

Collegium Medicum starzeje się Nam, czego najlepszym dowodem są licznie obchodzone jubileusze powstania Katedr, Klinik i Zakładów, będące dobrą okazją do podsumowania ich wartościowej, bogatej działalności klinicznej i naukowej.

Jednocześnie powstaje nowa tradycja zgodna z uniwersalną, uniwersytecką zasadą wychodzenia poza mury Uczelni celem wypełnienia społecznych funkcji edukacyjnych, w tym promocji zdrowia, profilaktyki chorób w czasie Festiwalu Nauki i stałych Dni Medycyny w myśl powyżej cytowanej łacińskiej maksymy.

Nowym Władzom Uczelni - Rektorom, Dziekanom, zwłaszcza z Collegium Medicum, serdecznie gratulujemy wyboru i składamy życzenia wytrwałości w odpowiedzialnej pracy oraz przemyślanych decyzji dla dobra całej naszej akademickiej społeczności i wszystkich pracowników.

Redakcja Wiadomości Akademickich życzy naszym Czytelnikom udanego wakacyjnego wypoczynku.

Zbigniew Wolski



Spis Treści

Wywiad numeru

Collegium Medicum ma przed sobą czas intensywnego rozwoju, wywiad z prof. dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe, Prorektorem UMK ds. Collegium Medicum i kierownikiem Katedry Fizjologii 2

Z życia Uczelni

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych 5
O Lekarskim Egzaminie Państwowym (LEP) 5
Profesor Andrzej Radziwiński - Rektor UMK na kadencję 2008-2012 6
Prorektorzy UMK na kadencję 2008-2012 6
Dziekani na kadencję 2008-2012 8
Pierwsi farmaceuci z UMK 8
UMK w rankingach 8
8. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki 9
Jubileusz 15-lecia powstania Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej 10

Polemiki

Homeopatyczna dawka normalności 12
Zagrożenia moralno-etyczne zapłodnienia in vitro - problem nie tylko światopoglądowy 12

Medycyna i pielęgniarstwo

Jak żyć z atopowym zapaleniem skóry? 14
Chirurgiczne leczenie otyłości - kolejna „dieta-cud” czy ratowanie zdrowia i życia 16
Alkohol a choroby układu sercowo-naczyniowego, co mówią dane epidemiologiczne? 18
Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarzek 19
Pielęgniarka a hospitalizacja dziecka 20

Nauka - programy międzynarodowe

Fundusz Norweski 21

Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 22

Konferencje

Sprawozdanie ze szkolenia dla osób sprawujących opiekę nad zwierzętami doświadczalnymi 24
II Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich, z punktu widzenia organizatora i Komsji ds. Studiów Doktoranckich 25
IX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego 26

Z Biblioteki

Ocena wybranych stron internetowych bibliotek medycznych 26

Sztuka

Lekcja anatomii jako przyczynek do zadumy nad kruchością konstrukcji ludzkiego bytu 28
Wierszowisko 2008, piknik naukowo-artystyczny w Jordanowie 31
Dlaczego wybieram pasjonujący temat pracy magisterskiej z zakresu muzykoterapii? 32
Co to znaczy, że muzyka leczy? 32

Studenci

4. Konferencja Studentów Uczelni Medycznych w Bydgoszczy, z punktu widzenia organizatora i jurora 33
Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów w Krakowie, relacja przyszłych lekarzy i farmaceutów oraz podwójny sukces, czyli dwie nagrody na jednej konferencji 35-37
VII International Congress of Medical Sciences w Sofii – ICMS 2008 38
Peer education HIV/AIDS - IFMSA - Poland 39
Studenci medycyny w Meksyku 39

Ze sportu

Powrót na czwartą pozycję w sportowym rankingu uczelni medycznych 41
Pierwsze „Wielkie Derby” UMK dla Torunia 43
III Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziarnym o Puchar Prorektora ds. Collegium Medicum 44

„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:
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień
dr Krzysztof Nierzwicki
dr Wojciech Szczęsny
dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

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

Adres Redakcji:

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

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch

Druk:

Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, Krzysztof Goryński,
dr Walentyna Korpalska, mgr Mirosława Kram,
dr Krystyna Kurowska, dr Andrzej Lewandowski,
dr hab. Jan Styczyński, dr Wojciech Szczęsny

Okladka:

fot. Janusz Tyloch,
prywatne archiwum zdjęć

Collegium Medicum ma przed sobą czas intensywnego rozwoju

Wywiad z prof. dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe, Prorektorem UMK ds. Collegium Medicum i kierownikiem Katedry Fizjologii

Redakcja: *Ogromnie cieszymy się, że w natoku spraw znalazła Pani chwilę na rozmowę z Wiadomościami Akademickimi. Jednocześnie chcieliśmy serdecznie pogratulować wyboru na kolejną kadencję, przy czym warto to podkreślić – wyboru z tak fantastycznym, godnym pozazdroszczenia wynikiem. Jak czuje się człowiek, któremu zaufało tak wiele osób?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Na pewno chciałby sprostać oczekiwaniom, a to niesłychanie trudne...

Redakcja: *Od października 2008 roku władzę obejmie nowy Rektor UMK, prof. Andrzej Radziwiński, obecny Prorektor ds. Kształcenia i Kadr. W jaki sposób przebiegała dotychczasowa współpraca na linii prorektorów i jak rysują się perspektywy współpracy na linii rektor-prorektor?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: To była dobra kadencja, w której stworzyliśmy zgrany zespół, który miał realizować w zdrowy sposób politykę integracji dwóch oddzielnych organizmów. Byliśmy w stosunku do siebie uczciwi i to zaowocowało spokojną współpracą. Rozmawialiśmy wprost, bez wzajemnych podchodów, a nasze spotkania poniedziałkowe były zawsze rzetelne, choć wcale nie zawsze śmiertelnie poważne... Mam nadzieję, że ten styl pracy przetrwa. Nikt z nas nie powinien realizować własnych ambicji, powinniśmy pracować synchronicznie, każdy w swoim obszarze. CM ma przed sobą czas intensywnego rozwoju, wiele zadań bardzo różnych jest przed nami, ciągle jest to czas poszukiwania środków. Podczas ostatniego spotkania KRAUM z panią minister Dwornikowską (w ubiegłym tygodniu w Bydgoszczy) przedstawiono założenia reformy, która ma objąć nie tylko szpitale kliniczne, ale i programy nauczania. Likwidacja stażu podyplomowego wymusi zmianę sposobu kształcenia lekarzy. Nie wiem, czy jesteśmy do tego przygotowani, bo wszelkie zmiany kosztują, bez środków nie zmodernizujemy systemu kształcenia. Częste zmiany w naszym Ministerstwie nie stwarzają poczucia bezpieczeństwa i gwarancji ciągłości w realizacji pewnej strategii. Ta strategia staje się elementem polityki, a ponadczasowość uczelni ustawia ją również ponad polityką. Nielatwy czas przed nami...

Redakcja: *Które z zaplanowanych przez Panią Profesor przedsięwzięć, udało się osiągnąć w tej kadencji, a co wydaje się najpilniejszym zadaniem na najbliższą i tę nieco dalszą przyszłość?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Zawsze to, co już z nami, wydaje się mało ważne. Poza

tym indywidualny punkt widzenia nie jest obiektywny. Mam wrażenie, że pracujemy w spokojnej atmosferze, a reguły są czytelne, choć oczywiście w tak dużej społeczności zawsze będą zdarzały się napięcia. Osiągnięcie normalności w służbowych relacjach międzyludzkich to tylko pozornie oczywistość, a na pewno wszyscy musimy na nią pracować. Jest mi trudno ocenić, na ile zostało zrealizowane to bardzo trudne niewymierne zamierzenie. Natomiast jednym z najważniejszych wymiernych zadań jest zakończenie inwestycji w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza. Cztery lata to dość długi okres, ale warunkiem zakończenia rozbudowy i modernizacji szpitala jest utrzymanie naszej inwestycji w programie rządowym. Trudno było ją tam wprowadzić, ale równie trudne są coroczne starania, żeby nasz szpital znalazł się w budżecie państwa. Szpital im. Bizziela również wymaga doinwestowania. Pewne środki popłyną jeszcze z Urzędu Marszałkowskiego, ale trzeba zacząć zabiegać o dalsze. Równie ważne jest też, żeby w zmodernizowanym szpitalu chcieli pracować najlepsi specjaliści w swoich dziedzinach, bo przecież mówimy o szpitalu uniwersyteckim. Tu jeszcze dużo zostało do zrobienia, bo wprawdzie poprawia się wynik finansowy „Jurasza”, co było zadaniem nr 1, ale szpital to nie tylko wynik, ciągle jesteśmy daleko od nowoczesnego sposobu zarządzania, a bez odpowiedniej organizacji pracy nie osiągniemy kolejnego etapu – nie utrzymamy fachowców, przegramy z konkurencją. Analiza sytuacji ekonomicznej szpitali klinicznych w Polsce wyraźnie na to wskazuje. Od grudnia prowadzone są w Uczelni prace i analizy, zmierzające do stworzenia modelu zarządzania grupą szpitali uniwersyteckich, MZ objęło patronatem pilotażowy program. Czas pokaże, na ile realne jest wdrożenie tego modelu i jakie rzeczywiste korzyści przyniesie to szpitalom włączonym w projekt. Determinacja władz Uczelni jest duża, bo zmiany struktury formalno-prawnej szpitali klinicznych, proponowane już od nowego roku, nie mogą nikogo zaskoczyć.

W nowej kadencji chciałabym móc więcej czasu poświęcić CM, bo poprzednie trzy lata w znacznej części „pochłonęły” sprawy szpitali: starego i nowego, który w końcu stał się szpitalem akademickim. Trudno oczywiście te dwie strefy jasno odgraniczyć, ale baza dydaktyczna CM wymaga również potężnych inwestycji! Myślę nie tylko o adaptacji dwóch nowych budynków, które już są nasze: „Sandomierska” i „Łukasiewicz”, gruntownej przebudowy wymaga nasze „rondo”, smutna „harmonijka”, obok niej równie nieatrakcyjny akademik. Przyzwyczailiśmy się do tych

obiektów, ale jeżeli mamy być uczelnią europejską, to te standardy też będą ważne, bo nie od dziś wiadomo, że „jak nas widzą...”. „Rondo” to miejsce na nowoczesny obiekt dydaktyczny z zapleczem administracyjnym. Czekają nas rozbudowa Biblioteki CM. To znowu zadania inwestycyjne. Trzeba szukać środków na sfinansowanie planów o bardzo różnym zakresie: od pracowni umiejętności dla położnictwa po budowę nowoczesnego obiektu. Oczywiście to tylko marzenia, ale przecież trzeba je mieć i wierzyć, że czasem się spełniają... Następne bardzo ważne zadanie, to zwiększenie naszego udziału w badawczych programach międzynarodowych. W CM powinna powstać struktura, której zadaniem będzie pomoc w przygotowywaniu wniosków, szukaniu partnerów i w obsłudze administracyjnej projektów. Całkowicie nowej organizacji wymaga kształcenie podyplomowe w naszej Uczelni. Chciałabym, żeby od września zaczęła funkcjonować nowa jednostka, koordynująca działania naszych trzech wydziałów, tak jak jest to w innych uczelniach medycznych.

Redakcja: *Ostatecznie wielkim staraniem władz rektorskich Collegium Medicum poszerzyło swoją bazę o drugi Szpital Uniwersytecki – im. J. Bizziela. Jak w tej chwili wygląda wdrożenie tegoż szpitala do organizmu uczelnianego? Co z pozostałymi dwoma szpitalami – pretendentami do miana uniwersyteckich?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Aktem notarialnym w dniu 20 czerwca tego roku przekazano szpital Uczelni. Wszystkie dokumenty niezbędne do rejestracji Szpitala Uniwersyteckiego są już przygotowane. Jednostki szpitala, zgodnie z treścią Porozumienia zawartego pomiędzy Uczelnią i Urzędem Marszałkowskim, wejdą w skład Wydziału Nauk o Zdrowiu. Natomiast Senat UMK, na swoim ostatnim posiedzeniu w mijającej kadencji, upoważnił władze rektorskie do prowadzenia rozmów w sprawie przekształcenia szpitala im. Rydygiera w szpital uniwersytecki, a Marszałkowie P. Całbecki i E. Hartwich przedstawili informację o planowanych inwestycjach poprzedzających przekazanie szpitala Uczelni. To pierwszy etap działań. Kolejnym krokiem będzie analiza sytuacji ekonomicznej „Rydygiera” i dalsza dyskusja na forum Senatu UMK. Takie decyzje nie zapadają jednoosobowo, pamiętamy zresztą, jak długo Senat zajmował się szpitalem „Bizziela”. Senatorów nie opuszcza obawa o przyszłość ekonomiczną szpitali.

Redakcja: *Czy nie obawia się Pani Rektor trudności w zarządzaniu tak olbrzymim*



prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe

majątkiem i ludźmi? Czy właśnie antidotum na te problemy ma być projektowana spółka doradcza. Mając na uwadze pewne problemy przy sformułowaniu jej statusu, mogłaby Pani Rektor przybliżyć czytelnikom istotę działania przyszłej spółki, jej rolę w organizmie UMK.

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Spółka to nie tylko antidotum. Jeżeli projektowana reforma wejdzie w życie, to od stycznia będzie możliwe powierzenie zarządzania szpitalami osobie prawnej. Spółka będąca własnością UMK, w obecnym stanie prawnym jest spółką doradczą. Jej zadaniem będzie przygotowanie i przeprowadzenie konkretnych projektów, które usprawnią administrowanie, przyniosą konkretne, bo już wyliczone oszczędności, pozwolą dyrektorom na spojrzenie bardziej strategiczne. Zakres tych projektów określi zespół ds. koordynacji funkcjonowania szpitali uniwersyteckich, powołany w maju przez Pana Rektora. Jednocześnie będzie to przygotowanie szpitali do zmian, które mają nastąpić od stycznia. Zarządzanie grupą szpitali, umożliwi koordynację działań, pozwoli też na duże oszczędności, wynikające z efektu skali. I wtedy liczymy na możliwość wykorzystania spółki do celów zarządczych dla grupy szpitali. Na tym polega nowatorstwo projektu.

Redakcja: Z wielu miejsc padały pytania, dlaczego nie wyłoniono dla tych celów odrębnej komórki w administracji UMK.

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Takie rozwiązania istnieją w innych uczelniach i nigdzie się nie sprawdzają. Spółka ponosi odpowiedzialność za realizację zleconych jej zadań, może być z nich bezwzględnie rozliczona. Z punktu widzenia Uczelni koszty działania spółki są porównywalne z kosztami działania komórki organizacyjnej. To też policzono.

Redakcja: Czy planujemy uruchomić nowe kierunki np. stomatologię?

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Uruchomienie stomatologii jest przedsięwzięciem kosztownym, ale możliwym do realizacji. Prowadzę już rozmowy na ten temat od pewnego czasu, a przed rokiem Rada CM zaproponowała rozwiązanie, aby część praktyczną oprzeć o zaplecze toruńskie, gdzie istnieją duże tradycje. Można też rozważyć współpracę z prywatnymi dobrze wyposażonymi jednostkami i wstępne rozmowy trwają.

Redakcja: Czy goszczą u nas studenci z programu wymiany Erasmusa? Czy z czasem rozszerzymy ofertę o studia anglojęzyczne dla studentów zagranicznych? Ta sprawa wydawała się bliska realizacji. Proszę powiedzieć, jaki etap przybrały rozmowy.

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Program Erasmus działa przez cały czas. CM czeka na informację z Waszyngtonu, czy jeszcze w tym roku moglibyśmy pozyskać studentów anglojęzycznych. Szczerze mówiąc, trochę obawiałabym się takich nagłych ruchów, chociaż jesteśmy do tego wstępnie przygotowani. Słabym punktem jest nasze prosektorium, które wymaga istotnej modernizacji (przygotowany projekt), dlatego sądzę, że przyszły rok byłby bardziej realny. Ale gdyby padło hasło „teraz lub wcale”, to oczywiście teraz. To duży zastrzyk finansowy dla Uczelni, ale i dla naszych nauczycieli.

Redakcja: Niedawno zakończył się 8. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki, który tym razem przebiegał pod znacznym prymatem medycyny. Trwa cykl wykładów „Medycznej środy”. Co sądzi Pani Profesor o tego typu imprezach popularyzujących naukę?

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Na Toruńskim Festiwalu zaprezentowaliśmy się znakomicie. Możemy być dumni z dwóch naszych wystąpień. Przy okazji – serdeczne i szczere gratulacje dla bydgoskich bohaterów toruńskiej imprezy. Mamy nasze bydgoskie Medi-

Prosimy także o bardziej osobiste wypowiedzi, składające się na tzw. kwestionariusz Prousta, czyli pytania, które w XIX w. krążyły wśród bywalców europejskich salonów (Marcel Proust odpowiadał na nie dwa razy):

Główna cecha mojego charakteru:
upór

Cechy, których szukam u mężczyzny:
dobroć, ciepło, swoista iskra intelektualna, fantazja

Cechy, których szukam u kobiety:
dobroć, życzliwość,
fantazja z odrobiną szaleństwa

Co cenię u przyjaciół:
szczerłość

Moja główna wada:
zaborczość w uczuciach

Moje ulubione zajęcie:
czytanie książek

Moje marzenie o szczęściu:
spełnione

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem:
ciężka choroba bliskich

Kim (lub czym) chciałabym być, gdybym nie był tym, kim jestem:
astronomem i kosmonautą,
oba marzenia już nierealne...

Kiedy kłamię:
nie powiem, bo się wyda...

Ulubieni bohaterowie literaccy:
dr Faustus

Ulubieni bohaterowie życia codziennego:
trudno jednoznacznie powiedzieć

Czego nie cierpię ponad wszystko:
obłudy, fałszu, sztuczności i pozerstwa

Dar natury, który chciałabym posiadać:
może fajnie byłoby umieć śpiewać?

Jak chciałabym umrzeć:
godnie, świadomie,
pogodzona z tym faktem

Obecny stan mojego umysłu:
chyba jeszcze w porządku...

Błędy, które najłatwiej wybaczam:
staram się wszystkie, ale skorpionom nie przychodzi to łatwo...

calia, „Medyczne Środy” bardzo ładnie wpięły się już w bydgoski krajobraz i cieszą się ogromnym zainteresowaniem. To najlepiej świadczy o potrzebie takich imprez.

Redakcja: *Od dwóch lat obchodzimy autonomiczne święto Collegium Medicum – Dni Rydygierowskie. Jaką w tym roku przyjmą formułę?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: To będzie święto „jubileuszowe”, kilku naszych profesorów osiągnęło znaczący czas pracy w Uczelni, warto o tym porozmawiać, podkreślić Ich wkład w życie naszej społeczności.

Redakcja: *Jeśli jesteśmy przy autonomii Collegium Medicum, proszę powiedzieć, jakie jest Pani Rektor zdanie na temat prasowych rankingów uczelni i braku wśród klasyfikowanych uczelni medycznych naszego Collegium Medicum. Czy nie wydaje się słuszne, aby Collegium Medicum UMK znalazło się w tym rankingu? Wydaje się, że może mieć to znaczenia dla kandydatów na studia, którzy mogą być zaskoczeni brakiem Collegium na listach rankingowych.*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: W przyszłym roku pojawimy się na tych listach i zobaczymy, jak zostaniemy ocenieni.

Redakcja: *Pozostając przy kwestiach pozycji Collegium Medicum chcielibyśmy zapytać Panią Rektor o nasze miejsce w systemie edukacji medycznej w Polsce. Czy uniwersyteckość medycyny służy jej rozwojowi? Mijają niebawem cztery lata od połączenia z Uniwersytechem. Jak z perspektywy tego czasu ocenia Pani siłę naszej części Uczelni.*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: „Siła uniwersyteckości” będzie widoczna wówczas, jeżeli zaczniemy ze sobą współpracować na wielu szczeblach i wykorzystywać wspólny potencjał naukowy. To już się dzieje w kilku dziedzinach i na pewno przynosi efekty dobre dla wszystkich. Ten proces musi dojrzeć, wymaga pewnego czasu, nie podlega on na pewno decyzjom administracyjnym, ale wynika z autentycznej potrzeby i wzajemnego poznania.

Redakcja: *Nowe zasady punktacji publikacji naukowych nieco skomplikowały kwestie oceny parametrycznej jednostek i osób na uczelni. W wielu wypadkach liczba punktów zwłaszcza za monografię i rozdziały znacznie spadnie. Czy nie warto by było wypracować, przynajmniej na poziomie Collegium Medicum własnych – przydatnych na potrzeby wewnętrzne – zasad oceny. Mamy – jako obliczająca punkty jednostka – wiele uwag naszych uczonych do systemu punktacji. Części osób, które stoją przed możliwością awansu naukowego brakuje wystarczającej liczby punktów, a teraz perspektywa ich zdobycia znowu się oddaliła.*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Chyba nie ma sensu tworzenie innych systemów. Może lepiej ustalić kryteria awansu tak, aby przy nowym sposobie liczenia były one realne do osiągnięcia?

Redakcja: *W przyszłym roku minie 25 lat od chwili powołania Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Czy są jakieś plany obchodów tej niewątpliwie ważnej rocznicy?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Może

Rady Wydziałów zgłoszą pomysły? Pan Dyrektor naszej Biblioteki zawsze pamiętał o rocznicach i miał bardo dobre propozycje... Ostatecznie Rada CM powinna zaakceptować pomysły do realizacji.

Redakcja: *Czy przy tej okazji Collegium Medicum zaproponuje jakąś kandydaturę do przyznania przez UMK tytułu doktora honoris causa?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: To byłoby bardzo dobre podkreślenie jubileuszu.

Redakcja: *W jaki sposób godzi Pani Profesor nawał obowiązków Prorektora z kierowaniem Katedrą Fizjologii? To chyba niełatwe zadanie...*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Niełatwe, a co gorsze - coraz trudniejsze.

Redakcja: *Jak wygląda typowy dzień z życia Prorektora ds. Collegium Medicum?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Nie ma typowego dnia, każdy jest inny.

Redakcja: *Najprzyjemniejszy sposób spędzania czasu wolnego, gdy już taki się znajdzie?*

Prof. Małgorzata Tafil-Klawe: Poczytać zaległości....

Redakcja: *Dziękujemy za rozmowę.*

Ze strony Wiadomości Akademickich rozmawiali Krzysztof Nierzwicki i Monika Kubiak.

Kronika wydarzeń

Wydarzenia z UMK

W dniach 13-14 czerwca 2008 r. odbyło się w Bydgoszczy posiedzenie Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Ósma edycja Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki wystartowała 24 kwietnia 2008 roku. W ciągu czterech dni odbyło się łącznie 158 imprez z 34 dziedzin.

Na siódmym miejscu uplasował się UMK w ministerialnym zestawieniu wszystkich polskich uczelni najczęściej wybieranych przez kandydatów na studia w roku akademickim 2007/2008. Natomiast w rankingu dziennika „Rzeczpospolita” i pisma „Perspektywy” UMK zostało sklasyfikowane na 10 miejscu w Polsce.

Wybory

Prof. dr hab. Andrzej Radziwiński został wybrany na Rektora UMK na kadencję 2008-2012. Rektor-elekt obejmie stanowisko Rektora UMK 1 września 2008 r.

Wybrano pięciu prorektorów UMK na kadencję 2008-2012. Zostali nimi prof. dr hab. Andrzej Tretyn (Prorektor ds. Badań Naukowych i Współpracy z Zagranicą), dr hab. Danuta Janicka, prof. UMK (Prorektor ds. kształcenia), dr hab. Włodzimierz Karaszewski, prof. UMK (Prorektor ds. Ekonomicznych i Rozwoju), prof. dr hab. Witold Wojdyło (Prorektor ds. studenckich), prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe (Prorektor ds. Collegium Medicum).

Wybrano 15 dziekanów-elektów wydziałów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Konferencje

W dniu 14 marca 2008 r. odbyło się Druge Sympozjum Studiów Doktoranckich Collegium Medicum.

4 kwietnia 2008 r. odbyła się „4th International Conference of Students’ Scientific Society in Bydgoszcz”. Na konferencję zgłoszonych zostało 51 prac.

W dniach 9 i 10 a także 15 i 16 kwietnia 2008 roku odbyło się dwuetapowe szkolenie dla osób sprawujących opiekę nad zwierzętami doświadczalnymi i eksperymentującymi ze zwierzętami.

W dniach 12-15 czerwca 2008 roku na terenie Uniwersytetu Mikołaja Kopernika odbył się IX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Ze sportu

17 maja 2008 roku odbyły się III Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym o Puchar Prorektora ds. Collegium Medicum.

W rozegranym na stadionie TKKF w Bydgoszczy meczu piłkarskim o puchar prorektora ds. Collegium Medicum lepsi okazali się studenci z Torunia pokonując kolegów z Bydgoszczy po wyrównanym spotkaniu 1 do 0.

Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych

Biuro Prorektora ds. Collegium Medicum

W dniach 13-14 czerwca 2008 r. odbyło się w Bydgoszczy posiedzenie Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

W Konferencji tej udział wzięli Rektory oraz Rektorzy-Elekti wszystkich Uczelni Medycznych w Polsce oraz zaproszeni goście a wśród nich: Pani Minister Mariola Dwornikowska, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pan dr hab. Roman Danielewicz, Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia oraz Pan Prof. dr hab. Maciej Gembicki, Przewodniczący Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych.

Podczas dwudniowych obrad omówiono wiele ważnych i aktualnych problemów dot. zarówno uczelni, kształcenia jak i szpitali klinicznych/uniwersyteckich. Omówienia sytuacji finansowej tych szpitali dokonała Pani Minister Dwornikowska. Powołano także Zespół ds. szpitali klinicznych/uniwersyteckich, który zajmować się będzie m.in. zmianami struktury formalno-prawnej tych szpitali oraz ich finansowaniem. Dyskutowano również na temat reorganizacji programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy.

Wybrana została nowa Przewodnicząca

Od lewej: Minister Mariola Dwornikowska - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, prof. dr hab. Jan Górski - JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku - Przewodniczący KRAUM, prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe - Prorektor ds. Collegium Medicum UMK



Pierwsza od lewej: prof. dr hab. Ewa Tandra-Małecka - JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach - nowo wybrana Przewodnicząca KRAUM



KRAUM, którą została Pani Prof. dr hab. Ewa Tandra-Małecka, JM Rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

O Lekarskim Egzaminie Państwowym (LEP)

Marcin Dрамиński

Ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 (nowelizacja 6.09.2001) wraz z ostatnimi rozporządzeniami wykonawczymi Ministra z 24.03.2004 (uzupełnienia 27.06.2007) stanowi, że prawo wykonywania zawodu ma ten, kto ukończył pozytywnie studia, odbył staż i zdał Lekarski Egzamin Państwowy. Zdanie LEP następuje po udzieleniu 56% prawidłowych odpowiedzi na zadanych 200 pytań z dziesięciu podstawowych przedmiotów medycznych.

Opisany wyżej tryb obowiązuje od roku 2004. Poprzednio nie było LEP i wystarczyło po studiach odbyć staż, aby wykonywać zawód lekarza.

Wprowadzenie LEP napotykało na opór środowiska, znajdowało prawne zastrzeżenia, odkładano kilkakrotnie ostateczny termin obowiązywania tego egzaminu.

Ale obecnie LEP obowiązuje i jest to usankcjonowane odpowiednią Ustawą. Większość młodych lekarzy kończy staż pracy jesienią, dlatego najważniejszą sesją LEP jest sesja jesienna. Osoby, którym nie powiedzie się egzamin jesienny lub z różnych losowych przyczyn nie zdawały LEP-u jesienią, przystępują do tego egzaminu w sesji wiosennej.

Stąd też znaczne różnice popularności i wyników w sesjach jesiennej i wiosennej.

Zwykle następnego dnia po egzaminie, każdy zdający może sprawdzić na stronie internetowej cem.edu.pl swoje wyniki. Ponieważ

odpowiedzi uszeregowane są w dziewięciu kategoriach, łatwo zorientować się, który przedmiot jest najsilniejszą stroną zdającego. W kilka dni później ukazują się zestawy statystyczne obrazujące przebieg egzaminu. Dane statystyczne uwzględniają podział zdających według ukończonych Uczelni i według przynależności do Okręgowych Izb Lekarskich. Zwykle nie obserwuje się różnic pomiędzy wynikami Uczelni i wynikami z różnych okręgów Polski. Jako kryterium porównawcze różnych Uczelni przyjęto średni wynik absolwenta z LEP-u. Ponieważ jednocześnie średnie odchylenie standardowe tych wyników kształtuje się w zakresie 22 pkt. wnioski wynikające z tej klasyfikacji są mało istotne. Praktycznie wszystkie wartości średnich wyników mieszczą się w zakresie odchylenia standardowego.

Zatem nie ma istotnych różnic w poziomie kształcenia w różnych Uczelniach. Jeżeli porównać Uczelnie wg procentu zdających egzamin absolwentów, kolejność ulegnie istotnej zmianie. Po ośmiu sesjach LEP można próbować porównać. Szczególnie, gdy np. lekarze z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy zmniejszyli procent niepowodzeń LEP do 0 a w średniej uzyskanych punktów w ostatniej sesji (wiosna 2008) uzyskali miejsce drugie wśród Uczelni medycznych.

Następny Lekarski Egzamin Państwowy (sesja dziewiąta – jesień 2008 r.) wyznaczono na 27 września 2008 roku. Oczekujemy z wielkim zainteresowaniem na wyniki tego egzaminu.

Prof. dr hab. Marcin Dрамиński jest kierownikiem Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej

Wyniki ogólnopolskie				Wyniki lekarzy po CM UMK				Uzyskane oceny punktowe					
								ogólnopolskie			CM UMK		
Sesja jesienna	Sesja wiosenna (poprawkowa)	Zdawało	Zdało	% niepowodzeń	Zdawało	Zdawało	% niepowodzeń	Min.	Max.	Średnia	Min.	Max.	Średnia
Sesja jesienna 2004		2081	2043	1,82%	117	117	0%	64	182	147,9	113	178	144,8
Sesja wiosenna 2005		267	197	26,22%	20	15	25%	43	158	123,0	94	146	121,6
Sesja jesienna 2005		2308	2219	3,86%	169	162	4,14%	49	174		91	166	134,4
Sesja wiosenna 2006		360	292	18,89%	31	29	5,55%	50	170	129,4	106	156	130,5
Sesja jesienna 2006		2037	1916	5,94%	122	110	9,84%	48	179	139,9	77	165	134,4
Sesja wiosenna 2007		335	197	41,19%	30	19	36,7%	45	168	115,5	84	149	114,0
Sesja jesienna 2007		2028	1958	3,45%	115	112	2,6%	0	178	145,5	105	167	142,9
Sesja wiosenna 2008		275	221	19,63%	9	9	0	57	175	132,7	111	163	144,3

Profesor Andrzej Radziwiński - Rektor UMK na kadencję 2008-2012

www.umk.pl

Prof. dr hab. Andrzej Radziwiński został wybrany na Rektora UMK na kadencję 2008-2012. W głosowaniu udział wzięło 236 elektorów. Oddano 235 głosów ważnych i 1 nieważny. Na prof. Andrzeja Jamiołkowskiego głosowały 103 osoby, a na prof. Andrzeja Radziwińskiego 131 osób. 1 osoba wstrzymała się od głosu.

Prof. Andrzej Radziwiński jest historykiem, specjalistą w dziedzinie badań nad dziejami struktur kościelnych i duchowieństwem w Polsce, Niemczech oraz państwie zakonu krzyżackiego w Prusach. Urodził się 4 kwietnia 1958 r. w Lubawie. W 1981 r. ukończył studia historyczne ze specjalizacją archiwistyczną na Wydziale Humanistycznym UMK, natomiast w 1987 r. obronił doktorat.

W latach 1981-1985 pracował jako nauczyciel historii w Szkole Podstawowej w Papowie Biskupim, natomiast od 1985 do 1988 r. był archiwistą w Archiwum Państwowym w Toruniu. W lutym 1988 r. został zatrudniony jako adiunkt w Zakładzie Nauk Pomocniczych Instytutu Historii i Archiwistyki UMK. W 1995 r. habilitował się na Wydziale Nauk Historycznych UMK (na podstawie rozprawy pt. „Duchowieństwo kapituł katedralnych w Polsce XIV i XV w. na tle porównawczym. Studium nad rekrutacją i drogami awansu”). W 1999 r. uzyskał tytuł profesora nauk humanistycznych. Prof. Radziwiński pełnił wiele funkcji organizacyjnych, m.in. w latach 1995-1997 piastował stanowisko zastępcy dyrektora Instytutu Historii i Archiwistyki ds. naukowych, a od stycznia 1998 r. dyrektora Instytutu. Rok później został wybrany na dziekana Wydziału Nauk Historycznych UMK na lata 1999-2002. W latach 2002-2005 r. pełnił funkcję prorektora UMK ds. dydaktyki, a od 2005 jest prorektorem ds. kształce-

nia i kadr. Ponadto od 2000 r. jest kierownikiem Zakładu Historii Kościoła w Instytucie Historii i Archiwistyki.

Jako nauczyciel akademicki prowadził wykłady z historii średniowiecznej Europy Środkowo-Wschodniej, nauk pomocniczych historii, historii Kościoła i duchowieństwa w Polsce i państwie zakonu krzyżackiego w Prusach, dziejów kobiet w średniowieczu. Wypromował ponad 60 magistrów oraz czterech doktorów.

Działalność badawcza prof. Radziwińskiego koncentruje się przede wszystkim na historii Kościoła w Polsce średniowiecznej z poważnym uwzględnieniem wątków porównawczych dotyczących funkcjonowania Kościoła w Europie Zachodniej, a szczególnie w Rzeszy Niemieckiej. Jest autorem koncepcji dydaktycznej specjalizacji - historia Kościoła w Polsce, która od 1997 r. jest realizowana na kierunku historia. Obecnie badania prof. Radziwińskiego dotyczą głównie dziejów Kościoła i duchowieństwa w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach. Opublikował książkę „Biskupstwa państwa krzyżackiego w Prusach XIII-XV w. Z dziejów organizacji kościelnej i duchowieństwa” (1999), a w 2006 r. ukazała się pierwsza synteza poświęcona dziejom Kościoła w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach pt. „Kościoł w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach 1243-1525”. Wcześniej ukazała się też książka „Życie i obyczajowość średniowiecznego duchowieństwa” (2002). Łącznie opublikował 140 opracowań naukowych (kilkanaście artykułów ukazało się w języku niemieckim), w tym w 9 książek. Redagował ponadto 10 tomów studiów.

Prof. Radziwiński prowadził badania w Wiedniu, Moguncji, Berlinie oraz przez szereg lat w Instytucie Maxa Plancka w Getyndze,



Rektor-elekt prof. dr hab. Andrzej Radziwiński

z którym nawiązał również szerszą współpracę - przyczynił się do powołania przy Instytucie Polskiej Misji Historycznej (2001), a w 2003 r. był promotorem doktoratu honoris causa prof. O.G.Oexle, dyrektora Instytutu.

Jest członkiem Komisji Historii Porównawczej Kościołów przy Komitecie Nauk Historycznych PAN, uczestniczy także w pracach komitetu organizacyjnego I, II i III Kongresu Mediewistów Polskich (2002, 2005, wrzesień 2008 r.). Od 1996 jest również członkiem pięcioosobowego kolegium redakcyjnego czasopisma mediewistycznego wychodzącego w językach kongresowych - „Quaestiones medii aevi novae” (ukazało się 12 tomów). W latach 2000-2004 pełnił także funkcję przewodniczącego sekcji Historii Komitetu Badań Naukowych.

Rektor-elekt obejmie stanowisko Rektora UMK 1 września 2008 r.

Prorektorzy UMK na kadencję 2008-2012

www.umk.pl

11 kwietnia 2008 roku wybrano prorektorów UMK na kadencję 2008-2012. 1 września 2008 r. stanowiska prorektorów UMK na kadencję 2008-2012 obejmą:

Prorektor ds. Badań Naukowych i Współpracy z Zagranicą
prof. dr hab. Andrzej Tretyn
(druga kadencja)

Wynik głosowania - oddano 210 głosów ważnych: 156 głosów za, 44 głosy przeciw, 10 elektorów wstrzymało się od głosowania.

Prof. Andrzej Tretyn biolog, obecnie prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą. Urodził się 12 kwietnia 1955 roku w Mielęcinie koło Włocławka. Studia biologiczne na UMK ukończył w 1978 roku, doktorat uzy-

skął na Uniwersytecie Wrocławskim. Pracę na UMK rozpoczął w 1981 roku w Zakładzie Cytologii Roślin. Od 2001 roku jest kierownikiem Zakładu Biotechnologii w Instytucie Biologii Ogólnej i Molekularnej. W latach 1997-99 był dyrektorem Instytutu, a następnie przez dwie kadencje (1999-2005) dziekanem Wydziału Biologii i Nauk o Ziemi. Od 2005 roku prorektor UMK. Zajmuje się badaniami dotyczącymi m.in. metagenomiki mikroorganizmów z gleb skażonych metalami ciężkimi, zastosowania technik mikro- i makromacierzy DNA do analizy profili ekspresji genów w komórkach zdrowych i zmienionych nowotworowo, a także molekularnym podłożem otyłości olbrzymiej.

Przez ponad 5 lat przebywał w zagranicznych instytucjach naukowo-badawczych,

z czego przez 2 lata w Niemczech oraz na Dalekim Wschodzie (Japonia, Korea Południowa). Był stypendystą Agricultural University Wageningen, The Netherlands Organization for the Advancement of Research (NWO), Fundacji Alexandra von Humboldta oraz Japa Society for the Promotion of Science.

Jest autorem lub współautorem 10 monografii i podręczników akademickich oraz ponad 100 prac eksperymentalnych i przeglądowych.

Prof. Tretyn był promotorem 23 prac magisterskich i 8 licencjackich, a także 13 doktoratów.

Prorektor ds. kształcenia
dr hab. Danuta Janicka, prof. UMK

Wynik głosowania - oddano 209 głosów ważnych: 167 głosów za, 35 głosów przeciw,

7 elektorów wstrzymało się od głosowania.

Dr hab. Danuta Janicka, prof. UMK jest prawnikiem. Urodziła się 2 lipca 1960 roku w Chełmży. Studia na Wydziale Prawa i Administracji UMK ukończyła w 1984 r. Stopień doktora nauk prawnych uzyskała w 1990 r., a w 1998 r. - doktora habilitowanego nauk prawnych w zakresie powszechnej historii państwa i prawa.

Jest kierownikiem Katedry Historii Prawa Niemieckiego w Polsce. W latach 1999-2002 pełniła funkcję prodziekana Wydziału Prawa i Administracji. Jest kilkukrotną stypendystką Instytutu Europejskiej Historii Prawa im. Maxa Plancka we Frankfurcie nad Menem.

Zainteresowania badawcze prof. Janickiej obejmują: historię prawa karnego i naukę prawa karnego w Niemczech i w Polsce, historię prawa chełmińskiego, historię prawa i ustroju Prus Królewskich i Książęcych, dzieje Prus i prawa pruskiego oraz ustrój i prawa Republiki Federalnej Niemiec.

Jest autorką kilkudziesięciu rozpraw i artykułów, z których co czwarta została opublikowana za granicą, oraz 4 książek.

Pełni funkcję wiceprzewodniczącej jednej z komisji Saskiej Akademii Nauk w Lipsku, zajmującej się dziejami prawa sasko-magdeburgskiego. W 2004 roku otrzymała prestiżową Nagrodę im. Eike von Repgowa przyznawaną przez władze Magdeburga.

**Prorektor ds. Ekonomicznych i Rozwoju
dr hab. Włodzimierz Karaszewski,
prof. UMK**

Wynik głosowania - oddano 209 głosów ważnych: 185 głosów za, 18 głosów przeciw, 6 elektorów wstrzymało się od głosowania.

Dr hab. Włodzimierz Karaszewski, prof. UMK ekonomista, obecnie dziekan Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania. Urodził się 21 grudnia 1949 r. w Toruniu. Studia na UMK ukończył 1972 r., stopień doktora uzyskał w 1981 r. W latach 1972-73 pracował w Kombinacie Budowlanym w Toruniu, jako ekonomista i kierownik działu finansowego. W 1973 roku rozpoczął pracę na UMK, w Instytucie Ekonomicznym. Od 1976 pracuje w Zakładzie Ekonomiki Inwestycji i Budownictwa (obecnie Katedra Zarządzania Procesami Inwestycyjno-Innowacyjnymi). Obecnie kierownik Katedry Inwestycji i Nieruchomości.

Specjalizuje się w ekonomice inwestycji oraz międzynarodowych przepływach kapitałowych. Obecnie zajmuje się międzynarodowymi przepływami kapitału z udziałem Polski oraz zagraniczną aktywnością inwestycyjną polskich przedsiębiorstw. Rozwinął współpracę naukową oraz dydaktyczno-organizacyjną z Wyższą Szkołą Techniczną w Brnie, Uniwersytetem Masaryka w Brnie, Instytutem Racjonalizacji Budownictwa w Pradze oraz Uniwersytetem Dominikańskim w Chicago (studia MBA). W dorobku prof. Karaszewskiego znajduje się 105 publikacji naukowych. Brał udział w opracowaniu książki „How to do business in Poland”

(2003, 2004). Jest ponadto autorem ekspertyz z zakresu inwestycji i oceny wiarygodności ekonomicznej przedsiębiorstw, uczestniczy również w pracach rad nadzorczych.

Wypromował czterech doktorów i kilkuset magistrów.

W latach 1981-1988 był dyrektorem administracyjnym UMK, w latach 1996-2002 - prodziekanem Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, a od 2002 pełni funkcję dziekana.

Angażuje się w działalność charytatywną, różnymi działaniami wspierając Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych Intelakualnie w Grabiu, prowadzony przez siostry zakonne zgromadzenia św. Elżbiety.

**Prorektor ds. studenckich
prof. dr hab. Witold Wojdyło**

Wynik głosowania - oddano 207 głosów ważnych: 134 głosy za, 60 głosów przeciw, 13 elektorów wstrzymało się od głosowania.

Prof. Witold Wojdyło (ur. 1 kwietnia 1947 w miejscowości Brzozie Lubawskie), historyk, obecnie dziekan Wydziału Humanistycznego. Studia historyczne na UMK ukończył w 1973 roku, w 1981 r. uzyskał stopień doktora. Od 2004 profesor tytularny. Prof. Wojdyło w latach 1973-1985 pracował jako nauczyciel historii (m.in. w IV LO w Toruniu), pracę na UMK rozpoczął w 1985 roku w Instytucie Nauk Społecznych. Od 2000 roku w Katedrze (obecnie Instytucie) Politologii.

Jest specjalistą w zakresie historii powszechnej XIX i XX wieku oraz historii myśli politycznej. Dorobek profesora obejmuje ponad 160 prac, w tym 3 książki. Jest promotorem 250 magistrów i 4 prac doktorskich. Wchodzi w skład komitetu redakcyjnego pisma „Dialogi Polityczne”. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Historycznego i Polskiego Towarzystwa Nauk Politycznych. Współpracuje z Uniwersytetem Polskim w Wilnie oraz Uniwersytetem Witolda Wielkiego w Kownie. W latach 1993-1994 był wicedyrektorem w Instytucie Pedagogiki, w latach 1996-2002 prodziekanem Wydziału

Humanistycznego, a w latach 1999-2002 kierownikiem Katedry Politologii. Od 2002 roku dziekan Wydziału Humanistycznego.

**Prorektor ds. Collegium Medicum
prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe**

Wynik głosowania - oddano 209 głosów ważnych: 203 głosy za, 4 głosy przeciw, 2 elektorów wstrzymało się od głosowania.

Prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, obecnie pełniąca tę samą funkcję prorektorską, urodziła się w Siedlcach. Studia medyczne ukończyła w 1980 roku na Akademii Medycznej w Warszawie, dwa lata później uzyskując tytuł doktora nauk medycznych. Od 2006 profesor tytularny. W latach 1989-91 studiowała malarstwo i historię sztuki na Uniwersytecie Filipa w Marburgu. W latach 1987-1992 przebywała w Niemczech jako stypendystka Fundacji Alexandra von Humboldta, pracując na etacie w uniwersyteckiej Klinice Chorób Wewnętrznych. Odbiła również staże naukowe w Tybindze, Nordernay, Erfurcie i Vancouver.

Od 1995 r. kieruje Katedrą Fizjologii w Akademii Medycznej w Bydgoszczy (obecnie Katedra Fizjologii i Zakład Fizjologii Człowieka Collegium Medicum UMK). Od 2005 r. prorektor ds. Collegium Medicum UMK. Od 2005 r. jest także przewodniczącą Rady Społecznej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Główny obszar zainteresowań naukowych to regulacja krążenia i oddychania, fizjologia autonomicznego układu nerwowego, chronomedycyna, zaburzenia rytmów biologicznych u człowieka.

Prof. Tafil-Klawe jest autorką i współautorką ponad 100 publikacji, w tym jednej z metaetyki, a także – wspólnie z mężem - dwóch książek „Krótką książeczką o chrapaniu” i „Chrapanie”, przetłumaczonych na język rosyjski i język Braille’a. Jest także współautorką „Medycznego Słownika Polsko-Niemieckiego i Niemiecko-Polskiego”. W druku znajduje się również podręcznik „Wykłady z fizjologii dla studentów uczelni medycznych”.

Wypromowała 14 prac doktorskich.



Prorektorzy UMK na kadencję 2008-2012 Na zdjęciu od lewej: prof. Karaszewski, prof. Wojdyło, prof. Janicka, rektor-elekt prof. Radziwiński, prof. Tafil-Klawe, prof. Tretyn (fot. A.Romański)

Dziekani na kadencję 2008-2012

www.umk.pl

Wybrano dziekanów 15 wydziałów UMK na kadencję 2008-2012.

Wydział Biologii i Nauk o Ziemi – prof. dr hab. Wiesław Kozak, dyrektor Instytutu Biologii Ogólnej i Molekularnej
 Wydział Chemii – dr hab. Jerzy Łukaszewicz, prof. UMK w Katedrze Chemii Materiałów, Adsorpcji i Katalizy, dotychczasowy dziekan
 Wydział Farmaceutyczny – dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK, kierownik Katedry Biofizyki, dotychczasowy dziekan
 Wydział Filologiczny – dr hab. Adam Bednarek, prof. UMK w Zakładzie Teorii Języka Instytutu Języka Polskiego
 Wydział Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej – prof. dr hab. Stanisław Chwirot, kierownik Zakładu Fizyki Atomowej, Mo-

lekularnej i Optycznej Instytutu Fizyki
 Wydział Humanistyczny – prof. dr hab. Andrzej Szahaj, dyrektor Instytutu Filozofii
 Wydział Lekarski – prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii, dotychczasowy dziekan
 Wydział Matematyki i Informatyki – dr hab. Andrzej Rozkosz, prof. UMK
 Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania – prof. dr hab. Józef Stawicki z Katedry Ekonometrii i Statystyki
 Wydział Nauk Historycznych – dr hab. Jacek Gzella, prof. UMK w Zakładzie Wiedzy o Prasie Instytutu Informatyki i Bibliologii, dotychczasowy prodziekan
 Wydział Nauk Pedagogicznych – prof. dr hab. Aleksander Nalaskowski, z Katedry Pedagogiki Szkolnej, dotychczasowy dziekan

Wydział Nauk o Zdrowiu – prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, kierownik Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, dotychczasowy dziekan
 Wydział Prawa i Administracji – dr hab. Andrzej Sokala, prof. UMK, kierownik Katedry Prawa Rzymskiego, dotychczasowy dziekan
 Wydział Sztuk Pięknych – art. mal. Piotr Klugowski, prof. UMK w Zakładzie Malarstwa Instytutu Artystycznego, dotychczasowy dziekan
 Wydział Teologiczny – ks. dr hab. Jan Perzson, prof. UMK, kierownik Zakładu Teologii Fundamentalnej i Religioznawstwa, dotychczasowy dziekan

Pierwsi farmaceuci z UMK

www.umk.pl



20-lecie kształcenia na Wydziale Farmaceutycznym

9 maja 2008 roku w Bydgoszczy podczas uroczystości z okazji 20-lecia Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK, dyplomy odebrali pierwsi absolwenci kierunku farmacja.

Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Bydgoszczy przyjął pierwszych studentów w 1988 roku, najpierw na kierunku analityka medyczna, później na kosmetologii. W 2002 roku uruchomiono studia farmaceutyczne.

Dziś na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym studiuje ponad 1160 osób. Wydział prowadzi także kształcenie podyplomowe dla magistrów farmacji, osób zatrudnionych w aptekach i hurtowniach, magistrów biologii i biotechnologii, a także kursy specjalizacyjne dla diagnostów laboratoryjnych.

UMK w rankingach

www.umk.pl

Na siódmym miejscu uplasował się UMK w ministerialnym zestawieniu wszystkich polskich uczelni najczęściej wybieranych przez kandydatów na studia w roku akademickim 2007/2008. Natomiast w rankingu dziennika „Rzeczpospolita” i pisma „Perspektywy” nasz Uniwersytet został sklasyfikowany na 10 miejscu w Polsce.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w swoim zestawieniu szereguje uczelnie m.in. pod względem liczby kandydatów na jedno miejsce. W wypadku UMK było ich średnio 4,5. Za naszym uniwersytetem zna-

lazły się tak duże uczelnie, jak np.: Uniwersytet Wrocławski (4,3) oraz Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (4,1). Dodajmy, że najbardziej obleganymi kierunkami na UMK były: kosmetologia (17,4), dietetyka (13,9), farmacja (13,4), filologia angielska (12,3), biotechnologia (12,1), kierunek lekarski (11,1) oraz turystyka i rekreacja (11,3).

W rankingu szkół wyższych, opracowanym przez dziennik „Rzeczpospolita” i pismo „Perspektywy”, UMK zajął 10 miejsce wśród wszystkich szkół wyższych w Polsce (w zeszłym roku miejsce 13) i jednocześnie 5 miejsce wśród polskich Uniwersytetów.

Przed UMK uplasowały się: Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Wrocławski oraz Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.

Na szóstym miejscu wśród polskich uniwersytetów został sklasyfikowany UMK, w rankingu szkół wyższych tygodnika „Newsweek” (nr 20/2008). Ranking opracowywany jest na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród pracodawców zatrudniających absolwentów Uczelni. Za naszym Uniwersytetem znalazły się m.in. Uniwersytet Wrocławski (8 miejsce), Uniwersytet Jagielloński (10) i Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (11).

8. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki

oprac. Monika Kubiak

Ósma edycja Toruńskiego Festiwalu Nauki i Sztuki wystartowała 24 kwietnia 2008 roku. W ciągu czterech dni odbyło się łącznie 158 imprez z 34 dziedzin. Przedfestiwalowe szacunki mówiły o 30 tysiącach uczestników. Budżet imprezy wyniósł 200 tys. zł. Przedsięwzięcie objęte zostało honorowym patronatem rektora UMK Andrzeja Jamiołkowskiego, prezydenta miasta Torunia – Michała Zaleskiego oraz Andrzeja Woszczyka – prezesa Towarzystwa Naukowego w Toruniu.

Motywy przewodnim Festiwalu została medycyna, a główną postacią - Zbigniew Herbert. Oficjalnie Festiwal rozpoczął się o godzinie 18 w Dworze Artusa dyskusją o dylematach etycznych w transplantologii, w której wzięli udział dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK (Collegium Medicum UMK),



Tajemnice i rytuały sali operacyjnej

dr Paweł Łuków, etyk z Uniwersytetu Warszawskiego, ks. dr Andrzej Bohdanowicz, Piotr Schutta, dziennikarz Expressu Bydgoskiego oraz Krzysztof Pijarowski, prezes „Stowarzyszenia Życie Po Przeszczepie”, rektor UMK oraz prezydent miasta Torunia. Kolejną dyskusją panelową z tematów medycznych była „Między życiem a śmiercią - najtrudniejsze jest podjęcie decyzji”.

Festiwal obfitował w przeróżnego rodzaju imprezy, spotkania i happeningi (np. „Śmierć torbie plastikowej”). Na Wydziale Chemii naukowcy rozwiązywali zagadkę śmietany zafalszowanej mąką, w Centrum Astronomii UMK w Piwnicach fani astronomii „produkowali” fale radiowe, a podczas imprezy „A cóż to za robał, czyli co w trawie szeleści i na łące fruwa” biolodzy prezentowali pułapki na owady. Dla tych, którzy wolą ortograficzne zagadki, przygotowano tradycyjne festiwalowe dyktando, tym razem w szranki z polszczyzną mogli stanąć także obcokrajowcy. Wielu ciekawiły imprezy historyczne, chociażby wystawa o medycynie w czasach Mikołaja Kopernika oraz gra fabularna „Osiołek, rycerz i zakonnik, czyli jak się nie zgubić w średniowiecznym mieście?”. Na Wydziale Biologii UMK odbyły się warsztaty „Druga twarz ziemniaka - hodowla in vitro”, znalazło się także miejsce na warsztaty genetyczne „W świecie mutantów” i wykład o wykorzystaniu badań DNA w archeologii. Cały szereg prelekcji i pokazów skierowanych do użytkowników komputera przygotowali naukowcy z Wydziału Matematyki i Informatyki, którzy opowiadali m.in. o oprogramowaniu, komunikatorach internetowych, Wikipedii i wyszukiwarkach. Widzowie kibicowali robotom rywalizującym w sumo oraz dowiedzieli się, jak takimi robotami sterować. Z imprez prawniczych uwagę zwrócił wykład z pokazem o najsłynniejszych procesach czarownic oraz symulacja rozprawy sądowej, z kolei politolodzy opowiedzieli o tym, co trzeba zrobić, by zostać prezydentem. Miłośnicy plastyki dowiedzieli się, jak zrobić zdjęcie bez aparatu fotograficznego oraz jak z błota ulepić kota. Można było wy-



Wypadek masowy w Toruniu - ratownictwo medyczne



Między magią a wiedzą - medycyna w czasach Mikołaja Kopernika

śluchać koncertów muzyki klasycznej i jazzu, a w części teoretycznej imprez muzycznych dowiedzieć się, w jaki sposób dźwięki wpływają na nasze zdrowie i samopoczucie.

Jednym z najbardziej spektakularnych wydarzeń było zderzenie poloneza i fiata 126p - zaaranżowany 25 kwietnia w fosie obok Bąja Pomorskiego „Wypadek masowy w Toruniu - ratownictwo medyczne”. Ośmioro rannych, pobrudzonych czerwoną farbą w dwóch zakleszczonych samochodach było wymysłem organizatorów festiwalowego widowiska. Wszystko, co wydarzyło się potem, choć zaaranżowane, było odzwierciedleniem prawdziwej akcji ratunkowej strażaków, ratowników medycznych i lekarzy. Tak pracowaliby, jeśli do takiego masowego wypadku rzeczywiście by doszło. „Nie miałam zielonego pojęcia, co to jest triaż, że kiedy brakuje ratowników trzeba segregować rannych, że kolor opaski mówi, którym trzeba zająć się natychmiast” mówiła Agnieszka Białecka, nauczycielka biologii w gimnazjum w Kwidzynie, która do Torunia przyjechała ze swoimi uczniami specjalnie na festiwal. Widzo-

wie mieli wątpliwości: „Dlaczego to idzie tak wolno?”, „Filmy lansują obraz zdenerwowanych, biegających w panice sanitariuszy, a to totalny brak profesjonalizmu. My musimy być spokojni” mówił po akcji Paweł Wnuk, komentator widowiska, lekarz z Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof Collegium Medicum UMK.

Wydarzeniem absolutnie wyjątkowym były sobotnie wykłady z pokazem w sali operacyjnej szpitala na Bielanych, za której ścianą odbywały się zabiegi. Na stole operacyjnym pacjentem był... arbus. „Zabieg” na nim przeprowadzał dr Wojciech Szczęsny z Collegium Medicum UMK. „Jeszcze 150 lat temu chirurdzy myli ręce dopiero po zabiegu, a na salę operacyjną przychodzili w garniturach” opowiadał o protoplastach swojego zawodu dr Szczęsny. Lekarz zaczął od klasycznego zabiegu chirurgicznego, a skończył - wbijając długie trokary w arbus. „Przy takiej nowoczesnej chirurgii laparoskopowej w ciele zostają tylko dziurki, które na końcu zszywamy” tłumaczył.

Królową festiwalu była medycyna, ale bohaterem Zbigniew Herbert. Katarzyna

Herbert, żona poety, oraz jego siostra Halina Herbert-Żebrowska wraz z synem Rafałem wzięli udział w sobotniej uroczystości odsłonięcia tablicy pamiątkowej na gmachu Collegium Maius ze słowami poety: „Podstawową funkcją kultury jest budowanie wartości, dla których warto żyć”. Właśnie tam w latach 1947-51 studiował autor „Pana Cogito”. Sylwetkę jednego z najznakomitszych polskich poetów wspominano tego dnia wielokrotnie. Sławomir Maciejewski, aktor Teatru Horzycy przeczytał jeden z listów Zbigniewa Herberta do prof. Henryka Elzenberga oraz, napisany w o wiele lżejszym tonie, dość zabawny felieton o piernikach.

8. Toruński Festiwal Nauki i Sztuki swoim wykładem zamknął najślawniejszy polski językoznawca, profesor Jan Miodek, który ogromną popularność zyskał dzięki nadawanemu w publicznej telewizji od 1987 roku programowi „Ojczyzna polszczyzna”. W Dworcu Artusa mówił o „Polszczyźnie po 1989 roku”.

Na podstawie artykułów w „Nowościach” (Alicja Ci-chocka), „Gazecie Wyborczej” (Tomasz Cichoński) i strony festiwalowej opracowała Monika Kubiak.

Jubileusz 15-lecia powstania Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej

Arkadiusz Jawień

Jubileusz 15-lecia powstania Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, to moment pozwalający na chwilę wspomnień, refleksji o upływającym czasie w pracy i zarazem spojrzenia wstecz, celem oceny dokonanych zawodowych. Nie byłoby ich bez wielu życzliwych ludzi, którzy głośno i namacalnie nas wspierali, ale i tych, którzy cicho, bez większego rozgłosu i szumu życzyli nam dobrze i swoją „niewidzialną ręką” pomagali. Nie byłoby ich także bez tych, którzy nas krytykowali, mniej lub bardziej zacięcie, mniej lub bardziej jawnie. Nie byłoby ich bez tych, którzy tu pracowali lub nadal pracują, krócej lub dłużej, lekarzy czy pielęgniarek, stażystów czy studentów, sekretarek czy salowych. Nie byłoby ich bez przychylności władz, najpierw Akademii Medycznej, a później Collegium Medicum oraz poszczególnych zarządów naszego Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Biziela, a niedługo już Szpitala Uniwersyteckiego nr 2. Wszystkim tym osobom, znanym z imienia i nazwiska oraz wszystkim „bezimiennym” składam serdeczne podziękowania za te wspinałe 15 lat!

Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej powołano decyzją Senatu AM w Bydgoszczy w dniu 10 lutego 1993. Stało się to dzięki wielkiej przychylności ówczesnego Rektora AM, prof. Józefa Kałużnego, przy znacznym współudziale i poparciu prof. Zygmunta Mackiewicza. Nie mniejszą rolę spełnił w tym procesie dr Bogusław Jasik, który jako Dyrektor Naczelny Szpitala im. dr. J. Biziela działania te uznawał za naturalne i pozwalające na szybki rozwój jednostki. Mówiąc o powołaniu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej nale-

ży obowiązkowo powiedzieć, że nie powstała ona z niczego. Bazą był Oddział Chirurgii Ogólnej, który prowadziłem już jako ordynator od grudnia 1991 roku, lecz doświadczenie i historia Oddziału sięgała dużo dalej. Po II wojnie światowej, w roku 1945 dr Władysław Staszewski został ordynatorem I Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Ogólnym nr 1 w Bydgoszczy przy ulicy Jurasza (dzisiejszy Szpital Uniwersytecki). Swoją funkcję sprawował do roku 1967. Przez następne 10 lat (1967–1977) ordynatorem Oddziału był dr Wincenty Kalinowski, którego pamiętam z krótkiego spotkania w czerwcu roku 1977, kiedy to po raz pierwszy zawiązałem do Bydgoszczy, do Szpitala im. dr. Jurasza, oszukując doc. Kazimierza Krejczego, mojego przyszłego szefa. Nie wiedziałem, że w Szpitalu są dwie chirurgie i uprzejma recepcjonistka skierowała mnie oczywiście na Chirurgię I, uważając, że tam moja osoba powinna się znaleźć. W gabinecie przyjął mnie dr Kalinowski (wówczas już bardzo schorowany), mając u boku dr. Montowskiego. Kiedy zapytałem o Klinikę Chirurgii, twarz mu stężała i zapytał czy rzeczywiście chcę tam pracować, czy nie wolałbym u Niego. Ja jednak byłem zdecydowany na Klinikę, choć kto wtedy mógł przypuszczać, że 14 lat później zostanę ordynatorem tego właśnie oddziału. Dr Janusz Montowski, następny po dr. Kalinowskim ordynator, (1977–1990) często przypominał mi o tej chwili spotkania, kiedy już pracowałem u prof. Zygmunta Mackiewicza. Za ordynatury dr. Monowskiego Oddział Chirurgii został przemianowany, w latach 1978–1980 na Oddział Kliniczny PSK nr 1, a kiedy został



prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

oddany do użytku nowo wybudowany Szpital Wojewódzki XXX-lecia PRL-u (dzisiejszy Szpital dr. J. Biziela), powrócił do swojej pierwotnej nazwy – Oddziału Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego. Dr Janusz Montowski był znakomicie wykształconym chirurgiem, technicznie biegłym, o wspaniałym poczuciu humoru. Dzięki Niemu odziedziczyłem zespół dobrze wykształcony technicznie, o bardzo solidnych podstawach praktycznych. Dr Montowski zmarł 6 lutego 1990 r. po ciężkiej chorobie nowotworowej. Od tego momentu funkcję p.o. ordynatora do 2 grudnia 1991 sprawował dr Jerzy Sielski. Wiadomość o śmierci dr. Montowskiego dotarła do mnie do Stanów Zjednoczonych, w czasie, kiedy przebywałem tam na stypendium na University of Washington w Seattle. Nie od razu myślałem o wzięciu udziału w konkursie na to stanowisko, ale pomógł mi w podjęciu tej ważkiej decyzji prof. Mackiewicz, mój nauczyciel. I tak, 13 marca 1990 roku stawiłem się na konkursie na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego. Walka była bardzo wyrównana i wygrałem tylko dzięki zdecydowanemu wskazaniu na mnie przewodniczącego Komisji Konkursowej – śp. dr. Piotra Kuligowskiego.

Zaistniała sytuacja spowodowała, że porzuciłem myśli o pozostaniu na stałe w USA i zde-

cydowałem o powrocie do Bydgoszczy. W dniu 2 grudnia 1991, a nie jak miałem zapewnione 1 grudnia, objąłem w zarządzanie Oddział Chirurgii. Jeden dzień zwłoki był wynikiem pewnej decyzji politycznej, którą na moją korzyść przechrzył ówczesny dyrektor Szpitala dr Bogusław Jasik. Od samego początku starałem się wprowadzić chirurgię akademicką do prowadzonego przeze mnie Oddziału, upatrując w tym właściwą drogę do rozwoju naukowego. Moim pierwszym doktorantem był dr Zbigniew Banaszekiewicz, który w roku 1992 obronił pracę doktorską, rozpoczętą pod kierunkiem niezjącego dziś prof. Winicjusza Lambrechta.

To był znakomity początek dla kolejnych 12 doktoratów w naszej Klinice, których byłem promotorem. O każdym doktoracie i doktorancie można byłoby napisać wiele. Każdy pamiętam bardzo dobrze, ale kilka utkwiło mi szczególnie w pamięci. Doktorat dr. Świątkiewicza był pierwszym, w całości opartym na naszym materiale i pod moim kierunkiem. Dr Maria Szewczyk, będąc oddziałową naszej Kliniki, w roku 1998 pokonała wszystkie bariery i jako pierwsza pielęgniarka w naszym regionie i na naszej Radzie Wydziału obroniła pracę doktorską. To nie jedyny sukces Pani Doktor Szewczyk i naszej Kliniki. W dziesięć lat później, 21 stycznia 2008 zdała kolokwium habilitacyjne i została pierwszym samodzielnym pracownikiem naszej Kliniki. Doktorat dr. Arkadiusza Migdalskiego był z kolei ukoronowaniem pracy, która w 2003 roku zdobyła pierwsze miejsce na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej w Dublinie. Na uwagę zasługuje fakt, że w historii Europejskiego Towarzystwa, dotychczas nikt z Polski nie zdobył takiego trofeum. Wraz z rozwojem naukowym wprowadzaliśmy nowe techniki operacyjne, nowe rozwiązania organizacyjne. Aktywność Katedry i Kliniki wyrażała się także w organizowaniu licznych konferencji i zjazdów naukowych. Do najważniejszych zaliczyłbym następujące:

- Sympozjum Polskiego Towarzystwa Angiologicznego 13.05.1995

- II Kongres Polskiego Towarzystwa Angiologicznego 13–15.06.1996
- Bydgoskie Comiesięczne Spotkania Chirurgiczne w latach 1992–1996
- Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne 1999, 2001, 2003, 2005, 2007
- Postępy w Gastroenterologii 30.09.2000
- V Kongres European Venous Forum (Warszawa) 25–27.06.2004
- V Kongres Polskiego Towarzystwa Flebologicznego 1–3.06.2006

Skład osobowy Katedry i Kliniki ulegał licznym zmianom personalnym, zarówno wśród zespołu lekarskiego, jak i pielęgniarstwa. Do zespołu lekarskiego dołączali lekarze z innych oddziałów i klinik celem odbycia stażów specjalizacyjnych. I tak w naszym gronie stazowali m.in. dr Piotr Jarzemski (aktualnie ordynator Oddziału Urologii), dr Sławomir Listopadki (Oddział Urologii), dr Tomasz Mierzwa, dr Dariusz Bała, dr Piotr Rhone (aktualnie wszyscy w Centrum Onkologii). Z Kliniki odeszli: do Kliniki Kardiochirurgii – dr Wojciech Ogorzeja, dr Tomasz Romaniuk, dr Sławomir Kołakowski, do Kliniki Chirurgii Plastycznej – dr Andrzej Świątkiewicz, do Kliniki Chirurgii Onkologicznej – dr Michał Jankowski, do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Brzozowie (woj. podkarpackie) – dr Dariusz Bujalski. Ordynatorami Oddziałów Chirurgicznych zostali: dr Wojciech Kuliński w Szubinie, dr Tomasz Siatkowski w Tucholi (zmarł tragicznie w roku 2006, wracając z pracy do domu), dr Mariusz Rydzkowski w Tucholi, który zastąpił zmarłego dr. Siatkowskiego i dr Andrzej Świątkiewicz, który przez krótki okres czasu był ordynatorem w Świeciu. W roku 2007 ponieśliśmy w zespole niepowetowaną stratę. Odszedł od nas po długiej chorobie Szymek Dudziak. Najmłodszy asystent, ale jakże doświadczony przez los i jak pięknie znoszący trudy tego losu. Jego codzienna walka z chorobą – a nade wszystko – nadzieja, którą promieniował do końca swoich dni, zostały nam na zawsze w pamięci. Dzisiejszy nasz jubileusz ogląda

już, niestety, z innej perspektywy.

Przełomowym momentem w historii Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej była decyzja podjęta przez Dyrektora Naczelnego Szpitala Wojewódzkiego im. dr. J. Bizuela, dr. Andrzeja Motuka o przeniesieniu Kliniki z dniem 17.10.2005 na całe III piętro Szpitala, co poprawiło nie tylko warunki chorych, ale i personelu. Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej dysponuje 62 łózkami dla chorych, w jej skład wchodzi dwa pododdziały: Pododdział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii oraz Pododdział Chirurgii Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej wraz z pracownikami: Endoskopową, Ultrasonograficzną i Gabinetem Rehabilitacyjnym. Ponadto w skład Katedry i Kliniki wchodzi następujące poradnie: Wojewódzka Poradnia Chirurgiczna, Poradnia Leczenia Chorób Jelit Grubego, Poradnia Stomijna, Wojewódzka Poradnia Chorób Naczyń, Poradnia Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni. Łącznie, rocznie wykonujemy ponad 1800 operacji chirurgicznych oraz ponad 1000 endoskopii przewodu pokarmowego. W przeciągu ostatnich 17 lat mojego ordynowania, podczas których 15 lat funkcjonujemy jako jednostka akademicka, udało się stworzyć bardzo kompetentny i merytorycznie przygotowany zespół lekarsko – pielęgniarstwa do leczenia chorych chirurgicznych. Ogrom naszego wysiłku, jaki wkładamy w codzienną pracę dla dobra chorego jest zauważany na każdym szczeblu, od samych chorych aż po władze akademickie i szpitalne. Dziękuję całemu mojemu zespołowi za ten okres wspólnej, wyczerpanej pracy i – jeśli mamy poczucie sukcesu, to ten sukces chyba najbardziej oddaje poniższa sentencja: Sukces to drabina, po której nie sposób się wspiąć z rękami w kieszeniach (Philip Wylie).

Dziękuję, że chcecie Państwo wspinać się po tej drabinie wspólnie ze mną i wierzę, że przed nami jeszcze wiele stopni, dających nam zadowolenie i satysfakcję.

Prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej.



I rząd od lewej (dół): lek. Paweł Jarmocik, dr n. med. Krzysztof Tojek, lek. Jacek Uchański, mgr Alina Stodolska, dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. zw. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień, dr n. med. Zbigniew Banaszekiewicz, dr n. med. Arkadiusz Migdalski, lek. Krzysztof Letmański, lek. med. Radosław Piotrowicz, II rząd od lewej (środkowy): piel. Justyna Kuczkowska, piel. lic. Elżbieta Kozłowska, piel. spec. piel. chir. Jolanta Brzezińska, kuch. Mariola Klajbor, piel. Hanna Wodyńska, piel. spec. piel. oper. Elżbieta Hancke, piel. Magdalena Łapacz, mgr Beata Baron, dr n. med. Paweł Brazis, lek. Mariusz Fuks, lek. Michał Miszewski, lek. Marcin Mrozowski, lek. Artur Szotkiewicz, dr n. med. Tomasz Grzela, dr n. med. Maciej Switoński, III rząd od lewej (górze): piel. Beata Westphal, piel. Magdalena Woźniak, piel. Monika Cyganek, piel. Magdalena Witkowska, piel. Sławomira Michalak, piel. Paulina Mościcka, diet. Iwona Wrona, mgr Jolanta Bambrowicz, kuch. Ewa Romanowska, lek. Jacek Frasz, lek. Bartosz Fórmanekiewicz, lek. Marcin Grela.

Homeopatyczna dawka normalności

Wojciech Szczęsny

Znowu się komuś narażę. Powiem więcej, wiem nawet komu, ale gdy przeczytałem oświadczenie NIL z dnia 4 kwietnia, a dotyczące homeopatii, omal nie przysiadłem z wrażenia. Jakże ucieszył mnie fakt, że moi „naczelni” myślą tak jak ja! Jak powszechnie wiadomo walczę z ciemnogrodem, cudotwórcami i innymi niepotwierdzonymi przez naukę metodami „leczenia” od lat. Narażam się pewnie na śmieszność, nazywanie paranoikiem czy jeszcze gorzej, ale nie dbam o to. Nie dbam dlatego, że nie mogę mieć szacunku dla kogoś, kto powołany do przestrzegania prawa, ignoruje wizyty szarlatana z Filipin lub ogrodnika, który na podstawie własnych wizji skonstruował kosmiczne urządzenie do leczenia, twierdząc, że nie robią oni niczego złego lub udaje, że praktyki paramedyczne w pokoju hotelowym to norma dla Inspekcji Sanitarnej (bo nie jest on zarejestrowany jako lekarz!). Ergo – ludzie, wynajmujcie pokoje hotelowe na wszelką działalność. Nikt nie śmie wam przeszkodzić, pod warunkiem że np. prowadząc tam bimbrownię, nie zarejestrujecie działalności gospodarczej pt. „produkcja alkoholu”.

Dzieje się tak od lat, a pan Filipińczyk i ogrodnik zbierają kasę, śmiejąc się w kulał, zaś chorzy na raka ich byli „pacjenci” umierają w Centrum Onkologii w Fordonie, wspominając ich łagodnie w dotyku ręce i mrużenie w egzotycznym języku. Jak mogą szanować kogoś, kto wygnanego z hotelu Filipińczyka (raz się udało!) wpuszcza do pomieszczeń pewnej spółki medycznej, aby dalej spokojnie „pomagał” chorym. Jak mogą szanować kolegę, który zapisuje pacjentowi lek, w którym być może nie znajduje się żadna cząstka lecznicza prócz wody, dowodząc, że istnieje coś takiego jak „pamięć wody” i inne podobne teorie próbujące tłumaczyć działanie niczego. A tak dziwnie jestem skonstruowany, że obrazić mogą mnie tylko ludzie, których szanuję.

Badania naukowe, a zwłaszcza metaanalizy EBM (Evidence-Based-Medicine, medycyna oparta na faktach), z którymi jako lekarze, mamy obowiązek zapoznawać się na bieżąco,

dowodzą, że homeopatia jest tożsama z efektem placebo. Jeśli ktoś wątpi w EBM, niech zacznie leczyć zapalenie płuc wodą święconą. EBM zaleca tu - przypomnę – antybiotyki najlepiej według antybiogramu lub szerokokospektralne. Nie wątpię jednak, że znajdują się świadectwa mówiące o skuteczności wody święconej.

Musimy bowiem, jak sądzę, odpowiedzieć sobie na pytanie czy jesteśmy lekarzami, którzy opierają swą wiedzę na nauce, a ta jest tu jednoznaczna, czy na opowieściach z imienin cioci o wujku, który pił, palił i „złe się prowadził”, a dożył 96 lat.

Zaznaczę jednak, że nie potępiam badań nad nowymi sposobami terapii (nawet najdziwniejszymi) lub preparatami z najrozmaitszych roślin. Muszą one jednak spełniać twarde warunki, potwierdzające ich przydatność w leczeniu ludzi. Chininę znaleziono na bagnach, choć nie miała nic wspólnego z komarami.

Pozostaje jeszcze kontrowersyjna sprawa cudów. Nie spodziewam się, żeby ktokolwiek z establishmentu medycznego się w tej sprawie wypowiedział. Jeśli by powiedział, że w nie nie wierzy, koniec kariery pewny. Nie wypada bowiem nie wierzyć w cuda. Ba, nie wypada, po prostu one są! Przecież komisje, w skład których wchodzi również lekarze, orzekają o ich zaistnieniu. Byłbym ostrożny. Otóż można najwyżej stwierdzić, że owo dziwne wyleczenie z choroby nie może być wyjaśnione przez naukę na jej obecnym poziomie rozwoju. Może mała anegdotka. W pewnej okolicy USA była piękna zalesiona dolina. Mimo jej niewątpliwej urody wśród miejscowych Indian miała złą sławę. Ci, którzy zapuścili się w jej leśne ostępy, tracili zmysły i umierali mającąc. Rzecz oczywista - złe moce nie pozwalały na naruszanie swojego terytorium. Całe szczęście, że nie wszyscy jednak wierzyli w owe siły. To oni odkryli, że żyjące w gęstwinie leśnej kleszcze przenoszą na człowieka wirusy z rodziny Flaviridae, powodujące zapalenie mózgu. Oczywiście, wirus też może być demonem zła, ale naukowcy pracują nad jego pokonaniem.



Jako że nie jestem „establishment”, powiem, że nie wierzę w żadne cuda sprawiane przez jakąkolwiek siłę wyższą. Jest ich na świecie całe mnóstwo, a wielu ludzi, żeby przekonać innych o słuszności swojej wiary, zabija myślących inaczej. Nierzadko w miejscach świętych dla tych ostatnich.

Jest jednak dla mnie oczywiste, że wiara dodaje sił w walce z chorobą i pośrednio wpływa na wynik leczenia w zakresie jednak dość ograniczonym. Nie spotkałem się z cudownym uzdrowieniem z nowotworu czy innej śmiertelnej choroby nawet u ludzi najgłębszej wiary. Mam dziwne wrażenie, że większość PT Kolegów również. Widziałem natomiast rzesze wyleczonych bardziej przyziemnymi metodami.

Gdzie więc leży prawda o naszym zawodzie, powołaniu i powinnościach? Odpowiedź jest prosta. W nauce, w wiedzy, którą musimy pogłębiać, a nie w cudach, homeopatiach i innych podobnych protezach naszej wciąż wielkiej niewiedzy. Chyba najtrudniej jest powiedzieć czasami: „nie wiem”, albo poprosić kogoś o radę, przyznając się tym samym do niewiedzy. Tak, trudno, ale to jest najuczciwsze. Chyba, że wolimy buteleczkę z wodą o ciekawej nazwie, lub demony z leśnej doliny.

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

Zagrożenia moralno-etyczne zapłodnienia in vitro - problem nie tylko światopoglądowy

Władysław Sinkiewicz

W ostatnim okresie rozgorzała ponownie dyskusja wokół metody zapłodnienia in vitro. Głos zabierają publicyści, filozofowie, teolodzy, prawnicy i etycy. Ze stosownym wystąpieniem wystąpiła też Rada ds. Rodziny Konferencji Episkopatu Polski do polskich parlamentarzystów. Tym razem biskupi przypomnieli w nim nauczanie Kościoła i Jana Pawła II „o niegodziwości i niedopuszczalności metody in

vitro” i podkreślili, że „przy każdej próbie w tej metodzie giną liczne embriony, co jest rodzajem „wyrzutowanej aborcji”. „Dziecko nie jest rzeczą i nawet przyszli rodzice nie mogą powiedzieć, że mają do niego prawo, zwłaszcza, że to „prawo” jest zawsze okupione śmiercią jego braci i siostr” - podkreślili biskupi, którzy liczą, że Sejm nie pozwoli na finansowanie in vitro z państwowych pieniędzy.

Niektórzy publicyści próbują przekonać swoich czytelników i opinię publiczną, że cały ten problem głównie dotyczy katolików i ich światopoglądu, gdyż dla pozostałych, nie jest istotnym zagrożeniem etycznym i prawnym. Czy jest i czy może tak być rzeczywiście?

Na czym polega zapłodnienie in vitro

Zapłodnienie in vitro jest połączeniem

w warunkach laboratoryjnych plemnika i komórki jajowej, w wyniku czego powstaje ludzki embriion - nowy człowiek. Taki embriion może być implantowany do narządu rodowego kobiety niezdolnej do poczęcia dziecka w sposób naturalny i tam się dalej rozwijać. Zwykle w takiej procedurze wytwarza się tzw. embriiony nadliczbowe, które zostają zamrożone i mogą być później użyte, w razie niepowodzenia pierwszej implantacji. Konsekwencją stosowania „in vitro” jest ogromna dysproporcja między liczbą zamrożonych embriionów, a możliwością ich wykorzystania. Dla uzyskania jednego udanego poczęcia trzeba użyć co najmniej kilka, a nawet kilkadziesiąt zapłodnionych embriionów, czyli istnień ludzkich. Tak więc, by narodził się nowy człowiek, rozwijające się procesy życiowe innych zarodków zostają unicestwione (w Wielkiej Brytanii już ponad milion embriionów). W Polsce zamrożone embriiony, jak zapewnia się, przechowywane są, jak na razie, bezterminowo, ale nikt tego nie kontroluje, ani nie sprawdza.

Prawo do dziecka, a prawa dziecka

Podstawowym założeniem przyjmowanym bezdyskusyjnie przez zwolenników moralnej dopuszczalności zapłodnienia in vitro jest uznanie prawa do posiadania dzieci przez osoby dorosłe. Początkowo dotyczyło to tylko par małżeńskich, później rozszerzono je na wszystkie pary heteroseksualne, z czasem także na kobiety, które chcą mieć dzieci ze swoimi zmarłymi małżonkami (bank spermy Fairfax Cryo-bank oferuje wdomowom po żołnierzach, którzy zginęli w Iraku – możliwość stworzenia dziecka ze spermy ich partnerów). Ostatnio prawo to zostało rozciągnięte również na osoby samotne oraz pary homoseksualne. Niezależnie jednak od tego, jak szeroko zakreślić przestrzeń obowiązywania takiego „prawa do posiadania dziecka”, trzeba zadać fundamentalne pytanie, czy rzeczywiście komukolwiek ono przysługuje? Według odwiecznych zasad etycznych, człowiek nigdy nie może być środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu, powinien on zawsze stanowić sam cel. Uznanie, że dorosły ma prawo do posiadania dziecka oznacza traktowanie dziecka jako środka do osiągnięcia celu. Na owo uprzedmiotowienie relacji do upragnionego potencjalnego dziecka wskazuje również to, że w realizacji tego pragnienia nie liczą się zupełnie jego interesy czy nawet prawa. Najbardziej podstawowym prawem, jakie jest, a przynajmniej może być, lecz łamane jest przy procedurze zapłodnienia in vitro, jest prawo do życia i istnienia stworzonych w jej trakcie zarodków. Istniejąca procedura akceptuje zgodę na to, by ceną za spełnienie takiego, nawet najszczerzego pragnienia, był niepewny los, często kończący się unicestwieniem kilku, kilkunastu bytów, z których każdy mógłby stać się takim samym pożądanym dzieckiem.

Również ważne są problemy z tożsamością dziecka poczętego in vitro, dokonane przy użyciu materiału genetycznego nie

pochodzącego od rodziców dziecka. Może to wynikać z asymetrii przywiązania i uczucia poszczególnych rodziców do dziecka i dziecka do poszczególnych rodziców. W przyszłości jeden z rodziców (bardziej dotyczy to ojca, który miłośni do dziecka w zasadzie się uczy, a nie otrzymuje jej wraz z ciążą) może mieć do dziecka inny stosunek, ale również, dziecko doświadczając będzie kłopotów z własną tożsamością. Dowodem na istnienie takich problemów są poszukiwania biologicznych ojców (ale również i matek) przez dzieci poczęte metodą in vitro.

Zapłodnienie in vitro poza prawem w Polsce

Problemy bioetyczne związane z dopuszczalnością powoływania ludzi do życia metodą in vitro porusza Konwencja Bioetyczna, czyli „Konwencja o ochronie człowieka i godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny”, która została przyjęta przez Radę Europy 4 kwietnia 1997 roku. Ale nie jest to zasadnicze zagadnienie tego dokumentu. Należy podkreślić, że zapisy konwencji obejmują przede wszystkim ochroną godność każdego człowieka, także tego dopiero poczętego, w obliczu współczesnych odkryć w dziedzinie biologii i medycyny i idą w kierunku, by naukowe osiągnięcia służyły dobru człowieka, a nie wykorzystywały go dla samego rozwoju nauki. Konwencja wyznacza więc granice ingerencji medycznych, badawczych i genetycznych w człowieka, także w embrionalnym okresie rozwoju. Ustala ogólne zasady prowadzenia eksperymentów medycznych i badań naukowych na ludziach, określa prawa pacjentów i obowiązki lekarzy, czy też zasady pobierania i wykorzystywania narządów do przeszczepów.

Zapłodnienia in vitro dotyczy artykuł 18. konwencji stwierdzający, że „jeżeli prawo zezwala na przeprowadzenie badań na embriionach in vitro, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embriionom. Tworzenie embriionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione”. W innym artykule podkreśla się, że „interes i dobro istoty ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki”. W artykule 11 konwencja zakazuje „dyskryminacji skierowanej przeciwko danej osobie ze względu na dziedzictwo genetyczne, a w artkule 14 „zabrania wykorzystywania technik medycznie wspomaganej prokreacji, której celem jest wybór płci przyszłego dziecka”.

Polska, co prawda, podpisała konwencję bioetyczną 10 lat temu, podobnie jak inne państwa europejskie, jednakże do tej pory konwencja nie została ratyfikowana przez sejm, czyli w naszym kraju nie ma żadnych regulacji prawnych związanych z ochroną ludzkich embriionów. Pojęcie in vitro w ogóle nie występuje w polskim prawie, czyli z ludzkim zarodkiem można zrobić właściwie wszystko, nie łamiąc prawa. Można wyrzucić dodatkowe, niewykorzystane zarodki ludzkie, gdyż w naszym kraju nie ma obowiązku ich przechowywania. Podobnie nie ma prawa zakazującego handlu poczętymi w pro-

bówkach dziećmi, czy też wybierania dzieci o określonej płci lub szczególnych cechach. Prywatne kliniki w Polsce przeprowadzające zapłodnienie in vitro nie mają obowiązku zgłaszania zabiegów, nie wiadomo więc, ile ich wykonują. Zasady postępowania z zarodkami ustalają przede umowy cywilno-prawne z przyszłymi biologicznymi rodzicami. Taka sytuacja może prowadzić do nadużyć, czy też przeniesienia do Polski zabiegów nielegalnych w innych krajach. Według ostatnich prasowych informacji Ministerstwo Zdrowia przygotowuje projekt ustawy mającej uregulować te zaniedbane problemy. Zanim dojdzie do gorących społecznych debat i dyskusji, stanowiąmy się nad niektórymi kwestiami budzącymi poważne wątpliwości, które w społecznych konsultacjach i wielospecjalistycznych dysputach nie mogą być pominięte.

Trudne pytania, które czekają na odpowiedź

W ślad za dr. Jerzym Umiastowskim, wieloletnim przewodniczącym Komisji Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej, pragnę podzielić się niektórymi trudnymi pytaniami, które cały czas czekają na odpowiedź. I nie są to pytania, które mogą niepokoić tylko sumienia czytelników „Przewodnika Katolickiego”, „Naszego Dziennika”, czy też innych periodyków katolickich, ale są uniwersalne, bez względu na wyznawany światopogląd. Tak więc można zapytać:

- Czy wolno zamrażać ludzkie embriiony, a po ich rozmrożeniu implantować je w narządzie rodowym kobiety, wobec braku pewności, że nie szkodzi to zdrowiu dziecka?

- Gdyby uznano, że zamrażanie ludzkich embriionów jest dozwolone, to po upływie jakiego czasu od zamrożenia ludzki embriion winien być uznany za bezużyteczny i nie wolno go już implantować?

- Czy ludzki embriion może być uznany za czyjąś własność? Jeżeli tak, to kto jest właścicielem ludzkiego embriionu? Jeżeli nie, to na jakiej podstawie można dysponować ludzkimi embriionami?

- Czy wolno implantować ludzki embriion do macicy kobiety, niezależnie od tego, czy zamierza ona wychować sztucznie poczęte dziecko w normalnej rodzinie, czy nie?

- Czy wolno, jeżeli jest taka wola rodziców, niszczyć zarodki, co jest sprzeczne z tzw. ustawą antyaborcyjną, która silnie chroni zarodek rozwijający się w łonie matki?

- Czy dawcy komórek rozrodczych mogą zachować anonimowość, a jednocześnie, czy urodzone w wyniku zapłodnienia in vitro dziecko ma prawo do informacji, kim naprawdę są jego rodzice (tzn. rodzice biologiczni)? Jak rozwiązać ewentualną sprzeczność prawną?

- Czy pozbawienie człowieka informacji o jego rodzicach biologicznych narusza prawa człowieka?

- Czy ludzkie komórki rozrodcze mogą być importowane, lub eksportowane?

- Czy wolno „zamawiać” cechy sztucznie poczętego dziecka - np. kolor oczu lub cechy psychiczne i według tego zamówie-

nia selekcjonować komórki rozrodcze, lub zamrożone embriony?

- Czy wolno używać do sztucznego zapłodnienia ludzkie komórki rozrodcze po śmierci ich dawców?

- Czy kobieta żyjąca w małżeństwie winna uzyskać zgodę męża na wszczęcie jej embrionu, którego ojcem biologicznym jest inny mężczyzna?

- Czy człowiek, który zaistniał w wyniku zapłodnienia in vitro ma prawo do odszkodowania, jeżeli w wyniku takiej procedury poniósł szkodę na zdrowiu - np. w wyniku zamrożenia? Jeżeli tak, to do kogo zgłaszać roszczenia?

- Kto ma prawo i obowiązki rodzicielskie wobec sztucznie poczętego dziecka i od jakiego okresu jego istnienia - czy już wobec embrionu, czy później, jeżeli później to od kiedy?

- Czy wolno zrezygnować z obowiązków rodzicielskich wobec dziecka wytworzonego in vitro, jeżeli nie spełnia ono uprzednio zgłoszonych oczekiwań, lub z innych powodów?

Mam nadzieję, że postawione pytania skłonią czytelnika do głębokiej refleksji niezależnie od wyznawanego światopoglądu. Nikt nie może dzisiaj twierdzić, że wszystko, co jest technicznie możliwe, jest etycznie

dopuszczalne albo, że każde naukowe badania i eksperymenty, jeśli ostatecznie zmierzają do polepszenia jakości ludzkiego życia, mogą być wyjęte spod jakiegokolwiek oceny etyczno-moralnej. Sytuacja w Polsce wymaga szybkich rozwiązań i przepisów prawnych regulujących wszystkie problemy związane z ochroną embrionów – nowych istnień ludzkich, które wymagają szczególnej ochrony, tym bardziej, że same bronić się nie mogą.

Dr hab. Władysław Sienkiewicz, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii CM UMK i przewodniczącym Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Jak żyć z atopowym zapaleniem skóry? wykład z cyklu Medycznej środy

Krystyna Romańska-Gocka

Co to jest atopowe zapalenie skóry?

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest zapalną chorobą skóry, o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, która ujawnia się najczęściej we wczesnym dzieciństwie. Charakteryzuje się typową lokalizacją i morfologią zmian zapalnych skóry oraz silnym świądem. Często współistnieją choroby atopowe u pacjenta lub jego rodziny (AZS, pokrzywka, astma atopowa, pyłkowica, alergia pokarmowa).

Czy atopowe zapalenie skóry jest częstą chorobą?

Obserwuje się alarmujący wzrost częstości zachorowań na AZS, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych, w których choroba ta dotyczy 10-20% dzieci. W Polsce, na AZS choruje 1,6% dorosłych i 4,7% dzieci w wieku 3-16 lat. Ponad połowa przypadków choroby ujawnia się przed końcem 1 r.ż. a aż 87% do końca 6 r.ż. Wiek dorosły nie zabezpiecza przed zachorowaniem. U 9% chorych pierwsze objawy występują po 20 r.ż. Atopowe zapalenie skóry jest najczęstszym, pierwszym objawem alergii u dziecka, dotyczy 80% dzieci z alergią w 1 roku życia.

Jaka jest przyczyna atopowego zapalenia skóry?

1. Zaburzenia immunologiczne

Podstawową rolę w patogenezie choroby odgrywa IgE zależna nadwrażliwość na alergeny zewnątrzpoходne. Przeciwciała IgE, wytwarzane w AZS w nadmiarze, rozmieszczone na powierzchni komórek tucznych, bazofilów i komórek Langerhansa, reagują z alergenami pokarmowymi i powietrzno-pochodnymi wnikaającymi do organizmu atopika (mechanizm alergiczny typu I, natychmiastowy). Pobudzenie receptorów na tych komórkach powoduje tzw. degranulację komórek i uwolnienie histaminy oraz szeregu innych substancji odpowiadających świąd, zaczerwienienie skóry i zmiany zapalne. Ponadto, alergeny wnikaające przez uszkodzoną skórę reagują z komórkami układu immunologicz-

nego skóry co prowadzi do uwolnienia substancji wywołujących stan zapalny określane jako wyprysk (mechanizm alergiczny typu IV, późnego). U części chorych występuje też odpowiedź autoalergiczną, w której autoprzeciwciała reagują z własnymi białkami. Pod wpływem antygenów bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych dochodzi do pobudzenia limfocytów, które uwalniają substancje nasilające stan zapalny skóry (cytokiny).

2. Defekt ektodermalny (suchość skóry)

Suchość skóry jest jednym z podstawowych objawów AZS. Objaw ten jest następstwem zaburzonego tworzenia się osłonki lipidowej komórek budujących naskórek (keratynocytów). Niesprawna bariera naskórkowa jest wynikiem mutacji genu dla enzymu odpowiedzialnego za spójność bariery naskórkowej. Powoduje to zwiększoną przenaskórkową utratę wody i ułatwione przenikanie alergenów z zewnątrz. Ekspozycja na alergeny środowiskowe i czynniki drażniące nasila genetycznie uwarunkowany defekt bariery skórnej. Sucha skóra jest wybitnie podatna na działanie czynników drażniących takich jak mydło, woda, detergenty.

3. Warunkowania genetyczne

AZS jest chorobą atopową a więc genetycznie uwarunkowaną skazą, w której organizm wytwarza nadmierne ilości IgE w odpowiedzi na alergeny pospolicie występujące w środowisku, nieszkodliwe dla większości osób w populacji. Za genetycznym uwarunkowaniem choroby przemawia między innymi jej rodzinne występowanie. Jeżeli oboje rodziców choruje na AZS ryzyko zachorowania u dziecka wynosi 70%. Sposób dziedziczenia nie jest ostatecznie określony, jednak wiadomo, że rolę odgrywa wiele genów, zlokalizowanych na różnych chromosomach.

4. Czynniki środowiskowe

Zmiany skórne i świąd ulegają zaostrzeniu pod wpływem wielu czynników środowiskowych takich jak: stres, emocje, pocenie się,

wysoka temperatura, węża, środki drażniące, zakażenia skóry, zakażenia wirusowe dróg oddechowych, czynniki hormonalne (miesiączka), czynniki klimatyczne (niska wilgotność powietrza).

5. Układ nerwowy

Odgrywa ogromną rolę w przebiegu choroby. U wszystkich pacjentów stan skóry pogarsza się pod wpływem stresu a emocje, także pozytywne, mają znaczący wpływ na przebieg choroby. Często obserwuje się nieprawidłowe stosunki rodzice – dziecko, pacjentów cechuje niskie poczucie wartości, introwertyzm, wysoki poziom lęku i neurotyczności.

Jakie są objawy atopowego zapalenia skóry?

1. Atopowe zapalenie skóry wczesnego dzieciństwa (tzw. skaza białkowa)

Jest to okres pomiędzy 3 miesiącem a końcem 2 roku życia. Niekiedy pierwsze zmiany mogą się pojawiać już w kilkutygodniowych niemowląt. Zmiany skórne są typowo zlokalizowane na twarzy, z zaoszczędzeniem okolicy nosa, ust i brody oraz na skórze owłosionej głowy i w okolicy pielszkowej. W ciężkich postaciach zmiany mogą obejmować całą skórę. Występuje zaczerwienienie skóry, sączące grudki, złuszczenie, niekiedy żółte strupy, będące wynikiem nadkażenia bakteryjnego. Opisany okres choroby utrzymuje się zazwyczaj przez około 2 lata, z okresowymi złagodzeniami i zaostrzeniami. U niektórych pacjentów choroba może samoistnie ustąpić na początku trzeciego roku życia. Występuje korelacja pomiędzy początkiem AZS i jego nasileniem. Im wcześniejszy początek choroby tym cięższy jej przebieg.

2. Atopowe zapalenie skóry późnego dzieciństwa

Choroba może pojawić się pierwszy raz w życiu około 4 roku życia lub jest kontynuacją okresu wczesnego dzieciństwa. W tym okresie, wykwiem podstawowym jest grudka, nie

sącząca, bardzo swędząca, na podłożu różnie nasilonego rumienia. Długotrwałe drapanie doprowadza to tzw. liszajowacenia, które objawia się pogrubieniem skóry, nadmiernym pobrudzowaniem i brunatnym przebarwieniem. Typowa lokalizacja zmian skórnych w tym okresie to zgięcia łokciowe i podkolanowe, twarz i okolice nadgarstków. Niekiedy występują wyłącznie dyskretne zmiany na dłoniach i stopach w postaci delikatnego złuszczenia, szczególnie na podszewkach i opuszkach palców. W ciężkich przypadkach zmiany skórne mogą być uogólnione. Choroba może trwać ze zmiennym nasileniem do około 10-12 roku życia lub przejść w postaci młodzieńczej. W tym okresie często pojawiają się inne objawy skazy atopowej takie jak uporczywy nieżyt nosa, napadowy kaszel, duszność, bóle w jamie brzusznej.

3. Atopowe zapalenie skóry okresu młodzieńczego i dorosłych

Zmiany skórne mogą pojawić się pierwszy raz w życiu lub są kontynuacją choroby. Lokalizują się często na twarzy i tułowiu, ze szczególnym nasileniem w okolicach zgięci stawowych. U prawie wszystkich chorych występują zmiany skórne na powiekach, o różnym stopniu nasilenia. Charakterystyczny jest silny świąd, częste nadkażenia bakteryjne, liszajowacenie. U osób dorosłych AZS ma często charakter uogólnionego ciężkiego stanu zapalnego skóry, z towarzyszącym silnym świądem, zwłaszcza w porze nocnej. Uporczywe drapanie powoduje, że skóra nabiera cech starczej.

Jak rozpoznaje się atopowe zapalenie skóry?

Atopowe zapalenie skóry rozpoznaje się na podstawie kryteriów klinicznych określonych przez Hanifina i Rajkę. Do kryteriów dużych zalicza się: świąd, typową lokalizację i morfologię zmian skórnych, przewlekły i nawrotowy przebieg oraz występowanie choroby atopowej w rodzinie. Do rozpoznania wymagana jest obecność 3 kryteriów dużych. Do kryteriów małych (łącznie 23) zalicza się między innymi: suchość skóry, początek we wczesnym dzieciństwie, świąd podczas pocenia, wysoki poziom IgE, dodatnie punktowe testy skórne, nietolerancję wełny, nietolerancję pokarmów, zaostrzenia pod wpływem stresów, zapalenie czerwieni wargowej, nawracające zakażenia skóry, nawrotowe zapalenia spojówek, wyprysk rąk i biały dermografizm. Wymagane są 3 kryteria małe.

Jaki jest przebieg choroby?

Atopowe zapalenie skóry nawraca w okresie dojrzałości u 80% pacjentów jeżeli choroba występuje rodzinnie, jeżeli dotyczy płci żeńskiej, jeżeli rozpoczęła się we wczesnym dzieciństwie, jeżeli wystąpiło uogólnienie objawów w dzieciństwie i gdy współistnieją inne objawy atopii. Tylko 15% chorych na AZS nie ma powyższych obciążań.

Jakie są zasady leczenia?

Atopowe zapalenie skóry wymaga prze-

wlekłego leczenia, które zależy od wieku i stopnia zaawansowania choroby. W ciężkich przypadkach konieczne jest leczenie ogólne. Do możliwych metod leczenia ogólnego zalicza się: leki przeciwhistaminowe, leki uspokajające, kortykosteroidy, antybiotyki, cyklosporynę A i fotochemioterapię (PUVA). Immunoterapia swoista może być skuteczna jedynie w nielicznych, wybranych przypadkach, jeżeli pacjent jest uczulony na pojedyncze alergeny wziewne. W przypadku gdy zmiany zapalne są ograniczone i umiarkowane lub łagodne wystarczające jest leczenie miejscowe. Do leków stosowanych miejscowo należą sterydy i inhibitory kalcyneuryny. Preparaty steroidowe powodują szybkie ustępowanie stanu zapalnego, rumienia i świądu. Ze względu na ryzyko działań niepożądanych przy długotrwałym i/lub nieodpowiednim stosowaniu, leczenie musi być prowadzone przez doświadczonego lekarza. Stosowanie miejscowych sterydów zgodnie z zaleceniami lekarza nie powoduje uszkodzenia skóry. Inhibitory kalcyneuryny (Protopic, Elidel) są to nie sterydowe leki immunomodulujące, bezpieczne przy długotrwałym stosowaniu, także u dzieci. Wprowadzenie tej grupy leków, stworzonych wyłącznie z myślą o leczeniu AZS, stanowi przełom w możliwościach miejscowego, skutecznego leczenia. Stanowią obecnie jedyną alternatywę dla steroidoterapii w atopowym zapaleniu skóry. Działają bardziej selektywnie od sterydów, pozostają w naskórku i skórze w ilości pozwalającej na efekt leczniczy bez znaczącego wchłaniania do krwioobiegu. Są dobrze tolerowane, skuteczne, bezpieczne, mogą być stosowane na wszystkie okolice ciała.

Jakie są zalecenia dla pacjentów z atopowym zapaleniem skóry?

Bardzo istotnym elementem postępowania jest wybór jednego lekarza dermatologa, uzyskiwanie informacji o istocie choroby, przestrzeganie zaleceń, systematyczność i odpowiednia pielęgnacja skóry. Pacjenci ze skórą atopową powinni przewlekłe używać tzw. emolientów. Są to preparaty do stosowania zewnętrznego, utrzymujące prawidłowe nawilżenie i elastyczność naskórka, przyczyniające się do regeneracji uszkodzonej bariery naskórkowej. Emolienty działają ponadto przeciwwapalnie, przeciwświądowo i łagodzą podrażnienia. Zawierają składniki naturalnego czynnika nawilżającego skóry, zmniejszają przeznaskórkową utratę wody. Emolienty są pozbawione barwników i substancji zapachowych, zawierają substancje nawilżające (mocznik) i fizjologicznie lipidy, woski, oleje pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Działają do 4 godzin, dlatego istnieje konieczność częstej aplikacji i regularnego stosowania, zwłaszcza przy dużej suchości skóry. Emolienty dostępne są wyłącznie w aptekach, w różnych formach kosmetycznych: balsamy, kremy, płyny do mycia, kostki myjące, sztyfty ochronne do ust.

Woda, szczególnie gorąca, bardzo wysusza skórę, jednak kąpiel w letniej wodzie działa

nawilżająco, szczególnie przy nasilonym rumieniu i świądzie skóry. Skórę należy osuszać delikatnie, nie pocierać i w ciągu trzech minut po osuszeniu wetrzeć balsam emolient.

Wpływ diety na przebieg atopowego zapalenia skóry pozostaje przedmiotem dyskusji. Najczęściej za zaostrzenia odpowiadają: mleko krowie i jego przetwory, jaja kurze, pszenica, soja, czekolada, orzechy ziemne, orzechy włoskie, cytrusy, ostre przyprawy. Należy ograniczyć spożywanie mleka przez dziecko, inne pokarmy wprowadzać stopniowo i obserwować reakcję organizmu. Dieta eliminacyjna znajduje zastosowanie tylko w przypadkach bezpośredniego związku nasilenia choroby z pokarmem. Pokarmy stałe należy wprowadzać pojedynczo, dopiero po skończeniu przez dziecko 6 miesięcy. Ostrożnie wprowadzać jaja, orzechy i ryby. Dieta kobiety ciężarnej nie ma znaczenia w zapobieganiu AZS u dziecka, może mieć natomiast znaczenie dieta matki karmiącej. Kobieta powinna unikać w tym okresie spożywania mleka krowiego, ryb, jajek i orzechów ziemnych. Karmienie piersią jest zalecane co najmniej do końca 6 roku życia (a wyłącznie co najmniej przez pierwsze 3 miesiące). Po tym okresie nie ma przekonujących dowodów o ochronnej roli karmienia naturalnego. Wiadomo, że może opóźnić objawy atopii lub je złagodzić, nie zapobiega jednak wystąpieniu AZS u dziecka. Dzieciom nie karmionym piersią, z ryzykiem choroby atopowej, powinno się podawać hydrolizaty mleczne.

Jednym z najważniejszych alergenów wewnątrzdomowych jest kurz. Roztocza bytują w dużych ilościach w systemach grzewczych, wentylacyjnych, materacach, dywanach, meblach tapicerowanych, na roślinach ozdobnych. Roztocza przenikają do organizmu przez uszkodzony naskórek i/lub przez drogi oddechowe. W celu ograniczenia ekspozycji na kurz należy: często wietrzyć mieszkania, także zimą, usunąć wykładziny dywanowe, firany i zasłony. Kurz należy usuwać wilgotną gąbką, podłogi i tapicerkę odkurzać raz w tygodniu używając odkurzacza z filtrem. Należy usunąć z łóżeczka dziecka pluszowe zabawki, pościel prać co 10 dni w temp. 60 st. C i stosować pokrowce przeciw kurzowi na materace i pościel, z włókien hypoalergicznymi.

Do innych ważnych alergenów powietrzno-pochodnych zalicza się pyłki roślin i alergeny zwierząt. W razie nasilonych objawów alergii po kontakcie ze zwierzęciem, nie może ono przebywać w domu. W pozostałych przypadkach nie ma żadnego uzasadnienia aby „pozbywać” się zwierzęcia. W ogólnej populacji, kontakt ze zwierzęciem (kot, pies, królik, chomik) od wczesnego dzieciństwa (do końca 2 r. ż.) wpływa korzystnie na dojrzewanie układu immunologicznego. W celu ograniczenia ekspozycji na pyłki roślin, należy zamykać okna w szczycie sezonu pylenia, podczas suchej i gorącej pogody, wietrzyć mieszkanie po deszczu, wieczorem lub w nocy.

Ze względu na drażniące działanie niektórych rodzajów tkanin należy unikać włókien szorstkich, wełnianych oraz sztucznych, nie

nosić obcisłej odzieży i nie ubierać się zbyt ciepło celem unikania spocenia. Wysiłek fizyczny nie jest przeciwwskazany. Ze względu na pocenie konieczna jest stopniowa adaptacja do wysiłku i dostosowanie aktywności do możliwości pacjenta. Po pobycie na basenie konieczny jest prysznic z zastosowaniem emolientu w żelu i następnie balsamu ze względu na silnie drażniące i wysuszające działanie chloru. Słońce wywiera korzystny wpływ na przebieg choroby, w okresie letnim najczęściej dochodzi do remisji. Należy ko-

rzystać umiarkowanie z kąpieli słonecznych biorąc pod uwagę szkodliwe działanie UV jak również zwiększone pocenie. Pacjentom zaleca się okresowo zmianę klimatu i środowiska, korzystnie działają wakacje nad morzem oraz w wysokich górach. Stres, emocje i nieregulowany tryb życia bardzo niekorzystnie wpływają na przebieg choroby. Dlatego, warto przestrzegać pór posiłków, snu i odpoczynku, wypracować sposobu relaksowania się, zażywać w razie potrzeby zapisane przez lekarza leki uspokajające. Wiadomo, że przerywany

sen, ograniczenia wynikające z konieczności unikania wielu czynników środowiskowych a także duże nakłady finansowe ponoszone w związku z leczeniem i pielęgnacją skóry przyczyniają się do zaburzeń emocjonalnych i wpływają na wzajemne relacje pomiędzy członkami rodziny. Z tego powodu, ważne jest korzystanie z pomocy doświadczonego psychologa.

Dr n. med. Krystyna Romańska-Gocka, Katedra i Klinika Dermatologii Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii.

Chirurgiczne leczenie otyłości - kolejna „dieta-cud” czy ratowanie zdrowia i życia

wykład z cyklu Medycznej Środy

Wojciech Szczyński

Otyłość w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat stała się problemem społecznym w wielu krajach rozwiniętych. Oblicza się, że na świecie dotyczy ona około 400 mln ludzi, co w przybliżeniu odpowiada liczbie głodujących. W samych Stanach Zjednoczonych liczba osób z BMI > 25 wynosi 127 mln, zaś z BMI > 40 około 9 mln. Wskaźnik masy ciała (ang. body mass index) przyjmowany jest w literaturze bariatrycznej za najlepiej (choć nie doskonałe) opisujący stopień otyłości. Obliczanie tego wskaźnika jest dość proste. Otóż wagę w kilogramach dzielimy przez wzrost wyrażony w metrach i poniesiony do kwadratu. Przykład: człowiek o wadze 80 kg i 175 cm wzrostu. $A \text{ więc } 80 : 1,75^2 = 80 : 3,0625 = 26,122$. Mamy tu lekką nadwagę gdyż BMI > 30 to otyłość; 25-30 - nadwaga; 20-25 - norma; 20-16 - niedożywienie zaś < 16 to niedożywienie skrajne.

Otyłość związaną z BMI większym od 40 nazywa się patologiczną, chorobliwą lub śmiertelną. To ostatnie określenie nie jest pozbawione sensu, gdyż otyłość taka - choć również o mniejszym nasileniu - powoduje szereg powikłań, mogących doprowadzić do zgonu. Wymienia się tu cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zespół bezdechu sennego, zmiany w kręgosłupie i stawach kończyn dolnych, dyslipidemie i inne. Podkreśla się także wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe w grupie patologicznie otyłych. Oczekiwane przeżycie w tej grupie jest znacznie niższe w porównaniu z rówieśnikami z prawidłowym BMI. Nie bez znaczenia jest również znacznie obniżona jakość życia otyłych i zaburzenia sfery emocjonalnej, prowadzące niekiedy nawet do aktów samobójczych. Leczenie otyłości jest więc przyczynowym leczeniem wymienionych chorób współistniejących i działaniem, które w sposób wyraźny zmienia jakość życia i jego oczekiwaną długość. Oprócz aspektu humanitarnego istotny jest problem ekonomiczny. W roku 1990 wydatki na leczenie chorób związanych z otyłością wyniosły w USA ponad 70 miliardów dolarów.

Przyczyny otyłości dzieli się klasycznie

na pierwotne i wtórne. Te ostatnie wynikają z procesów chorobowych zazwyczaj o podłożu hormonalnym, a terapia polega przede wszystkim na leczeniu choroby podstawowej. Tematem naszego spotkania jest otyłość prosta (spowodowana nadmierną podażą pokarmu w stosunku do potrzeb organizmu). Jednostka ta w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ma oznaczenia E66. Otyłość definiuje się jako patologiczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne. Za otyłość uważa się sytuację, gdy tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 20% całkowitej masy ciała u mężczyzn i 25% u kobiet. Człowiek nabył w swym rozwoju ewolucyjnym umiejętność gromadzenia energii „na zapas” w postaci tkanki tłuszczowej. Niestety, obecnie w erze obfitości połączonej z całkowicie sedatywnym trybem życia płaci za to słoń.

Najważniejsze dla utrzymania odpowiedniej wagi jest odpowiednia dieta oraz aktywność fizyczna. Mówi się o półgodzinnym uprawianiu jakiegokolwiek sportu przez 5 dni w tygodniu, uważając to za całkowite minimum. Jak jest naprawdę, każdy widzi.

Leczenie otyłości zawsze rozpoczyna się od działań zachowawczych. Ich zasadniczym celem jest:

- redukcja masy ciała odpowiednia dla zmniejszenia ryzyka chorób towarzyszących,
- utrzymanie zredukowanej masy ciała,
- zapobieganie ponownemu przytyciu.

Podstawą leczenia zachowawczego jest uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego, co wymaga zarówno zmniejszenia ilości spożywanych pokarmów, jak i zwiększenia aktywności fizycznej. Oba te aspekty leczenia wymagają od chorego wyrzeczeń i wytrwałości. Należy kłaść nacisk na zmianę przyzwyczajeń żywieniowych i sposobów spędzania wolnego czasu. Tu istotną rolę odgrywa konsultacja psychologa czy psychiatry.

Leczenie farmakologiczne traktowane jest jako uzupełnienie. Ma ono zastosowanie w przypadkach trudności z redukcją masy ciała, pojawiania się efektu „yo-yo”, w okresie menopauzy, rzucania nałogu palenia, oraz

wszędzie tam, gdzie oprócz czystej otyłości istnieją poważne choroby współistniejące zależne od nadwagi.

Leczenie chirurgiczne otyłości przeznaczone jest dla pacjentów, u których leczenie zachowawcze i farmakologiczne nie przyniosło oczekiwanego efektu, mimo jego prawidłowego prowadzenia.

Pacjent przygotowywany do zabiegu bariatrycznego musi:

- być zdeterminowany do takiego leczenia i zdawać sobie sprawę z jego nieodwracalności,
- być przygotowanym na możliwość wystąpienia nawet bardzo poważnych powikłań,
- być przygotowanym na ewentualne zabiegi wtórne.

Wszystko to wymaga współpracy chirurga, internisty-bariatry, psychologia i dietetyka. Leczenie operacyjne nie jest bowiem ani początkiem ani końcem leczenia otyłości.

Jak w każdej dziedzinie chirurgii istnieją przeciwwskazania do interwencji operacyjnej. Do bezwzględnych należą ciężkie schorzenia układu krążenia i oddechowego, choroby psychiczne i przewidywany brak współpracy. Granice wiekowe pomiędzy 18 a 60 rokiem życia uważane do niedawna za sztywne, wydają się według ostatnich doniesień poszerzać.

Jeśli chodzi o BMI to wskazaniem do interwencji operacyjnej jest wartość 40 i powyżej lub 35 w przypadku występowania chorób współistniejących, takich jak nadciśnienie czy cukrzyca. W istocie towarzyszą one otyłości patologicznej prawie zawsze.

Historia chirurgii bariatrycznej

Idea leczenia otyłości sposobami chirurgicznymi zrodziła się w latach 50. XX w. w następstwie obserwacji chorych po rozległych resekcjach jelita i żołądka, u których występował znaczny spadek masy ciała. Pionierem tych zabiegów, zwanych wyłączającymi był Linneer, który wykonywał zespolenie jelita czczego i krętego, uzyskując w ten sposób skrócenie pasażu i sztuczny „zespół krótkiego jelita”. W ciągu następnych dwudziestu lat, dominowały sposoby oparte na powyż-

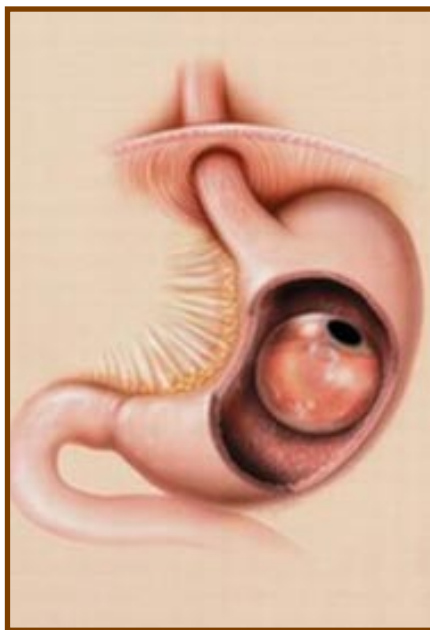
szym pomysłem. Zabieg Payne-de Wind z roku 1963 polegający początkowo na zespoleniu jelita czczego z poprzecznicą, został w roku 1969 zmodyfikowany przez autorów. Zyskał wówczas nazwę „14+4” gdyż jelito odcinane było 14 cali od wężadła Treitza, a następnie zespalane z jelitem krętym 4 cale od zastawki Bauhina. Jakkolwiek uzyskiwano dość znaczny spadek masy ciała, zabiegi te charakteryzowały się wieloma skutkami ubocznymi. Dotyczyły one głównie zaburzenia krążenia kwasów żółciowych, a w rezultacie wchłaniania tłuszczów i witamin w nich rozpuszczalnych, a także wchłaniania witaminy B12. Powodowało to zespoły awitaminoz pod postacią osteoporozy, „kurzej ślepoty”, neuropatii i innych. Obserwowano powstawanie kamicy pęcherzykowej i zespoły biegunkowe doprowadzające nawet do ciężkiego odwodnienia. Zarówno wyniki kliniczne, jak i satysfakcja pacjentów nie były zadawalające. Krytyczna ocena rezultatów spowodowała zarzucenie wykonywania tych zabiegów.

We wczesnych latach 60. opracowano teoretyczne podstawy drugiej grupy zabiegów bariatrycznych – operacji restrykcyjnych. Idea tych zabiegów polegała na zmniejszeniu objętości żołądka biorącej udział w trawieniu. Pierwszym zabiegiem zastosowanym u ludzi była tzw. pozioma gastroplastyka wg Pacey'a i Carrey'a. Za pomocą zszywek staplera, w 1/3 górnej żołądka wykonywano jego zeszywanie (bez przecięcia) pozostawiając pośrodku otwór – „pseudoodźwiernik” do części dystalnej. W ten sposób ograniczano znacznie część żołądka przyjmującą pokarm do około 30 ml. Niestety perystaltyka żołądka powodowała rozchodzenie się zszywek, co przywracało poprzedni stan i w efekcie ponowne przybieranie na wadze. Jednak idea restrykcji wydawała się słuszna, gdyż zabiegi te nie powodowały tak znacznych skutków ubocznych jak wyłączenia. Wykorzystując częściowo pomysł Pacey'a i Carrey'a, Mason i Ito dokonali całkowitego przecięcia żołądka, zespalając górny zbiornik z pierwszą pętlą jelita. Wyniki zabiegu łączącego w sobie cechy restrykcji i wyłączenia w aspekcie redukcji masy ciała były dobre, lecz pojawiały się powikłania zespołowe, oraz zarzucanie treści żółciowej do „górnego” żołądka i przetyku. Korzystne doświadczenie tej operacji skłoniły Griffena do zastosowania w bariatrii znanej z chirurgii żołądka operacji Roux en Y. Polegała ona na rozdzieleniu żołądka na dwa zbiorniki, z których górny, odbierający pokarm miał objętość 30 ml. Następnie przecinano pierwszą pętlę jelita czczego ok. 40-50 cm od wężadła Treitza i zespalaną z górnym zbiornikiem. W odległości 40 cm od tego zespolenia dołączano do boku jelita pętlę doprowadzającą idącą poprzez dwunastnicę od dolnego zbiornika. W tym typie zabiegu, który również łączy restrykcję z wyłączeniem, unikano problemu zarzucania. Roux en Y gastric bypass (RYGB) jest obecnie jedną z najczęściej stosowanych operacji bariatrycznych. Istnieje tu możliwość „sterowania” współczynnikiem wyłączenia poprzez zmianę odległości zespo-

leń jelita. Zabieg ten doczekał się wielu odmian, w tym laparoskopowej.

W początku lat 80. Mason powrócił do idei gastroplastyki. Zmienił kierunek zszywek na pionowy, zaś „pseudoodźwiernik” umieścił przy krzywiznie małej, ograniczając go w celu zabezpieczenia przez poszerzeniem, taśmą z teflonu. Operacja ta zwana pionową gastroplastyką z opaską (vertical banded gastroplasty - VGB) wraz z RYGB stanowi dziś podstawę klastycznej chirurgii bariatrycznej. Ilość powikłań jest niewielka i zalicza się do nich okresowe wymioty, rozejście zszywek czy erozje ściany żołądka poprzez opaskę. Utrata masy ciała jest znaczna i przy kontrolowaniu diety utrzymuje się przez wiele lat.

W tym samym czasie Scopinaro wprowadził operację zwaną „ominięciem żółciowo-trzustkowym”. Ten skomplikowany zabieg polegał na wycięciu znacznej części żołądka i połączeniu kikuta z przeciętym uprzed-



nio jelitem cienkim (część dystalna). Część proksymalną (od dwunastnicy) zespalano do boku części dystalnej o okolicy zastawki Bauhina. Operacja ta i jej liczne modyfikacje w znaczny sposób redukowałą wagę, gdyż łączy w sobie masywną restrykcję i wyłączenie. Jednak należy spodziewać się tu licznych efektów ubocznych i raczej zarezerwowana jest dla przypadków szczególnie ciężkiej otyłości, gdzie zależy na szybkiej i znacznej redukcji masy ciała.

Pewną odmianą gastroplastyk stały się operacje „opasywania” żołądka. Polegały one na zakładaniu opasek pod wpustem wokół całego żołądka, co nadawało mu klepsydrowaty kształt. Podobnie jak w gastroplastykach górny zbiornik przyjmował pokarm w ilości ograniczonej do kilkudziesięciu mililitrów. Zabieg ten wprowadzili Wilkinson, Kolle i Molina. Kuzman zastosował modyfikację polegającą na zastosowaniu opaski w formie torusa (kształt dętki), która posiadała możliwość regulacji poprzez napełnianie płynem. Port do regulacji umieszczano pod skórą brzucha. Wadą tych

zabiegów było częste przemieszczanie opasek i erozje ściany żołądka.

W drugiej połowie lat 80. XX wieku do chirurgii tryumfalnie wkroczyła laparoscopia. Jako pierwsze zaczęto w 1991 roku wykonywać operacje zakładania regulowanej opaski według Kuzmana. Dwa lata później Wittgrows i Clark wykonali laparoskopowo RYGB. Obecnie najczęściej wykonuje się laparoskopowo te dwa typy operacji, choć technicznie możliwe jest wykonanie tą techniką każdej operacji bariatrycznej. Laparoscopia u chorych otyłych, obciążanych wieloma chorobami współistniejącymi może przynieść wiele korzyści w postaci lżejszego przebiegu pooperacyjnego, szybszej rehabilitacji i co nie bez znaczenia, efektu kosmetycznego. Zwraca się też uwagę na częstsze występowanie przepuklin pooperacyjnych u otyłych, co powoduje konieczność reoperacji. Tu laparoscopia wydaje się nie do przecenienia.

Mimo wielkich zalet laparoskopii nadal istnieje w chirurgii bariatrycznej miejsce dla operacji otwartych. Chorzy po licznych laparotomiach, uprzednich operacjach bariatrycznych, z hepatomegalią nie są dobrymi kandydatami do laparoskopii. Należy również wziąć pod uwagę ograniczenia sprzętowe i wyszkolenie personelu.

Inne metody redukcji masy ciała

Oprócz metod czysto chirurgicznych, w bariatrii znalazły zastosowanie również inne sposoby. W 1995 roku po raz pierwszy zastosowano u ludzi żołądkowy stymulator elektryczny. Urządzenie to powoduje rozregulowanie elektryczne żołądka, co powoduje przyjmowanie mniejszej ilości pokarmu i zmniejszenie jego przechodzenie do dalszych części przewodu pokarmowego. Pierwsze dane opublikowane, choć dotyczyły skromnego materiału, wydają się zachęcające. Nie są jeszcze znane interakcje stymulatora z układem nerwowym i hormonalnym przewodu pokarmowego. Zaletą zabiegu jest możliwość przyjmowania w miarę normalnych ilości pokarmu. W urządzeniu należy wymieniać baterie podobnie jak w stymulatorze serca.

Do nieoperacyjnych metod bariatrycznych zalicza się balon wewnątrzżołądkowy, wypełniony cieczą. Jego obecność powoduje uczucie sytości i ogranicza ilość przyjmowanego pokarmu. Do powikłań należą owrzodzenia żołądka i stany zapalne. Zdarzały się także pęknięcia balonu i obstrukcja jelit, wymagająca interwencji operacyjnej. Nie we wszystkich krajach balon uzyskał rejestrację w lecznictwie.

Pewne nadzieje wiąże się też ze stymulacją nerwu błędnego, którego drogami wędrują informacje do mózgu na temat stopnia wypełnienia żołądka. Prace eksperymentalne wydają się wskazywać na korzystne działanie stymulacji wasalnej w aspekcie spadku BMI i kompozycji ciała. Pozostaje kwestią ustalenie zarówno miejsca implantacji, jak i czas i sposób stymulacji.

Podsumowanie

Chirurgia bariatryczna stanowi dziś cenne

uzupełnienie kompleksu leczenia patologicznie otyłych. W Polsce zapotrzebowanie na te zabiegi jest o wiele większe niż możliwości ich wykonania. Zabiegów takich wykonuje się ok. 500, przy zapotrzebowaniu sięgającym prawdopodobnie 3.000. NFZ nie refunduje wszystkich typów zabiegów. Koszt opaski laparoskopowej sięga 6.000 zł., zaś w zabiegach otwartych koszty przewyższają staplery. Jednak długofalowa analiza ekonomiczna przeprowadzona już dawno w USA i Europie Zachod-

niej wskazuje na konieczność skutecznego leczenia otyłości, co zabezpiecza przed olbrzymimi wydatkami związanym i z jej powikłaniami. Liczne metaanalizy piśmiennictwa potwierdzają słuszność koncepcji ingerencji chirurgicznej u patologicznie otyłych.

W przyszłości prawdopodobnie nastąpi dalszy rozwój technik laparoskopowych, a przede wszystkim ocena ich odległych wyników. Istotne będzie także lepsze porozumienie pomiędzy internistami-bariatrami a chi-

rurgami w aspekcie kierowania pacjentów do leczenia chirurgicznego. Dotychczas bowiem nie zawsze panuje tu zgodność poglądów. Podkreśla się również, że zabiegi bariatryczne powinny odbywać się w wyspecjalizowanych ośrodkach, które zapewniają minimalizację powikłań, a także stwarzają możliwość prawidłowego follow-up, wykonywania zabiegów wtórnych i leczenia powikłań.

Alkohol a choroby układu sercowo-naczyniowego Co mówią dane epidemiologiczne?

Władysław Sinkiewicz

„Różnica pomiędzy spożywaniem małych ilości alkoholu każdego dnia i spożywaniem w dużych ilościach, może być różnicą pomiędzy zapobieganiem i przyczyną przedwczesnej śmierci”.

C. H. Hennekens, European Heart Journal

Wiliam Heberden opisując po raz pierwszy w historii medycyny ból wieńcowy, zwrócił jednocześnie uwagę, że wino, likier alkoholowy i opium przynoszą ulgę w eliminacji bólu. W 1904 roku podobnej obserwacji dokonał Cabot, a w 1926 roku biolog amerykański Raymond Perl potwierdził, że ludzie wypijający umiarkowane ilości alkoholu żyją dłużej, niż nie pijący w ogóle. Był on pierwszym badaczem, który obserwował U-kształtną zależność śmiertelności od ilości spożytego alkoholu. W kolejnych latach taką zależność opisywało wielu innych badaczy. Korzyści zdrowotne stosowania małych dawek alkoholu potwierdziło szereg badań eksperymentalnych. Jak wyniki tych badań przekładają się na duże badania epidemiologiczne?

Wyniki większości badań populacyjnych wskazują, że alkohol w umiarkowanych ilościach zmniejsza śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca, udaru niedokrwiennego mózgu, nie zwiększając jednocześnie śmiertelności z przyczyn pozanaczyniowych.

Zależność pomiędzy spożyciem alkoholu a ryzykiem choroby niedokrwiennej serca oraz całkowitą śmiertelnością ma kształt krzywej J lub U, zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Najmniejsze ryzyko obserwowano u chorych spożywających małe ilości alkoholu, w porównaniu z abstinentami oraz nadużywającymi alkoholu, niezależnie od współistniejących czynników ryzyka, jak palenie i otyłość.

„Ciężkie” picie, definiowane jako spożycie 3 lub więcej standardowej wielkości drinków na dobę, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem śmierci, głównie z przyczyn niezwiązanych z chorobami sercowo-naczyniowymi. Nie udowodniono jednakże, jak na razie, czy jaką rolę odgrywa typ alkoholu. W jednym z dużych badań obserwacyjnych okazjone spożycie dużych ilości napojów alkoholowych zwiększało ryzyko choroby niedokrwiennej serca u mężczyzn i u kobiet, a nadciśnienia tętniczego tylko u mężczyzn. Regularne picie małych dawek alkoholu miało natomiast zna-

mienny statystycznie efekt kardioprotekcyjny u obu płci. W ramach badania Seven Countries Study zaobserwowano, że pijący 5 drinków na dobę mają mniejsze ryzyko śmierci, niż nadużywający i pijący okazjonalnie.

W 1994 roku ogłoszono wyniki prospektywnego, 13-letniego badania obejmującego lata 1978–1991, oceniającego wpływ alkoholu na śmiertelność wśród 12.321 brytyjskich lekarzy urodzonych pomiędzy rokiem 1900 a rokiem 1930. Mężczyzn przydzielono do siedmiu grup w zależności od ilości spożywanego alkoholu uwzględniając współistnienie lub nie choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy oraz innej choroby przewlekłej. Krzywa zależności całkowitej śmiertelności od ilości spożytego alkoholu miała kształt litery U. Najmniejszą śmiertelność obserwowano w grupie pijących 8-14 jednostek alkoholu/tydzień. Jako jednostkę alkoholu (1 drink) American Heart Association uważa 12-uncjową butelkę piwa, 4-uncjową szklankę wina lub 1,5-uncjowy kieliszek 80% spirytusu (1 uncja = 28,25 g). U nadużywających alkoholu obserwowano umiarkowaną rosnącą wraz z ilością przyjmowanego alkoholu. Spowodowana była ona głównie marskością wątroby i nowotworami wątroby, nowotworami przewodu pokarmowego i oddechowemu oraz urazami i zatruciami. Zgony spowodowane chorobą niedokrwinną serca obserwowano częściej u abstinentów, niż pijących umiarkowane ilości alkoholu.

Powyższe doniesienia potwierdzają także dane z badania Physicians' Health Study, w którym autorzy obserwowali U-kształtną zależność pomiędzy spożyciem alkoholu a całkowitą umieralnością, występowaniem raka i śmiercią z innych przyczyn oraz J-kształtną zależność dla choroby niedokrwiennej serca.

W metaanalizie 10 badań (176.042 osoby) uzyskano mocne dowody na istnienie zależności w kształcie litery J pomiędzy ilością spożywanego czerwonego wina a ryzykiem naczyniowym. Statystycznie istotny ujemny związek obserwowano u osób spożywających ten trunek w ilości 150 ml dziennie. Redukcja ryzyka dla pijących wino w porównaniu z abstinentami wynosiła 32%. Dla osób pijących głównie piwo obserwowano nieznamiennej redukcję ryzyka naczyniowego, co zgodne jest

z wynikami badań uzyskanymi przez Rehma.

Z raportu NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism), w oparciu o dane epidemiologiczne z ponad 20 krajów Europy, Azji i Ameryki wynika, że ryzyko choroby wieńcowej może być o 20-40 % mniejsze u osób pijących umiarkowane ilości alkoholu, w porównaniu z abstinentami oraz osobami nadużywającymi. Co jest warte podkreślenia, większość ocenianych danych pochodziło z badań prospektywnych, w których zazwyczaj zdrowi uczestnicy w kolejnych latach przez wywiady i ankiety dostarczali informacji o picu alkoholu i innych przyzwyczajeniach, mogących mieć wpływ na zdrowie. Średni okres obserwacji wynosił 11 lat. Autorzy raportu jednakże zwracają uwagę, że nie tylko sam alkohol, ale także regularny wysiłek fizyczny i dieta uboga w tłuszcze nasycone mogły wpływać na zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego.

Również polskie badanie obejmujące populację z dwóch dzielnic Warszawy (56.262 osobolat) wskazuje na niezależnienie od innych czynników korzystny wpływ alkoholu na zmniejszanie ryzyka śmierci z przyczyn naczyniowych. W porównaniu z abstinentami zanotowano redukcję ryzyka o 40% u mężczyzn i 40-70% u kobiet. W innym badaniu u mężczyzn konsumujących 1-20 g alkoholu dziennie obserwowano o blisko 50% mniejsze ryzyko śmierci z każdej przyczyny i z przyczyn naczyniowych w porównaniu z abstinentami. W korzystnym wpływie na układ sercowo-naczyniowy niektórzy wyraźnie akcentują rolę wina twierdząc, że spożywanie umiarkowanych ilości wina znacząco zmniejsza ilość powikłań u pacjentów po świeżym zawale serca.

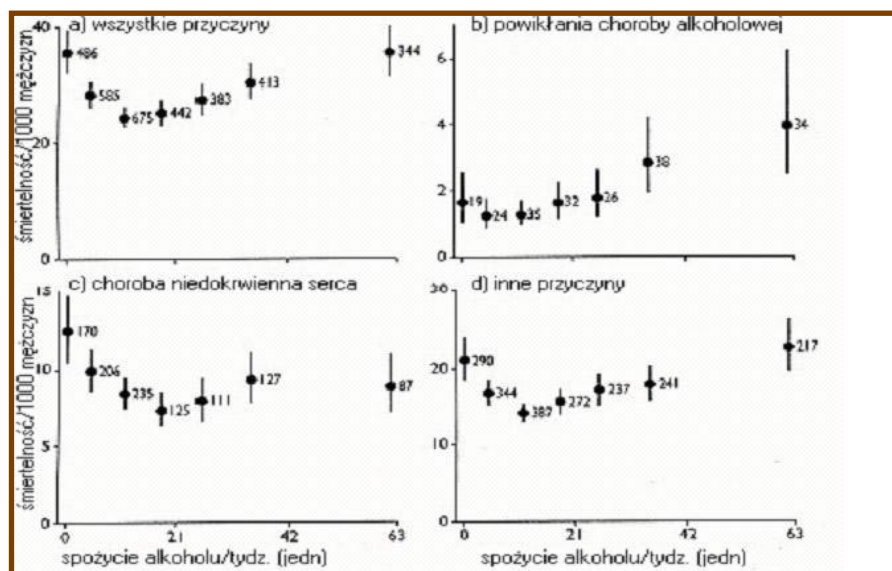
Zgodna wydaje się opinia badaczy dotycząca zwiększonego ryzyka udarów mózgu, zwłaszcza udarów krwotocznych i krwawień podpajęczynówkowych u spożywających alkohol powyżej 60g na dobę. Dane oceniające wpływ mniejszych ilości alkoholu poniżej 2 drinków dziennie są sprzeczne. Część obserwacji dowodzi działań korzystnych alkoholu w prewencji udaru mózgu, inne nie wykazują takiego związku. Być może w tej relacji odgrywają rolę także inne czynniki, jak rodzaj alkoholu, czy różne cechy badanej populacji np. wiek, płeć i rasa.

Wyniki 30-letniej obserwacji Framingham Study 5209 osób wykazały, że ryzyko udaru niedokrwiennego było najmniejsze w grupie mężczyzn spożywających 12-23 g etanolu dziennie i rosło wraz z ilością wypijanego alkoholu, u kobiet ryzyko było najmniejsze przy spożyciu 0.1-23 g dziennie. Protekcyjny efekt alkoholu obserwowano w grupie wiekowej 60-69 r.ż, ale nie w grupie 50-59 r.ż i >70 r.ż. Najmniejsze ryzyko udaru charakteryzowało grupę spożywających wino, ale nie piwo i wyroby spirytusowe.

U-kształtną zależność u 13.329 osób w wieku 45-84 r.ż. zaobserwowano również w 16-letnim badaniu oceniającym ryzyko udaru mózgu, w zależności od ilości spożytego alkoholu. Grupa osób konsumujących umiarkowane ilości alkoholu (1-7 j/tydzień) obciążona była najmniejszym ryzykiem, w porównaniu z abstynentami i nadużywającymi. Istotnie statystycznie zmniejszenie ryzyka obserwowano tylko w grupie pijących wino, lecz nie piwo i wyroby spirytusowe.

Chromanie przestankowe jest objawem miażdżycy tętnic obwodowych, aktualnie uważanym za równoważnik choroby wieńcowej i udaru mózgu. Związane jest ono z 2-4 krotnie wyższym ryzykiem zachorowania i śmierci z powodu choroby sercowo-naczyniowej. Wpływ alkoholu na miażdżycę tętnic obwodowych był dotychczas mało poznany. Dane z prawie 7-letniego badania Framingham, przeprowadzonego wśród 18 339 osób, wykazały, że u mężczyzn i kobiet spożywających odpowiednio 13-24 g etanolu dziennie (1-2 drinki) i 7-12g dziennie (0.5-1 drinka) istnieje ujemna korelacja pomiędzy konsumpcją alkoholu i częstością chromania przestankowego.

Chociaż większość danych epidemiolo-



Roczna śmiertelność na 1.000 mężczyzn (a) z każdej przyczyny (także nieznannej), (b) z nadużywania alkoholu (rak wątroby, krtani, przełyku, jamy ustnej itd., marskość wątroby, alkoholizm, przyczyny zewnętrzne), (c) z powodu choroby niedokrwiennej serca, (d) z innych znanych przyczyn

gicznych dowodzi istnienia odwróconej zależności między chorobą niedokrwienną serca i alkoholem, niektóre badania nie potwierdzają tych obserwacji. Przykładem są wyniki 21 letniej prospektywnej obserwacji populacji Szkotów płci męskiej przeprowadzone przez Harta i wsp. Być może istotne znaczenie w tym przypadku miał rodzaj alkoholu. Szkocja jest ojczyzną wysokoprocentowej whisky, co mogło mieć wpływ na wyniki badania. Badanie WHO-MONICA wykazało wyraźnie, że najwyższa śmiertelność w Europie z przyczyn sercowo-naczyniowych właśnie dotyczy mieszkańców Glasgow.

Reasumując, w świetle aktualnych obserwacji i doniesień badawczych aktualnie nie uwa-

ża się za właściwe zalecanie alkoholu osobom niepijącym, jednakże nie ma żadnych udokumentowanych podstaw, by odradzać kieliszek wina lub innego alkoholu, zwłaszcza osobom z wysokim ryzykiem choroby wieńcowej.

Czy Hennekens ma rację twierdząc, że „różnica pomiędzy spożywaniem małych ilości alkoholu każdego dnia i spożywaniem w dużych ilościach, może być różnicą pomiędzy zapobieganiem i przyczyną przedwczesnej śmierci”, nie można w świetle wyników dotychczasowych badań obserwacyjnych jednoznacznie i całkowicie potwierdzić, ale należy mieć nadzieję, że randomizowane badania prospektywne potwierdzą starą maksymę powtarzaną od wieków, że „in vino sanitas”.

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek

Krystyna Kurowska

W Polsce, żeby ponieść odpowiedzialność nie potrzeba aż tak wiele. Wystarczy popełnić błąd, przekroczyć swoje uprawnienia, dopuścić do zaniedbania swoich obowiązków i wówczas trzeba liczyć się z poniesieniem odpowiedzialności zawodowej, mało tego - z poniesieniem odpowiedzialności cywilnej a czasem nawet i karnej. Świadomość biorców usług medycznych wciąż rośnie, coraz częściej składają skargi, występują o odszkodowania. Przybywa także prawników, którzy ich roszczenia egzekwują przed sądem. Stąd też rzecznicy praw pacjenta, okręgowe sądy zawodowe pielęgniarek, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, a także sądy powszechne mają już dzisiaj ogrom pracy. Żeby by być odpowiedzialnym, trzeba mieć świadomość odpowiedzialności. Odpowiedzialności za coś, za wykonanie zadania, za dopełnienie swoich obowiązków. Świadomość odpowiedzialności za siebie samego, za kogoś, za prestiż zawodu.

Żeby być odpowiedzialnym trzeba poczuć się do odpowiedzialności, a to już kwestia wolnej woli, przyjęcia określonej postawy ży-

ciowej, zawodowej, którą latami powinniśmy w sobie kształtować. Pomaga albo przeszkadza nam w tym wpływ naszego otoczenia, środowisko domowe, pracy. Oddziałuje na nas również państwo i społeczeństwo. Żeby być odpowiedzialnym, trzeba wiedzieć, za co się odpowiada, za co jest się odpowiedzialnym. Tutaj zaznacza się kwestia kompetencji, określenia ich formalno-prawnego, co w naszym wypadku czyni Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej. Istotne są nie tylko ustawowe zapisy, ale przełożenie ich na praktykę szpitalną. Z jednej strony – ważne jest, na ile pielęgniarki mają szczegółowo określone swoje kompetencje, zakresy czynności i obowiązków. Ważne jest, czy respektowana i szanowana jest autonomiczność i samodzielność ich zawodu. Jakie mają warunki pracy i możliwości zawodowego wyboru i rozwoju? Jaki jest stopień zrozumienia przez nich powierzonych im zadań oraz świadomość swych ról do wypełnienia? Jaki jest w nich poziom poczucia kompetencji, odpowiedzialności i determinacji w realizowaniu standardów? Czasami - jednak odpowiedzialność za coś może nas przerastać.

Niedobrze jest jednak, kiedy poczucie odpowiedzialności przerasta nas i wyczerpuje, bo wówczas w pracy nie mamy przekonania, że coś od nas zależy. Złe jest, kiedy za coś formalnie odpowiadamy, a w rzeczywistości czujemy, że sprawy dzieją się niezależnie od nas, poza nami, że nie mamy na wiele rzeczy wpływu. Tym bardziej, że specyfika zawodu pielęgniarskiego powoduje, że zwykle czujemy się odpowiedzialni za więcej niż wynikałoby tylko z przydzielonych nam poszczególnych zadań. Mamy poczucie odpowiedzialności za całokształt terapii, za stan zdrowia i poziom satysfakcji pacjenta, za cały szpital.

Kiedy mamy do czynienia z błędem zawodowym zastanawiamy się, co do niego doprowadziło. Nieszczęśliwy zbieg okoliczności, brak wiedzy i umiejętności? Złe zorganizowana praca? Czy nie był to przejaw braku poczucia odpowiedzialności? Czy było to świadome przewinienie, zaniedbanie? Ogromną rolę w przygotowaniu działań prewencyjnych ma kadra kierownicza zakładu. Jest ona odpowiedzialna za prawidłową organizację pracy, za liczebność i rozmieszczenie kadr oraz

za wyposażenie stanowisk pracy. Odpowiada za motywowanie pracowników, organizowanie doskonalenia zawodowego i przestrzeganie praw pacjenta. Na kadrze kierowniczej spoczywa obowiązek prawidłowego rozwiązywania konfliktów i wyjaśniania skarg zgłaszanych przez pacjentów.

U części pielęgniarek, które weszły w konflikt z prawem, stwierdzano z całą pewnością zaburzenia osobowości lub choroby psychiczne. Zapewne rozwijały się one w dłuższym

czasie, były zauważane przez współpracowników, którzy jednak w porę nie zareagowali. Kiedy jesteśmy przeciążeni pracą, kiedy przenosimy stresy z pracy do domu, a z domu do pracy, powinniśmy czuć odpowiedzialność za siebie nawzajem, udzielać sobie wzajemnego wsparcia. Jako konieczność, której wymaga od nas odpowiedzialność zawodowa, musimy uznać przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, współpracę z psychologiem, naukę odreagowywania stresów. Nie czynienie z błędów lub przewinień zawodowych pielęgniar

rek tematów tabu, ujawnianie ich przez nas samych i studiowanie poszczególnych. Kiedy bowiem wnikliwie i rzetelnie przyglądamy się tym zjawiskom, tracimy tę niezbędną pewność siebie. W swojej pracy bądźmy rozterkami i dylematami. Bądźmy odpowiedzialni za siebie samych i siebie nawzajem.

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

Pielęgniarka a hospitalizacja dziecka

Mirosława Kram, Alicja Przybysz

Przyjęcie dziecka do szpitala jest dla niego i rodziców ogromnym przeżyciem. Stąd, od podstawy życzliwości, wyrozumiałości i umiejętności nawiązywania kontaktu przez pielęgniarkę zależy przebieg adaptacji dziecka w szpitalu.

Potoczne obserwacje, codzienna praktyka szpitalna a także wyniki badań naukowych wskazują, że chorzy w szpitalu, bez względu na wiek szybciej wracają do zdrowia, jeśli są odwiedzani przez najbliższe im osoby. Dzieci, zwłaszcza małe, potrzebują stałej obecności matki w szpitalu, bez niej czują się przerażone, opuszczone i bezradne.

Hospitalizacja dziecka w przeszłości i teraźniejszości

Przez wiele lat przyjęcie dziecka do szpitala oznaczało całkowite powierzenie go wyłącznej opiece pielęgniarek i lekarzy. Rodzicom nie pozwalano na przebywanie w szpitalu i tym samym na udział w opiece nad ich chorym dzieckiem. Na odwiedziny zezwalano tylko w wyjątkowych sytuacjach. Dziś można z całą stanowczością powiedzieć, że były to przesadne i niewłaściwe rygory, nie służyły one dobru dziecka. Zabranie chorego dziecka rodzicom i pozbawienie go własnego domu, czego życzyło sobie paternalistyczne dziewiętnastowieczne środowisko medyczne, dziś uznawane jest za wysoce (delikatnie mówiąc) niemoralne.

W Europie taki stan trwał do lat 60. XX wieku. Zaczęło się w Anglii, gdzie odchodzono od masowego przyjmowania dzieci do szpitali, popierano opiekę pozaszpitalną, skracano czas pobytu dziecka w szpitalu. Dzięki temu wzrosła rola rodziców jako partnerów w leczeniu i pielęgnowaniu. To w Wielkiej Brytanii już wówczas podejmowano działania na rzecz praw dziecka w szpitalu, stwarzając m. in. możliwość odwiedzin i ograniczenia izolacji chorego dziecka. Natomiast w Polsce ciągle jeszcze obowiązywała Instrukcja Ministerstwa Zdrowia nr 35/61, która brzmiała: „Na oddziale dziecięcym nie przewiduje się odwiedzin, poza szczególnymi przypadkami”.

W Polsce od kilkunastu lat, dzięki nowym regulacjom prawnym, dziecko leczone w szpitalu ma zagwarantowane prawo do opieki pielęgnacyjnej rodziców lub opiekunów i do bezpośrednich z nimi kontaktów. Rodzice mają prawo do informacji o stanie zdrowia dziecka. Mówi o tym ustawa z 1991 r. o zakładach opie-

ki zdrowotnej. Dziecko w szpitalu zachowuje także liczne prawa przysługujące wszystkim dzieciom, a które są zawarte w Konwencji o Prawach Dziecka przyjętej przez ONZ w 1989 r. i ratyfikowanej przez Polskę w 1991 r.

Pobyt dziecka w szpitalu nie pozbawia także rodziców stałych praw i obowiązków wobec dziecka, określanych w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. Rodzice nadal są zobowiązani do opieki nad dzieckiem, dbałości o jego rozwój i zaspokajania potrzeb, w tym potrzeby miłości i bezpieczeństwa.

Rodzice w roli opiekuna chorego dziecka

Rola ta dla wielu rodziców jest zadaniem trudnym. Dochodzą bowiem nowe, stresujące czynniki, takie jak: obawa o reakcje dziecka na szpital, konieczność poddania go bolesnym zabiegom i badaniom, podporządkowanie się szpitalnemu regulaminowi, podpisywanie zgody na leczenie i zabiegi, ostatecznie – lęk o zdrowie i życie dziecka. Rodzice racjonalni, zadaniowi skupiają się na tym, aby jak najlepiej pomóc swojemu dziecku. Są spokojni i zrównoważeni. Przestrzegają zaleceń zespołu terapeutycznego, sensownie organizują dziecku czas wolny. Kiedy nie mogą być z dzieckiem, z uwagi na stan rodzinny – opiekę nad pozostałymi dziećmi czy sytuację zawodową, regularnie je odwiedzają, podtrzymują kontakt drogą telefoniczną. Na szczęście rodzice ci stanowią większość. Można jednak spotkać się z rodzicami o nieprawidłowych postawach. I tak, rodzice roszczeniowi znajdują się na wszystkim, wiedzą „co im się należy”, wysuwają żądania i są stale niezadowoleni. Rodzice lękowi - skupieni na własnych niepokojach, obawach wyolbrzymiają wszelkie zagrożenia, ciągle wyszukują nowe objawy chorobowe u dziecka, nieustannie absorbując pielęgniarki i lekarzy. Własnym niepokojem nasilają lęk u dziecka, nie oferując mu tak potrzebnego wsparcia. Grają rolę „dobrego rodzica”, który mimo głodu i zmęczenia nie opuszcza dziecka, nawet wtedy, gdy jest ono w dobrym stanie, śpi lub bawi się pod okiem pielęgniarki. Zaniedbujący rodzice nie interesują się swoim dzieckiem, traktując jego pobyt w szpitalu jako wysłanie dziecka na kolonie lub do sanatorium i tym samym okazję do własnego wypoczynku. Szpital wzywa ich wówczas do

kontakty z lekarzem prowadzącym.

Rodzice o nieprawidłowych postawach wymagają dokładnego poinformowania, w jaki sposób powinna wyglądać współpraca i relacje z dzieckiem w szpitalu. Nie wszystkie dzieci i nie w każdej sytuacji potrzebują całodziennej obecności rodziców w szpitalu.

Zapewnienie dziecku właściwej opieki, optymalnych warunków rozwoju jest zadaniem ważnym i trudnym, wymagającym indywidualnego podejścia do chorego dziecka. Wszystkie hospitalizowane dzieci przeżywają rozłąkę z rodziną i zmianę środowiska domowego na szpitalne, ale prawie każde może przystosować się do pobytu w takiej instytucji jak szpital, bez większej szkody dla rozwoju emocjonalnego. Jest to możliwe w szpitalach „przyjaznych” dziecku. Filozofią takich szpitali jest opieka zarówno nad dzieckiem, jak i jego rodziną.

Dziecko w szpitalu a deprywacja potrzeb

Dzieci przyjmuje się do szpitala, kiedy są chore. Oznacza to, że nie tylko czują się źle, lecz także mogą być poddawane nieprzyjemnym, a niekiedy bolesnym zabiegom. Lęk i niepokój dziecka nasila się, gdy rodzice pozostawiają je samo w szpitalu. Dziecko hospitalizowane wymaga specyficznego traktowania i zaspokajania potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych.

Potrzeba kontaktu emocjonalnego i bliskości należy do najbardziej podstawowych. Kontakt z bliskimi, a w przypadku najmłodszych dzieci - zwłaszcza z matką, warunkuje prawidłowe funkcjonowanie dziecka. Jego niezaspokojenie powoduje pojawienie się u dziecka uczucia osamotnienia, odrzucenia, lęku przed opuszczeniem ze strony najbliższych. W skrajnych przypadkach pojawiają się lęki separacyjne. Potrzeba bezpieczeństwa - pobyt dziecka w szpitalu bez rodziców, choroba i sytuacje związane z przebiegiem leczenia powodują, że dziecku brakuje poczucia bezpieczeństwa. Jego miejsce zajmuje poczucie zagrożenia i lęk. Sytuacje lękotwórcze (bolesne zabiegi, zagrożenie powikłaniami, kalectwem, śmiercią, informacje skąpe i nie do końca zrozumiałe) mogą prowadzić do utrwalenia postawy lękowej dziecka, utrudniającej proces leczenia i rehabilitacji. Aby zniwelować nastawienia lękowe dziecka, rodzice powinni współpracować z personelem medycznym i psychoterapeutami.

Istotne jest wyjaśnianie dziecku przez lekarza, pielęgniarki oraz rodziców, na czym polegają zabiegi, a także wskazywanie ich korzyści dla dziecka.

Unieruchomienie, które często wiąże się z leczeniem, może przybierać mniej lub bardziej rygorystyczne formy – od nakazu leżenia w łóżku do unieruchomienia. Wyzwała poczucie krzywdy i złość. Izuluje od najbliższych i rówieśników. Zadaniem rodziców w tej sytuacji jest wytłumaczenie (wspólnie z personelem medycznym) konieczności i sensu unieruchomienia i zadbanie o to, by jak najmniej ograniczało ono dziecko. Ważne, aby rodzice nie próbowali wyręczać we wszystkim chorego dziecka, które już i tak – poprzez sytuację – jest niesamodzielne i uzależnione od innych. Szacunek wobec dziecka, które jest osobą – podmiotem, wymaga od rodziców trudnej sztuki walki z nadopiekuńczością. Tylko taka postawa pozwala na mądre wdrażanie dziecka do samodzielności.

Potrzeba indywidualności i godności jest istotna dla każdego człowieka. Zakłada traktowanie każdego człowieka jako podmiotu, nie przedmiotu. Zgodnie z holistycznym postrzeganiem świata lekarz powinien traktować chore dziecko poważnie, rozmawiać z nim o jego chorobie, przekazując mu informacje zrozumiałym językiem. Rodzice powinni pozostać oparciem dla dziecka, być obok w chwilach lęku przed nieznanym. Aby zminimalizować stres dziecka związany z pobytem w szpitalu ważna jest nie tylko obecność rodziców, ale również włączenie członków rodziny do opieki nad dzieckiem. W jaki



sposób można to osiągnąć? Konieczne jest wyjaśnienie rodzicom ich roli w pielęgnacji dziecka, przekazanie, w jaki sposób mogą pomóc dziecku. Istotne jest także zachęcenie i angażowanie rodziców do wykonywania czynności pielęgnacyjnych, dzięki którym pielęgniarka przygotowuje rodziców do właściwej opieki nad dzieckiem w domu.

Specyfika zadań współczesnej pielęgniarki pediatrycznej

Adaptacja dziecka w szpitalu w dużej mierze zależy od postawy życzliwości, wyrozumiałości i umiejętności nawiązywania kontaktu pielęgniarki. Na szybki proces zdrowienia dziecka wpływa nie tylko trafna diagnoza, skuteczne leczenie farmakologiczne czy chirurgiczne. Istotne znaczenie mają także: włączenie rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem w warunkach szpitalnych, standardy praktyki zawodowej pielęgniarek pediatrycznych i algorytmy postępowania, opracowane i wdrażane w oddziałach pediatrycznych, uwzględniające potrzeby dzieci i ich rodziców, warunki i możliwości oddziału, szpitala oraz rozwój pielęgniarstwa jako nauki.

Pielęgniarka pediatryczna może pomóc dziecku i jego rodzicom w trudnych chwilach

związanych z chorobą i hospitalizacją poprzez wnikliwą obserwację, umiejętność komunikowania się, traktowanie dziecka jako niepowtarzalnej indywidualności, zrozumienie jego bólu fizycznego i psychicznego, wsparcie psychiczne dziecka i jego rodziców, eliminowanie lęku i strachu poprzez umacnianie współpracy z dzieckiem i rodzicami

mi oraz dokładne informowanie o przebiegu pielęgnowania, współpracę z rodzicami w zaspakajaniu potrzeb dziecka, pielęgnowanie oraz organizowanie wolnego czasu, pozyskiwanie rodziny i osób z najbliższego środowiska dziecka do pracy edukacyjnej z chorym dzieckiem i przede wszystkim, przez terapeutyczne komunikowanie, które polega m.in. na tym, żeby przyjąć dziecko z uśmiechem, zapamiętując jego imię, utrzymując z nim kontakt wzrokowy, słuchając co ma do powiedzenia, unikając nadmiaru informacji i dowiadując się, co lubi robić w czasie wolnym.

Zamiast podsumowania

Mama dwuletniego dziecka właśnie wyszła ze szpitala, żeby zająć się pozostałymi dziećmi. Co pomoże uspokoić płaczącego dwulatka?

1. Drzemka.
2. Zabawa ruchowa.
3. Rozmowa.
4. Ulubiony kocyk.

Odpowiedź: oczywiście, ulubiony kocyk.

mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego, mgr Alicja Przybysz jest uczestnikiem studiów doktoranckich.

Fundusz Norweski

Jan Styczyński, Ewa Derkowska

Trzy kraje EFTA (Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu), będące zarazem członkami EOG (Europejskiego Obszaru Gospodarczego), tj. Norwegia, Islandia i Liechtenstein zaoferowały bezzwrotną pomoc finansową dla Polski w postaci dwóch instrumentów pod nazwą: Mechanizm Finansowy EOG oraz Norweski Mechanizm Finansowy zwanych również funduszami norweskimi. Przyznana Polsce kwota w wysokości 533,51 mln euro będzie wykorzystywana w latach 2004-2009.

Celem Norweskiego Mechanizmu Finansowego jest zmniejszenie społecznych i ekonomicznych różnic w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego i umożliwienie wszystkim krajom członkowskim pełne uczestnictwo na rynku wewnętrznym.

Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy to inicjatywa wspierająca współpracę edukacyjną pomiędzy Polską a krajami – darczyńcami (Islandią, Liechtensteinem, Norwegią), której celem jest zwiększenie zakresu i podniesienie jakości organizacji mobilności studentów i pracowników.

W ramach FSS finansowane są następują-

ce inicjatywy:

- wymiana studentów i pracowników uczelni na zasadach wypracowanych w programie Erasmus,
- indywidualne stypendia dla młodych badaczy (do 40 roku życia) oraz wizyty studyjne dla pracowników instytucji edukacyjnych (placówek oświatowych, instytucji zajmujących się kształceniem zawodowym, kształceniem dorosłych itp.),
- projekty międzynarodowe realizowane przez instytucje polskie oraz instytucje z krajów darczyńców, których celem będzie poprawa jakości kształcenia oraz zwiększenie udziału jednostek w przedsięwzięciach międzynarodowych (organizacja wspólnych seminariów, konferencji, przygotowanie i produkcja wspólnych publikacji, analiz i badań związanych z badaniem potrzeb i kierunkami rozwoju polskich instytucji edukacyjnych, kursy intensywne dla studentów, projekty współpracy pomiędzy szkołami),
- projekty, których celem będzie popra-



wa jakości kształcenia i sposobu funkcjonowania polskich szkół wyższych, szczególnie w zakresie przygotowania polskich uczelni do przyjmowania studentów zagranicznych (m.in. opracowanie programów kształcenia w językach obcych, opracowanie programów wspólnych studiów, przygotowanie innowacyjnych metod kształcenia, praca współpracy uczelni z przemysłem i instytucjami nie akademickimi).

Cele FSS

Celem strategicznym Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego jest zwiększenie spójności społecznej i ekonomicznej w ramach Europejskiego Obszaru Gospodarczego poprzez działania w obszarze edukacji pomiędzy Polską a państwami-darczyńcami.

FSS ma również na celu:

- poszerzenie wiedzy, rozwijanie metod opartych na najlepszych praktykach i transfer innowacyjnych rozwiązań w zakresie edukacji i szkoleń,
- promowanie mobilności uczniów, studentów, doktorantów, nauczycieli i naukowców pomiędzy Polską a państwami - darczyńcami,
- promowanie współpracy i partnerstw pomiędzy instytucjami działającymi w sferze edukacji w Polsce oraz na obszarze państw - darczyńców.

Budżet i finansowanie

Łączna suma środków przeznaczonych na Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy wynosi 13,3 mln euro, po stronie polskiej zostanie zapewnione współfinansowanie z budżetu państwa w wysokości 10% jego wielkości.

W Polsce rolę operatora Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego pełni Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, wskazana do wykonywania tych działań zarówno przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, jak i przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Wnioski należy przesłać pocztą na adres: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy, ul. Mokotowska 43, 00-551 Warszawa lub złożyć osobiście w kancelarii FRSE w nieprzekraczalnym terminie do 30 czerwca 2008 do godz. 16.00 (decydować będzie data stempla pocztowego lub data osobistego dostarczenia do siedziby FSS). Jesienią ogłoszony zostanie kolejny termin.

Typy działań wspierane w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego

I. Mobilność Studentów i Pracowników Szkół Wyższych

Dofinansowanie: stawki ryczałtowe obliczane w zależności od czasu trwania wyjazdu.

II. Kursy Językowe

Dofinansowanie: do 5.000 €

III. Stypendia Indywidualne

Warunki finansowania: stawki ryczałtowe obliczane w zależności od czasu trwania projektu.

IV. Współpraca Instytucjonalna

Dofinansowanie: od 5.000 € do 100.000 €.

Kwota przyznanego dofinansowania nie może przekroczyć 90% kosztów całego projektu, a pozostała kwota powinna być zapewniona przez Wnioskodawcę.

V. Rozwój Polskich Uczelni

Dofinansowanie: od 20.000 € do 250.000 €.

Kwota przyznanego dofinansowania nie może przekroczyć 90% kosztów całego projektu, a pozostała kwota powinna być zapewniona przez Wnioskodawcę.

Uprawnieni Wnioskodawcy:

- szkoły i uczelnie,
- doktoranci i młodzi naukowcy,
- instytuty badawcze i naukowe,
- inne organizacje i instytucje aktywne na polu edukacji (na wszystkich poziomach kształcenia: podstawowym, średnim, licencjackim, wyższym, zawodowym, kształcenia osób dorosłych).

W ramach FSS można uzyskać dofinansowanie na:

- studia i praktyki studenckie, staże i praktyki pracowników uczelni,
- kursy języka i kultury polskiej oraz kursy języka i kultury państw darczyńców,
- wyjazdy i przyjazdy doktorantów w celu realizacji projektu badawczego i młodych naukowców w celu przeprowadzenia badań naukowych w instytucjach badawczych,
- indywidualne wizyty studyjne przedstawicieli instytucji działających w sektorze szkolnictwa podstawowego, średniego, wyższego, kształcenia

zawodowego i osób dorosłych,

- działania na rzecz wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami działającymi w sferze edukacji w Polsce i w państwach - darczyńcach,
- działania mające na celu zwiększenie udziału polskich instytucji edukacyjnych w programach międzynarodowych, programach wymiany uczniów i studentów oraz możliwości organizowania imprez i wydarzeń międzynarodowych,
- działania zmierzające do poprawy jakości nauczania i zasobów dydaktycznych polskiego szkolnictwa i oświaty,
- działania służące rozwojowi oferty dydaktycznej,
- działania na rzecz poprawy jakości kształcenia na polskich uczelniach,
- działania na rzecz poprawy jakości programów studiów w językach obcych oferowanych przez polskie uczelnie.

Całkowita kwota środków dostępnych w tym naborze wynosi 3 600 000 €. Wnioskodawca ma obowiązek wypełnić odpowiedni formularz wniosku w systemie on-line, dostępny na stronie www.fss.org.pl. Wnioski należy składać w 2 egzemplarzach (1 oryginał - wydruk formularza wniosku z systemu on-line opatrzone podpisami i pieczęciami oraz 1 kopia). Do przeliczenia maksymalnej kwoty dofinansowania należy stosować kurs Narodowego Banku Polskiego wynoszący 1 € = 3,4460 PLN (Tabela NBP nr 84/A/NBP/2008 z dnia 29 kwietnia 2008). Szczegółowe informacje nt. naboru, formularze wniosków i przewodniki są dostępne na stronie internetowej. Dodatkowe informacje można uzyskać w Biurze FSS, tel.: (+48 22) 622 37 06 (od poniedziałku do piątku w godz. 9.00 - 16.00), fax: (+48 22) 622 37 08, fss@frse.org.pl oraz na stronach internetowych www.eog.gov.pl oraz www.eagrants.org.

dr hab. Jan Styczyński, mgr Ewa Derkowska, Biuro Programów Międzynarodowych UMK.

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę artykuły o IF powyżej 1 oraz okres zgłoszenia pracy od początku marca do połowy maja 2008 roku oraz artykuły mieszczące się w przedziale od 1 do 2 IF z okresu grudzień-luty, które nie zmieściły się w poprzednim numerze Wiadomości.

IF: 7.343

Adam Buciński

1.

Tytuł oryginału: Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of Poland.

Autorzy: J. Romaszko, A[dam] Buciński, R. Wasiński, A. Roslan, K. Bednarski.

Źródło: - Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2008 Vol. 12 nr 4 s. 430-435.

IF: 2.035

2.

Tytuł oryginału: Quercetin from shallots (*Allium cepa* L. var. *aggregatum*) is more bioavailable than its glucosides 1-3.

Autorzy: W. Wiczowski, E. Romaszko, Adam Buciński, D. Szawara-Nowak, J. Honke, H. Zieliński, M.K. Pikuła.

Źródło: - J. Nutr. 2008 Vol. 138 nr 5 s. 885-888.

IF: 4.009

3.

Tytuł oryginału: Modeling the tryptic

hydrolysis of pea proteins using an artificial neural network.

Autorzy: Adam Buciński, M. Karamać, R. Amarowicz, R.B. Pegg.

Źródło: - LWT - Food Sci. Technol. 2008 Vol. 41 nr 5 s. 942-945.

IF: 1.299

IF: 6.523

Agnieszka Siomek, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Tomasz Dziaman, Ryszard Oliński

1.

Tytuł oryginału: The relationship between 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine level and extent of cytosine methylation in leukocytes DNA of healthy subjects and in patients

with colon adenomas and carcinomas.

Autorzy: Jolanta Guz, Marek Foksiński, Agnieszka Siomek, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Tomasz Dziaman, Anna Szpila, Ryszard Oliński.

Źródło: - Mutat. Res. - Fund. Mol. 2008 Vol. 640 s. 170-173.

IF: 4.111

2.

Tytuł oryginału: Oxidative stress and oxidative DNA damage is characteristic for mixed Alzheimer disease/vascular dementia.

Autorzy: Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Agnieszka Siomek, Tomasz Dziaman, K. Nicpoń, M. Klimarczyk, Aleksander Araszkiwicz, Ryszard Oliński, Ryszard Oliński.

Źródło: - J. Neurol. Sci. 2008 Vol. 266 s. 57-62.

IF: 2.412

IF: 4.111

Jolanta Guz,
Marek Foksiński,
Anna Szpila

Tytuł oryginału: The relationship between 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine level and extent of cytosine methylation in leukocytes DNA of healthy subjects and in patients with colon adenomas and carcinomas.

Autorzy: Jolanta Guz, Marek Foksiński, Agnieszka Siomek, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Tomasz Dziaman, Anna Szpila, Ryszard Oliński.

Źródło: - Mutat. Res. - Fund. Mol. 2008 Vol. 640 s. 170-173.

IF: 2.524

Monika Wilkość,
Marta Tomaszewska

Tytuł oryginału: Association analysis of tyrosine kinase FYN gene polymorphisms in asthmatic children.

Autorzy: A. Szczepankiewicz, A. Brębowicz, M. Skibińska, Monika Wilkość, Marta Tomaszewska, J. Hauser.

Źródło: - Int. Arch. Allergy Immunol. 2008 Vol. 145 s. 43-47.

Streszczenie:

Wstęp: Kinaza FYN reprezentuje najwcześniejszy wykrywalny sygnał odpowiedzi komórki zapalnej aktywowanej antygenem. Badania astmy alergicznej na modelach zwierzęcych wykazały, iż inhibitory kinazy tyrozynowej nasilają efekt przeciwzapalny. Dotychczas nie przeprowadzono badań nad wpływem polimorfizmów genu FYN na przebieg i nasilenie astmy.

Cel: Celem niniejszego badania była analiza związku pomiędzy trzema polimorfizmami genu kinazy FYN: -93A/G, Intron10+37C/T oraz EX12+894T/G a astmą.

Metody: W badaniu udział wzięło 120 pacjentów z astmą w wieku od 6-18 lat. Diagnozę astmy postawiono na podstawie objawów klinicznych, badania płuc, punkowego testu skórnoego oraz/lub podwyższonego poziomu miana IgE. Grupa kontrolna obejmowała 187 zdrowych osób. Polimorfizmy zostały oznaczone przy użyciu metody PCR-RFLP.

Wyniki: Zaobserwowano związek pomiędzy polimorfizmem -93A/G a występowaniem astmy ($p=0.014$ dla genotypów oraz $p=0,019$ dla alleli). Związek ten wykazano także w podgrupie 55 pacjentów z ciężką astmą ($p=0,042$ dla genotypów oraz $p=0,021$ dla alleli). Stwierdzono ponadto związek polimorfizmu Ex12+89T/G w całej badanej grupie, ale nie w podgrupie z ciężką astmą. W przypadku polimorfizmu Intron10+37T/C nie stwierdzono różnic pomiędzy grupą badaną i grupą kontrolną.

Wnioski: Uzyskane wyniki mogą wskazywać na związek pomiędzy polimorfizmami genu kinazy FYN a astmą alergiczną.

IF: 2.520

Wojciech Hagner

1.

Tytuł oryginału: The history and economic impact on the functional fitness of elderly in the South-Eastern region of Poland: A comparison with US citizens.

Autorzy: M. Wiącek, Wojciech Hagner.

Źródło: - Arch. Gerontol. Geriatr. 2008 Vol. 46 nr 2 s. 221-226.

IF: 1.136

2.

Tytuł oryginału: The studies on substrate, product and inhibitor binding to a wild-type and neuropathic form of human acid- β -glucosidase.

Autorzy: I.Z. Zubrzycki, A. Borcz, M. Wiącek, Wojciech Hagner.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 1133-1139.

IF: 1.384

IF: 2.412

Aleksander Araszkiwicz

Tytuł oryginału: Oxidative stress and oxidative DNA damage is characteristic for mixed Alzheimer disease/vascular dementia.

Autorzy: Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Agnieszka Siomek, Tomasz Dziaman, K. Nicpoń, M. Klimarczyk, Aleksander Araszkiwicz, Ryszard Oliński, Ryszard Oliński.

Źródło: - J. Neurol. Sci. 2008 Vol. 266 s. 57-62.

IF: 1.895

Maria Kłopocka

TO: Efficacy of pantoprazole 20 mg daily compared with esomeprazole 20 mg daily in the maintenance of healed gastroesophageal reflux disease: a randomized, double-blind comparative trial - the EMANCIPATE study.

AU: K.-L. Goh, R. Benamouzig, P. Sander, T. Schwan, [i in.], M[aria] Kłopocka, [i in.].

ŹR: - Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2007 Vol. 19 s. 205-211.

IF: 1.810

Tomasz Drewa,
Zbigniew Wolski,
Robert Dębski,
Jan Styczyński

Tytuł oryginału: The influence of $\alpha 1$ -antagonist on the expression pattern of TNF receptor family in primary culture of prostate epithelial cells from BPH patients.

ceptor family in primary culture of prostate epithelial cells from BPH patients.

Autorzy: T[omasz] Drewa, Z[bigniew] Wolski, B. Misterek, R[obert] Dębski, J[an] Styczyński.

Źródło: - Prostate Cancer Prostatic Dis. 2008 Vol. 11 nr 1 s. 88-93.

Streszczenie: Praca dotyczy wrażliwości komórek nabłonkowych stercza na działanie Doksazosyny, która stosowana jest w leczeniu farmakologicznym łagodnego rozrostu stercza. Ocenie poddano białka powierzchniowe komórek nabłonka prostaty, które mogą mieć istotne znaczenie w procesie indukcji apoptozy u pacjentów, u których stosowana jest Doksazosyna. Badano ekspresję białek CD95, TNFR-1, TNFR-2, CD40, które należą do rodziny czynnika martwicy nowotworów. Badania prowadzono na modelu hodowli pierwotnych nabłonka stercza wyprowadzonych od 10 pacjentów cierpiących z powodu łagodnego rozrostu stercza. Po inkubacji komórek w 20, 50 i 80 microM steżeniu Doksazosyny wykazano istotne statystycznie zmiany w ekspresji białka CD40. Jest wysoce prawdopodobne, iż trimeryzacja receptora CD40 może mieć istotne znaczenie w regulacji apoptozy indukowanej Doksazosyną w komórkach nabłonka stercza.

Badanie było sponsorowane przez firmę Pfizer Corp., NY, USA

IF: 1.795

Grzegorz Pulkowski,
Władysław Sinkiewicz,
Jacek Kubica

Tytuł oryginału: The BEAUTIFUL Study: Randomized trial of ivabradine in Patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction - baseline characteristics of the study population.

Autorzy: R. Ferrari, [i in.], Grzegorz Pulkowski, Władysław Sinkiewicz, Jacek Kubica.

Źródło: - Cardiology 2008 Vol. 110 s.271-282.

IF: 1.651

Przemysław Tarasewicz

Tytuł oryginału: The ground state and the thermodynamics of an extended BCS model of superconductivity.

Autorzy: P[rzemysław] Tarasewicz.

Źródło: - Eur. Phys. J. B 2008 Vol. 61 s. 33-45.

Streszczenie: W pracy zbadano termodynamikę rozszerzonego modelu BCS nadprzewodnictwa. Układ fizyczny jest opisany przez hamiltonian w którym obecne jest oddziaływanie BCS oraz czterocząstkowe oddziaływanie przyciągające. Źródłem czterocząstkowego potencjału są siły przyciągające działające pomiędzy parami Coopera, które są pośredniczone przez pole fononowe. Słabość tego potencjału umożliwia użycie rachunku zaburzeń. Rachunek zaburzeń został ograniczony do pierwszego rzędu, ponieważ w stanie podstawowym wyrazy drugiego rzędu są nie większe niż 0.5 % poprawki pierwszego rzędu dla parametrów użytych w obliczeniach. Hamiltonian BCS jest hamiltonianem nie zaburzonym. Zbadano tą

metodą stan podstawowy oraz własności termiczne. W rezultacie skok ciepła właściwego jest wyższy niż ten skok w teorii BCS. Ponadto, kwadrat magnetycznego pola krytycznego jest większy niż w teorii BCS. Dodatkowo, wykazujemy pewne związki z teorią średniego pola Bogolubowa, użytą wcześniej w celu zbadania ogólnych fizycznych konsekwencji modelu.

IF: 1.635

**Kornelia Kędziora-Kornatowska,
Tomasz Kornatowski,
Józef Kędziora**

TO: Evaluation of selected parameters of the antioxidative system in patients with type 2 diabetes in different periods of metabolic compensation.

AU: J. Rysz, R. Błaszczak, M. Banach, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Tomasz Kornatowski, W. Tański, Józef Kędziora.

ŹR: - Arch. Immunol. Ther. Exp. 2007 Vol. 55 s. 335-340.

IF: 1.371

Bartłomiej J. Kałużny

TO: Spectral optical coherence tomography in video-rate and 3D imaging of contact lens wear.

AU: Bartłomiej J. Kałużny, W. Fojt, A. Szkulmowska, T. Bajraszewski, M. Wojtkowski, A. Kowalczyk.

ŹR: - Opt. Vision Sci. 2007 Vol. 84 nr 12 s. E1104-E1109.

Streszczenie: Celem pracy jest przedstawienie możliwości Spektralnej Optycznej Ko-

herentnej Tomografii (SOCT) w obrazowaniu trójwymiarowym i w czasie rzeczywistym soczewek kontaktowych na powierzchni oka. W badaniach wykorzystano prototypowy instrument SOCT skonstruowany w Instytucie Fizyki UMK w Toruniu, charakteryzujący się 60-krotnie szybszym działaniem w stosunku do urządzeń konwencjonalnych. Uzyskano tomogramy o rozdzielczości 4 µm na 10 µm. Czas pomiaru pojedynczej linii wynosił 40 µs, umożliwiając obrazowanie trójwymiarowe i w czasie rzeczywistym. Prezentowana technologia pozwala na statyczną i dynamiczną, ilościową i jakościową ocenę dopasowania soczewek kontaktowych do powierzchni oka.

IF: 1.363

Marcin Koba

TO: Limitation of usage of PicoGreen dye in quantitative assays of double-stranded DNA in the presence of intercalating compounds.

AU: Marcin Koba, A. Szostek, J. Konopa.

ŹR: - Acta Biochim. Pol. 2007 Vol. 54 nr 4 s. 883-886

Streszczenie: PicoGreen jest bardzo czułym barwnikiem fluorescencyjnym stosowanym w ilościowym oznaczaniu dwuniciowego DNA (dsDNA) w roztworze, wykorzystywanym w wielu procedurach analitycznych do precyzyjnego oznaczania niewielkich ilości DNA, w tym także w badaniach oddziaływań związków-DNA. Wyniki pokazane w tej publikacji wskazują, że związki interkalujące do DNA mają wpływ na ilościowe oznaczania dsDNA z użyciem barwnika PicoGreen, dlatego barwnik ten nie powinien być stosowany do ba-

dań oddziaływań związków-DNA, a szczególnie międzywiciowych wiązań sieciujących DNA.

IF: 1.172

Przemysław Staszewski

Tytuł oryginału: Effective non-empirical absorption potentials based on quasifree-scattering model.

Autorzy: G. Staszewska, Przemysław Staszewski, K. Żebrowski.

Źródło: - J. Electron Spectrosc. Relat. Phenom. 2008 Vol. 162 s. 56-66.

IF: 1.171

Karol Śliwka

TO: HPLC analysis of cotinine in urine after SPE with a cholesterol-modified adsorbent.

AU: T. Welerowicz, K[arol] Śliwka, B. Buzowski.

ŹR: - Chromatographia 2007 Vol. 66 nr 1/2 s. 63-70.

IF: 1.076

Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

TO: The usefulness of ultrasound examination of the bowel as a method of assessment of functional chronic constipation in children.

AU: A. Bijoś, Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, A. Mazur, W. Romańczuk.

ŹR: - Pediatr. Radiol. 2007 Vol. 37 s. 1247-1252.

Sprawozdanie ze szkolenia dla osób sprawujących opiekę nad zwierzętami doświadczalnymi

Maciej Nowacki

W dniach 9 i 10 a także 15 i 16 kwietnia 2008 roku odbyło się dwuetapowe szkolenie dla osób sprawujących opiekę nad zwierzętami doświadczalnymi i eksperymentującymi ze zwierzętami (zgodnie z Dz.U. Nr 121 poz. 835, z dnia 6 lipca 2007 r.). Szkolenie zakończyło się egzaminem.

W szkoleniu brali udział pracownicy Zakładu Inżynierii Tkankowej, dr n. med. Tomasz Drewna (p.o. kierownika Zakładu) a także asystenci, doktoranci i wolontariusze:

- mgr Marta Pokrywczyńska,
- mgr Anna Kaźnica,
- mgr Rafał Kuźniewski,
- mgr Romana Joachimiak,
- oraz studenci
- lic. Bartosz Nadolski,
- Żaneta Cieślak,
- Maciej Nowacki

Szkolenie pod patronatem Krajowej Komisji Etycznej ds. Doświadczeń na Zwierzętach, zostało zorganizowane przez Trójmiejską Akademicką Zwierzętarnię Doświadczalną - Centrum Badawczo-Usługowe Akademii Medycznej w Gdańsku, Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w War-

szawie a także Wydział Biologii Uniwersytetu Warszawskiego. Szkolenie poprowadzili: dr hab. Stefan Kasicki, dr Anna Passini (Instytut Biologii Doświadczalnej), prof. E. Wirth-Dzięciołowska (Instytut Onkologii/SGGW), dr hab. Wojciech Bielecki (Wydział Medycyny Weterynaryjnej - SGGW), mgr inż. Katarzyna Kisiel (Wydział Biologii - UW), mgr Małgorzata Łakomska (Narodowy Instytut Leków), inż. Łukasz Chudoba, dr Małgorzata Kielak (Instytut Biologii Doświadczalnej) i pracownicy Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej z kierownik dr n. farm. Jolantą Paradziej-Łukowicz.

Było to trzecie tego typu szkolenie w Polsce. Uczestnicy mogli zapoznać się z przepisami prawnymi zarówno krajowymi, jak i komisji UE z zakresu warunków utrzymania, ochrony i dobrostanu zwierząt doświadczalnych, poszerzyć swoją wiedzę na temat hodowli zwierząt laboratoryjnych zarówno tych najczęściej spotykanych jak myszy czy szczury, i rzadziej spotykanych jak nornica ruda, zwierzęta wodne, opos czy kot i pies. Bardzo interesujące były wykłady na temat kojarzenia szczepów wsobnych w tym GMO,

jak i szczepów outbredowych i krzyżówki F1. Słuchacze szkolenia zapoznali się także z standardami prawidłowego doboru zwierząt do danego doświadczenia, ich transportu, wpływu warunków otoczenia a także zachowań behawioralnych zwierząt na powodzenie doświadczenia. Poruszono także zagadnienie diagnostyki i oceny stanu zdrowia zwierząt przed, w trakcie i po doświadczeniu.

Można było także fizycznie poznać wiele urządzeń między innymi poprzez prezentacje sposobów przygotowania zwierząt do doświadczenia (np. zabiegu chirurgicznego), prezentacje klatek i wyposażenia zwierzętarni czy wizytę w nowym budynku Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej AMG, wyposażonej w barierę sanitarno-higieniczną. Całe szkolenie zostało przeprowadzone w bardzo interesujący sposób, poprzez przekazaną wiedzę od ściśle uschematyzowanych przepisów prawnych i BHP po prezentację prawidłowego trzymania i przygotowywania do doświadczenia różnych typów zwierząt.

Maciej Nowacki jest studentem IV roku, kierunku fizjoterapia, należy do Koła naukowego przy Zakładzie Inżynierii Tkankowej.

II Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich

z punktu widzenia doktoranta

Paweł Rajewski

W dniu 14 marca 2008 r. w Bydgoszczy odbyło się II Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Jak w ubiegłym roku przewodniczącym komitetu naukowego był kierownik Studiów Doktoranckich Collegium Medicum dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, pomysłodawca i inicjator całego przedsięwzięcia, a patronat objęła Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Małgorzata Tafił-Klawe.

Sympozjum było skierowane do uczestników IV roku studiów doktoranckich, dla których uczestnictwo było obowiązkowe i mogli, a właściwie musieli oni zaprezentować wyniki swojej dotychczasowej pracy naukowej, nie zawsze ukończonej, i poddać je wnikliwej ocenie opiekunów oraz koleżanek i kolegów. Po raz pierwszy w tym roku swoje prace mogli wygłosić również młodszy uczestnicy studiów doktoranckich z roczników I – III, co niewątpliwie okazało się ciekawą propozycją i zostało przyjęte z dużą aprobatą bowiem

niektóre prezentowane prace były na dużo większym stopniu zaawansowania naukowego i merytorycznego niż starszych kolegów, jak również sposób prezentacji wydawał się być spokojniejszy i bardziej pewny.

Każda z nadesłanych 18 prac, była prezentowana w formie siedmiominutowego wystąpienia, na ogół reguły czasowe, nad którymi czuwał komitet organizacyjny, były przestrzegane, następnie poddawana była trzyminutowej, zazwyczaj jednak dłuższej, dyskusji.

Prezentacje nie tylko były oceniane pod względem merytorycznym, ale również zwracano uwagę na sposób i formę prezentacji, od której jak się okazało wiele zależy.

Jak w zeszłym roku, również tego roku tematyka abstraktów była bardzo zróżnicowana, od ambitnych, czasochłonnych, kosztownych i nowatorskich, wymagających od doktoranta dużego zaangażowania na każdym etapie pracy, po mało skomplikowane analizy retrospektywne, czy proste prace statystyczne.

Również poziom zaawansowania był różny, od praktycznie gotowych prac doktorskich, z kompletnymi wynikami i wnioskami, poprzez prace na ukończeniu, poddawane analizie staty-

stycznej, po kończące się jedynie na wstępie lub sformułowaniu wstępnych hipotez.

Niestety nie można było liczyć na obecność opiekunów naukowych, którzy nie zjawili się licznie na sympozjum, a ich obecność niewątpliwie byłaby pożądana, gdyż jak wynikało z ubiegłorocznych wystąpień, tak również w tym roku w dużej mierze winę za większość wytykanych błędów, głównie za opóźnienia w pracy naukowej, ponoszą właśnie opiekunowie, którzy nie poświęcają wystarczająco dużo czasu swoim doktorantom.

W ocenie uczestników tego rodzaju sympozja są potrzebne bowiem uczyć jak przygotowywać się do prezentacji, jak występować, jak walczyć z treścią i ze stresem, na co zwracać szczególną uwagę. Pozwalają przełamać barierę wstydu, oporu przed większym audytorium i doskonalić sposób wystąpienia. Ponadto są doskonałym sposobem do poszerzania swojej wiedzy.

Na zakończenie każdy z uczestników otrzymał imienny certyfikat uczestnictwa.

Za rok kolejne sympozjum, na które już teraz serdecznie zapraszamy. Miejmy nadzieję, że tym razem opiekunowie naukowcy Nas nie zawiodą.

W imieniu komitetu organizacyjnego - Paweł Rajewski

II Sympozjum Naukowe Uczestników Studiów Doktoranckich

z punktu widzenia Komisji ds. Doktorantów

Jan Styczyński, Zbigniew Włodarczyk

W założeniu, Sympozjum ma następujące zadania: umożliwić wstępną prezentację swoich wyników w formie publicznego wystąpienia; zmierzyć się z oceną dokonaną przez innych uczestników, ich opiekunów i Komisji ds. Studiów Doktoranckich; zmobilizować siebie i opiekuna do terminowego zakończenia badań i rozprawy doktorskiej. Dodatkowo, Sympozjum daje możliwość (czasami pierwszą w życiu) przetarcia się przez system pisania abstraktu, przygotowania prezentacji i jej wygłoszenie, zgodnie z obowiązującymi zasadami naukowymi.

W Sympozjum wzięło udział 16 doktorantów, w tym dwoje uczestników młodszych lat studiów. Mamy nadzieję, że tym młodym uczestnikom wróży to szybkie ukończenie ich przewodu. Poziom zgłoszonych abstraktów wygłoszonych prezentacji był zróżnicowany, ale ogólne wrażenie w oczach Komisji było niezłe. Komisja traktuje uczestników Studiów Doktoranckich jako młodą elitę naukową Collegium Medicum i pokłada w nich nadzieje na dalszy rozwój naukowy. A przecież dotychczasowe statystyki pokazują, że 10-20% doktorantów będzie w przyszłości profesorami.

Sympozjum niewątpliwie było ważnym wydarzeniem dla doktorantów. Było to widać w atmosferze panującej podczas Sympozjum; w stresie, który towarzyszył prezentacji (co czasami pomagało, a czasami przeszkadzało) oraz w rozmowach oficjalnych i nieoficjalnych.

Pomimo faktu, że przyznany czas na prezentację był krótki (7 minut), co dla niektórych uczestników było istotną barierą w stosunku do ilości posiadanej wiedzy i wyników swoich badań – to jednak surowe reguły reżimu czasowego w naukach medycznych nakładały na mówców konieczność dostosowania się do tych reguł. Kolejną uwagą jest obserwowany przez Komisję w niektórych przypadkach brak przekonania związanego z wygłaszaną pracą. Zachęcamy do większego entuzjazmu i pokazania pasji naukowej podczas prezentacji. Takie zachowanie ułatwia lepszy odbiór przez słuchacza, a przecież to dla nich jest ta prezentacja.

Podobnie jak w Pierwszym Sympozjum, stosunkowo najslabszym punktem była umiejętność pisania abstraktów, które często odbiegały od reguł obowiązujących w pracy naukowej, a czasami nie zawierały istotnych elementów. Abstrakty czasami były zbyt długie, nie zawierały wszystkich strukturalnych części (wstęp, cel, materiały, metodyka, wyniki, wnioski) lub ich właściwych proporcji (jak w rozkładzie Gaussa). Nie zawsze w abstrakcie w sposób łatwo zrozumiały były uwypuklone najważniejsze informacje dotyczące pracy. Osoby zainteresowane odsyłamy do wskazówek opublikowanych we wcześniejszych numerach Wiadomości Akademickich (Nr 12, s.15-16; Nr 20, s.22; Nr 23, s.22), a także do wydawnictwa „Poradnik dla doktorantów i habilitantów” R. Kolmana.

Komisja traktuje to Sympozjum jako formę szkolenia. Obowiązkowego szkolenia. Na którym trzeba również zmierzyć się z trudnymi pytaniami, zarzutami i oceną. Komisja ma świadomość, że w tym gronie i na tym etapie działalności naukowej można postawić doktorantom wysokie wymagania. Tym bardziej, że na tym etapie przewodu doktorskiego postępowanie to może przynieść efekty wyłącznie pozytywne. Komisja życzy uczestnikom terminowego ukończenia Studiów Doktoranckich, a także pokazania swoją postawą i działalnością, że chcą iść drogą naukową i kontynuować pracę w uczelni.

Kolejne sympozjum Studiów Doktoranckich, jako obowiązkowy punkt programu dla obecnych uczestników III roku Studiów odbędzie się jesienią. Informacje te są ważne dla uczestników studiów doktoranckich IV roku, chociaż oni mają to już za sobą – ale jeszcze bardziej ważne są dla studentów III roku Studiów Doktoranckich a także młodszych, bo oni to mają przed sobą.

Komisja wyraża ogromne podziękowania dla lek. Pawła Rajewskiego i lek. Karoliny Waleśkiewicz, za zorganizowanie Sympozjum. Jednocześnie wyrażamy żal spowodowane brakiem uczestnictwa opiekunów naukowych (poza jednym wyjątkiem).

W imieniu Komisji ds. Studiów Doktoranckich - dr hab. Jan Styczyński, dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK

IX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

Janusz Tyloch

W dniach 12-15 czerwca br. na terenie Uniwersytetu Mikołaja Kopernika odbył się IX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Zjazd zorganizowany został wspólnie przez Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne oraz Kujawsko-Pomorski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia we współpracy z Kujawsko-Pomorskim Urzędem Marszałkowskim.

Główny wykład zjazdowy im. Profesora Zbigniewa Kaliny pt.: „Terapeutyczne zastosowanie ultradźwięków” wygłosił prezes PTU, prof. dr hab. inż. Andrzej Nowicki z Instytutu Podstawowych Problemów Techniki PAN w Warszawie. Wśród zaproszonych gości, którzy wygłosili „Wykład na zaproszenie” byli m.in.: prof. M. Szczerbo-Trojanowska, prof. P. Ciosek, dr D. Amy z Francji, prof. T. Fisher z Niemiec, prof. T. Popiela, prof. J. Rychlik ze Stanów Zjednoczonych, prof. Z. Harmat z Węgier, prof. Ch. F. Dietrich z Niemiec, dr L. Neri z Włoch, Dr D. Lichtenstein z Francji, prof. Ewa Kuligowska ze Stanów Zjednoczonych oraz prof. Z. Wolski z CM UMK.

Pierwszego dnia już od godziny 8.30 odbyło się 12 sesji szkoleniowych, każda trwająca 2 godziny. Sesje odbywały się równolegle, na trzech salach. Tematy sesji szkoleniowych to m.in. „Klasyfikacja „BIRADS” nieprawidłowych zmian w sutkach”, „Ultrasonograficzne środki kontrastujące w 2008 roku”, „Ultrasonografia w mnogich obrazieniach ciała”, „Postępy i standardy w diagnostyce usg w pediatrii”, „Postępy i standardy w echokardiografii”. „Postępy i standardy w diagnostyce układu moczowo-płciowego”.

Wieczorem, o godz. 19.00 odbyło się uroczyste otwarcie IX Zjazdu PTU. Tradycją jest, że każdorazowa uroczystość otwarcia uświetniana jest wręczeniem Dyplomów Członka Honorowego Towarzystwa oraz nagród przyznawanych przez Towarzystwo. Członkami Honorowymi w roku bieżącym zostali: prof. Ch. F. Dietrich z Niemiec i prof. J. Baron z Katowic. Nagroda im. Prof. Zdzisława Boronia przyznawana jest przez Towarzystwo dla najlepszej pracy doktorskiej, której obrona odbyła się między Zjazdami. Laureatką tegorocznej Nagrody została pani dr n. med. Teresa Mazurczak-Pluta, za pracę pt. „Zespół kanału nadgarstka w praktyce lekarza rodzinnego. Znaczenie badania ultrasonogra-

ficznego w odniesieniu do elektromiografii”. Laureatem Nagrody im. dr Małczaka za cykl prac dotyczących ultrasonografii pediatrycznej, został dr med. Wojciech Kosiak wraz z zespołem. W trakcie inauguracji Zjazdu wręczono po raz pierwszy „Medale za szczególne zasługi dla rozwoju Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego”. Medalami uhonorowani zostali: Pani Zofia Niżycka prowadząca Sekretariat Towarzystwa, prof. dr hab. Andrzej Nowicki – prezes, przez dwie ostatnie kadencje, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego oraz dr Jan Mazur – dyrektor Roztockańskiej Szkoły Ultrasonografii. W trakcie inauguracji wykład pt. „Dzieci gwiazd” wygłosił profesor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, światowej sławy astronom, prof. A. Wolszczan. Część artystyczną wypełnił występ Waldemara Manickiego.

W drugim i trzecim dniu obrad odbywały się sesje plenarne i wykłady zaproszonych gości. Jednym z gości Zjazdu, wygłaszającym „Wykład na zaproszenie”, był profesor naszej Alma Mater, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej, prof. dr hab. Zbigniew Wolski. Profesor wygłosił wykład pt. „Przezodbytnicza, ultradźwiękowa ablacja (HIFU) raka stercza”. W sumie w ciągu trzech dni, w trakcie sesji naukowych o różnicowanej tematyce wygłoszono ponad 90 referatów, a 21 gości zaproszonych wygłosiło „Wykłady na zaproszenie”. W ciągu ostatnich lat zdecydowany postęp stwierdza się w dziedzinie środków kontrastujących oraz ultrasonografii trójwymiarowej. W Zjeździe uczestniczyło ponad 550 osób.

W drugim dniu obrad tj. w piątek 13.06. odbyło się Walne Zgromadzenie członków PTU wraz z wyborami władz towarzystwa na nową kadencję 2008-2012. Wybrani członkowie Zarządu Głównego wybiorą spośród siebie przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, skarbnika i sekretarza. Nastąpi to w trakcie pierwszego zebrania Zarządu.

Część artystyczną w drugim dniu, tj. w piątek wypełnił występ zespołu „Bajm” z Beatą Kozidrak, oraz zespół „Żuki”, a w trzecim występ Marcina Dańca i „Bal ultrasonografistów” w salach Dworu Artusa.

W ostatnim dniu, tj. w niedzielę odbyło się kolejne „Forum ultrasonografistów polskich”, w trakcie którego omówiono bieżące problemy organizacyjne związane z działalnością



IX Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego miał miejsce na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu



Gabinetów Ultrasonograficznych.

W trakcie całego Zjazdu panowała przyjazna atmosfera. Spotkać można było wiele uśmiechniętych, życzliwie do siebie nastawionych uczestników. Zawdzięczać to należy głównie ustępującemu prezesowi PTU prof. A. Nowickiemu, przewodniczącemu Komitetu organizacyjnego - wiceprzewodniczącemu PTU, prof. W. Jakubowskiemu oraz miejscowej Organizatorce Zjazdu, pani dr med. Joannie Rosińskiej-Migda. To dzięki głównie tym osobom Zjazd był wyjątkowy, tak pod względem merytorycznym – wysoki poziom wygłaszanych prac, jak i pod względem organizacyjno-rekreacyjnym.

Następny Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego odbędzie się za dwa lata, tj. w 2010 roku w Krakowie.

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

Ocena wybranych stron internetowych bibliotek medycznych

Małgorzata Slesar

Biblioteki Akademii Medycznych są z założenia bibliotekami naukowymi, unikatowymi w skali regionu, zaś ich zbiory koncentrują się wokół medycyny oraz nauk pokrewnych. Każda z bibliotek medycznych posiada stronę internetową. Niekiedy są one odrębnymi witrynami, inne zaś jedynie podstronami do stron głównych uczelni medycznych. Dzięki nim czytelnicy i użytkownicy bibliotek mają dostęp do wszystkich podstawowych informacji, a także – w większości – mają możliwość wypożyczenia książek drogą internetową.

Niniejsza praca przedstawia analizę pięciu witryn bibliotek medycznych: Akademii Medycznej w Gdańsku, Akademii Medycznej

w Białymstoku, Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Ocena strony Biblioteki Medycznej CM UMK pod względem treści
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum

w Bydgoszczy nie jest wbrew pozorom biblioteką wydziałową Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, lecz ze względu na swą indywidualność, jest jednostką ogólnouczelnianą. Zatem korzystając z niej mogą nie tylko studenci i pracownicy wydziałów Collegium Medicum, ale także całego UMK. Jednakże głównymi użytkownikami Biblioteki Collegium Medicum są studenci Wydziałów: Lekarskiego, Farmaceutycznego oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu. Biblioteka gromadzi zbiory związane z szeroko rozumianą medycyną oraz naukami pokrewnymi.

Na internetowej stronie głównej Biblioteki Medycznej znajduje się odsyłacz do „informacji ogólnych”: adresu, struktury biblioteki, godzin otwarcia, regulaminów, formularzy, historii biblioteki, informacji o zbiorach i ich dostępności oraz sprawozdań. W aktualnościach dowiedzieć się można o nowych nabytkach biblioteki, książkach zakupionych z kar czytelników, a także o dostępnym testowym do baz medycznych i znaleźć ogłoszenia.

Strona internetowa pomyślana jest jako najbardziej dostępna dla czytelnika, widać również iż intencją twórcy jest ułatwienie korzystania z biblioteki. Osobom będącym na stronie internetowej Biblioteki Medycznej po raz pierwszy z pewnością przyda się przewodnik czytelnika, w którym dowiedzieć się można o tym: jak zostać czytelnikiem, jak zamówić książkę, jak znaleźć czasopismo, jak znaleźć artykuł na temat, jak zrobić kopię i jak korzystać z e-źródeł.

Łatwo też dowiedzieć się o agendach usługowych działających w bibliotece: pracownicy kserograficznej, pracownicy komputerowej, wypożyczalni międzybibliotecznej, a także pracownicy digitalizacyjnej działającej przy Kujawsko-Pomorskiej Bibliotece Cyfrowej.

Zamówienie książek i czasopism w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy odbywa się online, poprzez stronę Webpacka systemu Horizon, który został zakupiony w roku 2004.

W odnośniku „katalogi” znajduje się także odsyłacz do katalogu czasopism elektronicznych, katalogu rozpraw, listy regenburskiej, katalogu biblioteki uniwersyteckiej, polskich i zagranicznych katalogów centralnych. Oprócz możliwości zamówienia książki przez opcję „katalogi”, można wejść bezpośrednio w odnośnik „zamów książkę”, a także „sprawdź konto”, które ułatwiają poruszanie się po stronie.

Odnośnik „bibliometria” przynosi czytelników do bibliografii publikacji pracowników naukowych Collegium Medicum, a także umożliwia zdobycie informacji o przekazywaniu materiałów do oceny bibliograficznej, pojęciu bibliometrii, analizie bibliometrycznej, liście czasopism punktowanych oraz czasopismach z Listy Filadelfijskiej.

W odnośniku „czasopisma” oprócz katalogu książek i czasopism oraz katalogu czasopism elektronicznych i listy regenburskiej znajduje się informacja o prenumeracie czasopism w druku, czasopismach polskich on-line, czasopismach obcych open access, skróty tytułów czasopism oraz instrukcje dla autorów.

Kolejnymi odnośnikami znajdującymi się na

stronie głównej Biblioteki Medycznej Collegium Medicum są odnośniki do baz: bibliograficznych, opartych na faktach oraz pełnotekstowych.

Ważną częścią pracy bibliotekarzy jest prowadzenie szkoleń dla czytelników. W Bibliotece Medycznej Collegium Medicum prowadzone są następujące szkolenia: szkolenie dla studentów pierwszego roku z przysposobienia bibliotecznego, szkolenia dla studentów piątego roku z naukowej informacji medycznej oraz dla studentów studiów doktoranckich szkolenia z źródeł informacji w biomedycynie.

Poniżej znajdują się odnośniki do publikacji Biblioteki Medycznej oraz do czasopisma wydawanego przez Bibliotekę – kwartalnika „Wiadomości Akademickie”.

W odnośniku „polecane linki” znajdują się odnośniki do stron: atlasy medyczne, biblioteki w Polsce, konsorcjum BNRK-P, obrazy medyczne, portale i serwisy medyczne, słowniki on-line, statystyka medyczna.

W roku 2006 przy Bibliotece Medycznej zostało otwarte, przy finansowym wsparciu środków pochodzących z Unii Europejskiej, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - Regionalne Centrum Informacji Medycznej. Dzięki temu, osoby będące zameldowane w województwie kujawsko-pomorskim, a związane ze środowiskiem medycznym mają możliwość bezpłatnie, w szerokim stopniu i z dowolnego miejsca korzystać z bibliograficznych, pełnotekstowych i opartych na faktach biomedycznych baz danych niezwykle przydatnych zarówno w pracy naukowej, jak i zawodowej. Dodatkowo użytkownicy RCIM mają możliwość korzystania ze zbiorów tradycyjnych Biblioteki Medycznej oraz innych usług oferowanych przez Bibliotekę na zasadach pełnych praw czytelnicznych.

Ostatnim ważnym odnośnikiem na stronie Biblioteki Medycznej jest odsyłacz do strony internetowej Biblioteki Głównej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Ocena Biblioteki Medycznej CM UMK pod względem funkcjonalnym

Strona główna biblioteki mieści się na jednym ekranie. Witryna podzielona jest na dwie

części, po lewej stronie znajduje się menu w formie spisu. Centralne miejsca zaś zajmują duże zdjęcia budynku, wnętrza i pracowników biblioteki oraz nazwa wraz z adresem.

Przejęcia do stron podrzędnych posiadają odpowiednie adnotacje, zostały uporządkowane jasno, pogrupowane są w dwóch miejscach, po lewej części strony oraz pod nagłówkiem, a ich układ jest logiczny.

Nawigacja pomiędzy stroną główną a podrzędnymi jest łatwa i szybka, istnieje możliwość powrotu bezpośrednio do strony głównej z każdego miejsca.

Witryna nie zawiera mapy oraz odnośnika „pomoc”, ale widoczny na głównej stronie jest odnośnik „szukaj”, który ułatwia znalezienie czytelnikowi ważnych informacji. Na stronie głównej, ani na stronach podrzędnych nie ma informacji o dacie ostatniej aktualizacji. Strona dostępna jest w polskiej i angielskiej wersji językowej.

Strona utrzymana jest w różnych odcieniach koloru niebieskiego. Ważne informacje są wytłuszczone lub ujęte w ramkach, czcionka krojem, kolorem i wielkością jest dopasowana do projektu strony, nagłówki działów są sformułowane czytelnie, zaś zmieniające się i migające zdjęcia mają za zadanie przyciągnąć uwagę czytelnika.

Analiza stron pod względem treści

Na wszystkich wybranych do analizy pięciu stronach internetowych bibliotek



Strona internetowa Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku



Strona internetowa Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK

akademii medycznych znajdują się informacje o charakterystyce zbiorów tradycyjnych, polityce gromadzenia oraz informacje o korzystaniu ze zbiorów. W subiektywnej ocenie najlepiej podane informacje znajdują się na stronach Biblioteki Akademii Medycznej w Gdańsku, Akademii Medycznej w Białymstoku oraz Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Podobnie wygląda sytuacja dotycząca odnośników do usług prowadzonych przez wspomniane biblioteki. Tutaj jednakże nie na wszystkich stronach istnieją odnośniki do podstron związanych z usługami. Wszystkie strony posiadają odnośniki przenoszące do katalogów online. Jedyną biblioteką, gdzie zamawianie książek i czasopism odbywa się drogą tradycyjną poprzez wypisanie rewersu, jest Biblioteka Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Systemy biblioteczne bibliotek medycznych to Aleph oraz Horizon.

Biblioteki Akademii Medycznych oferują dostęp do książek, czasopism i baz, do których dostęp jest możliwy poprzez wpisanie określonego hasła i z określonego IP komputera, jak również do zasobów elektronicznych dostępnych publicznie tzw. „open access”. Ogólnie na stronach internetowych bibliotek akademii medycznych istnieje szeroka informacja o usługach informacyjnych przez nie prowadzonych.

Wszystkie biblioteki medyczne informują o nowych nabytkach książkowych oraz wszystkie oferują lepiej lub gorzej zorganizowany kontakt z bibliotekarzem.

Biblioteki Medyczne prowadzą wypożyczalnie międzybiblioteczne. Nie wszystkie biblioteki dają czytelnikom możliwość wpływu na zakup książek i czasopism udostępnianych do wypożyczenia oraz nie wszystkie informują czytelników o nowych nabytkach. Możliwość zaproponowania książki do zakupu istnieje w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy.

Ponadto wszystkie omawiane biblioteki prowadzą szkolenia dla czytelników i studentów. Oprócz Biblioteki Akademii Medycznej w Białymstoku pozostałe biblioteki w wyczerpujący sposób informują na swoich stronach internetowych o prowadzonych przez nie szkoleniach.

Analiza stron pod względem funkcjonalności

Przejrzystość. Subiektywnie oceniając najbardziej przejrzyste strony spośród omawianych bibliotek posiadają Biblioteka Akademii Medycznej w Gdańsku i Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, ze względu na jasny i czytelny układ odnośników skoncentrowanych po lewej stronie.

Komunikatywność. Najmniej komunikatywna wydaje się strona Biblioteki Akademii Medycznej w Białymstoku, dlatego że informacje na stronie głównej są bardzo rozproszone. Strona Biblioteki Pomorskiej Akademii Medycznej jest jedynie podstroną. W momencie jej otworzenia pokazują się czytelnikowi informacje z aktualnościami. Jednak przytłacza tu

ilość kolorowych ikon, tak że trudno wybrać najważniejsze informacje.

Spójność i konsekwencja. Wszystkie omawiane strony internetowe bibliotek akademii medycznych charakteryzują się przewidywalnością i nie zaskakują użytkownika.

Narzędzia nawigacji. Stroną internetową najmniej przyjazną dla użytkownika wydaje się być strona Biblioteki Głównej Pomorskiej Akademii Medycznej ze względu na to, iż jest jedynie podstroną i ze względu na brak czytelności nie ułatwia użytkownikowi nawigacji oraz łatwości i szybkości znajdowania różnych elementów na stronie.

Aktualność. Tylko dwie biblioteki podają daty aktualizacji stron. Są to Biblioteka Akademii Medycznej w Białymstoku oraz Biblioteka Akademii Medycznej w Gdańsku.

Podsumowując, w subiektywnej ocenie najlepiej zorganizowaną oraz najciekawszą dla użytkownika, a także najbardziej przydatną stroną internetową posiada Biblioteka Akademii Medycznej w Gdańsku. Tuż za nią, jako bardzo ciekawą oceniałabym stronę Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy.

mgr Małgorzata Slesar jest pracownikiem Biblioteki Medycznej, artykuł jest fragmentem pracy dyplomowej "Ocena jakości wybranych stron internetowych bibliotek medycznych w Polsce", Podyplomowe Studium Informacji Naukowej i Bibliotekoznawstwa, Toruń 2008.

"Lekcja anatomii" jako przyczynek do zadumy nad kruchością ludzkiego bytu

Joanna Hladoń-Wiąček

„Życie jest chorobą, a śmierć zaczyna się już w chwili urodzenia. Każde odetchnięcie, każde uderzenie serca jest odrobiną śmierci. Krokiem ku unicestwieniu.”

Paul Remarque

Czasy starożytnego Egiptu dowiodły, że człowiek posiadał już ogromną znajomość anatomii ludzkiego ciała tysiące lat temu. Co za tym idzie od wieków wykazywał wyjątkowe zainteresowanie jego niezgłębionymi tajemnicami. Miało to także bezpośredni związek z balsamowaniem zwłok. Jednym z najwybitniejszych anatomów starożytności był Hipokrates, który na podstawie licznych badań przeprowadzonych na zwierzętach i ludziach, opracował pierwszy zbiór podstawowych faktów związanych z wybraną przez niego dziedziną medycyny. Od jego czasów nauka bardzo rozszerzyła swoje spektrum analizy, ale zawsze wierna była myśli, że jak zauważał Heraklit z Efezu „natura lubi się ukrywać” dlatego należy dążyć do ujawnienia jej tajemnic.

„Czas jest wielkim nauczycielem, tyle tylko, że zabija swoich uczniów”

Hektor Berlioz

Giorgio Vasari opisując życie i twórczość wielu uznanych malarzy stwierdza, że posmiertne badania ludzkich zwłok jako pierwsi

przeprowadzili Verrochio, Mantegna i Antonio Pollaiuolo, a dopiero później Michał Anioł, Rafael, Leonardo da Vinci, czy Durer. Poszukując ideału piękna ludzkiego ciała i całej prawdy skrytej pod ludzko doskonałą powłoką artyści stali się jednymi z pierwszych anatomów. W XIX wieku Teodor Gericault malując swoje dzieło życia „Tratwę Meduzy” zapragnął jak najwierniej oddać cierpienie i śmierć, stał się wobec tego częstym bywalcem szpitala w Beaujon, prowadząc obserwacje agonii umierających. Umawiał się z lekarzami i pielęgniarkami, którzy dostarczali mu zwłoki oraz amputowane części ciała, które następnie skrzętnie gromadził w swojej pracowni, traktując je jak typowe modele. Nie był odosobniony w swoim odrażającym procederze. Caravaggio do namalowania „Wskrzeszenia Łazarza” wykorzystał zwłoki człowieka wydobytego z grobu w sześć dni po pogrzebaniu.

Okoliczności tworzenia wielkich dzieł malarzkich nieodzownie łączyły się z badaniami nad ludzkim ciałem. Znane światu rysunki anatomiczne Leonarda da Vinci to wynik własnoręcznie przeprowadzonych doświadczeń na około 30 zwłokach. Współpracując ze swym przyjacielem chirurgiem R. Colombo, Michał Anioł realizuje studia anatomiczne ciał zmarłych. Planuje nawet wydanie podręcznika anatomii dla malarzy i rzeźbiarzy,



Szczegółowe rysunki mięśni, ścięgien i kości ramienia wykonane przez Leonarda da Vinci. Data powstania - lata 1510-11 (Royal Library, Windsor, Wymiary: 289 x 199 mm).

czego ostatecznie niestety nie czyni. Biograf artysty wspominał że ów zaprzestał krajać ciała: „ponieważ długie zajmowanie się tym do tego stopnia osłabiło mu żołądek, iż nie mógł jeść ani pić z pożytkiem własnym...”. Zupełnie inaczej kontynuował spuściznę renesansowej Jacek Malczewski, który „bez cienia odrazy i lęku pozostawał sam w sali sekcyjnej i malował studia ze zwłok nieraz po parę godzin”. Podchodził do swego zadania z determinacją, odrzucając lęk i obrzydzenie.

Poszukiwaczem zakodowanych wewnątrz ludzkiego ciała enigmatycznych fantasmagorii, niezwykle płodnych dla chłonnego umysłu artysty był także i Rembrandt, spadkobierca swoich słynnych renesansowych poprzedników. Dzieło tego wybitnego artysty upamiętnia pokazową lekcję anatomii, która była dość popularną formą edukacji w siedemnastowiecznym Amsterdamie. Zawierała ona pierwiastek dydaktyczny zaspokajający jednocześnie żądzę ciekawości, zgłodniałych mocnych wrażeń mieszczan. Autor w naturalistyczny sposób ukazuje wykładowcę, mistrza i przewodnika jestestwa znanego tylko nielicznym, pełnego nabrzmiałych żył i niepokornych mięśni. Panuje nad światem przyciągających tajemnic, nieokiełznanych form. Niepotrzebne mu analgetyki, jest dumny i świadomy swej roli, co ujawnia jego postawa. Odmienny ubiór wyróżnia go z szeregu gapiów, robi wrażenie osoby absolutnie oswojonej ze śmiercią, powiernika jej skrytych, zasnutych pod powłoką cielesności tajemnic.

Rembrandt wykorzystał do swego nietuzinkowego dzieła postać złodzieja skazanego na karę śmierci za kradzież zwykłego płaszcza. Daje tym samym świadectwo prawdy o ówczesnym wymiarze kary, zezwalającym między innymi na to, by ciała przestępców wykorzystywano pro publico bono (w tym wypadku do pokazowej sekcji zwłok).

Osoby przypatrujące się szczegółom anatomicznym ludzkiej ręki to wysoko postawieni mieszkańcy Amsterdamu. Zaskakującą kwestią jest fakt nie pojawienia się postaci tzw. preparatora do którego zadań należało głównie przygotowanie ciała do pokazu anatomicznego. Najprawdopodobniej powaga i niepodważalny prestiż dr. Tulpa, wykluczała go z grona osób parających się tak krwawym zajęciem jak właściwa sekcja. Uzasadniony jest zatem fakt braku instrumentów służących do cięcia. Intrygujący natomiast element to umiejscowiona w prawym dolnym rogu olbrzymia, otwarta księga, która jak domnie mają historycy sztuki była prawdopodobnie wydaniem „De Humani Corporis Fabrica (1543)” autorstwa Andreasa Vesaliusa.

Autor pozostaje wierny statycznej tradycji. Obraz Rembrandta to wielki grupowy portret z wybitnym animatorem sztuki chirurgicznej, zapisanej w tej odsłonie jako anegdotyczny rys jednego życia. Wyklucza powtarzalność póż i motywów. Bohaterowie sceny zachowują pełną powagę i skruczę wobec potęgi śmierci. Jednak dzieło Rembrandta to optymalne zestrojenie postaci wplecionych w swej ciekawości w mierny los przestępcy torującego sobie drogę do rehabilitacji społecznej. Nie jest to już zwykłe ciało anonimowego rzeźmieszcza, ale ciało użyteczne, oddane w żelazny uścisk medycyny. Każda z twarzy namalowana jest z siłą precyzji charakterystyczną dla portretu indywidualnego. Teatralizacji sceny dodaje specyficzna piramidalna kompozycja postaci przypominająca kształtem trójkąt rozwartokątny. Zabieg taki w znacznym stopniu ożywia scenę. Gildia chirurgów nie jest zatem sztucznie upozowana.

Tulp będący bliskim znajomym artysty



Rembrandt: *Lekcja anatomii doktora Nicolaesa Tulpa*, 1632, Maurithuis, Haga, *Wielcy malarze: ich życie, inspiracje i dzieło nr 62*, Eaglamoss Polska, Siechnice 1999, s. 10-11

nie jest po prostu ukazany według standardowych wzorców. Staje się mistrzem, demurgiem kształtującym wielkie osobowości nauki. Jako jej przedstawiciel jawi się nam w świetle zimnego profesjonalizmu, a przynajmniej takim chce go widzieć Stanisław Grochowiak. Jego reminiscencje mają charakter zgoła przeciwny od tego jaki zwykł kojarzyć się widzowi z aktem sekcji zwłok, pozbawionej raczej wrażliwości dla obiektu badań.

Smak defetyzmu wobec własnej niemości w zderzeniu z ludzką kruchością odrzuca ten znamienity medyk w imię dyrektyw płynących ze świata dynamicznie postępującej nauki. Daleki jest także od kabotyńskich sztuczek, którymi mógłby karmić zafascynowanych obserwatorów. Twarda konieczność (*dura necessitas*) pozornie pozbawia go ludzkich odruchów, a jednak w naszych oczach pozostaje wciąż profesjonalistą. Antypody zarysowują się wyraźnie w zestawieniu mistrza i uczniowie. Jako bliski znajomy malarza Tulp ukazany zostaje w całej swej dostojności. Autor pragnie zwrócić uwagę na fakt opanowania emocjonalnego mistrza lawirującego na granicy życia i śmierci. Główny bohater portretu to nie tylko zręczny sztukmistrz chirurgiczny, ale też znakomity retor wprawiający w osłupienie swoich słuchaczy. Na dowód tego przytoczyć można fakt wspominający iż Tulp był autorem podręcznika pierwszej pomocy dla kobiet i medycyny domowej, co wymagało od niego wszechstronnej wiedzy, uwzględniającej także odbiorcę przekazu.

Charakterystyczny dla twórców baroku kontrast, emanacja czerni, głębokich kolorów, daje widzowi sygnał wyrazu szacunku jaki oddaje artysta wobec okrytego symbolicznym kirem człowieka, którego los za dość banalne przewinienie doświadczył tak brutalnie.

W odpowiedzi na zamysł Rembrandta, Tulp w ujęciu Grochowiaka nakazuje swym uczniom ściągnąć "pajęczynę krzywd", bez obawy o jej uszkodzenie. Jest ona wyjątkowo trwała, gęsto utkana, narastała przecież latami. Diagonalne ułożenie ciała to także znak dla widza który powinien sam bliżej przyjrzeć się

oferze ludzkiej praworządności, doprowadzającej do katastrofy niejedno już istnienie.

Malarz funduje nam silny ładunek emocji wprawiając w dyskomfortowe poczucie własnej mierności i nietrwałości wobec makrokosmosu boskiego dzieła. Uchwycona nieuchronność rozkładu ciała jaka wpisana jest w upływające życie każdego z nas, pogwałca zasady decorum konstrukcji dzieła.

Nie wiemy już czy Tulp w swym dandyistycznym i wytwornym stroju to prawdziwy rzemieślnik, czy raczej teoretyk szukający poklasku. Swą wyszukaną aparycją odsuwa się od świata organicznego na rzecz dystygowanej elegancji. Taką linię interpretacyjną proponuje Stanisław Grochowiak. Pochyliła się nad tym doświadczeniem stając po stronie człowieczeństwa i dogłębnego humanitaryzmu. Zaleca wejrzeć w głąb jego duszy, odtworzyć zapis utrwalony na ciele ofiary. Próbuje wznieść u czytelnika uczucie empatii, uśpić analityczne myślenie o człowieku, który miał przecież swoje marzenia i nadzieje. Czy taki sposób patrzenia na skażać odbiega diametralnie od koncepcji malarza?

Rembrandt jako niepokorny duch i człowiek o niezwykle wnikliwym spojrzeniu na świat wielokrotnie przekraczał granice sztywnych ram twórczych swoich czasów. Przyszło mu za to niejednokrotnie zapłacić odrzuceniem środowiska dawniej mu przychylnego i bardzo wpływowego. Brak kolorystycznej dominacji analizowanego obrazu, surowej linii, porzucenie wybijającej ekspresji stwarza atmosferę swoistego oczyszczenia i zadumy nad losem skażać. Nie ukazuje w pełni światła wnętrza, a proces anatomiczny rozpoczyna się w tej scenie od ręki.

Otwarta kompozycja dzieła została świadomie wykorzystana przez Rembrandta. Sugeruje ona jednoznacznie dialog do jakiego namawia odbiorcę zapowiadając otwartość na problemy istnienia i przemijania człowieka. W świecie przedstawionym wyraźnie sygnalizowany jest fakt czerpania z dzieł Carravaglia przez Rembrandta. Potwierdza to umiejscowienie na płótnach charakterystycz-



Rembrandt: Anatomia doktora Jana Deymana - fragment, 1656, Rijkmuseum, Amsterdam, Wielcy malarze: ich życie, inspiracje i dzieła nr 62, Eaglamoss Polska, Siechnice 1999, s. 10

nych przedmiotów takich jak np. lichtarz, księga. Także i tu autor oddaje wielki szacunek jaki żywił do słowa pisanego. W swych odsłonach nie tylko umieszcza znane dzieła będące skarbnicą literatury światowej, wkomponowując je w całość konstrukcji, ale podkreśla ich wagę pomnażając osobiste kolekcje. Wychodzi ze słusznego założenia iż cytując za Monteskiuszem „Książki są jak towarzystwo, które sobie człowiek dobiera”. Otwarta księga przy śmiertelnym łożu skazańca to nie tylko element dekoracyjny, jest także czytelnym symbolem który dekodować winniśmy jako źródło oświecenia. Daje też sygnał obserwatorowi, że to właśnie Tulp czyta w tej niezwyklej księdze życia.

Dzieło choć uporządkowane, pulsuje energią. Rembrandt nazywany często malarzem duszy wywołuje u widza dramatyczne napięcie, aby spowodować duchowe pogłębienie. Nieprzygotowany do bezpośredniego obrazowania zwłok obserwator staje się jednym z uczniów chirurga, jednak pozostaje mu niechciana rola poszukującego sztubaka. Dwie bliźniacze siostry światło i cień manipulują naszym nastrojem. Wyłaniające się z mroku postaci wprowadzają nas w metafizyczny nastrój, trudno nawet ustalić dokładnie źródło jasności. Vincent van Gogh powie później o jego dziełach: „Portrety malowane przez Rembrandta... to coś więcej niż natura, to wygląda na objawienie.”

Oratorski gest w jakim artysta zatrzymał mistrza słowa zestawia z poczuciem zadumy nad losem ofiary swego kunsztu. Wszystkie kierowane do słuchaczy dyrektywy dotyczące aktu konotacji w stosunku do zmaterializowanej śmierci wypływają z jego ogromnego doświadczenia, zastosowania metod empirycznych.

Jeden z zebranych adeptów sztuki medycznej zdaje się zadawać nam retoryczne pytanie o tajemnicę życia. Pozostali uczniowie wykazują zaciekawienie raczej czysto zawodowe, traktując obiekt doświadczenia jako eksponat naukowy.

*„Leży przed nami - wydany na nasz wzrok
Trupia zagadka, nieruchomy braniu
I patrzy jaszczurczymi powiekami
Na siedem zdumień na widok jego zwłok...”*
Stanisław Grochowiak

Według Grochowiaka którego dzieło koreluje z obrazem Rembrandta uczucia obserwatorów są uprzedmiotowione. Potwierdza to fakt, iż zapewne opuszczają salę wykładową z poczuciem dobrze wykonanej pracy. Tymczasem poddana sekcji postać pozostanie dla wszystkich zagadką. To rzeczywisty pretekst do rozważań na temat ludzkiej egzystencji, nieuchronności przemijania wpisanej w ludzki byt. Chirurg usuwa kolejne warstwy, aby dotrzeć do wnętrza człowieka, proponuje usunięcie „siatki krzywd”. Kolejne cięcia skalpela ujawniają jego tajemnicę. Zerwanie z estetyzmem zapowiadają bezpośrednie słowa mistrza „Panowie spojrzaj śmieiej”. Celem jednak stworzenia omawianego dzieła nie

jest ukazanie rysu historycznego, a raczej odbicie boskiego zamiaru jaki realizuje się na przykładzie odrzuconego przez społeczeństwo mężczyzny.

*„Rembrandt jest jedynym, który mógł pozwolić sobie mieszać błoto z błyskiem oczu,
ogień z popiołem czy też kazać błyszczeć w całości różowej bądź bladoniebieskiej barwie
równie świeżo jak kwiat”*

Elie Faure, 1948

Autor odrzuca surową linię kolorystyczną, dominantą stają się przygaszone brązy i żółcienie. Wszystkie ukazane postacie i elementy świata przedstawionego wtopione w raczej turpistyczne otoczenie dźwięczą niczymestrojone instrumenty. Echo wydobywa się ze słów tajemniczej księgi, być może księgi życia skazańca, odkrywanej krok po kroku przez wnikliwego anatoma. Nie wiadomo czy koncepcja oddania świetnemu lekarzowi świetnego portretu zadowolili ówczesnych znawców tematu? Ta jednak laudacja na cześć cechu chirurgicznego zdaje się dla nas przekonywująca. Któż bowiem jak nie Tulp odkrywa meandry tajemnic ukrytych pod warstwami zmęczonego gorączką życia ciała? Wprowadza także i nas w mądrą tę trudną opowieść. Czyha na nasze słabości, aby odsłonić matrycę poznania ludzkiej tajemnicy ukrytej pod warstwami skóry i mięśni. Wyznaczony linearyzm koncepcyjny adeptów, burzy zamysł konstrukcyjny całości.

Rembrandt urzeka nas wyszukaną kompozycją, sprawia że zaczynamy postrzegać go zarówno jako malarza historyka jak i portrecistę. Mnoży malarskie efekty, studiuje wnikliwie twarze swoich bohaterów. Z ilustracyjną dokładnością wskazuje swą siłę inwencji. Ożywia scenę wskazując na to, że zamierza zwrócić się do odbiorców ex cathedra w znakomity sposób ożywiający scenę. Bez wiedzy portretowanych zagląda im w duszę. Buduje atmosferę napięcia, pełną niedopowiedzianych kwestii. Obraz ten to nie tylko anatomiczne studium ciała, zawiera pierwiastki pedagogiczne a nawet co istotniejsze- filozoficzne.

„Kaźde istnienie, kiedy przychodzi jego kolej pęka jak strąki i oddaje swoje ziarno...”

Antoine de Saint - Exupery

„Lekcja anatomii doktora Tulpa” to rodzaj peanu, czy laudacji na cześć potęgi medycyny, ale i tworzy jakim jest człowiek, nieodgadniony, skomplikowany. Tulp uwalnia w słuchaczach ich wewnętrzne libido skierowuje na tory pochwały sztuki medycznej i jego najważniejszego pobratymcy – człowieka

Jego prace dowodzą, że całe jego życie jest malarstwem., nierozdzielnie złączonym z jego artystycznymi wizjami. Podobnie rzecz się ma z obrazem „Anatomia dr. Jana Deymana”, która to stanowi przyczynek do niepodważalnego naówczas sukcesu malarza. Kompozycja dzieła została bezpośrednio zainspirowana „Martwym Chrystusem Mantegni”, którego obrazowanie cechuje zadziwiająca skrótowość. Rembrandt otacza postaci mrokiem czyniąc z tej sceny rodzaj mszy żałobnej za duszę ofiary oddanej w nie-nasycone ręce naukowców. Obraz wskazuje na całkowitą habituację poczucia grozy wobec traumy finalnego aktu. Buduje napięcie zgodnie z zasadami scenografii. Tylko geniusz taki jak on jest w stanie oddać przerażającą ciszę wypływającą z tej odsłony. Przyprawia nas o dreszcze, obnaża wnętrza ciała podmiotu niczym wypatroszonego zwierzęcia, ujawniając całą tajemnicę natury. Postać doktora Deymana w zadziwiający sposób łączy się z przedmiotem jego badań, tym samym sugerując rodzaj braterstwa i zespolenia w tym szczególnym akcie. Ozdobne guziki przecinają ciało mistrza ceremonii jak mózg jego obiektu doświadczeń. Stają się jednością konstrukcyjnie znów nawiązując do kształtu piramidy.

Stojący nieopodal uczeń jest wyraźnie przejęty tym osobliwym widokiem, przekazuje widzowi swoje obawy oraz strach przed nieznanym. Uzmysławia sobie brak profesjonalizmu. Stara się zachować dystans przed ucieleśnioną śmiercią rozumiejąc swój brak rutyny w bezpośrednim zetknięciu z jej konsekwentną argumentacją (motyw mors ultima ratio). A jednak kształt jego życia nadaje obcowanie z nią, stanie się jego niezawodnym kompanem, najwierniejszą przyjaciółką. Jest ewentualnością do której stara się nawyknąć, oswoić, ogarnąć umysłem. Upokarza go jednak jej uzurpatorska siła, nasuwa wątpliwości. Chłód bijący z obrazowania nieboszczyka skupia na jego ciele całą uwagę. „Obleczone śmiertelnym całunem” staje się w tym ujęciu obce i odpychające, uwalnia myślenie o dystansie w stosunku do czasu który nie ma już nad nim władzy. To śmierć rządzi tą makabryczną sceną, jest bezczelna i wszechogarniająca, onieśmiela śmiertelników. Natrząsa się z naszych naiwnych dążeń ukazując bezpruderyjnie dzieło zniszczenia.

Wiele lat później w liście do swojego brata Theo, Vincent van Gogh napisze o niezwyklej ziemistości stóp wyeksponowanej postaci, o barwach tego nieczulnego ciała skrywającego jakiś rodzaj gnozy niedostępnej obserwatorowi.

mgr Joanna Hladoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej i absolwentką studiów podyplomowych z historii sztuki nowoczesnej na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Wierszowisko 2008, piknik naukowo-artystyczny w Jordanowie

Stefan Kruszewski

Z udziałem Pani Prorektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe, w podbydgoskim Jordanowie w Ośrodku Pracy Twórczej odbyło się w sobotę 14 czerwca niezwykle spotkanie – kolejny już szósty piknik naukowo-artystyczny „Wierszowisko 2008”. Pomysłodawcą i animatorem Ośrodka Pracy Twórczej w Jordanowie jest Danuta Maria Kruszewska – twórcza multimedialny (kompozytorka, wiolonczelistka, poetka, autorka i wykonawczyni własnej poezji śpiewanej, autorka własnego stylu w malarstwie – czarno-białego antyrealizmu) oraz matematyczka. Ona też z racji swojego podwójnego wykształcenia (matematycznego i muzycznego) i wszechstronnych zainteresowań jest pomysłodawcą pikników naukowo – artystycznych o nazwie „Wierszowisko”. W organizacji „Wierszowisk” wspiera ją jej mąż profesor Stefan Kruszewski – przewodniczący Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Fizycznego, kierownik Zakładu Fizyki Medycznej w Collegium Medicum UMK. Ideą przewodnią Jordanowskich Wierszowisk jest prezentacja twórczości osób działających w dwóch przestrzeniach – naukowej i artystycznej.

Tegoroczne Wierszowisko otworzyło prapowinowanie utworu Danuty Marii Kruszewskiej pt. „The Adventitious Trio” w wykonaniu Audun Soerbotten (Norwegia) – puzon, Natalia Kruszewska – skrzypce, Danuta Maria Kruszewska – wiolonczela. Niezwykłość tego utworu zawarta w nazwie – „The Adventitious Trio” – polegała nie tylko na śmiałym i nie stosowanym zestawieniu instrumentów, ale także na jego formie i nowatorskich rozwiązaniach harmonicznym. Także fakt, że na puzonie grał biochemik, a na skrzypcach studentka V roku kierunku lekarskiego CM UMK, był niezwykle.

Następnie prof. Bogumiła Klemp-Dyczek z Instytutu Matematyki UMK, (która po wielu latach wykładania matematyki na Uniwersytecie w Oxfordzie powróciła do Torunia, gdzie na UMK oprócz wykładów matematycznych prowadzi zajęcia ze specjalistycznego języka angielskiego), wygłosiła wykład pt. „Periodyczne, nieperiodyczne, aperiodyczne...”

Po wykładzie odbył się autorski recital poezji śpiewanej Danuty Marii Kruszewskiej – założycielki Ośrodka Pracy Twórczej w Jordanowie, a także solistki-wiolonczelistki, poetki i kompozytorki, koncertującej nie tylko w Europie (Francja, Austria, Niemcy, Włochy, Szwecja, Holandia), ale także w USA, a nawet w tak egzotycznym miejscu jak wyspa Gozo.

Nastrój refleksji i zadumy po recitalu poezji, sprzyjał twórczej kontemplacji bardzo ciekawych prac malarskich, które złożyły się na wystawę malarstwa pt. „Sęki”. Otwarcia wystawy dokonała autorka obrazów - prof. Małgorzata Tafil-Klawe - Prorektor UMK ds.



Uczestnicy Wierszowiska słuchający wykładu. W głębi sali wystawa „czarno-białego antyrealizmu” Danuty Marii Kruszewskiej, autor zdjęć: Andrzej Maziec



„The Adventitious Trio”: Audun Soerbotten (Norwegia) - puzon, Natalia Kruszewska - skrzypce, Danuta Maria Kruszewska – wiolonczela

Collegium Medicum. Należy tu podkreślić, że prof. Małgorzata Tafil-Klawe oprócz medycyny studiowała także malarstwo i historię sztuki w Marburgu (Niemcy).

Piotr Trella – solista tenor Opery w Poznaniu i w Bydgoszczy, prezes Stowarzyszenia Środowisk Twórczych, wykonał brawurowo najpiękniejsze pieśni neapolitańskie, z właściwym sobie temperamentem i humorem. Akompaniował mu Zbigniew Bardadyn – „człowiek orkiestra”.

Po niewątpliwiej uczcie duchowej, jaką był udział w powyższych wydarzeniach artystycznych, norweski biochemik z Oslo - Audun Soerbotten wygłosił bardzo interesujący wykład pt. „The chemistry of coffee roasting”. Praktyczną ilustracją treści tego wykładu, była degustacja różnych gatunków kawy z najodleglejszych zakątków świata – wszystkich gości Wierszowiska częstował Audun Soerbotten.

Esej o fizyce pt. „Czas, przestrzeń, ruch”



Prof. Mieczysław Uszyński i prof. Stefan Kruszewski wymieniają poglądy

przedstawił zespół trzech fizyków i aktora mima. Był to wykład w formie filozoficznego dialogu pomiędzy dwoma fizykami, ilustrowany trzema instrumentami i ruchem aktora mima. Wykład wygłosili: prof. Mirosław Bylicki (Instytut Fizyki UMK), który również grał na kontrabasie, oraz dr Paweł Szroeder – fizyk, grający na altówce. W zespole muzycznym towarzyszącym temu wykładowi wystąpił także dr Paweł Dąbkowski – fizyk grający na akordeonie. W roli aktora – mima wystąpił Mieczysław Giedroń, kierujący Teatrem Małych Form w Bydgoszczy.

Wierszowisko, jak co roku, zakończyły wspólne śpiewanie przy ognisku, połączone z pieczeniem kiełbasek, które przeciągnęło się do późnych godzin nocnych.

dr hab. Stefan Kruszewski, prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Fizyki Medycznej.



Prof. Małgorzata Tafil-Klawe i Danuta Maria Kruszewska dyskutują o sztuce

Dlaczego wybieram pasjonujący temat pracy magisterskiej z zakresu muzykoterapii?

Julita Suszyńska

Rozpoczynając w 2004 roku studia na Wydziale Nauk o Zdrowiu, kierunek fizjoterapia nie miałam pojęcia, że spotka mnie tak fascynująca przygoda z muzykoterapią, ponieważ nie wiedziałam nawet, że w programie nauczania znajduje się taki przedmiot. Na trzecim roku studiów zaciekały mnie ćwiczenia prowadzone przez prof. Pospiecha i postanowiłam wstąpić do tworzonego wówczas Studenckiego Koła Naukowego Muzykoterapii. Od początku, spośród wielu programów działalności, najbardziej zainteresowały mnie ginekologiczny i onkologiczny.

Nie możemy podać pacjentce w ciąży wielu leków, w tym przeciwbólowych i uspokajających ani zastosować fizjoterapii. U ciężarnej obciążonej chorobą przeciwwskazany jest również masaż klasyczny, stąd pole do popisu dla alternatywnych form relaksacji i uśmierzania bólu. Oczywiście, nie uśmierzymy całkowicie bólu puszczając pacjentce np. Bacha czy Chopina, ale możemy ów ból trochę zmniejszyć. Choć nie mamy wielkiego pola manewru, uważam, że muzykoterapia jako nieinwazyjna i całkowicie bezpieczna forma terapii może stanowić uzupełnienie podstawowego leczenia.

Pamiętajmy, że poród to ogromne przeżycie dla kobiety, dlatego stwórzmy jej jak najbardziej komfortowe warunki przed, w trakcie i po tym wydarzeniu. Odpowiednia „oprawa” cudu natury, jakim bez wątpienia jest poród, może znacząco wpłynąć na psychikę kobiety zarówno w trakcie, jak i po porodzie i w okresie połogu. Także dziecko reaguje na dźwięki jeszcze

w okresie życia płodowego: potrafi rozpoznać głos matki, bliskich osób. Niemowlę pamięta muzykę, której słuchała jego matka, będąc w ciąży i często ta właśnie muzyka je uspokaja.

Pacjenci onkologiczni praktycznie od początku poddawani są ogromnym stresom i lękom: najpierw oczekiwanie na diagnozę, niepewność, badania, potem cios, z którym wielu potrafi sobie radzić, załamanie, setki retorycznych pytań, próba walki z chorobą, niestety - nie dla wszystkich zakończona sukcesem. Jeśli się uda, uraz i specyficzny strach pozostają na zawsze. Dlatego pacjentom z podobnymi problemami od początku należy pomagać poprzez muzykoterapię. Łatwiej im będzie znieść leczenie, czas będzie im płynął szybciej, a może nawet któryś z pacjentów chociaż na krótką chwilę przeniesie się na barokowy bal za pomocą utworów Jana Sebastiana Bacha i zapomni na moment o chorobie i cierpieniu...

Także personel medyczny, narażony na codzienny stres w związku z wykonywanym zawodem podda się terapii muzyką. Zresztą jako koło naukowe mamy „zamówienia” na zestawy muzykoterapeutyczne dla personelu poszczególnych oddziałów. Stwórzmy warunki, aby w niedalekiej przyszłości w gabinetach lekarskich, pielęgniarskich oraz fizjoterapeutycznych rozbrzmiewać mogła muzyka klasyczna różnych epok. Oczywiście takie przedsięwzięcie wymaga od muzykoterapeutów przygotowania wielu zestawów płyt, by utwory nie znudziły się słuchaczom. Ponadto trzeba z wielką rozwagą dobierać muzykę pod kątem efektu, jaki chce się wywołać (wyciszyć pacjenta, pobudzić czy zmotywować do działania). Muzykoterapia ma

przecież bardzo szerokie zastosowanie w rehabilitacji, położnictwie, kardiologii, chirurgii, onkologii, psychologii i psychiatrii oraz wielu innych dziedzinach medycyny, wciąż dynamicznie się rozwijając.

W Polsce nadal, mimo znacznego postępu w ostatnich latach, nie docenia się w pełni muzykoterapii. W społeczeństwie na hasło leczenia muzyką wiele osób reaguje ironicznym uśmiechem, bo tak naprawdę nie doświadczali oni jeszcze kojącej mocy świetnie brzmiącej muzyki klasycznej, odpowiednio opracowanej pod ich gust. Świadczy to znowu o ogromnym zapotrzebowaniu na terapię muzyką i konieczności propagowania tej formy leczenia zarówno wśród pacjentów, jak i personelu. Z resztą jako koło naukowe postulujemy za uznaniem muzykoterapii jako formy leczenia i wprowadzeniem jej w publicznych placówkach służby zdrowia. Chcemy by obok farmakoterapii, fizjoterapii, masażu, kinezyterapii niosła ulgę pacjentom różnych oddziałów. Kojący wpływ muzyki i potrzeba obcowania ze sztuką znane są ludzkości od wieków, ale muzykoterapia jako dyscyplina naukowa i forma terapii dopiero się rozwija.

Właśnie dlatego zdecydowałam się swoją pracę magisterską poświęcić muzykoterapii. Można połączyć sztukę z medycyną w służbie chorym. Zachęcam wszystkich zainteresowanych do działalności w kole naukowym. Być może, Drogi Czytelniku, tam właśnie będziesz pomagać ludziom, jednocześnie się realizując. Zapraszam!

Julita Suszyńska należy do Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii

Co to znaczy, że muzyka leczy?

Wojciech Pospiech

Jeden z najbardziej znanych polskich wirtuozów skrzypiec prof. Konstanty Andrzej Kulka był autorem niespotykanej pracy magisterskiej na temat problemów w wykonawstwie Niccolò Paganiniego. Praca nie obejmowała wielu stron, właściwie w ogóle ich nie miała. Na obronie pracy magistrant wyciągnął skrzypce z futerału i po mistrzowsku wykonał wiele kaprysów.

Bazując na historiografii w piśmiennictwie, wielopłaszczyznowe istnienie muzykoterapii w zakresie leczenia jest oczywiste. Pierwsze naukowe poczynania w tym zakresie datują się na około pięćdziesiąt lat temu, rozsiane po całej Europie.

To spostrzeżenie dotyczy świadomości w zakresie naukowo-badawczej, jednakże nie jest do końca prawdą. Tak jak znamy historię ludzkości na przestrzeni wieków, tak możemy stwierdzić, że od początku czasu muzyka oddziaływała na człowieka. Emocjonalność, która za każdym razem z nią się łączy,

brzmienie instrumentów i głosów, harmonia, rytm i melodia wpływają na każdego z nas, choć w zróżnicowanym stopniu.

Jest znanym stwierdzeniem, że w przestrzeni naszego bytu poza ciszą i chaosem istnieje coś jeszcze - to właśnie muzyka. Dzisiaj posiadamy narzędzia zdolne zmierzyć skutek wpływu muzyki na człowieka. To właśnie dwudziesty wiek, a zwłaszcza jego druga połowa przyczyniły się do możliwości wiarygodnego dowiedzenia, że muzyka leczy.

Należy postawić sobie pytanie - jakie są obszary jej działania? Otóż jest to relaksacja, współłeczenie i leczenie. Ten pierwszy element jest dzisiaj najszerzej postrzegany, z uwagi na ogromne tempo życia. Skołatane nerwy, depresje, lęki stanowią ogromne zagrożenie dla życia i zdrowia człowieka. Muzykoterapeuci, tworząc specjalistyczne programy badawcze, znajdują receptę na te defekty. Współłeczenie dotyczy stosowania utworów muzycznych podczas zabiegów i innych czynności medycznych

wraz z nieodzownymi lekami. Wreszcie bardzo szeroka sfera leczenia muzyką dotyczy osób w klinikach psychiatrycznych, gdzie słuchanie i tworzenie muzyki jest na odpowiednim etapie terapii kwestią generalną.

Jakie gatunki muzyki obejmuje muzykoterapia? Muzykę poważną i rozrywkową, czyli cały obszar kompetentnie dobranych i odpowiedzialnie zaordynowanych utworów.

Cieszę się, że poprzez działanie naszej Katedry i Zakładu Muzykoterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy poza szeroką sferą badawczą możemy wszystkim uświadamiać rolę muzyki w życiu człowieka, jak również udowodnić, że muzyką można leczyć na wielu płaszczyznach. Muzyko - bądź dla nas przestrzenią ciepła, wrażliwości i bezpieczeństwa! Oto nowa droga pomocy każdemu człowiekowi.

dr hab. Wojciech Pospiech jest kierownikiem Katedry i Zakładu Muzykoterapii.

4. Konferencja Studentów Uczelni Medycznych w Bydgoszczy z punktu widzenia organizatora

Magdalena Daniłko

4 kwietnia 2008 r. odbyła się "4th International Conference of Students' Scientific Society in Bydgoszcz". Patronat honorowy objęła nad nią prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe.

Po rejestracji uczestników odbyło się oficjalne rozpoczęcie z udziałem prof. dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe.

Na konferencję zgłoszonych zostało 51 prac. Swoje artykuły nadesłali studenci z CM UMK oraz innych uczelni medycznych (m.in. Warszawy, Poznania, Wrocławia, Białegostoku).

Prace prezentowane były w dwóch sesjach: klinicznej i biomedycznej. Osoby prezentujące prace miały ok. 7 minut na przedstawienie swojego tematu, a następnie odbywała się dyskusja z członkami Komitetu Naukowego. Możliwość zadawania pytań mieli również słuchacze zgromadzeni na sali.

Komisja oceniała wartość merytoryczną pracy, aktualność i przydatność prezentowanego zagadnienia, sposób prezentacji i umiejętność rozwiewania niejasności podczas dyskusji i odpowiedzi na pytania od innych uczestników.

W skład Komitetu Naukowego weszli:

W sesji klinicznej:

- dr hab. n. med. Jan Styczyński
- dr n. med. Zofia Grąbczewska
- dr n. med. Witold Hryncewicz

W sesji biomedycznej:

- dr hab. n. chem. inż. Konrad Misiura, prof. UMK
- dr n. med. Aleksander Deptuła

Wyniki sesji klinicznej

I miejsce

Przydatność modyfikacji skali Alvarado w diagnostyce ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; Autor Piotr Nowaczyk, UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

II miejsce

Współistnienie chorób układu krążenia u pacjentów poddanych zabiegowi przezskórnej angioplastyki (PTA) tętnic kończyn dolnych; Autorzy Maciej Deczyński (osoba przedstawiająca), Natalia Kruszewska, Aleksandra Gajewska, Krzysztof Szwed, CM UMK

III miejsce

Prekoncepcyjne BMI matki oraz ciążowy przyrost masy ciała w ciąży a adaptacja okołoporodowa noworodka; Autorzy: Marika Reszczyńska, Magdalena Daniłko (osoba przedstawiająca), CM UMK

Wyróżnienia

Czynniki ryzyka występowania barodontalgii u pletwonurków; Autorzy i równocześnie osoby przedstawiające: Anna Grabowska i Magda Papiernik, AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Analiza wzrostu nerek podczas rozwoju płodowego człowieka; Autorzy i równocześnie osoby przedstawiające: Paweł Sadowski,



Rejestracja uczestników



Komisja organizacyjna: Magdalena Daniłko, Karolina Polasik, Jan Mieszkowski



Wręczenie nagród



Magdalena Daniłko i prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe

Michał Nesteruk, CM UMK

Wyniki sesji biomedycznej

I miejsce

Rekonstrukcja filogenezy haplogrupy U5a na podstawie sekwencji pełnych genomów mitochondrialnych z populacji europejskich; Autor: Urszula Rogalla, CM UMK

II miejsce

Diagnostyka termofilnych pałeczek *Campylobacter* od pacjentów z biegunką; Autor: Paulina Roszkowska, CM UMK

III miejsce

Wpływ związków konkurujących na powinowactwo kamptocetyny do HSA; Autorzy: Anna Marek (osoba przedstawiająca), Natalia Łukowska, Tomasz Wybranowski, CM UMK

Wyróżnienia

Ocena jakościowa jadłospisów przeznaczonych dla osób chorych na cukrzycę; Autorzy: Karolina Borkowska (osoba przedstawiająca), Piotr Pietrowski, Beata Winkiewicz, UM w Białymstoku

Znaczenie diagnostyczne oznaczenia stężenia inhibitora metaloproteinaz (TIMP-1) w surowicy pacjentów z rakiem trzustki; Autorzy: Agnieszka Juchniewicz (osoba przedstawiająca), Aleksandra Barbara Koch, UM w Białymstoku

Nad przebiegiem konferencji czuwał Komitet Organizacyjny w osobach:

Magdaleny Daniłko

Karoliny Polasik

Jana Mieszkowskiego

Macieja Deczyńskiego

Mamy nadzieję, że studenckie konferencje zachęcą studentów do rozwijania swoich zainteresowań i prezentowania własnej działalności naukowej.

Jednocześnie zapraszamy osoby chętne do współpracy do organizacji konferencji w przyszłych latach.

Magdalena Daniłko jest prezesem Studenckiego Towarzystwa Naukowego Collegium Medicum UMK

4. Konferencja Studentów Uczelni Medycznych w Bydgoszczy z punktu widzenia jurora

Jan Styczyński

Studenckie Towarzystwo Naukowe w Bydgoszczy po raz kolejny zorganizowało bardzo dobrą konferencję studencką. Dla wielu studentów stanowiła ona okazję do zaprezentowania wyników swojej często długotrwałej pracy w Kole Naukowym. Dla wielu osób była to pierwsza w życiu okazja do publicznego wystąpienia. Pierwsze kroki w działalności naukowej w czasie studiów nie są łatwe. Potrzeba długiego czasu, aby opanować warsztat metodologiczny umożliwiający napisanie abstraktu według reguł naukowych. Moim zdaniem jest to okres jednego do dwóch lat. Dlatego im szybciej się zacznie, tym większe szanse na dobre umiejętności w momencie rozpoczęcia pracy zawodowej.

Studencka praca naukowa stoi na coraz wyższym poziomie. Studenci coraz częściej są włączani do zespołowej działalności naukowej w poszczególnych jednostkach naukowych. Jako opiekun Studenckiego Koła Naukowego z 14-letnim doświadczeniem, wprowadziłem tę zasadę wiele lat temu. Efektem tego jest, że studenci działający pod moim kierunkiem opublikowali szereg prac w recenzowanych czasopiśmie dla lekarzy, w tym wielokrotnie jako pierwsi autorzy. Coraz częściej można też spotkać w światowym piśmiennictwie prace, których pierwszymi autorami lub współautorami są studenci. To otwiera drogę do szybkiego awansu naukowego i zawodowego oraz do nagród i wyróżnień. Proszę mi wierzyć, że jest to przyjemne!

Ze względu na obiektywne trudności w realizowaniu wielu ambitnych programów naukowych w Polsce, osoby które chcą i czują się na siłach, aby zajmować się działalnością naukową

powinny zaczynać pracę naukową jak najwcześniej i uczyć się języków obcych, zwłaszcza angielskiego (który dla naukowca nie może już nawet być traktowany jako język obcy). Nie należy jednak poprzestawać na abstrakcie i konferencji STN. To musi być wstęp do napisania całej pracy i opublikowania jej w recenzowanym czasopiśmie. Ask your mentor!

W Sesji Klinicznej zaprezentowano 20 prac z różnych dyscyplin (nie wystąpiło 8 osób z innych uczelni). Komisji podobała się wysoka profesjonalność wszystkich uczestników oraz osobiste zaangażowanie w wykonywaną pracę, co było dobrze widoczne podczas prezentacji. Cieszy udział kilku osób z innych ośrodków krajowych, cieszy udział studentów pierwszego i drugiego roku studiów. Interesującym i pozytywnym zjawiskiem było wyszukiwanie tematów prac badawczych w dziedzinach wykraczających poza medycynę, np. nurkowanie, wioślarstwo czy wiedza gimnazjalistów.

Dominowały jednak tematy najbardziej aktualne i powszechne w codziennym życiu naukowym o charakterze dotyczącym chorób cywilizacyjnych takich jak nowotwory, alergie, otyłość i miażdżyca. Ważnym wątkiem poruszonym w kilku pracach były aspekty

współpracy pacjent-personel.

Coś jednak martwi. Na stronie STN Collegium Medicum zarejestrowane są 53 koła naukowe, a studenci z Bydgoszczy przedstawili tylko 14 prac w Sesji Biomedycznej oraz 13 prac w Sesji Klinicznej. Niektórzy studenci i niektóre Koła były reprezentowane więcej niż w jednej pracy. Oznacza to, że od czasu poprzedniej, III Konferencji STN Collegium Medicum (grudzień 2005) ponad połowa Kół Naukowych nie przygotowała ani jednej pracy. Chyba zbyt mocno postawiono na jakość. :-)

Jury (dr Zofia Grąbczewska, dr Witold Hryniewicz, dr hab. Jan Styczyński) stanęło przed wyborem nagrodzenia trzech i wyróżnienia dwóch prac, czyli średnio co czwartej prezentowanej. Zdaniem Jury wszystkie prace kwalifikowały się do nagrodzenia i wyróżnienia. Wszystkie prace po dopracowaniu kwalifikują się do tego, aby przygotować je zgodnie z zasadami pisania prac naukowych do publikacji w czasopiśmie specjalistycznych. Proszę nie zmarnować tej szansy! Proszę o zrobienie tego w języku angielskim! Zapraszam na łamy naszego uczelnianego czasopisma „Medical and Biological Sciences”, które stoją przed Wami otworem.



Komisja Sesji Klinicznej

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów w Krakowie relacja przyszłych lekarzy

Maciej Nowacki, Wojciech Kaszewski, Jakub Tworkiewicz, Rafał Przybylski

Coraz częściej oprócz codziennych obowiązków studiowania podejmujemy dodatkowe zobowiązania w postaci pracy naukowej, w wybranych przez siebie dziedzinach. Praca z wysoko wykwalifikowaną kadrą naukową, daje nam studentom, ogromną satysfakcję oraz radość z mile i pożytecznie spędzonego czasu. Angażując się w różne ambitne projekty, stajemy się coraz bardziej samodzielni i ukierunkowani na dalszą przyszłość naukową, jak i zawodową. Organizowane przez Uniwersyteckie i Studenckie Towarzystwa Naukowe zjazdy i konferencje, są wspaniałą okazją do zaprezentowania i skonfrontowania swoich dokonań i poglądów naukowych na forum ogólnopolskim i międzynarodowym.

Tegoroczna Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów Uczelni Medycznych w Krakowie zgromadziła, jak zwykle bardzo wielu uczestników (ponad 300) z Polski jak i zagranicy. Podczas 21 sesji tematycznych zostało wygłoszonych 281 prac naukowych. Konferencja odbyła się w nowoczesnym budynku „Centrum Dydaktyczno-Kongresowego Wydziału Lekarskiego CM-UJ”. Organizacja konferencji jak i zagadnienia naukowe na niej prezentowane były na wysokim poziomie. Bydgoskie Collegium Medicum UMK w sesji Chirurgicznej reprezentowali:

- Jakub Tworkiewicz (IV r. kierunek lekarski) z SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, prezentował pracę pt. „Zastosowanie metody VAC w leczeniu ran powikłanych”
- opiekunowie: prof. Stanisław Dąbrowiecki, lek. Jacek Szopiński
- Marcin Schiller (VI r. kierunek lekarski) z SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyni, prezentując prace pt.

„Ocena skuteczności leczenia przeciwbólowego w oddziałach chirurgicznych”.

opiekun: dr n. med. Wojciech Stankiewicz w sesji Nauk Podstawowych, Okulistyki i Fizjoterapii:

- Wojciech Kaszewski (IV r. kierunek lekarski) z SKN Immunologii Komórkowej przy Katedrze i Zakładzie Immunologii, prezentował plakat pt. „Wykorzystanie technik cytometrycznych w ocenie wybuchu tlenowego granulocytów i monocytów”.

opiekun: dr hab. n. med. Jacek Michałkiewicz, prof. UMK

- Maciej Nowacki (IV r. kierunek fizjoterapia) z SKN Zakładu Inżynierii Tkankowej Katedry Biologii Medycznej, prezentując trzy prace w różnych sesjach tematycznych:

- „Efekty zastosowania 0,5% roztworu maleinianu timololu w hodowli pierwotnej nabłonka rogówki królika” – sesja „Okulistyczna” (praca zajęła III miejsce premowane wyróżnieniem)
- „Wpływ podczerwonego promieniowania laserowego ($\lambda=820$ nm) na hodowlę mysich fibroblastów 3T3” – sesja „Fizjoterapii” (praca zajęła II miejsce)
- „Wpływ napojów orzeźwiających o zróżnicowanym pH na hodowlę mysich fibroblastów 3T3” – sesja „Nauk Podstawowych”

opiekun: dr n. med. Tomasz Drewa

W sesji Farmaceutycznej wystąpili studenci z SKN Metod Obliczeniowych Katedry i Zakładu Chemii Organicznej:

- Kamila Jagielska (V r. farmacji) prezentowała pracę pt. „Związki chemiczne stosowane jako leki w terapii przeciwrzybiczej”
- Rafał Przybylski (IV r. farmacji) prezentował plakat pt. „Badania zależności pomię-



Jakub Tworkiewicz na warsztatach kardiologicznych



Wojciech Kaszewski prezentując swój poster, wzbudził ogromne zainteresowanie słuchaczy, jak i komisji

dzy aktywnością biologiczną a rozkładem gęstości elektronowej w grupie pochodnych pirolidyn-2-onu” (praca zajęła II miejsce)

opiekun obu prac: dr n. chem. Alicja Nowaczyk

Obok ponad 300 „aktywnych” uczestników, konferencja zgromadziła także liczną grupę osób towarzyszących. W konferencji uczestniczyło również bardzo wielu znanych ludzi nauki i klinicystów wchodzących w skład komitetu organizacyjnego, komitetu honorowego konferencji oraz Jury.

Warsztaty

W przeddzień konferencji zorganizowano 7 warsztatów tematycznych (fizjoterapeutyczne, kardiologiczne, okulistyczne, stomatologiczne, psychoterapii i chirurgiczne), w których studenci wzięli aktywny udział. Warsztaty zawierały w sobie część teoretyczną, jak i praktyczną. Szczególnie ta druga część dawała nam niepowtarzalną okazję do konfrontacji wiedzy teoretycznej i praktycznej i jej przydatności w przyszłym zawodzie. Możliwość wcielenia się w chirurga, tudzież kardiologa i próbowanie technik chirurgicznych, pod okiem profesorów i doktorów CM UJ, dawały ogromną radość i satysfakcję. Przysycie protezy aortalnej, preparatyka jam serca to jedne z licznych zadań, które mieliśmy do wykonania. Należy nadmienić, iż warsztaty kardiologiczne odbyły się w jednej z największych i najlepiej wyposażonych klinik kardiologii w Polsce, a mianowicie w Szpi-



Od lewej: Rafał Przybylski, Maciej Nowacki, Wojciech Kaszewski, Jakub Tworkiewicz

talu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie, przy Klinice Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii. W tajniki tak fascynującej specjalności wprowadzali nas takie sławy, jak prof. J. Sadowski oraz dr hab. R. Pfitzner.

Kolejnym bardzo specjalistycznym warsztatem, był warsztat okulistyki na którym można było poznać najnowsze techniki diagnostyczne i terapii stosowane w Uniwersyteckiej Klinice Okulistyki i Onkologii Okulistycznej kierowanej przez panią dr hab.med. Bożenę Romanowską-Dixon. Bardzo interesującym i przeprowadzonym na najwyższym poziomie okazał się warsztat „nordic walking” zorganizowany i poprowadzony przez studentów V roku fizjoterapii CM UJ – Bożenę Garstkę i Damiana Pasternaka. Na warsztacie można było zapoznać się między innymi z prawidłowym doбором sprzętu, metodyką chodu, zaleceniami i przeciwwskazaniami w stosowaniu nordic-walking.

Dzień drugi, w godzinach porannych część naszej „ekipy” (Rafał Przybylski, Kamila Jagielska, Maciej Nowacki, Wojciech Kaszewski) prezentowała swoje prace i wysłuchała wiele ciekawych wystąpień kolegów z innych ośrodków.

Oprócz napiętego harmonogramu naukowego konferencji, organizatorzy zadbali również o oprawę kulturalną, ukazując uczestnikom piękno Krakowa oraz umilając wolny czas poezją śpiewaną w wykonaniu krakowskiej kompozytorki, piosenkarki oraz aktorki Agnieszki Chrzanowskiej i występami kabaretu „Smile”. Podczas gali otwarcia która odbyła się w Centrum Sztuki i Techniki Japońskiej „Manggha”, uczestnicy mogli także wysłuchać wystąpień Dziekanów Wydziału Lekarskiego, Nauk o Zdrowiu oraz wydział Farmaceutycznego a także przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

W ostatnim dniu konferencji prace swoje

wyglaszali: Jakub Tworkiewicz, Marcin Schiller oraz Maciej Nowacki. Po południu odbyła się uroczysta gala wręczenia nagród na, której Rafał Przybylski – SKN Metod Obliczeniowych przy Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej i Maciej Nowacki – SKN Zakładu Inżynierii Tkankowej oprócz dyplomów i nagród otrzymali gratulacje z rąk opiekuna Krakowskiego STN pani prof. dr hab. Teresy Adamek-Guzik i Pełnomocnika Rektora UJ ds. dydaktyki i współpracy z zagranicą CM UJ pani prof. dr hab. Beaty Tobiasz Adamczyk. Wieczorem, przepełnieni wrażeniami i z nadzieją na kolejne spotkanie za rok wróciliśmy do Bydgoszczy.

Maciej Nowacki, Wojciech Kaszewski, Jakub Tworkiewicz oraz Rafał Przybylski s studentami Wydziału Lekarskiego na kierunku lekarskim.

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów w Krakowie podwójny sukces, czyli dwie nagrody na jednej konferencji

Maciej Nowacki

Na tegorocznej Międzynarodowej Konferencji Naukowej Studentów Uczelni Medycznych trwającej od 3 do 5 kwietnia w Krakowie, reprezentowałem Studenckie Koło Naukowe działające przy Zakładzie Inżynierii Tkankowej Katedry Biologii Medycznej przedstawiając trzy prace w trzech odrębnych sesjach tematycznych. Opiekunem naukowym prac i kierownikiem Zakładu Inżynierii Tkankowej jest dr n. med. Tomasz Drewa, a kierownikiem Katedry Biologii Medycznej jest prof. dr hab. n. med. Gerard Drewa.

Sesja okulistyki

Jako pierwszą przedstawiałem pracę pod tytułem: „Efekty zastosowania 0.5 % roztworu maleinianu timololu w hodowli pierwotnej nabłonka rogówki królika” w sesji okulistyki.

W Sesji Okulistycznej prace prezentowali

poza Collegium Medicum UMK studenci m.in. z Collegium Medicum UJ w Krakowie, Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Akademii Medycznej w Wrocławiu, Akademii Medycznej w Warszawie.

W sesji tej studenci przedstawiali wiele ciekawych prac dotyczących diagnostyki i leczenia siatkówczaka, częstości występowania retinopatii cukrzycowej oraz AMD, a także diagnostyki okulistyki i zagadnień dotyczących czerniaka złośliwego a także badań nad szkodliwością stosowania okularów przeciwsłonecznych niektórych firm.

Po prezentacji mojej pracy otrzymałem kilka pytań dotyczących działania β-blokerów w okulistyce, zastosowania środków konserwujących w lekach, farmakokinetyki Timololu a także procedur hodowli i liczenia komórek nabłonka rogówki. Zupełnie nieoczekiwanie

podczas ogłaszania wyników przez komisję dowiedziałem się że moja praca zajęła 3. miejsce premiowane wyróżnieniem. 1. miejsce zajęła Magdalena Kiełbasa – CM UJ Kraków za pracę pt. „Wczesne objawy siatkówczaka”, zaś 2. miejsce Barbara Śledź z PAM w Szczecinie za pracę pt. „Ocena przydatności badań przesiewowych z użyciem aparatu PreView PHP do wykrywania początkowych zmian w plamce żółtej”.

Sesja nauk podstawowych

Pracę pod tytułem: „Wpływ napojów orzeźwiających o zróżnicowanym Ph na hodowlę mysich fibroblastów 3T3” przedstawiłem w sesji nauk podstawowych. W tej sesji Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy reprezentował także Wojciech Kaszewski z Studenckiego Koła Naukowego Immunologii komórkowej (opiekunem naukowym jest dr hab. n. med. Jacek Michałkiewicz, prof. UMK). Wojtek przedstawił pracę pod tytułem: „Wykorzystanie technik cytometrycznych w ocenie wybuchu tlenowego granulocytów i monocytów”.

Sesja fizjoterapii czyli uwieńczenie sukcesu

Po świetnie zorganizowanej sesji okulistyki i odniesionym na niej sukcesie, nie spodziewałem się że coś nieoczekiwanego a tym bardziej osiągnięcie jeszcze raz przysłowiowego podium w ostatni dzień konferencji jest jeszcze możliwe.

Sesja fizjoterapii której koordynatorką była Jadwiga Lewandowska, jak wszystkie sesje na tegorocznej Konferencji w Krakowie była od samego początku do końca przeprowadzona w pełni profesjonalnie. A grono autorów prac, będących studentami Akademii Medycznych z całego kraju oprócz pracy z Collegium Medicum UMK wzbożyciły prace studentów



Laureaci Sesji Fizjoterapii: od lewej: Bożena Garstka CM UJ (I miejsce), Maciej Nowacki CM UMK (II miejsce), Karina Rożek CM UJ

kierunku fizjoterapia takich uczelni jak AWF Kraków, Uniwersytet Rzeszowski, Wszechnica Świętokrzyska w Kielcach.

Werdykt Jury ogłosił pan dr hab. n. med. prof. UJ Andrzej Cencora kierownik Zakładu Chorób Naczyń, był dla mnie bardzo miły i zaskakujący - II miejsce: Maciej Nowacki - CM UMK „Wpływ podczerwonego promieniowania laserowego ($\lambda=820$ nm) na hodowlę mysich fibroblastów 3T3”. Po prezentacji pracy otrzymałem m.in. pytania dotyczące klinicznego wykorzystania laseroterapii, działania promieniowania laserowego

i najnowszych doniesień na ten temat, a także dotyczące apoptozy komórek.

Pierwsze miejsce zajęła Bożena Garstka i Magdalena Ruszczyk (CM -UJ) za pracę „Zaburzenia funkcji kończyn dolnych u biegaczy”, drugie ex equo Jadwiga Lewandowska i Agata Masłoń (CM-UJ) za pracę „Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa u stomatologów” a miejsce trzecie premiowane wyróżnieniem Justyna Drzał-Grabiec (Uniwersytet Rzeszowski) za pracę „Porównanie dwóch metod oceny postawy ciała - badanie lekarskie

oraz Metoda Moiré’a”

Podziękowania

Serdecznie dziękuję mojemu opiekunowi naukowemu panu dr. n. med. Tomaszowi Drewie za pomoc i poświęcony czas, a także wskazywanie właściwych wzorców w drodze naukowej. Bardzo dziękuję także Dziekanowi Wydziału Nauk o Zdrowiu panu prof. dr. hab. n. med. Zbigniewowi Bartuziemu za zawsze miłe i mobilizujące wsparcie a także umożliwienie udziału w tak ważnym dla mnie wydarzeniu, jakim jest Konferencja Naukowa.

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów w Krakowie relacja przyszłych farmaceutów

Kamila Jagielska, Rafał Przybylski

W dniach od 2-5 kwietnia 2008 roku uczestniczyliśmy w corocznej Międzynarodowej Konferencji Studentów Uczelni Medycznych organizowanej przez Studium Nauk Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Konferencja ta dotyczyła aktualnych badań prowadzonych w dziedzinie nauk medycznych, między innymi farmacji, fizjoterapii, chirurgii, pediatrii. Uczestnikami byli studenci: wydziału farmaceutycznego, lekarskiego, stomatologii, ochrony środowiska oraz absolwenci tych wydziałów (do roku po absolutorium). Przedstawiono łącznie 281 prac naukowych w formie ustnej lub plakatowej. Wszystkie prace były oceniane przez Komisję składającą się z profesorów: prof. Budak, prof. Pawłowski, prof. Stępniewski, doc. Cegła, doc. Marona.

Kamila Jagielska zaprezentowała przegląd leków oraz związków chemicznych znajdujących się w fazie badań klinicznych o działaniu przeciwrzybiczym. W ostatnich dekadach asortyment tych środków terapeutycznych znacznie się poszerzył, jednak w przypadku ciężkich układowych grzybic, zwłaszcza u pacjentów z obniżoną odpornością ich skuteczność nadal nie jest zadowalająca. Duże nadzieje pokładano w lekach azolowych, których zastosowanie w farmakoterapii ogranicza występująca na nie oporność. Obecnie szczególną uwagę zwraca się na nową klasę związków nazywanych kandydami lub echinokandydami, należącymi do półsyntetycznych antybiotyków lipopeptydowych. Charakteryzują się one unikalnym punktem uchwytu w komórkach grzybiczych, jakim jest ściana komórkowa, a nie jak w przypadku innych leków receptory błony komórkowej lub ingerencja w syntezę kwasów nukleinowych. Ich aktywność wynika z hamowania biosyntezy polimeru 1,3- β -D-glukanu, nadającego komórce grzyba kształt, sztywność oraz utrzymującego jej strukturę przestrzenną. Nie wykazują toksyczności wobec pozbawionych ścian komórek ssaków. Do klasy echinokandyn należą 4 związki: kaspofungina, mikafungina, anidulafungina i aminokandyna. W Polsce do tej pory zarejestrowano kaspofunginę i anidulafunginę, mikafungina została zarejestrowana przez FDA, a aminokandyna znajduje się w fazie wczesnych

badań klinicznych.

Praca Rafała Przybylskiego dotyczyła analizy modelu farmakoforowego dla układów $\alpha 1$ -adrenergicznych oraz ustalenia zależności pomiędzy aktywnością $\alpha 1$ -adrenergiczną i antyarytmiczną a rozkładem ładunku elektrostatycznego w grupie pochodnych pirolidyn-2-onu w oparciu o dane farmakologiczne określające te typy aktywności biologicznej. Rozkład ładunku elektrostatycznego wyznaczył przy pomocy programu komputerowego Gaussian. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdził, że pojawienie się aktywności antyarytmicznej wymaga odpowiedniej składowości ładunku ujemnego w płaszczyźnie przyjętego $\alpha 1$ -adrenergicznego modelu farmakofora. Korelacja ta wskazuje na jakościowe zależności pomiędzy aktywnością $\alpha 1$ -adrenergiczną i antyarytmiczną, stanowi cenna wskazówkę w poszukiwaniach kolejnych struktur molekularnych o pożądanym typie aktywności biologicznej. Praca ta uzyskała II miejsce w sesji farmaceutycznej.

Podczas konferencji były prezentowane inne ciekawe problemy z różnych dziedzin wiedzy. Przeprowadzono ocenę aktywności mutagennej i antymutagennej aktywnych przeciwdrgawkowo połączeń w teście z zastosowaniem bakterii *Vibrio harveyi*. Ilość mutacji spowodowanych przez poszczególne związki porównywano z ilością mutacji spontanicznych oraz wywołanych przez mutagen

wzorcowy. Ciekawa była również praca badająca aktywność antyoksydacyjną i zawartość polifenoli w kawie typu Arabica i Robusta oraz wpływ leków osłonkowych i bezosłonkowych na pH żołądka. Nie zabrakło również prac których obecność na konferencji była dla Nas zaskoczeniem. Praca „Woda mineralna i jej spożycie wśród studentów” była jedną z nich. Autorzy bazując na przeprowadzonych analizach zawartości pierwiastków mineralnych przekazali wszem obecny, że nie każda woda mineralna jest naprawdę wodą mineralną. Wystarczy przejść się po supermarketach zobaczyć ceny niektórych wód i spróbować. Poza smakiem wody kanalizacyjnej i zaoszczędzonymi pieniędzmi nic więcej taka woda człowiekowi nie wniesie, zapomnijmy o jakichkolwiek jej aspektach zdrowotnych.

Część naukowa konferencji to nie wszystko. Oprócz zaspokojenia potrzeb umysłu



Kamila Jagielska podczas wykładu



Rafał Przybylski w trakcie prezentacji plakatu



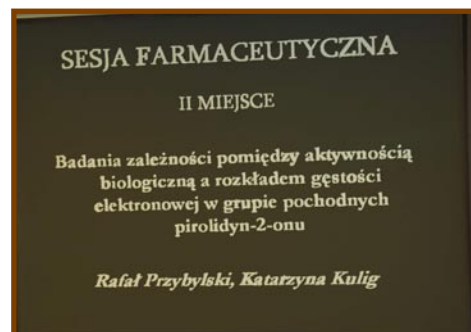
Kamila Jagielska - praca nad wykładem

organizatorzy pomyśleli także o zaspokojeniu potrzeb ducha. Otoczką tego wydarzenia, pozwalającą odetchnąć od pracy naukowej były imprezy towarzyszące. Naszym zdaniem na uwagę zasługuje koncert Agnieszki Chrzanowskiej – krakowskiej kompozytorki, piosenkarki i aktorki. Na koncercie poezji śpiewanej byliśmy pierwszymi, ale na pewno nie ostatni raz.

Udział w konferencji był dla nas nowym doświadczeniem, więc towarzyszyły nam różne emocje. Z jednej strony byliśmy ciekawi i podekscytowani, z drugiej pełni nerwów i obawy czy uda nam się zrobić dobre wrażenie i zainteresować przedstawianymi informacjami. Lekki, lecz motywujący stres, dopadł nas jeszcze przed wyjazdem. Wystąpienia publiczne nie należą do łatwych i jak mówi Rafał: „nawet doświadczeni profesorowie i asystenci czują treść, więc nam naprawdę nie było łatwo”. Jednak, gdy nadchodzi moment przedstawienia wszystkim owocu

naszej ciężkiej pracy i cała publiczność skupia wzrok i uwagę, odczuwa się najpierw uderzenie adrenaliny, a potem przyjemną satysfakcję. Poziom strachu zwiększały wygłaszane po omówieniu pracy opinie, uwagi i pytania pięcioosobowej komisji. Na szczęście w najważniejszej chwili, udało nam się opanować stres, nerwy i dobrze zaprezentować swoje badania od początku do końca. Okazało się, że profesorowie byli do nas bardzo przyjaźnie nastawieni. W jednej z prezentowanych przez nas prac wyniki przedstawiono w postaci map potencjału elektrostatycznego, co szczególnie przypadło do gustu jednemu z członków komisji, który z rozrzewnieniem wspominał że za „jego czasów studiowania młodzież mogła tylko marzyć, aby takie mapy zobaczyć”.

Magia kształtującego kulturę i naukę europejską od niemal 10 wieków Krakowa i wspólnie spędzone chwile na konferencji sprawiły, że wyjazd zostanie w naszej pamięci jeszcze przez



Wyniki sesji farmaceutycznej

długi czas. Zgodnie stwierdził, że tego typu wydarzenia są doskonałą szansą dla studentów, umożliwiającą zaprezentowanie dokonań naukowych jak i „przełamanie pierwszych lodów” w kwestii wystąpień publicznych, które często napawają strachem i przerażeniem. Ponadto jest to doskonała okazja na wymianę wiedzy, poglądów i doświadczeń między młodymi ludźmi z wielu uczelni medycznych w przyjaznej i pełnej pozytywnej energii atmosferze. Bogatsi o nowe doświadczenia dzięki możliwości wzięcia czynnego udziału na konferencji w Krakowie jesteśmy nie tylko bardziej zainteresowani i zaintrygowani tego typu wydarzeniami, lecz będziemy także namawiać nasze koleżanki i kolegów do brania w nich czynnego udziału. Chcielibyśmy podziękować bardzo serdecznie Władzom Naszej Uczelni za sfinansowanie wyjazdu i umożliwienie postawienia pierwszego kroku w naszej (być może) przyszłej karierze naukowej.

Kamila Jagielska i Rafał Przybylski są studentami Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK oraz należą do Studenckiego Koła Naukowego „Metody Obliczeniowe” przy Katedrze Chemii Organicznej.

VII International Congress of Medical Sciences w Sofii – ICMS 2008

Maciej Nowacki

W dniach od 8 do 11 maja 2008 r. Autor miał możliwość uczestniczenia jako reprezentant Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Inżynierii Tkankowej (opiekun dr n. med. Tomasz Drewa), Katedra Biologii Medycznej CM UMK wraz z Lek. Karoliną Waleśkiewicz – studentką studiów doktoranckich, reprezentującą Katedrę i Klinikę Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej CM UMK (kierownik prof. dr hab. n. med. Wiesław Szymański) w VII Międzynarodowym Kongresie Nauk Medycznych w Sofii (Bułgaria). Na Kongresie zgromadziło się około 500 lekarzy, doktorantów i studentów reprezentujących ośrodki naukowe nie tylko Europejskie ale także z Indii, Tajlandii czy Iranu. Oprócz reprezentantów Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, Polskie uczelnie reprezentowane były przez studentów i doktorantów z AM w Warszawie i Białymstoku. Kongres podzielono na wiele sesji tematycznych. Można było wysłuchać wiele ciekawych wykładów poczynawszy od zagadnień związanych z Anatomią, Biochemią,



Zwycięzcy z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy: Maciej Nowacki i Katarzyna Waleśkiewicz (I nagroda w Sesji Chirurgii)

Fizjologią, Zdrowiem Publicznym po udział w sesjach klinicznych Chirurgii, Stomatologii, Kardiologii czy Urologii.

Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy reprezentowano w dwóch sesjach. Koleżanka Karolina Waleśkiewicz profesjonalnie zaprezentowała w sesji chirurgicznej pracę pt.: „Water immersion in the I stage of labour-obstetric's results, preliminary report”, której współautorem jest lek. Paweł Rajewski. Praca ta otrzymała pierwszą nagrodę w Sesji Chirurgii. W sesji tej przedstawiono także wiele ciekawych prac z zakresu m.in.: chirurgii, ginekologii i położnictwa, chirurgii plastycznej czy ortopedii, autorów z wielu krajów europejskich. Autor przedstawił swoją pracę pt.: “The influence of beverages with varied Ph-factor on the mice fibroblasts 3T3 increase” w sesji Terapeutycznej, na której praca zdobyła trzecie miejsce. Na sesji zgromadziło się wielu autorów różno-

rodnych prac z zakresu m.in.: Reumatologii, Chorób Wewnętrznych, Kardiologii, Toksykologii czy Psychiatrii. W Komisjach oceniających prace zasiadali profesorowie, doktorzy habilitowanych i adiunkci z Klinik i Katedr Uniwersytetu Medycznego w Sofii.

Gratulował i prowadził ceremonię wręczenia dyplomów Rektor Uniwersytetu Medycznego w Sofii prof. Vanyo Mitev a także Prezydenci Stowarzyszenia Bułgarskich Studentów Uczelni Medycznych Boris Mladenov

i Valeria Mateeva. Sofia wywarła na nas bardzo pozytywne wrażenie. A życzliwość i profesjonalizm organizatorów połączony z możliwością poznania wielu młodych naukowców nie tylko z Europy, zapisały się bardzo dobrze w pamięci uczestników.

Autor i uczestnicy sesji chirurgicznej: dr med. Maria Armas-Gonzalez i dr med. Ivan Couto-Gonzalez (Klinika Chirurgii Plastycznej, Uniwersytet Santiago de Compostela, Hiszpania).



Peer education HIV/AIDS - IFMSA - Poland

Ewa Kałużna

Wyobraźmy sobie zupełnie przypadkową sytuację, zdarzenie losowe, na które w żaden sposób nie mamy wpływu. Po prostu taka sytuacja, która jest zupełnie niezależna od nas samych. W takich momentach nie możemy obwiniać siebie, ani nikogo innego w razie ewentualnych problemów. Mówiąc kolokwialnie mamy „pecha”.

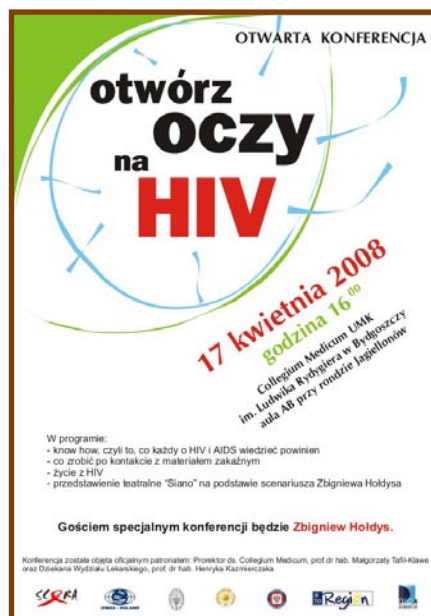
Patrząc jednak realnie na rzeczywistość takie wydarzenia stanowią niewielką część naszego codziennego życia. Znacznie częściej codzienne sytuacje są konsekwencją naszych drobnych grzeszków, niedopatrzeń lub niewiedzy.

Dzisiejszy, bezwzględny świat zmusza nas do życia w ciągłym biegu, każdy ma napięty harmonogram dnia. Naszą uwagę skupiamy na bieżących sprawach i zapominamy o innych aspektach życia. Nie mamy w zwyczaju „martwić się na zapas”.

Warto jednak czasem zatrzymać się na chwilę, pomyśleć o sobie. Zatrzymać się o swoje zdrowie, nawet jeśli wszystko jest w najlepszym porządku. Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland wychodzi naprzeciw tym wszystkim, którzy do tej pory odkładali na bliżej nieokreśloną przyszłość zainteresowanie się aspektami związanymi z własnym zdrowiem. Edukacja i szeroko rozumiana profilaktyka jest jednym z priorytetów tej największej organizacji studenckiej na świecie, zrzeszającej prawie 2 miliony studentów w niemal 100 krajach świata. W Polsce od ponad 50 lat studenci medycyny pracują na rzecz zdrowszego i bardziej świadomego społeczeństwa.

W ramach projektu „Peer education” prowadzonego na zasadach edukacji rówieśniczej, studenci z IFMSA-Poland organizują w wielu miastach Polski spotkania z młodzieżą, najczęściej na zajęciach lekcyjnych w szkołach średnich oraz gimnazjach. Tematem spotkań

jest m.in. profilaktyka HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą płciową. Idea spotkań jest przybliżenie uczniom problemu HIV/AIDS, zwiększenie świadomości młodych ludzi w temacie problemów związanych z zakażeniem tym wirusem. Zajęcia mają także na celu wzrost poziomu tolerancji wo-



bec osób chorych na AIDS, ale przestrzegają również przed lekkoomyślnością. W czasie spotkań studenci przeprowadzają prezentację multimedialną, pogadankę oraz liczne gry i zabawy. Uczniowie aktywnie uczestniczą w zajęciach, dostają ulotki oraz przydatne adresy placówek zajmujących się problematyką HIV/AIDS. Projekt jest realizowany przy wsparciu Krajowego Centrum ds. AIDS.

W ramach projektu „Peer education” tylko w bieżącym roku szkolnym studenci odwiedzili ponad 20 szkół, a przeszkolonych

zostało ok. 6200 uczniów. Akcja co roku swoim zasięgiem obejmuje ponad 5000 uczniów z całej Polski najczęściej w wieku 16-20 lat. Dane z przeprowadzonych ankiet wskazują na to, iż uczniowie lepiej rozumieją aspekty związane z problemami HIV/AIDS po spotkaniach ze studentami z organizacji IFMSA-Poland. Również aktywna forma zajęć oraz prowadzenie ich przez rówieśników zwiększa efektywność, przynosząc lepsze rezultaty w porównaniu do klasycznie prowadzonych zajęć lekcyjnych. Inicjatywa studentów zawsze spotyka się z pozytywnym przyjęciem zarówno grona pedagogicznego jak i uczniów. Uczniowie spędzają czas na zajęciach w niecodzienny sposób zdobywając wiedzę na temat, na który często nie mówi się w wystarczającym stopniu w szkołach.

Ogólnopolski projekt „Peer Education HIV/AIDS” prowadzony przez IFMSA-Poland w większych miastach Polski jest bardzo pożyteczny i cieszy się dużym zainteresowaniem. Dzięki spotkaniom uczniowie szkół średnich i gimnazjów uświadamiają sobie, iż problem HIV czy AIDS może dotyczyć ich bezpośrednio lub osoby z ich otoczenia. Studenci zwracają młodym ludziom uwagę na rzeczy naprawdę istotne dla ich zdrowia, zmuszają do przemyśleń. A to niesie za sobą wzrost wiedzy i świadomości wśród uczniów. I to jest najważniejsze.

W roku akademickim 2007/2008 Oddział Bydgoszcz Stowarzyszenia przeprowadził zajęcia dla uczniów: VI Liceum Ogólnokształcącego w Bydgoszczy, I LO im. Bolesława Krzywoustego w Nakle nad Notecią, XIII Liceum Ogólnokształcącego w Bydgoszczy, XI LO im. Bydgoskich Olimpijczyków w Bydgoszczy. Ogółem w lekcjach uczestniczyło ponad 2000 licealistów.

Więcej na www.ifmsa.pl.

Ewa Kałużna, Zespół ds. mediów IFMSA-Poland

Studentenci medycyny w Meksyku

Marta Sychalska

Na początku marca bieżącego roku nieopodal Monterrey, w Santiago Nuevo Leon w Meksyku, zgromadziło się około 600 studentów medycyny reprezentujących ponad 90 krajów z całego świata. Przyczyną, dla której się tam znaleźli było General Assembly - March Meeting 2008 Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów

Medycyny IFMSA. Wśród nich była Marta Sychalska (której tekst publikujemy poniżej), studentka III roku kierunku lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu. W IFMSA - Poland działa od pierwszego roku studiów, od początku związana z programem SCOPE. Od dwóch lat, pełni funkcję Lokalnego

Koordynatora ds. Praktyk Wakacyjnych, obecnie także Asystenta Narodowego Koordynatora ds. Praktyk Wakacyjnych.

International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) to największa na świecie organizacja studencka zrzeszająca

studentów medycyny i młodych lekarzy z ponad 90 państw; to ponad 2 mln. młodych ludzi na świecie działających w jednym z 6 Programów Stałych, na które cała struktura IFMSA została podzielona. SCOPE (Standing Committee on Professional Exchange) - Program Stały ds. Praktyk Wakacyjnych jest najstarszym, od którego IFMSA się zaczęło, programem odpowiedzialnym za organizację praktyk zagranicznych. Każdego roku ponad 300 studentów z polskich uczelni wyjeżdża na praktyki do szpitali za granicą i tyle samo gości z innych państw przyjmujemy u nas.

Pozostałe programy to: SCORE (Standing Committee on Research Exchange) - Program Stały ds. Wymiany Naukowej, SCOME (Standing Committee on Medical Education) - Program Stały ds. Edukacji Medycznej, SCOPH (Standing Committee on Public Health) - Program Stały ds. Zdrowia Publicznego, SCORA (Standing Committee on Reproductive Health including AIDS) - Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS, SCORP (Standing Committee on human Rights and Peace) - Program Stały ds. Praw Człowieka i Pokoju. Na czele wszystkich programów stoją narodowi koordynatorzy. W ramach poszczególnych programów organizowane są warsztaty, szkolenia, akcje - czasami o bardzo szerokim zasięgu, których celem jest dotarcie do społeczności studenckiej i nie tylko. Z projektami wychodzimy także do przedszkolaków i młodzieży szkolnej, aby, w zależności od programu, edukować o zdrowiu, problemach uchodźców i prawach człowieka oraz zmniejszać dystans pomiędzy lekarzem a pacjentem. IFMSA współpracuje z takimi organizacjami jak: WHO, UNESCO, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, UNHCR. W Polsce, IFMSA działa od 1956 roku.

Dwa razy w roku, w Polsce, odbywają się tak zwane Zgromadzenia Delegatów, na które przybywają przedstawiciele 11 polskich oddziałów IFMSA działających przy wszystkich krajowych uczelniach medycznych. Na tych spotkaniach wybiera się Zarząd Główny, będący organem zarządzającym, uczestniczy się w warsztatach, podejmując decyzje obowiązujące pozostałych członków IFMSA - Poland.

Również dwa razy w roku, w marcu i w sierpniu, ma miejsce walne zebranie członków IFMSA, tak zwane General Assembly (GA), które jest już spotkaniem międzynarodowym. Na tymże spotkaniu podpisuje się kontrakty na wymiany, przedstawia się i opracowuje nowe projekty, ustanawia się zmiany regulaminowe, reprezentuje się swój kraj, jego obyczaje, kulturę i służbę zdrowia i wiele innych. I o takim właśnie wydarzeniu, w tym miejscu, pragnę opowiedzieć.

Kiedy w grudniu 2007 roku, po kwalifikacjach, stałam się członkiem polskiej 10-osobowej delegacji na March Meeting 2008, w najmniejszym stopniu nie spodziewałam się, jak ogromnym przeżyciem będzie dla mnie to General Assembly. Jest ono spotkaniem w dużej mierze bardzo formalnym, ze względu na powagę decyzji tam podejmowanych. Jednak, oprócz warsztatów, szkoleń, głosowań, prezentacji i sprawozdań, ma tam miejsce coś niebywałego; dochodzi tam do przełamywania barier międzyludzkich. Jest to spotkanie, podczas którego najlepszymi przyjaciółmi stają się ludzie różnych narodowości, ras, kultur i religii. A wszystko to ma na celu umożliwienie efektywnej współpracy w przeistaczaniu Świata w miejsce lepsze dla nas wszystkich.

Do Monterrey przyjechałam 26 lutego 2008 roku. Na spotkanie nam wyszli studenci z Akademii Medycznej w Monterrey, odpowiedzialni za organizację całego wydarzenia. Od początku wprowadzili bardzo przyjazną atmosferę, zaprzyjaźniając się z nami już w drodze do hotelu. 27 lutego rozpoczęły się warsztaty Pre-GA organizowane w ramach tegoż spotkania, na trzy dni przed oficjalnym otwarciem właściwego GA. Ja, spośród kilku możliwych, wybrałam temat warsztatów: „Training New Human Rights Trainers”. W mojej grupie znajdowało się 14 osób, między innymi z: Holandii, Wielkiej Brytanii, Dani, Niemiec, Szwecji, Japonii, Tajwanu, Tajlandii, Ekwadoru i Sudanu. Razem dyskutowaliśmy na temat Praw Człowieka, ich pogwałceń i sposobów naprawy złej sytuacji obecnej w wielu zakątkach Ziemi. Jeden z tematów omówił z nami również Moham-

med Garelnabi z Sudanu, którego osobiste doświadczenia z wojny toczącej się w Sudanie i wizyt w obozach uchodźców sprawiły, iż jego prezentacja wywarła na mnie ogromne wrażenie. Sądzę, że właśnie dla takich doświadczeń warto uczestniczyć w tego typu wydarzeniach, gdyż będąc z dala od sytuacji skrajnych pogwałceń Praw Człowieka, nie można sobie w pełni nawet tego wyobrazić, a co dopiero zrozumieć.

Koniec Pre-GA przypadł na 29 lutego. 1 marca zostaliśmy przetransportowani z Monterrey do znajdującego się w odległości 40km Santiago Nuevo Leon, gdzie odbywało się General Assembly, czyli główny punkt programu March Meeting.

Official Agenda, czyli oficjalny plan GA był wypełniony po brzegi. O 8:30, codziennie rano, rozpoczynały się sesje Programów Stałych, w moim przypadku SCOPE, na których dyskutowaliśmy o problemach dotyczących Programu i opracowywaliśmy rozwiązania. Następnie w programie, w zasadzie różnym na każdy dzień, były takie wydarzenia jak: Regional Meeting (jest to spotkanie, przedstawiciele krajów, w moim przypadku, europejskich, na którym omawia się aktualne sprawy dotyczące danego regionu świata), Project Presentations (są to prezentacje projektów w ramach Programów Stałych, które poszczególne kraje wymyśliły, albo przynajmniej z sukcesem wprowadziły w życie na gruncie krajowym. Nasza delegacja, w osobie Iwony Kalinowskiej z oddziału Warszawa, zaprezentowała projekt pt. „Zaburzenia odżywiania” - „Eating Disorders”, który w Polsce już cieszy się popularnością, a wnioskując z reakcji innych Państw podczas prezentacji, również na Świecie wkrótce da o sobie znać. Theme Event (jest to szereg wydarzeń związanych z tematem danego GA, podczas MM08, temat brzmiał „Immigration and Health” i w ramach niego prowadzono warsztaty, wykłady, dyskusje, przedstawiano filmy i prezentacje), Szkolenia (warsztaty, podczas których Trenerzy IFMSA szkolą pozostałych członków w zakresie tematów takich jak: autoprezentacja, zdobywanie funduszy, umiejętności lidera, praca w grupie, i innych tego typu zagadnieniach, niezbędnych do efektywnego działania w IFMSA i na każdym innym gruncie), Sesje plenarne - podczas których prezydenci poszczególnych państw całymi godzinami dyskutują, głosują, wprowadzają zmiany do regulaminu IFMSA, wybierają Zarząd Główny, nadają lub odbierają członkostwo (w tym roku, na przykład, IMSO-India oraz FEMURD-Dominican Republic utraciły je na skutek nie wywiązywania się z regulaminu), ogólnie mówiąc podejmują najważniejsze decyzje, później obowiązujące wszystkich członków IFMSA.

Ważnym wydarzeniem March Meeting jest AF Market, podczas którego Narodowi Koordynatorzy ds. Praktyk Wakacyjnych (NEO) i Wymian Naukowych (NORE), poszczególnych krajów, wymieniają się dokumentami studentów. Jako pomocnik naszego NEO, Anny Sandurskiej, brałam aktywny udział



Przedstawiciele oddziałów IFMSA

w tym wydarzeniu - w pełni więc mogłam odczuć jego niesamowitą, gorączkową a zarazem przyjazną atmosferę. Podczas AfMarketu nie chodzi jedynie o wymianę dokumentów, ale także o reklamowanie kraju, co manifestuje się rozdawaniem słodyczy, broszur, naklejek, przypinek, breloków, itp. IFMSA- Poland jest jednym z krajów posiadających najwięcej kontraktów. W tym roku praktyki za granicą odbędzie 360 studentów z Polski, (przywzięliśmy ponad 16 kg dokumentów) i mniej więcej tyle samo obcokrajowców gościć będziemy w naszych szpitalach. Z tego, co się dowiedzieliśmy od prezydenta IFMSA, Ana'sa Eid'a, IFMSA- Poland jest postrzegana na świecie bardzo pozytywnie, stąd duże zainteresowanie studentów naszym krajem. Praktyki organizowane w ramach IFMSA są kolejnym, ciekawym i ubogającym doświadczeniem. Sama w zeszłym roku odbyłam taką praktykę w Eskishekir, w Turcji, a w tym roku udaję się do Hiszpanii. Z drugiej strony, mam również doświadczenie w opiece nad studentami goszczącymi w naszym kraju, gdyż latem ubiegłego roku przeżyłam wiele ciekawych chwil opiekując się nimi przez cały miesiąc, organizując wycieczki po kraju i bawiąc się, zdobywając jednocześnie nową dla mnie wiedzę na temat kultur krajów, z których pochodzili moi „podopieczni”.

Ogromowi pracy na GA, która stała się również moim udziałem, towarzyszy także wspaniała zabawa, zarówno podczas tak zwanych gier integracyjnych w trakcie trwania sesji, jak i w trakcie imprez - jedną z nich, tradycyjną już dla GA jest „National Drink Party”, na której to imprezie wszystkie kraje częstują tym, co u nich najlepsze w zakresie jedzenia i alkoholi. Polska delegacja kusiła kiełbasą, oscypkiem i żubrówką, a sama delektowała się przysmakami z wszelkich stron świata. Nie muszę chyba dodawać, że pod koniec humory wszystkim bardzo dopisywa-

ły i wszyscy bez wyjątku, jeszcze bardziej się zbrataliśmy. Ale nie była to jedyna impreza podczas MM08. Social Program jest wszakże integralną częścią GA. Muszę przyznać, iż meksykańscy organizatorzy bardzo rzetelnie się do niej przygotowali, czyniąc z GA czas, nie tylko ogromnie ciężko przepracowany, ale również bezgranicznie miło spędzony. W programie socjalnym na późne, posesyjne wieczory, znalazły się między innymi takie imprezy jak: Mexican Welcome Party, z Mariachi przygrywającymi nam do tańca; Lucha Libre Night, podczas której organizatorzy zaprezentowali nam najbardziej popularny w meksyku show- Lucha Libre, co można by opisać jako zapasy w charakterystycznych, kolorowych kostiumach; Piñata- podczas której to imprezy punktem kulminacyjnym programu było rozbijanie piniaty, czyli wielkiej kolorowej kuli wypełnionej słodyczami, co jest tradycyjną, meksykańską rozrywką mającą miejsce podczas większości tamtejszych festiwali. Wszystkim zabawom towarzyszyła pozytywna atmosfera, która była nieodłącznym elementem wszystkich przedsięwzięć na GA oraz meksykańska muzyka, która ogromnie przypadła mi do gustu.

Przyznam, że słowami, choćby najlepiej dobranymi, nie jestem w stanie wyrazić atmosfery tych kilku dni. Trudno jest określić całą nowo zdobytą wiedzę i doświadczenie, a przede wszystkim ilość nowo poznanych przyszłych lekarzy z całego świata. Podczas General Assembly panuje atmosfera otwartości, z jaką nigdy wcześniej się nie spotkałam. Nie istnieją tam różnice wynikające z innej narodowości, już nie mówiąc o pełnionych funkcjach, które często są bardzo reprezentatywne. Każdy uczestnik GA, nieważne czy jest prezydentem IFMSA czy „szarą myszką,” jest skory do nawiązywania nowych znajomości i jak się przekonałam, również do ich podtrzymywania. Każdy, chce dowiedzieć

się czegoś nowego na temat nieznanego mu wcześniej kraju i to zupełnie bez uprzedzeń. Każdy ma również możliwość reprezentowania swojego kraju i ja to czyniłam z największą przyjemnością podczas całego mojego pobytu w Meksyku.

March Meeting 2008 dobiegł końca 7 marca. Tego samego dnia rozpoczęło się tak zwane Post-GA, podczas którego organizowane są wycieczki po kraju, w którym GA ma miejsce - jest to wspaniała okazja do zwiedzenia kraju, który, w przypadku Meksyku, jest przepiękny!

Z General Assembly wróciłam z ogromem niezapomnianych wrażeń, skarbnicą nowej wiedzy i walizką pełną ciężkich dokumentów. Jedyną rzeczą, której żałuję, jest to, że GA dobiegło końca. Mam jednak świadomość, że wspomnienia tego wspaniałego i wyjątkowo spędzonego czasu, na zawsze pozostaną w mej pamięci.

Korzystając z okazji, chciałabym serdecznie podziękować mojej Uczelni, a zwłaszcza Pani Rektor prof. dr hab. Małgorzacie Tafli-Klawe i Panu Dziekanowi dr. hab. prof. UMK Dariuszowi Soszyńskiemu, za okazane mi wsparcie i umożliwienie mi, a co za tym idzie bydgoskiemu oddziałowi IFMSA- Poland, udziału w General Assembly i reprezentowania naszego kraju na arenie międzynarodowej. Myślę, iż mogę, stwierdzić, że wywiązałam się ze swoich obowiązków dobrze i przyczyniłam się, do funkcjonowania dobrej opinii o Polsce w świecie, a co za tym idzie, mam nadzieję, nie zawiodłam zaufania we mnie pokładanego.

Mam nadzieję, iż dowiodłam że IFMSA jest organizacją dla tych studentów medycyny, którzy chcą poszerzać swoje horyzonty. Zachęcam wszystkich, którzy nie są jeszcze w naszych szeregach, a mogą być, do przyłączenia się do nas!

Marta Spychalska jest studentką III roku na kierunku lekarskim.

Powrót na czwartą pozycję w sportowym rankingu uczelni medycznych

Andrzej Drygas

Zakończyła się rywalizacja Klubów Uczelnianych Akademickiego Związku Sportowego w ramach I Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych rozgrywanych w latach 2007/08 oraz XXV Mistrzostw Polski Szkół Wyższych - 2008. Głównie ze względów finansowych skupiliśmy się na udziale w Mistrzostwach Uczelni Medycznych. Podobnie jak w poprzedniej edycji zaznaczyliśmy swoją obecność w 18 dyscyplinach sportowych. Ambitna postawa naszych sportowców studentów pozwoliła nam powrócić na IV pozycję (uzyskując 577 punktów, w poprzedniej edycji V miejsce). Na pierwszym miejscu uplasował się Uniwersytet Medyczny z Łodzi - 656 pkt przed Collegium Medicum UJ w Krakowie - 635 pkt oraz Akademią Medyczną z Wrocławia - 619 pkt. Na nasz ogólny dorobek złożyły się następujące wyniki poszczególnych sekcji sportowych:

l.p	Sekcja KU AZS	Miejscowość- rok	Zajęte miejsce	Liczba startujących	Zdobytych medali		
					I m	II m	III m
1	Koszykówka K	Białystok - 2007	V	10			
2	Koszykówka M	Białystok - 2007	V	10			
3	Piłka plażowa K	Dziwnów - 2007	VII	5			
4	Piłka plażowa M	Dziwnów - 2007	VII	5			
5	La K	Warszawa - 2007	I	16	1	4	1
6	La M	Warszawa - 2007	I	24	3	1	5
7	Teris stołowy K	Wrocław - 2007	V	3			
8	Teris stołowy M	Wrocław - 2007	VIII	3			
9	Teris ziemny K	Wrocław - 2007	VI	2			
10	Teris ziemny M	Wrocław 2007	V	2			
11	Piłka nożna M	Kraków - 2007	III	15			1
12	Futsal M	Łódź - 2008	IV	13			
13	Piłka siatkowa K	Lublin - 2008	X	12			
14	Piłka siatkowa M	Lublin - 2008	VI	11			
15	Narciarstwo K	Niedzica - 2008	IX	3		1	
16	Narciarstwo M	Niedzica - 2008	IX	3			
17	Pływanie K	Kraków - 2008	X	12			1
18	Pływanie M	Kraków - 2008	X	12			1
Łącznie			IV	161	4	6	9

Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych 2007/8 - zestawienie

Ponieważ podsumowanie udziału reprezentacji Collegium Medicum UMK w roku 2007 oraz niektórych dyscyplin z roku 2008 zostało przedstawione w poprzednich wydaniach „Wiadomości Akademickich”, niniejszy artykuł zawiera informacje o imprezach przeprowadzonych w ostatnim czasie.

**Ergometr wioślarski
Warszawa, 11.04.2008**

W dotychczasowej historii występów

naszych pań w Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych (biorąc udział wszystkie typy uczelni) największy sukces osiągnęliśmy w 2002 roku, zajmując V miejsce drużynowo a Małgorzata Żubka w wadze lekkiej zdobyła tytuł mistrzyni Polski oraz indywidualnie w 2007 roku w Warszawie, gdzie Edyta Jasińska nie dała żadnych szans zawodniczkom kadry olimpijskiej zdobywając złoty medal. Startując w kolejnych edycjach klasyfikowaliśmy się w czołówce (VII miejsce, IX, XI), chociaż marzenie było jedno – znaleźć się na podium punktacji generalnej. Udało się. W Warsza-

wie w XXV Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych Collegium Medicum UMK zajmuje III miejsce. Do tego największego sukcesu sportowego obecnej edycji przyczyniły się:

waga lekka - Marta Grzelczak – 3.48,6, Agata Bloch – 3.52,1, waga normalna - Edyta Jasińska – 3.26,4, Marta Liniewska – 3.32,0, Karolina Gniadek – 3.42,6 oraz Agata Mikołajczak – 3.48,8.

**Lekka atletyka
Poznań, 23–25.05.2008**

Najważniejszym zadaniem dla studentów sekcji LA KU AZS Collegium Medicum UMK w roku akademickim 2007/2008 był udział w XXV Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych i utrzymanie prymatu w typach – szkół medycznych. Cele wysokie, ale realne, biorąc pod uwagę fakt, że trzon zespołu stanowili studenci, którzy nabrali doświadczenia, startując w 2007 roku w Warszawie, a zespół wzmocnili reprezentanci Polski juniorów – Łukasz Michalski, Jakub Chrzanowski oraz Grzegorz Maruszak.

Sprawdzeniem formy miały być Akademickie Mistrzostwa Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Niestety ze względu na remont stadionu głównego i rozbudowę stadionu bocznego, organizatorzy zawodów nie uzyskali zgody na przeprowadzenie imprezy. Jechaliśmy zatem na Mistrzostwa Polski, znając swoje możliwości i stan wytrenowania po serii sprawdzianów odbytych na treningach.

W Mistrzostwach rozgrywanych w Poznaniu wzięła udział rekordowa ilość uczelni. Pierwszy raz w historii Mistrzostw Szkół Wyższych 11 uczelni medycznych zgłosiło swój akces chęci udziału w tych zawodach i chociaż nie wszystkim udało się spełnić wysokich wymagań regulaminowych dotyczących klasyfikacji uczelni, poziom mistrzostw w konkurencjach indywidualnych należy uznać za bardzo wysoki.

Trudnemu i żmudnemu procesowi szkolenia z naszej Uczelni poddało się 12 studentów i 1 studentka. Oni też reprezentowali naszą Uczelnię w Mistrzostwach.

I miejsce wśród Akademii Medycznych, XXX w punktacji generalnej oraz 10 medali zdobytych przez studentów KU AZS CM to udany bilans startu tak nielicznej grupy. Medalistami Mistrzostw Polski Akademii Medycznych zostali:

- medale złote: Grzegorz Maruszak – oszczep – 54,60m, Bartosz Józwiak – skok w wzwyż - 193cm, Łukasz Michalski – skok w dal – 6,95cm, Łukasz Wilgocki, Bartosz Józwiak, Łukasz Michalski, Szymon Siwacki – 4 x 100m – 44.88,
- medale srebrne: Anetta Cubała – skok w dal – 5,39cm
- medale brązowe: Jakub Chrzanowski – 100m – 11,48, Łukasz Michalski – oszczep – 48,86m, Paweł Subkowy, Tomasz Kloskowski, Łukasz Wilgocki, Bartosz Józwiak – 4 x 4000m – 3.36,2, Anetta Cubała – skok w wzwyż – 155cm.

Akademickim Mistrzem Polski w skoku o tyczce (konkurencja nie zaliczana do punktacji



Nasi złoci lekkoatleci



Przygotowania były katorżnicze



Reprezentacja Collegium Medicum UMK w ergonometrze wioślarskim

Mistrzostw Polski Szkół Wyższych) został Łukasz Michalski – 5,35m.

Uczelnię reprezentowali ponadto: Bartosz Górny, Łukasz Ziółkowski, Sebastian Derdowski oraz Michał Kuczyński.

Piłka siatkowa

Lublin, 14–16.03.08

Dla obu zespołów piłki siatkowej w roku 2007/2008 głównym celem był udział w Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych rozgrywanych w Lublinie. W ramach przygotowań do tych zawodów drużyny uczestniczyły w rozgrywkach: Amatorskiej Ligi Siatkówki Kobiet zajmując 4 miejsce (liga 6-zespołowa) i Amatorskiej Ligi Siatkówki Mężczyźni zajmując VII m (liga 16 zespołowa) oraz rozegrano wiele spotkań międzyuczelnianych i towarzyskich. W Lublinie zespół kobiet zajął X miejsce a zespół mężczyzn VI miejsce. Poziom rozgrywek był bardzo wysoki poprzez udział w nich licznej grupy zawodników grających na co dzień w ligowych zespołach klubów I i II ligi prowadzonych przez PZPS.

Zespołowi mężczyźni po dobrym występie w eliminacjach zabrakło niewiele do awansu do grupy finałowej. W eliminacjach zespół wygrał dwa spotkania po 2:1 z AM Wrocław i ŚAM i przegrał 1:2 z UM z Łodzi. W półfinale zespół przegrał 1:2 z AM Warszawa a w walce o V miejsce przegraliśmy z ŚAM 0:2.

Dodać należy (może na otarcie łez), że w ramach tegorocznych juwenaliów zespół męski (wzmocniony trenerem „Delekty” Bydgoszcz) rozegrał towarzyski mecz z drużyną „Delekty”, który zakończył się sukcesem naszego zespołu 2:1.

W składy reprezentacji naszej uczelni wchodziły: kobiety – Cabała Anetta, Dusza Ewa, Piestrzyńska Monika, Djaczenko Agata, Sagan Magdalena, Woś Anna, Wiśniewska Anna, Bielas Karolina, Bednarek Marta, Filarecka Agnieszka i Wojtkiewicz Edyta oraz mężczyźni – Gorzewski Arek, Eljaszewicz Andrzej, Grzyb Sebastian, Kuczma Waldemar, Kasperski Piotr, Budka Michał, Buzalski Dominik, Kaźmierczak Robert, Fijałek Bartek, Machalski Krzysztof, Milewski Patryk, Tyma Robert i Wąsicki Patryk.

Futsal (piłka nożna halowa)

Łódź, 4-6.04.2008

Broniąca tytułu mistrzowskiego, zdobytego w poprzedniej edycji, reprezentacja naszej uczelni po pechowo przegranym półfinale z AM Białystok ostatecznie zajęła IV miejsce. Wyjątkowo sumiennie przygotowawali się zawodnicy tej sekcji do Mistrzostw Polski. W Mistrzostwach Uczelni Wyższych Woj. Kujawsko – Pomorskiego zajęli II miejsce, a w Bydgoskiej Lidze Piłki Nożnej, rozgrywanej mecze niemal przez cały sezon w niedzielę – V miejsce. Reprezentację stanowili: Brancewicz Wojciech, Biernacki Maciej, Jaworski Szymon, Kacprzak Karol, Kleczka Sylwester, Kniola Dawid, Leibarz Łukasz, Massouh Amid, Przywecki Michał, dr Różalski Rafał, Zajączkowski Michał, mgr Zegarski Tomasz i dr Ziółkowski Michał.

Pływanie

Kraków, 5–6. 04. 2008

Łącznie zajęliśmy 10. miejsce w klasyfikacji drużynowej. Uczelnie reprezentowało 24 studentów (12 kobiet i 12 mężczyzn). W rywalizacji indywidualnej medal brązowy na 50m stylem motylkowym zdobyła Monika Dłutkowska oraz brązowy medal na 100m stylem klasycznym Tomasz Łozowski. Znacznie lepiej sekcja pływacka zaprezentowała się w Mistrzostwach Województwa Kujawsko – Pomorskiego zdobywając 16 medali, zajmując III miejsce w punktacji kobiet i mężczyzn.

Indywidualnie wzięliśmy udział w Mistrzostwach Polski Szkół Wyższych w Wioślarstwie –Kruszwica 17 -19.05.08 (dwójka podwójna Grzelczak Marta i Liniewska Marta wygrały finał B) oraz w Kolarstwie Górskim – Przesieka – 23–25.05.08 (Osuch Jakub w bardzo trudnych warunkach ze względu na awarię sprzętu nie ukończył wyścigu).

Udział reprezentacji Klubu Uczelnianego Akademickiego Związku Sportowego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika we współzawodnictwie sportowym należy uznać za udany. Wróciliśmy na IV pozycję w rankingu uczelni medycznych. Bardzo wysoki poziom Mistrzostw Polski Szkół Wyższych oraz określone możliwości finansowe zmusiły nas do udziału jedynie w tych imprezach, w których mieliśmy szansę uplasować się na czołowych pozycjach. Zdecydowaliśmy się zatem wziąć udział w dwóch



Walczyliśmy o złoto



Łatwo skórki nie oddamy

dyscyplinach – ergometryczne wiosłarskim oraz lekkiej atletyce mężczyzn, w których zdobyte punkty uplasowały nas na 85 pozycji na 125 szkół sklasyfikowanych. W poprzedniej edycji zajęliśmy 59 miejsce na 218. Porównując liczbę sklasyfikowanych szkół w tym rankingu należy sądzić, że z podobnymi problemami borykają się inne uczelnie. Zarząd Główny AZS musi rozważyć sugestie kierowników Studium WF i S oraz prezesów Klubów Uczelnianych o ograniczeniu dyscyplin sportowych oraz rozgrywaniu mistrzostw jedynie w typach uczelni. Oferta Klubów Uczelnianych AZS powinna być kierowana głównie dla studentów normalnie studiujących i chcących przeżyć sportową przygodę na miarę ich możliwości czasowych i ambicji, wywiązując się jednocześnie z obowiązków wobec uczelni. To fundamentalne założenie powinno przyświecać osobom decydującym i próbującym zrobić z rozgrywek akademickich kopię sportu wyczynowego.

dr Andrzej Drygas jest kierownikiem Studium Wychowania Fizycznego.

Pierwsze „Wielkie Derby” UMK dla Torunia

Tomasz Zegarski

W rozegranym na stadionie TKKF w Bydgoszczy meczu piłkarskim o puchar prorektora ds. Collegium Medicum lepsi okazali się studenci z Torunia pokonując kolegów z Bydgoszczy po wyrównanym spotkaniu 1 do 0.

Oba zespoły przystąpiły do gry z podobnymi założeniami taktycznymi - czterema obrońcami, pięcioma zawodnikami w środku pola i z jednym, wysuniętym napastnikiem. Mecz lepiej rozpoczęła drużyna Collegium Medicum, która szybciej opanowała nerwy

i zdobyła przewagę w środku pola. Pierwszy celny strzał oddali w 14 minucie, kiedy to po doskonałym podaniu Michała Zajączkowskiego, Szymon Jaworski otrzymał piłkę na 25 metrze minął jednego z obrońców i strzelił przy słupku, ale zmierzając do bramki piłkę końcami palców wybił świetnie dysponowany tego dnia Rafał Wcisło. Kilka minut później w dogodnej sytuacji znalazł się Sylwester Kleczka jednak zabrakło trochę szczęścia, aby umieścić piłkę w siatce. Po szybkim początku tempo nieco siadło. Coraz częściej i coraz

dłużej przy piłce utrzymywali się zawodnicy z Torunia, ale nie mieli pomysłu na rozmontowanie obrony Bydgoszczan. Próbowali dośrodkować oraz prostopadłych podań, ale albo były one niecelne, albo bez trudu radził sobie z nimi bramkarz Collegium Medicum Bartosz Bembnista. W 34 minucie w bocznej strefie boiska sfaulował spóźniony Michał Ziółkowski. Do rzutu wolnego podszedł kapitan torunian i precyzyjnie dośrodkował do Bartłomieja Dreslera, który strzałem z woleja umieścił piłkę w siatce.



Walka o piłkę

Po stracie gola studenci z Bydgoszczy ruszyli do ataku jednak nie potrafili do prze-

rwy stworzyć sobie dogodnej sytuacji. Na początku drugiej połowy trener Collegium

Medicum, zdecydował się na wprowadzenie doświadczonego dr. Rafała Różalskiego. Już w pięć minut po wejściu urwał się obrońcom przyjął piłkę na 18 metrze i strzelił nie do obrony. Radość kibiców i całego zespołu była jednak przedwczesna ponieważ sędzia odgwizdał kontrowersyjnego spalonego. Do końca meczu zagrzewani dopingiem bydgoszczanie próbowali zdobyć bramkę wyrównującą, a przeciwnicy bardzo groźnie kontratakowali. Wynik jednak nie uległ zmianie i puchar pojechał do Torunia.

Kolejne „Wielkie Derby” odbędą się w przyszłym roku prawdopodobnie w juwenalia, a oprócz meczu pomiędzy studentami planujemy zorganizowanie meczu pomiędzy profesorami z Bydgoszczy i Torunia.

dr Tomasz Zegarski jest wiceprezesem ds. sportowych AZS CM UMK.



Reprezentacje Collegium Medicum i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika przed meczem

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

www.cm.umk.pl



Zwycięzcy III Mistrzostw UMK w Tenisie Ziemnym o Puchary Prorektora ds. Collegium Medicum

III Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym o Puchary Prorektora ds. Collegium Medicum odbyły się w sobotę 17 maja 2008 roku o godz. 9:00 na kortach TKKF przy ul. Ks. Markwarta.



Wyniki zawodów (w konkurencji mężczyzn)

I miejsce – Aleksander Skop, Szpital Miejski w Toruniu 6:4 6:4

II miejsce – Sławek Jabłoński, Szpital MS-WiA w Bydgoszczy 4:6 4:6

III miejsce – Marcin Grela, Szpital im. dr J. Bizziela w Bydgoszczy 6:4 7:5

IV miejsce – Marcin Gierach, Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy 4:6 5:7

Wyniki zawodów (w konkurencji kobiet)

I miejsce – Paulina Geszke, V rok fizjoterapii 4:6 7:5 6:4

II miejsce – Zuzanna Lewandowska, III rok fizjoterapii 6:4 5:7 4:6

III miejsce – Agnieszka Malak, III rok biotechnologii 2:6 3:6