

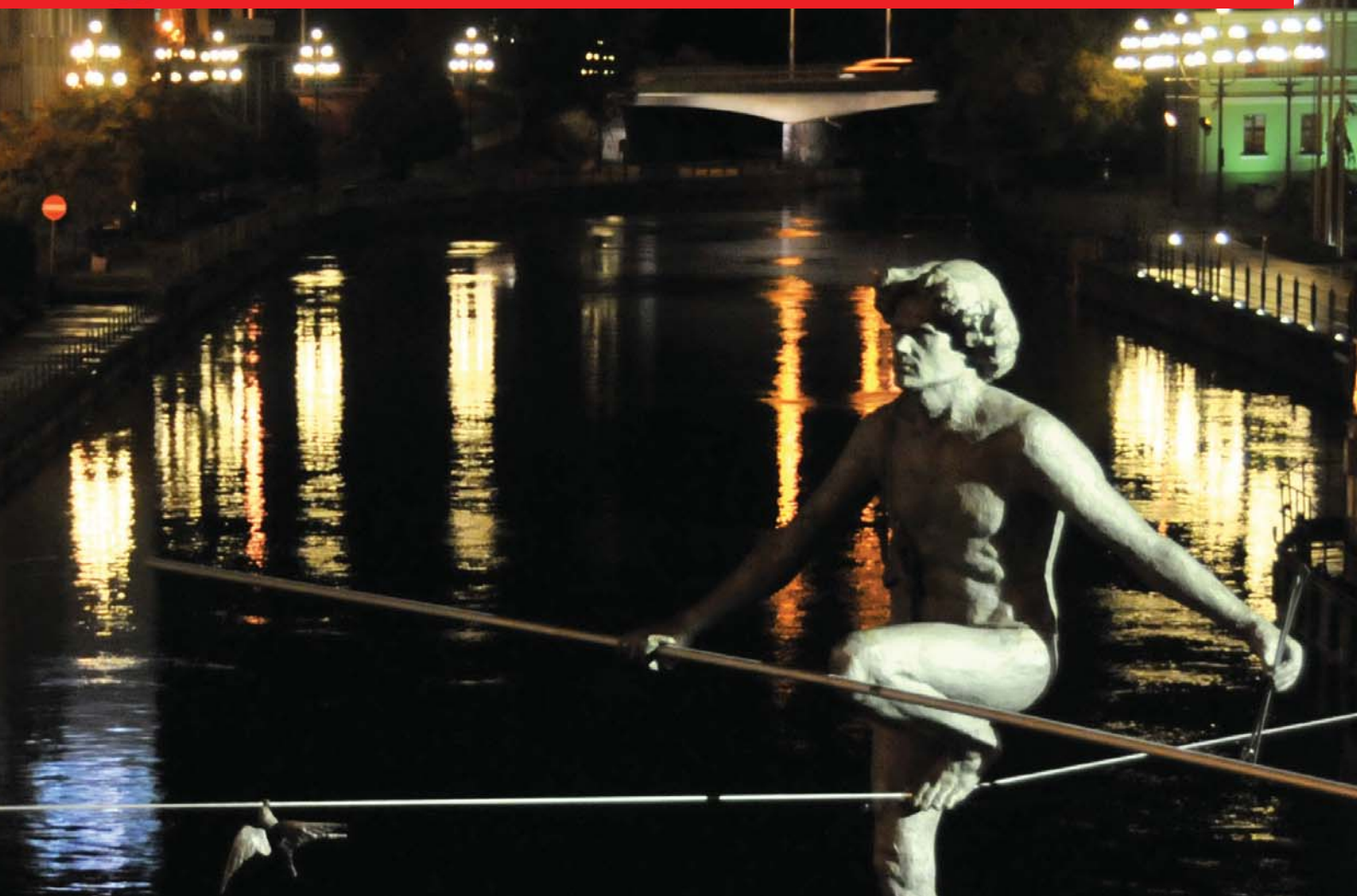


# Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

**Nr 34**  
Listopad 2009



**25 LAT OD POWOŁANIA W BYDGOSZCZY  
AKADEMII MEDYCZNEJ**

**5 lat Collegium Medicum**

**50 lat pracy prof. dr. hab. Jana Domaniewskiego  
w grodzie nad Brdą**

**Każdy pragnie coś po sobie zostawić**

*Wywiad z Mieczysławem Boguszyńskim,  
wieloletnim Dyrektorem Szpitala im. dr. A. Jurasza*

„Życie dobrze użyte jest długie”  
Leonardo da Vinci

Zrządzeniem losu i niezamierzonym trafem kończący się rok 2009 jest jubileuszowym, obfitym w ważne dla naszej społeczności akademickiej rocznice, w tym również Jubileusz Człowieka-Institucji, Twórcy naszej Uczelni Medycznej, Jego Magnificencji Rektora, profesora Jana Domaniewskiego. 50 lat Jego działalności w Szpitalu Klinicznym, 25 lat jako założyciela Akademii Medycznej to już historyczny okres tworzenia podstaw medycyny akademickiej w Bydgoszczy. Przy tym skromne są: 10 lat ukazywania się Wiadomości Akademickich oraz 5-lecie powstania Collegium Medicum.

Serdeczne podziękowania i życzenia wielu jeszcze lat twórczej pracy dla dobra Naszej Uczelni wszystkim Zasłużonym w imieniu Redakcji i Rady Programowej

składa Zbigniew Wolski



## Spis Treści

### Wywiad numeru

Każdy pragnie po sobie coś zostawić,  
wywiad z Mieczysławem Boguszyńskim,  
wieloletnim dyrektorem Szpitala im. dr. A. Jurasza . . . . . 2

### Jak powstawała Akademia Medyczna

Jak powstawała Akademia Medyczna w Bydgoszczy, fragment książki  
„Oddany Sprawie - wywiad rzeka z profesorem Janem Domaniewskim” . . . . . 8

### Polemiki

Tempus fugit . . . . . 14

### Z życia Uczelni

Inauguracja roku akademickiego 2009/2010 . . . . . 14  
Oskary farmaceutyczne - Galeny 2008 rozdane . . . . . 15  
Nowi profesorowie . . . . . 16  
Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii działa już 20 lat! . . . . . 17  
Oskar Pediatrii . . . . . 18  
Nowy Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego . . . . . 18

### Medycyna i pielęgniarstwo

Psychoneuroimmunologia – fakty i kontrowersje . . . . . 19  
O trudnym problemie - czyli o leczeniu, opatrunkach i pielęgnacji ran przewlekłych . . 21  
Pielęgniarstwo nie tylko zawód . . . . . 23

### Lista Filadelfijska

Lista Filadelfijska . . . . . 24

### Z Biblioteki

Repozytoria Open Access a dostęp do wiedzy medycznej . . . . . 30

### Konferencje

Szóste Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii . . . . . 27  
Jak zachować piękno, zdrowie i młodość . . . . . 29  
Prezentacja SKN Bromatologii na ogólnopolskim sympozjum  
naukowym chemii leków w Lublinie . . . . . 33  
Stypendium doktoranckie . . . . . 34  
13th International Meeting on Recent Developments in Pharmaceutical Analysis . . . . 34  
20th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis, Indie . . . . 35  
21th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis, Orlando . . 35

### Ze sportu

Inna strona fizjoterapii . . . . . 36  
Wspinaczka . . . . . 38  
Splyw kajakowy . . . . . 39  
Wielkie derby . . . . . 40

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

### Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:  
prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko  
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK  
prof. dr hab. Bogusław Hładoń  
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień  
dr Krzysztof Nierzwicki  
dr Wojciech Szczęsny  
dr hab. Maria Szewczyk  
dr Janusz Tyloch

### Zespół Redakcyjny:

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

### Adres Redakcji:

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

Skład komputerowy:  
mgr Monika Kubiak

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

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:  
dr Andrzej Drygas, dr Walentyna Korpalska,  
mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska,  
dr hab. Jan Styczyński, dr Wojciech Szczęsny

Okładka: Nocny spacer po linie,  
fot. Grzegorz Kubiak

## Każdy pragnie po sobie coś zostawić

wywiad z Mieczysławem Boguszyńskim, wieloletnim dyrektorem Szpitala im. dr. A. Jurasza

Co cenię u przyjaciół: życzliwość

Moja główna wada: łatwowierność, niepunktualność

Moje ulubione zajęcie: zbieranie starych fotografii

Moje marzenie o szczęściu: spotkało mnie tyle szczęścia, zarówno w życiu rodzinnym, jak i zawodowym, że o niczym więcej nie marzę

Kim (lub czym) chciałbym być, gdybym nie był tym, kim jestem: od wczesnej młodości, nawet w czasie okupacji, gdy było to nierealne, zawsze chciałem być lekarzem

Kiedy kłamię: gdy nie chcę komuś sprawić przykrości, jako lekarz czyniłem to wielokrotnie

Słowa, których nadużywam: słowem „cholera” podkreślam zarówno swoje niezadowolone, jak i zdziwienie

Ulubieni bohaterowie literaccy: Lara z powieści Leona Pasternaka „Doktor Żywago”, Wokulski z „Lalki” Bolesława Prusa – twórczość tego pisarza jest mi szczególnie bliska

Ulubieni bohaterowie życia codziennego: Tadeusz Mazowiecki, Władysław Bartoszewski

Czego nie cierpię ponad wszystko: dwulicowości i megalomanii

Błędy, które najłatwiej wybaczam: niestety, z trudnością zapominam

**Redakcja:** Bardzo nam miło, że zgodził się Pan na wywiad dla czytelników „Wiadomości Akademickich”. Niedawno, bo w tym roku ukazała się Pana książka „Od warsztatu balwierskiego do szpitala uniwersyteckiego”. Czy uważa ją Pan za dzieło swego życia? Czy też już planuje Pan następną?

**Mieczysław Boguszyński:** Jest to na pewno najważniejsza książka, jaką udało mi się napisać. Natomiast, w naturze człowieka jest takie pragnienie, że jak już się napisze jedną książkę, to chciałoby się napisać i drugą. Obecnie zbieram materiały do historii szpitala Jurasza. Praca ta jest już dość zaawansowana. Nadal jednak pracuję w archiwach i prowadzę rozmowy z najstarszymi pracownikami. Ponieważ urodziłem się w Szubinie, również i szubinianie upominają się o historię swojego szpitala, tym bardziej że niebawem mija jego 100-lecie. Nie wiem jednak czy sobie z tym wszystkim poradzę.

**Redakcja:** Czy z perspektywy czasu coś by Pan w swojej książce zmienił?

**Mieczysław Boguszyński:** Na pewno w paru miejscach bym coś dodał. Pytano mnie wielokrotnie o różne rzeczy, dlaczego zabrakło tego czy owego. Tłumaczę wówczas, że chciałem napisać książkę kierowaną przede wszystkim do mieszkańców Bydgoszczy, a także do lekarzy, którzy nie są bydgoszczanami z urodzenia i nie znają historii naszego miasta. Chciałem, by lekarze, którzy się tu osiedlają, mieli chociaż ogólnie rozeznanie w historii Bydgoszczy a szczególnie bydgoskiej medycyny. Kierowały mną również ambicje osobiste. Każdy pragnie coś po sobie zostawić, zwłaszcza wieloletni dyrektor szpitala klinicznego. Myślę, że jest to ważna funkcja, ale

dosyć anonimowa, stąd pomyśl na zaprezentowanie siebie i swych dokonań nie tylko na polu leczniczym czy administracyjnym.

**Redakcja:** Co ma Pan na myśli, mówiąc że funkcja dyrektora jest anonimowa?

**Mieczysław Boguszyński:** Szpital kliniczny, podlegający uczelni ma swoją specyfikę. Na pierwszym planie jest rektor i profesoria – kierownicy klinik i zakładów. To oni występują w mediach i mówią o swoich osiągnięciach. Dyrektor szpitala wraz z współpracownikami ma obowiązek stworzyć im odpowiednie warunki pracy. I tak jest postrzegany w środowisku akademickim, ma być człowiekiem zaplecza. Tymczasem każdy, pracując na odpowiedzialnym stanowisku, a taka jest również funkcja dyrektora szpitala klinicznego, chciałby, by i jego nazwisko gdzieś się pojawiło. To była druga, może nieco egoistyczna przyczyna, dla której zamarzyła mi się książka. Prawda jest też taka, że tak czy inaczej od lat zbierałem materiały z historii medycyny, bo się tym pasjonuję.

**Redakcja:** Ile lat zabrało zebranie i opracowanie materiałów do książki?

**Mieczysław Boguszyński:** Kwerenda zabrała mi około 10 lat. Wymagało to bywania w domach lekarzy i pielęgniarek. W tej chwili, jeśli chodzi o historię szpitala Jurasza, udało mi się np. uzyskać wspomnienia pielęgniarki z 1945/46 roku, a więc o czasach, których już nikt nie pamięta. Dzięki takim odwiedzinom pozyskałem wiele ciekawych, unikatowych zdjęć. Szukałem też w archiwach, zwłaszcza Archiwum Państwowym w Bydgoszczy. Musiałem korzystać niestety również ze źródeł niemieckich, mówię niestety, bo chociaż urodziłem się przed wojną i w czasie wojny dorastałem, a więc siłą rzeczy musiałem mówić po niemiecku, nigdy nie czułem się w tym języku pewnie. Dlatego korzystałem z pomocy znającej dobrze język niemiecki, pani Marii Wrzesińskiej, wieloletniej pracownicy Kliniki Kardiologii, która bezinteresownie tłumaczyła przynieszone przeze mnie teksty.

**Redakcja:** Z jakich źródeł Pan korzystał? Nie miał Pan problemów z dotarciem do wszystkich informacji?

**Mieczysław Boguszyński:** Jeśli chodzi o okres staropolski i zaboru pruskiego, opierałem się głównie o na dokumentach przechowywanych w Archiwum Państwowym w Bydgoszczy. W dalszej kolejności korzystałem ze zbiorów specjalnych i regionalnych Wojewódzkiej i Miejskiej Biblioteki Publicznej w Bydgoszczy. Przejrzałem przy tym sporo artykułów prasowych np. „Bromberg Zeitung” właśnie z czasów zaboru pruskiego.



Mieczysław Boguszyński

Niemcy redagowali czasopisma adresowane do mieszkańców, dzięki czemu gazety tamtego okresu stanowiły prawdziwą kronikę miasta. Pisano wówczas niezwykle solidnie, dokładnie relacjonując wydarzenia. Z czasopism tamtego okresu dowiadywałem się dokładnie np. kiedy szpital został uruchomiony, jaki ksiądz go poświęcił, kto był z przedstawicieli władzy – słowem godzina po godzinie opisywano całą uroczystość. Być może powinienem był także skorzystać ze źródeł archiwów niemieckich, ale nie będąc naukowcem uważałem, że to co znajdę na miejscu wystarczy na potrzeby książki popularno-naukowej, chociaż w całości opartej na faktach. Może mój styl pisania przypomina bardziej narrację aniżeli klasyczny język naukowy, niemniej jednak – chcę to jeszcze raz podkreślić – opierałem się na autentycznych, sprawdzonych wydarzeniach historycznych.

**Redakcja:** Nie zdecydował się Pan jednak na przypisy?

**Mieczysław Boguszyński:** Nie. Chciałem uniknąć przesadnej naukowości, która często zniechęca czytelników. Miałem nadzieję, że sposób, w jaki została napisana książka da asumpt mieszkańcom do zainteresowania się ciekawą historią bydgoskiego lecznictwa.

**Redakcja:** Jak bydgoskie środowisko medyczne przyjęło Pana publikację? Czy docenił Pana ciężką i żmudną pracę?

**Mieczysław Boguszyński:** Myślę, że życzliwie. Świadczą o tym pochlebne opinie wyrażane nie tylko przez znajomych. Dodam, że część nakładu przekazanego do bydgoskich księgarń została już w całości wyczerpana, tylko część pozostała w dyspozycji Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

**Redakcja:** Korzystając z okazji, zapytajmy, kiedy w Bydgoszczy pojawili się pierwsi medycy, a kiedy pierwsi lekarze z dyplomami?

**Mieczysław Boguszyński:** Według zachowanych dokumentów lekarze z wykształceniem uniwersyteckim pojawili się w Bydgoszczy w XVI wieku. Jako pierwszych wymienia się dr. Jana Jaktorowskiego i dr. Marcina Boruckiego. Tego drugiego powołał w 1548 r. na swój dwór król Zygmunt I Stary. Lekarze pojawiali się tam, gdzie można było zarobić na prywatnej praktyce. Bydgoszcz tego okresu jest już rozwiniętym miastem handlowym. Wielu mieszczan mogło sobie pozwolić na opłacenie kosztownych wizyt.

**Redakcja:** A u kogo szukali porady dawni bydgoszczanie, gdy nie było jeszcze medyków?

**Mieczysław Boguszyński:** Korzystał z medycyny ludowej. Najbiedniejsi trafiali w ręce znachorów i wędrownych olejarzy. Pomocy szukali u zielarek i fryzjerów. Niektórzy z balwierzy specjalizowali się w zabiegach chirurgicznych. Tak powstał cech chirurgów.

Zielarki były stopniowo zastępowane przez aptekarzy. Przedstawiciele obydwu zawodów zrzeszeni byli w bractwach cechowych. Swe kwalifikacje zdobywali pokonując kolejne stopnie wtajemniczenia od ucznia przez czeladnika do mistrza. Chirurdzy usuwali zęby, nacinali ropnie, puszczały krew, szyli rany i nastawiali złamania. Aptekarze, także rzemieślnicy, należeli – co ciekawe – do bractwa kupców - kramarzy. Mieli swoje kramy z ziołami, maściami, winem a nawet słodyczami, podobnie jak inni kupcy, na rynku w pobliżu ratusza (apotheka – kram, buda). Ludzi leczyli także łaźiebny, którzy w łaźniach puszczały krew. Była to wówczas jedna z głównych metod leczenia większości chorób. Tak wyglądała opieka medyczna w Bydgoszczy na przełomie XIV i XV wieku. Liczba mieszkańców nie przekraczała w tym okresie 1500 osób.

**Redakcja:** Czy w historii bydgoskiej medycyny pojawiły się momenty, które można by uznać za przełomowe?

**Mieczysław Boguszyński:** Myślę że było ich kilka. W 1836 roku powstał pierwszy Szpital Miejski. Pierwszy aparat rentgenowski zainstalowano w 1897 roku. Z pewnością wielkim wydarzeniem było otwarcie w 1937 roku nowego Szpitala Miejskiego (obecnie Szpital Uniwersytecki nr 1) przy ul. M. Skłodowskiej-Curie. Dla medycyny bydgoskiej w czasach najnowszych przełomem było z pewnością przeniesienie w 1945 roku stolicy województwa do Bydgoszczy a wreszcie utworzenie w 1984 roku w naszym mieście Akademii Medycznej.

**Redakcja:** Opisał Pan ponad 600 lat dziejów medycyny w Bydgoszczy. Czy podczas zbierania materiałów napotkał Pan coś na tyle niezwykle, co przykuło Pana uwagę?

**Mieczysław Boguszyński:** Historii Bydgoszczy uczył mnie Pan Rajmund Kuczma, znany, niestety już nieżyjący, bydgoski historyk. Szczególnie zainteresował mnie okres staropolski. Znając piękną Bydgoszcz współczesną z rozczarowaniem i niedowierzaniem przyjmowałem informacje, że był taki czas, gdy miasto, bez przedmieść, liczyło tylko 3 tysiące mieszkańców, że wiele drewnianych domów krytych było słomą lub gontem, że częściowo brukowane ulice oświetlało w sumie tylko kilka lamp olejowych rozwieszonych na łańcuchach w poprzek jezdni. Miasto rozwinęło w XVI wieku, kiedy zaczęło handlować z Gdańskiem głównie zbożem skupowanym z Kujaw i Wielkopolski, a także własnymi wyrobami ceramicznymi i m.in. piwem. Pojawiało się coraz więcej piętrowych domów murowanych i brukowane ulice.

**Redakcja:** Czy Pańska książka została recenzowana?

**Mieczysław Boguszyński:** Tak miałem recenzenta, historyka dr. Marka Romanu-



1939, Szubin, Boże Narodzenie

ka z Archiwum Państwowego, jednocześnie pracownika naukowego UKW. Usłyszałem wówczas wiele miłych słów pod swoim adresem. Recenzja była wyjątkowo pozytywna. Myślę, że to pomogło mi w uzyskaniu dotacji na wydanie książki od władz miasta. Bydgoska Izba Lekarska już wcześniej zachęcała mnie do napisania tej książki, zapewniając pokrycie znacznej części kosztów wydania.

**Redakcja:** Skąd pojawiło się u Pana owo zainteresowanie historią medycyny? Skąd ta „żyłka” badacza?

**Mieczysław Boguszyński:** Chodziłem do liceum w Wągrowcu o zdecydowanie humanistycznym profilu. Historia stała tam na wysokim poziomie. Uczył nas profesor, który pracował w Archiwum Państwowym w Poznaniu. Pamiętam, jak przywiózł dokumenty, chyba z XV wieku, kazał delikatnie brać do ręki zwisające woskowe pieczęcie, podkreślając, że są to dokumenty mające prawie 500 lat. Umiał opowiadać o historii w sposób niezwy-



1941, Szubin, pierwsza praca opiekuna niemieckiego dziecka



1949, podczas wakacji w liceum Mieczysław Boguszyński (z prawej) powołany do brygady SP na budowę szosy w okolicach Krakowa

kle zajmujący i tak zainteresowałem się historią, chociaż nigdy nie planowałem studiów w tym kierunku. Od czasów okupacji chciałem zostać lekarzem. Niestety, fizyka i chemia stały w owym liceum na słabym poziomie, co przysporzyło mi wielu trudności na pierwszych dwóch latach studiów medycznych.

**Redakcja:** Dlaczego Wybrał Pan studia medyczne?

**Mieczysław Boguszyński:** Z bardzo prozaicznego powodu. W czasie okupacji, którą przeżyłem w Szubinie, pracowałem z ojcem w niemieckim zakładzie rzemieślniczym. Ojciec jako krawiec, ja od 10-tego roku życia kolejno jako goniec, niańka (niańczyłem syna właścicieli) wreszcie od 14-tego roku życia jako uczeń krawiecki. W tym samym domu mieszkał niemiecki lekarz, który miał piękne, wyściełane czerwona skórą, czarne BMW z radiem i kierowcą Polakiem ubranym na granatowo w służbowej czapce. Widziałem, jak pan doktor schodził po schodach na podwórze, siadał na tylnym siedzeniu, a kie-

rowca wioził go na wizyty. A ja rąbiąc drewno przyglądałem się tej scenie wielokrotnie. I stąd się wzięła moja, chyba nieco dziecinna fascynacja. Jak tylko wojna się skończyła, po liceum poszedłem na studia medyczne do Gdańska.

**Redakcja:** Ale praktykującym lekarzem nie był Pan zbyt długo?

**Mieczysław Boguszyński:** Ależ nie, praktykowałem wiele lat. Zaczynałem w 1957 roku w szpitalu w Szubinie. Byłem z pierwszego rocznika, który nie podejmował pracy z nakazu, ale za to musiał przejść staż przed-dyplomowy. Odbywałem go w Bydgoszczy. Miasto podobało mi się, tu chciałem podjąć pracę. Byłem jednak dość naiwny. Okazało się bowiem, że wszystkie miejsca dla kandydatów na internę były już dawno „obsadzone” przez moich kolegów ze studiów, którzy stąd pochodzili. A nigdy nie chciałem być zabiegowcem. Wtedy przypomniałem sobie hasło uczelnianego ZMP, do którego prawie wszyscy należeliśmy, że najpiękniejszą rzeczą jest praca w mieście rodzinnym. Jak to w życiu większość tych krzykliwych aktywistów do rodzinnych miejscowości nie przeniosła się. Prawie wszyscy zostali w Gdańsku. Ja zgodnie z zaleceniami wróciłem do rodzinnego Szubina. Początkowo czułem się tutaj nieswojo, ponieważ wszyscy pamiętali mnie jako małego chłopca, biegającego w krótkich spodenkach na szelkach. Przez pierwsze dwadzieścia lat z najomni zwracali się do mnie po prostu po imieniu, miast - jak do moich kolegów - „panie doktorze”, co mnie po cichu oburzało. Później, kiedy mieszkańcy przekonali się, że jestem takim samym lekarzem, jak moi koledzy, zaczęli do mnie mówić „panie doktorze”, to z kolei sprawiało, że czułem się jeszcze bardziej nieswojo. W szubińskim szpitalu pracowałem początkowo jak inni lekarze (a było nas czworo plus dyrektor) na wszystkich oddziałach: internie, chirurgii, pediatrii i położnictwie. Między innymi trzymałem haki podczas zabiegów chirurgicznych. W 1963 r. otrzymałem zgodę na zorganizowanie od-

działu zakaźnego. Kierowałem nim do 1977 roku. Blisko 17 lat pracowałem również w pogotowiu ratunkowym. Jeździłem po powiecie szubińskim. Pamiętam jak stare auta marki warszawa z trudem pokonywały zimą gasy śnieżne, a drogi wtedy były o wiele gorzej. Stawało się na tylnym zderzaku, by samochód stał się cięższy. Gdzieś z daleka migały światła naftowej lampy, którą wzywający, czekając na pomoc, wskazywali drogę dojazdu.

**Redakcja:** Oprócz typowej praktyki lekarskiej zajął się Pan także patomorfologią?

**Mieczysław Boguszyński:** W 1962 roku przyjechał z Gdańska doktor Jaszczenko, adiunkt z Zakładu Patomorfologii tamtejszej Akademii Medycznej, konsultant dla województwa bydgoskiego, który zasugerował, że w szpitalu powinien się któryś z lekarzy specjalizować w anatomii patologicznej. Wówczas dyrektor szpitala skierował mnie na sześciomiesięczny kurs patomorfologii w Gdańsku. Dr Jaszczenko dla zachęty podkreślał, że pamięta mnie z ćwiczeń, na których dobrze sobie radziłem. Wątpię czy rzeczywiście mnie pamiętał. Zachęcał bo kandydatów nie było. Zgodziłem się. W Gdańsku studiowała wówczas moja przyszła żona, więc mój półroczny tam pobyt pozwolił mi być blisko niej, co było dodatkową zachętą. Kurs był niezwykle trudny, wymagająca była zwłaszcza doc. Ewa Bojowa. Skończywszy kurs wróciłem do Szubina. Zaczęła się dodatkowa praca w prosektorium. W województwie była zasada dokonywania sekcji zwłok wszystkich pacjentów zmarłych w szpitalu, stąd pracy było sporo.

**Redakcja:** I pierwszy stopień specjalizacji uzyskał Pan z patomorfologii?

**Mieczysław Boguszyński:** Podjąłem specjalizację u Jana Domaniewskiego. Zbiegło się to w czasie z przygotowaniem do specjalizacji II stopnia z chorób zakaźnych. Ówczesny konsultant wojewódzki dr Marian Barciszewski, mając na uwadze fakt, iż wykonywałem sporo sekcji, poradził mi, abym specjalizowałem się równocześnie z patomorfologii, dzięki czemu z pewnością będę lepszym lekarzem. Nauczył mnie to głębszego myślenia przyczynowego. I miał rację. W diagnostyce czułem się potem znacznie lepiej i pewniej. A w latach sześćdziesiątych o komputerach nikt jeszcze nie myślał. Co prawda, teraz nie ułatwia mi to życia, bowiem najmniejszy objaw choroby u siebie zawsze analizuję z punktu widzenia patomorfologa. Czasem powoduje to duży dyskomfort psychiczny. Jako ordynator oddziału uzyskałem II stopień specjalizacji z chorób zakaźnych u prof. Wiktora Bincera w Gdańsku.

**Redakcja:** A więc został Pan zakaźnikiem?

**Mieczysław Boguszyński:** Tak. Wprowadził w latach sześćdziesiątych nadal dominowała gruźlica, jednak i inne choroby zakaźne nie ustępowały. Mój 35 łóżkowy oddział powstał



W Szpitalu Powiatowym w Szubinie (Mieczysław Boguszyński na drugim planie), początek lat 70. XX w.

w drewnianym poniemieckim baraku. Był bardzo potrzebny. Wprowadzane szczepienia ochronne nie zdołały jeszcze odnieść pełnego skutku m.in. z braku przekonania u rodziców do ich skuteczności. Nadal więc zdarzała się błonica, powikłany kszusiec i płonica, ciężkie ropne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, a w rolniczym powiecie szubińskim także leptospirozy. W swej pracy przeżyłem również okres epidemii choroby Heinego-Medina. Dopiero w latach siedemdziesiątych powodem hospitalizacji było głównie wirusowe zapalenie wątroby.

**Redakcja:** Jak Pan przeszedł do administracji?

**Mieczysław Boguszyński:** Ponieważ miałem specjalizację z chorób zakaźnych, z obowiązku zostałem również Powiatowym Inspektorem Sanitarnym. Był to pierwszy mój kontakt z administracją. Trafiłem wówczas na kilkumiesięczny kurs do Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, pod opiekę znakomitego uczonego – profesora Feliksa Przesmyckiego, który zasłynął z przygotowania do produkcji pierwszej polskiej szczepionki przeciw chorobie Heinego-Medina. Nadal jednocześnie prowadziłem oddział zakaźny.

Tymczasem w 1973 roku nastąpiły duże zmiany organizacyjne w służbie zdrowia. Powstawały Zespoły Opieki Zdrowotnej. Likwidowano wówczas stanowiska dyrektorów szpitali i tworzono dyrekcję, której podporządkowano wszystkie jednostki organizacyjne lecznictwa w całym powiecie. Dyrektor ZOZ-u w Szubinie potrzebował zastępcy. Pod ręką miał mnie jako inspektora sanitarnego. Wpadł na pomysł, że mogę być jego zastępcą. I tak zostałem wicedyrektorem ds. lecznictwa. A ponieważ przede wszystkim angażowałem się w sprawy prowadzonego oddziału zakaźnego, bez mojej wiedzy, przy współudziale Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia mój oddział został zamknięty. Tłumaczono, że powstał nowoczesny oddział zakaźny w Świeciu, a dawne choroby zakaźne powoli odchodziły w niepamięć.

**Redakcja:** A w jaki sposób trafił Pan do Bydgoszczy?

**Mieczysław Boguszyński:** Uważaliśmy z żoną, (pracowała na oddziale dziecięcym, kierowała laboratorium szpitalnym oraz punktem krwiodawstwa, zresztą krwiodawstwo pozostała wierna do dziś w Bydgoszczy) że w Szubinie osiągnęliśmy wszystko co mogliśmy. Wydawało się nam, że nic nowego już tutaj nas nie spotka. Ponadto córka jedynaczka dojeżdżała do liceum w Bydgoszczy, więc zaczęliśmy myśleć o przenosinach. Zaplanowaliśmy wyjazd w Polskę, lubię góry, więc szykowaliśmy się do Bielska-Białej, gdzie były etaty zarówno dla analityka jak i zakaźnika. Pojechałem do kierownika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr. Mariana Piotrowskiego, by poinformować go o naszej decyzji. Spotkałem się z odmową, jako że wielu lekarzy odchodziło wówczas do nowopowstałych województw czasów gierkowskich. W zamian zaproponował mi pracę w Bydgoszczy, obiecując równoległe pracę dla żony, a nawet mieszkanie. Do wyboru miałem dwie funkcje: szefa działu metodyczno-organizacyjnego w ZOZ-ie nr 2 na Kapuściskach i zastępcy dyrektora ds. lecznictwa podstawowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. I tak za namową żony w 1978 roku zostałem zastępcą dyrektora ds. lecznictwa podstawowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, który obejmował swym zasięgiem prawie wszystkie miejscowe szpitale i część przychodni po jednej stronie Brdy, oraz część powiatu bydgoskiego. Podlegało mi kilkanaście przychodni rejonowych i pół powiatu. Praca układała się dobrze. Mam łatwość nawiązywania kontaktów z ludźmi. Kierownikami przychodni były często lekarki. Pracowały w trudnych warunkach przy bardzo skąpej obsadzie personalnej. Moja pomoc nie była może zbyt efektywna, ale były wdzięczne gdy wspomagałem je np. lekarzami stażystami, gdy przywiozłem rzemieślnika który naprawił ciekający od dawna kran itp. Podołała im się taka współpraca. Opinie te odegrały niewątpliwie istotną rolę w mojej dalszej pracy.

**Redakcja:** Praktykował Pan jeszcze jako lekarz?

**Mieczysław Boguszyński:** Początkowo praktykowałem jeszcze w Szpitalu Zakaźnym w Bydgoszczy. Nie chciałem bowiem tracić kontaktu

z zawodem, obawiając się, że gdy kiedyś przyjdzie mi pożegnać się z pracą administracyjną, o co nie trudno, i wrócę do profesji lekarza, będę musiał wszystkiego uczyć się od nowa. Szybko okazało się jednak, że nie da się pogodzić praktyki z pracą na stanowisku dyrektora.

**Redakcja:** A jak został Pan dyrektorem szpitala XXX-lecia?

**Mieczysław Boguszyński:** W czerwcu 1980 roku oddano do użytku obecny Szpital im. dr. J. Bizuela, wówczas XXX-lecia PRL. Jednocześnie z uwagi na planowany wielki remont i rozbudowę Szpitala Jurasza na potrzeby przyszłej Akademii Medycznej, wszystkie oddziały z Jurasza przeniesiono do Bizuela i tak w tym samym budynku egzystowały dwa niezależne zespoły i dwie dyrekcje: Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego i Szpitala XXX-lecia PRL. Pierwszy dyrektor Szpitala XXX-lecia w budowie dr Ryszard Długolecki jednostkę wyposażył i uruchomił. Potem przeszedł do innej pracy. W 1981 r. szukano nowego dyrektora. Wówczas nie ogłaszano konkursu. Wojewódzki Wydział Zdrowia zaproponował do wyboru pięciu kandydatów. Powołana komisja złożona z przedstawicieli Solidarności, PZPR i Wydziału Zdrowia wybrała mnie. O tym że jestem jednym z kandydatów, nie wiedziałem. Przypuszczam że ważną rolę odegrała opinia, wspomnianych wcześniej, kierowników przychodni rejonowych. Obawiałem się, że nie podołam. Pod jednym dachem dwie niezależne jednostki organizacyjne, 900 łóżek, współpraca z profesorami. Pierwsze spotkanie z dr. Grzegorzem Hauslingerem przedstawicielem Solidarności jakby te obawy potwierdziło. Przyszedł z magnetofonem i rozmowę nagrywał. Pomyślałem, nie dobrze, od początku nie darzy mnie specjalnym zaufaniem. Potem kiedy brał udział w naradach i widział co można, a czego nie da się wykonać, nawiązaliśmy rzeczową, koleżeńską współpracę.

**Redakcja:** Od dłuższego czasu znał się Pan z prof. Janem Domaniewskim. Pamięta



1989, na otwarciu Szpitala im. dr. A. Jurasza po modernizacji, w obecności m. in. przedwojennych pracowników Szpitala, przemawia Mieczysław Boguszyński

Pan jego starania i początki samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy?

**Mieczysław Boguszyński:** Znajomość z prof. Domaniewskim datowała się od lat sześćdziesiątych, szkoliliśmy się w patomorfologii. Bliżej poznaliśmy się, gdy byłem dyrektorem szpitala XXX-lecia PRL. Starania o powołanie w Bydgoszczy Akademii Medycznej trwały z wznastającą intensywnością od początku lat siedemdziesiątych. Zawsze wiodącą rolę odgrywał prof. Jan Domaniewski. Był uparty, umiał porozumiewać się i przekonywać władze, zarówno wojewódzkie jak i centralne. Na terenie województwa było łatwiej. Kolejni wojewodowie inicjatywę wspierali. Gorzej z centralą. Ościenne akademie medyczne zachowywały się również bardzo powściągliwie. Pamiętam, jak prof. Mariusz Żydowo Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku stwierdzał, że akademia powstanie może za 20 lat. Bo nawet najładniejszy szpital nie wystarczy, gdy w Bydgoszczy brak wystarczającej liczby samodzielnych pracowników nauki i rozbudowanych, nowoczesnych zakładów teoretycznych. Prof. Domaniewski, wspierany przez miejscowych kolegów profesorów i niektórych bydgoskich lekarzy, jeździł przekonywał, zapraszał komisje sejmowe, ministrów zdrowia i pokazywał jak szybko prace przygotowawcze postępują.

**Redakcja:** Warunkiem powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy była odpowiednia baza teoretyczna i kliniczna...

**Mieczysław Boguszyński:** Powstanie Akademii Medycznej wymagało nie tylko wybudowania zakładów teoretycznych, ale i rozbudowy bazy klinicznej. Powstał budynek patomorfologii i medycyny sądowej, ale rozgorzała wojna o szpital Jurasza. Koszty, jakie miało ponieść województwo były ogromne. Początkowo była mowa tylko o remoncie szpitala, później o potężnej rozbudowie, dlatego trzeba było przenieść oddziały kliniczne, o czym wspominaliśmy. A działo się to w bardzo trudnym okresie wielkiego kryzysu gospodarczego lat osiemdziesiątych. W szpitalu panowała taka bieda, że często ratunkiem były materiały opatrunkowe, strzykawki i środki czystości pozyskiwane z darów zagranicznych.

Rozbudowa szpitala w tamtych czasach była wyjątkowo trudnym przedsięwzięciem. Władze centralne ideę popierały, ale znaczą część kosztów przerzuciły na województwo. Chcecie mieć akademię to pomagajcie.

**Redakcja:** Był Pan współorganizatorem przyszłego Państwowego Szpitala Klinicznego i żywo uczestniczył w jego rozbudowie.

**Mieczysław Boguszyński:** Akademia Medyczna powstała ostatecznie w 1984 r. W tym czasie trwała nadal rozbudowa i modernizacja Szpitala im. dr. A. Jurasza - przyszłego szpitala klinicznego. W Szpitalu XXX-lecia PRL funkcjonowały dwa niezależne zespoły. Minister Zdrowia zaproponował by je czasowo połączyć i utworzyć jeden szpital kliniczny. Lekarz Wojewódzki nie wyrażał zgody. Zdecydowało porozumienie prof. J. Domaniewskiego z wojewodą - czasowo cały szpital przy ul. Kornela Ujejskiego przejmie Akademia Medyczna jako Państwowy Szpital Kliniczny. Na wniosek Rektora prof. J. Domaniewskiego zostałem w 1985 r. powołany przez Ministra Zdrowia na pierwszego dyrektora. Dodatkowo przez następne 4 lata prawie codziennie od godzin południowych w kurtce roboczej i gumiakach doglądałem remontu i organizacji nadal remontowanego Szpitala im. dr. A. Jurasza. Organizowałem nowe zespoły zaplecza technicznego, gospodarczego i administracyjnego. Przyjmowaliśmy nowe umeblowanie i wyposażenie techniczne. Z przyszłym dyrektorem szpitala im. dr J. Bizieła walczyliśmy o personel fachowy, którą trzeba było podzielić między dwa szpitale. Ostatecznie unowocześniony Szpital im dr. A. Jurasza oddano do użytku w marcu 1989 r.

**Redakcja:** Rozbudowa szpitala Jurasza miała m.in. umożliwić lepszą dydaktykę?

Tak. Warunki do prowadzenia dydaktyki w Szpitalu na ul. Ujejskiego były raczej skromne. Aby w Szpitalu im. dr. A. Jurasza stworzyć pod tym względem lepsze zmniejszono liczbę klinik do dwóch na każdej kondygnacji. W sąsiednim budynku audytoryjnym powstała sala wykładowa i sale seminaryjne oraz biblioteka.

**Redakcja:** Czy udało się zrealizować wszystkie ówczesne zamierzenia?

**Mieczysław Boguszyński:** W zasadzie tak. Jednak dość szybko okazało się, że niezbędna jest dalsza modernizacja. Pamiętam, że podczas jednej z ostatnich narad z inżynierami i wykonawcami wyrażałem naiwnie zadowolenie, że wreszcie kończy się rozbudowa i będzie można spokojnie pracować. Fachowcy doświadczeni w budownictwie szpitalnym natychmiast wyprowadzili mnie z błędu. Modernizacja szpitala trwa całe jego życie. Minęło zaledwie 20 lat i szpital Jurasza rzeczywiście przygotowuje się do kolejnej rozbudowy.

**Redakcja:** Jednak rozbudowa znacznie poszerzyła możliwości szpitala...

**Mieczysław Boguszyński:** Nie tylko sama rozbudowa, ale przede wszystkim stworzone możliwości wprowadzania coraz bardziej nowoczesnego wyposażenia. Od początku odczuwaliśmy korzyści wynikające z utworzenia Szpitala Klinicznego podległego Ministerstwu Zdrowia. Mieliśmy nie tylko nieco lepsze płace, ale także pierwszeństwo w kolejce do wyposażenia i sprzętu fundowanego przez resort zdrowia.

**Redakcja:** Powróćmy do lat, gdy był Pan pierwszym dyrektorem ówczesnego Państwowego Szpitala Klinicznego (1985-1999). To niezwykle długi okres prowadzenia tak rozbudowanej instytucji, tym bardziej, że był to czas wielkich przemian polityczno-społecznych. Ciekawi nas (czytelników) jak wyglądało kierowanie Szpitalem w czasach socjalizmu, a jak po roku 1989?

**Mieczysław Boguszyński:** W czasach socjalizmu wszystko odbywało się według zasad nakazowo rozdzielczych. Szpital utrzymywany był ze środków budżetowych. Oddzielny, nieprzekraczalny paragraf dotyczył funduszu płac, inny gromadził środki na działalność bieżącą, jeszcze inny na zakupy inwestycyjne. Pod koniec roku zdarzały się niespodzianki w postaci przekazywania dodatkowych środków, które musiały być wykorzystane do końca grudnia. Brak operatywności w tym zakresie groziło zmniejszeniem budżetu o taką kwotę w następnym roku. Zakupy kosztownej aparatury medycznej najczęściej realizowało ministerstwo. Bardzo pomagała operatywność i znajomości. Limitowany fundusz płac nie pozwalał na wielkie różnicowanie i nagradzanie lepszej pracy. Z reform służby zdrowia najbardziej podobał mi się okres kas chorych, a także rządu Tadeusza Mazowieckiego i Jacka Kuronia. Doceniali oni służbę zdrowia, dbając o podwyżki i co kwartał wyrównując je do średniej krajowej. Obecne kontrakty pozwalają lepiej zarabiać, jest to może i dobre rozwiązanie pod warunkiem, że wszyscy na takim samym stanowisku pracy objęci są podobnymi zasadami. Inaczej grozi to nieporozumieniami, a przestrzeganie zasady ochrony danych osobowych budzi domysły i podejrzenia.

**Redakcja:** Jakie rafa i mielizny napotkał Pan w karierze dyrektora Szpitala?



1997, po otwarciu Zespołu Poradni Przyklinicznych, od lewej: Mieczysław Boguszyński, prof. dr hab. Jan Domaniewski, Minister Zdrowia Wojciech Maksymowicz, dr hab. Jan Talar

**Mieczysław Boguszyński:** Każdy dyrektor, zwłaszcza duży szpitala jest na nie skazany. Szczególnie trudne było godzenie wielokierunkowej podległości organizacyjnej. Państwowy Szpital Kliniczny podlegał Ministrowi Zdrowia, który zlecał nadzór nad nim Rektorowi Akademii Medycznej. I do tego momentu wszystko układało się bardzo dobrze. Jednak w imieniu rektora dyrektorowi miał pomagać prorektor ds. klinicznych i szkolenia podyplomowego. Dyrektor Administracyjny Akademii i kwestor też uważali, że mogą ingerować. Niestety, mimo doskonałego kontaktu z rektorem, nie wszyscy prorektorzy byli łatwi we współpracy. Najmilej wspominam czasy, gdy prorektorem był prof. Zbigniew Wolski. Nie wolno przy tym zapominać, że za szpital odpowiadał zawsze jednoosobowo jego dyrektor. To on z ministerstwa otrzymywał środki na działalność bieżącą, płace i zakupy inwestycyjne. W razie kontroli, również tej bardzo trudnej z Najwyższej Izby Kontroli odpowiadał wyłącznie dyrektor szpitala.

**Redakcja:** Jak układała się współpraca z wieloletnim rektorem, prof. dr. hab. Janem Domaniewskim?

**Mieczysław Boguszyński:** Od początku był mi bardzo życzliwy. Wspierał mnie w trudnych decyzjach. Kilkakrotnie obronił mnie, gdy zagrożone było moje stanowisko. Do dziś szczerę się jego przyjaźnią.

**Redakcja:** Co uważa Pan za swoje największe osiągnięcie zawodowe? A co za największą porażkę?

**Mieczysław Boguszyński:** Największe osiągnięcie (choć nie lubię tego słowa) to udział w tworzeniu i kierowanie pierwszym w Bydgoszczy Państwowym Szpitalem Klinicznym. Bardzo chciałem pozostawić po sobie placówkę w pełni skomputeryzowaną. Niestety, na przeszkodzie stanął brak środków. Za moich czasów szpital też miał dług, ale wtedy było to inaczej rozwiązywane. Pomagało Ministerstwo Zdrowia. Oczywiście związane to było z bardzo nieprzyjemnymi rozmowami w departamencie ekonomicznym. To, co postrzegam jako sukces to fakt, iż doprowadziliśmy szpital kliniczny do uruchomienia od strony organizacyjnej, chociaż były to czasy trudne i kryzysowe. Istotne było także to, że dwa rozdzielone szpitale zaczęły od razu normalnie funkcjonować. Ponadto, gdy w styczniu 1999 roku odchodziłem na emeryturę, pozostawiłem szpital całkowicie oddłużony.

**Redakcja:** Co sądzi Pan o współczesnej rozbudowie Szpitala i jego strukturze?

Nowoczesny szpital uniwersytecki skazany jest na ciągłe usprawnienia i unowocześnianie. W planach jest dalsza duża rozbudowa. Wiem, że potrzebny jest nowy blok operacyjny. Tylko dlaczego musi się to odbywać kosztem wejścia głównego? Widziałem wiele nowoczesnych ośrodków klinicznych

w Europie. Zawsze było wejście główne dla interesantów z szatnią, poczekalnią, kawiarnią, często z kwaciarnią. Że nie jest to tak ważne? Wbrew pozorom dla pacjentów i ich rodzin bardzo istotne. Szkoda również, że w nowoczesnej przychodni nie wykorzystuje się stanowisk rejestracyjnych przygotowanych na poszczególnych kondygnacjach oddzielnie. Projekt był wzorowany na doświadczeniach holenderskich. W planie była rejestracja telefoniczna i gońcy, którzy roznosiliby historie chorób po wszystkich stanowiskach rejestracyjnych. Rozumiem, że chodzi o oszczędności. Jednak dla pacjentów byłoby to wielkie udogodnienie.

**Redakcja:** Co sądzi Pan o dzisiejszych wyzwaniach stojących przed dyrektorem Szpitala? Jak powinien radzić sobie w obecnej rzeczywistości? Kilka rad od człowieka doświadczonego...

**Mieczysław Boguszyński:** Trudno mi się na ten temat wypowiadać. Osobiście pracowałem w całkiem innych realiach. Szpital był jednostką budżetową finansowaną przez państwo. Istnieją jednak zasady stałe aktualne. W nowych warunkach prawo dyrektora do podejmowania w pełni suwerennych, samodzielnych decyzji powinno być w przepisach i regulaminach jeszcze silniej wyrażone. Oczywiście zawsze niezbędna jest partnerska współpraca z kierownikami podległych jednostek. Moim zdaniem daje to znacznie lepsze efekty niż metoda autokratyczna. Warunek, że podlegli szefowie autentycznie w zarządzaniu współuczestniczą. Dyrektorowi bez takiego wsparcia jest o wiele trudniej. Pracy dyrektorskiej nie ułatwiają klakierzy. Tych wystrzeżałbym się najbardziej. Niestety sam w takie zasadzki też kilka razy wpadłem.

Szkoda, że tak często zmieniali się w ostatnich kilku latach dyrektorzy szpitala. Moim zdaniem każda taka zmiana burzy tok pracy. Ludzie od nowa muszą się poznać. Przecież każdy nowy dyrektor ma jakiś swój program. Chce go realizować, co nie jest możliwe w ciągu roku, a nawet w nieco dłuższym przedziale czasowym.

**Redakcja:** Co sądził Pan o połączeniu Akademii Medycznej z UMK?

**Mieczysław Boguszyński:** Tę nową sytuację, szczęśliwie dla mnie, obserwowałem już jako emeryt. Od początku wydawało mi się, że to zły kierunek dla Bydgoszczy, chociażby ze względu na niezwykle nobilitujący charakter, jaki uczelnia medyczna nadaje miastu. Przecież wszystko powstawało tu w Bydgoszczy. Miasto bardzo pomagało w przygotowaniu bazy lokalowej. Toruń nie miał z tym nic wspólnego. Jeżeli Akademia nie chciała się łączyć z miejscowym uniwersytetem, mógł powstać, jak w innych miastach, uniwersytet medyczny. Strasznie że Akademia skazana jest na likwidację nie było niczym uzasadnione. Żadna nie została zamknięta.

**Redakcja:** Czy możemy także prosić o kilka słów nakreślających życie prywatne Pana Dyrektora? Rodzina, przyjaciele, pasje...

**Mieczysław Boguszyński:** Znatury jestem pesymistą. Do dziś się dziwię, że udało mi się w życiu skutecznie uczestniczyć w tylu ciekawych inicjatywach. Teraz też obawiam się, że nie zdążę zabrać materiału do historii Szpitala im. dr. A. Jurasza. Jako dyrektor nigdy nie siadałem w czasie uroczystości w pierwszych rzędach, o co pan Rektor miał do mnie pretensje. To takie moje usposobienie i naiwne rozumowanie, że jeżeli uczciwie pracuję to ktoś to rzetelnie oceni i doceni bez mojego upominania się. Mimo ułomności charakteru, zdecydowanie powiodło mi się w życiu rodzinnym. Żona, córka i zięć są też lekarzami. Szczęśliwym małżeństwem jesteśmy od 47 lat.

Obok zainteresowania historią, o której mówiliśmy, przez wiele lat wyżywałem się w sporcie. Szczególnie bliska była mi siatkówka. Chętnie uprawiałem strzelectwo sportowe. Był to wspaniały relaks po pracy. Skupienie się na jednym strzale pozwalało odciąć się od całego świata.

**Redakcja:** Dziękujemy za rozmowę.

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



1998, ostatnie spotkanie sylwestrowe przed odejściem Mieczysława Boguszyńskiego na emeryturę



## Jak powstawała Akademia Medyczna w Bydgoszczy

fragment książki Krzysztofa Nierzwickiego „Oddany Sprawie - wywiad rzeka z profesorem Janem Domaniewskim”

*Tekst jest fragmentem książki Krzysztofa Nierzwickiego „Oddany Sprawie” - wywiadu rzeki z profesorem Janem Domaniewskim, publikacji uświetniającej 50-lecie pracy zawodowej Profesora oraz 25-lecie Akademii Medycznej w grodzie nad Brdą.*

### Filia Akademii Medycznej w Gdańsku

**Krzysztof Nierzwicki:** Od tego momentu pozostał zaledwie krok od utworzenia w Bydgoszczy filii Gdańskiej Akademii Medycznej. Wydaje się, że były to niezwykle pracowite lata w Pańskim zawodowym życiu naznaczone sporym obciążeniem dydaktycznym, nieustannymi podróżami do Gdańska, a ponadto odpowiedzialnymi funkcjami w uczelni i szpitalu im. dra A. Jurasza.

**Jan Domaniewski:** Rzeczywiście okres ten był bez reszty wypełniony pracą. Rzuciłem się wówczas w wir obowiązków. W 1973 roku zostałem docentem i rozpocząłem zajęcia dydaktyczne z patomorfologii dla studentów w Bydgoszczy, raz w tygodniu natomiast prowadziłem wykłady w Gdańsku. Ponadto zostałem pełnomocnikiem rektora ds. kształcenia podyplomowego na województwo bydgoskie. W szpitalu im. dra Jurasza objąłem funkcję zastępcy dyrektora ds. naukowo-dydaktycznych, będąc odpowiedzialnym za rozbudowę i modernizację szpitala. Jednocześnie ramię w ramię z prof. Bogdanem Romańskim staraliśmy się rozszerzać nauczanie w Bydgoszczy. Skutkiem naszych zabiegów od roku akademickiego 1973/1974 studenci nie byli już przysyłani rotacyjnie na zajęcia do Bydgoszczy, a grupa V roku odbywała zajęcia na miejscu ze wszystkich przedmiotów. Później rozszerzono to na rok VI.

Wreszcie wydarzyła się rzecz najważ-

niejsza. W ostatnich dniach 1974 roku zapadła decyzja rektora i władz wojewódzkich o utworzeniu w Bydgoszczy filii gdańskiej Akademii Medycznej i rozszerzenia nauczania stacjonarnego również na rok IV studiów.

Myslałem wówczas o budowie nowego zakładu patomorfologii i miałem w związku z tym przygotowaną pełną dokumentację takiego przedsięwzięcia. Tymczasem miejscowi przeciwnicy zablokowali rozpoczęcie inwestycji. Pojawiła się wówczas propozycja objęcia kierownictwa zakładu patomorfologii w Gdańsku, w macierzystej uczelni. Rozgoryczony nieprzyjazną atmosferą, zdecydowałem się ją przyjąć. Byłem do tego stopnia zdeterminowany, że nawet kupiłem działkę na Pojezierzu Kaszubskim, zaś w Gdańsku-Wrzeszczu upatrzyłem sobie piękne mieszkanie.

### Jednak pozostał Pan w Bydgoszczy?

Kiedy władze bydgoskie dowiedziały się o moich planach, zawarły ze mną układ – ja zostanę w Bydgoszczy, w zamian za co niezwłocznie rozpocznie się budowa zakładu.

### Czy władze wojewódzkie dotrzymały słowa?

Tak. Zgodnie z umową 1 września tego roku przystąpiono do budowy zakładu patomorfologii, wyburzając wcześniej przedwojenny magazyn stojący w tym miejscu. W lipcu 1976 roku teren prac wizytował szef resortu zdrowia prof. Marian Śliwiński w towarzystwie władz wojewódzkich. Stał wówczas jedynie szkielet dwupiętrowego budynku. Minister zapytał, kiedy zamierzamy oddać go do użytku. Zapewniałem, że za sześć miesięcy – czyli do końca roku. Skwitował to wybuchem śmiechu. Obiecał jednak wówczas, że

jeśli termin ten zostanie dotrzymany, to ministerstwo kupi nam mikroskop elektronowy. Zaczęła się walka z czasem. Budopol Bydgoski, który wznosił nasz zakład realizował w tym samym czasie inną inwestycję – klinikę rządową (obecny Instytut Kardiologii) w Aninie. Nieopodal mieszkał premier Piotr Jaroszewicz, który osobiście interesował się tempem prac. Dyrektor Budopolu naciskany przez premiera, odwołał w pewnym momencie całą ekipę glazurników z Bydgoszczy pracujących na patomorfologii. Wówczas zaczęło się „przeciąganie liny”. Przekupiłem robotników, obiecując po pół litra spirytusu dziennie w rozliczeniu na koniec zadania. Usprawiedliwieniem ich nieobecności w Warszawie-Aninie były załatwienie przeze mnie zwolnienia lekarskie. W efekcie, dokonawszy uprzednio chłodnej kalkulacji, glazurnicy zostali w Bydgoszczy i wykończyli mój zakład.

31 grudnia poinformowaliśmy ministra o zakończeniu budowy. Słowa dotrzymał. Zostaliśmy wyposażeni w wymarzony mikroskop elektronowy.

### Nie wszyscy byli zadowoleni z mającej powstać filii AMG?

Protesty docierały nawet do premiera Jaroszewicza. Jednakże pomimo oporów 1 września 1975 roku w Bydgoszczy utworzono filię Akademii Medycznej z zamiejscowym Oddziałem Wydziału Lekarskiego, którego zostałem kierownikiem.

### Przedmiotem troski Pana Profesora była wówczas jeszcze inna inwestycja, której wykończenie było konieczne natychmiast.

Zdawałem sobie sprawę z tego, że uczelnia musi mieć właściwą bazę lokalową. Mieliśmy zatem w planie 1 października 1975 roku oddać do użytku nowy budynek dydaktyczny niezbędny w celu uruchomienia filii. W obiekcie tym miała być zlokalizowana sala wykładowa na 240 miejsc, kilka sal seminaryjnych, biblioteka i studium języków obcych oraz pomieszczenia administracyjne uczelni. Jako zastępca dyrektora szpitala odpowiedzialny za inwestycje niezbędne do prowadzenia dydaktyki, musiałem zadbać już znacznie wcześniej o eliminację głównego zagrożenia terminowego zakończenia zadania. Był nim dziś już zupełnie niezrozumiały, ale wówczas powszechny brak cementu. W tym samym czasie budowano bowiem w Bydgoszczy gmach opery, a wykonawcy mieli do dyspozycji tylko jedną „gruszkę” betonu dziennie. Dzięki nieustannym moim monitom u najwyższych władz wojewódzkich większość tych „gruszek” trafiała na naszą budowę. W innym wypadku termin 1 października – rozpoczęcie roku akademickiego byłby niedotrzymany.



Bydgoszcz, jubileusz dziesięciolecia pracy w Zakładzie Patomorfologii Szpitala im. dra A. Jurasza, 1969.

Mowa tu oczywiście o budynku, w którym mieści się dzisiaj Biblioteka Medyczna?

Tak. Chcąc pracować w odpowiednich warunkach musieliśmy posiadać nowy budynek o charakterze dydaktyczno-administracyjnym.

W jaki sposób przygotowano ramy organizacyjne filii?

Zorganizowaliśmy 19 klinik i zakładów, których szefowie byli etatowymi pracownikami Akademii Medycznej w Gdańsku, podległymi kierownikowi filii. Zatrudniono ich jednocześnie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Bydgoszczy. Natomiast wszyscy asystenci klinik i zakładów związani byli umowami o pracę ze Szpitalem Wojewódzkim, mając przy tym takie same obowiązki, jak nauczyciele akademicy. Poza pracą usługowo-leczniczą, lekarzy szpitalnych obowiązywało prowadzenie zajęć dydaktycznych ze studentami oraz z lekarzami i innym personelem służby zdrowia w ramach szkolenia podyplomowego, a także udział w pracach badawczych. Pozostawali więc oni formalnie zatrudnieni na etatach szpitalnych, faktycznie zaś byli pracownikami naukowo-dydaktycznymi uczelni medycznej, jaką stała się filia AMG. Powstał zatem w naszym mieście jedyny w swoim rodzaju model całkowitej integracji uczelni ze społeczną służbą zdrowia.

Następne lata przynosiły kolejne inwestycje.

Jesienią 1977 roku przystąpiliśmy do budowy obiektu diagnostyczno-operacyjnego na terenie Szpitala im. dra Jurasza, przeznaczony także dla kilku zakładów naukowo-dydaktycznych. Postanowiłem zrobić tzw. pokazówkę dla senatu Akademii. W dniu inauguracji, odbywającej się w sali wykładowej jej uczestnicy mogli obserwować przez wielkie okna pracujące maszyny przygotowujące wykop pod nowy budynek. Postarałem się, aby właśnie na ten dzień przyjechała koparka i trzy samochody, które wywoziły na przemian wydobytą ziemię. Osiągnąłem zamierzony efekt. Gdańszczanie oniemieli z wrażenia nad organizacją i tempem prac przy kolejnej inwestycji.

Wszystkie działania miały jeden cel – osiągnięcie samodzielności. Rozpoczęły się równoległe intensywne zabiegi, których istotą było podniesienie poziomu naukowego i dydaktycznego bydgoskiej filii.

Zdawałem sobie sprawę, że tylko swą wytrwałością i pracą zdołamy dowieść, że stać nas na osiągnięcie większej samodzielności. W zintegrowanych ogólnopolskich egzaminach testowych dla studentów VI roku, Bydgoszcz zajęła w roku akademickim 1976/1977 pierwsze miejsce. Sukcesem zakończyła się także rywalizacja w roku następnym, kiedy to zajęliśmy drugą lokatę. Również studenci IV roku w kolejnych dwóch latach akademickich udowodnili, że są najlepsi w kraju w dziedzinie patomorfologii. Tak wspinała wyniki

były sukcesem zarówno kadry nauczającej, jak i studentów, pochodzących prawie wyłącznie z regionu kujawsko-pomorskiego. Patriotyzm lokalny i ambicje doprowadzenia do samodzielności uskrzydlały i mobilizowały do intensywnej pracy.

Zdobyliście Państwo w ten sposób uznanie władz swojej Alma Mater?

Skądże. Władze gdańskiej uczelni nie przejawiały entuzjazmu z powodu naszych sukcesów.

To strasznie deprymujące, zważywszy że od dłuższego czasu bydgoscy medycy zabiegając o powołanie na miejsce odrębnego wydziału liczyli na pozytywną opinię środowiska gdańskiego. Dodatkowy asumpt do owych starań przyniosło tragiczne wydarzenie mające miejsce wiosną 1979 roku.

Myśli Pan oczywiście o wypadku samochodowym, jaki zdarzył się w marcu tego roku. Zginęli wówczas dwaj nasi docenci – kierownicy klinik Elżbieta Rusin i Jerzy Łukasik, jadący na posiedzenie Rady Wydziału do Gdańska. Wydarzenie to stało się przełomowym, a zarazem mobilizującym i przyspieszającym moment podjęcia działań na rzecz utworzenia w Bydgoszczy II Wydziału Lekarskiego. Olbrzymim zaangażowaniem wykazały się wówczas miejscowe władze wojewódzkie.

Gdańskie środowisko chyba nie było do końca przekonane o słuszności takich działań?

Niestety, pomimo wielu starań nie znaleźliśmy zrozumienia i poparcia ze strony Gdańszczan. Prorektor ds. Nauki uważał, że jeszcze wiele lat upłynie zanim Bydgoszcz dojrzeje naukowo do samodzielnego wydziału.

## II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku



Bydgoszcz, w Szpitalu im. dra A. Jurasza podczas diagnostyki preparatów, koniec lat sześćdziesiątych XX w.

Wbrew wszelkim przeciwnościom stało się jednak inaczej.

Na szczęście minister zdrowia, po rozważeniu argumentów za i przeciw 23 września 1979 roku podjął decyzję o utworzeniu w Bydgoszczy II Wydziału Lekarskiego gdańskiej Akademii Medycznej, którego zostałem dziekanem. To ważna data w rozwoju bydgoskiego ośrodka nauczania medycyny. Dzielił nas już teraz tylko krok od zupełnego wyodrębnienia się ze struktur macierzystej uczelni. Nasze sukcesy były jednak do tego stopnia obojętne władzom AMG, a nawet je irytowały, że rektor w swoim przemówieniu na inauguracji roku akademickiego 8 października nie wspominał nawet jednym zdaniem, że uczelnia posiada II Wydział Lekarski w Bydgoszczy.

A więc kłopoty jednak się nie skończyły?

O nie. Piętrzone przede mną liczne trudności. Wniosek o nadanie tytułu profesora nadzwyczajnego, po opiniach wszystkich gremiów, został na rok zablokowany przez rektora w ministerstwie. Uważał on, iż nie powinienem uzyskać profesury przed otrzymaniem analogicznego tytułu przez dziekana gdańskiego.

Kolejne szykany, z jakimi spotkaliśmy się dotyczyły kwestii personalnych. W chwili utworzenia II Wydziału Lekarskiego w Bydgoszczy, Akademia Medyczna w Gdańsku dostała dla nas dodatkowe 50 etatów. Jednak w Gdańsku zapadła decyzja przekazania tylko ich połowy, którą ostatecznie również anulowano, tak iż nowo utworzony wydział nie otrzymał ani jednego.

Inny przykład. W roku 1980 przygotowaliśmy wniosek o przyznanie Radzie II Wydziału Lekarskiego uprawnień do nadawania stopnia doktora nauk medycznych w zakresie medycyny, gdyż spełnione zostały ustawowe wymogi, dodatkowo poparte akceptacją Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego



Bydgoszcz, Jan Domaniewski udziela wywiadu dziennikarzom informując o powołaniu w Bydgoszczy Filii AMG i rozpoczęciu budowy Zakładu Patomorfologii, 1 wrzesień 1975.



Bydgoszcz, saperzy wyburzają murowany barak, w miejscu którego powstanie budynek „starej patomorfologii”, 1 wrzesień 1975.

Ministerstwa Zdrowia. Niestety wniosek został w Gdańsku zablokowany.

**Mieliście Państwo ambitne zamierzenia dotyczące eksperymentalnego programu nauczania medycyny...**

Można powiedzieć, że nie były to tylko plany, lecz mające się urzeczywistnić bardzo ambitne przedsięwzięcie. W Ministerstwie Zdrowia bowiem, po konsultacjach z nami, zapadła decyzja o wprowadzeniu w Bydgoszczy pod patronatem i przy pomocy Światowej Organizacji Zdrowia eksperymentalnego zintegrowanego programu nauczania medycyny od pierwszego roku studiów. Wzorowano się na modelu holenderskim. Władze wojewódzkie w 1980 r. postanowiły przekazać dla potrzeb wydziału nowy budynek, w którym zaplanowano lokalizację sześciu zakładów teoretycznych oraz pomieszczenia z basenem dla Studium Wychowania Fizycznego. Do objęcia ich kierownictwa mieliśmy chętnych, samodzielnych nauczycieli akademickich. Przeprowadzenie rekrutacji przewidziano na rok 1981, lecz zawirowania polityczno-społeczne przekreśliły te plany.

**Już w początkach działalności byliście Państwo wysoko oceniani również przez gremia międzynarodowe.**

W październiku 1980 roku Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia zorganizowało tygodniowe sympozjum na temat upraktycznienia nauczania medycyny. Obradowano głównie w Warszawie, a jedyna sesja wyjazdowa odbyła się w Bydgoszczy, gdzie uczestnicy dzielili się swoimi doświadczeniami. Przedstawiciele wielu krajów europejskich i Kanady wysoko wówczas ocenili osiągnięcia dydaktyczne ośrodka bydgoskiego.

**Mimo wszystko gdańska Alma Mater ciągle utrzymywała swój negatywny stosunek do Bydgoszczy...**

W 1981 roku dziekanem bydgoskiego wydziału lekarskiego został prof. Adam Bilikiewicz. Gościliśmy wówczas rektora prof. Mariusza Żydowo i prosił go o poparcie dalszego rozwoju i sukcesywnego wprowadzania nauczania na kolejne niższe lata. Rektor wyraził pogląd, że przez najbliższych 20 lat nie będzie to możliwe, bowiem brak nam kadry kierowniczej i asystentów zakładów teoretycznych oraz odpowiednich warunków lokalowych.

#### **Samodzielna Akademia Medyczna w Bydgoszczy**

Apogeum niechęci do bydgoskich dążeń gdańscy uczeni osiągnęli podczas głosowania senatu AMG mającego wyrazić opinię o powołaniu w Bydgoszczy samodzielnej uczelni medycznej...

W latach 1982 i 1983 władze wojewódzkie prowadziły intensywne działania mające na celu powołanie w Bydgoszczy odrębnej

akademii medycznej. Niezbędna do tego była opinia dwóch innych uczelni, w tym macierzystej. Jako członkowie Senatu AMG byliśmy z profesorami Bilikiewiczem i Romańskim świadkami, jak wszyscy gdańszczanie po kolei wypowiedzieli się przeciw powołaniu w Bydgoszczy akademii medycznej. Ostatni zabrał głos prof. Stefan Raszeja, poprzedni rektor. Wierzył on w niespożytą energię bydgoszczan, będąc nam przy tym bardzo życzliwym. To za jego kadencji rozwijał się bydgoski Zespół Nauczania Klinicznego i przygotowywane było powstanie filii. Zagrał niezwykle inteligentnie. Rozpoczął od stwierdzenia, że i on jest przeciw. Jednakże – kontynuował – daleko lepiej będzie, kiedy Senat sformułuje opinię dyplomatycznie, uzależniając powołanie akademii w Bydgoszczy od powstania tam zakładów teoretycznych. Ponieważ w Gdańsku ich budowa trwała 20 lat, sądzono zatem, że i w Bydgoszczy będzie podobnie. Niezbędna uchwałę podjęto.

**Kolejnym zatem krokiem było staranie o środki finansowe i zgodę na budowę obiektu dla zakładów teoretycznych.**

Oczywiście. Był to warunek uruchomienia uczelni. W lipcu 1983 wojewoda podjął decyzję budowy zakładów teoretycznych, finansując całość ze środków terenowych. Zlokalizowano je przy ulicy Karłowicza. Zostałem włączony w skład komisji, która miała przygotować program budowy oraz uzasadnienie stworzenia samodzielnej uczelni. W rok później powstała – popierająca powołanie akademii – Rada Społeczna, w której skład weszli przedstawiciele czterech województw: bydgoskiego, pilskiego, toruńskiego i włocławskiego. Wizytowało nas wiele gremiów w tym komisje sejmowe oraz Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Wszyscy wypowiedzieli się pozytywnie.

**Owe piękne chwile nie trwały jednak długo...**

Nagle – jak grom z jasnego nieba – w marcu 1984 roku otrzymaliśmy pismo ministra finansów, że akademia bydgoska nie może powstać z powodu deficytu budżetowego i niemożności pokrycia kosztów uruchomienia nowej uczelni. Nastąpiło całkowite załamanie nastrojów. Dziekan Wydziału II prof. Bilikiewicz zrezygnował w tej sytuacji z dalszej pracy w Bydgoszczy i postanowił powrócić do Gdańska, o czym powiadomił wojewodę i I sekretarza KW PZPR.

**Pan jednakże pomimo tego nie zaprzestał dalszych starań?**

W środę Wielkiego Tygodnia wielkanocnego byłem na spotkaniu w Sejmie, któremu przewodniczył Edward Szymański, były wiceprzewodniczący Wojewódzkiej Rady Narodowej w Bydgoszczy, bardzo zaangażowany przed laty w rozwój Zespołu Nauczania Klinicznego. Zaprosił mnie na obiad, podczas którego dopytywał o przygotowania do po-

wstania akademii. Dowiedziawszy się o decyzji ministra finansów, bardzo się zdenerwował i obiecał, że zaraz po świętach doprowadzi do jej zmiany. Orzekł wówczas stanowczo, że pieniądze muszą się znaleźć.

**I znalazły się...**

Po niespełna dwóch tygodniach, w wieczornym dzienniku telewizyjnym podano informację, że rząd podjął decyzję o powołaniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Byłem wówczas na spotkaniu władz wszystkich uczelni bydgoskich w sercu Borów Tucholskich w Tleniu.

**Jakaż to musiały być dla Pana Profesora radość...**

Owszem, chociaż ciągle miałem obawy, jak się okazało nie całkiem bezpodstawne.

**Na jakim tle?**

Jeszcze w czerwcu rektor Akademii Medycznej w Gdańsku, na posiedzeniu komisji Komitetu Centralnego PZPR wystąpiła przeciw powołaniu uczelni bydgoskiej.

**Nie odmieniła tym biegu historii?**

Na szczęście nie. W dniu 21 lipca 1984 roku ustawą sejmową utworzono Akademię Medyczną w Bydgoszczy. Minister zdrowia powołał mnie z dniem 1 września na pierwszego jej rektora.

**Pani rektor była jednak nieustępliwa...**

W lipcu na spotkaniu pożegnalnym z kadrą II Wydziału i władzami bydgoskimi pani rektor usiłowała jeszcze lansować opinię, że byłoby dobrze, aby bydgoska akademia powstała jako uczelnia jednowydziałowa, gdzie rektor byłby jednocześnie dziekanem wydziału. Ministerstwo Zdrowia absolutnie się

z tym nie zgodziło i jeszcze w grudniu tego roku utworzyło Wydział Farmacji. Rozpocząłem w ślad za tym rozmowy z ówczesnym kierownikiem bydgoskiego Studium Farmacji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie prof. Lesławem Wichlińskim, na temat przyłączenia Studium do naszej uczelni. Proponowałem na wzór amerykański zorganizowanie poza kierunkiem farmacji aptecznej także kierunku farmacji klinicznej. Negocjacje prowadziłem także z dyrekcją CMKP w Warszawie. Ostatecznie CMKP nie wyraziło zgody na połączenie, w związku z czym uruchomienie tego wydziału przełożono na lata późniejsze.

**Teraz pozostało jedynie zakończenie inwestycji niezbędnych do uruchomienia naboru studentów. Dzięki Pańskiej przedsiębiorczości udało się rzeczy trudne do wykonania.**

Rzeczywiście naszym głównym zadaniem inwestycyjnym było zakończenie budowy zakładów teoretycznych i ich wyposażenie, tak aby możliwe stało się przeprowadzenie rekrutacji na I rok studiów w 1985 roku. Natknęliśmy się tutaj na przeszkodę trudną do pokonania. Warunkiem koniecznym dla uruchomienia zajęć dydaktycznych było kupno 40 mikroskopów dla studentów. Tymczasem całą krajową produkcję Państwowych Zakładów Optycznych sprzedawano wówczas do NRD. Wobec tego – zainspirowane przeze mnie – władze wojewódzkie zaprosiły premiera prof. Zbigniewa Messnera na wizytację uczelni. Podczas zwiedzania obiektów przedstawiłem sprawę premierowi, jako tzw. gardłową. Uzyskałem wówczas jego zapewnienie o przydzieleniu niezbędnych mikroskopów pomimo podpisanej przez Polskę umowy eksportowej.

**Pierwsza inauguracja roku akademickiego w Akademii stała się dzięki Państwa pomysłowi początkiem centralnych inauguracji roku akademickiego Akademii Medycznych. Jak do tego doszło?**



*Bydgoszcz, inauguracja roku akademickiego w bydgoskiej filii Akademii Medycznej w Gdańsku, stoją od lewej m.in. A. Hlavyt, J. Iwaszkiewicz, J. Domaniewski, Z. Lewicki, W. Zegarski – prorektor AMG, Z. Brzozowski – rektor AMG, 1975.*



Bydgoszcz, I Centralna Inauguracja Roku Akademickiego Akademii Medycznych, stoją w pierwszym rządzie od prawej: J. Kałużny, A. Balcar-Boroń, Z. Mackiewicz, J. Domaniewski, S. Betlejewski, B. Romański, B. Krupa-Wojciechowska – rektor AMG, B. Śmiechowska, dziekan Wydziału Lekarskiego AMG, w dalszej kolejności rektorzy akademii medycznych, 1984.



Bydgoszcz, inauguracja roku akademickiego w Akademii Medycznej, wręczenie sztandaru ufundowanego przez rzemieślników bydgoskich, 1985.

W 1984 roku podczas pierwszej naszej inauguracji mury uczelni świeciły jeszcze pustkami, bowiem ustawa powołująca Akademię zobowiązała nas do rekrutacji młodzieży dopiero w roku 1985. Zapraszając zatem rektorów wszystkich akademii medycznych na uroczystości, zaproponowaliśmy, aby wraz z nimi przybyli studenci, którzy uplasowali się na najwyższych lokatach podczas egzaminów wstępnych i tu w Bydgoszczy zostali immatrykulowani. Owa inicjatywa nosi od tej chwili miano Centralnej Inauguracji Akademii Medycznych i jest powtarzana rokrocznie. Tradycję tę kultywują kolejni szefowie resortu zdrowia. Łączy się ją z naradą roboczą rektorów i miłym spotkaniem towarzyskim.

Bydgoszcz będąca niegdyś pomysłodawcą Centralnej Inauguracji, po piętnastu latach stała się ponownie jej organizatorem. Nie było to jednak takie oczywiste. Wielu rektorów akademii planowało wówczas u siebie wspomniane uroczystości. Zdaje się,

że tylko dzięki Pańskiej przedsiębiorczości udało się. Proszę opowiedzieć o kulisach tamtej decyzji ministra.

Był to rok 1999. Ministrem Zdrowia została wówczas Franciszka Cegielska, dotychczasowa Prezydent Miasta Gdyni. Zaprosiła rektorów na spotkanie zapoznawcze, mające swój początek w saloniku tuż przy jej gabinecie. Słyszałem przedtem przepychanki słowne pomiędzy dwoma rektorami o zaszczyt zorganizowania w tym roku Centralnej Inauguracji. Jako jedyny zjawiłem się z wielkim bukietem pięknych róż, a gdy pani minister weszła do saloniku, jako pierwszy – wręczając kwiaty – złożyłem jej gratulacje. Poprosiłem jednocześnie o zgodę, aby wspomniana uroczystość odbyła się w Bydgoszczy, stanowiąc uhonorowanie 15-lecia Akademii Medycznej. Tak też się stało. Imprezę poprzedziła narada w ośrodku wypoczynkowym w Pieczyskach, następnie Msza święta w katedrze i śniadanie u księdza biskupa. Wielu nauczycieli akademickich zostało wówczas wyróżnionych orderami i innymi odznaczeniami państwowymi.

## Szpital Kliniczny Akademii Medycznej

Skoro poznaliśmy już kulisy utworzenia Akademii Medycznej, może zechciałby Pan Profesor przybliżyć nam w tej chwili kwestię powołania Szpitala Klinicznego ważnego elementu nowo powstałej Uczelni.

Był to kolejny, niezwykle ważny z punktu widzenia naukowego i dydaktycznego krok na drodze ku umocnieniu się Akademii. W chwili jej powołania nie mieliśmy własnej bazy klinicznej. Wystąpiliśmy wówczas do władz wojewódzkich i do Ministerstwa Zdrowia o przejściowe przekształcenie Szpitala im. Bizuela, wówczas Szpitala Wojewódzkiego im. XXX-lecia PRL w szpital kliniczny. Na stanowisko dyrektora placówki zaproponowałem Mieczysława Boguszyńskiego. Znałem go od wielu lat jako bardzo solidnego i rzetelnego lekarza, byłego ordynatora oddziału zakaźnego w Szubinie, ostatnio pełniącego funkcję zastępcy dyrektora ds. leczenia podstawowego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Bydgoszczy. W drugiej połowie lat sześćdziesiątych specjalizował się u mnie etapowo z patomorfologii. Minister zdrowia 1 stycznia 1985 roku powołał Państwowy Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Bydgoszczy, zaś jego dyrektorem został mianowany – zgodnie z moją sugestią – M. Boguszyński.

Kilka lat zatem bazą kliniczną Akademii Medycznej nie był szpital dra Jurasza. Kiedy nastąpiła zamiana?

Obecny Szpital Uniwersytecki im. dra A. Jurasza był wówczas w fazie modernizacji. Prace te, z uwagi na liczne obiektywne trudności, bardzo się uprzednio przeciągały, po utworzeniu Akademii Medycznej nabrały tempa. Pojawiła się wówczas konieczność gospodarskiego doglądania fazy wykończenia. Poza kierowaniem wielkim szpitalem klinicznym, pełniącym nadal funkcje lecznicy wojewódzkiej, dyrektor Boguszyński podjął trud monitorowania przebiegu robót i przygotowywania obiektu pod zagospodarowanie.

W kwietniu 1989 roku inwestycja dobiegła końca. Szpital, który w efekcie trzykrotnie zwiększył swoją kubaturę, przekazano Akademii Medycznej. Wspaniałe warunki lokalowe i wyposażenie, znalazły tu Katedry i Kliniki: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Chorób Oczu, Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Neurochirurgii, Neurologii, Ortopedii, Otolaryngologii, Urologii oraz Oddział Chirurgii Szczękowej. Zostały tu również zlokalizowane Katedry i Zakłady: Radiologii i Diagnostyki Narządowej, Diagnostyki Laboratoryjnej, Chemii Fizycznej, Propedeutyki Medycyny, Biochemii Klinicznej oraz Patobiochemii i Chemii Klinicznej.

Do PSK włączono Katedrę i Klinikę Chorób Skórnych i Wenerycznych przy ulicy Ka-

rola Kurpińskiego 5, a w 1996 roku również Katedrę i Klinikę Psychiatrii na tejże ulicy pod numerem 19. Wkrótce potem powstawały nowoczesne pracownie diagnostyczne: Tomografii Komputerowej (1990), Kardiologii Inwazyjnej (1996) i wreszcie Rezonansu Magnetycznego (1998). W 1997 roku w pięknym nowym skrzydle szpitala uruchomiono Zespół Poradni Przyklinicznych. W roku 1998 utworzono Katedrę i Klinikę Kardiochirurgii oraz Katedrę i Klinikę Nefrologii i Chorób Wewnętrznych. Ministerstwo Zdrowia bardzo wysoko oceniało działalność dyrektora, nieustannie zabiegającego o ciągłe unowocześnianie i doposażenie placówki zaliczając do ścisłej czołówki szpitali klinicznych.

W maju 1998 roku zorganizowaliśmy w Filharmonii Pomorskiej wspaniałą uroczystość z okazji 60-lecia Szpitala im. dra Jurasza, podczas której M. Boguszyński został udekorowany Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski. Bardzo wielu pracowników uhonorowano przy tej okazji odznaczeniami państwowymi i resortowymi. Zaproszeni goście zgottowali dyrektorowi owację na stojąco.

Po przejściu Mieczysława Boguszyńskiego na emeryturę w styczniu 1999 roku dyrektorem szpitala został dr n. med. Wojciech Sikorski. W 1999 roku we wspaniałym nowym obiekcie szpitala stworzono Klinikę Rehabilitacji. Zasięgą dyrektora była koncepcja zlokalizowania w wygospodarowanej części apteki szpitalnej nowo tworzonej Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, a poza tym zorganizowanie Kliniki Chirurgii Plastycznej. W tymże roku powołana została Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii zaś w dwa lata później podzielono Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Naczyń na dwie jednostki: Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Naczyń oraz Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.

W latach 2001-2002 funkcję dyrektora szpitala pełnił mgr Maciej Dacki, którego głównym zadaniem – jako ekonomisty – było dążenie do systematycznego zmniejszania zadłużenia.

**Ważnym zadaniem inwestycyjnym w rozbudowie szpitala klinicznego była adaptacja i wyposażenie znajdującego się na jego terenie wieżowca.**

Z Panią mgr Ewą Nawrocką – dyrektorem administracyjnym uczelni walczyłem w Ministerstwie Zdrowia o niezbędne fundusze na dokończenie tego przedsięwzięcia. Wreszcie wiosną 2002 roku, dzięki oddaniu do użytku znakomicie wyposażonego 10-piętrowego gmachu, znacznie poszerzyło się nasze zaplecze kliniczne. Do budynku tego przeniesiono z bazy obcej Katedrę i Klinikę Pediatrii Alergologii i Gastroenterologii oraz Katedrę i Klinikę Pediatrii Hematologii i Onkologii, tworząc w tej ostatniej dogodne warunki do zorganizowania ośrodka przeszczepu szpiku kostnego. Wysokościowiec stał się także siedzibą Dziecięcych Poradni Przyklinicznych, zaś z budynku głównego szpitala przeniesiono tutaj Katedrę i Klinikę Kardiochirurgii, która dzięki temu podwoiła liczbę łóżek oraz dużych sal w jej bloku opera-

cyjnym, uzyskując ponadto trzecią, awaryjną salę operacyjną. W końcu w budynku ulokowano także Katedrę i Klinikę Geriatrii.

**Kolejne lata przynosiły dalszy rozwój szpitala...**

W czerwcu 2002 roku jego dyrektorem został lek. Krzysztof Demidowicz. W tym roku otwarto oddział łóżkowy dla Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej oraz uruchomiono Pracownię Medycyny Nuklearnej. W 2003 roku w Pracowni Przeszczepu Szpiku Kostnego Katedry i Kliniki Pediatrii Hematologii i Onkologii wykonano pierwszy przeszczep szpiku kostnego.

W 2004 roku rozpoczęła swoją działalność w nowym miejscu Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej. Na przełomie 2003 i 2004 roku zakupiono najnowocześniejszą aparaturę, uzupełniając wyposażenie pracowni Kardiologii Inwazyjnej. W ten sposób powstał ośrodek, który zdołał przejąć interwencje we wczesnej fazie zawału mięśnia sercowego dla mieszkańców całego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

W roku 2006 odszedł ze stanowiska dyrektora K. Demidowicz, a pełniącym obowiązki został mgr Kazimierz Turkiewicz. W 2008 roku dyrektorem szpitala powołano dr n. med. Wandę Korzycką-Wilińską.

#### **Ludwik Rydygier patronem bydgoskiej Akademii**

**W jaki sposób udało się Panu Rektorowi przeprowadzić trudny chyba w tamtych czasach zabieg nadania bydgoskiej Akademii**

**Medycznej imienia znakomitego chirurga Ludwika Rydygiera?**

Działania w tej sprawie rozpoczęliśmy w 1987 roku. Wówczas to Senat naszej uczelni podejmuje uchwałę o zapoczątkowaniu starań, aby akademia mogła przyjąć imię Ludwika Rydygiera. Niestety napotykały na zdecydowany sprzeciw ze strony władz polityczno-partyjnych. Wiedząc o przeszłości L. Rydygiera, jako naczelnego chirurga Wojska Polskiego w randze generała u marszałka Józefa Piłsudskiego w wojnie polsko-bolszewickiej, zadecydowały o nadaniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy imienia Czterdziestolecia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Senat nasz został zobowiązany do przyjęcia stosownej uchwały. Protestujemy i w związku z tym postanawiamy pozostać przy samej nazwie Akademia Medyczna w Bydgoszczy. Tymczasem w 1988 roku w Chełmnie władze miejscowe podejmują decyzję o postawieniu pomnika profesorowi Ludwikowi Rydygierowi. Prowadził on bowiem w tym mieście prywatną klinikę chirurgii i tam przeprowadził pierwszą w XIX w. resekcję żołądka. Na uroczystość wmurowania aktu erekcyjnego zostają zaproszony, jako rektor akademii. Przedstawicielem Ministerstwa Zdrowia jest doktor Krzysztof Kuszewski. Po uroczystościach, przy obiedzie opowiadam mu o naszych perypetiach z patronem. Obiecuje mi przełamać partyjne veto. W efekcie 31 stycznia 1989 roku z radością dowiadujemy się, iż Sejm Rzeczypospolitej nadał Akademii Medycznej w Bydgoszczy imię Ludwika Rydygiera, światowej sławy chirurga i uczonego, nauczyciela i wychowawcy wielu pokoleń lekarzy, syna Ziemi Pomorskiej.



*Wizerunek Ludwika Rydygiera, od 1989 roku patrona Akademii Medycznej w Bydgoszczy, umieszczony na awersie medalu „Za szczególne zasługi dla Akademii Medycznej w Bydgoszczy”.*

## Tempus fugit

Wojciech Szczęsny

No to mamy jubileusz. Jakoś tak się złożyło, że po dziesięcioleciu naszego pisma nadszedł czas świętowania ćwierćwiecza Uczelni. Jesliby spojrzeć na uniwersytety włoskie czy powiedzmy krakowski UJ, to wiek niemal dziecięcy. Jednak młode panny często bywają obiektem zainteresowania starszych, że wspomnimy choćby kąpiąca się Zuzannę. Bywa, że starsi żenią się z młodymi pannami. Tak stało się i z naszą dzierlatką. Coś mi się wydaje, że miesiąc miodowy już się skończył i w małżeństwie nastąpiły „ciche dni”. Jako że małżonek posiada Wydział Teologiczny, trzeba chyba przyjąć, że ślub był „kościelny” i o rozwód będzie trudno.

Teksty jubileuszowe zawsze skażone są sztampowością. Czerpią z praobrazów (mądrze zwanych archetypami) takich wystąpień, znanych już Katonowi i Demostenesowi. Tak więc historia powstania, pochwała Ojców Założycieli, osiągnięcia, plany na przyszłość. Jestem pewien, że w tym numerze znajdują P.T. Czytelnicy to wszystko, bo i przynajmniej trudno od owych praobrazów uciec. Ja jednak chciałbym napisać o tle, w którym owe wydarzenia się działy. Był orwellowski rok 1984. Rok smutny, szary, rok beznadziei. Czas całkowitego stłamszenia po stanie wojennym. Dwa semestry studiowałem już w Bydgoszczy na II Wydziale Lekarskim AM w Gdańsku, gdy oto pierwszego października zainaugurowano działalność Naszej Alma Mater. Byłem tego dnia w Filharmonii, gdzie oprócz towarzyszy zapewniających o prawidłowym kierunku rozwoju Ojczyzny, nauki i medycyny polskiej w trwałym i nierozzerwalnym sojuszu ze Związkiem Radzieckim, pojawili się Rektorzysze wszystkich Akademii Medycznych w Polsce. Minęło kilka lat i stałem się pracownikiem tej młodej szkoły. Miała ona szczęście do ludzi-założycieli. Ci, którzy porzuciwszy swoje miasta przenieśli się do Bydgoszczy, utworzy-

li po latach coś, co stało się śmiem twierdzić „szkołą bydgoską”. Część z ich już odeszła, inni wykształcili swoich następców. Trwa to do dziś, choć może w innych realiach.

Nie mogę jednak pominąć właśnie owych realiów. Jakże inne były to czasy. Anegdota, którą przytoczę chyba dobrze to ilustruje. Grupa ludzi powiedzmy w moim wieku lub starszych wspomina lata 80. XX w. A to kartki na mięso i inne produkty, całkowity brak egzotycznych owoców, brak pralek, telewizorów, lodówek etc. Wspominają jak „załatwiało się” odkurzacz czy karpia na święta. Dyskusji owej przysłuchuje się jednym uchem 17-latek. Drugim słucha najnowszych kawałków na MP-3, zaś palcami wstukuje sms-a do swojej dziewczyny. Nagle odzywa się: „Zaraz, to w ‘Realu’ nie było wtedy bananów?!”. Nawiasem mówiąc, podobny „błąd” tyle, że świadomie w celu obrażenia mnie popełnił jeden z kolegów. Zainteresowanych odsyłam do październikowego wydania „Primum non Nocere”. Naprawdę warto!

Wróćmy jednak do świata, w którym nie tylko nie ma bananów, ale i „Reali”. Jak w ciągu owego ćwierćwiecza zmienił się świat, a przede wszystkim Polska. Nie będę zabierał głosu w dyskusji, choć mam swoje zdanie, czy kierunek zmian był dobry. Mamy dziś nie tylko „Reale” i banany. Mamy przede wszystkim wolność. Każdy (a ja korzystam z tego do bólu) może głosić swoje, choćby najbardziej skrajne poglądy. Najwyżej zostanie wysmiaany. 1.10.1984 wielu ludzi siedziało za swoje poglądy w więzieniach. Przepływ informacji przeszedł najmielsze oczekiwania futurystów z roku powołania Naszej Akademii. Zdobyte informacje na temat stanu światowej wiedzy, powiedzmy o leczeniu chłoniaków żołądka zajmuje 30 sekund lub mniej. Jadąc rowerem w Mysłęcinku mogę zadzwonić do kolegi z Australii. W roku 1984 zamówienie roz-



mowy międzynarodowej było prawie niemożliwe. Jeśli mam ochotę mogę pojechać (nie zatrzymując się) na kawę do Berlina czy Monachium. Wtedy mogłem najwyżej udać się autobusem do Koronowa. Choć daleko nam do standardów „Starej Unii” żyje się lepiej, bezpieczniej i wygodniej. Można narzekać, klócić się o „grubą kreskę” czy o to, kto był a kto nie był kapusiem. Pewnie wielu z nich siedziało obok mnie wtedy w Filharmonii. W sumie wygrała demokracja, która choć niedoskonała jak każdy ludzki twór, najlepiej sprawdza się od tysięcy lat. Wygrała też Akademia, a dziś Collegium Medicum. Szkoła, która przez dwadzieścia pięć lat wykształciła już tysiące lekarzy, pielęgniarek, ratowników, farmaceutów. Choć nie brak głosów krytyki (rankingi gazet!) jest w wielu dziedzinach liczącym się ośrodkiem naukowym i diagnostyczno-leczniczym. Kryzys ekonomiczny spowodował pewien zastój i uczucie niepokoju wśród pracowników Uczelni. Ufajmy jednak, że i ta przeszkoda będzie pokonana.

Pewnie nie uniknąłem sztampy. Trudno jednak pisać o jubileuszu nie wspominając o jubilate.

*Ad multos annos!*

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

## Inauguracja roku akademickiego 2009/2010

www.umk.pl

1 października w Auli UMK odbyła się główna uroczystość inauguracyjna roku akademickiego 2009/2010 na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika.

W programie uroczystości w Auli UMK znalazło się m.in. wystąpienie rektora prof. Andrzeja Radziwińskiego, immatrykulacja studentów I roku, wręczenie nagród i wyróżnień oraz wykład inauguracyjny prof. Ryszarda Olińskiego z Collegium Medicum UMK „Dylematy dotyczące klonowania człowieka: czy warto poprawiać naturę?”

Najważniejsze wyróżnienia za rok akademicki 2008/09 otrzymali: Agata Karska (najlepszy absolwent UMK, która ukończyła studia astronomiczne) oraz Adrian Stelmarszyk (najlepszy student UMK, obecnie na



Immatrykulacja studentów I roku, fot. A. Romański

V roku filozofii). Niestety na uroczystość nie mógł przybyć Łukasz Michalski, wybrany najlepszym studentem-sportowcem UMK,

utytułowany skoczek o tyczce, student kierunku lekarskiego.

## Oskary farmaceutyczne - Galeny 2008 rozdane

Bogusław Hładoń

Dwór Artusa Rynek Staromiejski, Toruń (miejsce wielu ważnych historycznych wydażeń), 26 września A.D. 2009, tuż przed godziną 17:00. U wejścia gromadzą się odświętnie ubrani młodzi ludzie, pozdrawiają nas - poznajemy, tak, to nasi absolwenci, już magistrowie farmacji. W promieniach słońca polskiej złotej jesieni lśni pomnik patrona Uczelni. Mikołaj Kopernik zdaje się zwracać wprost do nas: długo kazaliście na siebie czekać, ale narzecie was ujrzalem!

Dziś to miejsce obchodów dorocznego święta patronów wszystkich farmaceutów-aptekarzy województwa, zwyczajowo spotykających się w dniu ich patronów - Kosmy i Damiana.

Uroczystości zorganizowane przez Okręgową Radę Aptekarską Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Bydgoszczy wraz z grupą współorganizujących, z prezesem mgr. farm. Piotrem Chwiałkowskim prowadzone są niezwykle dostojnie i podniosłe.

Kulminacja rozpoczyna się ślubowaniem i wręczeniem przez Prezesa OIA młodym farmaceutom przyznanego przez Okręgową Radę Aptekarską w Bydgoszczy prawa wykonywania zawodu. W tym roku wyróżnieniem takim pochwalili się mogli 70. absolwentów kierunku farmacji Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK. Trafili one do tych, którzy podjęli pracę na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w aptekach otwartych, szpitalnych, resortowych i hurtowniach farmaceutycznych. Wszyscy mamy świadomość, że to historyczna chwila samodzielnej odpowiedzialności zawodowej młodych kolegów farmaceutów i aptekarzy. Oto tekst ślubowania, naznaczający już na całe życie adeptów sztuki farmaceutycznej:

*„Ślubuję uroczystość w swojej pracy farmaceuty sumiennie, gorliwie i z należytą starannością wykonywać swoje obowiązki, mając na uwadze dobro pacjenta, wymogi etyki zawodowej i obowiązujące prawo, a także zachowywać tajemnicę zawodową, zaś w postępowaniu swoim kierować się zasadami godności, uczciwości i słuszności.”*

Nasuwa się retoryczne pytanie - immanentna cecha myśli każdego odpowiedzialnego pedagoga-nauczyciela: chyba dobrze ich przygotowaliśmy do zawodu?

Są kwiaty i gratulacje od Wojewody Kujawsko-Pomorskiego (odczytane w pełnym brzmieniu) oraz przemówienie, ważne i inspirujące, przekazane przez Wojewódzkiego Inspektora Inspekcji Farmaceutycznej w Bydgoszczy - mgr farm. Zofię Wrześcińską.

Po chwili następuje wręczenie „oskarów” farmaceutycznych, czyli tytułu Aptekarza i Honorowego Aptekarza Roku 2008, których wymownym symbolem jest piękna statuetka Galena.

Kapituła Tytułu „Aptekarz Roku 2008” pod przewodnictwem mgr farm. Lucjana Bo-



od lewej: prezes Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej mgr farm. Piotr Chwiałkowski; mgr farm. Helena Kosmala; mgr farm. Bogumiła Reinholz; dr hab. n. farm. Anna Kodym, prof. UMK; dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK- Dziekan Wydz. Farm.; prof. dr hab. n. farm. Bogusław Hładoń; mgr farm. Maria Makarewicz; mgr farm. Lucjan Borys- przewodniczący Kapituły Tytułu „Aptekarz Roku 2008”.



od lewej: mgr farm. Maria Makarewicz; prezes Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej mgr farm. Piotr Chwiałkowski; Wojewódzki Inspektor Inspekcji Farmaceutycznej woj. kujawsko-pomorskiego mgr farm. Zofia Wrześcińska; dr hab. n. farm. Anna Kodym, prof. UMK; dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK- Dziekan Wydz. Farm.; prof. dr hab. n. farm. Bogusław Hładoń

rysa w tajnym głosowaniu, przyznała Galena za osiągnięcia w pracy zawodowej i społecznej następującym osobom: mgr farm. Helenie Kosmali z Bydgoszczy (absolwent WF AM w Gdańsku), mgr farm. Halinie Kubiak-Borowskiej z Bydgoszczy (absolwent AM w Łodzi), mgr farm. Marii Markiewicz z Grudziądza (absolwent WF AM w Gdańsku), mgr farm. Bogumile Reinholz ze Strzelna (absolwent WF AM w Poznaniu).

Tytuł Honorowego Aptekarza Roku 2008, Kapituła Tytułu, doceniając duży wkład pracy w zorganizowanie kierunku farmacja na Wydziale Farmaceutycznym oraz wielkie zaangażowanie w proces dydaktyczny, złożyła na ręce następujących osób, pracowników naszej Uczelni:

- dr hab. n. farm. Annie Kodym, prof. UMK - kierownikowi Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku,
- dr. hab. Bronisławowi Grzegorzewskiemu, prof. UMK - kierownikowi Katedry Biofizyki, dziekanowi Wydziału Farmaceutycznego,
- dr. hab. n. farm. Jerzemu Krysińskiemu - kierownikowi Katedry i Zakładu Marketingu



Statuetka Galena autorstwa artysty-farmaceuty ze Strzelna: mgr Jana Harasimowicza



**GALEN Claudius (Klaudiusz), Galenus (ok. 130-200)** - najwybitniejszy medyk okresu Cesarstwa Rzymskiego, osobisty lekarz cesarza Marka Aureliusza, autor 150 publikacji medycznych, farmaceutycznych i filozoficznych. Kontynuator dzieł Hipokratesa, twórca podstaw anatomii, fizjologii i patologii. W poglądach filozoficznych łączył koncepcje Platona, stoików i Arystotelesa. W logice - postulator rozwiniętego sylogizmu. Ojciec farmacji - twórca wiedzy o postaciach (formach) leków. Wprowadził nowe ich formy zwane później, także do dziś preparatami galenowymi tj. lekami pozyskiwanymi z surowców pochodzenia roślinnego, zwierzęcego i mineralnego w formie wyciągów (extracta), nalewek (tincturae), odwarów (decocta), naparów (infusa), masek (unquenta), soków (succii), proszków (pulveres) i innych, które oprócz substancji czynnych surowca zawierać mogły inne składniki zwiększające efektywność terapeutyczną leku (receptura złożona i późniejszy przemysł farmaceutyczny). Dodał wiele nowych środków leczniczych, usystematyzował przepisy sporządzania leków, na których opierała się terapia przez kolejnych 15 wieków. Niektóre aktualne są do dzisiaj. Interpretuje się, iż oddzielił farmację od medycyny, które bez siebie jednak nie mogą istnieć. W istocie dał początek nowej gałęzi - farmacji wywodzącej się ze wspólnej z medycyną pnia. Dziś zatem obie dziedziny nauki egzystują na zasadzie komplementarnego współdziałania.

i Ustawodawstwa Farmaceutycznego,

- prof. dr. hab. n. farm. Bogusławowi Hładonowi - kierownikowi Katedry i Zakładu Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej oraz kierownikowi Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego. Szczegółowe uzasadnienie wyróżnień przedstawił Przewodniczący Kapituły, a wręczenia statuetek z Certyfikatami dokonał Prezes OIA. W imieniu laureatów podziękował dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK - dziekan Wydziału Farmaceutycznego, przypominając trudną i zawiłą „mapę drogi” do powołania bydgoskiej Farmacji.

Dla nas laureatów, „Honorowy Aptekarz

Roku 2008” to wielkie wyróżnienie i zobowiązanie, cenimy je sobie niezwykle wysoko.

Pozwolę sobie jako autor artykułu przytoczyć słowa często powtarzane w środowisku farmaceutycznym regionu, przy okazji spotkań np. w ramach szkolenia podyplomowego: „To wspólny wielki sukces: uruchomienie kierunku farmacji i zbudowanie nowego budynku Wydziału Farmacji”, „... to cud nad Brdą i Wisłą lub też nad Wisłą i Brdą”.

Byłoby jednak nietaktem i brakiem skromności, gdybyśmy nie wiązali tego wyróżnienia z ogromną pracą i determinacją wszystkich, którzy przyczynili się do tego sukcesu. To olbrzymi wkład i rozliczne zasługi rektorów Uczelni: przede wszystkim wielkiego inspiratora tegoż przedsięwzięcia - prof. dr. hab. Jana Domaniewskiego oraz rektorów: prof. dr. hab. Danuty Miścickiej-Sliwki, prof. dr. hab. Jana Kopcewicza; prof. dr. hab. Andrzeja Jamiołkowskiego; prof. dr. hab. Andrzeja Radziwińskiego oraz prorektor CM prof. dr. hab. Małgorzaty Tafil-Klawe wraz z Marszałkiem i Wojewodą oraz Prezydentami Bydgoszczy i Torunia. To również wysiłek dziekanów Wydziału: dr. hab. Bronisława Grzegorzewskiego, ś.p. prof. dr. hab. Aleksandra Gutsze, prof. dr. hab. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej.

Wreszcie zasługi mają również Koledzykierownicy katedr, wykładowcy, egzaminatorzy, realizujący program kształcenia przedmiotów od I do V (VI) roku na farmacji.

Dziękujemy za tak sprzyjającą „konstelację gwiazd”.

W symbolice związanej z Galenem mięści się jeszcze coś także niezwykle istotnego, co

nazywamy: więzią zawodową i związaną z tym świadomością pojęcia „Alma Mater” naszych studentów i przyszłych absolwentów.

Część artystyczna, związana z repertuarem Elvisa Presleya, zaprezentowana przez 5-osobowy zespół, została wykonana na najwyższym poziomie, przekraczającym tradycyjnie rozumiany profesjonalizm. Wokalista, chyba najwierniejsza ze znanych „kopii” Elvisa - ku zaskoczeniu słuchaczy - okazał się być magistrem farmacji! Towarzyszące mu dwie piękne Gracje z Ciechocinka, rozkołysały słuchaczy w rytm „Love me tender...” - adresując ten utwór nie tylko do najmłodszych farmaceutów. Brawo, cóż za bogactwo i wszechstronny talent zrodzony na ziemi regionu. Po części artystycznej nastąpiła przerwa na „skromną” kawę, która okazała się eleganckim bankietem w postaci suto zastawionych stołów.

Były też zaproszenia do zwiedzania nowych miejsc pracy absolwentów. Z najatrakcyjniejszych wyłuskaliśmy zaproszenie do apteki więziennej.

Gratulujemy organizatorom perfekcji w realizacji uroczystości i wyczucia historycznego momentu dla farmacji-aptekarstwa regionu i dziękujemy za honory i zaproszenie.

Wychodząc z Dworu Artusa, odnieśliśmy wrażenie, iż z pozoru bierny i unieruchomiony na postumencie patron Uczelni zdaje się wyrażać nasze myśli: zrobiliście dobrą robotę, biegnijcie dalej z właściwą rzeczą prędkością - do zobaczenia w czasie i przestrzeni.

*prof. dr hab. Bogusław Hładon jest kierownikiem Katedry i Zakładu Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej a także Studium Kształcenia Podyplomowego*

## Nowi profesorowie

### Mariusz Dubiel



Postanowieniem z dnia 17 czerwca 2009 roku Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał tytuł profesora nauk medycznych Panu dr. hab. n. med. Mariuszowi Dubielowi.

Mariusz Dubiel to specjalista w zakresie ginekologii i położnictwa. Jest kierownikiem Zakładu Położnictwa z Pracownią Biofizycznych Metod Nadzoru Płodu w Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa Collegium Medicum w Bydgoszczy. Pełni obowiązki ordynatora Oddziału Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy. Pozostaje członkiem wielu towarzystw naukowych, w tym Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Ponadto jest współzałożycielem i przewodniczącym Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej oraz członkiem Zarządu Głównego tego Towarzystwa, a także członkiem Komitetu Naukowego „Ginekologii Polskiej” oraz „Perinatologii Neonatologii i Ginekologii”.

### Kornelia Kędziora-Kornatowska



Postanowieniem z dnia 23 kwietnia 2009 roku Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał tytuł profesora nauk medycznych Pani dr. hab. n. med. Kornelii Kędziora-Kornatowskiej.

Kornelia Kędziora-Kornatowska to specjalista w zakresie chorób wewnętrznych i geriatrici. Od października 2001 r. Pani Profesor jest kierownikiem Katedry i Kliniki Geriatrii Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, której była założycielem. Od 1988 r. stała się członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, a od 2006 roku pełni funkcję Przewodniczącej Oddziału Bydgosko-Toruńskiego TIP. Ponadto, prof. dr. hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska jest założycielem i przewodniczącą Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego oraz członkiem Zarządu Głównego tego Towarzystwa, a także członkiem Rady Naukowej Gerontologii Polskiej oraz Geriatrii Polskiej.

## Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii działa już 20 lat!

Grażyna Mierzwa

*Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy Collegium Medicum UMK świadczy wysokospecjalistyczne usługi diagnostyczne i lecznicze dla pacjentów całego województwa. Jest też bazą dla nauczania pediatrii dla studentów Collegium Medicum, jak również stanowi silny ośrodek naukowy w pediatrii gastrologicznej czy alergologicznej. Kierownikiem Kliniki jest profesor dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionkę-Szaflarska. Wszystko zaczęło się w roku największych przemian w Polsce. W styczniu 1989 roku powołano II Klinikę Chorób Dzieci na bazie wówczas działającego Szpitala 30-lecia PRL i mianowano na kierownika Kliniki profesor Mieczysławę Czerwionkę-Szaflarską. Po pracach adaptacyjnych i remontowych uruchomiono Klinikę, która posiadała wówczas 44-lóżkową bazę o profilu gastroenterologicznym i kardiologicznym. Składała się z dwóch oddziałów: dla dzieci młodszych do 3 roku życia i dzieci starszych – od 3 do 18 lat.*

Początek pracy Kliniki to diagnostyka gastrologiczna i kardiologiczna w systemie dziennym, całodobową opieką objęto pacjentów od pierwszego dyżuru tj. od 27 października 1989 roku.

Diagnostykę gastrologiczną prowadzono w stworzonej Pracowni Endoskopowej pierwszym endoskopem podarowanym przez prymasa kardynała Józefa Glempa. Badania gastroscopowe i kolonoskopowe u dzieci przestały być unikalnymi badaniami, a stały się codziennością kliniczną, znakomicie wychodzącą naprzeciw ówczesnym oczekiwaniom i potrzebom diagnostycznym. W grudniu 2001 roku, po 12 latach pobytu w „Bizielu” nastąpiła alokacja do Szpitala im. dr. A. Jurasza, gdzie uruchomiono Kliniczne Centrum Pediatrii, z klinikami i poradniami specjalistycznymi dla dzieci i młodzieży. Obecnie Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii liczy 54 łóżka, zlokalizowana jest na 4 piętrach (Oddział Młodszych Dzieci, Oddział Dzieci Starszych, Oddział Diagnostyczno-Zabiegowy i zespół naukowo-dydaktyczny). W części diagnostycznej Kliniki znajduje się:

Pracownia Endoskopowa z pełnym wyposażeniem w aparaty endoskopowe do badań górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz unikalny system do badań metodą kapsułki endoskopowej – jedyny w regionie.

Pracownia Czynnościowa z rejestratorami do pH-metrii całodobowej, pH-impedancji, elektrogastrografii, manometrii dolnego odcinka przewodu pokarmowego i biofeedbacku.

Pracownia Kardiologiczna z USG serca, całodobowym rejestrem zapisu ekg tzw. badaniem Holterowskim i możliwością wykonania próby wysiłkowej.

Pracownia Alergologiczna wykonująca badania spirometryczne, testy alergiczne Prick i testy płatkowe, testy prowokacji pokarmowej metodą podwójnie ślepej próby kontrolowanej placebo.

Klinika hospitalizuje rocznie około 3000 pacjentów (zarówno ogólnopediatrycznych, jak i specjalistycznych), pełniąc całodobowe dyżury dla mieszkańców Bydgoszczy oraz całego województwa. Przyjmuje także pacjentów spoza naszego województwa.

Klinika pełni też całodobowe dyżury endoskopowe dla całego makroregionu wykonując pilne zabiegi endoskopowe u dzieci i młodzieży, w tym najczęściej: usuwanie ciał obcych z przewodu pokarmowego, ocenę oparzeń chemicznych przełyku oraz tamowanie krwawień. Pilne interwencje endoskopowe stały się domeną nowoczesnego postępowania, w ramach którego wielu małych pacjentów uniknęło leczenia operacyjnego.

Kierownikiem Kliniki i ordynatorem oddziału klinicznego jest profesor Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, a jej zastępczyniami są: dr n. med. Renata Kuczyńska i dr n. med. Grażyna Swincow. Część poradnianą nadzoruje dr n. med. Barbara Tyczyńska-Hoffmann, a diagnostyczno-gastrologiczną dr n. med. Grażyna Mierzwa.

Obecnie w Klinice pracuje 25 lekarzy (w tym 6 rezydentów), 26 pielęgniarek, 3 dietetyczki, 1 rehabilitant i 1 psycholog, 1 opiekunka dziecięca oraz 4 sekretarki medyczne i 1 statystyk medyczny.

Ważną częścią działalności Kliniki są zalecenia udzielane w poradniach specjalistycznych: Alergologicznej, Gastroenterologicznej, Konsultacyjnej, Zaburzeń Wchłaniania – dla chorych z chorobą trzewną (dzieci i młodzież) oraz Kardiologicznej.

Rocznie udzielanych jest łącznie 10 tysięcy porad dla pacjentów z całego naszego województwa. Zespół Kliniki cechuje aktywna działalność naukowa. W ramach badań statutowych Zespół Kliniki zajmuje się zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego, zakażeniem *Helicobacter pylori*, chorobą trzewną u dzieci i młodzieży, a liczne prace naukowe opublikowane w piśmiennictwie medycznym polskim i zagranicznym zostały uhonorowane prestiżowymi nagrodami; w 1998 roku Nagrodą Naukową Prezydenta Bydgoszczy, w 2003 roku Nagrodą Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz w 2004 roku ponownie Nagrodą Naukową Prezydenta Bydgoszczy.

Szczególnym powodem do satysfakcji stało się zajęcie przez Klinikę w 2007 roku II miejsca w rankingu ośrodków gastrologicznych dziecięcych, przeprowadzonym przez gazetę Newsweek.

Ważnym aspektem działalności Kliniki jest dydaktyka. W ramach Collegium Medicum zespół Kliniki zajmuje się dydaktyką, nauczając studentów nie tylko wydziału lekarskiego, ale również studentów wydziału nauk o zdrowiu: kierunku dietetyki, fizjoterapii, ratownictwa oraz pielęgniarstwa. W Klinice odbywają również staże pediatryczne młodzi lekarze, a bardziej zaawansowani medycy zapoznają się ze specjalistyczną wiedzą gastroenterologiczną i alergologiczną.

Dwudziestolecie Kliniki to wielki postęp w diagnostyce i leczeniu, to wielki dorobek naukowy i dydaktyczny, to rozliczne dyżury, interwencje, badania i porady, to – przede wszystkim – tysiące wyleczonych dzieci i uśmiech na twarzach małych pacjentów i ich rodziców. To powód do dumy i satysfakcji, ale również nadzieja na dalszy rozwój w służbie pacjentów całego województwa.

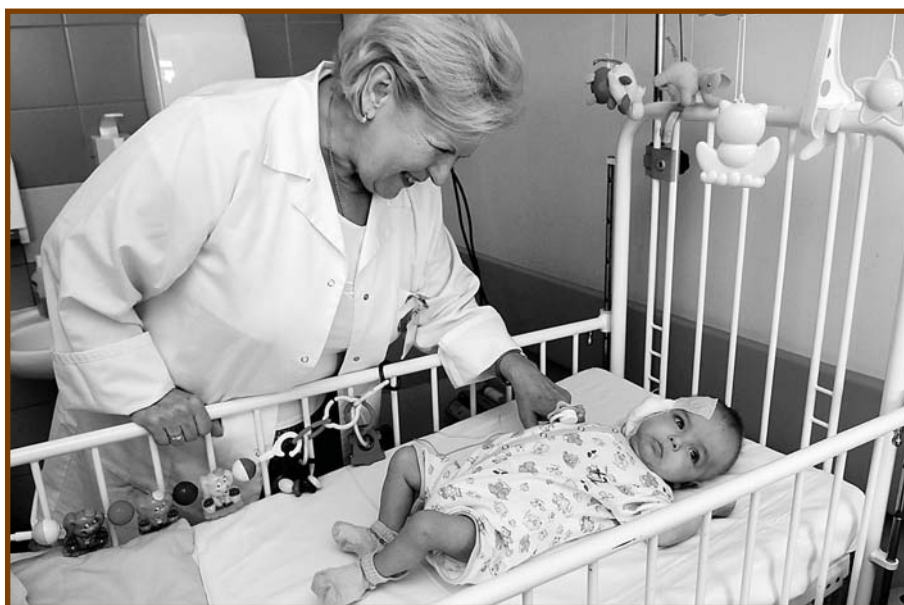
*dr n. med. Grażyna Mierzwa jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, przedruk z Primum Non Nocere 2009 nr 9*



Zespół Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii

## Oskar Pediatrii

Agnieszka Banach



prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Polskie Towarzystwo Pediatryczne przyznało swoje najwyższe odznaczenie – Oskar Pediatrii – prof. Mieczysławie Czerwionce-Szaflarskiej, kierownikowi Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Wręczono je podczas ceremonii otwarcia XXX Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów 23 czerwca w Poznaniu. Wyróżnienie przyznawane za usługi w dziedzinie pediatrii jest tym cenniejsze, że o tym, kto je powinien otrzymać decydują sami lekarze.

Profesor Szaflarska od 11 lat dba o edukację kolegów-pediatrów, prowadząc Podyplomową Szkołę Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, co zapewne – jak mówi – zdecydowało o przyznaniu cennego Oskara. „Zmieniają się objawy chorób, rozwija się diagnostyka, dzięki generacji nowych leków inne staje się samo leczenie, a kto nieustannie się nie rozwija, zwyczajnie zostaje z tyłu – twierdzi – Dlatego tak bardzo sobie cenię moją Szkołę. Lekarze rzeczywiście przychodzą tu się uczyć. Zawsze staramy się pokazywać – co nowego

– w objawach, rozpoznaniu, leczeniu omawianych jednostek chorobowych.”

Laureatka jest też od wielu lat prezesem Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz, czwartą kadencję, członkiem Zarządu Głównego PTP.

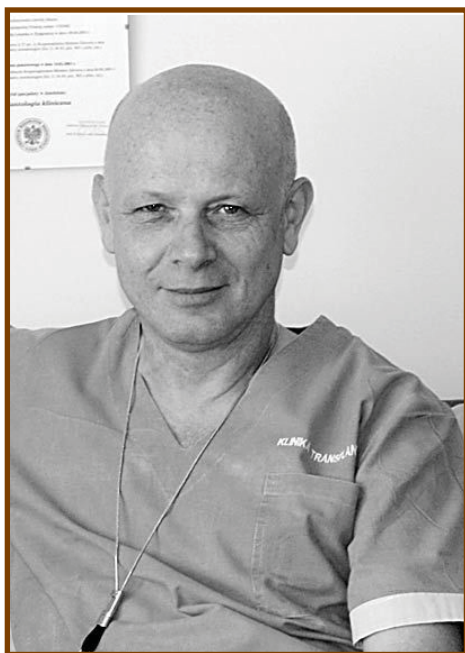
Mieczysława Czerwionka-Szaflarska jest pediatrą od 36 lat. „To zawód dający bardzo dużo satysfakcji – przyznaje – Najlepszym podziękowaniem jest dla mnie zawsze uśmiech dziecka, którego stan poprawia się po ciężkiej chorobie. A trzeba pamiętać, że każde dziecko jest inne i inaczej też choruje. Zapalenie płuc nigdy nie będzie tak samo przebiegać u wszystkich małych pacjentów.”

W 1997 roku dzieci wyróżniły profesor Szaflarską „Orderem uśmiechu”. Od 20 lat profesor Szaflarska pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, którą od podstaw organizowała. We wrześniu, (23–24 IX) podczas dwudniowej konferencji, poświęconej nieswoistym zapaleniom jelit i celiakii odbyły się uroczystości jubileuszowe Kliniki. To drugi „Oskar Pediatrii” dla lekarza z naszego województwa – wcześniej, w 2008 roku, odznaczenie otrzymała prof. Anna Balcar-Boroń. W latach 70. Profesor zakładała i kierowała pierwszą Kliniką Chorób Dzieci. Do 2000 roku była kierownikiem Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, którą obecnie prowadzi prof. Mariusz Wysocki w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. A. Jurasza.

Agnieszka Banach jest redaktorem *Primum Non Nocere*, przedruk z *Primum Non Nocere* 2009 nr 9

## Nowy Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

Agnieszka Banach



dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK

Polskie Towarzystwo Transplantacyjne wybrało Prezesa Elekta. Został nim dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza. Głosowanie odbyło się podczas IX Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, w maju 2009 roku, w Krakowie.

Nowy Prezes przejmie obowiązki obecnego szefa PTT (aktualnie tę funkcję sprawuje prof. Magdalena Durlik, wcześniej prof. Wojciech Rowiński, przed nim prof. Zbigniew Religa) w 2011 roku. Zbigniew Włodarczyk planuje „ekspansję” Towarzystwa w dwóch geograficznych kierunkach – na zachód i wschód. „Zbyt mało naszych kolegów przystępuje do europejskich egzaminów z chirurgii transplantacyjnej. Szkoda, bo jeżeli zdali polski egzamin, na pewno dysponują odpowiednią wiedzą. Kolejną istotną sprawą jest uzyskiwanie akredytacji przez polskie ośrodki transplantacyjne, co dałoby im możliwość szkolenia m.in. lekarzy z Europy Zachodniej

– mówi o swoich „zachodnich” planach prof. Zbigniew Włodarczyk.

„Wschodnie” działania Towarzystwa mają skupić się na wsparciu, głównie Białorusi i Ukrainy, we wdrażaniu programów transplantacyjnych, a także na pomocy stypendialnej dla lekarzy-transplantologów z tych rejonów. PTT będzie się też musiało zmierzyć ze spadającym wśród polskich lekarzy zainteresowaniem specjalizacją z chirurgii transplantacyjnej. Problem wyraźnie widać już w Anglii, która boryka się z kłopotami kadrowymi, bo lekarze nie chcą zajmować się dziedziną, nie tylko trudną, ale też niemożliwą do uprawiania w praktyce prywatnej. „Polskie ośrodki transplantacyjne w większości nadal są kierowane przez osoby, które je zakładały. Młodych ludzi brakuje – niepokoi się Zbigniew Włodarczyk – Nie wystarczy młodym kolegom zaproponować tylko szansa na rozwój naukowy, by „ściągnąć” ich do zawodu, ta dziedzina medycyny musi być lepiej finansowana.”

przedruk z *Primum Non Nocere* 2009 nr 9

# Psychoneuroimmunologia – fakty i kontrowersje

Dariusz Soszyński, Małgorzata Daniluk

## Wprowadzenie

Blisko 45 lat temu Robert Ader i George Solomon zaproponowali hipotezę o istnieniu anatomiczno-funkcjonalnych powiązań między układami neuroendokrynnym i immunologicznym. Merytoryczne argumenty leżące u podstaw psychoneuroimmunologii pochodziły z obserwacji klinicznych, świadczących o istotnym wpływie stanu psychologicznego i emocjonalnego pacjenta na skuteczność zastosowanej wobec niego procedury leczenia. Ader i Solomon obserwowali, że słaba „kondycja psychiczna” pacjenta zdecydowanie obniżała skuteczność zastosowanej terapii, wydłużając czas powrotu do zdrowia, a nawet zwiększając prawdopodobieństwo śmierci. Spektakularnych argumentów na istnienie neuroimmunomodulacji dostarczyły wyniki badań nad warunkowaniem reakcji odpornościowych przeprowadzonych przez Herberta Spectora. Możliwość klasycznego warunkowania w układzie immunologicznym, polegająca na aktywacji lub hamowaniu wybranych reakcji odpornościowych bodźcami nieantygenowymi takimi jak zapach czy substancja smakowa, wymaga anatomiczno-funkcjonalnego połączenia między układem neuroendokrynnym i odpornościowym. Współdziałanie układu neuroendokrynnego i immunologicznego potwierdzają ponadto wyniki badań ostatnich kilkunastu lat nad istnieniem związku między rozwojem odpowiedzi na stres psychologiczny, a sprawnością reakcji odpornościowych. Stwierdzono między innymi, że krótkotrwała ekspozycja na stres psychologiczno-emocjonalny działa immunostymulująco, podczas gdy chroniczny stres ma działanie immunosupresyjne. Na bazie wrastającej liczby faktów eksperymentalnych potwierdzających hipotezę Solomona i Adera, powstała nowa interdyscyplinarna dziedzina nauk – psychoneuroimmunologia zwana również neuroimmunomodulacją – łącząca immunologię, neurobiologię, psychologię i psychiatrię.

## Podstawy współdziałania układu neuroendokrynnego z odpornościowym

Współdziałanie układu neuroendokrynnego z odpornościowym wymaga dwustronnego przepływu informacji między nimi. Dzięki temu układ neuroendokrynnny zdolny jest do modulowania ekspresji układu immunologicznego i vice versa.

Najważniejsze ośrodki decyzyjne w anatomiczno-funkcjonalnym współdziałaniu obu układów zlokalizowane są w strukturach układu limbicznego i w jądrach podwzgórzowych, a zwłaszcza w jądrach przednich oraz w jądrze przykomorowym. W jądrach przednich zlokalizowane są m.in. ośrodki termoregulacji, ośrodki głodu i sytości oraz ośrodek pragnienia. Natomiast w jądrze przykomorowym następuje aktywacja osi hormonalnej podwzgórze-przysadka-nadnercza, której efektorami są glikokortykoidy znane z silnego działania immunosupresyjnego oraz aminy katecholowe, znane markery reakcji stresowej. Struktury układu limbicznego, mające bogate

neuronalne połączenia z podwzgórzem, odpowiedzialne są za zmianę wzoru zachowań, charakterystycznego dla stanów chorobowych generowanych zarówno stresem antygenowym jak i psychologiczno-emocjonalnym. Nadrzędne znaczenia układu limbicznego i podwzgórza w neuroimmunomodulacji wydają się potwierdzać wyniki badań, gdzie wykazano wzrost ekspresji białek C-fos (znanych markerów aktywacji neuronów) w podwzgórz i ciele migdałowatym po ekspozycji zwierząt na substancje antygenowe lub stres psychologiczno-emocjonalny.

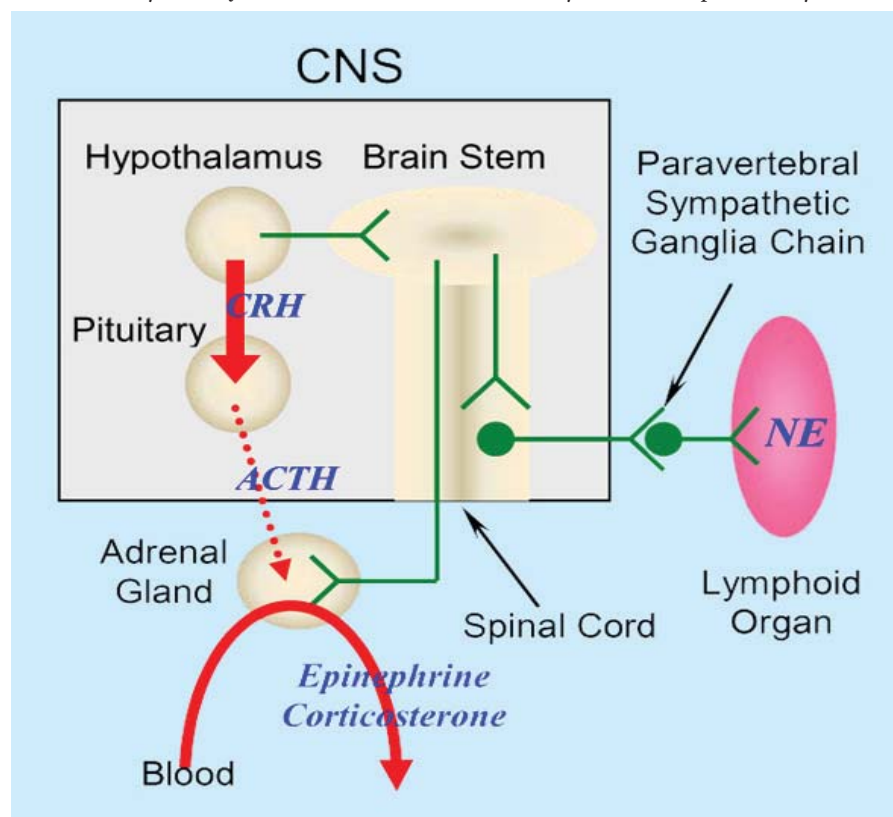
Drogi łączące układ neuroendokrynnny z odpornościowym i odwrotnie, mają charakter humoralny i neuronalny. W obustronnych połączeniach neuronalnych szczególną rolę przypisuje się autonomicznemu układowi nerwowemu, przede wszystkim największemu i najważniejszemu nerwowi tego układu – nerwowi błędnemu. Droga humoralna między układem neuroendokrynnym, a immunologicznym jest kreowana przez glikokortykoidy, które z jednej strony skutecznie hamują na poziomie transkrypcyjno-translacyjnym syntezę prozapalnych cytokin, z drugiej zaś przy udziale lipokortyn hamują biologiczną aktywność cytokin, zależną od prostaglandyn. Humoralna komunikacja między układem odpornościowym a neuroendokrynnym jest zależna od prozapalnych cytokin, takich jak interleukina-1, interleukina-6 czy kachektyna. Cytokiny wydają się jedynym humoralnym sygnałem pochodzącym z tkanek obwodowych, dzięki któremu informa-

cja o przebiegającym stanie chorobowym w tkankach obwodowych przenoszona jest do ośrodkowego układu nerwowego. Ze względu na istnienie bariery krew-mózg, kontrowersyjny nadal pozostaje sposób przenoszenia informacji z tkanek obwodowych do mózgu. Za najbardziej prawdopodobną uznaje się hipotezę zakładającą, że cytokiny w tkankach obwodowych bezpośrednio lub pośrednio mogą stymulować ich własną syntezę po drugiej stronie bariery krew-mózg, czyli już w tkankach mózgowych. W drodze humoralnej (działającej już na poziomie ośrodkowego układu nerwowego) wzbudzonej obwodowymi cytokinami ważną rolę wydają się pełnić prostaglandyny z grupy E2 i tlenek azotu.

## Sickness behavior – elementy składowe i ich znaczenie

Jednym z najbardziej spektakularnych dowodów potwierdzających istnienie anatomiczno-funkcjonalnych połączeń między układami neuroendokrynnym i odpornościowym jest zmiana wzoru zachowań w stanach chorobowych. Ta kompleksowa „przebudowa” zachowania nazywana jest zespołem zachowań towarzyszącym chorobie, czyli „sickness behavior”. W jego skład wchodzi zmiana zachowań pokarmowych, spadek aktywności lokomotorycznej, zanik aktywności seksualnej, osłabienie instynktu macierzyńskiego, anhedonia, wzrost potrzeby snu i zmiana jego wzoru, wyższa wrażliwość bólowa oraz upośledzenie procesów uczenia się i zapamiętywania.

Zmiany zachowań pokarmowych towa-



Sickness behavior - powiązania



rzyszające procesom chorobowym są spośród wszystkich elementów składowych należących do „sickness behavior” najlepiej opisane i poznane. Podczas choroby obserwujemy upośledzenie zachowań pokarmowych, które prowadzi do zdecydowanego zmniejszenia ilości pobieranego pokarmu (anoreksja) i często również ilości pobieranych płynów (adipsja). „Depresja” zachowań pokarmowych nie ogranicza się do chorób dotyczących bezpośrednio przewód pokarmowy, ale występuje prawie we wszystkich jednostkach chorobowych. Występuje także w ostro przebiegających ale krótkotrwałych stanach zapalnych. Ta charakterystyczna zmiana zachowań pokarmowych, opisana u zwierząt i człowieka, jest prawdopodobnie związana z możliwością rozwinięcia tzw. odporności alimentacyjnej, która polega na ograniczaniu dostępności składników niezbędnych do przeżycia i proliferacji mikroorganizmów chorobotwórczych. Doskonałym przykładem istnienia odporności alimentacyjnej jest hipoferemia (spadek poziomu żelaza we krwi), obserwowana w stanach chorobowych, wynikająca z przesunięcia żelaza z krwi do ferrytowych magazynów wątrobowych. Brak puli dostępnego żelaza, bezwzględnie wymaganego przez wszystkie żywe systemy do wzrostu i przeżycia, znacznie hamuje proliferację drobnoustrojów chorobotwórczych. Znaczenie „depresji” zachowań pokarmowych wydaje się również szczególnie ważne w relacjach ofiara-drapieżca. Ten drugi, kierując się prostym bilansem energetycznym, będzie szukał swoich ofiar wśród zwierząt chorych lub młodych w miejscach gdzie potencjalne ofiary żerują. Hamowanie zachowań pokarmowych podczas choroby obniża prawdopodobieństwo spotkania ofiary z drapieżcą, a tym samym zwiększa szansę na ich przeżycie. Ponieważ przedstawiona interpretacja znaczenia hamowania zachowań pokarmowych opar-

ta jest na istnieniu łańcucha troficznego, trudno jest ją ekstrapolować na człowieka.

Koszty energetyczne jakie ponosi żywy organizm dzielone są na te, które związane są z utrzymaniem podstawowych procesów życiowych oraz na te związane z wszystkimi rodzajami aktywności ruchowej. Rozwinięcie „depresji” zachowań pokarmowych w stanie choroby uniemożliwia bilansowanie strat energetycznych i zmusza organizm, z jednej strony do korzystania z własnych magazynów energetycznych, z drugiej zaś do oszczędnego gospodarowania substancjami energetycznymi poprzez możliwie maksymalne zahamowanie wszelkich zachowań wymagających aktywności ruchowej. Dlatego też hamowanie aktywności lokomotorycznej uważa się za kolejny strategiczny element „sickness behavior”. Zmiana trybu życia z aktywnego na „osiadły” zdecydowanie ogranicza wydatki energetyczne. Hamowanie aktywności lokomotorycznej jest skutecznie wzmacniane hiperalgeją (nadwrażliwością bólową) oraz anhedonią (brak odczuwania przyjemności), które immanentnie związane są z procesem chorobowym. Przejście z trybu życia aktywnego ruchowo na „osiadły” ułatwiają także charakterystyczne zmiany w okołodobowym rytmie sen/czuwanie. Podczas choroby obserwuje się skrócenie czasu zasypiania, wydłużenie czasu snu, a nawet zmianę wzoru snu, w którym zaczyna przeważać faza snu wolnofalowego nad snem paradoksalnym.

Mechanizmy odpowiedzialne za hamowanie zachowań seksualnych i osłabienie instynktu macierzyńskiego są słabo poznane. „Depresja” zachowań seksualnych zmniejsza częstotliwość kontaktów seksualnych między samicami i samcami, co nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza u tych gatunków zwierząt, które żyją w stadach. Zapobiega ona rozprzestrzenianiu się choroby na kolejnych członków stada. Podobne znaczenie wydaje się mieć osłabienie instynktu macierzyńskiego. W nielicznych dotychczas ba-

daniach stwierdzono, że instynkt macierzyński matek drobnych gryzoni ogranicza się do karmienia potomstwa, a całkowitej redukcji ulegają te zachowania, które są związane z pielęgnacją i higieną potomstwa.

W badaniach oceniających zmiany w zachowaniach poznawczych i efektywności uczenia wykorzystuje się wiele ściśle zdefiniowanych testów, które są powszechnie stosowane przy określaniu wpływu nowych preparatów leczniczych na funkcje poznawcze. Wyniki tych badań wskazują na upośledzenie wielu funkcji poznawczych u zainfekowanych zwierząt. Między innymi znacznemu wydłużeniu czasowemu ulega reakcja orientacji i reakcja unikania. W innych doświadczeniach wykazano, że u zwierząt chorych wymagane jest zwiększenie ilości powtórzeń w uczeniu skojarzeniowym, o ile w ogóle dojdzie do wykształcenia odruchu warunkowego. Prawdopodobnie zmiany te są następstwem zaburzeń procesów konsolidacji pamięci zachodzących w strukturach układu limbicznego oraz hamowania zjawiska zwanego długotrwałą potencjalizacją.

Przedstawiona powyżej „przebudowa” zachowań towarzysząca stanom chorobowym istotnie wzmacnia skuteczność mechanizmów odporności swoistej i nieswoistej w konfrontacji z czynnikiem infekcyjnym. Innymi słowy „sickness behavior” jest próbą wyeliminowania tych kategorii reakcji, które nie są bezpośrednio zaangażowane w walce z czynnikiem infekcyjnym. Towarzysząc stanom chorobowym skracają czas ich trwania, a jednocześnie ograniczają do możliwego minimum rozprzestrzenianie się choroby. Reakcje związane z syndromem „sickness behavior” wydają się mieć głębokie korzenie filogenetyczne, ponieważ jako korzystne dla zainfekowanego organizmu przetrwały do dnia dzisiejszego, pomimo twardych reguł praw ewolucyjnych. Występują bowiem u człowieka, innych ssaków i niższych kręgowców, a nawet u organizmów bezkręgowych. Ponadto elementy budujące „sickness behavior” mają charakter zmian antycypatycznych i nie wynikają z fizycznego wyczerpania organizmu procesem chorobowym.

### Podsumowanie

Układ neuroendokrynni i immunologiczny mają zasadnicze znaczenie w utrzymaniu homeostazy. Układy te wzajemnie się kontrolują i modulują swoją ekspresję. Ścisłe współdziałanie obu układów jest warunkiem powstawania strategii form adaptacyjnych, Wiadomo jednocześnie, że zdolność do adaptacji jest jedną z najbardziej istotnych cech życia. Bowiem ciągłe przystosowywanie się (adaptacja) organizmu do zmiennych wpływów otaczającego go środowiska jest warunkiem przetrwania.

Poznanie mechanizmów interakcji między układem neuroendokrynnym i immunologicznym stanowi podstawę zrozumienia psychosomatycznej natury stanów patologicznych i patofizjologicznych.

*dr hab. Dariusz Soszyński, prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Neuroimmunologii, mgr Małgorzata Daniluk jest doktorantką w tejże Katedrze*

# O trudnym problemie - czyli o leczeniu, opatrunkach i pielęgnacji ran przewlekłych

## wykład z cyklu Medycznej środy

Maria T. Szewczyk

*Leczenie ran przewlekłych wymaga wielokierunkowej interdyscyplinarnej współpracy wyspecjalizowanych zespołów lekarskich i pielęgniarzkich, świadczących opiekę w oparciu o rekomendację ekspertów na podstawie badań EBM. W leczeniu ran przewlekłych priorytetem pozostaje leczenie przyczynowe, które wyprzedza i zwiększa efektywność terapii ogólnej i miejscowej.*

W Polsce, leczenie ran przewlekłych wymaga opracowania skutecznych systemów organizacyjnych w celu dalszego wdrażania rekomendacji zapewniających realizację działań medycznych w oparciu o własne lub europejskie standardy, na możliwie wysokim poziomie. Zanim owe regulacje i standardy opieki nad chorym zostaną formalnie - w szerokim zakresie - wdrożone do praktyki, ciężar wszechstronnej opieki spoczywa na lekarzu i pielęgniarce. Te niezwykle trudne w gojeniu rany przewlekłe można w większości wyleczyć w oparciu o najnowsze standardy postępowania i tworzenie sieci specjalistycznych ośrodków leczenia ran. Zapewnienie skutecznej opieki wymaga poza wdrożeniem standardów, także zintegrowanej współpracy specjalistów lekarzy i pielęgniarzek oraz podjęcia inicjatywy instytucji, osób kierujących polityką zdrowotną. Dużą rolę w procesie leczenia należy przypisać pielęgniarce, jej wiedzy i umiejętności w sprawowaniu zarówno ogólnej jak i miejscowej opieki nad chorym z raną. Dlatego niewątpliwie na efektywność leczenia będzie miał wpływ program kształcenia uniwersyteckiego związany z rozwojem dziedziny leczenia ran przewlekłych, kształcenie podyplomowe oraz postawy pracowników medycznych zajmujących się tym trudnym problemem. Wysokiej jakości system kształcenia, dostosowane do aktualnej wiedzy schematy postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego, dobrze zorganizowana sieć ośrodków leczenia ran wraz z procedurami leczniczo-pielęgnacyjnymi mogą stanowić zaplecze efektywnej i skutecznej opieki nad chorym z raną przewlekłą.

Od wielu lat Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran jak i Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego zachęcają do ujednolicenia programów edukacji i rekomendują wprowadzanie skutecznych działań medycznych podkreślając przy tym interdyscyplinarne podejście do tego trudnego problemu. Towarzystwa te wskazują, że dominującą rolę w opiece nad chorym z raną powinna pełnić odpowiednio przygotowana i wyszkolona specjalistka pielęgniarka.

### Sztuka leczenia ran - opatrunki

Oporność na kurację, zwłaszcza miejscową, wiąże się ze złożoną etiopatogenezą różnych rodzajów owrzodzeń. Wymagana jest przede wszystkim identyfikacja czynników przyczynowych, choroby zasadniczej i jej leczenia. Strategia kompleksowego leczenia ran przewlekłych o różnej etiologii, skupia się zaraz po diagnostyce, leczeniu ogólnym i przyczynowym, na działaniach miejscowych m.in. podkreślających korzystny dla procesu gojenia wpływ wilgotnego środowiska. Utrzymanie w łóżysku rany wilgotnego środowiska zapewniają różnego rodzaju „opatrunki nowej generacji”.

Odkrycia Wintera, od których minęło już prawie 50 lat, znacząco zmieniły podejście świata medycznego do problemu leczenia ran przewlekłych. Klasyczne kompresy gazowe, opatrunki z waty opatrunkowej i włókniny straciły na znaczeniu. Przez lata stanowiły one podstawowy materiał opatrunkowy, ale jak się później okazało, nie sprzyjały gojeniu rany. Zaczęto je określać mianem „biernych”, aby podkreślić, że jedyną funkcją jaką pełnią opatrunki gazowe, to zewnętrzna osłona rany. Alternatywą dla opatrunków „tradycyjnych” stały się opatrunki „nowoczesne”. Pojawiły się one w odpowiedzi na postulaty tzw. wilgotnego leczenia ran i w szybkim tempie zrewolucjonizowały światowy rynek medyczny. W Stanach Zjednoczonych już na początku lat 90. na liście wyrobów medycznych znajdowało się prawie 400 różnych produktów opatrunkowych, pogrupowanych w 22 kategorie. Oczywiście dzisiaj jest ich o wiele więcej. Szacuje się, że w sprzedaży znajduje się nawet do 1000 zarejestrowanych produktów medycznych spełniających kryteria tzw. „wilgotnego leczenia ran”. Osiągnięty w Polsce w 2007 roku konsensus Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran w sprawie podziału głównych grup opatrunków wymienia 120 produktów. W ofercie pojawiają się wciąż nowe zaawansowane technologie i nowoczesne materiały opatrunkowe. Ich kliniczna skuteczność jest wysoka, ale wybór optymalnego produktu bywa w praktyce nadal bardzo trudny.

Termin „nowoczesne leczenie ran” odnosi się do ogólnej koncepcji leczenia miejscowego i jest pojęciem bardzo szerokim. Stoi w opozycji do leczenia tradycyjnego, biernego, polegającego wyłącznie na osłanianiu rany z zewnątrz. To leczenie nie zapewniało ranie optymalnych warunków gojenia i nie dostrzegało jej naturalnego potencjału. Mikrośrodowisko pod opatrunkiem starej generacji nie było korzystne, nie tylko nie sprzyjało procesowi gojenia ale nawet go hamowało. Koncepcje „nowoczesne”

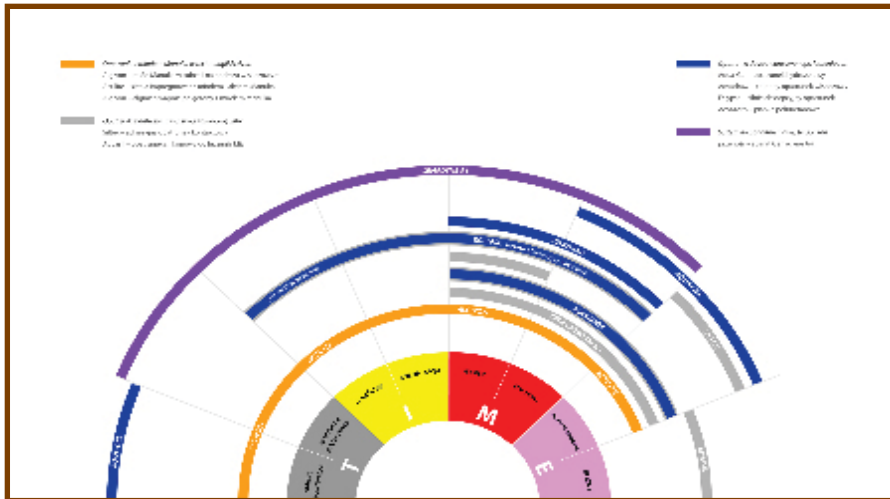
opartą za stosowaniem produktów przyjaznych ranie. Takich, które nie zaburzają, ale wspierają fizjologię procesu gojenia i sprowadzają go na właściwe tory. Większość opatrunków nowej generacji przeznaczonych jest do leczenia „wilgotnego”. Nie oznacza ono dosłownie stosowania wilgoci i nawilżania powierzchni ran, ale zapewnienie jej fizjologicznego poziomu wysięku, takiego jaki panuje pod skórą w ranach gojących się pierwotnie. Opatrunki wet-to-dry i tzw. przymoczek nie spełniają wymagań koncepcji wilgotnej. Oddziałują one wyłącznie na ilościowy aspekt wysięku. Opatrunek „wilgotny” natomiast aktywnie uczestniczy w procesie gojenia. Równoważy zarówno ilość, jak i właściwości fizykochemiczne wydzieliny. Znosi negatywne a maksymalizuje pozytywne skutki wilgotności w ranie. Opatrunek, który oddziałuje na biochemiczne środowisko rany i stymuluje proces gojenia (np. fibrynolizę w fazie oczyszczania) nazwano „interaktywnym”. To pojęcie odnosi się jednak nie do całej koncepcji, a konkretnych właściwości opatrunku. Również określenia takie jak „okluzja”, „dostarczanie wilgoci”, czy „adhezja” opisują wyłącznie właściwości i cechy konkretnych materiałów opatrunkowych.

### Jak wybrać opatrunek?

Podczas wyboru opatrunku należy kierować się następującymi zasadami:

- Opatrunek zawsze należy dobrać zgodnie z miejscową charakterystyką rany. W zaopatrywaniu ran przewlekłych najważniejsza jest faza procesu gojenia i związana z nią produkcja wysięku.
- Opatrunek powinien utrzymywać wilgotną powierzchnię rany, a jej brzegi powinny pozostawać suche i znajdować się poza macerującym wpływem wysięku (wszystkie wolne przestrzenie powinny być wypełnione opatrunkiem lub innym preparatem kontaktowym np. żelem lub proszkiem utrzymującym wilgotne środowisko. Osłonę zewnętrzną zapewnia okluzyjna, półokluzyjna lub luźna powłoka samoprzylepnej płytki).
- Przed zastosowaniem opatrunku należy zapoznać się z jego składem, właściwościami i wskazaniami, tak by na każdym etapie gojenia spełniał on wymaganą funkcję.

W leczeniu ran przewlekłych obecnie stosuje się również szereg metod oczyszczających i przyspieszających gojenie ran np. larwy *Lucilla sericata*, system podciśnieniowy VAC, ultradźwięki, laser, światło spolaryzowane, hiperbarię tlenową i inne. Po zastosowaniu metody wspomagającej ranę



Rodzaje opatrunków w koncepcji TIME

należy jednak zawsze zaopatrzyć opatrunkiem zgodnie ze wskazaniami.

### Pielęgnacja rany - koncepcja TIME

Strategia TIME w dużym stopniu przyczynia się do pobudzania naturalnych mechanizmów gojenia, zawiera cztery składowe:

- T - Tissue debridement - opracowanie tkanek,
- I - Infection and inflammation control - kontrola infekcji i zapalenia,
- M - Moisture balance - równowaga wilgotności,
- E - Edges, Epidermization stimulation - pobudzenie naskórkowania od brzegu.

Celem tego podejścia jest optymalizacja środowiska rany przez zmniejszenie obrzęku i wysięku, zmniejszenie zanieczyszczenia bakteriami oraz co ważne, korektę czynników negatywnie wpływających na proces gojenia. TIME promuje interwencje celowe i przemyślane, a jego wdrożenie do praktyki wymaga przeprowadzenia specjalistycznej diagnostyki i oceny rany. Wprowadzanie strategii TIME powinno być uzasadnione stanem rany i panujących w niej warunków oraz powinno odbywać się w odpowiedniej sekwencji czasowej.

Opracowanie rany zgodnie ze strategią TIME ma m.in. na celu: usunięcie martwych tkanek i bakterii kolonizujących ranę, usunięcie starzejących się komórek, regulację poziomu enzymów proteolitycznych, a także ich inhibitorów, regulację wydzielania z rany, zmniejszenie aktywności pozapalnej i redukcji mediatorów zapalenia w ranie, wyrównanie niedostatków komórkowych lub tkankowych, optymalną dostępność białka niezbędnego do syntezy kolagenu, przywrócenie prawidłowej kolejności i przebiegu faz procesu gojenia.

### Problemy psychospołeczne opieki pielęgniarskiej

Obecnie w Polsce chorzy cierpiący np. na przewlekłe owrzodzenie zmagają się z cho-

robą i towarzyszącymi jej problemami przez wiele lat. Stanowią specyficzną grupę chorych, w której przeważają zwykle osoby starsze. Występowanie przewlekłego owrzodzenia np. w obrębie kończyn dolnych, powoduje ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu np.: trudności z dopasowaniem obuwia, kąpielą czy – w zaawansowanym stadium choroby – problemy związane z ruchomością stawów i poruszaniem się. Ograniczona mobilność chorych i następstwa emocjonalne zaburzają komunikację i interakcje z innymi ludźmi, prowadzą do izolacji i alienacji tej grupy chorych. Wycofanie się z dotychczasowych kontaktów społecznych i ograniczenie relacji z innymi ludźmi może mieć dwojaki charakter:

izolacja „przymusowa” spowodowana jest np. ograniczeniem funkcji fizycznych, czy też izolacja świadoma i poniekąd „dobrowolna” która jest np. następstwem wycofania się z życia społecznego w obawie chorego przed napiętnowaniem i/lub brakiem akceptacji i przed negatywnymi reakcjami otoczenia na obecność sączącej i bardzo brzydko pachnącej rany.

Izolacja społeczna chorych, stres emocjonalny, mogą odgrywać rolę także w hamowaniu proliferacji opóźniając tym samym proces gojenia. Złożone konsekwencje przewlekłej choroby wymagają również złożonej, wielokierunkowej opieki medycznej przede wszystkim pielęgniarskiej. Wpływ czynników psychicznych i społecznych na efektywność terapii oraz ich pośredni udział w regulacji procesu gojenia rany sprawiają, że aspekt psychospołeczny pielęgnacji chorego stanowi jeden z wielu ważnych elementów leczenia. Stąd diagnoza pielęgniarska poza innymi powinna obejmować także ocenę sytuacji psychospołecznej chorego, w tym m.in.:

indywidualną reakcję na chorobę, ocenę mechanizmów radzenia sobie z sytuacją choroby, postrzegania siebie (radzenie sobie z obecnością owrzodzenia), radzenie sobie z bólem, ograniczeniami funkcjonalnymi i objawami choroby, relacji z personelem medycznym, relacji z rodziną i przyjaciółmi – możliwość otrzymywania od nich wsparcia,

konsekwencji ekonomicznych choroby i związanej z nią terapii.

### Edukacja chorego i rodziny

Jednym z ważniejszych elementów opieki pielęgniarskiej nad chorym z raną jest edukacja, która oznacza nie tylko wyposażenie chorego i jego rodziny w odpowiednią wiedzę i umiejętności. Pozwala również na zrozumienie i podjęcie współuczestnictwa w procesie leczenia i pielęgnowania. Edukacja chorych z owrzodzeniem jest stosunkowo trudna, co wiąże się z naturą samej choroby, ale również wynika ze specyfiki grupy, w jakiej edukacja jest prowadzona. W większości tworzą ją osoby starsze, u których z powodu wieku i często chorób współistniejących obserwuje się ograniczoną percepcję oraz zdolność uczenia się i zapamiętywania nowych wiadomości. Stopniowanie i rozłożenie edukacji w czasie jest konieczne. Podobnie jak ciągła kontrola przyswojonej już wiedzy, jej uzupełnianie i związana z tym powtarzalność poszczególnych etapów procesu nauczania.

Proces leczniczo-pielęgnacyjny chorego zależy będzie od etiologii rany, diagnostyki itp. pamiętajmy rana, ranie nie równa. Każda wymaga wnikliwej diagnostyki, oceny i zintegrowanego również edukacyjnego podejścia do chorego i jego rodziny.

### Pielęgnacja skóry wokół rany

U chorych z raną przewlekłą niewłaściwa pielęgnacja skóry, czy utrzymujący się duży wysięk z rany będzie niszczył jej brzegi, powiększał jej powierzchnię. Długotrwała wilgotność skóry osłabia naskórkową barierę ochronną, prowadzi do degradacji warstwy białkowo-lipidowej, znosi fizjologicznie kwaśne pH skóry i maceruje naskórek. Wiąże się także z dodatkowym wpływem zanieczyszczenia bakteryjnego (także pochodzenia grzybiczego czy wirusowego) lub innego np. sierść, kurz, stolec zaburzając równowagę mikrobiologiczną skóry, dostarczając drobnoustrojom pożywkę ułatwiają rozwój zakażenia i kontaminację spowodowanych wilgocią uszkodzeń. Zabiegi pielęgnacyjne mają na celu ograniczenie wpływu szkodliwych czynników na skórę i wzmacnianie lub przywracanie jej funkcji ochronnej. W badaniach wykazano, że np. nietrzymanie u chorych moczu i stolca, może nawet 5-krotnie zwiększać ryzyko rozwoju odleżyn. Systematyczna pielęgnacja skóry i utrzymanie integralności bariery skórnej jest ważną częścią programu profilaktyki i leczenia wszystkich ran przewlekłych.

Leczenie i pielęgnowanie ran przewlekłych wymaga znajomości szczegółowych mechanizmów i patofizjologii charakterystycznej dla danego rodzaju rany. Obejmuje złożone czynności wymagające wszechstronnych umiejętności z zakresu różnych dyscyplin.

dr hab. Maria T. Szewczyk jest kierownikiem Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego

# Pielęgniarstwo nie tylko zawód

Mirosława Kram

Twórczynią świeckiego i nowoczesnego pielęgniarstwa była Angielka Florencja Nightingale (1810-1920). Jej wielka osobowość i doświadczenie życiowe sprawiło, że założyła pierwszą w świecie szkołę pielęgniarstwa. Miało to miejsce w 1860 r. w Londynie przy szpitalu św. Tomasza. Od tego momentu pielęgniarstwo nabrało charakteru świeckiego, stało się zawodem, przedmiotem nauczania i kształcenia, sięgnęło podstaw naukowych. W ciągu następnych 50 lat, szkoły powstawały na wszystkich kontynentach. W Polsce pierwszą szkołę kształcąca pielęgniarki otwarto w Krakowie w 1911 r.

## Etimologia wyrazu pielęgniarstwo

Wyrazy zawierające formant -stwo odnoszą się do rzeczownika, stają się nazwami zawodów, specjalności, nauki i sztuki, np. bibliotekarstwo, malarstwo, dziennikarstwo, pielęgniarstwo. Struktury na -stwo są wielofunkcyjne, ponieważ tworzy się je od rzeczowników o różnej budowie i pochodzeniu – odrzeczownikowych i odczasownikowych. Dotyczą szczególnie tych, które są przydatne do pełnienia funkcji nazw zawodów oraz dziedzin życia społecznego w związku z rozwojem usług, w tym zdrowotnych.

Język polski zapożyczył z języka niemieckiego wyraz pielęgniarstwo i pochodzi on od rzeczownika die Pflege – opieka, piecza lub czasownika pflegen – dogłądanie, pielęgnowanie, pielęgnacja. Warto zauważyć, że nie ma źródłosłowo wyrazu w łacinie ani w języku angielskim. Interesujące nas wyrazy mają źródło wyłącznie w języku niemieckim i zostały tak dawno przyjęte, że dla niejęzykoznawcy są wyrazami z zasobu języka polskiego.

## Krótkie dzieje pielęgniarstwa

W pielęgniarstwie wyróżnia się dwa okresy: przednowoczesny i nowoczesny. Okres przednowoczesny, bardzo długi i zróżnicowany obejmuje działania opiekuńczo-pielęgnacyjne od okresu ludów pierwotnych (troszczenie się o siebie, o życie i zdrowie najbliższych było i jest jednym z podstawowych poczynań człowieka) starożytności, poprzez okres średniowiecza, w którym opiekę sprawowały zakonnice i zakonnicy (w przytułkach). Dalej czasy Odrodzenia i Oświecenia, nie przynoszące chluby pielęgniarstwu (opiekę sprawowali dozorczy i dozorczyńskie) do roku 1860, który to rozpoczął erę pielęgniarstwa nowoczesnego. W ciągu tych niemal 150. lat nastąpiły ogromne przeobrażenia w poszczególnych obszarach pielęgniarstwa. Rozwój pielęgniarstwa i praktyki zawodowej nie przebiega bez oporów i trudności. Przeszkadza w tym wiele zakorzenionych stereotypów myślowych, m. in. o roli i miejscu pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia. Wpływ na to ma także siła przyzwyczajenia, czasem brak odwagi w podejmowaniu nowych wyzwań.

## Nowoczesne pielęgniarstwo

Jest terminem używanym w pięciu znaczeniach: jako zawód, działalność praktyczna, system kształcenia, przedmiot nauczania oraz dyscyplina.

**Pielęgniarstwo - profesja wykonywana przez pielęgniarki/pielęgniarzy.** Pielęgniarstwo zawodowe to wyuczona działalność pielęgniarek/pielęgniarzy, realizowana na rzecz człowieka – jednostki, grupy społecznej. Jest pracą samodzielną, której wykonywanie reguluje Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, uchwalona przez Sejm RP 5 lipca 1996 r. Może ją wykonywać osoba, która ma wykształcenie określone powyższą Ustawą i uzyska prawo do wykonywania zawodu wydane przez Samorząd pielęgniarek i położnych. Ten ostatni został utworzony na mocy Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, uchwalonej przez Sejm RP 19 kwietnia 1992 r. Powyższe dekrety wyznaczają rozwój pielęgniarstwa jako profesji.

Profesja to wolny zawód cechujący się zalegalizowanym w odczuciu społecznym wysokim stopniem autonomii. Profesjonalista staje się z racji specjalistycznego wykształcenia i jest ono nieodzowne, aby po mistrzowski wypełniać wyznaczone zadania. Profesjonalista posiada fachową mądrość, popartą doświadczeniem zawodowym i życiowym, całe życie jest mistrzem i uczniem, cieszy się uznaniem i szacunkiem, praktykuje zgodnie z przyjętymi standardami opisującymi pożądaną poziom wykonawstwa. Nie porzuca i nie przestaje uprawiać swojego zawodu, jest z nim związany przez całe życie, przestrzega kodeksu etycznego zawodu.

**Pielęgniarstwo jako działalność praktyczna czyli pielęgnowanie.** Pojęcie pielęgnowania zmieniło się w perspektywie czasowej. Pielęgnowanie zawodowe to praca pielęgniarki/pielęgniarza skierowana na podmiot opieki, realizowana z nim i dla niego. Podmiotem i biorcą opieki pielęgniarskiej jest każdy, kto z różnych powodów nie jest w stanie odpowiadać za swoje zdrowie, radzić sobie ze stanem, w którym się znajduje. Podmiotem opieki są indywidualne osoby, rodziny, grupy społeczne; ludzie w różnym wieku: dzieci, dorośli, starsi, o odmiennym stanie zdrowia – zdrowi, zagrożeni chorobą, chorzy, w tym nieuleczalnie i umierający oraz niepełnosprawni.

**Pielęgniarstwo jako system kształcenia.** Obejmuje kształcenie podstawowe, w znaczeniu przygotowania kadr do zawodu (licencjat stacjonarny i niestacjonarny oraz studia magisterskie uzupełniające) oraz kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

Obecnie do zawodu przygoto-

wują szkoły wyższe. Ośrodek, który kształci w zakresie studiów licencjackich jest uczelnią zawodową, natomiast jednostka kształcąca w zakresie studiów licencjackich i magisterskich to Uniwersytet Medyczny. Edukacja do zawodu pielęgniarki licencjata trwa 3 lata i jest możliwe tylko w formie stacjonarnej dla absolwentów Liceów Ogólnokształcących. W trybie niestacjonarnym jest możliwe tylko dla pielęgniarek aktywnych zawodowo, chcących uzupełnić wykształcenie średnie (tzw. studia pomostowe).

Aktualny system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych proponuje kursy kwalifikacyjne oraz specjalizacje w wielu dziedzinach pielęgniarstwa. Wymienione rodzaje edukacji różnią się czasem trwania, programem nauczania oraz uprawnieniami, jakie uzyskuje się w wyniku ich ukończenia.

**Pielęgniarstwo jako przedmiot nauczania.** Wykładane jest na kierunku Pielęgniarstwo uczelni oraz w kształceniu podyplomowym. Stanowi zasadniczą treść merytorycznego przygotowania pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych do zawodu i doskonalenia zawodowego. W wyniku realizacji treści programowych z pielęgniarstwa student uzyskuje wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania zawodu, tj. rozpoznawania problemów zdrowotnych pacjenta, planowania opieki, jej realizowania i oceniania oraz umiejętności współpracy z zespołem diagnostyczno-terapeutycznym.

**Pielęgniarstwo jako dyscyplina/dziedzina naukowa.** Obecnie uważa się, że pielęgniarstwo stanowi społeczno-przyrodniczą naukę praktyczną, której podstawę dydaktyczną stanowią pojęcia i twierdzenia teoretycznych i stosowanych nauk





społecznych oraz nauk przyrodniczych i biomedycznych. Tematyka badań odzwierciedla nowe kierunki w pielęgniarstwie: od tych dotyczących sfery biologicznej człowieka w zdrowiu i chorobie, niepełnosprawności i umieraniu do takich, które dotyczą zagadnień zdrowia i jego ochrony, a także badań o tematyce psychologiczno-społecznej. Pielęgniarstwo korzysta z metodologii nauk społecznych, biomedycznych i psychologii.

**Kształtowanie tożsamości pielęgniarstwa.** Symbole i ceremonie w pielęgniarstwie pozwalają na identyfikowanie się z zawodem. Niestety, mimo przekonania o ich znaczeniu, istnieje wiele obiektywnych trudności w ich kultywowaniu. Czepek pielęgniarstwa, stanowiący pozostałość zwyczajów nakrywania głowy przez kobiety, obecnie stanowi element stroju galowego pielęgniarki. Ubiór jest związany z historią habitu zakonnego. Współczesny ubiór (tzw. mundurek) pielęgniarstwa obowiązujący w czasie wykonywania pracy zawodowej to najczęściej biała lub jednokolorowa garsonka. Hymn pielęgniarstwa – 4-zwrotkowa pieśń w rytmie marszowym, kiedyś towarzyszący uczennicom pielęgniarstwa w czasie uroczystości zawodowych (czepkowa-

nie, paskowanie, odbieranie dyplomów pielęgniarstwa jest praktycznie nieznanymi współczesnym studentkom kierunku pielęgniarstwa.

**Natura/istota pielęgniarstwa.** Dotychczasowe dociekania w sprawie istoty pielęgniarstwa doprowadziły m. in. do stwierdzenia, że jest nią „troskliwość pielęgniarska” i „opieka pielęgniarska”.

Troskliwość/troszczenie się w potocznym znaczeniu to skupianie na kimś uwagi, zapewnienie mu ochrony i pomocy. Dotyczy ona również cech człowieka – jego postaw, dyspozycji, motywów działań w stosunku do tego kto potrzebuje pomocy i ochrony. Troskliwość pielęgniarki cechuje to, że: lubi ludzi, ich los nie jest jej obojętny, chce im pomagać, dysponuje niezbędną wiedzą, ma opanowane umiejętności, zna i rozumie tego, komu pomaga, zna jego problemy zdrowotne, zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia.

Termin opieka jest używany w mowie potocznej (np. opieka matczyzna, społeczna) i w języku naukowym (np. opieka psychologiczna, pielęgniarstwa). Najogólniej określa on różne

formy działalności i odnosi się do codziennych sytuacji i oraz potrzeb psychofizycznych.

### Podsumowanie

Wybór pielęgniarstwa jako zawodu wymaga poważnego namysłu, bowiem wysoki standard pielęgnowania musi cechować: respektowanie prawa każdego człowieka do szacunku i wolności, zapewnianie opieki w sposób całościowy, skupianie uwagi na przeżyciach pacjenta i zapewnianie pomocy w rozwiązywaniu różnych problemów zdrowotnych. Wszystko to wymaga od pielęgniarki nie tylko wiedzy i sprawności manualnej i technicznej, ale także twórczości, innowacyjności, złożonej refleksyjności, świadomości siebie – swoich silnych i słabych stron, poznawania i rozumienia człowieka. W poczynaniach tych powinna dominować etyczna zasada osiągania dobra przez tego, komu pielęgniarka świadczy swoją pomoc.

*mgr Mirosława Kram jest wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego*

## Lista Filadelfijska

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od początku czerwca do końca października 2009 roku.

IF: 11.355

### Pawłowska Małgorzata

Flisiak R., Feinman S.V., Jabłkowski M., Horban A., Kryczka W., Pawłowska Małgorzata, Heathcote J.E., Mazzella G., Vandelli C., Nicolas-Metral V., Grosgrin P., Liz J.S., Scalfaro P., Porchet H., Crabbe R.: The cyclophilin inhibitor Debio 025 combined with PEG IFN $\alpha$ 2a significantly reduces viral load in treatment-naïve hepatitis C patients.

- Hepatology 2009 Vol. 49 nr 5 s. 1460-1468.

Zapalenie wątroby C - leczenie; Interferon alfa-2A - stosowanie lecznicze; Inhalatory

IF: 10.566

### Budzisz Elżbieta

Grazul M., Budzisz Elżbieta: Biological activity of metal ions complexes of chromones, coumarins and flavones.

- Coordin. Chem. Rev. 2009 Vol. 253 s. 2588-2598.

Kumaryny; Flawonoidy; Metale; Choroby; Chemia

IF: 8.917

### Kubica Jacek

Witkowski A., Maciejewski P., Wąsek W., Małek Ł.A., Niewada M., Kamiński B., Drze-

wiecki J., Kośmider M., Kubica Jacek, Ruzżyło W., Peruga J.Z., Dudek D., Opolski G., Dobrzycki S., Gil R.J.: Influence of different antiplatelet treatment regimens for primary percutaneous coronary intervention on all-cause mortality.

- Eur. Heart J. 2009 Vol. 30 nr 14 s. 1736-1743.

Zawał serca - leczenie; Rewaskularyzacja mięśnia sercowego

IF: 8.266

### Styczyński Jan

Cesaro S., Hirsch H.H., Faraci M., Owoc-Lempach J., Beltrame A., Tendas A., Baltadakis I., Dalles J.H., Koc Y., Toporski J., Styczyński J[an], Yesilipek M.A., Heinz W., Caniglia M., Rascon J., Fauser A.A., Michallet M., Lopez-Corral L., Neuburger S., Tridello G., Einsele H.: Cidofovir for BK Virus-Associated Hemorrhagic Cystitis: a retrospective study.

- Clin. Infect. Dis. 2009 Vol. 49 s. 233-240.

Komórki macierzyste - przeszczepianie; Zakażenie wirusami

IF: 5.399

### Białkowski Karol

Mikkelsen L., Białkowski Karol, Rissom L., Lohr M., Loft S., Moller P.: Aging and defense against generation of 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine in DNA.

- Free Radic. Biol. Med. 2009 Vol. 47 s. 608-615.

DNA - naprawa; Starzenie się; Guanozyna

IF: 5.095

### Jaruga Paweł

Chan M.K., Ocampo-Hafalla M.T., Vartanian V., Jaruga Paweł, Kirkali G., Koenig K.L.,

Brown S., Lloyd R.S., Dizdaroglu M., Teebor G.W.: Targeted deletion of the genes encoding NTH1 and NEIL1 DNA N-glycosylases reveals the existence of novel carcinogenic oxidative damage to DNA.

- DNA Repair 2009 vol. 8 s. 786-794.

Nowotwory; Geny; DNA - uszkodzenie; Myszy

IF: 4.274

### Staszewski Przemysław

Zhao M., Iron M.A., Staszewski Przemysław, Schultz N. E., Valero R., Truhlar D.G.: Valence-bond order (VBO): a new approach to modeling reactive potential energy surfaces for complex systems, materials, and nanoparticles.

- J. Chem. Theory Comput. 2009 Vol. 5 nr 3 s. 594-604.

Chemia fizyczna

IF: 3.661

### Borkowska Alina

Rybakowski J.K., Permoda-Osip A., Borkowska Alina: Response to prophylactic lithium in bipolar disorder may be associated with a preservation of executive cognitive functions.

- Eur. Neuropsychopharmacol. 2009 Vol. 19 s. 791-795.

Choroba afektywna dwubiegunowa; Poznanie; Lit - stosowanie lecznicze; Testy neuropsychologiczne

IF: 3.452

### Hagner Wojciech

Hagner Wojciech, Hagner-Derengowska M., Wiącek M., Zubrzycki I.Z.: Changes in level of VO $_2$ max, blood lipids, and waist cir-

cumference in the response to moderate endurance training as a function of ovarian aging.  
- Menopause 2009 Vol. 16 nr 5 s. 1009-1013.  
Menopauza; Ćwiczenia fizyczne; Ciężar ciała; Lipoproteiny

IF: 3.400  
**Styczyński Jan**

Styczyński J[an], Reusser P., Einsele H., de la Camara R., Cordonnier C., Ward K., Ljungman P., Engelhard D.: Management of HSV, VZV and EBV infections in patients with hematological malignancies and after SCT: guidelines from the Second European Conference on Infections in Leukemia.  
- Bone Marrow Transpl. 2009 Vol. 43 s. 757-770.

Białaczka; Zakażenie

IF: 3.400  
**Styczyński Jan, Pogorzała Monika, Wysocki Mariusz**

Rokicka M., Styczyński J[an], Michalewska B., Torosian T., Tomaszewska A., Gronkowska A., Pogorzała M[onika], Wysocki M[ariusz], Lakomy M., Jędrzejczak W. W.: Fatal combined immune hemolytic anemia after double cord blood transplantation in imatinib-resistant CML.

- Bone Marrow Transpl. 2009 Vol. 44 s. 383-385.

Niedokrwistość; Przetaczanie krwi

IF: 3.379  
**Jaruga Paweł**

Gokce G., Ozsarlak-Sozer G., Oktay G., Kirkali G., Jaruga Paweł, Dizdaroglu M., Kerry Z.: Glutathione depletion by buthionine sulfoximine induces oxidative damage to DNA in organs of rabbits in vivo.

- Biochemistry 2009 Vol. 48 nr 22 s. 4980-4987.

Glutacja; Guanina; Guanozyna; Chromatografia gazowa; Chromatografia w cieczy; Spektrometria masowa; DNA - uszkodzenie; Królki

IF: 3.139  
**Jaruga Paweł**

Sidorenko V.S., Grollman A.P., Jaruga Paweł, Dizdaroglu M., Zharkov D.O.: Substrate specificity and excision kinetics of natural polymorphic variants and phosphomimetic mutants of human 8-oxoguanine-DNA glycosylase.

- FEBS J. 2009 Vol. 276 s. 5149-5162.

DNA - uszkodzenie; DNA - naprawa; Guanina

IF: 3.043  
**Białkowski Karol, Szpila Anna**

Białkowski Karol, Szpila Anna, Kasprzak K.S.: Up-regulation of 8-oxo-dGTPase activity of MTH1 protein in the brain, testes and kidneys of mice exposed to 137Cs  $\gamma$  radiation.

- Radiat. Res. 2009 Vol. 172 nr 2 s. 187-197.

Białka; Mózg; Nerka; Promieniowanie; Myszy

IF: 2.882  
**Nowaczyk Alicja**

Kulig K., Sapa J., Nowaczyk Alicja, Filippek B., Malawska B.: Design, synthesis and pharmacological evaluation of new 1-[3-(4-arylpiperazin-1-yl)-2-hydroxy-propyl]-3,3-diphenylpyrrolidin-2-one derivatives with antiarrhythmic, antihypertensive, and  $\alpha$ -adrenolytic activity.

- Eur. J. Med. Chem. 2009 Vol. 44 nr 10 s. 3994-4003.

Chemia organiczna

IF: 2.762  
**Buczkowski Krzysztof**

Siemińska A., Buczkowski Krzysztof, Jassem E., Niedożytko M., Tkacz E.: Influences of polymorphic variants of DRD2 and SLC6A3 genes, and their combinations on smoking in Polish population.

- BMC Med. Genet. 2009 Vol. 10 92.

Palenie tytoniu; Polimorfizm (genetyka)

IF: 2.648  
**Jaruga Paweł**

Jaruga Paweł, Xiao Y., Nelson B.C., Dizdaroglu M.: Measurements of (5' R)- and (5' S)-8,5'-cyclo-2'-deoxyadenosines in DNA in vivo by liquid chromatography/isotope-dilution tandem mass spectrometry.

- Biochem. Biophys. Res. Comm. 2009 Vol. 386 s. 656-660.

DNA - uszkodzenie; Adenozyna; Chromatografia w cieczy; Spektrometria masowa; Nukleotydy

IF: 2.629  
**Buciński Adam, Wnuk Małgorzata, Goryński Krzysztof, Nowaczyk Alicja, Bączek Tomasz**

Buciński Adam, Wnuk Małgorzata, Goryński Krzysztof, Giza A., Kochańczyk J., Nowaczyk Alicja, Bączek Tomasz, Nasal A.: Artificial neural networks analysis used to evaluate the molecular interactions between selected drugs and human  $\alpha$ 1-acid glycoprotein.

- J. Pharmaceut. Biomed. Anal. 2009 Vol. 50 s. 591-596.

Sieci neuronowe; Glikoproteiny

IF: 2.594  
**Nowaczyk Alicja**

Nowaczyk Alicja, Kulig K., Malawska B.: 1-(3-(4-arylpiperazin-1-yl)-propyl)-pyrrolidin-2-one derivatives as  $\alpha$ 1-adrenoceptor antagonists: a QSAR study.

- QSAR Comb. Sci. 2009 Vol. 28 nr 9 s. 979-988.

Chemia organiczna

IF: 2.594  
**Krysiński Jerzy**

Krysiński Jerzy, Płaczek J., Skrzypczak A., Błaszczak J., Prędko B.: Analysis of relationships between structure, surface properties, and antimicrobial activity of quaternary ammonium chlorides.

- QSAR Comb. Sci. 2009 Vol. 28 nr 9 s. 995-1002.

Amonowe i amoniowe związki; Informatyka medyczna

IF: 2.516  
**Styczyński Jan**

Styczyński J[an], Einsele H., Gil L., Ljungman P.: Outcome of treatment of Epstein-Barr virus-related post-transplant lymphoproliferative disorder in hematopoietic stem cell recipients: a comprehensive review of reported cases.

- Transplant Infect. Dis. 2009 Vol. 11 s. 383-392.

Komórki macierzyste - przeszczepianie; Wirusy

IF: 2.454  
**Janiszewska Hanna, Styczyński Jan, Kołodziej Beata, Wysocki Mariusz, Haus Olga**

Janiszewska Hanna, Styczyński Jan, Kołodziej Beata, Wysocki Mariusz, Haus Olga: Changes in the MDRI gene expression after short-term ex vivo therapy with prednisolone have prognostic impact in childhood acute lymphoblastic leukemia.

- Ann. Hematol. 2009 Vol. 88 s. 1193-1198.

Białaczka limfocytowa ostra - leczenie - dzieci; Prednizolon; Geny

IF: 2.260  
**Bazyłak Grzegorz**

Hung Y.-C., Wang P.-W., Pan T.-L., Bazyłak Grzegorz, Leu Y.-L.: Proteomic screening of antioxidant effects exhibited by Radix Salvia miltiorrhiza aqueous extract in cultured rat aortic smooth muscle cells under homocysteine treatment.

- J. Ethnopharmacol. 2009 Vol. 124 s. 463-474.

Fenole - farmakologia; Homocysteina; Proteomika

IF: 2.190  
**Deptuła Aleksander, Mikucka Agnieszka, Gospodarek Eugenia, Mątewski Dariusz**

Deptuła Aleksander, Kruszyńska E., Mikucka Agnieszka, Gospodarek Eugenia, Olszewski K., Kruczyński Jacek, Mątewski Dariusz: Toxin A-producing Clostridium difficile as an aetiological factor of post-traumatic wound infection.

- J. Med. Microbiol. 2009 Vol. 58 s. 963-964.

Zakażenie rany - mikrobiologia; Zakażenie szpitalne

IF: 2.018

**Cysewski Piotr, Szeffler Beata, Kozłowska Katarzyna**

Cysewski Piotr, Szeffler Beata, Kozłowska Katarzyna: Solvent impact on the aromaticity of benzene analogues: implicit versus explicit solvent approach.

- J. Mol. Model 2009 Vol. 15 nr 6 s. 731-738. Benzen; Chemia fizyczna

IF: 1.836

**Czerwionka-Szaflarska Mieczysława**

Karolewska-Bochenek K., Lazowska-Przeorek I., Albrecht P., Grzybowska K., Ryżko J., Szamotulska K., Landowski P., Krzesiek E., Ignyś I., Fyderek K., Czerwionka-Szaflarska Mieczysława, Jarocka-Cyrta E.: Epidemiology of inflammatory bowel disease among children in Poland.

- Digestion 2009 Vol. 79 nr 2 s. 121-129.

Zapalenie jelit - dzieci; Zapalenie jeli- ta grubego wrzodziejące - dzieci; Choroba Crohna - dzieci

IF: 1.728

**Różalski Rafał, Gackowski Daniel, Siomek Agnieszka, Foksiński Marek, Oliński Ryszard**

Cooke M.S., Barregard L., Mistry V., Potdar N., Różalski R[afał], Gackowski D[aniel], Siomek A[gnieszka], Foksiński M[arek], Svoboda P., Kasai H., Konje J.C., Sallsten G., Evans M.D., Oliński R[yszard]: Interlaboratory comparison of methodologies for the measurement of urinary 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine.

- Biomarkers 2009 Vol. 14 nr 2 s. 103-110.

IF: 1.576

**Chaberska Hanna**

Kaczmarek H., Chaberska Hanna: AFM and XPS study of UV-irradiated poly(methyl methacrylate) films on glass and aluminum support.

- Appl. Surf. Sci. 2009 Vol. 255 s. 6729-6735.

Mikroskopia elektronowa; Promienie nadfioletowe

IF: 1.576

**Każnica Anna, Joachimiak Romana, Drewa Tomasz**

Skopińska-Wiśniewska J., Sionkowska A., Kamińska A., Każnica A[nna], Joachimiak R[omana], Drewa T[omasz]: Surface characterization of collagen/elastin based biomaterials for tissue regeneration.

- Appl. Surf. Sci. 2009 Vol. 255 s. 8286-8292.

Kolagen; Elastyna; Promienie nadfioletowe; Inżynieria tkankowa

IF: 1.426

**Modzelewska-Banachiewicz Bożena, Ucherek Marzena**

Modzelewska-Banachiewicz Bożena, Michalec B., Kamińska T., Mazur L., Koziol A.E., Banachiewicz J., Ucherek Marzena, Kandefer-Szerszeń M.: Synthesis and biological activity of (Z) and (E) isomers of 3-(3,4-diaryl-1,2,4-triazole-5yl)prop-2enoic acid.

- Monatsh. Chem. 2009 Vol. 140 s. 439-444.

Chemia organiczna; Immunomodulatory; Triazole - pochodne

IF: 1.418

**Ossowski Roman, Hagner Wojciech, Molski Stanisław**

Molski P., Ossowski R[oman], Hagner W[ojciech], Molski S[tanisław]: Patients with venous disease benefit from manual lymphatic drainage.

- Int. Angiol. 2009 Vol. 28 nr 2 s. 151-155.

Choroby układu krążenia; Drenaż

IF: 1.347

**Kałużny Jakub J.**

Michalewska Z., Michalewski J., Sikorski B.L., Kałużny Jakub J., Wojtkowski M., Adelman R.A., Nawrocki J.: A study of macular hole formation by serial spectral optical coherence tomography.

- Clin. Exp. Ophthalmol. 2009 Vol. 37 s. 373-383.

Plamka żółta; Tomografia optyczna koherentna

IF: 1.281

**Koba Marcin, Koba Katarzyna, Bączek Tomasz**

Koba Marcin, Koba Katarzyna, Bączek Tomasz: Determination of oxazepam in pharmaceutical formulation by HPTLC UV-densitometric and UV-derivative spectrophotometry methods.

- Anal. Lett. 2009 Vol. 42 s. 1831-1843.

Chromatografia; Spektrofotometria w nadfiolecie; Densytometria

IF: 1.270

**Hagner Wojciech**

Wiącek M., Hagner Wojciech, Hagner-Derengowska M., Bluj B., Czereba J., Drozd M., Zubrzycki I.Z.: Deterioration of basic coordinate parameters defines life quality of elderly.

- Arch. Gerontol. Geriatr. 2009 Vol. 49 nr 2 s. 212-214.

Postawa ciała; Jakość życia; Wiek starczy

IF: 1.270

**Muszalik Marta, Kędzióra-Kornatowska Kornelia, Kornatowski Tomasz**

Muszalik Marta, Kędzióra-Kornatowska Kornelia, Kornatowski Tomasz: Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness

therapy (FACIT)-F questionnaire.

- Arch. Gerontol. Geriatr. 2009 Vol. 49 nr 3 s. 404-408.

Jakość życia; Ankiety; Wiek starczy

IF: 1.213

**Góralczyk Krzysztof, Soszyńska Krystyna, Haus Olga, Bielis Robert, Rość Danuta**

Góralczyk Krzysztof, Soszyńska Krystyna, Haus Olga, Bielis Robert, Rość Danuta: The influence of lovastatin on thrombomodulin gene expression in vascular endothelial cells - in vitro study.

- Folia Histochem. Cytobiol. 2009 Vol. 47 nr 1 s. 43-45.

Ekspresja genu; Trombomodulina; Śródbłonek naczyniowy

IF: 1.091

**Michałkiewicz Jacek, Kubiszewska Izabela**

Kwiatkowska-Patzer B., Michałkiewicz Jacek, Kubiszewska Izabela, Zielińska J., Kasarello K., Kurzepa K., Lipkowski A.W.: Spinal cord hydrolysate ameliorate immunological reaction in experimental allergic encephalomyelitis.

- Acta Neurobiol. Exp. 2009 Vol. 69 s. 73-78.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

IF: 1.091

**Serafin Zbigniew, Lasek Władysław, Molski Stanisław, Nowak-Nowacka Anna**

Serafin Zbigniew, Kotarski M., Karolkiewicz Maciej, Mindykowski R., Lasek Władysław, Molski Stanisław, Gajdzińska M., Nowak-Nowacka Anna: Reproducibility of dynamic computed tomography brain perfusion measurements in patients with significant carotid artery stenosis.

- Acta Radiol. 2009 Vol. 50 nr 2 s. 226-232.

Niedokrwienie mózgu; Tomografia komputerowa

IF: 1.091

**Serafin Zbigniew, Laskowska Katarzyna, Marzec Małgorzata, Sinjab Ahmad Thabit, Lasek Władysław, Włodarczyk Zbigniew**

Serafin Z[bigniew], Laskowska K[atarzyna], Marzec M[ałgorzata], Sinjab [Ahmad] T[habit], Lasek W[ładysław], Włodarczyk Z[bigniew]: Coronary artery calcium distribution and inter-scan measurement variability in end-stage renal and coronary heart disease patients.

- Acta Radiol. 2009 Vol. 50 nr 3 s. 288-295.

Miażdżycy; Stwardnienie tętnic; Choroby nerek; Tomografia komputerowa

IF: 1.055

**Drewa Tomasz, Joachimiak Romana,**

**Każnica Anna**

Drewa T[omasz], Joachimiak R[omana], Kaźnica A[anna], Sarafian V., Sir J.: Primary cultures from rat vibrissae as a potential cell source for in vitro construction of urinary bladder wall grafts.

- Transplant. Proc. 2009 Vol. 41 s. 1932-1935.

Pęcherz moczowy - szczury; Inżynieria tkankowa

**Badania wielośrodkowe**

IF: 50.017

**Sinkiewicz Władysław**

Connolly S.J., Pogue J., Hart R.G., Hohn-

loser S.H., Pfeffer M., Chrolavicius S., Yusuf S., [i in.], Sinkiewicz W[ładysław], [i in.]: Effect of clopidogrel added to aspirin in patients with atrial fibrillation.

- New Engl. J. Med. 2009 Vol. 360 nr 20 s. 2066-2078. [Potwierdzenie o współautorstwie przez głównych autorów pracy].

Migotanie przedsionków

## Szóste Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii

Janusz Tyloch, Zbigniew Wolski

14 listopada 2009 roku odbyło się Szóste Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii, zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy przy współudziale Oddziału Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii. Spotkania Adeptów Urologii odbywają się cyklicznie, dwa razy do roku na przemian w Bydgoszczy i w Warszawie. Są formą przygotowań lekarzy specjalizujących się w urologii przed przystąpieniem do egzaminu specjalizacyjnego z urologii, który od 1999 roku jest egzaminem europejskim. Lekarze po zdaniu ogólnoeuropejskiego egzaminu testowego, który odbywa się w jednym dniu, o tym samym czasie w całej Europie, zdają egzamin ustny i otrzymują tytuł „Fellow of the European Board of Urology” (FEBU). Dyplomu tego nie trzeba nostryfikować w krajach całej Europy. Egzaminy te odbywają się pod egidą Europejskiej Rady Urologii. Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej CM w Bydgoszczy jest jedną z czterech Klinik Urologii w Polsce, które posiadają certyfikat Europejskiej Rady Urologii, upoważniający do szkolenia adeptów urologii i przygotowywania do egzaminu europejskiego. W Klinice odbywają się corocznie próbne egzaminy testowe.

Spotkanie zorganizowane było pod patronatem prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. dr. hab. med. Marka Sosnowskiego oraz dyrektora Centrum Onkologii w Bydgoszczy, senatora RP, dr. n. med. Zbigniewa Pawłowicza. W Szóstym Spotkaniu Adeptów Urologii wzięło udział ponad 80. lekarzy, w tym 60. adeptów oraz



Zarząd Sekcji Adeptów Urologii PTU. Od lewej: dr L. Pokrywka-przewodniczący Sekcji, dr Piotr Świniarski - przewodniczący-elekt, oraz dr J. Bagińska - ustępująca Przewodnicząca

profesorowie: Marek Sosnowski - prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Zbigniew Kwias - kierownik Kliniki Urologii w Poznaniu, Cezary Szczylik - kierownik Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, dr Francesco Sanguedolce - sekretarz European Society of Residents In Urology (ESRU) oraz Z. Wolski - kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK - organizator Spotkania, jednocześnie opiekun Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

O godzinie 9.00 rozpoczęły się, trwające

do 11.00 Warsztaty „Nowoczesne metody leczenia raka nerki”. Warsztaty prowadził dr A. Wronczewski. Przedstawił możliwości termoablacji i krioablacji. Dr Wronczewski zaprezentował aparat do termoablacji. W dyskusji udział wzięł dr Matuszewski z Kliniki Urologii w Gdańsku, który podzielił się własnymi doświadczeniami w leczeniu chorych z zastosowaniem termoablacji.

O godzinie 11.15 gości powitał i otworzył Spotkania Adeptów Urologii dokonał organizator Spotkania prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski.

Na wstępie Profesor powitał dyrektora Centrum Onkologii, dr. n. med. Zbigniewa Pawłowicza oraz zaproszonych gości. W imieniu Zarządu



Sala obrad 6 Spotkania Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego. W pierwszym rzędzie od lewej: prof. Z. Wolski, prof. Z. Kwias i prof. M. Sosnowski



Dr Francesco Sanguedolce, sekretarz the European Society of Residents in Urology (ESRU) w trakcie wykładu



Prof. Cezary Szczylik, kierownik Kliniki Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie w trakcie wygłaszania wykładu



Dr n. med. Łukasz Pokrywka, Przewodniczący Sekcji Adeptów Urologii PTU, asystent Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej CM w Bydgoszczy, w trakcie wykładu

Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego uczestników Spotkania powitali dr J. Bagińska – Przewodnicząca Sekcji Adeptów Urologii i dr Ł. Pokrywka – Przewodniczący Elekt. Profesor Marek Sosnowski – prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, witając gości w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego, wręczył dr. Pawłowiczowi, prof. C. Szczylikowi oraz dr F. Sanguedolce pamiątkowe medale wybite z okazji 60-lecia Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Następnie wszystkich uczestników Spotkania powitał Dyrektor Centrum Onkologii oraz życzył owocnych obrad.

Część referatową Spotkania otworzył dr Francesco Sanguedolce przedstawiając historię, zadania, dzień dzisiejszy oraz perspektywy The European Society of Residents In Urology (ESRU). Następnie referaty przedstawili: Profesor C. Szczylik z Kliniki Onkologii WIM pt. „Współczesne leczenie celowane raka nerki”, dr Ł. Pokrywka z Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej w Bydgoszczy: „Zasady rozpoznawania raka nerki”, dr Francesco Sanguedolce z Madrytu: „Rola chirurgii cytoredukcyjnej i terapii neoadjuwantowej w raku nerki zaawansowanym lokalnie i z przerzutami” oraz dr T. Syryło, który w imieniu prof. Henryka Zielińskiego z Wojskowego Instytutu Medycznego przedstawił referat pt.: „Embolizacja raka nerki”.

Po referatach odbyła się interaktywna ocena wiadomości uczestników, którzy odpowiadali na pytania testowe egzaminu EBU/PTU dotyczące raka nerki. Uczestnicy Spotkania otrzymali specjalne, wyglądem przypominające pilota RTV, urządzenia z przyciskami. Po ukazaniu się na ekranie pytania, zadaniem uczestników było przycisnąć odpowiedni przycisk: a, b, c lub d. Komputer na bieżąco podawał prawidłową odpowiedź i wyświetlał na ekranie ilość prawidłowych i fałszywych odpowiedzi. Każde pytanie zostało dokładnie przez prowadzącego sesję, dr. n. med. Łukasza Pokrywkę, omówione.

Po zakończeniu części referatowej odbyło się Walne Zebranie Sekcji Adeptów Urologii. Dr J. Bagińska, ustępując z Zarządu Sekcji, złożyła życzenia owocnej pracy nowemu Przewodniczącemu, dr n. med. Łukaszowi Pokrywce. Jednocześnie odbyły się wybory Przewodniczącego Elekta, który funkcję Przewodniczącego obejmie w przyszłym roku. Przewodniczącym Elektem Zarządu Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego został dr Piotr Świniarski z Oddziału Urologii Wojskowego Szpitala w Bydgoszczy.

Kończąc Szóste Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii, prof. Zbigniew Wolski podziękował wszystkim uczestnikom za przybycie i aktywny udział. Zapewnił także, że Bydgoszcz zawsze chętnie będzie gościć Adeptów Urologii i zaproponował kolejne spotkanie za rok.

dr Janusz Tyloch jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej, którą kieruje prof. dr hab. Zbigniew Wolski



Prof. dr hab. med. Marek Sosnowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego wręcza dyrektorowi Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Senatorowi RP, dr med. Zbigniewowi Pawłowiczowi pamiątkowy medal wybitny z okazji 60-lecia Polskiego Towarzystwa Urologicznego



Dyrektor Centrum Onkologii, dr med. Zbigniew Pawłowicz otwiera Spotkanie Adeptów Urologii



Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski, Opiekun Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego



Dr T. Syryło z Kliniki Urologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie w trakcie wygłaszania wykładu

## Jak zachować piękno, zdrowie i młodość

Franciszka Protas-Drozd

„Jak zachować piękno, zdrowie i młodość” to hasło V Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, która odbyła się w dniach 4-6 czerwca 2009 roku w Bydgoszczy. Została ona zorganizowana przez pracowników Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii oraz Zakład Kosmologii Collegium Medicum UMK. Miejscem obrad było Centrum Kongresowe „Opera Nova” w Bydgoszczy.

W konferencji uczestniczyło 890 osób, dermatolodzy z Polski i z zagranicy (5 osób), a także specjaliści z pokrewnych dziedzin medycznych: alergolodzy, psychiatry, kosmetycy, pielęgniarce, studenci medycyny i kosmologii oraz 45 firm farmaceutycznych.

Program naukowy obrad obejmował przede wszystkim typowe zagadnienia z zakresu dermatologii ogólnej.

Całość rozpoczynała się w czwartek przed południem częścią zabiegową czyli warsztatami, które były poświęcone prezentacji implantologii, preparatom kwasu hialuronowego, technice podawania kwasu L-polimlekowego oraz współczesnym technikom laserowym i użyciu fal radiowych w korekcji starzenia. Zaprezentowano także łączone techniki wygładzania zmarszczek z użyciem neurotoksyny i wypełniaczy.

Gala otwarcia konferencji odbyła się w czwartek wieczorem w gmachu Opery Nowa. Profesor Waldemar Placek uroczystie powitał uczestników i zaprosił do obejrzenia krótkiego filmu o Bydgoszczy, a następnie widowiska artystycznego w wykonaniu artystów opery bydgoskiej.

W trakcie wieczoru, dzięki staraniom żony mgr Janiny Szyszmar, odbyła się promocja tomiku poezji „Niedokończony wiersz” niezwykłego, znanego dermatologa doktora nauk medycznych Bohdana Szyszmarę.

W pierwszym dniu sesja, której moderatorami byli profesor Grażyna Chodorowska, doktor Ewa Chlebus i profesor Gianfranco de Paolo Ambrosi, poświęcona była peelingom i mezoterapii. Przedstawiono korzystne efekty kliniczne peelingów w postaci poprawy nawilżenia i natłuszczenia skóry. Mezoterapia staje się coraz bardziej popularnym zabiegiem odmładzającym oraz korygującym defekty takie jak: cellulit, rozstępy, blizny, keloidy i łysienie. Dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja dotycząca możliwości zabiegowych w dermatologii estetycznej i kosmologii, zwłaszcza z wykorzystaniem laserów wyspowych, prądów o częstotliwości radiowej, prądu stałego i fal ultradźwiękowych. Sesja ta prowadzona była przez profesora Andrzeja Kaszubę i dr Erçina Özüntürka. Szczególnym zainteresowaniem pacjentów cieszą się zabiegi o dużym profilu bezpieczeństwa i ograniczonej inwazyjności pozwalające utrzymać zwykłą aktywność życiową. Część poświęcona

trądzikowi różowatemu, której moderatorami byli profesor Hanna Wolska, profesor Anna Woźniacka i doktor Ewa Chlebus, zgromadziła wielu słuchaczy. Przedstawiono wieloczynnikową patogenezę tego schorzenia oraz zmiany w podścielisku łącznotkankowym na skutek przewlekłego oddziaływania promieni UV, a także współczesne poglądy na leczenie tej dermatozy. Wielu słuchaczy zainteresowała sesja poświęcona zagadnieniom starzenia się skóry prowadzona przez profesor Annę Wojas-Pelc, profesor Ewę Trznadel-Budźko i doktor nauk medycznych Barbarę Zegarską. Omówiono zmiany morfologiczne w skórze w przebiegu różnych odmian starzenia się skóry w kontekście patogennych czynników środowiskowych i niedoboru estrogenów, a także możliwości zabiegowe. Stosunkowo nową propozycją w medycynie anti-aging jest osocze bogato-płytkowe. Przeprowadzenie zabiegu zostało zademonstrowane uczestnikom konferencji w ramach warsztatów. Również sesja na temat wypełniaczy, prowadzona przez profesora Waldemara Placka, doktora Lubomira Lembasa, cieszyła się dużą frekwencją. Objawy starzenia to nie tylko widoczne zmarszczki lecz przede wszystkim postępujący od ok. 40 roku życia spadek objętości i zmniejszenie grubości tkanki podskórnej w obrębie twarzy związany z obniżaniem się zawartości endogennego kwasu hialuronowego. Wynikiem tego jest ścieńczenie i wiotkość skóry co prowadzi do jej obwisania i zniekształcenia owalu twarzy. Zabiegi z zastosowaniem kwasu hialuronowego jako wypełniacza przynosi spektakularne efekty. Wykłady były uzupełnione bogatą dokumentacją fotograficzną, interesującymi prezentacjami, własnymi spostrzeżeniami i opisem wypracowanych technik.

Kolejny dzień konferencji obfitował w ciekawe warsztaty dotyczące dermatochirurgii, zastosowania botuliny, leczenia zaburzeń naczyniowych, problemów suchej skóry, bielactwa, aspektów psychologicznych i psychiatrycznych w dermatologii estetycznej.

Sesja botulinowa prowadzona była przez profesor Halinę Car, doktora Marcina Ambroziaka i profesora Marka Grzybiaka. Ponad 10-letnie doświadczenie z toksyną botulinową i udoskonalenie technik wstrzyknięć pozwalają



Otwierając Konferencję...

na jej szerokie i bezpieczne stosowanie. Złotym standardem okazało się skojarzone leczenie botuliny i kwasu hialuronowego dla uzyskania maksymalnego efektu odmładzania.

Moderatorami sesji poświęconej aspektom psychologicznym i psychiatrycznym w dermatologii estetycznej byli dr hab. Anna Zalewski-Janowska, dr Ewa Ogłodek i ksiądz Rafał Kwiatkowski. Piękno ciała ludzkiego w sztuce sakralnej było tematem wykładu księdza Rafała Kwiatkowskiego. Dermatologia estetyczna podejmuje działania zmierzające do tego, aby było ono doskonałe i takim niezmiennie pozostało. Dążenie do piękna i otaczanie się nim dotyczy różnych sfer życia. Malarstwo sakralne jest nośnikiem pewnych kanonów piękna. Na podstawie wybranych dzieł tego typu malarstwa z kilku kościołów bydgoskich autor ukazał urok emanujący ze sztuki sakralnej. Dr hab. Anna Zalewska-Janowska omówiła problem dysmorfofobii, który dotyczy 0,7-2,3 % populacji ludzkiej i jest częstszy u osób z chorobami skóry. Do czynników etiologicznych zalicza się negatywne postrzeganie drobnych defektów, lęk przed odrzuceniem, pierwotnie niską samoocenę i posiadanie idealnego wyglądu w okresie dojrzewania. Dlatego też wykonywanie zabiegów estetycznych u tych osób powinno być poprzedzone wnikliwą konsultacją psychiatryczną aby uniknąć procesów sądowych. Ważną rolę badań psychiatrycznych podkreślono w kolejnej prezentacji. Przedstawiono przypadek samouszkodzenia imitującego zmianę naczyniową u kobiety, która chciała zwrócić uwagę na siebie swoich najbliższych. Dr med. Ewa Ogłodek, w swoim wystąpieniu podkreśliła konieczność współpracy psychiatry, psychologa i dermatologa. Dążenie do bycia doskonałym, pięknym jest istotnym elementem



Artyści Opery Nowej



*Wesele kujawskie, Zespół Pieśni i Tańca „Ziemia Bydgoska”, gospodarz i goście Konferencji*

prawidłowego funkcjonowania człowieka. Wraz z rozwojem cywilizacji, postępem nauki, zwiększa się liczba pacjentów korzystających z usług medycyny estetycznej. Osoby te chcą jak najdłużej zachować młodość, i dlatego cierpliwie znoszą ból i cierpienie by uzyskać pożądany efekt. U części pacjentów zaobserwowano narastającą potrzebę integrowania w dzieło natury poprzez wykorzystywanie narzędzi medycyny estetycznej. Dlatego współpraca dermatologa, psychiatry i psychologa może dać dobry efekt leczniczy a pacjenci będą korzystać z zabiegów medycyny estetycznej zgodnie z uzasadnionymi potrzebami.

Na sesji poświęconej terapii biologicznej prowadzonej przez profesora Andrzeja Kaszubę i profesora Zygmunta Adamskiego wykładowcy podzielili się swoimi własnymi doświadczeniami w leczeniu opornych postaci łuszczycy (plackowatej i stawowej) i bezpieczeństwa stosowania leków biologicznych. Podawanie tych preparatów prowadzi do remisji zmian skórnych i paznokciowych oraz ustąpienia dolegliwości stawowych. Wpływa to z kolei na poprawę estetycznego wyglądu skóry a także poprawę jakości życia. Profesor Zygmunt Adamski omówił doświadczenia własne dotyczące stosowania Infliksimabu, Adalimabu, Etanerceptu, Efalizumabu i Ustekinumabu u pacjentów z łuszczycą, u których stwierdzono znaczącą poprawę stanu skóry i paznokci. Ryzyko wystąpienia objawów ubocznych jest mniejsze niż podczas stosowania tradycyjnych metod. W sesji tej doktor nauk prawnych Rafał Kubiak poruszył zagadnienie odpowiedzialności lekarza wykonującego zabiegi estetyczne, które współ-

ześnie zyskały na popularności i stały się powszechną praktyką. Zostały też zaprezentowane warunki odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza wykonującego wspomniane zabiegi. Przedstawiono też poglądy reprezentantów nauki prawa, jak i wybrane orzecznictwo sądowe. Aspekty prawne i doświadczenia praktyczne w dermatologii estetycznej były przedmiotem sesji prowadzonej przez dr. inż. Jacka Arcta i dr med. Barbarę Zegarską. Bardzo interesujące okazało się wystąpienie dr med. Ewy Tomickiej, omawiającej różnice między zabiegami wykonywanymi na życzenie pacjenta (zabiegi poprawiające urodę), z jego inicjatywy, a zabiegami medycznymi w celu ratowania zdrowia, za zgodą pacjenta. Poruszone zostały też kwestie odpowiedzialności cywilnej lekarza i przesłanki uchylenia się od odpowiedzialności, ubezpieczenia, reklama, należyte informowanie pacjenta o konsekwencjach zabiegu, ewentualne wzory druków do podpisu przez tegoż, a także odpowiedzialność karna lekarza i przesłanki uchylenia się od ponoszenia tej odpowiedzialności. W kolejnym referacie omówiono rolę pielęgniarki w gabinecie zabiegowym w poradni dermatologicznej. W sesji prowadzonej przez dr hab. Joannę Narbutt i prof. Adama Włodarkiewicza wspomniano problem rogowacenia słonecznego, uznawanego za stan przedrakowy, bądź *ca in situ*. Zmiana występuje najczęściej na skórze narażonej na działanie promieni słonecznych. W początkowym okresie może być nierozpoznawana i traktowana jako objaw starzenia skóry. Dr hab. med. Joanna Narbut przedstawiła obraz kliniczny rogowacenia słonecznego, jego patogenezę, czynniki rozwoju i profilaktykę.

Natomiast zespół profesora Adama Włodarkiewicza przedstawił mechanizm działania Imikwimodu i przebieg leczenia rogowacenia słonecznego. O korzyściach estetycznych dla pacjenta po terapii imikwimodem rogowacenia słonecznego mówił prof. Waldemar Placek. Stosowane wcześniej metody terapii rogowacenia słonecznego takie jak: wycięcie chirurgiczne, laser CO<sub>2</sub>, usunięcie kriochirurgiczne pozostawiają brzydkie, pod względem kosmetycznym, blizny. Poza tym terapia fotodynamiczna czy odparowanie laserem są bolesne. Imikwimod można stosować na większe obszary uszkodzonej skóry, jest dobrze tolerowany przez pacjentów i zapewnia świetne wyniki kosmetyczne. Kolejna sesja prowadzona przez prof. Anastazego Omuleckiego, prof. Waldemara Placka i dr med. Rafała Czajkowskiego poświęcona była bielactwu oraz metodom jego leczenia. Etiopatogenezę bielactwa nabytego omówił dr med. Rafał Czajkowski. Do najpopularniejszych teorii powstania bielactwa zalicza się: autoimmunologiczną, cytotoksyczną, neurogenną, wirusową. Bielactwo często współistnieje z chorobami autoimmunologicznymi. W terapii wykorzystuje się metody zachowawcze takie jak: preparaty steroidowe, inhibitory kalcyneuryny, fototerapię i fotochemioterapię. Stosowane są też zabiegowe metody leczenia bielactwa nabytego, polegające na naświetlaniu promieniami UVB lub metodą PUVA i wykonaniu przeszczepu naskórka. W fazie eksperymentalnej jest leczenie schorzenia za pomocą przeszczepów zawiesiny komórek naskórka, melanocytów hodowlanych, kultury melanocytów i keratynocytów.

W trakcie trwania konferencji odbyło się Zebranie Sprawozdawczo-Wyborcze Sekcji Dermatologii Estetycznej Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, na którym wybrano profesora Waldemara Placka na przewodniczącego.

Oprócz nauki było coś dla „ducha”. Organizatorzy zaprosili, w piątkowy wieczór, do Mysłęcinka na „Wesele kujawskie”, a gospodarzem był profesor Waldemar Placek. Mimo chłodnej pogody zabawa była udana, przeciągnęła się do późnych godzin nocnych. Po zakończeniu obrad goście zostali zaproszeni do Pałacu w Ostromecku na uroczystą kolację i recital Jacka Wójcickiego.

*dr n. med. Franciszka Protas-Drozd jest zastępcą ordynatora, na etacie szpitala w Katedrze i Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii*

## Repozytoria Open Access a dostęp do wiedzy medycznej

Jolanta Przyłuska

### Open Access w komunikacji naukowej

Termin „Open Access” oznacza darmowy dostęp do dokumentów poprzez internet. Pozwala on na czytanie, kopiowanie i drukowanie pełnych tekstów. Jest to ruch na rzecz powszechnego dostępu do cyfrowych publikacji naukowych. Podstawowym założeniem idei otwartego dostępu jest to, iż artykuły naukowe będące zwieńczeniem procesu badawczego, często finansowanego ze środków publicznych powinny być dostępne bezpłatnie dla

innych naukowców, jak też dla zwykłych czytelników. U podłoża ruchu OA tkwi rewolucja technologiczna i nowe możliwości dystrybucji dokumentów cyfrowych. Usprawnienie procesu edytowania i publikowania, łatwość dzielenia się publikacjami sprawiają, że zmieniają się sposoby komunikowania środowiska naukowego.

Zasady OA stosowane są w niektórych czasopismach lub w repozytoriach doku-

mentów cyfrowych. Tradycyjny model czasopisma drukowanego zostaje wypierany przez nowy model dystrybucji i finansowania czasopism cyfrowych. W czasopismach typu OA opłata wnoszona jest na etapie redakcji tekstu a nie za udostępnianie. Wielu wydawców stosuje model OA do całych czasopism lub tylko do wybranych publikacji elektronicznych. Tryb bezpłatnego dostarczenia dla użytkownika nie oznacza wcale,

że są to publikacje o mniejszym znaczeniu. Recenzowane czasopisma OA występują w wielu dziedzinach nauki, mają wysoki Impact Factor i wydawane są przez znanych wydawców jak Oxford University Press, Springer, czy Elsevier.

Inicjatywie wolnego dostępu do wiedzy, sprzyjają narzędzia do komunikowania się ułatwiające tworzenie repozytoriów publikacji elektronicznych. Sprawne rozpowszechnianie wyników badań naukowych jest szczególnie ważne w dziedzinach wiedzy szybko rozwijających się, w których wymiana publikacji i przedstawianie najnowszych wyników są niezwykle istotne dla rozwoju prac badawczych. Główną zaletą repozytoriów OA jest zniesienie barier w dostępie, zwiększenie skuteczności wyszukiwania, rozpowszechniania, a co za tym idzie oddziaływania publikacji. Autorzy mogą sami deponować swoje prace w repozytorium w trybie on-line lub też za pośrednictwem redaktora, z zachowaniem reguł prawa własności intelektualnej. Siłą napędową repozytoriów OA, oprócz korzyści dla rozwoju nauki i wiedzy społeczeństwa, jest zwiększenie wykorzystania prac, rozwój kariery naukowej i możliwości zdobywania funduszy na nowe badania. Autoarchiwizacja prac przed ich formalnym opublikowaniem wpływa na wzrost liczby cytowań, a także wzrost liczby pobrań. Zastosowanie w repozytoriach protokołu OAI-PMH (Open Archives Initiative Protocol for Metadata Harvesting) umożliwia przeszukiwanie ich przez wyszukiwarki typu Google, Yahoo, a także daje dostęp do informacji rozproszonej w internecie.

Tworząc repozytorium, gromadzące preprinty (przed recenzją) lub postprinty (po recenzji) prac publikowanych później przez określonych wydawców, należy sprawdzić obowiązujące zasady prawa autorskiego. Politykę wydawców wobec bezpłatnego udostępniania publikacji dla użytkownika końcowego można sprawdzić w bazie SHERPA (<http://sherpa.ac.uk/romeo.php>). W zależności od reguł stosowanych przez wydawcę autor przekazuje swoją pracę do repozytorium w formie pre- lub postprintu. Wymagana jest często konieczność podania adresu internetowego strony wydawcy, gdzie zamieszczany jest odpowiednik publikacji w wersji firmowanej przez redakcję. Przekazując pracę do depozytu elektronicznego autor poświadcza oryginalność publikacji oraz udziela organizatorom repozytorium praw niewyłącznych na udostępnianie dzieła. Jeśli zamieszczanie pracy przebiega za pośrednictwem redaktora repozytorium, wówczas autor powiadamia redaktora o autentyczności i wiarygodności jego pracy i wyraża zgodę na archiwizację i udostępnianie.

Rozwijające się technologie informacyjne dają możliwość upublicznienia wiedzy w internecie szybciej niż w tradycyjnych czasopiśmie naukowych. Budzi to wiele wątpliwości co do merytorycznej wartości publikowanych treści z jednej strony i jednocześnie jest pokusą do elektronicznego rozpowszechniania publikacji i szybszego komunikowania się w świecie nauki. Zaletą czasopism elektronicznych jest

szybkość ich rozpowszechniania, nieograniczony zasięg, łatwość indeksowania, możliwość sprowadzania i czytania tylko wybranych artykułów oraz tworzenia własnych kolekcji i międzytekstowych powiązań linkujących do siebie. Wadą jest ich ulotność i słaba ochrona praw autorskich. Jednak dla komunikacji naukowej istotna jest szybkość i swoboda dostępu, możliwość kompletowania wiedzy dziedzinowej i szukania powiązań tematycznych. Te cechy sprawiają, że czasopisma elektroniczne i repozytoria stają się coraz częściej stosowaną formą przekazu naukowego.

### **Stanowisko Unii Europejskiej wobec Open Access**

Wzrost znaczenia badań naukowych i nowoczesnych technologii były impulsem w 2000 roku do budowania Europejskiej Przestrzeni Badawczej. Wynikiem wstępnych działań grupy roboczej było opracowanie wytycznych i powołanie w czerwcu 2001 r. Europejskiego Zespołu Doradczego ds. Nauki (European Research Advisory Board - EURAB) mającego na celu kształtowanie i wdrażanie polityki naukowej Unii Europejskiej. Według zaleceń EURAB, dotyczących polityki unijnej wobec inicjatywy Open Access (OA) oraz zgodnie ze stanowiskiem Europejskiej Rady ds. Badań (European Research Council and ERC), publikacje naukowe będące wynikiem badań finansowanych z funduszy UE powinny być dostępne bezpłatnie dla społeczeństwa tak szybko, jak tylko jest to możliwe (najlepiej w ciągu 6 miesięcy od opublikowania i nie później niż w ciągu 12 miesięcy).

Warunkiem skutecznego dzielenia się wiedzą jest zapewnienie łatwego i otwartego dostępu do niej. Istotą prowadzonych projektów badawczych jest generowanie nowej wiedzy poprzez rozpowszechnianie jej bez ograniczeń w całym społeczeństwie. Jedną z form dzielenia się wiedzą może być właśnie zamieszczanie publikacji w otwartych repozytoriach instytucjonalnych i tematycznych. Natomiast szerszy dostęp do wyników badań wykonywanych w Europie będzie możliwy poprzez zintegrowanie serwisów internetowych i repozytoriów dzięki projektowi DRIVER (Digital Repository Infrastructure Vision for European Research) obejmującemu rozproszone zbiory dokumentów.

### **Repozytorium jako magazyn dokumentów elektronicznych**

Mianem „repozytorium” nazywano dawniej miejsce służące do przechowywania akt i ksiąg urzędowych z możliwością korzystania z nich. Obecnie rozumiane jest coraz częściej jako magazyn, depozyt dokumentów cyfrowych gromadzonych przez samych autorów, przy pomocy odpowiedniego interfejsu i udostępnianych sieciowo bez ograniczeń lub tylko dla określonej grupy uprawnionych użytkowników. Materiały zgromadzone w repozytorium mogą być częścią biblioteki cyfrowej. W zależności od potrzeb buduje się repozytoria tematyczne (subject-specific), gromadzące publikacje i wyniki badań z określonej dziedziny wiedzy lub też repozytoria instytu-

cjonalne, które służą do magazynowania różnego typu dokumentów związanych z daną instytucją. Można też budować repozytoria osobowe do gromadzenia prac autora, repozytoria regionalne, krajowe oraz repozytoria określonego typu dokumentów jak rozprawy doktorskie, habilitacyjne uczelni lub wydziału. W repozytoriach można zamieszczać preprinty, postprinty publikacji, szarą literaturę, raporty z badań, sprawozdania, materiały konferencyjne, prezentacje multimedialne, zdjęcia, mapy, nuty, filmy.

Zasadniczym celem funkcjonowania repozytoriów w środowisku akademickim jest udostępnianie wyników badań, raportów, sprawozdań, jak również przyspieszenie procesu publikacyjnego poprzez dzielenie się z innymi użytkownikami elektroniczną wersją artykułów publikowanych w czasopiśmie. Repozytoria skracają proces publicznego przedstawienia wyników prac naukowych, nie zastępują jednak tradycyjnej formy czasopism, są narzędziem komplementarnym. Wydanie publikacji w czasopiśmie podlega procesom oceny i recenzji, a zamieszczenie publikacji w repozytorium jest formą magazynowania i archiwizowania pracy, chociaż może podlegać procesowi weryfikacji przed publicznym udostępnianiem.

Repozytoria pozwalają na zakładanie określonych kolekcji dokumentów i tworzenie hierarchicznej struktury gromadzonych danych. Dzięki temu możliwe jest budowanie repozytoriów o strukturze odwzajemniającej funkcjonującą w rzeczywistości organizację. W ten sposób powstają repozytoria instytucjonalne, gdzie dokumenty w nich gromadzone są uporządkowane w sposób zhierarchizowany zgodnie ze strukturą organizacyjną uczelni.

### **Rozwój repozytoriów medycznych**

Według danych z OpenDOAR (Directory of Open Access Repositories) od 2006 r. powstało ponad 1000 repozytoriów na świecie. Największy przyrost był w 2006 r., a tendencja wzrostowa utrzymuje się nadal. Obserwowany jest także wzrost repozytoriów medycznych (rys. 1). W repozytoriach medycznych składowane są różne typy dokumentów – od publikacji naukowych po bazy danych i oprogramowanie (rys. 2). Najczęściej archiwizowane są publikacje z czasopism – 77%, niepublikowane raporty i dokumenty robocze – 38%, rozprawy doktorskie i dysertacje naukowe – 36%, materiały konferencyjne – 30%, książki – 28%, bibliografie – 14%, materiały dydaktyczne – 10%, multimedia i materiały audiowizualne – 9%, bazy danych – 4%, oprogramowanie – 1%, patenty – 1%. W tworzeniu repozytoriów medycznych przodują kraje europejskie, USA, Brazylia, Kanada i Japonia.

### **Repozytorium ECNIS**

Działania związane z budowaniem otwartego repozytorium dziedzinowego ECNIS podjęto w 2007 r. w celu utworzenia odpowiedniej platformy dialogu pomiędzy kręgami naukowymi a społeczeństwem. Koordynatorem programu międzynarodowego programu ECNIS jest Instytut Medycyny Pracy w Łodzi,



a Biblioteka Naukowa IMP przejęła zadania związane z tworzeniem repozytorium. Repozytorium zostało zaplanowane jako archiwum OA różnorodnych dokumentów powstających w czasie realizacji projektu, a następnie do dalszego gromadzenia i szerokiego udostępniania publikacji o tematyce związanej ze środowiskowym narażeniem na raka.

Sieć Doskonałości ECNIS (<http://www.ecnis.org>, Environmental Cancer Risk, Nutrition and Individual Susceptibility – Rak Środowiskowy, Dieta i Indywidualna Wrażliwość) rozpoczęła działalność w 2005 r. w ramach Szóstego Programu Ramowego Badań i Rozwoju Unii Europejskiej (FP6). Zrzesza ona przedstawicieli europejskich ośrodków naukowych zajmujących się badaniami nad rakiem środowiskowym oraz jego uwarunkowaniami związanymi z dietą i czynnikami genetycznymi. Celem jej założycieli było stworzenie trwałej struktury instytucji partnerskich umożliwiającej prowadzenie wspólnych badań nad rakiem, zwłaszcza poznanie mechanizmów powstawania nowotworów oraz metod zapobiegania chorobie nowotworowej.

W repozytorium zamieszczane są pre- i postprinty, raporty i prezentacje. Archiwum to daje możliwość gromadzenia różnego typu materiałów takich jak wyniki badań, czy materiały źródłowe. Po sprawdzeniu przez redaktora, ewentualnej modyfikacji i akceptacji prace są zamieszczane na zasadzie depozytu. Do budowy repozytorium wykorzystano oprogramowanie DSpace. Od 2008 r. system posadowiony jest w serwisie Open Repository prowadzonym przez BioMed Central.

### Oprogramowanie

Program DSpace utworzony został w 2002 roku przez Massachusetts Institute of Technology (MIT) przy współpracy laboratoriów Hewlett Packard. Jest oprogramowaniem opartym na tzw. wolnej licencji (open source) służącym głównie do tworzenia repozytoriów instytucjonalnych i bibliotek cyfrowych, w celu uporządkowanego udostępniania i przechowywania publikacji naukowych. DSpace zbudowany jest trójwarstwowo (Application Layer, Business Logic Layer i Storage Layer). W warstwie magazynowania odbywa się fizyczne przechowywanie metadanych i zawartości bazy. Warstwa Business Logic odpowiada za zarządzanie zawartością archiwum, tworzenie kont użytkowników (e-people), autoryzację i przepływ danych. Najwyższa warstwa aplikacji obejmuje zestaw gotowych narzędzi (np. serwer WWW, przeglądarka internetowa czy OAI-PMH), które są wykorzystywane do przesyłania różnego typu informacji w sieci. W trakcie instalacji (samodzielna lub zlecona) oprogramowania DSpace konfigurowane są ustawienia dla administratora systemu (rejestracja odbywa się na podstawie własnego adresu e-mail i dowolnie wybranego hasła). Następnym krokiem jest tworzenie indywidualnych ustawień dla danego repozytorium. Jako pierwsze definiuje się tzw. Zespoły i Kolekcje (Communities & Collections) poprzez wypełnianie odpowiednich formularzy edycyjnych. Program pozwala na funkcjonowanie rozbudowanej liczby Zespołów

i w każdej z nich wielu Kolekcji. W ten sposób można stworzyć hierarchiczną strukturę odpowiadającą strukturze danej instytucji. W Zespołach tworzone są Kolekcje, które gromadzą odpowiednie typy dokumentów.

### Rejestracja w repozytorium

W celu dokonania rejestracji w repozytorium użytkownik na stronie głównej wybiera zakładkę My DSpace, podaje swoje konto e-mail i definiuje własne hasło dostępu. Efektem końcowym jest komunikat o zakończeniu rejestracji i dostępnych uprawnieniach. Każde logowanie do systemu wymaga podania adresu e-mail oraz wcześniej wybranego hasła. Uprawniony użytkownik może aktywować system powiadamiania o nowo dodanych publikacjach w ramach konkretnych Kolekcji i utworzyć własny profil zawierający podstawowe informacje o zainteresowaniach badawczych, projektach i publikacjach naukowych.

### Deponowanie publikacji

Po sprawdzeniu dostępności pełnego tekstu (pre-, postprint) i ustaleniu zasad wydawców pozwalających na zamieszczenie dokumentu w repozytorium, publikacja może być zamieszczona w archiwum. Kolejna czynność związana jest z przygotowaniem opisu bibliograficznego poprzez podanie metadanych zgodnie z zastosowanym w DSpace standardem Dublin Core (wprowadzanie danych w odpowiednie pola: autor, tytuł, data, wydawca, URL, słowa kluczowe, abstrakt, itp.). Po szczegółowym opracowaniu metadanych można podłączyć pełny tekst dokumentu. Najczęściej stosowany jest format PDF. Program umożliwia archiwizowanie dokumentów w ponad 20 różnych formatach. Pozwala także na przerwanie procesu wprowadzania opisu, zachowanie dotychczasowych danych i dokończenia w późniejszym czasie. Do danego opisu można podłączyć więcej niż jeden plik. Po weryfikacji wprowadzonego opisu należy zaakceptować licencję na udostępnianie dokumentu online. Od tego momentu artykuł widziany jest w repozytorium z możliwością wyszukiwania go i publicznego udostępniania.

### Zasady prawne zamieszczania prac w repozytorium

Standardowo w repozytorium DSpace dostarczana jest przykładowa wersja umowy licencyjnej, którą można zamienić na inną, dostosowaną do własnego repozytorium. Autor/redaktor zamieszczając pracę w repozytorium ECNIS w chwili obecnej korzysta z umowy standardowej, na podstawie której poświadczą, że poprzez jej akceptację udziela organizatorom repozytorium praw niewyłącznych na udostępnianie dzieła i na zmianę na inny format w celu zabezpieczenia go. Autor potwierdza też oryginalność zamieszczanej pracy.

### Wyszukiwanie publikacji

Użytkownik końcowy może dotrzeć do zawartości repozytorium kilkoma drogami. Jednym, ze sposobów jest wykorzystywanie przez DSpace systemu cyfrowej identyfikacji obiektów tzw. CNRI Handle System (Corporation

for National Research Initiatives Handle System). Przydzielenie każdej pracy stałych identyfikatorów umożliwia wyszukanie publikacji w Internecie i dostęp do pełnego tekstu.

Innym sposobem jest wyszukiwanie danych wewnątrz repozytorium poprzez:

- Search – proste i zaawansowane wyszukiwanie publikacji po podaniu konkretnych danych (np. autor lub słowo kluczowe),
- Browse – przeglądanie zawartości bazy wg indeksów (nazw kolekcji, tytułów publikacji, autorów, słów kluczowych, daty publikacji).

Podstawowa lista wyników wyszukiwania zawiera skrócony opis publikacji (data, tytuł, autor). Tytuł publikacji zawiera link przekierowujący użytkownika do pełnego opisu bibliograficznego z możliwością pobrania kompletnego dokumentu.

### Repozytoria Open Access a dostęp do wiedzy medycznej

O tym, w jaki sposób repozytoria wpływają na dostęp do wiedzy medycznej można sądzić po stale rosnącej liczbie repozytoriów OA, w tym repozytoriów instytucjonalnych. Choć największa baza biomedyczna w serwisie PubMed zapewnia w dużym stopniu informację o najnowszej wiedzy medycznej, to nie wyczerpuje innych możliwości otwartego dostępu do dokumentów. (PubMed daje bezpłatny dostęp do abstraktów z możliwością linkowania - LinkOut do pełnych tekstów w zależności od uprawnień danej instytucji, dostęp do publikacji z repozytorium PubMedCentral i tekstów udostępnianych przez samych wydawców, indeksuje także elektroniczne wersje publikacji zanim ukażą się w wersji drukowanej i podaje informacje o tekstach bezpłatnych i publikacjach z czasopism OA).

Wobec sprawdzonego od lat źródła informacji o publikacjach biomedycznych jakim jest PubMed, repozytoria medyczne stają się alternatywnym źródłem dla dokumentów danej uczelni, raportów, wyników badań. Są narzędziem mniej sformalizowanym, ale mocno integrującym społeczność akademicką. W społeczności tej ważny jest wkład samych użytkowników w jej tworzenie w oparciu o interaktywny internet i technologię Web 2.0. Prosta obsługa, włączenie użytkowników w tworzenie treści serwisu i szeroka dostępność wpływają na zmianę roli użytkownika z biernego odbiorcy treści na aktywną formę kreowania zawartości serwisów. Miejsce spotkań wirtualnych oparte o aktywne uczestnictwo, gromadzenie treści zgodnie z potrzebami odbiorcy, zamieszczanie zdjęcia i informacji o sobie, powiadamianie użytkownika poprzez email o nowych materiałach, wykorzystanie kanałów RSS, to tylko niektóre z elementów Web 2.0. Zastosowanie ich w serwisach dla społeczności akademickiej, korzystającej z cyfrowych bibliotek medycznych zmierza w kierunku tworzenia Library 2.0 i zapewnienia szerokiego, otwartego dostępu do wiedzy medycznej.

*mgr Jolanta Przyłuska jest kierownikiem Biblioteki Naukowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi*

## Prezentacja SKN Bromatologii na ogólnopolskim sympozjum naukowym chemii leków w Lublinie

Anna Gryn

„Sukces nie jest ostateczny. Porażka nie oznacza zguby. Trzeba mieć odwagę, żeby kontynuować” - Winston Churchill (1874-1965)

W dniach 24-25 września 2009 roku w Lublinie odbyło się II Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe „Nowoczesne techniki badawcze w ocenie jakości produktów leczniczych”, którego organizatorem był Komitet Terapii i Nauk o Leku PAN oraz Katedra i Zakład Chemii Leków Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na czele z kierownikiem - dr hab. n. farm. Anną Gumieniczek. Uczestniczyli w nim profesorowie, asystenci oraz studenci wydziałów farmaceutycznych z całego kraju.

Pierwszego dnia sympozjum zorganizowano sesję wykładową. Wśród wielu wybitnych prelegentów znaleźli się nestorzy chemii leków w Polsce: prof. dr hab. Jan Pawlaczyk (Poznań) oraz prof. dr hab. Lech Przybrowski (Lublin). Wykład inauguracyjny pod tytułem „Peak purity assessment in hyphenated chromatography” wygłosiła prof. dr hab. Beata Walczak (Katowice). Wśród kolejnych wystąpień znalazły się interesujące tematy m.in. prof. dr hab. Jana Krzeka i dr Urszuli Hubickiej (Kraków) „Nowe sposoby detekcji w metodach chromatograficznych w aspekcie ich przydatności w analizie farmaceutycznej”, prof. dr hab. Jerzego A. Pałki (Białystok) „Postępy farmakoterapii - Nowe wyzwania kontroli jakości leków biotechnologicznych” oraz prof. dr hab. Marka Wesołowskiego (Gdańsk) „Chemometria jako technika wspomagająca analizę i technologię postaci leku”. Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład wygłoszony przez prof. dr hab. Elżbietę Mikiciuk-Olasik (Łódź) p.t. „Bezpieczeństwo stosowania radiofarmaceutyków”.

Pierwszy dzień obrad został zakończony uroczystą kolacją, która odbyła się w zajeździe „Kmicie” w Zemborzycach Dolnych k. Lublina. Rozmach tego przyjęcia zaskoczył nas wszystkich do tego stopnia, że wielu z nas będzie z pewnością jeszcze długo je wspominać. Po wykwintnej biesiadzie przy potrawach regionalnych nadeszła także pora na tańce, do których włączyli się zarówno starsi jak i młodszy uczestnicy sympozjum.

Następnego dnia zostały zorganizowane przez firmy sponsorujące sympozjum warsztaty chromatograficzne, na których przedstawiono nowe rozwiązania technologiczne w chromatografii cienkowsarstwowej oraz transfer metod analitycznych w rozmaitych wariantach chromatografii cieczowej.

Kolejnym punktem programu sympozjum była sesja posterowa, na której przedstawiono 95 plakatów. Naszą uczelnię i Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy reprezentowała Katedra i Zakład Bromatologii CM UMK oraz Studenckie

Koło Naukowe Bromatologii działające przy tej katedrze. Przedstawiono pracę pod tytułem „Oznaczanie kofeiny w lekach OTC metodą spektrofotometryczną i wysokosprawnej chromatografii cienkowsarstwowej”. Projekt został przygotowany przez mgr Beatę Sperkowską oraz Annę Gryn i Justynę Łukaszewicz (IV rok farmacji CM UMK) pod opieką naukową dr hab. Grzegorza Bazylaka, prof. UMK.

Z powodu ograniczeń czasowych, w dalszej części sesji posterowej przedstawione były bardziej szczegółowo prace osób, które zostały wyłonione w drodze losowania. Mieli oni okazję wygłosić 10-minutowe prezentacje ustne na temat prowadzonej działalności badawczej. Prezentacje te zostały ocenione przez jury w składzie: prof. dr hab. Anna Jelińska (Poznań) i prof. dr hab. Elżbieta Mikiciuk-Olasik (Łódź). Jako najbardziej interesującą wyróżniono pracę na temat: „Wpływ promieniowania gamma na trwałość wybranych sulfonamidów w fazie stałej” autorstwa M. Ogrodowczyk, B. Marciniak, A. Ostapowicz z Katedry Chemii Farmaceutycznej UM w Poznaniu oraz kolejne: „Wpływ wybranych jonów metali oraz promieniowania UV i Vis na stabilność oflaksacyny w fazie stałej” U. Hubickiej, J. Krzeka i K. Bać z Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej CM UJ w Krakowie, „Aktywność przeciwwirusowa Peucedanumhystrix i Peucedanum salinum” B. Rajar, K. Skalickiej- Woźniak, S. Mielko, A. Bieleckiej, M. Polz-Dacewicz, K. Głowniaka z Katedry i Zakładu Farmakognozji i Zakładu Wirusologii UM w Lublinie. Streszczenia wszystkich wygłoszonych wykładów i zaprezentowanych posterów zostały opublikowane w formie książkowej (ISBN 978-83-924353-1-0) oraz na płycie CD w starannie wydanych materiałach zjazdowych.

Podsumowanie obrad dwudniowego sympozjum wygłosiła prof. dr hab. Elżbieta Mikiciuk-Olasik, dziękując za zaangażowanie oraz włożony trud w przeprowadzone badania naukowe, jednocześnie wysoko oceniając poziom merytoryczny przedstawionych prac badawczych i życząc powodzenia w ich dalszej kontynuacji.

Sympozjum zostało zamknięte wystąpieniem prof. dr hab. Jana Pawlaczyka, który stwierdził, że poziom naukowy przedstawionych na sympozjum prac badawczych zwiększa się z każdym rokiem i wyraził nadzieję na utrzymanie się tej tendencji w ko-



mgr Beata Sperkowska i Anna Gryn na Rynku w Kazimierzu Dolnym n. Wisłą

lejnych latach, a jednocześnie zaprosił wszystkich uczestników do Poznania, miasta które będzie gospodarzem spotkania naukowego w roku 2010.

Sympozjum naukowe było nowym i ważnym doświadczeniem, które z pewnością zawojuję w przyszłości dzięki nawiązanym kontaktom i podjęciu wspólnych badań. Udział w nim pozwolił nam przedstawić swoje osiągnięcia i efekty dotychczasowych badań naukowych, jak również poznać wyniki prac badawczych innych specjalistów w dziedzinie chemii leków. Mamy nadzieję, że nasze skromne dokonania znajdą także zastosowanie w ocenie jakości produktów leczniczych dostępnych w Polsce.

Po zakończeniu konferencji wykorzystaliśmy nadarżającą się okazję do zwiedzenia Lublina oraz przepięknego Kazimierza Dolnego nad Wisłą. Wizyta w tych miejscach wywarła na nas ogromne wrażenie, zwłaszcza, że dopisała pogoda. Z utęsknieniem czekamy na powrót w te strony.

Anna Gryn jest studentką IV roku na kierunku farmacji, członkiem SKN Bromatologii



Anna Gryn, Beata Sperkowska, Justyna Łukaszewicz w trakcie sesji posterowej

## Stypendium doktoranckie

Joanna Pollak

Obecnie jestem uczestnikiem Studiów Doktoranckich Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Dzięki stypendium PSEP, które miałam zaszczyt otrzymać od IFCC (Międzynarodowa Federacja Chemii Klinicznej) miałam ogromną przyjemność i przywilej pracować z Profesorem Andersem Grubb i jego zespołem w Katedrze Chemii Klinicznej i Farmakologii Uniwersytetu w Lund, w Szwecji.

Podczas 6. miesięcznego pobytu brałam udział w kilku projektach z zakresu biologii cystatyn, głównie cystatyny C. Zdobyłam nowe umiejętności z zakresu technik elektroforetycznych (od produkcji żeli i przeprowadzenia elektroforezy do metod blottingowych czy podwójnej immunodufuzji Ouchterlona), chromatograficznych (chromatografia jonowymienna S-sepharose, HPLC,

FPLC). Zapoznałam się z techniką PCR, a także ekspresją oraz oczyszczaniem białek z niej uzyskanych wykorzystując różne metody. Brałam udział w projekcie dotyczącym badania hamującego wpływu różnych leków na tworzenie się dimerów i oligomerów amyloidowych cystatyny C. W trakcie kongresu Euromedlab 2009 odbywającego się w czerwcu w Innsbrucku, uczestniczyłam w spotkaniu Grupy Roboczej IFCC/IRMM pracującej nad standaryzacją metod oznaczania cystatyny C. Wiedza zdobyta w Lund z zakresu właściwości fizycznych i biologicznych cystatyny C jest bardzo ważna dla mojego rozwoju naukowego i zawodowego.

Podczas pobytu w Szwecji miałam okazję poznać nowy kraj zarówno od strony pracy jak i innych stron życia. Było mi bardzo przyjemnie spędzać czas wolny z sympatycznymi ludź-

mi z południa Szwecji, podziwiać przepiękną widoki i naturę Skanii otoczonej morzem.

Chciałabym podziękować wszystkim, którzy pomogli mi w pracy. Przede wszystkim Profesorowi Andersowi Grubb, Veronice Lindstrom oraz Gustawowi Ostner za prowadzenie mnie w ich projektach, za ich ciepło i gościnność oraz za wszystko czego od nich się nauczyłam.

Chciałabym także wyrazić moją wdzięczność IFCC, a w szczególności prof. Jocelyn MB Hicks oraz Władzom Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy za ich wsparcie.

W szczególności jednak pragnę podziękować Pani Profesor Grażynie Odrowąż-Sypniewskiej, opiekunowi mojej pracy doktoranckiej za ogromną pomoc i okazane wsparcie bez których ten wyjazd nie byłby możliwy.

mgr Joanna Pollak jest doktorantką CM UMK

## 13th International Meeting on Recent Developments in Pharmaceutical Analysis

Krzysztof Goryński

Mediolan – strefa światowej mody. Miasto, które ma chyba tyle samo zwolenników, co i przeciwników. Ci drudzy, widzą w nim tylko duszne i zatłoczoną metropolię. Wielbiciele zaś, uważają za miejsce wyjątkowe, zaczarowane, stolicę światowej mody, efektownych budowli i przede wszystkim wytwornych mieszkańców, dla których wizualny aspekt egzystencji jest bardzo ważny. Żyją przecież w najbogatszym regionie Italii i tak też się ubierają – stosownie do swojej pozycji. Obowiązuje ich nienaganna elegancja

– co można zauważyć – kobiety w kreacjach od Versace, mężczyźni w garniturach od Armani-go, do tego unoszący się zapach najdroższych perfum, luksusowe samochody – nie ujmując tutaj nikomu – tylko Japończycy, którzy fotografują wszystkie wystawy, wyglądają trochę komicznie. Sercem miasta jest Piazza del Duomo z Katedrą budowaną przez ponad czterysta lat (trzecia co do wielkości w Europie). Na placu każdego dnia „spotykają się” zabiegani mediolańczycy z turystami. Jedni mkną do pracy lub na szybki lunch, drudzy w zachwycie oglądają katedrę i stojącą obok galerię Vittorio Emanuele II.

W dniach 9-12 września br. w Mediolanie odbył się „13th International Meeting on Recent Developments in Pharmaceutical Analysis (RDPA 2009)”. Spotkania o tej tematyce organizowane są we Włoszech w cyklu dwuletnim. Na miejsce tegorocznej konferencji wybrano XV-wieczny historyczny budynek Uniwersytetu w Mediolanie – Ca' Granda. W Komitecie Naukowym znaleźli się Profesorowie światowego wymiaru, można by rzec „ambasadorowie” swoich uczelni, a nawet krajów z których pochodzili. W tym roku wzięło udział blisko 100 osób. Wśród uczestników konferencji byli m.in. przedstawiciele takich uczelni jak: University of Bologna (Italy), University of San Pablo-CEU, Madrid (Spain), Virginia Commonwealth University, Richmond (USA), VU University of Amsterdam (The Netherlands), University Paul Sabatier, Toulouse (France), University of Pavia (Italy), University of Milan (Italy), Nagoya University (Japan), University of Geneva (Switzerland), National Institute on Aging – NIA, Baltimore (USA), Ludwig Maximilians University, Munich (Germany) oraz 3 uczelnie polskie: Collegium Medicum

w Bydgoszczy, Uniwersytet Warszawski i Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Do udziału zaproszono zarówno instytucje rządowe oraz naukowców ze środowiska akademickiego i przemysłowego całego świata. W trakcie konferencji odbyło się w sumie ponad 38 spotkań na sesjach plenarnych, jak i wygłoszonych referatach. Większość z nich spotkała się z dużym zainteresowaniem, o czym świadczyła ożywiona dyskusja zarówno na sali, jak i w kuluarach. Dodatkowo zaprezentowanych zostało blisko 100 plakatów, podczas sesji posterowej, w której miałem zaszczyt uczestniczyć i reprezentować Collegium Medicum („Simultaneous determination of rutin in plant extracts and emulsions by HPLC-MS method”, H. Bojarowicz, M. P. Marszał, M. Wnuk, A. Buciński, K. Goryński). W ramach konferencji odbyła się ponadto uroczysta kolacja w restauracji w centrum Mediolanu, która stworzyła jeszcze jedną okazję do wymiany myśli i poglądów oraz nawiązania bardziej bezpośrednich i serdecznych kontaktów koleżeńskich.

Przyjemnie jest również stwierdzić, że stosunek do mnie delegatów, a przede wszystkim organizatorów był nader serdeczny, co uważam za wyraz sympatii do kraju, a nawet Uczelni, którą reprezentowałem. Miałem już okazję doświadczyć tego podczas stypendium w trakcie studiów („We Włoszech...”, Wiadomości Akademickie, Nr 23, 2006).

Pragnę szczególnie podziękować Pani Rektor prof. dr hab. Małgorzacie Tafil-Klawe, prof. Roberto Maffei Facino z Uniwersytetu w Mediolanie i dr. hab. n. farm. Adamowi Bucińskiemu, prof. UMK za pomoc, bez której mój udział w konferencji nie byłby możliwy.

mgr Krzysztof Goryński jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Biofarmacji



Krzysztof Goryński z Przewodniczącym Konferencji - prof. Roberto Maffei Facino

## 20th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis, Indie

Michał Marszałł, Adam Buciński

Tegoroczne, 20th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis, odbyło się w Indiach w dniach 1-4 marca. Jak co roku, konferencja ma na celu promowanie najnowszych osiągnięć z zakresu analizy farmaceutycznej oraz bioanalizy, obejmujące zagadnienia analizy proteomicznej, metabolomicznej, biotechnologicznej oraz technik bioanalitycznych. W konferencji brało udział ponad 200. wybitnych naukowców z całego świata, w tym 10. z Polski reprezentujących Collegium Medicum w Bydgoszczy oraz wydział Chemii UMK, Akademię Medyczną w Gdańsku oraz Śląski Uniwersytet Medyczny.

Nie przypadkowo wybrano Indie jako miejsce konferencji. Jednym z celów organizatora było promowanie naukowo-technicznych instytucji oraz tamtejszych uniwersytetów wobec szybko rozwijającego się przemysłu farmaceutycznego i biotechnologicznego. Spotkanie miało również na celu promować młodych naukowców z różnych stron świata.

W ciągu 4 dni ogłoszono 59 wykładów plenarnych oraz komunikatów ustnych, które przedstawione zostały w 18 sesjach tematycznych oraz 2 sesjach plakatowych. Udział w sesji plenarnej wzięli również pracownicy



od lewej: dr hab. Michał Markuszewski, prof. dr hab. Bogusław Buszewski, prof. dr hab. Roman Kaliszczan, dr hab. Tomasz Bączek, dr Michał Marszałł, dr Rika Yamaguchi (z Japonii) oraz dr hab. Adam Buciński, prof. UMK

UMK: dr hab. Michał Markuszewski, dr Michał Marszałł. Prof. dr hab. Roman Kaliszczan i prof. dr hab. Bogusław Buszewski przewodniczyli wybranym sesjom naukowym. W sesji plakatowej udział wzięli: dr hab. Adam Buciński, prof. UMK oraz dr hab. Tomasz Bączek.

Program konferencji obejmował również krótkie kursy szkoleniowe dotyczące współczesnej farmakokinetyki oraz nowej strategii identyfikacji metabolitów.

dr hab. Adam Buciński, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biofarmacji, którego pracownikiem jest dr Michał Marszałł

## 21th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis, Orlando

Michał Marszałł, Adam Buciński

W dniach 11-14 października w Orlando na Florydzie odbyło się 21th International Symposium on Pharmaceutical & Biomedical Analysis. Organizatorem technicznym przedsięwzięcia było znane wydawnictwo naukowe Elsevier. Organizację merytoryczną powierzono sześciuosobowemu komitetowi naukowemu, składającemu się z pięciu wybitnych uczonych z ośrodków akademickich i przemysłowych USA oraz profesora Romana Kaliszczana z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Podczas sympozjum prezentowane były najnowsze wyniki badań z wiodących ośrodków naukowych z całego świata obejmujących analizę farmaceutyczną oraz bioanalizę małych molekuł oraz biomolekuł z wykorzystaniem nowoczesnych technik bioinformatycznych. Wśród uczestników było wielu wybitnych naukowców z całego świata. Polskę reprezentowało osiem osób: z Collegium Medicum w Bydgoszczy, z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz z Politechniki Warszawskiej.

W sesjach plenarnych ogłoszonych zostało 47 wykładów, w tym trzy przez pracowników UMK: dr. hab. Michała Markuszew-

skiego, prof. UMK, dr. Michała Marszałła oraz prof. dr. hab. Romana Kaliszczana (wykład plenarny zamykający sympozjum). Prof. R. Kaliszczan był także przewodniczącym jednej

z 10. sesji. Poza współautorstwem referatu przedstawionego przez dr. M. Marszałła, dr hab. Adam Buciński, prof. UMK wziął także udział w sesji plakatowej.



od lewej: dr hab. Michał Markuszewski, prof. UMK, prof. dr hab. Roman Kaliszczan, dr Michał Marszałł oraz dr hab. Adam Buciński, prof. UMK

## Inna strona fizjoterapii

Andrzej Lewandowski



Wystawa „Inna strona fizjoterapii”



Pani Prorektor zawsze z nami



Bydgoszcz widziana z rzeki jest jeszcze piękniejsza

W roku wspianiałych jubileuszy jakie obchodzimy w Uczelni warto także wspominać o innych, znacznie mniejszych wydarzeniach, bez których, tych znacznie większych nigdy by nie było. One to właśnie i ich różnorodność tworzą historię społeczności, takich jak naszej Uczelni, co pozwala w sposób bezpośredni zaznaczać ich istnienie w szerszym środowisku.

Jednym z takich wydarzeń jest między innymi podjęcie, przed dziesięciu laty, zadań dydaktyczno-naukowych przez Katedrę i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej. Pierwszym jej kierownikiem i zarazem twórcą kierunków wszelkich działań był Pan Profesor Ryszard Grucza, który pełniąc dziś funkcję kierownika innej jednostki Wydziału Nauk o Zdrowiu swym doświadczeniem i wiedzą nadal wspiera poczynania byłych współpracowników.

Podjmując pracę u boku Pana Profesora, poddawałem często w wątpliwość pomyślny odbiór i realizację zadań bezpośrednio związanych z obszarem kultury fizycznej, zwłaszcza dotąd należnego akademiom wychowania fizycznego, a obecnie realizowanego w uczelni medycznej i kojarzonego w większości z procesem leczenia, w którym ruch jest jedynie narzędziem, jednak nierzadko bardzo trudnym w zastosowaniu.

Początki zazwyczaj bywają niełatwe i takie je pamiętam, lecz przychyłność Władz Uczelni, do podejmowanych przez jednostkę zadań, stosunkowo szybko pozwoliła uwierzyć, że wcześniejsze obawy były bezpodstawne. Praca na wiodącym w skali kraju kierunku studiów, na którym realizacja zadań z obszaru kultury fizycznej nie ustępuje dotąd wymogom stawianym w uczelniach wychowania fizycznego daje dużo satysfakcji i dopinguje do dalszych działań. Z tego też powodu dekada minęła szybko i niemal niespostrzeżenie, a skromny w swej skali jubileusz stał się inspiracją do zaprezentowania niewielkiej wystawy „Inna strona fizjoterapii” obrazującej rolę i miejsce kształcenia fizycznego w studiach na tym kierunku, dla których aktywność fizyczna jest niezbędnym środkiem oddziaływania terapeutycznego zarówno w kinezyterapii jak i masażu.

Zaprezentowane na wystawie zdjęcia ukazywały studentów kierunku fizjoterapii naszej Uczelni, realizujących ćwiczenia z kierunkowych przedmiotów kształcenia ruchowego i metodyki, aktywności ruchowej adaptacyjnej oraz sportu osób niepełnosprawnych, a także zdobywających umiejętności praktyczne na programowych obozach, skutkujących później podejmowaniem innych ciekawych inicjatyw na rzecz aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych. Ostatnim ich przejawem była czwarta już impreza kajakowa „Pożegnanie lata”, w której prócz

studentów fizjoterapii, a w tym roku również ratownictwa medycznego, licznie uczestniczyli podopieczni organizacji „Dzielnych Los Wspomaga” oraz niepełnosprawni sportowcy lekkiej atletyki bydgoskiego klubu „Triumf Start Bydgoszcz”.

Wspierani patronatem i co ważniejsze obecnością Pani Prorektor ds. Collegium Medicum, przy tradycyjnie sprzyjającej pogodzie szesnaście osad kajakowych pokonało miejski odcinek Brdy, kończąc wycieczkę symbolicznym wyścigiem po bydgoskim torze regatowym, gdzie każdy z uczestników był zwycięzcą, ponieważ pokonał własne „słabości”.

Ta niedługa wycieczka była więc kolejnym ogromnym przeżyciem i przygotowaniem dla części uczestników, a dla studentów fizjoterapii możliwością skonfrontowania nabytych w trakcie studiów wiadomości i umiejętności z „inną stroną fizjoterapii” jakże różną od poznawanej w warunkach klinicznych.

Potrzeba realizacji takich przedsięwzięć wydaje się więc niezmiernie ważna zarówno dla procesu edukacyjnego studentów fizjoterapii jak również dla środowiska osób niepełnosprawnych. Dowodem tego mogą być słowa podziękowania skierowane do organizatorów imprezy, a złożone na ręce Pani Rektor przez niepełnosprawnych uczestników wycieczki „...dziękujemy i proszę pamiętać, że tam, trochę dalej od Uczelni są osoby, które czekają na kolejne wyzwanie. A więc za rok ...”

Potrzebę realizacji podobnych imprez integracyjnych potwierdza również i zarazem optymizmem napawa aktywna postawa studentów licznie przybyłych na tegoroczną imprezę, którzy dostrzegając potrzebę korzystania z aktywności fizycznej w realizacji kompleksowego procesu rehabilitacyjnego chętnie biorą udział w działaniach wybiegających poza obowiązkowy program studiów, a często sami podejmują godne naśladowania inicjatywy. Wspomnieć tu warto inicjatywę podjętą przez dwoje niedawnych absolwentów kierunku fizjoterapii, którzy w jakże ważnym i szczęśliwym dla siebie dniu, obdarowali nieznaną sobie wcześniej niepełnosprawną osobę sprzętem do aktywnej rehabilitacji, zaznaczając tym samym głębszy i holistyczny wymiar odbytej edukacji oraz potwierdzili, mam nadzieję nabyte w czasie studiów przekonanie o dużym znaczeniu aktywności fizycznej w procesie rehabilitacyjnym.

Biorąc pod uwagę powyższe mogę mieć nadzieję, że dziesięć lat działalności jednostki przyniosło dla procesu edukacyjnego studentów fizjoterapii, wymierne i szersze niż programowe korzyści, a tym samym, że takich inicjatyw oraz imprez z udziałem naszych studentów będzie więcej. Mogę też mieć pewność, że za rok ponownie „pożegnamy lato” oraz wspólnie ze studentami naszej Uczelni będziemy nadal poznawać jakże ważną „inną stronę fizjoterapii”.

*dr Andrzej Lewandowski jest kierownikiem Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej*



Wielka kajakowa



Dziękujemy i proszę pamiętać

## Wspinaczka

Adrianna Czajkowska, Jacek Soroczyński, Robert Szablewski, Paweł Weisbrot

Długi weekend majowy, nie wszyscy spędzali na leniuchowaniu w domku. Grupa studentów CM UMK w Bydgoszczy z ratownictwa medycznego wraz z wuefistą mgr Krzyżanowskim wybrała aktywny wypoczynek w Rzędkowicach. Jest to mała miejscowość na

terenie wyżyny Krakowsko-Częstochowskiej, znana z kompleksu ścianek wapiennych i górującego nad nią muru wapiennych ostańców o wysokości do 30 metrów. Na ścianach wytyczono wiele dróg wspinaczkowych o różnym poziomie trudności.

Z tych właśnie zalet miejscowości Rzędkowice korzystała nasza ekipa śmiałków jadących na cztery dni pod namiot z dala od cywilizacji, aby utrzymać adrenalinę na bardzo wysokim poziomie. Plan dnia był prosty: pobudka wcześniej rano, aby zająć ściankę - bo chętnych do wspinaczki w Rzędkowicach nie brakowało, śniadanie i do wieczora - wspinaczka. Pod hasłem „wspinaczka” kryje się nauka zakładania autoasekuracji, budowania dolnych, górnych i pośrednich stanowisk asekuracyjnych, wiązania węzłów niezbędnych w tym sporcie, obsługi sprzętów, zakładania stanowisk zjazdowych i wiele innych. Codziennie pokonany został inny szlak, a strach schowany do kieszeni. Jednak wszyscy za największe osiągnięcie uznali zdobycie „Małżeńskiego komina” - który stanowił nie lada wyzwanie i zjazd z najwyższego punktu ok. 32m, na punkcie asekuracyjnym założonym przez jedyną kobietę będącą z nimi. Po dwóch dniach wspinaczki szlaki o trudności IV lub V (w skali od I do VI) nie stanowiły już takiego wyzwania, dlatego pomysły instruktor wymyślał, różne zadania jak: samodzielne zakładanie punktów asekuracyjnych przy użyciu kostek, wspinanie się z partnerem przy asekuracji górnej i dolnej na zmianę, uwalnianie się na stanowisku od ciężaru wiszącego partnera, albo po prostu wybierał trudniejsze szlaki.

Niestety weekend szybko się skończył i trzeba było wracać. Zdobywając ostatniego dnia komin na samodzielnych asekuracjach pożegnali śmy się z Rzędkowicami. Bez kontuzji z paroma siniakami i otarciami, ale za to w dobrych humorach wszyscy zwinęli namioty, nadali stopień „obozowicza” Robertowi, który pierwszy raz był „pod namiotem” i planując następny wyjazd wyruszyli w drogę powrotną do Bydgoszczy.

Adrianna Czajkowska, Jacek Soroczyński, Robert Szablewski i Paweł Weisbrot byli uczestnikami wyjazdu pod okiem instruktora mgr Wojciecha Krzyżanowskiego



## Spływ kajakowy

Maciej Klimek, Magdalena Nowak

*Jest piękny słoneczny dzień, środek lata, beztroška, jakiej zaznać mogą jedynie bogowie i studenci. Słońce sływa subtropikalnym żarem na niebie, gdzie marynistyczny błękit rozbłyskuje oślepiającymi refleksami bieli na pierzu leniwych chmur. Półnagie ciała, pokryte lśniącą powierzchnią wilgoci, pracują miarowo, drgające mięśnie rzeźbią pod opaloną skórą ornamenty emanujące siłą. Kajak rozcina świetlistą, rześką Wdę. Kolejny zakręt przyniesie przygodę, wyzwanie, które pokonamy roześmiani... A przynajmniej tak to sobie wyobrażaliśmy, kiedy zapisywaliśmy się na ten spływ.*

Wyprawa, którą jeden z naszych opiekunów, mgr Adam Ziemiński - animator każdego wieczoru dowcipu i anegdoty nad ogniskiem czy innym Belzebubem - po zapoznaniu się z listą przybyłych ochrzcił „Femina 2009”, zaczęła się bardzo przekornie. Najpierw okazało się, że wyprawę zdominowały żądne wrażeń kobiety. Potem był chłostający deszcz, biała szkwał na rzece i nocny ziąb w namiocie, ale w toalecie były kafelki a w ręku piwo, więc te niedogodności tylko zaostrzyły apetyt na więcej.

Nareszcie, wypływamy i mamy to, czego chcieliśmy! Górski strumień górnej Wdy pełen szyszan i powalonych drzew, wśród krzyków: „Kontruj!” dopływamy na kaszubskie morze - spektakularną taflę jeziora Wdzydze. Na polu namiotowym poszły w ruch palniki, paszty, zupki chińskie, paprykarze i inne specjały prosto z namiotu. A to tylko wstęp do kolejnych rozkoszy. Nasza flotylla wiozła gitarę, vel „gitarę”. Buzujący ogień podgrzewał kiełbasy ociekające wrzącym tłuszczem, gitara burzyła rozrzedzoną krew w żyłach, a gorące głowy śpiewały tęskne pieśni do hiszpańskich dziewczyn. I tym razem wdzydzka tawerna stanęła na wysokości zadania, ugościła nas swoją niepowtarzalną kuchnią i wieczorami, kiedy to podrywała wszystkie dziewczyny otaczające zwartym kręgiem Pana magistra - „Wielebny” do tańca, który wbrew swojemu pseudonimowi wywijał jak szatan, aż z podłogowych desek leciały wióry. Nasz obóz stacjonował we Wdzydzach dwa dni, dwa piękne dni (wśród czystych toalet i pryszniców), po których nigdy nie miało być już tak samo... Niech postronny czytelnik nie myśli jednak, że bez tawerny nic się nie działo po zachodzie słońca. Kiedy wschodził księżyc wychodziła Mafia! Kierowana przez swoją matkę chrzestną, szarą eminencję Różę, snuła swoje spiski i machloje w psychodelicznej scenarii szpitala psychiatrycznego. Śpieszmy zadenuncjować, że i tym razem „Wielebny” zakpił ze swojego miana, okazując się jednym z tych, którzy mają krew na rękach... Kiedy już

opadła kurtyna i wątek kryminalny znalazł swoje szczęśliwe zakończenie, Róża, niczym weselny wodzirej wymyślała kolejne zabawy i konkurencje, których nie polecamy na trzeźwo! Powiem tylko, że pod koniec kolejnej skończyłem ubrany w przepastny biustonosz, stojąc na stole w dwóch różnych butach, z których żaden nie był mój. W innej natomiast powracałem do swoich małych korzeni odkręcając słoik stopami współ w zespół z koleżanką.

Nie można zapomnieć też o podróżach stopem do sklepów - niektórzy szczęściarze załapały się na jazdę z policjantem, my na kawalera z dużym subwooperem w bagażniku Golfa. Co do niezapomnianych wrażeń - pstrąg z miejscowych hodowli, usmażony w przyprawach na ognisku potrafi sprawić, że odpłyniesz... Wiem co mówię, bo zjadłem dwa i prawie zemdlałem z przejedzenia.

Podsumowując:  
spływ - 50 złotych,  
wino - 7 zł, paszty 2 zł,  
wrażenia z wyprawy - bezcenne!

*Maciej Klimek i Magdalena Nowak są studentami III roku na kierunku ratownictwo medyczne*



Uczestnicy spływu kajakowego na lądzie



## Wielkie derby

Tomasz Zegarski

Drużyna Collegium Medicum UMK pokonała po bardzo zaciętym pojedynku 3 do 2 studentów z toruńskiej części Uniwersytetu w Wielkich Studenckich Derby Toruń-Bydgoszcz, o puchar Prorektora ds. Collegium Medicum. Ten niezwykle prestiżowy mecz odbył się w piątek 5 czerwca o godzinie 20:30 przy sztucznym oświetleniu na boisku piłkarskim MOSIR-u przy ul. Bema w Toruniu.

Do meczu podeszliśmy w pełni zmotywowani i żądni rewanżu za zeszłoroczną przegraną. Pierwsze kilka minut naszej gry napawało optymizmem. Dwie oskrzydające akcje mogły zakończyć się powodzeniem, ale zabrakło zimnej krwi. Jednak pierwszą bramkę zdobyła drużyna z Torunia, a jej autorem był Łukasz Bonzel. Nie minęło kilka minut i ten sam zawodnik umieścił piłkę w bramce po raz drugi po ewidentnym błędzie naszej obrony. Po tych dwóch ciosach nie mogliśmy się podnieść. Na domiar złego torunianie mogli nas dobić trzecią bramką, ale w sytuacji sam na sam z Hubertem napastnik gospodarzy nie trafił w światło bramki. Ten zimny kubeł wylany na nasze głowy sprawił, że w końcu uporządkowaliśmy grę. Jeden poganiał drugiego, ofensywa na bramkę UMK ciągnęła to skrzydłami, to środkami. W końcu dopieiliśmy swego i udało nam się strzelić kontaktową bramkę. W polu karnym faulowany był młodszy z braci Jaworskich a sędzia wskazał na wapno. Jedynastkę na gola, pewnym strzałem w lewy róg, zamienił Szymon Jaworski. Ta sytuacja była punktem zwrotnym całego meczu. Jeszcze przed przerwą w wyśmienitej sytuacji znalazł się Bartek Lewandowicz, ale zamiast umieścić piłkę w bramce, uderzył tak że przeleciała kilka metrów nad bramką. Tak więc po 40 minutach gry był wynik 2:1 dla miejscowych.

Druga połowa to dalsze ataki naszego zespołu. Drużyna z Torunia wyglądała jakby opadła z sił, za to my cały czas próbowaliśmy wszelkimi sposobami dostać się pod bramkę przeciwnika, nie zapominając o obronie. W końcu nasze próby sforsowania defensywy UMK zakończyły się powodzeniem. Na 25 metrze piłkę otrzymał Maciej Mielcarek, minął jednego obrońcę i przy dużym udziale golkipera gospodarzy umieścił piłkę w bramce. Remis nas nie satysfakcjonował i dążyliśmy do objęcia prowadzenia. Utrzymywaliśmy się dłużej przy piłce, mądrze nią operowaliśmy wszere i wzdłuż boiska. Na bokach szaleli Bartek Lewandowicz i Michał Przywecki. Jedna z kontr wyprowadzana przed Michała powinna zakończyć się trzecią bramką dla nas, ale w idealnej sytuacji Szymon Jaworski zachował się jak niedoświadczony junior i uderzył obok bramki. Chwilę później ta sama dwójka zamieniła się rolami. Szymon ładnym podaniem, zakładając piłkarską „dziurę” obrońcy UMK, obsłużył Michała. Ten uderzył na bramkę, ale jego strzał został



Drużyna Collegium Medicum

zatrzymany ręką przez zawodnika gospodarzy i sędzia po raz drugi wskazał na punkt oddalony o 11 metrów od bramki.

Tym razem do piłki podszedł Przemek Jaworski i pewnym płaskim uderzeniem w prawy róg nie dał szans bramkarzowi. Podrażniony zespół UMK rzucił się do odrabiania strat. W międzyczasie na boisku pojawił się Rafał Różalski, aby wspomóc linię środkową naszej drużyny. I gdy się wydawało, że wszystko jest pod pełną kontrolą, drugą żółtą kartkę, w efekcie czerwona, otrzymał Szymon Jaworski. Była to bardzo kontrowersyjna sytuacja. Sędzia zinterpretował walkę o piłkę naszego kapitana jako celowe wybiecie piłki i wysłał go na trybuny.

Przez ostatnie 15 minut skupiliśmy się na obronie, która była bardzo solidna. Na środku nie do przejścia byli Wojtek Barancewicz i Piotr Wojasiński a skrzydła skutecznie blokowali Krzysiu Gmerek i Maciej Biernacki na spółkę z Michałem Zajączkowskim. Torunianie atakowali nieustannie, ale to my w ostatniej minucie mieliśmy najlepszą okazję na podwyższenie wyniku. Maciej Mielcarek odebrał piłkę w bocznej strefie boiska

i popędził z nią na bramkę. Po drodze ograł jeszcze obrońcę i zamiast wyłożyć piłkę Michałowi Przyweckiemu, sam poasił się na zdobycie bramki, ale niestety chybił. Jeszcze taktyczna zmiana w naszym zespole i chwilę później sędzia zakończył II Wielkie Derby UMK o puchar Prorektora ds. Collegium Medicum. Radość w naszym zespole nie do opisanania tym bardziej, że przez ostatnie 15 minut graliśmy w liczebnym osłabieniu.

Po meczu kierownik Studium Wychowania Fizycznego UMK, pan mgr Wojciech Grześkiewicz, wręczył pamiątkowe medale obu drużynom oraz okazały przechodni puchar, który utonął w naszych dłoniach.

Do tego sukcesu przyczynili się: Wojciech Barancewicz, Krzysztof Gmerek, Hubert Grycza, Przemysław Jaworski, Szymon Jaworski (kapitan), Łukasz Kamiński, Sylwester Kleczka, Bartosz Lewandowicz, Maciej Mielcarek, Michał Przywecki, dr Rafał Różalski, Piotr Wojasiński, Michał Zajączkowski i dr Tomasz Zegarski (trener).

*dr Tomasz Zegarski jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu*



Krzysztof Nierzwicki

# ODDANY SPRAWIE

wywiad rzeka z Profesorem

JANEM DOMANIEWSKIM