



# Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

**Nr 35**  
Grudzień 2009




**50-LECIE PRACY PROF. JANA DOMANIEWSKIEGO  
W GRODZIE NAD BRDĄ**

**5-LECIE POŁĄCZENIA AKADEMII MEDYCZNEJ W BYDGOSZCZY  
Z UNIWERSYTETEM MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU**

**25-LECIE POWSTANIA AKADEMII MEDYCZNEJ W BYDGOSZCZY**

**Wykonujemy zadania, które do tej pory  
nie były możliwe do zrealizowania**

*Wywiad z dr. Wojciechem Józwickim i dr. Zdzisławem Skokiem  
z Zakładu Patologii Nowotworów i Patomorfologii*



A podana jest gdzieś ulica  
(lecz jak tam dojść? którędy?),  
ulica zdradzonego dzieciństwa,  
ulica Wielkiej Koledy.  
Na ulicy tej taki znajomy  
w kurzu z węgla, nie w rajskim ogrodzie,  
stoi dom jak inne domy,  
dom, w którym żeś się urodził.  
Ten sam stróż stoi przy bramie.  
Przed bramą ten sam kamień.  
Pyta stróż: „Gdzieś pan był tyle lat?”  
„Wędrowałem przez głupi świat „  
Więc na górę szybko po schodach.  
Wchodzisz. Matka wciąż taka młoda.  
Przy niej ojciec z czarnymi wąsami.  
I dziadkowie. Wszyscy ci sami.  
I brat, co miał okarynę.  
Potem umarł na szkarlatynę.  
Właśnie ojciec kiwa na matkę,  
Ze czas się dzielić opłatkiem,  
więc wszyscy podchodzą do siebie  
i serca drżą uroczystie  
jak na drzewie przy liściach liście.  
Jest cicho. Choinka płonie.  
Na szczycie cherubin fruwa.  
Na oknach pelargonie  
blask świeczek złotem zasnuwa,  
a z kąta, z ust brata, płynie  
kolęda na okarynie:  
Lulajże, Jezuniu,  
moja perelko,  
Lulajże, Jezuniu,  
me pieścidelko.

*Konstanty Ildefons Gałczyński:  
A podana jest gdzieś ulica*

Pięknych Świąt, pełnych najlepszych uczuć

życzy  
Małgorzata Tafil-Klawe

Pełnej radosnych uniesień atmosfery rodzinnego ciepła, wspólnego kołędowania w gronie przyjaciół i wielu niezapomnianych mistycznych momentów w duchu Bożego Narodzenia.

Życzymy Państwu, aby nadchodzący Nowy 2010 Rok obfitował w liczne sukcesy zawodowe, szczęśliwe momenty, ciekawe doznania i niezatarte wrażenia.

W imieniu Redakcji i Rady Programowej  
Zbigniew Wolski i Krzysztof Nierzwicki



## Spis Treści

### Wywiad numeru

Wykonujemy zadania, które do tej pory nie były możliwe do zrealizowania, wywiad z dr. Wojciechem Józwickim oraz dr. Zdzisławem Skokiem z Zakładu Patologii Nowotworów i Patomorfologii. . . . . 2

### Polemiki

Apteka „Radziecka”, czyli pomieszanie pojęć . . . . . 7

### Z życia Uczelni

Immatrykulacja . . . . . 8

LEP . . . . . 8

Medicalia 2009 . . . . . 9

Patch Adams w Bydgoszczy. . . . . 10

Anioł hematologii. . . . . 31

Nagrody marszałka województwa kujawsko-pomorskiego dla lekarzy z Collegium Medicum . . . . . 31

### Medycyna i pielęgniarstwo

25 lat przeszczepiania szpiku w Polsce. . . . . 11

Pomagają czy szkodzą? Czyli kilka uwag o witaminach antyoksydacyjnych. . . . . 12

Publiczne pokazy wcześniaków- z historii neonatologii. . . . . 14

Dzieci niepełnosprawne i niesprawne . . . . . 16

Moi pacjenci w Laskach pod Warszawą. . . . . 17

Tu nabieramy sił . . . . . 19

### Nasi na Liście Filadelfijskiej

Nasi na Liście Filadelfijskiej. . . . . 19

### Konferencje

Postępy w Kardiodiabetologii . . . . . 20

Mikromacierze w Polsce: stan na rok 2009 . . . . . 21

Sprawozdanie z III Kongresu Naukowo-Szkoleniowego

Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran . . . . . 21

Bydgoszcz gospodarzem 29 Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anatomicznego . . . . . 23

Depresję można pokonać. Zmień perspektywę . . . . . 24

### Varia

Zawiłości mistycznej drogi w podążaniu za betlejemską gwiazdą . . . . . 26

### Z biblioteki

Zasoby medyczne w polskich bibliotekach cyfrowych . . . . . 29

### Ze sportu

Mistrzostwa w tenisie stołowym. . . . . 32

Najlepszy student-sportowiec UMK . . . . . 32

„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 Drewna

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:

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 1: Profesor Jan Domaniewski podczas uroczystości jubileuszowych, fot. archiwum CM

Okładka 4: fot. Sebastian Sontowski

## Wykonujemy zadania, które do tej pory nie były możliwe do zrealizowania

wywiad z dr. Wojciechem Józwickim oraz dr. Zdzisławem Skokiem z Zakładu Patologii Nowotworów i Patomorfologii

**Redakcja:** Dziękujemy za zaproszenie oraz chęć przekazania Czytelnikom „Wiadomości Akademickich” paru słów o pracy w Zakładzie Patologii Nowotworów i Patomorfologii Collegium Medicum.

**Dr Józwicki:** Zanim rozpoczniemy rozmowę, pozwolę Państwu na kilka słów wprowadzenia. Wydaje mi się, że nadrzędnym celem podobnych spotkań jak dzisiejsze (wywiadów – przyp. Red.), pozostających w świadomości społeczności akademickiej, są pozytywne wypowiedzi o ludziach i środowisku. Naszą intencją jest przedstawienie informacji o Zakładzie, który podejmując problematykę onkologiczną, zaproponował pewną przestrzeń naukowo-diagnostycznych działań, oczekiwanych od dawna przez Uczelnię, środowisko medyczne i przez samych pacjentów. Nie stanowimy dla nikogo konkurencji. Wykonujemy zadania, które z różnych przyczyn do tej pory nie były możliwe do zrealizowania.

**Redakcja:** Kiedy i w jaki sposób powstał Zakład Patologii Nowotworów i Patomorfologii?

**Dr Józwicki:** W oficjalnych strukturach Uczelni istniejemy nieco ponad rok. Od samego początku byliśmy zaangażowani w restrukturyzację i modernizację bazy lokalowej, na której ten Zakład został posadowiony, czyli Centrum Onkologii. To na wniosek dyrektora szpitala Zbigniewa Pawłowicza zostaliśmy przekształceni w ośrodek akademicki. Dostosowanie do nowej sytuacji trwało ponad rok. Zadania dydaktyczne wykonywaliśmy z powodzeniem w oparciu o bazę dydaktyczną Uczelni, jednak do prac naukowych w ramach działalności statutowej, a także do badań własnych, mogliśmy praktycznie przystąpić dopiero od czerwca tego roku. Jako młoda jednostka nie możemy się jeszcze dzisiaj pochwalić wielkimi osiągnięciami, jednak mamy nadzieję, że w niedługim czasie będzie to możliwe.

**Redakcja:** Dlaczego w łonie Collegium Medicum istnieją dwie jednostki zajmujące się patomorfologią?

**Dr Józwicki:** Ideą powstania Zakładu, która od początku przyświecała Panu Profesorowi Janowi Domaniewskiemu, była kontynuacja zadań wcześniej podejmowanych w prowadzonej przez Profesora Katedrze i Zakładzie Patomorfologii Szpitala im. dra A. Jurasza. Tam Pan Profesor rozpoczął prace nad zagadnieniami związanymi z immunologią, genetyką, hodowlami komórkowymi, także z udziałem technologii radioizotopowych, wpraw w ramach tematyki kardiologicznej,

potem także uropatologicznej. W pewnym momencie pojawiła się koncepcja zabrania szerszego głosu w problematyce onkologicznej. Już wiele lat temu zwróciliśmy naszą uwagę na wspaniale rozwijający się ośrodek onkologiczny – Centrum Onkologii (CO) w Bydgoszczy – w Fordonie. Zajmowano się tam diagnostyką i terapią chorych na nowotwory. W oparciu o taki ośrodek, posiadający bazę informacji onkologicznej, można pokusić się o odpowiedzi na wiele pytań współczesnej onkologii, jednak jako taka placówka ta pozostawała dla nas nieosiągalna. Powstał pomysł, aby utworzyć zakład uniwersytecki wchodzący w struktury istniejącej Katedry i nie tylko kontynuować, rozpoczęte wiele lat wcześniej, ale także aplikować nowe badania. Nie udało się tego zrealizować w pierwotnym scenariuszu, tj. na Wydziale Lekarskim, chociaż w opinii środowiska akademickiego i władz Collegium Medicum, taki Zakład był Uczelni potrzebny. Ostatecznie Rektor UMK podjął decyzję o jego powołaniu na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum. Powstała zatem struktura odrębna, o większym sprofilowaniu onkologicznym. Jesteśmy zdecydowani powierzone nam zadania wypełniać dobrze i nie zawieść pokładanego w nas zaufania.

**Redakcja:** Czym różnią się między sobą obie jednostki?

**Dr Józwicki:** Z punktu widzenia diagnostycznego oba ośrodki zajmują się odmiennymi kategoriami pacjentów. U nas praktycznie 95 procent diagnoz wykonuje się dla chorych onkologicznych, w znakomitej większości na materiale pozyskanym z operacji i zabiegów wykonywanych w Centrum Onkologii. Odsetek tego typu pacjentów niestety rośnie. W naturalny sposób rośnie więc naukowe zainteresowanie nowotworami, co jest widoczne w coraz liczniejszych spotkaniach i konferencjach naukowych poświęconych wyłącznie lub w większości zagadnieniom onkologicznym. Nadeszła więc pora, byśmy i my zajęli się tą tematyką. Bazą diagnostyczną i naukową Katedry i Zakładu Patomorfologii Wydziału Lekarskiego CM jest natomiast Szpital im. dra A. Jurasza, który nie jest sprofilowany onkologicznie.

**Redakcja:** Jaka jest perspektywa powstania w Państwa Zakładzie dysertacji naukowych?

**Dr Józwicki:** Dysertacje naukowe można u nas wykonywać w oparciu o bogaty materiał onkologiczny, którego z pewnością pozazdrościłby nam nie jeden ośrodek badawczy. Na jego podstawie możemy przygotowywać na-

prawdę ciekawe projekty naukowe. Ponieważ Pan Profesor Jan Domaniewski tworzy z nami zespół naukowo-dydaktyczny, a ponadto jest konsultantem CO, także diagnostycznym, prace doktorskie mogą dziś powstawać pod jego opieką. Wydział Nauk o Zdrowiu uzyskał prawo doktoryzacji, więc doktorantów powinno być coraz więcej.

**Redakcja:** Kto wszedł w skład nowego Zakładu? Czy ze względu na szczupłą liczbę pracowników dydaktyka nie wymaga pomocy osób z zewnątrz?

**Dr Józwicki:** W tej chwili w Zakładzie jako jednostce uniwersyteckiej mamy oficjalnie zatrudnionych trzech pracowników: Pan Profesor jest na stanowisku nauczyciela akademickiego i konsultanta Centrum Onkologii, ja jestem na etacie adiunkta, a dr Z. Skok – starszego wykładowcy. Pracujemy ze sobą od ponad 20 lat i jesteśmy zgrani. Mimo, że jest nas niewielu, radzimy sobie doskonale, dzielimy się obowiązkami dydaktycznymi. W Zakładzie – jako jednostce szpitalnej – pracuje znacznie więcej osób, przy czym rozmiary naszego grona dostosowywane są do liczby wykonywanych badań diagnostycznych. W sumie zatrudniamy 6. lekarzy patologów oraz 26 osób wyższego i średniego personelu medycznego. To dość dobrze obrazuje skalę zagadnień onkologicznych w naszym regionie i jednocześnie mocno uzasadnia potrzebę ich włączenia do opracowań naukowych.

**Redakcja:** Co sądzi Pan o lokalizacji, siedzi-



Od lewej: dr Wojciech Józwicki i dr Zdzisław Skok podczas wywiadu

bie i wyposażeniu Zakładu? Czy są one wystarczające, czy też nie spełniają Państwa oczekiwań? Czy macie Państwo swoje marzenia...?

**Dr Józwicki:** Myślę, że w tym względzie jesteśmy w sytuacji dość dobrej. W zmodernizowanym Zakładzie, o prawie dwukrotnie większej powierzchni, otrzymaliśmy możliwość pozyskania wysokiej klasy sprzętu diagnostycznego, który możemy również wykorzystywać do badań naukowych. Wielką pomocą była deklaracja sfinansowania wyposażenia złożona przez dyrektora Centrum Onkologii dra Z. Pawłowicza, z której wywiązuje się znakomicie. Można powiedzieć bez wielkiej przesady, że jesteśmy jednym z najlepiej wyposażonych ośrodków patomorfologicznych w Polsce. Mamy podstawową bazę diagnostyczną, na którą składa się nowoczesny cykl technologicznego opracowania materiału tkankowego i cytologicznego, z możliwością wykonania rutynowych barwień hematoksylinowo-eozynowych (HE). Bez tego pierwszego wejrzenia nie możemy ani postawić ostatecznej diagnozy, ani zlecić jakichkolwiek innych badań dodatkowych. Do tego standardu już od wielu lat została dodana pomoc diagnostyczna w postaci dodatkowych barwień immunohistochemicznych (IHC). Od chwili powstania Zakładu uniwersyteckiego lista badań IHC wydłużyła się dwukrotnie, co mocno wpłynęło na poprawę standardu diagnostycznego, szczególnie w zakresie diagnostyki chłoniaków. Jesteśmy ośrodkiem, który ma możliwość postawienia kompletnej diagnozy u każdego pacjenta onkologicznego. Jest to oczywiście nie tylko kwestia dobrego wyposażenia i dostępu do odczynników, ale przede wszystkim umiejętności zespołu laboratorium i lekarzy, którzy potrafią z tych możliwości skorzystać. Jeszcze zanim powstał Zakład ustalaliśmy z dyrektorem Centrum i Panem Profesorem Domaniewskim, że pacjent onkologiczny powinien mieć możli-

wość kompletnego zdiagnozowania w Centrum Onkologii. Nie powinno być sytuacji, w której nasz pacjent zbierałby w różnych ośrodkach w Polsce i za granicą cząstkowe diagnozy dotyczące swego schorzenia, których komplet dopiero stwarzałby możliwość ustalenia dlań stosownej terapii. Brakowało dotąd nowoczesnej onkologicznej diagnostyki molekularnej. Postanowiliśmy uzupełnić wyposażenie o technologię, która pozwoliłaby skutecznie charakteryzować molekularnie sytuację onkologiczną wybranych pacjentów, co w rezultacie przekładałoby się na bezpośrednią korzyść terapeutyczną dla pacjenta. Wiązało się to z zakupem nowoczesnego sprzętu – aparatu do standaryzowanej izolacji kwasów nukleinowych oraz aparatów do oznaczania mutacji genowych metodą polimerazową w czasie rzeczywistym (RT-PCR). Nasze aparaty posiadają możliwość oznaczania w dodatkowym kanale HRM (High Resolution Melting) heterogenności produktu polimerazowego, w procesie wyznaczania krzywej topnienia, z niezwykłą precyzją, wskazując na obecność ewentualnych mutacji punktowych. Jest to znana już dziś technologia, ale wciąż unikalna w zastosowaniach diagnostycznych. Dzięki niej oznaczamy rutynowo obecność mutacji w genie K-RAS w przypadkach raka jelita grubego. Ponadto zoptymalizowaliśmy diagnostykę mutacji w genie EGFR, u chorych na raka gruczołowego płuc, którą zaplanowaliśmy w rutynowym zastosowaniu z początkiem 2010 r. Od tych badań zależy leczenie pacjentów, dla których dziś pojawiły się możliwości leczenia rozlanej choroby nowotworowej lekami celowanymi immunologicznymi nowej generacji. To był duży, spektakularny zakup, przekroczenie pewnego rodzaju standardów. Dziś w Polsce obserwujemy tendencje, zmierzające do tego by tego typu diagnostykę lokalizować w odrębnych pracowniach molekularnych, które jednak współpracują ściśle z patomorfologiem. My poszliśmy inną drogą. Dzięki zlokalizowaniu tego typu pracowni bezpośrednio w Zakładzie Patologii Nowotworów i Patomorfologii zlecenie badania molekularnego, jego wykonanie i ostateczna interpretacja odbywają się pod bezpośrednim nadzorem patologa, co wiąże się z oczywistą korzyścią dla pacjenta, ponieważ to właśnie patolog podejmuje ostateczną decyzję diagnostyczną. Pacjent badany we własnej Pracowni Molekularnej nie jest anonimowy, co ma duże znaczenie przy ostatecznej interpretacji wyników. Dla kompleksowości badań założyliśmy potrzebę wyposażenia naszego Zakładu w cytometr przepływowy. Posiadamy najnowszy model z certyfikatem diagnostycznym. Stosujemy go do oznaczania i charakteryzowania komórek nowotworowych u chorych na chłoniaki, znakomicie przyspieszając rozpoznanie choroby z kilku tygodni do kilku-kilkunastu godzin w przypadku niektórych typów chłoniaków. A pamiętajmy, że czas ma wielkie znaczenie dla pacjenta.

**Redakcja:** Jakie badania naukowe wchodzić w zakres Państwa zainteresowań?

**Dr Józwicki:** Procedura, do której się przygotowujemy, i z której jesteśmy dumni, chociaż nie wprowadziliśmy jej jeszcze do rutynowych badań diagnostycznych to cytostatykogramy. Jest to pewne novum, terminologię przejęliśmy z Zakładu Patomorfologii prof. Lubińskiego ze Szczecina. Tamto środowisko wprowadziło tę nazwę, wcześniej mówiliśmy o antybiogramach onkologicznych. Idea polega na tym, że w nowoczesnej onkologii i prowadzeniu pacjenta dąży się do tego, aby diagnozy były indywidualizowane i by indywidualizowana była terapia. Nie możemy pacjentów traktować populacyjnie. Zazwyczaj jest tak, że jeśli dany lek działa na 60% pacjentów, wszystkich (100%) traktuje się tak samo, by te 60% miało szansę wyleczenia. Ale pozostaje problem co z pozostałymi 40% pacjentów. Onkologia pragnie pokazać odrębność danego pacjenta w jego chorobie i dostosować do niego leczenie. My jako Zakład przygotowujemy się do tego, aby takie właśnie indywidualne diagnozy stawiać i przygotować właściwą terapię. Ten cel spełnić mają cytostatykogramy. Od każdego pacjenta można pobrać komórki nowotworowe w różny sposób, dzięki biopsji aspiracyjnej, biopsji wycinkowej lub podczas zabiegu operacyjnego. Pobrane żywe komórki guza można hodować. Po wyprowadzeniu linii komórkowej z takiego guza możemy ją poddać działaniu określonych leków, w określonych zestawach i uzyskać informację o wrażliwości guza na konkretny lek.

**Redakcja:** Czyli przypomina to dostosowywanie właściwego antybiotyku do wrażliwości bakterii?

**Dr Józwicki:** Tak, dlatego początkowo nazywaliśmy to antybiogramami onkologicznymi. Jeśli chodzi o cytostatykogramy jesteśmy na etapie wyprowadzania linii komórkowych od pacjentów i znalezienia takiej formuły, abyśmy mogli z dużym prawdopodobieństwem powtarzać wyprowadzanie, co nie jest prostym procesem. Działamy w kooperacji z dr. n. med. Piotrem Kopińskim z Katedry i Zakładu Genoterapii CM UMK, konsultujemy się z prof. Gerardem Drewą z Katedry Biologii Medycznej, w której mieści się Zakład Inżynierii Tkankowej, od którego otrzymaliśmy pierwsze linie komórkowe wraz z cennymi uwagami praktycznymi. Wszystko po to, by dopracować model pewnego wyprowadzania nowotworowych linii komórkowych u jak największego odsetka kwalifikowanych do badania pacjentów. Jesteśmy przed etapem ustalania samych cytostatykogramów, chociaż mamy już odpowiednie wyposażenie. Prawdopodobnie jest to kwestia kilku najbliższych miesięcy, abyśmy mogli zaproponować pacjentom takie zindywidualizowane i unikalne w skali kraju podejście do choroby nowotworowej.

**Redakcja:** A jakie nowotwory leżą w kręgu Państwa zainteresowania?



**Dr Józwicki:** Wyselekcjonowaliśmy dwa nowotwory, zróżnicowane dynamiką reakcji na leczenie. Chcemy zbadać nowotwór, który stosunkowo wolno poddaje się działaniu leków, tu wybraliśmy raka sutka oraz drugi, rak jajnika, który dynamicznie odpowiada na leczenie. Mamy u nas pewną kategorię pacjentów, których można zakwalifikować do takich badań. Przypominam, że jesteśmy na etapie standaryzacji tej metody.

**Redakcja:** W skali krajowej to unikat. A w skali światowej?

**Dr Józwicki:** Na świecie to także nie należy do standardów, chociaż jest to problem znany i wiele ośrodków się nim zajmuje. W kraju pracował nad tym tylko ośrodek szczeciński, przeprowadziwszy kilkanaście tego typu badań. Badania pokazały statystycznie, że można pomóc pacjentowi tą metodą. Dotyczy to zwłaszcza chorych opornych na leki.

**Redakcja:** W jakim czasopiśmie najczęściej publikujecie swoje opracowania?

**Dr Józwicki:** Już o tym wspominaliśmy jesteśmy nowym Zakładem. Oczywiście, drobne doniesienia mają miejsce, natomiast zabranie głosu w poważnej sprawie wymaga czasu. Aktualnie przygotowujemy dwa manuskrypty, a następne badania, które podjęliśmy z innymi ośrodkami zakończą się na początku przyszłego roku. Pierwsze badania prowadzone w kooperacji z profesorem Andrzejem Słomskim, z University of Tennessee Health Science Center, USA, dotyczą roli receptorów i witaminy D3 w zagadnieniach proliferacji komórek nowotworowych. Badamy ekspresję receptorów i ich wpływ metaboliczny na czerniaka. Wykazano, że witamina D3 może mieć wpływ antyproliferacyjny na nowotwór. Nie można podawać samej witaminy D3, bo

duże dawki byłyby zabójcze. Ale wymyślono analogi witaminy D3. Istnieje lista analogów, które dają minimalny efekt podstawowy witaminy D3, ale za to posiadają mocno wyeksponowany aspekt przeciwnowotworowy. Te badania na analogach witaminy D3 są dziś bardzo popularne i należą do najpilniejszych publikowanych tematów. Nie można wykluczyć profilaktycznego podawania analogów witaminy D3 w najbliższej przyszłości, w grupach osób narażonych na nowotwory. My zajmujemy się chorymi na raka pęcherza moczowego i czerniaka.

Drugie badanie prowadzimy z ośrodkiem w Chicago, z Panią dr Marzeną Lewandowską. Dotyczy ono obecności komórek macierzystych w raku pęcherza moczowego, charakteryzowanych nowo wykrytymi markerami.

**Redakcja:** Zakład jest inny niż ten, w którym zaczynali Panowie pracę?

**Dr Skok:** Ja zaczynałem pracę, gdy Zakład Patologii Nowotworów mieścił się w Szpitalu Bizziela, w 1994 roku powstało Centrum Onkologii, a niedawno ów Zakład przekształcono w jednostkę uniwersytecką w ramach CM. Jestem świadkiem trzeciej odsłony tej jednostki.

**Redakcja:** Czy fakt, że w skład zespołu wchodzi również prof. Jan Domaniewski wpływa na prestiż Zakładu? Zdaje się, że rola Profesora nie ogranicza się tylko do funkcji konsultacyjnych?

**Dr Józwicki:** Oczywiście, Pan Profesor Domaniewski bywa wielokrotnie inspiratorem wielu przedsięwzięć w naszym Zakładzie. W języku łacińskim określa się to pięknie *spiritus movens*. Konsultujemy z nim wiele ważnych decyzji o rozwoju, zadaniach dydaktycznych i kierunkach badań naukowych. Nieustannie korzystamy z jego ogromnego doświadczenia i bezcennych wskazówek.

Istnieją zjawiska, które trzeba poznać z autopsji, by móc wydawać o nich sądy. Ale nie wszystko trzeba poznawać osobiście. To sytuacja wyjątkowo komfortowa, że Pan Profesor stawia się wciąż do naszej dyspozycji i chętnie wspiera właściwą radą. Zakład w Centrum Onkologii jest żartobliwie nazywany wnuczkim Pana Profesora, tak jak Katedra i Zakład Patomorfologii w Szpitalu im. dra A. Jurasza był nazywany jego dzieckiem.

**Redakcja:** Czy możemy mówić o „bydgoskiej szkole patomorfologii”?

**Dr Józwicki:** Myślę, że bez wątpienia istnieje pojęcie „bydgoskiej szkoły patomorfologii”. Zachodzi pewna odrębność pracy patomorfologicznej na wszystkich jej etapach, wygenerowana i rozwijana przez założyciela patomorfologii w Bydgoszczy, prof. Jana Domaniewskiego. W naturalny sposób, jako uczniowie Profesora stajemy się dziedzicami tej spuścizny. Pamiętam, że gdy zaczynaliśmy pracę, Bydgoszcz była wyjątkowa pod względem liczby wykonywanych sekcji zwłok. Profesor chciał nadać patomorfologii wymiar kliniczny. Badanie sekcyjne było u nas traktowane jako ostateczna i najlepsza weryfikacja klinicznego przebiegu choroby. Przewyższała ona wszystkie dostępne wówczas techniki obrazowania, ponieważ dawała odpowiedź jednoznaczną. Dlatego Pan Profesor zawsze mawiał, że taka możliwość zweryfikowania leczenia jest dla lekarza klinicysty bezcenna. W ten sposób podnoszone są kwalifikacje całego personelu, stąd na sekcje zwłok przychodziły całe oddziały lekarzy. Generalnie odsetek sekcji zwłok wynosił w naszym województwie około 80-90% zmarłych na oddziałach. Byliśmy ewenementem w skali Polski. 20 lat temu nie było powszechnej dostępności do tomografii komputerowej czy nowoczesnych technik rezonansu magnetycznego. Propozycja Pana Profesora dla środowiska, pozwoliła w znacznym stopniu rozwinąć nasze umiejętności. Tym sposobem lekarze bydgoscy byli znakomicie wyszkoleni, a co za tym idzie potrafili wiele rzeczy przewidzieć, nawet w niestandardowych przebiegach chorób. Przypominam sobie kursy specjalizacyjne w Warszawie. Tam sekcje odbywały się bez udziału klinicystów, zaś wykonującemu je w pojedynkę patologowi tak naprawdę na niewiele się przydawały. W Bydgoszczy panowało odmienne myślenie. Ścisła współpraca patomorfologów z klinicystami i wspólne analizy przypadków były codziennością. Wzajemne zaufanie generowało lepsze i szybsze decyzje. Powstawały zespoły diagnostyczno-terapeutyczne. Pamiętajmy jednak, że w pracy patomorfologa dominuje diagnostyka preparatów, zaś sekcje ograniczają się do może 10% wykonywanych czynności. Zresztą obecnie liczba wykonywanych sekcji została znacznie ograniczona.

**Redakcja:** Dlaczego?

**Dr Skok:** To za sprawą postępu techno-



Od lewej: dr Zdzisław Skok, dr Wojciech Józwicki oraz prof. dr hab. Jan Domaniewski

logicznego. W chwili obecnej dysponujemy znakomitymi technikami obrazowania, stąd i diagnozy stały się dużo trafniejsze. Nie ma już konieczności wykonywania sekcji zwłok w takiej liczbie. Niemalą rolę odgrywają tutaj względy finansowe. Naszym zdaniem, robi się ich jednak za mało. Nadal istnieje niejasność, czy obraz przekazany nam przez urządzenia jest rzeczywistym odzwierciedleniem tego co dzieje się w organizmie. Mimo to odsetek tego typu badań znacznie spadł. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Patologów, co najmniej 20% zmarłych pacjentów na oddziałach powinno być sekcjonowanych. Wciąż bowiem istnieje konieczność weryfikacji sytuacji niejasnych.

**Redakcja:** Czy sekcja wymaga zgody rodziny pacjenta?

**Dr Skok:** Nie, według polskiego prawa rodzina nie może wnieść protestu w tym względzie. Może ewentualnie wystąpić z wnioskiem do dyrektora szpitala o odstąpienie od tej procedury. Problemem jest jednak zupełnie inna kwestia. Istnieje zbyt mało patologów w stosunku do dynamicznie rosnącej liczby chorób. Podniosły się także wymogi związane z sekcją. Obecnie podczas jej przeprowadzania należy określić szereg parametrów, które dawniej nie wchodziły w zakres czynności patologa.

**Redakcja:** Kto jest osobą odpowiedzialną za podjęcie decyzji o przeprowadzeniu sekcji zwłok?

**Dr Skok:** Decyzję tę podejmuje dyrektor szpitala na podstawie wniosku złożonego przez lekarza prowadzącego. Odnosi się to przede wszystkim do zgonów o nieznanym patomechanizmie i zgonów nagłych, gdy nie zdążono przeprowadzić niezbędnych badań i de facto nie zna się przyczyny śmierci pacjenta.

**Redakcja:** Czym różni się sekcja anatomiczna od sądowej?

**Dr Skok:** Przede wszystkim mamy do czynienia z innym podejściem. Różni się wykonaniem, jak i pytaniami, na które szuka się odpowiedzi.

**Dr Józwicki:** Zarówno prokurator, jak i sąd zadają pytania z pozycji laika, bardzo szczegółowe i nie zawsze medyczne. Gdy spotykamy się przy stole sekcyjnym z lekarzem prowadzimy zupełnie inne rozmowy. Lekarz zadaje tylko konkretne pytanie co do przebiegu choroby. Bada się tylko określone części ciała. Sekcja anatomiczna szuka odpowiedzi na wątpliwości lekarza prowadzącego. Natomiast sekcja sądowa ma zupełnie inny cel – ustalić przyczynę śmierci, okoliczności w jakich do niej doszło, czasem tożsamość zwłok.

**Redakcja:** Czy badania patomorfologiczne są kosztowne?

**Dr Józwicki:** Mówiąc żartobliwie: nasi płatnicy twierdzą, że tak. Z punktu widzenia interesu pacjenta diagnostyka histopatologiczna należy do najtańszych narzędzi diagnostycznych. Zakupienie pojedynczego sprzętu (np. tomograf komputerowy) dla innych oddziałów sięga kwot, które przewyższają całe nasze wyposażenie. Od rozpoznania histopatologicznego zależy dostosowanie właściwej terapii do zdiagnozowanego procesu, co ma duży wpływ na skuteczność i tzw. ekonomię terapii (np. lekarstwa, zwłaszcza cytostatyki). Jeden kurs potrafi kosztować od kilku do kilkunastu a nawet kilkudziesięciu tysięcy złotych, dlatego diagnostyka powinna być niezwykle precyzyjna. Jednocześnie trzeba pamiętać o upływającym czasie, który dla pacjenta onkologicznego jest niezwykle ważny. Nietrafiona decyzja terapeutyczna może zmniejszyć jego szanse. Dlatego inwestowanie w diagnostykę patomorfologiczną jest ważnym elementem terapeutycznego sukcesu. Nasz ośrodek zrobił naprawdę duży krok w kierunku poszerzenia i indywidualizacji oferty diagnostycznej dla pacjenta.

**Redakcja:** Plany na przyszłość...

**Dr Józwicki:** Plany na przyszłość? Chcielibyśmy, by nasz Zakład stał się uznanym ośrodkiem opiniodawczym, mającym coś do powiedzenia na temat standardów prowadzenia badań onkologicznych, ośrodkiem liczącym się w kraju. Co roku o 10-15% rośnie liczba badań. W niedalekiej przyszłości zmodernizowany Zakład stanie się za mały. Mamy jeszcze rezerwę na kilka lat, ale już trzeba myśleć o większym lokalu i większej liczbie pracowników. Jeśli chodzi o technologię, przyglądamy się temu, co się dzieje na świecie. Przykładowo obecnie guzy nowotworowe są charakteryzowane w nowych rytach. Bada się nie obecność pojedynczej zmiany w genie, ale zestawu setek i tysięcy genów. Są metody mi-

kromacierzowe, które badają kilka milionów sekwencji nukleotydowych. Dziś jeszcze nie posiadamy tych najnowszych technologii, ale w miarę jak się będą rozwijać, będziemy się starać je pozyskać. Istnieje także kilka pozycji, o które chcielibyśmy wzbogacić nasz Zakład w najbliższym czasie, np. sprzęt pozwalający na bardzo precyzyjne pobieranie materiału od pacjenta do badań genetycznych.

**Redakcja:** Współpracujecie Państwo z wieloma innymi katedrami, klinikami i zakładami...

**Dr Józwicki:** Świetnie układa nam się współpraca ze wszystkimi jednostkami Collegium Medicum posadowionymi na bazie Centrum Onkologii. Dotyczy to zarówno kwestii dydaktycznych jak i diagnostycznych i naukowych. W zeszłym roku pracowaliśmy nad grantem ministerstwa nauki wspólnie z pracownikami Katedry i Kliniki Onkologii i Brachyterapii kierowanej przez prof. Romana Makarewicza. Jeden z projektów realizujemy wspólnie z Kliniką Chirurgii Onkologicznej prof. Wojciecha Zegarskiego. Pracujemy z prof. Januszem Kowalewskim kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów w ramach ogólnopolskiej Grupy ds. Raka Płuca. Nawiązaliśmy także współpracę z ośrodkami w Gdańsku a także poza granicami kraju w Szwecji. Jak już wcześniej wspomniałem, współpracujemy także z Katedrą Biologii Medycznej, którą kieruje prof. Gerard Drewa. Ostatnio zacieśniliśmy więzy współpracy z Zakładem Immunologii prof. Wiesława Kozaka w Instytucie Biologii UMK. Poza tym realizujemy grant w kooperacji z bydgoskim Uniwersytetem Technologiczno-Przyrodniczym pracując wspólnie z dr hab. Gabriłą Elminowską-Wendą.

**Redakcja:** Czy ograniczacie Państwo badania do materiału własnego, czy z uwagi na doskonałą technologię i umiejętności



Od lewej: prof. dr hab. Jan Domaniewski, dr Wojciech Józwicki oraz dr Zdzisław Skok

jesteście zarzucani prośbami o konsultacje z zewnątrz?

**Dr Józwicki:** Wykonujemy badania głównie na materiale Centrum Onkologii, chociaż udzielamy także konsultacji na zewnątrz, ale zaledwie w kilku procentach. Jako jedyni wykonujemy oznaczenia mutacji w genie K-RAS w unikalnej technologii w Polsce, więc wykonujemy je również na zlecenie.

**Redakcja:** Jak ocenilibyście Państwo niedawne obchody jubileuszowe, których ważnym aspektem było uhonorowanie prof. Jana Domaniewskiego i bydgoskiej szkoły patomorfologii (5-lecie połączenia CM z UMK, 25-lecie powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy oraz 50-lecie pracy zawodowej prof. Jana Domaniewskiego w grodzie nad Brdą)?

**Dr Józwicki:** Ze względu na osobę Pana Profesora byliśmy żywo zainteresowani uroczystościami jubileuszowymi. Równie ważne było 25-lecie powstania AMB i 5-letnie wspólne działania z UMK, niemniej jednak emocjonalnie najbliższy był nam jubileusz

50-lecia pracy w Bydgoszczy Pana Profesora. Jak słyszeliśmy, wystąpienia nie były do końca pozbawione emocji. Pewne napięcia, które pojawiają się w wzajemnym związku, pojawiły się w trakcie wypowiedzi i ta nuta dominowała. Jeśli jednak idzie o uczczenie Pana Profesora, rzeczywistość przerosła moje oczekiwania. Byłem mile zaskoczony oprawą. Duże wrażenie zrobił na mnie chór Collegium Medicum, a zwłaszcza pięknie wykonana przez niego piosenka napisana podczas Powstania Warszawskiego. Niezwykle sympatycznym i zaskakującym okazał się pomysł z prezentem w postaci szczeniaka owczarka niemieckiego. Jak zostało to ujęte w trakcie wystąpienia Pan Profesor był zawsze człowiekiem zdecydowanym, silnym, energicznym i takim pozostaje nadal. Można by powiedzieć, że minęło 50 lat pracy zawodowej Profesora w Bydgoszczy i jednocześnie rozpoczyna się kolejna pięćdziesiątka. Nic nie wskazuje bowiem na to, by Profesor zwalniał tempa. Z pewnością rangę jubileuszu podniosła obecność Senatu UMK oraz władz Bydgoszczy i Torunia, a także marszałka województwa.

**Redakcja:** W jaki sposób wybraliście Pa-

nowie swoją drogę życiową? Skąd pomysł na medycynę i taką, a nie inną specjalizację?

**Dr Skok:** Przyjechałem do Bydgoszczy z Białegostoku i patomorfologiem zostałem w zasadzie przez przypadek. W 1985 roku z uwagi na powołanie Akademii Medycznej w Bydgoszczy, środowisko poszukiwało nowych lekarzy. Na emigrację zdecydowało się dwudziestu kilku lekarzy z Białegostoku, w większości świeżo upieczonych absolwentów Akademii. Prasa bydgoska pisała nawet wówczas o „desancie” lekarzy białostockich. W zasadzie przypadkowo trafiłem na rozmowę do Pana Profesora Domaniewskiego i po pół godziny wiedziałem gdzie będę pracował, chociaż wcześniej myślałem o podbudowanej tradycją rodzinną specjalizacji z ginekologii.

**Dr Józwicki:** Tak, ostatecznie po rozmowie z Panem Profesorem nabrałem pewności co do wyboru specjalizacji i podjąłem decyzję o pracy na patomorfologii. Pan Profesor potrafił rozwiązać wszelkie wątpliwości. Nie wykluczałem wielu specjalności, ale w czasie studiów (jestem absolwentem uczelni bydgoskiej, chociaż edukację zaczynałem jeszcze w Gdańsku) dojrzywałem do patomorfologii. Był to wynik głosu rozsądku wobec ówczesnej sytuacji politycznej w kraju. Służba zdrowia miała wówczas nieco inne oblicze. Ale dzisiaj nie zamieniłbym się na żadną inną specjalizację i nie żałuję swojego wyboru.

**Redakcja:** Czy istniały inne pomysły na życie?

**Dr Józwicki:** W szkole średniej w Starogardzie Gdańskim tworzyliśmy zespół z kilkoma przyjaciółmi zespół muzyczny, którego byłem solistą. Jeden z naszych autorskich utworów zaprezentowaliśmy na konkursie piosenki w położonym niedaleko Tczewie. Ku naszemu zdumieniu zajęliśmy drugie miejsce i otrzymaliśmy nominację do nagrania w Polskim Radio. Do nagrania jednak nie doszło, jako że byliśmy już po maturze i trudno było nam się wyrwać ze studiów, zwłaszcza mnie z pierwszego roku Akademii Medycznej w Gdańsku. I tak kariera muzyczna legła w gruzach...

**Dr Skok:** Od dzieciństwa towarzyszyła mi rodzinna „aura medyczna” stworzona przez trzech medyków wśród najbliższych. W związku z powyższym pomysł był jeden – medycyna. Nie przeszkadzało to w międzyczasie w zdobywaniu podwójnego wicemistrzostwa Polski AM w sprintach, prowadzeniu dużego klubu studenckiego, zakładaniu studenckiej agencji artystycznej, czy też wydawaniu środowiskowej gazety studenckiej.

**Redakcja:** Dziękujemy za rozmowę.

*Ze strony Redakcji rozmowę prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki, mgr Joanna Hladoń-Wiącek oraz mgr Monika Kubiak*



Od lewej: dr Wojciech Józwicki, prof. dr hab. Jan Domaniewski oraz dr Zdzisław Skok przed Zakładem Patologii Nowotworów i Patomorfologii



## Apteka „Radziecka”, czyli pomieszanie pojęć

Wojciech Szczęsny

W moim rodzinnym Toruniu przy ulicy Szerokiej znajduje się Apteka „Radziecka”. Jako dziecko miałem ją dziesiątki, jeśli nie setki razy, bywając z rodzicami, jak to się wówczas mówiło „w mieście”. Również już jako student nie miałem wątpliwości, że nazwa pochodzi od Kraju Rad, a nawet (słowo daję!), że sprzedawane są tam leki produkowane właśnie w ZSRR. O tym jak srodze się myliłem dowiedziałem się przypadkowo od znanego bydgoskiego historyka, niestety już nieżyjącego, pana Rajmunda Kuczmy. Przeglądając u niego w domu przedwojenną książkę telefoniczną Torunia (szukałem telefonu mojego dziadka), zauważyłem ze zdumieniem numer Apteki „Radzieckiej”. Zapytałem jak to możliwe, że w sanacyjnej Polsce tak hołubiono kraj rządzony przez Stalina. Pan Rajmund jak pamiętam spojrzał na mnie z uśmiechem i wyjaśnił mi, że nazwa pochodzi od Rady Miejskiej (fundatora owej historycznej apteki), a nie ZSRR. Przyznam, było mi wstyd.

Czemu o tym napisałem? Mam cały czas wrażenie, że wielu ludzi wokół mnie zachowuje się tak jak ja w młodości przechodząc obok owej apteki.

Ostatnie miesiące obnażyły mizериę opieki zdrowotnej państwa. Skończyły się kontrakty z NFZ. Pacjenci są rejestrowani do specjalistów z okresem oczekiwania 6 miesięcy lub więcej. Czeka nas redukcja personelu i zarobków. Nie mniej nasz kraj organizuje przykładowo Mistrzostwa Europy w piłce nożnej, jakże potrzebną i prestiżową imprezę. Jest oczywiste, że trzeba szukać winnego. Bardzo szybko na celowniku znaleźli się medycy na tzw. „kontraktach”. Zdaniem Przewodniczącej ZZ PiP to ich horrendalne zarobki ciągną szpitale na dno. Wywiad z p. Przewodniczącą ukazał się w bydgoskiej GW. Czytelnik mógł dowiedzieć się, że lekarz w „Juraszu” zarabia nawet 60 tys. Abstrahując od faktu, że takie sumy nie wchodzi w grę, nie wyjaśniono na czym polega kontrakt – patrz niżej. W imieniu Izby Lekarskiej wysłałem do Redakcji list wyjaśniający, na czym w istocie polega problem mizerii służby zdrowia.

W owym liście napisałem między innymi: „Ufamy jednak, że PT Czytelnicy dojrżeli już do tego, że w normalnym kraju, lekarz i nauczyciel zarabia więcej od człowieka, który umie tylko kopać rowy, a rozwiązań pustej kasy NFZ nie należy szukać w kieszeniach pielęgniarek i lekarzy”. Słowa te wzbudziły gniew pewnego nauczyciela (podpisał się z imienia i nazwiska, które jednak pominę). Zarzucił mi cynizm, pogardę dla innych i jeszcze kilka cech, których prawy człowiek winien się wstydzić. Oczywiście dowiedziałem się, że moje bająskie zarobki wynikają ze strajków okupionych zdrowiem i życiem pacjentów i/ lub cynicznym graniem na tych wartościach. Na koniec mój adwersarz stwierdził, że nie chce mieć nic wspólnego ze „światkiem le-

karskim”. Kiedy już doszedłem do siebie po uświadomieniu sobie moich przewin skleciłem sobie w myślach następującą odpowiedź, żeby było porządnie w punktach:

1. Pan nauczyciel-adwersarz nie chce mieć żadnego kontaktu ze środowiskiem lekarzy. Mam dla niego przykrą informację. Jeśli nawet jest i będzie okazem zdrowia (czego mu życzę z całego serca) to i tak lekarz przyjedzie stwierdzić jego zgon.
2. Nasze pensje są wyłudzone strajkami? Bynajmniej. Coś mi kołocze po głowie, że pewnego razu matury do ostatniego dnia stały pod znakiem zapytania z powodu strajku nauczycieli i dopiero, kiedy rząd ugiał się, egzamin dojrzałości odbył się. Nie liczę drobnych wycieczek ZNP do Warszawy. Jako nauczyciel ma pan adwersarz krótką pamięć.
3. Nauczyciel ma trzy miesiące płatnego urlopu (dwa latem i trzeci uzbierany z ferii). Ja nie mam w ogóle.
4. Nauczyciel, aby otrzymać pełne uposażenie musi pracować około 20 godzin tygodniowo, czyli 80h/miesiąc. Ja pracuję do 300h/miesiąc w tym dużą część w nocy. Nawiasem mówiąc też jestem nauczycielem akademickim i pracuję dodatkowo w domu naukowo, z czego rozlicza mnie Uniwersytet. Więc opowieści o „przygotowaniu do lekcji” nie przekonują mnie.
5. Z moich dochodów płacę ZUS, podatki, muszę odłożyć coś na emeryturę i 1/12 na urlop. W sumie około 45% dochodów brutto. Jeśli zachoruję moje dochody spadają do zera.
6. Wielu z nas ma dyżury na wezwanie do ciężkich przypadków. Ja jeżdżę w nocy do szpitala tamować krwotoki z przewodu pokarmowego. Mam przed sobą umierającego człowieka. Jest 3 w nocy. Zajmuje to około 2 godzin. Czy pan adwersarz chętnie przyjechałby o tej porze do szkoły i przeprowadził dwie lekcje powiedźmy fizyki? Nawet za jakieś wynagrodzenie?
7. Wreszcie odpowiedzialność. Jeśli Kazio nie nauczy się tabliczki mnożenia pan nauczyciel powie: „No cóż, mało zdolny”, a rodzice pochlipią na głupotę Kazia. Czy prokurator rozlicza nauczyciela z jego kłęsk dydaktycznych? Mnie rozlicza zawsze, gdy się pomylę lub, gdy rodzina uzna, że źle leczyłem ich krewnego.

Oczywiście to ja wybrałem ten zawód i tę formę zatrudnienia świadomie i nie mam powodu narzekać, że tak jest. Mogłem zostać prawnikiem, nauczycielem lub kopaczem rowów. Zostałem lekarzem, bo tak chciałem i gdybym narodził się drugi raz też zostałbym lekarzem. Nie ja jestem winny niskim dochodom pana nauczyciela. Nie okradłem go, a on za pośrednictwem gazety mnie obraża. Szkoda, że człowiek, który naucza innych nie potrafi czytać ze zrozumieniem. Dobrze, że już skończyłem szkołę. Kto wie, kto by mnie uczył?



Nigdy nie uważałem lekarzy za „naród wybrany”. Takiej ilości złych i zawistnych ludzi nie spotkałem nigdzie (być może usprawiedliwieniem jest mniejsza penetracja innych środowisk). Wystarczy posłuchać „dyskusji naukowych” na niektórych zjazdach. Znako-mita większość to jednak wspaniali, oddani pacjentom, studentom a czasem i kolegom ludzi. Miałem szczęście do Nauczycieli. Zawsze starałem się w mej publicystyce krytykować zło w naszym środowisku, a jest go niemało. Jednak nie mogę przejść obojętnie wobec ewidentnych ataków zarówno pojedynczych osób jak i mediów na służbę zdrowia i pojedynczych lekarzy często jako pretekst mając ogólną mizериę tej dziedziny życia. Każde, powtarzam każde niegodne zachowanie lekarza, musi być nazwane i napiętnowane z poinformowaniem opinii społecznej. Zamiatanie pod dywan, ukrywanie alkoholizmu, narkomanii czy łapówkarstwa (wymuszania pieniędzy, a nie przyjęcia tortu za 20 zł po leczeniu!!) naszych Kolegów niczemu nie służy, a nawet pogarsza sprawę. Współpraca z gangsterami winna być karana tak jak samo gangsterstwo. I dość o tym, żeby była jasność. Jak jednak reagować na portale internetowe gdzie pod pretekstem „szukania dobrego lekarza” wylewa się pomyje na bogu ducha winnych ludzi. Podobno nie można reagować, bo portale są poza Polską i „coś tam, coś tam” jak mawiała pewna pani posłanka. Mam wrażenie (może mylne), że gdyby owe strony dotyczyły sędziów, prokuratorów czy adwokatów szybko znalazłyby się środki prawne na ich zamknięcie. Sam doświadczyłem tego, kiedy walczyłem (bezsukutecznie zresztą) z szarlatanerią pewien pan na forum internetowym wzywał mnie do potępienia pijanych lekarzy, którzy przyjechali do wypadku z udziałem jego syna. Próby wyjaśnienia, że mówimy o rzeczach,

które dzieli 15 lat oraz całkowicie inny wymiar problemu nie skutkowały. Przystałem więc dyskutować z nim. Pan ten jednak uważa, że każdy głos przeciw niemu (a jest dość popularny na owym forum) to ja w różnych postaciach. Można uznać, że tragiczna śmierć jego syna i niegodne zachowanie lekarzy w pewien sposób usprawiedliwia go, lecz fora internetowe nie powinny być miejscem obrażania ludzi.

Media prześcigają się w szukaniu rzeczywistych i wymyślonych błędów lekarzy. Na okładkach tabloidów zaczęły pojawiać się fotografie lekarzy, którzy popełnili realne albo wymyślone przestępstwa. W tych gazetach wyrok jest jednoznaczny i wydany przed orzeczeniem sądu. Epitety takie jak zbrodniarz, morderca, rzeźnik są na po-

rządki dziennym. Tu nie ma progresji choroby czy innych czynników. Tu jest tylko, że: „doktor się nie poznał” i ktoś umarł albo jest kaleką. Obowiązkowe zdjęcie na cmentarzu. Najlepiej nad grobem dziecka. A obok zdjęcie doktora tak zrobione, że każdy natychmiast poznaje go mimo zasłoniętych oczu.

Ba, gdyby tylko tabloidy. Również znane i opiniotwórcze dla środowiska inteligencji gazety zajmują się relacjami lekarz-pacjent. Wszystko ma być „po ludzku”. Podpisuje się obiema rękoma. Ale czy akcje takie mają polegać li tylko na opowieściach niezadowolonych pacjentów i rodzin zmarłych. Nikt z lekarzy nie jest Bogiem i nie ma recepty na cudowne uzdrawianie. Sam byłem pacjentem, moi najbliżsi umierali, a ja jako lekarz nie mogłem im pomóc. Widziałem, że nie wszystko może być

na czas i na „piątkę”. Jednak optyka pacjenta jest skrajnie różna od optyki zdrowego człowieka. Matka, której właśnie zmarło dziecko patrzy na świat inaczej niż ta, która właśnie przegląda zeszyt swojej pociechy z bardzo dobrymi ocenami lub patrzy przez okno jak syn bawi się kolegami. Lekarz jest wtedy łącznikiem ze światem śmierci i beznadziei. Poczekam, może pojawią się w owych gazetach listy od pacjentów zadowolonych, uratowanych, szczęśliwych i wdzięcznych. Może....

Pracuję już dość długo. Wystarczająco długo, żeby zobaczyć ohydę i piękno medycyny. Ale zawsze, gdy muszę wydać jakąś opinię, zastanawiam się czy nie przechodzę obok „Apteki Radzieckiej”. Bo gdybym wtedy wiedział....

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

## Immatrykulacja

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



14 października w Auli Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, odbyła się uroczysta immatrykulacja studentów I roku kierunku lekarskiego (188 studentów) i kierunku biotechnologia, studia I stopnia (70. studentów) oraz II stopnia (43. studentów).

Studentów, w imieniu władz uczelni i Wydziału Lekarskiego, powitali prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prorektor UMK ds. Collegium Medicum i prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak – dziekan Wydziału Lekarskiego. Studenci I roku studiów obu kierunków złożyli uroczyste ślubowanie i otrzymali listy immatrykulacyjne. Spotkanie zakończyło się odśpiewaniem Gaudeamus.

## LEP

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

### Wyniki LEP – stażyści polscy

Lp.	Uczelnia	Średni wynik	Liczba zdających	Wynik pozytywny	Poniżej progu
1.	UM Gdańsk	138,0	226	217	3,98 %
2.	WUM Warszawa	136,8	384	361	8,1 %
3.	CMUJ Kraków	136,7	212	200	5,66 %
4.	CM Bydgoszcz	136,1	104	96	7,69 %
5.	AM Wrocław	135,4	231	216	6,49 %
6.	UM Lublin	135,2	301	278	7,64 %
7.	ŚIUW Katowice	134,1	318	290	8,81 %
8.	UM Poznań	133,7	226	206	8,85 %
9.	PAM Szczecin	132,8	161	147	8,69 %
10.	UM Łódź	132,0	333	301	9,61 %
11.	UM Białystok	126,2	212	177	16,51 %
		134,3	2708	2489	8,36 %

Do Lekarskiego Egzaminu Państwowego w sesji jesiennej 2009 r. przystąpiło w całym kraju 2764 lekarzy stażystów. Średni wynik wśród stażystów wyniósł 133,6 punktów, maksymalny – 178 punktów, a minimalny – 53 punkty. Dwustu sześćdziesięciu trzech lekarzy stażystów nie uzyskało minimum niezbędnego do zdania egzaminu.

Minimum to wyniosło 111 punktów. Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 197 – 3 zadania zostały unieważnione przez Komisję Egzaminacyjną.

Wśród stażystów z terenu BIL zdawało 75 stażystów, zdało 72, najlepszy wynik uzyskała Magdalena Piątkowska (169 punktów). Wśród 368 zdających lekarzy z prawem wykonywania zawodu, średni wynik wyniósł 120,4 punktów (minimum – 20, a maksimum 158), zdały 264 osoby. Z naszego terenu zdało 20 lekarzy z p wz, zdało 12.

Jednym słowem, absolwenci Collegium Medicum osiągnęli doskonałe wyniki na ostatnim Lekarskim Egzaminie Państwowym.

## Medicalia 2009

Dorota Kowalewska

Zaczęło się od huków zderzających się samochodów, krzyków rannych, sygnału pędzącej na ratunek karetki. A potem, jak u Hitchcocka, było jeszcze ciekawiej. Na Halę Łuczniczki wjechał Harley Davidson dostosowany do pomocy ofiarom wypadków. Gdy dym rozproszył się, oczom zgromadzonych gości ukazały się dwa pogięte samochodowe wraki i ratownicy medyczni. Na szczęście nikt nie zginął - tak rozpoczęły się Medicalia, czyli Dni Nauki organizowane przez Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Ortopedzi na swoim stoisku pozwalali wiercić dziury w sztucznych kościach. Tłumaczyli do czego służą młotek, dłuto i piła – narzędzia kojarzone raczej z warształem mechanika lub stolarza, a nie chirurga ortopedy. Chętni mogli na chwilę postarzyć się o kilkadziesiąt lat, zakładając specjalny sprzęt imitujący ograniczenia ruchowe osób starszych. I przyznawali sami, że nie jest wtedy łatwo wejść na strome schody. Studenci CM UMK przygotowali specjalną gratkę dla dzieci. Szpital Pluszowego Misia. Jesienią dużo maluchów choruje, często boją się odwiedzin u lekarza. W tym niezwykłym szpitalu dzieci uczyły się bandażować chorą łapkę misia, sprawdzały, jak działa stetoskop i mogły posłuchać bicia serca swojej mamy.

Tłumy gromadziły się przy stanowisku Kinezyterapeutów. Ich mottem jest zdanie „ruch jest lekiem i najlepszą witaminą, która przedłuża naszą sprawność”. Terapeuci pokazywali, jakie ćwiczenia należy wykonywać, aby jak najdłużej cieszyć się młodością. Być pełnym energii, nawet jeśli dokuczają nam bóle mięśni i stawów. Wiele osób było zdumionych faktem, że niekoniecznie trzeba wydawać mnóstwo pieniędzy na siłownię, aby poćwiczyć na drogich i skomplikowanych urządzeniach. Czasami wystarczy po prostu materac do ćwiczeń, piłka. Efekty mogą być zdumiewające.

Na stanowisku farmaceutów można było obejrzeć, jak robi się kremy i czopki. Zobaczyć nowoczesne maszyny i stare sprawdzone sposoby wyrabiania leków.

Dużą ciekawość wzbudziły stoiska pielęgniarek i anatomii. Pielęgniarki pokazywały, jak zajmują się pacjentami na fantomie, który leżał w łóżku przykryty kolorową kołdrą. I na pierwszy rzut oka niczym się nie różnił od prawdziwego człowieka. A jednak można było otworzyć mu klatkę piersiową i zobaczyć jak pracują jego płuca. Na stanowisku anatomii chętni oglądali prawie metrowy trójwymiarowy model serca i model człowieka.

Można było zobaczyć, jak ludzie poruszający się na wózkach inwalidzkich pokonują codzienne przeszkody w postaci krawężników i stromych podjazdów. Porozmawiać z kynoterapeutami, którzy z pomocą psów pracują nad sprawnością chorych dzieci.

Impreza przyciągnęła wielu bydgoszczan. Jedną z atrakcji był teatr pantomimy Dar. Okazało się, że nauki medyczne można pokazać też na wesoło.



Szpital Pluszowego Misia



Wspólne zajęcia plastyczne



„Wypadek” zaaranżowany w Hali Łuczniczki



U ortopedów

Warsztaty z okazji Medicaliów odbyły się w ostatnią sobotę listopada. Zapisy odbywały się wcześniej i szybko okazało się, że wiele warsztatów nie ma już wolnych miejsc. Aby dostać się na salę operacyjną, lepiej było zadzwonić już pierwszego dnia zapisów. I tak było z wieloma warsztatami.

Na tajemniczą salę operacyjną uczestników Medicaliów wprowadzał chirurg Wojciech Szczęsny. Trzeba było ubrać się w fartuch, czepkę, maskę i buty ochronne. Na stole operacyjnym leżała ....dynia, w środku której były małe baloniki imitujące ludzkie jelita. Po chwili chirurg rozpoczął operację z użyciem laparoskopu. „Pacjent” nawet nieźle wyglądał po przeprowadzeniu zabiegu.

Cała sala była pełna podczas wykładu „Tajemnice ludzkiego mózgu”. Okazało się, że jest wiele prawdy w stwierdzeniu, że mózgi kobiety i mężczyzny różnią się między sobą. Wesołość na sali wywołało stwierdzenie, że chociaż mózg mężczyzny jest zdecydowanie większy niż mózg kobiety, to ilość połączeń pomiędzy obiema półkulami u kobiet jest zdecydowanie większa.

Wiele komentarzy było słychać od uczestników warsztatu na temat tego, co dziecko potrafi połknąć. Lekarze pokazali uczestnikom swój zbiór przedmiotów wyciągniętych z nosów, gardła i przewodów pokarmowych maluchów. Okazało się, że wyobraźnia dziecka potrafi być naprawdę nieograniczona.

Poza tym można było posłuchać, jak zapobiegać cukrzycy typu II. Jakie alergeny są groźne dla człowieka i jak się przed nim strzec. Co widzi kapsułka endoskopowa w jelitach. I jak smakuje baryt, używany przez lekarzy w czasie badań radiologicznych.

Wiele osób przyjechało na warsztaty z odległych miejsc. Byli uczniowie z Tucholi i z Chojnic. Aby posłuchać o grzybach nie tylko w lesie przyjechały dzieci ze szkoły podstawowej. A wiele starszych osób z ciekawością uczestniczyło w warsztatach o laserze, czyli świetle, które leczy.

Okazuje się, że tajemnice medycyny fascynują ludzi w różnym wieku.

*mgr Dorota Kowalewska jest pracownikiem Samodzielnej Sekcji Promocji i Informacji UMK*

## Patch Adams w Bydgoszczy

oprac. Monika Kubiak

22 listopada na zaproszenie Fundacji Dr Clown i Akademickiego Centrum Wolontariatu Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, do Grodu nad Brdą przyjechał z jednodniową wizytą dr med. Hunter „Patch” Adams.

Patch Adams to światowej sławy amerykański lekarz, społecznik, aktor, autorytet moralny będący patronem ruchu lekarzy-klaunów, którzy pracując w szpitalach i placówkach opiekuńczych noszą chorym i cierpiącym - zwłaszcza dzieciom - uśmiech i radość.

Ten amerykański lekarz zdobył sobie uznanie na całym świecie, kiedy zamiast wyłącznie lekami, zaczął leczyć swoich najmłodszych pacjentów po prostu śmiechem. Ubierał się w strój clowna, a na nos wciskał czerwoną kulkę. Nie trzeba było wcale długo czekać, aby na całym świecie pojawili się jego naśladowcy.

Patch oraz jego ośrodek Gesundheit Institute w Arlington w Stanach Zjednoczonych [www.patchadams.org](http://www.patchadams.org) stał się znany na całym świecie

dzięki filmowi fabularnemu „Patch Adams” z Robinem Williamsem w roli głównej.

Patch odwiedza każdego roku wiele krajów wygłaszając wykłady i zbierając fundusze na przedsięwzięcia dobroczynne realizowane pod auspicjami organizacji pozarządowych w środowiskach ubogich i zaniedbanych edukacyjnie.

Z mieszkańcami Bydgoszczy spotkał się 22 listopada na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Organizatorzy i sponsorzy: Urząd Miasta Bydgoszczy, Bydgoski Ośrodek Rehabilitacji, Terapii Uzależnień i Profilaktyki „BORPA”, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Akademickie Centrum Wolontariatu Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Fundacja „DrClown”. Wizyta Patcha Adama w Bydgoszczy objęta była honorowym patronatem Prezydenta Miasta Konstantego Dombrowicza.

### Trzeba mieć siłę

Spotkanie na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego rozpoczęła projekcja filmu dokumentalnego „Klaun w Kabulu”, nakręconego podczas wizyty w Afganistanie. Spora część widowni płakała. - To, co zobaczyłam, strasznie mnie przytłoczyło - nie ukrywała Dominika Adamska, studentka politologii. - Miasto w gruzach, dziecko, które straciło nogę lub zostało poparzone podczas wybuchu. Widać było cierpienie i bezradność. A pośród tego wolontariusze-clowni. O rany, muszą mieć niesamowicie silną psychikę, aby przy tym co widzą, znaleźć w sobie siłę, by założyć kolorowy strój i śmiać się do rozpuku - stwierdza.

### Bańki mydlane na powitanie

Po filmie - wykład. Przy wejściu do sali wolontariusze w przebraniu clownów puszczały bańki mydlane. Wchodzącego Adama powitano piosenką „Happy Birthday to You”. Już sam wygląd Doktora Clowna rozbawił zebranych: pomarańczowe bermudy w kwiaty, wzorzysta koszula i niebiesko-zielony krawat. A do tego włosy w połowie pomalowane na niebiesko i kolczyk w kształcie widelca w uchu - tak wyglądał w niedzielę 64-letni Adams.

- Podnieście ręce, jeśli jesteście w stanie wyobrazić sobie coś ważniejszego na świecie niż miłość. Nie znam niczego takiego. Wy również - przekonywał Patch Adams. - To dlaczego żadna szkoła nie poświęca tej najważniejszej rzeczy nawet jednej godziny? Dlaczego nikt, spotykając się na piwie, czy kawie o niej nie mówi? - pytał oburzony. To właśnie miłości Dr Clown w większości poświęcił swój wykład „Miłość, humor, profilaktyka”



Wolontariusze z Dr Galimatiasem na czele w przebraniu clowna odwiedzają dzieci w szpitalach - Archiwum Gazety Pomorskiej

wyłoszony w Auli Atrium UKW. I skutkiem, jakie może spowodować jej brak.

### Odchodził trzy razy

Lekarz opowiedział zebranim o swoim życiu. Jak sam przyznał, nie rozpieszczało go ono. Rodzice alkoholicy, śmierć ojca, kiedy Patch miał zaledwie szesnaście lat, wizyty w szpitalu psychiatrycznym i trzykrotna próba samobójcza. - Aż któregoś dnia strzelił we mnie piorun. Pomyślałem: Głupku! Zrób coś ze swoim życiem. I tak zostałem lekarzem. Postanowiłem już nigdy nie mieć złego dnia. I wiecie co? To było naprawdę łatwe - przekonywał Dr Clown.

Nie został jednak zwykłym lekarzem. Nigdy nie brał pieniędzy od swoich pacjentów. I co ciekawe - zamiast lekami, leczył ich uśmiechem. Niedługo po tym zainicjował ruch lekarzy-clownów, których dzisiaj można spotkać w szpitalach na całym świecie.

Mało kto wie, ale w Bydgoszczy również ich mamy (kontakt: [www.drclown.pl](http://www.drclown.pl)). To grupa wolontariuszy z Fundacji Dr Clown, która regularnie odwiedza bydgoskie szpitale. Patch Adams spotkał się także z wolontariuszami Fundacji „DrClown” i Akademickiego Centrum Wolontariatu UKW.

Po wizycie na uczelni, Dr Clown w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza w Bydgoszczy spotkał się z najmłodszymi pacjentami.



„Patch” Adams bez trudu zarażał humorem innych (na zdjęciu z Jolantą Semkowską ze szpitala Jurasza), fot. Arkadiusz Wojtasiewicz, Agencja Gazeta Wyborcza

Nie opowiadam dowcipów. Wolę być spontaniczny i wykorzystywać komizm sytuacji, tak jak robił to Charlie Chaplin - opowiadał dziennikarzom wkładając w usta sztuczną szczękę z powykrzywianymi, zepsutymi zębami i instalując w nosie długi zielony smark, który usilnie starał się polizać. - To zawsze działa - żartował. - Wiele osób pyta mnie, czy terapia uśmiechem ma sens, wielu lekarzy jest sceptycznych - dodał zmieniając ton na poważny. - A co robicie, kiedy wasze dziecko cierpi, kiedy choroba dotyka kogoś z rodziny czy przyjaciela? Jak pomagacie im

o tym zapomnieć? Uśmiech, serdeczność, siła, którą nosimy w sobie, a przede wszystkim dawanie miłości - oto jest odpowiedź.

Lekarz zgañił Polaków za fascynację Zachodem. - Wstydę się, że jestem Amerykaninem. Stany Zjednoczone to kraj przemocy i nienawiści. Nie idźcie w tym kierunku, nie będziecie szczęśliwsi. - ostrzegwał. - Róbcie coś dobrego dla innych. To proste, wystarczy umieć kochać.

na podstawie artykułów z „Gazety Pomorskiej” i „Gazety Wyborczej” opracowała Monika Kubiak

## 25 lat przeszczepiania szpiku w Polsce

Jan Styczyński

W dniu 28 listopada 2009 roku minęła 25 rocznica przeprowadzenia pierwszego udanego przeszczepienia szpiku kostnego w Polsce. Zabiegu tego dokonał prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak z zespołem przeszczepowym w Warszawie. Dzisiaj prof. Jędrzejczak jest Konsultantem Krajowym w zakresie hematologii.

Od 1968 roku, kiedy niezależnie trzy różne zespoły (dwa w Stanach Zjednoczonych, jeden w Europie) wykonały pierwsze udane zabiegi przeszczepienia komórek krwiotwórczych od innych osób przez 1984 rok, kiedy pierwszy tego typu udany zabieg wykonano w Polsce, przeszczepianie komórek krwiotwórczych przeżyło bardzo długą ewolucję, która wiązała się z wprowadzeniem wielu różnych odmian zabiegu oraz poprawą leczenia wspomagającego. Obecnie przeszczepianie komórek krwiotwórczych od niespokrewnionego dawcy jest pierwszym zabiegiem medycznym, który na rutynową skalę jest wykonywany międzynarodowo. Biorca przeszczepu jest leczony w jednym kraju, a dawca przeszczepu, który ani nie zna biorcy, ani nawet nie wie kto nim jest ma pobierane komórki w innym kraju. Polska uczestniczy i jest beneficjentem tego międzynarodowego kręgu ludzi dobrej woli.

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych (jest to nazwa, która zastąpiła przeszczepianie szpiku wraz z rozwojem technologii, gdy okazało się, że komórki do przeszczepienia można

uzyskiwać także z innych źródeł niż szpik) jest wysokotechnologiczną procedurą medyczną wykonywaną w celu ratowania życia lub dla uniknięcia ciężkiego kalectwa.



dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK - Symposium z okazji 25-lecia dokonania udanego przeszczepienia szpiku kostnego w Polsce



dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK

Jedną z odmian przeszczepiania komórek krwiotwórczych: przeszczepianie od dawcy niespokrewnionego jest najdalej idącą ingerencją medyczną w organizm człowieka, co wynika nie tylko z czynności, które w trakcie zabiegu wykonuje personel medyczny, ale również z tego, że organizm podlega trwałej modyfikacji przez rozprzestrzeniające się w nim komórki dawcy.

Ponieważ zabiegi ciągle wiążą się z istotną śmiertelnością okołoprzeszczepową technologia przeszczepiania komórek krwiotwórczych ulega stałym zmianom, modyfikowane są wszystkie składowe zabiegów i zmieniają się również wskazania do ich wykonywania.

Do dnia dzisiejszego w Polsce wykonano ponad 9000 zabiegów przeszczepienia komórek hematopoetycznych. Ponad 5000 osób w Polsce jest wyleczonych dzięki temu zabiegowi. To dużo, biorąc pod uwagę, że zabieg przeszczepienia komórek krwiotwórczych

wykonuje się u pacjentów u których zawiodła lub wiadomo, że zawiedzie konwencjonalna terapia. Wielu z tych ludzi wróciło do normalnej aktywności zawodowej i społecznej.

Postęp w tej dziedzinie jest możliwy również dzięki temu, że stale zwiększa się liczba zarejestrowanych potencjalnych dawców szpiku kostnego. W chwili obecnej na świecie ponad 13 mln ludzi wyraziło taką gotowość. Zwiększa się również liczba zarejestrowanych polskich dawców. W listopadzie 2009 r. liczba ta wynosiła ponad 75 tysięcy.

Jednocześnie, wśród dawców niespokrewnionych dla polskich pacjentów coraz więcej pojawia się polskich dawców, bo w roku 2007 było to 18% wszystkich przeszczepień od dawców niespokrewnionych, a rok później już 29%.

*Dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK jest kierownikiem Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, prodziekanem Wydziału Lekarskiego*

## Pomagają czy szkodzą? Czyli kilka uwag o witaminach antyoksydacyjnych

### wykład z cyklu Medycznej środy

Marek Jurgowiak

Już starożytni Egipcjanie wiedzieli, że na tzw. kurzę ślepotę leczniczo działa jedzenie surowej wątroby. Potrzeba było 3000 lat, żeby dowieść, że za taki efekt odpowiada zawarta w wątrobie witamina A. Dzisiaj raczej poleca się nam multiwitaminy lub witaminę A w pigułce - czy słusznie skoro dowiedziono, że witaminy w nadmiarze szkodzą?

Badania epidemiologiczne wykazują dobitnie, że spożywanie owoców i warzyw zmniejsza częstość zachorowania na nowotwory i choroby układu sercowo-naczyniowego oraz inne schorzenia. Mechanizm tego ochronnego działania może być związany z obecnością w pokarmach roślinnych witamin, a głównie A, E oraz C. Ta triada witamin znana jest jako skuteczne czynniki antyoksydacyjne, przeciwdziałające zgnębemu oddziaływaniu na organizm wolnych rodników tlenowych (WRT), a nie mamy obecnie najmniejszej wątpliwości, że agresywne WRT są czynnikiem sprzyjającym na przykład rakowaceniu komórek czy rozwojowi miażdżycy.

Najbardziej popularna z witamin - witamina C, nie tylko skutecznie zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór ale, jak wynika z wielu badań, ogranicza też ryzyko zawału serca, a nawet może być skuteczną w leczeniu nadciśnienia. Witamina C zwiększa skuteczność leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia poprzez fakt, że wzmacnia w organizmie wydzielanie tlenku azotu (NO) zwiększającego elastyczność tętnic, co obniża ciśnienie krwi.

Jednocześnie, co ciekawe, witamina C stosowana w dużych (mega) dawkach może ograniczać skuteczność chemioterapii i ra-

dioterapii. Zatem chorzy na raka powinni przyjmować tę witaminę, ale w ograniczonych dawkach w okresie stosowania chemii i radioterapii. Przekroczenie dawki dziennej 1000 mg witaminy C ogranicza znacząco skuteczność tych metod leczenia. Nadmierne dawki witaminy C zamiast hamować, mogą także przyspieszać miażdżycę tętnic i zwiększać ryzyko zawału serca oraz udaru mózgu, a także powodować mogą uszkodzenia DNA (w obrębie pewnych klas genów), co sprzyjać może nowotworzeniu.

Zatem można zadać pytanie - skąd biorą się obecnie tak rozbieżne opinie na temat suplementacji tego popularnego specyfiku i innych witamin, dlaczego coraz częściej biolodzy i lekarze ostrzegają przed nadużywaniem kolorowych pigułek z zawartością witamin?

Coraz więcej osób sięga samodzielnie, bez zaleceń lekarza, po preparaty witaminowe, wzbogacone o mikroelementy, by zadbać o swoje zdrowie, a nawet w celu opóźnienia procesu starzenia się. Wynika to z powszechnej dostępności kolorowych pigułek, wzbogaconych witaminami żywności i propagowania wiedzy utwierdzającej nas w przekonaniu, że witaminy przyswajane w większych ilościach spowalniają procesy starzenia się i dzięki nim można w starszym wieku przedłużyć aktywne i trwające w lepszym zdrowiu życie. Moda na witaminy (a nawet ich nadużywanie) przyjęła się początkowo w Stanach Zjednoczonych, a później na całym świecie, wraz z rozpropagowaniem hipotezy mówiącej o tym, że witaminy chronią organizm przed działaniem wolnych rodników. Chodzi tu o wspomniane już witaminy antyoksydacyjne.

Do niedawna przyjmowano powszechnie,

że stosowanie witamin antyoksydacyjnych w dużych ilościach jest bezkarnie. Niestety nie istnieją wyniki badań, które potwierdziłyby takie opinie. Z pewnością można tylko powiedzieć, że większe ilości antyoksydantów (w tym witaminy C) powinni przyjmować palacze tytoniu a to dlatego, że w osoczu krwi osób palących tytoń stwierdza się znacznie obniżony poziom witaminy C. Również gdy jesteśmy przeziębieni dawka witaminy C powinna zostać zwiększona ponieważ atak wirusów na organizm wiąże się z nadprodukcją toksycznych wolnych rodników. Palacze tytoniu powinni przyjmować co najmniej 40% więcej witaminy C niż osoby niepalące (w celu uzyskania takiego samego jak niepalący stężenia kwasu askorbinowego we krwi), ale unikając jednak tzw. megadawek. W tym aspekcie interesujące są doniesienia wykazujące, że w spermie mężczyzn palących tytoń witamina C występuje w niższych stężeniach niż u mężczyzn niepalących. Wyższy był natomiast u palaczy poziom uszkodzeń DNA powodowanych przez WRT. Prawdopodobnie używanie tytoniu skutkuje obniżeniem poziomu antyoksydantów niezbędnych do ochrony DNA plemników obecnych w nasieniu, co może sprzyjać mutacjom i prowadzić do defektów, a w następstwie chorób genetycznych czy też nowotworowych u potomstwa tych mężczyzn. Istnieją eksperymentalnie potwierdzone dowody na to, że dzieci, których ojcowie są palaczami tytoniu mają zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Chinach wykazały, że takie nowotwory jak chłoniaki, ostra białaczka limfatyczna i nowotwory mózgu występują 3-4 razy częściej u potomstwa palą-

cych mężczyzn a ryzyko zachorowania wzrasta wraz z liczbą rocznie wypalanych papierosów (to najczęstsza forma używania tytoniu). Ten fakt z kolei tłumaczyć może, że ryzyko pojawienia się nowotworu u potomstwa palących mężczyzn może być wyższe, gdy obniżona jest zawartość antyoksydantów, w tym głównie witaminy C, w ich diecie.

Organizmy Naczelne (w tym człowiek) i świnka morska nie mają zdolności syntezy askorbinianu, bowiem nie posiadają końcowego enzymu szlaku biosyntezy askorbinianu (oksydazy L-gulonolaktonowej). Zatem są w pełni zdane na pobieranie witaminy C w pożywieniu.

Najbardziej znanym zwolennikiem przyjmowania megadawek kwasu askorbinowego był biochemik Linus Pauling – laureat Nagrody Nobla. Głosił on, odosobniony wówczas pogląd (lata 60. i 70. XX wieku), że zażywanie dużych dawek witamin C i E ma kolosalny pozytywny wpływ na organizm. Sam Pauling zażywał dziennie 20 gramów sproszkowanej witaminy C, dożywając sędziwego wieku 93 lat. Utrzymywał przy tym, że jest w najlepszej kondycji psycho-fizycznej. Niemniej naśladowców wielu uczyony ten nie miał i w świetle wyników współczesnych badań dotyczących biologii witaminy C takie naśladownictwo należałoby odradzić.

Silne właściwości redukujące kwasu askorbinowego decydują o jego właściwościach antyoksydacyjnych. Witamina C neutralizuje takie reaktywne formy tlenu (w tym wolne rodniki) jak  $O_2^-$ ,  $H_2O_2$ ,  $\cdot OH$  (czy HOCL, rodniki nadtlenkowe. Jest to najważniejszy antyoksydant płynów ustrojowych pozakomórkowych, jak i ważny czynnik antyoksydacyjny wewnątrz komórek. W płynie wodnistym oka, gdzie witamina C osiąga duże stężenie, chroni przed skutkami nadprodukcji rodników tlenowych powstających pod wpływem światła. Co ciekawe, takiej kumulacji witaminy C nie obserwowano u zwierząt prowadzących nocny tryb życia.

Askorbinian neutralizuje wolne rodniki oddając rodnikowi elektron, co ogranicza jego reaktywność. Skoro witamina C neutralizuje rodniki zaczęto wraz z tymi ustaleniami zalecać duże dawki askorbinianu (dodatkowa suplementacja) aż do megadawek włącznie. Nie potwierdzono jednocześnie, żeby witamina C była skutecznym panaceum na wszystkie dolegliwości, a nawet pojawiły się niedawno wręcz niepokojące informacje o działaniu askorbinianu.

Cień na dotychczasowe - dobre imię witaminy C - rzuciły doświadczenia, głównie przeprowadzane in vitro (między innymi z izolowanym z komórek DNA przetrzymywanym w roztworze o dużym stężeniu witaminy C), które wykazały dwoistą rolę (naturę) tego związku. W badaniach tych wykazano, że kwas askorbinowy może wykazywać efekty pro-oksydacyjne. Należy przy tym podkreślić, iż początkowo sądzono, że pro-oksydacyjna aktywność witaminy C może ujawnić się tylko w obecności jonów metali przejściowych. Tymczasem, w przeprowadzonych kil-

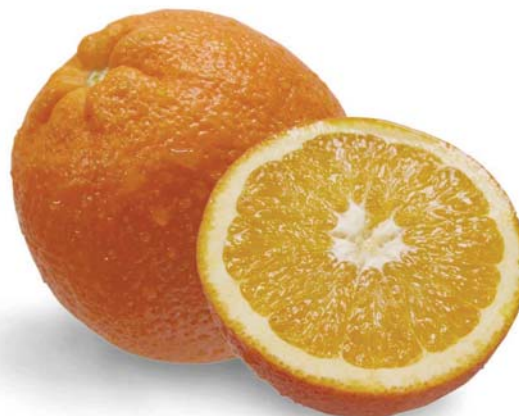
ka lat temu badaniach uczeni z Center for Cancer Pharmacology (University of Pennsylvania, USA) wykazali, że kwas askorbinowy bardzo łatwo może oddać elektrony na wodoronadtlenki lipidowe, które przekształcone zostają w tzw. związki genotoksyczne uszkadzające materiał genetyczny (DNA) komórki. Związki te to: 4-okso-2-nonenal; 4,5-epoksy-2[E]-decenol i 4-hydrokso-2-nonenal. Związek wymieniony jako drugi jest prekursorem eteno-2'-deoksyadenozyny, wysoce mutagennego uszkodzenia DNA komórek człowieka. Odkrycia powyższe wskazujące, że witamina C może przyczyniać się do formowania genotoksycznych związków z wodoronadtlenkami lipidowych pod nieobecność metali przejściowych, być może pozwoli zrozumieć dlaczego nadmiar witaminy C jest niekorzystny dla pacjentów poddawanych chemo- i radioterapii. Niemniej nie należy pomijać faktu, że czynnikiem wspomagającym mutagenne działanie witaminy C jest obecność jonów żelaza i miedzi. Można to tłumaczyć udziałem witaminy w reakcji Fentona prowadzącej do powstania rodników hydroksylowych odpowiedzialnych za oksydacyjne uszkodzenia DNA. Jednocześnie ciekawych wyników dostarczyły badania, w których ochotnicy przyjmowali przez okres kilkunastu tygodni witaminę C w zwiększonych dawkach, łącznie z solami żelaza. W limfocytach krwi pobranych następnie od tych osób wykryto aż 13 typów zmodyfikowanych zasad azotowych DNA tych komórek. Co ciekawe, wraz ze wzrostem liczby innych uszkodzeń, odnotowano spadek poziomu typowej mutagennej 8- oksoguaniny co wskazywać może raczej na ochronną, antyoksydacyjną aktywność witaminy C. Interesujące jest także to, że witamina C w hodowlach komórkowych aktywuje czynniki transkrypcyjne AP-1 i NF- $\kappa$ B, które uczestniczą w regulacji ekspresji genów naprawy DNA typu NER (naprawy przez wycinanie nukleotydów) a to jak wiemy zapewnia ochronę stabilnego działania naszych genów. Dość kontrowersyjne i nie do końca jeszcze potwierdzone są też wyniki badań, w których wykazano, że witamina C indukować może proces apoptozy (programowanej śmierci komórki). W tym przypadku witamina C miałaby udział w aktywacji białka p53, które hamuje podziały komórek i aktywuje apoptozę. Można zatem stwierdzić, że witamina C miałaby w odniesieniu do nowotworu działanie terapeutyczne ponieważ aktywacja białka p53 prowadzi do zahamowania wzrostu nowotworu. Niemniej zbyt ni optywizm w tym przypadku byłby jeszcze przedwczesny.

Dotychczas potwierdzono, że przed nowotworami i chorobami serca chroni w pewnym stopniu dieta bogata w warzywa i owoce. Co, i jak może o tym fakcie decydować? Poszczególne składniki pokarmu w tym np. prowita-

miny jak  $\beta$ -karoten, czy też może wzajemny ich konglomerat w odpowiednich proporcjach? Tego nie zapewniają przecież dostępne w aptekach i sklepach spożywczych suplementy żywności. Ponadto decydującym jest tu także czynnik biodostępności (przyswajania i wykorzystania), która może być genetycznie uwarunkowana. Zatem każdy z nas indywidualnie reaguje z większą bądź mniejszą podatnością na działanie w organizmie poszczególnych witamin i innych składników diety.

Wydajnym źródłem witaminy C są owoce kiwi, które w 100 gramach zawierają prawie 100 mg witaminy, co pokrywa dobowe zapotrzebowanie organizmu dorosłego człowieka na tę witaminę. W badaniach eksperymentalnych wykazano, że ekstrakt z owoców kiwi jest bardziej skuteczny w ochronie DNA niż roztwór samej witaminy C. U osób przyjmujących 500 ml homogenizowanych owoców kiwi (8 owoców) stwierdzono większą odporność DNA limfocytów na uszkodzenia indukowane przez wolne rodniki, w porównaniu do grupy przyjmującej placebo. Efekt był szybki, bo spadek ilości pęknięć nici DNA przy jednoczesnym wzroście stężenia witaminy C we krwi obserwowano już po 3 godzinach od spożycia owoców kiwi. Po upływie doby nadal utrzymywał się niski poziom uszkodzeń DNA, natomiast stężenie witaminy C wróciło do poziomu podstawowego. Zatem wyłania się tu wniosek, że wzbogacenie diety owocami kiwi może zapewnić ochronę przeciw uszkodzeniom DNA naszych komórek. Możliwe, ale potrzebne są dalsze badania wyjaśniające, że działania takie mogą prowadzić do obniżenia ryzyka powstawania mutacji prowadzących do rakowacenia komórek!

Według aktualnych zaleceń dzienna dawka witaminy C przyjmowanej w pokarmach to 75 mg, chociaż w wielu ostatnich publikacjach, głównie amerykańskich, sugeruje się potrzebę zwiększenia tej dawki nawet do 120 mg dla mężczyzn i nieco niższej dla kobiet. Pamiętajmy, że długotrwały nadmiar witaminy C (ale też i witaminy E) może powodować także takie niekorzystne objawy jak: brak apetytu, zmęczenie, trudności w koncentracji, rozdrażnienie, apatię, zaburzenia snu. Należy zatem zbadać poziom witamin we krwi zanim podejmie się decyzję o ich dodatkowej suplementacji. Lepiej jednak za-



dbać o odpowiednią dietę (bogata w warzywa i owoce) niż zastępować ją syntetycznymi witaminami i mikroelementami. Ponadto, istotnych z naukowego punktu widzenia, ale i ze względów praktycznych, wyników dostarczają badania, w których oceniano wpływ regularnego spożywania produktów bogatych w witaminy i inne związki ograniczające aktywność wolnych rodników a tym samym uszkodzenia naszych genów. Takie efek-

ty uzyskano w przypadku stosowania soku z marchwi, owoców kiwi i przecieru pomidorowego a także homogenizowanych owoców kiwi. Zatem w profilaktyce i wspomaganiu leczenia nowotworów, ale również utrzymaniu dobrej kondycji organizmu powinna znaleźć się dieta bogata w owoce i warzywa, które zasobne są nie tylko w witaminy ale i wiele innych skutecznych w ochronie naszych komórek przed wolnymi rodnikami związków

jak np. flawonoidy i antocyjany.

Na zakończenie warto dodać, że nie ma takiej sytuacji, że w naszym organizmie brakuje naraz wszystkich witamin zatem należy odradzać przyjmowanie preparatów multiwitaminowych jeśli nie ma takich wskazań lekarskich, które wynikałyby z indywidualnego zapotrzebowania organizmu na takie specyfiki.

*dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej*

## Publiczne pokazy wcześniaków- z historii neonatologii wykład z cyklu Medycznej środy

Iwona Sadowska-Krawczenko

Neonatologia jest dziedziną medycyny zajmującą się noworodkiem. W klasycznym ujęciu okres noworodkowy to pierwsze 28 dni życia dziecka. Jest to czas, w którym organizm przyzwyczaja się do życia poza łonem matki. Wcześniak to noworodek urodzony przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży. W grupie dzieci urodzonych przedwcześnie okres noworodkowy ulega wydłużeniu, gdyż adaptacja do życia w nowych warunkach jest trudniejsza i zwykle trwa dłużej niż w przypadku noworodków donoszonych.

W ostatnich latach obserwujemy gwałtowny rozwój neonatologii, dostępne są coraz

to nowsze metody wspomaganie oddechu, urządzenia diagnostyczne czy nowe leki.

We wczesnej historii neonatologii wyróżnia się kilka zdarzeń, które stały się krokami milowymi w rozwoju tej dziedziny nauki. Należy do nich wynalezienie inkubatora, poznanie technik wspomaganie oddechu, wprowadzenie skutecznego żywienia.

W pracy przedstawiono w jaki sposób powstał pierwszy, prymitywny inkubator oraz opisano niezwykle kontrowersyjną metodę propagowania wiedzy o nowym urządzeniu i problemie wcześniactwa.

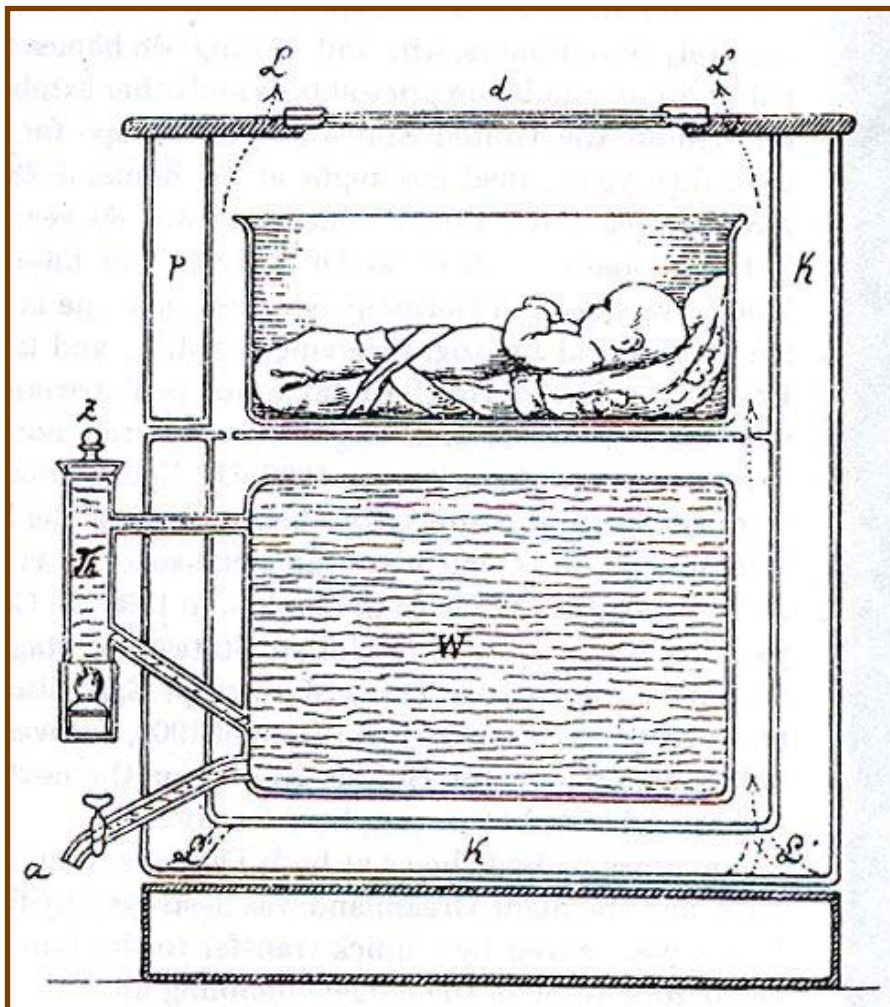
Inkubator to urządzenie, za pomocą którego stwarza się kontrolowane warunki ze-

wewnętrzne w celu podtrzymania procesów życiowych oraz rozwoju i wzrostu. Zadaniem inkubatora jest wytworzenie mikroklimatu o odpowiedniej temperaturze, wilgotności i składzie atmosfery. Już 400 lat p.n.e. w Egipcie istniały specjalne, ogrzewane ogniem, pomieszczenia do sztucznego wylęgu piskląt.

Pionierem w walce o życie noworodków urodzonych przedwcześnie był znany paryski położnik Stephan Tarnier. W 1878 roku doktor Tarnier odwiedził wystawę „Jardin d'Acclimation”, gdzie jego uwagę zwróciła cieplarka do hodowli drobiu, której twórcą był pracownik paryskiego zoo. Doktor Tarnier poprosił o zbudowanie podobnej cieplarki na potrzeby przedwcześnie urodzonych dzieci. Tak powstał pionierski, prymitywny inkubator dla noworodków, zbudowany z podwójnych, szklanych ścian, posiadający termostat i wentylator. Doktor Tarnier użył go po raz pierwszy w Paris Maternite Hospital w 1880 roku.

Uczniem doktora Tarniera był Pierre Budin, który w 1888 roku opublikował cykl artykułów o doświadczeniach w opiece nad wcześniakami. W 1893 roku, nakłoniony przez główną położną szpitala- Madame Henry, doktor Budin stworzył specjalny oddział dla „cherlaków”. W 1898 został dodatkowo mianowany zarządcą Clinique Tarnier. Właśnie te dwa paryskie oddziały, były pierwszymi, stworzonymi z myślą o noworodkach urodzonych przedwcześnie. W 1890 roku Budin opublikował książkę „Le Nourisson”, w której opisał metody pielęgnacji wcześniaka i wskazał na główne problemy medyczne tej grupy pacjentów. Poza dbałością o utrzymanie prawidłowej temperatury ciała, opracował i opisał zasady karmienia wcześniaków oraz profilaktykę zakażeń.

W 1896 roku Pierre Budin poprosił swojego ucznia, młodego wówczas, doktora Martina Couney'a, o zorganizowanie pokazu zmodyfikowanej cieplarki Tarniera na Światowej Wystawie w Berlinie. Doktor Couney wyraził zgodę. Aby uatrakcyjnić prezentację nowatorskich jak na owe czasy urządzeń, umieścił w nich żywe, przedwcześnie urodzone dzieci, których dostarczył mu znamienity berliński położnik, profesor Czerny. Pomysł młodego



Po raz pierwszy użyto urządzenia w Paris Maternite Hospital w 1880 roku



doktora nie wzbudził kontrowersji wśród berlińskich lekarzy, gdyż w owych czasach szanse na przeżycie wcześniaków były znikome. I tak, w 1896 roku doktor Couney i wyszkolone położne na oczach tłumów pielęgowali sześćcioro przedwcześnie urodzonych noworodków, umieszczonych w małych, szklanych, ciepłych domkach. Pokaz spotkał się z ogromnym zainteresowaniem. Pisano o „wylęgarni dzieci”, tłumy zwiedzały wystawę. W trakcie pokazu kolejne „partie” wcześniaków stawały się żywymi eksponatami. Według wypowiedzi doktora, wszystkie przeżyły.

Ogromny sukces berlińskiego pokazu wcześniaków spowodował, iż poproszono Couneya o zorganizowanie następných wystaw, między innymi w Londynie na wystawie „Victorian Era Exhibition” w 1897 roku. Lekarze angielscy nie zgodzili się na oddanie miejscowych dzieci na potrzeby wystawy, w związku z czym sprowadzono je aż z Paryża. Pokaz znów okazał się być ogromnym sukcesem - dziennie wystawę odwiedzało ponad 3600 osób.

Jednocześnie pojawiły się pierwsze słowa krytyki, poddawano w wątpliwość czy słuszne i etyczne jest pokazywanie żywych istot ludzkich w inkubatorach na wystawach, wśród tłumów zwiedzających, pośród klaunów, karuzel i dzikich zwierząt. Słowa krytyki nie wpłynęły jednak na dalszą działalność Couneya, zwanego popularnie Doktorem Inkubatorem. Couney dalej realizował swój plan. W 1898 roku zorganizował kolejny pokaz wcześniaków w Omaha na „Trans-Mississippi Exposition”, a następnie w 1900 roku w Paryżu („World Exposition”), w 1901 roku w Nowym Jorku („Pan-American Exposition”).

Ogromna sława Doktora Inkubatora ściągała pacjentów z najbardziej odległych zakątków świata. Rodzice przywozili swoje przedwcześnie urodzone dzieci wierząc, że pobyt w inkubatorze uratuje życie ich pociechom.

Perspektywa ogromnych zysków kusila naśladowców Couneya, którzy organizowali swoje własne pokazy. Doktor ostrzegał nowicjuszy, że do opieki nad wcześniakiem nie wystarczą same inkubatory, potrzebna jest też wiedza, duże doświadczenie i przeszkolony personel. Jego przestrogi zostały zignorowane, co skończyło się tragicznym wydarzeniem. W 1904 roku grupa amerykańskich biznesmenów stworzyła „The Imperial Concession Company”, której celem były właśnie komercyjne pokazy wcześniaków. Niestety latem tego roku wśród pokazowych noworodków wystąpiła epidemia biegunki, która spowodowała ich 50% śmiertelność. To zdarzenie skutecznie zniechęciło większość przedsiębiorców - naśladowców Couneya.

W 1903 roku doktor Couney wyemigrował do Ameryki i osiedlił się na Coney Island w Nowym Jorku. Jego żoną została Annabelle May, irlandzka pielęgniarka, specjalistka od wcześniaków. Co ciekawe, ich córka Hildegarda urodziła się przedwcześnie i spędziła trzy miesiące w inkubatorze. Hildegarda została później pielęgniarką i pracowała razem z ojcem.

Przez kolejne 40 lat Couney organizował publiczne pokazy wcześniaków na Coney

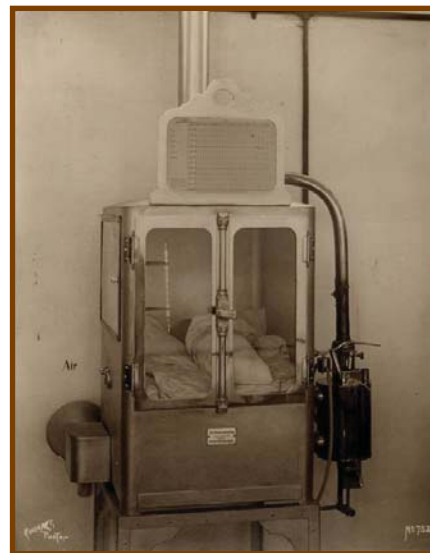
Island. Poza tym pokazywał swój wynalazek, zawsze wraz z wcześniakami, w innych regionach świata: w Meksyku w 1908 roku, w Rio de Janeiro w 1910 roku, w Denver w 1913 roku, w San Francisco w 1915 i w wielu innych miejscach.

Silverman, który zebrał wiele informacji na temat publicznych pokazów wcześniaków, w swoim artykule relacjonuje rozmowę z główną pielęgniarką pokazów doktora Couneya, Miss Evelyn Loundeen. Pani Loundeen podkreśliła, że ich praca uratowała wiele istnień ludzkich. Opowiedziała, jak dokładnie i uważnie zespół pielęgował noworodki. Zwróciła jednak również uwagę na aspekty mniej chwalebne. Pielęgniarki opiekujące się noworodkami były instruowane, w jaki sposób postępować, aby uczynić pokaz bardziej interesującym np. ubierały więcej warstw ubrań noworodkom, aby wywołać iluzję ich szybszego wzrostu, pani Loundeen natomiast miała zwyczaj nosić za duży pierścień na palcu, aby co jakiś czas wsuwać go na nadgarstek dziecka, uwydatniając jak jest małe. To sprawiało, że pokazy były bardziej interesujące dla zwiedzających i więcej osób było skłonnych odwiedzić wystawę i za tę wizytę zapłacić.

W latach 1939-1940 Couney podjął się dużego przedsięwzięcia - organizacji wielkiej wystawy w Nowym Jorku. Koszty przedsięwzięcia były ogromne i inwestycja okazała się niekorzystna finansowo. Wrócił więc na Coney Island, ale i tu organizacja pokazów stała się już nieopłacalna. Doktor Couney stwierdził „Zwróciłem uwagę na problem wcześniactwa. Spełniłem swoje zadanie”. W ten sposób skończyła się ta jakże kontrowersyjna, a z perspektywy lat, rewolucyjna działalność.

Opinie na temat tego kto był wynalazcą inkubatora są podzielone. Według części był to właśnie doktor Couney, inni badacze wskazują innego lekarza - Alexandra Liona z Nicei. Niektóre źródła donoszą, że to on był wynalazcą inkubatora (1891 rok) i zorganizował publiczne pokazy wcześniaków w Paryżu, Bardeaux, Marsylii i Lionie, a doktor Couney działał pod jego auspicjami.

Powyżej opisana historia wydaje się nie-



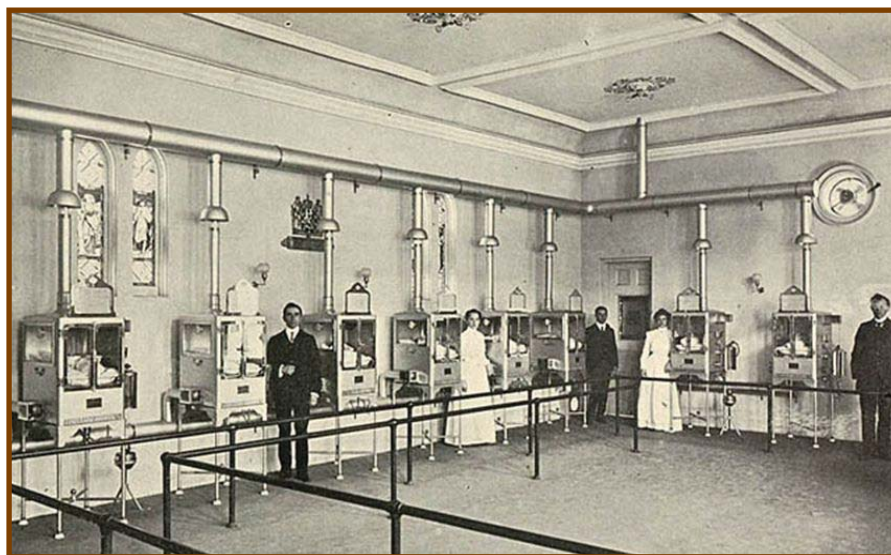
Omaha

dorzeczna, a działalność Couneya w obecnych czasach uznana byłaby za nieetyczną. Jednak należy podkreślić, że jego zasługi są ogromne, ponieważ zwrócił uwagę szerokiej opinii społecznej na problem wcześniactwa i wprowadził wiele nowoczesnych metod postępowania, które w znamienity sposób zmniejszyły śmiertelność wśród wcześniaków i przyczyniły się do rozwoju metod leczenia we współczesnej neonatologii.

Poza tym poprzez, obecnie nie do przyjęcia, komercyjne, publiczne pokazy noworodków, doktor Couney pokazał, że wcześniaka można uratować, przez co przyczynił się paradoksalnie do poszanowania praw dzieci urodzonych przedwcześnie, które przedtem ignorowano i nie dawano im szans na przeżycie. Couney zwrócił uwagę, na fakt, że niedojrzały noworodek musi być traktowany jak pełnoprawny obywatel. Dzięki pokazom wcześniaków w zabawnych, małych „szklarniach” dano wielu dzieciom szansę na życie.

*dr Iwona Sadowska-Krawczyńska jest pediatrą, specjalistką neonatologiem, specjalistką epidemiologiem, adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego*

*zdjęcia pochodzą ze strony [www.neonatology.org/tour/history.html](http://www.neonatology.org/tour/history.html)*



Buffalo

## Dzieci niepełnosprawne i niesprawne

Mirosława Kram, Marta Deja

*Niezręczność, niemuzikalność, zapominanie i wiele innych niesprawności cechują ludzi trwale lub w pewnym okresie życia. Sprawność informuje o tym, jak skutecznie człowiek działa, jaka jest jego jakość i szybkość funkcjonowania. Sprawność fizyczna, psychiczna czy intelektualna jest wypadkową biologicznego podłoża oraz oddziaływań kulturowych: kultury materialnej, duchowej wraz z systemem rodzinnego wychowania i instytucji.*

### Pojęcie i zakres niepełnosprawności i niesprawności

Niepełnosprawność (disability) to każde ograniczenie bądź niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie uznawanym za typowe dla człowieka. Niesprawność (disability) to każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym.

Encyklopedia pedagogiczna określa dziecko niepełnosprawne jako takie: „które ma specjalne potrzeby zdrowotne i edukacyjne z powodu choroby, uszkodzenia i dysfunkcji niektórych organów ciała czy zaburzenia jednej lub więcej sfer rozwoju”.

W ujęciu WHO „Dzieckiem niepełnosprawnym jest dziecko, które bez specjalnych

uług i specjalnej pomocy z zewnątrz jest długotrwałe, całkowicie lub w znacznym stopniu niezdolne do uczestnictwa w grupie normalnie rozwiniętych i zdrowych rówieśników”.

Prof. Obuchowska, w kontekście potrzeb psychospołecznych i edukacyjnych, o tych dzieciach pisze, że są to dzieci mniejszych szans, czyli takie, które ze względu na stan fizyczny lub/ i psychiczny mają ograniczoną w większym lub mniejszym stopniu możliwość wypełniania ról i zadań społecznych. Wszystkie te dzieci: przewlekle chore, z zaburzeniami mowy, z niesprawnością umysłową, niedowidzące i niewidome, słabosłyszące i niesłyszące, autystyczne, z trudnościami w uczeniu się, niesprawne ruchowo, z niesprawnością sprzężoną (np. głuchoniewidome) z mózgowym porażeniem dziecięcym, trudno radzą sobie z codziennością. Zwykle czynności dnia codziennego wykonują kilkakrotnie dłużej, albo wymagają pomocy całkowitej lub częściowej pomocy ze strony rodziców/opiekunów.

Reakcje ze strony innych dzieci, dorosłych wobec dzieci niepełnosprawnych mogą być agresywne: wyeliminowanie, drwiny, szyderstwa, dokuczanie. Spotykają się także z reakcjami deprecjonującymi: przyglądanie się, lekceważenie, rozmowy na temat niesprawności. Częściej mogą się spotykać z zachowaniami pseudopozytywnymi: nadmierne współczucie, litość, przesadna chęć niesienia

pomocy. Wzmagają się poczucie osamotnienia i odrzucenia. Kontakty z dziećmi pełnosprawnymi ograniczają się lub nawet wygasają.

### Niepełnosprawność somatyczna

Dotyczy dzieci z chorobami przewlekłymi, takimi jak: padaczka, cukrzyca, astma oskrzelowa, wada serca, celiakia, choroba nowotworowa i wiele innych. Obniżenie sprawności dziecka przewlekle chorego dotyczy nie tylko jednego uszkodzonego czy chorego narządu, ale obejmuje sprawność całego jego organizmu i jego procesy psychiczne, szczególnie sfery poznawczej (spostrzeżenia, pamięć, uwaga), emocjonalne (emocje, uczucia, nastrój) intelektualne (myślenie, mowa) i wolicjonalne.

Oraz kliniczny niepełnosprawności dziecka przewlekle chorego jest bardzo zróżnicowany (cukrzyca – choroba nowotworowa), ze względu na rodzaj choroby, jej przebiegu, możliwości leczenia i wyleczenia oraz zmian, jakie choroba powoduje w jego organizmie i psychice. U dziecka przewlekle chorego często rodzi się poczucie cierpienia, który jest przykrym stanem psychicznym. Dziecko myśli o tym dlaczego jego to spotkało, za co zostało ukarane, ma poczucie krzywdy, negatywnego naznaczenia i opuszczania go przez innych ludzi. Poczucie cierpienia osłabia często motywację dziecka i nastolatka do wypełniania poleceń, przez co utrudnia proces leczenia (Góralczyk). Przewlekle chory nastolatek z jednej strony rozumie, że dolegliwości i ograniczenia sprawiają, że jest zmuszony do pomocy rodziców i lekarzy, a drugiej strony – chce się od dorosłych uniezależnić, gdyż wkracza w wiek intensywnego zapotrzebowania na kontakty z rówieśnikami i poczucie silnej więzi z nimi. Zdarza się, że nastolatek w odruchu buntu próbuje odstawić leki. Długotrwała choroba może być przyczyną niechęci do szkoły. W dziecku narasta poczucie osamotnienia oraz przekonania, że nie dorównuje rówieśnikom.

### Dziecko niesprawne sensorycznie: niedosłyszące i niesłyszące

Słyszeć, to znaczy odbierać liczne informacje – rozmawiać z przyjaciółmi, rodziną; rozumieć to, co mówią inni, porozumiewać się. Słyszeć to móc zapytać o drogę i zrozumieć odpowiedź, iść do kina, oglądać telewizję, móc wysłuchać audycji radiowej. Słyszeć to także znaczy wiedzieć bez wyglądania przez okno, że pada deszcz, wiedzieć, że nadjeżdża pociąg, że ktoś zapukał do drzwi. Słyszeć to być wciągniętym w sieć kontaktów międzyludzkich. A jeśli się nie słyszy, to jest się odcięty od licznych informacji.

Dziecko niesłyszące lub niedosłyszące cierpi na wadę słuchu. Wada to polega na podniesieniu progu percepcji dźwięku, ponieważ dźwięki muszą być silniejsze, żeby zostały usłyszane.



Gliwicki Ośrodek Adaptacyjno-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej, Jasełka 2009

Osoby z nieznanym obniżeniem sprawności słyszenia (Zaborniak – Sobczak) w naturalnych warunkach mają trudności w dokładnym słyszeniu dźwięków mowy; w warunkach sprzyjających słuchaniu (w ciszy, z bliska) zdolność ta jest zachowana. Osoby z lekkim obniżeniem sprawności słyszenia w naturalnych warunkach komunikacji mają ograniczone dostrzeżenie niektórych cech dźwięków mowy; w warunkach sprzyjających, przy opanowaniu języka, możliwe jest identyfikowanie wyrazów i treści wypowiedzi. Osoby te jednak wymagają już pomocy logopedycznej, okresowych badań słuchu. Osoby niedosłyszące umiarkowanie mają obniżoną sprawność słyszenia; nie potrafią dostrzegać licznych cech dźwięków mowy. Wymagają wczesnej pomocy logopedycznej a odpowiednio wcześniej podjęta rehabilitacja umożliwia dzieciom kształcenie w integracji ze słyszącymi rówieśnikami. Osoby słabosłyszące to osoby ze znacznym obniżeniem sprawności słyszenia. Nie odróżniają wiele cech dźwięków mowy. Kształcenie dzieci i młodzieży powinno być zorganizowane specjalnie – albo w małych szkołach specjalnych albo w klasie specjalnej w szkołach ogólnodostępnych. Osoby niesłyszące nie korzystają ze słuchu w komunikowaniu się językowym. Wymagają protezowania i nauczania się języka migowego. Dzieci i młodzież kształci się w specjalnych szkołach. Ich wymowa staje się często trudna do zrozumienia, gdyż słuch nie jest w stanie kontrolować wypowiedzianych dźwięków.

Literatura surdopedagogiczna podaje rady dla osób słyszących porozumiewania się z osobami niesłyszącymi i z niedosłuchem. Oto niektóre z nich: rozmawiając skierujmy ku niemu twarz, aby mógł odczytać z ruchu naszych ust to, co mówimy. Z tego też powodu nie trzymajmy ręki w okolicy ust. W czasie rozmowy nie wolno krzyczeć. Dźwięki stają się wówczas bardzo przenikliwe i wywołują niepożądane wibracje w aparacie słuchowym, co może doprowadzić do bólu. Starajmy się rozmawiać przy dobrym oświetleniu. W ten sposób osoba będzie lepiej widziała naszą twarz. Mówmy spokojnie, nie za szybko i wypowiadajmy się precyzyjnie. Zdania muszą być krótkie i jednoznaczne. Bądźmy cierpliwi – w razie niezrozumienia powtórzmy określone zdanie czy słowo. Trudniejsze dane takie jak adres czy nazwisko można w razie potrzeby napisać na kartce. Dbajmy o to, aby niesłyszący brał udział w życiu grupy, w której się znajduje. On też ma prawo do rozmowy i uśmiechu.

### **Dziecko niesprawne sensorycznie: niedowidzące i niewidzące.**

Wyróżnia się dwie podstawowe grupy dzieci z uszkodzeniem wzroku (Ossowski): niedowidzące (słabowidzące) oraz niewidome (od urodzenia, ociemniałe, szczątkowo widzące). Powyższy podział ma znaczenie praktyczne i pedagogiczne, ponieważ stanowi podstawę klasyfikacji dzieci do klasy dla niewidomych i ociemniałych lub niedowidzących. Wrażenia wzrokowe są najważniejszym sposobem poznania świata zewnętrznego. Skutki utraty wzroku są zależne od wieku, w którym dana osoba utraciła wzrok oraz od tego, czy utrata nastąpiła nagle czy stopniowo. Biorąc pod uwagę całokształt psychospołecznych następstw utraty wzroku, sytuacja niewidomych od urodzenia jest w zasadzie korzystniejsza aniżeli ociemniałych. Ci ostatni muszą się nauczyć wielu nowych umiejętności i przejść przez długi okres adaptacji i akceptacji swojej niesprawności.

Kształtowanie umiejętności samodzielnego funkcjonowania niewidomego jest jednym z najważniejszych celów rehabilitacji i rewitalizacji. Świat jest urządzone dla widzących! Samodzielność i niezależność są przesłanką dobrego samopoczucia i komfortu psychicznego. Przejawami samodzielności niewidomych są: umiejętność dbania o higienę osobistą i dbanie o wygląd zewnętrzny, wykonywanie prac domowych, zachowanie się w różnych sytuacjach życiowych (postawa ciała, gesty, zachowanie się przy stole, dokonywanie zakupów), samodzielne poruszanie się w domu i w otoczeniu, korzystanie z pomocy widzących, w późniejszym okresie opieka nad dzieckiem i w szczególności umiejętność orientacji przestrzennej i lokomocji (przemieszczania się). Dobra orientacja przestrzenna i lokomocja to podstawowy warunek niezależnienia się od przewodnika i otoczenia. Nieocenioną pomocą w rehabilitacji i życiu osoby niewidomej jest pies przewodnik (psa przewodnika może otrzymać osoba całkowicie niewidoma i powyżej 16 r. ż.). Szeroko pojętą rehabilitację prowadzą szkoły i ośrodki dla dzieci i dorosłych niewidomych i ociemniałych.

Jeśli chodzi o dzieci i młodzież chyba najbardziej znanym w Polsce zakładem jest Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Laskach pod Warszawą. W laskowskim Ośrodku, gdzie przebywa ok. 300. wychowanków, pracuje grupa wykwalifikowanych specjalistów do nauczania orientacji przestrzennej i czynno-

ści życia codziennego. Prowadzą oni naukę z dziećmi przedszkolnymi, które posługując się obręczami, zamiast wprowadzanej w późniejszym wieku laski, poznają teren Zakładu, technikę rozpoznawania przeszkód, podstawowe zasady poruszania się po drogach – słowem uczą się podstawowych elementów samodzielności. Dzieci w wieku szkolnym poznają strukturę topograficzną Zakładu, uczą się trafiać do budynków, a w budynkach – szkolnych i biurowych – do właściwych pomieszczeń. Z biegiem czasu uczą się posługiwać długą, białą laską, która je informuje o napotykanym przeszkodach, a ponadto doskonale inne zmysły, jak słuch, węch, wrażliwość termiczną, ewentualne resztki wzroku, użyteczne w rozpoznawaniu terenu. Następnym etapem jest opuszczenie terenu Zakładu i wędrowki po okolicy, wchodzenie do sklepów i urzędów, nauka robienia zakupów i załatwiania spraw urzędowych. Rehabilitacją ruchową w Laskach są objęte dzieci i młodzież w wieku od 5 do 20 lat. Uczestniczą w hipoterapii, uprawiają sport i turystykę. W tym ogromnym dziele współpracują tu ze sobą siostry zakonne (Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża), pracownicy świeccy, osoby niewidome i wolontariusze.

Jako wolontariuszka w Zakładzie dla Niewidomych w Laskach pracowała przez wakacyjny miesiąc Marta, studentka Pielęgniarstwa, opiekując się niewidomymi starszymi osobami zamieszkującymi od wielu lat Zakład. Przywiozła także książkę Michała Żółtkowskiego, z dedykacją dla niżej podpisanej, „Blask prawdziwego światła. Matka Elżbieta Róża Czacka i jej dzieło”, za co bardzo dziękuję – autorowi i Marcie.

### **Podsumowanie**

Niepełnosprawność staje się udziałem coraz większej rzeszy dzieci i młodzieży, także ludzi dorosłych. Ma to nierozdzielny związek z postępowaniem medycyny ratującej życie w przypadkach: ciężkich uszkodzeń organizmu, wad wrodzonych i wczesnie nabytych, dzieci przedwcześnie urodzonych a także w związku z wydłużaniem się życia. Nie jest wyłącznie zjawiskiem medycznym czy problemem medyczno-opiekuńczym. Ma wymiar jednostkowy i społeczny, pedagogiczny i psychologiczny.

*mgr Mirosława Kram jest wykładowcą w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego a Marta Deja jest studentką I roku drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo*

## **Moi pacjenci w Laskach pod Warszawą**

Marta Deja

*Podczas tegorocznych wakacji odbyłam miesięczny wolontariat w Zakładzie Opieki nad Ociemniałymi w Laskach pod Warszawą. Z własnej inicjatywy podjęłam się takiego zaangażowania, aby zgłębić wiedzę zawodową odnośnie problemów życia codziennego i funkcjonowania osób niewidomych.*

### **Historia Zakładu**

Hrabianka Róża Czacka, straciwszy wzrok w 22 roku życia, w 1911 roku założyła Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, tworząc w ten sposób instytucjonalną opiekę dla niewidomych. Wkrótce też przywdziała habit franciszkański i jako Matka Elżbieta założyła Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek

Służebnic Krzyża. Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi prowadząc Zakład dla Niewidomych, powstały w 1922 r, nieprzerwanie aż do dziś, wykształciło do tej pory ponad 2000 niewidomych i słabo widzących osób. W latach powojennych nastąpiła odbudowa i szybki rozwój Zakładu. Dzięki licznym darowiznom Polonii Amerykańskiej powstały nowe budynki przedszkola, szkół, internatów,



Zakład Opieki nad Ociemniałymi w Laskach pod Warszawą, fot. [mierkiewicz.art.pl/blog/?p=58](http://mierkiewicz.art.pl/blog/?p=58)

warsztatów oraz zaplecze techniczne, a także Dom Przyjaciół Niewidomych. Obecnie cały ośrodek tworzy jeden wielki kampus, w którego skład wchodzi poszczególne instytucje takie jak np. ośrodek wczesnej interwencji, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła zawodowa, liceum ogólnokształcące.

Wczesna interwencja polega na tym, że rodzice małych dzieci mogą uzyskać pomoc już od momentu rozpoznania patologii narządu wzroku, aby podjąć czynności profilaktyczne. Wszystkie te instytucje ukierunkowane są na kształcenie i rozwój osób z upośledzoną funkcją wzroku. Działalność takiego ośrodka stwarza ogromne możliwości ludziom niewidomym i prawidłowe funkcjonowanie w życiu. Ponadto pozwala takim osobom uwierzyć w siebie oraz czerpać pełnię radości z życia.

### Idea wolontariatu

Wolontariuszem może stać się każdy, bez względu na płeć, wiek czy wykształcenie. Ale oczekiwania wobec wolontariusza są duże: musi być sumienny, odpowiedzialny za powierzone zadania, akceptować odmienność innych i zachęcać znajomych, przyjaciół do działania.

Jako wolontariuszka zostałam przydzielona do pracy w Szpitalu. W okresie wakacji, gdy nie ma dzieci i młodzieży szkolnej, opieki wymagają tylko osoby starsze. Moi, podopieczni znajdowali się w przedziale wiekowym między 70, a 95 rokiem życia. Problemy tych osób są znacznie większe, ponieważ mają własne nawyki i przyzwyczajenia życiowe. Dodatkowo sfera emocjonalno-kulturowa stwarza barierę w przystosowaniu się do aktualnych warunków życia. Moim głównym celem zawodowym była realizacja kompleksowej opieki pielęgniarstwa nad poszczególnymi pacjentami. Jedną z pacjentek jest mieszkanką ośrodka od momentu jego założenia, czyli od roku 1922. Do szpitala została przeniesiona, ponieważ postępująca demencja starcza utrudniała jej w znacznym stopniu samodzielne funkcjonowanie. Jako osoba samotnie żyjąca nie mogła wykonywać podstawowych czynności dnia codziennego. Problemy z pamięcią krótkotrwałą powodowały, że pacjentka stwarzała ryzyko zagrożenia życia

wobec siebie i innych. Głównymi problemami pacjentki w przystosowaniu do nowego miejsca były trudności związane z poznawaniem i zapamiętywaniem topografii szpitala. W nocy pacjenta wędrowała po oddziale. W duże zakłopotanie wprowadzała ją niemożność zapamiętania nowego terytorium. Powodowało to występowanie strachu przed dostosowaniem się do nowego terenu. Dla osoby starszej takie piętzące się problemy mogą powodować zmniejszenie komfortu i bezpieczeństwa i w dalszym stopniu izolację społeczną.

Każdy pacjent ma jednoosobowy pokój, ponieważ dysfunkcja narządu wzroku jest wielkim ograniczeniem w realizacji życia codziennego. Zamieszkiwanie jednego pokoju, chociażby przed dwie osoby niewidome prowadzi do dysharmonii i dysorganizacji przestrzennej pomieszczenia. Pojawia się, więc więcej utrudnień w zapamiętywaniu określonych elementów. Tworzy się również większe ryzyko zgubienia drobnych rzeczy lub ułożenia ich w innym miejscu.

### Moja pacjentka – pani Helena

Na przykładzie pacjentki Pani Helenki mogę zobrazować, jak ważne i istotne jest odpowiednie rozplanowanie poszczególnych rzeczy, aby osoba niewidoma mogła prawidłowo funkcjonować. Posiadanie takiego samodzielnego pokoju pozwala, na wzmocnienie tożsamości i niezależność osobie niewidomej. Wystarczy jedna szczotka do włosów lub sztucce, które ułożone są w złym miejscu. Pacjent w tym momencie czuje poczucie bezradności i zakłopotania.

Moja pacjentka szybko zaaklimatyzowała się we własnym pokoju. Organizacja miejsca w najdrobniejszym szczególe z odzwierciedleniem pokoju jej stałego zamieszkania oraz ciągła edukacja pacjentki pozwoliły na przystosowanie się do nowych warunków. Znacznie gorzej pacjentka adaptowała przestrzeń poza pokojem. Utarte schematy przemieszczania się i różnica lokalizacji poszczególnych pomieszczeń powodowały, iż pacjentka gubiła się. Jest to osoba starsza i jej zdolności przystosowawcze do nowych sytuacji są ograniczone.

Kolejny przykład pacjentki pokazuje to, iż

ludzie niewidomi poznając nowe osoby muszą nabrać dużego zaufania, aby pozwoliły na przekroczenie bariery osobistej danej osobie. Do podstawowych czynności podczas pierwszego kontaktu z osobą niewidomą należało: przywitać się i wyjaśnić w kilku słowach zasadności mojego pobytu w szpitalu. Bardzo ważnym elementem był styl mówienia. Zdania wypowiedzane w tonacji spokoju i równowagi emocjonalnej uwiaryliły mnie, jako osobę. Dodatkowo, ukazywanie ważności pacjenta, jako człowieka oraz wykonywanie wszelkich czynności bez pośpiechu stwarzały lepsze warunki do poznawania się.

### Moi pacjenci

Osoba niewidoma tak jak każdy inny człowiek wycofuje się z nawiązywania relacji, jeśli druga strona nie będzie wykazywała zaangażowania. Należy jednak podkreślić, że osoba niewidoma szybciej zrezygnuje, ponieważ nie ma wizualnego obrazu sytuacji. Ludzie z prawidłową funkcją narządu wzroku mogą skorzystać z mowy niewerbalnej i przez to łatwiej nawiązywać kontakt z drugim człowiekiem. Przede wszystkim nie można okazywać strachu i niepewności wobec osób niewidomych, ponieważ w dużym stopniu zachowanie zdrowia zależy od postępowania osób trzecich.

Na każdym etapie opieki starałam się poznać nawyki i przyzwyczajenia pacjentów. Pozwoliło mi to na zapoznanie się z harmonogramem dnia i wykonywaniem poszczególnych czynności. Prócz organizacji przestrzennej dużą rolę odgrywa stałe uporządkowane realizowanie planu dnia. Wszystko to ułatwia pacjentom sprawne i samodzielne funkcjonowanie.

Ważną kolejną sprawą jest rzetelne, prawidłowe i konsekwentne wykonywanie wszystkich czynności odnośnie osób niewidomych. W większości przypadków, jeśli coś zostało wykonane nieprawidłowo to pacjent tracił zaufanie. Trudno później jest odbudować pozytywną relację. Tak np., jeśli do namydlenia użyło się zbyt dużo mydła (wg uznania pacjenta) to przy kolejnych kąpielach taka osoba będzie uczuła na ilość nałożenia mydła. Z pozoru tak mało istotnej sprawy można wnioskować, iż u osób niewidomych najdrobniejsze elementy mają ogromne znaczenie. Ten przykład przedstawia jak osoby niewidome są wyedukowane, aby mogły żyć.

### Być niewidomym

Ludziom niewidomym jest znacznie trudniej egzystować w życiu codziennym i społecznym. Upośledzenie jednego z najważniejszych narządów odbierania bodźców ze środowiska zewnętrznego może prowadzić do izolacji z otoczenia. Funkcjonowanie takiego ośrodka daje szansę osobom niewidomym do takiego zaakceptowania środowiska zewnętrznego jak innemu człowiekowi z zachowaną prawidłową zdolnością widzenia. Dzieje się to poprzez wzmacnianie innych narządów zmysłów (dotyk, słuch) oraz ogromne zaangażowanie całego sztabu profesjonalistów.

**Co mi dał wolontariat?**

Wolontariat umożliwił mi zdobycie dodatkowego doświadczenia w opiece i pielęgnacji

nieustanna nauka i ciągłe poznawanie świata. Pozwala to na funkcjonowanie w wielu aspektach życia. Cieszę się, że mogłam im pomóc.

**Tu nabieramy sił**

Jolanta Sękowska

W tym roku pacjenci z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy postanowili ponownie pojechać do Zakopanego. Jeszcze wszystkiego nie zobaczyliśmy, a tamtejsze widoki ściągnęły nas po raz drugi. Od 25–30 maja spędziliśmy 5 cudownych dni w Tatrach.

Do Zakopanego zajechaliśmy w godzinach wieczornych. Zamieszkaliśmy w pensjonacie „U Wacka i Staszka”. Pensjonat był wielki, wygodny i ładnie położony. Mile się nam tam mieszkalo. Wyżywienie mieliśmy przepyszne, bogate i w takich ilościach, że dzieci nie mogły tego „przejeść”. Syci, wyspani i zadowoleni rozpoczęliśmy zwiedzanie okolic.

We wtorek wybraliśmy najtrudniejszą i najdłuższą trasę na Słowację. Zwiedziliśmy przepiękną Jaskinię Bielską, potem Stary Smokowiec – najstarsze uzdrowisko na Słowacji, wjechaliśmy kolejką Hrebienok, a następnie udaliśmy się nad Wodospady Zimnej Wody. Widoki zapierały dech w piersiach, a utrudnienia w trasie zmuszały nas do pomocy sobie nawzajem. I tu zdaliśmy egzamin na „szóstkę”. Nasze dzieci są cudowne. Rozumieją się bez zbędnych słów. Wspierają się, dopingują, podają pomocną dłoń, kiedy tylko zaistnieje ku temu potrzeba.

W następnych dniach zwiedzaliśmy Wadowice, Szczawnicę, wjeżdżaliśmy wyciągiem krzesełkowym na Palenicę i przejściem po stronie Słowackiej (Leśnica) wracaliśmy do Szczawnicy. Byliśmy pod Małą i Dużą Krowią, zwiedzaliśmy Zakopane oraz byliśmy w zamku w Niedzicy i na zaporze.

Każdy dzień, oprócz zwiedzania, zawierał również elementy sportu i rekreacji. Dzieci tworzyły drużyny, które w różnych dziedzinach sportowych walczyły przeciw opiekunom. Radości było co niemiara.

Dni płynęły szybko, przepełnione atrakcjami. Wyciszenie znajdowaliśmy w czasie

nad osobą niewidomą. Osoby niewidome wymagają większego zaangażowania osób z zewnątrz, aby mogły korzystać z życia w pełnym jego wymiarze. Dużą rolę odgrywa w ich życiu



W górach

mszy św. prowadzonej przez naszego kapłana ks. Darka. Podczas mszy staraliśmy się pamiętać o wszystkich tych, którzy pozostali w szpitalu i nie mogli z nami być, ale i o tych, którzy już nigdy z nami nie pojadą.

Nadszedł czas powrotu. Czas pożegnań, czas łez. Razem jest nam bardzo dobrze. Rozumiemy się, pomagamy sobie, razem walczyliśmy ze słabościami. Nabieramy sił do

dalszej walki z chorobą oraz wiary, że to, co robimy i jak walczyliśmy prowadzi do sukcesu i do pełnego powrotu do zdrowia. Wracamy z nadzieją, że za rok pojedziemy znowu.

*mgr Jolanta Sękowska jest pedagogiem-terapeutą z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii, była kierowniczką wycieczki*

przedruk z *Primum Non Nocere* 2009 nr 7

**Nasi na Liście Filadelfijskiej**

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikację 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 końca października 2009 roku do połowy grudnia.

Impact Factor ISI: 3.880

**Jakub Kałużny**

Tytuł oryginału: Comparison of reflecti-

ty maps and outer retinal topography in retinal disease by 3-D Fourier domain optical coherence tomography.

Autorzy: M. Wojtkowski, B.L. Sikorski, I. Górczyńska, M. Góra, M. Szkulmowski, D. Bukowska, Jakub Kałużny, J.G. Fujimoto, A. Kowalczyk.

Źródło: - Opt. Express 2009 Vol. 17 nr 5 s. 4189-4207.

Polskie hasła przedmiotowe: Siatkówka – choroby, Tomografia optyczna koherentna

Impact Factor ISI: 3.880

**Bartłomiej J. Kałużny**

Tytuł oryginału: Ultra high-speed swept source OCT imaging of the anterior segment of human eye at 200 kHz with adjustable imaging range.

Autorzy: M. Góra, K. Karnowski, M. Szkulmowski, Bartłomiej J. Kałużny, R. Huber, A. Kowalczyk, M. Wojtkowski.

Źródło: - Opt. Express 2009 Vol. 17 nr 17 s. 14880-14894.

Polskie hasła przedmiotowe: Tomografia optyczna koherentna, Lasery

Impact Factor ISI: 3.803

**Mieczysław Uszyński**

Tytuł oryginału: Amniotic fluid embolism: the complication of known pathomechanism but without pathogenetic therapy?

Autorzy: Mieczysław Uszyński.

Źródło: - Thromb. Haemost. 2009 Vol. 101 s. 795-796.

Polskie hasła przedmiotowe: Płyn owodniowy

Impact Factor ISI: 3.509

**Roman Kaliszczak**

Tytuł oryginału: Efficient recovery of electrophoretic profiles of nucleoside metabolites from urine samples by multivariate curve resolution.

Autorzy: E. Szymańska, Michał J. Markuszewski, Y.V. Heyden, Roman Kaliszczak.

Źródło: - Electrophoresis 2009 Vol. 30 s. 3573-3581.

Polskie hasła przedmiotowe: Elektroforeza, Analiza danych, Nukleozydy

Impact Factor ISI: 3.400

**Jan Styczyński**

Tytuł oryginału: Increased risk for invasive aspergillosis in patients with lymphoproliferative diseases after autologous hematopoietic SCT.

Autorzy: L. Gil, M. Kozłowska-Skrzypczak, A. Mol, D. Popławski, Jan Styczyński,

M. Komarnicki.

Źródło: - Bone Marrow Transpl. 2009 Vol. 43 s. 121-126.

Polskie hasła przedmiotowe: Nowotwory - leczenie - dzieci, Komórki macierzyste - przeszczepianie, Leki

Impact Factor ISI: 2.681

**Małgorzata Krajnik,**

**Monika Siekierka,**

**Marzena Sykutera,**

**Ewa Pufal,**

**Roman Makarewicz**

Tytuł oryginału: Morphine inhalation by cancer patients: a comparison of different nebulization techniques using pharmacokinetic, spirometric, and gasometric parameters.

Autorzy: Małgorzata Krajnik, Z. Podolec, Monika Siekierka, Marzena Sykutera, Ewa Pufal, P. Sobański, Roman Makarewicz, C. Neef, N. Punt, Z. Zylicz.

Źródło: - J. Pain Symptom Manage. 2009 Vol. 38 nr 5 s. 747-757.

Polskie hasła przedmiotowe: Nowotwory, Morfina

Impact Factor ISI: 1.812

**Grzegorz Bazylak**

Tytuł oryginału: Novel nanomaterials based on 5,10,15,20-tetrakis(3,4-dimethoxyphenyl)-21H,23H-porphyrin entrapped in silica matrices.

Autorzy: E. Fagadar-Cosma, C. Enache, D. Vlascici, G. Fagadar-Cosma, M. Vasile, Grzegorz Bazylak.

Źródło: - Mater. Res. Bull. 2009 Vol. 44

s. 2186-2193.

Polskie hasła przedmiotowe: Nanostruktury, Mikroskopia elektronowa, Luminescencja

Impact Factor ISI: 1.568

**Przemysław Tarasewicz,**

**Artur Jasionowski,**

**Agnieszka Świątek**

Tytuł oryginału: The electromagnetic response of a fermion system at zero temperature.

Autorzy: P[remysław] Tarasewicz, A[rtur] Jasionowski, A[gnieszka] Świątek.

Źródło: - Eur. Phys. J. B 2009 Vol. 72 s. 25-39.

Polskie hasła przedmiotowe: Elektromagnetyzm, Cząstki elementarne, Temperatura, Fizyka

Impact Factor ISI: 1.390

**Jan Styczyński,**

**Mariusz Wysocki**

Tytuł oryginału: Comparison of Clofarabine activity in childhood and adult acute leukemia: individual tumor response study.

Autorzy: Jan Styczyński, L. Gil, K. Derwich, J. Wachowiak, W. Balwierz, W. Badowska, M. Krawczuk-Rybak, M. Matysiak, M. Wieczorek, A. Balcerska, D. Sońta-Jakimczyk, J. Stefaniak, M. Kowalczyk, T. Urański, G. Sobol, M. Komarnicki, Mariusz Wysocki.

Źródło: - Anticancer Res. 2009 Vol. 29 s. 1643-1650.

Polskie hasła przedmiotowe: Białaczka limfocytowa ostra - leczenie, Białaczka szpikowa ostra - leczenie, Oporność nowotworów na leki

## Postępy w Kardiadiabetologii

Małgorzata Zakrzewska

W dniach 20-21.11.2009 r. w Bydgoszczy odbyła się II konferencja z cyklu Postępy w Kardiadiabetologii. Zorganizowana ona została przez Klinikę Endokrynologii i Diabetologii UMK, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Polskie Towarzystwo Kardiadiabetologiczne oraz wydawnictwo Termedia.

Patronat naukowy nad konferencją objęła prof. dr hab. Ida Kinalska - Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Kardiadiabetologicznego oraz prof. dr hab. Maria Górka - Kierownik Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych w Białymstoku. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był prof. dr hab. Roman Junik, Kierownik Kliniki Endokrynologii i Diabetologii w Bydgoszczy. Udział w konferencji wzięło ponad 250 osób. W Bydgoszczy zagościły znakomitości ze świata interny, kardiologii i diabetologii jak prof. Anna Czech - wybitny diabetolog i autorka wielu podręczników z tej dziedziny, prof. Jacek Sieradzki wieloletni Kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych w Krakowie i Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz prof. Jacek Kubica

- wojewódzki konsultant w dziedzinie kardiologii oraz Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy.

Profesor Roman Junik po uroczystym rozpoczęciu przekazał głos prof. Idzie Kinalskiej, która przedstawiła najnowsze metody leczenia hipoglikemizującego ze szczególnym uwzględnieniem osób dotkniętych chorobą niedokrwinną serca. Najnowsze doniesienia i wytyczne z ostatnich międzynarodowych zjazdów diabetologicznych dotyczące głównie zmian w dotychczas obowiązujących kryteriach wyrównania cukrzycy zostały omówione przez profesora Sieradzkiego, który jest współautorem i inicjatorem tworzenia wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Bardzo ciekawy wykład przedstawiła Pani Profesor Pupek-Musiałik z Poznania, w którym zaprezentowała najnowsze propozycje odnośnie zmiany kryteriów rozpoznawania i leczenia nadciśnienia tętniczego u osób chorych na cukrzycę. Pierwszy dzień konferencji zakończył wykład profesora Władysława Sinkiewicza o potrzebie szczególnego spojrzenia na problem niewydolności serca u osób z cukrzycą.



Drugi dzień rozpoczął się nowatorskim spojrzeniem profesora Junika na włączanie i leczenie metforminą u osób z chorobą sercowo-naczyniową i jej wpływ na zmniejszenie ryzyka zgonu.

Profesor Kubica przedstawił najnowsze europejskie wytyczne dotyczące rewaskularyzacji naczyń wieńcowych u osób z cukrzycą i krytycznie odniósł się do niektórych zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego na temat tej formy terapii choroby niedokrwiennej serca u chorych na cukrzycę oraz do zasad diagnostyki zaburzeń gospodarki węglowodanowej u pacjentów z chorobą wieńcową.

Konferencja była źródłem wielu nowych, niedostępnych jeszcze w polskim piśmiennictwie informacji.

lek. Małgorzata Zakrzewska jest asystentem w Katedrze Endokrynologii i Diabetologii

## Mikromacierze w Polsce: stan na rok 2009

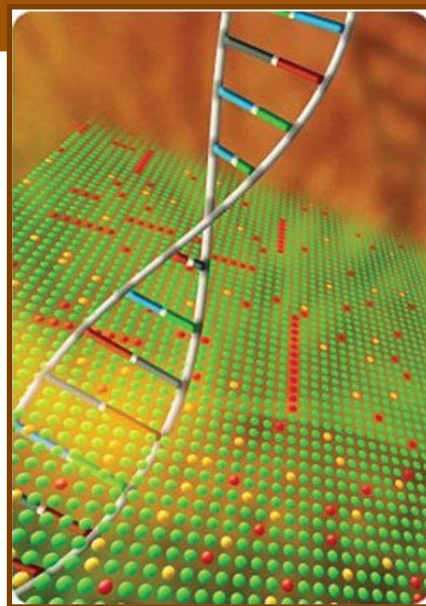
Jan Styczyński

W dniu 19 listopada 2009 r. w Gliwicach odbyła się pierwsza w Polsce konferencja poświęcona badaniom mikromacierzy „Mikromacierze w badaniu ekspresji genów: Narzędzie w naukach podstawowych i klinicznych”. Konferencja miała charakter interdyscyplinarnej. Brały w niej udział wszystkie polskie ośrodki wykonujące badania z użyciem tej technologii, jak również ośrodki współpracujące.

Miejsce konferencji miało znaczenie ze względu na to, że w Gliwicach w latach 2002/2003 powstała pierwsza pracownia mikromacierzy w Polsce. Na zaproszenie organizatorów przedstawiony został projekt, który prowadzimy wspólnie z ośrodkiem gliwickim „Profil ekspresji genów oporności na cytostatyki w ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci”. W trakcie konferencji odbyła się również prezentacja wszystkich polskich pracowni mikromacierzowych:

1. Laboratorium Mikromacierzy, Pracownia Diagnostyki Molekularnej Genomiki Funkcjonalnej, Zakład Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii, Centrum Onkologii, Gliwice (prof. Barbara Jarzab)

2. Pracownia Mikromacierzy, Katedra i Zakład Biologii Molekularnej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Sosnowiec (prof. Urszula Mazurek)
3. Zakład Karcynogenezy Molekularnej, Uniwersytet Medyczny, Łódź (prof. Andrzej Bednarek)
4. Centrum Doskonałości CENAT, Instytut Chemii Bioorganicznej PAN, Poznań (prof. Marek Filerowicz, dr Luiza Hanschuh)
5. Pracownia Genomiki Funkcjonalnej, Katedra Nauk Fizjologicznych, Wydział Medycyny Weterynaryjnej, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa (prof. Tomasz Motyl, dr Michał Jank)
6. Pracownia Analiz Mikromacierzy, Instytut Biochemii i Biofizyki PAN, Warszawa (prof. Andrzej Jerzmanowski, dr Marta Prymakowska-Bosak)
7. Pracownia Genetyki, Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Transfuzjologicznej, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa
8. Pracownia Genetyki Molekularnej, Zakład Genetyki Klinicznej, Instytut Pedia-



trii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków (prof. Jacek Pietrzyk)

W pracowniach tych jest aktualnie realizowany szereg projektów naukowych finansowanych przez MNiSW, Unię Europejską, sfinalizowano już co najmniej 6 przewodów habilitacyjnych i szereg przewodów doktorskich.

## Sprawozdanie z III Kongresu Naukowo-Szkoleniowego Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

Arkadiusz Jawień, Maria T. Szewczyk

„Sztuka leczenia ran przewlekłych” - pod takim hasłem odbywał się w Bydgoszczy w dniach 21-24 X 2009 III Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Miejscem obrad była piękna, znana w Europie i na świecie sala koncertowa Filharmonii Pomorskiej im. Ignacego Paderewskiego, w której zgromadziło się ponad 1000 gości i uczestników z Polski, Danii, Anglii, Słowenii, Niemiec i Czech. Uroczystego otwarcia Kongresu dokonał Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran - Pan Profesor Arkadiusz Jawień.

Dostojnymi gośćmi Kongresu byli przedstawiciel Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran prof. Finn Guttrup, Prezesi innych Polskich Towarzystw Naukowych w tym Prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich prof. Adam Dziki, prezes pierwszej kadencji PTLR prof. Zbigniew Rybak, a także liczne grono ekspertów z Polski i z zagranicy. Na uroczystości otwarcia III Kongresu przybyli zaproszeni goście, przedstawiciele władz Miasta Bydgoszczy w osobach Pana Prezydenta Miasta Konstantego Dombrowicza, Przewodniczącej Rady Miasta Doroty Jakuty, Ordynariusza Bydgoskiego Jego Ekscelencji Ks. Biskupa dr Jana Tyrawy, Przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej, Pielęgniarskiej, a także liczne grono pracowników naukowo-dydaktycznych Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Prezes Towarzystwa Pan Prof. Arkadiusz Jawień w niezwykle poruszającym wykładzie inau-



III Kongres Naukowo-Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran - obrady



Prof. Arkadiusz Jawień wręcza prof. Finnowi Gottrupowi dyplom członka honorowego i złoty znaczek PTLR - najwyższe wyróżnienie Towarzystwa



Uroczyste otwarcie Konferencji



Występ Kabaretu Zenona Laskowika

racyjnym przedstawił osiągnięcia medycyny w leczeniu ran przewlekłych na przestrzeni wieków sięgając do pierwszych udokumentowanych wzmianek na temat leczenia ran przewlekłych aż do czasów obecnych. W dalszą niezwykle miłą atmosferę wieczoru inauguracyjnego wprowadził gości i uczestników kongresu Kabaret Zenona Laskowika.

Program naukowy kongresu obejmował dziesięć sesji tematycznych omawiających m.in. takie zagadnienia jak: odleżyny, stopa cukrzycowa, biofilm, oparzenia, owrzodzenia żyłne, a także sesje mówiące o najnowszych koncepcjach i osiągnięciach postępowania miejscowego i ogólnego u chorych z raną przewlekłą. Prezentowane prace badawcze w sesji „odleżyny” i wynikające z nich wnioski jednoznacznie pokazały, że skala ryzyka rozwoju odleżyn są skutecznym narzędziem w przewidywaniu wysokich predyspozycji rozwoju ran odleżynowych u osób z grupy zwiększonego ryzyka. Przedstawiono wstępne wyniki badań programu rejestracji odleżyn w Polsce, a także różne koncepcje opieki nad chorym z odleżynami w tym propozycje poradnika dla osób i rodzin opiekujących się chorym z odleżyną. Prezentowano metody postępowania miejscowego np.: system VAC, światło spolaryzowane w leczeniu trudnych ran odleżynowych i inne. W sesjach „Stopa cukrzycowa” oraz „stopa cukrzycowa i powikłania” zaprezentowano wyniki badań i interdyscyplinarne

doświadczenia w leczeniu tego schorzenia w różnych stadiach zaawansowania poczynając od najnowszych światowych osiągnięć w diagnostyce poprzez leczenie ogólne i miejscowe rekomendowane przez towarzystwa diabetologiczne i towarzystwa leczenia ran. Sesje połączono z internetowym przekazem wizualnym z gabinetu zabiegowego, który pozwolił uczestnikom poznać nowe metody oczyszczania i różne sposoby zaopatrzenia stopy cukrzycowej m.in. opatrunkami wspomagającymi leczenie. W sesjach omawiających zespół stopy cukrzycowej przedstawiono koncepcje oszczędności dla jednostek budżetowych w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej (prof. M. Edmondson – Londyn) a także farmakoterapię tych trudno gojących się ran. W leczeniu miejscowym zespołu stopy cukrzycowej zaprezentowano szereg prac omawiających m.in. płytkowe czynniki wzrostu, ultradźwięki czy Lucilla sericata (larwy much).

Uwagę uczestników przykuła sesja „Nie tylko czas leczy rany” a w niej wykład prezesa PTLR omawiający strategię TIME oraz stosowanie antyseptyków w profilaktyce i leczeniu ran przewlekłych. Warto podkreślić, że TIME obejmuje nie tylko samo oczyszczanie i eliminację szkodliwych czynników zewnętrznych, ale również inne działania wzmacniające wewnętrzny potencjał i możliwości gojenia w ujęciu holistycznym. Przykłady wdrożonej w ośrodku bydgoskim koncepcji pre-

zentowali w dalszej części sesji wykładowcy z Niemiec odnosząc się jednocześnie do roli postępowania antyseptycznego. Ogromnym zainteresowaniem cieszył się również wykład delegata Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran (EWMA) prof. Finna Gottrupa, który już po raz kolejny uczestniczył w naszych kongresach. Jak wcześniej, tak i teraz, Professor dzielił się swoimi wybitnymi osiągnięciami i doświadczeniami. Po wykładzie Wound Fluid/Exudate: Background and Importance Prezes PTLR Prof. Arkadiusz Jawień wręczył Prof. Finnowi Gottrupowi, dyplom członka honorowego i złoty znaczek PTLR – najwyższe wyróżnienie Towarzystwa.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się sesje prezentujące metody postępowania miejscowego chorych z rozległymi oparzeniami w tym również leczenie Integry oparzeń u dzieci, a także sesje omawiające powstawanie biofilmu jako patomechanizmu zakażeń w ranach przewlekłych. Zaprezentowane wyniki badań i wybitne osiągnięcia ośrodka krakowskiego z Centrum Leczenia Oparzeń Dzieci, z Siemianowic, Trzebnicy spotkały się z ogromnym zainteresowaniem i żywą dyskusją przenoszącą się na przerwy.

Podczas czwartego dnia Kongresu Pani dr hab. Maria Szewczyk z CM UMK zaprezentowała badania randomizowane oceniające skuteczność leczenia owrzodzeń żylnych z zastosowaniem różnych form kompresjoterapii. Przedstawiono ponadto wstępne wyniki badania epidemiologicznego występowania owrzodzeń kończyn dolnych z regionu województwa opolskiego oraz różne propozycje interdyscyplinarnej opieki nad chorym z raną przewlekłą. Zaprezentowano także nowe metody pomiaru powierzchni ran, jak i nowe środki lecznicze wykorzystywane do leczenia miejscowego.

Uczestnicy Kongresu mogli doskonalić swoje umiejętności podczas zajęć warsztatowych.

Podczas Kongresu podkreślano znaczenie podejścia kompleksowego i interdyscyplinarnego traktowania leczenia rany przewlekłej jako sztuki wymagającej „ciągłych poszukiwań”.

O zainteresowaniu problematyką Kongresu świadczyła duża frekwencja również podczas ostatnich sesji, a także dyskusje toczące się zarówno w sali obrad, jak i podczas przerw. Podczas wykładów dotyczących leczenia rozległych oparzeń, owrzodzeń odleżynowych i innych, podkreślano skuteczność opatrunków aktywnych i ograniczoną dostępność tych produktów w leczeniu zamkniętym.

Na zakończenie uczestnicy Kongresu otrzymali certyfikaty i 20 pkt. edukacyjnych.

Podczas Zebrania Walnego członkowie PTLR dokonali wyboru nowych władz Towarzystwa. Prezesem PTLR po raz kolejny na kadencję 2009-2012 został prof. Arkadiusz Jawień, a sekretarzem Towarzystwa dr hab. Maria T. Szewczyk. To ogromny zaszczyt i uznanie dla naszego środowiska medycznego, miasta i uczelni.

*prof. dr hab. Arkadiusz Jawień jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, a dr hab. Maria T. Szewczyk - kierownikiem Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego*



## Bydgoszcz gospodarzem 29 Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anatomicznego

Michał Szpinda

W dniach 3-5 września 2009 r. w Bydgoszczy, w gmachu Opery Nowa odbył się 29. Zjazd Polskiego Towarzystwa Anatomicznego, którego organizatorem była Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Było to wydarzenie bezprecedensowe, gdyż po raz pierwszy w historii nasza Katedra była gospodarzem i organizatorem spotkania morfologów polskich.

W roku bieżącym upływa 25 lat nauczania anatomii prawidłowej na Wydziałach naszej Alma Mater. Powierzenie organizacji Zjazdu, tej rangi, jest dowodem uznania osiągnięć w zakresie rozwoju morfologii i organizacji nauczania prowadzonej przez Katedrę i Zakład Anatomii Prawidłowej pod kierownictwem dr. hab. n. med. Michała Szpindy.

Patronat honorowy Zjazdu objęli m.in. Jego Magnificencja Rektor UMK prof. Andrzej Radziwiński, Prorektor UMK ds. Collegium Medicum prof. Małgorzata Tafil-Klawe, Dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK prof. Henryk Kaźmierczak, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Całbecki, Wojewoda Kujawsko-Pomorski Rafał Bruski i Prezydent Miasta Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz.

W Zjeździe wzięło udział 200. naukowców z kraju i zagranicy - wybitnych specjalistów z zakresu anatomii prawidłowej, anatomii klinicznej, lekarzy reprezentujących wszystkie dyscypliny kliniczne oraz studenci i doktoranci.

Po oficjalnym rozpoczęciu Zjazdu, zgodnie z odwieczną tradycją akademicką został wygłoszony przez prof. Kazimierza Jędrzejewskiego wykład inauguracyjny pt.: „Anatomia w malarstwie i rzeźbie”, który został przyjęty z aplauzem. Dopełnieniem doznań artystycznych był występ solistów i kwartetu muzyków Filharmonii Pomorskiej.

Przez kolejne dwa dni, obrady prowadzone były równoległe na dwóch salach konferencyjnych i obejmowały dwie sesje plenarne, sześć sesji tematycznych i sześć posterowych. Przedstawiono 50 referatów i 120 posterów. Dwanaście referatów sesji plenerowych traktowało o najnowszych osiągnięciach morfologii, w szczególności zagadnieniach dotyczących autonomicznego układu nerwowego. Sesje tematyczne obejmowały: budowę i rozwój układu nerwowego, anatomie rozwojową, kliniczną i porównawczą układu sercowo-naczyniowego, bierny i czynny narząd ruchu, anatomie rozwojową i kliniczną czaszki oraz budowę, unaczynienie i unerwienie narządów. Sesje posterowe prezentowały prace z dziedziny anatomii rozwojowej człowieka, anatomii porównawczej, neuroanatomii, histologii i patologii.

Na walnym zebraniu Polskiego Towarzystwa Anatomicznego w dowód uznania osiągnięć naukowo-dydaktycznych w zakresie anatomii prawidłowej nadano tytuł Członka Honorowego PTA prof. Kazimierzowi Jędrzejewskiemu.

Po udzieleniu absolutorium ustępującemu



Otwarcie 29 Zjazdu PTA, przemawia Dziekan WL CM UMK prof. Henryk Kaźmierczak, po lewej stronie dr hab. Michał Szpinda



Nestorzy Anatomii Polskiej: prof. Ryszard Aleksandrowicz, prof. Witold Woźniak, prof. Olgierd Narzekiewicz



Główny Sponsor Zjazdu



Uczestnicy Zjazdu

Zarządowi Głównemu PTA dokonano wyboru nowych władz na kadencję 2009-2011. Prezesem Polskiego Towarzystwa Anatomicznego została wybrana ponownie pani prof. Małgorzata Bruska.

W gronie Członków Zarządu Głównego PTA znalazł się również dr hab. n. med. Michał Szpinda, co jest docenieniem osiągnięć naukowo-dydaktycznych Bydgoskiego Oddziału PTA.

Nasz Oddział powstał w 1985 roku, wkrótce po utworzeniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Pierwszą przewodniczącą została kierownik

Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej profesor Danuta Gościcka, która piastowała tę godność do chwili przejścia na emeryturę w 1998 roku. Obecnie przewodniczącym jest dr hab. n. med. Michał Szpinda. W skład Bydgoskiego Oddziału wchodzi 22 pracowników naukowo-dydaktycznych dwóch wyższych uczelni: Collegium Medium UMK (Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej, Katedra i Zakład Biologii) i Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego im. J. J. Śniadeckich (Zakład Histologii Zwierząt, Zakład Anatomii Zwierząt).

Członkowie naszego Oddziału prowadzą

oprócz pracy naukowej i dydaktycznej, działalność na rzecz regionu, co obejmuje popularyzację wiedzy anatomicznej przez zaznajamianie uczniów klas maturalnych bydgoskich liceów z profilem studiów medycznych. Ukonowaniem wkładu pracy Bydgoskiego Oddziału PTA dla rozwoju nauk morfologicznych była organizacja 29 Zjazdu PTA.

*dr hab. Michał Szpinda jest kierownikiem Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej*

## Depresję można pokonać. Zmień perspektywę

*Ewa Pilaczyńska-Jodkiewicz, Monika Wilkość*

*Będąc świadomym powszechności zjawiska depresji także w polskim społeczeństwie Urząd Miasta Bydgoszczy wraz z Katedrą i Kliniką Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy i Oddziałem Kujawsko – Pomorskim Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, przy współudziale firmy Eli Lilly Sp. z o.o. zorganizowały kampanię „Depresję można pokonać. Zmień perspektywę”.*

Kampania nawiązuje do Europejskiego Dnia Walki z Depresją ustanowionego po raz pierwszy 3 lata temu przez Europejskie Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Depresją w dniu 17 października (w Polsce Dzień Walki z Depresją został ustanowiony od 2001 roku w dniu 24 lutego). Kampania ma charakter edukacyjny i skierowana jest do mieszkańców miast w tym do mieszkańców Bydgoszczy, a jej celem jest podniesienie świadomości społecznej dotyczącej depresji w Europie, w tym znaczenia prewencji, wczesnego diagnozowania i optymalnego leczenia tej choroby.

Ważnym elementem kampanii była konferencja naukowa, która została zorganizowana w Urzędzie Miasta Bydgoszczy pod patronatem Prezydenta Miasta 8 października 2009. Poświęcenie tak dużej uwagi zagadnieniom związanym z depresją ma swoje głębokie uzasadnienie. Popatrzmy na same liczby. Bada-

nia wskazują, iż na depresję cierpi około 4–7% populacji, a w części europejskiej nawet 9% (Mental and Physical Health Charter, 2009). Przyjmując, że w Polsce jest 38 mln. mieszkańców, na depresję choruje 1,5 do 2,6 mln. osób. Tak więc można śmiało powiedzieć, że depresja dotyka miliony obywateli. Stanowi to poważny problem społeczny, zdrowotny i ekonomiczny. Ze względu na przewlekły charakter choroby i nawrotowość objawów, depresja zajmuje czołowe miejsce wśród chorób, będących przyczyną niepełnosprawności i stale przesuwa się w kierunku wyższych pozycji. W rankingu chorób, które są przyczyną niepełnosprawności, w 1990 roku zajmowała 4 miejsce, a przewiduje się, iż w 2020 roku zajmie drugą pozycję po chorobie niedokrwiennej serca.

Tak dużej populacji osób chorujących na depresję należy zapewnić właściwą opiekę medyczną. Z różnych przyczyn na tym polu jest jeszcze dużo do zrobienia. Pomijając trudności obiektywne, w tym finansowe, większość pacjentów wymagających opieki medycznej uzyskuje tylko częściową pomoc (52%), a odpowiednie leczenie tylko 22%. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest obawa chorych przed stygmatyzacją, czyli piętnem osoby chorej psychicznie, która wymaga specjalistycznej pomocy psychiatrycznej (z tego

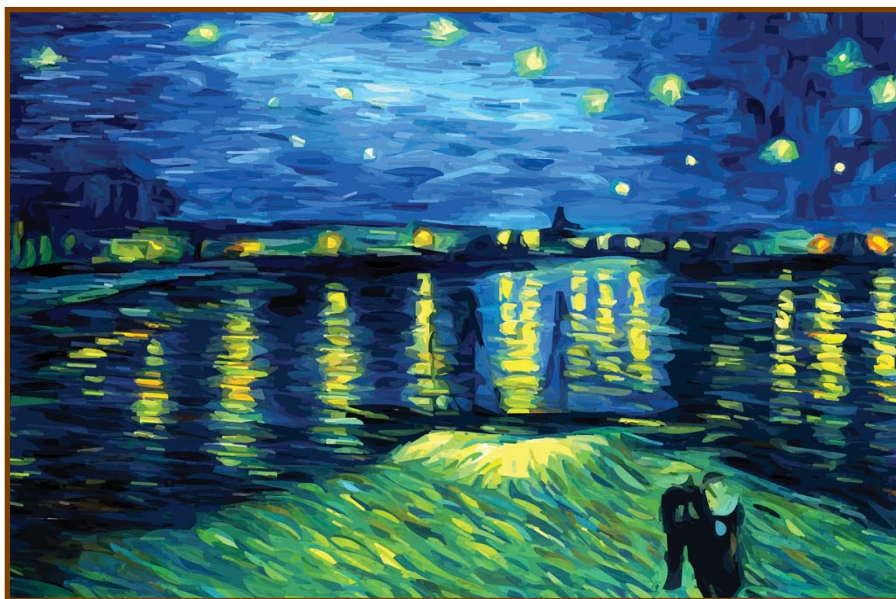
powodu nie zgłasza się do lekarza psychiatry powyżej 50% pacjentów). Mimo „tych przeszkód” w poradniach zdrowia psychicznego w Polsce w 2005 roku leczono się 263 tys.173 osób, a w oddziałach szpitalnych 21 tys.187. Statystyki te w pełni uzasadniają konieczność poprawy opieki medycznej dla tej grupy chorych. Liczymy na to, iż wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przyczyni się do poprawy procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

Ale depresja to nie tylko choroba społeczna, będąca przyczyną niepełnosprawności. Depresja może być także chorobą śmiertelną z powodu działań samobójczych (myśli i tendencje samobójcze są częstym objawem depresji). Także w tym zakresie obserwuje się wzrost wskaźnika dokonanych samobójstw. W województwie kujawsko-pomorskim w 2003 roku zgony z powodu działań samobójczych stanowiły 25,9% wszystkich zgonów z przyczyn zewnętrznych, w kolejnym 2004 roku odsetek ten wyniósł już 28,1%. W tej grupie stosunek mężczyzn do kobiet wynosił prawie 4:1 mimo, iż kobiety chorują na depresję znacznie częściej. Komentarz jest tu zbędny!

Koszty leczenia depresji są zróżnicowane w zależności od kraju, systemu opieki zdrowotnej, itp., ale generalnie uważa się, iż w UE koszty złego funkcjonowania psychicznego mieszkańców to 2000 euro na jedno gospodarstwo domowe.

W swojej prezentacji profesor Aleksander Araszkiewicz przybliżył słuchaczom zagadnienia związane z rozpoznaniem i leczeniem depresji. Termin „depresja” ma wieloznaczną treść. W języku codziennym oznacza to złe samopoczucie, obniżony nastrój, przygnębienie, niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii termin ten dotyczy szczególnych rodzajów zaburzeń nastroju i emocji, które można uznać za zjawisko chorobowe. W różnicowaniu tych dwóch znaczeń bierze się pod uwagę – obraz kliniczny i nasilenie zaburzeń (w „depresji chorobowej” minimum 2 tygodnie), wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz skuteczność farmakoterapii.

Wśród przyczyn depresji wyróżnia się 3 główne grupy: \_ przyczyny endogenne (biologiczne), \_ psychologiczne, takie jak reakcja żałoby, reakcje adaptacyjne i inne oraz somatyczne. W obrazie klinicznym depresji



Vincent van Gogh: Gwiazdzista noc, 1889

dominują: obniżony nastrój (jest to podstawowy objaw depresji), spadek zainteresowań, utrata energii, poczucie obniżonej sprawności intelektualnej (czasami nazywane pseudotępieniem), pesymistyczna ocena bieżących problemów, poczucie małej wartości i winy, zniechęcenie do życia, które może przybierać nasilenie myśli i tendencji samobójczych, zaburzenia snu i łaknienia, a także – u niektórych chorych – lęk, niepokój, pobudzenie, dobowe wahania samopoczucia, różnorodne objawy somatyczne, stanowiące często tzw. maskę depresji. Właśnie te ostatnie bywają przyczyną trudności w rozpoznawaniu depresji, głównie przez lekarza rodzinnego.

Depresja to także problem jej nawrotowości. Uważa się, iż nawrót depresji po remisji objawów występuje u około 80–100% pacjentów, średnio w ciągu całego życia każdy pacjent doświadcza powyżej 3 faz depresyjnych, a każda depresja trwa 6–9 miesięcy, a często nawet dłużej. Przewlekłe objawy depresyjne występują u około 10–20% pacjentów i u takiego samego odsetka pacjentów obserwuje się małą skuteczność stosowanego leczenia. Terapia depresji to oczywiście osobne zagadnienie. Generalnie stosuje się trzy główne metody – farmakoterapię, psychoterapię oraz leczenie innymi metodami biologicznymi, w tym z zastosowaniem zabiegów elektrowstrząsowych.

Ostatni wykład – dr Moniki Wilkość dotyczył zagadnień depresyjnych z psychologicznego punktu widzenia. Jak stwierdziła dr Wilkość, model depresji w podejściu behawioralno – poznawczym zakłada, iż samopoczucie jednostki zależy od jej myśli i przekonań na temat siebie, innych oraz przeszłości, a także w dużej mierze od jej zachowań.

Negatywne schematy poznawcze mogą powstawać wskutek wcześniejszych doświadczeń i być wyzwalane, podtrzymywane i wzmacniane przez obecne wydarzenia lub zachowania jednostki. Opierając się na tych założeniach, interwencja psychoterapeutyczna ma na celu, poprzez weryfikację i modyfikację negatywnych schematów poznawczych oraz zmianę sposobu działania jednostki, wpłynąć korzystnie na jej funkcjonowanie.

W depresji nadrzędną cechą myśli czy przekonań jednostki jest negatywne nastawienie, które – wpływając na subiektywną interpretację zdarzeń – wywołuje niekorzystne emocje, objawy fizjologiczne oraz wpływa na zachowania. Myślenie depresyjne często nie jest oparte na faktach, lecz bazuje na opiniach, wynikających ze zniekształceń poznawczych, do których zaliczamy: myślenie dychotomiczne, w kategoriach „wszystko albo nic”, czarno-białe, związane z przekonaniem, że problem ma tylko dwie strony, np.: „wszyscy muszą mnie lubić – jeśli nie, to jestem do niczego”; nadmierne uogólnianie (generalizacja), czyli wyciąganie ogólnych wniosków na podstawie pojedynczego wydarzenia, przyjęcie założenia, że coś, co przydarzyło się raz będzie powtarzać się bez końca np.: „zostałem okłamywany przez bliską osobę, więc nie mogę już nikomu zaufać”; tendencyjny wybór faktów, czyli przypisywanie nadmiernego znaczenia

niepowodzeniom, zdarzeniom negatywnym, oraz/lub niedoceniając czy niedostrzegając pozytywnych, np.: „spotkało mnie niepowodzenie to dlatego, że jestem taki beznadziejny, a dobre rzeczy w moim życiu zawdzięczał szczęśliwemu trafowi, losowi”; czytanie w myślach, czyli wyciągnięcie arbitralnych wniosków bez sprawdzania ich, np.: „wiem, że on mnie źle ocenia, nie lubi mnie, nie muszę tego sprawdzać, przecież widzę jak na mnie patrzy”, błąd jasnowidza, czyli przewidywanie przyszłości w czarnych barwach, przekonanie, że wszystko potoczy się źle, a przewidywane rzeczy postrzegane są jako już zaistniałe fakty np.: „to pewne, że wkrótce stracę pracę”; rozumowanie emocjonalne, czyli przekonanie, że emocje zawsze i wszędzie odzwierciedlają to, jak rzeczy przedstawiają się w rzeczywistości, „tak czuję, a zatem tak musi być”; programowanie się na niepowodzenie, które polega na ustawianiu sobie zbyt wysokich, niemożliwych do osiągnięcia standardów, których nie oczekujemy od innych. Ten rodzaj zniekształceń poznawczych ukrywa się pod postacią stwierdzeń typu „powinienem”, „nie powinno się”, „muszę”, „trzeba”.

W procesie psychoterapii w nurcie behawioralno-poznawczym pacjent zachęcany jest do gromadzenia informacji na temat swoich schematów poznawczych i wraz z terapeutą identyfikuje swoje dysfunkcyjne przekonania i oczekiwania, nadając im formę hipotez. Wspólnie planowane eksperymenty behawio-

ralne mają za zadanie podważenie prawdziwości tych hipotez oraz zapoczątkowanie zmian w destruktywnym sposobie myślenia pacjenta.

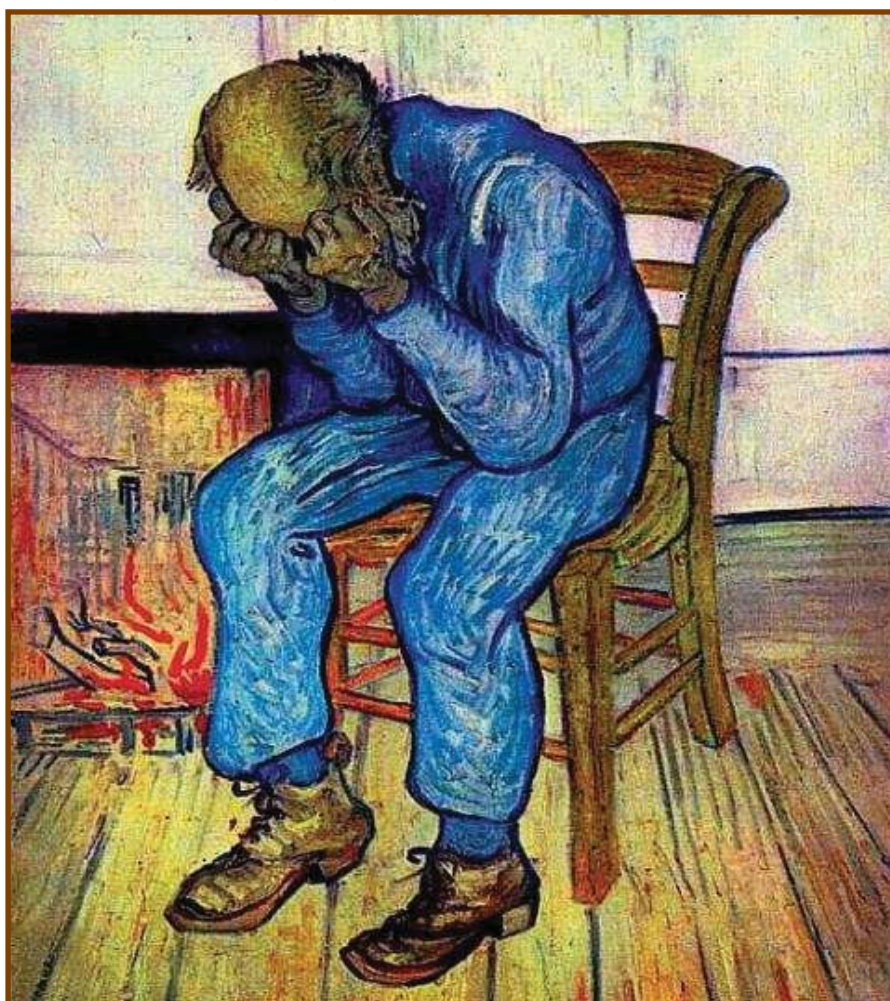
Terapeuta stosuje techniki terapeutyczne, które mają pomóc pacjentowi w rozpoznaniu charakterystycznego dla niego wzorca zależności pomiędzy myśleniem, odczuwanymi emocjami i podejmowanym zachowaniem.

Strategie wykorzystywane podczas terapii wymagają aktywnej pracy pacjenta, także w czasie między sesjami. Pacjent monitoruje negatywne myśli i sytuacje związane z pogorszeniem nastroju oraz uczy się radzenia sobie z nimi poprzez odwracanie uwagi, prowokowanie i znajdowanie alternatywnych myśli, szukanie dowodów za i przeciw, testowanie rzeczywistości w ramach eksperymentów behawioralnych. Pacjent zachęcany jest także do zmiany wzorca aktywności poprzez ustalanie realistycznych, krótkoterminowych, mierzalnych celów.

Przedstawione na konferencji zagadnienia miały na celu przybliżyć depresję, ułatwić jej zrozumienie i – w efekcie – doprowadzić do większej jej wykrywalności i skuteczniejszego leczenia.

*dr Ewa Pilaczyńska-Jodkiewicz jest specjalistką psychiatrą, z-cą kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii, przewodniczącą Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dr Monika Wilkość jest psychologiem, adiunktem w Zakładzie Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii UKW oraz w Katedrze Psychiatrii*

*przedruk z Primum Non Nocere 2009 nr 12*



Vincent van Gogh: Starzec w rozpacz (Na progu wieczności), 1890, Kröller-Müller Museum, Otterlo

## Zawiłości mistycznej drogi w podążaniu za betlejemską gwiazdą

Joanna Hladoń-Wiącek

„Życie jest komedią dla tych co myślą, tragedią dla tych co czują”, *Kandinsky*

Dla Stanisława Wyspiańskiego było ono z pewnością i jednym i drugim. Sam stanowił niewyczerpane źródło kpin pojawiając się w towarzyskim krakowskiej elity intelektualnej z Teosią, „prostą i towarzysko nieobytą”. Cierpliwie tuszuje jej gąfy narażając się na niewybredne epitety. Trwa jednak przy swoim doczekując się z małżonką licznych potomstwa, a także miana „najbardziej niedobranego małżeństwa jakie można było znaleźć nie tylko w Polsce, ale chyba na całym świecie”. Nic sobie z tego ostatecznie nie robi do końca trwając przy swoim kontrowersyjnym postanowieniu.

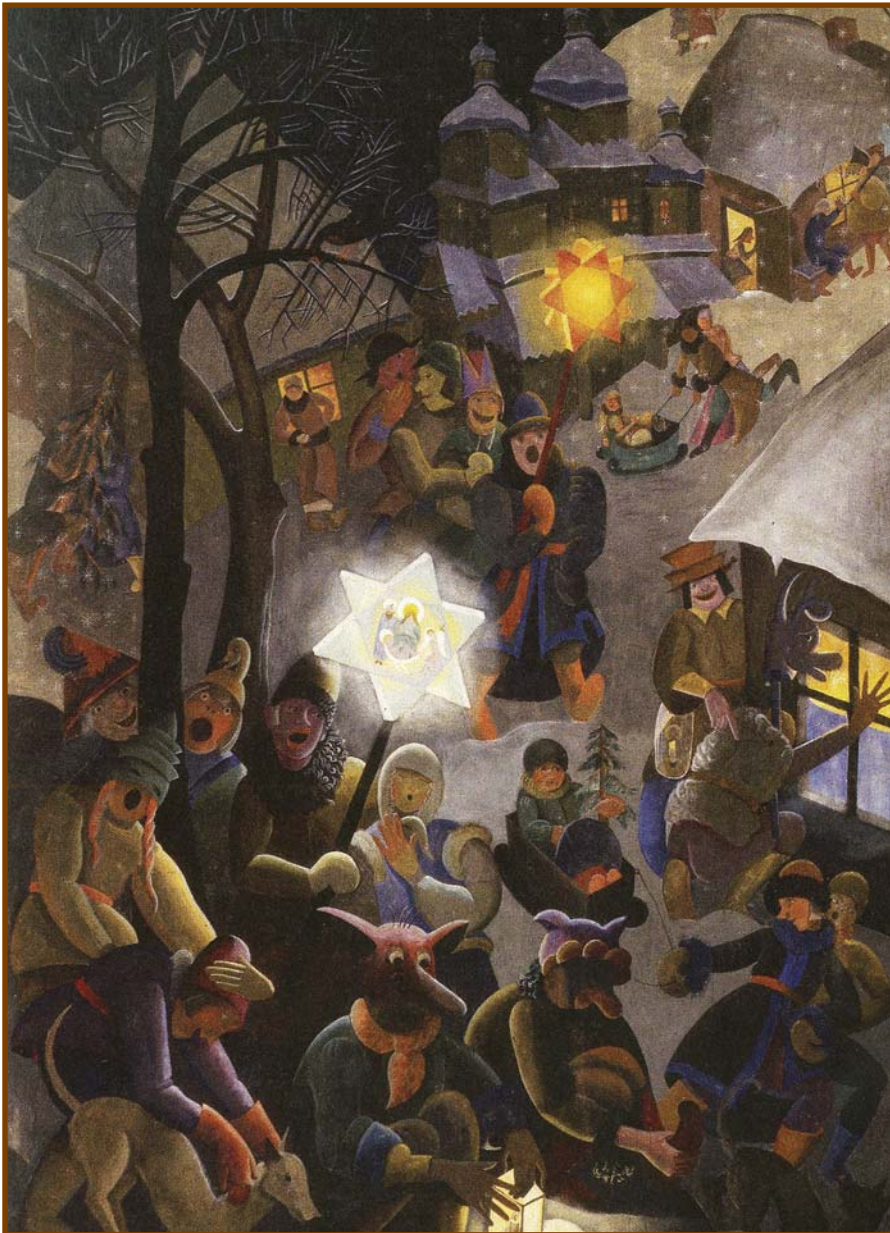
Krajobraz, tak wnikliwie studiowany przez wspomnianego artystę w malarstwie zachodnim z początku pojawiał się jedynie jako stosowne tło. Mógł być zatem dopełnieniem treści dzieła bądź jego wymownym komentarzem.

Okres renesansu szczegółom natury nadał naturalistycznego wymiaru, odąd zaczęto bacznie analizować jej zmienność i kapryśne usposobienie, ekstrahując jej sugestywne znamiona dla potrzeb analitycznych.

Utrwalenie na płótnie zimowego pejzażu to także pretekst do ujawnienia zmienności nastrojów jakim podlegał uwieczony na blisko rok bezwzględny wyrok lekarzy autor „Widoku z okna pracowni”. Choroba nie ogranicza jednak jego twórczej aktywności, potęguje ją raczej do tego stopnia, że w krótkim czasie powstaje unikalna kolekcja kopców, będących reminiscencją obrazów jego duchowości. Za oknem, które w krótkim czasie staje się jedynym wytrychem i punktem obserwacyjnym nieosiągalnego świata swobody, rozciąga się perspektywiczny widok na zaśnieżone wówczas pola, biegnące na ukos. W odległej przestrzeni mającą wzgórze, skąpane w tajemniczej aurze

mgieł. Ciemne grzbiety lasu przecina dumnie prezentujący się stożek Kopca. Choć symbolika jego bezsprzecznie osadzona jest w retoryce historycznej jako realizacja pomnika bohatera i wysiłku rodaków, to byłoby zbytnim uproszczeniem posądzanie tego wizjonera sztuki, wyrafinowanego intelektualisty o tak jednoznaczne traktowanie obszernie przecież udokumentowanego tematu drogi. Można natomiast upatrywać wspólnych punktów odniesienia i symbolicznych elementów w zestawieniu interpretacji historycznej z odzwierciedleniem „polskiej duszy”, której ten suwerenny artysta stał się wyrazicielem i specjalistą. Przyroda stanowiła dla niego niewyczerpane źródło inspiracji. Tworzy osobisty, artystyczny zielnik z iście japońską pedanterią. Utrwalone tam elementy flory zapładniają jego chłonny umysł, powracając później w polichromii, grafice, itd. Takim miejscem w którym odnajduje wielopostaciowość i bogactwo natury, zarazem wybranym, magicznym, tchnącym utajoną symboliką były także krakowskie Plany. Pusta aleja naznaczona rytmicznością stojącego szpaleru drzew oraz upodabniających się do nich swą nostalgicznością kształtów - słupów telegraficznych, nasuwa obserwatorowi wnioski, że jest to niewątpliwie wyraz jakiejś bliżej nieokreślonej nostalgii i tęsknoty. Więzień swojej pracowni nie może bowiem przekroczyć także granic jakie wyznacza mu jego dotknięte chorobą ciało. Piękny widok rozciągający się za oknem jest jego wyznaniem, modlitwą o swobodę przestrzeni. Droga ta zdaje się nie mieć początku i końca. Jest jak bohater niewypowiedzianego monologu o życiu, ograniczonym jedynie przez fragmentaryczność pracy jego ciała. W filozofii wschodu droga jest nadaną wartością, symbolem trwania i nieustawicznego dążenia. Podobnie jak tworzona jest mantra, której cel nie musi być bliżej określony i wytyczony w granicach czasu. Istotą rzeczy jest podążanie i nieustanny ruch zawarty w jednostce czasu. Mistrz Lao-Tsy w poemacie „Droga” ujmuje to zjawisko tymi słowami: „Możesz ujrzeć swoją drogę przez okno. Im dalej pójdziesz tym mniej będziesz rozumiał”.

Droga zroszona deszczem, otulona puchem śniegu, której rytm biegu zawsze kontrolowany jest przez szpaler milczących świadków (finezjnie wygiętych drzew), to wyznaczenie i nieosiągalne marzenie autora o przekraczaniu granic także własnej słabości. Nieubłagany upływ czasu trzyma pieczę także i nad światem przedstawionym. Konary drzew zdają się być pośmiewiskiem tego co reprezentuje sobą bujna natura, natrzęsając się z jej bezsilności wobec pór roku. Rozległa droga nagrodzi jednak każdego wędrowca przemierzającego jej odcinki czarującym, pełnym romantycznego wydźwięku pejzażem gór przytłoczonych ciężarem pokrywy śnieżnej. Spokój i harmonia zamknięta w tym kadrze jest jak poezja tak bardzo ceniona przez artystę. Wyciszoną tonację, subtelną i łagodną, przecina kaligrafia drzew wymykających się spod precyzyjnego



Teresa Roszkowska: Kolędy, 1930, tempera. Muzeum Narodowe w Krakowie

dyktanda ciszy. Dominantą kolorystyczną niezaprzeczalnie jest biel. Nie tłumi ona jednak swoją obojętnością kolorystyczną pozostałych, barwnych fragmentów tej malarskiej opowieści o podążaniu, stanowi raczej tło lub narrację. Wyeksplorowane elementy pejzażu skupiają dzięki temu zabiegowi całą uwagę na sobie. To one są celem wędrówki, stanowią o jej ekspresywnej mocy. Jak napisze później Tadeusz Kantor: „Malarstwo Wyspiańskiego ma kolosalny ładunek poezji. Można płakać, bo przy poezji powinno się płakać”. Nie sposób oprzeć się takiemu wrażeniu obserwując te zamknięte w ramach blejtramu melancholijne wyznania liryczne. Realizm obserwacji, oryginalne kadrowanie, gorycz poznania, to wszystko jest zapisem stanu emocjonalnego jakim poddany zostaje sam kreator świata przedstawionego. Rozmyślnie unikanie szczegółu powoduje, iż akcent przeniesiony zostaje na szereg konstrukcji studiowanych przedmiotów.

*„Każde dzieło sztuki jest rzeczą zamkniętą w sobie. Każde dzieło sztuki to autonomiczne życie. To oryginalny wszechświat, który sam sobie wystarcza.”, Kandinsky*

Roszkowska Teresa „Kolędy”. Okres Bożego Narodzenia to przede wszystkim czas radosnego kolędowania. Niektóre rejony Polski kultywowały tę tradycję poczynając od dnia wigilii. Ujawniano wówczas emotywny wyrażania tego niezwykłego stanu pobudzenia w duchu radosnego objawienia. Tzw. podłaźnicy przynosili do domostw gałązkę jedliny lub wiliorze szopkę, najczęściej pudło w kształcie stajenki inaugurując uroczyste kolędowanie. Podążając śladami Jezusa, pochylającego się nad każdym człowiekiem, nie omijali żadnej ludzkiej siedziby.

Wsie i miasteczka ubarwiali swoją hałaśliwą gromadą liczni kolędnicy. W skład tak zorganizowanej trupy wchodził najczęściej: postać z gwiazdą, kozą, czy turoniem, niezbędnym elementem ludowego obrządku była także szopka. Ich oratorskie popisy znajdowały życzliwych „mecenasów” nie skąpiących im datków. Tego typu urodziwy obyczaj, zatopiony w ludyczności, utrwaliła niezwykle wymownie Teresa Roszkowska w malarskiej metaforze zatytułowanej po prostu „Kolędy”. Obraz tętni życiem i niepowtarzalnym bogactwem form. Artystka za pomocą farb wydobywa życie, jest sprawczynią i obserwatką eksperymentu w duchu Bruegela. Ciepła kolorystyka przywołuje uroczę i jakże osobiste wspomnienie rodzinnego święta. Uproszczenie form, którym konsekwentnie pozostaje wierna autorka sprawia że jej postacie to każdy z nas, poddany temu samemu nastrojowi, jednakowemu rytmowi radosnego uniesienia. Silna deformacja bohaterów powoduje iż stają się oni nie tylko symbolem świąt, ale przekształcają się w marionetki o ludzkich cechach, tak bardzo spragnione sacrum, radości i muzyki. To postacie rodem z bożonarodzeniowej szopki głoszące światu szczęśliwą nowinę. Zrytmizowane, geometryczne formy świetnie korelują z harmnią dźwięków przypisaną pastorałkom. Autorka lawiruje w ga-

mie szarości, bieli, brązów, śmiało zanurzając ten fantastyczny nokturn w jakże kontrowersyjnej palecie, zważywszy na zamierzony efekt wyodrębnienia nastrojowości zgromadzonej i rozbawionej już gawiedzi. Równoległe pociągnięcia pędzlem podlegają także rytmicznemu zapamiętaniu, powodowanemu przez nastrój. Autorka uwalnia wodze fantazji, zdaje się patrzeć na ten rozśpiewany świat oczami naiwnego dziecka, pełnego zachwytu, zatopionego w misterium święta. Małych postaci nie brak zresztą na tej rozgrzanej tłocznią widownią scenie. Któż bowiem lepiej jeśli nie one mógłby powiedzieć nam czym doprawdy jest to ekstatyczne święto.

Zredukowane formy którymi posługuje się Roszkowska zawierają pierwiastki humorystycznej roszady. Szerokie pociągnięcia pędzlem kładą nacisk na sugestywne odczytanie konceptu artystycznego, a nie na realizm. Przerysowani bohaterowie dostosowują się do zdeformowanego pejzażu. Obrysowanie światłem tych podmiotów oddziela je zasadniczo od reszty elementów świata przedstawionego

nadając obrazowi wrażenie przestrzenności. Światło ślizga się po ubraniach wystarczająco podkreślając wykonywane zadania. Pochodzi z wnętrza domostw, gwiazdy niesionej przez rozbawiony tłum. Sztuka Roszkowskiej jest wyjątkowo odteoretyzowana, daje nam możliwość swobodnej interpretacji. Interesują ją fazy ruchu, dynamika jest jej sprzymierzeńcem w drodze do porozumienia z odbiorcą. Ruch jest tu abstrakcją, dedukcją wyartykułowaną wewnątrz przedstawienia. Wydobywa rozdźwięk między rzeczywistością a fikcją. Kontrasty zastosowane w tej odsłonie prawdopodobne i naturalne wydobywają jednak z przestrzeni symboliczne formy. Przestrzeń posiada własną głębię scaloną i przypisaną do treści tematu.

Autorka pozostawała w kręgu sztuki Tadeusza Pruszkowskiego, promującego nowy realizm, ulegając urokowi mistrzów włoskiego renesansu i siedemnastowiecznego malarstwa holenderskiego. Scenografia teatralna i filmowa stały się jej domeną. W tłumne, drobniawo odtwarzane, pełne optymizmu sceny, wmontowywała wątki narracyjne, co także



Stanisław Wyspiański: *Widok z okna pracownika artysty na Kopiec Kościuszki w zimowy, pogodny dzień*, 105, pastel, Muzeum Narodowe w Krakowie

widoczne jest na obrazie „Kolędy”. Radosna kolorystyka barw, zabawa groteską świetnie charakteryzuje jej niebanalne potyczki z rzeczywistością. Podwyższony punkt obserwacji narratora ukazuje jego siłę twórczą nad światem przedstawionym oraz wolę tchnienia życia w ten rozbrajająco sympatyczny tłum. Widać w nim pełnię mocy w stosunku do dekoracyjnej barwy i światłocieniowego modelunku. Żongluje konwencjami abstrakcji i realizmu, upraszczając kształty, geometryzując. Zastępuje często kolor naturalny swoim własnym zamiennikiem, rozumiejąc, że płótno to także miejsce doświadczeń. To niemalże teatralna aranżacja z tłumem na scenie, pokazana w scenografii jakże swojskiej.

Gromadę podzieloną na grupy zespala wspólną drogą i radosna intencja.

Powierzchnię płótna przykrywa gruba warstwa farby. Śmiałe pociągnięcia pędzlem wydobywają świat zasłonięty puchem warstwy śniegu. Biała barwa stanowi też doskonale tło, eksponujące i wydobywające z przestrzeni rozbawione istoty. Zapowiadają one zresztą swoim nietypowym wizerunkiem bliskość karnawału.

„Wiele z moich marzeń znalazło tu swe spełnienie: obraz naprawdę jest podobny do orga-

nów, rozbrzmiewa w nim muzyka”, Kandinsky

Zauroczony światem podhalańskim, jego obyczajami, wierzeniami oraz nieprzeciętnym kolorytem Kazimierz Przerwa-Tetmajer całą swoją twórczą drogą podąża śladami chłopskich obejść, karczm, barwnych krajobrazów. Był pionierem zarówno w warstwie obyczajowej jak i artystycznej pokazując swą niegasnącą fascynację folklorem Podhala. Przyplącił to odrzuceniem ze strony środowiska artystycznego, szczególnie po skandalicznym, jak na tamte czasy, małżeństwie z prostą chłopką. Tę mezaliansu nie mogła wybaczyć mu także rodzina, przeczuwająca nieprzeciętny talent w młodym jeszcze Włodzimierzu. Ten piewca sztuki ludowej znalazł już wkrótce bardziej lub mniej zdolnych kontynuatorów. Jednak tak dalece posunięte na ówczesne czasy chłopomaństwo wyzierające z każdej barwnej plamy którą uwiecznił, było precedensem. Widać jednak u tego znakomitego artysty autentyczną znajomość wsi, głębokie studium psychiki rdzennej ludności, a nie jak później stanie się to powszechnym powierzchowną modą na folklor.

Grubą warstwą farby, śmiałymi pociągnięciami pędzla posłużył się autor „Kolędniców”, aby oddać dynamizm wędrującej wśród zamieci nocnej grupy grajków. Scaleni ze swy-

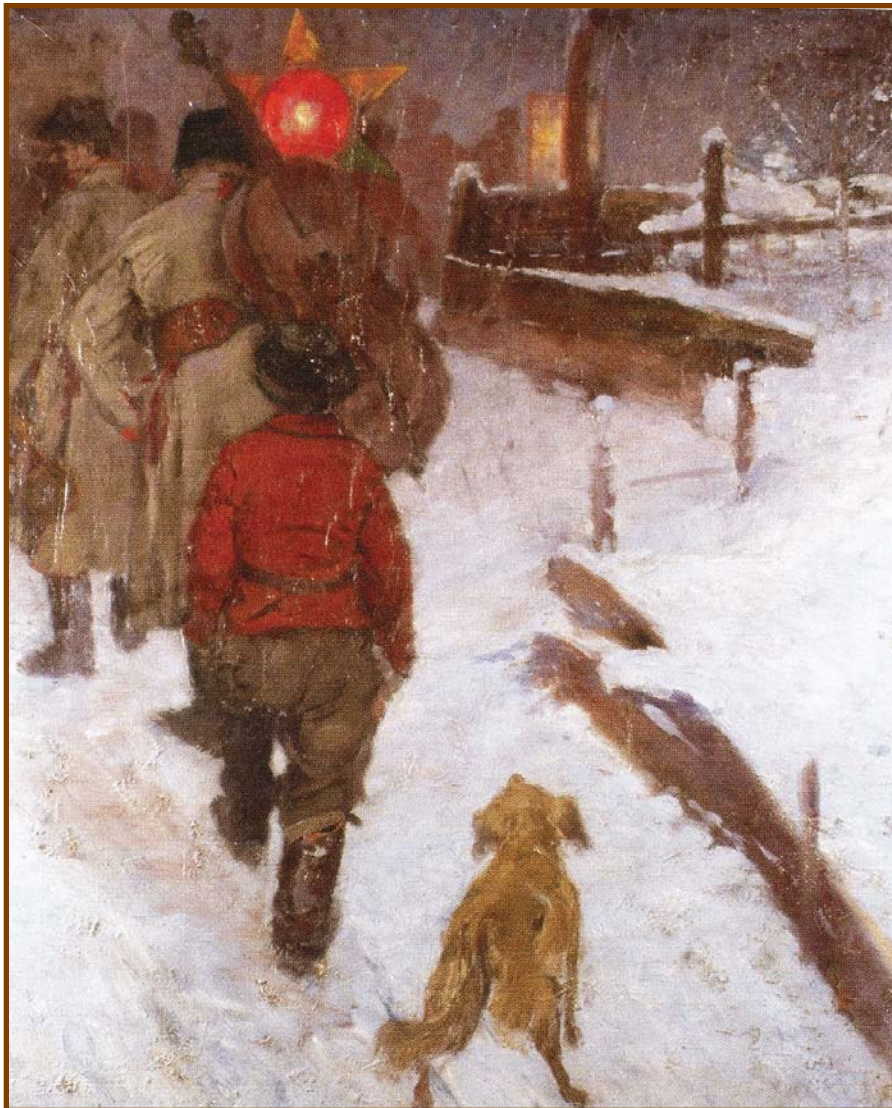
mi instrumentami podążają niosąc radość i muzykę w każdym obejściu. Podobnie jak u Wyspiańskiego nadrzędnym motywem jest droga. Wzrok odbiorcy na dalszym planie zatrzymany zostaje przez gwiazdę, niezaprzeczalnie wpisując się ona w estetykę przywołującą swą barwą i fakturą zachodzące słońce. Tak jak i ono wnosi do domu życie i energię, podobnie wędrująca trupa muzyków obdarowuje swoich słuchaczy mocą wydobywaną z instrumentów. Ukazani wędrowni trubadurzy są typowymi przedstawicielami swojej społeczności. Nie możemy rozpoznać ich twarzy, możemy natomiast przyłączyć się do tej wesołej gromady. To właśnie sugeruje nam autor dodatkowo przywdziewając ostatniego z nich w karminowy strój. Ta ostatnia postać to zapewne mały Witek lub Staszek z bronowickiej wsi dopiero uczący się od ojca fachu. Wieczorni goście wyraźnie zwalniają tempo marszu, co sugerują lekko pochylone sylwetki, ciężki instrument-trybut jednego z nich staje się dodatkowym balastem w tej niełatwej drodze. Utwierdza to obserwatora w przekonaniu, iż miejscem akcji jest góralska zagroda. Obarczony kontrabasista poprzez strój zdradza nam ostatecznie swoje pochodzenie za przyczyną góralskiego pasa, stanowiącego element jego stroju.

Ukośnie budowana przestrzeń zapowiada trudy drogi jakie muszą pokonać przybyście aby rozgrzać muzykowaniem kolejne domostwo. Nawet mały strażnik - podwórkowy piesek ulega magii chwili ujadając, jakby od niechcenia. Nie traktuje jednak kolędniców z należytą surowością.

Z daleka mający światło chałupy sugerujące, że ktoś niecierpliwie oczekuje już na tych wesołych odmieńców.

Droga jako symbol jest niezwykle bogata w znaczenia, przywoływała zupełnie skrajne pojęcia dotyczące zarówno życia jak i śmierci. Zazwyczaj prowadziła do odnalezienia sensu istnienia, poszukiwania prawdy. W znaczeniu duchowym, aksjologicznym i epistemologicznym ewokowała mnogość sensów. Pojęcie drogi sugeruje tak jak i u ww. artystów zdefiniowanie relacji pomiędzy człowiekiem a tym co go otacza, między jego czasem egzystencji a czasem rzeczywistym, przypisanym cykliczności natury. Artyści proponują podróż jako źródło doświadczeń, nowych doznań zarówno estetycznych jak i intelektualnych w poszukiwaniu wzajemnych międzyludzkich relacji i uczuć, zawsze towarzyszących nam przy wigilijnym stole. Droga widziana z okna unieruchomionego Stanisława Wyspiańskiego to próba odpowiedzi na samotność wielu podobnych mu bezbronnych wobec cierpienia ludzi. Boże Narodzenie jest więc takim momentem podczas którego z niejednego okna spogląda bezradny człowiek. Artysta uświadamia nas, że ich podróż jest częścią naszej, szczególnie w trakcie wspólnej wieczery w gronie rodziny i przyjaciół. To właśnie w tym mistycznym spotkaniu krzyżują się nasze jakże odmienne drogi.

mgr Joanna Hladoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej



Włodzimierz Tetmajer: Kolędniczy, Wotyńskie Muzeum Krajoznawcze, Łuck, Ukraina

# Zasoby medyczne w polskich bibliotekach cyfrowych

Anna Ajdukiewicz-Tarkowska, Paweł Tarkowski

## **Biblioteka cyfrowa, jako nowe źródło informacji naukowej**

Rozwój technik komputerowych przypadający w Polsce na koniec XX wieku nie pozostał bez wpływu na biblioteki i ich działalność. Oprócz rozwoju elektronicznych katalogów bibliotecznych znaczącym efektem tych zmian było nowe zjawisko – biblioteki cyfrowe. Zanim jednak przejdziemy do ich analizy, skupmy się przez chwilę na kwestii terminologicznej tego zagadnienia. W Polsce powszechną praktyką jest zamienne stosowanie nazw wirtualna i cyfrowa do wszelkich inicjatyw udostępniających w sieci swoje zasoby dotyczące konkretnej dziedziny lub zagadnienia. Pojawiają się jednak głosy różniące te pojęcia – logiczniej i ścisłej historycznie byłoby „wirtualnymi” nazwać tylko takie, w których scalanie materiału następuje jedynie w procesie wyszukiwania i nie ma mowy o żadnym materiale rezydującym w pamięci jednego konkretnego aparatu, zaś „cyfrowym” przydać dopowiedzenie „elektroniczne”. Tutaj jednak będziemy używać obu terminów, ponieważ, jak wspomnieliśmy w powszechnym użyciu funkcjonują one zamiennie.

Wśród polskich bibliotek cyfrowych prym wiodą serwisy regionalne i akademickie, oparte na platformie dLibra, których zbiór stanowią elektroniczne wersje zasobów bibliotek tworzących. „dLibra” to dziecko Poznańskiego Centrum Superkomputerowo-Sieciowego, służące do tworzenia bibliotek cyfrowych, które oprócz tradycyjnych funkcji bibliotek posiada także inne narzędzia takie jak na przykład kontrola dostępu. Jest w pełni kompatybilna z różnymi schematami opisu (Dublin Core, MARC). Domyślnym opisem systemu jest podstawowy zestaw elementów Dublin Core.

W 2002 roku Poznańska Fundacja Bibliotek Naukowych przy współpracy z Poznańskim Centrum Superkomputerowo-Sieciowym stworzyła Wielkopolską Bibliotekę Cyfrową.

Najważniejsze założenia WBC to :

Zwiększenie dostępności materiałów dydaktycznych Uniwersytetu Wrocławskiego a co za tym idzie zwiększenie efektywności pracy z tymi materiałami

Zwiększenie dostępności prac naukowych badaczom nie tylko z kraju, ale także spoza jego granic

Dzięki stworzeniu cyfrowych kopii najcenniejszych źródeł (bibliotecznych i archiwalnych) zwiększenie ich dostępności

Obniżenie kosztów udostępniania źródeł informacji w bibliotekach.

Dziś Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa, na której opiera się rozwój i kierunki zmian platformy dLibra to zbiór ponad 62 tysięcy dokumentów zawartych w 11 kolekcjach.

Podobną politykę doboru materiałów do zasobu prezentują pozostałe regionalne biblio-

teki cyfrowe wykorzystujące platformę dLibra (Dolnośląska Biblioteka Cyfrowa, Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa, Zielonogórska BC, Małopolska BC, Śląska BC, Jeleniogórska BC, Podlaska BC, Podkarpacka BC).

Wśród instytucjonalnych bibliotek cyfrowych zbudowanych na platformie dLibra najstarsza to Biblioteka Cyfrowa Politechniki Łódzkiej i Biblioteka Cyfrowa Uniwersytetu Wrocławskiego powołane do życia w grudniu 2005 roku.

## **Naukowa informacja medyczna w bibliotekach cyfrowych**

Zastanówmy się jednak jak wygląda dostępność zasobów związanych z medycyną.

Wyniki Tabeli nr 1 nie są do końca przekładalne na jakość zbiorów z dziedziny medycyny, ponieważ wyszukane rekordy to w większości:

artykuły z czasopism medycznych będących własnością (pod względem praw autorskich) bibliotek współdziałających w ramach danej biblioteki cyfrowej  
artykuły z czasopisma starych, dla których wygasły prawa autorskie  
stare książki, dla których wygasły prawa autorskie

książki, które autorzy udostępnili bibliotekom cyfrowym

Tak jak w przypadku większości nauk, wartość tych pozycji jest różna. Nie można mówić o dużej wartości naukowej – poza historyczną - artykułu z czasopisma napisanego 70 i więcej

lat temu. Jednak sama liczba wyników świadczy o tym, że dziedzina jest zauważalnie reprezentowana w bibliotekach cyfrowych. Oczywiście nasuwa się pytanie, czy warto tworzyć medyczną bibliotekę cyfrową lub czy warto umieszczać zbiory z dziedziny medycyny w bibliotece cyfrowej. Celem tego referatu nie jest odpowiadanie na to pytanie. Ale postaramy się przytoczyć argumenty za i przeciw.

Dlaczego nie warto:

biblioteka cyfrowa to na pewno ogromne koszty dla instytucji zakładającej ją. Na takie przedsięwzięcie mogą sobie pozwolić tylko duże instytucje lub grupy instytucji  
zbiory bibliotek cyfrowych to w większości pozycje, dla których wygasły prawa autorskie – czyli stare – co w przypadku medycyny sprawia, że są to pozycje nieaktualne  
zbiory medyczne aktualne mają zbyt dużą wartość (finansową), żeby autorzy zgadzali się na rezygnację z praw autorskich

Dlaczego warto:

Zanim przytoczymy argumenty mogące przemawiać za tym, że warto tworzyć biblioteki naukowe należy przeanalizować możliwości rozwoju bibliotek cyfrowych. Można bowiem śmiało powiedzieć, że w obecnej prawno-ekonomicznej sytuacji bibliotek, medyczna biblioteka cyfrowa nie miałaby sensu. Kilka lat temu mówiono tak o ogólnych bibliotekach cyfrowych. Nadal jeszcze takie głosy pojawiają się i mają naprawdę poważne argumenty po swojej stronie. A mimo to w ciągu kilku lat powstało kilkanaście bibliotek cyfrowych i (poza jedną) bardzo dobrze się rozwijają. Nie stanowi o tym

<b>Biblioteka Cyfrowa</b>	<b>Liczba wyników (wyszukiwanie przez stronę Federacji Bibliotek Cyfrowych)</b>	<b>Liczba wyników (wyszukiwanie na stronach bibliotek)</b>
<b>Federacja Bibliotek Cyfrowych (SUMA)</b>	<b>319</b>	<b>1646</b>
Kujawsko Pomorska biblioteka Cyfrowa	153	706
Dolnośląska Biblioteka Cyfrowa	63	116
Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa	32	99
Podlaska Biblioteka Cyfrowa	29	31
Małopolska Biblioteka Cyfrowa	10	482
Cyfrowa Biblioteka Narodowa „Polona”	9	9
Śląska Biblioteka Cyfrowa	8	149
Akademicka Biblioteka Cyfrowa KRAKÓW	5	5
Zielonogórska Biblioteka Cyfrowa	4	36
Biblioteka Cyfrowa Uniwersytetu Wrocławskiego	3	
Jeleniogórska Biblioteka Cyfrowa	2	12
Wejherowska Biblioteka Cyfrowa	1	1

Tabela 1. Wykaz wyników wyszukiwania dla hasła „medycyna”

dochód, jaki przynoszą – bo o takim nie ma nawet mowy. Można nawet powiedzieć, że pochłaniają spore fundusze. Ale nadal świetnie funkcjonują czekając na lepsze czasy. Postęp w informatyzacji i rozwój nauk wymusza na instytucjach zajmujących się informacją naukową konieczność przystosowania swoich usług do rosnących potrzeb użytkownika. Informacja ma być:

aktualna – często już nie chodzi o to, żeby mieć dostęp do wyników badań z ostatnich lat, ale z ostatnich miesięcy, co w przypadku czasopism i książek drukowanych było do tej pory trudne ze względu chociażby na sam proces wydawniczy szybka – proces wyszukiwania informacji musi być skrócony do minimum. Użytkownik nie ma czasu na odwiedzanie biblioteki w celu sprawdzenia, czy informacja, której potrzebuje jest dostępna. Domaga się zatem dostępu do informacji z domowego komputera, więc katalog biblioteczny on-line przestaje wystarczać.

Można się spodziewać zatem, że sytuacja wymusi zmiany. Mogą one pójść w dwóch kierunkach. Albo prawo zostanie zliberalizowane co umożliwi jakąś formę dostępu do publikacji najnowszych on-line, albo biblioteki cyfrowe włączą w swoją ofertę dostęp do najnowszych pozycji po opłaceniu tego dostępu. Oba rozwiązania wymagają drastycznej zmiany prawa.

Mocno hamującym czynnikiem jest również przekonanie pokutujące wśród autorów o niższości publikacji elektronicznej. Jej wartość naukowa jest oceniana niżej, niż wartość publikacji papierowej. Zmiana tego czynnika jest zapewne tylko kwestią czasu. Naukowiec, który coraz częściej sam korzysta z publikacji elektronicznej uznając jej wartość naukową z czasem przekona się do czasopisma on-line jako czasopisma publikującego jego pracę.

Zatem dlaczego warto inwestować w medyczne zbiory:

jeżeli założymy, że opisane wyżej zmiany mają

dużą szansę nastąpić, to warto jest być na nie przygotowanym. Stworzenie biblioteki cyfrowej od podstaw do stanu, w którym znacznie spełniać w funkcjonalny sposób swoje zadania nawet przy dużym nakładzie pieniędzy i pracy musi potrwać lata. W przypadku braku bibliotek cyfrowych to właśnie byłby najbardziej hamujący rozwój czynnik.

dobrze działająca biblioteka cyfrowa (tak jak każda instytucja) musi mieć doświadczenia. Jeżeli zmiany nastąpią, polskie bibliotekarstwo mogłoby wejść w nie z gotowymi rozwiązaniami organizacyjnymi.

biblioteki cyfrowe mają za zadanie nie tylko czekać na mające nadejść zmiany ale powinny lobbować za ich nadejściem. Istnienie bibliotek cyfrowych i ich ciągły rozwój to poważny argument za tym, że są potrzebne i powinno się działać w celu ich dalszego rozwoju.

Jak wcześniej wspomniano biblioteki cyfrowe mogłyby włączyć do swojej oferty płatny dostęp do najnowszych pozycji, oparty na współpracy wydawcy i biblioteki. Przykładem takiego rozwiązania jest serwis GoogleBooks i nasza rodzima Biblioteka Wirtualna Nauki - inicjatywa Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego, która znacznie różni się od przedstawionych wcześniej bibliotek cyfrowych, które możemy uznać za typowe (nazwijmy je „otwartymi”) – czyli oparte na platformie służącej do tworzenia bibliotek cyfrowych i udostępniające cyfrowe wersje zasobu macierzystych instytucji. Biblioteka Wirtualna Nauki jest wspólną platformą wielu źródeł informacji. Zasoby stanowią różnego typu bazy danych, również bazy pełnotekstowe, co czyni BWN biblioteką cyfrową (czyli udostępniającą pełne teksty źródeł). Są to przede wszystkim archiwa wydawców czasopism naukowych, archiwa rozpraw naukowych, bazy faktograficzne. Dostęp do zasobów odbywa się na zasadach

licencyjnych, co stanowi główny aspekt różniący BWN od wcześniej omawianych bibliotek cyfrowych, gdzie dostęp do zasobów był nieograniczony względami finansowymi.

Powszechnie panująca definicja bibliotek cyfrowych nie ogranicza stosowania tego terminu jedynie do otwartych bibliotek cyfrowych, do których dostęp nie jest obwarowany względami finansowymi, nie możemy zatem wykluczyć z tej grupy Biblioteki Wirtualnej Nauki. Analizując zatem zawartość zasobów dotyczących medycyny i jej nauk pokrewnych w BWN, jej przewaga nad otwartymi bibliotekami cyfrowymi jest miążdżąca. Czy otwarte biblioteki cyfrowe będą mogły w przyszłości konkurować z płatnymi bibliotekami, oferującymi tak duży zasób najnowszych pozycji naukowych? Nadzieję na taki stan, daje nam przynależność Polski do struktur Unii Europejskiej, która nakłada na państwa członkowskie konieczność zmian w tej dziedzinie. Daje to nadzieję na zaistnienie drugiego z wyżej opisanych nurtów ewentualnych zmian, dających otwartym bibliotekom cyfrowym możliwość włączania coraz nowszych i bardziej aktualnych zbiorów.

### Wspólnota Europejska a biblioteki cyfrowe

Dla wszystkich bibliotek cyfrowych fundamentalnym dokumentem jest Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: i2010 Biblioteki Cyfrowe, który w 2005 roku dał początek ogólnoeuropejskiej inicjatywie mającej na celu digitalizację dorobku kulturowego i naukowego. Dokument porusza zarówno aspekty finansowe, prawne, jak i organizacyjne oraz techniczne i choć ogranicza się jedynie do digitalizacji dorobku kulturowego, informacja naukowa nie pozostaje dla autorów bez znaczenia, bowiem jest to specyficzna dziedzina o szczególnej dynamice, wynikającej z potrzeby przetwarzania i przechowywania wielkiej ilości danych cyfrowych, a także gwałtownego wzrostu liczby publikacji dostępnych wyłącznie w formie cyfrowej. W dokumencie znajdujemy również zapowiedź dokumentu bezpośrednio odnoszącego się do tej kwestii. Jest to Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady i Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie informacji naukowej w epoce cyfrowej: dostęp, rozpowszechnianie i konserwacja, opublikowany w 2007 roku. Dokument ma na celu zasygnalizowanie wagi informacji naukowej i rozpoczęcie procesu politycznego, dotyczącego (a) dostępu do informacji naukowej i jej rozpowszechniania, oraz (b) strategii konserwacji informacji naukowej w całej Unii. W dokumencie zwrócono uwagę na problem prawa autorskiego (m. in. profity wydawców i autorów), jako czynnika hamującego dostęp do wyników badań naukowych. Wśród rozwiązań proponuje się między innymi system „autor płaci”, który przenosi koszty publikacji z czytelnika na autora, tzn. na in-

**icm** **Biblioteka Wirtualna** 

System sieciowego udostępniania naukowych baz danych poprzez ICM english version

**Informator:** [Licencyjne zasoby Biblioteki Wirtualnej, zasady ich udostępniania w roku 2008 oraz statystyki](#)  
[Planowane zasady udostępniania licencyjnych zasobów Biblioteki Wirtualnej w roku 2009](#)  
[Kontakt](#)

**Pełne teksty:** [Elsevier/ICM](#) - baza ScienceDirect (czasopisma Elsevier) | [informator](#)  
lub dostęp on-line na serwerze wydawcy (Elsevier/ScienceDirect)  
[Springer/ICM](#) - czasopisma Springer | [informator](#)  
lub dostęp on-line na serwerze wydawcy (Springer) w tym czasopisma Kluwer  
[ACS](#) - czasopisma American Chemical Society | [informator](#)  
(dostęp on-line na serwerze wydawcy)  
[AIP/APPS](#) - czasopisma American Institute of Physics (AIP) oraz American Physical Society (APS) | [informator](#)  
(dostęp on-line na serwerze wydawcy)  
[Nature | Science](#) | [informator](#)  
(dostęp on-line na serwerach wydawców)  
[Ovid Biomedical Collections](#) - czasopisma biomedyczne | [informator](#)  
(archiwa)  
[EMS](#) - Europejskie Towarzystwo Matematyczne | [informator](#)  
(mimo)  
[IEEE](#) - zasoby Institute of Electrical and Electronics Engineers  
(dostęp on-line na serwerze wydawcy) | [informator](#)  
[IOS Press](#) | [informator](#)  
(dostęp tekstowy)  
[Spis tytułów](#) pełnych tekstów czasopism zagranicznych  
(aktualizacja: 1 czerwca 2007)

**Abstrakty i cytowania:** [Science Citation Index Expanded](#) | [informator](#)  
lub dostęp on-line na serwerze wydawcy (Thomson Scientific)  
dostępna jest także [nowa wersja serwisu](#)  
[SCOPUS](#) | [informator](#)  
(dostęp on-line na serwerze wydawcy)

**Abstrakty:** [INSPEC](#) - fizyka, elektronika i informatyka | [informator](#)  
[MATH](#) - matematyka | [informator](#)



stytucję lub organizację finansującą autora. Inną możliwością jest rozwiązanie wskazane w zaleceniach Europejskiego Naukowego Gremium Doradczego – EURAB (mającego na celu wspieranie w tworzeniu i wdrażaniu unijnej polityki badawczej) mówiących o tym, że publikacje naukowe będące efektem badań finansowanych z funduszy unijnych, powinny być jak najszybciej dostępne w publicznych (lub przynajmniej instytucjonalnych) repozytoriach. Jak najszybciej – czyli w ciągu sześciu miesięcy od publikacji.

Powyższe dokumenty nie są aktami wykonawczymi, sygnalizują jedynie pewne aspekty i problemy, nawołując do debaty politycznej i społecznej. Jedynymi dokumentami mającymi większą moc sprawczą jest Zalecenie Komisji z dnia 24 sierpnia 2006 roku w sprawie digitalizacji i udostępniania w Internecie dorobku kulturowego oraz w sprawie ochrony zasobów cyfrowych, dotyczące jednak jak sama nazwa mówi jedynie dorobku kulturowego oraz Zalecenie Komisji Europejskiej z dnia 10 kwietnia 2008 r. w sprawie zarządzania własnością intelektualną w ramach

działań związanych z transferem wiedzy oraz Kodeks postępowania dla uczelni wyższych i innych publicznych instytucji badawczych, który wśród zasad dotyczących wewnętrznej strategii politycznej w zakresie własności intelektualnej, zawiera punkt odnoszący się do opracowania i upowszechniania polityki publikacji/rozpowszechniania promującej szerokie rozpowszechnianie wyników badań i rozwoju (np. poprzez powszechne dostępne publikacje), przy jednoczesnym przyjęciu możliwości opóźnień z uwagi na ochronę własności intelektualnej, chociaż takie przypadki powinny być ograniczone do minimum. Ponadto określone zostały tam również praktyki organów publicznych, odnoszące się bezpośrednio do transferu wiedzy, a mianowicie:

- Otwarty dostęp wprowadzany jest w życie przez publiczne instytucje finansujące badania w zakresie publikacji naukowych poddanych wzajemnej weryfikacji i będących wynikiem badań finansowanych ze środków publicznych.
- Wspierany jest otwarty dostęp do wyników badań naukowych, zgodnie z zasa-

dami i wytycznymi dotyczącymi dostępu do wyników badań finansowanych ze środków publicznych OECD, z uwzględnieniem ograniczeń związanych z komercyjnym wykorzystaniem.

- Systemy archiwizacji wyników badań (takie jak internetowe bazy danych) są rozbudowywane z wykorzystaniem środków publicznych w powiązaniu ze strategiami politycznymi na rzecz otwartego dostępu.

Nikt chyba nie ma wątpliwości, że dalszy rozwój informacji naukowej będzie mocno związany z rozwojem technik komputerowych i Internetu. Nie ma też wątpliwości, że będzie on miał na celu ułatwienie dostępu do informacji i zwiększenie jej aktualności. Biblioteka cyfrowa zdaje się być naturalną odpowiedzią na te żądania. Dobrze by było, żeby dzisiejsze biblioteki miały nadal w przyszłości monopol na dostarczanie nauce „dobrej” informacji naukowej.

*mgr Anna Ajdukiewicz-Tarkowska i mgr Paweł Tarkowski są pracownikami Biblioteki Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, wystąpienie pochodzi z 26. Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych w Bydgoszczy, 15-17.09.2008*

## Anioł hematologii

W dniu 20 grudnia w Dworze Artusa w Toruniu odbędzie się charytatywny koncert organizowany tradycyjnie co roku przez Fundację na Rzecz Hematologii i Stowarzyszenie Chorych na Białaczkę.

Wystąpi Mariusz Lubomski, toruński muzyk i plastyk. Dochód z imprezy zostanie przeznaczony na badania dawców szpiku kostnego w ramach akcji Szpik City - Toruńska Kropla Życia. Podczas imprezy zostanie

również wręczona nagroda „Anioł Hematologii”, którą otrzyma w tym roku profesor Olga Haus, Kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej Collegium Medicum, specjalistka od genetyki nowotworów.

## Nagrody Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego dla lekarzy z Collegium Medicum!

W dniu 9 grudnia 2009 r., Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Piotr Calbecki, wręczył nagrody i wyróżnienia dla osób szczególnie zasłużonych dla rozwoju regionu w roku 2008. Wśród nagrodzonych znaleźli się lekarze z Collegium Medicum, nagrodzeni w dziedzinie:

1. Ochrona zdrowia za zasługi dla poprawy dostępności oraz rozwoju i poprawy metod leczenia pacjentów, nagroda dla zespołu w składzie: prof. Mariusz Wysocki, dr hab. Jan Styczyński, dr Anna Krenska, dr Robert Dębski z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii - za upowszechnienie prze-



szczepiania szpiku kostnego w województwie kujawsko-pomorskim.

2. Ochrona zdrowia za zasługi dla poprawy dostępności oraz rozwoju i poprawy metod leczenia pacjentów wyróżnienie otrzymał dr Sławomir Jeka z Oddziału Reumatologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, za wdrożenie programu realizacji nowoczesnej diagnostyki obrazowej w chorobach reumatycznych.

3. Ochrona zdrowia za działalność prozdrowotną, nagroda dla zespołu w składzie: prof. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, dr Anna Szaflarska-Popławska, dr Monika Parzęcka, dr Aleksandra Nowak, dr Jerzy Brzowski, za działalność edukacyjną, naukową i kliniczną związaną z oceną ekspozycji na dym tytoniowy.



Nagrody Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2009

## Mistrzostwa w tenisie stołowym

oprac. Andrzej Drygas

W Toruniu w dniu 4 grudnia 2009 roku odbyły się Drużynowe Akademickie Mistrzostwa Województwa Kujawsko Pomorskiego w Tenisie Stołowym.

Reprezentacja naszej uczelni w składzie: Monika Gabryś, Katarzyna Celińska z pierwszego roku Wydziału Lekarskiego oraz Agnieszka Pińkosz z Wydziału Nauk o Zdrowiu uplasowały się na trzecim miejscu. Panie grały rewelacyjnie, nieznacznie przegrywając w grupie jeden mecz z Wyższą Szkołą Gospodarki. W finale nie dały żadnych szans studentkom Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. Jest to dobry prognostyk przed Mistrzostwami Polski Uczelni Medycznych, które w przyszłym roku odbędą się we Wrocławiu.

Klasyfikacja ostateczna turnieju kobiet:

1. Wyższa Szkoła Gospodarki
2. Uniwersytet Mikołaja Kopernika
3. Collegium Medicum UMK
4. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
5. Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy
6. UMK - drugi zespół.



Reprezentacja Collegium Medicum

## Najlepszy student-sportowiec UMK

oprac. Andrzej Drygas



Średnia ocen: 4,19  
 Uprawiana dyscyplina:  
 lekkoatletyka (skok o tyczce)  
 Najważniejsze osiągnięcia sportowe w 2009 r.:  
 młodzieżowe rekordy Polski 5,66; 5,70; 5,71  
 Mistrz Polski Seniorów, Młodzieżowy Mistrz Polski, Młodzieżowe Mistrzostwa Europy – V miejsce, Mistrzostwa Europy Seniorów hala – VI miejsce, Akademicki Mistrz Polski, uczestnik Mistrzostw Świata Seniorów – 21 miejsce, 10 wynik w rankingu Europejskiej Federacji Lekkoatletycznej, 16 wynik w rankingu Światowej Federacji Lek-

koatletycznej

Masa ciała/wysokość ciała:  
 zimowa 88 kg,  
 startowa 83,5 kg / 191 cm  
 Zainteresowania:  
 medycyna i sport, muzyka klasyczna  
 Czas poświęcony na naukę:  
 4-5 godz. dziennie  
 Czas poświęcony na trening:  
 3 godz. dziennie  
 Doba: zbyt krótka  
 Stan cywilny:  
 kawaler (ma dziewczynę)

*Jakie warunki trzeba spełnić, aby być nominowanym do tytułu najlepszego studenta sportowca UMK? Wydaje się banalne. Uzyskać średnią ocen powyżej 4,0, osiągać wyniki sportowe na poziomie europejskim, spełnić wymogi proceduralne (zakończyć sesję egzaminacyjną oraz obowiązkowe praktyki do 6 września).*

O ten zaszczytny tytuł ubiegaliśmy się od początku połączenia z Uniwersytetem. Dopiero jednak w tym roku tytuł ten otrzymał student III roku Wydziału Lekarskiego Łukasz Michalski. Uroczyste wręczenie dyplomu nastąpiło w dniu 04.12.2009 r. na posiedzeniu Rady Collegium Medicum.

### Sylwetka wyróżnionego:

Wiek: 21 lat





## Medicalia 2009 - wykłady i warsztaty

