

## *Kolęda*

*Gdy w ciszy nocnej  
Rozlegnie się głos kolędy rzewnej,  
Gdy wyschną łzy-  
Sercu nadzieja przybędzie,  
Bo Pan przybył z nieba  
na ten padół ziemski,  
by nie zabrakło chleba,  
byśmy dźwignęli się z klęski:  
bezrobocia, choroby,  
głodu, samotności  
i podążali za echem kolędy  
do tej Maleńkiej Miłości.*

*Bożena Jankowska  
„W ciszy”, 2006*

*Pięknych Świąt, pełnych najlepszych uczuć*

*życzy*

*Małgorzata Tafil-Klawe*



## Jubileusz Profesorów



*prof. dr hab. Stanisław Betlejewski  
prof. dr hab. Czesław Kłyszajko  
prof. dr hab. Mieczysław Uszyński*

*fot. Grzegorz Kubiak*



„Na wigilijny ześlą jej stół  
Zielone drzewko magiczne,  
Niech, gdy go dotknie, słyszy gwar pszczoł,  
Niech jabłka sypią się śliczne.  
A zamiast świec daj gwiazdę mroźnych pól.”  
Czesław Miłosz „Modlitwa Wigilijna”

Zdrowych, Spokojnych i Radosnych Świąt Bożego Narodzenia oraz Szczęśliwego Nowego Roku w imieniu Rady Programowej i Redakcji Wiadomości Akademickich

życzą

Przewodniczący Rady Programowej - prof. Zbigniew Wolski  
Redaktor Naczelny - dr Krzysztof Nierzwicki



## Spis Treści

### Wywiad numeru

Nie ma złych szpitali i pracowników, tylko są źle zarządzane,  
wywiad z dr. Zbigniewem Pawłowiczem, Dyrektorem  
Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz dr Wiesławą Windorbską,  
Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa ..... 2

### Z życia Uczelni

Uniwersytecki Biziel ..... 7  
Medicalia 2008 ..... 8  
Biblioteka w Katedrze i Klinice Alergologii ..... 9  
Szpital Uniwersytecki zmieni wygląd. .... 9  
Stypendium ..... 10  
Klinika Chirurgii Dziecięcej i OIT dla dzieci – wielkie sprawy dla małych pacjentów . . 10

### Jubileusz

Jubileusz Profesorów ..... 13  
Z laryngologią przez życie ..... 14  
Moje korzenie zawodowe. .... 14  
Prof. dr hab. Czesław Kłyszajko ..... 16  
Anegdota życiorysowe na własny temat ..... 17

### Polemiki

Dwa teksty o ludziach i zwierzętach ..... 19

### Medycyna i pielęgniarstwo

Czy bierne palenie przyspiesza zawał serca? ..... 20  
Nie taki gronkowiec straszny, jak go..... 22  
Drobnoustroje - z nimi źle (?), a bez nich jeszcze gorzej ..... 23  
Wsparcie społeczne dzieci z chorobą nowotworową. .... 24

### Programy międzynarodowe

Internacjonalizacja szkolnictwa wyższego w USA..... 26

### Nauka

Nasi na Liście Filadelfijskiej..... 27

### Sztuka

Metafora zimowego pejzażu w dyskursie o egzystencji człowieka ..... 28

### Konferencje

Niezależna informacja o leku ..... 31  
Piąte Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii ..... 35  
wraz z Warsztatami Brachyterapii Raka Stercza. .... 35  
Sprawozdanie z konferencji muzykoterapeutycznej ..... 36  
Leczenie chorób zakaźnych ..... 37  
I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego ..... 38

### Z Biblioteki

Pracowite wakacje. .... 40

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

### Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:  
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczepny

dr Janusz Tyloch

### Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adjustacja: mgr Joanna Hładoń-Wiącek

### Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: 048 052 585-3509

e-mail: biblio@cm.umk.pl

### Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

### Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Janusz Tyloch

### Korekta techniczna:

mgr Ewa Dominas

### Druk:

Formator, Piotr Lorek

### Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, dr Walentyna Korpalska,

mgr Mirosława Kram, dr Krystyna Kurowska,

dr hab. Jan Styczyński, dr Wojciech Szczepny

Okładka: Jubileusz Profesorów,

for. Grzegorz Kubiak



## Nie ma złych szpitali i pracowników, tylko są źle zarządzane

Wywiad z dr. Zbigniewem Pawłowiczem, Dyrektorem Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz dr Wiesławą Windorbską, Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa

**Redakcja:** Dziękujemy, że zgodziliście się Państwo na wywiad z Wiadomościami Akademickimi, pismem środowiska medycznego skupionego wokół Collegium Medicum.

**Redakcja:** We wrześniu Centrum Onkologii w Bydgoszczy po raz piąty z rzędu osiągnęło miano Najlepszego Szpitala Publicznego w Polsce, uzyskując w 1000 stopniowej skali 891 punktów. W rankingu uczestniczyło 256 szpitali prowadzących procedury zabiegowe. Punkty były przyznawane za zarządzanie (wymogi sanitarne, infrastrukturę, kondycję finansową), jakość opieki (otrzymane certyfikaty i akredytacje) i jakość opieki nad pacjentem (warunki na salach, kwalifikacje personelu). Proszę powiedzieć, gdzie wg Państwa tkwi źródło sukcesu.

**Dyr. Pawłowicz:** Myślę, że na sukces składają się proste czynniki. Trzeba być entuzjastą tego, co się robi, a po drugie trzeba - określić cel i go realizować wraz z utożsamiającą się z tym całą załogą.

**Dyr. Windorbska:** Nie osiąga się tego w jeden dzień, ale przez wiele lat pracy, by stać się szpitalem bezpiecznym dla pacjenta. Sięgamy do lat 90., kiedy to przekształcały się wszystkie jednostki ochrony zdrowia i zaczęły funkcjonować kasy chorych...

**Dyr. Pawłowicz:** To prawda. Dzisiejszy efekt swe podstawy wywodzi z połowy lat 90., kiedy w 1996 r. powstała ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym i dawała dwa lata vacatio legis na przekształcenie budżetowego szpitala (podlegającego wojewodzie) na samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. To było

pierwsze wyzwanie dla zarządzających i załogi, ale zwłaszcza dla zarządzających. Owe szpitale, które dobrze wykorzystwały te dwa lata i opracowały swoją strategię, wystartowały 1 stycznia 1999 r. bez zobowiązań i w dobrej organizacji. Te, które nie wykonały ciężkiej pracy, rozpoczęły z pozycji, na której tkwią dotychczas i dla nich nic się nie zmieniło. Dlatego na pytanie, jak nam się udaje, odsyłamy do tzw. czerwonej księgi, 300-stronicowego dokumentu, który stworzyliśmy w 1996 r. i gdzie zapisaliśmy, co zamierzamy zrobić począwszy od 1997 r. Działając w nowej strukturze organizacyjnej, wiedzieliśmy już, co chcemy osiągnąć. Nie liczyliśmy na nikogo, nie oglądaliśmy się na innych. Weźmy pierwszy przykład z brzegu. W przeciągu 2 lat (1997-1999) dokonaliśmy restrukturyzacji zatrudnienia i to bez zwolnień grupowych. W 1996 r. w naszym szpitalu było 950 etatów, na początku 1999 r. było tych etatów już tylko 620.

**Redakcja:** To gdzie podzieli się ci ludzie. To spora rzesza zatrudnionych?

**Dyr. Pawłowicz:** Przede wszystkim należy powiedzieć, że redukcja objęła głównie personel administracyjny, nie dotknęła tzw. personelu białego. Znaczna część osób odeszła ze względów wiekowych, emerytalnych. Wracając zaś do sukcesu. Ważnym zadaniem było określenie naszej pozycji na rynku i wybranie tego, co będzie naszą główną lokomotywą. Uznaliśmy z Panią Dyrektorem, że siłą napędową szpitala nie będzie dział zabiegowy, ale radioterapia. Ten projekt spotkał się z dużym oporem ze strony ordynatorów, zarzucano mi - jako chirurgowi - że nie rozwijam dziedzin zabiegowych. Mimo, że szpital oddano do

użytku w 1994 r., dwa lata później mieliśmy opracowaną strategię rozbudowy z uwzględnieniem właśnie poszerzonego Zakładu Terapii, chociaż wówczas w zupełności zaspokajał on potrzeby naszych pacjentów. Sami do końca nie wierzyliśmy, że uda nam się to zrealizować. Wyzwanie, jeśli chodzi o inwestycje i sprzęt, zwłaszcza finansowe, było wielkie, jako że jedna linia do radioterapii kosztuje 3,5 mln dolarów. Po zakończeniu inwestycji miałem przekonanie, że nie będziemy więcej rozbudowywali tego Zakładu, że 5 linii w zupełności wystarczy na dwa miliony mieszkańców województwa. Myliłem się. W przyszłym roku oddamy do użytku kolejne trzy bunkry.

**Dyr. Windorbska:** Moglibyśmy pomyśleć o tym za rok, czy dwa, ale jeśli decyzję podejmuje się zbyt późno, ponosi się straty. Tajemnicą sukcesu jest długofalowe działanie w ramach możliwości danego systemu.

**Dyr. Pawłowicz:** Właściwie są to plany operacyjne, nie strategiczne, bo w naszych warunkach trudno planować na dłużej niż 3 - 5 lat.

**Dyr. Windorbska:** Musimy także pamiętać o coraz wyższych standardach leczenia choroby nowotworowej, technologii starzeją się już po 2-3 latach szczególnie w diagnostyce i promieniolecznictwie.

**Dyr. Pawłowicz:** Podsumowując, musieliśmy jako szpital znaleźć element, dzięki któremu w krótkim czasie staniemy się liderem.

**Redakcja:** A czy to nie jest tak, że sukces napędza kolejny sukces?

**Dyr. Pawłowicz:** Nie, jeśli chodzi o sukcesy, nie mamy z nich żadnych profitów, a jedynie problemy np. z „życzliwością” otoczenia...

**Dyr. Windorbska:** Nie mieliśmy, nie mamy i nie zapowiada się byśmy mieli czerpać korzyści z własnego sukcesu. Natomiast trafia do nas coraz więcej pacjentów spoza regionu (ponad 20%), którym należy pomóc.

**Dyr. Pawłowicz:** Kiedyś pojęcie jakości w ochronie zdrowia w kraju nie istniało, teraz zaczyna się o tym mówić. Trudno jest powiedzieć lekarzowi, że leczy dobrze czy źle, kiedy on pozostaje w przekonaniu, że przecież wykonuje wolny zawód, ma prawo do jego wykonywania i nikt mu nie nakaże sposobu leczenia. Ale to nieprawda, my nie ograniczamy decyzji klinicznych, jedynie stymulujemy do działania racjonalnego opartego o zasady „evidence base medicine”.

**Redakcja:** Panuje powszechna, obiegowa



dr Zbigniew Pawłowicz, Dyrektor Centrum Onkologii i dr Wiesława Windorbska, Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa

opinia, że szpitale onkologiczne są niemal skazane na sukces, bo procedury onkologiczne są wyżej wycenione...

**Dyr. Pawłowicz:** Pieniądże w onkologii są takie same jak w innych szpitalach, za podobne zabiegi.

**Dyr. Windorbska:** To mit, że otrzymujemy większe pieniądze, do wielu procedur leczenia czy profilaktyki nawet dopłacamy.

**Dyr. Pawłowicz:** Jeżeli niektórzy mówią, że w onkologii jest łatwiej o jakość, to dla czego inne ośrodki, nie poddają się ocenie zewnętrznej? Jakości nie uzyskamy poprzez zapewnienia, że ją posiadamy. Trzeba poddać się ocenie audytorów. Są odpowiednie instytucje, niezależne od płatnika i rządu. One posługują się odpowiednimi standardami i mają sprecyzowane kryteria oceny, np. jak długo klient czeka na obsługę, czy wokół szpitala są dostępne miejsca parkingowe, czy szpital posiada np. zaplecze gastronomiczne itp. Zatem – odpowiadając tym, którzy twierdzą, że w onkologii jest łatwiej – po prostu zapytam: dlaczego w rankingu Rzeczypospolitej pojawia się tylko 260 szpitali, kiedy może startować każdy z ponad 700? Kiedyś trzeba zacząć. Centrum Onkologii w Bydgoszczy jeszcze w 1999 r. znajdowało się w gronie szpitali słabych, ale w 2000 r. poddaliśmy się audytowi zewnętrznemu. Dlaczego dzisiaj jednostka ministerialna, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie przyznała akredytacje zaledwie 10% z 700 szpitali, począwszy od 1999 r.? Gdybyśmy mieli połowę szpitali akredytowanych w kraju, ochrona zdrowia w Polsce wyglądałaby inaczej...

**Redakcja:** Tak np. dzieje się ze szkołami wyższymi.

**Dyr. Pawłowicz:** Uczelnie są finansowane z budżetu Ministerstwa.

**Redakcja:** A szpitale?

**Dyr. Pawłowicz:** Bardzo dobre pytanie. Na szpitalach powinien wymusić to NFZ, czyli płatnik. Gdyby wprowadził zasadę, że jeżeli szpital ma zgodność akredytacyjną w grupie A (tak jak CO, na 100% mieliśmy 96% zgodności), otrzymuje 10% więcej za punkt, to jestem przekonany, że akredytowanych szpitali byłoby ze 200 a nie 70. Bez wątplenia też podniosłaby się jakość usług. Ale widać płatnikowi na tym nie zależy. Z drugiej strony, sam płatnik również nie poddał się procedurom akredytacji. W ten sposób pozostaje tylko dystrybutorem publicznych pieniędzy.

**Redakcja:** Wygraliście Państwo polską nagrodę jakości...

**Dyr. Pawłowicz:** Tak, kilka tygodni temu. Byliśmy w grupie organizacji publicznych, m.in. razem np. z prezydentem i samorządem miasta Wrocławia, czy firmą zajmującą się lo-

gistiką na poziomie europejskim. Stanęliśmy w szranki z dobrze funkcjonującymi organizacjami publicznymi. Nie zawsze wygrywalismy. W ubiegłym roku dostaliśmy tylko wyróżnienie. W przyszłości planujemy ubiegać się o certyfikat Europejskiej Nagrody Jakości.

**Dyr. Windorbska:** Wysokich pozycji w rankingach i nagród nie otrzymują wyłącznie firmy dysponujące wielkimi pieniędzmi. Można nie mieć dobrych programów komputerowych, pisać ołówkiem, a założyć sobie dobry plan działania i świetnie funkcjonować.

**Redakcja:** Inny zarzut pod Państwa adresem to to, że np. wasze koszty są niższe ponieważ nie pełnicie dyżurów. Nie macie takiego obowiązku?

**Dyr. Windorbska:** Pełnimy dyżury w ramach potrzeb Centrum, Izba Przyjęć otwarta jest 24 godziny. Ale mamy inne obowiązki np. żeby prowadzić radioterapię do 22.00 każdego dnia, mamy obowiązek podawania chemii ambulatoryjnej do 22.00, bo takie są wymogi i standardy. Inni w tym czasie przyjmują pacjentów na dyżurach.

**Dyr. Pawłowicz:** Rzeczywiście My mamy radioterapię, której nie ma nikt, ale np. na kardiologii i kardiologii zarabia się o wiele lepiej. Z kolei chemioterapia jest u nas, a ponadto w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Rydygiera w Toruniu, Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, w Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu, w Szpitalu w Inowrocławiu, w naszej filii we Włocławku, w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii, w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. Antoniego Jurasza oraz w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Czy jesteśmy monopolistą? A dziedziny zabiegowe? Ginekologia jest w wielu miejscach, chirurgia klatki piersiowej, urologia... to samo. Tak samo punktowane dla wszystkich.

**Redakcja:** Nie jesteście więc Państwo konkurencją dla innych?

**Dyr. Pawłowicz:** Cztery lata temu nie było

w regionie oddziału urologii onkologicznej, choć działały doskonałe oddziały urologii. My stworzyliśmy następny oddział, nie by zabrać innym pacjentów, ale oddział onkologiczny w oparciu o nowoczesną diagnostykę i dla pacjentów tzw. kalectwem urologicznym. Odebrano to początkowo jako konkurencję, ale przekonałem m.in. Pana prof. Zbigniewa Wolskiego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Urologii, że chcemy stworzyć nową jakość w leczeniu onkologicznym. Dziś dzięki zaangażowaniu Pana Profesora odbywają się co roku w Centrum warsztaty urologiczne i jesteśmy akredytowanym ośrodkiem do nauczania urologii onkologicznej w ramach specjalizacji. Czy jesteśmy konkurencją? Nie. Stworzyliśmy możliwości świadczeń medycznych dla grupy pacjentów, która nie zawsze mieściła się w ramach innych oddziałów.

**Dyr. Windorbska:** Oferujemy inne możliwości diagnostyki i leczenia zgodnie z przyjętymi standardami onkologicznymi. Pacjent po zabiegu w innym ośrodku u nas może poddać się diagnostyce PET, brachyterapii, czy radioterapii.

**Redakcja:** Zatem, co by pan poradził dyrektorowi przeciętnego szpitala, takiemu któremu brak recepty na sukces?

**Dyr. Pawłowicz:** Nie ma złych szpitali i pracowników, tylko są źle zarządzane. Od 2005 r. na podstawie doświadczeń i obserwacji w naszym szpitalu wyrobiłem sobie opinię, że



Centrum Onkologii jest wyposażone w sprzęt wysoce specjalistyczny





Zakład Medycyny Nuklearnej, największe doświadczenie w Polsce w diagnostyce PET



Przebudowane wejście główne do Centrum Onkologii w Bydgoszczy

to nieprawda, iż popyt na świadczenia medyczne jest większy od podaży. Jest to popyt ukryty, uruchamiany np. przez działania NFZ, który ma na celu za jak najmniejszą cenę kupić jak największą ilość świadczeń. To największy błąd NFZ. Szpitale nie są w stanie wykonać zwiększonej ilości usług, żeby się bilansowały przychody z kosztami. Niestety to lekarz uruchamia ów ukryty popyt, bo zawsze można wpisać w kolejkę oczekujących dowolną liczbę pacjentów z przewlekłymi chorobami. Biorąc pod uwagę np. 10 osób w średnim wieku z naszej populacji, przypuszczam, że połowę z nich można prawdopodobnie wpisać w kolejkę na leczenie. Tylko czy jest taka rzeczywista potrzeba. Ukryty popyt uruchamia się, gdy cena usługi jest niezbilansowana z kosztami a zarządzający szpitalem nakręca ilość usług. Trzeba przerwać tę nieprawidłowość myślenia.

**Redakcja:** Co zatem przyniesie przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego...

**Dyr. Pawłowicz:** Dzisiaj publiczny szpital jest ubezwłasnowolniony, jeśli chodzi o kontraktowanie z NFZ. Przekształcenie zmieniłoby podstawową rzecz. Jeżeli w Bydgoszczy będzie kilka szpitali – spółek prawa handlowego, trzech czy czterech prezesów założy holding i powie jednym głosem, nie chcemy dla przykłądu 10.000 świadczeń, wystarczy 8.000 – za taką cenę, która pokrywa rzeczywiste koszty świadczeń. „Nadprodukcja” świadczeń wynika z niskich cen i obniża jakość usług.

**Dyr. Windorbska:** Problem zilustruję przykładami z naszej Przychodni. Kiedyś mieliśmy ogromne kolejki i pacjenci oczekiwali na procedury. Teraz staramy się pacjenta przyjąć szybko i przy podejrzeniu choroby nowotworowej w ciągu 7 do 10 dni wykonać mu wszystkie badania. W jednej poradzie ponosimy koszty o wiele wyższe, niż gdybyśmy rozpisali pacjenta np. na pięć różnych porad. Te pięć porad zwróciłoby zapewne koszty badań ale wydłużyłby się czas leczenia ajednocześnie – zmniejszyła by się szansa na wyleczenie. My wykonujemy jedną poradę kompleksową. Walczyliśmy tylko o zwrócenie realnych kosztów według wypracowanych standardów. Mamy 160.000 porad w roku, a równie dobrze moglibyśmy mieć ich 250.000.

**Dyr. Pawłowicz:** Koszty generuje lekarz. W Centrum Onkologii wszystko jest wystandaryzowane. W naszym szpitalu nikt nie robi więcej badań niż przewiduje to zintegrowany system zarządzania.

**Redakcja:** Ależ to ograniczanie możliwości działań lekarza.

**Dyr. Pawłowicz:** To nie jest ograniczenie możliwości. Jeżeli lekarz chce zlecić badania z tzw. górnej półki, a nie wykonał podstawowych, system takie praktyki „punktuje” i ordynatorzy, koordynatorzy weryfikują takie działania.

**Redakcja:** Czy kampania informacyjna a propos spółek...

**Dyr. Pawłowicz:** Kampania jest fatalna. Negatywną prowadzi opozycja, a pozytywną nie ma.

W 2002 r. opracowaliśmy program pt. „Pilotażowe przekształcenie SP ZOZ w spółkę prawa handlowego skarbu państwa” na bazie ustawy o przekształceniu przedsiębiorstwa państwowe. Chcieliśmy zrobić pilotażowe przekształcenie. Nie eksperymentować na całym kraju, tylko wybrać kilka jednostek, których dyrektorzy, załoga i związki zawodowe się na to zgadzają (a były takie firmy), które przekształciłyby się w jednoosobową spółkę skarbu państwa. Niestety zmieniały się układy polityczne i woli politycznej ku temu nie było. Tymczasem SP ZOZ jako organizacja się wyczerpał. Wcześniej, kiedy pojawiła się ustawa z 1991 r., opinie o niej były jeszcze bardziej negatywne niż obecnie o spółkach kapitałowych. Ale proszę zwrócić uwagę, że przekształcenie szpitali w latach 90. w SP ZOZ dało wreszcie jakąś możliwość działalności menedżerskiej dyrektorowi, bo poprzednio zarządzał szpitalem Wydział Zdrowia, przydzielając budżet i nadzorując jego realizację. Po drugie, zmieniono sposób finansowania z budżetowego na finansowanie procedur medycznych i powstały kasy chorych. Powołanie NFZ zniweczyło dorobek i coraz lepiej funkcjonujący system kas chorych.

**Redakcja:** Jaki okres, zdaniem Pana, był najlepszy w służbie zdrowia?

**Dyr. Pawłowicz:** Naturalnie okres kas chorych. Chociaż wysokość finansowania też była wówczas za niska. Ówczesny minister finansów wyszedł z założenia typowo ekonomicznego, że jeśli będzie niedofinansowanie systemu, to słabi padną a utrzymają się mocni. W ślad za tym myśleniem obniżono składkę zdrowotną z planowanych 11% na 7,5%. Nie wzięto pod uwagę jednego – że właścicielem szpitali są samorządy różnego szczebla, uczelnie, organa rządowe. Państwo nie bankrutuje nigdy. Za to zaczęły narastać długi.

Co dzisiaj trzeba zmienić? To, co wymaga zmiany od 1999 r. Właściciel, którym się stał samorząd miał w rewolucyjnej skądinąd ustawie z 1999 r. niedoprecyzowaną odpowiedzialność. Rada Społeczna może wnioskować o odwołanie dyrektora, co nic nie daje, jeśli chodzi o model zarządzania. Samorząd jako właściciel nie ma instrumentów wpływu na poziom zarządzania. W przypadku spółki prawa handlowego prezes spółki ma nad sobą Radę Nadzorczą. Zaś w radzie nadzorczej zasiądzie min. właściciel, który będzie miał w ten sposób wpływ na zarządzanie. Weźmy inny paradoks obecnego modelu. Samorząd, będąc właścicielem majątku szpitala jest zobowiązany do odtwarzania jego infrastruktury. Dyrektor szpitala nie ma prawa wykorzystywać środków z NFZ na infrastrukturę. Jak może funkcjonować instytucja, która nie ma prawa z przychodów odtwarzać swojego majątku? Właściciel nie ma wpływu na zarządzanie, a jednocześnie musi dbać o majątek. To anormalna sytuacja, którą należy zmienić. Tymczasem spółka,

zgodnie z kodeksem handlowym będzie odpowiadać za odtwarzanie i całość majątku oraz musi założyć taki plan finansowy, który będzie się bilansował. Dzięki temu nie narosną długi.

**Redakcja:** Czy nie mówimy o prywatyzacji szpitali?

**Dyr. Pawłowicz:** Dzisiaj w Polsce nie ma żadnego szpitala prywatnego, bo w moim pojęciu prywatny szpital to taki, którego właścicielem jest osoba prawna lub fizyczna, który przy tym nie ma kontraktu z NFZ, zaś udzielane świadczenia medyczne są w całości finansowane przez pacjentów. Więc dlaczego mówi się, że pacjent w innej organizacji niż SP ZOZ będzie musiał płacić? Nieprawda. Pacjent często nie wie i nie interesuje go kto jest właścicielem szpitala, jedynie oczekuje świadczenia medycznego na najwyższym poziomie w ramach ubezpieczenia w NFZ. Po przekształceniu, właścicielem szpitala jako spółki prawa handlowego, całościowym lub większościowym byłby samorząd a świadczenia będą finansowane przez NFZ. Czy to jest obraz szpitala prywatnego?

**Redakcja:** A samorząd nie utraci szpitali?

**Dyr. Pawłowicz:** To demagogia. Samorząd nie utraci szpitali, on je zyska, powoła do Rady Nadzorczej ludzi, którzy będą odpowiadali za daną spółkę. Dzisiaj brak tej odpowiedzialności ze strony samorządu na poziomie zarządzania.

**Redakcja:** Co się stanie jeśli szpital upadnie?

**Dyr. Pawłowicz:** A dlaczego miałby upaść? Jestem przekonany, że żaden szpital funkcjonujący jako spółka prawa handlowego nie upadnie. A jeśli miałby upaść to jedynie jako organizacja i tylko tam gdzie jego istnienie nie ma racji bytu np. w sytuacji, kiedy mamy w niewielkiej odległości dwa szpitale powiatowe a do tego równie niedaleko szpital wojewódzki czy kliniczny. Czy wówczas takie szpitale mają rację bytu? Mogą przekształcić się np. w ośrodek opieki długoterminowej.

**Dyr. Windorbska:** Niektóre szpitale, nawet jeśli nie przekształcą się w spółki prawa handlowego, i tak upadną.

**Dyr. Pawłowicz:** Mówi się, że spółka prawa handlowego doprowadzi szpital do upadku i to jest negatywny wizerunek. Nie, to pozytywny wizerunek. Upadnie organizacja, natomiast majątek, kadra i pacjenci pozostaną. Dla nich dotychczasowa forma organizacji nie spełniała oczekiwań. Podczas debaty parlamentarnej podnoszono, co się stanie, gdy upadnie jedyny szpital w powiecie. Odpowiedź jest krótka – jedyny szpital w powiecie jest monopolistą, a monopolista nigdy nie upadnie.

To oczywiście nie oznacza, że szpital ma się ograniczać tylko do pacjentów z najbliższej okolicy czy szpital wojewódzki do pacjentów z regionu. Często taka strategia nie daje szans rozwoju. Szpital, aby się rozwijać, musi ofe-

rować nowoczesne usługi dla szerokiej grupy pacjentów. Centrum Onkologii jest typowym przykładem firmy poszukującej klienta. Mamy nowo wybudowaną 24-godzinną izbę przyjęć, i możemy udzielić doraźnej pomocy pacjentom nieonkologicznym. Dążymy do poprawy dostępności do naszych usług, o czym wspominała Pani Dyrektor - zbadanie pacjenta w jeden dzień. Jeżeli przyjeżdża do nas pacjent z miejscowości oddalonej od Bydgoszczy o 200-300 km, nie umówiony, przyjmujemy go tego samego dnia, niezależnie od tego czy jest zarejestrowany czy nie. Według procedur NFZ powinniśmy go zapisać do kolejki i odesłać do domu. Tylko jest pytanie czy on do nas wróci. Jaką będzie miał o nas opinię. Jeśli nie jesteśmy w stanie wykonać wszystkich badań w dniu przyjazdu owego pacjenta, proponujemy pobyt w naszym hotelu z pierwszą dobą bezpłatną. Weźmy inny przykład. Pacjent przychodzący na chemioterapię obowiązany jest wcześniej wykonać podstawowe badania (np. morfologia) i zgłosić się tam z wynikami. Tymczasem my sami wykonujemy tę usługę. Kiedyś pobieraliśmy ich ponad 300. Poza tym większość pacjentów przyjeżdża z osobą towarzyszącą, której trzeba zapewnić miejsce do parkowania i oczekiwania. Pacjent przyjeżdża na czczo, po zabiegu oczekuje możliwości konsumpcji posiłku. I to są problemy, które winne być dostrzeżane przez osoby zarządzające.

**Dyr. Windorbska:** I za to są właśnie przyznawane punkty w audycie, ale raz przyznane, nie liczą się na przyszłość.

**Dyr. Pawłowicz:** Popatrzcie Państwo coż uczyniliśmy jeszcze dla usprawnienia obsługi pacjentów. Przebudowaliśmy wejście główne nie tylko po to, by podwyższyć standard. Ulokowaliśmy tam również windę, która prowadzi bezpośrednio do ambulatorium, ponieważ wliczyliśmy, że nie opłaci się nam, by pacjent szedł przez cały szpital do windy, dlatego że wprowadza zamieszanie a hale musiały być nieustannie obsługiwane przez ekipy sprzątające. To są przykłady dobrego gospodarowania w szpitalu.

**Redakcja:** Zatem – wracając do poprzedniego wątku – nie ograniczacie się Państwo do pacjentów z regionu?

**Dyr. Pawłowicz:** Szpital taki jak nasz, który chce mieć rangę szpitala ogólnopolskiego, referencyjności trzeciego stopnia, musi się rozwijać w oparciu nie tylko o populację regionu, ale całego kraju. Jesteśmy na pierwszym miejscu pod względem liczby pacjentów spoza województwa. I nie mamy problemu z nadwykonaniami. NFZ nie płaci za nadwykonania z własnego województwa, bo to uruchomiony ukryty popyt, natomiast oddziały NFZ rozliczają się między sobą za pacjentów spoza województw. Czyli gwarantujemy pełne zaspokojenie potrzeb pacjentów z naszego województwa, a rozwoju firmy upatrujemy w pacjentach spoza niego.

**Dyr. Windorbska:** Żeby przyciągnąć pacjenta i dobrze prowadzić procedury szpitala powinien oferować wszystkie możliwości diagnostyki, leczenia, monitorowania leczenia a także profilaktyki.

**Redakcja:** Planujecie Państwo zakup drugiego skanera PET?

**Dyr. Windorbska:** Jesteśmy na etapie zakupu drugiego skanera. W tym roku zrobiliśmy ponad 4.000 badań i jeden skaner przestaje wystarczać.

**Redakcja:** Nadal jesteście Państwo jedynym ośrodkiem w Polsce?

**Dyr. Windorbska:** Nie, jest już ich kilka, ale mamy największe doświadczenie oraz pełne wyposażenie Pracowni PET. Ośrodek w Gliwicach wykonuje kilkaset badań rocznie, rozwija się także ośrodek w Warszawie. Na polskie warunki kilka ośrodków PET jest wystarczającą liczbą.

Zakup skanera PET nie zapewnia ośrodkowi pełnych możliwości badań jeśli nie posiada się cyklotronu i laboratorium, w którym wytwarza się radioizotopy. Powstające w kraju ośrodki nie posiadają możliwości produkcji radioizotopów i sprowadzają je z zagranicy np. z Berlina. Takie rozwiązanie znacząco podraża koszty badania gdyż okres połowicznego rozpadu izotopu FDG wynosi 2 godziny, w którym to czasie należy radioizotop podać pacjentowi. Pracownia PET w Centrum wyposażona jest w cyklotron i specjalistyczne laboratorium do produkcji radioizotopów FDG, które zabezpieczają diagnostykę w schorzeniach onkologicznych, neurologicznych i kardiologicznych. Instalacja drugiego skanera PET i rozbudowa laboratorium do produkcji znaczników z użyciem węgla C11 pozwoli na rozszerzenie diagnostyki. W 2009 roku planujemy uruchomić program diagnostyki i leczenia wczesnych postaci raka prostaty. Innych możliwości diagnostyki z określeniem miejsca tej choroby nie ma.

**Redakcja:** Czy liczba pacjentów rośnie?

**Dyr. Pawłowicz:** Operujemy u nas ponad 80% pacjentek z rakiem piersi i ponad 60% z rakiem jelita grubego. Nie jesteśmy konkurencją dla innych w regionie, dlatego szukamy klienta zewnętrznego.

**Dyr. Windorbska:** Nie jesteśmy konkurencją, bo mówimy o leczeniu skojarzonym, nie tylko o zabiegu, ale chemioterapii i radioterapii w ośrodku referencyjnym, który ustala, by kolejne etapy leczenia odbywały się w odpowiednim czasie i odpowiedniej kolejności.

**Dyr. Pawłowicz:** Powiem coś niepopularnego. W Polsce na nowotwory zachoruje 130-140 tysięcy ludzi. Średnio rocznie leczy się 500-600 tysięcy ludzi. W stosunku do krajów zachodnich mamy złe wyniki leczenia.



Powodem jest brak przestrzegania pewnych określonych, jasnych standardów i to nie przez lekarzy, a przez płatnika. Płatnik powinien płacić i wymagać. W USA istnieje system comprehensive cancer center, czyli ośrodek referencyjny do pełnego skojarzonego leczenia nowotworów. Tak powinno być i w Polsce. Płatnik powinien wymusić, by pacjent ubezpieczony, u którego rozpoznaje się nowotwór, był leczony nie etapowo (począwszy od szpitala powiatowego), ale kompleksowo, w jednym miejscu.

**Redakcja:** Czy nie powinien w tym pomóc „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”?

**Dyr. Pawłowicz:** Program funkcjonuje od 4 lat i przynosi już pozytywne efekty. Dla jego efektywniejszej realizacji niezbędne jest powołanie Narodowego Instytutu Onkologii (przekształcenie Instytutu Onkologii w Warszawie) i narodowej sieci onkologicznej. We wszystkich województwach są ośrodki onkologiczne i wystarczy je wystandaryzować i połączyć w sieć. Tak po wielu latach została stworzona sieć ośrodków radioterapii.

**Dyr. Windorbska:** Rzeczywiście. Wystandaryzowano ośrodki i procedury radioterapeutyczne, stworzono akty prawne i bezpieczne stosowanie promieni, dostosowano je do wymogów europejskich. Oprócz akredytacji i certyfikatów ISO istnieją audyty kliniczne oceniające radioterapię. Sieć jest nieoficjalna, ale większość ośrodków ma referencyjność trzeciego stopnia i wykonuje procedury wysokospecjalistyczne kontraktowane z Ministerstwem Zdrowia.

**Dyr. Pawłowicz:** Bez standardów i kryteriów ośrodki onkologiczne nie podciągną się do najlepszych.

**Redakcja:** Czy w zarządzaniu pomaga zintegrowany system informatyczny?

**Dyr. Pawłowicz:** Oczywiście. Przykładowo, od 1 grudnia 2008 r. wchodzi nowa ustawa o prawie farmaceutycznym, która m.in. wymaga od przedstawicieli firm, by uzyskali zgodę dyrektora jednostki na promowanie farmaceutyków na terenie szpitala. W naszym przypadku wszystkie zgody muszą znaleźć się w odpowiedniej procedurze w zintegrowanym systemie zarządzania. Tenże system porządkuje także np. wszystkie umowy, badania itp. (pieniądze z badań nie wpływają na indywidualne konta, a na konto szpitala).

**Redakcja:** Czy planujecie Państwo dalszą rozbudowę?

**Dyr. Windorbska:** Ostatnio zmodernizowaliśmy hotel, główne wejście, ambulatorium chemioterapii, a lada chwila oddamy nowy blok operacyjny.

**Dyr. Pawłowicz:** Strategia rozbudowy jest również przewidziana pod klienta, nie chcemy

konkurować z innymi szpitalami w województwie, chcemy przyciągnąć tylko pacjenta onkologicznego, któremu zaoferujemy pełny wachlarz usług od diagnostyki przez skojarzone leczenie do rehabilitacji. Chcemy np. poprawić możliwości naszej diagnostyki – stąd rozbudowa tego działu i drugi skaner PET. Mamy także filię we Włocławku. Jesteśmy jedynym Centrum Onkologii w Polsce, które z własnej inicjatywy wybudowało i uruchomiło filię, oczywiście przy znaczącym wsparciu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. W 2007 r. przyjęliśmy tam 26.000 pacjentów. Od 2008 r. funkcjonuje tam Pracownia TK i MR wyposażona w najnowocześniejszy sprzęt. Pacjenci nie muszą przyjeżdżać na te badania do Bydgoszczy.

**Redakcja:** Jak się Państwu układa współpraca z Collegium Medicum Uniwersytetu?

**Dyr. Pawłowicz:** Od początku, gdy zostałem dyrektorem Centrum moim celem była i jest szeroka współpraca z uczelnią. Stworzono pierwsze kliniki na naszej bazie, dziś mamy 5 jednostek. Chciałbym, by w najbliższym czasie powstały jeszcze dwie. Współpraca ta jest korzystna dla obu stron. Studenci mają zagwarantowaną dydaktykę na dobrym poziomie w zakresie onkologii a nasi pracownicy rozwój naukowy pod kierunkiem samodzielnych pracowników nauki.

Najbardziej korzysta z tego pacjent, otrzymując usługę na najwyższym z możliwych poziomów. Wyrażam przekonanie, że ta współpraca będzie się dalej rozwijać. W innych regionach powstają pomysły tzw. akademickiej sieci onkologicznej i czasami kilka ośrodków w jednym regionie nie potrafi stworzyć projektu w kierunku wspólnego nauczania przeddyplomowego i podyplomowego. Wydaje się, że posiadanie jednostek na bazie obcej w ośrodku onkologicznym jest dobrym rozwiązaniem dla uczelni. Jesteśmy tego najlepszym przykładem. Uczelnia winna być elastyczna we współpracy z innymi podmiotami. Dyskutowany od pewnego czasu projekt utworzenia uniwersyteckiego Centrum Onkologii w Bydgoszczy nadal jest brany pod uwagę.

**Dyr. Windorbska:** Przez wiele lat stworzyliśmy własną, dobrą bazę dla nauki i kształcenia studentów.

**Dyr. Pawłowicz:** Współpraca z uczelnią w pewnym stopniu jest zdeteminowana przez przepisy prawne. Projekt utworzenia uniwersyteckiego Centrum Onkologii w Bydgoszczy winien wnosić pewną wartość dodaną do poprawy standardu nauczania akademickiego i rozwoju ośrodka. Mam na myśli budowę Centrum Dydaktycznego z aulą i kilkoma salami, ale to jest zadanie, które przekracza nasze możliwości.

**Redakcja:** Może należało wykorzystać w tym celu środki unijne...

**Dyr. Pawłowicz:** Z takich właśnie środków zamierzamy wybudować Europejski Park Ak-

tywnej Rehabilitacji (EPAR). Niestety mamy duże trudności w ich pozyskaniu. To zabrzmi niepopularnie, ale w ogóle nie korzystaliśmy z funduszy unijnych. W regionalnych programach operacyjnych mieszczą się projekty o niższych nakładach finansowych adresowane do szpitali, którym się wyrównuje niedobory. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło linię demarkacyjną do Programu Operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko” zamykającą możliwość składania projektów przez szpitale, których organem założycielskim jest samorząd wojewódzki i to stanowi jedyną przeszkodę w uzyskaniu środków unijnych pomimo, że nasz projekt spełnia pozostałe wymogi. Pragnę jednak wyraźnie podkreślić, że samorząd wojewódzki nas wspiera w rozwoju Centrum wpisując w wieloletni program inwestycyjny. Pomógł m.in. wybudować filię we Włocławku, finansuje inwestycje budowlane bloku operacyjnego i radioterapii.

**Redakcja:** Co Pana skłoniło, żeby startować w wyborach parlamentarnych?

**Dyr. Pawłowicz:** Przez długi czas odżegnywałem się od różnych propozycji. Jednak gdy w latach 2005-2007 w ochronie zdrowia zaczęło dziać się źle i przyjęto kierunek na budżetową ochronę zdrowia, występowałem na różnych spotkaniach, twierdząc, że to działanie uwstecznia system. Kiedy niespodziewanie nastąpiły wybory, powiedziano mi: dość tej krytyki, masz szansę, to działaj! Postawiłem warunek, że mogę startować, ale nie zrezygnuję z kierowania Centrum. Zobaczyłem szansę zmian w ochronie zdrowia i postanowiłem w tym zaistnieć.

**Redakcja:** Dlaczego jednak senat a nie sejm. Tam przecież dużo więcej się dzieje?

**Dyr. Pawłowicz:** Nieprawda. Senat także ma olbrzymie możliwości. Poza tym w nim również potrzeba osób pracujących w ochronie zdrowia.

**Redakcja:** Jak godzi Pan obowiązki?

**Dyr. Pawłowicz:** Nie jest to łatwe. Mogłem się tego podjąć m.in. ze względu na Panią Dyrektora, która przejęła sporo moich obowiązków, a także ze względu na pozostałych moich zastępców.

**Redakcja:** Dziękujemy Państwu serdecznie za rozmowę. Życzymy dalszych sukcesów Centrum Onkologii – chluby naszego regionu.

*Ze strony Redakcji rozmowę prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki - Redaktor Naczelny oraz mgr Monika Kubiak - Sekretarz Redakcji.*



# Uniwersytecki Biziel

Agnieszka Banach

Po generalnym remoncie połączonym z wymianą sprzętu diagnostycznego, 26 listopada, otwarto w Bizielu Zakład Radiologii i Diagnostyki Narządowej. Uroczystość odbyła się pod dachem już nie wojewódzkiego, a uniwersyteckiego szpitala nr 2. Tego dnia właśnie oficjalnie ogłoszono, że dokonano wszelkich koniecznych formalności, by Biziel mógł w pełni funkcjonować jako placówka kliniczna, obecna w strukturach Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Mamy więc w Bydgoszczy Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizieła.

## Drugi Szpital Uniwersytecki w strukturze CM UMK...

...będzie bazą dla Wydziału Nauk o Zdrowiu - „najmłodszego, ale najszybciej rozwijającego się wydziału CM, gdzie na 6 kierunkach studiuje 4 tys. studentów” mówi prof. Zbigniew Bartuzi, dziekan Wydziału. „Wydziału z 5-letnią, bezwarunkową akredytacją i prawem do doktoryzowania.”

Na zmianie szyldu Bizieła zyskają więc studenci. „Korzyści odniosą także chorzy” zapewnia prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prorektor ds. CM UMK. „A to dlatego, że w szpitalach akademickich osiągnięcia naukowe łączą się z leczeniem pacjentów.”

W Bizielu, obok czterech klinik, funkcjonowało do tej pory kilkanaście oddziałów. Teraz zostaną oddziałami klinicznymi, a w przyszłości klinikami, a to oznacza zmiany... „Ordynatorzy, jeżeli będą chcieli, mają 10 lat na dostosowanie się do wymogów i zdobywanie wymaganych, dodatkowych stopni naukowych. Dla niektórych okres ten będzie wiązał się z końcem aktywności zawodowej i z naturalnym przejściem na emeryturę” mówi prof. Tafil-Klawe i podkreśla „Nie będzie żadnego nacisku ze strony uczelni na prowadzenie działalności naukowej”. Wiemy, że są lekarze, którzy chcą poświęcić się tylko leczeniu, a nie zdobywaniu tytułów naukowych.” Nie ma też obaw, że dublujące się w szpitalach uniwersyteckich kliniki będą likwidowane: „Jeżeli, by tak było, uznalibyśmy, że któraś z nich wcześniej była niepotrzebna, a tak przecież nie jest” – uważa Prorektor. „Podwójne” kliniki mogą współpracować, dzielić się zadaniami.”

## Gruntowne zmiany na radiologii

„Generalny remont zakładu, połączony z całkowitą wymianą sprzętu był ogromnym przedsięwzięciem, także logistycznym – trudny okazał się nawet sam transport. Trzeba było burzyć ściany, by przewieźć nową aparaturę, ponieważ w windach nie mieściła się. Przez cały czas, jednak, trwała diagnostyka pacjentów” mówiła dr n. med. Elżbieta Sokólska, kierownik Zakładu, prezentując z dumą zdjęcia jednostki - przed i po modernizacji.

Efekty rzeczywistości widać, nawet nieprofesjonalnym okiem. Zakład dysponuje



Konferencja prasowa



Uroczystości z okazji rozpoczęcia działalności szpitala uniwersyteckiego nr 2: powitania i gratulacje

teraz trzema gabinetami rentgenowskimi. W dwóch pracowniach zainstalowano nowoczesne, dwustanowiskowe aparaty, z zawieszeniem sufitowym, którymi można wykonać pełen zakres badań RTG w sposób łatwiejszy i krótszy, także przy łóżku pacjenta. „W pracowni nr 1 wykonywane są przede wszystkim badania szpitalne i ambulatoryjne, w pracowni nr 2, w pierwszej kolejności, badania tzw. pilne z Oddziału Ratownictwa i Poradni Urazowo-Ortopedycznej. Takie ułożenie pracy służy skróceniu czasu oczekiwania na wykonanie badań” opowiada doktor Sokólska.

Trzeci gabinet wyposażono w aparat do prześwietleń, z torem wizyjnym. Tu wykonywane są prześwietlenia przewodu pokarmowego, urografie, HSG, badania ERCP. Wszystkie badania rtg wykonywane są w systemie cyfrowej radiologii pośredniej, co pozwoliło na rezygnację z badań na tzw. kliszach. Pacjent otrzymuje teraz zdjęcie, nagrane razem z przeglądarką, na płycie CD. „Zakład został „wpięty” w sieć informatyczną szpitala, co bardzo skróciło czas oczekiwania na wynik” informuje dr Elżbieta Sokólska „Lekarze, dysponując wynikami badań rozprawdzanymi w ten sposób, często mając możliwość zobaczenia obrazu, zanim pacjent zdąży wrócić na oddział.”

Po modernizacji Zakład zyskał dodatkowy, drugi, gabinet USG. Aparaty pozwalają m.in. na wykonywanie badań dopplerowskich. Jeden z nich jest wyposażony w przystawkę do biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG.

Chlubą Radiologii jest Pracownia TK. „Zainstalowano tu 32-rzędowy tomograf

komputerowy. Aparat umożliwia wykonanie szerokiego aspektu badań każdej części ciała. Posiada rozbudowany pakiet badań naczyniowych (począwszy od angio CT naczyń wewnątrzczaszkowych, do drobnych naczyń obwodowych kończyn); oprogramowanie pozwalające na wykonywanie badań sercowo-naczyniowych; opcję do badań jelita grubego, umożliwiającą detekcję drobnych polipów ściany jelita; oprogramowanie wspomagające wykonanie perfuzji (w tym perfuzji OUN) dla wykrywania wczesnych udarów niedokrwienych mózgu oraz perfuzji narządowych w diagnostyce guzów nowotworowych mózgu, wątroby czy prostaty. „System TK ma również specjalne oprogramowania dla najmłodszej grupy pacjentów, z uwzględnieniem ich wieku i wagi, co w sposób znaczący ogranicza dawkę promieniowania jaką otrzymuje dziecko” - wylicza zalety nowej aparatury kierownik Zakładu. Na koniec warto dodać, że Zakład Radiologii notuje (na razie!) najkrótsze kolejki w mieście na badania USG i TK.

Remont oraz zakupy sprzętowe kosztowały 10 mln. Pieniądze Szpital otrzymał od Urzędu Marszałkowskiego, w ramach dotacji z „Wieloletniego Programu Inwestycyjnego 2005-2007”. Zakład Radiologii ma jednak większe potrzeby – chciałby poszerzyć diagnostykę o badania MR i badania angiograficzne (DSA). Kolejne inwestycje będą na pewno, ale już przy wsparciu nowego organu założycielskiego – Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Agnieszka Banach jest redaktorem „Primum Non Nocere”, artykuł ukaże się w „Primum Non Nocere” nr 1/2009



## Medicalia 2008

oprac. Monika Kubiak

Dnia 15 listopada 2008 roku Rektor i społeczność Uniwersytetu Mikołaja Kopernika zapraszali na Dzień Nauki „Medicalia 2008” organizowany w tym roku w ramach obchodów Święta Collegium Medicum. Listopadowe Święto Uczelni związane jest z kolejną rocznicą pionierskiej operacji na żołądku przeprowadzonej w listopadzie roku 1881 przez doktora Ludwika Rydygiera, będącego patronem Collegium Medicum w Bydgoszczy. Dlatego podczas całego Dnia Nauki w holu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza odbywała się projekcja filmu o tym światowej sławy chirurgu.

Dzień Nauki, kolejny już w historii naszej uczelni był festiwalem, na który zapraszano młodzież i wszystkich mieszkańców regionu chcąc popularyzować nauki medyczne, zaprezentować możliwości i potencjał naukowy bydgoskiego medycznego środowiska akademickiego. Korzystając ze sprawdzonej formuły dotychczasowych festiwali przedstawiono trzydzieści jeden warsztatów poświęconych nauce i medycynie. Przygotowano na zorganizowane w sobotę 15 listopada warsztaty prawie 1800 miejsc. Na godzinę 10:00, o której rozpoczynała się większość warsztatów, do Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza przybyło prawie 500 osób. Na zaproszenie odpowiedzieli głównie uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Prawie wszystkie miejsca na warsztatach zostały wypełnione. Gościliśmy całe klasy gimnazjalne i licealne ze szkół w Bydgoszczy, jak również ze szkół w Inowrocławiu, Toruniu, Tucholi, Wałczu i Włocławku.

Tak jak w latach ubiegłych największym zainteresowaniem cieszył się warsztat nr 1 pt. „Tajemnice i rytuały sali operacyjnej”. Równie szybko wypełniły się miejsca na warsztatach poświęconych medycynie sądowej, zmarszczkom, antybiotykom, BLS, AED – zabiegom



*Zajęcia z fantomem*



*Tajemnice i rytuały sali operacyjnej*



*Warsztaty cieszyły się sporym zainteresowaniem*

ratującym życie, śnie, sekretom obrazowania naczyń i radiologii zabiegowej.

Niektóre warsztaty tak bardzo podobały się uczestnikom, że na zakończenie nagradzali prowadzących oklaskami. Brawami na stojąco zakończył się np. warsztat nr 23 pt. „Medyczne aspekty śmierci krzyżowej Jezusa – spojrzenie kardiologa”.

Warsztaty tegorocznego Dnia nauki - Medicalia 2008:

1. Tajemnice i rytuały sali operacyjnej.
2. Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).
3. Czy coś nas jeszcze zdziwi w „znaleziskach” w czasie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego u dzieci i młodzieży?
4. Cukrzyca typu 2 – epidemia XXI wieku. Czy możemy jej zapobiegać?
5. Jak płynie krew - sekrety obrazowania naczyń i radiologii zabiegowej.
6. BLS, AED Droga do ratowania życia.
7. Fizjoterapia w urazach czaszkowo-móz-



- gowych, udarach mózgu i dysfunkcjach narządu ruchu.
8. Co ma wspólnego kod kreskowy ze zdrowiem i życiem chorego ?
  9. Gronkowiec złoisty – fakty i mity.
  10. Jak właściwie stosować antybiotyki?
  11. Nadciśnienia tętnicze – niewidzialny problem.
  12. Leczenie nerkozastępcze – jak zastąpić chore nerki.
  13. Zdrowie bogactwem narodów.
  14. Wpływ charakteru tanecznego motetów J. S. Bacha na relaksację człowieka
  15. Lepsze wrogiem dobrego – czyli żelazo a nasze zdrowie i choroby.
  16. Zastosowanie metod medycyny nuklear-

- nej w diagnostyce cukrzycy.
17. Dlaczego owady błonkoskrzydłe mogą być groźne dla człowieka?
18. Od stóp do zdrowia.
19. Czy musimy mieć zmarszczki?
20. Dlaczego boją plecy?
21. Zdrowie a sprawność fizyczna człowieka.
22. Aorta w remoncie – prezentacja chirurgicznych technik wewnątrznaczyniowych; „Rób co chcesz tylko nie pal” - film i dyskusja.
23. Medyczne aspekty śmierci krzyżowej Jezusa – spojrzenie kardiologa.
24. Profilaktyka zaburzeń głosu i mowy w zawodach wymagających dobrej jakości i wytrzymałości głosu oraz sprawnego

- aparatu artykulacyjnego.
25. Kim był ten człowiek? Antropologia sądowa w praktyce.
26. Dziś i jutro medycyny sądowej.
27. Badania obrazowe w diagnostyce zmian skórnych – dermatoskopia i ultrasonografia.
28. Fotodermatologia.
29. Immunofluorescencja, cytochemia oraz metoda mikroskopii elektronowej jako podstawowe narzędzia badawcze cytologa i histologa.
30. Czy warto troszczyć się o sen?
31. Chemia wcale nie musi być trudna, a może być przyjemna i kolorowa.

## Biblioteka w Katedrze i Klinice Alergologii

*Milena Wojciechowska*

Zarządzeniem Rektora UMK z dnia 1 września 2008 r. przy Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych utworzono księgozbiór wydzielony Biblioteki Medycznej. Zbiory stanowią integralną część księgozbioru Biblioteki, a nadzór nad nimi sprawuje Zastępca Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej. Za stan księgozbioru oraz poprawność jego udostępniania odpowiedzialność ponosi kierownik Katedry lub osoba przez niego upoważniona.

Księgozbiór Wydzielony Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych funkcjonuje zgodnie z Regulaminem Biblioteki Medycznej. Jednostką upoważnioną do prowadzenia zakupu książki czasopism oraz baz informacyjnych dla potrzeb informacyjno-dydaktycznych pozostaje Biblioteka Medyczna. Kierownik Katedry w porozumieniu z dziekanem Wydziału oraz Zastępcą

Dyrektora Biblioteki Uniwersyteckiej ds. Biblioteki Medycznej przydzielił księgozbiorowi pomieszczenie będące w dyspozycji Katedry wraz z wyposażeniem. Prawo do korzystania z księgozbioru wydzielonego mają osoby upoważnione do korzystania z Biblioteki Medycznej.

Gromadzenie zbiorów składających się na księgozbiór biblioteki wydzielonej rozpoczął już w 1981 roku prof. Romański. Obecnie księgozbiór zawiera 232 pozycje książkowe, opracowane w systemie HORIZON przez Bibliotekę Medyczną. Ponadto zbiory obejmują czasopisma polskie i zagraniczne, jak również dary w postaci prac doktorskich, rozpraw habilitacyjnych oraz albumów pamiątkowych.

*Milena Wojciechowska jest doktorantką w Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych*

*prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi i dr Krzysztof Nierzwicki podczas otwarcia księgozbioru wydzielonego w Katedrze i Klinice Alergologii*



## Szpital Uniwersytecki zmieni wygląd

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

W listopadzie br. zakończono opracowanie projektu budowlanego na budowę i wyposażenie nowego obiektu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Powstanie tam Zespół Sal Operacyjnych, Oddział Intensywnej Terapii Medycznej dla Dorosłych, Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Centralna Sterylizatornia.

Projekt jest dziełem wielomiesięcznej pracy Biura Projektowego PROJ-PRZEM-PROJEKT Sp.z o.o. z Bydgoszczy. Zrealizowany został w ramach „Wieloletniego Programu Medycznego Rozbudowy i Modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy”, finansowanego z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

W 2009 roku Uczelnia planuje rozpoczęcie robót budowlano-montażowych w celu realizacji tego kluczowego i największego zadania inwestycyjnego objętego Programem. Nowy obiekt powstanie w miejscu obecnego wejścia głównego do Szpitala i będzie architektonicznie wkomponowany w obecny bu-

dynek główny. Projekt uwzględnia również usytuowanie na specjalnie skonstruowanym

dachu Szpitala lądowiska dla śmigłowców ratownictwa medycznego.



*Projekt nowego obiektu Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza*



## Stypendium

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

*Dr n. med. Joanna Kłubo-Gwiedzińska, zatrudniona od 2007 roku na stanowisku asystenta w Katedrze Endokrynologii i Diabetologii na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum w Bydgoszczy, zdobyła prestiżowe stypendium w Washington Hospital Center i Georgetown University, gdzie pracuje światowo*

*wy autorytet w dziedzinie endokrynologii Prof. Leonard Wartofsky.*

Dr Joanna Kłubo-Gwiedzińska w latach 2002-2007 ukończyła studia doktoranckie w Katedrze Endokrynologii i Diabetologii Collegium Medicum. International Scholar-

ship Program to nagroda w konkursie organizowanym dla najbardziej uzdolnionych i najlepiej rokujących młodych badaczy endokrynologów. W ramach Programu Pani dr Joanna Kłubo-Gwiedzińska będzie zajmowała się badaniami klinicznymi, dotyczącymi raka tarczycy. Wyjazd do Waszyngtonu nastąpi w styczniu 2009 r., a rozpoczęcie pracy 1 lutego 2009 r. Po powrocie do kraju Pani dr Joanna Kłubo-Gwiedzińska będzie wspierać dalszą współpracę Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy z Uniwersytetem Georgetown.

International Scholarship Program jest programem stypendialnym organizowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Endokrynologiczne Endocrine Society, umożliwiającym pracę naukowo-badawczą w renomowanych ośrodkach naukowych. Dla tegorocznych 12 laureatów, lekarzy z całego świata, Endocrine Society zagwarantowało rozmowy kwalifikacyjne z ewentualnymi przyszłymi pracodawcami, kierownikami wiodących w USA ośrodków naukowych, podczas Międzynarodowego Kongresu Endokrynologicznego ENDO 2008, który odbywał się w dniach 14-19 czerwca w San Francisco.



Stypendyści International Scholarship Program

## Klinika Chirurgii Dziecięcej i OIT dla dzieci – wielkie sprawy dla małych pacjentów

Andrzej Igor Prokurat

18 października 2008 r. w trakcie XXXIV Sympozjum Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych odbyła się uroczysta prezentacja niedawno ukończonej nadbudowy piątego piętra budynku Szpitala Uniwersyteckiego im. dr Antoniego Jurasza dla potrzeb Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej. Budowa prowadzona była w mało znanej dotychczas w Polsce technologii modułowej. Cała inwestycja realizowana przez firmę Cadolto Polska trwała nieco ponad trzy miesiące. W jej efekcie powstał jeden z najnowocześniejszych oddziałów intensywnej terapii dziecięcej w UE. 18 października-drugi dzień Sympozjum PTChD, które po raz pierwszy odbywało się w Bydgoszczy i zogniskowane było na postępach w chirurgii endokrynologicznej u dzieci, poświęcone w całości nowoczesnym technologiom w medycynie i postępom w anestezjologii dziecięcej. Nigdy przedtem anestezjologowie i chirurdzy dziecięcy nie organizowali w Polsce wspólnej konferencji naukowej.

Oba zespoły czekały na to cztery lata i naprawdę nie było łatwo. Należało bowiem pokonać braki w wyposażeniu, wypracować bazę doświadczeń, scalić dwa współpracujące z sobą zespoły medyczne, opracować i wdrożyć standardy postępowania. A wszystko zaczęło się jesienią w 2003 roku, kiedy

uczelnia postanowiła reaktywować Katedrę i Klinikę Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Uniwersyteckim. Zadanie przyjęła na siebie grupa pięciu osób które razem przyjechały do Bydgoszczy z Instytutu- Pomnika Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W grupie tej były dwie pielęgniarki: pani Beata Czwerenko i pani Ewa Wałęsa, jeden anestezjolog dziecięcy dr Roman Kaźmirczuk oraz dwóch chirurgów dziecięcych: dr Małgorzata Chrupiek i będący rok po habilitacji autor artykułu. Zadanie jakie stało przed nami brzmiało: „stworzyć coś z niczego” i w dodatku jeszcze w miejscu w którym nikt nie planował usytuowania oddziału dla dzieci. Najpierw była więc szalona praca u podstaw, żeby zaadoptować tzw. „teren”. Zmienić trzeba było bardzo dużo, bo oddział pierwotnie przeznaczony był dla dorosłych. Wspólnie projektowaliśmy niezbędne adaptacje i nadzorowaliśmy prace budowlane. Równolegle prowadziliśmy kampanię rekrutacji pielęgniarek i lekarzy warunkującą możliwość pracy wszystkich zespołów. Wtedy dołączyły do nas panie Hanna Hryniewicz i Magdalena Michalska, dzięki którym skutecznie zaczęły rozbudowywać się zespoły pielęgniarskie. Stopniowo powiększały się też zespoły lekarskie. Do grupy chirurgicznej dołączyli byli pracownicy Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu im.

J. Biziela dr n. med. Irena Daniluk-Matras i dr n. med. Kazimierz Koziółkiewicz oraz grupka nieco przestraszonych świeżo upieczonych absolwentów Wydziału Lekarskiego z dr Małgorzatą Pacholską i dr Przemysławem Gałązką na czele. Wielką odwagę wykazała dr Magdalena Chrzanowska obejmując stanowisko konsultanta w zakresie pediatrii i neonatologii. Największym problemem okazało się jednak pozyskiwanie nowych członków zespołu anestezjologów dziecięcych, co długo spędzało sen z powiek dr. Romana Kaźmirczuka. Do zespołu anestezjologicznego dołączyli w końcu dr Tamara Kołakowska i dr Mariusz Mielniczuk, a nieco później dr Piotr Brzeziński i dr Piotr Skiba. Wysiłkiem wszystkich wymienionych osób, oraz dzięki pomocy Fundacji Polsat i Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy możliwe było w efekcie „stworzenie czegoś z niczego”.

Najtrudniejszym przedsięwzięciem okazało się przystosowanie tej części Kliniki, w której miał powstać obszar intensywnej nadzoru dla noworodków i dzieci po operacjach. Ta część Kliniki miała zastąpić brakujący OIT dla dzieci. Pomieszczenia wymagały poważnych adaptacji, a aparaturę medyczną nierezadko pożyczaliśmy z innych szpitali. Wielkiej pracy i siły perswazji wymagało uruchomienie laboratoryjnych mikrometod niezbędnych

w trakcie leczenia noworodków i wcześniaków. Dzięki przychylności Władz Uczelni i Dyrekcji Szpitala udało się wszystko. Pierwsze operacje podjęliśmy w maju 2004 roku z uczuciem niepewności czy wobec tak wielu problemów damy sobie radę. Ale daliśmy. Potem zaczęła się codzienna praca i coraz trudniejsze przypadki. Do operacji z innych szpitali zaczęły być przesyłane noworodki i wcześniaki. Niejednokrotnie stawaliśmy wobec konieczności podejmowania procedur o najwyższym stopniu trudności. Nigdy nie zapomnę noworodka z wrodzoną przepukliną przeponową, u którego najpierw trzeba było uzupełnić łatą dakronową niemal całkowity brak jednej kopuły przepony, a potem wyprowadzić pacjenta z ciężkiej fazy nadciśnienia płucnego i ostrej niewydolności nerek. Wtedy po raz pierwszy podjęliśmy leczenie noworodka dializą otrzewnową. Noworodka udało się uratować a dializę otrzewnową stosowaliśmy potem z powodzeniem u kilku innych noworodków. Wieczorem, w przeddzień oficjalnego otwarcia Kliniki Chirurgii Dziecięcej jesienią 2004 roku, postanowiliśmy pokazać Konsultantowi Krajowemu ds. chirurgii dziecięcej liczący 10 stanowisk nieźle zorganizowany i wyposażony odcinek intensywnego nadzoru. Ku naszemu zaskoczeniu usłyszeliśmy od Konsultanta Krajowego krytyczną uwagę, że wybudowaliśmy „muzeum”. W jego mniemaniu miało nie być tylu pacjentów wymagających intensywnego nadzoru. Nie wspomnę jak się wtedy czuliśmy, bo krytyka była miazdząca. A potem była szalona praca i „muzeum” zaczęło pękać w szwach. Pierwsze sześć miesięcy pracy zamknęliśmy liczbą 48 leczonych noworodków, w następnym roku było już ich ponad 100, a w 2007 roku ponad 150. Zaczęliśmy mieć problem, bo brakowało miejsc intensywnego nadzoru dla nowoprzyjętych pacjentów. Okazało się, że Bydgoszcz i Szpital Uniwersytecki bardzo potrzebują Oddziału Intensywnej Terapii dla Dzieci. Wiele klinik SU zdążyło także w międzyczasie docenić fachowość tworzącej się grupy anestezjologów dziecięcych.

W 2005 roku Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych zaproponował by XXXIV Sympozjum PTChD w 2008 roku odbyło się po raz pierwszy w Bydgoszczy. Tematem miały być postępy w chirurgii endokrynologicznej u dzieci. Propozycję przyjęliśmy. Już wtedy było jasne, że nie tylko Klinika Chirurgii Dziecięcej, ale i inne kliniki w Szpitalu Uniwersyteckim nie poradzą sobie bez sprawnego zaplecza intensywnej terapii dziecięcej. Batalia zaczęła się na dwóch frontach. Jednym było przekonanie władz, że inwestycja jest naprawdę potrzebna. Drugim był front budowlano-technologiczny: jak dobudować coś na piątym piętrze istniejącego budynku szpitala, kiedy wszystkie ekspertyzy budowlane mówią, że tego zrobić się nie da. I wtedy czysty przypadek sprawił, że dowiedzieliśmy się o technologii modułowej. Podeszliśmy do problemu z dużą dozą sceptycyzmu, bo nie wiedzieliśmy nic jak owa technologia wygląda i czy pozwoli ona na rozwiązanie problemu. Cadołto



*Powitania i gratulacje*



*Uroczyste przecięcie wstęgi*



*Prezentacja możliwości*



*XXXIV Sympozjum PTChD*



Polska - przedstawiciel specjalistycznej niemieckiej firmy Cadolto Fertiggebäude GmbH, od kilkudziesięciu lat specjalizującej się w modułowym budownictwie medycznym była w trakcie pierwszego swojego dużego projektu w Polsce. W tej technologii powstawało właśnie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

Spotkanie z przedstawicielami firmy Cadolto było zwykłe, przyjacielskie ale obie strony szybko zrozumiały, że stoją przed ogromną szansą. My, że jesteśmy w stanie osiągnąć to, co w tradycyjnym systemie budownictwa było niemożliwe. Oni, że mają szansę pokazać na czym polegają nowoczesne technologie w budownictwie medycznym. Razem zrozumieliśmy też, że możemy coś stworzyć w Bydgoszczy, co naprawdę będzie na miarę Unii Europejskiej.

A potem były dziesiątki spotkań roboczych nad planami, omijanie kilkudziesięciu kominów na dachu, wysiłki by wykorzystać każdy metr kwadratowy powierzchni i zaprojektować obiekt marzeń. Technologia modułowa daje nieprawdopodobne możliwości. Jest przy tym szybka, czysta i elegancka. I na dodatek jak się niebawem okazało wcale nie jest droższa od technologii tradycyjnej. Produkcja modułów odbywa się w Niemczech w Cadolzburgu, a potem transportowane są one na ogromnych naczepach samochodowych na plac budowy. Moduły są gotowymi elementami uzbrojonymi w media medyczne i elementy wyposażenia: instalację elektryczną, klimatyzacyjną, instalację dla gazów medycznych itd. Łazienki są w pełni wykończone i wyposażone. Jazda autostradami w Niemczech nie sprawia kłopotów dla transportu takich modułów. A w Polsce?

W 2008 roku, po czterech latach ogromnych logistycznych zmagani umowa z Cadolto Polska została podpisana. Wielka w tym zasługa władz Collegium Medicum i UMK oraz Dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego, które bardzo zaangażowały się w projekt. W maju, w czasie kiedy firma Cadolto Polska wchodziła na plac budowy my z mozołem przygotowaliśmy

organizację XXXIV Sympozjum PTChD. Wtedy powstał pomysł, by z racji zbiegania się terminów organizowanego jesienią sympozjum i oddania przez firmę Cadolto Polska wykończonego obiektu, oba te przedsięwzięcia połączyć w jedną całość. Ponad 30 modułów dających razem ponad 1200 m<sup>2</sup> powierzchni, stawiane przez 500 tonowy dźwig w lipcu znalazło się na dachu istniejącego budynku Szpitala Uniwersyteckiego. Cała operacja trwała tylko trzy dni. Imponujące. Po trzech miesiącach faza budowlana została zakończona i zaczęła się faza wyposażania końcowego w sprzęt i aparaturę medyczną. W ramach obiektu zaprojektowano 15 stanowisk intensywnej terapii dla noworodków i dzieci, bardzo nowoczesną salę operacyjną i 3 stanowiska pooperacyjne. Wszystko to razem spięte super nowoczesnym systemem informatycznym i wyposażone w bardzo nowoczesny sprzęt medyczny. Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy zyskał jeden z bardziej nowoczesnych obiektów tego typu w Europie. Jego zadaniem będzie zabezpieczenie całego regionu w miejsca intensywnej terapii dziecięcej dla noworodków i wcześniaków, dzieci z urazami wielonarządowymi, pacjentów po zabiegach operacyjnych oraz dzieci wymagających intensywnej opieki i wspólnego prowadzenia przez wielodyscyplinarne zespoły medyczne. Zrealizowanie tego projektu nie było łatwe, ale wszyscy wierzymy, że najbliższy czas pokaże jak bardzo był on potrzebny.

XXXIV Sympozjum PTChD odbywało się w Bydgoszczy w dniach 16 - 18 października 2008 i poświęcone było po raz pierwszy postępowi w zakresie chirurgii endokrynologicznej u dzieci oraz wdrożeniu nowoczesnych technologii w medycynie. Organizatorem Sympozjum była Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Współorganizowała Sympozjum Sekcja Chirurgii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych oraz Stowarzyszenie Polska Akcja Onkologii Dziecięcej. Program Sympozjum obejmował nie poruszaną dotąd w takim zakresie, trudną tematykę

schorzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego (trzustka, tarczyca, nadnercza) wymagających leczenia operacyjnego u pacjentów w wieku rozwojowym. Celem konferencji było pokazanie w jaki sposób postęp biologii molekularnej, patomorfologii oraz endokrynologii i chirurgii dziecięcej może przyczynić się do poprawy wyników leczenia tych chorób. Organizatorzy zdając sobie sprawę z istotnej dla tych schorzeń roli intensywnego nadzoru okołoperacyjnego włączyli także do programu Sympozjum sesję satelitarną dotyczącą postępów w anestezjologii dziecięcej i rozwoju nowoczesnych technologii medycznych.

Dzień pierwszy poświęcony był w całości problemom chirurgii endokrynologicznej wieku rozwojowego. W ramach sesji chirurgicznych poświęconych poszczególnym gruczołom wydzielania wewnętrznego zaproszeni krajowi i zagraniczni wykładowcy (prof. B. Jarzab, Gliwice; prof. H. Dralle, Halle-Wittenberg; prof. A. Zimmermann, Berno; prof. J. Starzyk, Kraków; prof. W. Barthlen, Greifswald; doc. M. Pronicki, Warszawa; prof. H. Neumann, Freiburg; prof. A.I. Prokurat, Bydgoszcz) przedstawili referaty wprowadzające do trudnych zagadnień chirurgii endokrynologicznej u dzieci. W zakresie patologii trzustki interesujące koncepcje etiopatogenezy i patologii stanów hipoglikemii hiperinsulinowej oraz nowatorski system leczenia operacyjnego tych zmian z zastosowaniem w diagnostyce PET-CT przedstawili doc. Pronicki i prof. Barthlen. Prof. Neumann wykazał na bazie danych pochodzących z Rejestru Guzów Chromosomalnych prowadzonego we Freiburgu, że etiologia tych guzów wykazywanych u dzieci związana jest z rodzinnym występowaniem dziedzicznych zespołów wymagających diagnostyki w zakresie genetyki molekularnej, natomiast prof. Dralle zogniskował swoje wystąpienie na aspektach techniki operacyjnej leczenia chorób tarczycy u dzieci. Uczestnicy sympozjum, w tym także asystenci Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej CM UMK, przedstawili szereg interesujących doniesień naukowych na temat doświadczeń poszczególnych ośrodków polskich związanych z leczeniem operacyjnym patologii gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Dzień drugi Sympozjum obejmował tematykę wdrażania nowoczesnych technologii medycznych w zakresie systemów konstrukcji, wyposażenia i organizacji Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci. W sesji tej przedstawiono między innymi różne koncepcje budowy obiektów medycznych wykonywanych przez firmę Cadolto Fertiggebäude GmbH (dr B. Werner; Cadolzburg, Niemcy) oraz historię budowy obiektu w Bydgoszczy (mgr F. Aptazy; Cadolto, Polska). W sesji poświęconej aspektom funkcjonalnym OIT dla dzieci omówione zostały postępy w diagnostyce mikrobiologicznej i ich wpływ na racjonalną terapię zakażeń (prof. D. Dzierżanowska, Warszawa), zrewidowane zostały poglądy na inwazyjne i małoinwazyjne monitorowanie układu krążenia (prof. K. Kusza, Bydgoszcz) oraz przeanalizowane zostały nowoczesne metody leczenia niewydolności oddechowej i niewydolności nerek u dzieci



Nowo oddane sale z wyposażeniem



(dr M. Mielniczuk, Bydgoszcz; dr S. Prokurat, Warszawa). Gościłszy liczne grono uczestników, przedstawicieli różnych dyscyplin medycznych. Chcieliśmy, aby nasze Sympozjum było także okazją do pogłębienia wzajemnej współpracy zarówno w dziedzinie badań naukowych jak i praktyki klinicznej.

W ramach konferencji, 18 października

odbyła się z udziałem władz UMK, Collegium Medicum i regionu uroczysta prezentacja Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy. Zainteresowanie było duże i było tłoczno. Obiekt jest bardzo nowoczesny i naprawdę robi wrażenie. W grudniu zakończy się etap wyposażania w aparaturę

medyczną. Od czasu rozpoczęcia prac budowlanych minie niebawem 6 miesięcy. Aż się wierzyć nie chce. Kończąc, pragniemy podziękować wszystkim, którzy włożyli ogrom pracy w opisane dzieła.

*dr hab. Andrzej Igor Prokurat, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej*

## Jubileusz Profesorów

Monika Kubiak

We wtorek 9 grudnia 2008 roku o godz. 13:00 w Sali Posiedzeń Collegium Medicum odbyły się uroczystości związane z jubileuszem 50 lat pracy trzech profesorów naszej Uczelni: prof. Stanisława Betlejewskiego, prof. Czesława Kłyszewskiego oraz prof. Mieczysława Uszyńskiego. Spotkanie poprowadziła prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, redaktor naczelna „Medical and Biological Sciences”, w ramach którego z okazji jubileuszu wydano numer specjalny, w dużej mierze poświęcony trzem uhonorowanym profesorom – zawierający ich życiorysy oraz zebraną bibliografię dotychczasowego dorobku naukowego (przygotowano go pod kierunkiem prof. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej, we współpracy z dr. Krzysztofem Nierzwickim oraz Sekcją Bibliografii Biblioteki Medycznej).

Podczas uroczystości jako pierwsza głos zabrała Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. Małgorzata Tafil-Kławe, podkreślając liczne zasługi jubilatów dla medycyny, nauki, a przede wszystkim dla społeczności akademickiej dawnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, dziś Collegium Medicum UMK. Profesorowie otrzymali okazałe bukiety róż oraz specjalne wydanie „Medical and Biological Sciences” ozdobione odręcznym stemplem dedykującym.

Jubilaci wypowiadali się kolejno, dziękując władzom Uczelni za pamięć, dawnym i obecnym współpracownikom za wspólną pracę, a rodzinom za nieustające wsparcie. Kilka słów do zgromadzonych powiedzieli również prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, prof. Wiesław Szymański oraz dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. Bronisław Grzegorzewski, wystąpili także przedstawiciele Wydziału Nauk o Zdrowiu. Mówiono o specjalizacjach miłych sercu trzem uhonorowanym profesorom, czyli przede wszystkim ginekologii i położnictwie oraz otolaryngologii. Prof. Mieczysław Uszyński zaprezentował własną, niedawno wydaną monografię o przyczynach powstawania stresu, ofiarowując egzemplarze Pani Prorektor oraz Redaktor Naczelnej „Medical and Biological Sciences”.

Na Sali Posiedzeń zgromadziło się wielu profesorów Collegium Medicum oraz dawnych współpracowników i doktorantów jubilatów. Nie zabrakło rodziny oraz bliższych i dalszych przyjaciół. Składaniu gratulacji i przekazywaniu kwiatów niemal nie było końca, a zwieńczeniem uroczystości był lekki poczęstunek.

Świętowanie jubileuszy „okrągłych” lat pracy pracowników naukowych i dydaktycznych staje się powoli jakże miłą tradycją Collegium Medicum, podkreślaną wydaniem numerów



Od lewej: prof. Mieczysław Uszyński, prof. Stanisław Betlejewski oraz prof. Czesław Kłyszewski



Prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska wręcza wydanie specjalne „Medical and Biological Sciences”



Na pierwszym planie prof. Małgorzata Tafil-Kławe i jubilaci

specjalnych uczelnianego kwartalnika naukowego „Medical and Biological Sciences”.

*mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Biblioteki Medycznej i Sekretarzem Redakcji Wiadomości Akademickich*

## Z laryngologią przez życie

Hanna Mackiewicz-Nartowicz, Anna Sinkiewicz, Piotr Winiarski

Profesor Stanisław Betlejewski urodził się 16 grudnia 1933 r. w Toruniu w rodzinie lekarskiej. Na lata wojny przypadło Jego dzieciństwo i niemiecka szkoła podstawowa, co w przyszłości pozwoliło mu biegle władać językiem niemieckim. W 1945 r. Rodzina Betlejewskich osiadła w Orlowie. Tam profesor skończył Gimnazjum, a następnie Akademię Medyczną w Gdańsku. W 1957 r. początkowo jako wolontariusz, a następnie asystent Kliniki Chorób Uszu, Nosa i Gardła Akademii Medycznej w Gdańsku rozpoczął trwającą ponad pół wieku przygodę z laryngologią. Pod kierunkiem prof. Jarosława Iwaszkiewicza uzyskał w 1966 r. stopień doktora nauk medycznych na podstawie pracy: "Stan górnych dróg oddechowych a narząd słuchu w zespole Downa". W 1972 r. obronił rozprawę habilitacyjną pt. „Obiektywne badanie drożności nosa w eksperymencie i klinice”. 1 września 1981 r. objął kierownictwo Katedry i Kliniki Otolaryngologii II Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku z siedzibą w Bydgoszczy. Kliniką kierował przez 23 lata do dnia przejścia na emeryturę 30 września 2004 r. W tym okresie dwukrotnie zmieniła się nazwa Uczelni: w 1984 r. powstała Akademia Medyczna w Bydgoszczy, w 2004 r. nastąpiła fuzja z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu i Klinika jest częścią Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Profesor Betlejewski prowadził wieloprofilową Klinikę Otolaryngologii, jednak rynologia i onkologia były wiodącymi tematami prac naukowych jak i dziedzinami leczenia. Od 1989 r. wprowadził jako pierwszy w Polsce mikrochirurgię z użyciem lasera CO<sub>2</sub> w leczeniu wczesnych postaci raka krtani. Zajmował się wraz z zespołem opracowaniem modelu kompleksowej rehabilitacji osób po laryngektomii całkowitej, który jest obecnie stosowany w wielu ośrodkach w Polsce. Profesor Betlejewski był też inicjatorem powołania Polskiego Towarzystwa Laryngektomowa-

nych, którego honorowym przewodniczącym jest do dnia dzisiejszego.

Rynologia to pasja, którą Profesor „przywioził” z Gdańska. Nowatorskie prace z dziedziny fizjologii i patologii nosa oraz doskonałe metody operacyjne pozwalają nazwać go jednym z współtwórców rynologii polskiej. Profesor Betlejewski jest członkiem wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych. Został wybrany Członkiem Komitetu Wykonawczego IFOS (International Federation of Oto-rhino-laryngological Societies) co jest niewątpliwie wyróżniającym zaszczytem. Jest również członkiem założycielem European Academy of Otology and Neurotology oraz członkiem European Rhinologic Society. Od 1957 r. jest członkiem Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, a od 1994 r. członkiem honorowym tego Towarzystwa. Jako przewodniczący Towarzystwa w 1992 r. był organizatorem XXXV Zjazdu polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów, a w 2003 r. Międzynarodowego Sympozjum Oncology in Otorhinolaryngology. Profesor Betlejewski był również inicjatorem i organizatorem Sympozjum Rynologicznego w Wiktorowie w 1995 i 1997 r., a po powołaniu sekcji Rynologicznej PTOL-ChGiS w 1996 roku został wybrany jej przewodniczącym.

Profesor Betlejewski brał czynny udział w organizowaniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W latach 1984-1990 pełnił funkcję prorektora ds. Klinicznych i Szkolenia Podyplomowego. Był członkiem Senatu Akademii Medycznej oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Z oddaniem zajmuje się do dnia dzisiejszego dydaktyką studencką. Przez długie lata prowadząc seminaria i wykłady dla Wydziału Lekarskiego, w chwili obecnej uczy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu. Wielkie są zasługi Profesora dla kształcenia podyplomowego, zorganizował aż 31 kursów dla lekarzy specjalistów i specjalizujących się.

Profesor Betlejewski przez 23 lata wykształcił w Bydgoszczy wielu laryngologów,



był promotorem 25 doktoratów i jednego przewodu habilitacyjnego. Jako szef z jednej strony wymagał, z drugiej zaś uczył, zawsze służył radą i pomocą. Jako prawdziwy chirurg nie bał się wyzwań, nie było dla niego „za trudnych” przypadków. Imponował wszystkim sprawnością operowania i trafnością stawianej diagnozy. Nauczył nas szacunku dla chorych i stawiania pacjenta zawsze na pierwszym miejscu.

Profesor ma też pasje niezwiązane z medycyną. Wszyscy pamiętają barwne opowieści lotnicze, z okresu służby w jednostce lotnictwa myśliwskiego Marynarki Wojennej (1959-1961). Goszcząc w domu Profesora nie sposób nie zauważyć kolekcji ikon jego autorstwa. Pełniąc liczne oficjalne funkcje w IFOS Profesor wiele podróżował zwiedzając wszystkie kontynenty. Na Kongresach zarówno krajowych jak i zagranicznych, w których uczestniczyliśmy razem pozwalał nam odkryć oblicze świetnego towarzysza zabaw, wyśmienitego tancerza i hojnego sponsora klinicznych biesiad.

*dr Hanna Mackiewicz-Nartowska pracuje w Katedrze i Klinice Otolaryngologii, dr Anna Sinkiewicz jest audiologiem foniatrą, a dr Piotr Winiarski laryngologiem*

## Moje korzenie zawodowe

Stanisław Betlejewski

Przejście na emeryturę zawodową, a szczególnie kolejne rocznice urodzin, stwarzają warunki do spojrzenia z dystansu na swoje życie zawodowe i budzą refleksje, co do realizacji swoich młodzieńczych wyobrażeń o obranym kierunku zawodowym. Przede wszystkim nurtująca zdaje się być myśl, czy dokonałem właściwego wyboru podjętej w późniejszych latach profesji. Tu chyba mam najmniej wątpliwości. Wprawdzie jeszcze w szkole średniej dostrzeżono u mnie pewne zdolności plastyczne i namawiano na studia artystyczne, ale nigdy nie miałem wątpliwości co do tego, że chcę zostać lekarzem. Powodem takiego zdecydowanego wyboru kierunku studiów była postawa mego

ojca, który pozostawał zawsze dla mnie wzorem człowieka, lekarza i społecznika. Określenie: „salus aegroti suprema lex...” nie było jedynie pustym hasłem, lecz żelazną zasadą, którą ojciec mój starał się wcielać w życie. Obserwując Go jako dziecko, młody chłopak, czy maturzystę, stojąc następnie przed wyborem przyszłego zawodu miałem wielokrotnie okazję przekonać się o tym. Wpływ na to miała również atmosfera rodzinnego domu sprzyjająca podjęciu takiej decyzji. Najstarsza siostra, kontynuując tradycje rodu, rozpoczęła studia medyczne w Poznaniu jeszcze przed wojną. Po jej zakończeniu ze względów rodzinnych nie mogła ich dalej rozwijać, ale za to jedna z jej

córek ukończyła studia weterynaryjne. Starszy brat, który podjął się z powodzeniem procesowi edukacji na Wydziale Architektury Politechniki Gdańskiej, przerwał ten etap życia, zapisując się na studia medyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Na pewno atmosfera domowa, rozmowy na różne fachowe tematy, możliwość korzystania z bardzo dużego księgozbioru ojca, podsycały nasz pęd do wiedzy, gdyż pewne sprawy, które dla większości moich kolegów były zupełną nowością, dla mnie były oczywistością niewymagającą nauki.

Powiązania rodzinne niejednokrotnie sta-



nowiły rodzaj bariery związanej ze szczególnymi oczekiwaniami w stosunku do mojej osoby. Wielokrotnie podczas kolokwium czy egzaminów oczekiwano ode mnie większej znajomości przedmiotu, niż od moich kolegów, których ojcowie nie byli tak znani przez kadre uczelnianą. Pewnego razu, podczas egzaminu z radiologii, profesor Grabowski, wspinały wykładowca i doskonały radiolog, zadał pytanie związane z nazwiskiem uczonego, który jako pierwszy opisał jakiś rzadki zespół chorobowy. Zwracając się do kolegów, którzy zdawali ze mną ów egzamin, stwierdził: „Wy to na pewno tego nie wiecie, ale..” i tu zwrócił się do mnie: „ale ty powinieneś to wiedzieć”. Niestety nie wiedziałem i próbowałem się bronić, mówiąc, że gdyby wiadomości były genetycznie przekazywane, to na pewno bym wiedział, ale niestety tak nie jest.

Zresztą kłopotliwa była nie tylko powszechna znajomość osoby mego ojca przez grono profesorskie. Wielu asystentów było po prostu kolegami z roku lub też przyjaciółmi mojego starszego brata, co powodowało, że również na płaszczyźnie wcześniejszego wtajemniczenia zawodowego wymagania były wciąż wysokie. Już na pierwszych ćwiczeniach z anatomii, stojący z groźną miną przy stole prosektoryjnym „pan doktor” zwracając się do mnie stwierdził: „My się znamy, jak ty u mnie kolokwium zdasz, to na pewno będziesz umiał”. Okazało się, że był to kolega brata ze studiów, który postanowił osobiście dopilnować, żebym rzeczywiście wszystko umiał. Muszę przyznać, że nie miałem łatwo, ale po wielu latach pracy okazało się, że ta dopilnowana osobiście nauka anatomii doskonale się przydała w dalszej pracy zawodowej.

Pewne nazwiska, związane z mianownictwem anatomicznym, czy z określonym zabiegiem chirurgicznym brzmiały dla mnie znajomo, pamiętałem je bowiem z dokumentów, pamiętek ojca z okresu studiów.

Ojciec, urodzony w Wąbrzeźnie, miasteczku które do czasów uzyskania przez Polskę niepodległości było pod zaborem pruskim (Briesen, Westpreußen), nie miał innej możliwości jak podjąć naukę na uniwersytetach niemieckich. Po uzyskaniu świadectwa dojrzałości w Gdańsku, rozpoczął studia na Uniwersytecie we Wrocławiu. Następnie przeniósł się na Uniwersytet w Berlinie.

Wykładowcą anatomii był tam wówczas prof. Waldeyer. Nic więc dziwnego, że znany termin laryngologiczny - pierścień limfatyczny Waldeyera w gardle, zawsze kojarzył mi się z wieloma podpisami z zaliczeń wykładów czy ćwiczeń anatomii i histologii w dokumentach ojca. Były one zresztą przepelnione wieloma innymi słynnymi nazwiskami. W ramach zajęć uniwersyteckich ojciec słuchał wykładów z historii literatury polskiej, prowadzonych w owym czasie przez prof. Brücknera, a w kolejnym zaś semestrze z historii Polski przez prof. Paczkowskiego. Pod jego kierunkiem ojciec, jako student medycyny „der Königlich Friedrich Wilhelms Universität zu Berlin”, napisał w języku ojczystym rozprawę na temat sejmików ziemi dobrzyńskiej.

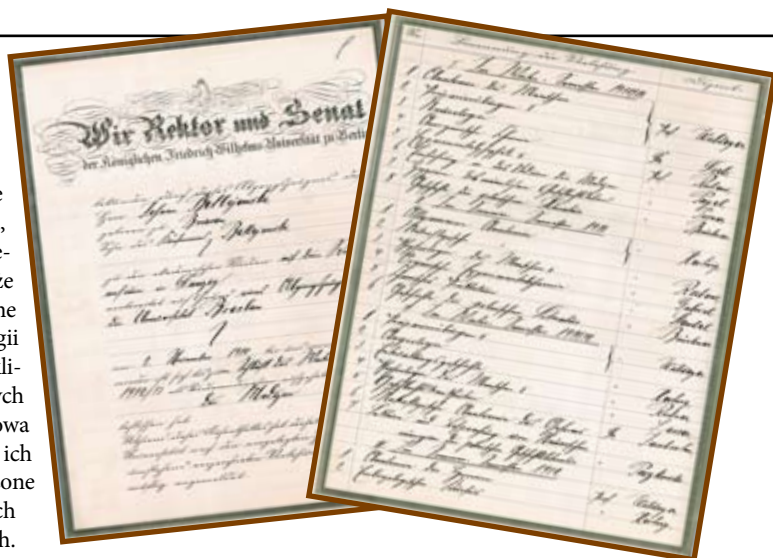
Kolejny rok studiów postanowił ojciec od-

być na Uniwersytecie w Monachium, by na lata kliniczne znów powrócić do Berlina. Dla mnie jako otolaryngologa, szczególnie interesującym był fakt, że praktyki kliniczne z zakresu laryngologii odbywały się w klinikach kierowanych przez prof. Passowa i prof. Killiana, zaś ich zaliczeniepoświadczane było podpisami owych wielkich uczonych.

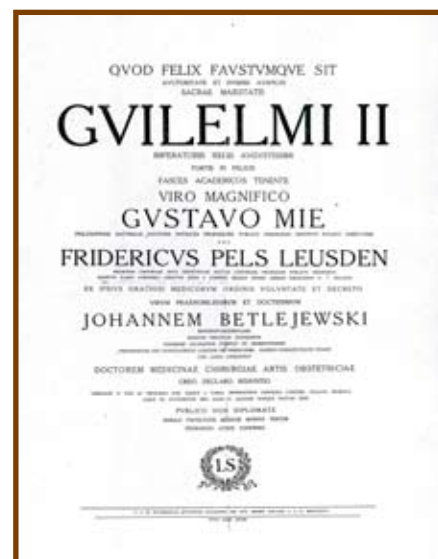
Wiele lat później, na polskich zjazdach otolaryngologicznych przekonywałem słuchaczy, że plastyczna operacja przegrody nosa daje o wiele lepsze wyniki w zakresie poprawy fizjologii oddychania przez nos. Nie jest też obciążona powikłaniami, które związane są z operacją przegrody nosa metodą Killiana. Jednocześnie podkreślałem, że moja propozycja nie jest krytyką sposobu Killiana, lecz jest jej kontynuacją, opartą o nowe wiadomości dotyczące fizjologii nosa i wykorzystującą nowe metody techniczne. Czuję się bowiem kimś w rodzaju „wnuka naukowego” Killiana, ponieważ podstaw otolaryngologii, jak i sposobów badania laryngologicznego nauczył mnie jeszcze przed ćwiczeniami z otolaryngologii mój ojciec. Odbierany w obecnych pojęciach jako tzw. lekarz ogólny okazał się być znakomicie przygotowany do pełnienia obranego przez siebie zawodu.

Ostatni rok praktyczny w klinikach spędził ojciec na uniwersytecie w Gryfii (Greifswald). Tam między innymi słuchał wykładów i odbywał praktykę w klinice chirurgicznej kierowanej przez prof. Pels Leusdena, późniejszego recenzenta rozprawy doktorskiej. Studia ukończył 6 czerwca 1916 roku i po zebraniu materiału i opracowaniu go, 17 stycznia 1917 roku uzyskał doktorat w zakresie; medycyny, chirurgii i położnictwa, za dysertację: „Traumatische und Pathologische Luxation der Knie-scheibe” (Urazowe i patologiczne zwichnięcia rzepki). Dyplom doktoratu sygnował cesarz Niemiec i król Pruski Wilhelm II.

Ojciec dysponował dwoma oryginałami tego dyplomu, jeden obecnie widnieje oprawiony na ścianie u mnie, drugi u mego syna, lekarza-otolaryngologa, który również odziedziczył zainteresowania medycyną po ojcu i dziadku. Porównując jednak swój los, jako studenta z historią mego syna, muszę przyznać, że chyba miał on jeszcze trudniejsze zadanie



niż ja. Więcej także od niego wymagano podczas studiów na uczelni w Gdańsku, gdzie przez wiele lat pracował nie tylko jego ojciec, ale i matka, zaś nauczający go asystenci zda-



wali u mnie egzamin z otolaryngologii i – co gorsza – nie zawsze z pozytywnym skutkiem.



Dokumenty potwierdzające uczestnictwo Jana Betlejewskiego w zajęciach na uniwersytetach w Berlinie, Greifswald, Wrocławiu i Monachium oraz dyplom lekarski



## Prof. dr hab. Czesław Kłyszajko

Marek Grabiec

Szanowny Jubilacie,

*O tej niecodziennej uroczystości związanej z 50-leciem Twojej pracy zawodowej dowiedziałem się przypadkowo na lotnisku we Frankfurcie, tuż przed wylotem na październikowy kongres International Gynecological Cancer Society w Bangkoku.*

W czasie wielogodzinnego lotu wróciłem myślami do 1976 roku, gdy po raz pierwszy przekroczyłem progi Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Bydgoszczy jako młody lekarz stażysta.

Katedrą i Kliniką kierował w tym okresie prof. Jerzy Łukasik, a oddziałem ginekologii-ordynatorem dr n. med. Czesław Kłyszajko.

Dla nas, młodych byłeś wówczas prawdziwym wzorem lekarza klinicysty i praktyka. To pod Twoim nadzorem mieliśmy pierwsze kontakty z pacjentkami i przeprowadzaliśmy pierwsze badania. To Ty dawałeś nam wskazówki dotyczące diagnostyki i leczenia. Nawet pierwsze recepty spisywaliśmy z bryków, które nam przygotowałeś. Podpatrywaliśmy Twoje podejście do medycyny, ginekologii, a przede wszystkim pacjentek i próbowaliśmy Cię naśladować.

Ale, drogi Jubilacie, ceniliśmy przede wszystkim Ciebie samego, Twoją bezpośredniość w kontaktach, bezkonfliktowość i zawsze życzliwą pomoc. I to, że nigdy nie odczuwaliśmy różnicy wieku i stanowiska. A podczas wspólnych wyjazdów na konferencje i kongresy znajdowaliśmy w Tobie nie tylko wykładowcę, ale i duszę towarzystwa.

Mogę śmiało powiedzieć, że pierwsze szlify otrzymałem właśnie od Ciebie. Moja poważna

przygoda z ginekologią i położnictwem rozpoczęła się, gdy po trzech miesiącach stażowania nakazałeś mi wziąć świąteczny dyżur za chorego kolegę. Pamiętam związane z tym obawy, naturalne dla każdego młodego lekarza. Ale wiedziałem też, że mogłem na Tobie całkowicie polegać, gdyby zaszła taka potrzeba.

Po tragicznej śmierci prof. Łukasika w 1979 r., na dwa tygodnie przed moim egzaminem na I stopień specjalizacji, a Tobie powierzono pełnienie obowiązków kierownika kliniki, i to Ty byłeś przewodniczącym mojej komisji egzaminacyjnej.

Gdy objąłeś stanowisko ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w Żninie, nasze bezpośrednie kontakty zawodowe uległy na jakiś czas rozluźnieniu. Zacieśniły się natomiast kontakty towarzyskie, a z czasem i przyjacielskie między nami i naszymi rodzinami.

Ponowną współpracę nawiązaliśmy, gdy zostałeś Dziekanem Wydziału Lekarskiego AM w Bydgoszczy, a zwłaszcza w trakcie przygotowań do XXVIII Kongresu PTG w 2003 roku. Ty byłeś wiceprzewodniczącym komitetu organizacyjnego, ja sekretarzem tego kongresu. Nasze prawie codzienne spotkania, długie dyskusje, a czasem spory doprowadziły do tego, że w opinii większości uczestników był to jeden z najlepiej przygotowanych kongresów ginekologicznych w Polsce.

Zawsze podziwiałem Twoje talenty organizacyjne. Również ostatnio, gdy w październiku z Twojej inicjatywy zorganizowaliśmy w Elblągu konferencję na temat „Interdyscyplinarny Wymiar Promocji Zdrowia Rodziny”. W konferencji wzięło udział ponad 150 pielęgniarek, położnych i lekarzy, a tematyka obejmowała



zagadnienia promowania zachowań prozdrowotnych społeczeństwa – od dzieci i młodzieży po osoby starsze. Warto nadmienić, że konferencja ta została zorganizowana we współpracy z Wydziałem Nauk o Zdrowiu Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, gdzie przed laty byłeś Dziakiem.

Do dnia dzisiejszego, mimo że od kilku lat jesteś na zasłużonej emeryturze, podziwiam Twoją pracowitość, pogodę ducha, optymizm oraz niesłabnące zaangażowanie w pełnione funkcje, czego czasem szczerze Ci zazdroszczę.

Szanowny Panie Profesorze, Drogi Czesławie! W tym szczególnym dla Ciebie czasie życzę Ci dużo zdrowia i młodzieńczej energii, abyś mógł zrealizować wszystkie swoje jeszcze niespełnione marzenia i pasje.

*dr hab. Marek Grabiec, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego*



## Wspomnienia prof. dr hab. Zygmunta Mackiewicza

*Przyjaźń nasza przekroczyła półwiecze. Poznałem Czesława Kłyszajko we wczesnych powojennych latach szkolnych w Bydgoszczy, w naszej „budzie” jak nazywaliśmy naszą szkołę przy Placu Wolności. Obaj mieliśmy podobne życiorysy, los nas rzucił jako repatriantów zza wschodnich rubieży do miasta nad Brdą. Mieliśmy wspólne zainteresowania – harcerstwo. Działaliśmy w 5 Bydgoskiej Drużynie Harcerskiej, słynnej „piątce” z białymi chustami na szyi. Wspólnie jeździliśmy na obozy harcerskie, które były znakomitą szkołą samodzielności i współzycia z kolegami. Idea skautingu nas fascynowała. Podziwiałem Czesia jako pełnego życia i radości Przyjaciela, mimo ciężkich warunków powojennych i coraz bardziej dokuczliwego systemu stalinowskiego.*

Po maturze drogi nasze rozeszły się na długie lata, jednak łączyła nas następna pasja – medycyna. Przez długie lata mieszkaliśmy w różnych miastach, Czesiu w Gdańsku, ja w Poznaniu. Spotkaliśmy się ponownie w Bydgoszczy pod koniec lat 70. ubiegłego wieku w okresie tworzenia II Wydziału Le-

karskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, Filia w Bydgoszczy. Czesiu był prawą ręką docenta Łukasika w Klinice Ginekologiczno-Położniczej, ja kierowałem Kliniką Chirurgii. Mieszkaliśmy w Domu Nauki przy ul. Powstańców Wielkopolskich, przechowalni nowych pracowników rozwijającej się samodzielnej uczelni medycznej w Bydgoszczy. Niespodziewana tragiczna śmierć docenta Łukasika postawiła przed Czesiem nowe wyzwania. Został ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego w Żninie.

Nasza przyjaźń przetrwała, utrzymywaliśmy bliskie kontakty towarzyskie. Czesiu z młodych lat zachował radość życia, tryskający humor i zamiłowanie do polowania. Nawet raz strzelił tak, że wyłączył światło w całym Żninie...

Słynął jako znakomity lekarz, ginekolog, położnik w szerokim regionie. Podziwiałem kolejne sukcesy naukowe: rehabilitacja, organizacja znakomitych ogólnopolskich zjazdów. Laurę zdobywał mimo działalności w oddaleniu od macierzystej Uczelni.

Mięnęło kilka lat i ponownie skrzyżowały

się nasze losy. Czesiu, już jako Profesor wrócił do Bydgoszczy i dał się poznać jako znakomity Dziekan Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni. Nadal był i jest szanowany przez społeczność akademicką i rzesze pacjentek. Pogoda ducha i życzliwość dla ludzi, która cechowała Go od wczesnych lat życia nadal dominuje w jego charakterze. Radość życia przelała na swoją Rodzinę, Przyjaciół i współmieszkańców Borów Tucholskich, które szczególnie umiłował. Tak trzymać, Przyjacielu!

## Anegdoty życiorysowe na własny temat

Mieczysław Uszyński

*Wiele wydarzeń, które przeżywałem, zmieniła z biegiem lat swoją barwę emocjonalną. Czasem myślę, że jest w tych przeżyciach także odbicie historii. Ale aktualnie nic nie chcę od historii, a jedynie chodzi mi o poprawienie swojego skromnego wizerunku. Może anegdoty życiorysowe pomogą mi?*

### Anegdota 1: Proweniencja mojego szlachectwa

Urodziłem się we wsi szlacheckiej – tak określiliby jej rys społeczny moi Krajanie. Chodzi o Jabłoń-Uszyńskie w gminie Wysokie-Mazowieckie, na Podlasiu. Dobrze, że urodziłem się 09.12.1931 r. Gdybym urodził się w mniej ciekawych czasach, to nie byłoby też wspomnień o szlachcie zagrodowej „co to była równa wojewodzie”.

Aby uprzędzić wątpliwości, od razu obwieszczę – oczywiście że wszem i wobec – że jestem w posiadaniu dokumentu z podpisem samego wójta, w którym mówi się o szlachectwie moich przodków. Wszyscy wiemy kim był kiedyś wójt... Choćby z „Chłopów”.

Na Podlasiu trwa do dziś poczucie przynależności do dawnego stanu szlacheckiego. Potwierdzają to badania psychologiczne. Końcówka w nazwisku „ski” i do tego wieś od nazwiska, np. Uszyński – Uszyńskie, to potoczny wyraz pochodzenia szlacheckiego. Wielu ma przydomki rodowe, co jednak jest odbierane najczęściej jako przezwisko (mój przydomek: Ciebak). Prawie każdy byłby zdziwiony pytaniem o herb rodowy. W herbarzu przypisany jest mojemu nazwisku herb Lubicz i Pobóg (podkowa z krzyżem). A Łapińscy z Łap (około 2 tys. miasteczko) mają na listach płac swoje numery...

To niewątpliwie z powodu końcówki swojskiego nazwiska nasz prezydent Kaczyński ma zagwarantowany elektorat na Podlasiu. Tam można zwyciężyć nazwiskiem. I tam ja też jestem swój. Tam czuję się jak w klanie, chociaż inaczej głosujemy.

Wsie chłopskie i dworskie, tj. wsie istniejące przy dawnych dworach, są ciągle jakby na poboczu wsi szlacheckich. I jak kiedyś, tak dzisiaj koligacje małżeńskie pocytywane są za mezalians. Pamiętam, że w pobliskich Mazurach (wieś i dawna posiadłość bliskich krewnych generała Wojciecha Jaruzelskiego), było wiele ładnych dziewcząt, a i dobrze było tańczyć w salach dawnego dziedzica Jelińskich i sędziego Jaruzelskiego.

To nie fantazmaty historyczne, to szkic jednej z cech kulturowych mojej małej ojczyzny.

Oczami dziecka widzę znany ze szkolnej lektury trójką „pan – wójt – pleban”. – Oto wstęga gościńca, którym idą na niedzielną mszę odświętnie ubrani mieszkańcy Mazur, dołączając do nich najpierw mieszkańcy Uszyńskich a później Markowiąt – kolejnej wsi na drodze do kościoła. Wszyscy idą niby razem, ale jakby oddzielnie. Powiedzieliby-

śmy dzisiejszym językiem, że jedni z nich idą lepiej... Wydarzeniem jest przejazd bryczki dziedzica – stangret, panie w białych sukniach i kapeluszach z dużym rondem... Podobnie prezentowała się Jadwiga Barańska w filmowej wersji „Nocy i dni”. A wokół pola „malowane żytem rozmaitem”. Gdy przejeżdżała bryczka, trzeba było przyspieszyć kroku, bo proboszcz czekał tylko na dziedzica.

A jakie były losy sędziego Jaruzelskiego? Był to arystokrata-lewicowiec. Do miejscowych ludzi odnosił się przyjacielsko, np. sprzedawał im drzewo opałowe o połowę taniej niż dziedzic. Podobno kiedyś interweniował na rzecz mieszkańca z rewolwerem. Być może dlatego on jeden uniknął w 1939 r. deportacji do ZSRR. Dożywał swoich dni w rodzinie chłopsko-szlacheckiej (Rykacze). Jest pochowany w grobie rodzinnym Jelińskich, przed którym zawsze się zatrzymuję.

I znowu powtórzę słowo „podobno” – podobno generał Wojciech Jaruzelski odwiedzał swoją nianię, która mieszkała wtedy w niezbyt odległej wsi Tatary, ale nie mówiono, by odwiedził kiedykolwiek Mazury i grób swoich krewnych w Jabłoni-Kościelnej.

### Anegdota 2: Dlaczego przecinek miał znaczenie w moim życiu

W pierwszych latach powojennych rządziła na Podlasiu w dzień PPR, milicja i UB oraz KGB, ale w nocy niepodzielnie panowali partyzanci. Tak było do 1947-48 r. Niezależnie od wszystkiego, był to również czas zrywu edukacyjnego wsi i ja, jak wielu innych, rozpocząłem pobieranie nauk w nowo utworzonym gimnazjum i liceum w Łapach. Tam omal nie spotkała mnie katastrofa życiowa.

Kiedy byłem w 2 czy 3 klasie gimnazjum, czuwający nad uczniami sekretarz komitetu miejskiego PPR dopatrzył się w moich dokumentach nikczemnego kłamstwa. Miałem jakoby ukryć, że jestem synem kułaka, tj. rolnika posiadającego więcej niż 50 ha gruntu, a takie przestępstwo mogło zakończyć się wyrzuceniem ze szkoły i wcieleniem do karnej kompanii wojskowej. Długo nie wiedziałem nic o nadciągającej burzy, chociaż byłem trochę zaskoczony wyrazami troski dyrektora szkoły i niektórych pedagogów (oni już wiedzieli co się święci).

Okazało się, że ów czujny sekretarz nie umiał odczytać właściwie informacji w moim życiorysie: 10,5 ha wziął za 105 ha. Przecinek nie istniał w jego wiedzy matematycznej. Gdy mnie wezwano na przesłuchanie (z lekcji) i kiedy po moich odpowiedziach pochyliły się głowy komisji nad rękopisem mojego życiorysu, to po krótkiej konsternacji wybuchł gromki śmiech. Wtedy dopiero zrozumiałem, że uniknąłem wielkiego niebezpieczeństwa.

A nie było żartów z nieukami, którymi wtedy posługiwało się UB (i KGB). W tym samym czasie trzech moich kolegów klasowych



zostało zaarrestowanych i osądzonych na trzy lata więzienia (wychodzili na wolność mniej więcej w czasie mojej matury). Za co? – Nazwali się grupą „Orzeł” i podobno mieli złe zamiary w stosunku do władzy. Przyjaźniłem się z Bolkiem Truskolaskim z Truskolasów; on już nigdy nie podjął nauki. M. Łapiński wrócił do szkoły w roku mojej matury – wiem, że później wstąpił, jak to określano, do seminarium.

A co to była za młodzież w tym ogólniaku? – Z trzech klas maturalnych aż 14 chłopców wybrało seminarium. Po latach dowiedziałem się jak wielu z nas było już wtedy agnostykami, choć wszyscy uczęszczali pilnie do kościoła. Agnostycy byli nawet w grupie przykościelnej sodalicy mariańskiej. Podwójna twarz to była konieczność tamtych lat... Uczył się wtedy z nami starszy o rok – dwa J. Nowik, który był członkiem grupy wykonującej wyroki śmierci na zlecenie AK. Ale o tym też dowiedziałem się dopiero po latach (od mojej polonistki, pani B. Tkaczuk).

Szkołę ogólnokształcącą ukończyłem z dyplomem przodownika nauki i pracy społecznej. Ponadto, rada pedagogiczna wskazała mnie jako pierwszego wśród 80-90 abiturientów. Bez egzaminu dostałem się na uczelnię.

Dwa-trzy lata później, kiedy byłem studentem 1 roku medycyny w Białymstoku, wyrzucano ze studiów kilka osób: był wśród nich syn kułaka i członkowie grupy „Kozacy” – była to grupa zabawowa, jak tamta z gimnazjum. Ale ich również osądzono i osadzono. Andrzejowi Jasińskiemu pozwolono studiować po odbyciu więzienia. O pierwszych latach białostockiej AM pisano nawet książki (J. S. Stawiński: *Herkulesy, Iskra*, Warszawa, 1953), w których można znaleźć atmosferę polityczno-społeczną pierwszych lat Akademii. W wymiarze lokalnym toczyła się na Podlasiu wojna domowa...

Mimo wszystko studiowaliśmy, ucząc się z zapałem w kątach korytarzy odbudowywanego pałacu Branickich. W wirze życia studentckiego był też czas na tańce. Tańczyliśmy wieczorami z niegasnącym zapałem w odwrotnej auli pałacu, który dziś pełni funkcję budynku reprezentacyjnego Białostockiego Uniwersytetu Medycznego.

Takie oto są moje wspomnienia o początkach boomu edukacyjnego na Podlasiu. A czy



nie był to boom? Taki przykład: tylko w katedrach położnictwa uzyskało tytuł profesora ponad 10 osób.

Rzeczywiście w Białymstoku powstała nowa szkoła położnictwa, z którą trzeba łączyć m. in. koagulopatie położnicze (M. Uszyński i S. Soszka), masowe badania cytologiczne (S. Soszka) i zapłodnienie in vitro (M. Szamatowicz).

Chyba będzie to ciekawa informacja dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, iż w tym samym czasie, kiedy prof. S. Soszka organizował powszechne badania cytologiczne u kobiet mieszkających na Podlasiu (lata 50. ubiegłego stulecia), włocławianin J. Brzóska prowadził takie same badania w ówczesnym powiecie włocławskim, obejmujące około 80% populacji. J. Brzóska był moim pierwszym doktorantem.

### **Anegdota 3: Proactwa o mojej profesurze**

Studia ukończyłem w 1956 r. Pierwszą pracę podjąłem w szpitalu powiatowym w Augustowie (5 lat). Miejscowość uroczą, ale odległą od ośrodka akademickiego. Za to augustowianki... Jedna z nich została moją żoną. Z Augustowa sięgnąłem po doktorat i kiedy już miałem gotową pracę, dostałem propozycję asystentury w Instytucie Położnictwa i Ginekologii w Białymstoku.

„Pan chyba chce być profesorem” – powtarzała ni to pytanie, ni to opinię oddziaływała położnictwa, J. Kulowska z Augustowa, zastając mnie przy książkach w pokoiku, w którym ona ubierała wypisywane ze szpitala noworodki. „Pan będzie profesorem” – jakby na serio wyrokował prof. Stefan Soszka, kiedy to w 1972 r. odchodziłem z Jego kliniki. Miałem wtedy za sobą doktorat (1964) i habilitację (1972), byłem po stażu naukowym w Norwegii i miałem propozycję na roczny angaż zawodowo-naukowy w USA (New York University Center) - oczywiście, że przechowuję ten dokument dla potomności. Podobno byłem w tamtych latach najmłodszym docentem położnictwa w Polsce.

Gdy kilkadziesiąt lat później, w bydgoskiej AM, promowałem na doktora medycyny mieszkańca Augustowa, J. Kuczyńskiego, to czułem się spłacającym dług tej miejscowości za gościnny pobyt. Niestety, nikt więcej z Augustowa nie poszedł drogą doktoratów...

Przepowiednie co do mojej profesury wprawdzie się spełniły, ale kiedy... Najpierw byłem docentem (AM Łódź), później profesorem AM w Bydgoszczy. Tytułarnym profesorem zostałem w 1994 r. Wylczyłem, że po 22 latach od czasu habilitacji (1971 r.) i po istnych bojach z oponentami. Miałem wtedy co najmniej podwójne minimum dorobku naukowego na tytuł. Moją sprawę popierali białostoczanie i bydgoszczanie, z tym że nie wszyscy bydgoszczanie byli po tej samej stronie.

Taka historyjka, jak moja, nie powinna się była wydarzyć. Ale ówczesne procedury nadawania tytułu profesora dawały szansę manipulacji „in plus” oraz „in minus”. Stąd, zapewne, mamy 100. procentowych profesorów, ale z przecinkiem w cyfrze „100”.

Niestety, słabi profesorowie to gwarancja słabej nauki, co podobno dobrze nam wychodzi (w tym miejscu tylko powtarzam wyczytywane sądy innych).

Sądzę, że los samotnika nie jest pewny w naszym kraju – najlepiej mieć patrona swojego awansu i jeszcze do tego własną Alma Mater w tle. „Self-made man” to wyraźnie niesmakujące danie w naszym kraju...

Chyba wszyscy zgadzają się z opinią, że liczba publikacji jest niepewną informacją o autorze. Znam wielu profesorów z mizernym dorobkiem intelektualno-naukowym, ale posiadających długie wykazy publikacji o niewielkim ciężarze gatunkowym; oni często ani nie piszą, ani nie współuczestniczą w cyklu badawczym. To tego rodzaju balony należałoby przekłuwać (określenie wspomnianego prof. Pacholskiego), a jeszcze lepiej – uszczelnić odpowiednie procedury w taki sposób, by słabeusze żyli sobie bez tytułu profesora. I to będzie z korzyścią dla reputacji prawdziwych profesorów. A na pewno – dla nauki.

### **Anegdota 4: Po co uprawiałem swoje wędrówki naukowe?**

Oczywiście, szukałem odpowiedniego miejsca dla realizacji fascynującego mnie tematu (ów). To była sprawa samorealizacji i spełnienia, choć wtedy nie ujmowałem tego tak pryncypialnie. Teraz wielu mówi, że naukowiec ma prawo zachowywać się jak nomad i bez skrupołów opuszczać miejsca, w których nie znajduje warunków do pracy naukowej. Ja, gdy wykorzystywałem już możliwości badań, jakie istniały w Białymstoku, zacząłem rozglądać się za nowymi... Chciałem wyjechać do jakiegoś renomowanego laboratorium zagranicznego. Tylko legalnie – nie zamierzałem opuszczać kraju, chociaż pojawiły się już atrakcyjne propozycje, o czym opowiem dalej.

Gdy okazało się, że ucieka mi roczny pobyt w USA, zapowiedziany w dodatku jako dobrze płatny (deklarowano 1 000 dolarów miesięcznie – jakież to były pieniądze dla Polaka w owych latach), to zrezygnowałem z pracy w Akademii, chcąc obejść w ten sposób jej opór. Opór – dlaczego mógł zaistnieć jakikolwiek opór wobec tak korzystnej dla strony polskiej propozycji? Przecież w tym czasie tylko szczęśliwcy dopychali się do 3-miesięcznych stypendiów zagranicznych (chyba po 330 dolarów na miesiąc). Stypendium do USA straciłem i straciłem wtedy też sympatię szefa, który określeniem „uparty szlachcic” skwitował moją walkę o wyjazd. Chyba po raz pierwszy dotarła do mnie myśl, że uchodzę w tym środowisku za szlachcica z pochodzenia.

Taniec wokół sprawy wyjazdu trwał całe miesiące. Najpierw była zgoda, potem ją wycofano i nie odpowiadano na ponaglące pismo zapraszającego. Później dowiedziałem się w Ministerstwie Zdrowia, że opór tworzyli lokalni decydenci. Nigdy nie dowiedziałem się, kto to był.

Wkrótce Ministerstwo ułatwiło mi wyjazd do Universitaets Frauen-Klinik w Münster (RFN), (2-letni kontrakt na stanowisku asystenta). Nawet wtedy, kiedy już siedzia-

łem w samolocie, oponenti wyjazdu interweniowali w Ministerstwie.

Opis tych przeżyć ma taki sens: a) są one świadectwem ograniczeń możliwości badawczych w wczesnym układzie międzynarodowym, b) są również świadectwem reminiscenckiego feudalizmu akademickiego, którego niepisanych reguł nie respektowałem.

### **Anegdota 5: Czy istnieje feudalizm akademicki w naszych czasach?**

Na to retoryczne pytanie odpowiadam twierdząco. Na pewno nie zaniknął i niewątpliwie jest to jedna z wielu przyczyn hamujących rozwój naszej nauki. To szczególnie układ stosunków pomiędzy przełożonym a podwładnymi, w którym to układzie asystent i jego osiągnięcia naukowe są własnością wszechmocnego szefa. Wrogo są traktowane wszelkie przejawy samodzielności młodego człowieka, słowem – asystent nie jest traktowany podmiotowo.

Przed laty moi suwereni nie pozwolili swojemu wasalowi, tj. mnie, na opublikowanie w języku angielskim odkrywczych badań nad inhibitorem fibrynolizy typu PAI-2 w łożysku. Pozwolono mi jedynie wysłać kilkudziesięciu informację na kongres w Buenos Aires w 1964 r. (IVth World Congress of F.I.G.O.), na który nikt z nas, autorów, nie mógł pojechać (był to czas zimnej wojny). Podejrzewam, że to doniesienie zainspirowało grupę Japończyków, którzy cztery lata później (1968) opublikowali swoje badania w języku angielskim (a nie japońskim) i weszli w ten sposób na długie lata do kanonu cytowań. Ani nasza wcześniejsza od japońskiej publikacja w Ginekologii Polskiej (1965,1966), ani rozprawa doktorska członka naszego zespołu ( Folejewska-Uszyńska R: Aktywatory i inhibitory fibrynolizy w łożysku człowieka. Główna Biblioteka, AM, Białystok, 1967) nie zostały nigdy zacytowane w piśmiennictwie światowym. Powód? – Głównie to hermetyczność naszego języka. Ale przecież na początku była postawa decydenta, który „tak kazal i wiedział najlepiej”. I mogło być tylko po polsku.

Ta historyjka ma dzisiaj dla mnie tylko wartość wspomnieniową. Udało mi się później wybić na tyle wysoko, że znalazłem uznanie w cytowaniach. Wiem, że podobne doświadczenia, jak moje, mieli też inni rodacy, którzy opublikowali swoje odkrycia w języku polskim zamiast w którymś z języków dostępnych społeczności międzynarodowej.

### **Anegdota 6: Dobrze było być zięciem**

Wspominam niemal rzewnie okres pracy dla Augustowszczyzny. Znany tam byłem jako zięć Folejewskiej (zaczyna rodzina w tamtym regionie, okrutnie doświadczona od naszego wschodniego sąsiada). Do mnie przyjeżdżały „wozy kolorowe” z pacjentami z obszaru Puszczy Augustowskiej. Ludzie wierzyli bardziej w medycynę młodego lekarza, niż w medycynę kilku starych doktorów. A w dodatku byłem dla nich kimś jakby bliskim, bo zięciem Folejewskiej. Wtedy czu-



łem się lepiej zięciem niż później asystentem, starszym asystentem, adiunktem, docentem i – przyznam się – także profesorem.

Później tylko jeden raz spotkało mnie podobne wyróżnienie ze strony pacjentów: we Włocławku, kiedy to pacjentki przyjeżdżały rano by dostać się do gabinetu głębokim popołudniem. I jeszcze płacyły za wizytę (spółdzielni lekarskiej).

Z okresu mojej krótkiej aktywności w położnictwie bydgoskim przypominam sobie tylko echo z powodu wprowadzonej przeze mnie i moją żonę nowej metody znieczulania bólu porodowego (metoda zewnątrzoponowa, którą przywołała ona z Wrocławia). Pracowaliśmy wtedy w szpitalu na Kapuściskach, ja w charakterze ordynatora. Prasa pisała entuzjastycznie o metodzie, m.in. Dziennik Wieczorny w artykule pt. „Czekając na krzyk dziecka” (1976 r., nr 88). Pamiętam dobrze jak to obraz uśmiechającej się kobiety rodzącej, która tylko widziała skurcze swojej macicy (równoległa rejestracja kardiotokograficzna) a nie czuła bólu, zaskoczył doc. J. Łukasika podczas jego wizytacji konsultanckiej (konsultant wojewódzki) mojego oddziału. Trzy razy wracał na porodówkę... (jego klinika nie dysponowała tą metodą, choć stosowała już znieczulanie farmakologiczne). Być może to nasze osiągnięcie miał na względzie Wojewoda Bydgoski, przydzielając nam w 1979 r. prawo do zakupu 100 dolarów - a może nawet dwa razy po sto - na wycieczkę zagraniczną (powiedziano w piśmie: z uwagi na zasługi dla województwa).

I pomyśleć, jaki to splendor mógłby być zgotowany dla reanimatorów usługi znanej przed 32 latami (z prasy wiemy, że kobiety głośno upominają się o porody bezbolesne).

### Trochę na serio o swoim dorobku naukowym, dydaktycznym i zawodowym

Myślę o dorobku zarejestrowanym w słowie pisanym oraz o dorobku, który nie podlega inwentaryzacji.

O swoim dorobku „zarejestrowanym” powiem krótko: opublikowałem ponad 200 prac (czy tu się chwalić, skoro inni opublikowali więcej). Może ma jakieś znaczenie to, że około 50 z nich opublikowałem w językach obcych, głównie w angielskim. Niestety, nie chce mi się tego zliczać jeszcze raz, ani wylizywać iloma

punktami IF lub KBN może być obdarzony mój dorobek, oraz jak często bywają cytowane moje prace (to byłaby adekwatna miara dorobku) Wypatrzyłem, że Biblioteka Medyczna Collegium Medicum ma znacznie więcej pozycji (medyczne razem z niemedycznymi).

Najlepiej będzie, jeżeli wyrażę teraz opinię o tym, jakie to, bądź które z moich prac cenię sobie najbardziej, no i powiem jeszcze dlaczego:

- Cenię sobie te wszystkie publikacje, dzięki którym zaistniałem w piśmiennictwie światowym jako badacz – to te z przełomu lat 60. i 70. w American Journal of Obstetrics and Gynecology oraz te, dzięki którym skutecznie wszedłem i jestem w tematyce badań z zakresu koagulologii położniczej – to przede wszystkim prace opublikowane w European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (może pięć prac?) i Thrombosis Research,

- Cenię sobie każdą z prac, w której mogłem napisać, że jest ona pierwszym doniesieniem na ten temat w piśmiennictwie światowym (a było takich prac około 40),

- Z tego co napisałem w języku polskim uznaję za ważne dla praktycznego położnictwa moje monografie książkowe na temat koagulopatii położniczych (Koagulopatie położnicze, pierwsze wydanie w 1975 r.; Klasyfikacja i nowo poznane koagulopatie położnicze, 2003), a także wiele publikacji o charakterze dydaktycznym (poglądówki),

- Mniejszą wagę przypisuję moim opracowaniom książkowym (autorstwo i redakcja) spoza położnictwa, a było ich kilka. Niemniej jednak myślę o nich z satysfakcją,

- Sam siebie zaskoczyłem tym, że nie oparłem się przymusowi wewnętrzznemu i „popelniłem wykroczenie” książkowe pt. Stres i antystres: patomechanizm i powikłania kliniczne. Czekam teraz na odzew odbiorców,

- Natomiast dojrzałym zamiarem jest drukowany przez Wydawnictwo PZWL podręcznik pt. „Główne problemy propedeutyki medycyny”.

Myśląc o dorobku dydaktycznym i tzw. organizacyjnym, wspomnę o 14 promocjach doktorskich oraz o kilku funkcjach - pełniłem funkcję ordynatora, kierownika Zespołu Nauczania Klinicznego AM w Łodzi z siedzibą we Włocławku, prodziekana Wydziału Farmaceutycznego AM w Bydgoszczy, funkcję konsultanta... Przez dziesięciolecia współpracowałem z warszawskim

Institutem Doskonalenia Kadr Lekarskich...

A gdzie umieścić opis ulotnych sukcesów i emocji zjazdowych? Było tego sporo. O jednym tylko wspomnę – o jubileuszowym zjeździe PTG w Bydgoszczy w 2003 r., który to zjazd pozostaje dotąd niezapomnianym w Polsce sukcesem bydgoszczan i osobistym sukcesem prof. Wiesława Szymańskiego W. Z przyjemnością odbieram te opinie, choć szkoda, że słyszałem już szeptu - patrz, to Uszyński (byłem na tym zjeździe i promowałem wtedy swoją nową książkę „Klasyfikacja i nowo poznane koagulopatie położnicze”).

### Epilog

Powiedziałbym o swojej przeszłości, że była ona trudna, często dramatyczna dla wielu osób z mojego otoczenia, ale mnie dopisywało szczęście. Udało mi się dosyć wcześnie w moim życiu uzyskać specjalizację zawodową (położnictwo i ginekologia, medycyna społeczna), stopnie naukowe (doktorat, habilitacja), a i tytuł naukowy profesora. Mam to szczęście, że Wydział Farmaceutyczny uznaje potrzebę przedłużania mi zatrudnienia na stanowisku profesora zwyczajnego. A ja ciągle mam jeszcze coś ważnego – tak mi się wydaje – do zrobienia. Priorytetem mojego życia były zawsze jakieś cele naukowe. Dalej cenię sobie to, że jestem wśród cenionych badaczy, przede wszystkim wśród zagranicznych ekspertów hemostazy, krzepnięcia i fibrynolizy w położnictwie.

Jednego celu nie udało mi się zrealizować – nie stworzyłem ośrodka koagulologii położniczej – ośrodka o rysie biochemicznym i klinicznym zarazem. To widoczna potrzeba polskiego położnictwa, której niestety nie dostrzegają decydenci tej dyscypliny.

Na koniec powiem, że poczułem się skonfundowany, gdy zauważyłem brak wszelkich informacji o mojej własnej rodzinie – o tych, którzy musieli brać udział w mojej eskapadzie życiowej... Jeden z dwóch moich synów znalazł się na mojej drodze... Niech nią idzie dalej... Niestety, moja Żona już odeszła...

Skonfundowany jestem również tym, że nie zbudowałem własnego domu, czym uchybiłem nie tylko tradycji, ale i komfortowi życia we własnym domu.

## Dwa teksty o ludziach i zwierzętach

Wojciech Szczęśny

*Jakoś tak dzień po dniu wpadły mi w ręce dwa teksty. Dwa teksty o umieraniu. Jednym z nich był wywiad z prof. Zbigniewem Religą w „Dzienniku”. Drugim krótki felieton Magdaleny Srody. Ten drugi dotyczył umierania zwierząt.*

Człowiek na podstawie tzw. „świętych ksiąg” uznał się panem świata. W każdej bowiem księdze, a trzeba przyznać że ich drogi na ziemski padół były niekiedy bardzo pokrętne, znajduje się zapis, że to właśnie człowiek jest najważniejszy. Różnymi sposobami ma osiągnąć po śmierci coś, co zwykłym bydłom nie będzie dane. Poznał bowiem księgę i ma realizować jej naka-

zy. Jednym z problemów jest mnogość owych ksiąg. Tak po prawdzie, zebrałaby się spora biblioteczka. Drugim problemem i ten jest już naprawdę poważny, jest fakt, że wyznawcy poszczególnych ksiąg (wbrew temu co one nakazują) nie pałają do siebie miłością. Niestety, zaryzykuję stwierdzenie, że było i jest wręcz przeciwnie. Część ksiąg nie dotarła do naszych czasów, gdyż gorliwi wyznawcy innych zdążyli je spalić, a wyznawców wymordować. W ten sposób zginęły całe kultury. Było to dawno. Więc pewnie nie ma o czym mówić. Ba, nawet przeproszono potomków tych nielicznych, którzy ocalili. Wybaczcie, że was wymordowaliśmy.



Może to i przykre, ale macie za to piękne katedry i w ogóle cywilizację białego człowieka.

Jednak okazuje się, że ludzie dalej giną za księgi. Wystarczy w Polsce wsiąść do samolotu i za cztery godziny lądujemy w kraju, skądinąd cywilizowanym, gdzie za posiadanie księgi czczonej w Polsce można stracić głowę. Oczywiście w tamtym kraju jest jak najbardziej tamtejsza księga, która uczy jak żyć, kiedy jeść i pić, a kiedy nie i tak dalej. Tę księgę można w Polsce posiadać bez obawy o utratę życia. To pocieszca.

Większość ksiąg nakazuje rozmnażać się i czynić sobie ziemię poddaną. Człowiek odczłowiecza, niekiedy nawet. Złazcza te o kradzieży, uczciwości, wierności i takie tam. Czerpać z zasobów, ot co. A czemu? A bo tak jest napisane w księdze. Księga się nie może mylić. Na podstawie ksiąg ustalono też, że niektórzy ludzie są nieomylni. Nawet jeśli zwołują krucjatę przeciw innym by ich mordować i palić ich domy.

Więc jakie znaczenie mają zwierzęta? Odpowiedź jest prosta i zawarta w każdej księdze, choć księgi w innych, bardziej subtelnych kwestiach różnią się znacznie. Zwierzęta mają służyć człowiekowi. Są przedmiotami. Wyrazem pogardy człowieka do zwierząt, a jednocześnie podkreśleniem wybitnej roli tego, który ma w zależności od księgi dostąpić zbawienia, reinkarnacji czy podobnych rozwiązań pośmiertnych jest język. Może to dziwne, ale w Europie chodzi o język polski i języki „wschodnie”. Tu zwierze „zdycha” a człowiek „umiera”. W innych językach śmierć dotyka wszystkie gatunki jednakowo. Czy więc coś, co „zdycha”, może być szanowane?

O tym właśnie pisze p. Środa. Również J. M. Coetzee, laureat literackiej Nagrody Nobla wiele miejsca poświęca stosunkowi człowieka do zwierząt. Cóż bowiem innego jak stosunek do słabszych czy mniej od nas rozwiniętych jest miarą człowieczeństwa? W ostatnim numerze „Wiadomości” zacytowano zdanie Alberta Schweitzera, że „człowiek nie staje się chrześcijaninem, wchodząc do kościoła, tak jak nie staje się samochodem, wchodząc do garażu”. Wielu naszych rodaków chodzi do kościoła, a jednocześnie trzyma psa przy budzie na stalowej linie przez całe jego życie, a ich krowy stoją w metrowej grubości warstwie

obornika. Aż zdechną. Jeśli ktoś myśli, że owohaniebne postępowanie jest charakterystyczne dla ludzi niewykształconych i prostych, może się pomylić. Kiedy byłem na drugim roku studiów, na fizjologii wykonywano doświadczenia mające zobrazować działanie oksycytyny na mięsień macicy. Przedmiotem doświadczenia była samica królika. Jako, że mieliśmy zajęcia wieczorem, zastaliśmy owo biedne zwierzę z rozprutym brzuchem po kilkunastu godzinach męczarni. Oksycytyna istotnie skurczyła jej macicę, co pilni studenci zauważyli na kinografie. Zapytałem asystenta, czy nie można by było (a istniały już takie możliwości) nagrać raz owego doświadczenia na wideo i pokazywać następnym grupom. Asystent i część kolegów popatrzyła na mnie jak na kretyna. Cierpienie zwierząt jest dla większości co najmniej obojętne. Jego po prostu nie ma. Przedmiot nie może cierpieć. Ludzie zajmujący się zwierzętami, pomagający im są traktowani w najlepszym przypadku jako „nieszkodliwi wariaci”. Ekolodzy pragnący zachować rzadkie obszary przyrody lub gatunki zwierząt nazywani są „ekoterrorystami”. Cierpienie zastrzeżone jest dla człowieka jako wstęp do zbawienia.

Śmierć człowieka prawdopodobnie już od zarania dziejów budziła lęk. Niezrozumiały koniec życia i niepewność co do losu zmarłego być może stała się zaczątkiem religii. Wyobrażenia zaświatów są zasadniczo zbliżone. Ludzie, którzy za życia wierzyli w boga (bogów) oraz przestrzegali zasad podanych w księgach będą żyli wiecznie. W niektórych krajach, aby z całą pewnością udać się w zaświaty, próbowano zachować ciało, przy okazji budując rękoma i za cenę śmierci innych gigantyczne grobowce. Niestety, nie ma pewnych danych czy ich „mieszkańcom” udało się dotrzeć tam, gdzie chcieli. Wielu z nich bowiem wyrzucono z grobowców i pozbawiono całego zgromadzonego tam dobytku, który syci teraz oczy turystów oglądających go w muzeach i wydających miliony dolarów dla zaspokojenia przyziemnych potrzeb potomków owych mumii. Pozostali mieszkańcy ziemskiego padło zaopatrywali się na życie wieczne znacznie gorzej. W najlepszym wypadku mieli grób w wiadomym miejscu. Wielu z nich wrzucono do wspólnych, bezimiennych mogił, porzucono na żer drapieżnikom lub spalono w piecach

krematoriów. Często działo się tak, aby zwyciężyła inna, niż dotychczas obecna na tym terenie, koncepcja życia wiecznego. Piramidy jako żywo są dziś obiektem badawczo-muzealnym, a cmentarze (choćby znane mi niemieckie w Bydgoszczy czy żydowski w Toruniu) parkami, gdzie słychać szczebiot bawiących się dzieci. Sit transit gloria mundi.

Tymczasem prof. Religa z całym spokojem stwierdza, że wie, iż stoi nad grobem. Nie wierzy w przyszłe życie. Na pytanie dziennikarki, co będzie po śmierci odpowiada: „nic”. Ja też tak myślę. Nie było mnie przed urodzeniem i nie będzie po śmierci. Tak jak nigdy nie było mnie i pewnie nie będzie, powiedzmy w miejscowości Perth w Australii. Tam moja śmierć przejdzie niezauważona, tak jak ja dziś nie zauważyłem śmierci kilku obywateli tego miasta. A ponoć „nikt nie jest samotną wyspą”.

Religa mówi, że im dłużej jest lekarzem, tym bardziej staje się ateistą. Jakże bliskie mi to słowa. Jak miłosierny i wszechdobry jednocześnie Bóg mógł stworzyć taki świat? Jak 16-letniemu chłopakowi powiedzieć, że umrze. Wy tłumaczyć, że jego śmierć jest częścią boskiego planu, nam maluczkim niedostępnego, poza naszym rozumowaniem. Jak powiedzieć mu, iż to że się dusi, polepszy świat, bowiem może ofiarować swoje cierpienie za grzechy innych, na przykład kolegów, którzy po raz pierwszy pocałowali dziewczynę, gdy on leżał w szpitalu od roku. Ja nie wiem. Nie wiem jak wytłumaczyć ten świat. To znaczy wiem, że nie wolno się oszukiwać i budować legend tak różnych a jednocześnie tak podobnych w swej naiwności. Wielu to jednak pomaga. Może tak jest i lepiej. Nie mnie sądzić. A moja śmierć? Przypomina mi się wtedy wiersz L. Borgesa „Testament”:

*Nie będzie w nocy gwiazd.*

*Nie będzie nocy.*

*Umrę, a wraz ze mną  
nie do zniesienia wszechświat.*

*Zetrę piramidy, medale, kontynenty i twarze.*

*Zetrę nawarstwienia przeszłości.*

*Historię obróć w proch.*

*Proch w proch.*

*Widzę ostatnią chwilę.*

*Słyszę ostatniego ptaka.*

*Nikomu zostawiam nic.*

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

## Czy bierne palenie przyspiesza zawał serca?

Władysław Sinkiewicz

### Dane epidemiologiczne

*Pomimo prawnych regulacji wprowadzających zakaz palenia w wielu miejscach publicznych, spora populacja osób niepalących jest nadal narażona na wdychanie dymu tytoniowego – w pracy, w domu, barach i restauracjach, aczkolwiek dla sprawiedliwości trzeba podkreślić, że palacze z roku na rok coraz bardziej spychani są w ograniczone miejsca zażywania tej przyjemności.*

W ciągu ostatnich dwudziestu lat pojawiło się szereg doniesień z badań populacyjnych, klinicznych i doświadczalnych wskazujących,

że bierne palenie wpływa w istotnym stopniu na chorobowość i śmiertelność z powodu chorób układu sercowo – naczyniowego w grupie niepalących osób.

Względne ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca (Coronary Heart Disease – CHD) zależnej od narażenia na ETS (Environmental Tobacco Smoke) wynosi od 1,2 do 1,7. Śmiertelność z powodu raka płuc zależnego od ETS jest wielokrotnie niższa i wynosi ok. 3,7 tys. osób rocznie. Bierne palenie jest trzecim w kolejności (po nadmiernym spożyciu alkoholu i czynnym paleniu) modyfikującym czynnikiem ryzyka zgonu z powo-

du chorób sercowo – naczyniowych.

### Bierne palenie a śródbłonek naczyniowy

Dym tytoniowy dzieli się na dwie fazy – cząsteczkową (smolistą) i gazową. Strumień główny składa się w 8% z fazy cząsteczkowej i w 92% z fazy gazowej. Łączny czas inhalacji głównego strumienia przez palacza wynosi około 20 sekund. Strumień boczny wydziela się z końcówki palonego papierosa i złożony jest w 15% z fazy cząsteczkowej i w 85% z fazy gazowej. Stężenie toksycznych substancji fazy gazowej jest relatywnie większe



w ETS. O sile oddziaływania ETS świadczy zawartość hemoglobiny tlenkowej (COHb) we krwi osób przebywających w sąsiedztwie palaczy. U niepalących wynosi ona 0.4 - 0.7% i wzrasta do 3% po przebywaniu w atmosferze zawierającej duże ilości dymu tytoniowego. ETS podnosi ryzyko CHD o ok. 30%. Skutki wdychania dymu szybko doprowadzają do zmian o stopniu porównywalnym do przewlekłego aktywnego palenia.

Tkanką szczególnie wrażliwą na szkodliwe działanie dymu tytoniowego jest śródbłonek naczyniowy. Do toksycznego wpływu na śródbłonek naczyń może dochodzić już w okresie życia płodowego. W okresie rozwoju i wzrostu tkanek układ sercowo - naczyniowy jest szczególnie podatny na szkodliwy wpływ dymu tytoniowego. Ilość uszkodzonych komórek endotelium u biernych palaczy po długotrwałej ekspozycji podnosi się do poziomu występującego u aktywnie palących. Stałe narażenie na ETS podtrzymuje rozwój niekorzystnych zmian w funkcji śródbłonek do poziomu obserwowanego u czynnych palaczy, a działanie środowiskowego dymu tytoniowego na śródbłonek sumuje z innymi czynnikami ryzyka (otyłość, cukrzyca, zaburzenia lipidowe). Wykazano jednakże, że ograniczenie ekspozycji może przywrócić prawidłową funkcję komórek endotelialnych. Potencjalna odwracalność wpływu biernego palenia na dysfunkcję śródbłonek naczyniowego jest jednakże dopiero możliwa po stosunkowo długim, co najmniej dwuletnim okresie czasu bez ekspozycji i zależy od stopniowej eliminacji wpływu ETS na trombogenezę.

**Środowiskowy dym tytoniowy a szybkość rozwoju miażdżycy**

Uszkodzenie śródbłonek naczyniowego ułatwia szybki rozwój zmian miażdżycowych. Liczne prace potwierdzają przyspieszenie zmian miażdżycowych w warunkach ekspozycji na ETS. Pod wpływem ETS dochodzi do zwiększonego gromadzenia się zmodyfikowanych cząstek cholesterolu LDL (LDL-Ch) w ścianie naczyń już po jednorazowej ekspozycji na ETS. Liczne badania wskazują, że palenie zwiększa stres oksydacyjny – potencjalny mechanizm inicjujący dysfunkcję układu sercowo - naczyniowego. Sugeruje się, że nawet krótka ekspozycja (10-30 min.) na dym papierosowy wystarcza, aby zainicjować agregację płytek, uszkodzenie i dysfunkcję śródbłonek oraz zmiany w stężeniu czynników antyoksydacyjnych i peroksydowanych lipidów. Stres oksydacyjny jest najbardziej wyrażony u biernych palaczy, ponieważ nie mają oni rozwiniętych dostatecznie mechanizmów adaptacyjnych na dym tytoniowy. Biernie palenie powoduje uszkodzenie czynności mitochondriów i obniżoną aktywność enzymów antyoksydacyjnych, w tym dysmutazy ponadtlenkowej, katalazy, peroksydazy glutationu.

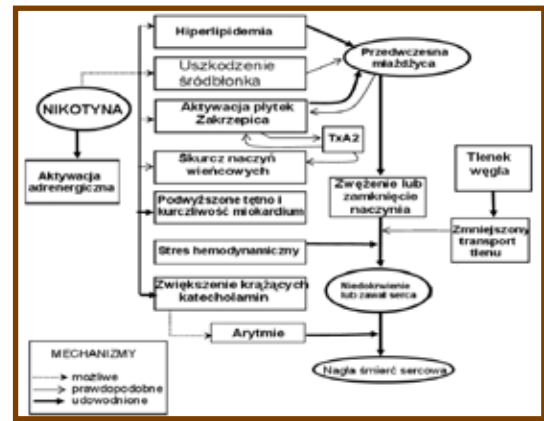
**Wpływ prozakrzepowy biernego palenia na płytki krwi**

Płytki krwi biorą udział w powstawaniu

zmian miażdżycowych, a w przypadku destabilizacji blaszek miażdżycowych są istotnym elementem przyczyniającym się do powstawania ostrych zespołów wieńcowych. Pod wpływem ETS wzrasta produkcja zależnej od aktywacji płytek trombiny osoczowej. Nikotyna powoduje zwiększoną aktywację płytek poprzez wzrost sekrecji amin katecholowych, szczególnie nora-drenaliny. Istotny wzrost tych dwóch substancji u osób narażonych na ETS może pośrednio świadczyć o podwyższonej gotowości do agregacji płytek. Wydaje się jednak, że nikotyna nie jest jedynym, ani też głównym czynnikiem podnoszącym aktywność trombocytów. Wykazano, że biernie palenie powoduje wzrost aktywacji płytek i uwalniania płytkowego tromboxanu A2 oraz zaburza wewnątrznaczyniową równowagę hemostatyczną już po jednorazowej ekspozycji, a przy powtarzalnym narażeniu profil aktywacji płytek zbliża się do tego, jaki występuje u aktywnych palaczy. W osoczu osób ekspozowanych na ETS stwierdza się ponadto podwyższone stężenie beta-tromboglobuliny – mediatora aktywacji płytkowej. Wykazano, że ekspozycja na ekstrakty ze strumienia boczno-głównego dymu papierosów o niskiej zawartości substancji smolistych ma efekt prozakrzepowy podobny do działania dymu o dużej zawartości substancji smolistych. Badacze wskazali uwagę na fakt, że określenie „lekkie” papierosy odnoszą się wyłącznie do cech strumienia głównego, gdyż toksyczne działanie strumienia boczno-głównego działającego na biernych palaczy ma cechy charakterystyczne dla dymu z papierosów o dużej zawartości substancji smolistych. Oprócz wymienionych wyżej czynników ETS wpływających na wzmoczoną aktywację płytek, należy wspomnieć o pozapłytkowych czynnikach prozakrzepowych. U biernych palaczy dochodzi do wzrostu poziomu fibrynogenu, czynnika tkankowego, hematokrytu i lepkości krwi, skraca się również czas krwawienia. Wzajemny wpływ tych wszystkich czynników ma wpływać na podwyższoną aktywność prozakrzepową.

**Związek biernego palenia z chorobą wieńcową**

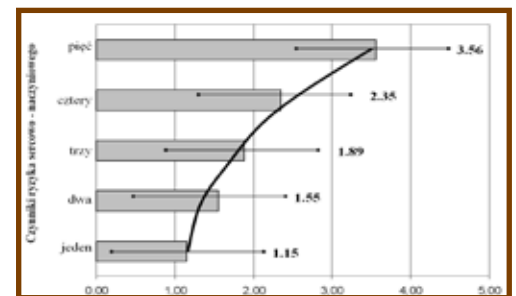
Badania epidemiologiczne wskazują biernie palenie jako ważny czynnik chorobowości i śmiertelności sercowo - naczyniowej. W obserwacji autorów greckich narażenie na biernie palenie co najmniej 3 x w tygodniu wiązało się z 26% wzrostem ryzyka rozwoju ACS. Jednocześnie regularne, codzienne narażenie na ETS było związane z 99% podwyższeniem ryzyka w stosunku do grupy kontrolnej. Wyjściowe ryzyko ulegało dalszemu podwyższeniu nawet do 256%, jeżeli obecny był dodatkowo jeden lub więcej czynników ryzyka rozwoju CHD. Biernie palenie ma stymulujący wpływ na czynniki zapalne jako związane ze zwiększonym ryzykiem choroby wieńcowej. U osób narażonych na ETS więcej niż 3 razy w tygodniu obserwowano większą liczbę leukocytów, wyższe stężenie CRP, homocysteiny, fibrynogenu i oksydowanych cząstek LDL-Ch. Podobne wyniki uzyskano w grupie czynnych palaczy. Na podstawie analizy 19 badań wykazano 23% wzrost ryzyka



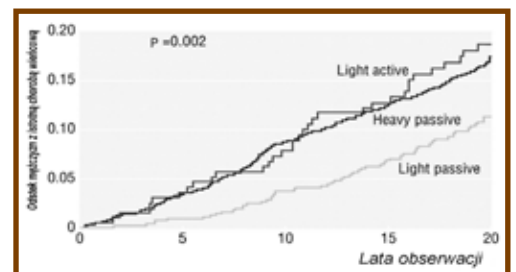
Ryc. 1. Schematyczne podsumowanie mechanizmów wpływu nikotyny na rozwój choroby niedokrwiennej serca. Uroczyście przecięcie wstęgi

zachorowania na CHD u osób ekspozowanych na ETS i związany z tym wzrost śmiertelności z powodu CHD o 5 -6% w grupie niepalących mężczyzn w wieku 60-69 lat. Wpływ był zauważalny przy stosunkowo niskim stopniu ekspozycji, a stopień rozwoju zmian miażdżycowych był zbliżony do zmian w grupie aktywnych palaczy i znacznie wyższy w porównaniu z osobami nie-narażonymi na ETS.

Autorzy amerykańscy uważają, że wpływ dymu tytoniowego na autonomiczny układ nerwowy może być jednym z ogniw prowadzących do zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego u niepalących osób narażonych na biernie wdychanie dymu papierosowego. Szczególnie niebezpieczna jest ekspozycja na ETS osób niepalących ze stwierdzoną chorobą wieńcową. Badania eksperymentalne również wskazują,



Ryc. 2. Ocena wskaźnika ryzyka wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego u osób narażonych na biernie palenie w zależności od liczby czynników ryzyka



Ryc. 3. Odsetek mężczyzn z chorobą wieńcową w trakcie kolejnych lat obserwacji. Light Passive – nieznaczne narażenie na biernie palenie” odnosi się do najniższego kwartyla stężenia kotyniny w grupie niepalących (0-0.7 ng/ml), „Heavy Passive – znaczne narażenie na biernie palenie” odnosi się do trzech najwyższych kwartyli stężenia kotyniny (0.8 to 14.0 ng/ml), „Light Active – aktywnie palący niewiele papierosów” odnosi się do mężczyzn palących 1-9 papierosów dziennie.

że nawet niewielkie dawki nikotyny mogą znacząco wpływać na przebieg ostrego epizodu wieńcowego. Wykazano, że ekspozycja na ETS powoduje zwiększenie obszaru zawału, nasila uszkodzenie mięśnia sercowego w okresie reperfuzji oraz istotnie zwiększa zaburzenia kurczliwości.

### Miejsca największego narażenia na środowiskowy dym tytoniowy

W badaniach kohortowych wykazano wyższą o 15% śmiertelność całkowitą w grupie osób nigdy niepalących mieszkających domu z nałogowymi palaczami, w porównaniu z grupą osób nie narażonych na środowiskowy dym tytoniowy. Badacze australijscy na podstawie analizy rejestrów pacjentów z zawałem serca stwierdzili podwyższenie względnego ryzyka zawału serca w grupie kobiet narażonych na ETS w domu (RR 1,99). Podobne wnioski płyną z metaanalizy He i wsp. wskazującej, że głównym źródłem narażenia na dym tytoniowy populacji dorosłej jest wspólne gospodarstwo domowe z palącym partnerem.

Ciekawe obserwacje dotyczące narażenia na ETS w miejscu pracy przeprowadzono wśród pracowników sektora gastronomicznego pod kątem występowania zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i raka płuc. Punkty gastronomiczne podzielono na 3 rodzaje – objęte całkowitym zakazem palenia, z wydzielonymi miejscami dla niepalących i bez zakazu palenia. Średnie stężenie kotyniny (głównego metabolitu nikotyny) w surowicy osób z grupy

kontrolnej złożonej wynosił 3,3 ng/ml, w grupie badanej – 6,4 ng/ml u osób z zakładów z całkowitym zakazem palenia i 15,9 ng/ml w grupie osób z zakładów nieobjętych zakazem palenia. Obliczono, że dla 200 000 pracowników sektora gastronomicznego niekorzystne skutki zdrowotne związane z biernym paleniem wystąpią w liczbie 150 przypadków rocznie w ciągu 40-letniego narażenia na ETS.

Ekspozycja na ETS jest wiązana z występowaniem wielu chorób – astmy, CHD, nowotworów: jamy ustnej, przełyku, gardła, krtani, pęcherza moczowego, szyjki macicy i zaburzeniami wewnątrzmacicznego wzrostu płodu. Narażenie na ETS w pracy może leżeć zarówno u podstaw zachorowania na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc jak i wpływać na postępowanie choroby.

Palenie papierosów odpowiada za 16% wszystkich zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych, jednocześnie zaprzestanie nałogu palenia znacząco zmniejsza ryzyko zawału serca. Wydzielenie miejsc wolnych od dymu tytoniowego zmniejsza także narażenie na bierne palenie, gdyż ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego z tego powodu wynosi 1,25. Utworzenie takich miejsc przynosi wymierne efekty zdrowotne i ekonomiczne już po roku od jego powstania. Wynika to głównie ze zmniejszenia ilości hospitalizacji związanych ze świeżym zawałem serca jak i udarem mózgu, zarówno w grupie biernych jak i czynnych palaczy.

### Podsumowanie

Badania opublikowane w ciągu ostatnich

lat jednoznacznie wskazują na związek biernego palenia z rozwojem chorób układu sercowo-naczyniowego. ETS przyspiesza powstawanie miażdżycy na wszystkich jej etapach. Może wywoływać zarówno ostre (zawał serca, nieściabilna choroba wieńcowa, udar mózgu) jak i przewlekłe zdarzenia sercowe i naczyniowe. Zagrożenie związane z narażeniem na dym tytoniowy wzrasta zwłaszcza przy obecności innych czynników ryzyka - nadciśnienia tętniczego, podwyższonego poziomu cholesterolu i cukrzycy. Zaprzestanie palenia lub narażenia na bierną ekspozycję dymu tytoniowego ma natomiast wpływ na zahamowanie progresji i odwrócenie zmian patofizjologicznych, zarówno w grupie biernych jak i czynnych palaczy. Obserwacja autorów włoskich dotycząca mieszkańców czterech dużych regionów Włoch i mieszkańców Rzymu jednoznacznie wykazała, że zakaz palenia w miejscach publicznych zaowocował istotnym statystycznie spadkiem zachorowań na zawał serca, zwłaszcza u osób poniżej 60. roku życia.

Tworzenie miejsc wolnych od dymu tytoniowego w pracy i w domu oraz stała edukacja społeczeństwa przynosić więc może wymierne efekty ekonomiczne i zdrowotne związane ze spadkiem zachorowań, śmiertelności i kosztów leczenia skutków palenia. Częstsze publikacje na ten temat z pewnością przyczynią się do szybszego wprowadzenia w Polsce regulacji prawnych wzorem innych krajów, zakazujących palenia we wszystkich miejscach publicznych.

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

## Nie taki gronkowiec straszny, jak go...

Katarzyna Jachna-Sawicka

„Interesuje mnie, czy gronkowca złocistego da się całkowicie wyleczyć, czy raczej jest to walka beznadziejna. Z tego co słyszałam to można go „uśpić” i może już nigdy nie dać o sobie znać, a jednak się naprzykrza” – oto jeden z postów zamieszczonych na forum internetowym z poradami medycznymi. Uczestnik tego samego portalu odpisuje: „Mam również z tym problem. Słyszałem że tego się nie wyleczy. Walczę z nim rok, ale to „walka z wiatrakami”. To jeden z nielicznych przykładów wymiany informacji i doświadczeń, a jednocześnie szerzenia mitów na temat gronkowca złocistego (łac. *Staphylococcus aureus*), jakie można znaleźć wpisując w przeglądarce internetowej nazwę tej bakterii. W wypowiedziach osób, które dowiadują się o izolacji *S. aureus* z górnych dróg oddechowych, pojawiają się takie słowa jak problem, przerażenie, strach, wstrętna bakteria, jadowna bakteria. Wiele osób również zadaje pytanie jak „walczyć” z gronkowcem i czy są szanse na wyleczenie? Wydaje się, że niewiele jest ludzi, u których drobnoustroj ten nie wywołuje złych skojarzeń. Czy i jakie są powody, aby obawiać się bakterii o tak szlachetnie brzmiącą nazwie?

Gronkowiec złocisty, razem z prawie czterdziestoma innymi gatunkami, należy do rodzaju *Staphylococcus*. Nazwa rodzajowa

pochodzi od charakterystycznego układu komórek, który można obserwować w preparatach mikroskopowych (nieregularne skupiska przypominające winne grona). Gronkowce są stale obecne w całym otoczeniu człowieka (skóra, ubranie, bielizna osobista, przybory toaletowe, zwierzęta) i towarzyszą mu od początku istnienia życia na Ziemi.

Spośród wszystkich znanych gatunków gronkowców, *S. aureus* wydaje się być „najhojniej” obdarowanym przez naturę. Wytwarza bowiem największą liczbę (ponad 30) substancji i struktur komórkowych odpowiadających za jego chorobotwórczość, nazywanych czynnikami wirulencji lub inaczej czynnikami zjadliwości. Zaliczają się do nich mechanizmy chroniące komórkę bakteryjną przed działaniem układu immunologicznego, czynniki adhezyjne zwiększające powinowactwo do określonych tkanek, toksyny, egzoproteiny, systemy wiążące żelazo oraz systemy regulacyjne ekspresji białek. Posiadanie każdego z wymienionych czynników wiąże się z konkretnymi efektami w organizmie człowieka podczas procesu zakażenia. Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o tym, iż niektóre z czynników zjadliwości gronkowca złocistego mają charakter superantygenów. Wiążą się one niespecyficznie z limfocytami T (klasyczne antygeny wiążą się swoiście

z miejscem wiążącym antygen), powodując aktywację nawet 20% tych komórek. Odpowiedź ze strony układu immunologicznego po kontakcie z superantygenem jest więc o wiele szybsza i silniejsza niż w przypadku większości antygenów. Nadprodukcja cytokin może doprowadzić do wstrząsu toksycznego.

Liczba czynników wirulencji odpowiada za potencjał chorobotwórczy każdego drobnoustroju. Dzięki posiadaniu ich tak wielu, gronkowiec złocisty może powodować zakażenia w dosłownie każdej tkance, narządzie czy układzie ludzkiego organizmu. Mogą mieć one łagodny przebieg, ale są też takie, które zagrażają życiu chorego. Najczęściej zakażenia dotyczą skóry, tkanki podskórnej i tkanek miękkich. Ich najłagodniejszą postacią jest zapalenie mieszków włosowych, występujące często u mężczyzn w obrębie zarostu. Zjawiska takie zaobserwować można też u osób korzystających z usług zakładów fryzjerskich i kosmetycznych oraz z basenów. Objawy, to ropne (zwykle liczne) zmiany obejmujące mieszki włosów. Stan ten nie wymaga zwykle antybiotykoterapii, ale jego powikłaniem może być powstanie zakażenia głębokiego skóry i tkanki podskórnej, zwane czyrakiem. Innymi, poważnymi, bo wymagającymi najczęściej interwencji chirurga i jednocześnie podania antybiotyku formami zakażenia



gronkowcem złocistym są ropnie (ostro odgraniczone zbiorowisko ropy w przestrzeni tkankowej) oraz ropowica (zapalenie ropne, nieodgraniczone tkanką włóknistą czy ziarniną). *S. aureus* jest również jedną z najczęściej izolowanych bakterii z zakażonych ran.

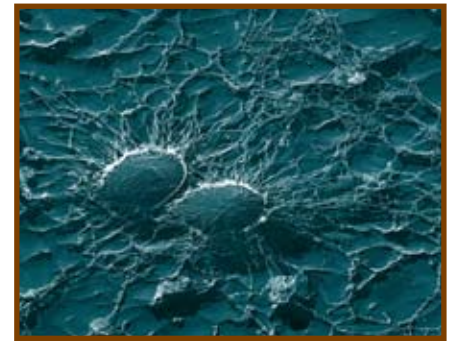
Drugą grupą infekcji gronkowcowych są zakażenia układowe, występujące na skutek rozprzestrzeniania się patogenu z innych miejsc zakażonego organizmu. Najczęstsze z nich dotyczą układu oddechowego, moczowego, pokarmowego, stawów, szpiku i kości, sutków, ale też opon mózgowo-rdzeniowych i krwi.

Efektom wytwarzania przez niektóre szczepy gronkowca złocistego toksyn jest występowanie swoistych schorzeń, takich jak zespół wstrząsu toksycznego (toksyna wstrząsu toksycznego, ang. toxic shock syndrome toxin, TSST-1) czy zespół skóry oparzonej (toksyna epidermolityczna, eksfoliatyna). Nie każdy również wie, że *S. aureus* może być przyczyną zatrucia pokarmowego. Dochodzi do niego po spożyciu pokarmu zawierającego (uwaga!) nie żywe bakterie, ale ciepłostalą enterotoksynę gronkowcową. Produkty spożywcze, które mogą być przyczyną zatrucia to między innymi wędliny, potrawy mięsne, sałatki, ciastka, mleko i przetwory mleczne, kremy, chałwa, lody (powtórnie zamrażane). Źródłem zanieczyszczenia żywności jest najczęściej pracownik wytwórstwa spożywczego, będący nosicielem gronkowca złocistego oraz sprzęt i powierzchnie produkcyjne. Dawka enterotoksyny niezbędna do wywołania objawów jest bardzo niska i wynosi jeden mikrogram. Substancja ta nie wpływa na właściwości organoleptyczne żywności, tym trudniej ocenić jej przydatność do spożycia. Jest bardzo odporna na działanie wysokiej temperatury, nie inaktywuje jej gotowanie przez 30 minut czy pieczenie. Objawy zatrucia występują szybko (od 30 minut do 6 godzin) od momentu spożycia zanieczyszczonej toksyną żywności. Przebieg jest dość gwałtowny, ale krótki, co sprawia, że chory najczęściej nie zgłasza się do lekarza.

Największym zagrożeniem, zarówno dla pacjentów leczonych w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, jak też dla chorych pozaszpitalnych są tak zwane szczepy gronkowca metycylinooporne (ang. methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA). Szczepy te

posiadają mechanizm oporności warunkujący ich niewrażliwość na wszystkie antybiotyki z grupy beta-laktamów. Oporność wynika z syntezy zmienionego receptora dla leków z tej grupy, tzw. białka wiążącego penicyliny (ang. penicillin binding protein, PBP). Beta-laktamy są chętnie stosowane w leczeniu zakażeń ze względu na niską toksyczność. Dzieli się je na pięć głównych grup: penicyliny, cefalosporyny, monobaktamy, karbapenemy, inhibitory beta-laktamaz. Obecnie stosowanych jest ponad 50. Należą tu zarówno leki pierwszego rzutu, jak też „leki ostatniej szansy”. Szczepy MRSA są często niewrażliwe również na antybiotyki z innych grup, co znacznie ogranicza opcje terapeutyczne. Nie są one bardziej zjadliwe od szczepów wrażliwych na antybiotyki, jednak zakażenia przez nie wywoływane mogą mieć cięższy przebieg. Wiąże się to ze wspomnianą lekoopornością, ale też z czynnikami ryzyka związanymi z gospodarzem (chorym, zakażonym człowiekiem). Odsetek szczepów MRSA w danym środowisku jest skorelowany z nadużyciem antybiotyków. W Japonii, gdzie zużycie antybiotyków jest wysokie, aż 70% gronkowca złocistego jest metycylinoopornych. W krajach europejskich takich, jak Hiszpania czy Wielka Brytania odsetek szczepów MRSA wynosi 40-50%. W przypadku Polski jest to średnio 25%, ale występują różnice w zależności od ośrodka (szpitala). Najmniejszy problem MRSA stanowi w krajach skandynawskich (0-5%), gdzie prowadzona jest racjonalna polityka antybiotykowa, a jednocześnie działa Grupa Robocza – Working Party on Infection and Prevention, która sformułowała krajowe wytyczne zapobiegania zakażeniom MRSA w szpitalach, domach opieki, w opiece dentystycznej i opiece domowej. Za narastanie oporności wśród bakterii odpowiedzialny jest często sam pacjent, który nie przestrzega zalecanego dawkowania lub pory zażywania antybiotyku. Działania takie mogą prowadzić do selekcji szczepów opornych.

Wróćmy jednak do pytania postawionego na początku tekstu. Czy stwierdzenie gronkowca złocistego w wymazie z nosa lub gardła jest powodem do paniki, do podjęcia leczenia antybiotykiem? Najczęściej nie. Około 30% ludzi jest na stałe skolonizowanych *S. aureus* (jama nosowa, gardło, skóra, drogi rodne u kobiet), a u kolejnych 30% jest to stan przejściowy.



*Staphylococcus aureus*

Mimo obecności bakterii potencjalnie patogennej nie dochodzi do rozwoju zakażenia. Mówimy wtedy o stanie nosicielstwa. U większości ludzi wytwarza się równowaga pomiędzy zjadliwością bakterii, a odpornością organizmu. Liczebność gronkowca regulują też inne drobnoustroje kolonizujące daną niszę. Ogromna większość szczepów *S. aureus* zasiedlających ciało ludzkie jest wrażliwa na antybiotyki, a sytuacje sprzyjające rozwojowi zakażenia nie są liczne. Należą do nich przede wszystkim stany powodujące obniżenie sprawności układu immunologicznego (noworodki, niemowlęta i małe dzieci, ludzie niedożywieni, przewlekłe chorzy na inne choroby, po zabiegach operacyjnych itp.) oraz urazy, zabiegi i inne okoliczności, w których dochodzi do przerwania ciągłości skóry. Eliminacja nosicielstwa gronkowca złocistego jest dopuszczalna u małych dzieci, u osób z chorobami przewlekłymi i zaburzeniami odporności. Należy się jednak zastanawiać, czy korzyści z tego płynące będą przewyższały ryzyko wynikające z obecności tej bakterii. Jej miejsce może bowiem zająć drobnoustrój o większej oporności na antybiotyki (w tym szczep MRSA) i wyższym potencjale chorobotwórczym. Działaniami prowadzącym do eradycji gronkowca złocistego mogą też poddawać się bezobjawowi nosiciele stykający się z najmniejszymi dziećmi lub z osobami z obniżoną odpornością (personel oddziałów noworodkowych, oddziałów chirurgicznych i onkologicznych, pracownicy żłobków i przedszkoli, kuchni, itp.). W wymienionych sytuacjach bardzo duże znaczenie w zapobieganiu zakażeniom ma przestrzeganie reżimu sanitarnego.

dr Katarzyna Jachna-Sawicka jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii

## Drobnoustroje - z nimi źle (?), a bez nich jeszcze gorzej

Joanna Kwiecińska -Piróg

*Otoczają nas ich miliony. Nie zawsze znamy je z nazwy. Często nie zdajemy sobie sprawy z tego, że są tuż obok. Drobnoustroje. Mikroskopijne organizmy, bez których nie byłoby nas. Ale kto jest tego świadomy? Do niedawna ludzie trwali w przekonaniu, że mikroorganizmy są jedynie przyczyną zakażeń i z tego powodu należy je bezwzględnie eliminować. Dziś powoli zmienia się świadomość nas wszystkich, ale pomimo tego często mikroorganizmy automatycznie kojarzą się nam tylko z chorobą.*

Wielokrotnie byłam świadkiem sytuacji,

gdy dziecko wkłada palce do buzi, a rodzic zwraca mu uwagę, mówiąc: „Kochanie, nie wiesz, ile masz na rączkach bakterii?” A skąd dziecko może wiedzieć, że na jego rączkach w ogóle bytują bakterie? Dlaczego one są złe, a te, które mama każe pić w jogurcie – dobre? Takie postępowanie rodzica wpaja dziecku przekonanie, że bakterie są niepotrzebne i szkodzą. A to przecież nieprawda, z czego niewielu z nas zdaje sobie sprawę.

Drobnoustroje, zarówno bakterie, jak i grzyby, możemy podzielić na dwie podstawowe grupy. Do pierwszej z nich zalicza się

mikroorganizmy stanowiące mikroflorę fizjologiczną człowieka, natomiast do drugiej – bezwzględnie patogenne.

Drobnoustroje pierwszej grupy – nasza mikroflora fizjologiczna – żyją z nami zwykle w pełnej symbiozie. To my sami stanowimy dla nich podłoże wzrostu i dostarczamy substancji odżywczych niezbędnych do życia. Ich zasługi dla nas są o wiele większe.

Szacuje się, że liczba komórek bakteryjnych związanych z człowiekiem wynosi około 1.014. Jest to nieprawdopodobna ilość. Drobnoustroje zasiedlają wiele obszarów naszego organizmu.

Na szczególną uwagę zasługują drobnoustroje naszej skóry i błon śluzowych. Zaliczane są do nich przede wszystkim: Staphylococcus epidermidis, S. capitis, S. hominis Corynebacterium amycolatum, C. jeikeium, Candida albicans, niektóre gatunki rodzaju Enterococcus, Micrococcus czy Streptococcus. Przejściowo naszą skórę mogą kolonizować również inne mikroorganizmy. Liczba komórek bakteryjnych znajdujących się na skórze zdrowego człowieka wynosi 104-105 na każdy centymetr kwadratowy. Skład ilościowy i jakościowy naszej mikroflory skóry i błon śluzowych zależy przede wszystkim od lokalizacji, warunków charakterystycznych dla tego obszaru skóry, klimatu, diety oraz od czynników niezależnych, np. wieku czy płci. Dlatego jest tak istotne, aby nasza skóra była skolonizowana przez mikroflorę fizjologiczną? Odpowiedź jest prosta. Drobnoustroje te, zajmując niemal każdy obszar naszej skóry, nie pozwalają, aby w tych miejscach rozwinęły się inne mikroorganizmy, z którymi spotykamy się na co dzień, a które mogą być niebezpieczne dla naszego zdrowia. Niektóre z nich wytwarzają specyficzne substancje, które uniemożliwiają wzrost drobnoustrojów patogennych. Biorą również udział w regeneracji naskórka oraz utrzymaniu prawidłowego pH skóry.

Ważnym miejscem bytowania drobnoustrojów jest również układ pokarmowy. Szacuje się, że bytuje tam kilkaset ich gatunków. Utrzymanie prawidłowego funkcjonowania układu pokarmowego zawdzięczamy przede wszystkim Escherichia coli, Bifidobacterium

spp., Lactobacillus spp. Znajdują się głównie w jelitach, szczególnie w jelicie grubym. Najmniej liczna grupa występuje w przełyku i dostają się tam głównie z pokarmem i wraz z nim przechodzą do niższych odcinków przewodu pokarmowego. Mikroorganizmy tam bytujące uczestniczą w rozkładzie pokarmu. Produktem fermentacji pokarmu są związki o charakterze kwaśnym, które regulują odczyn układu pokarmowego. Ponadto, krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe stanowią źródło energii dla komórek nabłonkowych. Drobnoustroje biorą także udział w regeneracji komórek nabłonkowych jelit i syntezie niektórych witamin. Podobnie, jak drobnoustroje skóry i błon śluzowych, nie dopuszczają do rozwoju patogennych organizmów, które dostają się do naszego organizmu wraz z pokarmem.

Istotnym miejscem naturalnego bytowania mikroorganizmów są narządy płciowe kobiet. Namnażające się tam bakterie z rodzaju Lactobacillus są odpowiedzialne za utrzymanie kwaśnego pH pochwy, co jest niezwykle istotne w zapobieganiu rozwojowi innych, potencjalnie patogennych drobnoustrojów.

Jednak nawet te mikroorganizmy, którym tyle zawdzięczamy, mogą stać się dla nas niebezpieczne. Jeżeli obniży się poziom naszej odporności immunologicznej na skutek działania różnych czynników, może dojść do rozwoju zakażenia oportunistycznego. Drobnoustroje naszej mikroflory fizjologicznej potrafią wówczas wywoływać zakażenia, często bardzo poważne. Za przykład posłużyć

mogą drożdżaki z gatunku Candida albicans, który fizjologicznie występuje na skórze i błonach śluzowych, a w niekorzystnych dla nas warunkach mogą przyczynić się do rozwoju ciężkich zakażeń grzybiczych. Zakażenie może rozwinąć się także wtedy, gdy drobnoustroje bytujące w jednym obszarze zostaną przemieszczone do innego – fizjologicznie jałowego lub takiego, w którym występują inne rodzaje lub gatunki mikroorganizmów.

Bez drobnoustrojów nie sposób wyobrazić sobie również współczesnego przemysłu. Od setek lat stosowane są w gorzelnictwie czy młeczarstwie. Stanowią niezwykle istotne ogniwo biologicznego oczyszczania ścieków czy kompostowania odpadów z wytworzeniem biogazu. Enzymy bakteryjne znalazły zastosowanie też w biologii molekularnej – bez polimerazy Taq nie byłoby reakcji łańcuchowej polimerazy PCR.

Czy można zatem powiedzieć, że drobnoustroje są złe albo dobre? Zdecydowanie nie. To zależy również od nas samych – od tego, jaką dietę stosujemy, jaki jest nasz styl życia, stopień narażenia na czynniki obniżające naszą barierę immunologiczną.

Zasługi mikroorganizmów dla człowieka są nieocenione. Nie potrafimy bez nich żyć, a one bez nas? Pewnie nie zauważyłyby naszego zniknięcia. Zasiadłyby po prostu inne środowisko. Nie możemy mówić o nich zawsze źle, bo bez nich byłoby jeszcze gorzej.

*mgr Joanna Kwiecińska-Piróg jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii*

## Wsparcie społeczne dzieci z chorobą nowotworową

Mirosława Kram

*W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku psychologowie zwrócili uwagę na fakt, że ludzie otoczeni bliską rodziną, posiadający przyjaciół, wielu znajomych, należący do różnych organizacji, związani z wiarą, z innymi ludźmi, cieszą się lepszym zdrowiem, łatwiej dają sobie radę w sytuacjach trudnych i ponoszą mniejsze negatywne konsekwencje sytuacji stresowych. Stworzono zatem pojęcie wsparcia społecznego.*

### Definiowanie wsparcia społecznego (social support)

Wg Sarasona (definicja z 1982 r.) „Jest to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych”. Badacze polscy (lata 84- 86) określali je jako „Powiązania jednostki z otoczeniem, mające na celu pomoc w sytuacjach trudnych, ale także trwała tendencja człowieka do postrzegania i korzystania z pomocy innych”. Według Pommersbacha (1998 r.) „To stopień w jaki podstawowe potrzeby jednostki (aprobata, bezpieczeństwa, przynależności) są zaspokajane przez osoby znaczące”. Potrzeby te mogą być zaspokojone przez uczucie sympatii, zrozumienia, akceptacji oraz przez udzielanie rad, przekazywanie informacji, konkretną pomoc w kłopotach. Według H. Sęk (1991 r.) wsparcie społeczne to

„Rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej”.

### Skuteczność wsparcia społecznego

W układzie zawsze pojawiają się osoby pomagające i odbierające wsparcie. Ale, żeby wymiana była skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Ludzie bowiem różnią się między sobą potrzebą otrzymywania pomocy od innych. Czasem potrzeba bycia samodzielnym i niezależnym powoduje unikanie wsparcia. Innym razem to samo zjawisko wywołuje nieumiejętność brania od innych pomocy. Bywa, że przyczyną odmowy pomocy jest obawa przed niemożnością odplacenia się otoczeniu w ten sam sposób. Jednostka może postrzegać otrzymywane wsparcie jako mniejsze niż w rzeczywistości, ponieważ skłonna jest pesymistycznie patrzeć na wszystko co się wokół niej dzieje.

Wsparcie społeczne pełni rolę bufora chroniącego przed negatywnymi konsekwencjami stresu doświadczanego podczas zmagania się dziecka i jego rodziny z chorobą nowotworową.

Istotnymi są także, jeżeli chodzi o efekty

wspierania, cechy osoby wspierającej, takie jak: łatwość nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi, umiejętność rozwiązywania problemów społecznych, konstruktywne radzenie sobie w sytuacjach trudnych.

### Grupy wsparcia

Do najważniejszych grup wsparcia kolejno zalicza się: rodzinę- rodziców, rodzeństwo, współmałżonka, dzieci, dalszych krewnych; przyjaciół, sąsiadów, kolegów z pracy, szkoły, organizacje nieformalne- grupy towarzyskie, kluby, oazy; organizacje formalne-, fundacje; profesjonalistów- nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, księża.

Od wyżej wymienionych grup jednostka może otrzymać wsparcie informacyjne, czyli przyjąć ważne dla swego funkcjonowania wiadomości, rady, porady; wsparcie instrumentalne, tj. konkretną pomoc rzeczową; wsparcie emocjonalne – przekonanie, że zawsze może na tę właśnie grupę (osobę) liczyć i w każdej chwili otrzymać od niej pomoc oraz wsparcie duchowe (sensu stricto) udzielane przez duchownego.

Wsparcie daje poczucie bezpieczeństwa, „zakorzenienia” i życia we wspólnocie. Brak powiązań społecznych przyczynia się do spadku odporności na sytuacje trudne,



a ludzie z którymi jest się w pozytywnych interakcjach pomagają przetrwać jednostce w czasie ciężkich przeżyć, a takim jest np. rozpoznanie nowotworu u dziecka, a więc choroby zagrażającej życiu.

### Wsparcie informacyjne/emocjonalne

Rozpoznanie i terapia nowotworu jest zawsze źródłem głębokiego i długotrwałego stresu dla całej rodziny. Poradzenie sobie z nim wymaga czasu i często przyjmowania od innych osób czy instytucji (organizacji) pomocy.

W klinikach/oddziałach onkologii dziecięcej (jest ich w Polsce 17), do których zostaje przyjęte dziecko z podejrzeniem choroby nowotworowej, zostały wypracowane zasady wspierania psychologicznego zarówno dziecka, jak i jego bliskich. Dzieci i ich rodzice, którzy zostają prawidłowo poinformowani o rozpoznaniu nowotworu (a takie są wymogi współczesnej medycyny), ujawniają znacznie mniej napięcia i lęku.

Członkowie zespołu terapeutycznego - lekarz prowadzący, pielęgniarki, psycholog zapoznają dziecko i rodziców z kliniką, poznają problemy występujące w rodzinie i jej sytuację socjalno-bytową.

Kierownik kliniki lub lekarz prowadzący informuje rodziców o typie nowotworu rozpoznanego u dziecka, przedstawia plan leczenia, informuje o możliwościach terapeutycznych, skutkach ubocznych chemioterapii onkologicznej, zasadach postępowania z dzieckiem w czasie pobytu w klinice, min. przestrzeganie reżimu sanitarnego, właściwej diety oraz o konieczności przestrzegania regulaminu kliniki.

Następnie, dziecko w obecności rodziców zostaje poinformowane przez kierownika kliniki lub lekarza prowadzącego o rozpoznaniu choroby nowotworowej, jej leczeniu, skutkach ubocznych leków cytostatycznych (nudności, wymioty, zaburzenia apetytu, owrzodzenia jamy ustnej, zmęczenie), możliwości kontynuacji nauki - w szkole tzw. szpitalnej, a podczas pobytu w domu, w przerwach między cyklami chemioterapii, korzystania z nauczania indywidualnego przysługującego dzieciom przewlekle chorym, konieczności zgłaszania niepokojących dziecko objawów. Zachęca także do zadawania pytań.

Wszyscy współpracownicy (dietytyczka, pedagog, rehabilitant, kapelan) kliniki zostają poinformowani o zakresie informacji przekazywanych dziecku.

Profesjonalne przekazanie dziecku wiadomości o chorobie, wielokrotne powtarzanie informacji, wyjaśnianie wątpliwości, daje dziecku i rodzicom siłę do zmierzania się z trudnościami i wiarę, że chorobę uda się pokonać. Zawsze przy tym należy uwzględnić zasadę zachowania nadziei.

### Pomoc w edukacji i umożliwienie zabawy

Planowanie zajęć szkolnych dziecka powinno się odbywać systematycznie z udziałem rodzica, lekarza i nauczyciela. Realizacja

obowiązku szkolnego musi zakładać zmieniającą się niekiedy z dnia na dzień kondycję psychofizyczną dziecka. Na dziecięcych oddziałach onkologicznych działają szkoły szpitalne i oddział przedszkolny.

Należy zadbać o to, aby potrzeba ruchu, zabawy i nauki, były zaspokajane w sposób odpowiedni do możliwości dziecka; aby dziecko było w stałym kontakcie – osobistym, telefonicznym ze swoimi kolegami z klasy, aby koledzy ci bywali w domu dziecka i na bieżąco byli informowani o jego stanie zdrowia i możliwościach uczestniczenia w życiu grupy; mogło w taki sposób przyswajać wiedzę, aby nie powstawały zaległości w nauce, które po zakończonym leczeniu uniemożliwiłyby dziecku powrót do jego klasy; miało dostęp do ciekawych, rozwijających jego zainteresowania książek, programów komputerowych.

Rolą nauczycieli w szkole szpitalnej jest zapewnienie dziecku bezstresowego powrotu do szkoły po zakończonym leczeniu, bez zaległości i napięcia związanego z przebywaniem wśród rówieśników po długiej przerwie.

Dla dzieci, bez względu na wiek, płeć, miejsce i samopoczucie, ważną jest zabawa. Chore dziecko też chce się bawić. Tu zabawa jest sposobem na pokonywanie strachu, samotności i tęsknoty za domem. Dzieciom w wieku przedszkolnym lalki, misie, serie zabawek ze znanych filmów, a także przedmioty naśladujące sprzęt medyczny umożliwiają z jednej strony ekspresję emocji i uczuć, z drugiej strony służą rozładowaniu przykrych przeżyć związanych z chorobą i pobytem w szpitalu. Dzieciom w wieku szkolnym zmuszonym do pozostania w łóżku można polecić gry planszowe i proste gry ruchowe. Oglądanie TV, video na pewno wypełni wolny czas dziecka oraz coraz częściej posiadane przez dzieci laptopy, a więc gry komputerowe też temu posłużą.

Chore dziecko w każdej chwili dobrego samopoczucia powinno być zajęte oraz uczestniczyć w interesujących go zajęciach.

### Pomoc socjalna i organizacje pozarządowe

Okres choroby dziecka jest dla wszystkich członków rodziny wielkim, przytłaczającym stresem, a pogarszająca się w związku z nieuchronnymi wydatkami i koniecznością (b. często) rezygnacji z pracy zawodowej matki czyni tę sytuację bardzo trudną i obciążającą psychicznie.

System świadczeń rodzinnych i opiekuńczych dotyczy dzieci z określony stopniem niepełnosprawności. Dla dzieci do 16 r.ż. niepełnosprawność tę orzekają komisje przy Centrum Pomocy Rodzinie. Uzyskanie zaświadczenia uprawnia do zasiłku pielęgnacyjnego (przysługującego bez względu na dochód w rodzinie), ulgowych przejazdów do ośrodka leczącego dziecko ze zniżką 78% na przejazdy PKP i PKS. Rodzicowi przysługuje dodatkowy urlop wychowawczy w wymiarze 3 lat, ale nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 18 r.ż., świadczenie pielęgnacyjne dla rodziców, którzy rezygnują z pracy w celu zajęcia się dzieckiem. Rodzice mogą także wy-

stępować o środki PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) i odliczać w podatku dochodowym wydatki na rehabilitację.

Organizacje pozarządowe powstają z ludzkich serc, utworzone przez ludzi z takimi samymi przeżyciami, znającymi uczucia bezsilności, gniewu, rozpaczy, wszystko z własnego doświadczenia. Obecnie są trzy rodzaje tych organizacji.

1. Fundacja POLSAT, Porozumienie bez Barier, Fundacja TVN, Fundacja McDonald, Fundacja „Mam Marzenie”, Wymienione organizacje dysponują środkami, których spora część przeznaczona jest na remonty i wyposażenie oddziałów onkologii dziecięcej, organizowanie szkoleń dla kadr oddziałów onkologii dziecięcej a także dofinansowanie leczenia indywidualnych dzieci (np. przeszczepienie szpiku kostnego) i spełnianie marzeń dzieci cierpiących na schorzenia zagrażające życiu.
2. Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Chorobami Krwi w Lublinie, Fundacja na Ratunek Dzieciom z chorobami Nowotworowymi we Wrocławiu i kilka innych (adresy tych organizacji, jak i pozostałych można znaleźć bez trudu w Internecie).
3. Fundacja „Krwinka” w Łodzi, Stowarzyszenie „Koliber” z Krakowa, Koło Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową w Bydgoszczy i wiele, wiele innych. Są to fundacje tworzone z inicjatywy rodziców dzieci chorych na nowotwór.

### Podsumowanie

Dziecko i jego rodzice potrzebują wsparcia z chwilą rozpoznania choroby nowotworowej. Tę pomoc mogą zapewnić wszyscy w otoczeniu rodziny, w mniejszym lub większym stopniu. Można mieć wiele pomysłów, jak wypełniać czas choremu dziecku. Każde dziecko potrzebuje zabawy i nauki, czasem pragnie towarzystwa, czasem pragnie być samo. W organizowaniu czasu biorą udział rodzice, pedagogzy, studenci, wolontariusze. Bycie z dzieckiem to także czas na rozmowę, nierzadko na trudne tematy – dotyczące choroby, jej przebiegu, powikłań. Wiele trosk i niepokojów dziecka jest nazwane dopiero podczas niej. Badania naukowe i codzienna praktyka pokazują, że wsparcie i pomoc psychologiczna są istotnym czynnikiem w leczeniu dzieci z chorobą nowotworową.

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



# Internacjonalizacja szkolnictwa wyższego w USA

Jan Styczyński

Chociaż powszechnie mówi się o „amerykańskim systemie szkolnictwa wyższego”, to jednak nie jest to system centralnie zorganizowany lub administrowany na szczeblu państwowym. Nie ma uniwersytetów państwowych, nie ma ministerstwa szkolnictwa wyższego ani narodowej polityki edukacji w zakresie szkolnictwa wyższego. System „amerykański” powinien być raczej rozumiany jako związek 50 różnych schematów, charakterystycznych dla poszczególnych stanów, z typowym dla niego podejściem do celu, świadczeniem usług i wizją edukacji wyższej w ramach odpowiednich uregulowań stanowych. Rząd federalny odgrywa jednak istotną rolę w systemie szkolnictwa wyższego. Kluczowa aktywność rządu federalnego obejmuje zabezpieczenie funduszy na badania w wielu dziedzinach, zwłaszcza w zakresie szeroko rozumianej nauki i obszarach techniki, administrowanie istotnymi programami finansowania studentów oraz wzmacnianie aktywności akredytacyjnych, które mają na celu zapewnienie jakości i odpowiedzialności w sektorze szkolnictwa wyższego.

W USA znajduje się ponad 4200 instytucji zaliczanych do szkolnictwa wyższego, co jest liczbą porównywalną z danymi europejskimi. W roku 2002, około 16,6 mln studentów było objętych różnymi programami szkolnictwa wyższego (podobnie jak w Europie), w państwowych i prywatnych kolegiach i uniwersytetach. Jednocześnie około 1,2 mln pracowników naukowych było zatrudnionych w amerykańskim systemie szkolnictwa wyższego, przy czym około 54% z nich było zatrudnionych na pełnym etacie. Pod względem liczby osób z wyższym wykształceniem w wieku lat 25-34, USA plasuje się na 7 miejscu na świecie, a 38% osób w wieku 18-24 lat w USA jest zaangażowanych w proces wyższej edukacji (wg OECD, 2005).

Internacjonalizacja obejmuje część „zewnątrzną” tj. studiowanie studentów amerykańskich za granicą jako część edukacji krajowej (credit mobility) oraz część „wewnętrzna” tj. studentów zagranicznych przyjeżdżających do USA (diploma mobility). W roku 2005, w około 27% uczelni wyższych w USA, żaden student kończący studia nie odbył żadnej części swoich studiów za granicą. Odsetek uczelni, które wymagały odbycia kursu o treści międzynarodowej lub globalnej jako część wykształcenia w realizowanym programie nauczania, obniżył się z 41% w roku 2001 do 37% w roku 2006. Mniej niż połowa uczelni wymagała odbycia kursów języków obcych w trakcie programu studiów; mniej niż 40% instytucji określiła możliwości międzynarodowej lub globalnej edukacji w swojej misji, chociaż liczba ta wzrosła z 28% w roku 2001. Większość instytucji nie posiada pełnoetatowego pracownika dla celów nadzoru lub koordynacji procesu internacjonalizacji.

## Import myśli naukowej

Wpływ zagranicznego szkolnictwa wyższego w USA jest znikomym, w znaczeniu liczby zagranicznych uniwersytetów posiadających swoje filie. Ważnymi wyjątkami od tej reguły są niewielkie liczby dużych i dynamicznych uniwersytetów meksykańskich, które rozszerzyły swoją programy na północ od granicy meksykańskiej, w celu zabezpieczenia potrzeb edukacyjnych populacji hiszpańskojęzycznej w kilku miastach amerykańskich.

Studenci zagraniczni i ich rodziny sprawiają, że edukacja międzynarodowa staje się istotnym sektorem usług w USA. Ten zysk ekonomiczny dzieli się pomiędzy uczelnie, społeczeństwo i poszczególne stany. Ponad 70% studentów międzynarodowych wnosi pełną opłatę za naukę, nie otrzymując żadnego wsparcia finansowego, ułatwiający w ten sposób uczelniom ofertę większej pomocy finansowej dla studentów amerykańskich. Eksport związany z amerykańskim szkolnictwem wyższym stale rośnie w ostatnich kilkunastu latach, a w roku 2004 przekroczył 13,5 mld dolarów.

Wydaje się jednak, że zjawisko tworzenia zagranicznych kampusów amerykańskich kolegiów i uniwersytetów nasila się w ostatnich latach, z powodów zarówno akademickich jak i czysto inwestycyjnych. Takie kierunki, jak administracja są prowadzone przez amerykańskie uniwersytety działające poza granicami kraju: w Indiach, Chinach i na Bliskim Wschodzie. Liczne giełdy papierów wartościowych notują akcje spółek związanych z procesem szkolnictwa wyższego w USA.

## Zagraniczni studenci i naukowcy

W latach 2004-2005, ponad 565 tysięcy studentów zagranicznych studiowało w amerykańskich kolegiach i uniwersytetach. Jednak zaledwie około 4 tysięcy studentów amerykańskich zdobywało edukację w zagranicznych instytucjach, najczęściej w krajach anglojęzycznych, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii (ponad 13 tys.), Kanadzie (ponad 4 tys.), Australii (ok. 3,5 tys.) oraz w Niemczech (ok. 3,5 tys.) i Francji (ok. 2,5 tys.). Szybko zwiększa się liczba studentów amerykańskich studiujących w Kanadzie. Najwięcej studentów zagranicznych w USA w ostatnich 25 latach pochodziło głównie z Azji: z Chin, Indii, Japonii, Korei i Tajwanu oraz z Tajlandii i Indonezji. Spoza krajów azjatyckich, najwięcej studentów pochodziło z Kanady oraz Meksyku i Turcji. Spośród krajów europejskich, największa liczba studentów pochodziła z Wielkiej Brytanii oraz z Francji, Hiszpanii i Grecji. Wśród studentów zagranicznych, którzy studiowali w USA, najczęściej wybieranymi kierunkami były studia inżynierskie oraz biznes i zarządzanie, które w sumie wybrało 35% studentów.

Kraje azjatyckie, które wysyłały największą

liczbę studentów do USA, wysyłały również największą liczbę naukowców do amerykańskich uniwersytetów. Najwięcej naukowców zagranicznych w USA pochodziło z Chin, Indii, Japonii i Korei. Spośród innych krajów, najwięcej naukowców pochodziło z Niemiec, Kanady i Wielkiej Brytanii, w liczbie stosunkowo większej niż studenci z tych krajów. Główne kierunki naukowe dotyczyły nauk o zdrowiu, biologicznych, fizycznych i technicznych.

Jako ciekawostkę podkreślającą rosnące znaczenie naukowców przyjeżdżających do USA można podać, że najwięcej doktoratów w USA w roku 2006 zdobyli studenci z uniwersytetów Tsinghua i z Pekinu, następnie z uniwersytetu narodowego w Seulu, a dopiero w dalszej kolejności z uczelni amerykańskich Cornell University i University of Michigan!

## Studiowanie za granicą

Wyjazdy zagraniczne w celach kontynuacji edukacji dotyczyły głównie poziomu studenckiego, a nie poziomu naukowców. W latach 2003-2004, ponad 191 tysięcy studentów amerykańskich (1,2% wszystkich studentów) brało udział w zajęciach akademickich za granicą, jako część ich amerykańskiego programu kształcenia. Dominowali studenci nauk humanistycznych, nauk społecznych, biznesu i zarządzania. Studenci tych kierunków stanowili około połowy wszystkich studiujących za granicą. Amerykańscy studenci studiujący w ostatniej dekadzie za granicą, w większości byli biali (to 80% wszystkich), dominowały kobiety (ponad 60%). Głównym kierunkiem studiów zagranicznych była Europa (dla ponad 60% wyjeżdżających). Obniża się jednak odsetek studentów studiujących pełny rok akademicki za granicą: z 14.3% na początku lat dziewięćdziesiątych do około 6% w latach 2003-2004. Natomiast wzrosło zainteresowanie krótkotrwałymi programami, o czasie trwania do 8 tygodni. Wzrosło też zainteresowanie programami wakacyjnymi (z 30,9% do 37%), co częściowo tłumaczy 20-procentowy wzrost liczby studiujących za granicą w ostatnich latach.

## Podsumowanie

Cechą charakteryzującą amerykański system w procesie internacjonalizacji szkolnictwa wyższego to niewątpliwie chęć utrzymania przodownictwa w przyciąganiu najlepszych na świecie studentów i naukowców. Istotną kwestią pozostaje znajdowanie równowagi w wymianie międzynarodowej studentów i naukowców oraz wymianie programów nauczania i instytucji. Opcją dla amerykańskich studentów pozostaje dalsze wzmacnianie studiowania za granicą, zwłaszcza przy wsparciu przez politykę państwową.

dr hab. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii



# Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę artykuły o IF powyżej 1 oraz okres zgłoszenia pracy od połowy października do końca listopada 2008 roku.

**IF: 8.910**

## Piotr Cysewski

1.

Tytuł oryginału: The impact of the nucleoside oxidation on the susceptibility to chemical carcinogens studied by first principle and semiempirical quantum chemistry methods.

Autorzy: Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Struc. (Theochem) 2008 Vol. 863 s. 16-21.

IF: 1.112

2.

Tytuł oryginału: The post-SCF quantum chemistry characteristics of the energetic heterogeneity of stacked guanine-guanine pairs found in B-DNA and A-DNA crystals.

Autorzy: Piotr Cysewski.

Źródło: - J. Mol. Struc. (Theochem) 2008 Vol. 863 s. 36-43.

IF: 1.112

3.

Tytuł oryginału: A post-SCF complete basis set study on the recognition patterns of uracil and cytosine by aromatic and  $\pi$ -aromatic stacking interactions with amino acid residues.

Autorzy: Piotr Cysewski.

Źródło: - Phys. Chem. Chem. Phys. 2008 T. 10 s. 2636-2645.

IF: 3.343

4.

Tytuł oryginału: The post-SCF quantum chemistry characteristics of the guanine-guanine stacking B-DNA.

Autorzy: Piotr Cysewski, Żaneta Czyżnikowska, Robert Zaleśny, Przemysław Czeleń.

Źródło: - Phys. Chem. Chem. Phys. 2008 T. 10 s. 2665-2672.

IF: 3.343

**IF: 4.642**

## Ryszard Oliński

Tytuł oryginału: Measurement and meaning of oxidatively modified DNA lesions in urine.

Autorzy: M.S. Cooke, Ryszard Oliński, S. Loft.

Źródło: - Cancer Epidem. Biomar. 2008 Vol. 17 nr 1 s. 3-14.

**IF: 4.098**

## Kornelia Kędziora-Kornatowska Karolina Szewczyk-Golec

## Jolanta Czuzejko

## Hanna Pawluk

## Józef Kędziora

Tytuł oryginału: Antioxidative effect of melatonin administration in elderly primary essential hypertension patients.

Autorzy: Kornelia Kędziora-Kornatowska, Karolina Szewczyk-Golec, Jolanta Czuzejko, Hanna Pawluk, K. van Marke de Lumen, M. Kozakiewicz, G. Bartosz, Józef Kędziora.

Źródło: - J. Pineal Res. 2008 Vol. 45 s. 312-317.

**IF: 3.981**

## Jacek Kruczyński

1.

Tytuł oryginału: Glomangioma as a rare Cause of knee pain.

Autorzy: M. Puchała, Jacek Kruczyński, Jacenty Szukalski, M. Lianeri.

Źródło: - J. Bone Joint Surg. Am. 2008 Vol. 90 A nr 11 s. 2505-2508.

IF: 2.487

2.

Tytuł oryginału: Scaffold-aided repair of articular cartilage studied by MRI.

Autorzy: T. Zalewski, P. Lubiowski, J. Jaroszewski, E. Szcześniak, S. Kuśmia, Jacek Kruczyński, S. Jurga.

Źródło: - Magn. Reson. Mater. Phys. Biol. Med. 2008 Vol. 4 nr 2 suppl. s. 177-185.

IF: 1.494

**IF: 3.343**

## Żaneta Czyżnikowska

## Robert Zaleśny

## Przemysław Czeleń

Tytuł oryginału: The post-SCF quantum chemistry characteristics of the guanine-guanine stacking B-DNA.

Autorzy: Piotr Cysewski, Żaneta Czyżnikowska, Robert Zaleśny, Przemysław Czeleń.

Źródło: - Phys. Chem. Chem. Phys. 2008 T. 10 s. 2665-2672.

**IF: 3.292**

## Stefan Kruszewski

1.

Tytuł oryginału: The comparison of biophysical properties of DB-67 and its ester DB-67-4ABTFA determined by fluorescence spectroscopy methods.

Autorzy: Stefan Kruszewski, Blanka Ziomkowska, Michał Cyrankiewicz, Tomasz Wybranowski.

Źródło: - Biosystems 2008 Vol. 94 s. 270-275.

IF: 1.646

2.

Tytuł oryginału: The HSA affinity of war-

farin and flurbiprofen determined by fluorescence anisotropy measurements of camptothecin.

Autorzy: Tomasz Wybranowski, Michał Cyrankiewicz, Blanka Ziomkowska, Stefan Kruszewski.

Źródło: - Biosystems 2008 Vol. 94 s. 258-262.

IF: 1.646

**IF: 3.292**

## Blanka Ziomkowska

## Michał Cyrankiewicz

## Tomasz Wybranowski

1.

Tytuł oryginału: The comparison of biophysical properties of DB-67 and its ester DB-67-4ABTFA determined by fluorescence spectroscopy methods.

Autorzy: Stefan Kruszewski, Blanka Ziomkowska, Michał Cyrankiewicz, Tomasz Wybranowski.

Źródło: - Biosystems 2008 Vol. 94 s. 270-275.

IF: 1.646

2.

Tytuł oryginału: The HSA affinity of warfarin and flurbiprofen determined by fluorescence anisotropy measurements of camptothecin.

Autorzy: Tomasz Wybranowski, Michał Cyrankiewicz, Blanka Ziomkowska, Stefan Kruszewski.

Źródło: - Biosystems 2008 Vol. 94 s. 258-262.

IF: 1.646

**IF: 2.689**

## Jakub J. Kałużny

Tytuł oryginału: Correlation of spectral optical coherence tomography with fluorescein and indocyanine green angiography in multiple evanescent whit dot syndrome.

Autorzy: B.L. Sikorski, M. Wojtkowski, J[akub] J. Kałużny, M. Szkulmowski, A. Kowalczyk.

Źródło: - Br. J. Ophthalmol. 2008 Vol. 92 s. 1552-1557.

**IF: 2.487**

## Jacenty Szukalski

Tytuł oryginału: Glomangioma as a rare Cause of knee pain.

Autorzy: M. Puchała, Jacek Kruczyński, Jacenty Szukalski, M. Lianeri.

Źródło: - J. Bone Joint Surg. Am. 2008 Vol. 90 A nr 11 s. 2505-2508

**IF: 2.274**

## Jacek Szeliga

## Marek Jackowski

Tytuł oryginału: Combination of capillary electrophoresis, PCR and physiological assays in differentiation of clinical strains of *Staphylococcus aureus*.

Autorzy: K. Hryniewicz, E. Kłodzińska, H. Dahm, Jacek Szeliaga, Marek Jackowski, B. Buszewski.

Źródło: - FEMS Microbiol. Lett. 2008 Vol. 286 nr 1 s. 1-8.

IF: 1.711

### Przemysław Staszewski

Tytuł oryginału: Local effective polarization and absorption potentials from cross-sections for e-atom scattering.

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

Źródło: - Phys. Lett. A 2008 Vol. 372 s. 6925-6929.

IF: 1.646

### Maciej Bosek

Tytuł oryginału: Model of two noise source dependent Ornstein-Uhlenbeck processes applied to postural sway.

Autorzy: Maciej Bosek.

Źródło: - Biosystems 2008 Vol. 94 s. 282-284.

IF: 1.607

### Agata Bronisz Danuta Rość Wiesław Szymański Roman Junik

Tytuł oryginału: Coagulation and fibrinolysis variables in pregnant women with type 1 diabetes mellitus.

Autorzy: Agata Bronisz, Danuta Rość, Agata Bronisz, Wiesław Szymański, Roman Junik.

Źródło: - Med. Sci. Monitor 2008 Vol. 14 nr 11 s. CR574-579.

IF: 1.208

### Alina Grzanka Anna Szaflarska-Popławska Agnieszka Żuryń Dariusz Grzanka

Tytuł oryginału: Expression of cyclin A in intestinal biopsies from children with celiac disease.

Autorzy: A[lina] Grzanka, A[nna] Szaflarska-Popławska, A[gnieszka] Żuryń, D[ariusz] Grzanka.

Źródło: - Neoplasma 2008 Vol. 55 nr 6 s. 507-512.

IF: 1.183

### Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Using hair-follicle stem cells for urinary bladder-wall regeneration.

Autorzy: Tomasz Drewa.

Źródło: - Regen. Med. 2008 Vol. 3 nr 6 s. 939-944.

IF: 1.145

### Tomasz Bączek

Tytuł oryginału: Prediction of reversed-phase gradient elution LC separations supported by QSRR.

Autorzy: Tomasz Bączek, K. Bodzioch, E. Michalska, R. Kaliszan.

Źródło: - Chromatographia 2008 Vol. 68 nr 3/4 s. 161-166.

## Metafora zimowego pejzażu w dyskursie o egzystencji człowieka

Joanna Hladoń-Wiącek

„Życie to zagadka, nie trać czasu, bo jej nie rozwiążesz”

Czas twórczości Bruegela przypada na intensywny rozwój majątków możnych Niderlandczyków. Obrazowanie rzeczywistości ograniczało się najczęściej do przedstawienia scen biblijnych, a w państwach katolickich męczeńskich w zestawieniu z greckimi bogami. Trzecią grupę stanowiły portrety które ze względu na swoją atrakcyjność rynkową zawsze cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Typowe pałace,

miasta to główne przedmioty badań artystów uwikłanych w finansową pułapkę, prowadzącą do intelektualnej niszy.

Na tak banalne wyobrażenie świata nie pozwolili sobie natomiast Bruegel. Jak mało kto czuł zaduch wiejskiej, ciemnej chaty, przywołując ciężkie życie na wsi, reprezentacyjne dla niego wiejskie domostwa. Bez ograniczeń stosuje akcenty realistyczne, narażając się na obrazoburcze komentarze.

### Bruegel: „Myśliwi na śniegu”

Sztuka Bruegla najlepiej definiuje się poprzez cykl pór roku. Ten rodzaj asocjacji elementów świata przedstawionego pozwala na wyeksponowanie wartości intelektualnych jakich bezsprzecznie trudno by oczekiwać po mniej perspektywicznych odsłonach. Ludzie w tego rodzaju wizjach stanowią zaledwie część szerokiego krajobrazu jaki ma okazję zaobserwować odbiorca. „Myśliwi na śniegu” to z pozoru jeden z wielu zdałoby się typowych zapisków świata pogrążonego w szarości zimy. Uderzający jest jednak arcyzm stylizacji tego podstępnie manipulanta, ujawniający się w dwóch dominantach kolorystycznych. Zimne barwy znakomicie eksponują biel śniegu a także jasnozielone sklepienie nieba czy lodu.

Całość poddaje się nastrojowi niepokojąco ponurej aury wywołanej barkiem światła zasnutego prawdopodobnie chmurami. Być może słońce zupełnie już zaszło, ale nie na tyle, aby spuścić zasłonę ciemności na groźne i monumentalne iglice górskie. Śnieg jawi się tu uzurpatorem wobec natury, swoje twarde prawo wyraża poprzez przykrycie w równym stopniu ziemi i wydanej przez nią roślinności. Co ciekawe i zaskakujące światem tym zawiadnął system atomizacji, rozdzielającej skutecznie świat istot żywych od strefy nieożywionego pejzażu. Przewrotnie obszar ciemności należy do części ożywionej, skutecznie wyciszając narastającą atmosferę grozy i niepokoju. Winniśmy zatem szczególną uwagę wszystkiemu co w tym obrazowaniu wycofane. Brak ekspozycji



Bruegel: Myśliwi na śniegu, 1565, R.M i R. Hagen: Bruegel, dzieła wszystkie, Taschen, Warszawa 2005, s. 63



elementów świata nieożywionego zdaje się stanowić doskonale tło dla nadrzędnych wartości tego arcydzieła. Bruegel jest bezsprzecznie wirtuozem nastroju skutecznie wprowadzając go w asynchroniczne melange. Obraz wypełniony jest postaciami ludzkimi w różnym stopniu oddającymi się zabawom na lodzie. Zarówno ci z pierwszego planu jak drugiego stają się jedynie pretekstem dla wybrzmienia symfonii jaką przygotowuje bezwzględna natura. Wszystkie ich zabiegi zdają się być banalne i w nieuchronnym trybie zmierzające do exodusu sił natury pochłaniającej bezmiar życia na ziemi.

Z oddali swoje zuchwałe oblicza eksponują szczyty górskie, jakby natrzęsały się z całej tej ludzkiej ruchliwości. Dominując nad całością rozciągłej osady złowieszczo przypominają o swej sile sprawczej. Ukośna linia wyznaczająca brzeg skarpy stosowana przez artystę daje nam możliwość panoramicznej obserwacji wykadrowanego fragmentu uwikłanych w prozę życia Niderlandczyków.

Istotną dominantą twórczości autora jest ekspozycja natury, której według Bruegela najistotniejszą częścią jest właśnie człowiek, jakże mały i niezdatny w swej roli. Niderlandczycy od lat oswojeni z potęgą morza nie ignorowali jego siły sprawczej szczególnie w miesiącach zimowych. Żywiół natury pełen niepokoju i destabilizacji wpisanej w formę kompozycji zakotwiczyają wyniosłe drzewa. Tym samym wskazuje nam autor na pokrewieństwo wszystkiego co niestabilne i przemijające. Pozycja widza jest równa statusowi demurga w pełni panującego nad sytuacją. Często spogląda w dół z eksponowanego punktu obserwacyjnego ponad drzewa, łąki, czy poniżej linii horyzontu. Obraz Bruegela to typowe zestawienie witalności i gwałtowności. Uśpiony pejzaż mami nasze zmysły usypiając czujność. Człowiek zdaje się być mały według stwierdzenia stoików „wiecznością w porównaniu z rozmiarami całego wszechświata”. Autor dzieliła w bezwzględny sposób zaciera dystans pomiędzy światem zwierząt i roślin. Integracja z naturą jest tak silna, że ujawnia poprzez ten rodzaj zespolenia całkowitą pewność i bezpieczeństwo artysty w kreowanym świecie. Autor nie idealizuje swoich bohaterów zgodnie z renesansowymi ideałami, pozostawia ich raczej w świetle nagiej prawdy wskazującej jednoznacznie na źródło profanum. Obrazy tego niderlandzkiego badacza ludzkich emocji wzmacniają poczucie autora co do roli nowej odmiany sztuki zaangażowanej w istotę humanizmu.

Jego wizja to nie skromny wycinek krajobrazu ale całość widziana w organicznym związku. Rozwijanie poszczególnych form, kształtowanie ich na nowo, łączenie w syntezę było typowe dla talentu Bruegela.

Jego osiągnięcia wybitnie ujawniają sceny rodzajowe ilustrujące żywot prostych przedstawicieli swego narodu. Nie bez powodu zwany „Piotrem chłopskim” utrwała satyryczne bogactwo poprzez nagromadzenie na niewielkiej przestrzeni dziesiątek postaci w symbolicznych pozach. Rozwijając poszczególne formy kształtuje je na nowo łącząc w fantasmagorie

zaskakujących kształtów. Egzegeza zakamuflowanych znaczeń odkrywa jak trudny jest świat tego bezkompromisowego myśliciela.

W swej nietypowej odsłonie autor rezygnuje z czynnika hierarchizującego poprzez zabieg jednostajnego nasycenia. Jednocześnie uwzględnia także detale, traktując wszystkie z równą odpowiedzialnością. Jego nietuzinkowy warsztat artystyczny pozwala mu odzwierciedlić zawiłości pejzażu, który zyskał za sprawą licznych podróży. Utrwalał „Wszystko co znalazło się w zasięgu jego wspaniałego oka” jak twierdził Castagnary czego skutkiem była niezwykle przychylna opinia krytyki.

Ten wybitny poszukiwacz moralności udziela nam nauki za pomocą ukrytych znaczeń degradując utarte sposoby analizy malarstwa. Egzegezę jego odsłon należy rozpocząć od wyszukania znaków-zagadek którymi stara się wciągnąć widza w efektowną manipulację skojarzeń. Ponieważ jego postacie zasymilowane są z pejzażem pod względem przestrzennym barwnym i formalnym trudno zatem dostrzec zakodowane wskazówki. Bruegel zyskał sobie opinię mistrza intelektualnej rozszady. Późniejsze badania jego twórczości ujawniły iż zawarł w swych wizjach „więcej myśli niż malarskiego rzemiosła.”

Jego sugestywne wizje plastyczne były płodną pożywką dla późniejszych ludzi mających bezpośredni kontakt ze światem sztuki. Kaczmarek wyznaje, iż „perspektywa Brueglowska” to jego ulubiony sposób oglądania świata: na tyle blisko by widzieć szczegóły, lecz w lekkim podwyższeniu, by uzyskać dystans i dostrzegać nawet oddalone elementy.

*„Jedynym źródłem i kryterium poznania rzeczywistości są zmysły”, Protagoras z Abwery*

### Bruegel: „Spis ludności w Betlejem”

W pracy „Spis ludności w Betlejem” malarz posunął się do raczej ekstrawaganckiego pomysłu włączając scenę sakralną do obrazu o tematyce zgoła nieprzystawalnej do podniosłej opowieści biblijnej. Fabułę tego malarskiego

dyskursu osadza autor w kręgu życia prostych chłopów, ponadto sprawia, iż na ogół wyniesiona na piedestał postać staje się zupełnie podrzędną. Obserwator będzie miał spory problem aby je zidentyfikować. Kolorystyka, a nawet proporcje, wskazują na świadomą manipulację ze strony autora sugestywnie asocjującego elementy sakralne ze świeckimi. Łamiąc podstawowe zasady decorum uświadamia nam iż dla niego opis rynku w wiosce stawia na równi z tematyką biblijną. Pomimo pełnego gwaru placu odczuwalny jest niezwykle przenikliwy chłód, który tylko Bruegel potrafił oddać z taką atencją. Jego genialny pejzaż zimowy zapisuje się nie tylko jako wybitne dzieło niderlandzkie, ono osławia artystę na całą Europę. Za czasów Bruegela oddanie wrażenia dźwięczącego przymrozku uznawano za niemożliwe do osiągnięcia. Dominantą kolorystyczną jest zimna biel, za pomocą której autor w znamienity sposób oddaje realia śnieżnego krajobrazu. W kręgu zainteresowań malarza znalazły się odcienie jasnej zieleni, którą naznacza formy lodu oraz fragmenty nieba. Postacie ludzkie skrywa w ciemnych barwach popielu i czerni, co dodatkowo pogłębia wrażenie ponurego niedostatku i smuty. Drobiazgowo przestudiowany pejzaż przemawia do odbiorcy nastrojem w równym stopniu co scena rodzajowa. Tak jak nikt dotąd uczynił Bruegel niezwykle postępowy w zakresie oddawania wizualnych i emocjonalnych walorów natury. W obrazie „Spis ludności w Betlejem” wybiera autor czerwone słońce mające niemal kontakt z horyzontem. Wzmacnia poczucie niepokoju, które koreluje z przyszłymi losami Marii będącej na odczas w zaawansowanej ciąży. Dysonans przygnębienia pogłębia centralnie umieszczone drzewo pozbawione o tej porze roku listwia. Dominuje nad całością wizji będąc niemalże częścią gawiedzi przybyłej na spis ludności zleczonej przez cesarza Augusta. Zapewne można nawet szczegółowo określić czas akcji utrwalonej na obrazie, a jest nim nie mniej ni więcej tylko 24 grudnia (Ewangelia św. Łukasza w rozdziale 2 wskazuje właśnie na ten dzień).

Brzemienna Maria została ukazana siedząc na osiołku pozbawiona wszelkich charakterystycznych atrybutów godnych matki



Bruegel: Spis ludności w Betlejem, 1566, R.M i R. Hagen: Bruegel, dzieła wszystkie, Taschen, Warszawa 2005, s. 48

zbawiciela. Obok niej kroczy wół równie silnie związany z prostym życiem, przymuszany do ciężkiej pracy. Wiejski rynek wypełniony gęsto ludźmi dopełnia wrażenia zupełnej ignorancji w stosunku do najważniejszych bohaterów tego nietypowego ujęcia. Tym czasem obok wielce zacnych przybyszów odnajdujemy na obrazie artysty postacie dziecięce zatracone do reszty w zabawie na łyżwach, pokrywkach i stołku przeobrażonym w sanki. Ci mali bohaterowie ukazani są zgodnie z krytycznym wejrzaniem Bruegela na przedmiotowy sposób traktowania niepowtarzalnego przecież okresu dzieciństwa.

Zachodnie malarstwo a także nauka zupełnie zdawkowo traktowały ten temat, absolutnie ignorując czas który winien być kwintesencją wszystkiego co spontaniczne i radosne w człowieku. Dzieci z obrazów Bruegela traktuje się niczym małych dorosłych. Ich stroje są lustrzanym odbiciem odzienia opiekunów na co wskazują utrwalone przez pędzel czepki, tuszki, kapoty, kubraki. Świat ówczesnej Niderlandii nie zabiega o prawidłowy rozwój przyszłości młodego pokolenia. Za zabawki służą raczej pokrywki, beczki z czasem bąki i koniki, wiatraki na długich patykach. Taki obraz obyczajowości czasów Bruegela nasuwa przypuszczenia iż świat zobrazowany oddaje raczej surowy wymiar duchowych i uczuciowych doznań bohaterów tej zimowej alegorii. Trzeba wziąć jednak pod uwagę realia ówczesnego świata pozbawionego zbawczego działania medykamentów co skutkowało wyjątkowo bezwzględny dany umieralności wśród najsłabszego ognia społeczeństwa, czyli dzieci. Nieobecność głębszych uczuć podkreślana wyraźnie przez artystę mogła być formą obrony przed drastycznymi doznaniem jakie zapewniała ludziom tamtych czasów wszechobecna śmierć. Jedynie dziecięce buzie dają się u Bruegela zaklasyfikować jako niedorośle, czego jednak nie zaakcentował autor w anatomii ciała. Brak tutaj charakterystycznych w późniejszych wiekach śladów idealizacji, mimo iż autor utrwalił ponad 250 postaci dziecięcych. Przywołując charakterystyczne wyliczanki i naśladowcze skłonności dzieci odzwierciedla życie dorosłych. Autor daleki jest jednak od etnograficznego studium, daje

nam raczej radę aby nie zakłócać hierarchii z góry ustalonych ról.

*„W życiu nie ma prób, od razu zaczyna się przedstawienie”*

#### Włodzimierz Tetmajer: „Wigilia na wsi”

Zwyczaj stawiania pustego nakrycia przy stole dla niespodziewanego gościa oddanego w lodowaty uścisk zimy potwierdza staropolską gościnność. Wizja Tetmajera jest komparatywnym ale jakże prymitywistycznym oddaniem takiego obyczaju. W wizji tego artysty na wieczerzę zaproszone zostają wilki w celu pozyskania sobie ich przychylności. Ludowe wierzenia zakładały stałą ingerencję sił natury skierowanej przeciw człowiekowi w wypadku nie dopełnienia przez niego odpowiednich rytuałów. Każdy mieszkaniec wiejskiego obejścia partycypuje przecież w odpowiedzialnej polityce osłony okolicznych dobytków.

Ten niezwykle ważny okres przygotowań, skupienia zamyka autor we wnętrzu chłopskiej chaty. Nakazy, zakazy, stosowane normy mogły znacząco wpłynąć na przyszłe funkcjonowanie i pomyślność życia rodziny, a nawet dobro całego gospodarstwa w nadchodzącym roku. Ciepło płynące z barw stosowanych przez autora tej niebywale ciepłej sceny podkreśla niezwykle wymowna bliskość wręcz namacalna dla widza, uwieczniona jako zapis sielskiej atmosfery Bożego Narodzenia. Nie wielka izba mieści sporą rodzinę gromadzącą się przy stole na znak radości z przyjścia na świat Zbawiciela. Podobnie jak on otacza się aurą tajemnicy, a zarazem prostymi symbolicznymi emblematami. Wyściełany sianem wigilijny stół zapełniają powoli symboliczne potrawy. Postacią hierarchizującą jest osoba matki z rąk której zgromadzeni na wieczerzy krewni przyjmą tradycyjną kutię. Przez jednostajne nasycenie, a zarazem jednolite traktowanie detali uznaje autor wszystkie postacie za równie ważne. Kompozycja choć wielopostaciowa utrwala zapis rodzinnej uroczystości z jasno utwalonym podziałem ról skupionych wokół wieczerzy domowników. System patriarchalny zdaje się potwierdzać postać mężczyzny ledwie mieszczącego się w kadrze tej sceny, jednocześnie wskazują-

cego na swoją osobę jako centralną. Rozpoczyna on uroczystość symbolicznym gestem podjęcia pierwszego kęsa wieczerzy. Autor ujawnia się jako bezstronny kronikarz prostego, wiejskiego życia w prawdziwej czystej formie oddziałującej staropolskie obyczaje.

Na ścianach wnikliwy obserwator dojrzy typowe dekoracje ludowe i wytwory rękodzieła, potwierdzające, iż prawdziwy Chrystus żyje w ubogiej chacie rolnika, a nie otoczony miejskim przepychem i dostatkiem pańskiego stołu. Zima w tej wizji artysty zamyka swoich bohaterów wewnątrz prostej wiejskiej chaty, dając jednocześnie powód do bliskich spontanicznych wyznań podczas rodzinnego spotkania. Utrwalając motyw hermetyzacji zimy gloryfikuje jej moc sprawczą niczym wszechogarniającej boginii. Przy całym dokumentaryzmie i wierności realiom malarstwo to ma swoisty warsztat i modus kolorystyczny, będący konwencją stylistyczną tak silną, że zakamuflowany, ukryty pejzaż rozpoznajemy od pierwszego rzutu oka. Zimny pejzaż czyhający na ludzką słabość tuż za przesłoną okien tego prostego domostwa wyodrębnia i pogłębia poczucie wewnętrznego skupienia i ciepła tej nadwyraz podniosłej sceny. Stąd też możemy wysnuć jasny wniosek o sennym namaszczeniu tego zjawiskowego....

Ambicją autora nie jest zatem dowodzenie rozpiętości swego talentu, ale raczej wyluszczenie sedna archetypicznych emocji zapisanych w toposie o ludzkim przypisaniu do ziemi. Liryzm wiejskiej chaty oto wyzwanie jakie podejmuje ten niedościgły obserwator ludzkiej egzystencji. Zapach świątecznej potrawy, choć pośrednio jednak oddaje za pomocą nieuchwytnego nastroju. Subtelne odcienie wprowadzają widza w strój mistycznej nostalgii. Cała izba tchnie skupieniem i atencją wobec chwili przyjścia zbawiciela. Postawa i gesty postaci świadczą jednoznacznie o wirtuozerii przedstawienia artysty. Autor zachowuje swą niezależność, pogoń za wolnością wypowiedzi traktuje na równi z estetycznym wyborem. Jest malarzem zatopionym w sielskich ideałach traktując sztukę jako rzecz arcykonkretną. Zmiany jakie zaszły wewnątrz jego osobowości dają się zaklasyfikować jako determinujące jego źródło poznania prawdy wiary. Nie wystawia na publiczny widok swej osobowości jednocześnie daje się zaklasyfikować jako obserwator wewnętrznego głosu. Kunsztowne formy wykończone zdecydowanymi pociągnięciami pędzla kończą frazę, dopracowując detale tak jak czynią to wielcy mistrzowie. Autor zawiesza atmosferę podniosłej sceny wigilijnej na czas oddania kolorytu sceny. Zgodnie z zasadą opozycji obranej przez Tetmajera elementy niezwykle doniosłej sceny łączą się w linearną całość z prostotą wiejskiej chaty. Monochromatyczność barw utrwala jednoznacznie niezaprzeczalne ciepło tej wyjątkowej chwili zbliżenia uczestników misterium. Jest to wizja wewnętrznym spójna i zniewalająca: można określić ją „atmosferyczną”, ale wyłącznie posługując się figurą symbolu.

*mgr Joanna Hladoń-Wiącek jest pracownikiem Biblioteki Medycznej*



Wigilia na wsi, kartka świąteczna według obrazu Włodzimierza Tetmajera, K. i K. Braun: Boże Narodzenie w sztuce polskiej, Edipresse, Warszawa 2007, s. 45



# Niezależna informacja o leku

Anna Uryga, Ewa Zygałdo

## Informacja o leku w świetle trzech wybranych dokumentów

W gąszczu artykułów zamieszczonych w polskiej i międzynarodowej prasie medycznej wielką trudność sprawia wybranie najważniejszych i kluczowych materiałów, które definiowałyby pojęcie niezależnej informacji o leku i omawiałyby wszystkie aspekty tego zagadnienia. Mając do dyspozycji bogaty materiał źródłowy zebrany w trakcie badań tejże problematyki postanawiamy odnieść się do trzech przykładów tj.: sprawozdania Komisji Wspólnot Europejskich informującego Parlament i Radę Europejską o bieżącej praktyce w zakresie dostępności pacjentów do informacji dotyczących produktów leczniczych, materiału Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie promowania racjonalnego używania leków oraz raportu francuskich inspektorów do spraw społecznych a propos kształtowania się bieżącej informacji na temat leków wśród lekarzy ogólnych.

Pierwszy z tych dokumentów zwraca uwagę na konieczność wdrożenia strategii informacyjnej, mającej na celu zapewnienie jakościowej, obiektywnej, wiarygodnej i nie mającej charakteru promocyjnego informacji na temat leków oraz podnosi kwestię wiarygodności źródeł informacji. W oparciu o uzyskaną od krajów członkowskich UE wiedzę, raport stawia następujące tezy:

- dokładne informacje o lekach dostępne są z wielu źródeł, przekazują je między innymi lekarze, farmaceuci, przedsiębiorstwa farmaceutyczne, organy regulujące sprawy lekowe, organizacje zawodowe i naukowe zajmujące się problematyką zdrowia oraz grupy pacjentów i konsumentów. W celu zdobycia informacji pacjenci mogą także korzystać z bibliotek, biuletynów informacyjnych i innych źródeł informacji online.
- państwa członkowskie różnią się najbardziej rodzajem informacji jaka może być lub jest udostępniana społeczeństwu przez Internet. Niektóre kraje wprowadzają bardziej surowe zasady, podczas gdy inne zezwalają na udostępnianie większej ilości informacji w Internecie. Chodzi przede wszystkim o to, że tylko w niektórych państwach udostępniana jest szczegółowa (gwarantująca większą przejrzystość) informacja o produktach wraz z całym kontekstem dotyczącym wskazówek terapeutycznych, informacja porównawcza odnosząca się do skuteczności działania, streszczenia charakterystyki produktu, sprawozdań dopuszczenia do obrotu włącznie z informacją o cenach.

Analizowany dokument mówi również o tym, że obywatele Unii Europejskiej mają nierówny dostęp do informacji o lekach. Dostęp ten zależy nie tylko od warunków eko-

nomicznych, tradycji danego państwa członkowskiego i prowadzonej polityki, ale również od innych czynników, takich jak kompetencje informacyjne, umiejętności techniczne, znajomość języków obcych. W skład tego wchodzi też dochody i wiek oraz od tego, czy informacje są kompletne i faktycznie możliwe do odnalezienia. Z jednej strony brak pełnej wiedzy o leku i brak umiejętności w zdobywaniu wiarygodnej informacji przez pracowników ochrony zdrowia może prowadzić do nieświadomych wyborów, które skutkują spóźnionym diagnozowaniem lub nietrafnością podjętych terapii. Z drugiej strony brak standardów jakości w odniesieniu do danych przekazywanych pacjentom, zwiększa ryzyko powstawania nieprawidłowej, wprowadzającej w błąd lub mylącej informacji, stwarzającej zagrożenie dla ich zdrowia.

Zdaniem ekspertów najlepsze praktyki stosowane w państwach członkowskich wykazują te platformy informacyjne w Internecie i w wersji papierowej, które łączą i wiążą specyficzne informacje o lekach z pokrewnymi dziedzinami, a więc informacje o chorobach z możliwościami diagnostycznymi oraz z alternatywnymi i różnorodnymi formami leczenia. Praktyki te mają na celu zarówno edukację pacjentów jak i szkolenie pracowników służby zdrowia w wyszukiwaniu i preparowaniu wiarygodnej informacji. Na tych przesłankach zasadza się idea niezależnej informacji o leku.

Drugi przywołany dokument mówi z kolei o tym, że informacja o leku, którą lekarz otrzymuje podczas wizyty reprezentanta firmy farmaceutycznej nie jest bezstronna, i że konieczne jest odpowiednie dostarczanie niezależnej informacji, która powinna pochodzić ze specjalistycznych ośrodków informacji o leku i/lub biuletynów farmaceutycznych. Te dwie upoważnione platformy informacyjne są najczęściej zorganizowane w łonie instytucji rządowych, szpitali uniwersyteckich

lub organizacji pozarządowych i działają pod nadzorem lekarzy, farmaceutów oraz innych profesjonalistów związanych z ochroną zdrowia. Organizator ośrodka informacji o leku lub biuletynu nie może pozostawać pod naciskiem sił zewnętrznych i ulegać konfliktowi interesów (zwłaszcza finansowych), a po drugie powinien kierować się zasadami medycyny opartej na dowodach (Evidence Based Medicine [EBM]) i przejrzystym wnioskowaniem w formułowanych rekomendacjach.

Trzeci materiał - raport francuskich inspektorów do spraw społecznych z 2007 roku - ukazuje kontekst kształtowania się bieżącej informacji na temat leków wśród lekarzy ogólnych, poczynawszy od analizy oczekiwań i zachowań informacyjnych, umiejętności gromadzenia i wyszukiwania potrzebnej wiedzy oraz wpływu tej zdobytej wiedzy na praktykę i aktywność zawodową. Z tego obszernego raportu jasno wynika, że pomimo wszechobecności Internetu i łatwego dostępu do niezliczonych źródeł informacyjnych ogromną trudnością dla lekarzy jest odpowiednie zorganizowanie i zhierarchizowanie wiedzy na temat leków. Wraz z wrażeniem nadmiaru informacji koegzystuje w coraz większym stopniu poczucie, że informacja dostarczana przez firmy farmaceutyczne nie jest w pełni wiarygodna. Mając tego świadomość korporacje zawodowe działające w sektorze zdrowia publicznego poszukują takich rozwiązań, które przyniosą lekarzom wsparcie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Wsparciem tym jest jasna, syntetyczna, zaadaptowana do wymagań codziennej praktyki zawodowej informacja dostarczana przez serwisy niezależnej informacji o leku.

Podsumowując, chcemy posłużyć się trzema przygotowanymi slajdami, które nie tylko obrazują istotne aspekty niezależnej informacji o leku, ale też otwierają perspektywy naszej dalszej dyskusji:



Anna Uryga i Ewa Zygałdo

**Krótką historią kształtowania się niezależnej informacji o leku, w szczególności na przykładzie Stanów Zjednoczonych, Francji i Wielkiej Brytanii.**

Sama idea niezależnej informacji o leku narodziła się w Stanach Zjednoczonych. Pierwsze oficjalne centrum informacji o leku zostało utworzone w 1962 roku, w szpitalu uniwersyteckim w Kentucky. Od tego czasu – przy dużym wsparciu organizacji pozarządowej American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) – ilość serwisów zaczęła stopniowo wzrastać i koncepcja ta, według danych z 1980 roku, znalazła zastosowanie w 96 ośrodkach. Aktualnie sieć obejmuje 103 ośrodki, z których najważniejsze sytuują się w Bostonie, Baltimore oraz Chapel Hill, Hartford i San Antonio. Od 1974 roku jest również rozwijany ekspercki system wspierania decyzji klinicznych i wspomagania informacji o leku Micromedex, który zawiera różnorodne powiązane ze sobą bazy danych z zakresu wielu dziedzin medycyny-farmaceutycznych.

W stosunku do Stanów Zjednoczonych rozwój ośrodków informacji o leku w Europie jest co prawda opóźniony o prawie 10 lat, ale idea ta dzięki doświadczeniom amerykańskim nabrała w wielu krajach europejskich szczególnie ważnego wymiaru i obrosła wieloma standardami dotyczącymi jakości funkcjonowania tych serwisów.

We Francji w połowie lat 70. ubiegłego wieku, gdy w wyniku stopniowych reform, które miały na celu kontrolę wydatków publicznych, system opieki zdrowotnej ulegał znaczącym przekształceniom, zbudowane zostały pierwsze rozproszone i nieformalne serwisy informacji o leku, które w łonie różnorodnych organizacji zaczęły wykonywać usługi w oparciu o inicjatywy indywidualne lub zespołowe (przykładem są odwiedzane przez nas ośrodki takie jak Centre Regional d'Information sur le Medicament (CRIM) CHRU de PONTCHAILLOU w Rennes czy Centre de Documentation Médico-Pharmaceutique de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux w Paryżu). W 1979 roku zostały utworzone 3 niezależne czasopisma przeznaczone dla różnych kręgów czytelniczych: 1) „La Revue Prescrire” dla lekarzy ogólnych (obecnie czasopismo wysoko cenione w dostarczaniu obiektywnej informacji o leku w oparciu o zasady EBM); 2) „Dossier du Centre National d'Information sur les Medicaments Hospitaliers” dla farmaceutów szpitalnych (obecnie specjalizujące się w wydawaniu bazy danych interakcji lekových Theriaque); 3) Francuski odpowiednik „The Medical Letter” (periodyk dzisiaj już nieistniejący) dla lekarzy praktykujących w szpitalu. W tym samym roku powstała również sieć 16 centrów monitorowania leków, których głównym zadaniem było sporządzanie analiz porównawczych na temat ubocznych skutków działania leków. Od tego czasu stopniowo zaczęły powstawać takie bazy danych jak PHARMAT (informacja o sprzęcie medycznym), BIBLIOGRAPHIF

(bibliograficzna baza danych skupiona na problemach farmakologicznych i farmacji szpitalnej, dziś nieistniejąca, ale którą z powodzeniem zastępuje międzynarodowa baza EMBASE) oraz PHAST (serwis działający pod patronatem stowarzyszenia farmaceutów szpitalnych, który skierowany był na bezpłatne rozprowadzanie artykułów naukowych, aktualnie specjalizujący się w opracowywaniu standardów medycznych. Serwis ten grupuje producentów programów komputerowych, które wspomagają zarządzanie obiegiem leków w szpitalu). Wszystkie wymienione tutaj, działające do chwili obecnej, serwisy kierują się zasadą uniezależnienia od wszelkiego typu reklam oraz deklarują wiarygodną i wolną od nacisków zewnętrznych informację.

W Wielkiej Brytanii pierwsze ośrodki informacji o leku zaczęły powstawać w końcu lat 60. (Royal London Hospital oraz Leeds General Infirmary). Obecnie ich sieć obejmuje ponad 300 powiązanych ze sobą serwisów, które odpowiadają na potrzeby informacyjne wszystkich gałęzi sektora opieki zdrowotnej. Dużymi osiągnięciami z zakresu informacji o leku są zbiory reguł dotyczących polityki lekowej British National Formulary (baza danych wydawana pod patronatem British Medical Association i Royal Pharmaceutical Society of Great Britain) oraz baza danych PHARMLINE skupiająca - począwszy od 1978 roku - dorobek bibliograficzny i faktograficzny wszystkich brytyjskich ośrodków informacji o leku. Jednak sztanदारowym, rekomendowanym na całym świecie, źródłem niezależnej informacji o lekach pozostaje MARTINDALE, publikowany od ponad 120 lat przez Królewskie Towarzystwo Farmaceutyczne. To również w Wielkiej Brytanii, z początkiem lat 90. ubiegłego wieku, narodziła się idea niezależnej międzynarodowej współpracy Cochrane Collaboration, której celem jest ułatwianie podejmowania świadomych i trafnych decyzji dotyczących postępowania medycznego. Poprzez opracowywanie dowodów w oparciu o zasady medycyny opartej na faktach (EBM) na bazie prymarnych źródeł informacji (artykułów oryginalnych przedstawiających rezultaty randomizowanych badań klinicznych) organizacja ta przygotowuje przeglądy systematyczne i metaanalizy, które następnie publikowane są w bazie „The Cochrane Library”.

Według aktualnego Międzynarodowego Rejestru Ośrodków Informacji o Leku sieć ta umiejscowiła się w 53 krajach świata. Wśród nich, w ramach Europy Środkowo-Wschodniej wymienić należy takie kraje jak: Czechy, Litwa, Mołdawia, Rosja i Słowacja. Z kolei Biuletyny Farmaceutyczne, wskazane przez Światową Organizację Zdrowia jako ważne medium niezależnej informacji o leku i zrzeszone w International Society of Drug Bulletins (ISDB) wydawane są przez 40 krajów. Sieć obejmuje aktualnie 80 tytułów, tylko 7 z nich (po jednym na kraj) publikowanych jest w następujących krajach Europy Środkowo-Wschodniej: Czechach, Chorwacji, Estonii, Łotwie, Gruzji, Mołdawii i Słowenii.

Znaczący wpływ na kształt informacji o leku miał – nabierający rozpędu od początku lat 90. XX wieku - rozwój nowych technologii informatycznych. Epoka cyfrowa przyniosła w tej dziedzinie szerokie otwarcie dostępu do zgromadzonych zasobów wiedzy, powiększenie liczby nowych źródeł referencyjnych oraz rozpowszechnienie różnorodnych form komunikacji, które angażują w sposób bardziej interaktywny wszystkie prawie grupy społeczne, zawodowe oraz instytucje. Zjawisko to wyznacza nowe perspektywy i rodzi kolejne wyzwania, tak w sferze lokalnej, regionalnej, narodowej jak i globalnej. Wśród wielu działań podejmowanych w zakresie rozwoju europejskiego jak i międzynarodowego programu e-Health należy zwrócić uwagę na serwisy informacji o leku, które mogą służyć wsparciem dla specjalistów i pacjentów na całym świecie i być wzorem do naśladowania w innej skali. Do nich należą min.:

U.S. Food and Drug Administration  
UK Medicines Information website  
Clinical Knowledge Summaries  
eMC - Electronic Medicines Compendium jako przykład partnerstwa publiczno-prywatnego  
WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology  
Drug Information Leaflets  
Flockhart DA. Drug Interactions: Cytochrome P450 Drug Interaction Table. Indiana University School of Medicine (2007)  
Centers for Disease Control and Prevention

To właśnie rozprzestrzenianie się e-zdrowia za pośrednictwem narzędzi informatycznych i zdobywanie doświadczeń w poszukiwaniu informacji online stworzyło nową jakość w podejściu do niezależnej informacji o leku. Im większa powódź informacji płynącej z różnorodnych kanałów komunikacyjnych, tym częściej podnosi się potrzebę segregowania i przesiewania strumieni informacyjnych oraz oceny wiarygodności wiedzy, która trafia do wszystkich sfer i płaszczyzn funkcjonowania społeczeństw. Wydaje się więc, że tego typu zabiegi będą umacniać wartość serwisów niezależnej informacji o leku i stanowić o co raz większej specjalizacji tego nurtu.

**Dodatkowe aspekty kryjące się pod pojęciem niezależnej informacji o leku**

W kształtowaniu się niezależnej informacji o leku znaczącą i dominującą rolę zawsze odgrywali lekarze i farmaceuci. Świadomi byli oni faktu, że ich wkład merytoryczny i zaangażowanie w to dzieło przyniesie z czasem lepszą jakość usług opieki zdrowotnej.

Podejmując wyzwania związane z budową serwisów niezależnej informacji mieli oni silne przekonanie, że preparowaniu wiarygodnej informacji zawsze będzie towarzyszyć konieczność sięgania po referencyjne źródła informacyjne. Stąd wszystkie inicjatywy łączyły się poniekąd z próbami utworzenia wokół tych serwisów trwałego zaplecza bibliotecznego oraz rozwijaniem i pielęgnowaniem dobrych relacji z bibliotekarzami medycznymi,



których umiejętności miały kapitalne dla nich znaczenie.

Sztuka wyboru źródeł referencyjnych i interpretacja informacji w nich zawartych to również istotny aspekt, który kryje w sobie konieczność dobrej znajomości metod organizacji, indeksacji i identyfikacji źródeł literaturowych oraz opanowania umiejętności w stosowaniu różnorodnych technik i strategii wyszukiwawczych. Systematyczne przeglądy literatury prymarnej i zasobów przetworzonej informacji w postaci syntez, metaanaliz i raportów, bieżące czytelnictwo prasy medycznej, włącznie z kartkowaniem najważniejszych pozycji, aktywne konsultowanie baz danych, a następnie docieranie do pełnych tekstów źródłowych oraz ocena jakości metodologicznej każdej publikacji niosą w sobie ogromny ładunek czasu potrzebnego na wybór informacji użytecznej (nierazko fragmentarycznej i wyrwanej z całego kontekstu). Specjaliści od informacji o leku muszą więc rozwijać umiejętności krytycznego podejścia do zagadnień zawartych w lekturze piśmiennictwa tzn. poprawnej dedukcji i interpretacji informacji faktograficznej, identyfikacji i rozróżnienia argumentów słabo umocowanych w praktyce, od tych które mocno potwierdzają wnioski płynące z badań. Ta wiedza przekłada się następnie w świadczenie usług pozwalających adekwatnie i kompetentnie odpowiadać na potrzeby informacyjne związane z lekiem.

#### Stan informacji o leku w polskiej perspektywie

Od kilku lat na łamach medycznych czasopism naukowych i zawodowych toczy się dyskusja na temat polityki lekowej państwa oraz efektów jej wdrażania w latach 2004-2008. Istotnym mottem dokumentów publikowanych z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia jest deklaracja strony rządowej, że polityka lekowa ma zapewnić pacjentom dostęp do rzetelnej informacji i optymalną farmakoterapię. Warto przyrzeć się deklaratywnym zobowiązaniom Państwa w zakresie dostępności informacji naukowej o lekach, zarówno dla specjalistów ze środowiska medycznego, jak i dla samych pacjentów.

a) Podstawowymi źródłami informacji o leku w Polsce są:

- wykaz produktów leczniczych prowadzony zgodnie z delegacją ustawową przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, wydawany w dzienniku urzędowym Ministerstwa Zdrowia co najmniej raz w roku;
- wydawane przez Urząd biuletyny zawierające informacje o nowych produktach, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu;
- Charakterystyki Produktu Leczniczego, dostępne również z poziomu portalu internetowego;
- Informator o lekach dostępny na stronach Ministerstwa Zdrowia, który daje obok wielu innych zagadnień możliwość wy-

szukiwania interakcji między lekami;

- Wykaz produktów leczniczych zarejestrowanych centralnie oraz informacje o tych produktach, które są publikowane na stronach Europejskiej Agencji Leków i prezentowane również w języku polskim.

b) Środowisko medyczne powinno posiadać dostęp do obiektywnej wiedzy, aby podejmować decyzje kliniczne w oparciu o źródła rzetelnej informacji. Decyzję o zakupie międzynarodowej bazy „The Cochrane Library” w postaci licencji narodowego dostępu online Ministerstwo Zdrowia podjęło pod koniec 2006 roku. Licencja ta umożliwia nieograniczony i nieodpłatny dostęp do bazy dla każdego obywatela Polski za pośrednictwem portalu internetowego Agencji Oceny Technologii Medycznych. Corocznie wznawiana licencja na narodowy dostęp do bazy Cochrane Library w Polsce jest finansowana ze środków publicznych dzięki decyzji Ministra Zdrowia. Ponadto od wielu miesięcy dostępna jest również faktograficzna baza z zakresu medycyny opartej na dowodach naukowych „Dynamed”, która jest pomocą przy podejmowaniu decyzji klinicznych.

c) Dodatkowo, zgodnie z zaleceniami Unii Europejskiej i przed uruchomieniem w Polsce funduszy strukturalnych powstał ważny i strategiczny dokument rządowy p.t.: „Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013”. W oparciu o zarysowane priorytety firma Kamssoft podjęła się budowy portalu internetowego OSOZ - Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia z programem informacyjnym o nazwie: W Trosce o Zdrowsze Społeczeństwo.

Mając na uwadze działania polskiego rządu na rzecz rozwoju informacji o leku należy również przybliżyć i te aktywności, którym patronują inne podmioty. Wśród najważniejszych platform informacji o leku na uwagę zasługują następujące serwisy:

Indeks Leków Medycyny Praktycznej – baza leków redagowana przez duży zespół redakcyjny, dostępna dla środowiska medycznego i farmaceutycznego po uprzednim zarejestrowaniu się. Portal firmy Wydawnictwo Medycyna Praktyczna patronuje wielu działaniom na rzecz rozwoju medycyny opartej na dowodach (EBM);

Pharmindeks – system fachowej informacji o lekach wydawany w formie cyklicznych publikacji, dostępny także online, po zarejestrowaniu, wyłącznie dla subskrybentów drukowanych wersji. Publikacje wydawane przez firmę CMP Medica Poland powstają we współpracy ze wszystkimi producentami farmaceutycznymi w oparciu o oficjalnie zarejestrowaną informację o lekach;

Leki Współczesnej Terapii – wydawnictwo w formie drukowanej, pod redakcją J. K. Podlewskiego i A. Chwalibogowskiej-Podlewskiej, które od ponad pół wieku jest obecne w praktyce lekarskiej i farmaceutycznej. Jest rodzajem encyklopedii substancji czynnych stosowanych w lecznictwie;

Indeks Leków Centrum Informacji o Leku – baza stanowi składnik serwisu informacji online, który od 2006 roku tworzony jest przez firmę Innopharm z siedzibą we Wrocławiu. Baza rozwija się stopniowo, zawiera charakterystyki produktu leczniczego i/lub ulotki o leku, indeks suplementów diety, informacje dotyczące bezpieczeństwa leków itp. Istotną częścią serwisu jest usługa „Zapytaj o swoje leki” przeznaczona zarówno dla pacjentów jak i dla środowiska opieki zdrowotnej.

Bazył - farmaceutyczna baza rejestrująca dane handlowe produktów leczniczych, wyrobów medycznych, kosmetyków oraz preparatów dietetycznych, która powstała z inicjatywy firmy IMS w 1992 roku i tworzona jest we współpracy z aptekami, hurtowniami farmaceutycznymi oraz producentami produktów.

Baza Leków i Środków Ochrony Zdrowia KS-BLOZ – serwis rozwijany od 1993 roku przez firmę Kamssoft. Baza zawiera uporządkowaną informację o lekach i środkach ochrony zdrowia dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym. Zapewnia automatyczną wymianę informacji pomiędzy aptekami, hurtowniami, importerami, producentami leków oraz Narodowym Funduszem Zdrowia i lekarzami. Jest najbardziej aktualnym wykazem leków i różnych środków farmaceutycznych obecnych w danej chwili na polskim rynku.

Lekowy Informator Pacjenta - Informator powstały w ramach internetowego portalu OSOZ. Zawiera bazę o lekach aktualnie refundowanych, moduł interakcji lekowych, wyszukiwarkę nazw handlowych leków dostępnych w Polsce oraz bazę leków unikalnych i na ratunek, ułatwiającą wymianę informacji na temat trudno dostępnych leków i preparatów.

W Polsce istnieje również wiele czasopism medyczno-farmaceutycznych poruszających zagadnienia związane z informacją o leku. Wśród nich należy wymienić szczególnie te, specjalizujące się w omawianym zagadnieniu tj.: czasopismo *Terapia i Leki* wydawane przez firmę OINPHARMA (której korzenie sięgają lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku, kiedy to powstał Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa” zajmujący się informacją naukową o lekach głównie produkowanych przez krajowy przemysł farmaceutyczny), czasopismo *Terapia* wydawane przez *Warsaw Voice* oraz czasopismo *Lek w Polsce*, którego właścicielem jest Wydawnictwo *Medyk*. Żadne z polskich periodyków nie ma jednak statusu czasopisma niezależnej informacji o leku zrzeszonego w ISDB.

Informacja o lekach, która została opublikowana w polskim piśmiennictwie naukowym i/lub popularno-naukowym jest z kolei rejestrowana, indeksowana i dostępna poprzez serwisy bibliograficzne: Polską Bibliografię Lekarską oraz uzupełniające ją bibliografie dorobku naukowego pracowników polskich uczelni. Dzięki tym serwisom, za

pośrednictwem medycznych bibliotek naukowych możliwe jest dotarcie do konkretnych artykułów źródłowych, jednak dość rzadko spotykanych w pełnych tekstach online.

Jeśli chodzi zaś o charakterystyki produktów leczniczych oraz ulotki dla pacjentów to coraz częściej można je też znaleźć na stronach firm farmaceutycznych, co z punktu widzenia informacji o leku ma bardzo istotne znaczenie.

Należy również podkreślić, że na obecnym etapie naukowe biblioteki medyczne w Polsce oferują dla swoich użytkowników (kadrze naukowo-dydaktycznej, studentom oraz wszystkim innym osobom korzystającym z zasobów na miejscu) bogactwo serwisów informacji naukowej. Większość z nich dostępna jest za pośrednictwem bibliotecznych portali internetowych, w tym część objęta pewnymi ograniczeniami licencyjnymi. I tak np. w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego na koniec 2007 roku dostępnych było 408 tytułów czasopism polskich oraz 149 tytułów czasopism zagranicznych w wersji drukowanej, ponad 5,5 tysiąca czasopism światowego piśmiennictwa biomedycznego w wersji online, 14 baz danych online oraz imponująca kolekcja podręczników i monografii referencyjnych, która stanowi dorobek gromadzenia księgozbioru od prawie 200 lat. Rocznie każda z polskich uczelni medycznych przeznaczają kwotę ponad 1,5 miliona PLN na zakup źródeł informacji naukowej, co wydaje się ciągle niewystarczającą praktyką w odniesieniu do zapotrzebowań informacyjnych i w porównaniu z wydatkami na ten cel innych, podobnych instytucji na świecie. Dla porównania warto zauważyć, że specjalizująca się w informacji o leku organizacja „Association Mieux Prescrire” w roku 2007 zakupiła licencje dostępu do baz danych i innych źródeł informacji na kwotę ~598 tys. Euro (tj. ponad 2 mln PLN).

Z naszych obserwacji i badań wynika, że wiedza skumulowana w źródłach informacji dostępnych w Polsce jest bardziej rozproszona, niż w innych krajach. Brakuje rzetelnych i aktualnych kompendiów omawiających to zagadnienie w języku polskim, przewodników zestawiających i hierarchizujących zasoby informacji o leku w odniesieniu do międzynarodowej płaszczyzny oraz systemów ułatwiających nawigowanie po tym narodowym i globalnym oceanie informacji. Tym bardziej podniesienie kwestii umiejętności przeszukiwania źródeł informacyjnych, jak i oceny ich wiarygodności, adekwatności oraz bieżącej aktualności wymaga na gruncie polskim połączenia wielu wysiłków, szczególnie organizacyjnych, edukacyjnych i szkoleniowych. W świetle aktywności innych krajów, konieczne są również zdecydowane działania na rzecz wspierania rozwoju wielodyscyplinarnych przedsięwzięć służących budowie niezależnej informacji o leku.

Na tym tle szczególnego znaczenia nabierają misje i zadania instytucji, organizacji i firm, które podejmują różnorodne wysiłki na rzecz polepszania funkcjonowania opieki zdrowotnej, zagospodarowując niektóre ob-

szary niezależnej informacji o leku w oparciu o zasady EBM. Wymienić tutaj należy:

- 4 regionalne ośrodki monitorowania działań niepożądanych, których zadania szczególnie dobrze zdefiniował Regionalny Ośrodek Monitorowania Działań Niepożądanych Leków Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii CM UJ w Krakowie
- Ośrodki Informacji Toksykologicznej Agencję Oceny Technologii Medycznych Firmę HTA Consulting
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Polski Instytut Evidence Based Medicine

Obraz stanu informacji o leku w perspektywie polskiej powinny jeszcze dopełniać przykłady podejmowane przez lokalne ośrodki informacji o leku, działające przy szpitalach, uczelniach, stowarzyszeniach zawodowych i innych instytucjach publicznych. Ośrodki te bowiem mogłyby stać się ważnym ogniwem w łączeniu naukowej informacji o leku z praktyką zawodową: nie tylko prowadząc serwis odpowiedzi na pytania zadawane przez specjalistów opieki zdrowotnej i pacjentów, ale uczestnicząc w wydawaniu biuletynów niezależnej informacji o leku, w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy i farmaceutów, przygotowywaniu eksperckich analiz kosztów i korzyści farmakoterapii. Często podejmują się tych zadań lekarze i farmaceuci pracujący w placówkach prywatnych i publicznych w ramach np. szpitalnych komitetów terapeutycznych, wewnętrznych spotkań szkoleniowych oraz konsultacji z pacjentami. Wiele z takich działań nie ma jednak charakteru sformalizowanego, jest wykonywane przy okazji innych czynności zawodowych, często bez wsparcia o aktualne bazy wiedzy oparte o referencyjne źródła informacji naukowej czy też bez wsparcia osób wyspecjalizowanych w naukowej informacji medycznej.

#### Centrum Informacji o Leku we Wrocławiu - dwa lata doświadczeń

Serwis informacji online powstał w listopadzie 2006 roku jako owoc doświadczeń i kontaktów z innymi ośrodkami informacji o leku w Europie i w Stanach Zjednoczonych oraz jako odpowiedź na zapotrzebowanie na tego typu usługi ze strony polskiego środowiska farmaceutycznego i medycznego oraz pacjentów. Serwis Centrum Informacji o Leku dysponuje obecnie zespołem czterech specjalistów: jest to 2 farmaceutów i 2 współpracujących lekarzy. Materiały zawarte w serwisie pochodzą z międzynarodowych rządowych agencji leków oraz instytucji naukowo-szkoleniowych. Prawa autorskie do tych materiałów zostały oficjalnie udostępnione przez te instytucje do wykorzystania przez C.I.L. w języku polskim.

Serwis składa się z wielu modułów m.in.: indeksu leków, indeksu suplementów diety, usługi „zapytaj o swoje leki”, materiałów zawierających istotne informacje na temat stosowania leków oraz ogólnych informacji na temat interakcji

leków. Zawiera też wyselekcjonowane artykuły i porady przeznaczone z jednej strony dla pacjenta, a z drugiej dla specjalistów. W serwisie znajdziemy także słownik pojęć dotyczących leków oraz liczne odwołania do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Lekowego Informatora Pacjenta oraz decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego o lekach wstrzymanych lub wycofanych z obrotu zebranych w dziale „Bezpieczeństwo leków”. Aktywne jest również forum, w ramach którego zarejestrowanych jest obecnie ok. 100 użytkowników. W całym serwisie zarejestrowanych jest ponad 1200 osób, z czego 60% stanowią pacjenci, a 40% głównie farmaceuci i lekarze. Codziennie odwiedza serwis średnio ok. 2000 osób.

Serwis rozwija się w kierunku ułatwienia specjalistom dostępu do sprawdzonych i użytecznych informacji, a pacjentom pomaga w zrozumieniu prowadzonej farmakoterapii. Nadrzędnym celem serwisu jest skupianie wokół tematyki związanej z lekiem różnych grup zawodowych działających w sektorze opieki zdrowotnej oraz grup pacjenckich. Ważna dla CIL-u jest także edukacja tych grup w zakresie szeroko pojętej informacji o leku i komunikacji.

Po blisko dwóch latach działalności w bazie CIL-u jest ponad 450 pytań zadanych przez użytkowników. Większość z tych pytań pochodzi od pacjentów (ok.80%), ale specjaliści też coraz częściej korzystają z tej możliwości, szczególnie w zakresie leków niezarejestrowanych w Polsce lub leków niedawno wprowadzonych na rynek. Ze wstępnej analizy wykonanej po roku działalności serwisu wynika, że najczęściej zadawane są pytania dotyczące ogólnych informacji na temat konkretnego leku, jego wskazań i dawkowania (50%). Na drugim miejscu plasują się pytania dotyczące bezpieczeństwa leku, czyli dotyczące działań niepożądanych i interakcji (ok.20%), a także stosowania leków w ciąży (ok.8%) oraz u niemowląt i dzieci (6%). Należy dodać, że pytania dotyczące bezpieczeństwa leków są stawiane coraz częściej i dynamika wzrostu tej grupy pytań jest największa. Najczęściej pojawiają się pytania związane z chorobami serca, depresją oraz dolegliwościami bólowymi występującymi w różnych jednostkach chorobowych (migreny, zwyrodnienia stawów, choroby nowotworowe). Część odpowiedzi na pytania jest publikowanych w serwisie, można więc na stronie CIL-u zapoznać się z wybranymi zagadnieniami i zobaczyć, że często wymagają one sprawdzenia kilku różnorodnych źródeł, zanim zostanie udzielona odpowiedź. Serwis posiada akredytację Health on The Net Foundation dla serwisów medycznych i zdrowotnych, co oznacza, że spełnia wymogi wiarygodności, przejrzystości, poufności oraz profesjonalizmu w dostarczaniu informacji na temat leków.

#### Konkluzje

1. W środowiskach związanych z opieką zdrowotną coraz powszechniejsze staje się



przekonanie, że dla poprawy opieki nad pacjentem konieczne jest skoordynowanie działań wszystkich zawodów związanych z tym sektorem. Każdy z nich może w istotny sposób przyczynić się do tej poprawy, wnosząc swoją specjalistyczną wiedzę i umiejętności. Dla zrealizowania tego celu wszyscy powinni opanować umiejętność wspólnej pracy w zespołach interdyscyplinarnych.

2. Zidentyfikowani w budowaniu zrębów niezależnej informacji o leku aktorzy: lekarze, farmaceuci, specjaliści informacji naukowej i informatycy powinni efektywnie realizować wspólne przedsięwzięcia w praktyce, co z kolei daje im szansę na doskonalenie i rozszerzanie swoich kompetencji. Od samych tych grup zależy: Czy znajdą pomysły na projekty i źródła wsparcia finansowego dla wspólnych inicjatyw? Czy odkryją w tych przedsięwzięciach jakieś korzyści? W wielu krajach tego typu współpraca przynosi konkretne rezultaty.
3. Działaniami umożliwiającymi poznanie wartości partnerów mogą być np. prace, których rezultatem są materiały i programy dydaktyczne do wykorzystywania w kształceniu przed- i podyplomowym oraz ustawicznym, organizowanym przez

różnorodne organizmy. Z punktu widzenia informacji o leku prace te skupione powinny być na metodach i technikach dokumentacyjnych, bibliograficznych, edytorskich oraz na metodologii prowadzenia badań naukowych. Ważne są zwłaszcza te projekty, które mogą być wykorzystane w edukacji na odległość.

4. Działania rządowe na rzecz finansowania bezpłatnego dostępu obywateli Rzeczypospolitej Polskiej do licencjonowanych medycznych baz danych w języku angielskim należy uznać za trwałą wartość. Liczba wzajemnie uzupełniających się baz danych objętych takim dofinansowaniem powinna być zdecydowanie powiększona, a dostęp do nich szerszy niż tylko środowisko uczelni medycznych. W tej sprawie ważna jest konsultacja z przedstawicielami naukowych bibliotek medycznych i szersza debata z udziałem zainteresowanych grup zawodowych. Należy również pracować nad strategią szybkiej cyfryzacji zasobów medycznej informacji naukowej. Platformy je udostępniające muszą być oparte o nowoczesne technologie informatyczne. Klarowna polityka w zakresie otwierania archiwów polskich czasopism medycznych w dostępie pełnotekstowym i wsparcie udzielane tym przedsięwzięciom

ze strony państwa powinny minimalizować różnorodne obawy wydawców i autorów prac naukowych. Szeroka promocja rezultatów związanych z rozszerzaniem zasobów i usług medycznej informacji naukowej przełamuje narosłe w Polsce przez kilkadziesiąt lat bariery i nawyki komunikacyjne.

5. Serwisy oparte na wiedzy (przesianej, aktualnej i kompetentnie zredagowanej), wyposażone w odpowiednie narzędzia technologiczne i szybko reagujące na potrzeby klientów muszą spełniać międzynarodowe standardy i budzić zaufanie co do poziomu ich wiarygodności, przejrzystości, poufności oraz profesjonalizmu. Nawiazywanie roboczych kontaktów zawodowych przy realizacji tych przedsięwzięć przez różne grupy działające w sektorze ochrony zdrowia oraz wzajemne poszanowanie posiadanej wiedzy i kompetencji jest nieuniknioną koniecznością.

*mgr Anna Uryga jest dyrektorem Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UJ, mgr Ewa Zygadło, farmaceuta, jest założycielem i współwłaścicielem Centrum Informacji o Leku*

*referat wygłoszony podczas XXVI Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych w Bydgoszczy w dniach 15-17.09.2008*

## Piąte Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii wraz z Warsztatami Brachyterapii Raka Stercza

*Janusz Tyloch, Zbigniew Wolski*

8 listopada 2008 roku odbyło się Piąte Ogólnopolskie Spotkanie Adeptów Urologii wraz z Warsztatami Brachyterapii Raka Stercza, zorganizowane przez Katedrę i Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum w Bydgoszczy przy współudziale Oddziału Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii. Spotkania Adeptów Urologii odbywają się cyklicznie, dwa razy do roku na przemian w Bydgoszczy i w Warszawie. Są formą przygotowań lekarzy specjalizujących się w urologii przed przystąpieniem do egzaminu specjalizacyjnego z urologii, który od 1999 roku jest egzaminem europejskim. Lekarze po zdaniu ogólnoeuropejskiego egzaminu testowego, który odbywa się w jednym dniu, o tym samym czasie w całej Europie, zdają egzamin ustny i otrzymują tytuł „Fellow of the European Board of Urology” (FEBU). Dyplomu tego nie trzeba nostryfikować w krajach całej Europy. Egzaminy te odbywają się jednego dnia w kilkunastu krajach Unii Europejskiej pod egidą Europejskiej Rady Urologii. Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej CM w Bydgoszczy jest jedną z czterech Klinik Urologii w Polsce, które posiadają certyfikat Europejskiej Rady Urologii, upoważniający do szkolenia adeptów urologii i przygotowywania do egzaminu europejskiego.

Spotkanie zorganizowane było pod patronatem prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. dr. hab. med. Marka

Sosnowskiego oraz dyrektora Centrum Onkologii w Bydgoszczy, senatora RP, dr. n. med. Zbigniewa Pawłowicza. W Piątym Spotkaniu Adeptów Urologii wzięło udział ponad 100 lekarzy, w tym 68 adeptów oraz profesorowie: M. Sosnowski – prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, R. Zdrojowy - kierownik Kliniki Urologii we Wrocławiu, T. Demkow - kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii w Warszawie, R. Makarewicz - kierownik Kliniki Onkologii i Brachyterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz Z. Wolski - kierownik Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy – organizator Spotkania.

O godzinie 9.00 rozpoczęły się, trwające do 11.00 Warsztaty Brachyterapii Raka Stercza. Warsztaty prowadzili wspólnie: prof. dr hab. med. Z. Wolski oraz prof. dr hab. R. Makarewicz. Zabieg brachyterapii raka stercza, transmitowany na salę za pomocą telewizji przemysłowej, wykonywał dr A. Wronczewski. Na ekranie monitora można było obserwować poszczególne etapy zabiegu. Profesorowie Wolski i Makarewicz, obecni na Sali wykładowej, komentowali oraz odpowiadali na pytania uczestników Warsztatów.

O godzinie 11.00 gości powitał i otworzył Spotkania Adeptów Urologii dr n. med. Zbigniew Pawłowicz, dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy, senator RP.



*Dyrektor Centrum Onkologii w Bydgoszczy, dr n. med. Zbigniew Pawłowicz, Senator RP w trakcie wystąpienia*



*Kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii w Warszawie, prof. dr hab. med. T. Demkow*



Zarząd Sekcji Adeptów Urologii PTU składa podziękowanie ustępującemu Opiekunowi Sekcji, Panu prof. R. Zdrojowemu



Prof. dr hab. med. Z. Wolski w trakcie otwarcia Piątego Spotkania Adeptów Urologii PTU



Prof. dr hab. med. R. Makarewicz w trakcie Warsztatów Brachyterapii HDR raka stercza



Kierownik Zakładu Pozytonowej Emisyjnej Tomografii, dr n. med. Bogusław Małkowski w trakcie wykładu

goszczy, organizator Spotkania, Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski.

Na wstępie Profesor powitał dyrektora Centrum Onkologii, dr n. med. Zbigniewa Pawłowicza oraz prof. dr hab. med. Jana Domaniewskiego, emerytowanego Rektora Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W imieniu Zarządu Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego uczestników Spotkania powitali dr M. Draczyński oraz dr J. Bagińska. Poinformowali Oni zebranych o wynikach wyborów nowego opiekuna Sekcji z ramienia Zarządu Głównego PTU. Nowym Opiekunem Sekcji został pan prof. Zbigniew Wolski. Zarząd

Sekcji złożył podziękowanie dotychczasowemu opiekunowi, panu prof. R. Zdrojowemu.

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

Część referatów Spotkania otworzyli Dyrektor Pawłowicz, prof. Zbigniew Wolski oraz dr n. med. B. Małkowski referatem pt. „Nowe możliwości diagnostyczne pozytonowej emisyjnej tomografii (PET) w urologii”.

Prof. Wolski przedstawił obecne wskazania do wykonywania badań PET w chorobach układu moczowego, szczególnie w chorobach nowotworowych układu moczowego.

Prof. T. Demkow- kierownik Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii w Warszawie wygłosił referat pt. „Nowotwory jądra”

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

Kolejne referaty wygłosili: dr n. med. T. Drewna z Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej w Bydgoszczy pt.: „Zapalenie śródmiąższowe pęcherza moczowego”, dr n. med. M. Zbrzeźniak z CMKP w Warszawie pt.: „Badanie urodynamiczne. Zasady wykonania, wskazania, interpretacja”, oraz dr n. med. R. Sosnowski z Centrum Onkologii w Warszawie pt.: „Historia urologii”. Po każdym z tych referatów odbyła się interaktywna ocena wiadomości uczestników sposobem opisanym powyżej.

Po zakończeniu części referatowej odbyło się Walne Zebranie Sekcji Adeptów Urologii, na którym odbyły się wybory nowego Zarządu. Przewodniczącym Zarządu Sekcji Adeptów Urologii Polskiego Towarzystwa Urologicznego został dr n. med. Łukasz Pokrywka, z Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej w Bydgoszczy.

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

*dr Janusz Tyloch jest satysfakcjonowany z Katedry i Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej kierowanej przez prof. dr hab. Zbigniewa Wolskiego*

## Sprawozdanie z konferencji muzykoterapeutycznej

Julita Suszyńska

Dnia 6 listopada br. w Auli AB Budyńku A (Prorektoratu), mieszczącym się przy ulicy Jagiellońskiej 13-15 w Bydgoszczy, odbyła się konferencja pod tytułem „Współliczenie mu-

zyką na Oddziale Kardiologii Inwazyjnej”. Uroczyste otwarcie konferencji dokonała Pani prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, Prorektor UMK ds. Collegium Medium, która

objęła też Patronat Honorowy Konferencji.

Konferencja rozpoczęła się o godzinie 16:00 wspólnym wykładem prof. dra hab.



Jacka Kubicy z Katedry i Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych i prof. UMK, dra hab. Wojciecha Pospiecha z Katedry i Zakładu Muzykoterapii Collegium Medium, pod tytułem „Wyniki badań podstawowych programów muzykoterapeutycznych podczas zabiegu kardiologii inwazyjnej”. Przedstawione wyniki badań i przede wszystkim cenne spostrzeżenia z codziennej praktyki zawodowej obu Panów Profesorów, ukazujące terapeutyczny wpływ muzyki na pacjenta kardiologicznego, stanowiły ciekawe źródło informacji dla słuchaczy. Ci dwaj specjaliści z, wydawałoby się dość odległych dziedzin, jakimi są muzyka i medycyna, połączyli swe siły w służbie człowieka i udowodnili, że muzyką można wspomagać leczenie nie tylko farmakologiczne, ale także chirurgiczne.

Następnie zgromadzeni na konferencji mieli możliwość wysłuchania referatów, które powstały w oparciu o badania do prac magisterskich, napisanych w Katedrze i Zakładzie Muzykoterapii. Jako pierwszą swą pracę po tytule „Przywracanie funkcji komunikacyjnych u pacjentów z uszkodzeniem mózgu o etiologii naczyniowej, urazowej i zwyrodnieniowej” przedstawiła mgr Patrycja Nocoń. Potem mgr Anna Nogaj zaprezentowała referat pt. „Muzykoterapia jako narzędzie w pracy terapeutycznej”. Obie Panie poza przedstawieniem wyników swoich badań, nawiązały do swej codziennej pracy z pacjentami, podzieliły się swoimi spostrzeżeniami i refleksjami na ten temat, co uczyniło ich wystąpienia jeszcze bardziej interesującymi. Po wystąpieniach profesorów Jacka Kubicy i Wojciecha Pospiecha oraz Patrycji Nocoń i Anny Nogaj oczywiście istniała możliwość zadawania pytań i dyskusji dotyczących poruszanych zagadnień. Niestety, nie wszyscy autorzy referatów mogli osobiście uczestniczyć w konferencji. I tak pracę mgr Małgorzaty Rybickiej pod tytułem „Muzykoterapia na oddziale ośrodka geriatryi pomostem w relaksacji, leczeniu i budowaniu pozytywnych emocji pacjentów” przedstawił mgr Adrian Miler, tegoroczny absolwent kierunku fizjoterapii na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK.

Referat mgr Marzeny Subocz zatytułowany „Zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi wynikającymi z pracy w służbach mundurowych a korzystającymi z zajęć muzykoterapeutycznych oraz ich subiektywna ocena celowości



Otwarcie Konferencji



Uczestnicy Konferencji

przeprowadzania terapii dźwiękiem w porównaniu do pacjentów uczestniczących w zajęciach kinezyterapii oddechowej” przedstawiła Julita Suszyńska, studentka piątego roku fizjoterapii i pierwszego roku położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK.

Jako ostatni przedstawiono referat pod tytułem „Wpływ form muzycznych na latencję snu”, również nieobecnej mgr Ewy Lewandowskiej. Zaprezentował go Andrzej Chęsy, student piątego roku fizjoterapii na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK. Wystąpienia były przeplatane krótkimi przerwami, podczas których zgromadzeni słuchali różnych utworów muzyki klasycznej.

Po wykładzie i referatach prof. Wojciech Pospiech zaprezentował swoje ogromne możliwości wokalne, wykonując na zakończenie trzy utwory. Po tym występie, około godziny

19:00 prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK, uroczystie zamknął konferencję. Następnie była chwila na kawę i herbatę.

Dosłownie „chwila”, bo już o 19:30 w Katedrze Bydgoskiej p.w. św. Marcina i Mikołaja przy ulicy Farnej 2 odbył się koncert „Cztery Pory Roku” Antonio Vivaldi Koncert Orkiestry Kameralnej pod dyrygenturą prof. Pawła Radzińskiego. Patronat Honorowy Koncertu objął ks. bp. dr Jan Tyrawa, Ordynariusz Diecezji Bydgoskiej. Podczas tego koncertu słuchacze mogli „na własnej skórze” doświadczyć dobroczynnego działania muzyki klasycznej na organizm człowieka. Na chwilę przenieść się do innego, lepszego świata i zapomnieć o pędzącym coraz szybciej życiu poza murami katedry...

*Julita Suszyńska jest studentką IV roku kierunku fizjoterapia*

## Leczenie chorób zakaźnych

Małgorzata Pawłowska

W dniach 18-20 września 2008 r. w Bydgoszczy odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, zatytułowana „Leczenie chorób zakaźnych”. Była to kolejna, dziewiąta już, Konferencja organizowana przez zespół Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK. Przebiegała pod honorowym patronatem Prorektora UMK ds. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Prof. dr

hab. med. Małgorzaty Tafil-Klawe.

Komitetowi Naukowemu w składzie: prof. dr hab. med. Ewa Bernatowska-Matuszkiewicz, prof. dr hab. med. Janusz Cianciara, prof. dr hab. med. Robert Flisiak, dr hab. med. Andrzej Horban, prof. dr hab. med. Jacek Juszczak, prof. dr hab. med. Roma Modrzewska, dr hab. med. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK, prof. dr hab. med. Danuta Prokopowicz, prof. dr

hab. med. Krzysztof Simon, prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński, przewodniczył prof. dr hab. med. Waldemar Halota.

Tematyka Konferencji oraz udział w niej wybitnych autorytetów zgromadziły na obradach ponad 300 uczestników. Program naukowy obejmował 5 sesji plenarnych oraz dwa panele ekspertów.

W pierwszym dniu Konferencji wygłoszono dwa wykłady inauguracyjne. Pierwszy,

zatytułowany „Swoistość-nieswoistość, a skuteczność-nieskuteczność obrony przed zakażeniem” wygłosił Profesor Jacek Juszczyk, przedstawiając zebrany materiał interakcji pomiędzy patogenami, a układem immunologicznym człowieka. W drugim, zatytułowanym „Rak wątrobowokomórkowy w praktyce klinicznej”, Profesor Janusz Cianciara przybliżył uczestnikom problem najbardziej powszechnego nowotworu wątroby.

Kolejny dzień Konferencji rozpoczęto sesją „Zakażenia meningokokowe”, przedstawiając aktualną sytuację epidemiologiczną zakażeń meningokokowych w Polsce, ich leczenie oraz profilaktykę. Dyskutowano czy słusznie obawiamy się „sepsy”? Następną sesję poświęcono zakażeniom cytomegalowiru-

sowym. Wykładowcy przedstawili zagadnienia cytomegalii wrodzonej, zakażenia CMV w hematologii i onkologii oraz ich znaczenie u pacjentów poddawanych przeszczepianiu wątroby. Podsumowaniem sesji był wykład omawiający profilaktykę zakażeń w stanach zaburzonej odporności. Kolejne, odrębne sesje, poświęcono zakażeniom układu pokarmowego oraz zakażeniom HIV/AIDS. W ostatniej sesji plenarnej przedstawiono kilka nowych leków, zwrócono uwagę na badania populacyjne, a także na rolę współpracy klinicysty i mikrobiologa.

W ostatnim dniu Konferencji odbyły się dwa panele ekspertów poświęcone leczeniu zakażeń HBV i HCV. Moderatorem pierwszego panelu był Profesor J. Juszczyk, drugiego

- Profesor W. Halota. Podczas dyskusji przedstawiono nowoczesną terapię tych zakażeń z uwzględnieniem strategii terapeutycznych nowych leków, czynników korzystnej prognozy, optymalizacji leczenia, oraz przeglądu aktualnych badań klinicznych. Podczas Konferencji odbyła się również sesja plakatowa, w której zaprezentowano 20 doniesień z całego kraju. Materiały z Konferencji zostaną wydrukowane na łamach Przeglądu Epidemiologicznego.

Spotkanie w Bydgoszczy potwierdziło aktualność zagadnień dotyczących zakażeń i chorób zakaźnych w wielu specjalnościach teoretycznych i klinicznych.

dr hab. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK była Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego Konferencji

## I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego



Członkowie zarządu PTPA



Dr n. med. Arkadiusz Migdalski „zasypywany” pytaniami podczas warsztatów; obok od lewej: Anna Piątkowska, Agnieszka Kin, Elżbieta Hancke

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego (PTPA) jest organizacją naukową działającą na rzecz rozwoju specjalistycznego pielęgniarstwa angiologicznego, umożliwiającego pielęgniarkom doskonalenie się w tej dziedzinie. Jednym z celów PTPA jest zwrócenie uwagi na znaczenie roli wyspecjalizowanej pielęgniarki w opiece nad chorymi z zaburzeniami układu tętniczego, chorobami naczyń żylnych i limfatycz-

nych oraz powikłaniami tych nieprawidłowości. Intensywny rozwój angiologii pokazuje, że ogólne przygotowanie do zawodu nie jest już wystarczające dla zapewnienia chorym wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej, stąd konieczne jest poszerzanie wiedzy tym bardziej, że w tej dziedzinie zauważa się dużą aktywność zawodową pielęgniarek. Ważnym obszarem działań Towarzystwa jest opracowywanie schematów specjalistycznego postępowania pielęgniarskiego (tj. określanie szczegółowych zadań wynikających z ról zawodowych pielęgniarki, w tym: diagnozowania pielęgniarskiego i oceny stanu chorych, planowania i realizacji opieki pielęgniarskiej, oceny wpływu choroby na jakość życia chorych i ich rodzin, prowadzenia edukacji oraz działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób układu naczyniowego). Przykładem mogą być Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym opublikowanym w „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” nr 3 z 2007 r. Zgodnie z przyjętymi założeniami PTPA celem Towarzystwa jest m.in.: organizacja zjazdów,



Okladka czasopisma „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”

sympozjów i konferencji naukowych, a także rozpowszechnianie wydawnictw i edycja czasopism naukowych. Już podczas spotkania założycielskiego (styczeń 2006 r.) podjęto decyzję o wydaniu czasopisma naukowego Towarzystwa pt. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. Edycja czasopisma jest jedną z dróg upowszechniania wiedzy z obu dziedzin – pielęgniarstwa chirurgicznego i angiologicznego, ułatwia pielęgniarkom dostęp do wiedzy i trendów zarówno w leczeniu, jak i pielęgnowaniu chorych.

W dniach 26-27 września 2008 roku odbyła się w Bydgoszczy I Ogólnopolska Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego pod hasłem Interdyscyplinarna opieka nad chorym w chirurgii i angiologii. Patronat Honorowy konferencji pełniła Jej Magnificencja Prorektor ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy Pani Prof. Małgorzata Tafil-Klawe. Aula Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej gościła niemal trzystu przedstawicieli zawodów medycznych: pielęgniarek, fizjoterapeutów i lekarzy. W konferencji udział czynny brali pracownicy naukowo-dydaktyczni wszystkich znaczących ośrodków medycznych w Polsce jak: Lublin, Kraków,



Warszawa, Wrocław, Szczecin, Gdańsk, Białystok i inne.

Uroczystego otwarcia dokonała Pani dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk - Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego, Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy. Dostojnymi gośćmi Organizatorów były Władze Diekańskie oraz przedstawiciele władz Collegium Medicum, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, władz Miasta Bydgoszczy, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego.

Po powitaniu gości i uczestników konferencji, Pani Prezes przedstawiła historię Towarzystwa. Wykład inauguracyjny wygłosił Pan Profesor Arkadiusz Jawień, który pełnił również funkcję przewodniczącego Komitetu Naukowego konferencji. Podkreśleniem uroczystego otwarcia był Koncert Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy pod kierownictwem Pana Profesora Wojciecha Pospiecha.

Program konferencji został podzielony na sześć sesji tematycznych. Dwie z nich: Kompleksowa opieka nad chorym z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem oraz Opieka nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej i owrzodzeniem żylnym – odbyły się w piątek. W piątek w sesjach tych przedstawiono 14 referatów. Pozostałe sesje: Interdyscyplinarna opieka nad chorym ze stomią, Zagadnienia kliniczne i pielęgnacyjne w angiologii, Zagadnienia kliniczne i pielęgnacyjne w chirurgii, Rola pielęgniarki w opiece nad chorym operowanym – realizowane były od wczesnych godzin rannych w sobotę. W sobotę zaprezentowano łącznie 31 prac. O dużym zainteresowaniu podejmowanej tematyki świadczyły dyskusje toczące się zarówno w sali obrad, jak i podczas przerw. Ponadto w sobotę, w Sali Senackiej Collegium Medicum równoległe do sesji wykładowych odbywały się warsztaty Pomiar wskaźnika kostka – ramię.

Komitet Naukowy miał przed sobą trudne zadanie wyłonienia i nagrodzenia najlepszych prac badawczych. Przyznane zostały dwa wyróżnienia: dla mgr Ewy Sztuczki (Toruń) Stopień uzależnienia od nikotyny na przykładzie chorób z miażdżycą tętnic kończyn dolnych i dla zespołu: dr n. med. Janina Książek, mgr Ewa Malinowska, mgr Renata Piotrkowska (Gdańsk) - Proces pielęgnowania chorej po zabiegu operacyjnym raka płuca leczonej metodą skojarzoną. Za najlepszą, uznano pracę z randomizacją spełniającą kryteria EBM - Ocena skuteczności oryginalnych systemów kompresyjnych ProGuide, Profore i podkolanówek Maxis w gojeniu owrzodzeń żylnych – zespół: dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. Arkadiusz Jawień, Paulina Mościcka, mgr Justyna Cwajda, Elżbieta Hancke, mgr Katarzyna Cierzniańska, dr n. med. Paweł Brazis, dr n. med. Tomasz Grzela, lek. med. Radosław Piotrowicz (Bydgoszcz), drugie miejsce zajęła praca z Krakowa - Chromanie przestankowe: zmiana wzorca chodu w trakcie zapoznawania się chorego ze specyfiką marszu na bieżni - au-



Dostojni goście i uczestnicy konferencji; Na zdjęciu - od lewej: Przewodnicząca Rady Miasta Bydgoszczy Dorota Jakuta, prof. Roman Kotzbach, Dziekan WNoZ prof. Zbigniew Bartuzi, Prodzikan WNoZ prof. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. Wojciech ZegarSKI, w drugim rzędzie: dr n. med. Anna Koper, prof. Jan Skokowski, dr n. med. Janina Książek, mgr Renata Piotrkowska, Przewodnicząca OIPiP w Bydgoszczy Ewa Kowalska, mgr Maria Walde-Iwanowska



Pani dr hab. n. med. Maria Szewczyk - Prezes PTPA i Pan prof. Arkadiusz Jawień - Przewodniczący Komitetu Naukowego podczas wręczenia nagród



Podczas uroczystości otwarcia konferencji - gratulacje dla Pani dr hab. n. med. Marii Szewczyk przekazuje Pani Ewa Macieszko z Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w Warszawie



W czasie dyskusji podczas jednej z sesji...

torów: dr Piotr Mika, mgr Anna Spannbauser, prof. Andrzej Cencora. Dwie, równorzędne trzecie nagrody otrzymały zespoły: dr n. med. Robert Ślusarz, mgr Agnieszka Królikowska, mgr Renata Jabłońska, prof. Wojciech Beuth (Bydgoszcz) za Wybrane problemy pielęgnacyjne występujące u chorego we wczesnym okresie po leczeniu operacyjnym tętniaka śródczaszkowego oraz dr n. med. Anna Andruszkiewicz, dr Małgorzata Basińska, mgr Mariola Wandowska (Bydgoszcz) za Związek

umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucia własnej skuteczności z motywacją do rzucenia palenia w grupie osób z chorobami naczyń.

Podczas konferencji odbyło się zebranie członków zarządu PTPA, na którym między innymi podjęto uchwałę, że następna - Druga Ogólnopolska Konferencja PTPA odbędzie się za dwa lata.

dr hab. Maria Szewczyk jest kierownikiem Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego

# Pracowite wakacje

Teresa Kosik

W kilku ostatnich latach Dział Udostępniania Zbiorów Biblioteki Medycznej przechodził szereg istotnych zmian. Wprowadzono system HORIZON, całkowicie zmieniający sposób obsługi czytelnika - zamawianie, przedłużanie i rezerwowanie książek odbywa się wyłącznie za pomocą logowania w tym systemie. Wyposażono w nowe meble Wypożyczalnię Międzybiblioteczną, przeprowadzono generalną modernizację Czytelni Ogólnej i Wypożyczalni oraz wstawiono do sal katalogowych 10 stanowisk komputerowych do zamawiania książek.

Czytelnia Ogólna prezentuje księgozbiór w wolnym dostępie do półek. W wyniku remontu powiększyła się jej powierzchnia, dzięki czemu zwiększono liczbę miejsc dla Czytelników, a szerokie przejścia pozwalają na bezkolizyjne krążenie między dwuosobowymi stolikami i łatwiejszy dostęp do regałów. Dłuższe półki (ogółem 160 m) pozwalają na systematyczne uzupełnianie księgozbioru podręcznego nową literaturą fachową.

W 2008 roku przyszedł czas na kolejne duże przedsięwzięcie jakim był remont magazynu czasopism.

Całość prac została zaplanowana na okres wakacyjny, by nasi Czytelnicy odczuli możliwie jak najmniej związanych z tym niedogodności. Książki z Czytelni Ogólnej udostępniano w Pokoju Cichej Nauki. W pierwszej kolejności część księgozbioru pokrywającą się z zasobami w wersji elektronicznej lub wykorzystywaną niezwykle rzadko, przetransportowano do wyposażonych w regały stacjonarne pomieszczeń magazynowych, które otrzymaliśmy w spadku po Archiwum przy ul. Karłowicza. W drugiej fazie wszystkie pozostałe czasopisma przeniesiono do pomieszczeń Czytelni Ogólnej i magazynów książek.

Wcześniej w pomieszczeniu magazynowym zamontowano nowe oświetlenie – odpowiednie wzmocnienie i rozmieszczenie lamp pozwala

na doświetlenie niższych partii regałów, tym samym ułatwiając wyszukiwanie czasopism.

Po dokonaniu niezbędnego odświeżenia pomieszczenia, zamontowano w nim regały jezdne typu COMPACTUS. Przyczyniło się to do zwiększenia powierzchni magazynu i zlikwidowania rozmieszczenia czasopism w kilku miejscach. Magazyn czasopism przed remontem posiadał 696 metrów półek w regałach stacjonarnych, a nowe wyposażenie to 1120 metrów powierzchni składowania w regałach przesuwanych, dostosowanych do przechowywania czasopism. Tym samym pojemność składowania zwiększyła się o około 80%. Łatwy montaż półek pozwala na samodzielne ich przemieszczanie, co jest istotne biorąc pod uwagę różne formaty czasopism, a zamontowane w każdym regale blokady przesuwu regału gwarantują bezpieczeństwo pracy. Estetycznie zaprojektowane panele przednie w kolorze jasnego buka połączone z aluminium znacznie wpływają na estetykę pomieszczenia. Od końca września do połowy października 2008 roku trwały prace związane ze scalaniem i ułożeniem czasopism na nowych regałach. Zastosowano porządek alfabetyczny według tytułów, a w ramach tytułu uszeregowano woluminy chronologicznie. Pamiętając o nowych rocznikach dotychczas prenumerowanych tytułów oraz napływających nowych wydawnictwach pozostawiono odpowiednią ilość wolnego miejsca na półkach. Więcej przestrzeni dla każdego tytułu, pomimo konieczności częstego przesuwania regałów, ułatwia wyszukiwanie zamówionych czasopism.

Wszystkie prace związane z przenoszeniem księgozbioru czasopism w tymczasowe miejsce na czas remontu magazynu oraz ponowne ich przetransportowanie celem właściwego ułożenia na nowych regałach zostały wykonane przez pracowników Biblioteki Medycznej.

Dbając o możliwie oszczędne wykorzysta-



Magazyn czasopism po remoncie i zmianie regałów na zblokowane



nie posiadanych środków, stare, ale pozostające w dobrym stanie regały zdemontowane w Czytelni Ogólnej i magazynie czasopism wykorzystano w pomieszczeniach przekształconych na magazyny książek.

Od niedawna Biblioteka Medyczna zaczęła systematycznie wprowadzać do Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej (z ograniczeniem korzystania jedynie z sieci uczelnianej) elektroniczne kopie materiałów bibliotecznych (przede wszystkim skryptów) z nadzieją, że ułatwi to korzystanie z naszych zbiorów. Do przeglądania materiałów zgromadzonych w KPBC niezbędny jest applet DjVu.

*mgr Teresa Kosik jest kierownikiem Działu Udostępniania Zbiorów Biblioteki Medycznej*

## Walentyna Krystyna Korpalska

### Sześć wieków opieki zdrowotnej w Bydgoszczy. Od miłosiernych uczynków do instytucji opieki zdrowotnej

Wydawnictwo Naukowe  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika  
Rok wydania: 2008  
Liczba stron: 364

Historia miasta Bydgoszczy, od nadania praw miejskich, obejmuje ponad sześćset pięćdziesiąt lat. W czasach staropolskich miasto było dość ważnym ośrodkiem handlowym na Kujawach. W latach zaboru pruskiego uzyskało status stolicy regionu administracyjnego i warunki do intensywniejszego rozwoju. W gruncie rzeczy jednak przez stulecie Bydgoszcz była miastem prowincjonalnym. Być może to było przyczyną, że dzieje

jej nie wzbudzały większego zainteresowania historyków. Dopiero w drugiej połowie XX wieku podjęto bardziej zaawansowane badania. Uwieńczeniem ich było wydanie obszernej syntezy historycznej pod redakcją prof. Mariana Biskupa. Uważna lektura tych opracowań prowadzi jednak do wniosku, że w historiografii dotyczącej Bydgoszczy dominuje tematyka ustrojowa, polityczna, militarna i gospodarcza. Rozwój i osiągnięcia miasta w tych dziedzinach zepchnęły na margines zainteresowanie badaczy problematyką biologicznej egzystencji człowieka w dziejach społecznego wymiaru zdrowia i choroby, a także kształtowania podstaw opieki zdrowotnej i polityki socjalnej. A przecież istnieje silna współzależność pomiędzy różnymi zakresami rzeczywistości historycznej, takimi jak: państwo, gospodarka, religia, nauka, kultura, społeczeństwo i jego zachowania zdrowotne, systemy opieki zdrowotnej i inne.

W rekonstrukcji procesu dziejowego nie sposób pominąć biologicznego wymiaru historii.

