych oraz bardzo wysokie lokaty wśród wszystkich startujących. Medalistami Mistrzostw Polski zostali: złote medale – sztafeta 4x100m kobiet (Zuzanna Pawlikowska, Małgorzata Grochocka, Agnieszka Paterka, Anetta Cubała), sztafeta 4x100m mężczyzn (Paweł Sutkowy, Łukasz Zambrzycki, Bartosz Józwiak, Szymon Siwacki), pchnięcie kulą

– Łukasz Zambrzycki, skok wzwyż – Bartosz Józwiak, medale srebrne – skok w dal i skok wzwyż – Anetta Cubała, rzut oszczepem – Aleksandra Woderska, pchnięcie kulą – Kamila Polewany, rzut dyskiem – Łukasz Zambrzycki, brązowe medale – rzut oszczepem – Bartosz Józwiak, pchnięcie kulą – Aleksandra Woderska, skok wzwyż – Sebastian Derdowski, bieg na 100m – Szymon Siwacki, bieg na 200m i 400m – Paweł Sutkowy, trójskok – Łukasz Ziółkowski. Do sukcesu przyczynili się również: Agnieszka Witkowska, Karolina Bielas, Agnieszka Jaworowska, Aleksandra Ludkiewicz, Magda Murawska, Jan Mieszkowski. Twórcą tego sukcesu jest

trener mgr Włodzimierz Michalski.

W odpowiedzi na pytanie zadane w tytule jednoznacznie można stwierdzić, że obecny klimat na Uczelni, przychylny stosunek Władz do wychowania fizycznego i sportu akademickiego, wprowadzenie bardzo mobilizujących studentów stypendiów sportowych, biorąc pod uwagę „materiał” obrabiany (kadra dydaktyczna) i przede wszystkim obrabiany (/studenci), nie ma innej możliwości. Musi być lepiej.

Dr Andrzej Drygas jest kierownikiem Studium Wychowania Fizycznego.

Piłkarskie niebo...

Michał Ziółkowski

Już wiele miesięcy minęło od ostatniego głosu płynącego z piłkarskiej murawy, a ściślej mówiąc z piłkarskiej hali w Łodzi, gdzie nasze uczelniane „grajki” wywalczyły złoty medal Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych w Halowej Piłce Nożnej. Milczenie ze strony Sekcji Piłki Nożnej nie wynikało bynajmniej z bra-ku sukcesów, a jedynie z faktu nie odbycia się kolejnych edycji sportowej rywalizacji piłkarzy. Nasz głos związany jest co jasne z kolejnym sukcesem sportowców spod znaku Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Co ważne po raz pierwszy w historii, sukces wywalczyliśmy na trawiastym boisku (dotychczasowe medale zdobywaliśmy na hali) co świadczy o wszechstronności graczy i celowości sumiennej pracy zespołu. Ale nie przedłużając...

W tym roku, w dniach 17.05-20.05.2007 odbyły się XXIV Mistrzostwa Uczelni Medycznych w Piłce Nożnej i rozgrywane były w pięknym Krakowie, kulturalnej stolicy Polski (osobiście nie przepadam za Warszawę co pozwolił sobie w tym miejscu zaznaczyć). Do rywalizacji przystąpiło dziewięć uczelni, w kolejności alfabetycznej: Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Kraków, Łódź, Szczecin, Warszawa, Wrocław, Zabrze. Zespoły w trakcie losowania w siedzibie AZS w Warszawie, podzielono na dwie grupy (system gry każdy z każdym) i Bydgoszcz trafiła na: gospodarza Kraków, Zabrze, Warszawę oraz Wrocław. Nie trzeba być wielkim matematykiem, aby zorientować się, że w grupie mieliśmy do rozegrania jeden mecz więcej niż zespoły z drugiej grupy, która liczyła cztery zespoły. Oczywiście trochę pomstowaliśmy na los bo lepiej grać mniej spotkań grupowych i zachować siły na dalszą rywalizację..., ale jak to zwykle bywa, los mimo wszystko okazał się dla nas łaskawy.

Pierwsze spotkanie graliśmy z gospodarzem Krakowem, a jak byliśmy nauczeni smutnym doświadczeniem, gospodarzom zawsze pomagają ściany (czytaj sędziowie). Już w tym miejscu należy jednak zaznaczyć. Tak sprawiedliwej i uczciwej pracy arbitrów jeszcze na mistrzostwach nie widziałem – a widziałem

już wiele, bom młody specjalnie nie jest (po raz kolejny widać klasę Krakowa... inna sprawa, że pomoc kogokolwiek gospodarzom nie była potrzebna). Jak pokazywała historia pojedynków z Krakowem... byliśmy faworytem (dość powiedzieć, że to były moje siódme mistrzostwa i z Krakowem nigdy nie przegraliśmy) i wyszliśmy na spotkanie pełni wiary we własne siły... Nawet wieści, że gospodarze mają w zespole Norwegów nie były dla nas wielkim problemem bo przecież Polak potrafi... Cóż, wiele nie ma sensu pisać. Wynik mówi sam za siebie Kraków – Bydgoszcz 6:1 i poza krótkim momentem pod koniec pierwszej połowy gdy strzeliliśmy bramkę na 3:1 byliśmy zespołem o klasę słabszym. Jak się okazało Norwegów w pierwszym składzie zespołu było dziewięciu (na jedenastu zawodników) i wiercie mi... Te chłopaki to mają zdrowie. Mało nie umarłem próbując dogonić hasających, zbudowanych niczym Achilles Skandynawów, ale nawet młodszy i chudszy koledzy mieli z tym problem. Miało być pięknie, a tu niestety żałoba... Terminarz został tak ułożony, że było to jedyne spotkanie jakie rozgrywaliśmy pierwszego dnia,



Bartosz Bembnista, najlepszy bramkarz turnieju

Medale są prawdziwe



więc nastroje były minorowe. Po takim starciu, w głowach tych najbardziej doświadczonych w drużynie, znów pojawiło się stwierdzenie, jeśli na turnieju przegrasz pierwszy mecz, już nic nie możesz wygrać (a tak w historii bywało). Zbawienny okazał się los, który dał nam złożoną z pięciu drużyn grupę, a więc ciągle były trzy mecze do wygrania. Zespół po krótkiej odprawie udał się do krainy snów, tylko duet trenerski do godzin porannych myślał co zrobić by odwrócić losy turnieju...

Drugi dzień zmagania to już duża lepsza gra zespołu i cztery zdobyte punkty na koncie: wygrana 2:0 z Zabrzem i remis 1:1 z Warszawą (mogło być sześć punktów bo w meczu

z graczami ze stolicy mieliśmy wiele sytuacji, ale w końcówce zabrakło sił i skończyło się podziałem punktów). Najważniejsze, że zespół podniósł się po feralnym pierwszym dniu i biorąc pod uwagę pozostałe wyniki, graliśmy trzeciego dnia mecz z Wrocławiem o drugie miejsce w grupie (Wrocław uzbierał w trzech meczach sześć punktów, tak więc musieliśmy wygrać). Sobotni poranek i dwie walczące o wszystko drużyny... Wrocław ma kompleks Bydgoszczy, bo przegrał z nami w Łodzi finał na hali, a w mistrzostwach „na trawie” u siebie nigdy nas nie pokonał... I nie pokonał także tym razem, a bramkarz rywala powiedział po meczu: „Jakoś nie mamy do

was szczęścia.” Fakt, ale jeśli o mnie chodzi to żaden problem. Wygraliśmy 3:0 i wyszliśmy z grupy z drugiego miejsca.

Pokazaliśmy charakter i ci, którzy sądzili, że pojechalibyśmy do Krakowa tylko na miłe wczasy, srodze się pomylili. Na pierwszym miejscu w grupie - Kraków, który gromił rywali i poza meczem z nami nie stracił w grupie bramki (z Wrocławiem wygrał 8:0!).

Michał Ziolkowski jest absolwentem Wydziału Lekarskiego, obecnie studiuje na kierunku organizacja i zarządzanie na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

II Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym o Puchary Prorektora ds. Collegium Medicum

www.cm.umk.pl

*Miejsce zawodów:
korty TKKF, ul. Ks. Markwarta
Termin zawodów:
26.05.2005 r. godz. 9:00 – 17:00
Liczba zawodników:
mężczyźni – 16, kobiety – 6*

Wyniki zawodów (w kategorii mężczyzn)

I miejsce – Aleksander Skop, Szpital Wojewódzki w Toruniu 3:6; 7:6; 7:5

II miejsce – Marcin Ziemkowski, Inst. Socjologii UMK w Toruniu 6:3; 6:7; 5:7

III miejsce – Marcin Gierach, KiK Endokrynologii i Diabetologii 9:0

IV miejsce – Krzysztof Kula, student V roku medycyny 0:9

Wyniki zawodów (w kategorii kobiet)

I miejsce – Joanna Wcisło, studentka V roku kier. Biotechnologii 6:4; 6:2

II miejsce – Dorota Jaremko, studentka I roku SU kier. analityki medycznej 4:6; 2:6

III miejsce – Hanna Mackiewicz-Nartowicz, Klinika i Katedra Laryngologii CM 6:1

IV miejsce – Agnieszka Kubik, studentka I roku kierunku fizjoterapii 1:6

Organizator: Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej Collegium Medicum



Zwycięzcy II Mistrzostw UMK w Tenisie Ziemnym



Uczestnicy II Mistrzostw UMK w Tenisie Ziemnym

