



# Wiadomości Akademickie

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

ISSN 1508-2180

Nr 27

Grudzień 2007

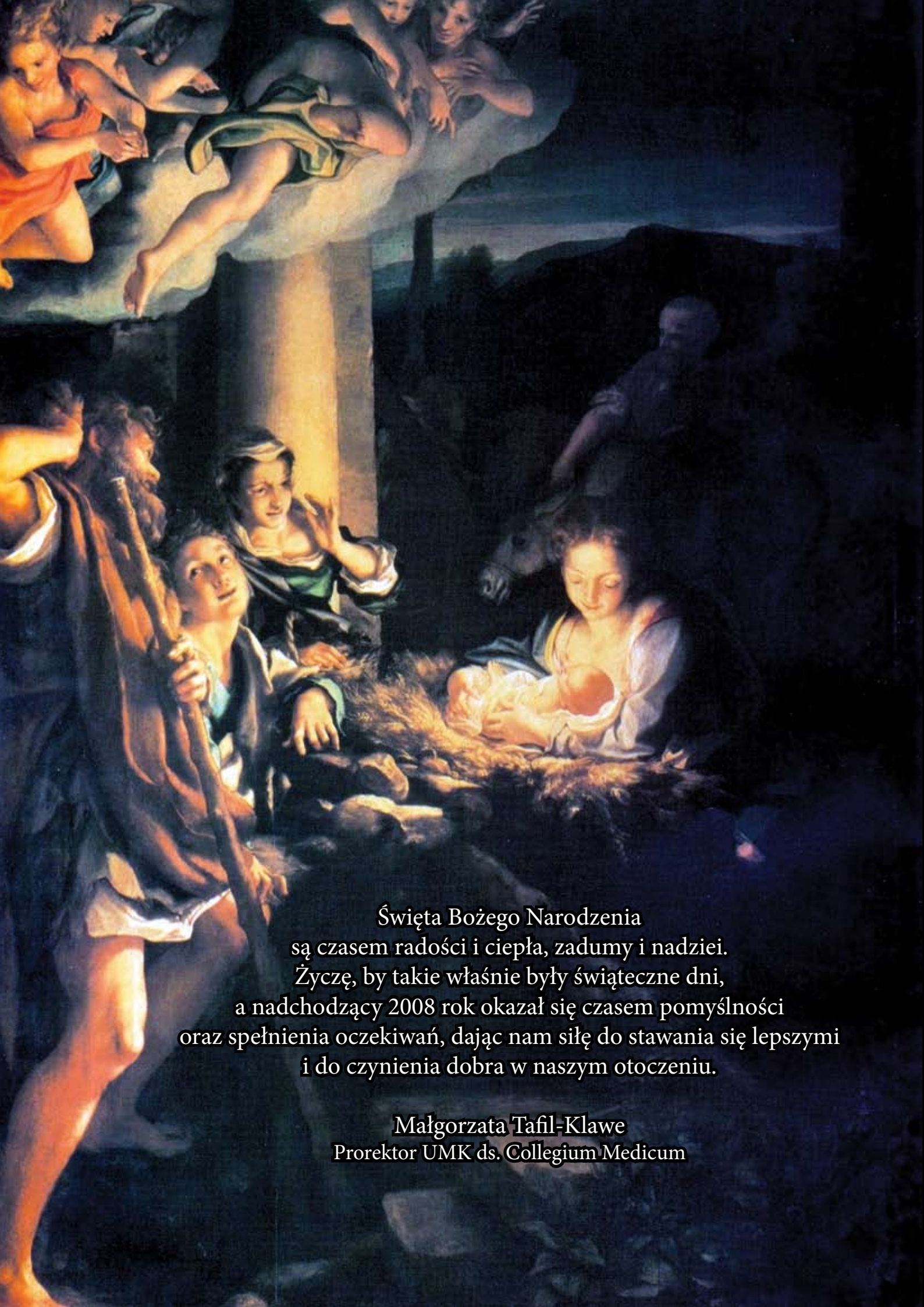


**Dzień Nauki - Medicalia 2007**

**O medycynie nuklearnej  
móglbym opowiadać godzinami...**

*Wywiad z prof. dr. hab. Romanem Junikiem,  
kierownikiem Katedry Endokrynologii i Diabetologii*





Święta Bożego Narodzenia  
są czasem radości i ciepła, zadumy i nadziei.  
Życzę, by takie właśnie były świąteczne dni,  
a nadchodzący 2008 rok okazał się czasem pomyślności  
oraz spełnienia oczekiwań, dając nam siłę do stawania się lepszymi  
i do czynienia dobra w naszym otoczeniu.

Małgorzata Tafil-Klawe  
Prorektor UMK ds. Collegium Medicum

Pracownikom Collegium Medicum,  
ich Rodzinom i Przyjaciołom oraz wszystkim,  
którym Nasza Uczelnia jest bliska,  
Zdrowych i Radosnych Świąt Bożego Narodzenia  
oraz Szczęśliwego Nowego Roku

życzy

Redakcja i Rada Programowa  
Wiadomości Akademickich

„Szczęśliwa nocy,  
w której nam się rodzi  
Dzień jasny, Światło  
wszelkiemu stworzeniu.  
I w której bruzdach  
i okropnym cieniu  
Słońce jaśniejsze nad  
codzienne wschodzi.”

Jan Andrzej Morsztyn

## Spis Treści

### Wywiad numeru

O medycynie nuklearnej mógłbym opowiadać godzinami...,  
wywiad z prof. dr hab. Romanem Junikiem,  
kierownikiem Katedry Endokrynologii i Diabetologii ..... 2

### Z życia Uczelni

Kronika wydarzeń ..... 7  
Medicalia 2007 ..... 7  
Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego ..... 10  
Chór Collegium Medicum w Hiszpanii ..... 11

### Varia

Malarski mistycyzm Bożego Narodzenia ..... 12  
Wino w dawnej Polsce ..... 22

### Polemiki

In vitro veritas ..... 14

### Nauki medyczne

Ozon - leczy czy zabija? ..... 15  
Niewydolność serca – czy grozi nam epidemia? ..... 17  
Dziecko w rodzinie ..... 19  
Przeszczepy szpiku od dawców niespokrewnionych ..... 20  
Krótka historia wielkiej przygody ..... 21  
Zdrowy styl życia ..... 31

### Historia medycyny i farmacji

Najstarsza bydgoska apteka - „Pod Złotym Orłem” ..... 23

### Dydaktyka

Etyka nauczyciela akademickiego ..... 25  
Hot papers: gorące tematy kliniczne 2007 ..... 26

### Nauka - Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej ..... 26

### Konferencje

I Sesja Muzykoterapeutyczna ..... 29  
V Konferencja Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii,  
Hepatologii i Żywienia Dzieci ..... 30  
II Ogólnopolski Obóz Młodej Farmacji ..... 32  
III Kongres Medycyny Regeneracyjnej w Lipsku ..... 33

### Ze sportu

Chciałabym przełamywać kolejne bariery...,  
wywiad z Edytą Jasińską, złotą medalistką w ergometrze wioślarskim ..... 34  
Aby zwiększyć atrakcyjność zajęć wychowania fizycznego ..... 35

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

### Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:  
dr hab. Andrzej Dziedziczko, prof. UMK  
dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK  
prof. dr hab. Arkadiusz Jawień  
dr Krzysztof Nierzwicki  
dr Wojciech Szczęśny  
dr Janusz Tyloch

### Zespół Redakcyjny:

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

### Adres Redakcji:

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

### Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

### Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch

### Druk: Formator, Piotr Lorek

### Stali współpracownicy:

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

Okladka: Sandro Botticelli: Mistyczne Narodzenie, 1501, tempera na płótnie, National Gallery, Londyn, Wielcy malarze: Boże Narodzenie, Eaglamoss, Wrocław 2000, s. 21

Okladka wewnętrzna, Correggio: Pokłon pasterzy (Noc), 1523-1530, olej na desce, Gemaldegalerie, Drezno, Wielcy malarze: Boże Narodzenie, Eaglamoss, Wrocław 2000, s. 25



# O medycynie nuklearnej mógłbym opowiadać godzinami...

Wywiad z prof. dr hab. Romanem Junikiem, kierownikiem Katedry Endokrynologii i Diabetologii

*Cieszymy się, że Pan Profesor zgodził się na rozmowę z Wiadomościami Akademickimi, dzieląc się z nami swoimi przemyśleniami.*

**Redakcja:** Panie Profesorze, minęło symboliczne 7 lat, odkąd objął Pan kierownictwo Katedry Endokrynologii ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Jak to się stało, że opuścił Pan rodzinny Poznań, gdzie przez wiele lat pracował Pan na Wydziale Lekarskim AM, gdzie się Pan doktoryzował i habilitował i jakie były Pana pierwsze doświadczenia bydgoskie?

**Prof. Junik:** Dlaczego opuściłem Poznań? Zrobiłem to z tego samego powodu, z jakiego zrobiło to przede mną i zrobi po mnie wiele osób, mianowicie w poszukiwaniu najlepszego z możliwych szefów postanowiłem zostać szefem samego siebie, a poza tym ta klinika miała być właściwie tworzona od podstaw. W Bydgoszczy wcześniej nie było Kliniki Endokrynologii jako oddziału z łózkami klinicznymi. Tworzenie czegoś nowego to zawsze jest fascynujące doświadczenie. Faktem jest, że zespół w części przejąłem od prof. Graczykowskiej-Koczorowskiej, która była pierwszą szefową Katedry i Zakładu Endokrynologii i Diabetologii w Szpitalu im. dr. Bizziela. Jakie były pierwsze doświadczenia bydgoskie? Zrozumiałem, dlaczego Amerykanie wysoko cenią ludzi, którzy pracowali już w różnych miejscach i zdają sobie sprawę, że to, co znaczy w danym miejscu jedno, to w drugim miejscu może znaczyć zupełnie coś innego. Niemniej spotkałem tutaj bardzo sympatycznych ludzi, którzy starali mi się pomóc jak mogli. Niewątpliwie finansowanie Kliniki było na o wiele niższym poziomie niż ten, do którego byłem przyzwyczajony w Poznaniu,

ale dotyczyło to wszystkich klinik, które rozpoczęły swoją działalność w ówczesnej AM w Bydgoszczy.

**Redakcja:** Jak znajduje Pan Bydgoszcz? Czy nie żał Panu Profesorowi trochę Poznania?

**Prof. Junik:** Bydgoszcz jest bardzo sympatycznym miastem, aczkolwiek bardzo mocno niedoinwestowanym. Zdumiało mnie, że 400 tysięczne miasto ma tak mało inwestycji. Faktem jest, że to się w tej chwili bardzo zmienia, jest bardzo dużo inwestycji, niemniej, co nadal mnie martwi, a jeszcze bardziej powinno martwić włodarzy miasta, nie są to inwestycje kapitału prywatnego. Są to pieniądze Unii Europejskiej, a jeżeli Bydgoszcz miałaby się rozwijać pod względem gospodarczym, komunikacyjnym, to zdecydowanie powinna przyciągnąć więcej biznesu. Czy nie żał mi trochę Poznania? Oczywiście, że żał, tam nadal jest spora część mojej rodziny, tam są groby moich przodków, natomiast z dwóch powodów nie stanowi to większego problemu. Tak jak i w Poznaniu sporą część czasu spędzałem czy to w szpitalu, czy domu, tak i w Bydgoszczy bardziej niż w mieście funkcjonuję w 3-tysięcznym miasteczku zwanym Szpitalem Uniwersyteckim lub na Rondzie Jagiellonów. Poza tym odległość z Bydgoszczy do Poznania nie jest duża.

**Redakcja:** W mijającym roku uzyskał Pan Profesor tytuł naukowy. To zapewne spełnienie marzeń uczonego, ale chyba nie zwieńczenie kariery w tak młodym wieku. Jakie wyznacza sobie Pan Profesor kolejne cele na przyszłość naukową?

**Prof. Junik:** Po pierwsze, bez przesady

z tym młodym wiekiem, oczywiście nie jest to zwieńczenie kariery naukowej. Muszę brać pod uwagę, że tak jak zwykle kierownicy klinik pracują do 70 roku życia, przede mną jeszcze z 20 lat. Tak jak każdy naukowiec o jakiejś pozycji staram się tworzyć zespół i znowu, prof. Graczykowska-Koczorowska bardzo dobrze rozwinęła diabetologię, był to ośrodek konkurujący na poziomie ogólnopolskim, o tyle endokrynologia była nieco zaniedbana. Ja staram się rozwinąć zespół również w zakresie endokrynologii, i nie da się ukryć, że leży mi na sercu medycyna nuklearna, z którą są niestety same kłopoty ze względów finansowych.

**Redakcja:** Kierowana przez Pana Katedra specjalizuje się w diagnozowaniu i leczeniu cukrzycy oraz chorób tarczycy. Czy mógłby Pan przybliżyć nam owe zagadnienia, zasadnicze kierunki badań naukowych?

**Prof. Junik:** Cukrzyca jest bardzo ważną chorobą dlatego, że ze względów cywilizacyjnych mamy bardzo duży dostęp do jedzenia i to złego jedzenia tzw. śmieciowego „junk food”. Poza tym wydłuża się czas życia ludzi, więc chorych na cukrzycę będzie przybywało. Sama cukrzyca w tej chwili nie zabija, problemem są powikłania cukrzycy. Najczęściej spotykanym powikłaniem są schorzenia układu sercowo-naczyniowego i w tej chwili na to kładziemy nacisk, choć nie tylko, bo zajmujemy się również neuropatią cukrzycową i innymi powikłaniami. Ponadto w ramach ostrego dyżuru bez przerwy przyjmujemy przypadki świeżych zachorowań na cukrzycę, czy chorych na cukrzycę, którzy chorują od dawna, ale cukrzyca uległa dekomensacji z różnych powodów, współistniejących chorób lub zaniedbania. Jeżeli chodzi o tarczycę, chorych jest również bardzo dużo, występuje sporo schorzeń autoimmunologicznych tarczycy. Problemem jest także wole guzowate i rak tarczycy. Zajmujemy się tym wszystkim, czyli zarówno morfologią, jak i czynnością tarczycy, w czym pomaga nam medycyna nuklearna.

**Redakcja:** Dlaczego tak małe dzieci chorują na cukrzycę, skoro zależy to od trybu życia itd. Jeszcze nie zdążyły przecież nabawić się jej z powodów cywilizacyjnych...

**Prof. Junik:** I z tym bym się nie zgodził. Młody wiek kojarzy nam się z cukrzycą I typu, gdzie rzeczywiście tryb życia nie miał na nią wpływu. Ale czasy się zmieniły, w momencie, kiedy wprowadzono w szkołach automaty z śmieciową żywnością tzw. „junk food”. Proszę wziąć pod uwagę, że to wszystko są puste kalorie, np. pół litra coli to 300 kalorii. W dodatku np. chipsy to nie tylko puste kalorie, ale również sól, która powoduje nad-



Zespół Pracowni Medycyny Nuklearnej wraz z prof. dr hab. Romanem Junikiem



prof. dr hab. Roman Junik

ciśnienie, to są również tłuszcze przemysłowe, nasycone, które przyspieszają miażdżycę. Następna sprawa, dzieci zamiast chodzić i biegać, siedzą przed komputerem albo telewizorem. Nawet bardzo małe dzieci są często przekarmiane i je również coraz częściej sadza się przed telewizorem. Dzieci nie spalają kalorii. Coraz większym problemem, w Polsce jeszcze w mniejszym stopniu, a w Stanach większym jest cukrzyca II typu u dzieci. Otyłość i nadwaga u dzieci w Stanach powoli sięga ćwierci populacji.

**Redakcja:** Gdzie Państwo najczęściej publikujecie wyniki swych osiągnięć naukowych?

**Prof. Junik:** Jak każdy staramy się publikować w czasopismach z Listy Filadelfijskiej. Kiedyś to było bardzo trudne, w tej chwili już nie stanowi większego problemu. Obliczyłem, że ostatnio mniej więcej dwadzieścia pięć procent naszych publikacji to są prace umieszczone w czasopismach z IF. Nasz kłopot polega na tym, że nie jesteśmy w stanie dorównać ośrodkom zachodnim, a zwłaszcza amerykańskim, jeżeli chodzi o finansowanie badań i o technikę. Niemniej nadal dobry pomysł nie wymaga większych pieniędzy. Staramy się publikować rzeczy, które zostały opracowane po raz pierwszy, albo na grupie pacjentów jaka nie została jeszcze zbadana czy leczona na Zachodzie. Tego typu artykuły są przyjmowanie do publikacji chętnie. Publikujemy oczywiście również w pismach krajowych, przede wszystkim w pismach branżowych, a więc diabetologicznych i endokrynologicznych, publikujemy również w Medical and Biological Sciences. Jesteśmy motywowani i oceniani według publikacji w czasopismach Listy Filadelfijskiej, niemniej jest pewien aspekt tego proceduru, który budzi mój głęboki sprzeciw. Jeżeli posyłamy bardzo dobry artykuł, np. do pisma amerykańskiego, to zdajemy sobie sprawę, że przeczyta go w o wiele mniej polskich czytelników i w takim układzie polskie czasopisma mają trochę gor-

szą jakość, bo najlepsze artykuły są wysyłane za granicę. Jest to problem kwadratury koła, poruszany przez wielu redaktorów i profesorów z pism polskich, jak dotąd nierozwiązany. Warto by się zastanowić, czy publikacji dobrych artykułów naukowych w polskich pismach nie punktować nieco wyżej. Można przedkładać artykuł w wersji polskiej, np. jak to czyni z polskich pism Diabetologia Praktyczna, ale to nie daje odpowiedniej ilości punktów dla pisma. W mojej sytuacji, osiągnąłem taki pułap, że nie zależy mi na własnej ocenie w sensie wartości parametrycznych moich publikacji, ale nie mogę odpuścić oceny mojego zespołu, musi mi zależeć na rozwoju młodej kadry. I znowu, czy moja doktorantka ma posłać swój artykuł do pisma, które ma dwa punkty ministerialne, czy, tak jak zrobiła, do pisma, które ma IF=3? Oczywiście wybór jest prosty, wybieramy czasopismo z Listy Filadelfijskiej, niestety ze szkodą dla pism krajowych.

**Redakcja:** Jak ocenia Pan Profesor stan polskiej endokrynologii. Czy jesteśmy partnerami dla ośrodków światowych. Jakie mamy w tej dziedzinie osiągnięcia i jaki jest nasz wkład w naukę międzynarodową.

**Prof. Junik:** Lekarze naukowcy cierpią nieco na schizofrenię tzn. czas trzeba podzielić między pacjenta a badania naukowe, nie wspominając o dydaktyce. Jeżeli chodzi o stronę naukową, to mimo niższego finansowania, jakoś sobie radzimy. Nie jesteśmy jedynym polskim ośrodkiem, który umieszcza swoje artykuły w czasopismach z Listy Filadelfijskiej. Innym sposobem docenienia jest to, że jesteśmy recenzentami prac w czasopismach amerykańskich, osobiście jestem recenzentem amerykańskiego pisma z Listy Filadelfijskiej „Thyroid”. Niemniej, jeżeli chodzi o to, co możemy zaoferować pacjentom, to finansowanie medycyny jest na o wiele gorszym poziomie. Przykładowo jesteśmy w stanie w zakresie diagnostyki i leczenia tarczycy

Główna cecha mojego charakteru:  
swego rodzaju lenistwo

Cechy, których szukam u mężczyzny:  
przyjaźni tego typu, która pozwoliłaby przyjść do przyjaciela, usiąść w fotelu i pomilczeć

Cechy, których szukam u kobiety:  
dyskursu

Co cenię u przyjaciół:  
lojalność, chęć pomocy w potrzebie

Moja główna wada:  
lenistwo

Moje ulubione zajęcie:  
leniwe przesiadywanie, czytanie książki lub gazety, zacząłem czytać w wieku 5 lat i tak mi pozostało

Moje marzenie o szczęściu:  
robić wyłącznie to, na co mam ochotę

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem: nie móc robić tego, na co mam ochotę

Kim (lub czym) chciałbym być, gdybym nie był tym, kim jestem:  
nie wiem, tak czy inaczej bym dużo czytał

Kiedy kłamię:  
bardzo rzadko, z lenistwa, bo nie chce mi się pamiętać, o czym skłamałem, natomiast nie mam specjalnych oporów aby kłamać pro publico bono np. na prośbę pacjenta chorego na raka, by powiedzieć mu całą prawdę o jego stanie zdrowia (oczekuję, że powiem – Pańska choroba jest niegroźna), kłamstwo polega na tym, że nie mówię wtedy wszystkiego, nie mówię wprost

Ulubieni bohaterowie literaccy:  
w wieku lat 10 przeczytałem po raz pierwszy „Trylogię” i „Kryżaków”, „Kryżacy” nie zrobili na mnie większego wrażenia, natomiast z trylogii wtedy bardziej cenilem Pana Wołodyjowskiego, ale i Kmicica. Dziś uważam, że to Kmicic powinien być moim ulubionym bohaterem literackim, bo jest to facet, który narozrabiał straszliwie, a potem wykazał, że można wszystko odrobić

Ulubieni bohaterowie życia codziennego:  
wolontariusze, są to ludzie, których naprawdę należy cenić

Czego nie cierpię ponad wszystko:  
bezsensownego postępowania, bezsensownego kłamstwa, bezsensownej agresji

Dar natury, który chciałbym posiadać:  
zdolność wczuwania się w uczucia innych, empatia

Jak chciałbym umrzeć:  
przygotowany i świadomie

Obecny stan mojego umysłu:  
zadawalający

Błędy, które najłatwiej wybaczam:  
przypadkowe, niechciane, nieświadome



dać to wszystko co np. otrzyma przeciętny Amerykanin, ale jest duży problem finansowy z wykonaniem wszystkich badań i procedur. Poza publikacjami, w których przechwalamy się naszymi osiągnięciami, są zjazdy. Na jednym ze zjazdów endokrynologicznych, bodajże w Lyonie, pamiętam, że doniesienia z Polski były na drugim miejscu, jeśli chodzi o ilość, natomiast nieco gorzej było z jakością, co wynikało z faktu, że w owym czasie Polacy źle pisali abstrakty zjazdowe, więc doniesienia umieszczano w sesjach plakatowych, a nie wśród doniesień ustnych. Od tego czasu nieco się poprawiło, lecz nadal niewielu Polaków bywa zapraszanych do wygłaszania doniesień, przykładowo na konferencjach europejskich miałem około 100 doniesień plakatowych, a jedynie 3 prestiżowe wystąpienia ustne.

**Redakcja:** Jakim jest Pan Profesor szefem, jak wygląda życie codzienne Katedry i Kliniki?

**Prof. Junik:** Sądzę, że bardzo dobrym, ale proszę spytać asystentów, oni odpowiedzą, jak jest naprawdę... Sama nazwa „Katedra” sugeruje, że musimy pogodzić trzy rzeczy. Po pierwsze każdy z nas szedł na studia po to, by leczyć pacjentów. W Katedrze na pewno z żadnych powodów żaden pacjent nie może być zaniedbany – czyli w pierwszym rzędzie zajmujemy się pacjentami, staramy się dbać o dostateczną ilość pacjentów diabetologicznych i endokrynologicznych, bo po to przychodzą tutaj studenci i lekarze stażyści, by się czegoś nauczyć. Co czwarty dzień mamy również ostry dyżur. Przyjmujemy pacjentów zarówno ze śpiączką cukrzycową, jak i niewydolnością serca. Wszyscy pacjenci z Bydgoszczy i okolic, którzy trafią do izby przyjęć i dyżurujący tam lekarz uzna, że niezbędna jest hospitalizacja ze względów internistycznych, trafiają do nas. Następna sprawa to dydaktyka, kształcą się u nas studenci Wydziału Lekarskiego z zakresu endokrynolo-

gii i diabetologii, mamy również seminaria i ćwiczenia ze schorzenia: cukrzyca i choroby tarczycy w ciąży - to zajęcia na terenie Kliniki Położnictwa i Chorób Kobiety, mamy zajęcia z medycyny rodzinnej dla Katedry Lekarza Rodzinnego, przychodzą również na zajęcia studentki Wydziału Nauk o Zdrowiu. Oczywiście musimy również zajmować się badaniami naukowymi, gdyż na studia szliśmy po to by leczyć chorych, a Magnificencja Rektor zatrudnia nas tylko i wyłącznie po to, byśmy nauczali studentów, rzecz jasna przy łóżku pacjenta, natomiast awansujemy lub wylatujemy z pracy przede wszystkim za wyniki badań naukowych (i publikacje lub ich brak). Dlatego pacjentów, których leczymy opracowujemy często pod względem naukowym, czasem są to pieniądze z uczelni, a czasem programy lekowe, wieloosrodkowe.

**Redakcja:** W Katedrze działają dwie Pracownie: Medycyny Nuklearnej i Ultrasonograficzna. Szczególnie ta pierwsza budzi zainteresowanie laika. Czym się zajmuje. Czy medycyna nuklearna to dyscyplina, w której specjalizują się lekarze? Prosimy o przybliżenie problematyki.

**Prof. Junik:** Pracownia Medycyny Nuklearnej działa w Szpitalu Uniwersyteckim od 2003 roku. Powstała z inicjatywy śp. prof. Zdzisława Boronia, który jako radiolog przygotował miejsce na powstanie tejże Pracowni. Rektor prof. Jan Domaniewski to wszystko zorganizował, również pieniądze na gamma kamerę, a ja po prostu sfinalizowałem. Oprócz specjalizacji z endokrynologii oraz chorób wewnętrznych mam również specjalizację z medycyny nuklearnej. Jest to o tyle ciekawa dziedzina medycyny, że wykonane jej metodami badania pokazują zarówno strukturę narządu jak i jego czynność. Wyobraźmy sobie jakiś narząd np. tarczycę. Jod promieniotwórczy, który sam biegnie do tarczycy pokazuje jak duża jest tarczyca, jak duże ma guzki, ale również pokaże, ile tego jodu zostało wychwycone, czyli jak czynna jest tarczyca, np. w niedoczynności nie wychwyci go wcale, albo bardzo niewiele, a w nadczynności bardzo dużo. Weźmy pacjenta z zatorowością płucną. Podajemy znacznik, który dostaje się do naczyń i pokaże np. czy występuje zator tętnicy płucnej i jaki jest zakres obszaru pozbawionego ukrwienia. Inny przykład to renoscyntygrafia. Jest to bardzo czułe badanie, o wiele czulsze niż usg, pokaże nam zarówno lokalizację nerek i jakiej są wielkości, co wykonamy również przy pomocy usg, ale uwidoczni także, czy nerki pracują prawidłowo, jakie jest ich ukrwienie, czy funkcja wydzielnicza. Weźmy raka i przerzuty. Najszybciej na pytanie, czy są przerzuty do kości odpowie scyntygrafia kości a wtedy od razu mamy badanie całego ciała, a nie wycinka. O medycynie nuklearnej mógłbym opowiadać godzinami, są to badania pomocne w każdej dziedzinie medycyny, badania komplementarne w stosunku do innych metod. Jest to specjal-



W Pracowni Medycyny Nuklearnej



ność nieco niszowa, której rozkwit nastąpił w latach 60. i 70., ale w krajach zachodnich jest nadal bardzo rozwinięta.

**Redakcja:** Czy publikujecie Państwo drobne naukowe z tej dziedziny?

**Prof. Junik:** Oczywiście, chociażby ostatnio mieliśmy bardzo ciekawą publikację dotyczącą wyjątkowo nietypowego przerzutu raka tarczycy w rzucie żołądka, pierwszy tego typu przypadek opisany na świecie. Mieliśmy również artykuł dotyczący raków tarczycy większej grupy chorych, ale diagnozowanych i leczonych za pomocą jodu promieniotwórczego, prowadziliśmy badanie mięsaka Ewinga opublikowane w *Clinical Nuclear Medicine*. Wiele innych artykułów związanych z medycyną nuklearną umieściliśmy w czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej.

**Redakcja:** Medycyna nuklearna wymaga chyba sporych nakładów. Czy widzicie Państwo szansę na rozwój Kliniki i Pracowni z udziałem środków unijnych (7 program ramowy, środki programów operacyjnych).

**Prof. Junik:** Cały czas o tym myślę, ale panuje w miarę zgodna opinia, że środki unijne dosyć trudno uzyskać, wymaga to szeroko zakrojonej współpracy.

**Redakcja:** Ile łóżek liczy Klinika Pana Profesora? Czy to wystarczająca liczba? Szpital im. dr. A. Jurasza jest w trakcie renowacji, z nadzieją na rozbudowę. Czy jest Pan zadowolony z dotychczasowej bazy lokalowej i wyposażenia Katedry wraz z Pracowniami?

**Prof. Junik:** Remont w sensie termoizolacji szpitala nas również dotyczy. Rozbudowa dotyczy bardziej Kliniki Dermatologii czy Psychiatrii, mających o wiele większe potrzeby czy Chirurgii Dziecięcej, która funkcjonuje bez oddziału pooperacyjnego, kolejnej kliniki chorób wewnętrznych, oraz dla Kliniki Geriatrii z uwagi na zwiększającą się długość życia pacjentów, których jakość życia również należałoby poprawić. Pod względem liczby łóżek myślę, że w regionie potrzeby byłyby większe. Wolne łóżka powinny być zawsze, gdyż chory np. z ostrego dyżuru powinien trafić na łóżko na salę chorych, a nie na korytarz. Okresowo zdarza nam się, że nie ma gdzie postawić łóżka, co wynika z faktu, że czasami na ostrym dyżurze trafia do nas dwójka pacjentów, a czasami kilkunastu, więc mając 24 łóżka i ostry dyżur co 4 dni, brakuje nam wolnego miejsca. Patrząc na to ze strony studentów, jest również za mało łóżek. Grupy studenckie powinny liczyć od 2 do 6 osób, my uważamy, że 2, góra 3 osoby to w sam raz, władze uczelni wołałyby od 4 do 6. Student uczy się dzięki badaniu pacjentów, a wyobraźcie sobie państwo, że jesteście pacjentami, czy wolelibyśmy być zbadani przez dwójkę czy szóstkę studentów?

**Redakcja:** Co chciałby Pan zmienić, rozsze-

rzyć, dokupić, gdyby miał takie możliwości?

**Prof. Junik:** Nadzieję mam zawsze, gorzej z pewnością, że nadzieja się ziści. Zaczniemy od sal chorych, największa liczy 6 osób, na pewno chorych powinni przebywać w mniejszych. Wspólne węzły sanitarne dla całego oddziału to też powoli jest przeżytek, dobrze by było, gdyby istniały przy salach chorych. Ten problem dotyczy całego szpitala. Następna sprawa, od czasu do czasu trafiają do nas pacjenci, którzy powinni być izolowani, przydałaby się dla nich sala. Przydałoby się zdecydowanie więcej sprzętu monitorującego czynności życiowe dla pacjentów w ciężkim stanie np. z przełomem hiperkalcemicznym czy tarczycowym lub pacjenci przyjęci z ostrego dyżuru. Sprzęt powinien być nowszy, żeby się nie psuł. Personel tłoczy się, klinika została zaprojektowana dla kierownika, dwóch adiunktów i 1-2 lekarzy asystentów na etatach szpitalnych. Brakuje miejsca dla specjalizujących się lekarzy rezydentów czy lekarzy stażystów. Zespół powiększył się znacznie od czasu przeniesienia Katedry do Szpitala Uniwersyteckiego. Każda szanująca się klinika powinna mieć pomieszczenie na wirówki, lodówki, zamrażarki z materiałem naukowym, gdzie przeprowadza się badania. Dla kłamry metabolicznej długo nie mogliśmy znaleźć miejsca, dopiero obecna dyrekcja Szpitala Uniwersyteckiego nam pomogła... Dla Katedry i Kliniki, tego typu pomieszczenia, zbędne z punktu widzenia ekonomiki szpitala, ale wręcz niezbędne z punktu widzenia szkoleniowego i naukowego są konieczne.

**Redakcja:** Czy współpracują Państwo ściślej z innymi jednostkami Collegium Medicum, a jeśli tak, to z którymi?

**Prof. Junik:** Bardzo dobrze współpracujemy z wieloma jednostkami, aż się boję wymieniać, by nie pominąć nikogo, od dachu po parter, mamy publikacje zarówno z Kliniką Neurologii, jak i Nefrologii, Urologii, w tej chwili z Kliniką Kardiologii prowadzimy w dużym zakresie badania dotyczące cytokin u chorych z ostrym zespołem wieńcowym chorych jednocześnie na cukrzycę, ale współpracujemy i z Katedrą Patobiochemii, jak i z Zakładem Neuropsychologii, i jest drugie tyle katedr i zakładów, których nie wymieniłem.

**Redakcja:** Jak układa się współpraca z innymi ośrodkami w kraju? Czy utrzymujecie Państwo bliższe kontakty z klinikami za granicą? Co sądzi Pan o tzw. badaniach wieloośrodkowych?

**Prof. Junik:** Dobrze mi się współpracuje z moją dawną uczelnią czyli obecnie Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, ale również z Białymstokiem, z tamtejszą Kliniką Endokrynologii, jak i innymi ośrodkami. Jest to współpraca na różnym szczeblu, czy to w ramach publikacji, recenzji prac czy programów lekowych, udziału w konferencjach, jak i zapraszanie naukowców i wykładowców do nas. Badania wieloośrodkowe dotyczą najczęściej programów lekowych czy ge-

netycznych. Niestety, najdokładniejsze dane ma tylko koordynator, który jako jedyny wraz z zespołem jest zorientowany co do wyników badań, zespoły z poszczególnych ośrodków znają wyniki jedynie wycinkowo, a bywa nawet, że materiał biologiczny wysyła się do laboratorium centralnego i otrzymujemy dopiero efekt końcowy. Raz wymieniono nas nawet w *Lancecie* w sekcji podziękowań za współpracę.

**Redakcja:** Prosimy o kilka słów o zróżnicowanym zespole Katedry, który oprócz zadań medycznych i naukowych, realizuje również szeroko zakrojoną dydaktykę, począwszy od wykładów i seminariów po ćwiczenia przy łóżku chorego oraz ćwiczenia w pracowniach i poradniach przyklinicznych. Jakie znaczące osiągnięcia swych współpracowników chciałby Pan Profesor wspomnieć w naszej rozmowie. Jak ocenia Pan obecny zespół i w jaki sposób dobiera Pan nowych pracowników?

**Prof. Junik:** Swoją obecną oceniam wysoko. W części jest to zespół, który stworzyła prof. Graczykowska-Koczorowska, ja w o wiele większym stopniu stymuluję ich do pracy naukowej. Szczególnie chodzi o osoby, które pracowały już na studiach w kole naukowym, następnie studia doktoranckie i dopiero wtedy etat. Są to ludzie, którzy chcą się zajmować nauką, skoro zaczęli to czynić w czasach studenckich. Przychodzą do nas również lekarze rezydenci w ramach specjalizacji.

**Redakcja:** Czy Katedra ma swego rodzaju konkurencję w regionie?

**Prof. Junik:** Na dobrą sprawę każdy oddział chorób wewnętrznych w jakimś stopniu zajmują się endokrynologią i diabetologią, niemniej oddziałem typowo endokrynologicznym jest jedynie oddział w Grudziądzu. Inne oddziały, mające trudniejsze przypadki, przekazują je do nas, a my chętnie przyjmujemy. Inne oddziały są tylko częściowo przygotowane do prowadzenia diabetyków, przykładowo jeśli chodzi o nietypowy rozkład posiłków. W normalnym szpitalu śniadanie jest o 9, obiad o 12-13, a kolacja o 17, wszystkie posiłki w ciągu 8-9 godzin, dwie trzecie doby bez jedzenia. W przypadku chorych na cukrzycę to niedopuszczalne, my mamy zupełnie inny rozkład. Często przyjmujemy pacjenta z cukrzycą trudną do wyrównania, a u nas z uwagi na odpowiednie dostosowanie kliniki wyrównujemy go bez problemu.

**Redakcja:** Co sądzi Pan o przekształceniu w Szpital Uniwersytecki kolejnego lub kolejnych szpitali (im. dr. Bizuela w Bydgoszczy oraz dwóch toruńskich)?

**Prof. Junik:** W przypadku Szpitala Bizuela to właściwie, z punktu widzenia dydaktyki jest on szpitalem uniwersyteckim od dawna, to tylko zmiana właściciela i zabezpieczenia interesów personelu, który nie zajmował się dydaktyką i do tej pory



nie był tym zainteresowany. Jeśli natomiast chodzi o szpitale toruńskie, jest to z pewnością wyzwanie, sama zmiana nazwy nie wystarczy, stoją przed nimi te same problemy, które miałem z zakładaniem i rozwijaniem kliniki endokrynologii. Po pierwsze musi powstać kadra, która będzie się zajmowała nie tylko pacjentami, ale również dydaktyką, do czego trzeba mieć pewne umiejętności oraz naukę, do czego trzeba mieć serce i poświęcić temu dużo czasu. Następnie trzeba stworzyć możliwości lokalowe. Poza tym, chcąc tworzyć naukę, należy albo wychować sobie własnych pracowników naukowo-dydaktycznych, albo ściągnąć ich z innych ośrodków i dać im mieszkania. To wszystko kosztuje. Życzę Toruniowi wszystkiego najlepszego, ale jeszcze długa i ciężka droga przed tymi szpitalami.

**Redakcja:** Jest Pan Profesor członkiem Senatu UMK. Uczestniczy Pan w jego posiedzeniach. Proszę powiedzieć, jak przestrzega Pan taką różnorodność dyscyplin Uniwersytetu. Czy to ciekawe doświadczenia dla medyka?

**Prof. Junik:** Pracując zarówno w Poznaniu, jak i w Bydgoszczy spędzałem swój czas głównie w otoczeniu innych medyków. Takie duszenie się w sosie własnym powoduje pewne zawężenie horyzontów, zajmowaliśmy się głównie medycyną. Połączenie z Uniwersytetem spowodowało, że trzeba było spojrzeć na uczelnię oczami drugiej strony. Dla nich zrozumienie, że lekarze to jednak coś innego niż tylko naukowcy i nauczyciele akademicy

zajął trochę czasu i trwa do tej pory. Przykładowo większość członków Senatu uważa, że posiedzenia Senatu w czerwcu i wrześniu mogą się odbywać zamiast po południu jak zwykle, przed południem bo nie ma zajęć ze studentami. Lekarze w tym czasie przyjmują w poradniach i klinikach. Myślę, że to poznawanie się, wymienianie doświadczeniami będzie trwało. Nam, lekarzom, imponuje z kolei uniwersalizm i większa niezależność, chociażby w dysponowaniu czasem u pracowników kampusu toruńskiego.

**Redakcja:** Właśnie mijają 3 lata od połączenia obu Uczelni. Jak ocenia Pan dotychczasowy udział Collegium Medicum w rozwoju naszego Uniwersytetu?

**Prof. Junik:** Oczywiście były i pozytywne i negatywne połączenia się z Uniwersytetem, Toruń to na pewno potężna baza naukowa, AM tak dużej bazy nie miała, ale na pewno swój wkład w tym zakresie zwiększamy, jest coraz więcej pracowników naukowych, profesorów, doktorów habilitowanych. Sam fakt, że w skład Uniwersytetu wchodzi Wydział Lekarski zwiększa prestiż uczelni i wice versa, nie musimy się przejmować, że przemianują nas np. na Wyższą Szkołę Lekarską.

**Redakcja:** W październiku 2007 roku prowadzona przez Pana Katedra wraz z Sekcją Medycyny Nuklearnej Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego zorganizowały Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Medycyna Nuklearna w Endokrynologii”. Prosimy o krótkie podsumowanie tego

spotkania...

**Prof. Junik:** Organizowaliśmy różne konferencje i zjazdy dla środowiska lokalnego, ta była pierwszą ogólnopolską. Jak została oceniona przez środowisko jeszcze nie wiemy, natomiast bardzo wysoko została oceniona przez władze obu towarzystw: Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, pod którego auspicjami została zorganizowana oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej, już w połowie konferencji poproszono nas o zorganizowanie następnej takiej konferencji, co nastąpi prawdopodobnie za 2-3 lata.

**Redakcja:** Jeśli Pan Profesor pozwoli, pragnęlibyśmy usłyszeć choć kilka słów o życiu prywatnym Pana Profesora, o pasjach pozanaukowych, rodzinie...

**Prof. Junik:** W weekendy i w czasie wakacji staram się nie pracować, chyba że mam nóż na gardle, do tego stopnia, że do niedawna nie używałem nawet laptopa, żeby nie mieć możliwości pracy w domu. Mam żonę, która również jest lekarzem, oraz dwóch synów, którzy nie kontynuują tradycji rodzinnych, obaj studiuje na ASP na Wydziale Grafiki. Są utalentowani po żonie...

**Redakcja:** Dziękujemy za rozmowę i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie nasze pytania.

*Ze strony Redakcji wywiad prowadzili: redaktor naczelny - dr Krzysztof Nierzwicki oraz sekretarz redakcji - mgr Monika Kubiak.*



Zespół Katedry Endokrynologii i Diabetologii wraz z kierownikiem, prof. dr. hab. Romanem Junikiem (pierwszy z prawej)



## Kronika wydarzeń

### Wydarzenia z Collegium Medicum

W sobotę 17 listopada 2007 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

W sobotę 17 listopada 2007 roku Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera zaprosiło na kolejną edycję Dnia Nauki – Medicalia 2007.

Komitet Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS, działający przy Oddziale Bydgoszcz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, zorganizował akcję z okazji Światowego Dnia AIDS, obchodzonego 1 grudnia.

Papierowe legitymacje studenckie, zawierające nieaktualne zapisy o przysługującej studentom 50-procentowej uldze, utracą ważność

31 grudnia 2007 roku. Należy je wymienić na aktualną w odpowiednim dziekanacie.

### Konferencje, zjazdy, sympozja

W dniu 12 października 2007 roku miała miejsce konferencja „Nieswoiste zapalenia jelit”. Organizatorem Konferencji były Sekcja Nieswoistych Zapaleń Jelit Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Hepatologii i Żywienia Dzieci wraz z Katedrą i Kliniką Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum UMK.

W dniach 19-20 października 2007 roku odbyła się Druga Polsko-Francuska Konferencja Pulmonologiczna, zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Oddział w Bydgoszczy; Kliniczny Oddział Pulmonologii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego oraz Katedrę i Zakład Promocji Zdro-

wia Collegium Medicum UMK i Fundację Oddech Nadziei. Główne tematy konferencji: epidemiologia chorób płuc w Polsce i Francji, sarkoidoza, problemy uzależnienia od nikotyny, opieka paliatywna w chorobach płuc, wczesne metody wykrywania raka płuca. Wykłady odbywały się w języku francuskim.

W dniu 27 października 2007 roku Sekcja Medycyny Nuklearnej Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii z Pracownią Medycyny Nuklearnej zorganizowały Konferencję Naukowo-Szkoleniową „Medycyna Nuklearna w Endokrynologii”.

W dniu 27 listopada 2007 roku w sali konferencyjnej Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Collegium Medicum odbyło się kolejne zebranie PTHiC Oddziału Bydgosko-Toruńskiego.

## Medicalia 2007

oprac. Monika Kubiak

W sobotę 17 listopada 2007 roku Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera zaprosiło na kolejną edycję Dnia Nauki – Medicalia 2007.

Medicalia organizowane przez Collegium Medicum UMK cieszą się ogromną popularnością. Naukowcy i lekarze rezygnują z hermetycznego języka i w przystępny, często zabawny sposób przybliżają historię medycyny. „Taca z narzędziami chirurgicznymi przypominała kiedyś zestawy przyborów używanych przez kobiety: kilka par nożyczek, pesety, nici, a nawet imadełko. Pęseta z ząbkami możemy sobie przytrzymać mięsień, a hakiem operacyjnym powłokę brzuszna. Imadełko przydaje się do trzymania igły. Nic chirurgiczna w przeciwieństwie do tej używanej w normalnym szyciu, wypełnia w całości dziurkę zrobioną przez igłę” - w taki sposób dr Wojciech Szczęśny, chirurg z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologii opowiadał o tajemnicach sali operacyjnej. Nie zabrakło ciekawostek dla osób spragnionych nowin naukowych. Specjaliści z Katedry Biologii Medycznej podzielili się informacjami, w jaki sposób wyprodukować w próbówce chrząstki, kości, skórę oraz jak te możliwości są wykorzystywane w medycynie regeneracyjnej. Na tegorocznych Medicaliach można było poznać także podstawowe techniki masażu klasycznego, takie jak: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, wyciskanie, wstrząsanie, pilowanie, oklepywanie. Praca radiologa jest nudna? Nic podobnego - mówili naukowcy, zapraszając na warsztaty odkrywające tajemnice ludzkiego ciała. Dzięki tomografii komputerowej można zajrzeć do ludzkiej czaszki, natomiast rezonans magnetyczny pozwala obejrzeć

np. stawy. Magdalena Nowaczewska z Kliniki Neurologii przygotowała grankę dla tych, którzy fascynuje ludzki mózg. – Zaczęliśmy od

ska, która poprowadziła warsztaty odkrywające tajemnice mózgu. Na Medicaliach tym razem mówiono też o ekonomii. Uczestnicy warsztatów dowiedzieli się, w jakich obszarach życia alkohol jest odpowiedzialny za straty ekonomiczne, ile kosztuje leczenie alkoholizmu oraz jakie są społeczne skutki nadużywania alkoholu.

W Auli Collegium Medicum przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9 odbyły się wykłady, na które zaproszono wszystkich chętnych bez uprzednich zapisów. Wystąpili:

- o godz. 12.00 dr hab. n. med. Wojciech Beuth, prof. UMK z wykładem „Groza urazów mózgu i rdzenia kręgowego”,
- o godz. 13.00 dr hab. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK z wykładem „Niewydolność serca - coraz bardziej aktualny problem starzejącej się Europy”,
- o godz. 14.00 dr n. med. Marek Jurgowiak z wykładem „Ozon – leczy czy zabija?”

Przez cały dzień cyklicznie w godzinach od 10.00 do 13.00 odbywały się również warsztaty tematyczne, które rozpoczynały się zawsze o pełnej godzinie i trwały około 45 minut. Warsztaty zorganizowano w większości w katedrach, klinikach i zakładach mieszczących się w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr A. Jurasza, w zakładach teoretycznych przy ul. Karłowicza, w budynku Nowej Patomologii oraz w budynku Biblioteki Medycznej.

### Tajemnice i rytuały sali operacyjnej

Sala operacyjna dla wielu ludzi jest miejscem tajemniczym i groźnym zarazem. W istocie bowiem miejsce to ma swoje tajemnice i rytuały. Współczesne stroje chirurga i pielęgniarzek, używane narzędzia i sprzęt, to wynik pracy i badań



podstaw, czyli budowy i funkcjonowania mózgu. Ale później zaproponowaliśmy uczestnikom badania naczyń mózgu oraz przedstawiliśmy dowody na to, że mózg kobiety i mężczyzny znacznie się od siebie różni, co oznacza, że teoria dowodząca, że kobiety są z Wenus, a mężczyźni z Marsa nie do końca jest pozbawiona sensu - zachęcała Nowaczew-

pokoleń lekarzy i naukowców. Dziś operacja nie boli, gdyż chory jest znieczulony. Zakażenia stanowią rzadkość, ponieważ chirurdzy myją ręce przed zabiegiem a narzędzia są jednorazowego użytku, bądź dokładnie sterylizowane. W czasie warsztatu pokazano jak wygląda przygotowanie chirurga i instrumentariuszki do zabiegu, zaprezentowano narzędzia chirurgiczne te klasyczne i te najnowsze - laparoskopowe. Omówiono też trochę historię chirurgii, która rozpoczęła się od kamiennego ostrza, a dziś posługuje się laserem i robotami. Każdy mógł wziąć w ręce narzędzia noszące imiona wielkich chirurgów takie jak Pean, Mikulicz czy Kocher. A kiedy zgłosi światło lampy operacyjnej był czas na zastanowienie się nad geniuszem minionych pokoleń.

### Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)

COG obejmuje cztery główne dziedziny: 1. Oceny i stanu czynnościowego: skala Katza (ADL – activities of daily living) - ocena takich parametrów jak zdolność utrzymywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania się i rozbierania oraz kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych. Skala Lawtona (IADL) – ocena zdolności podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu (np. zdolność korzystania z telefonu); 2. Oceny stanu zdrowia fizycznego: skala Tinetti – testuje zbiorczo funkcje układu nerwowego i kostno-stawowego. Skala Nortona – ryzyko powstawania odleżyn; 3. Oceny stanu psychicznego: testy MMSE oraz skrócony test sprawności umysłowej wg Hodkinsona. Test Rysowania Zegara do wykrywania wczesnych objawów otępienia. GSD - geriatryczna skala depresji. Skala Łęku Hamiltona HAM-A. Trening funkcji poznawczych w otępieniach - podstawowe zagadnienia; 4. Oceny socjalno-środowiskowej: określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej i długoterminowej.

### Ile kosztuje nas alkoholizm?

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, która niesie za sobą liczne negatywne skutki. Indywidualne konsekwencje wyrażają się przede wszystkim w pogorszeniu zdrowia alkoholika. Nie mniejsze znaczenie mają jednak społeczne skutki nadużywania alkoholu. Warsztaty miały na celu przybliżyć ekonomiczny wymiar strat spowodowanych tym problemem. Uczestnicy warsztatów próbowali zidentyfikować obszary życia, w których alkohol odpowiedzialny może być za straty ekonomiczne. Przedstawiono sposób pomiaru kosztów jakie ponosi społeczeństwo z powodu alkoholizmu. Pokazano także ile kosztuje leczenie tej choroby i że na terapii takiej korzysta nie tylko sam uzależniony, ale i my wszyscy. Porównano koszty społeczne choroby z korzyściami ekonomicznymi wynikającymi z funkcjonowania przemysłu produkującego alkohol.

### Badania obrazowe w diagnostyce zmian skórnych – Dermatoskopia i Ultrasonografia

Dermatoskopia jest nieinwazyjną, wie-

lokrotnie powtarzalną metodą oceny zmian skórnych, a w szczególności znamion. Badania dokonuje doświadczony dermatolog przy pomocy sprzętu optycznego zwanego dermatoskopem (powiększającego około 40-krotnie zmiany skórne). Struktury widoczne przez dermatoskop są wynikiem trójwymiarowej penetracji oświetlenia w głąb skóry. Na jeszcze bardziej szczegółową diagnostykę i ustalenie głębokości nacieku i dynamiki rozwoju znamion, pozwala ultrasonografia. Do obrazowania zmian skórnych służą sondy 20 MHz i 50 MHz. Wszystkie uzyskiwane obrazy można zapisywać wraz z danymi pacjenta i lokalizacją, co umożliwia monitorowanie przebiegu choroby i kontrole.

### Fotodermatologia

Uczestnicy warsztatu zapoznali się z nowoczesnym sprzętem stosowanym w fototerapii i diagnostyce chorób skóry. W czasie warsztatów zaprezentowano badania fototypu skóry z oceną mexametryczną. Uczestnicy dowiedzieli się o działaniu promieniowania UV na skórę. Przedstawiono metody naświetlań stosowane w leczeniu różnych dermatoz.

### Chemia wcale nie musi być trudna, a może być przyjemna i kolorowa

Uczestnicy wykonali szereg reakcji barwnych z zakresu analizy jakościowej (m.in. reakcję charakterystyczną dla jonów żelaza (III), wybrane reakcje kompleksowania), zbadali amfoteryczność wodorotlenku cynku oraz wpływ temperatury na położenie stanu równowagi reakcji dimeryzacji ditlenku azotu.

### Pachnące molekuly.

Wykład połączony z prezentacją multimedialną i pokazem. Przedstawione zostały zagadnienia zapachu substancji pochodzenia naturalnego, głównie roślinnego. Zaprezentowano opisy i zdjęcia wybranych aromatycznych roślin i przykładowe składniki chemiczne olejków eterycznych o charakterystycznym dla rośliny macierzystej zapachu. Uwzględniono zależności zapachu od struktury chemicznej z podkreśleniem podobieństw i różnic w budowie cząsteczki.

### Substancje uzależniające pochodzenia roślinnego

Przedstawiono przegląd roślin, zawierających związki uzależniające, a także formy uzależnień od tych substancji oraz niebezpieczeństwo związane z ich toksycznością i destrukcyjnym wpływem na organizm ludzki. Zwrócono uwagę na podobieństwo pewnych substancji pochodzenia roślinnego do związków występujących w organizmie ludzkim.

### Chemia w służbie wymiaru sprawiedliwości

Pierwszą część warsztatów poświęcono zapoznaniu się ze współczesnymi technikami stosowanymi w toksykologii sądowej i badaniach kryminalistycznych. Uczestnicy zapoznali się z metodami wyodrębniania trucizn, narkotyków czy leków z tkanek i narządów oraz

z metodami analitycznymi takimi jak chromatografia cienkowarstwowa (TLC), chromatografia gazowa, wysokosprawna chromatografia cieczowa oraz z technikami łączonymi (GC/MS, LC/MS). W drugiej części warsztatów uczestnicy wykonali symulację ekspertyzy chemiczno-toksykologicznej związanej z wykrywaniem składników dymu tytoniowego i ich metabolitów w organizmie człowieka z wykorzystaniem techniki ekstrakcji do fazy stałej (SPE) i ekstrakcji cieczy (LLE) oraz metod TLC, GC/MS, LC/MS.

### Rola i zadania współczesnej medycyny sądowej

W trakcie prezentacji przedstawiono zakres działania medycyny sądowej, w sposób zwięzły omówiono: 1. zasady przeprowadzania badań osób zmarłych, z uwzględnieniem: oględzin zewnętrznych zwłok na miejscu ich znalezienia, wskazaniem do przeprowadzenia sądowno-lekarskiej sekcji zwłok, omówieniem definicji śmierci nagłej i gwałtownej, najczęstszymi rodzajami samobójstw, najczęstszymi rodzajami zabójstw; 2. badania osób żywych na potrzeby procesu karnego; 3. problematyka przemocy wobec dzieci; 4. podstawowe informacje dotyczące wpływu alkoholu oraz najczęstszych trucizn na organizm ludzki.

### Alergeny groźne dla człowieka

Zajęcia zostały przeprowadzone w formie warsztatowo-seminaryjnej i obejmowały zagadnienia: omówienie najbardziej groźnych i najczęstszych alergenów; omówienie zjawiska anafilaksji; zapoznanie z metodami diagnostycznymi w alergologii; wywiad alergologiczny; testy skórne, pracownię immunologiczną; prezentację metod terapii chorób atopowych.

### Inżynieria tkankowa a jakość życia: czy można mieć i jabłko i raj?

Inżynieria tkankowa jest jednym z najbardziej ekscytujących i rozwijających się obszarów nauki. Wyprodukowanie zębów, chrząstki, kości, skóry i innych narządów w probówce stało się realne. Podczas pokazu zaprezentowano możliwości medycyny regeneracyjnej w poprawie jakości życia i zapoznano uczestników z technikami pobierania materiału do celów inżynierii tkankowej.

### Arteterapia zjawiskiem relaksacyjnym dla każdego.

Grupa uczestników zajęć relaksacyjnie, ruchowo, gestowo, wtapiała się w postaci fragmentu opery G. F. Handla „Xerxes”, kompleksowo zamieniając się w uczestników dramy. Była to terapia ruchowo-estetyczna. Zabawa miała zamysł terapeutyczny.

### Budowa i skład ciała człowieka

Prelekcja na temat otyłości i sposobu jej oceny. Uczestnicy warsztatów zapoznali się z nowoczesną metodą oceny składu ciała (m.in. ilość tkanki tłuszczowej i tkanki aktywnej) przy pomocy aparatu „In Body 3.0”. W trakcie zajęć warsztatowych można było



zbadać skład swojego ciała i poddać się pomiarom antropometrycznym, dzięki którym oceniona została budowa ciała metodą Sheldona.

**Rola masażu klasycznego w zespołach bólowych kręgosłupa**

Prezentacja sali masażu. Wprowadzenie w zagadnienia zespołu bólowego kręgosłupa: etiologia, objawy kliniczne, badania. Omówienie, na czym polega masaż. Cechy psycho-fizyczne masażyści. Prezentacja podstawowych technik masażu klasycznego: techniki głaskania, techniki rozcierania, techniki ugniatań, techniki wyciskania, techniki wstrząsania, techniki pilowania, techniki oklepywania.

**Nowoczesna diagnostyka laboratoryjna narzędziem walki z chorobami cywilizacyjnymi**

Choroby cywilizacyjne są nieodłącznym skutkiem rozwoju współczesnego świata. Najczęściej występującymi chorobami są: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, alkoholizm, otyłość, choroby nowotworowe, choroby z autoagresji, astma oskrzelowa, choroby alergiczne i inne uzależnienia. Często są one uważane za „plagi” XXI wieku ze względu na częstotliwość występowania, ponoszone koszty leczenia oraz zbyt często tragiczne ich skutki. Większość z tych chorób można już zdiagnozować w ich wczesnym stadium rozwoju. Umożliwia to wyleczenie pacjenta lub zatrzymanie rozwoju choroby czy złagodzenie jej objawów. Niezwykle pomocnym narzędziem w rękach lekarzy przy rozpoznawaniu pierwszych symptomów choroby i stawianiu diagnozy jest laboratoryjna diagnostyka medyczna.

**Cukrzyca typu 2 – epidemia XXI wieku Czy możemy jej zapobiegać?**

Zapadalność na cukrzycę, a zwłaszcza cukrzycę typu 2, wzrasta na całym świecie. Według prognoz liczba dorosłych chorych na cukrzycę zwiększy się ze 135 milionów w 1995 roku do 300 milionów w 2025 roku. W Polsce na cukrzycę typu 2 choruje około 2 mln osób. U ponad połowy chorych z cukrzycą nie występują objawy kliniczne choroby, dlatego też konieczne jest prowadzenie badań przesiewowych. Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz na 3 lata u każdej osoby powyżej 45 roku życia. Ponadto, niezależnie od wieku, badanie to należy wykonywać co roku m.in. u osób z nadwagą i otyłych, z cukrzycą występującą w rodzinie, mało aktywnych fizycznie, u kobiet z przebytą cukrzycą ciężarnych, u chorych z nadciśnieniem tętniczym, z zaburzeniami gospodarki lipidowej i chorobami układu sercowo-naczyniowego. Podstawą zapobiegania cukrzycy jest zmiana dotychczasowego trybu życia na prozdrowotny. Prozdrowotny tryb życia obejmuje zdrowe żywienie i regularny wysiłek fizyczny. U osób z nadwagą lub otyłością konieczna jest normalizacja masy ciała.

**Zastosowanie radioizotopów w diagnostyce i leczeniu.**

Odkrycie promieni rentgenowskich w 1895 roku i odkrycie sztucznej promieniotwórczości w latach 30. XX wieku stało się początkiem dziedziny nauki, znaną dziś pod nazwą medycyna nuklearna. Przełomowym wydarzeniem w historii medycyny nuklearnej, mającym miejsce w 1946 roku, było przypadkowe wyleczenie pacjenta z rakiem tarczycy po zastosowaniu jodu radioaktywnego. W latach 50. i 60. zastosowanie technik nuklearnych rozpowszechniło się, aczkolwiek początkowo ograniczało się tylko do oceny funkcji tarczycy oraz diagnostyki i leczenia niektórych schorzeń tego gruczołu. Przez kolejne 20 lat możliwa stała się ocena także innych narządów, takich jak wątroba, śledziona, mózg, przewód pokarmowy, serce. Kolejnym znaczącym odkryciem w ciągu ostatnich lat jest pozytronowa tomografia emisyjna (PET).

**Zdrowie a sprawność fizyczna człowieka**

Zajęcia zostały zrealizowane w formie warsztatów, które składały się z części teoretycznej i praktycznej. Prelekcja dotyczyła sposobów pojmowania sprawności fizycznej i jej relacji ze zdrowiem człowieka, a także zostały w niej przybliżone problemy sprawności fizycznej osób powszechnie uznanych za „niepełnosprawne”. Omówiono także podstawowe sposoby kontroli i pomiaru poziomu sprawności fizycznej oraz wskazania do realizacji aktywności fizycznej ukierunkowanej na oczekiwane efekty. W części praktycznej stworzono warunki do podjęcia prób realizacji podstawowych czynności ruchowych w ograniczonych warunkach, a także wykonania powszechnie uznanych testów sprawnościowych.

*Zdrowie a sprawność fizyczna człowieka, fot. Justyna Gapska*

**Immunofluorescencja, cytochemia oraz metoda mikroskopii elektronowej jako podstawowe narzędzia badawcze cytologa i histologa**

Katedra i Zakład Histologii i Embriologii posiada jedyny w Bydgoszczy mikroskop elektronowy (JEM 100 CX-JEOL, Tokyo, Japan). W ramach prowadzonych warsztatów uczestnicy mieli możliwość zapoznania się z budową i działaniem tego mikroskopu oraz pod opieką osoby prowadzącej obejrzeć preparaty przygotowane do oglądania w tymże mikroskopie. W dalszej części warsztatów uczestnicy zapoznali się z etapami przygotowania materiału badawczego oraz mieli możliwość samodzielnego pokrojenia materiału na ultra-mikrotomie i umieszczenie go na siatkach niklowych. Oprócz tego na warsztatach można było zapoznać się z budową i działaniem wysokiej klasy mikroskopu fluorescencyjnego Eclipse E800 z przystawką Y-FL fluorescencyjną, techniką wykonania preparatów przy użyciu fluorochromów oraz





Warsztaty w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii, fot. Justyna Gapska

ich analizą w mikroskopie przy użyciu różnych filtrów do fluorescencji.

**Praktyczne umiejętności w praktyce lekarza rodzinnego – ćwiczenia na fantomach.**

Warsztaty obejmowały prezentację multimedialną na temat funkcjonowania praktyki i zakresu obowiązków lekarza rodzinnego. Przedstawiono ćwiczenia na fantomach obejmujące prowadzenie masażu pośredniego serca, wzniernikowanie ucha, badanie dna oka, cewnikowanie pęcherza moczowego.

**Jestem mikrobiologiem... Chcesz wiedzieć, na czym polega moja praca?**

Wobec ogromu drobnoustrojów obecnych w otaczającym nas środowisku, przed mikrobiologiem stoi trudne zadanie: musi on pomóc klinicyście w ustaleniu przyczyny zakażenia i ustalić prawidłowy proces leczenia pacjenta. W celu wykrycia drobnoustrojów i poznania ich właściwości, mikrobiolog wykorzystuje szereg metod badawczych. Ocenia preparaty mikroskopowe, by określić kształt, wielkość, układ i sposób barwienia drobn-

ustrojów. Prowadzi ocenę makroskopową: obserwuje wzrost mikroorganizmów na różnych podłożach hodowlanych, określając wygląd, zapach i czas pojawiania się kolonii. Podczas warsztatów przybliżono codzienne zmagania mikrobiologa w obcowaniu z niewidzialnym światem drobnoustrojów.

**„Grzyby...nie tylko w lesie”**

Wśród grzybów bytujących w przyrodzie można wyróżnić mikroorganizmy chorobotwórcze, oportunistyczne i niepatogenne. Istnieją również takie gatunki, których właściwości spowodowały, że wykorzystano je w produkcji przemysłowej. Celem projektu było przedstawienie niektórych gatunków grzybów z rodzaju *Candida*, które bytują w otoczeniu ludzi i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia człowieka, jak i przybliżenie niektórych komensalnych gatunków *Candida* oraz szczepów wykorzystywanych przez człowieka do produkcji i przetwarzania żywności (np. w przemyśle mleczarskim - *Penicillium camemberti*, piekarskim - *Saccharomyces cerevisiae*, czy produkcji wina - *Candida magnoliae*), a także zwrócenie uwagi na te grzyby, które są izolowane z nietypowych przypadków zakażeń.

**Tajemnice ludzkiego ciała**

Wnętrze ludzkiego ciała dostępne jest nie tylko chirurgom czy anatomopatologom, ale również radiologom. Od ponad 100 lat, dzięki odkryciu promieni rentgenowskich, możemy wykonać zdjęcie kości. Do dziś jest ono wykonywane w przypadku urazu. Od lat 70. wykonywana jest tomografia komputerowa - pierwsza metoda, która umożliwiła w sposób nieinwazyjny zajrzeć do wnętrza czaszki i zobrazować struktury mózgowia. Koniec XX wieku to dynamiczny rozwój rezonansu magnetycznego i ultrasonografii, metod bezpiecznych, które wizualizują tkanki miękkie stawów, czy np. narządy miednicy mniejszej.

**Tajemnice mózgu**

Przedstawienie budowy i funkcji poszczególnych obszarów mózgu, prezentacja ciekawych przypadków uszkodzenia mózgu.

**Nadciśnienie tętnicze – niewidzialny problem**

W trakcie zajęć poruszono ważne z medycznego punktu widzenia zagadnienia narastającego społecznego problemu nadciśnienia tętniczego i czynników ryzyka wiążących się ze wzrostem powikłań sercowo-naczyniowych. W przystępny sposób omówiono czynniki odgrywające rolę w patogenie pierwotnego nadciśnienia tętniczego, możliwe przyczyny wtórnego nadciśnienia oraz podstawowe zasady profilaktyki.

**Leczenie nerkozastępcze – jak zastąpić chore nerki?**

W trakcie zajęć warsztatowych przedstawiono metody prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego w warunkach domowych oraz profesjonalne aparaty ABPM do całodobowego zapisu ciśnienia stosowane w Klinice. Pokróćce przybliżono zainteresowanym problemy związane z występowaniem przewlekłej choroby nerek oraz współczesne możliwości leczenia nerkozastępczego.

# Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego

Justyna Gapska

W sobotę 17 listopada 2007 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Dyplomy otrzymało 125 absolwentów kierunku lekarskiego i 85 absolwentów kierunku biotechnologia. Absolwenci wraz z rodzinami wypełnili całą aulę AB Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13 w Bydgoszczy. Było mnóstwo kwiatów, gratulacji, w niejednym oku zakręciła się łza wzruszenia.

Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego, fot. Justyna Gapska





## Nowe nadanie profesorskie: Alina Borkowska

Prof. dr hab. Alina Borkowska jest kierownikiem Zakładu Neuropsychologii Klinicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Ukończyła studia psychologiczne na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Doktoryzowała się na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy 8 maja 1996 r. pracą „Lateralizacja dysfunkcji psychicznych w schizofrenii w świetle wybranych badań neuropsychologicznych”, a habilitowała 19 kwietnia 2002 r. na Wydziale Lekarskim z Oddziałem Fizjoterapii i Oddziałem Biotechnologii na tej samej Akademii, broniąc pracy „Dysfunkcje poznawcze w schizofrenii w ocenie neuropsychologicznej i neurofizjologicznej”. W latach 1994-2003 kierowała Pracownią Neuropsychologii Klinicznej przy Katedrze Psychiatrii AM w Bydgoszczy, a w latach 1995-2002 była specjalistą wojewódzkim z zakresu psychologii klinicznej, początkowo dla woj. bydgoskiego, a następnie kujawsko-pomorskiego.

Prof. Borkowska prowadzi badania m.in. w dziedzinie zaburzeń funkcji poznawczych u chorych na schizofrenię i choroby afektywne oraz w zakresie uwarunkowań neurobiologicznych dysfunkcji poznawczych w chorobach psychicznych i neurologicznych. Była i jest powoływana jako recenzent prac doktorskich, grantów KBN, grantów naukowych

międzynarodowych (Travel Trust, granty Unii Europejskiej), jest recenzentem prac naukowych w czasopismach polskich oraz międzynarodowych, jak Psychiatri Research, Journal of Child Psychology and Psychiatry, a także jako członek komitetów organizacyjnych konferencji, przewodniczący sesji oraz jako zaproszony wykładowca na konferencje polskie i międzynarodowe.

W latach 1996-1998 prof. dr hab. Borkowska uczestniczyła – jako główny wykonawca - w programie realizowanym w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM w Bydgoszczy w ramach grantu KBN 4P05B 06512 pt. „Zaburzenia ruchów gałek ocznych w schizofrenii”, kierowanym przez prof. dr hab. med. Janusza Rybakowskiego. Doświadczenie w zakresie badań ruchów oczu spowodowało powołanie jej jako głównego wykonawcy w dwóch programach z zakresu genetyki molekularnej, realizowanych w Katedrze Psychiatrii AM w Poznaniu w ramach grantów KBN, gdzie ruchy gałek ocznych używane są jako neurofizjologiczny marker fenotypowy schizofrenii lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Zakład Neurofizjologii realizował grant KBN 2P05B 123 26 „Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej w aspekcie genetyczno-molekularnym”, a także dwóch grantów (jako główny wykonawca) z zakresu genetyki mo-



lekularnej dysfunkcji poznawczych z Kliniką Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu.

Prof. dr hab. Alina Borkowska jest członkiem m.in. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

*Tytuł profesora otrzymała 22 października 2007 roku.*

## Chór Collegium Medicum na Festiwalu Muzycznym w Hiszpanii

*Anna Mayer*

W lipcu bieżącego roku, Chór Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy brał udział w konkursie, który odbywał się w ramach jubileuszowego, XXV Międzynarodowego Festiwalu Muzycznego w Cantonigros w Hiszpanii. Wzięły w nim udział zespoły z całego świata o bardzo wysokim poziomie artystycznym. Uczestnikami konkursu były chóry m.in. z Belgii, Bułgarii, Kanady, Kolumbii, Filipin, Czech, Słowacji, Stanów Zjednoczonych, Grecji, Włoch, Indonezji, Rosji, Tajwanu, Nowej Zelandii, Litwy, Łotwy, Ukrainy, Wenezueli czy Nepalu.

Chór Collegium Medicum UMK był jedynym zespołem reprezentującym Polskę. Wystąpił w trzech kategoriach: chórów mieszanych, chórów żeńskich oraz w kategorii muzyki ludowej. Prezentując polską muzykę ludową, dyrygent – prof. Janusz Stanecki oraz część chórzystów przebrani byli w stroje ludowe.

W tej niezwykle silnej konkurencji chór uzyskał duży sukces, uzyskując siódme miejsce w najsilniej obsadzonej kategorii chórów mieszanych.

Festiwal odbywał się w małej, górskiej miejscowości – Cantonigros. Stworzono tam



*Chór Collegium Medicum pod batutą prof. Janusza Staneckiego na XXV Międzynarodowym Festiwalu Muzycznym w Cantonigros w Hiszpanii zaprezentował m.in. polską muzykę ludową*

polowe miasteczko festiwalowe. Zbudowano specjalny, wielki namiot koncertowy. Koncerty odbywały się w godzinach porannych i popołudniowych. Organizatorzy festiwalu zapewnili całodzienne wyżywienie oraz noclegi u rodzin katalońskich. Bydgoscy chórzyci mieli okazję mieszkać w pobliskim miasteczku Sant Hipolit de Voltrega, w którym zostali bardzo serdecznie przyjęci przez mieszkańców. Mogli tam również wystąpić w koncertach towarzyszących dla goszczących ich rodzin. Występy te zostały docenione gorącymi owacjami.

Wyjazd chóru Collegium Medicum UMK mógł dojść do skutku dzięki pomocy finansowej Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego w Warszawie.

*Anna Mayer jest chórzystką Chóru Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.*



Na XXV Międzynarodowym Festiwalu Muzycznym w Cantonigros w Hiszpanii

## Malarski mistycyzm Bożego Narodzenia

*Joanna Hładoń-Więcek*

*Symbolika związana z Bożym Narodzeniem nie zawsze jednoznacznie oddawała zakodowane w niej treści, powodując zagubienie zarówno odbiorców przekazu, jak i samych twórców, czy fundatorów. Kopiowanie utartych motywów bez głębszej analizy doprowadziło do zafalszowania ich pierwotnych znaczeń. Tradycja tak przekazywana okazała się martwą, a przez swą nieczytelność słabo dostępną dla szerszej publikacji, naznaczoną jedynie warsztatowymi chwytami. Na szczęście nie wszyscy twórcy ulegli magii dekoracyjności. Wyliniwszy ze znanych motywów i historii coś znacznie ważniejszego niż efektywne utrwalony przekaz ewangeliczny, dotarli do prawdy odkupienia. Do nich z pewnością zali-*

*czają się autorzy tacy jak de la Tour i Sandro Botticelli.*

*„Autor powinien być w swym dziele jak Bóg we wszechświecie: obecny we wszystkich jego częściach, ale w żadnej w sposób widzialny”*

G. Flaubert

Boże Narodzenie od wieków kojarzy się ludzkości z tłumnym świętowaniem wokół nowonarodzonego Chrystusa, pełnym radosnego oczekiwania i nadziei. Chwila ta oddana w artystycznej wizji przez Georges de la Toura to dzieje anonimowej historii, która zdarzyła się w położonej na uboczu, nikomu

nieznanej stajence. Napięcie towarzyszące tej scenie ukryte jest pod woalem ciszy, mało atrakcyjnej dla świata. Jej uproszczona wizja, która przecież zmienia bieg losów człowieka oddanego dotąd miazdzącej sile zła, to zgeometryzowana forma, pozbawiona drobiazgowości i banalności szczegółów.

Autor doskonale zdaje sobie sprawę z wagi harmonicznego współistnienia światła i cieni, co w intencjonalny sposób wpływa na kreację powołanego przez niego autonomicznego świata. Abnegacja wobec typowych, miarodajnych przekazów źródłowych, znacząco rzutuje na rozbudzenie autokratycznych praw w stosunku do własnych wizji.

Mistyczne światło bijące od cudownego dzieciątka to odpowiednik jasności przekazywanej przez blask świecy, tradycyjnie utożsamiane z duchem i siłą stwórczą. Olśnienie i intymne uniesienie to nowe środki wyrazu, które potęgują symbolikę tej osobliwej sceny. Autor manipuluje widzem a obalając mityczny warsztat antyku, inicjuje prekursorską stylistykę.

Niepokój jaki maluje się na twarzy matki świadomej tragicznej roli swego syna, kontrastuje z łagodnym spojrzeniem istoty jej najbliższej, a jednak gotowa jest do przyjęcia nieodwołalnego wyroku boskiego. Ten nowatorski w swym realizmie obraz jak żaden inny dotąd odtwarza czułość gestu postaci choć niezwykle kruchej, to będącej przecież matką Zbawiciela ludzkości. Subtelność w przechodzeniu od światła do cienia jest powodem ukazania bohaterów scen jako plastycznych brył. Odwrócona postać utożsamiona może być z osobą widza, podobnie jak obserwator niezwyklej, wręcz teatralnej sceny, opowiadającej o dramacie narodzin. Autor z premedytacją zaciera granice pomiędzy przestrzenią obrazu a realnym światem. Ograniczona kolorystyka, wizja uporządkowanej przestrzeni, przyćmione światło wprowadzają nastrój intymnego spotkania z enigmatyczną zagadką istnienia. Ciepły ko-



Georges de la Tour: Nowonarodzony, ok. 1648, Musee De Beaux Arts, Rennes, Wielcy Malarze: Boże Narodzenie, Eaglemoss Polska, Wrocław 2000, s. 26



loryt świeczki wydobywa intrygujący klimat, świadczący o świetnie opanowanej technice wykorzystywania barw.

Źródłem obrazowania Dzieciątka otoczonego niezmiernym blaskiem jest objawienie św. Brygidy, podczas którego zwizualizowana zostaje chwila narodzin Zbawiciela, otoczonego blaskiem przyćmiewającym to, jakie dostępne jest ludzkiej jaźni. To on sam staje się wcieleniem tej jasności jako infans luminis, a płomienna mandrola otaczająca dziecko wyraża prorocstwo radości i nadziei. W obrazie istnieje jednak napięcie między dwiema interpretacjami przytoczonej ikonografii. Z jednej strony bimorficzne obrazowanie Chrystusa, uzmysławia nam jego ludzką kruchość wobec okrucieństwa prorocтва, z drugiej określa sine qua non bytu długo oczekiwanego Zbawiciela świata, pełnego nadnaturalnej siły czerpanej ze sfery sacrum.

Natomiast wyraz twarzy matki to mistyczne crescendo bólu i skrajnego defetyzmu wynikającego z nieuchronnego przeznaczenia. Gest pełen miłości, wybiegającej ponad siłę logiki, deifikuje także i ją, wyznaczając odbiorcę jako świadka substytutu niemej skargi, modlitewnego credo przepelnionego bólem.

Także ciasno zawinięte pieluszki przywodzą na myśl żalobny całun oraz tragiczny los Chrystusa mający wypełnić się w najwyższej ofierze. Ten sposób krępowania ciała był w czasach współczesnych de la Touroui znany, szczególnie w bliskiej mu Lotaryngii. Przyglądając się tej osobliwej scenie wstrzymujemy prawie oddech, próbując wsłuchać się w miarowe bicie serca maleństwa. Jednak ten przedziwny bezruch okazuje się intencjonalnym konceptem artysty i zapowiedzią dramatycznego losu, a nie idyllicznym wybuchem uwznioślenia.

Myśl o nieodwracalnym przeznaczeniu przesładowuje Marię, powodując, iż nie potrafi ona wyrazić tłumionej radości, czystej przeciwieństwu w momencie zespolenia z najbliższą jej istotą. Świadkiem tej doniosłej chwili jest w domniemaniu służąca lub, jak chcą tego krytycy, święta Anna. To ona dzierży w dłoni jedyne rozświetlające mrok źródło światła. Chwila, choć uroczysta, pozbawiona niepotrzebnych form, staje się surowym komentarzem do przyszłych zdarzeń, choć nie pozbawionym elementów poetyckości.

Autor skłania nas do refleksji, pragnąc wyeliminować wszystkie rozpraszające elementy konstrukcji obrazowania, tak abyśmy wraz z nim mogli poddać się nastrojowi i urokowi sceny, złączyć się w bolesnym uniesieniu, ale „con dolore”. Prawa decorum zastosowane przez niego to prawdziwy deskryptywizm myśli de la Toura, nie sprzeciwiającego się kano-nom sakralnym.

Wielkość przyszłości nie wadzi tu zaistnieniu w stworzonym przez niego świecie zwyczajnej teraźniejszości. Staje się ona przez to niezwykle poetycka, pełna liryzmu, mieni się niezwerbalizowanym hymnem miłości. Jak zauważa Jan Chryzostom święty „modlitwa

jest azylem każdej troski”, podczas której ob-cujemy ze sferą sacrum, taki też nurt obrazowania przyjmuje dyskretna wizja de la Toura.

„Nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem”

Dante Alighieri

Tak właśnie zdaje się głośno przemawiać do nas Sandro Botticelli w pełnym dekoracyjności i twórczej odwagi obrazie „Mistyczne Narodziny”.

Nabożny szacunek, zdumienie, ogrom szczęścia to elementy składające się na wizyjny świat stworzony w tej mistycznej odsłonie. Ignorując szczegóły anatomiczne ludzkiego ciała przeciwstawia się szkole klasyków, dla których poprawność zachowania proporcji miała znaczenie nadrzędne. Dla artysty sprawą prymarną jest charakter postaci, stąd jego ignorancja wobec dyscypliny formy.



Sandro Botticelli: *Mistyczne Narodzenie*, 1501, tempera na płótnie, National Gallery, Londyn, Wielcy malarze: *Boże Narodzenie*, Eaglamoss, Wrocław 2000, s. 21

Celowo i świadomie zniekształca proporcje, nie przywiązując też wagi do perspektywy. Autor nie należy do tych, którzy poszukują głębi lub znacząco wpływają na wagę światłocienia. Jego reguła to nasycenie obrazów poetyckością, wdziękiem przypisanym szczególnie postaciom kobiecym. Naturalna dekoracyjność, precyzja rysunku to narzędzia, które służą mu w wielu odsłonach. Chłodny i czysty kolor autokratycznie narzuca swoim wizjom, dając upust modnym tendencjom w kręgu dworskiej kultury ówczesnej Florencji. W wyżej wspomnianym przedstawieniu nie utożsamia się jednak z kręgiem humanistów medycejskich, porzucając myśl o wprowadzeniu portretów Medyceuszy. Tańczące anioly posiadają atrybuty pochodzące z in-

spiracji religijnych (wstęgi z litaniami, oliwne gałązki, korony). Zarysowuje się tu utrwalony opis lepszego, fenomenalnego świata, pełnego postaci tańczących aniolów.

Autor decyduje się porzucić myśl o dominacji chromatycznej, wprowadza jednak paletę barw jasnych, zapowiadających radość i nadzieję. Adoracja Dzieciątka odbywa się w przestrzeni bliżej nieokreślonej, zakwalifikowanej dualistycznie jako stajenka lub w równym stopniu skała. Przywodzi to na myśl symbol grotty, do której później zostanie złożone ciało martwego Chrystusa, dobro-wolnie stającego się Ofiarą. Takie ukazanie narodzin nie jest sprzeczne z Ewangelią, zakorzeniającą tradycję w bezpiecznych i poddanych łagodniejszemu klimatowi miejscach. Typowa dla chrześcijańskiej interpretacji jest też prefiguracja łotrów zanimalizowanych do postaci bydła, umieszczonych w bliskim otoczeniu Dzieciątka.

Bizantyńska złota kopuła przywodzi na myśl swoistą iluminację otwarcia niebios. Postacie anielskie, choć odarte ze stylizacji nie są figurami z konwencji. Swoboda twórcza ujawnia się też w stosunku do swoistego zaludnienia scenarii, poprzez swą niefrasobliwość wpływa na ożywienie standardowej jak dotąd dla tej sceny ciszy. Obraz oscyluje pomiędzy widokiem naturalistycznym, a nieskrępowaną inwencją twórczą, blokującą samoograniczenie autora. Kontrast pomiędzy wielkością i powagą, a spontanicznością codziennego życia wzmacnia spektakularną odsłonę Botticellego. Respektuje perspektywę, ale w ograniczonym natężeniu, skupiając się na podziale planu. To Matka Boska, pozbawiona naturalnych proporcji staje się postacią dominującą oraz jej nowonarodzone Dziecię, poddane równie umyślnemu procesowi dysproporcji. Swoboda twórcza dotyka też wizji natury. Jej kręte ścieżki, zapewne odnosząc się do zobrazowania symbolu zakodowanego w nieczytelnym niestety napisie, ujawniają trudy przyszłej drogi Zbawiciela.

Wizualna obfitość form ma zapewne oddać doniosłość tego wydarzenia w stosunku do ziemskiego bytu. Nieopisane szczęście łączy na chwilę sferę sacrum i profanum w ekstatycznym uniesieniu, poddając obie rzeczywistości pod wspólny mianownik radości.

Ta pełna euforii scena przywodzi na myśl przepiękne słowa wypowiedziane przez papieża Jana Pawła II: „Człowiek jest wielki nie przez to co ma, nie przez to kim jest, lecz przez to czym dzieli się z innymi”. Jeśli zatem może być to dobre słowo lub szczerzy uśmiech, które jak wiadomo są najkrótszym odcinkiem drogi do drugiego człowieka, to pozwólmy na to, by mnożyły się bezgranicznie podczas nadchodzących, zawsze magicznych Świąt Bożego Narodzenia.

*mgr Joanna Hladoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej i absolwentką studiów podyplomowych z historii sztuki nowożytnej*

# In vitro veritas

Wojciech Szczęsny

*W poniższym artykule przedstawiam swoje prywatne poglądy, które jednak jak mi wiadomo, są zgodne z poglądami wielu szanowanych przeze mnie ludzi, a także wielu moich przyjaciół. Zdając sobie sprawę z ich polemicznego charakteru, chętnie podejmę dyskusję.*

Wojciech Szczęsny

W ostatnich dniach i tygodniach przez media przetoczyły się informacje o planowanym przez nową panią minister zdrowia współfinansowaniu przez państwo leczenia niepłodności za pomocą tzw. technik „in vitro”. Podobnie jak słynny temat aborcji zaczyna on budzić emocje. Wypowiadają się autorytety medyczne (zależnie od poglądów religijnych) oraz hierarchowie Kościoła (raczej unisono).

Zawsze zastanawiał mnie jeden fakt. Otóż prawie codziennie daje się słyszeć lub czytać, że Polska to kraj katolicki, gdzie 95% to ludzie głęboko wierzący i narzucanie im np. Karty Praw Podstawowych to spisek masońsko-liberalno-żydowski- (tu można wpisać dowolną grupę społeczno-narodową), mający zabić zdrową substancję narodu. Spróbujmy zatem przyjrzeć się temu bliżej. Jeśli istotnie mamy tak wysoki odsetek szczerych wyznawców rzymskiego katolicyzmu, a jak mi wiadomo inne wyznania chrześcijańskie (również Świadkowie Jehowy) odrzucają a priori możliwość aborcji i „in vitro”, to pozostanie nam grupa kilkuset tysięcy niewierzących lub wyznających inne bardziej „egzotyczne” religie. Te ostatnie (zwłaszcza wschodnie) też odrzucają wspomniane działania. Pozostaje więc doprawdy maleńka grupa radykałów nie wierzących w nic. Ilu z nich jest w okresie prokreacyjnym i ma problemy ze spłodzeniem potomstwa? Kilkuset? Kilkudziesięciu? Zapewne mało. Dochodzę więc do konstatacji, że problemy te w moim kraju nie powinny w ogóle istnieć lub stanowić kazuistykę wartą publikacji. A jednak tak nie jest. Polacy lubią wybierać z magisterium Kościoła tylko to co im w danej chwili odpowiada (vide współżycie przedmażeńskie itp.). Wolałbym więc aby w dyskusji nie używano owego argumentu „głębokiej narodowej wiary”, gdyż jest on niezwykłe łatwy do obalenia. Dla mnie wiara to zobowiązanie do przestrzegania wszystkich jej zasad.

O problemie aborcji może tylko kilka zdań. Po pierwsze historyczna walka z antykoncepcją i szermowanie argumentami o „poniżeniu” kobiety poprzez założenie prezerwatywy budzi mój niesmak i, choć może nie powinna, śmiech. Pominąwszy środki wczesnoporonne, konia z rzędem temu kto przekona mnie o istnieniu fundamentalnej różnicy pomiędzy obliczeniem z kalendarzyka momentu, „w którym można bezpiecznie” a założeniem prezerwatywy.

Po wtóre zgadzam się z argumentem, że

blastula, morula czy zygota są etapem rozwoju człowieka. Zarówno ja, jak i PT Czytelnicy nimi byliśmy. Jednak moim skromnym zdaniem istnieje chyba różnica pomiędzy kilkudziesięcioma komórkami a dorosłym zwierzęciem powiedzmy z rzędu Primates, które prawdopodobnie też mają świadomość swego bytu. Te jednak zabijamy bez dyskusji filozoficznych, nie zawsze w szlachetnych celach badań naukowych.

„Obrońcy życia” zyskali (zwłaszcza po upadku komuny) wielu działaczy w osobach ginekologów, którzy do tego okresu wykonywali po kilka aborcji dziennie. Oficjalnie doznali iluminacji niczym Szaweł u wrót Damaszku. Ten jednak usłyszawszy głos Pana i przeistoczywszy się w Pawła wyrzekł się dóbr doczesnych. Może się myłę ale nie słyszałem aby nasi neofici dokonali podobnego czynu. Ich wille i konta pozostały, jak mi wiadomo, nienaruszone. Ci mniej znani nadal „bezbóleśnie przywracają miesiączki” z dobrym zyskiem (proponuję przejrzeć ogłoszenia w bydgoskich gazetach).

Niepłodność jest określona przez ICD-10 (International Classification of Diseases) jako choroba: N97 - niepłodność kobieca; N46 - niepłodność męska.

Powołaniem lekarza jest leczenie choroby. Poniższe cytaty zaczerpnąłem z portalu „Prawda o „in vitro” <http://www.informacje.int.pl/in-vitro>, będący internetową witryną „Naszego Dziennika”. Kilku cytowanych tam autorów (a wśród nich prof. Chazan) powołuje się na fakt, że „zapłodnienie pozaustrojowe nie jest metodą leczenia niepłodności, jest to metoda obejścia problemu”, gdyż pary pozostają nawet po szczęśliwym rozwiązaniu niepłodne. Trudno się nie zgodzić. Przypomnę jednak może tylko, że, powiedzmy taka sobie hemodializa, idealnie wpisuje się w ową definicję. Nie wspomnę nawet o leczeniu paliatywnym. Czyste obejście problemu!

Z owego portalu internauta dowie się, że ponad milion żyjących „dzieci z probówek” cierpi na tzw. „Zespół Osoby Ocalonej”. Oprócz nich cierpią na to schorzenie dzieci, które miały podlec aborcji. Otóż jak czytamy tam: „Skoro rodzice lub lekarz wybrali je do życia, to wydaje się im, że ci sami ludzie mogą zdecydować o tym, kiedy mają umrzeć. I odwrotnie - mogą chcieć same decydować o życiu kolejnego pokolenia.

Dzieciom z Zespołem Osoby Ocalonej trudno jest ukształtować swoją tożsamość. Mogą być niepewne kim naprawdę są i po co istnieją. Z badań wynika, że osoby te z jednej strony obawiają się śmierci, a z drugiej spodziewają się, iż umrą śmiercią nagłą. Są przekonane, że ich życie nie będzie sukcesem i że będzie bardzo ciężkie. Wierzą, że ostatecznie spotka je jakaś nagła zagłada, a ich życie będzie pasmem udręk i ciężarów”. Koszmar, nie życie!

Niestety nie mogę zweryfikować tych



strasznych doniesień, gdyż nie znam takiego człowieka. Może dlatego, że większość z nich popełniła już samobójstwo, nie mogąc pogodzić się z faktem bycia „innym”. Trochę to dziwne, bo w innych źródłach czytałem, że są to raczej normalni ludzie, dziś już studiujący i mający własne rodziny.

Dowiadujemy się też, że dzieci poczęte w sposób wspomagany mogą być ofiarami wielu groźnych zespołów chorobowych prowadzących do nieuchronnego kalectwa lub śmierci. Jeżeli nawet założymy, że autorzy w sposób uczciwy przedstawili wszystkie doniesienia na ten temat (nie znalazłem tam doniesień mówiących coś przeciwnego), dziwi fakt owej troski. Wszak według „obrońców życia” każde dziecko nawet z ciężkimi uszkodzeniami wykrytymi w czasie życia płodowego, a także z ciąży zagrażającej życiu matki winno się urodzić.

Próżno w owym portalu szukać wypowiedzi osób, które zostały rodzicami w wyniku „in vitro” i mają zdrowe, normalne dziecko. Prosta uczciwość każdego człowieka, a zwłaszcza katolika nakazywałby ich przedstawienie. Może się myłę, ale tak mi się zdaje.

Jakie argumenty świadczą zdaniem twórców portalu przeciw „in vitro”? Przytoczę je z moim komentarzem:

1. Lekceważenie Boga i stworzonych przez Niego praw.

Nie każdy wierzy w Boga chrześcijan lub w ogóle nie wierzy, co (mam nadzieję również opinii twórców portalu) nie odbiera mu godności człowieka i prawa o stanowieniu o sobie.

2. Wykroczenie przeciwko I przykazaniu Dekalogu poprzez przypisywanie sobie władzy stwórczej („bezkompromisowa wola posiadania dziecka za wszelką cenę staje się uzurpacją”).

Przypomnę, że Bóg nakazał Pierwszym Rodzicom czynienie sobie ziemi poddanej i rozmnażanie się. Rozwój nauki i nowe jej możliwości są realizacją owego nakazu.

3. Traktowanie ciała ludzkiego, będącego świątynią Ducha Świętego, wyłącznie jako zespołu narządów przeznaczonych do do-



wolnych manipulacji (nie każdy sposób reprodukcji jest godny człowieka).

Jak w punkcie 1.

4. Ujmowanie życia ludzkiego w kategoriach hodowli degraduje człowieka do rzędu istot nierozumnych.

Moim zdaniem rozwój człowieka w łonie matki z własnego materiału genetycznego nie jest hodowlą, zaś takie stawianie problemu jest obrazą ludzi myślących inaczej niż redaktorzy „Naszego Dziennika”.

5. Desenzytyzacja, czyli unieważnienie ludzkiego sumienia, daltonizm etyczny.

Czy miłość i pragnienie posiadania dziecka jest sprzeczne z sumieniem i etyką? Z moją nie.

6. Brak poszanowania wolności poczętego dziecka, jego autonomii, osobowej niepowtarzalności, prawa do miłości od poczęcia.

Nie wiem, o co chodzi z wolnością dziecka. Szczerze mówiąc też nie miałem okazji zapytać mojej córki przed jej poczęciem, czy chce się urodzić. Czy dziecko z próbki nie jest niepowtarzalne? Czy rodzice w czasie 9 miesięcy ciąży i późniejszego

życia odmówią owemu upragnionemu dziecku miłości, ponieważ jest „in vitro”?

7. Dewaluacja aktów małżeńskich poprzez rozerwanie jedności dwóch zasadniczych celów współżycia seksualnego, tj. wyrażania miłości i przekazywania życia.

Czy każdy akt seksualny człowieka kończy się poczęciem? Czy rodzice oczekujący dziecka „in vitro” przestają się kochać?

8. Naruszenie jedności i wierności małżeńskiej, zwłaszcza przy zapłodnieniu nasieniem dawcy.

Wydaje mi się, że wierność małżeńska jest pojęciem dotyczącym uczucia do obcego człowieka i współżycia pozamałżeńskiego nie nasienia, którym zapłodniono sztucznie kobietę. W tym momencie dziecko jest „w połowie” małżeństwa. Dziecko adoptowane jest genetycznie obce.

9. Deprecjacja powołania małżeńskiego i rodzicielskiego.

Wręcz przeciwnie, to jego realizacja, tylko za pomocą metod jakie zapewnia współczesny rozwój cywilizacyjny.

Można dyskutować o „nadliczbowych” za-

rodkach. To jest problem i z tym się zgadzam. Jednak przypomnę, że wiele zarodków podlega samoistnemu poronieniu przy całkowitej niewiedzy partnerów. Moim zdaniem należy dążyć do doskonalenia metod „in vitro”, które zapewnią być może zmniejszenie lub wyeliminowanie „nadliczbowych” embriionów. Tylko nauka nieskrępowana przez ideologię jakiegokolwiek maści może doprowadzić do owego celu który Bóg nakazał Adamowi i Ewie. Człowiek ma wolną wolę, którą jak chcą wierzący dał im sam Bóg. Niech więc wybierają to co im nakazuje sumienie. Państwo powinno moim zdaniem pomagać chorym, a niepłodność jest chorobą dla niektórych gorszą od raka. Bowiem na raka się umiera zostawiając potomstwo, często będąc trzymanym za rękę przez syna czy córkę. W przypadku niepłodności nie zostawia się swojego śladu na ziemi. Te ostanie uwagę polecam szczególnie przemysleniu czytelnikom „Naszego Dziennika”

Wojciech Szczesny jest wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

## Ozon - leczy czy zabija? wykład podczas Dnia Nauki - Medicalia 2007

Marek Jurgowiak

*Nie oprze mu się żadna bakteria. Jest groźny dla nas samych. A jednak, gdyby nie ozon, nie byłoby życia na Ziemi w postaci jaką znamy. Coraz częściej też jego niszczyielskie zdolności daje się przekuć na naszą korzyść.*

### Kołderka życia

Kiedy w początkach historii życia na Ziemi stężenie tlenu (O<sub>2</sub>) w atmosferze znacząco wzrosło (głównie dzięki organizmom fotosyntetyzującym), w górnych jej warstwach powstała otoczka utworzona przez szczególną odmianę tlenu (O<sub>3</sub>), która odcięła dopływ promieni UV do powierzchni Ziemi. Dało to możliwość burzliwego rozwoju życia na naszej planecie. Ozon, składnik tej kołderki życia - trójatomowa cząsteczka tlenu - jest jednym z najważniejszych gazów obecnych

w stratosferze, 15-50 km nad Ziemią, w części zwanej warstwą ozonową (ozonosfera). Największe stężenie tego gazu odnotowuje się na wysokości od 20 do 25 km. I co ciekawe w atmosferze ozon powstaje głównie w wyniku działania promieniowania UV na cząsteczki dwuatomowego tlenu. Ustala się wówczas swoisty stan równowagi, od którego zależy ilość ozonu w atmosferze, oraz stopień pochłaniania promieniowania UV.

W troposferze, na wysokości od 7 do 18 km od powierzchni ziemi ozon powstaje na skutek wyładowań atmosferycznych podczas burzy. Zatem charakterystyczna, świeża woń powietrza, jaką odczuwamy po burzy to efekt obecnego w nim ozonu powstającego ze zwykłego dwuatomowego tlenu. Zanim jednak, latem głęboko odetchniemy ozonowanym powietrzem warto poznać prawdziwe oblicza

tego orzeźwiającego gazu! Zresztą podobnie ozon powstaje podczas pracy lamp bakterio-bójczych i kwarcowych, w wyniku iskrzenia przewodów wysokiego napięcia i iskrzenia przemierzających nasze miasta tramwajów.

Obecny w atmosferze ozon tworzy swoistą kołderkę nad Ziemią, która chroni przed destrukcyjnie działającym na organizmy żywe promieniowaniem. Warstwa ozonowa, która rozciągnięta na powierzchni Ziemi, miałaby zaledwie 3 mm grubości, chroni skutecznie żywe organizmy przed mutagennym (uszkodzającym DNA), a co za tym idzie nawet karcynogennym (pronowotworowym) działaniem promieniowania nadfioletowego. Chociaż warstwa ozonowa jest tak cienka, pochłania całkowicie promieniowanie kosmiczne (o długości fal 150-292 μm), które jest bardzo czynne biologicznie i może być

### Takie były początki:

1775 Lavoisier odkrył znaczenie tlenu w metabolizmie i rozważał jego zastosowanie lecznicze

1840 Schonbein wprowadził pojęcie ozon;

1857 Siemens wynalazł lampę ozonową;

1873 Fox odnotował zabójczy wpływ ozonu na mikroorganizmy;

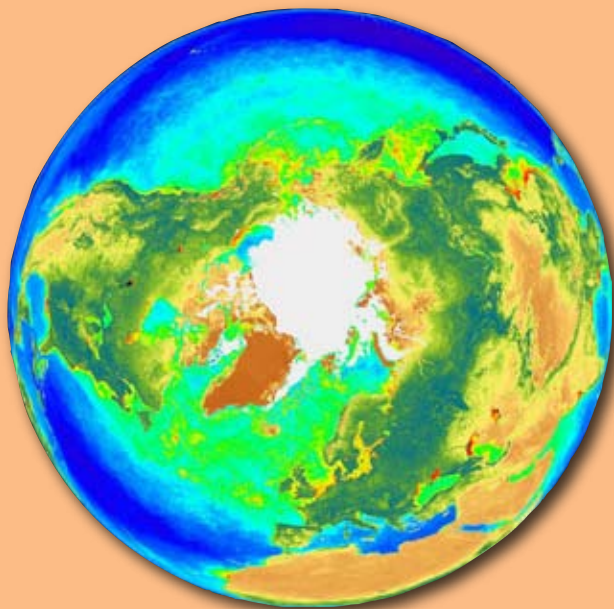
1894 Labbe i Qudin podjęli pierwsze próby leczenia ozonem gruźlicy;

1915 Fisch użył ozonowanej wody do leczenia zakażeń skóry u żołnierzy a Wolff do odkażania i szybszego gojenia ran;

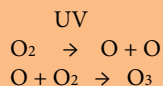
1986 Pierwsze próby leczenia ozonem w Polsce (zespół prof. Z. Antoszewskiego);

1993 Zarejestrowano Polskie Towarzystwo Ozonoterapii;

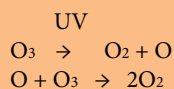
Holender Martinus van Marum opisał w roku 1785 specyficzny zapach powietrza jaki unosił się wokół maszyn elektrostatycznych. Zapach ten został zidentyfikowany ponad 50 lat później, kiedy niemiecki chemik Ch. F. Schonbein badał gaz orzeźwiający działaniu i w roku 1839 wprowadził, obecnie powszechnie już znane, miano „ozon”, odzwierciedlające właściwość tego gazu (gr. odzon - pachnący).



W atmosferze ozon powstaje w wyniku działania wysokoenergetycznego promieniowania UV na tlen:



Jednocześnie odbywa się proces odwrotny, prowadzący do dysocjacji ozonu, przez co ustala się swoisty stan równowagi od którego zależy ilość ozonu w atmosferze i stopień pochłaniania przez ozon promieniowania UV:



nerujący w komórkach powstawanie wolnych rodników działa podobnie jak funkcjonujące naturalnie w komórkach systemu biologicznego produkujące wolne rodniki.

Ozon, wnika do organizmu reaguje ze składnikami osocza krwi, a produkty tego oddziaływania reagują następnie ze składnikami cytoplazmy komórek wpływając na przemiany metaboliczne. Ważne implikacje biochemiczne związane są między innymi ze wzrostem poziomu  $\text{H}_2\text{O}_2$ , który ma wpływ na przebieg wielu procesów biochemicznych w komórce. Pomijając skomplikowane wywody dotyczące przemian komórkowych podajmy od razu opierając się na doniesieniach z poważnych badań naukowych, że terapie ozonowe działają korzystnie na poprawę gospodarki lipidowej poprzez wzrost antymiażdżycowej frakcji cholesterolu w postaci HDL oraz zmniejszenie całkowitego poziomu lipidów i trójglicerydów. Ozonoterapia zwiększa absorpcję tlenu w płucach i wzrost stężenia tlenu we krwi. Polepsza się natlenowanie tkanek, szczególnie tych, które w wyniku toczącego się procesu chorobowego są niedotlenione i gorzej odżywione. Ozon neutralizuje też procesy zapalne.

#### Kto i co leczy?

Pierwsze zastosowania ozonu w medycynie dotyczyły odkażania sprzętów medycznych, a dopiero później podjęto próby leczenia ozonem różnych schorzeń. W ostatnich latach ozonoterapia przeżywa swój renesans, co spowodowane jest zarówno postępem technicznym jak i lepszym poznaniem właściwości i mechanizmów działania ozonu i innych aktywnych form tlenu. Dynamiczny rozwój tej wciąż niekonwencjonalnej metody terapii odnotowuje się głównie w Niemczech, Anglii, USA i Rosji. W Polsce ta metoda leczenia stosowana jest od nieco ponad 20 lat. Jej główny propagator, profesor Zygmunt Antoszewski (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej) pozytywnie odnosi się do zastosowania ozonu w medycynie, potwierdzając to swoimi licznymi badaniami i publikacjami. Nie wszyscy jednak podzielają tę opinię odnosząc się sceptycznie i ostrożnie do tej metody leczenia. A mimo to ozonoterapia wkracza coraz śmielej do terapii coraz nowych jednostek chorobowych, a ostatnio nawet znajduje coraz szersze zastosowanie w stomatologii (np. leczenie próchnicy zębowej metodą HealOzone).

Ozonoterapia stosowana jest w Polsce w leczeniu takich chorób jak: miażdżycza uogólniona i zarostowe zapalenie tętnic kończyn dolnych, owrzodzenia kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy i schorzeń naczyń żylnych, chromanie przestankowe w zakrzepowo-zarostowym zapaleniu naczyń krwionośnych, zmiany troficzne kończyn dolnych różnego pochodzenia, zapalenie stawów, szpiku kostnego, trudno gojące się rany, odleżyny różnego pochodzenia, w chorobach skórnych, dermatozach (czyrączność, trądzik,

niebezpieczne dla organizmów. Ozonosfera to także naturalny filtr dla promieni słonecznych (UV-A, UV-B i UV-C). Wyraźnie więc widać, że brak ozonosfery powadziłby do licznych mutacji genetycznych, uszkodzenia narządu wzroku a nawet do wyniszczenia życia na Ziemi. Idąc dalej należałoby stwierdzić, że rozwój życia do postaci w jakiej obserwowane jest w tej chwili na Ziemi byłby w ogóle niemożliwy bez wcześniejszego powstania w atmosferze ziemskiej warstwy ozonowej.

#### Poznajmy się lepiej

Ozon ( $\text{O}_3$ ), występuje we wszystkich stanach skupienia, choć w postaci gazowej jest najbardziej znany. Jako gaz jest bezbarwny i ma intensywny charakterystyczny zapach. Ozon w stanie płynnym ma barwę granatową, prawie czarną, a w postaci stałej, jak i ciekłej jest nawet substancją silnie wybuchową!

Ozon jest gazem o właściwościach silnego utleniacza, silniejszego niż tlen dwuatomowy ( $\text{O}_2$ ) i jest 15 razy lepiej od niego rozpuszczalnym w wodzie, co może mieć spore implikacje w jego oddziaływaniu na organizmy żywe (łatwe przedostawanie się do tkanek!).

Interesującym jest również, że jako silny utleniacz ozon utlenia wszystkie metale z wyjątkiem platyny i złota.

W stanie gazowym ma tendencję do szybkiego rozkładania się. Szybkość rozkładu ozonu zwiększa się wraz ze wzrostem temperatury i stężenia. Do substancji katalizujących i przyspieszających rozkład ozonu należą głównie związki organiczne, platyna czy tlenek azotu ( $\text{NO}^*$ ).

#### Ozon w działaniu

Obecnie świadomi jesteśmy tego, że ozon jest aktywną formą tlenu o silnych właściwościach bakteriobójczych, co wykorzystuje się już od dawna w praktyce ozonując wodę przeznaczoną do spożycia. Ozon ma też działanie przeciwwirusowe i przeciwgrybicze. Wiemy

również, że ozon może działać toksycznie także na inne organizmy, w tym na organizm człowieka. Z tego powodu wydaje się ważnym poznanie wszystkich właściwości ozonu, tym bardziej, że od pewnego czasu znajduje on zastosowanie jako środek terapeutyczny.

Wykorzystanie ozonu w medycynie pozostaje, mimo długiego stosowania jako środek dezynfekcyjny, wciąż kontrowersyjne. Pojawiają się przy tym opinie, że terapia ozonowa może być formą terapii zastępczej, pewnym uzupełnieniem ortodoksyjnej medycyny, czy też substytutem w przypadkach, gdy nie znane są, bądź zawodzą inne formy terapii. Z drugiej jednak strony, chociaż  $\text{O}_3$  jest niezwykle silnie reaktywny, niekoniecznie musi być toksyczny, jak wiele środków terapeutycznych, jeśli stosowany jest w oparciu o wiedzę dotyczącą mechanizmów jego działania i jeśli stosowany jest prawidłowo z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

Już w końcu XIX wieku znano właściwości dezynfekcyjne ozonu, a obecnie w literaturze światowej można znaleźć opisy zastosowania ozonu w terapii wielu chorób, w tym chorób infekcyjnych, chorób sercowo-naczyniowych, związanych z obniżeniem odporności organizmu i chorób neurodegeneracyjnych (demencja, choroba Parkinsona) i innych.

#### A jak działa?

Ozon dobrze rozpuszcza się w wodzie co zapewnia mu łatwe przemieszczanie się (dyfuzję) do tkanek. W tkankach i komórkach organizmu  $\text{O}_3$  dość łatwo oddziałuje na lipidy i białka. Ozon reaguje też szybko z askorbinianem czy tokoferolami (witaminy). W roztworach wodnych ozon rozpada się tworząc nadtlenek wodoru ( $\text{H}_2\text{O}_2$ ) czyli wodę utlenioną, czy też rodnik hydroksylowy  $\cdot\text{OH}$  (to tzw. reaktywne formy tlenu, do których należą wolne rodniki tlenowe!). Ta ostatnia cecha ozonu ma zatem spore implikacje biomedyczne (wolne rodniki są bardzo aktywne). Przy czym pamiętajmy, że ozon ge-



egzema, atopowe zapalenie skóry), opryszczenia i półpasiec.

### I może też szkodzić!

Przeglądając polską i obcojęzyczną literaturę fachową można znaleźć pewną liczbę publikacji, wskazujących na negatywne oddziaływanie ozonu na organizm człowieka. Nie powinno nas to dziwić jeśli wiemy na przykład, że ozon jest znaczącym składnikiem smogu fotochemicznego. Ekspozycja na składniki smogu wpływa natomiast negatywnie na drogi oddechowe i może powodować poważne zmiany w układzie oddechowym. Zjawisko smogu dotyka obecnie sporego liczby wielkich aglomeracji miejskich na całym świecie. Ozon działa uszkadzająco na tkankę płucną, jeśli podawany jest w dużych stężeniach drogą wziewną. Toksyczne działanie ozonu w płucach można wyjaśnić w dwojaki sposób. Po pierwsze może to odbywać się poprzez destrukcyjne działanie agresywnych rodników tlenowych, które powstają na skutek kontaktu ozonu z tkankami. Po drugie pod wpływem ozonu metamorfozie mogą ulegać leukocyty (komórki krwi), które uszkadzają następnie nabłonek. Dłuższa ekspozycja dróg oddechowych na ozon powoduje metaplastę (przemianę w inne rodzaje tkanek) i hiperplazję (rozrost) nabłonka błon śluzowych, przekrwienie błon śluzowych oskrzeli, stan zapalny i obrzęk płuc. Wziewne oddziaływanie ozonu może też prowadzić do powikłań w obrębie naczyń wieńcowych serca. W tym aspekcie niezwykle ciekawą wydaje się informacja, że w niektórych ośrodkach badawczych na świecie prowadzone są badania nad dopłucnowym podawaniem ozonu, w których udowodniono, że gaz ten podawany w małych dawkach i niskich stężeniach nie działa szkodliwie!

Wyłania się tu tylko jeden wniosek a mianowicie, że toksyczność ozonu tak jak każdej substancji leczniczej jest zależna od dawki, czasu ekspozycji i drogi podania. Skoro wiadomo, że ozon w stanie czystym jest wysoce toksyczny, do celów medycznych używa się obecnie mieszaniny ozonu z tlenem, w odpowiednich proporcjach. Ozonoterapia

stosowana jest albo jako zabieg zewnętrzny (powłoki ciała), albo wewnętrzny a odpowiednia dawka, droga podania i poprawne przygotowanie ozonu medycznego gwarantują bezpieczeństwo i skuteczność takiej terapii. Obserwujemy obecnie tendencję, pomimo wielu głosów krytycznych, rozwoju nowych metod i coraz to nowych zastosowań ozonu w lecznictwie. Przykładem mogą być zastosowania ozonu w stomatologii, kosmetologii i odnowie biologicznej. Musimy być zatem świadomi zalet i niebezpieczeństw jakie niosą ze sobą zastosowania terapeutyczne ozonu, abyśmy mogli dokonywać świadomego wyboru bądź odrzucenia tej jeszcze wciąż niekonwencjonalnej metody leczenia.

### Zamiast zakończenia

Ozon wytwarzany w specjalnych ozonizatorach, stosowany jest powszechnie na świecie do uzdatniania wody pitnej, odkażania wody w basenach, dezynfekcji ścieków, niekiedy nawet w kombinacji z naświetlaniem promieniowaniem UV lub dodatkiem nadtlenu. Stosowany jest także do przedłużania czasu przechowywania żywności. Ozon działa 3 tys. razy silniej bakterioobójczo niż chlor. Nie pozostawia przy tym, jak chlor, przykrego smaku i zapachu. Natomiast w postaci leczniczej stosowany jest w formie zewnętrznej aplikacji na skórę lub błony śluzowe, w postaci iniekcji ozonowanych roztworów, infuzji dotętnicznych mieszanych z własną krwią pacjenta jako autohemotransfuzja czy też hiperbarycznej terapii ozonowej.

Obecnie umiemy już w sposób skuteczny i bezpieczny stosować ozon w różnych sferach życia i działania człowieka, a coraz lepsze metody jego wytwarzania i zastosowania czynią ozon przyjaznym towarzyszem naszego życia. Nie zapominajmy jednakże o dwoistej naturze ozonu i zagrożeniach jakie może nieść niewłaściwe stosowanie ozonu w medycynie czy innych sferach działalności człowieka. Rozkoszując się świeżością letniego powietrza po burzy, pomyślmy o otaczającym naszą planetę i obecnym wokół nas pachnącym życiodajnym, ale i potencjalnie groźnym gazie.

Dr n. med. Marek Jurgowiak wyklada biochemię w Ka-

Do najczęściej leczonych ozonem chorób należą:

- miazdźca i zarostowe zapalenie kończyn dolnych
- owrzodzenia kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy
- owrzodzenia i trudno gojące się rany
- czyrączności, opryszczenia, trądzik, półpasiec, dermatozy
- zmiany troficzne nóg
- zapalenie kości, stawów, szpiku
- stwardnienie rozsiane, inne choroby ośrodkowego układu nerwowego

Jak ozon leczy w przypadku terapii chorób naczyniowych?

Ozon może powodować zmiany w strukturze błon komórkowych erytrocytów (via peroksydacja (utlenienie) lipidów błonowych). Skracanie łańcuchów lipidowych i wzrost ujemnego ładunku błony komórkowej mogą wpływać na zmiany kształtu i elastyczności krwinki. Taka poprawa przepływu ogranicza rulonizację krwinek i ułatwia przepływ krwi w małych naczyniach krwionośnych (włosowatych). Ozon wpływa też na metabolizm cukrowców powodując wzrost stężenia w krwince 2,3-difosfoglicerynianu (2,3-DPG). Zmienia to konfigurację hemoglobiny, zmniejszając jej powinowactwo do tlenu, co prowadzi do łatwiejszego oddawania tlenu przez erytrocyty w niedotlenionych tkankach.

Natomiast jako uboczny negatywny efekt takiego zastosowania ozonu odnotowano uszkodzenia DNA w białych krwinkach (limfocyty) u pacjentów ze zmianami miazdźcowymi poddanych ozonoterapii. Czyżby ozon był bronią obosieczną?

tedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK. Jest autorem książki „Biologia – przed egzaminem na akademie medyczne” wydanej przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL, współautorem rozdziałów podręcznikowych i autorem licznych artykułów popularyzujących wiedzę biomedyczną m.in. w czasopiśmie „Wiedza i Życie”.

Tekst wykładu oparty częściowo o treść artykułu: Marek Jurgowiak: Zabójczy ochroniarz, Wiedza i Życie, lipiec 2007 r., s. 26-28

## Niewydolność serca – czy grozi nam epidemia? wykład podczas Dnia Nauki - Medicalia 2007

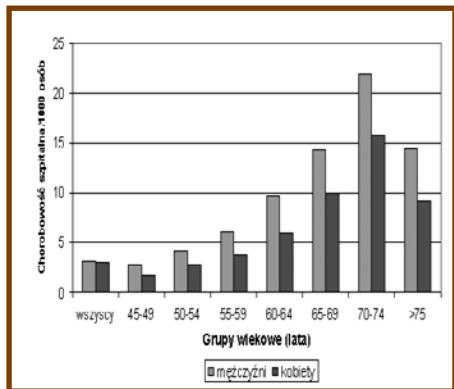
Władysław Sinkiewicz

Niewydolność serca (NS) jest zespołem klinicznym będącym końcowym wspólnym etapem wielu chorób sercowo-naczyniowych. Pomimo znacznych postępów w zrozumieniu patofizjologii, wdrożenia szeroko zakrojonej profilaktyki i wprowadzenia do leczenia nowoczesnych metod terapeutycznych, zarówno zachowawczych, jak i zabiegowych, niewydolność serca (NS), zwana także niewydolnością krążenia, stanowi coraz większy problem zdrowotny i społeczny w rozwiniętych krajach Ameryki

i Europy. Określono ją mianem medycznej hydry. Hydra była mitologicznym potworem o wielu głowach, które odrastały w zwiększonej liczbie, gdy odcięto się jedną z nich. To porównanie podkreśla złożony charakter niewydolności serca, a także trudności, jakie napotykamy przy rozwiązywaniu tego problemu.

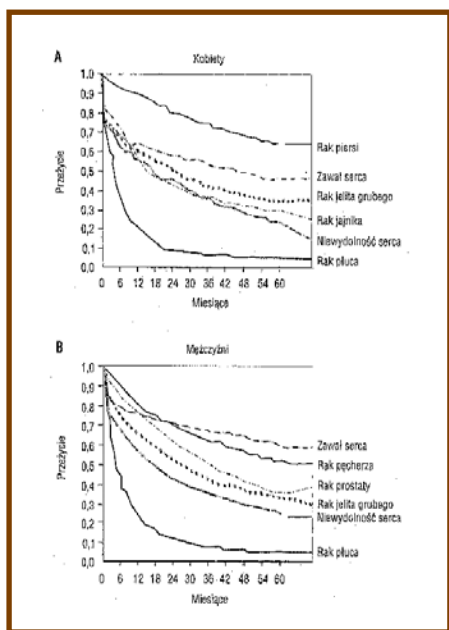
**Niewydolność serca jako narastający problem starzejących się społeczeństw**  
Dzięki postępowi medycyny Europejczycy

są zdrowsi i żyją dłużej. Średnia oczekiwana długość życia w Unii Europejskiej zwiększyła się o 8 lat w porównaniu z rokiem 1960. W 2000 r. wynosiła 75 lat dla mężczyzn i 81 lat dla kobiet. Ze starzeniem się społeczeństwa jednak rośnie grupa chorych z NS, co będzie stanowić w przyszłych latach poważne obciążenie dla ekonomii i systemów opieki zdrowotnej państw Unii Europejskiej, w tym również Polski. Częstość występowania NS jest silnie związana z wiekiem pacjentów i wzrasta



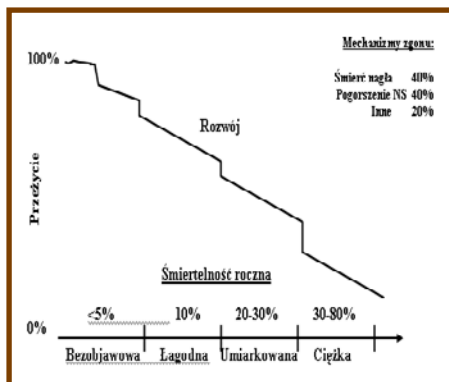
Chorobowość szpitalna w Polsce u pacjentów z niewydolnością serca

szczególnie w grupie powyżej 60 roku życia. Nowoczesna kardiologia skutecznie ratując od wczesnej śmierci np. chorych z zawałem serca, paradoksalnie pomnaża potencjalnych pa-



Wskaźniki pięcioletniego przeżycia chorych z niewydolnością serca

cientów, u których w późniejszym okresie życia wystąpi niewydolność serca. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych w latach 1990–2030 liczba pacjentów z klinicznie jawną zastoinową NS niemal się podwoi, z trzech milionów do około sześciu milionów, co w opinii wielu ekspertów jest liczbą znacznie zaniżoną.



Historia naturalna niewydolności serca

### Epidemia niewydolności serca w Europie i Polsce

Używane coraz częściej określenie „epidemiologia niewydolności serca” okazało się niezwykle trafnie przewidywać skalę problemu, jakim stała się NS. NS jest obecnie jedyną jednostką układu sercowo-naczyniowego o wciąż wzrastającej częstości występowania, a ponadto jest to najczęstsza i najbardziej kosztowna przyczyna hospitalizacji pacjentów powyżej 65 roku życia, którzy obarczeni są największą śmiertelnością.

Wyniki dużych badań epidemiologicznych prowadzonych głównie w krajach Europy Zachodniej i w USA wskazują, że NS występuje średnio u około 2–3% populacji, ale po 75 roku życia już u 8–10% osób. W przeciwieństwie do innych chorób układu krążenia, w których zazwyczaj obserwuje się przewagę mężczyzn, liczba kobiet i mężczyzn leczonych z rozpoznaniem NS jest zbliżona. U pacjentów z nasilonymi objawami NS notuje się częste hospitalizacje, które wiążą się nie tylko z poważnymi obciążeniami ekonomicznymi, ale również ze znacznym cierpieniem ludzkim. Duży problem stanowi niewielka przeżywalność po rozpoznaniu niewydolności serca. O rokowaniu decyduje przede wszystkim stan kliniczny pacjenta.

Według klasyfikacji Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA) roczna śmiertelność przedstawia się następująco:

- klasa I (chorzy bezobjawowi) — śmiertelność do 10%
- klasa II (chorzy z niewielkimi objawami w czasie umiarkowanych wysiłków fizycznych) — śmiertelność 10–20%
- klasa III (chorzy z objawami NS w czasie niewielkich wysiłków) — śmiertelność 20–40%
- klasa IV (chorzy z dusznością spoczynkową) — śmiertelność 40–60%.

Do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia niewydolności serca należą:

- chorzy w podeszłym wieku,
- chorzy na nadciśnienie tętnicze,
- chorzy na cukrzycę,
- osoby otyłe,
- alkoholicy,
- palacze tytoniu.

Z punktu widzenia zapobiegania NS pomocny jest podział zaproponowany przez wspólną grupę roboczą American College of Cardiology i American Heart Association (ACC/AHA), który wyróżnia cztery stadia NS:

Stadium A — obejmuje osoby zagrożone wystąpieniem NS, ale bez strukturalnej choroby serca.

Stadium B — dotyczy osób ze strukturalną chorobą serca, ale bez objawów klinicznych. Jest to najważniejsza grupa do pierwotnej prewencji NS.

Stadium C — obejmuje osoby ze strukturalną chorobą serca i objawami klinicznymi NS, kwalifikujące się do wtórnej prewencji NS.

Stadium D — u chorych pomimo kompleksowego leczenia objawy NS występują w spoczynku.

Postęp, jaki nastąpił w ostatnich latach w kardiologii, spowodował istotne zmniejszenie śmiertelności z powodu chorób układu krążenia. Niestety, w NS nie obserwuje się takiego trendu. W jednym z najbardziej znanych badań epidemiologicznych populacji Framingham, średnie przeżycie od chwili rozpoznania NS wynosiło zaledwie 3,2 lat u kobiet i 1,7 roku u mężczyzn, 5-letnia śmiertelność osiągała zaś aż 62% u kobiet i 75% u mężczyzn. Zwraca się uwagę na wciąż złe rokowanie w NS, wskazując na śmiertelność porównywalną z obserwowaną w chorobach nowotworowych, gdyż w zaawansowanej niewydolności serca (IV klasa wg NYHA) około 50% chorych umiera w ciągu jednego roku.

Biorąc pod uwagę alarmująco wysoką zapadalność w Polsce na chorobę niedokrwinną serca (1,5–2 mln chorych), jak również dużą częstość występowania nadciśnienia tętniczego (około 4 mln chorych), w większości nieprawidłowo leczonego, należy się spodziewać, że rocznie przybywa około kilkudziesięciu tysięcy nowych chorych na NS, z których co najmniej kilkanaście procent umiera w ciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych.

### Koszty leczenia niewydolności serca

Niewydolność serca jest jedną z głównych i coraz częstszych przyczyn zgonów i niepełności. W Stanach Zjednoczonych na niewydolność serca cierpi około 4,6 mln osób z zachorowalnością około 555 tys. nowych przypadków rocznie oraz liczba około 957 tys. hospitalizacji każdego roku. Koszty związane z diagnostyką i leczeniem niewydolności serca kształtują się na poziomie około 22,5 miliarda dolarów rocznie, z czego koszty bezpośrednio do około 20,3 mld dolarów. Liczba ta może być zaniżona, gdyż część kosztów związanych z chorobą niedokrwinną serca generowanych jest właśnie przez niewydolność serca.

Choć w Polsce podobnych wyliczeń nikt nie prowadzi, należy domniemywać, że zarówno poziom zachorowalności jak i hospitalizacji jest podobny.

Tak więc niewydolność serca stanowi i stanowić będzie w Polsce i innych rozwiniętych krajach rosnący problem nie tylko zdrowotny, ale i społeczny, a koszty leczenia tej grupy pacjentów będą stale wzrastały. Ranga tego problemu musi wpłynąć na odpowiednie zmiany organizacyjne w służbie zdrowia, chociażby na wycenę odpowiednich procedur w lecznictwie szpitalnym i ambulatoryjnym przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz wygospodarowanie odpowiedniej liczby łóżek dla opieki nad przewlekłymi chorymi.

dr hab. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Podstaw Klinicznych Fizjoterapii



# Dziecko w rodzinie

Mirosława Kram

*Każda jednostka w ciągu swojego życia uczestniczy w zasadzie w dwóch rodzinach: macierzystej, z której pochodzi i w tej którą sama zakłada. Po spędzeniu dzieciństwa w rodzinie i dojścia do wieku dojrzałego zdecydowana większość kobiet i mężczyzn zawiera małżeństwo. Zakłada własne rodziny z nadzieją, że uda im się stworzyć szczęśliwy dom dla siebie i dzieci.*

## Wypełnianie ról rodzicielskich

Z chwilą przyjścia na świat dziecka, zaczyna się gra rolę rodzica. Odgrywa się ją przez całe życie. Współcześnie role ojca i matki są coraz częściej komplementarne, rodzice zamiennie wykonują zadania opiekuńczo-wychowawcze. Tradycyjnie od roli ojca oczekuje się dzielności i siły, zaradności, dawanie oparcia żonie i dzieciom. Natomiast od roli matki oczekuje się serdeczności i ciepła, wyrozumiałości i ekspresji uczuć, zaspakajania potrzeb członków rodziny, wprowadzenia dziecka do szerszej rodziny i tworzenia atmosfery emocjonalnej w domu.

Justyna Dąbrowska (red. naczelny czasopisma „Dziecko”) w swojej książce „Nawet z dziećmi może być przyjemnie” i zawartym w niej felietonie „Tata jest mądry a mama dobra”, opisuje: „Jednego roku musiałam wrócić z wakacji wcześniej. Dzieci zostały po opiekę taty. Kiedy wyjeżdżałam miałam mnóstwo wątpliwości. Bałam się, że mąż zaziębi dzieci albo przeżeje, że na pewno nie da im śniadania, nie założy kapeluszy na głowy, cały dzień będzie remontował dom (dla dobra rodziny) i na dzieci krzyczał. Koleżanki po moim powrocie do pracy, też nie dodały mi otuchy: „Ja bym swoim dzieciom nigdy czegoś takiego nie zrobiła”, powiedziała jedna z nich. A mimo to nie rzuciłam pracy i nie wróciłam do nich. Kiedy po dwóch tygodniach pojechałam po moją rodzinę, to co zastałam, przekroczyło najśmielsze oczekiwania. Jędrzek, pięciolatek, na mój widok wskoczył do jeziora i zniknął. Okazało się, że w tym czasie nauczył się pływać i nurkować. Mnie by do głowy nie przyszło, aby pozwolić mu wejść bez gumowego koła. Za chwilę jedenastoletnia córka Ula krzyknęła: patrz mamó i skoczyła z pomostu wprost na szeroką, głęboką wodę. Tylko z tatą mogły się tego nauczyć, bo on potrafi sprawdzić, czy dno jeziora jest wystarczająco bezpieczne. W naszym wiejskim domu dzieci z dumą pokazały stos drewna, które pocięły za pomocą piły, naprawiony płot. Jędrus zaczął sam zasypiać w łóżku – wiesz mamó, mam dla Ciebie niespodziankę, nie musisz się męczyć, kiedy idę spać. Mężowi także ta rozłąka posłużyła

– nauczył się pleść warkoczki. Zobaczyłam na własne oczy, jak dzieci pozostawione z tatą stały się zaradne i bardziej samodzielne. Moje dzieci ujęły sprawę w jednym zdaniu - „Wiesz, mamó, z tatą jest fajnie, bo tata jest bezpieczny i nie ma tyle nerwów co ty”

## Postawy rodzicielskie

Małżonkowie pełniąc rolę rodziców zawsze „w jakiś sposób” odnoszą, zachowują się wobec swojego dziecka. Ich postępowanie określa się mianem postawy rodzicielskiej. Dominujący sposób odnoszenia się do dziecka wyznacza jej nazwę.



Rodzice o postawie akceptującej traktują je takie jakie ono jest – z jego urodą, możliwościami umysłowymi i usposobieniem. Ci rodzice lubią swoje dziecko – głoszą je, przytulają. Chwalą je i ganią. W miarę rozwoju dziecka dają mu coraz szerszy margines swobody, ale czuwają nad nim. Małymi krokami pozwalają, aby działało na własną odpowiedzialność. Stosownie do możliwości dziecka, włączają je do podejmowania decyzji w najważniejszych sprawach rodzinnych: jak wydać pieniądze, jak spędzać wakacje itp. Trochę się o bezpieczeństwo i jego zdrowie.

Rodzice przejawiający właściwe postawy sprzyjają kształtowaniu się u dziecka zdolności do nawiązywania trwałej więzi uczuciowej, sprawiają że dziecko jest wesołe, przyjacielskie, bystre i odważne. Powodują, że jest ono ufne, zdolne do współdziałania. Podejmuje czynności i zadania z własnej inicjatywy, co sprzyja twórczości i pomysłowości. Dają możliwość rozwijania się w dziecku poczucia własnej wartości i pewności siebie.

Rodzice apodyktyczni, nadmiernie wymagający, stawiają dziecku wygórowane wymagania. Narzucają mu swoją wolę, nie licząc się z jego upodobaniami. Ustalonych norm i zakazów domowych przestrzegają rygorystycznie. Zmuszają dziecko do tego, czego

ono nie lubi, np. ma jadać wszystko, bo to jest zdrowe. Gdy dziecko otrzymuje oceny niższe od oczekiwanych przez rodziców – wyrażają dezaprobatę i gniew. Mówią, że wina jest po jego stronie, bo jest leniwe i nieodpowiedzialne. Zaostrzają ograniczenia.

Rodzice nadopiekuńczy wyręczają je we wszystkich czynnościach dnia codziennego, w myśl zasady, że jeszcze w życiu się napracuje. W stosunku do dziecka są bezkrytyczni, ich dziecko to wzór doskonałości. Ustawicznie kontrolują je, nawet wtedy, gdy się bawi. Ciągłe je upominają: „nie biegaj, bo się zmęczysz”, „uważaj, bo zrobisz sobie krzywdę”. Wybierają mu kolegów, koleżanki. Tolerują wszelkie zachcianki. Gdy dziecko ma trudności w szkole – winny jest nauczyciel.

Rodzice przejawiający niewłaściwe postawy sprzyjają kształtowaniu się u dziecka takich cech jak: agresywność, nieposłuszeństwo, kłóliwość i kłamliwość. Powodują, że jest nieufne i bojaźliwe, zaczyna mieć trudności w nauce, jest bierne i bez inicjatywy. W niektórych przypadkach, dzieci z tych rodzin są „łakomym kąskiem” dla sekt, a w skrajnych przypadkach dochodzi do samobójstwa dziecka.

## Rozbieżności w postawach rodzicielskich

Postawy rodziców, a także innych domowników, nie zawsze bywają tego samego typu. Dlatego wskazane jest zachowanie konsekwencji i wspólnego frontu wychowawczego. Niewielka odmienność typów postaw jest dla dziecka źródłem wyrazistości i indywidualności każdego z rodziców. Zbyt duża rozbieżność i przeciwstawność powoduje, że dziecko staje się podatne na frustrację i zaburzenia emocjonalne.

Opowiada 36-letni Jarosław, ojciec Daniela: „Moja żona nie zdaje sobie sprawy, że roztaczając parasol ochronny nad naszym synem, wyrządza mu krzywdę. Daniel wyrasta na mężczyznę nieprzystosowanego do życia. Gdy patrzę, jak Maria sprząta w jego pokoju, a on w tym czasie ogląda „wieczorynkę”, ogarnia mnie wściekłość. Jeśli czegoś od niego żądam, to żona go broni. Nasz syn jest jak mimoza. Unika sportu na wszelkie sposoby, na podwórku nie potrafi się bronić. Moja nadopiekuńcza żona wciąż twierdzi, że się go czepiam, a przecież nasz syn musi być twardym, zaradnym i gotowym na wszystko facetem. Daniel ma przecież już 10 lat”.

Opowiada 33-letnia Maria, matka Daniela: „Daniel to nasze jedyne dziecko. Kocham go. Staram się go ochraniać z powodu częstych kłótni między mną a mężem. Daniel jest bar-

dzo wrażliwy. Znosi do domu bezdomne, małe kotki. Nigdy nie bije rówieśników, choć mąż uważa, że powinien ostro reagować na zaczepki. Karci go za oplakiwanie filmowych bohaterów, nazywając go mazgajem. Zauważyłam, że syn w jego obecności jest mruklawy i ucieka do swojego pokoju. Ze mną staje się otwarty, przytula się do mnie i „gadamy, gadamy”. Mój mąż uważa że należy go wychowywać surowo, bo chłopiec powinien być energiczny, odporny na stresy, wysportowany. Ostatnio zapisał syna na judo. Nie pytał czy chce, po prostu powiedział, że ma chodzić na treningi. Minął miesiąc, a Daniel ani razu nie był na zajęciach. Wykręcał się, że go noga boli albo czuje się zmęczony. Wielokrotnie próbowałam rozmawiać z mężem na temat „zimnego chowu”, ale bezskutecznie. A przecież Daniel ma dopiero 10 lat”.

### Wieloaspektowy wymiar rodziny

Struktura rodziny obejmuje m.in. układ ról przypisanych do poszczególnych członków i ich pozycji w rodzinie. Dotyczy to roli matki, ojca, dziecka oraz zadań, jakie realizują lub powinni realizować na rzecz pozostałych członków rodziny. Układ tych ról, podział pracy i wzajemne świadczenia stanowią podstawę jej prawidłowego funkcjonowania.

Zdrowa, prawidłowo funkcjonująca rodzina utrzymuje różnorodne kontakty osobiste „wewnątrz domu”, a także poza wspólnotą zamieszkania – z bliższą i dalszą rodziną, osobami spokrewnionymi i niespokrewnionymi. Kontakty te wynikają z potrzeby oparcia spo-

łecznego i przynależności dającej poczucie bezpieczeństwa, ale także i z chęci uczestnictwa we wspólnej zabawie i wypoczynku. Chronią człowieka przed osamotnieniem i społeczną izolacją. Wspólny wypoczynek, spotkania rodzinne (rocznicowe, imieniny, z okazji świąt) są jednocześnie sposobem na umacnianie więzi, poczucie wspólnoty i przynależności w obrębie rodziny.

Niezbywalną funkcją rodziny jest funkcja emocjonalno-ekspresyjna. Miłość, wzajemne więzi, stała wymiana uczuć – realizowane w rodzinie są podstawą trwałości życia rodzinnego, pozwalają przezwyciężać trudności i nadają sens życiu. Dzięki wzajemnej miłości i zrozumieniu poszczególni członkowie rodziny czują się bezpiecznie, a w trudnych chwilach życia pozarodzinnego (szkoła, praca zawodowa) oraz w wielu innych problemach czy zdarzeniach losowych – w chorobie, po stracie bliskiej osoby otrzymują wsparcie.

Rodzina kształtuje u dziecka uwarunkowane kulturowo, ale także przyjęte zwyczajowo i uznane za obowiązujące wzory zachowań oraz działań poszczególnych członków rodziny. Stanowią one podstawę wzajemnego współżycia i kontroli. Podstawą przyjętych wzorów zachowania są normy obyczajowe, religijne, moralne i prawne. Mogą one być zróżnicowane w obrębie poszczególnych rodzin, ale także w poszczególnych okresach życia rodziny, np. mniejszy lub większy rygorizm czy liberalizm przy egzekwowaniu poszczególnych konkretnych wymogów wobec dzieci w zależności od wieku i płci.

Podobny stopień ważności pełni funkcja

socjalizacyjna. Socjalizacja jest naturalnym procesem, który dokonuje się w życiu rodziny. Polega na przekazywaniu podstawowych wartości i norm współżycia, obejmuje przygotowanie do samodzielnego pełnienia ról społecznych (rola dziecka, siostry, brata, ucznia, pracownika). To w rodzinie współpraca, współdziałanie, wzajemna pomoc, ofiarność, poszanowanie praw i potrzeb każdego z jej członków unaoczniają młodemu człowiekowi podstawowe relacje społeczne i przekazują zasady współżycia społecznego. Socjalizacja uwzględnia podstawowe wartości, normy i wzory przyjęte w danym kręgu kulturowym, a także uznawane przez rodzinę zasady i normy religijne.

Kończąc rozważania o dziecku i jego miejscu i roli w rodzinie warto zauważyć, że pełni ona na rzecz swoich członków zróżnicowany ogrom zadań. Rodzina zapewnia ciągłość biologiczną i stanowi warunek przetrwania, zapewnia ciągłość kulturową – przekazuje język, zasady i normy, system wartości, cele życiowe oraz obowiązujące w danej kulturze normy religijne. Poza tym, rodzina stanowi jedną z podstaw trwałości kulturowej i moralnej dla narodów zamieszkałych poza granicami własnej ojczyzny ale i dla narodów z różnych względów pozbawionych ojczyzny – wysiedlenie, uchodźstwo, emigracja.

W okresie Świąt Bożego Narodzenia warto poddać się życiowej i religijnej refleksji na temat rodziny.

*mgr Mirosława Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego*

## Przeszczepy szpiku od dawców niespokrewnionych

*Jan Styczyński, Mariusz Wysocki*

Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii została przeniesiona do Państwowego Szpitala Klinicznego (ówczesna nazwa szpitala) w dniu 1 grudnia 2001 r, do wieżowca, później nazwanego Klinikum Centrum Pediatrii. Dzięki pomocy różnych instytucji i organizacji, w latach 2002-2003 został ukończony i wyposażony Oddział Transplantacji Szpiku Kostnego. W dniu 27 czerwca 2003 r., nastąpiło uroczyste otwarcie Oddziału, dokonane przez Jolantę Kwaśniewską, prezesa Fundacji Bez Barier.

Pierwszy przeszczep szpiku (choćby bardziej precyzyjna nazwa to przeszczepienie komórek hematopoetycznych) od dawcy rodzinnego został przeprowadzony w dniu 8 października 2003 roku. Wydatnymi współwykonawcami tego wydarzenia było Centrum Onkologii, a zwłaszcza Zakład Teleradioterapii i Zakład Fizyki, oraz Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i liczne jednostki naszego szpitala. Pierwsza pacjentka, Kasia, niestety, zmarła 7 miesięcy później z powodu bardzo ciężkiej postaci choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi.

Wkrótce, z pomocą Wojewódzkiego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa,

zaczęły się przygotowania do przeprowadzenia przeszczepów autologicznych. Ten rodzaj przeszczepiania wiąże się z wykonywaniem separacji komórek hematopoetycznych z krwi obwodowej na separatorze komórkowym metodą aferezy, a następnie ich krioprezewacją tj. przechowywaniem w ciekłym azocie. Pierwszy zabieg przeszczepienia komórek autologicznych wykonaliśmy w dniu 7 maja 2004 r. Maurycy, którego dotyczyło to wydarzenie, rozwija się bardzo dobrze, pomimo bardzo niekorzystnej medycznie sytuacji wyjściowej, związanej z wiekiem pacjenta i wcześniejszymi progresjami choroby.

Rok 2007 zapisał się kolejnym ważnym wątkiem dla Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego. W dniu 29 marca 2007 r. wykonaliśmy pierwsze przeszczepienie komórek hematopoetycznych pochodzących od dawcy niespokrewnionego, wolontariusza z rejestru światowego. Dla Oliwii, pacjentki po 4 wznowach białaczki, dawcą był młody obywatel niemiecki z Frankfurtu nad Menem. Przeszczep i okres poprzyszczepowy przebiegł dokładnie zgodnie z planem. I chociaż wydawać mogłoby się to niemożliwe, to po

dwóch miesiącach choroba pokazała jednak, że jest mocniejsza. Do dzisiaj wykonaliśmy cztery takie przeszczepy, a dawcami byli Polacy i Niemcy. Kilku następnych pacjentów bydgoskich oczekuje na przeszczep od niespokrewnionych dawców szpiku.

Bydgoska transplantologia szpiku i komórek hematopoetycznych ma już historię ponad 4-letnią. Wykonaliśmy 74 przeszczepy. Przeprowadzamy terapię wysokodawkową i przeszczepy dla pacjentów z naszej Kliniki, z Gdańska, Białegostoku, Olsztyna i Szczecina oraz dla młodych dorosłych leczonych w Centrum Onkologii oraz w Oddziale Hematologii w Toruniu.

Zespół lekarski transplantacyjny liczy trzy osoby: dr hab. Jan Styczyński, dr Robert Dębski i dr Anna Krenska. Znakomitym zespołem pielęgniarskim kieruje pani Ewa Dębna, a pielęgniarki stały się gospodarzami Oddziału. A życie stawia przed nami już kolejne bardzo ważne wyzwanie, którym jest przeszczepienie komórek macierzystych krwi pępowinowej.

*dr hab. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii kierowanej przez prof. dr hab. Mariusza Wysockiego*



# Krótką historia wielkiej przygody

Agnieszka i Ewa Demidowicz

*A wszystko zaczęło się tak: nocą 5 czerwca 2007 roku z bardzo ciężkimi walizkami wyruszyliśmy w podróż do Barretstown w Irlandii. Ciężkimi, bo wypełnionymi po brzegi obawami i niepewnością.*

Miałyśmy pod opieką dziesiątkę dzieci leczonych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Naszym zadaniem było zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa w czasie podróży i opieka nad nimi w trakcie trwającego dziesięć dni obozu.

Barretstown to oddalony o około 70 km od Dublinia zamek, ukryty pośród irlandzkich łąk i pastwisk. Mieści się tu siedziba międzynarodowej fundacji założonej przez Paula Newmana, zajmująca się organizacją obozów rekreacyjno-terapeutycznych dla dzieci z całego świata, walczących z chorobami nowotworowymi. Sesja czerwcowa przewidziana była dla maluchów z Polski, Gruzji, Czech, Słowacji, Białorusi i Rosji, łącznie ponad sto dzieciaków, w wieku od siedmiu do trzynastu lat.

Około trzeciej rano, kiedy już zebrałyśmy niezbędne informacje o aktualnych zaleceniach terapeutycznych, spakowałyśmy i opisałyśmy leki, uporałyśmy się z bagażami dzieci i zdenerwowanymi rodzicami, nasz autobus wyruszył z Bydgoszczy. Już po kilku kilometrach nasze obawy zaczęły się urzeczywistniać – dzieci zalały się łzami i nijak nie można było ich pocieszyć. Dla wielu z nich był to pierwszy wyjazd bez rodziców, a dla wszystkich pierwszy tak daleki. Na szczęście zmęczenie zrobiło swoje i dzieci zasnęły. A potem było już lotnisko, nowi koledzy z Warszawy i Lublina, podobnie jak my (a może odrobinę bardziej) stremowani wolontariusze, atrakcje związane z odprawą i w końcu sam samolot z hektolitrami coli na pokładzie, wpadający co chwila w niezwykle zabawne turbulencje.

Przed zamkiem w Barretstown czekał na nas roześmiany tłum pracowników fundacji. Na powitanie utworzyli oni wiwatujący szpaler, powiewający ogromnymi, kolorowymi chorągiewkami, co wprawiło dzieci (nas zresztą również) w lekkie osłupienie. Po przyjeździe dzieci musiały przejść rutynowe badania lekarskie w obozowym punkcie medycznym pieszczotliwie nazywanym przez nie Mezetem (od ang. Med. Shed). I to był ostatni element programu, który nie był dla nich nowością – spotkania z lekarzami są w końcu dla tych dzieci nieodłączną częścią życia.

Pierwsza niespodzianka czekała nas już przy kolacji – zamiast zdrowego jedzenia dostaliśmy góry frytek, hamburgerów, pizzy i ketchupu, czyli wszystkich potraw unikanych przez troskliwe mamy w diecie chorych dzieci. Potem była już tylko zabawa. Każdy dzień wypełniony po brzegi niesamowitymi zajęciami, od kajakowania, przez wspinaczkę, teatr, kręcenie filmów i strzelanie z łuków aż

po jazdę konną i poszukiwanie skarbów, przynosił ogromnie dużo śmiechu i satysfakcji. Zaskakująco dobrze czuli się chłopcy, wypiekając irlandzkie czekoladowe muffiny, lepiąc gliniane garnki, pieczołowicie nawlekając sznury różnokolorowych koralików, a dziewczynki – łowiąc ryby i przeprowadzając „komandoskie” akcje. Z każdym dniem dzieci uczyły się czegoś nowego o sobie i swoich możliwościach. Typowy dla ich wieku sceptycyzm dla nudnych propozycji, przedstawianych przez strasznych dorosłych po kilku minutach uczestniczenia w zabawie przemieniał się w dziki entuzjizm, nawet wtedy, gdy trzynastoletni mężczyźni przygotowywali taneczny spektakl. Przyszycielki do pełnego zdroworozsądkowych ograniczeń życia nie spodziewały się, że są w stanie same tak wiele zrobić. Z każdym wykonanym zadaniem rosła ich pewność siebie a nam rosły serca od patrzeń na ich coraz bardziej promienne buzie. Po kilku dniach nasze dzieci w ogóle nie przypominały tych zaleknionych skarbów placzących w dniu wyjazdu. Wszystko to nie udało się bez pomocy całej gromady niezwykłych młodych ludzi z całego świata, którzy swoim zaangażowaniem tworzą magię Barretstown. Irlandczycy wcale nie stanowią większości pracowników ośrodka. Opiekunami naszych dzieci, poza polskimi wolontariuszami byli młodzi Niemcy, Kandydzy i Angliki. W zespole medycznym pracowała faworytka naszych dzieci pielęgniarzka – Eskimoska z Kanady. To oni animują zajęcia, pomagają we wszystkim i zawsze są w pobliżu z uśmiechami na twarzach i negasnym entuzjazmem.

Nasz dziesięciodniowy pobyt w Irlandii minął niezwykle szybko. Mogłoby się wydawać, że dziesięć dni to nic wielkiego, a jednak



Zajęcia i zabawy w Barretstown

były to zupełnie niezwykle dni. Dzieciom pozwoliły odkryć siebie na nowo, zrozumieć, że choroba nie musi oznaczać rezygnacji z zupełnie dziecięcego podejścia do świata. Nam pobyt w Barretstown pokazał, że chore dziecko nie musi wcale być postrzegane głównie przez pryzmat swojej choroby, że może czasem, widząc dzieci ścigające się na wózkach inwalidzkich, warto nie myśleć o ewentualnym

upadku, a raczej dostrzec szeroki uśmiech i błyszczące oczy. Takiego widoku nie da się z niczym porównać.

Do Bydgoszczy wróciliśmy 14 czerwca 2007 roku, zupełnie odmienieni i z ogrom-

nym zapałem do wszystkiego. Chociaż nasze codzienne życie wydaje się czasem szare i nieciekawe, pomaga nam śmiech dzieci, który wciąż mamy w pamięci i który chcemy zachować aż do przyszłego roku. Bo każdy, kto

choć raz znalazł się w Barretstown chce tam wrócić jak najszybciej.

*Agnieszka i Ewa Demidowicz jako wolentariuszki opiekowały się dziećmi podczas wyjazdu do Irlandii, przedruk z „Primum Non Nocere”, listopad 2007*

## Wino w dawnej Polsce

Władysław Sinkiewicz

### Tradycje winne za Jagiellonów

Wino znano w Polsce już za pierwszych Piastów. Nie było ono wprawdzie napojem powszechnie używanym i przedkładano nad nie rodzime piwa i miody, jednak rozwijający się szybko na ziemiach polskich Kościół potrzebował wina do celów liturgicznych. Transport z południa Europy nastręczał w owej epoce wiele trudności, stąd próbowano zakładać winnice na miejscu. Świadectwem tych wysiłków są istniejące dotychczas nazwy miejscowości, takie jak Winiary, Winnica, Winniczka, Winna Góra, Winne, Winogród i wiele innych. Żyjący w XII wieku, arabski geograf i podróżnik Al-Idrisi pisał: „Kraków posiada liczne gmachy, targowiska, ogrody i winnice”. Późniejsze kroniki wspominają o spalonych w 1455 r. przez Krzyżaków winnicach wokół Torunia i Grudziądza, zaś księgi rachunkowe lwowskich mieszczan donoszą o stu beczkach wina pobieranych przez książąt ruskich jako dziesięcina. Wiadomo także o winnicach klasztornych w okolicach Poznania, Babimostu i Czarnkowa w Wielkopolsce. Na Mazowszu wymieniano Płock, Pułtusk i Wyszogrod. Zachowała się także donacja księcia Henryka Sandomierskiego, który w 1160 roku nadał joannitom wieś Zagość i Bereszowice wraz z winnicami. Ogólnie jednak panowała opinia, że „ma wprawdzie Polska w niektórych miejscach winnice, ale niewiele z nich wina i to słabe i kwaśne”, choć odnotowano również, że na wzgórzu pod Sandomierzem znajdowały się winnice, „w których winograd nie cierpkiego był smaku”.

Do czasów Zygmunta III wino pojawiała się wyłącznie na stołach ludzi bogatych i to tylko w dni uroczyste. Obyczaj picia wina rozpowszechnił się w wieku XVII, choć nadal obejmował warstwy uprzywilejowane. Ceny były bowiem bardzo wysokie. Butelka wina lepszego gatunku kosztowała tyle, ile wynosił trzydniowy zarobek fachowego rzemieślnika. Jednak fakt, że wino spożywane było głównie przez ówczesne elity, powodował, że stawało się napojem modnym, świadczącym o pozycji społecznej. Siedemnastowieczna Polska była liczącym się importerem tego trunku, co potwierdza Szymon Starowolski pisząc: „Za Zygmunta Augusta w jednym tylko domu w Krakowie wino szynkowano, teraz niemal w każdym, w klasztorach, u plebanów i u samych panów”. Z czasem piwnica z winami stała się nieodłącznym elementem wyposażenia magnackiego dworu.

Pito w owym czasie zupełnie inne wina niż obecnie. Przyzwyczajona do miodów szlachta preferowała słodkie i ciężkie wina

z południa Europy. Najbardziej ceniona była pochodząca z Krety małmazja. Ponadto sprowadzano z Hiszpanii alikant i petercyment, z Wysp Kanaryjskich słodkie kanary i portugalskie madery. Najczęściej jednak kupowano rozmaite wina węgierskie, wśród których królowały oczywiście tokaje. Kupcy



polscy przybywali licznie na Węgry i nabywali wino „na pniu” jeszcze przed winobranieniem, stąd zachowała się polska nazwa jednego z win tokajskich – „tokaj szamorodni”. Tokaj dojrzewał następnie przez dziesięciolecia w szlacheckich piwnicach i kupieckich składach, osiągając niespotykaną nigdzie [w Europie] jakość. Najlepsze tokaje dojrzewały w Krakowie i Warszawie. Lwów z kolei to wielkie centrum handlu winami z Grecji. „Małmazji we Lwowie zawsze wielki dostatek bywał, a skład małmazjowy nigdzie indziej nie miał być taki, jak we Lwowie”.

W sferach najwyższych modne stawały się wina francuskie, szczególnie burgundy i bordoskie klarety. Jak podaje Kitowicz: „Zaczął też wchodzić w używanie, ale bardzo rzadko, wino szampańskie, które podawano po węgierskim.”

„Pito często i dużo, tak więc winny handel rozwijał się znakomicie. Wytykano to rodom pisząc: „że co jedno wezmą za zboże, to wszystko wydadzą na wina, petercymenty, miody siedmiogrodzkie”. Za Wazów i w czasach saskich umiarkowanie w picu nie było jednak cenione. Przeciwnie była to „...zła uczta, kiedy się nie popili, kiedy gość trzeźwo pożegnał się z gospodarzem; taki szlachcic, co taką trzeźwość zachował w domu swoim, niewielką

miał estymację, niewiele był wart w kompanii i pospolicie nazywano go Francuzem”.

### Zapomniane wina

Dziś, kiedy na całym świecie królują międzyrodowe odmiany winogron, z których w wielu miejscach na świecie robi się podobne wina, zapomnieliśmy o winach dawnych. Niejednokrotnie zapomnieniu uległy także nazwy. „Wina, które morzem przychodzą, francuskie, włoskie, hiszpańskie rywuły”, taki tekst, z wcześniejszego pochodzący opracowania przytacza Zygmunt Gloger w swojej Encyklopedii Staropolskiej, tłumacząc zarazem, że rywułą nazywano „przednie słodkie wina południowe hiszpańskie, włoskie lub francuskie, morzem do Polski przywożone”. Ta, dziwnie brzmiąca dzisiaj nazwa pochodzi od włoskiego portu Rivoglio, gdzie prawdopodobnie wina te kupowano. Któż z dzisiejszych koneserów zna wino rywuła? Łatwiejsza sprawa jest z małmazją. Tu już intuicyjnie czujemy, że chodzi o słodkie wina z południa Europy. Ale choć szczerp malvasia uprawiany jest między innymi we Włoszech, Francji, Hiszpanii, prawdziwa zaś małmazja pochodziła z Grecji, przede wszystkim z Krety. Cenione to wino było przez Polaków znacznie wyżej, nawet niż popularne w tym czasie tokaje. Do win południowych, podobnie jak małmazja i rywuła zaliczał się muszkatel. Było to słodkie wino deserowe sprowadzane do Polski z podbitych przez Turcję krajów bałkańskich. Ciemnozłociste, o kwiatowym korzennym bukiecie zwyczajowo służyło do picia toastów przy „cukrowej kolacji”, zastawianej w sypialni państwa młodych. Czy miało coś wspólnego z popularnym dziś hiszpańskim moscatelem? Prawdopodobnie, choć pewności nie ma. Co innego petercyment. Był to niegdyś jeden z najpopularniejszych w siedemnastowiecznej Polsce gatunków malagi. Większość dawnych win, a przynajmniej te, które upodobali sobie Polacy były winami słodkimi. Polski gust, ukształtowany przez znane od setek lat miody, niezbyt chętnie dostosowywał się do podbijających Europę win wytrawnych. Stąd małmazja i petercyment cenione były znacznie wyżej, niż doskonale wina burgundzkie czy bordoskie. Do słodkich win należały również bardzo popularne wina z wysp kanaryjskich tak zwane kanary lub seki, pochodzący z południa Hiszpanii alikant, a przede wszystkim węgierski maślacz. Do dzisiaj pozostało u Polaków upodobanie do wina z wyczuwalną w smaku słodyczą, u niektórych do tego stopnia, że nawet najlepsze wina wytrawne byliby skłonni „złamać” odrobiną cukru.



### Za króla Sasa jedz, pij i popuszczaj pasa

Wiek XVIII w historii obyczajów kojarzony jest w Rzeczypospolitej z poglądem o panującym wówczas powszechnym pijaństwie. Potwierdzenie tego znajdujemy już we współczesnych utworach satyrycznych, zapiskach pamiętnikarskich czy w spostrzeżeniach cudzoziemców. Nawet jeśli pogląd ten był nieco przebarwiony, nie można zaprzeczyć, że alkohol w życiu mieszkańca ówczesnej Polski odgrywał ważną rolę.

Król August III Sas jadł tłusto, wytwornie obiadował przy co najmniej dwudziestu potrawach, a kuchnia jego nie miała sobie równej w Europie. Wina używał jednak mało, a jeżeli już, to wino szampańskie albo przednie węgierskie. Delektował się za to piwem saskim - „tęgim i tłustym, specjalnie dla niego robionym”... i tak „najlaskawszy król na apopleksyję umarł”. Już wówczas medycyna zwracała uwagę, że zbyt duża konsumpcja alkoholu wpływa szkodliwie na funkcjonowanie niektórych narządów. Zdawano sobie sprawę, że alkoholizm staje się często przyczyną nagłych zgonów, zaś pijaństwo łączono z apopleksją, czyli nagłym udarem mózgu. Pijanych najczęściej „apopleksyją” zabierała ze świata. Ileż to razy bawiący się przy ponczu lub innych mocnych trunkach, uderzony połowicznym czy całkowitym paraliżem, przenosił się do wieczności!

Zły przykład nadużywania alkoholu szedł od tronu. Pił dwór, pito w czasie uczt sejmowych,

na trybunałach i w sądach, na jarmarkach, odpustach, na każdym zjeździe obywatelskim, w stolicy, w miastach i wioskach. Pił król, senator, żołnierz, kapłan, szlachcic, mieszczanin i kmiotek. W czasie uczt alkohole łąły się więc strumieniami. Piwa dawano do stołu, ile kto chciał lub po kieliszku wina, albo po szklance miodu. Co zaskakujące, na stołach biesiadnych prawie wcale nie pojawiały się wódki, które uważano za trunki zbyt mocne. Brak ten rekompensowała obfitość win podawanych pod koniec uczt. Wody nie podawano prawie wcale, dopiero pod koniec XVIII wieku zaczęto ją używać po skończeniu posiłku dla „dygestyj”, czyli na trawienie. Może z powodów takich błędów dietetycznych, często zapadano na „książęcą chorobę”, czyli podagrę, współcześnie zwaną dną moczaniową?

Początkowo alkohole pito z małych kieliszków, a później, gdy dochodziło do toastów, z coraz większych. Podczas ważniejszych uroczystości wznoszono zdrowie króla, prymasa, królowej, a dalej wszystkich obecnych osób w kolejności wyznaczonej rangą państwowych urzędów. Osoba, której zdrowie wypity, musiała odpowiedzieć, pijąc za gospodarza i innych mu życzących. Wówczas często powstawał taki hałas, że nikt nikogo nie słyszał. Po opiciu wszystkich biesiadników następowało drugie danie. Kiedy skonsumowano pieczone, gospodarz sięgał po wielki kielich i ponownie rozpoczynał wznoszenie toastów, począwszy od najdostojniejszego gościa. Tak

zaczynała się nieodzowna część każdej uczt – wielka pijatyka, naszych przodków, którzy jedząc tłuste i ciężkie potrawy, narażali się na różnego typu niestrawności. Wino, łagodziło te objawy i wspomagało trawienie. Warto też wspomnieć o tzw. prynuce, zwyczaj, który zdomował się w polskich pałacach i dworach. Otóż obowiązkiem gospodarza uczt było natarczywe zapraszanie lub wręcz przymuszanie gości do nadmiernego jedzenia i picia, choć na co dzień zasady religijne i dobre maniery nakazywały jeść skromnie.

Współcześnie, przy dużej konkurencji mocnych trunków takiej obfitości wina w Polsce nie pijemy (jak w minionych wiekach), co więcej, wlecemy się pod tym względem, niestety, w ogonie Europy. Szlachetny trunek został wyparty w okresie rozbiorów „siwuchą”, pędzoną przez Żydów w karczmach, a w następnych latach niewoli po lata współczesne głównie wódką, która niepodzielnie zakrólowała na naszych stołach, towarzysząc wszystkim większym uroczystościom Polaków od wesel, po bale sylwestrowe („pół litra na łebka”) i inne ważne uroczystości.

Stare prawdy wysnute przy hucznych biesiadach pozostały jednakowoż aktualne: „In vino veritas” (w winie prawda) i „Qui fallit in vino, fallit in omni” (kto oszukuje po winie, oszukuje we wszystkim). Ku przestrodze potomnym...

*Piśmiennictwo u autora.*

## Najstarsza bydgoska apteka - „Pod Żłotym Orłem” Historia medycyny i farmacji

Walentyna Korpalska

*Apteki stanowią i stanowiły integralną część kształtującego się w Bydgoszczy systemu opieki zdrowotnej.*

Nad zdrowiem mieszkańców Bydgoszczy od najdawniejszych czasów czuwali nie tylko cyrulicy i lekarze, ale też i aptekarze. Bydgoska farmacja powstawała w oparciu zarówno o apteki kramarskie jak i infirmerie zakonne. Zasadniczy nurt rozwoju bydgoskiego aptekarstwa związany był z handlowym charakterem miasta i istnieniem wielu kramów, wśród których były też kramy aptekarskie - apothecae institorie. Wydaje się, że pojęcia aptekarza i kramarza w potocznej świadomości bydgoskich mieszczan były przez długi czas jednoznaczne.

W kramach-„institoriach”, sprzedawano więc nie tylko zioła i korzenie, napoje i powidełka, jakimi rozporządzała uboga farmacja tych czasów, ale także artykuły „drogeryjne” oraz sukno, skóry i jedwabie. Bydgoscy aptekarze - kramarze nie stworzyli odrębnego cechu. Dla ochrony swoich interesów zawodowych byli zrzeszeni w cechu kramarzy. Chronienie się pod płaszczyk wilkierzy cechowych miało zapewnić monopol na wykonywanie rzemiosła w mieście oraz bronić przed konkurencją przybywających do miasta wędrownych kupców i olejarzy.

drownych kupców i olejarzy.

Z biegiem czasu apteki kramarskie przekazały swoją nazwę placówkom farmaceutycznym, choć był to proces długotrwały. Można przyjąć, że u schyłku XVI wieku istniały już w mieście apteki publiczne, w których oprócz lekarstw sprzedawano także nadal wyroby cukiernicze, przyprawy aromatyczne, alkohol, wosk do pieczęci, papier, siarkę, proch strzelniczy, mydło, ale też materiały i skóry. Ta wielopremiotowość handlowa była charakterystyczna dla całego ówczesnego aptekarstwa europejskiego i wraz z ożywionym handlem przenikała do kramów-aptek bydgoskich. W aptekach tych, tak jak w innych miastach Rzeczypospolitej, wykonywano prawdopodobnie na poczekaniu także proste zabiegi medyczne (np. opatrywanie zranień, czy lewatywy).

Z zachowanych dokumentów cechowych należy wnosić, że w XVI wieku aptekarze w Bydgoszczy byli już wyraźnie wyodrębnioną grupą zawodową, choć nie dość liczną, by stworzyć odrębny cech. Włączenie w organizację cechową miało wpływ na przygotowywanie kandydatów do zawodu. Swoją wiedzę i umiejętności zdobywali oni sposobem rzemieślniczym - kształceniem u mistrza i osią-

ganiem kolejnych szczebli w praktyce aptekarskiej. Często wiedza ta była przekazywana z pokolenia na pokolenie. Przepisy ustanawiał cech. Ta zależność cechowa w bydgoskim aptekarstwie trwała do XVIII wieku, kiedy aptekarze dysponujący już nie tylko kramami, ale składami aptecznymi, uwalniali się stopniowo od krepujących zależności cechowych.

Najwcześniejsze udokumentowane źródło zapisy dotyczące dziejów najstarszej bydgoskiej apteki odnoszą się do drugiej połowy XVI wieku.

W 1585 r. Daniel Aptekarz, mieszczanin bydgoski, spisując testament, przekazał swoją aptekę Aleksemu Wariaszewiczowi, który w tym czasie był już towarzyszem Daniela w bractwie kramarskim. Daniel, który padł ofiarą zarazy szalejącej w tym czasie w Bydgoszczy prawdopodobnie wkrótce zmarł. Przekazana przez Daniela Aleksemu apteka to właśnie najstarsza bydgoska apteka „Pod Żłotym Orłem”, przy Starym Rynku pod nr. 1. Odnaleziony współcześnie w piwnicy tej apteki moździerz aptekarski z inicjałami AV i datą 1590 sugerowałby, iż właścicielem tej apteki była niegdyś rodzina Wariaszewiczów. Ten cenny zabytek bydgoskiego aptekarstwa znajduje się w zbiorach Muzeum Okręgowego

im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy.

Aptekarski ród Wariaszewiczów (lub Wariaszowiczów) cieszył się w mieście pod koniec XVI w. i na początku XVII wieku dużym poważaniem. Aleksy Wariaszewicz w 1592 roku pełnił urząd rajcy miejskiego. Przy jego nazwisku zawsze stawiano desygnat „famatus” - sławny. Był z pewnością człowiekiem zamożnym. On i jego żona, Zofia Bogurska figurują w dokumentach obrazujących obrót nieruchomościami w Bydgoszczy jako kupujący i zbywający. Sukcesorem Aleksego był Jan Wariaszewicz, po nim aptekę przejął syn Stanisław.

Prawdopodobnie około roku 1658, w czasie wojen szwedzkich, apteka przy Rynku przeszła z rąk rodziny Wariaszewiczów w posiadanie aptekarza Jana Prokopowicza. Apteka ta znajdowała się po zachodniej stronie Rynku, tak więc po utworzeniu domu zakonnego jezuitów funkcjonowała na terenach klasztoru. Prawdopodobnie pod koniec XVII wieku apteka przeszła w posiadanie jezuitów.

Przejęcie Bydgoszczy pod pruskie panowanie otworzyło nowy rozdział w dziejach grodu nad Brdą. Przyniosło także zmianę sytuacji bydgoskich aptekarzy, oznaczało bowiem wprowadzenie pruskiego ustawodawstwa aptekarskiego. Jeszcze w XVIII wieku w państwie pruskim stopniowo następowało uwalnianie się od cechowego systemu kształcenia i egzaminowania farmaceutów. Tworzono wyższe szkolnictwo oraz wypracowano system nadawania pełnych uprawnień zawodowych farmaceutom.

W pierwszej połowie XIX wieku wprowadzono szereg uregulowań prawnych, które miały charakter pionierski w stosunku do ustaw w zaborze austriackim i rosyjskim. Uregulowania prawne dotyczyły uprawnień zawodowych, tzw. aprobacji, przepisów egzaminacyjnych, sprzedaży leków itp. Dotychczasowy przywilej na prowadzenie apteki zastąpić miało uzyskanie koncesji. Zatem zawód aptekarza można było wykonywać po wykazaniu się przynajmniej tytułem aptekarza aprobowanego, posiadaniu przynajmniej przywileju realnego bądź osobistej koncesji, której nadanie leżało w kompetencji naczelnego prezydenta rejencji. Aptekarze posiadali pełne prawo do sprzedaży środków leczniczych na zlecenie lekarza, na podstawie recepty, lub w sprzedaży odręcznej. Ceny materiałów aptecznych normowały odrębne taksy. Bezpośrednią kontrolę nad aptekami sprawowali lekarze powiatowi, dokonujący okresowych wizytacji. Utrwaliła się zależność aptek od władz państwowych, administracji terytorialnej, a więc władz regencyjnych, a w miastach od zarządów miejskich.

W wyniku tych unormowań przywilej na prowadzenie apteki zastąpiła nowa kategoria prawna - koncesja. Otrzymana koncesja miała charakter personalny - związana była z osobą, której koncesję przyznano i miała wygasnąć w chwili jej śmierci. Było to jednak tak znaczne odejście od ustalonego przez stulecia przywileju, że w praktyce, w prowincji poznańskiej, apteki koncesjonowane traktowane były na równi z uprzywilejowanymi



Studzienka-fontanna: Dzieci bawiące się gęsią, która stała naprzeciwko apteki "Pod Złotym Orłem"

mi. Koncesje te i apteki nazywano realnymi (publicznymi). Apteki realne dzieliły się na wolnosprzedawne i umiejscowione, to znaczy hipotecznie przypisane do parceli i domu, w którym funkcjonowały. Dlatego też były przedmiotem dziedziczenia, bądź sprzedaży. Szczegółowe unormowania, obowiązujące też w Bydgoszczy, chroniły interesy wdów po aptekarzach i nieletnich dzieci. Wdowy mogły prowadzić apteki przy pomocy prowizorów, aż do ukończenia pełnoletniości przez dzieci i ukończenia przez nie studiów farmaceutycznych. W myśl tych przepisów właścicielem apteki mógł być też ktoś spoza zawodu, ale jej prowadzenie można było powierzyć tylko osobie posiadającej wymagane kwalifikacje.

Unormowanie i ostateczna regulacja statusu prawnego aptek została dokonana ustawą z 1894 roku, która wprowadziła koncesje osobiste, bez prawa sprzedaży i dziedziczenia. Apteki realne nie mogły już powstawać. Apteki stały się „osobiste”, ich dysponentem stało się państwo. Każdy nowy koncesjonariusz musiał udokumentować przygotowanie zawodowe do prowadzenia apteki, a prawami wynikającymi z przyznanej koncesji mógł dysponować w takim zakresie, jaki nadawała mu ustawa z 1894 roku i przepisy organów władzy terytorialnej. Bazyl Leszczyłowski ocenił koncesje osobiste jako najkorzystniejsze ze względów etycznych: „... aptekarz o ustalonej pozytywnej reputacji, jako osoba zaufania społecznego, otrzymywał prawo posiadania i prowadzenia apteki, a społeczeństwo w oparciu o rozeznanie jego osobistych wartości jako człowieka i obywatela, mogło liczyć na rzetelne spełnianie przywiązanych do tego stanowiska obowiązków” (B. Leszczyłowski, *Propedeutyka rozwoju polskiej farmaceutycznej myśli etyczno-deontologicznej na tle realiów społeczno-politycznych kraju 1523–1983*, Łódź 1997, s. 23).

Zwyczajowo jednak interesy spadkobier-

ców, to znaczy wdów i małoletnich dzieci były zabezpieczone przynajmniej poprzez to, że nowi koncesjonariusze nabywali nie tylko urządzenia apteki, zapasy środków leczniczych, ale i parcelę pod aptekę. Do wybuchu I wojny światowej w Bydgoszczy działało sześć aptek koncesjonowanych.

W myśl wprowadzonych regulacji prawnych funkcjonowała też najstarsza bydgoska apteka „Pod Złotym Orłem”. Po kasacji zakonu jezuitów w 1780 roku aptekę prowadził w latach 1794–1807 Christian Johann Ludwig Kühlbrunn, aptekarz, senator miejskiego magistratu, a po nim przez długie lata aptekarska rodzina Kupffenderów. Pierwszy z rodu, Johann Louis Kupffender kierował apteką w latach 1808–1815. Po jego śmierci wdowa wyszła za mąż za aptekarza Johanna Samuela Illinga, który mógł dalej prowadzić aptekę. Johann Samuel Illing zmarł w 1837 roku. Aptekę od wdowy wykupił jej syn Louis Emil Kupffender, wtedy też, dokładnie 170 lat temu, nadano jej nazwę „Pod Złotym Orłem” - „Der Goldenen Adler Apotheke”.

Kolejni z rodu właściciele apteki to syn Louisa Otto (1873–1901) i syn Ottona Otto Alfred. Alfred Kupffender studiował w Monachium, Kilonii i Fryburgu. Na podstawie rozprawy z chemii uzyskał stopień naukowy doktora. Z takim przygotowaniem przejął po ojcu aptekę i umocnił jej znakomitą pozycję w mieście. Przy aptece uruchomione zostało laboratorium, w którym przeprowadzono badania chemiczne i bakteriologiczne wody z miejskich wodociągów oraz badania żywności zlecane przez Miejski Urząd Badania Środków Żywności. Alfred Kupffender był w Bydgoszczy osobistością znaną. Pracował w samorządzie miejskim, zasiadał w zarządzie szpitala Diakonisk i innych stowarzyszeniach charytatywno-dobroczynnych. Był człowiekiem zamożnym, z okazji 100-lecia przejęcia apteki przez jego rodzinę, w 1908 roku ufundował ozdobną studzienkę-fontannę: Dzieci bawiące się gęsią (autorstwa K. Kowalczewskiego), która stała naprzeciwko apteki, jak widać na zdjęciu (dziś przed Wojewódzką i Miejską Biblioteką Publiczną). W 1921 roku Alfred Kupffender sprzedał aptekę i opuścił Bydgoszcz.

Nowym właścicielem został Zdzisław Rybicki i prowadził ją do wybuchu wojny. W okresie okupacji apteka przeszła w ręce niemieckie. W 1945 roku, po odzyskaniu niepodległości, na mocy prawa, przejęła aptekę córka Zdzisława Rybickiego, mgr farmacji Janina Bełka.

W zmienionej sytuacji społeczno-politycznej w pierwszych latach po wojnie, w majestacie powojennego prawa zostało unicestwione prywatne aptekarstwo. W dniu 8 stycznia 1951 roku Sejm RP przyjął cztery ustawy regulujące ustrój aptekarstwa. Dzień następny - 9 stycznia był „czarnym dniem” prywatnych aptekarzy. O godzinie 8:00 rano do wszystkich aptek wkroczyły „trójki społeczne”, oznajmiające aptekarzom, że nie są już właścicielami swoich aptek!

Na mocy wprowadzonych ustaw państwo



przejęło na własność apteki wraz z wyposażeniem, urządzeniami, a także towarami. Państwowe stały się również patenty, licencje i znaki towarowe używane wcześniej przez właścicieli. Skreślono apteki z rejestru handlowego, zmieniono nazwy, wprowadzając na szyldach i pieczętkach formułę: „Apteka Społeczna nr...”.

Dnia 18 czerwca, na mocy rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 1951 roku, apteka „Pod Złotym Orłem” stała się Apteką Społeczną nr 15. Aptekę pozbawiono nie tylko nazwy, ale także pięknego, secesyjnego wyposażenia. Dawną nazwę przywrócono w 1978 roku, a w 1990 roku wróciły odnalezione poza Bydgoszczą meble, niestety nie wszystkie. Sytuacja tej i innych aptek zmieniła się po 1989 roku, kiedy apteki zaczęto przy-

watyzować. Ale to już jest inna historia.

Warto jednak przechodząc przez Stary Rynek spojrzeć na stuletnią studzienkę, choć stojącą dziś w innym miejscu, zajrzeć do niewielkiej, ale pięknie urządzonej apteki, która swoje godło otrzymała 200 lat temu pamiętając, że jej korzenie mają ponad czterystuletnią tradycję.

*dr Walentyna Krystyna Korpalska jest kierownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa*

## Etyka nauczyciela akademickiego

*Krystyna Kurowska*

Człowiek jest jedyną istotą w świecie, która potrzebuje wychowania. Wychowanie nazywane bywa sztuką, umiejętnością będącą ukazywaniem perspektyw, celów i wartości, ich przybliżaniem, afirmacją i przekazem. Wszystko to razem oddaje charakter kształtowania osobowości. Osobowość wtedy wzrasta, umacnia się w klimacie określonych wartości etyki i wychowania. W procesie wychowawczego kształtowania człowieka szczególną rolę pełnią nauczyciele i to na wszystkich poziomach nauczania.

Kultura w pracy nauczyciela i każdego innego człowieka rozumiana będzie jako całość kształtu jego postawy, wyznaczonej przez wartości intelektualne, religijne, twórcze i moralne. Stąd też elementami kultury bycia i działania nauczyciela będą między innymi następujące przymioty: głębia życia duchowego, miłość, rzetelna wiedza, szacunek dla prawdy, uczciwość, bezinteresowność, prawość, odpowiedzialność, słowność, pogodnie usposobienie (optymizm życiowy), punktualność itd. Kultura w pracy nauczyciela to przede wszystkim kultura ducha, kultura intelektu i woli.

Wiedza w życiu człowieka jest owocem poznawania, uczenia się, czy też prowadzenia badań naukowych lub popularnonaukowych. Wiedza jest elementem, przymiotem intelektu ludzkiego. Nauczyciel powinien być człowiekiem o dużym zasobie wiedzy. Przede wszystkim powinien posiadać i ciągle uzupełniać wiedzę specjalistyczną, a więc wiedzę w zakresie tej dyscypliny, w której jest wykształcony i którą przekazuje innym. Powinien pasjonować się wiedzą z uprawianej dziedziny, powinien znać wartość i potrzebę tejże wiedzy. Wiadomo, że człowiek spełnia się w życiu, czyli rozwija się. Skoro tak jest, to oddziaływanie wychowawcze nauczyciela nie może się ograniczać tylko do przekazu samej wiedzy, ale winno być także przekazywaniem wartości moralnych, wartości związanych z ludzką wolą i z dążeniami. Stąd też nauczyciel to nie tylko informator, ale także formator; to człowiek, który rzeźbi nie tylko intelekt, ale i wolę ucznia.

Termin „etyka” wprowadził Arystoteles na oznaczenie wyodrębnionej przez siebie dziedziny filozofii praktycznej. Nazwa pochodzi od greckiego *ethos* - obyczaj, zwyczaj. Jest to nauka filozoficzna obejmująca zespół zagadnień moralności w relacji do moralnego dobra i zła. Przez etykę w zawodzie nauczy-

ciela nie rozumie się teorii moralności, a więc dyscypliny filozoficznej, traktującej o normach ludzkiego postępowania, ale samą postawę moralną, postawę życiową nauczyciela. Wykładnikiem tej wychowawczej postawy jest przy tym wnikliwe a zarazem przyjazne patrzenie na młodzież, tak by ją zrozumieć, a potem potrafić jej pomóc. Wychowanie więc jest nie tylko pewnym oddziaływaniem na świat zewnętrzny, na innych ludzi, ale osobową demonstracją samego wychowawcy, tworzeniem nowego, dojrzalszego obrazu jego samego. Etyczne aspekty kształtowania się człowieka - wychowawcy postrzegane są jako cały proces, pewien cykl działań. W związku z tym wytyczyć można cztery płaszczyzny kształtowania się zawodowego i etycznego nauczyciela, które zamknie się w czterech obszarach:

1. obserwacji i doświadczeń,
2. refleksji,
3. prezentowania i przekazu wartości i umiejętności,
4. kształtowania wartości oraz postaw wychowawczych i etycznych.

Praca pedagogiczna a więc i praca nauczyciela podlega ocenie i weryfikacji w oparciu o trzy różne kryteria:

1. z punktu widzenia prawa,
2. z punktu widzenia pedagogiki,
3. z punktu widzenia etyki, tzn. właściwie pojętej postawy etycznej, motywacji pracy i prezentowanych wartości.

Gdy fachowość działań można w jakimś zakresie wyraźnie skonkretyzować, to ocena wartości etycznej działającego nauczyciela, wartości jakie prezentuje w kontaktach z wychowankami i uczniami staje się dla tych ocen niezwykle trudno wymierna. Powstały więc cztery kryteria oceny nauczyciela:

1. kryterium jego czynów i zachowań,
2. kryterium skuteczności, rezultatów, wyników pracy wychowawczej i dydaktycznej,
3. kryterium motywów i intencji działań, postaw i czynów,
4. kryterium fachowości działań pedagogicznych, z możliwą wtedy profesjonalną obiektywizacją wymagań i ocen.

Jaki zatem powinien być nauczyciel? W jaki sposób powinien przekazywać wartości, by trafiły do młodego człowieka? Podstawowym warunkiem przekazu wartości jest jedność postawy, zachowań i czynów nauczy-

ciela z tym, co głosi w swym pedagogicznym przesłaniu. Nie można bowiem co innego mówić i co innego czynić, czego innego żądać od innych niż od siebie samego. Przekaz wartości odbywa się w bezpośrednim kontakcie między nauczycielem a studentem. Dialog więc musi być oparty na otwarciu się wobec prawdy tego drugiego, w zaufaniu, życzliwości, serdeczności. Wobec wykładowcy postawionych jest szereg warunków: musi stać się wzorem i wzorcem, który można naśladować i któremu można z zaufaniem wierzyć. Kolejną cechą jest partnerstwo. W przekazie wychowawczym liczy się nie tylko treść i sposób przekazu, ale także to, jaki jest stosunek do wychowanka. Przy czym „układ partnerstwa” w stosunkach wychowawczych nie oznacza pojmowanej „równości” i schlebienia młodzieży. Pedagogicznie pojęte partnerstwo to otwarcie się na czyjeś przeżycia, na czyjś świat i czyją prawdę i przyjęcie tego w swój świat - na wspólne przeżywanie określonych wartości. Nauczyciel winien być obrońcą i krzewicielem prawdziwych wartości moralnych i narodowych. Na czoło bardzo często wysuwa się dziś wartości materialne: pieniądź, mieszkanie, meble, samochód, sukces, awans. Może widać to i w świecie nauczycieli? Niektórzy przesadnie tęsknią za tym, żeby więcej mieć, aniżeli więcej być. Wszelka agresja, przymus, lekceważenie niszczy istniejące porozumienie. Przekaz wartości w procesach wychowania nie jest jednak „akcją jednokierunkową”. W tych układach nie tylko wychowawca świadczy coś na rzecz swojego wychowanka, ale jest też odpowiednimi wartościami obdarzony. Nauczyciel angażując się w proces wychowania sam tworzy swoje życie, buduje je, doskonali. To, jaki jest nauczyciel zależy tak naprawdę od tego kim on jest, co sobą prezentuje, jaką postawę i sylwetkę duchową, jakie posiada motywacje dla swej pracy. Praca nauczyciela posiada zatem nie tylko swe etyczne, bo także podmiotowo - autorskie odniesienie. Właśnie te autorskie jego postawy i decyzje prowadzą do jego samorealizacji, a ponadto posiadają swe etyczne pierwszorzędne znaczenie.

Praca nauczyciela jest szczególnym powołaniem do czynnego towarzyszenia rozwojowi duchowemu drugiego, głównie młodego człowieka. Jest to powołanie w każdym czasie niezwykle trudne i odpowiedzialne.

*dr Krystyna Kurowska jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa*

# Hot papers: gorące tematy kliniczne 2007

Jan Styczyński

Pomimo nieustannej drogi „pod górkę”, pracownicy Collegium Medicum zaliczyli kolejny dobry rok naukowy, o czym systematycznie przekonyują strony „Wiadomości Akademickich” ze streszczeniami prac afiliowanych przez jednostki Wydziału Lekarskiego, Wydziału Nauk o Zdrowiu i Wydziału Farmaceutycznego, opublikowanych w czasopismach z Listy Filadelfijskiej. Coraz częściej nasi pracownicy publikują wyniki swoich badań naukowych w czasopismach z wysoką wartością wskaźnika impact factor. Co prawda, większą wartością jest liczba cytowań opublikowanej pracy, niż miejsce jej opublikowania, ale każdy sukces bardzo cieszy.

W roku 2007 czasopisma z najwyższą wartością wskaźnika impact factor to: CA Cancer Journal for Clinicians (IF=63,34), New England Journal of Medicine (IF=51,29), Annual Review of Immunology (IF=47,23), Annual Review of Biochemistry (IF=36,52), Reviews of Modern Physics (IF=33,50), Nature Reviews Cancer (IF=31,58), Physiological Reviews (IF=31,44), Nature Reviews Molecular Cell Biology (IF=31,35), Science (IF=30,02) i Cell (IF=29,19). W drugiej dziesiątce najbardziej prestiżowych czasopism w roku 2007 znajdują się: Nature Reviews Immunology, Nature Medicine, Annual Review of Neuroscience, Nature Immunology, Nature, Annual Review of Cell and Developmental Biology, Chemical Reviews, Lancet, Briefings in Bioinformatics i Nature Genetics. Polskie czasopisma medyczne wyglądają o wiele skromniej, ale notują systematyczny wzrost liczby cytowań, co wyraża się wartością impact factor przykładowo dla: Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis (IF=1,63), Cellular and Molecular Biology Letters (IF=1,23),

Acta Biochimica Polonica (IF=1,36), Medical Science Monitor (IF=1,59).

Niewątpliwie czasopismem najbardziej prestiżowym i uniwersalnym dla wszystkich lekarzy, a jednocześnie ukazującym się często, bo co tydzień i obejmującym szeroki zakres tematyczny jest New England Journal of Medicine. W wersji elektronicznej uzupełnieniem tego czasopisma są prezentacje filmowe. Słowa kluczowymi najczęściej poszukiwanymi na stronach New England Journal of Medicine w ostatnim okresie były: video, diabetes, hyponatremia, asthma, breast cancer, sepsis, hypertension, osteoporosis i HIV.

Artykuły opublikowane w ostatnich trzech miesiącach w New England Journal of Medicine, które były najczęściej cytowane dotyczyły: terapii wczesnych stadiów choroby Hodgkina, odległych efektów zastosowania kafeiny w terapii bezdechu u wcześniaków, zastosowania nowej doustnej pochodnej fluoropirymidyny w terapii raka żołądka, zastosowania kwasu zoledronowego po złamaniu szyjki kości udowej, zastosowania szczepionki przeciwko wzv A w profilaktyce poekspozycyjnej, zastosowania insuliny w terapii cukrzycy typu 2 oraz zastosowania prednizolonu lub acyklowiru w porażeniu nerwu twarzowego.

Artykuły opublikowane w ostatnich 15 latach w New England Journal of Medicine, które były najczęściej cytowane w ostatnich miesiącach, dotyczyły: ryzyka powikłań kardiologicznych związanych ze stosowaniem rosiglitazonu, zastosowania przeszłokornej angioplastyki wieńcowej (PCI) u pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową, salmeterolu i flutikazonu w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, zastosowania bevacizumabu, paclitaxelu i karboplatyny w raku płuca, erytropoetyny w przewlekłej niewydolności nerek, terapii

ostrego zawału mięśnia sercowego z zastosowaniem komórek progenitorowych szpiku kostnego, zastosowania kwasu foliowego i witamin B w chorobach naczyń, cetuximabu w raku szyi oraz trastuzumabu w raku piersi.

Z kolei artykuły opublikowane w ostatnich 15 latach w New England Journal of Medicine, które w swojej historii były najczęściej cytowanymi, dotyczyły: zastosowania gefitinibu w terapii raka płuca, stentów z sirolimusem w rewaskularyzacji tętnic wieńcowych, profilaktycznej implantacji defibrylatorów u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego, wpływu zmiany stylu życia na częstość cukrzycy typu 2, zastosowania insuliny u pacjentów krytycznie chorych, zastosowania losartanu u pacjentów z cukrzycą typu 2 powikłanej nefropatią, zastosowania clopidogrelu u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym oraz zastosowania inhibitorów kinazy tyrozynowej w przewlekłej białaczce szpikowej.

Powyższy wykaz przedstawia „gorące” tematy podjęte w randomizowanych badaniach klinicznych, a nie ich rezultaty i interpretacje. W wielu przypadkach wyniki są już znane szerokiemu gronu czytelników, a dla osób zainteresowanych konkretnym tematem znalezienie pełnego tekstu pracy nie będzie stanowiło problemu.

Dane te pokazują najnowsze tendencje, które kształtują się w medycynie XXI wieku: zastosowanie terapii celowanej i przeciwciał monoklonalnych w onkologii, wczesnej interwencji w chorobie wieńcowej oraz działań profilaktycznych o charakterze terapii wyprzedzającej. Warto też zauważyć, że zwiększa się rola dokumentacji filmowej w pracach naukowych.

## Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim IF. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę artykuły o IF powyżej 1 oraz okres zgłoszenia pracy od początku października do końca listopada 2007 roku.

IF: 4.577

**Anna Szaflarska-Popławska**

1.

Tytuł oryginału: The elimination of meat from the diet selectively decreases pancreatic elastase secretion.

Autorzy: J. Walkowiak, L. Wądołowska, Anna Szaflarska-Popławska, A. Lisowska, A. Bugajewska, J. Przysławski.

Źródło: - Br. J. Nutr. 2007 Vol. 98 nr 1 s.

154-158.

Polskie hasła przedmiotowe: Trzustka, Dieta

IF: 2.708

2.

Tytuł oryginału: Fecal pyruvate kinase: a potential new marker for intestinal inflammation in children with inflammatory bowel disease.

Autorzy: E. Czub, K.-H. Herzig, Anna Szaflarska-Popławska, K. Kiehne, P. Socha, H. Woś, B. Kamińska, M. Błaszczyszki, W. Cichy, Grażyna Bała, J. Brodzicki, U. Grzybowski-Chlebowczyk, J. Walkowiak.

Źródło: - Scand. J. Gastroenterol. 2007 Vol. 42 nr 10 s. 1147-1150.

Polskie hasła przedmiotowe: Choroba Crohna – dzieci, Zapalenie jelita grubego wrzodziejące – dzieci, Kinaza pirogronianowa

IF: 1.869

IF: 2.771

**Piotr Cysewski**

1.

Tytuł oryginału: Accurate gas phase acidities of carboxylic acids estimated by scaling the vibrational contribution of ab initio gibbs free energies.

Autorzy: Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 801-808.

Streszczenie: Impulsem do opublikowania tej pracy była w pewnym sensie bezradność w stosowaniu zaawansowanych metod chemii kwantowej do rozwiązania zdawałoby się prostych problemów chemicznych. Na przykład próba obliczenia stałej dysocjacji



prostych kwasów karboksylowych prowadzi do wartości obarczonych zaskakująco dużym błędem w stosunku do wyznaczonych doświadczalnie. Udało się jednak zaobserwować, że udziały wibracyjne wyznaczone metodami ab initio są wprost proporcjonalne do owego błędu niezależnie od rodzaju użytego związku chemicznego. Stąd też pomysł skalowania tych wielkości za pomocą dwóch parametrów charakteryzujących formę zdysocjowaną i niezdysocjowaną. Ujęcie takie, co prawda rezygnuje z „czystości” metod ab initio (nieempirycznych) przez wprowadzenie arbitralnego czynnika skalującego. Jednakże efektywność opisu i spektakularny wzrost dokładności rekompensuje ów brak elegancji metodycznej.

IF: 1.384

2.

Tytuł oryginału: Experimental and theoretical investigations of spectroscopic properties of azobenzene derivatives in solution.

Autorzy: Robert Zaleśny, K. Matczyszyn, A. Kaczmarek, W. Bartkowiak, Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 785-791.

Streszczenie: W pracy przedstawiono rezultaty doświadczalne badań spektroskopowych dla kilku wybranych kopolimerów PUMA z pochodnymi azobenzenu. Matryce polimerowe zawierające badane związki zostały z powodzeniem zastosowane jako wydajne materiały do zapisu informacji, dzięki fotoindukowanej izomeryzacji trans-cis pochodnych azobenzenu. W celu szczegółowego poznania charakteru przejść elektronowych dla badanych układów, dane doświadczalne zostały wsparte obliczeniami przy użyciu metod chemii kwantowej. W szczególności, zastosowano metodę superpozycji konfiguracji z pobudzeniami pojedynczymi oraz liniowe funkcje odpowiedzi w ramach formalizmu Kohna-Shama. Wyniki badań pozwoliły stwierdzić istnienie w widmach elektronowych stanów z przeniesieniem ładunku, o znacznej różnicy polarności względem stanu podstawowego.

IF: 1.384

3.

Tytuł oryginału: Theoretical analysis of the effects of guanine oxidative damage on the properties of B-DNA telomere fragments.

Autorzy: Piotr Cysewski, Przemysław Czeleń.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 739-750.

Streszczenie: Telomery to kompleksy białek i kwasów nukleinowych, odgrywające kluczową rolę w stabilizowaniu chromosomalnego DNA. W strukturze telomerów można wyróżnić cyklicznie pojawiające się sekwencje zasad azotowych AGGGTT, w których następuje przyłączenie komponentów proteinowych TRF1 i TRF2. Zaobserwowano, że znaczna ilość uszkodzeń powstających w telomerycznym DNA jest wynikiem działania czynników utleniających. Uszkodzenia oksydacyjne w znacznym stopniu zakłócają proces tworzenia kompleksów. Obecność po-

jedynczej cząsteczki 8-oxo-guaniny w telomerycznej sekwencji DNA obniża zdolność tworzenia kompleksu o 50%, natomiast wielokrotnie uszkodzenia w triadzie GGG sprawiają, że proces ten praktycznie nie zachodzi. W celu określenia wpływu oksydacyjnych modyfikacji DNA na jego strukturę i właściwości posłużono się metodami dynamiki molekularnej oraz obliczeniami ab initio. Przedmiotem analizy były cztery nici B-DNA, składające się z 24 par zasad azotowych zawierających dwie sekwencje telomeryczne AGGGTT. Szczególną uwagę zwrócono na centralny fragment rozpatrywanego układu zawierający następujące sekwencje: GGG, GXG, GXX, XXX odpowiednio w układach: A, B, C i D. Symbol X oznacza 8-oxo-guaninę. Symulacje dynamiki molekularnej dostarczyły informacji, które pozwoliły dokładnie scharakteryzować strukturę telomerycznego DNA oraz wpływ oksydacyjnych uszkodzeń na budowę i właściwości triad GGG. Druga część badań bazująca na obliczeniach single point MP2/6-31G (d=0,25) pozwoliła określić właściwości energetyczne, elektrostatyczne i orbitalne wiążące kompleksów dwu i trójcząsteczkowych, będących uśrednionymi strukturami pozyskanymi z analizy triad GGG pochodzących z etapu dynamiki molekularnej.

IF: 1.384

4.

Tytuł oryginału: First principle simulations of ethylene glycol addition to diisocyanates.

Autorzy: Piotr Cysewski, P. Król, A. Shyichuk.

Źródło: - Macromol. Theory Simul. 2007 Vol. 16 s. 541-547.

Streszczenie: Praca prezentuje szczegóły mechanizm addycji alkoholi do modelowych diizocyjanianów. Jest on szczególnie istotny z punktu widzenia syntezy poliuretanów – stosowanych powszechnie do produkcji materiałów o ogromnym znaczeniu praktycznym. Za pomocą metod chemii kwantowej wykazano, że istnieje silny związek pomiędzy zastosowanym izomerem diizocyjanianów a spontanicznością procesu uretanizacji. Potwierdzono słuszność postulatu Flory'ego również w przypadku analizowanej reakcji addycji. Podano wartości energii aktywacji na ścieżce reakcji i wykazano, że etapem limitującym szybkość całego procesu jest faza zbliżania się glikolu do diizocyjanianiny z równoczesnym transferem protonu do grupy izocyjanianowej.

IF: 1.073

IF: 2.550

**Blanka Ziomkowska, Michał Cyrankiewicz, Stefan Kruszewski**

Tytuł oryginału: Hydroxycamptothecin deactivation rates and binding to model membranes and HSA determined by fluorescence spectra analysis.

Autorzy: Blanka Ziomkowska, Michał Cyrankiewicz, Stefan Kruszewski.

Źródło: - Comb. Chem. High Thr. Screen. 2007 Vol. 10 nr 6 s. 459-465.

Streszczenie: Kamptotecyny to fluoryzujące związki pochodzenia roślinnego wykazujące właściwości przeciwnowotworowe. Mogą one występować w dwu formach: laktonowej i karboksylowej. W roztworach o pH neutralnym i zasadowym forma laktonowa hydroлізуje przechodząc w formę karboksylową. Tylko forma laktonowa jest aktywna biologicznie – jest ona inhibitorem topoizomerazy I. Gdy kamptotecyna w formie laktonowej znajdzie się w komórce będącej w fazie S, łączy się z topoizomerazą I i uniemożliwia przeprowadzenie procesu replikacji DNA. Komórka nie może się rozmnożyć i jest przez kompleks topoizomeraza I–kamptotecyna niszczone. Niestety w warunkach fizjologicznych kamptotecyna hydroлізуje, przechodząc w nieaktywną formę karboksylową. Duże powinowactwo formy karboksylowej do albuminy przyspiesza proces biologicznej dezaktywacji. Formy laktonowe kamptotecyn są stabilne (nie hydroлізуją), gdy są związane z błonami komórkowymi. Jest pożądane aby poszukiwane nowe analogi kamptotecyny były inhibitorami topoizomerazy I, oraz wykazywały małe powinowactwo ich form karboksylowych do albuminy, natomiast duże powinowactwo ich form laktonowych do błon komórkowych. Badano następujące analogi kamptotecyny: 10-hydroksykamptotecynę, 7-etylo-10-hydroksykamptotecynę, 7-tert-butylodimetylosilylo-10-hydroksykamptotecynę. Badając ewolucję czasową widm fluorescencji ww. związków w płynach fizjologicznych oraz stosując metody chemometryczne (analizę głównych składowych i analizę czynnikową) określano tempo dezaktywacji tych związków. Z kolei rejestrując widma fluorescencji w roztworach albuminy i w zawiesinach błon komórkowych określano powinowactwo obydwu form tych związków do albuminy i do błon komórkowych. Spośród przebadanych związków najbardziej obiecujące właściwości wykazuje 7-tert-butylodimetylosilylo-10-hydroksykamptotecyna. Charakteryzuje się ona niskim powinowactwem jej formy karboksylowej do albuminy i bardzo wysokim powinowactwem jej aktywnej formy laktonowej do błon komórkowych, co zapewnia dużą stabilność jej aktywnej formy w warunkach fizjologicznych.

IF: 2.536

**Kornelia Kędziora-Kornatowska**

Tytuł oryginału: Indices of oxidative stress in pregnancy with fetal growth restriction.

Autorzy: A. Karowicz-Bilińska, Kornelia Kędziora-Kornatowska, G. Bartosz.

Źródło: - Free Radic. Res. 2007 Vol. 41 nr 8 s. 870-873.

Polskie hasła przedmiotowe: Cięża, Stres oksydacyjny, Peroksydacja lipidowa, Płód

IF: 2.386

**Wiktor Drózd, Alina Borkowska**

Tytuł oryginału: Long-term administration of the low-dose risperidone in schizota-

cia subjects.

Autorzy: J.K. Rybakowski, Wiktor Drózd, Alina Borkowska.

Źródło: - Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp. 2007 Vol. 22 s. 407-412.

Polskie hasła przedmiotowe: Schizofrenia - farmakoterapia, Risperidon - stosowanie lecznicze

IF: 1.991

**Piotr Kamiński**

Tytuł oryginału: Melatonin and thyroxine response to pollution in white stork nestlings (*Ciconia ciconia*): Aspects of rhythmicity and age.

Autorzy: E. Kulczykowska, M. Kasprzak, H. Kalamarz, M. Kuriata, M. Nietrzeba, L. Jezrak, Piotr Kamiński.

Źródło: - Comp. Biochem. Physiol. C 2007 Vol. 146 s. 392-397.

Streszczenie: Zróznicowane czynniki stresu środowiskowego wykazują oddziaływanie na system wydzielania wewnętrznego kręgowców. Wyselekcjonowane biomarkery tego systemu są używane dla określenia kondycji populacji dziko żyjących zwierząt, w tym wielu gatunków ptaków. Przedmiotem badań było określenie wpływu jakości środowiska na poziom hormonów tyroksyny (T4) i melatoniny (Mel) u piskląt bociana białego (*Ciconia ciconia*) bytującego w zróżnicowanych środowiskach: 1) w okolicach małych wsi położonych w środowiskach naturalnych, otoczonych lasami i polami uprawnymi, 2) w pobliżu miasta i 3) na terenie huty miedzi. Analizowaliśmy zmiany poziomu hormonów w rytmie dobowym (dzień-noc) w powiązaniu z wiekiem piskląt. Całkowita ilość T4 i Mel była mierzona przy pomocy RIA. Poziom T4, jako decydująca miara produktywności hormonów tyroidowych, był znacznie niższy u piskląt eksponowanych na zanieczyszczenia pochodzące z huty miedzi. Zawartość Mel, jako dobrze znanego wskaźnika reakcji na czynniki stresowe, wzrastała u piskląt z terenów huty. Nasze badania wykazują, że zmiany poziomów T4 i Mel mogą być użytecznym markerem ekspozycji piskląt dziko żyjących bocianów na różne substancje toksyczne w warunkach naturalnych. Wydaje się, że Mel może z powodzeniem posiadać charakter cząstek defensywnych, spełniając rolę mechanizmu obronnego dla organizmów.

IF: 1.869

**Grażyna Bała**

Tytuł oryginału: Fecal pyruvate kinase: a potential new marker for intestinal inflammation in children with inflammatory bowel disease.

Autorzy: E. Czub, K.-H. Herzig, Anna Szaflarska-Popławska, K. Kiehne, P. Socha, H. Woś, B. Kamińska, M. Błaszczyński, W. Cichy, Grażyna Bała, J. Brodzicki, U. Grzybowska-Chlebowczyk, J. Walkowiak.

Źródło: - Scand. J. Gastroenterol. 2007 Vol. 42 nr 10 s. 1147-1150.

Polskie hasła przedmiotowe: Choroba

Crohna - dzieci, Zapalenie jelita grubego wrzodziejące - dzieci, Kinaza pirogronianowa

IF: 1.743

**Marek Grabiec**

Tytuł oryginału: RCAS1 decidual immunoreactivity in severe pre-eclampsia: immune cell presence and activity.

Autorzy: Ł. Wicherek, P. Basta, J. Sikora, K. Gałązka, K. Rytlewski, Marek Grabiec, A. Lazar, J. Kalinka.

Źródło: - Am. J. Reprod. Immunol. 2007 Vol. 58 s. 358-366.

Polskie hasła przedmiotowe: Błona śluzowa macicy, Cięża

IF: 1.601

**Alina Woźniak, Bartosz Woźniak, Gerard Drewa, Celestyna Miła-Kierzenkowska**

Tytuł oryginału: The effect of whole-body cryostimulation on the prooxidant-antioxidant balance in blood of elite kayakers after training.

Autorzy: A[lina] Woźniak, B[artosz] Woźniak, G[erard] Drewa, C[elestyna] Miła-Kierzenkowska.

Źródło: - Eur. J. Appl. Physiol. 2007 Vol. 101 s. 533-537.

Streszczenie: Zbadano wpływ kriostymulacji ogólnoustrojowej poprzedzającej trening fizyczny na równowagę prooksydacyjno-antyoxydacyjną we krwi kajakarzy. Dodatkowo oznaczono również wpływ jednorazowej kriostymulacji ogólnoustrojowej na stężenie produktów peroksydacji lipidów i aktywność enzymów antyoksydacyjnych u niewytrenowanych mężczyzn. Kajakarzy poddano dziesięciodniowemu cyklowi treningowemu, w którym trening poprzedzono kriostymulacją ogólnoustrojową przez 3 min w temperaturze od -120 do -140°C oraz treningowi bez kriostymulacji (kontrola). Krew żylną do badań pobrano przed rozpoczęciem treningu oraz po szóstym i po dziesiątym dniu treningu a u niewytrenowanych mężczyzn przed oraz 20 min po kriostymulacji. U niewytrenowanych mężczyzn jednorazowa kriostymulacja ogólnoustrojowa indukowała w erytrocytach wzrost aktywności dysmutazy ponadtlenkowej (SOD) o 36% (P<0.001) i peroksydazy glutationowej (GPx) o 68% (P<0.01) oraz wzrost stężenia sprzężonych dienów (CD) w osoczu krwi o 36% (P<0.05) i w erytrocytach o 71% (P<0.001). Porównując oba treningi u kajakarzy wykazano po szóstym dniu niższy poziom CD w osoczu o 46% (P<0.001) i w erytrocytach o 40% (P<0.01) oraz niższe stężenie substancji reagujących z kwasem tiobarbiturowym (TBARS) w osoczu o 24% (P<0.05) gdy trening poprzedzono działaniem skrajnie niskich temperatur. Po szóstym dniu treningu z kriostymulacją ogólnoustrojową aktywność SOD była o 47% (P<0.001) niższa a GPx po dziesiątym dniu treningu była przeszło 50% niższa (P<0.001) w porównaniu z treningiem kontrolnym. Kriostymulacja

ogólnoustrojowa per se stymuluje generację reaktywnych form tlenu. Ogólnoustrojowe działanie skrajnie niskich temperatur redukuje indukowany wysiłkiem fizycznym stres oksydacyjny.

IF: 1.559

**Małgorzata Kubicka, Krystyna Soszyńska, Barbara Mucha, Beata Rafińska, Beata Kołodziej, Olga Haus, Jan Styczyński**

Tytuł oryginału: Unusual profiles of pediatric acute lymphoblastic leukemia with MLL gene rearrangement.

Autorzy: Małgorzata Kubicka, Krystyna Soszyńska, Barbara Mucha, Beata Rafińska, Beata Kołodziej, Olga Haus, Jan Styczyński.

Źródło: - Leukemia Lymphoma 2007 Vol. 48 nr 10 s. 2083-2086.

Streszczenie: Celem pracy była analiza profilu ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci z rearanżacją MLL (mixed lineage leukemia) z jednoczesnym występowaniem nietypowego immunofenotypu limfoblastów. Częstość występowania rearanżacji MLL wynosiła 4,9% (tj. 6/121 badanych pacjentów). Immunofenotyp komórek białaczkowych był oznaczony metodą cytometrii przepływowej, natomiast aberracje cytogenetyczne jednocześnie metodami konwencjonalnej cytogenetyki, FISH i PCR. Wykazano, że rearanżacje genu MLL mogą występować nie tylko w postaciach z niedojrzałych komórek linii B-komórkowej (pre-pre-B-ALL), ale również w limfoblastach z immunofenotypem common-ALL i dojrzalym fenotypem T-komórkowym.

IF: 1.384

**Przemysław Czeleń**

Tytuł oryginału: Theoretical analysis of the effects of guanine oxidative damage on the properties of B-DNA telomere fragments.

Autorzy: Piotr Cysewski, Przemysław Czeleń.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 739-750.

Polskie hasła przedmiotowe: DNA - uszkodzenie, Guanina

IF: 1.384

**Robert Zalesny**

Tytuł oryginału: Experimental and theoretical investigations of spectroscopic properties of azobenzene derivatives in solution.

Autorzy: Robert Zalesny, K. Matczyszyn, A. Kaczmarek, W. Bartkowiak, Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Model 2007 Vol. 13 s. 785-791.

Streszczenie: W pracy przedstawiono rezultaty doświadczalne badań spektroskopowych dla kilku wybranych kopolimerów PUMA z pochodnymi azobenzenu. Matryce polimerowe zawierające badane związki zostały z powodzeniem zastosowane jako wy-



dajne materiały do zapisu informacji, dzięki fotoindukowanej izomeryzacji trans-cis pochodnych azobenzenu. W celu szczegółowego poznania charakteru przejść elektronowych dla badanych układów, dane doświadczal-

ne zostały wsparte obliczeniami przy użyciu metod chemii kwantowej. W szczególności, zastosowano metodę superpozycji konfiguracji z pobudzeniami pojedynczymi oraz liniowe funkcje odpowiedzi w ramach for-

malizmu Kohna-Shama. Wyniki badań pozwoliły stwierdzić istnienie w widmach elektronowych stanów z przeniesieniem ładunku, o znacznej różnicy polarności względem stanu podstawowego.

## I Sesja Muzykoterapeutyczna

Wojciech Pospiech

*Katedra i Zakład Muzykoterapii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu była organizatorem I Międzynarodowej Sesji Muzykoterapeutycznej w dniach 6-7 listopada 2007 roku. To duże przedsięwzięcie cieszyło się już miesiąc przed rozpoczęciem ogromnym zainteresowaniem.*

Celem Sesji było ukazanie muzykoterapii jako dziedziny nauki, która wspólnie z medycyną może relaksować, współleczyć i leczyć człowieka.

Ten ogromny obszar nauki egzemplifikowany był w dwudniowych obradach w auli Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Na sam początek przedstawiłem wykład na temat: „Interdyscyplinarne miejsce muzykoterapii w XXI wieku”. Główny nacisk wystąpienia położony był na bliskie zintegrowanie w terapii różnych dyscyplin sztuki, aby za kilka lat objąć to już pojawiającym się terminem – arteterapia.

Następnie interesującym był wykład pt. „Muzykoterapia dla uczniów szkół muzycznych” wygłoszony przez Panią dr Jolantę Welbel z Akademii Muzycznej w Warszawie.

Środowiska szkół artystycznych w Polsce nie mogą dać sobie rady z tremą u dzieci i młodzieży. Muzykoterapia spieszy tutaj z pomocą. Kolejnym bardzo entuzjastycznie przyjętym wykładem było wystąpienie Pana dr Pawła Cylulko z Akademii Muzycznej we Wrocławiu – „Tyflomuzykoterapii metodą usprawniania dzieci z wadą wzroku”. To popierane własnymi badaniami i doświadczeniami przedstawienie jak muzyka relaksuje i współleczy dzieci z wadą wzroku było przykładem skuteczności leczenia muzyką. Bardzo oczekiwanym był wykład „Muzyka jako terapia w różnych grupach społecznych” autorstwa mgr Anny Nogaj, psychologa muzyki, artysty, muzyka-skrzypka. Nierówny start rozwoju różnych grup społecznych nie pozwala wielu ludziom poznawać dobrodziejstwa obcowania z muzyką na co dzień, a to bardzo burzy rozwój dziecka i wprowadza destrukcję u dorosłych.

Następnego dnia Sesji wysłuchaliśmy, różnorodnych wykładów. Na pierwszy plan wymieniłbym dwa: pierwszy to „Wpływ jasnego światła i muzyki na zdrowie człowieka” – dr Daria Pracka z Katedry Fizjologii Collegium Medicum i drugi - „Aleksytymia a muzykoterapia”, wygłoszony przez prof. dr hab. Aleksandra Araszkiewicza, dr hab. Wojciecha Pospiecha, prof. UMK, mgr Agnieszkę Ostrowską – terapeutę z Katedry i Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum. Ten trójwy-

miar poglądu na możliwość współleczenia aleksytymii muzyką wzbudził u uczestników największe zainteresowanie. Ciekawym i nowatorskim był wykład dr Piotra Kopińskiego – „Próby leczenia chorób nowotworowych technikami geno i immunoterapii i muzyką”. Było to w tym ostatnim członie uwieńczenie starań o programy muzykoterapeutyczne w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Uwieńczeniem pierwszego dnia Sesji był koncert Zespołu Ziemi Bydgoskiej z piękną, relaksującą muzyką ludową.

Patronat Honorowy objęła prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, Prorektor UMK ds. Collegium Medicum, której serdecznie dziękujemy za pomoc w realizacji Sesji. Obecni

byli przedstawiciele obserwatorzy z Międzynarodowego Stowarzyszenia Muzykoterapii w Brukseli. Wśród uczestników Sesji byli także studenci z całej Polski, którzy zaproponowali aby w Bydgoszczy powstało Centrum Muzykoterapii w Polsce. Nasze prężne Koło Naukowe Muzykoterapii nawiązało szereg owocnych naukowych kontaktów m.in. z Kołem Naukowym Muzykoterapii we Wrocławiu.

Teraz czas na działanie. Owoców tej Sesji jest sporo, lecz musimy je mądrze spożytkować a w listopadzie 2009 roku spotkamy się ponownie, tym razem na II Międzynarodowej Sesji Muzykoterapeutycznej.

*dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Muzykoterapii*



*Dyskusja ze słuchaczami, odpowiada dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK*



*Dr Jolanta Kępińska-Welbel oraz dr Piotr Cylulko, prelegenci Sesji*

# V Konferencja Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

Agnieszka Banach

12 października 2007 roku, w Bydgoszczy lekarze z całej Polski dzielili się swoimi doświadczeniami w leczeniu i diagnozowaniu chorób o ciągle nieznaną patogenezę, związanych z nieswoistym zapaleniem jelit. Zainteresowanie tematyką przerosło oczekiwania organizatorów. Piąta już konferencja sekcji „Nieswoistych Zapaleń Jelit” Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci miała być tylko spotkaniem niedużej grupy roboczej, tymczasem przybyło na nią ponad 150 lekarzy.

„Nieswoiste zapalenia jelit stanowią coraz większy problem. Do niedawna mówiono o nim w kontekście ludzi dorosłych, teraz obserwujemy zdecydowanie większą zachorowalność u pacjentów w wieku rozwojowym, nawet u niemowląt” - tłumaczy duże zainteresowanie konferencją prof. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum UMK, prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. „Potrzebne są takie spotkania, bo z nieswoistymi zapaleniami jelit wiąże się ciągle zbyt wiele niewiadomych”.

Trudnością jest samo zdiagnozowanie choroby, a w tym przypadku wczesne i prawidłowe rozpoznanie jest bardzo ważne, bo opóźnione może doprowadzić do wyniszczenia organizmu, powikłań, czy niepotrzebnych interwencji chirurgicznych. Tymczasem niejednolitość objawów, często wielonarządowych i mało charakterystycznych sprawia, że chorzy nierazko je bagatelizują, a lekarze pierwszego kontaktu nie biorą ich pod uwagę.

„Chociaż nieswoiste zapalenia jelit dotyczą przewodu pokarmowego (pod postacią choroby Leśniowskiego-Crohna całego przewodu pokarmowego w różnych odcinkach, wrzodziejące zapalenie jelita rozwija się tylko w obrębie jelita grubego, choroby te mogą też dotyczyć innych, niespecyficznych i niesklasyfikowanych jeszcze zapaleń

jelit) choroba ma różną maskę i niejednokrotnie nie myśli się konkretnie o tej jednostce chorobowej” tłumaczy prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska. „Dwie konferencyjne sesje poświęciliśmy właśnie kazuistycy. Mówiliśmy o problemach, z którymi pacjenci do nas trafiali, jaki był zebrany wywiad chorobowy, który lekarzowi nasunął myślenie o tej właśnie chorobie.” Prawidłowe rozpoznanie możliwe jest dzięki dostępowi do coraz bardziej nowoczesnych metod diagnostycznych - co podkreślano na konferencji - np. takich jak stosowana już w bydgoskiej Klinice, wyposażona w kamerę wideo kapsułka endoskopowa. Badanie z jej wykorzystaniem umożliwia ogląd tych odcinków jelita cienkiego, do których nie sięgają klasyczne endoskopy.

Problemem w nieswoistym zapaleniu jest także samo leczenie, zarówno w fazach zaostrzeń, jak i remisji. „Nie ma 100-procentowo skutecznych metod, bo nieznaną jest etiologia choroby” mówi prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska.

Próby określenia podłoża choroby na razie niczego pewnego nie przyniosły. Uważa się, że dodatni wywiad rodzinny jest prawdopodobnie najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka. Rozważa się też, czy stan zapalny w nieswoistym zapaleniu jelit jest spowodowany czynnikiem egzogennym (zakaźnym) czy zaburzeniami układu immunologicznego błony śluzowej przewodu pokarmowego prowadzącymi do nieprawidłowej reakcji. Ostatnie badania przychylają się do tej drugiej możliwości.

Mimo tych trudności pacjenci leczenia są coraz lepiej. Obok leczenia farmakologicznego niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi, kortykosteroidami, lekami działającymi na układ immunologiczny, antybiotykami - stosuje się leczenie biologiczne, czy żywieniowe. Proces leczniczy - co podkreślali obecni na konferencji specjaliści - skutecznie



może wspomóc podawanie probiotyków czy kwasów LC-PUFA omega 3, czyli popularnego tranu.

Bydgoska Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii ma pod swoją opieką ponad 100 dzieci, a nowych chorych wciąż przybywa: „Nie ma tygodnia, żeby nowy pacjent do nas nie trafił” - mówi kierownik Kliniki. Mali pacjenci mogą tu korzystać z pełnej diagnostyki oraz leczenia farmakologicznego, żywieniowego i wspomagającego. O tym, że są leczeni coraz skuteczniej świadczą wydłużające się okresy remisji choroby.

Dla chorych, ich rodzin, lekarzy oraz osób zainteresowanych problemem nieswoistego zapalenia jelit powstało Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”.

Adres Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”: Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum (VI piętro), ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, prezes: Marek Gólczyński, tel. kom.: 0 889 899 779, e-mail: gulivieri@poczta.fm

Agnieszka Banach jest redaktorem miesięcznika „Primum Non Nocere”.

przedruk z „Primum Non Nocere”, grudzień 2007



dr n. med. Grażyna Mierzwa, prof. Józef Ryżko, prof. Tadeusz Zalewski, prof. Anna Balcar-Boroń, prof. Krystyna Karczewska, prof. Maria Korzon, prof. Izabela Planeta-Matecka



# Zdrowy styl życia

Krystyna Kurowska

*Zdrowy styl życia nigdy nie był naszą mocną stroną. Z biegiem lat to się zmienia, podobnie jak zmienia się nasza mentalność i przyzwyczajenia. Jednym z ważniejszych argumentów zwolenników zdrowego stylu życia jest znaczna poprawa stanu zdrowia, naszej wytrzymałości oraz zwiększenie kondycji. Osoby odżywiające się zdrowo i uprawiające sport znacznie rzadziej chorują na choroby cywilizacyjne, dzięki ćwiczeniom mają większą odporność na wirusy i wszelkiego rodzaju bakterie. Odpowiednie odżywianie wzmacnia organizm i spełnia jego zapotrzebowanie na mikroelementy i makroelementy, a jak wiadomo w dzisiejszych czasach zdrowie jest najważniejsze.*

Kontrargumentem, przez który zdecydowana większość ludzi nie decyduje się na prowadzenie takiego stylu życia jest niemożliwość jedzenia tego co się lubi, a więc pewien dyskomfort psychiczny. Co za tym idzie wszyscy, którzy tak sądzą, nie mają zamiaru nie korzystać z życia i jego przyjemności, a więc także z dobrego, choć nie zawsze zdrowego jedzenia. Wielu tłumaczy się również tym, iż mimo dalece innego stylu życia ma dobre wyniki badań oraz nie narzeka na zły stan zdrowia.

Oczywiście, jedzenie tego co się lubi w umiarkowanych ilościach nie jest złe, musimy jednak pamiętać, aby z niczym nie przesadzić bo wówczas nasz stan zdrowia na pewno ulegnie zdecydowanemu pogorszeniu. Trzeba także zauważyć, iż ludzie odżywiający się w zgodzie ze swoim organizmem znacznie częściej mają dobre samopoczucie i rzadziej popadają w depresje i melancholię. Są lepiej nastawieni do otaczającego ich świata i mają wielką chęć do życia, wiedzą czego od życia chcą i biorą to pełnymi garściami. Nie można sugerować, że wszyscy ci, którzy odżywiają się inaczej nie mają werwy do życia ani celów i pragnień, jednak znacznie częściej to ci lepiej się odżywiający do owych celów dochodzą. Można także łatwo spostrzec, że często zdrowy tryb życia przeradza się w obsesję. Nikomu nie trzeba wyjaśniać, że popadanie w skrajności nigdy nikogo do szczęścia nie doprowadziło, a wręcz przeciwnie. Obsesja na punkcie swojego ciała i tego jak postrzegają nas inni, może prowadzić do wielu groźnych chorób, jak przykładowo bulimia, anoreksja czy nerwica. Wszystkie z nich wymagają odpowiedniego leczenia i przede wszystkim zmiany dotychczasowych nawyków, inaczej mogą doprowadzić nawet do śmierci.

Musimy jednak pamiętać, że nie trzeba pozbawiać się wszystkich przyjemności życia aby odżywiać się zgodnie z harmonią organizmu. Wystarczy znać umiar we wszystkim co jemy i pijemy, a także nie ćwiczyć do granic możliwości. Należy także pamiętać, że dzięki temu nasz organizm nam się odwdzięczy dłuższym i zdrowszym życiem, co jest naj-

większą zaletą.

Prawie każdy człowiek zadaje sobie pytanie „Jak się zdrowo odżywiać”? Dieta każdego człowieka powinna być zrównoważona i pełna. Oznacza to, że powinna składać się z różnorodnych pokarmów zawierających odpowiednie ilości zarówno cukrów, jak i tłuszczów w niewielkiej ilości) oraz białek. Niezbędne są także odpowiednie ilości wszystkich witamin oraz soli mineralnych.

Żywniowy „dekalog”  
zdrowego człowieka

## Zasada 1

Co najmniej trzy razy dziennie jedz warzywa i owoce - głównie świeże, mrożone rzadziej suszone. Są one źródłem witamin, soli mineralnych i błonnika. Dorosły człowiek powinien codziennie zjeść 500-700 g warzyw i owoców.

## Zasada 2

Warzywa najlepiej gotuj bez wody. Gotowanie na parze pozwala zachować ich wartości odżywcze. Gotowanie na wodzie niszczy około 75% zawartej w warzywach witaminy C.

## Zasada 3

Mięso jest źródłem pełnowartościowego białka i witamin z grupy B, cynku oraz niezbędnego dla organizmu składnika - żelaza. W miarę możliwości kupuj tylko młode, chude mięso.

## Zasada 4

Wybieraj raczej chleb razowy, pełnoziarnisty, a nie pszeny.

## Zasada 5

Zmień nawyki dotyczące spożywania tłuszczu. Zrezygnuj z masła, majonezu, tłustych serów, a wybieraj sery chude, jogurty

z obniżoną wartością tłuszczu i półtłuste mleko. Używaj raczej tłuszczów roślinnych niż zwierzęcych.

## Zasada 6

Unikaj smażenia. Podczas smażenia mięso wzbogaca się o 60 % tłuszczu z patelni.

## Zasada 7

Zrezygnuj z soli, a unikniesz wielu dolegliwości. Dziennie możemy spożyć 6 g soli, czyli jedną małą łyżeczkę. Najlepiej używaj soli ziołowych.

## Zasada 8

Pij dużo wody mineralnej (niegazowanej) - co najmniej 1,5 l dziennie.

## Zasada 9

Jedząc słodczy, pamiętaj o umiarze. Należy ograniczyć spożywanie cukru także w napojach.

## Zasada 10

Nie przebywaj cały czas w domu. Odpoczywaj aktywnie - uprawiaj sport, chodź na spacer, odwiedzaj przyjaciół. Gości częściej tylko zdrowymi pokarmami przygotowanymi bez tłuszczu najlepiej na parze, bez soli, bogatymi w witaminy.

We współczesnych krajach rozwiniętych, aktywność ruchowa obywatela zmniejsza się coraz bardziej. Jest to bardzo niekorzystne zjawisko, gdyż gatunek ludzki od początku swego istnienia cechował się dużą sprawnością fizyczną. Ruch jest więc naturalną czynnością, potrzebną do tego, aby nasze ciało dobrze funkcjonowało. Dlatego powinniśmy zachować równowagę: nie przejadać się, ale i nie odchudzać, a przede wszystkim rozpocząć regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych (treningi). W ten sposób można poprawić funkcjonowanie nie tylko mięśni i stawów, ale także serca, płuc oraz mózgu.



# II Ogólnopolski Obóz Młodej Farmacji

Krzysztof Goryński

Młoda Farmacja wraz z Lubelskim Towarzystwem Studentów Farmacji już po raz drugi w swojej historii zorganizowała Ogólnopolski Obóz Młodej Farmacji. Tegoroczne hasło promujące wspólne przedsięwzięcie sekcji MF w Polsce brzmiało „eMeF2007”, czyli *Entuzjastyczni, Młodzi i Efektywni Farmaceuci*.

Celem wyjazdu była przede wszystkim integracja środowiska studentów farmacji. W jednym miejscu spotkali się przedstawiciele wszystkich dziesięciu wydziałów farmaceutycznych polskich uczelni medycznych. Z bydgoskiej sekcji pojechało aż 9 osób. Całością zajmowała się Agata Kłodawska (studentka 3 roku Farmacji). Obóz ten trwał tylko cztery dni – co zdaniem większości uczestników było zbyt krótko!

Na miejsce obozu wybrano po raz drugi urokliwe Zakopane, najbardziej znaną miejscowość turystyczną Polski – zwane stolicą Polskich Gór. Bazą noclegową dla blisko siedemdziesięciu studentów było Nauczycielskie Centrum Wypoczynkowo-Rehabilitacyjne. Ośrodek ten jest pięknie usytuowany w modrzewiowym parku na stoku Gubałówki. Malowniczy pejzaż Tatr podziwialiśmy szczególnie rankiem podczas śniadania. Zanim jednak ono nastąpiło, pojawiające się na niemal bezchmurnym niebie promienie słońca budziły nas każdego ranka, co pozytywnie nastrojało do wyprawy w góry lub choćby na spacer po Krupówkach.

Zakopane, ze względu na ogromną różnorodność atrakcji jakie oferuje, jest idealnym miejscem na tego typu spotkania integrujące. Jest bazą do wypraw w Tatry, do miejsc tak pięknych, że pisano o nich poematy i komponowano symfonie: Morskie Oko, Czarny Staw, Dolina Chochołowska, Biała, Hale Gąsienicowa i Kondratowa, Rysy i Giewont. Stąd w ciągu dnia w zależności od kondycji, zdobywaliśmy szczyty Tatr Wysokich albo spacerowaliśmy uroczymi dolinami. Jednak Zakopane to również wyjątkowa atmosfera i kultura. Główna ulica – Krupówki, należąca do piątki najszynniejszych ulic w Polsce, tętniąca życiem była miejscem wieczornej wspólnej zabawy w regionalnych knajpkach. Szczególną atrakcją był wieczór zasponsorowany przez firmę „Tesco” w karczmie góralskiej „Kmicic”. Wystrój i wnętrze lokalu odzwierciedlało prawdziwą atmosferę góralszczyzny. Mogliśmy skosztować regionalnych potraw, spróbować prawdziwej góralskiej herbaty „z prądem” (śmiech), a to wszystko oprawione tańcami w wykonaniu prawdziwych górali i góralek przy dźwiękach ludowej kapeli.

Wyjazd ten wzbogacił nas w ogrom pozytywnych doświadczeń i pozostawił po sobie wiele utrwalonych na zdjęciach wspomnień.

Podsumowując, uważam, iż wspólny projekt Sekcji Studenckiej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego jest szansą nie tylko



*Entuzjastyczni, Młodzi i Efektywni Farmaceuci - w środku Krzysztof Goryński*



na integrację środowiska studentów farmacji, wymianę wzajemnych doświadczeń czy poglądów nt. dalszego rozwoju Młodej Farmacji, ale również umożliwia, poprzez wspólną zabawę i wyprawy w góry, bliższe poznanie się, co z kolei tworzy więź między dziesięcioma wydziałami farmaceutycznymi uczelni medycznych w Polsce...

## **Zmiany we władzach Młodej Farmacji – Bydgoszcz**

W Polsce uwaga wszystkich zwrócona była na odbywające się wybory do Parlamentu. Tymczasem niezauważone przeszły wyniki wyborów do zarządu Młodej Farmacji Bydgoszcz, które odbyły się na Walnym Zgromadzeniu Członków Młodej Farmacji, dnia 30 października 2007 r. W zebraniu brało udział 30 członków sekcji. Swoją obecnością zaszczylił go również prezes Bydgoskiego

Oddziału Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego mgr farm. Jakub Płaczek. W wyniku głosowania w skład nowego zarządu weszli:

Alicja Ochudło – przewodnicząca,  
Sławomir Wileński – wiceprzewodniczący  
Agata Rzekanowska – skarbnik  
Łukasz Fijałkowski – sekretarz  
Paulina Cukrowska – koordynator ds. Praktyk IPSF i Kontaktów z EPSA.

W imieniu byłego zarządu, pragnę złożyć najserdeczniejsze gratulacje wszystkim nowo wybranym. Życzę Wam byście pracowali dla dobra całej Farmacji, wytrwale, z pomysłem i godnie. Tym samym kończy się moja przygoda z Młodą Farmacją. Składam przewodnictwo nad prężnie działającą sekcją zrzeszającą studentów farmacji i już niedługo stanę się w pełni członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego... Dziękuję, gratuluję!

*Krzysztof Goryński jest studentem VI roku kierunku Farmacji*



# III Kongres Medycyny Regeneracyjnej w Lipsku

Jan Adamowicz

W dniach od 18 do 20 października 2007 r. uczestniczyłem w III Światowym Kongresie Medycyny Regeneracyjnej w Lipsku w Niemczech. Kongres został zorganizowany przez Fraunhofer Instytut für Zelltherapie und Immunologie w Lipsku.

Medycyna regeneracyjna jest nowoczesną i szybko rozwijającą się gałęzią nauk medycznych. Celem medycyny regeneracyjnej jest przywrócenie anatomicznej struktury i fizjologicznej czynności narządom i tkankom, które zostały uszkodzone w wyniku urazu, stanu zapalnego lub innego procesu patologicznego, poprzez zastąpienie ich tkankami wyhodowanymi in vitro.

W czasie trwającego trzy dni Kongresu przedstawiono 430 prac, które zostały pogrupowane w sesje dotyczące medycyny, weterynarii, biologii, biomateriałów, etyki, prawa i zarządzania firmami biotechnologicznymi. Kongres odwiedziło ponad 1000 uczestników, znaczną część stanowili goście spoza Europy m.in. z USA, Kanady, Singapuru i Brazylii. Obecny Kongres zgromadził ponad trzykrotnie więcej uczestników niż I Światowy Kongres Medycyny Regeneracyjnej w 2005 roku, co świadczy o szybkim rozwoju i dużym zainteresowaniu medycyną regeneracyjną.

Najważniejsze tematy sesji medycznych dotyczyły metod inżynierii tkankowej w regeneracji układu sercowo-naczyniowego, układu kostnego, wątroby i ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

Dr D. W. Hutmacher z Queensland University of Technology przedstawił pracę o możliwości izolacji i zastosowaniu mezenchymalnych komórek macierzystych izolowanych z tkanki tłuszczowej (mesenchymal stem cells from adipose tissue - hAMSCs). Z komórkami macierzystymi naukowcy wiążą duże nadzieje terapeutyczne, ponieważ komórki te są łatwo dostępne i posiadają zbliżone cechy do macierzystych komórek mezenchymalnych izolowanych ze szpiku kostnego. Mezenchymalne komórki macierzyste izolowane ze szpiku kostnego i tkanki tłuszczowej mogą różnicować się in vivo i in vitro w tkankę kostną, chrzęstną, mięśniową i tłuszczową.

Na sesji poświęconej ortopedii dr G. Gross

z Helmholtz Centre for Infection Research w Braunschweig przedstawił zastosowanie mezenchymalnych komórek macierzystych w leczeniu urazów ścięgna Achillesa i urazów stawów kolanowych. Prof. M. Stihler z Szpitala Uniwersyteckiego w Dresden zademonstrował metodę tworzenia in vitro trójwymiarowych struktur składających się z tkanki kostnej zróżnicowanej z mezenchymalnych komórek macierzystych wysianych na kolagenową matrycę.

Dr T. Drewa z Collegium Medium UMK zaprezentował na Kongresie możliwości zastosowania inżynierii tkankowej w urologii. Wygłaszana praca dotyczyła innowacyjnej metody rekonstrukcji pęcherza moczowego z użyciem macierzystych komórek neuroektodermalnych pobranych z mieszków włosowych.

Trzy sesje poświęcono zagadnieniom związanym z możliwościami regeneracji ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Szczególną uwagę poświęcono możliwości pourazowej regeneracji rdzenia kręgowego. Prof. E. Sykova z Instytutu Medycyny Eksperymentalnej z Czeskiej Akademii Nauk przedstawiła eksperymentalne metody regeneracji przerwanej rdzenia kręgowego przy użyciu biodegradowalnych materiałów. Syntetyczny materiał biodegradowalny służy jako rusztowanie dla wszczepionych komórek macierzystych i pozwala na odnowienie przerwanych połączeń synaptycznych.

Dr A. Bozkurt ze Szpitala Uniwersyteckiego w Aachen zaprezentował wyniki badań nad odtwarzaniem ubytków w nerwach obwodowych. Badania na szczurach wykazały dużą skuteczność w odtwarzaniu nerwu kulszowego przy pomocy matrycy kolagenowej wysianej komórkami Schwanna.

Dużo kontrowersji wzbudziło wystąpienie prof. C. Christa z Uniwersytetu w Wittenberdze, który ogłosił, że wraz z zespołem współpracowników odtworzył in vivo czynnościowe zraziki wątrobowe szczura z izolowanych z tkanki tłuszczowej komórek macierzystych.

Prezentowano ciekawe prace dotyczące tworzenia in vitro fragmentów narządów w specjalnych, niezwykle pomysłowych bioreaktorach, których zadaniem jest odwzorowanie naturalnego środowiska organoge-

nezy. Dr B. Tschöcke z Helmholtz Instytut w Aachen zademonstrowała bioreaktor w którym in vitro stworzyła protezę naczyniową utworzoną z fibroblastów i wyścieloną śródbłonkiem. Niestety w przedstawianych wynikach zabrakło czynnościowej oceny protezy in vivo.

Eksperymentalne terapie w dziedzinie medycyny regeneracyjnej wymagają syntetycznego łączenia wielu gałęzi nauki, zatem tematy sesji dotyczyły również immunologii, transplantologii, cytobiochemii, podłoż z biomateriałów i zawansowanych technik obrazowania.

Rozwój medycyny regeneracyjnej w Niemczech został uznany za strategiczny cel rozwoju nauki XXI wieku. W ciągu ostatnich lat przeznaczono ogromne fundusze na rozwój interdyscyplinarnych instytutów inżynierii tkankowej. Najlepszym tego dowodem jest rozmach doświadczeń, o których mówiono na Kongresie. Najbardziej w pamięci utkwił mi projekt Dr. Boltze z Fraunhofer Instytut für Zelltherapie und Immunologie w Lipsku, który dla oceny stopnia regeneracji w obrębie ogniska udarowego po wszczepieniu komórek mezenchymalnych wykonał 30 owcom 30 angiografi, 90 badań tomografii komputerowej i 90 badań tomografii rezonansu pozytronowego. Takich badań możemy jedynie pozazdrościć ze względu na możliwości finansowe tego kraju, jak i przychylnie działania regionalnych Komisji Biotycznych i Uniwersytetów. Medycyna Regeneracyjna i Inżynieria Tkankowa będą się rozwijały w ośrodkach naukowych, w których będzie możliwość prowadzenia szeroko zakrojonych badań in vitro jak i in vivo na zwierzętach. Te ostatnie badania są często hamowane w uczelniach polskich pod pozorem różnych przepisów, co w sposób bezwzględny blokuje rozwój nauki.

Po analizie materiału zjazdowego widać, iż państwa takie jak Niemcy i Stany Zjednoczone bez ograniczeń przeprowadzają bardzo rozbudowane eksperymenty na zwierzętach poprzedzone doświadczeniami in vitro. Tylko taki sposób prowadzenia badań naukowych w dziedzinie „life science” gwarantuje sukces i wprowadzenie nowych technologii do medycyny.

Jan Adamowicz jest studentem IV roku medycyny, działa w Kole Naukowym przy Katedrze Biologii Medycznej

## Światowy Dzień AIDS

Wzorem lat ubiegłych Komitet Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS, działający przy Oddziale Bydgoszcz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland zorganizował akcję z okazji Światowego Dnia AIDS, który obchodzony jest 1 grudnia.

Chcieliśmy wyjść z naszym przedsięwzięciem do szerokiego grona odbiorców, do każdego mieszkańca Bydgoszczy. Naszym celem było przekazanie elementarnej wiedzy na temat HIV i AIDS. 1 grudnia 2007 roku na Starym Rynku w Bydgoszczy między godziną 12.00 a

18.00 rozstawiliśmy dwa namioty, gdzie odpowiadaliśmy na pytania dotyczące HIV/AIDS, rozdawaliśmy ulotki, przypinaliśmy czerwone wstążeczki, przeprowadziliśmy konkurs wiedzy o HIV/AIDS, ustawiliśmy wstążeczkę ze zniczy. W drugim z namiotów odbył się pokaz udzielania pierwszej pomocy poprowadzony przez wolontariuszy z Polskiego Czerwonego Krzyża.

Współorganizatorami Światowego Dnia AIDS byli: Polski Czerwony Krzyż, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy, Wojewódzka Stacja Sanitarno-

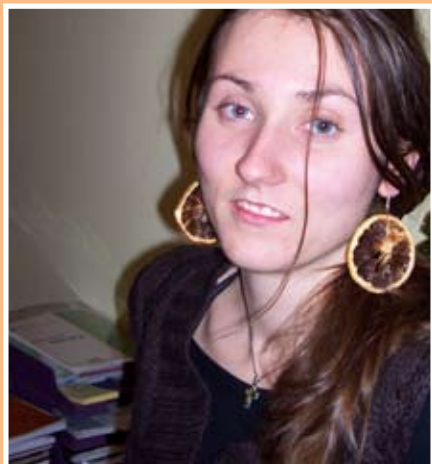
Epidemiologiczna w Bydgoszczy.

Poprzez tę inicjatywę chcieliśmy zwrócić uwagę społeczeństwa na problem HIV i AIDS, a także uświadomić mieszkańcom Bydgoszczy, w jaki sposób zapobiegać, jak postępować z ludźmi chorymi i jak daleko idące są skutki tej choroby. Pragniemy również podkreślić fakt, iż problem ten może dotyczyć każdego z nas (na świecie co 15 sekund kolejna osoba zostaje zakażona wirusem HIV).

IFMSA Oddział Bydgoszcz

# Chciałabym przełamywać kolejne bariery...

Wywiad z Edytą Jasińską, złotą medalistką w ergometrze wioślarskim



**Urodziny:** 28.11.1986 r.

**Studia:** III rok analityki medycznej

**Klub:** EMDEK Budopol Bydgoszcz

**Dotychczasowe wyniki:**

1. miejsce - MPSzW w Ergometrze Wioślarskim (13.04.2007 r.)

1. miejsce - Młodzieżowe Mistrzostwa Polski w Kolarstwie Torowym (2.07.2007 r.), Mistrzostwa Polski w Kolarstwie Torowym-ELITA (8.09.2007 r.) - dystans średni

**Zainteresowania:**

- fizjologia wysiłku fizycznego, odnowa biologiczna, bromatologia

- książki (beletrystyka: Stanisław Lem, Witkacy; popularno- naukowe: kosmologia kwantowa, astronomia, filozofia, psychiatria/psychologia)

- wędrówki piesze i rowerowe po górach  
- muzyka: symfoniczna, instrumentalna, poważna, elektroniczna, doom metal, rock alternatywny

- język niemiecki i łaciński

- wszystko, co związane ze sportem, przede wszystkim- rowerem

- Katedra Chemii Fizycznej ;)

**Tomasz Zegarski:** Studiujesz na?

**Edyta Jasińska:** III roku analityki medycznej, Wydział Farmaceutyczny.

**Tomasz Zegarski:** Skąd pomysł na ten rodzaj studiów?

**Edyta Jasińska:** Od zawsze interesowały mnie zagadnienia medyczno-przyrodnicze, analityka medyczna daje znaczne spectrum możliwości co do wykonywanego w przyszłości zawodu (głównie praca w laboratorium), centrum problematyczne - to homeostaza ludzkiego organizmu i związane z nią wartości wskaźników biochemicznych.

**Tomasz Zegarski:** Jesteś tegoroczną złotą medalistką MPSzW w Ergometrze Wioślarskim, czy jadąc na mistrzostwa spodziewałaś

się tak znakomitego wyniku?

**Edyta Jasińska:** Tego dnia (13. w piątek!!) subiektywnie nie uważałam, że jestem przygotowana dobrze psychicznie i fizycznie - marzyłam o pierwszej piątce. Pierwsze miejsce było dla mnie ogromnym zaskoczeniem - wcześniej nie śmiałam myśleć, że uda mi się pokonać zawodniczki z kadry olimpijskiej.

**Tomasz Zegarski:** Kiedy zaczęłaś uprawiać ergometr wioślarski?

**Edyta Jasińska:** Pierwszy kontakt z ergometrem wioślarskim miałam na pierwszym roku studiów w Collegium Medicum. Do tego sportu zachęcił mnie pan mgr Włodzimierz Michalski - to dzięki niemu rozpoczęłam bardziej systematyczne i ukierunkowane treningi, co zaowocowało dobrymi wynikami na Mistrzostwach Polski.

**Tomasz Zegarski:** Jak wiele czasu poświęcasz na trening?

**Edyta Jasińska:** Obecnie treningi to praktycznie „chleb powszedni”, w okresie przygotowawczym trwają ok. 2 godziny i są nastawione na utrzymanie (rozwój) wydolności tlenowej i siły mięśni, w okresie startowym są bardziej swoiste, więcej trenuje się w strefie beztlenowej. Ergometr wioślarski jest przy tym doskonałym uzupełnieniem tego, czemu najbardziej się poświęcam i z czym wiąże najbliższą przyszłość - kolarstwem torowym.

**Tomasz Zegarski:** Lubisz ergometr wioślarski, co cię fascynuje w tym sporcie?

**Edyta Jasińska:** Ergometr jest stacjonarnym substytutem łodzi wioślarskiej, doskonale wzmacnia te partie mięśniowe, które zwykle są zaniedbywane przez kolarzy i kobiety - grzbiet,

brzuch, obręcz barkowa. Umożliwia stałe kontrolowanie wyznaczników aktualnej kondycji - moc, prędkość, częstość pracy drążkiem, a dzięki systemowi ich wizualizacji - dostarcza doraźnej satysfakcji; ma rozszerzony program o tryb interwałowy. Jest przeznaczony dosłownie dla każdego, do tego: bezpieczny, wygodny, prosty w obsłudze. Podsumowując - praktyczny sprzęt sportowy, gdzie pracuje się dynamicznie a nie statycznie.

**Tomasz Zegarski:** Jakie starty planujesz w tym roku i jak się do nich przygotowujesz?

**Edyta Jasińska:** Będą to kolejne MPSzW w ergometrze wioślarskim, prócz tego - już poza Uczelnią - szereg imprez kolarskich z Mistrzostwami Polski i Europy włącznie (jeśli wszystko ułoży się planowo).

**Tomasz Zegarski:** Jak udaje Ci się studiować i osiągać tak znakomite rezultaty?

**Edyta Jasińska:** Nie jest łatwo połączyć sport ze studiowaniem na kierunku medycznym - z trenowaniem sprzężone winny być: odpowiednia dieta, optymalna ilość snu (niemożliwością fizyczną jest „zarywanie nocy”), higiena psychosomatyczna; studia nierzadko zaburzają tę równowagę. Ciężko jest też pogodzić starty w różnych imprezach sportowych tudzież zgrupowania z planem zajęć - liczy się wtedy wyrozumiałość profesorów i władz uczelnianych. Jestem bardzo wdzięczna wszystkim pracownikom Studium Wychowania Fizycznego i Sportu za wiarę i wsparcie (dr n. med. Andrzej Drygas, mgr Włodzimierz Michalski, mgr Franciszek Waleron) - gdyby nie Oni, może już by mnie nie było na tej Uczelni...

**Tomasz Zegarski:** Czas studiów i sportu to wspaniały okres w życiu człowieka, ale za-



Na zawodach



stanawiałaś się, co będziesz robić dalej?

**Edyta Jasińska:** Nie mam sprecyzowanych planów; zobaczymy, co zaoferuje mi przyszłość. Chciałabym przełamywać kolejne bariery i schematy w sporcie, rozwijać się na każdej płaszczyźnie, spontanicznie i z zachwytem odbierać i reagować na świat, codziennie pracować nad samooceną, pomagać innym, być użyteczną, wykorzystywać swój potencjał itp...

**Tomasz Zegarski:** Kiedy nie trenujesz, nie uczysz się, to jak lubisz spędzać czas?

**Edyta Jasińska:** Prócz dobrej książki, standardowych treningów i reszty zainteresowań, rozwijam się intelektualnie wraz z moimi przyjaciółmi - Ingą Pikus i Danielem Czarnowskim - w naszym kameralnym kole naukowym pod okiem prof. Piotra Cysewskiego (niezwykłej

postaci na niezwyklej Katedrze - każdy pracownik jest tam bardzo sympatyczny!), kierownika Katedry Chemii Fizycznej, ostatnio, dzięki uprzejmości mgr Beaty Szeffler, możemy wykonywać ciekawe „doświadczenia” w laboratorium owej Katedry.

**Tomasz Zegarski:** Jakie masz marzenia na przyszłość?

**Edyta Jasińska:** Hm, moim marzeniem jest, by wszyscy mniej lub bardziej bliscy mi ludzi (nie tylko genetycznie) osiągnęli względną równowagę, której często brakuje nam we współczesnym, zabieganym świecie. Chciałabym również poznać swojego ojca...

**Tomasz Zegarski:** Dziękuję za rozmowę.

*rozmawiał dr Tomasz Zegarski (wiceprezes ds. sportowych AZS), fotografie ze zbiorów Edyty Jasińskiej*



Na treningu

## Aby zwiększyć atrakcyjność zajęć wychowania fizycznego...

Andrzej Drygas

*„Jeśli nie biegasz pókiś zdrow,  
będziesz biegł jak zachorujesz”  
Horacy*

Wychowanie fizyczne w ramach obowiązkowych zajęć dla większości studentów jest jedyną formą ruchu, w której uczestniczą. Na podstawie badań publikowanych w piśmiennictwie oraz obserwacji własnych stwierdza się stale pogarszającą sprawność motoryczną i wydolność fizyczną. Zwiększona liczba godzin wychowania fizycznego w szkołach podstawowych i średnich w ostatnich latach nie dająca pozytywnych efektów, potwierdza tezę całkowitego braku uczestnictwa w pozalekcyjnych formach aktywności fizycznej. Poziom sprawności fizycznej to problem, który nurtuje nie tylko nauczycieli wychowania fizycznego a tendencja obniżania się aktywności fizycznej i narastania chorób cywilizacyjnych zmusza do natychmiastowego i zdecydowanego działania. Podstawowym celem operacyjnym Narodowego Programu Zdrowia jest zwiększenie aktywności fizycznej ludności. Oczekiwano, że do 2005 roku 50% dzieci i młodzieży oraz 30% dorosłych w czasie wolnym uprawiać będzie różne formy aktywności fizycznej. Warunki do realizacji tego celu zapewnić miały gminy. Czy założone efekty oraz oczekiwane korzyści zdrowotne (zwiększenie sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawa kondycji fizycznej, zmniejszenie rozpowszechniania zaburzeń psychosomatycznych, otyłości, chorób układu ruchu i krążenia oraz patologii społecznej wśród młodzieży) zostały osiągnięte? Na razie są to tylko życzenia.

Zwiększenie aktywności fizycznej jako jedna z form zachowań prozdrowotnych powinno być elementem stylu życia. W tym celu, pracownicy Studium Wychowania Fizycznego i Sportu wszelkimi sposobami starają się zaszczerpić nawyk systematycznego uprawiania



Zastłony odpoczynek przy wodospadzie w Ogrodzie Botanicznym w Mysłęcinku



Grupą, możni Panowie, fot. Krzysztof Burchardt

wysiłku fizycznego. Aby zwiększyć atrakcyjność zajęć wychowania fizycznego, oprócz tradycyjnych form, takich jak koszykówka, siatkówka, gimnastyka, lekka atletyka i pływanie, oferujemy: jazdę na rowerach, naukę jazdy konnej i aerobik. Aktywność fizyczna

w kontakcie z naturą istotna jest szczególnie dla przyszłych medyków jako najtańszy środek profilaktyki i terapii. Ćwiczenia odbywające się na świeżym powietrzu odwracają uwagę od pracy fizycznej i przez to stają się najbardziej skuteczną formą aktywnego wypoczynku.



*Uroki jazdy konnej*



*Gonitwa dla wytwałych w nauce*

Jedną z ofert Studium Wychowania Fizycznego i Sportu jest jazda konna. Jest to forma aktywności, która oprócz poprawy kondycji fizycznej, koordynacji ruchowej, równowagi i ogólnej sprawności, dostarcza wielu emocji i ogromnych wrażeń. Dzieje się tak dzięki kontaktowi z żywym, silnym, nieprzewidywalnym zwierzęciem, jakim jest koń. Wyjazdy w teren, do lasu, na łąki pozwalają na bezpośrednie obcowanie z naturą. Las oglądany z grzbietu konia wygląda najpiękniej. Jednak, aby wyjechać ze swoim rumakiem w teren i czerpać z tego prawdziwą przyjemność trzeba poćwiczyć na ujeżdżalni. Pozwala to oswoić się z koniem, osiągnąć równowagę i jak największą z nim

harmonię. W ubiegłym roku w Ośrodku Rekreacji Konnej w Myśliczynie rozpoczęliśmy naukę jazdy konnej. Zdecydowaną większość uczestników zajęć stanowili studenci, którzy z koniem zetknęli się po raz pierwszy. Według oceny instruktora jazdy konnej początki były trudne zarówno dla jeźdźców, jak i koni. Jednak studenci okazali się zdolnymi uczniami i czynili postępy z tygodnia na tydzień. Na wiosnę najwytrwalsi wyjechali na spacer do lasu. Wrażeń było moc. W ciągu roku akademickiego zdobyli podstawy jazdy konnej, które mogą dalej rozwijać w różnych ośrodkach jeździeckich. Umiejętności te pozostają na całe życie. Tego się nie zapomina. Warto potrudzić się na początek na ujeżdżalni, by

móc korzystać z uroków jeździectwa. Warto, pomimo uciążliwej drogi do ośrodka w Myśliczynie, która przez remont wiaduktu na ul. Gdańskiej dodatkowo się skomplikowała.

Propagatorem i pasjonetem spędzania wolnego czasu na świeżym powietrzu jest studentka I roku Wydziału Nauk o Zdrowiu, Kasia Ziemińska. „Kolarstwo to w mojej rodzinie sport uprawiany od najmłodszych lat. Zarówno w sposób profesjonalny w klubie, jak i amatorski. Jest to nie tylko sposób na spędzenie wolnego czasu, ale i pasja. Jazda na rowerze wzmacnia ogólną sprawność i wytrzymałość organizmu, rozwija mięśnie: łydek, ud, grzbietu i ramion, ale przede wszystkim daje dużo radości i satysfakcji. Jest to niewątpliwie idealny sposób na odpoczynek po ciężkiej pracy umysłowej, ponieważ jazda na świeżym powietrzu zwiększa dotlenienie organizmu. Aktywne spędzanie czasu pozwala studentom zachować zdrowie i dobre samopoczucie. Dlatego podejmując studia w CM z przyjemnością skorzystałam z okazji zaliczenia obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego w formie wycieczek rowerowych. Jest to jedna z wielu atrakcyjnych propozycji Studium Wychowania Fizycznego i Sportu, która stanowi alternatywę, dla często nużących zajęć na sali gimnastycznej”.

Ogromnym zainteresowaniem wśród studentów cieszą się obozy letnie (spływy kajakowe) i obozy zimowe (nauka i doskonalenie jazdy na nartach), o których uczestnicy bardzo sympatycznie i ciepło pisali na łamach „Wiadomości Akademickich”.

Uczelnia dynamicznie rozwija się. Powstają nowe kierunki studiów. Co roku zwiększa się liczba przyjętych studentów. Tylko baza do prowadzenia zajęć wychowania fizycznego pozostaje taka sama. Posiadanie nowoczesnej, pełnowymiarowej hali sportowej wraz z obiektami towarzyszącymi jest niezbędne, aby zapewnić warunki do systematycznego i aktywnego spędzania wolnego czasu dla wszystkich studentów, nie tylko objętych obowiązkowym wychowaniem fizycznym oraz pracowników. Jest to niezbędne, aby dorównać do obowiązujących standardów europejskich oraz zachować odpowiednią proporcję pomiędzy rozwojem intelektualnym i fizycznym.

*dr Andrzej Drygas jest kierownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu*

## Fundacja Wiatrak

Od stycznia do kwietnia 2008 r. Fundacja „Wiatrak”, która jako pierwsza z województwa kujawsko-pomorskiego uzyskała status Organizacji Pożytku Publicznego, już po raz czwarty zachęca do przekazania 1% podatku dochodowego na swoją działalność. Przekazując tę kwotę podatnik nic nie traci, a w prosty sposób może pomóc wielu osobom. Jeden procent nie jest ulgą ani darowizną, to możliwość decydowania o części podatku.

Dzięki funduszom zebranych z 1% w zeszłym roku poprowadzono zajęcia pozalekcyjne, zorganizowano wypoczynek letni i zimowy, spotkania i warsztaty dla dzieci

i młodzieży. „Wiatrak” zajął się także działalnością profilaktyczną. Z wpłat 1% sfinansowano obiady, drugie śniadania i podwieczorki dla potrzebujących dzieci. Fundacja nie zapominała także o osobach niepełnosprawnych (m.in. od stycznia 2007 r. prowadzi Warsztaty Terapii Zajęciowej) oraz bezrobotnych (utworzono Klub Integracji Społecznej). Ponadto zorganizowano wiele spotkań okolicznościowych i integracyjnych oraz konkursy. Część wpłat przekazano na fundusz budowy Domu Jubileuszowego oraz na utrzymanie i rozwijanie portalu: [www.janpaweli.pl](http://www.janpaweli.pl).

W tym roku przekazanie 1% jest o wiele



prostsze, ponieważ na wniosek podatnika to Urząd Skarbowy przekazuje 1% podatku należnego. Wystarczy tylko podać w formularzu PIT nazwę Organizacji Pożytku Publicznego Fundacja „Wiatrak” oraz numer KRS 0000175233.

Zachęcamy i prosimy o przekazanie swojego 1% na Fundację „Wiatrak”.





Dzień Nauki - Medicalia 2007  
Warsztaty w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii



Dyplomatorium  
Wydziału Lekarskiego



I Sesja Muzykoterapeutyczna  
w Bydgoszczy



Chór Collegium Medicum  
na festiwalu w Hiszpanii



Na budynku Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13  
oraz budynku Biblioteki Medycznej przy ul. Curie-Skłodowskiej 9  
pojawiły się bannery reklamowe Regionalnego Centrum Informacji Medycznej