

“Honesti vita beata est”

Znakomitym potwierdzeniem maksy, że „szlachetne życie jest szczęśliwe”
jest wywiad zamieszczony na pierwszych stronach naszego pisma.
Zawarte w nim przesłania i nadzieja realizacji ambitnych planów dalszego
rozwoju Szpitala Uniwersyteckiego, jak i całego Collegium Medicum, niech będą
najlepszymi życzeniami dla Nas wszystkich na Nowy 2006 Rok.
Najlepsze życzenia sukcesów zawodowych, wszelkiej pomyślności w życiu
osobistym, radosnej atmosfery rodzinnych, Bożonarodzeniowych spotkań przy
Wigilijnym i Świątecznym stole

Składa wszystkim Czytelnikom w imieniu Rady Programowej
Zbigniew Wolski



Spis treści:

Wwwwwwwwwwwwwwwwwww	2-3
wwwwwwwwwwwwwwwwww	4
wwwwwwwwwwwwwwwwww	5-7
wwwwwwwwwwwwwwwwww	8-9
wwwwwwwwwwwwwwwwww	10
wwwwwwwwwwwwwwwwww	11
wwwwwwwwwwwwwwwwww	11
wwwwwwwwwwwwwwwwww	12-14
wwwwwwwwwwwwwwwwww	14
wwwwwwwwwwwwwwwwww	15-17
wwwwwwwwwwwwwwwwww	18-19
wwwwwwwwwwwwwwwwww	20-21
wwwwwwwwwwwwwwwwww	22-23
wwwwwwwwwwwwwwwwww	24-25
wwwwwwwwwwwwwwwwww	26
wwwwwwwwwwwwwwwwww	27
wwwwwwwwwwwwwwwwww	28
wwwwwwwwwwwwwwwwww	29
wwwwwwwwwwwwwwwwww	30
wwwwwwwwwwwwwwwwww	31
wwwwwwwwwwwwwwwwww	32

„Wiadomości Akademickie”

wydaje Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
za zgodą Prorektora UMK ds. Collegium Medicum
i na zasadzie pracy społecznej Zespołu Redakcyjnego.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania ad-
justacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

* Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Wolski
Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:
prof. dr hab. n. med. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej:

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

Zespół Redakcyjny:

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

Stali współpracownicy:

dr hab. Jan Styczyński, dr Walentyna Korpalska,
dr Krystyna Kurowska, mgr Mirosława Kram

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna CM UMK
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Kontakt z Redakcją:

tel.: +48 +52 585-3509
fax: +48 +52 585-3505
e-mail: biblio@cm.umk.pl

Korekta merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki, dr Janusz Tyloch

Skład i druk:

Centrum Promocji i Reklamy „ReMedia”

Zdjęcie na stronie tytułowej: Monika Kubiak

Wywiad z prof. dr hab. Mariuszem Wysockim, Pełnomocnikiem Rektora ds. Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego w Collegium Medicum oraz Kierownikiem Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Redakcja: Serdecznie dziękujemy, że mimo natłoku zajęć Pan Profesor znalazł czas na rozmowę z redakcją „Wiadomości Akademickich”. Chcielibyśmy przede wszystkim pogratulować wyboru na Pełnomocnika ds. Klinicznych Collegium Medicum i od tego też rozpocząć rozmowę.

Prof. Mariusz Wysocki: Serdecznie dziękuję za gratulacje, chociaż pragnę sprostować, iż jest to nominacja, a nie objęcie stanowiska na drodze wyboru. Nie mniej jeszcze raz dziękuję.

Redakcja: Dotychczasowych trzech Pełnomocników Prorektora ds. Collegium Medicum zmniejszono do jednego, uwzględniając specyfikę Uczelni.

Prof. Mariusz Wysocki: Myślę, że ustanowienie jednego Pełnomocnika Prorektora ds. Collegium Medicum zamiast trzech podyktowane było chęcią uniknięcia błędów jakie miały miejsce przy połączeniu Akademii Medycznej w Krakowie z Uniwersytetem Jagiellońskim. Nie bez znaczenia jest zwiększenie samodzielności poszczególnych wydziałów i przejęcie części obowiązków przez Dziekanów. Jestem pewien, że struktura i funkcjonowanie władz uczelni niejednokrotnie będzie przedmiotem analizy władz rektorskich i będzie dostosowywane do aktualnych zadań jak i przyszłych wyzwań.

Redakcja: W jaki sposób został Pan Profesor Pełnomocnikiem ds. Klinicznych?

Prof. Mariusz Wysocki: Jak już wspominałem była to nominacja, a nie wybór. Jeśli spojrzymy na władze uniwersytetu to rzucał się w oczy brak klinicysty, który w naszej obecnej sytuacji nie tylko powinien wywodzić się ze Szpitala Uniwersyteckiego im. dr A. Jurasza, ale powinien umieć patrzeć również „oczyma ośrodka klinicznego pracującego na tzw. bazie obcej”.

Redakcja: Jak widzi Pan Profesor rolę i najważniejsze zadania stojące przed Pełnomocnikiem? Czym będzie się Pan Profesor zajmował? Jak Pan Profesor sądzi, jak ułoży się współpraca z Prorektorem ds. Collegium Medicum, prof. UMK dr hab. Małgorzatą Tafil-Klawe i władzami Uczelni?

Prof. Mariusz Wysocki: Zacznę od odpowiedzi na ostatnie pytanie – Jestem pewien, że współpraca ułoży się znakomicie, gdyż wszystkie strony cechuje odpowiedzialność za rozwój uczelni jak i zdolność do współpracy. Brak tej zdolności wykluczałby nominację. Niewątpliwie ogólnym zadaniem będzie aktywne współtworzenie zewnętrznych jak wewnętrznych warunków do rozwoju naszej Uczelni i naszej bazy szpitalnej. Odnośnie części klinicznej ambicją władz Uczelni jest stworzenie wieloletniego planu rozwoju. Jego niezbędną częścią składową będzie plan rozwoju Collegium Medicum, który powinien również obejmować rozwój nie tylko Szpitala Jurasza, ale również ujmować kliniki pracujące na bazie obcej. Harmonizacja rozwoju uniwersytetu z jednostkami klinicznymi powinna przyczynić się do dalszego dynamicznego rozwoju. Niewątpliwie w imieniu władz uczelni chciałbym wspomagać wszystkie nasze jed-

nostki w rokowaniach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Będę się starał położyć szczególny nacisk na kształcenie podyplomowe poprzez stworzenie warunków do zorganizowania kursów szkoleniowych dla lekarzy, sprzyjaniu podnoszenia ich jakości. Powinno się to przyczynić do wzrostu ich liczby, prestiżu naszych jednostek organizacyjnych, prestiżu naszej uczelni, a także ulżyć lekarzom, którzy zmuszeni są do kształcenia się w odległych od miejsca zamieszkania ośrodkach akademickich.

Redakcja: Klinika prowadzona przez Pana Profesora po raz kolejny zajęła wysokie, bo aż czwarte miejsce w najnowszym rankingu Newsweeka. W czym upatruje Pan Profesor tak wysoką ocenę Kliniki?

Prof. Mariusz Wysocki: Przede wszystkim jest to wynikiem olbrzymiego nakładu pracy wszystkich pracowników kliniki zarówno tych w przeszłości jak i obecnych. Niezwykłą rolę odegrała tu Pani Prof. A. Balcar Boroń – założyciel i poprzedni wieloletni kierownik kliniki. Nie mogę pominąć wsparcia jakie otrzymaliśmy i otrzymujemy ze strony władz uczelni i dyrekcji szpitala, a także od pracowników tych jednostek. Onkohematologia dziecięca opiera się na współpracy z wieloma zespołami klinicznymi i laboratoryjnymi i bez ich udziału niemożliwa była tak wysoka pozycja. Tym wszystkim osobom serdecznie dziękuję. Ostatnie sukcesy wiążą się przede wszystkim z oparciem leczenia onkologicznego na międzynarodowych i wieloośrodkowych projektach badawczych. W chwili obecnej w ww. zakresie spełniamy wszystkie kryteria Unii Europejskiej. Niewątpliwie do wzrostu prestiżu przyczyniło się powstanie ośrodka przeszczepiania szpiku kostnego. Tylko w 2-gim roku działalności wykonałmy aż 20 transplantacji. Zakres naszej działalności to również dwie nowe dziedziny, a mianowicie immunologia kliniczna (jedyna placówka w regionie) oraz fakomatozy (jedyna placówka w regionie i jedna z trzech w kraju). Ale głównym źródłem sukcesu są ludzie, obdarzeni poczuciem misji i chęcią zmieniania dnia dzisiejszego.

Redakcja: Publikacje pracowników Kliniki często pojawiają się wśród najwyższej punktowanych publikacji pracowników Collegium Medicum.

Prof. Mariusz Wysocki: Cieszę się, że to jest zauważane. Kilka lat temu podjęliśmy decyzję, że będziemy publikowali nasze wyniki badań jak i doświadczenia kliniczne w recenzowanych czasopiśmie zagranicznych z listy filadelfijskiej. Po początkowych kłopotach coraz więcej prac zamieszczamy zagranicą i jest to stała wzrostowa tendencja.

Redakcja: W jaki sposób dobiera Pan Profesor współpracowników?

Prof. Mariusz Wysocki: Onkohematologia dziecięca z przeszczepianiem szpiku oraz immunologią kliniczną i fakomatozami jest rodzajem „próby ognia” – zostają najlepsi. W chwili obecnej wraz dwoma docentami: dr dr hab. A. Kurylakiem i J. Styczynskim staramy się pomóc i zoptymalizować rozwój asystentów jak i namówić do pracy u nas na-

szych absolwentów wywodzących się z kółka naukowego działającego przy klinice.

Redakcja: Przy Klinice działa aktywnie studenckie koło naukowe. Kto obecnie jest jego prowadzącym i jakimi mogą pochwalić się osiągnięciami?

Prof. Mariusz Wysocki: Opiekunem Studenckiego koła naukowego jest dr hab. J. Styczyński. Pod jego kierunkiem studenci odnoszą liczne krajowe i międzynarodowe sukcesy, publikują prace w czasopiśmie zagranicznych. Ostatnio, w dniu 6.12.05 Wydział Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk przyznał honorowe wyróżnienie Laur Medyczny im. Dr Mayzla studentom z naszego koła naukowego K. Czyżewskiemu i Ag. Zaborowskiej za opublikowanie pracy pt. Talidomid increases ex vivo sensitivity childhood acute lymphoblastic leukemia cells to prednisolone and cytarabine.

Redakcja: W jaki sposób na życie Kliniki wpłynęły przenosiny z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w grudniu 2001? Jak znajduje Pan Profesor warunki lokalowe i bytowe dawnej i nowej siedziby Kliniki?

Prof. Mariusz Wysocki: Przede wszystkim przenosiny umożliwiły powstanie ośrodka przeszczepiania szpiku kostnego co jest milowym krokiem w rozwoju naszej kliniki, ale przyczyni się do rozwoju innych jednostek naszego szpitala i regionu, ale „duch” szpitala dziecięcego pozostał w nas.

Redakcja: Prosimy o kilka słów na temat Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej i jej wyposażenia. W jakim stopniu ułatwia ona diagnostykę i ustalenie metod leczenia w Klinice?

Prof. Mariusz Wysocki: Wiele lat temu moim marzeniem było, aby lekarze podobnie jak w krajach zachodnich wzbogacali swoje doświadczenie zawodowe poprzez pracę naukową opierającą się o własną, otwartą najlepiej całą dobę, pracownię naukową. Dzięki rozlicznym akcjom charytatywnym to się powiodło i obecnie dysponujemy bogatym sprzętem laboratoryjnym, a ostatni nasz zakup to cyfrowy 5 - cioletni kolorowy cytometr przepływowi najnowszej generacji będącym fundamentem naszej działalności klinicznej jak i naukowej.

Redakcja: Profil Kliniki to oczywiście hematologia i onkologia dziecięca. Czy możemy jednak dowiedzieć się czegoś więcej o badaniach prowadzonych w Klinice? Na czym koncentrują Państwo uwagę?

Prof. Mariusz Wysocki: Głównym obszarem działalności naukowej są badania nad apoptozą i opornością komórek nowotworowych na cytostatyki. Obecnie we współpracy z prof. Andrzejem Tretynem jak i innymi ośrodkami pracujemy nad dużym projektem badawczym odnoszącym się do podstaw molekularnych oporności na poszczególne cytostatyki.

Redakcja: Od grudnia 2001 roku Klinika zyskała akredytację na prowadzenie specjalizacji z pediatrii, hematologii i onkologii. Jak wielu lekarzy ukończyło specjalizację w Pana Klinice?.

Prof. Mariusz Wysocki: Klinika od bardzo wielu lat posiadała uprawnienia do prowadzenia specjalizacji i był to wówczas osobisty sukces prof. A. Balcar – Boroń. Przypomnę, że w latach 70-tych i na początku 80-tych lekarze specjalizujący się na II stopień zmuszeni byli to robić w Gdańsku. Natomiast na mocy nowych przepisów specjalizacyjnych prowadzimy specjalizacje w zakresie pediatrii i hematologii dziecięcej.

Redakcja: Ile łóżek liczy sobie Klinika?

Prof. Mariusz Wysocki: 60 łóżek, w tym 5 przeszczepowych.

Redakcja: Czy przewidziano osobny oddział dla małych dzieci?

Prof. Mariusz Wysocki: Jest 16 łóżkowy oddział niemowlęcy.

Redakcja: Czy rodzice mogą przebywać z dziećmi?

Prof. Mariusz Wysocki: Tak – całą dobę.

Redakcja: Czy oprócz poddania się leczeniu dzieci przebywające w Klinice biorą udział w zajęciach szkolnych i rekreacyjnych. Kto prowadzi podobne zajęcia?

Prof. Mariusz Wysocki: Obowiązkowo – jest zarówno świetlica jak miejsca, w których prowadzone są indywidualne zajęcia szkolne prowadzone przez nauczycieli szkół specjalnych.

Redakcja: Wiele mówi się o współpracy na linii rodzice-lekarz. Jak wygląda to w Klinice Pana Profesora?

Prof. Mariusz Wysocki: Staramy się sprostać wymaganiom współczesności jak i standardom europejskim, szczególnie że nasi pacjenci są leczeni przez nas wiele lat, stale przebywają z nimi rodzice. Szpital staje się ich drugim domem, a lekarze, pielęgniarki muszą poświęcić im więcej czasu. Trzeba również pamiętać, że w tej klinice umierają dzieci i z tym problemem należy się zmierzyć. Tak więc sprawy psychospołeczne są częścią naszej pracy w daleko większym stopniu niż w innych dziedzinach, obciążając lekarza zwiększoną ilością obowiązków, ale nadając mu także bardzo humanistyczny wymiar.

Redakcja: Jak układa się współpraca Kliniki z fundacjami charytatywnymi? Czy pomagają w organizacji wyjazdów i obozów dla dzieci z Kliniki? Gdzie najczęściej organizowane są wyjazdy?

Prof. Mariusz Wysocki: Znakomicie. Bez współpracy z fundacjami nie byłoby Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej, Ośrodka Przeszczepiania Szpiku Kostnego, ale również bezpośredniej pomocy dzieciom ukierunkowanej na resocjalizację naszych pacjentów. Klinika wespół z organizacjami charytatywnymi organizuje wycieczki, obozy oraz różne zajęcia aktywizujące. Ostatnio „hitem” był przelot samolotem (inicjatywa naszej dyrekcji !!!). Od około 10 lat nasze dzieci uczestniczą również w międzynarodowych obozach aktywizujących organizowanych przez fundację Paula Newmana w Irlandii.

Redakcja: Jak wyglądają święta Bożego Narodzenia w Klinice? Czy urządzenie państwa spotkanie przy choince, odwiedziny św. Mikołaja?

Prof. Mariusz Wysocki: Uroczyście, rodzinnie, a więc biorą w nich udział wszyscy: dzieci rodzice, pie-

lęgniarki, lekarze, nauczyciele ... po prostu wszyscy.

Redakcja: Jeśli można, prosimy także o nieco bardziej osobiste wynurzenia Kierownika Kliniki i podzielenie się z nami odpowiedziami na pytania, które krążyły w XIX wieku wśród bywalców europejskich salonów, a które w pełni, chociaż nieco przewrotnie opisują osobowość odpowiadającego.

Główna cecha mojego charakteru: odpowiedzialność, konsekwentne dążenie do celu, ale nie bezwzględne.

Cechy, których szukam u mężczyzny: lojalność, koleżeńskość.

Cechy, których szukam u kobiety: kobiecość.

Co cenię najbardziej w przyjaciół: wyrozumiałość, tolerancję, wewnętrzne ciepło.

Moja główna wada: nie lubię wynosić śmieci.

Moje ulubione zajęcie: sport (tenis, pływanie, narciarstwo), książki, historia, ostatnio działka.

Moje marzenie o szczęściu: podróże wraz z rodziną

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk: nie ma takich rzeczy.

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem:

brak możliwości aktywnego uczestnictwa w życiu

Kim (lub czym) chciałbym być, gdybym nie był tym,

kim jestem: cóż, całe życie chciałem być lekarzem i

zwracanie się do mnie doktorze sprawia mi satysfakcję

– w tym słowie kryje się magia naszego zawodu

Kiedy kłamię: gdy się spóźniam do domu na obiad
Słowa, których nadużywam: „jak to i to zrobimy, to będzie lepiej”

Ulubieni bohaterowie literaccy: dr Ravik (Łuk Triumfalny, E. M. Remarque)

Ulubieni bohaterowie życia codziennego: moja żona

Czego nie cierpię ponad wszystko: wynoszenia śmieci

Moja dewiza: „naprzód, naprzód,naprzód”, „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”, „dziecko przede wszystkim”

Dar natury, który chciałbym posiadać: grać na pianinie/skrzypkach i śpiewać, nie fałszując

Jak chciałabym umrzeć: w domu

Obecny stan mojego umysłu: znakomity, pełen optymizmu

Błędy, które najłatwiej wybaczam: błędy popełniamy wszyscy, nie znoszę głupoty, braku wyobraźni

Redakcja: Dziękujemy za rozmowę, szczerą odpowiedź i niezwykle miłą atmosferę spotkania.

Prof. Mariusz Wysocki: Również dziękuję. Pragnę życzyć wszystkim Zdrowych, Rodzinnych, Wesołych Świąt Bożego Narodzenia oraz Wszelkiej Pomyślności w Nowym 2006 Roku i dobrego świątecznego odpoczynku na który ciężko zapracowaliśmy.

Ze strony Redakcji „Wiadomości Akademickich”
rozmowę prowadziła Sekretarz Redakcji
mgr Monika Kubiak



Święta Bożego Narodzenia

Gerard Drewa

Pierwsze przymrozki i pierwszy śnieg, za oknem nadchodzące Święta Bożego Narodzenia. Czas wielkich nadziei, wspomnień i czas radosnego oczekiwania. Nadzieja na lepsze dni, zachowanie zdrowia lub powrotu do zdrowia, spełnienie życzeń a może marzeń. Nadzieje na spotkanie z rodziną i przyjaciółmi. Wspomnienia spotkań i atmosfery świątecznej sprzed lat. Może są to wspomnienia z wczesnego dzieciństwa, których się już trochę wstydzimy, a może warto je odnaleźć i odzyskać?

„Jak pudełko świeczek choinkowych, nagle, w rękę, gdzieś od dna kredensu, myśli nagle tak wchodzi do głowy, serce trąca i sercem zatrząsa.”

Świeczki takie kupowała mama. One drzemią. W nich śpi piękny zamiar.

Tylko rozwiń je i tylko zapal, a zobaczysz co z tego wyniknie.”

(„Spotkanie z matką” – K.I. Galczyński)

Aksamitny i liryczny głos Mahali Jackson unoszący „cichą noc” wprawia mnie na długo przed świętami w dobry i pogodny nastrój. Korespondencja przedświąteczna z wszystkimi, z którymi chciałbym a nie mogę się spotkać przy stole wigilijnym. Serdeczne i życzliwe uczucia skierowane do wszystkich; oby trwały w nas jak najdłużej.

Stół wigilijny duży, z białym obrusem i lampą wiszącą nad nim. Światła lamp i świec rozjaśniają pokój i myśli, które kierujemy ku rodzinie, znajomym i tym, którzy odeszli. Oplątek. Symbol jedności. Symbol chleba. Dzielimy się z bliskimi pozostając z nimi w jedności.

Trochę historii

Święto Boże Narodzenie przypadające na 25 grudnia wprowadzono w starożytności dla uczczenia narodzin Jezusa Chrystusa. W Rzymie obchodzono je dopiero w IV w. Dokładny rok wprowadzenia święta nie jest znany. Pierwsze odniesienia pochodzą z 336 roku i znajdują się w „Depositio Martyrum” pod datą 25.XII., jako notatka „VIII Calendas Ianuarii natus Christus in Bethlehem Iudae”.

Jeżeli powodem wprowadzenia święta Bożego Narodzenia była liturgia dziękczynienia Kościoła rzymskiego za zwycięstwo Konstantyna Wielkiego nad Maksencjuszem, to obchodzono je już po 313 roku, jeżeli zaś powodem było dziękczynienie za

zwycięstwo Konstantyna Wielkiego nad Licyniuszem to obchodzono je dopiero po 324 roku.

Istnieje także pogląd wg którego święto Bożego Narodzenia chrześcijanie wprowadzili już w 275 roku w celu zniesienia święta państwowego Natalis Solis Invicti (narodzin boga Słońca) wprowadzone przez cesarza Aureliana (214-275).

Datę 25 grudnia na dzień narodzenia Jezusa Chrystusa chrześcijanie wybrali prawdopodobnie dzień przesilenia zimowego w celu przeciwstawienia się pogańskiemu świętu narodzin boga Słońca. Stało się ono Świętem „światłości światła” czyli Boga-Człowieka, Jezusa Chrystusa.

Z liturgii starożytnego Rzymu znane są trzy msze, które papież odprowadzał w Bazylice o północy, o brzasku i w ciągu dnia. W pozostałych Kościołach katolickich celebrowano tylko mszę wigilijną oraz jedną mszę w święto Bożego Narodzenia.

Wigilię Bożego Narodzenia przypadającą na 24 grudnia w obecnej postaci obchodzono już w VI wieku. Ubóstwo Jezusa Chrystusa uzmysłowiono sobie dopiero w średniowieczu pod wpływem działalności św. Franciszka z Asyżu. W tym czasie wprowadzono do obchodów Bożego Narodzenia żłobek jako symbol ubóstwa.

Wigilię towarzyszą różne obrzędy i zwyczaje, które się kumulowały i modyfikowały przez wieki. Kulminacyjnym momentem tego dnia jest wieczerza wigilijna zwana w języku staropolskim postnikiem. Składa się ona z 3-12 potraw sporządzonych z płodów ziemi, sadu, lasu i ryb. Spożywano je z chwilą rozbłyśnięcia pierwszej gwiazdy. Uczestniczą w niej wszyscy domownicy, a dla nieobecnych pozostawia się wolne miejsce. Pod biały obrus wkłada się siano lub słomę na pamiątkę narodzenia Jezusa. Dawniej w izbach i stajniach ustawiano snopy słomy dla zapewnienia urodzaju w następnym roku.

Wieczerzę wigilijną rozpoczyna się dzieleniem opłatkiem, składaniem życzeń, rozdawaniem prezentów, śpiewaniem kolęd i pastorałek. Prezenty (gwiazdki) dawniej otrzymywały tylko dzieci.

Dzielenie opłatkiem jest typowo polskim zwyczajem sięgającym dawnych wieków. Oplątek miał jednać ludzi, a ponadto przypisywano mu magiczną moc uzdrawiania, likwidował m.in. „uroki”. Zwyczaj ten typowo pogański w sposób naturalny spłatał się z wiarą chrześcijańską bowiem nawiązywał do łamania chleba przez

pierwszych chrześcijan podczas agape.

Kolęda pochodzi od łac. słowa „calendae” czyli pierwszy dzień miesiąca. Pierwsze kolędy z łaciny na język polski tłumaczono już w XV i XVI w. „Rotały na Narodzenia syna Bożego” – K. Miaskowskiego pochodzą z 1612 r. Pierwsza polska kolęda „Przybieżeli do Betlejem” znajduje się w zbiorze „Symfonii Anielskich” – J. Zabczyca z 1630 r. Teksty kolęd pisał m.in. J.A. Morsztyn, W. Kochowski, F. Karpiński („Bóg się rodzi”), T. Lenartowicz („Mizerna cicha”) i P. Skarga („W żłobie leży”).

Drzewko wigilijne pojawiło się w XV wieku w Niemczech, zaś przyozdobiona choinka wystąpiła już w 1509 roku na sztychu L. Cranachast., a przybraną w świece postawiono w 1621 roku w Kościele w Neustift (Tyrol).

W Polsce zwyczaj stawiania choinki przypada na przełom XVIII i XIX w. Wcześniej izbę przyozdabiano gałęzią sosny (podłaz) lub sadem (krążek upleciony ze słomy), udekorowane orzechami, jabłkami etc.

Tradycją świąteczną są także kartki z życzeniami wysyłane do krewnych, przyjaciół i znajomych. Zwyczaj ten pochodzi prawdopodobnie z XIX wieku. Korzystając z tego zwyczaju, załączam „Pokłon Trzech Króli” D. Ghirlandaia (1478) i życząc Wszystkim czytającym ten tekst miłych, zdrowych i pogodnych świąt Bożego Narodzenia w gronie rodziny i przyjaciół.

Prof. dr hab. Gerard Drewa

jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii Medycznej



„Pokłon Trzech Króli” lub „Epifania”, obraz Domenico Ghirlandaia, Zbiory Ospedale degli Innocenti, Florencja, Sztuka świata, Wydawnictwo „Arkady”, Warszawa 1992, tom 5, s. 204.

Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego

oprac. Monika Kubiak,
Karolina Pączkowska

Dziewiętnastego listopada w Bydgoszczy podczas uroczystości dyplomatorium w Filharmonii Pomorskiej w Bydgoszczy dyplomy ukończenia studiów odebrali absolwenci Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera – są to pierwsze osoby z kierunków lekarskich z dyplomem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Studia na kierunku lekarskim ukończyło w tym roku 129 osób, a na drugim kierunku prowadzonych na tym Wydziale – biotechnologii – 45 osób. Wśród młodych lekarzy siedem osób ukończyło naukę z wyróżnieniem, uzyskując z całych studiów średnią ocen powyżej 4,5.

Uroczystość uświetniał występ chóru Collegium Medicum pod dyrekcją prof. Janusza Staneckiego, który przywitał zebranych „Gaudeamus igitur”. Zgromadzonych powitał Dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak. Po krótkim, serdecznym przemówieniu Prorektor ds. Collegium Medicum, dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe,



Absolwenci Wydziału Lekarskiego

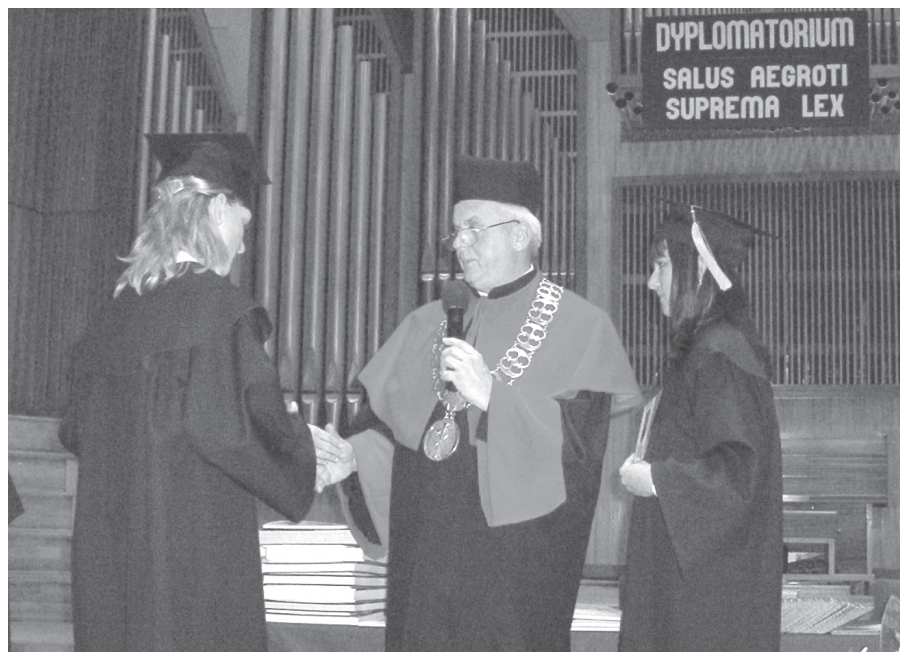
prof. UMK i słowach zaproszonych gości, dr hab. Roman Junik, prof. UMK wygłosił wykład poświęcony „Cukrzyca – epidemia XXI wieku”.

W tym momencie nastąpiła najistotniejsza i najbardziej podniosła część dyplomatorium – złożenie przyrzeczenia przez absolwentów i wręczenie dyplomów ukończenia kierunku lekarskiego oraz kierunku biotechnologia.

Pani Prorektor dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK wraz z Dziekanem Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. Henrykiem Kaźmierczakiem wręczyli absolwentom listy gratulacyjne i nagrody. Wśród uhonorowanych znaleźli się: Tomasz Wiśniewski, Anita Wiśniewska, Anna Mazurkiewicz, Madalena Mucha, Agnieszka Kordas i Natalia Sulima.

W celnym i dowcipnym przemówieniu absolwentów pożegnał przedstawiciel Samorządu Studenckiego, Paweł Urbanowicz. Z kolei w imieniu absolwentów z podziękowaniami dla grona nauczycielskiego i najbliższych wystąpiła lek. med. Katarzyna Barcik. Uroczystość zwieńczyło przemówienie Dziekana Wydziału Lekarskiego, prof. Henryka Kaźmierczaka, „Gaude Mater Polonia” oraz koncert w wykonaniu chóru Collegium Medicum.

Sobotnie wydarzenie rozpoczęło serię uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom poszczególnych wydziałów UMK, które odbywać się będą co tydzień aż do lutego 2006 roku. W tym roku mury Uniwersytetu opuściło ponad 8 tysięcy absolwentów studiów magisterskich, licencjackich i uzupełniających studiów magisterskich.



Wręczenie dyplomów

Cukrzyca – epidemia XXI wieku

Wykład przedstawiony na Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego

Roman Junik

Definicja cukrzycy: zespół chorób charakteryzujący się wzrostem stężenia glukozy we krwi oraz względnym lub bezwzględny zaburzeniem wydzielania lub działania insuliny, co prowadzi do nieprawidłowego metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczów. Pociąga to za sobą rozwój przewlekłych powikłań, w tym nasilonej miażdżycy i innych charakterystycznych dla poszczególnych narządów procesów degeneracyjnych.

Podział cukrzycy:

- cukrzyca typu 1 (zniszczenie komórek β , prowadzące do bezwzględnego niedoboru insuliny) – 10-15%,
- cukrzyca typu 2 (od dominującej oporności na insulinę z względnym jej niedoborem do dominującego niedoboru z względną opornością) – 85%,
- inne swoiste typy cukrzycy – 2-5%,
- cukrzyca ciężarnych.

Obecnie narasta szczególnie ilość chorych na cukrzycę typu 2. Wiąże się to ze zmianą trybu życia na siedzący i zwiększoną podażą kalorii, co powoduje powstanie zespołu metabolicznego. Według tegorocznej definicji International Diabetes Federation (IDF 2005), zespół metaboliczny rozpoznajemy, gdy obecne są otyłość centralna i co najmniej dwie z następujących składowych:

- otyłość centralna (obwód w talii dla populacji europejskiej) u mężczyzn > 94 ; u kobiet > 80 cm;
- ciśnienie tętnicze $> 130/85$ mmHg;
- stężenie triglicerydów w osoczu > 1.7 mmol/l (150 mg/dl)
- stężenie cholesterolu frakcji HDL w osoczu > 40 mg/dl u mężczyzn i > 50 mg/dl u kobiet;
- glikemia na czczo > 100 mg% lub rozpoznana cukrzyca typu 2

Szacuje się, że do roku 2030 ilość chorych na cukrzycę osiągnie 370 milionów, co stanowi wzrost o 114% w porównaniu z rokiem 2000. Kliniczne konsekwencje cukrzycy to najczęściej (poza innymi) 2-4 wzrost śmiertelności sercowo-naczyniowej. Choroba ta jest wiodącą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek, ślepoty u osób w wieku produkcyjnym czy amputacji kończyn na tle innym niż uraz. Z punktu widzenia epidemiologii najważniejszymi powikłaniami cukrzycy są choroby sercowo-naczyniowe. Przykładowo w USA cukrzyca jest trzecią przyczyną zgonów po chorobie niedokrwiennej i innych chorobach serca. Należy jednak pamiętać, że u 20-30% chorych (zależnie od badanej populacji) podłożem zawału serca jest właśnie cukrzyca.

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca:

- palenie tytoniu
- nadciśnienie
- hiperlipidemia
- zaburzenia krzepnięcia
- otyłość
- brak aktywności fizycznej
- płeć męska
- wywiad rodzinny
- antykoncepcja hormonalna

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca związane z cukrzycą:

- hiperglikemia
- insulinooporność/ hiperinsulinemia
- mikroalbuminuria
- dyslipidemia związana z cukrzycą

- trombofilia cukrzycowa

Umieralność spowodowana chorobą niedokrwinną serca u pacjentów z cukrzycą i bez zawału serca w wywiadzie jest podobna jak u chorych po zawału serca i bez cukrzycy (15% vs 16%). Oznacza to, że w sensie ryzyka zgonu cukrzyca znacząco tyje samo co choroba wieńcowa.

Czynniki ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę typu 2 są, jak już wspomniano, liczne, a nakładając się zwiększają śmiertelność w sposób addytywny.

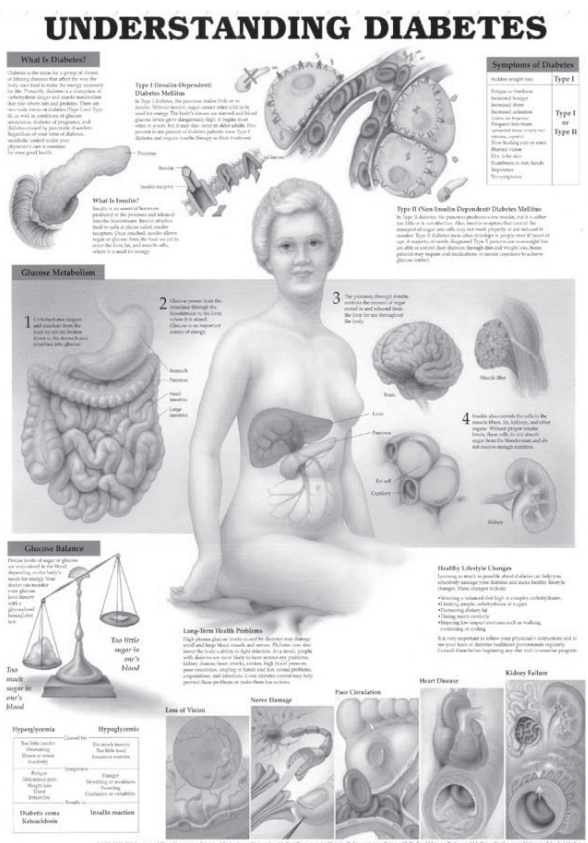
Co więcej, to ryzyko zaczyna narastać długo przed rozpoznaniem cukrzycy, poprzedzonej najpierw nieprawidłową tolerancją glukozy czy nieprawidłową glikemią na czczo, a następnie cukrzycą, która w przypadku cukrzycy typu 2 pozostaje często nierozpoznana przez wiele lat. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce wykazały, że w naszym kraju ponad milion osób choruje na cukrzycę znaną, już leczoną, natomiast drugie tyle na cukrzycę choruje, nie wiedząc o tym. Oznacza to, że w Polsce mamy łącznie ponad 2 100 000 diabetyków (5,38% populacji), co powoduje, że jest to choroba społeczna.

Średni czas trwania cukrzycy przed rozpoznaniem wynosi około 10 lat w populacji nieobjętej badaniami przesiewowymi.

Zespół Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii kierował badaniami przesiewowymi, wykonanymi dzięki grantowi Urzędu Miasta w Bydgoszczy i zatytułowanymi: „Częstość występowania zaburzeń gospodarki węglowo-

danowej w badanej grupie mieszkańców Bydgoszczy z czynnikami ryzyka”. Uwzględniono następujące czynniki ryzyka:

- wiek 45 r.ż.
 - krewni I stopnia z cukrzycą
 - nadwaga - BMI 25 kg/m²
 - nadciśnienie tętnicze 140/90 mmHg
 - dyslipidemia (HDL cholesterol 35 mg/dl i/lub triglicerydy 250 mg/dl)
 - cukrzyca ciężarnych lub masa urodzeniowa noworodka > 4 kg
 - uprzednio rozpoznawana upośledzona tolerancja węglowodanów
 - przeżyty incydent sercowo - naczyniowy
- Materiał: przebadano 2089 osób, a do dalszych badań zakwalifikowano 1638 osób.



48

Metody: Badania prowadzono w Klinice Endokrynologii i Diabetologii AM (obecnie CM UMK) przy współudziale poradni POZ

Etap I: wypełnienie ankiety rekrutacyjnej, pomiar glikemii przygodnej we krwi kapilarnej (RCBG) glukometrem; do dalszego etapu kwalifikowano osoby z RCBG 6,1 mmol/l [110mg/dl].

Etap II: pomiar glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo (FPG), test obciążenia glukozą wg WHO. Wyznaczano wartość średnią i odchylenie standardowe (SD) dla prób mierzalnych. Do oceny istotności posłużono się testem t-Studenta

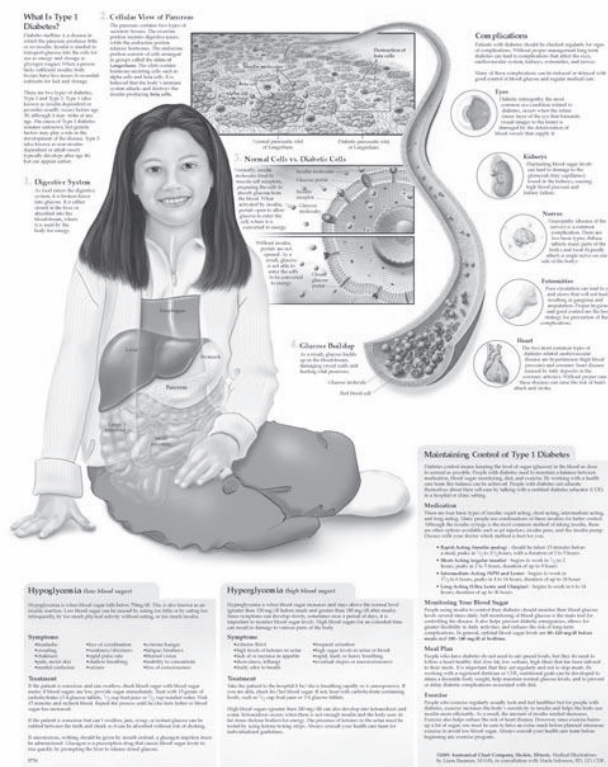
ta.

Nieprawidłową gospodarkę węglowodanową w badanej populacji stwierdzono u 237/1638 badanych. Charakterystyka badanych grup: osoby z nieprawidłową gospodarką węglowodanową w porównaniu z osobami, u których takich zaburzeń nie stwierdzano były starsze (odpowiednio $65,2 \pm 9,1$ i $57,0 \pm 11,3$ lat), z wyższym BMI ($29,6 \pm 4,4$ i $26,5 \pm 4,6$ kg/m²), miały wyższe ciśnienie skurczowe krwi ($143,2 \pm 22,3$ i $136,3 \pm 32,8$ mmHg) oraz wyższą glikemię przygodną ($7,7 \pm 1,7$ i $5,2 \pm 0,8$ mmol/l).

Kiedy już stwierdzono występowanie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 lub nieprawidłową gospodarkę węglowodanową poprzedzającą cukrzycę czy wreszcie początek samej choroby, należy rozpocząć leczenie niefarmakologiczne, będące jednocześnie zapobieganiem cukrzycy typu 2. Leczenie to obejmuje:

- systematyczny wysiłek fizyczny
- diety
- normalizację masy ciała
- ograniczenie spożycia soli kuchennej

UNDERSTANDING TYPE 1 DIABETES



- rzucenie palenia
- ograniczenie spożycia alkoholu.

Niestety, jedynie 7% pacjentów z cukrzycą typu 2 właściwie przestrzega zaleceń lekarskich. Przestrzeganie zaleceń w zakresie kontroli masy ciała i aktywności fizycznej jest szczególnie słabe.

Ogólne cele leczenia cukrzycy to eliminowanie objawów typowych dla cukrzycy, zapobieganie rozwojowi mikro- i makroangiopatii, osiągnięcie oczekiwanej długości życia zbliżonej do przeciętnej oraz odpowiedniej jego jakości.

W kolejnych etapach konieczne jest wdrożenie podstawowych metod leczenia cukrzycy: edukacji, samokontroli, diety, wysiłku fizyczne-

go. Kiedy te metody nie wystarczą, niezbędne jest zastosowanie doustnych leków hipoglikemizujących lub insuliny (w monoterapii lub skojarzeniu) w przypadku braku optymalnego metabolicznego wyrównania cukrzycy.

Leczenie hiperglikemii w cukrzycy wygląda więc następująco:

- optymalizacja stylu życia
- złe wyrównanie glikemii po upływie 1-3 miesięcy → leczenie jednym lekiem doustnym
- złe wyrównanie glikemii → leczenie skojarzone lekami doustnymi
- złe wyrównanie glikemii → leczenie insuliną (monoterapia lub w połączeniu z lekami doustnymi).

Oczywiście zdarza się, że u chorego zgłaszającego się z dużą hiperglikemią należy od samego początku rozpocząć leczenie insuliną.

Cukrzyca nie jest jednakże chorobą ograniczającą się do nieprawidłowości w zakresie gospodarki węglowodanowej. Stwierdza się w niej i konieczne jest leczenie zaburzeń gospodarki

lipidowej, nadciśnienia tętniczego, otyłości, zwiększonej skłonności płytek krwi do agregacji, przewlekłych powikłań cukrzycy.

Sam fakt leczenia jednak nie wystarczy, konieczne jest takie leczenie, które pozwoli na osiągnięcie wyznaczonych celów. W dalszej przeszłości oraz całkiem niedawno przeprowadzono szereg dużych badań klinicznych, które wykazały, że intensywne leczenie cukrzycy powodujące obniżenie glikemii (w dłuższym przedziale czasu mierzonej przy pomocy hemoglobiny glikowanej HbA_{1c}), zmniejszenie ciśnienia tętniczego oraz znormalizowanie gospodarki lipidowej wiąże się ze zmniejszeniem ilości zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych czy wywołanych samą cukrzycą, a także obniża ilość powikłań tej choroby.

Nie ma ani potrzeby ani miejsca, żeby wymieniać wszystkie te badania, łącznie

przebadano w nich kilkadziesiąt tysięcy osób. Wspomnieć należy tylko o niektórych.

W badaniach DCCT (Diabetes Control and Complication Trial, chorzy na cukrzycę typu 1) i UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study, chorzy na cukrzycę typu 2) dowiedziano, że obniżenie stężenia hemoglobiny glikowanej HbA_{1c} o 0,9%, zmniejsza ilość zgonów związanych z cukrzycą o 21%, a innych zdarzeń o 12-43%. Natomiast spadek ciśnienia tętniczego skurczowego o 10 mmHg i rozkurczowego o 5 mmHg zmniejszył ilość zgonów o 32%, a udarów mózgu o 44%.

Bardzo liczne były też badania oceniające wpływ obniżenia stężenia cholesterolu o niskiej gęstości (LDL) na zdarzenia i zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych, w tym również u chorych na cukrzycę. Stwierdzono zmniejszenie ryzyka tych zdarzeń pod wpływem leczenia statynami, np. w badaniu HPS (Heart Protection Study) o 25%. Co więcej, zaobserwowano, że wpływ cholesterolu LDL na zachorowania sercowo-naczyniowe jest bezprogowy, stąd wręcz drakońskie zalecenia ekspertów dotyczące stężenia LDL, szczególnie u chorujących jednocześnie na cukrzycę typu 2 i chorobę wieńcową. Niestety, statynę trzeba stosować stale, a zysk w postaci zmniejszenia zdarzeń sercowo-naczyniowych pojawia się dopiero po pewnym czasie, np. w badaniu HPS było to 1,5 roku.

Jednak nowoczesne leczenie się opłaca. Na ubiegłorocznym kongresie American Heart Association przedstawiono dane dotyczące losów 1 500 000 chorych z zawałem serca, badanych w ciągu 8 lat. W tym czasie wzrósł średni wiek badanych oraz odsetek chorych na cukrzycę. A pomimo tego śmiertelność obniżyła się: u chorych bez cukrzycy – u kobiet o 34%, u mężczyzn o 23%. Natomiast u chorych na cukrzycę zmniejszenie śmiertelności było jeszcze bardziej spektakularne: u kobiet o 44%, u mężczyzn o 30%. Spowodowane to zostało nowoczesnym leczeniem u chorych na zawał.

Samo stosowanie leków oczywiście nie wystarczy, trzeba je stosować tak, by osiągnąć założone cele. W Polsce cele te wyznaczyło w bieżącym roku Polskie Towarzystwo Diabetologiczne:

Kryteria Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2005:

- gospodarka węglowodanowa
- HbA_{1c} ≤ 6,1 %
- glikemia na czczo (FBG) w osoczu żylnym ≤ 110 mg/dl
- glikemia na czczo w samokontroli 70-90 mg/dl
- glikemia popołudniowa (PPG) w samokontroli 70-135 mg/dl
- gospodarka lipidowa
- Cholesterol całkowity < 175 mg/dl
- LDL < 100 mg/dl
- LDL u pacjentów dodatkowo z chorobą niedokrwinną serca < 70 mg/dl
- HDL kobiety > 50 mg/dl, mężczyźni > 40 mg/dl
- Cholesterol „nie HDL” < 130 mg/dl
- TG < 150 mg/dl
- ciśnienie tętnicze
- Ciśnienie skurczowe < 130 mm Hg
- Ciśnienie rozkurczowe < 80 mm Hg

Osiągnięcie wyżej wymienionych kryteriów zmniejsza ryzyko powikłań cukrzycy, wydłuża czas przeżycia, poprawia jego jakość. A wdrożenie ich u osób z czynnikami ryzyka cukrzycy typu 2 jeszcze wcześniej, przed wystąpieniem choroby, jako tzw. leczenie behawioralne lub modyfikacja stylu życia, opóźnia wystąpienie cukrzycy.

Dr hab. Roman Junik,
prof. UMK jest kierownikiem
Katedry Endokrynologii i Diabetologii.

Dawcy szpiku kostnego

Wykład wygłoszony na I Międzynarodowym Dniu Transplantacji

Jan Styczyński

Szpik kostny: każdy może go potrzebować, każdy może być jego dawcą

Przeszczepienie szpiku (a właściwie: hematopoetycznych komórek macierzystych) polega na wprowadzeniu zdrowego szpiku w miejsce przekształconego nowotworowo lub wadliwie funkcjonującego. Dla pacjentów dotkniętych takimi schorzeniami, u których zawiodła lub wiadomo, że zawiedzie konwencjonalna terapia, często jest to jedyna szansa terapeutyczna. Zabieg ten polega na pobraniu komórek krwiotwórczych od dawcy, ich odpowiedniej preparacji i przygotowaniu poza organizmem oraz podaniu biorcy. Źródłem komórek krwiotwórczych może być szpik kostny, krew obwodowa lub krew pępowinowa. Rozróżnia się dwa główne rodzaje przeszczepień komórek hematopoetycznych, autologiczne i allogeniczne. W procesie przeszczepiania autologicznego, dawcą komórek krwiotwórczych jest pacjent sam dla siebie, a istotą tego postępowania jest terapia choroby zlokalizowanej poza szpikiem kostnym; w allogenicznym przeszczepianiu dawcą komórek inny człowiek, spokrewniony lub niespokrewniony (patrz: Wiadomości Akademickie 2004;15:13-15). W odróżnieniu od przeszczepiania narządów litych, dawca szpiku nie oddaje narządu, lecz odtwarzające się komórki, które w organizmie biorcy dopiero odtworzą narząd, jakim jest szpik kostny. Szpik kostny również szybko (z reguły w okresie krótszym niż 2 tygodnie) regeneruje się w organizmie dawcy po jego częściowym oddaniu dla osoby, dla której jest on jedyną szansą na wyleczenie.

Potrzeby

Co roku sześć do dziewięciu osób na każde 100 tysięcy ludzi w Polsce, zapada na białaczkę. Dzięki postępowi w transplantologii większość tych chorych może być wyleczona, jeżeli znajdziemy dla nich ofiarnych ochotników – niespokrewnionych dawców szpiku. Oddanie szpiku do przeszczepiania ratuje życie beznaście chorym ludziom!

W Polsce dotychczas wykonano prawie 6 tysięcy przeszczepień komórek hematopoetycznych, w tym około 900 u dzieci. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców, w Polsce wykonuje się jednak zaledwie połowę liczby przeszczepień wykonywanych w Europie (20 na 1 mln mieszkańców w Polsce). U dzieci, w ostatnich 3 latach w Polsce wykonywanych jest około 120-140 przeszczepień komórek hematopoetycznych, z czego 2/3 to przeszczepienia allogeniczne. Do roku 2003 przeważającą większość zabiegów allogenicznych w Polsce stanowiły przeszczepienia od dawców rodzinnych, przy czym obserwowano stały wzrost liczby przeszczepień od dawców niespokrewnionych. Od tego czasu większość przeszczepień allogenicznych pochodzi od niespokrewnionych, honorowych

dawców szpiku, znajdujących się w wirtualnym ogólnosiwiatowym rejestrze BMDW (Bone Marrow Donors Worldwide Association). Już w roku 2004 przeszczepy od dawców niespokrewnionych stanowiły w Polsce 2/3 całej liczby przeszczepień allogenicznych.

Nie jest mi znana dokładna liczba przeszczepień komórek hematopoetycznych wykonanych na całym świecie. Liczba ta przekroczyła 500 tysięcy; w tej liczbie około 50 tysięcy pacjentów miało wykonane przeszczepienie komórek od dawcy niespokrewnionego.

Możliwości: 10 milionów dawców w Rejestrze

Kto może być dawcą komórek krwiotwórczych? Najlepszym dawcą jest brat lub siostra chorego. Zgodnie z prawami Mendla, szanse na posiadanie brata lub siostry, zgodnych w układzie HLA (antygenów zgodności tkankowej) wynoszą 25% dla każdego rodzeństwa. W praktyce dla konkretnego pacjenta możliwości te są mniejsze ze względu na funkcjonujący aktualnie model rodziny z małą liczbą dzieci. Dla przeważającej większości pacjentów szansą są więc honorowi niespokrewnieni dawcy z ogólnosiwiatowego rejestru dawców szpiku BMDW. Rejestr ten powstał w roku 1988 na potrzebę zgłoszoną przez Europejską Grupę Przeszczepiania Szpiku i Krwi (EBMT). W dniu 25 października 2005r, stan rejestru przekroczył liczbę 10 milionów dawców.

Pomimo tak dużej liczby dawców, ciągle dla około 10%-20% pacjentów nie można znaleźć na świecie drugiego człowieka, zgodnego w układzie HLA. Wynika to z posiadania rzadkich antygenów HLA, które tworzą niepowtarzalne układy kombinacji. Teoretyczne prawdopodobieństwo na znalezienie dawcy identycznego

w układzie HLA A, B i DR wynosi około 1:22 milionów. Na szczęście, częstość występowania poszczególnych genów jest różna. Dodatkowo, na znalezienie odpowiedniego dawcy niespokrewnionego wpływa częstość występowania podobnych antygenów HLA w określonej populacji. Dlatego pomimo dużej grupy dawców niespokrewnionych, istnieje ciągle duże zapotrzebowanie na zwiększanie liczby dawców w obrębie poszczególnych narodowości. Populacja polska jest stosunkowo homogenna, w związku z czym najlepszym dawcą dla Polaka jest Polak, gdyż zróżnicowanie antygenów HLA jest najmniejsze w obrębie danej grupy etnicznej. Im więcej potencjalnych niespokrewnionych dawców szpiku jest zarejestrowanych w Bankach Dawców, tym większe są szanse znalezienia identycznego dawcy niespokrewnionego.

Niemniej ważną jest współpraca międzynarodowa i wymiana szpiku kostnego pomiędzy dawcami różnych krajów. Ponad 35% wszystkich przeszczepień od dawców z rejestru, wykonano przekraczając granice państw. Aktualnie istnieje 57 rejestrów krajowych oraz 38 banków krwi pępowinowej w 42 państwach zrzeszonych w ogólnosiwiatowym rejestrze BMDW.

Aktualnie w polskich rejestrach jest około 26 tysięcy dawców (tj. około 7/10 tys mieszkańców), podczas gdy w USA 4,2 mln (142/10 tys mieszkańców), w Niemczech 2,4 mln (285/10 tys mieszkańców), w Czechach 45 tys (44/10 tys mieszkańców). Dotychczas wykonano niespełna 100 przeszczepień od polskich dawców.

Kto może być dawcą szpiku

Dawcą szpiku może być zdrowa pełnoletnia osoba, która nie przekroczyła 55 roku życia (w niektórych krajach do 60 lat) spokrewniona



Pobranie komórek hematopoetycznych z krwi obwodowej.

genetycznie (rodzice, rodzeństwo) lub obca niespokrewniona z biorcą. Prawdopodobieństwo pobrania szpiku od osoby deklarującej chęć oddania szpiku do przeszczepienia (czyli od honorowego dawcy szpiku) wynosi około 1:25000 wg danych z Rejestru BMDW. W poszczególnych grupach etnicznych to prawdopodobieństwo jest znacznie wyższe. W rejestrach polskich wynosi ono od 1:60 do 1:300.

Chęć zostania dawcą szpiku deklaruje się przez wypełnienie i przesłanie pod wskazany adres formularza oświadczenia chęci zostania dawcą szpiku kostnego. Można też zgłosić chęć zostania dawcą szpiku telefonicznie lub listownie. Po zarejestrowaniu danych osobowych, potencjalny dawca zostanie wezwany na badania w pobliżu miejsca zamieszkania. Po zbadaniu i wykluczeniu współistnienia chorób dyskwalifikujących go jako dawcę zostanie pobrana próbka krwi w celu oznaczenia antygenów HLA. Wszystkie wyżej wymienione informacje będą przekazane i zarejestrowane, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych w Rejestrze (Patrz: *Primum Non Nocere* 2002;12;140:6-7)

Procedura pobierania szpiku

W przypadku ustalenia, że w którymś z ośrodków zajmujących się przeszczepianiem szpiku znajduje się pacjent posiadający identyczne antygeny HLA z dawcą z Rejestru, zidentyfikowany dawca zostanie powiadomiony o konieczności oddania szpiku. Po wykonaniu końcowych badań potwierdzających dobry stan zdrowia i wykluczeniu nosicielstwa wirusów potencjalny dawca będzie proszony o wyrażenie zgody na pobranie szpiku do przeszczepienia. Pobranie szpiku poprzedza zawsze spotkanie informacyjne z lekarzem pobierającym szpik. Podczas spotkania potencjalny dawca otrzymuje dokładne informacje o technice pobierania szpiku, ewentualnych skutkach ubocznych pobrania i korzyściach dla biorcy. Wtedy hono-

rowy dawca szpiku podejmuje ostateczną decyzję odnośnie oddania szpiku do przeszczepienia dla określonego biorcy. Następnym krokiem procedury przeszczepiania jest intensywne przygotowanie biorcy silnie działającymi lekami do przyjęcia allogenicznego przeszczepu szpiku. Wycofanie w tym okresie zgody dawcy na oddanie szpiku może stanowić dla chorego zagrożenie życia. Szpik do

przeszczepienia pobiera się w szpitalu w znieczuleniu ogólnym. Następnego dnia po oddaniu szpiku dawca może być wypisany do domu. Istnieje również możliwość oddania komórek hematopoetycznych z krwi obwodowej, ale wymaga to otrzymywania przez 4 dni zastrzyków z czynnikami pobudzającymi szpik do produkcji komórek. Wszystkie badania dawcy oraz procedury związane z oddaniem szpiku są opłacane przez budżet państwa (Patrz: *Buletyn Poltransplantu*: www.potransplant.org.pl).

Czy oddanie szpiku może być niebezpieczne dla dawcy

Pobranie i przeszczepienie szpiku odbywa się jedynie w upoważnionych Ośrodkach Transplantacji Szpiku według dokładnie określonych medycznych kryteriów. Zabieg pobra-

nia szpiku do przeszczepu jest bezpieczny i nie stanowi żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dawcy. Komórki szpiku ulegają stałej regenera-



Pobranie komórek hematopoetycznych ze szpiku.

cji dzięki czemu ubytek szpiku zostaje bardzo szybko wyrównany. Przeszczepienie szpiku od niespokrewnionego dawcy jest anonimowe i nieodpłatne. Pamiętaj jednak, że oddanie szpiku do przeszczepienia ratuje życie beznadziejnie chorym ludziom!

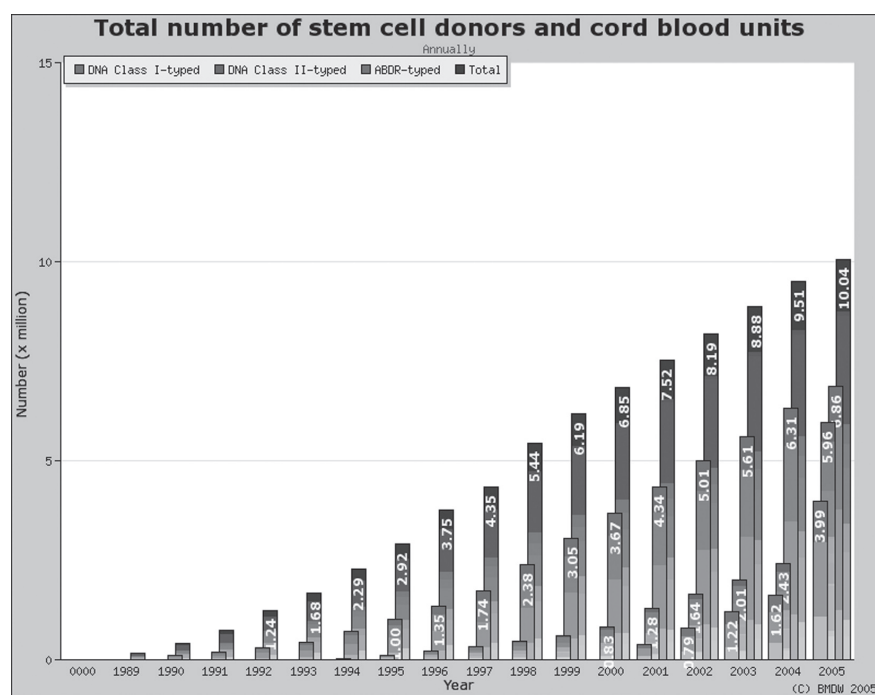
Jak zostać dawcą szpiku kostnego

Możliwości zostania honorowym dawcą szpiku w Polsce są zależne od funduszy przyznanych na ten cel przez Ministerstwo Zdrowia, lub pozyskanych od sponsorów przez instytucje zajmujące się prowadzeniem rejestrów dawców szpiku. W Polsce pozyskiwaniem dawców szpiku zajmuje się Poltransplant (www.poltransplant.org.pl) oraz 4 inne Rejestry Dawców Szpiku prowadzone przez: NZOZ Medigen (www.medigen.pl), Instytut Hematologii i Transfuzjologii (www.ihit.waw.pl), Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych (www.dctk.wroc.pl) i Fundację Urszuli Jaworskiej (www.fundacjaurszuly.pl). Wszystkie inne instytucje współpracują z wymienionymi. Problem z rejestrowaniem nowych dawców szpiku w Polsce, to kwestia finansowa związana z wykonaniem badań typowania HLA oraz badań wirusologicznych. Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii współpracuje w zakresie typowania HLA i dobierania dawców szpiku z NZOZ Medigen (ul. Morcinka 5 / 19-21; 01-496 Warszawa; tel: 22 638 4446, fax: 22 638 4452, e-mail: alf@mdr.org.pl).

W Bydgoszczy istnieje również możliwość rejestracji w charakterze dawcy szpiku w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, jednak możliwości wykonania badań HLA są bardzo ograniczone i zależne od przyznanych funduszy.

Więcej informacji dla dawców zainteresowani znajdują w *Primum Non Nocere* 2002;12(140):6-7.

*Dr hab. n. med. Jan Styczyński
jest adiunktem w Katedrze i Klinice
Pediatrii, Hematologii i Onkologii
na Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego.*



Ryc. Całkowita liczba dawców szpiku i jednostek krwi pępowinowej zgromadzonych w oficjalnych rejestrach światowych

Zastosowanie zjawisk fotoluminescencji w badaniach farmaceutycznych oraz w diagnostyce i terapii przeciwnowotworowej

Wykład wygłoszony podczas Ogólnopolskiego Dnia Nauki 2005

Stefan Kruszewski

U podstaw współczesnego stanu techniki i technologii, ale także i medycyny leżą osiągnięcia fizyki i fizyków. W celu przypomnienia i uświadomienia tej prawdy ONZ ogłosiło rok 2005 Światowym Rokiem Fizyki. Pretekstem była setna rocznica „cudownego roku 1905”, kiedy Albert Einstein opublikował prace, które wywarły istotny wpływ na rozwój 20-to wiecznej nauki i techniki.

Współczesna medycyna wykorzystuje metody i techniki badawcze, które zawdzięcza odkryciom fizyków. Rentgenografia, tomografia komputerowa, ultrasonografia, radioterapia, magnetyczny rezonans jądrowy, pozytonowa emisyjna tomografia, chirurgia laserowa, laseroterapia, tomografia optyczna – to tylko niektóre metody stosowane w diagnostyce i terapii medycznej. Odkrywcami bądź twórcami tych metod byli wybitni fizycy. Wspomnę o niektórych. Twórcą rentgenografii jest odkrywca promieni X, W. K. Röntgen. Był pierwszym laureatem nagrody Nobla w dziedzinie fizyki (1901 rok). W roku 1903 nagrodę Nobla w dziedzinie fizyki

otrzymali odkrywcy i badacze promieniotwórczości jądrowej A.H. Becquerel, M. Skłodowska-Curie i P. Curie. Zjawisko magnetycznego rezonansu jądrowego zostało odkryte w 1946 r. przez dwóch fizyków F. Blocha i E. Purcella. Zostali oni w 1952 roku uhonorowani nagrodą Nobla w dziedzinie fizyki – zaś chemik P. Lauterbur i fizyk P. Mansfield, którzy wdrożyli metodę magnetycznego rezonansu jądrowego do badań medycznych otrzymali w roku 2003 nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny. Podstawy teoretyczne działania laserów zostały stworzone przez samego Alberta Einsteina, zaś zostały one zbudowane dzięki pracom C. Townesa, N. Basowa i A. Prochorowa (laureaci nagrody Nobla w dziedzinie fizyki z roku 1965).

Przedmiotem zainteresowań naukowych autora było zawsze światło, jako doskonałe narzędzie badawcze, stąd w niniejszym artykule zostaną przedstawione niektóre zastosowania światła w badaniach farmaceutycznych oraz w diagnostyce i terapii medycznej.

W wyniku oddziaływania światła z układami molekularnymi, w tym z tkankami zachodzą najróżniejsze procesy: absorpcja, rozpraszanie, fotoluminescencja i inne. Badając te procesy można otrzymać cenne informacje o właściwościach molekuł, ich zachowaniu w płynach fizjo-

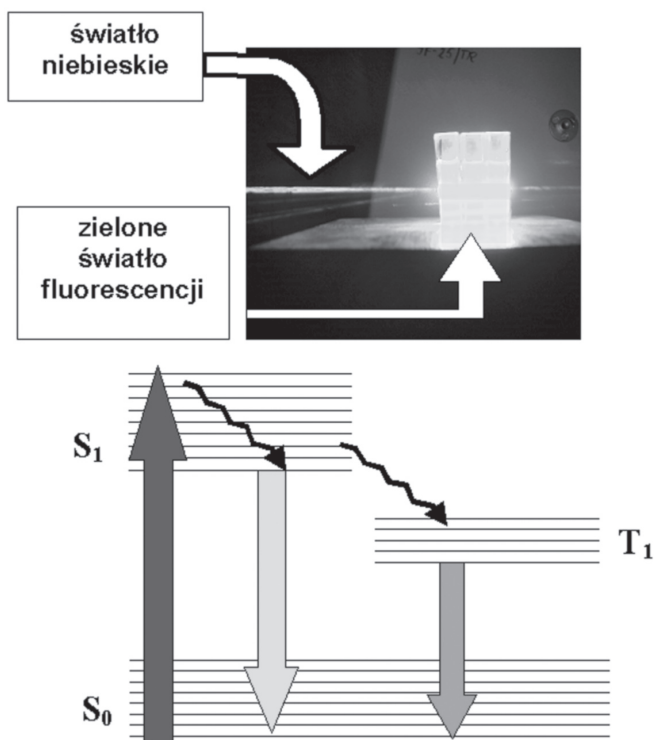
logicznych, komórkach i tkankach, jak również o samych tkankach. Najbardziej obiecującymi procesami oddziaływania światła z molekułami są zjawiska fotoluminescencji: fluorescencji i fosforescencji. Rys. 1 (górna część) pokazuje zjawisko fluorescencji roztworu fluoresceiny. Dolna część rysunku 1 przedstawia diagram Jabłońskiego wyjaśniający zjawiska fluorescencji i fosforescencji. Profesor Aleksander Jabłoński – twórca i wieloletni dyrektor Instytutu Fizyki UMK wniósł istotny wkład w poznanie zjawiska fluorescencji.

Wykorzystując właściwości fluorescencji można określić jak molekuły fluoryzującego zwią-

ku zachowują się w płynach fizjologicznych, komórkach i tkankach. Tego typu informacje są szczególnie przydatne w badaniach farmaceutyków. Na ich podstawie można bowiem przewidzieć jak badany związek będzie się zachowywał w warunkach fizjologicznych.

Autor niniejszego artykułu prowadzi w Zakładzie Fizyki Medycznej Katedry Biofizyki CM UMK badania farmaceutyków metodami spektroskopii fluorescencyjnej. Są one kontynuacją badań jakie autor prowadził w laboratorium biotechnologii Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Kentucky w Lexington (USA). Głównym przedmiotem zainteresowania autora jest kamptotecyna i jej pochodne.

Kamptotecyna to alkaloid wyizolowany z *Camptotheca acuminata* - drzewa rosnącego w południowo-wschodnich Chinach (obecnie uprawianego także w Kalifornii). Jako inhibitor topoisomazy I (enzym odpowiedzialny za replikację DNA) charakteryzuje się on silnymi właściwościami przeciwnowotworowymi. Jest to lek, który działa zabójczo tylko na komórki znajdujące się w fazie S. Szybko rozmnażające się komórki nowotworowe znacznie częściej przebywają w fazie S niż komórki zdrowe i dlatego kamptotecyna efektywniej działa na komórki nowotworowe niż na zdrowe. Ukierunkowanie niszczącego działania kamptotecyny na komórki nowotworowe jest pozytywne i pożądane. Aby to działanie było efektywne molekuły kamptotecyny powinny przebywać w organizmie pacjenta przez długi okres czasu. Niestety, ten warunek okazał się trudny do spełnienia. Kamptotecyna może występować w dwóch formach - laktonowej (trwała w środowisku kwaśnym) i karboksylowej (trwała w środowisku zasadowym). Niestety tylko forma laktonowa jest aktywna biologicznie. W warunkach fizjologicznych (pH = 7,4) kamptotecyna hydrolyzuje przechodząc w nieaktywną formę karboksylową. Po ok. 2 godzinach ustala się stan równowagi i obie formy współistnieją obok siebie. Koncentracja formy laktonowej w warunkach równowagi jest jednak dużo mniejsza niż karboksylowej i silnie zależy od środowiska, do którego wprowadzono kamptotecynę - jest bardzo niska we krwi (około 5%), a praktycznie całkowicie zanika w osoczu krwi i w roztworze albuminy. Rysunek 2 przedstawia wzory strukturalne obydwu form kamptotecyny oraz wykres pokazujący jak we krwi stężenie formy laktonowej zależy od czasu. Niska koncentracja w warunkach fizjologicznych aktywnej biologicznie formy laktonowej stanowi poważne ograniczenie skuteczności kamptotecyny jako inhibitora topoisomazy I. W związku z takimi ograniczeniami zaczęto poszukiwać analogów kamptotecyny wykazujących większą stabilność formy laktonowej. Poszukiwanie

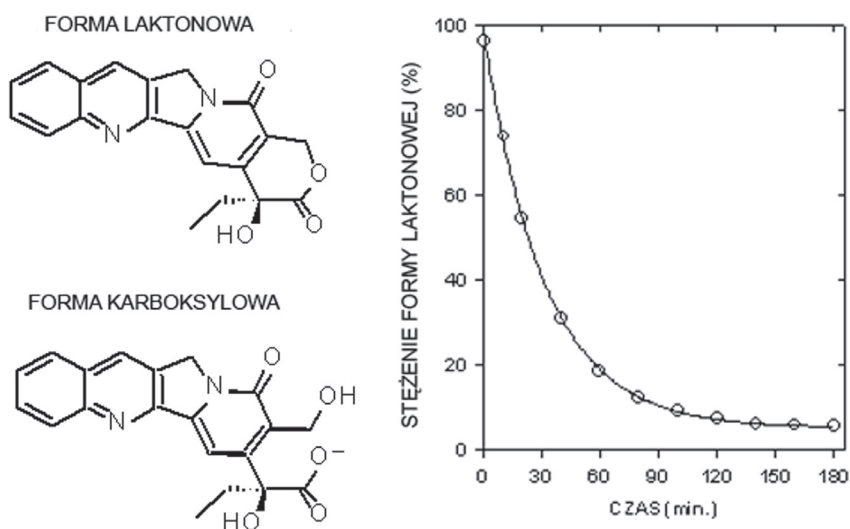


Rys. 1. Góra: Zdjęcie zjawiska fluorescencji roztworu fluoresceiny wzbudzonej światłem niebieskim z lasera argonowego. Roztwór fluoresceiny emituje światło zielone. Dół: Diagram Jabłońskiego zjawiska fotoluminescencji. Linie poziome reprezentują poziomy energie molekularne, a pionowe strzałki absorpcję, fluorescencję i fosforescencję.

nowych stabilniejszych analogów kamptotecyny jest priorytetowym celem grup zajmujących się badaniem kamptotecyn. Analogi kamptotecyny otrzymuje się poprzez modyfikację cząsteczki kamptotecyny. Związki otrzymane poprzez zastąpienie w cząsteczce kamptotecyny niektórych atomów wodoru innymi podstawnikami zachowują własności przeciwnowotworowe.

Do badania biofizycznych właściwości analogów kamptotecyny bardzo przydatne są metody spektroskopii fluorescencyjnej: pomiar czasu życia fluorescencji, pomiar zaników anizotropii fluorescencji, pomiar anizotropii stacjonarnej, analiza widm fluorescencji, mikroskopia fluorescencyjna, mikroskopia i spektroskopia dwufotonowa. Metody fluorescencyjne dostarczają między innymi informacji o tym co się dzieje z cząsteczką w czasie między aktem absorpcji i emisji, czyli w czasie życia stanu wzbudzonego (średnio wynosi on 10 nanosekund). W szczególności pozwalają one określić czy fluoryzujące cząsteczki znajdujące się w sąsiedztwie dużych molekuł, liposomów lub komórek, są swobodne czy związane. Mierząc anizotropię stacjonarną, zaniki anizotropii fluorescencji lub czasu życia fluorescencji kamptotecyn w obecności błon komórkowych lub białek można określić współczynniki powinowactwa tych związków do membran i białek. Na podstawie wyników takich pomiarów dany związek jest kierowany do dalszych badań lub wykluczany jako nie rokujący nadziei, że będzie się on w sposób pożądanym zachowywać w warunkach fizjologicznych. Badania są skoncentrowane na poszukiwaniu takich analogów kamptotecyny, które posiadałyby własności przeciwnowotworowe i charakteryzowały się dużą stabilnością w warunkach fizjologicznych, zwłaszcza we krwi. O stabilności kamptotecyn we krwi decyduje wielkość powinowactwa do membran komórkowych (kamptotecyny związane z membranami komórkowymi nie hydrolyzują) oraz powinowactwo formy karboksylowej do albuminy (formy karboksylowe niektórych kamptotecyn w sposób nieodwracalny wiążą się z albuminą obniżając w ten sposób istotnie koncentrację aktywnej formy laktonowej).

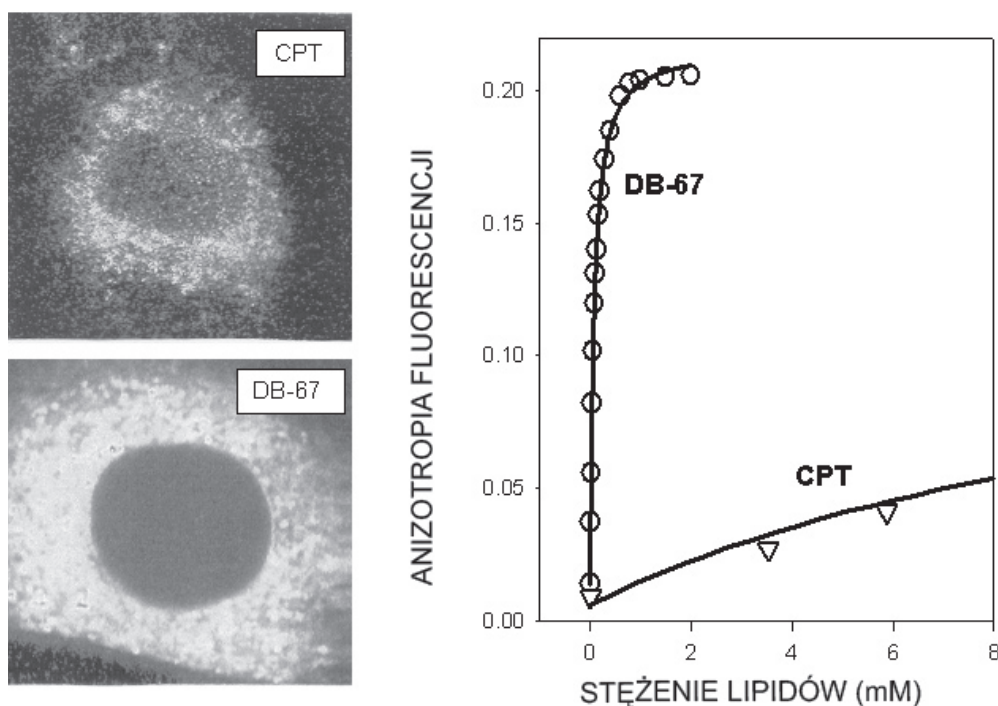
Jednym z najbardziej obiecujących analogów kamptotecyny jest 7-t-butylidymetylsilyl-10-hydroxy-kamptotecyna zwana DB-67 (od nazwiska chemika Davida Boma – który pierwszy otrzymał ten analog). Badania metodami spektroskopii fluorescencyjnej dowiodły, że forma laktonowa tego związku



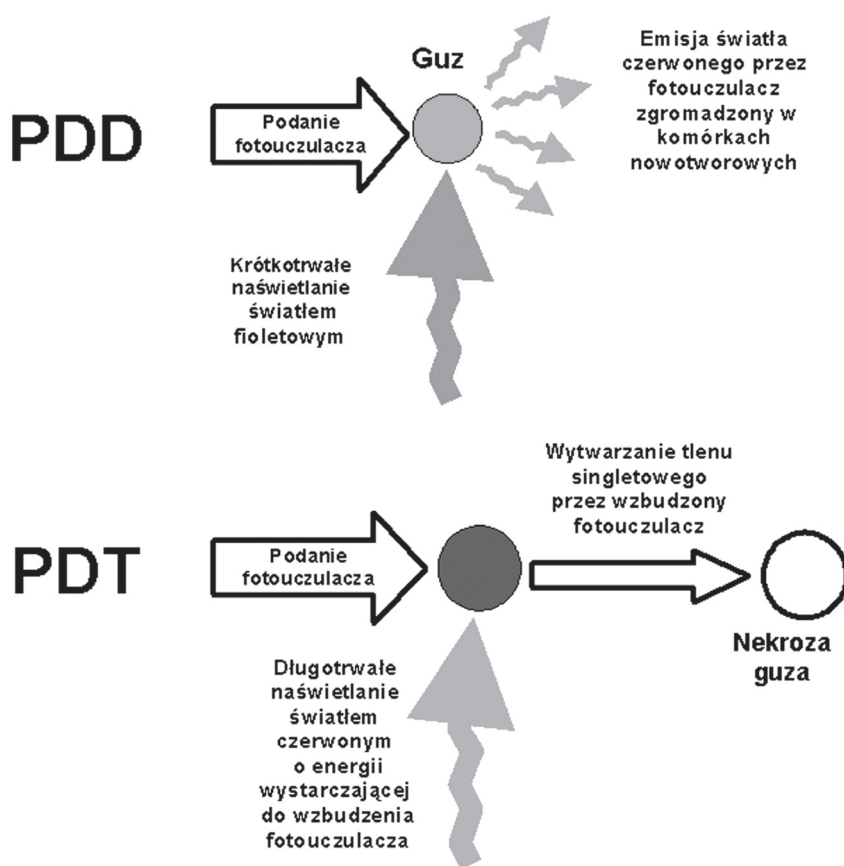
Rys. 2. Wzory strukturalne kamptotecyny : aktywnej biologicznie formy laktonowej i nieaktywnej formy karboksylowej. W warunkach fizjologicznych (pH 7,4) forma laktonowa przechodzi w formę karboksylową. Wykres pokazuje jak we krwi zmniejsza się stężenie formy laktonowej.

charakteryzuje się bardzo dużym powinowactwem do błon komórkowych, zaś forma karboksylowa nie wiąże się z albuminą. Rys. 3 przedstawia wyniki doświadczalne badania kamptotecyny i DB-67 metodą dwufotonowej mikroskopii fluorescencyjnej oraz metodą pomiaru anizotropii fluorescencji. Te wyniki pokazują, że DB-67 istotnie korzystniej zachowuje się w obecności błon komórkowych. Pożądane właściwości DB-67, udokumentowane badaniami fluorescencyjnymi, spowodowały, że po przeprowadzeniu testów na zwierzętach, rozpoczęto badania kliniczne tego związku.

Metody spektroskopii fluorescencyjnej są wykorzystywane także do wykrywania nowotworów i do ich niszczenia. W tkankach występuje szereg związków, które po wzbudzeniu mogą fluoryzować. Są to tzw. fluorofory endogenne. Występują różnice w fluorescencji tkanek zdrowych i zmienionych nowotworowo. Rejestrując widma fluorescencji tkanek można wykrywać obszary zmienione nowotworowo. Taka metoda diagnozowania nowotworów za pomocą światła i fluoroforów endogennych nosi nazwę laserowo indukowanej fluorescencji. Skuteczniejszą metodą diagnozowania nowotworów za pomocą światła jest metoda fotodynamiczna – PDD. Schematycznie tę metodę



Rys. 3. Zdjęcia komórek Glioblastoma nasycanych odpowiednio kamptotecyną (CPT) i jej analogiem DB-67 wykonane za pomocą dwufotonowego mikroskopu fluorescencyjnego. Pokazują one, że DB-67 łatwiej wbudowuje się w błonę komórkową niż kamptotecyna. Wykres przedstawia wyniki pomiarów anizotropii fluorescencji kamptotecyny i DB-67 w zawiesinie modelowych błon komórkowych. Te wyniki także pokazują, że DB-67 wykazuje dużo większe powinowactwo do błon komórkowych niż kamptotecyna.



Rys. 4. Zasada działania metod diagnostyki (PDD) i terapii (PDT) fotodynamicznej.

przedstawia rys.4 (górną część). Polega ona na podaniu pacjentowi specjalnego związku fluorującego –fotouczulacza, który ma właściwość gromadzenia się w komórkach nowotworowych. Jeżeli ciało pacjenta zostanie następnie naświetlone światłem o energii wystarczającej do zaabsorbowania przez fotouczulacz, będzie on emitował światło fluorescencji (najczęściej

jest to światło czerwone) i w ten sposób będzie pokazywał miejsce swej lokalizacji - to jest obszary zmienione nowotworowo (rys. 5). Metoda PDD może być wykorzystywana do wykrywania nowotworów skóry oraz nowotworów tych narządów, do których możemy łatwo za pomocą światłowodu wprowadzić oraz odprowadzić światło. Zdiagnozowanie nowotworu to tylko



Rys. 5. Pacjentce podano fotouczulacz. Następnie naświetlano ją światłem fioletowym. Miejsca wskazane przez strzałki zaczęły emitować światło czerwone – są to obszary zaatakowane przez nowotwór. Rysunek przygotowano wykorzystując zdjęcie zamieszczone w artykule Nicka Lane pt. „Nowe światło dla medycyny” – Świat Nauki, nr 2, 2003.

część sukcesu. Następnym krokiem jest zniszczenie komórek nowotworowych. Światło i fotouczulacz są także stosowane do niszczenia komórek nowotworowych. Wykorzystywana w tej metodzie jest dodatkowa cenna właściwość fotouczulacza - po zaabsorbowaniu światła przechodzą one w tzw. stan trypletowy. Fotouczulacz będący w stanie trypletowym oddziałuje z cząsteczkami tlenu, których stan podstawowy jest też stanem trypletowym. W wyniku tego oddziaływania fotouczulacz wraca do stanu singletowego a tlen trypletowy przechodzi do stanu wzbudzonego, który jest stanem singletowym. Tlen singletowy jest bardzo aktywny chemicznie i niszczy cząsteczki ważne dla funkcji życiowych komórki i w konsekwencji komórka obumiera. Tlen singletowy jest wytwarzany tylko w tych komórkach, w których był zgromadzony fotouczulacz, to jest w komórkach nowotworowych i to właśnie tylko one są niszczone. Opisana metoda nosi nazwę terapii fotodynamicznej - PDT. Jest ona schematycznie przedstawiona w dolnej części rysunku 4.

Najpopularniejszymi związkami chemicznymi, które mogą pełnić rolę fotouczulaczy są pochodne hematoporfiryny, aczkolwiek w wielu laboratoriach, w tym także w Polsce, prowadzone są badania związane z poszukiwaniem nowych coraz doskonalszych fotouczulaczy. Fotouczulacze powinny charakteryzować się następującymi właściwościami: (1) dużą selektywnością retencji w komórkach nowotworowych w porównaniu ze zdrowymi, (2) dużą wydajnością fluorescencji i to w obszarze światła czerwonego lub bliskiej podczerwieni, (3) dużą wydajnością w wytwarzaniu tlenu singletowego, (4) możliwie najniższą toksycznością w odniesieniu do komórek zdrowych i szybkim usuwaniem ze zdrowych komórek. Wymaganiem aby fotouczulacze fluorowały światłem czerwonym lub bliską podczerwienią jest następstwem istnienia w tym obszarze widma tzw. okna terapeutycznego. Światło podczerwone i bliska podczerwień głęboko penetrują tkanki – do 2 cm, przeciwnie niż nadfiolet lub światło fioletowe, które maksymalnie wnikają w tkankę na głębokość 2 mm. Z tego względu do wzbudzenia fotouczulaczy w trakcie terapii PDT jest pożądane stosowanie światła czerwonego lub bliskiej podczerwieni, o energii wystarczającej do wzbudzenia cząsteczek fotouczulacza.

Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia niektórych zastosowań światła jako cennego narzędzia badawczego. Opisane przykłady zastosowania światła w badaniach farmaceutyków pokazują jak ważne i cenne informacje o danym związku można uzyskać wykorzystując światło. Metody PDD i PDF wykorzystujące światło są cennymi metodami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Są one uzupełniające a w niektórych przypadkach konkurencyjne w stosunku do uznanych metod diagnozowania i leczenia nowotworów.

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

Pielęgniarka wobec umierania i śmierci dziecka

Mirosława Kram

Każdy człowiek wie, że jest istotą śmiertelną, a mimo to konfrontacja z realnością śmierci, wywołuje emocje, z którymi ciężko jest sobie poradzić, także, a może i szczególnie gdy doświadcza się tego zawodowo. Dla zdecydowanej większości ludzi śmierć jest czymś co przeraża, co wywołuje grozę i strach, poczucie żalu i niesprawiedliwości, zwłaszcza gdy śmierć jest nagła albo dotyczy dziecka. Śmierć dziecka, w jakimkolwiek jest ono wieku, odbiera się jako zdarzenie wbrew naturze, ba nawet nie ma słowa by wyrazić stratę dziecka – takie jest to nienaturalne. Stratę rodzica określa się jako pólseroctwo, stratę małżonka – wdowieństwo, stratę dziecka - ?

Śmierć jest faktem mającym miejsce w przyrodzie jako kres życia i funkcjonowania organizmu. Śmierć człowieka oznacza ustanie zasadniczych dla życia procesów fizjologicznych. Ostatnie 48 godzin określane są mianem agonii. Agonia kojarzy się najczęściej z walką ze śmiercią i dogorywaniem w cierpieniu. Rozwój medycyny paliatywnej zmienia konanie w zamieranie. W tym czasie zamierają wszystkie czynności organizmu. Ustaje akcja serca i płuc, mięśnie wiotczeją inieruchomieją – następuje śmierć kliniczna, następnie biologiczna (ustanie funkcji mózgu). W efekcie następuje śmierć osobnicza.

Umieranie, w przeciwieństwie do śmierci, jest procesem rozciągniętym w czasie. Umieranie może obejmować ostatnie godziny, dni, tygodnie życia chorego. Może to być okres różny co do czasu i intensywności przeżywania cierpienia fizycznych i psychicznych.

Niezależnie od miejsca, w którym przebywa umierające dziecko – dom rodzinny, szpital, dom opieki społecznej, hospicjum, należy zapewnić jemu komfort umierania i godną śmierć.

W Polsce w 2001 roku zmarło 5925 dzieci w wieku od 0 do 19 lat, w tym 61% chłopców i 39% dziewcząt (Dane z Zakładu Opieki Paliatywnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie). Wśród przyczyn zgonów mających znaczenie z punktu widzenia opieki paliatywnej wymienia się: wady wrodzone, choroby nowotworowe (480 zgonów), mózgowo-porażenie dziecięce, choroby nerwowo-mięśniowe, choroby metaboliczne.

Pielęgniarki, także lekarze, nie mogą prawie zawsze, pogodzić się z faktem ograniczeń i bezradności medycyny wobec niektórych stanów chorobowych i śmierci dziecka. Mają także trudności w udzielaniu podstawowej psychologicznej pomocy umierającemu dziecku, jego rodzinie. Ale jest również wiadomym, na co wskazują doświadczenia, że podstawowe wiadomości i psychologiczne przygotowanie pielęgniarki (i lekarza) w zakresie kontaktu i pomocy umierającemu dziecku i rodzicom sprawiają, że ciężar psychiczny i stres związany zgonem dziecka staje się dla nich łatwiejszy do udźwignięcia.

Istnieją pewne podstawowe zasady postępowania wobec umierającego dziecka. Są one następujące:

Nigdy nie pozostawiać dziecka umierającego samego, zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym. Dziecko powinno umierać w spokoju wśród najbliższych. Ofiarować swoją obecność przy umierającym dziecku może także ktoś z dalszej rodziny, przyjaciel, sąsiad, pielęgniarka z hospicjum, wolontariusz. Taka jest wizja dobrej śmierci.

Każda z osób opiekujących się umierającym dzieckiem – rodzice, rodzina, personel szpitala czy hospicjum, powinna być świadoma, że w czasie umierania należy zapewnić spokój i ciszę oraz podawanie leków przeciwbólowych, regularnie do samego końca (nawet gdy jest ono nieprzytomne).

Każdy członek rodziny, także dziecko (rodzeństwo) także powinno być włączane do opieki na miarę swoich możliwości i wieku – np. może podać szklankę z wodą, poić i karmić łyżką, trzymać za rękę, poczytać.

Lęk przed śmiercią towarzyszy każdemu umierającemu, także dziecku. Lęk związany jest głównie z rozstaniem z bliskimi osobami. Złagodzić lęk, to pozwolić umierającemu dziecku mówić i słuchać go. Zawsze należy stworzyć możliwość odreagowania emocjonalnego: wyżalenia się, wypłakania, wyrzucenia z siebie pretensji, okazania gniewu. Niekiedy dziecko umierające zaskakuje pytaniem „Jak długo będę jeszcze żył?”, „Kiedy umrę?” itp. Zanim podejmie się próbę odpowiedzi, dobrze jest powtórzyć pytanie, dodając np. „Zastanawiasz się, kiedy umrzesz, dlaczego o to pytasz?”. W ten sposób zyskuje się na czasie i można lepiej przemyśleć odpowiedź. Jeśli chory domaga się konsekwentnie odpowiedzi na pytanie, można powiedzieć, zastrzegając, że w medycynie zdarzają się sytuacje trudne do przewidzenia, określić ogólny wymiar czasu, np. „Sądzę, że jest to kwestia miesięcy, nie lat”. W żadnym razie nie wolno precyzować „daty śmierci”. Podtrzymywanie, a nie „ucinięcie” kontaktu, niezaprzeczeniu trudnym problemom, podtrzymywanie nadziei, to podstawowa zasada w opiece nad umierającym.

Nadzieja jest siłą przeciwną zmniejszającą następstwa lęku, gniewu, przygnębienia. Określa się ją jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, pozytywnego, skojarzony z uczuciem zadowolenia. Nadzieja mobilizuje do działania. Póki człowiek jest na świecie, nigdy nikomu nie wolno jej odbierać. W religii chrześcijańskiej istnieją trzy cnoty boskie: Wiara, Nadzieja i Miłość. Podtrzymywanie nadziei to przekonanie dziecka, że niezależnie od spodziewanego rezultatu, nie rezygnuje się z dalszego leczenia (paliatywnego), pielęgnowania, że rodzina pozostanie przy nim.

Często rodzice pytają „Co jeszcze można zrobić?”. Czują się bowiem bezradni, nie wiedzą jak się zachować. Można wówczas zwrócić uwagę na rolę dotyku, który z pośród wszystkich zmysłów jest odczuwany najdłużej. Dotyk przynosi ulgę w cierpieniu, odprężenie.

Okres przedłużającego się umierania jest dla rodziców szczególnie ciężki.

Rodzicom wierzącym można zaproponować wspólną modlitwę, niewierzącym natomiast zachęcić do rozmowy o umierającym dziecku i jego życiu. Należy rodzicom stworzyć możliwość wspólnego przebywania z umierającym dzieckiem w intymnych warunkach, w atmosferze życzliwości ze strony personelu. Są to ich ostatnie chwile i nie można im tego zabronić.

Sposoby porozumiewania się rodziny, przyjaciół, znajomych z dzieckiem umierającym to bardzo poważny i trudny temat. Jeśli nawet mówi się z nim o chorobie, zna się prognozę - większość ludzi stara się unikać rozmów o śmierci. Część osób mówi „Nie czuję się na siłach mówić z nim otwarcie o chorobie, umieraniu”, inni „Nie umiem mówić z nim o tym”. Skrępowanie śmiercią często utrudnia, a nawet uniemożliwia rozmowę z umierającym dzieckiem. Bliscy nie mają pojęcia o czym rozmawiać. Nie wiedzą co go rozweseli, co go zasmuci? Czy powinno się mówić o tym, co kiedyś robił albo czego chciał? O ostatnich wynikach badań laboratoryjnych? O pogodzie? Warto wtedy po prostu powiedzieć „Nie wiem, o czym z Tobą mówić. Czy chcesz porozmawiać o wczorajszym filmie czy o twoim leczeniu przeciwbólowym?”

Trzeba pamiętać, że podczas rozmowy istotna jest nie tylko komunikacja słowna. Jednym z największych darów, jakie można ofiarować umierającemu dziecku, to wysłuchanie go. Słuchać jak się skarżą, jak płaczą, jak się śmieją, jak wspominają, jak mówią o śmierci. Tak zwyczajnie słuchać. Nie przerywać. Słuchanie historii życia umierającego wydobywa jego godność i człowieczeństwo. Wiele umierających dzieci ma potrzebę rozmawiania o śmierci, o umieraniu. Najczęstszym błędem jest ignorowanie tego faktu, bowiem, to co jest ważne dla niego, dla ludzi otaczających go jest bardzo trudne. Jeśli odczuwa się lęk w kontakcie z chorym umierającym, warto spróbować zastanowić się czego tak naprawdę boimy się my sami.

Rodzina przeżywa w tym czasie szczególnie wiele trudnych chwil. Duże obciążenie stanowią zwykle dolegliwości dziecka. Na ból i duszności, występujące u chorego, reagują opiekunowie lękiem i przygnębieniem. Silne emocje wywołują także występujące niekiedy zaburzenia psychiczne umierającego. Zmiany zachowania „pozbawiają” opiekunów

nagrody w postaci dobrego kontaktu z chorym, jego wdzięczności, uśmiechu. A pytani o swój stan zdrowia opiekunowie odpowiadają często: „Och, nieważne, teraz nie mam czasu aby myśleć o sobie – byle jemu można było pomóc”. A przecież opiekunowi należy się absolutnie chwila wytchnienia (spacer, wyspanie się, chwile samotności). Nie warto i nie należy odrzucać pomocy innych osób, które z powodzeniem mogą zastąpić na kilka godzin opiekunów.

U chorych terminalnie pojawia się często niepokój związany z tym „co będzie się działo po śmierci”, „co jest po drugiej stronie”. Wtedy należy umożliwić spotkanie z kapłanem. Poważnym błędem jest odmowa odwiedzin księdza. „To go załamie”, „On pomyśli, że to już naprawdę koniec” – słyszy się takie argumenty ze strony rodziny. Najczęściej więcej oporów i lęków z tym związanych ma rodzina niż sam chory. Umierające dziecko zwykle tego rodzaju propozycję przyjmuje ze spokojem i zrozumieniem.

Znając problemy chorych umierających należy zawsze podejmować rozmowę na wszystkie ważne dla chorego tematy. Bardzo istotne jest także posługiwanie się ciszą. Z chorym wcale nie trzeba prowadzić rozmowy za wszelką cenę. Jeśli nie wykazuje chęci do rozmowy, powinno odstąpić od niej. Można także spędzać ostatnie chwile milcząco.

Zmarłe dziecko powinno być przekazane i oddane rodzicom po przywróceniu normalnego wyglądu, tj. po usunięciu renów, rurek, krwi, wydzielin - czyste i zadbane. Bez względu należy umożliwić rodzicom pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem, przybliżyć ono realność śmierci, ułatwi proces żałoby. Niektórzy rodzice, zwłaszcza matki niemowląt biorą zmarłe dziec-

ko na ręce, przytulają, ubierają – nie wolno im tego zabronić. Rodzice starszych dzieci też na ogół pozostają przy zwłokach, modlą się i żegnają się z nim.

Śmierć bliskiej osoby jest dla rodziny największą stratą, jakiej doznają w życiu. Proces żałoby jest czasochłonny i energochłonny, nie można go przyspieszać. Każdy przeżywa go w indywidualny sposób. Zazwyczaj zaczyna się on zaprzeczaniem a kończy pogodzeniem się stratą. W większości trwa ok. 6 mies do roku. Wspominanie zmarłego, dzielenie się przeżywanymi uczuciami, wspólne rytuały – przeglądanie zdjęć, czytanie listów, odwiedzanie cmentarza pomagają rodzinie w procesie żałoby. Z rodzeństwem zmarłego dziecka rodzice powinni rozmawiać o śmierci i żałobie dostosowując rozmowy do wieku. Ważne jest, aby rodzice starali się zachować poprzedni rytm życia, pokazując dzieciom, że życie się nie skończyło i trwa nadal.

Nie ma wzorca postępowania adekwatnego do sytuacji rodziny po stracie najbliższej jej osobie. Śmierć bliskiej osoby, a dziecka w szczególności to wyzwanie do przemyśleń nad życiem i jego filozofią.

Mgr Miroslawa Kram jest asystentem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.



Komunikowanie interpersonalne

Krystyna Kurowska

Komunikować się - to tyle, co „utrzymywać z kimś kontakt, kontaktować się; udzielać się w otoczeniu”, a więc „komunikowanie” - to podstawa porozumienia społecznego.

Komunikowanie, czyli zdolność lub umiejętność porozumiewania się, jest procesem złożonym; polega on na przekazywaniu wiadomości pomiędzy ludźmi i wśród ludzi. Podstawowym narzędziem komunikacji jest język. W procesie porozumiewania się ludzie dążą do dzielenia się znaczeniami za pośrednictwem znaków, symboli i kodów (dźwięki, litery, słowa), służących do formułowania informacji (komunikatów). Komunikowanie może być realizowane przez wypowiedzi ustne, pisemne i różne formy wizualne oraz tzw. mowę ciała. Wiadomość przekazywana przez nadawcę dociera do odbiorcy tzw. kanałem komunikacyjnym (wzrok, słuch lub węch).

Komunikowanie może być jednokierunkowe lub dwukierunkowe. W pierwszym przypadku nadawca przekazuje informacje bez oczekiwania ich potwierdzenia przez odbiorcę, a w drugim - nadawca uzyskuje potwierdzenie przekazanej informacji, np. w formie pytań zadawanych przez odbiorcę.

Komunikacja werbalna - to sposób, w jaki ludzie komunikują się (wysyłają i odbierają komunikaty) za pomocą słów. Komunikacja werbalna jest działaniem intencjonalnym.

Komunikacja niewerbalna - to sposób, w jaki ludzie komunikują się (wysyłają i odbierają komunikaty) bez używania słów, tj. za pomocą pozawerbalnych dźwięków mowy (np. intonacja, szybkość mówienia, tembr i ton głosu, westchnięcia, pomruki), mimiki twarzy, gestów, ruchów i pozycji ciała, sposobu patrzenia, dotyku. Komunikacja niewerbalna może być działaniem intencjonalnym lub nieintencjonalnym.

Komunikaty niewerbalne istotnie wspomagają werbalne, nadają im czytelność i wyrazistość. Wiedza z tego zakresu oraz umiejętności komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pewnością przydadzą Ci się w życiu codziennym, np. podczas komunikowania się z potencjalnym pracodawcą.

Rozmowa bezpośrednia. W procesie komunikacji zawiera się świadome oddziaływanie na odbiorców, zakładające właściwy dobór środków przekazu treści. Jednak w różnym stopniu potrafimy kontrolować to, co komunikujemy; czasami nasze przekazy są nieuświadomione, a nawet odbywają się bez

naszej wiedzy i woli. Wygląd, mimika i wyraz twarzy wiele o nas mówią naszym rozmówcom. Informacją są również niekontrolowane zachowania ciała. W czasie rozmowy ważne jest, jaką przybierasz postawę. Kiedy mówisz - nie odchylaj się od rozmówcy, możesz natomiast nieznacznie przechylić się w jego kierunku. Pochylenie oznacza zainteresowanie tematem rozmowy, a odchylenie budzi negatywne odczucia rozmówcy. Ponadto, zarówno postawa zbyt swobodna, jak i zbyt skrępowana, nie pomagają w budowaniu dobrego wizerunku. Podpieranie głowy ręką opartą o biurko czy stół lub splecenie dłoni za głową świadczą o znudzeniu rozmową. Z kolei zakrycie dłonią ust, skrzyżowanie rąk lub zaciśnięcie pięści czy ramion może zostać odebrane w ten sposób, iż masz coś do ukrycia, a Twoje intencje nie są zupełnie jasne. Warto wiedzieć, iż do gestów oznaczających zaufanie i szczerść zamiarów zalicza się, np. tzw. otwarte dłonie.

Niezwykle istotne w komunikacji interpersonalnej są zależności przestrzenne. Dystans fizyczny między rozmówcami jest bowiem odzwierciedleniem dystansu psychicznego. Niewielki dystans sygnalizuje duży stopień wzajemnej znajomości i intymności, a większy - niewielki stopień zażyłości między rozmówcami. Jeśli chcemy, aby inni dobrze czuli się w naszym towarzystwie, warto przestrzegać podanych niżej reguł dotyczących stref dystansu fizycznego określających przestrzeń znajdującą się wokół każdego z nas.

Możemy wyróżnić cztery strefy dystansu fizycznego:

- strefa intymna (poniżej 45 cm) dla najbliźszych,
- strefa osobista (45-120 cm) dla znajomych, przyjaciół,
- strefa społeczna (120-360 cm) dla niezajomych,
- strefa formalna lub publiczna (powyżej 360 cm) dla wystąpień publicznych, tak by zachować właściwy dystans.

Bardzo silne sygnały w kierunku rozmówcy przekazywane są poprzez sposób patrzenia na niego. Nie unikaj więc wzroku Twojego rozmówcy, patrz mu często w oczy, zwłaszcza kiedy mówi, albo kiedy Ty mówisz coś szczególnie istotnego. To dla niego także ważny komunikat. Świadczy on o Twoim spokoju, pewności siebie, o szczerości i odwadze.

Należy pamiętać, że gdy ludzie patrzą sobie w oczy:

- mniej niż 30 proc. czasu trwania rozmowy - oznacza to, że nie interesują się

tematem rozmowy,

- 30-60 proc. czasu trwania rozmowy - oznacza to, iż interesuje ich temat rozmowy,
- powyżej 60 proc. czasu trwania rozmowy - oznacza to, iż interesują się bardziej sobą nawzajem niż tematem rozmowy.

Z kolei tzw. rozbiegane oczy, mordercze spojrzenie lub próba sił, puste spojrzenie czy też maślane oczy nie służą skutecznej komunikacji między ludźmi. Pierwsze mogą świadczyć o pewnego rodzaju chaosie mającym miejsce w czasie rozmowy, drugie i trzecie - wzbudzają agresję, czwarte stwarzają wrażenie znudzenia rozmową, a piąte dotyczą sytuacji, w których coś lub raczej ktoś mocno zaprzęta naszą uwagę.

Jeśli natomiast chodzi o źrenice, to istotne jest to, czy źrenice w trakcie rozmowy „rozszerzają się”, co oznacza radość, czy „zwężają się”, co oznacza złość. Sygnały, jakie wysyłają nasze oczy, są bardzo wyraźne. Warto wiedzieć, że ruch źrenic jest niemożliwy do bezpośredniego opanowania lub kontrolowania.

Mimika twarzy stanowi źródło informacji na temat stanów emocjonalnych i postaw takich jak sympatia czy wrogość. Tworzy kolejny element wpływający na to, jak nas odbiera rozmówca, np. uśmiech bywa zaraźliwy, a zaciśnięte usta wyrażają dezaprobatę i z pewnością nie zrobią pozytywnego wrażenia na rozmówcy. Bardzo wymowne są również okolice brwi. Zmiana ich położenia wyraża stany od niedowierzania i zdziwienia (brwi podniesione), do zakłopotania i złości (brwi obniżone).

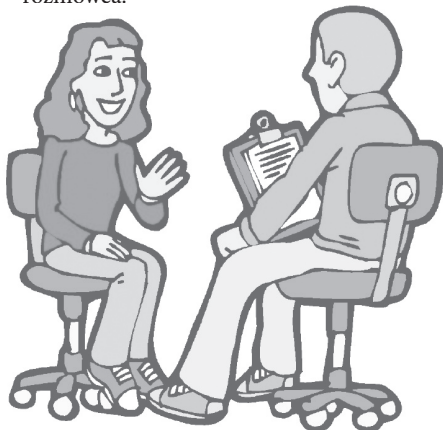
Twój wygląd też jest ważnym komunikatem. Wyrażasz nim stosunek do drugiej osoby oraz mówisz o sobie, do jakiej grupy społecznej należysz, jakie wartości szanujesz, itd. Nie jest prawdą, że ktoś, kto ma kolczyk w nosie,



jest mniej wartościowym człowiekiem niż ten, co go nie posiada, a tleniony blondyn będzie gorszym pracownikiem niż ktoś, kto ma naturalny kolor włosów. Jednak trzeba liczyć się z tym, iż wiele osób tak sądzi, a nawet, jeśli nie - szczególnie te z tradycyjnych firm - z dwóch osób o bardzo podobnych umiejętnościach i kwalifikacjach zawodowych wybiorą raczej tę, która nie ma kolczyka w nosie, albo nie utleniła włosów. Masz oczywiście prawo do własnych wyborów, ale powinieneś też wiedzieć, jakie konsekwencje mogą się z nimi wiązać. Zadbaj więc o stosowny do okoliczności wygląd wybierając się z wizytą do potencjalnego pracodawcy.

Na ważne spotkania przychodzić co najmniej 5 minut wcześniej. Spóźnieniem zrobisz złe wrażenie. Świadczy ono negatywnie o Twojej solidności i może być odebrane jako brak szacunku do osoby, z którą się umówiłeś. Poza tym, jeśli wbiegniesz zdyszany, w pośpiechu rozpocznie rozmowę; jeśli podasz gospodarzowi spoconą rękę - wzbudzisz odruchową niechęć. Ważne jest, aby mieć chwilę czasu na odpoczynek, zebranie myśli i poprawienie wyglądu.

Sluchanie jest równie ważne jak mówienie! Podstawową formą komunikowania treści jest nie tylko mówienie, ale i słuchanie. Właściwie słuchając - budujesz dobry klimat rozmowy, a także odbierasz ważne i przydatne Ci informacje. Wysłuchanie drugiej osoby jest również często najlepszym sposobem na poprawę wzajemnych relacji. Spróbuj kiedyś tak naprawdę posłuchać swoich rodziców, a zobaczysz, iż zupełnie inaczej niż zwykle wyglądać będzie Wasza rozmowa. Jak słuchać? Narzędziem, które pozwala zminimalizować niezgodności pomiędzy treścią wypowiedzianą przez nadawcę i odebraną przez odbiorcę jest aktywne słuchanie. Charakteryzuje się ono tym, że angażuje w znacznym stopniu umysł słuchacza; wymaga, np. podążania za tokiem myślenia rozmówcy w celu zapoznania się z jego punktem widzenia. Wербalnym przejawem aktywnego słuchania może być, np. parafrazowanie wypowiedzi nadawcy komunikatu czy zadawanie pytań. Z kolei potakiwanie, grymas na twarzy, zmarszczenie brwi lub uśmiech stanowią niewerbalne sygnały świadczące o tym, że nie tylko słyszemy, ale czynnie słuchamy tego, co mówi rozmówca.



Aktywnemu słuchaniu sprzyjają takie sytuacje, gdy:

- robimy przerwę po każdej wypowiedzi naszego rozmówcy, nie spieszymy się z odpowiedzią,
- powtarzamy część wypowiedzi (własnymi słowami, tak jak zrozumieliśmy), tak abyśmy i my sami i nasz rozmówca mieli pewność, że mówimy o tym samym,
- dajemy werbalne (aha) i niewerbalne (skinienie głowy) sygnały, że podążamy za tym, co przekazuje rozmówca,
- wyrażamy uczucia (mimicznie i werbalnie),
- nie proszeni - nie radzimy.

Wszystkie delikatnie nadawane przez Ciebie sygnały mają ułożyć się w docierającą do drugiej osoby komunikat, że generalnie aprobujesz to, co słyszysz, masz zbliżoną ocenę tego, co słyszysz.

Pamiętaj, że na odbiór naszego słownego przekazu składa się:

- 55 % to, jakie robimy wrażenie,
- 38% to, ton głosu,
- 7% to, treść

Ton głosu w czasie trwania rozmowy nie może być ani zbyt silny, ani zbyt cichy, ważna jest bogata intonacja oraz wyraźna, lecz nie przesadna artykulacja. Wysokość głosu, barwa, rytm - te kategorie głosowe pozwalają odczytać, kiedy wypowiedź jest przyjazna, a kiedy złośliwa, kiedy wypowiedziana z irytacją, a kiedy moralizatorska. Zależą one od Twojego nastroju i nastawienia do osoby, z którą rozmawiasz; ważne jest więc pozytywne nastawienie do rozmówcy. Pomożesz sobie w wytworzeniu takiego nastroju, kiedy będziesz się starał myśleć i mówić dobrze na temat czekającej Cię rozmowy. Treść, choć stanowi tylko 7 procent przekazu, jest bardzo ważna; składa się na to ogólna wiedza osoby będącej nadawcą komunikatu oraz znajomość danego tematu, a także zdolność ładnego i zrozumiałego wypowiadania się, która wiąże się z czytaniem i doświadczeniem w prowadzeniu rozmów.

Jak mówić? Sztuka wypowiadania się:

- wyrażamy opinię zwięźle i na temat,
- mówimy o faktach i o swoich uczuciach, a nie o drugiej osobie (np. „boli mnie kiedy widzę, że on może wracać później do domu niż ja” a nie „jesteście niesprawiedliwi, pozwalacie mu na więcej niż mnie”),
- robimy wszystko, aby druga strona nas rozumiała
- panujemy nad emocjami, staramy się mówić spokojnie
- posługujemy się językiem zrozumiałym dla drugiej strony, nie używamy slangu i żargonu.

W rozmowie telefonicznej nie widzisz

osoby, z którą rozmawiasz i nie możesz reagować na jej zachowanie. Tymczasem ona odbiera sygnały nie tylko z treści tego, co mówisz, ale także poprzez ton Twojego głosu i rytm wypowiedzi, ponieważ zależą one od wielu czynników. Warto więc zapamiętać kilka podstawowych zasad, których przestrzeganie zapobiega najpoważniejszym błędom. Wszystkie one mają charakter psychologiczny, ponieważ pomagają lub utrudniają osiągnąć zarówno Tobie, jak i rozmówcy właściwy nastrój.

Oto kilka zasad, o których warto pamiętać sięgając po słuchawkę telefonu:

- dzwoni wtedy, kiedy miałeś to zrobić (o ile wcześniej się na to umawiałeś). Punktualność i terminowość to cechy bardzo cenione i pożądane,
- jeśli jesteś interesantem - nie dzwoń zaraz po rozpoczęciu pracy, w przerwie obiadowej i pod koniec pracy; rano przeszkodzisz w organizacji dnia, pod koniec pracy trafisz na gorączkę pogoni za czasem, a dzwoniąc w porze lunchu - zwiększasz szansę, że nie zastaniesz właściwej osoby w biurze lub będziesz potraktowany inaczej niż mógłbyś oczekiwać,
- przygotuj się do rozmowy; zrób sobie plan tego, co chcesz powiedzieć. Pamiętaj, że telefon to narzędzie komunikacji krótkiej i konkretnej,
- przedstaw się imieniem i nazwiskiem, od razu osadzając swoją osobę we właściwym kontekście („dzwonię w związku z ogłoszeniem”; „dzwonię z polecenia pana X”, itp.),
- pamiętaj o tytułach osób, z którymi rozmawiasz i tych, o których mówisz,
- mów niezbyt głośno, spokojnie i wyraźnie,
- pamiętaj, aby czasami uśmiechnąć się do osoby, z którą rozmawiasz; tego nie widać, ale to słycać! Najtrudniejsza rozmowa stanie się wtedy sympatyczniejsza dla obu stron,
- powinieneś - w miarę możliwości - dążyć do konstruktywnego końca, a więc na przykład: ustalenia terminu spotkania lub daty i godziny następanej rozmowy telefonicznej czy też wysłania ostatecznej odpowiedzi, nawet jeśli jest to odpowiedź odmowna.

Pamiętaj jednak, że nie o wszystkim decydujesz Ty sam i może się zdarzyć, że mimo wszystko nie osiągniesz zamierzonego celu. Komunikacja to droga dwukierunkowa, wymagająca zaangażowania obu stron: i nadawcy, i odbiorcy. Jednak im więcej włożysz wysiłku i starań w porozumienie ze swoim rozmówcą, tym większą masz szansę na nawiązanie lepszego kontaktu z drugim człowiekiem.

Dr Krystyna Kurowska jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej.

Obowiązki studenta względem mistrza i nauki

Gerard Drewa

Marek Fabiusz Kwintyliian (żył w latach 35-95 r.) – słynny retor i pedagog rzymski, znany łaciński teoretyk stylu pochodził z Hiszpanii z miejscowości Calagurris. Był on m.in. nauczycielem siostrzeńców cesarza Domicjana (synowie Domitylli i Konsula Flawiusza Klemensa), zajmował się głównie kształceniem mówców. Za swoją pracę nauczycielską otrzymał wyjątkowe wyróżnienie, Flawiusz nadał mu tytuł honorowy „Consul honoris causa”.

Rozczytałem się w pismach Kwintyliana, dużo w nich uwag pedagogicznych i dydaktycznych. Po upływie prawie dwóch tysięcy lat są one wciąż jeszcze aktualne. Mimo, iż wskazówki dotyczyły nauki retoryki, zawierają ogólne zasady prowadzenia dobrej dydaktyki mające również zastosowanie w kształceniu lekarzy. W poprzednim numerze „Wiadomości Akademickich” w artykule („Student też człowiek ...”) pisałem o obowiązkach nauczyciela akademickiego względem studentów, dziś kilka uwag o obowiązkach studentów względem mistrza i nauki.

Aby nauczanie było efektywne, muszą ściśle współpracować nauczyciel akademicki i student; „... nauka może wzejść i rozwinąć się tylko przez zgodne połączenie wysiłków dającego i odbierającego” (Kwintyliian).

(1) „... mistrzów swoich uczniowie powinni kochać nie mniej niż samą naukę i pamiętać, że są ich ojcowie, nie z ciała wprawdzie, ale z ducha! (2) Taki stosunek do nauczyciela, pełen żywych uczuć, przyniesie im wiele korzyści w samej nauce; będą go chętniej słuchali, będą się do jego słów odnosić z zaufaniem, będą pragnęli naśladować go i wreszcie do samej szkoły na wspólną naukę z innymi będą przychodzić z ochotą; nie będą się oburzać, gdy im będzie zwracać uwagę na błędy popełnione w pracach, pochwała zaś z jego strony sprawi im prawdziwą przyjemność. I w ogóle pracą i nauką będą starali zasłużyć sobie na największą u niego życzliwość i miłość. (3) Jak bowiem tamtych obowiązkami jest nauczać, tak obowiązkami uczniów jest okazywać do nauki ochotę. Inaczej bowiem ani jedno, ani drugie samo nie wystarczy. Bo tak jak życie ludzkie z obojga powstaje rodziców i daremną byłoby rzeczą siał ziarna, gdyby ich nie przytuliła spulchniona bruzda ...” (za Kwintyliianem).

Tekst ten napisałem z wewnętrznej potrzeby dla podkreślenia właściwej relacji między studentem a nauczycielem akademickim w nadziei, że zostanie przeczytany.

Prof. dr hab. Gerard Drewa
jest kierownikiem Katedry i Zakładu Biologii Medycznej.

Czy mogło być LEP-iej?

Małgorzata Tafil-Klawe

Wynik tegorocznego LEP-u nie dostarczył naszym absolwentom powodów do dumy. Komentarze tego faktu były znowu bardzo krytyczne w stosunku do naszej Uczelni. Czy powinniśmy się wstydzić takiego wyniku?

Zacznijmy od tego, że LEP nie ocenia procesu kształcenia w uczelni, tylko teoretyczne przygotowanie jej absolwentów po ukończonym stażu. Sceptycy powiedzą, że nasi absolwenci po ukończeniu stażu są najgorzej przygotowani do zawodu. Średni wynik naszych absolwentów jest niższy od najlepszego w kraju o 10 punktów, czyli o 5% w skali całego testu. Czy to dużo? Zważywszy na fakt, że na starcie owi absolwenci jeszcze jako kandydaci na studia osiągnęli na egzaminie wstępnym próg przyjęcia niższy o prawie 17% od najlepszego wyniku w innych uczelniach, moglibyśmy uznać, że całkiem dużo wiedzy zdobyli na studiach. Nikt z komentujących nie zadał sobie podstawowego pytania (bardzo ważnego w naukach przyrodniczych) – o istotność statystyczną różnic wyników LEP-u w poszczególnych uczelniach. Skalę przedstawionych w prasie diagramów można było dowolnie zwiększać, wtedy efekt byłby jeszcze bardziej spektakularny...

A poza tym – czas może w końcu zacząć mówić o tym, że prawdziwy lekarz, dobrze wykonujący swój zawód – to nie worek z informacjami. Ten zawód wymaga znacznie więcej, niż możemy to ocenić przy pomocy prymitywnego w końcu narzędzia, jakim jest LEP. Ci wszyscy tak lekko i łatwo wyrokujący o „niedouczonej lekarzach” wychodzących z naszej Uczelni, może powinni się zastanowić nad tym, czego sami oczekują od lekarza w sytuacji, kiedy staną przed nim jako pacjenci. Jeżeli oczekują wiedzy encyklopedycznej, to może lepiej byłoby zatrudnić komputer? On ma znacznie większą pojemność pamięci. A jeżeli w relacji lekarz-pacjent



oczekują kontaktu z Człowiekiem, to proszę wskazać narzędzie, który tę wartość lekarza oceni. Czy można to zrobić przy pomocy testu sprawdzającego, jak dużo informacji zgromadzono w ludzkiej pamięci? Tu zawsze przegramy z komputerowym nośnikiem informacji.

Nie uważam, że wszystko w naszym procesie dydaktycznym jest idealne. Ciągłe za mało jest bezpośredniego kontaktu Mistrza z Uczniem, zbyt liczne grupy tę relację utrudniają. Ciągłe studenci walczą się po korytarzach. To możemy zmieniać. Ale nie pozwólmy sobie wmówić, że kształcenie lekarza to „pakowanie” informacji, bo wtedy w ogóle uczelnie medyczne przestają być potrzebne.

I wiadomość z ostatniej chwili: znowu wraca dyskusja o sensie LEP-u. Miał on pomóc naszym absolwentom, a tymczasem dyskryminuje ich na rynku pracy w konkurencji z lekarzami z zewnątrz, którzy zgodnie z przepisami unijnymi mogą w Polsce wykonywać swój zawód, a zdania LEP-u nikt od nich nie wymaga. Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych 28 listopada bardzo krytycznie wypowiedziała się o tej formie egzaminu. I to nie ze strachu przed konkurencją i porównaniami uczelni (komisje akredytacyjne wystawiają nam oceny systematyczne). Może warto po kilku latach istnienia tego egzaminu wrócić do dyskusji o tym, co rzeczywiście on sprawdza? Bo rzeczywistą przydatność i przygotowanie do zawodu na pewno zweryfikuje życie ...

dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe,
prof UMK, jest Prorektorem UMK
ds. Collegium Medicum



Barbara Niedźwiedzka

Open Access Movement to nazwa ruchu, którego celem jest zminimalizowanie przeszkód w upowszechnianiu wyników badań naukowych, a także możliwie bardziej efektywnie, w tym aspekcie, wykorzystywanie nakładów na naukę. Istnieją bowiem zjawiska, które poważnie utrudniają komunikację naukową. Może się to wydawać dziwne, zważywszy na dobrodziejstwa Internetu, a jednak ich istnienia dowodzi choćby to, że w ostatnich dwóch latach odbyło się na świecie kilkaset konferencji i spotkań dotyczących Open Access Publishing i Open Access Archiving.

„Open access” oznacza swobodne i niczym nieograniczone udostępnianie publikacji naukowych poprzez Internet. Czytelnika, który korzysta z publikacji, obowiązuje oczywiście zachowanie integralności tekstu i obowiązek cytowania, ale oprócz tego może, podobnie jak autor, swobodnie dysponować publikacją. Ruch Open Access jest reakcją na rosnące ceny prenumeraty czasopism i ogromne koszty dostępu do ich wersji elektronicznych, a także na niedobre zjawiska w samym procesie publikowania naukowego, takie jak: długi okres czekania na recenzje, limity przyjmowanych do publikacji prac, tyrania impact factors (coraz mniej prawdziwych, bo zaburzonych choćby właśnie przez nierówności w dostępie do czasopism) oraz monopolistyczne praktyki ich wydawców i dystrybutorów. Przeszkody te uniemożliwiają naturalne i szerokie upowszechnianie wyników badań, a powstają poza kręgiem bezpośrednio zainteresowanych obiegiem tej informacji pracowników nauki - tak naprawdę jej twórców i właścicieli. Należy podkreślić, że ruch OAP szczególnie naciska kładzie na dostępność wyników badań finansowanych ze środków publicznych. Od dawna pojawia się bowiem także pytanie, dlaczego podatnik, który pośrednio finansuje badania naukowe, ma jeszcze raz płacić, poprzez prenumeratę czasopism, za dostęp do ich wyników?

Protest uczonych

Wydawcy i dystrybutorzy czasopism, oferując swobodny dostęp do ich zawartości oraz wspaniałe narzędzia przeszukiwania, każą sobie za to słono płacić, a pracownicy nauki w większości nie zdają sobie sprawy z tego, jakim obciążeniem dla budżetów bibliotek uczelni i instytutów naukowych jest to, że mają, poprzez instytucjonalne sieci „bezpłatny” - z ich punktu widzenia - dostęp do baz bibliograficznych oraz baz pełnych tekstów artykułów i książek. Obciążenie to jest tak wielkie, że prowadzi do stałego ograniczania prenumeraty i rezygnacji z „dostępów”. Naukowcy protestują przeciw tym ograniczeniom, słusznie domagając się dostępu do potrzebnych im czasopism i książek. Ale to wydawcy, decydując o nakładach czasopism, ich cenie, warunkach prenumeraty i sieciowego dostępu, tak naprawdę decydują o tym, czy, kiedy i jak szeroko upowszechniana jest informacja o

postępach nauki. Ich oferty handlowe posługują się przy tym tak skomplikowanymi i nieprzejrzystymi metodami sprzedaży wiązanych, że dokonanie optymalnych zakupów staje się dla bibliotek zadaniem coraz bardziej karkołomnym. Naprawdę nie do pozazdroszczenia jest sytuacja dyrektorów bibliotek medycznych, co rok odbywających pertraktacje z kierownikami klinik i zakładów na temat tego, z jakich tytułów czasopism można zrezygnować, a bez których zespoły naukowców nie mogą się obejść. To niektóre tylko przyczyny, dla których bezpośrednio zainteresowani - naukowcy i pracownicy informacji - już od lat prowadzą dyskusje i działania w kierunku uniezależnienia komunikacji naukowej od komercyjnych pośredników oraz w kierunku takiego zorganizowania obiegu informacji, aby było to jak najkorzystniejsze dla rozwoju nauki. Takie uniezależnienie obiecuje właśnie Open Access Publishing (OAP) i Open Access Archiving (OAA)

Otwarte udostępnianie publikacji występuje w czterech podstawowych formach: w postaci bezpłatnie dostępnych przez Internet recenzowanych czasopism naukowych (mających też tradycyjną formę drukowaną), czasopism wyłącznie elektronicznych, bezpłatnie dostępnych internetowych archiwów dziedzinowych lub instytucjonalnych oraz archiwów indywidualnych. W niektórych dziedzinach nauki, tak zwane otwarte publikowanie ma miejsce już od dawna. Pierwszym recenzowanym czasopismem publikowanym jedynie on-line była „Psycoloquy”, pismo American Psychological Association, w 1991 roku powstało pierwsze swobodnie dostępne archiwum recenzowanych publikacji w dziedzinie fizyki: <http://arxiv.org/>, a w 1997 powstało archiwum publikacji z dziedziny psychologii, neurologii, lingwistyki i informatyki - CogPrints <http://cogprints.org/>. Od 1998 na stronie American Scientists istnieje lista dyskusyjna „Open Access Forum”, służąca wymianie poglądów na temat powszechnie dostępnego publikowania i tego, kto powinien być dysponentem publikacji będących wynikiem badań naukowych.

Stosy teczek

Szybkie i szerokie udostępnianie pracowań naukowych jest szczególnie ważne w dynamicznie rozwijających się naukach eksperymentalnych, w tym w naukach medycznych, dlatego zapewne medycyna jest nauką, w której ruch OA jest bardzo widoczny. W ostatnich 2-3 latach dyskusja wokół OAP i OAA zaczyna przybierać na sile i przynosi konkretne, duże wagi, dokonania

Zwolennicy OAP sprzeciwiają się na przykład temu, że uczeni, dla których publikowanie w recenzowanych czasopismach to z wielu względów ich „być albo nie być”, podporządkowują się potulnie wymogom wydawców, co między innymi oznacza, że nie mogą opublikować artykułu w innym czasopiśmie ani umieścić go na swojej prywatnej stronie internetowej. Natomiast wydawcy i dystrybutorzy czasopism zarabiają wielokrotnie, „sprzedając” artykuł poprzez pobieranie opłaty za prenumeratę, za dostęp do bazy zawierającej jego wersję

elektroniczną, za możliwość przeczytania tekstu zamieszczonego na stronie internetowej, za dodatkowe postprinty.

Problem dotyczy głównie prac recenzowanych, ale OAM obejmuje także inne prace naukowe, na przykład pełne raporty z badań, doktoraty, szkice prac, które nigdy nie zostały wysłane do redakcji lub przez nie przyjęte, wystąpienia przygotowywane na konferencje, opracowania dla studentów, dla potrzeb dyskusji naukowych itd. Takich opracowań jest w każdej instytucji naukowej dużo, zalegają pokoje naukowców, instytutowe biblioteki, piętrzą się w teczkach, a że i one w dzisiejszych czasach mają formę elektroniczną, mogą być łatwo udostępnione w Internecie. Wiele z nich zawiera cenne informacje lub ma wyjątkową formę i stanowi tę, jakże często pożądaną, „szarą literaturę”.

Umieszczenie dokumentu w powszechnie dostępnym miejscu w Internecie to Open Access Archiving (OAA). W ten sposób archiwizowane mogą być wszelkiego rodzaju opracowania: przed publikacją (preprinty), po publikacji (postprinty) lub materiały w ogóle nie przeznaczone do oficjalnego obiegu. Mogą być przy tym udostępniane albo przez samego autora (self-archiving) na jego prywatnej stronie internetowej lub w archiwach (repozytoriach) instytucji czy też w archiwach dziedzinowych. Artykuły już opublikowane w czasopismach (postprinty) zwykle mogą być archiwizowane tylko pod warunkiem, że autor uzyska na to zgodę wydawcy. Wiele uczelni od dawna archiwizuje na przykład prace doktorskie, prace magisterskie, niektóre raporty z badań, a ostatnio coraz częściej robią to w odniesieniu do elektronicznych wersji prac pisanych na stopień naukowy. Tak dzieje się już na przykład w Collegium Medicum UJ, co jest bardzo dobrym początkiem powszechnie dostępnego archiwum uczelnianego.

Na drodze archiwizowania prac, które pozostały własnością autora lub instytucji, zasadniczo nie ma przeszkód. Wystarczy odpowiedni serwer i przetworzenie dokumentu w bezpieczny i umożliwiający powszechne wyszukanie i odczytanie format

Podcinanie lawy

Gdy rozważa się problem uwolnienia publikacji naukowych z rąk komercji, pojawiają się jednak dwa poważne problemy. Pierwszy - finansowanie, drugi - gwarancja jakości udostępnianych opracowań, rzecz kluczowej wagi dla użytkowników. W powszechnym dotąd systemie komercyjni wydawcy czerpią środki na opublikowanie artykułu ze sprzedaży tradycyjnych i elektronicznych wersji czasopisma oraz z reklam. Za opublikowanie pracy płacą więc prenumeratę i reklamodawcy. Jedną z propozycji zwolenników OAP jest, aby za opublikowanie pracy swobodnie dostępnej płacił nie ten, kto z niej korzysta (prenumeratę), ale autor pracy (lub jego macierzysta instytucja) i aby pieniądze te pochodziły z grantu, z którego finansowane były badania. W opcji „płaci autor”, czytelnik-podatnik płaciłby więc tylko raz, a nie, jak dotąd, co najmniej dwa lub trzy razy:

raz - pośrednio finansując badania, drugi - kupując czasopismo, trzeci - kupując na przykład dostęp do bazy bibliograficznej.

Zmiana ta, choć zapewne prowadzi do pewnych oszczędności w wydatkach na naukę, tak naprawdę nie usprawnia jednak obiegu informacji. W modelu tym wydawnictwa nadal bowiem „zarabiają na nauce”, stwarzają podobne bariery, utrzymują podobną infrastrukturę. Nie zmienia się koszt i tryb przyjmowania prac do druku, organizacji wielkich biur redakcyjnych, cyklu wydawniczego, dystrybucji itd. Zmienia się tylko to, że nie płaci za to czytelnik, ale sponsor badania. Coraz głośniejsze stają się więc argumenty za tym, aby proces wydawniczy radykalnie uwolnić od dyktatu wydawców komercyjnych i aby publikowaniem lub archiwizowaniem prac naukowych zajęły się specjalne biura instytucji naukowych lub biblioteki naukowe i aby w ten sposób upowszechnianie wyników badań naukowych pozostawało całkowicie w rękach świata nauki. Zwolennicy OAP twierdzą, że w ten sposób zminimalizuje się koszty publikowania, nie będzie sztucznych barier w dostępie do opracowań, przyspieszy się rozprzestrzenianie nowych informacji, a budżety instytucji naukowych pozbędą się ciężaru prenumeraty.

Pojawia się jednak drugi z wymienionych problemów. Autorzy prac naukowych i ich czytelnicy mogą z łatwością obyć się bez wielkich redakcji, kredowego papieru i pięknej szaty graficznej czasopism, nie mogą się jednak obejść bez niezależnych recenzji, gwarancji jakości i wskaźników wpływu. Dlatego jedną z propozycji OAM jest, aby zachować tradycyjne redakcje czasopism, ale ograniczyć ich rolę do pośredniczenia w uzyskiwaniu wysokiej klasy recenzji i aby tylko za tę usługę oraz za szyld (tytuł czasopisma) pobierały opłatę. Być może zresztą, mówi się, środowisko naukowe i tutaj mogłoby się odpowiednio zorganizować - we własnym kręgu, bez pośrednictwa redakcji - zapewnić recenzje, gwarantując ich jakość nazwą instytucji, towarzystwa, uczelni (podobnie, jak ma to miejsce w przypadku prac na stopień naukowy). Czy te pomysły są realne? Wydaje się, że już wkrótce ruszy lawina uwalniająca publikacje naukowe, przynajmniej w dziedzinie medycyny.

Decydujący krok

W listopadzie 2004 Kongres Stanów Zjednoczonych zaaprobował projekt National Institutes of Health - „Enhanced Public Access Policy”, w myśl którego wszyscy naukowcy realizujący badania naukowe za pomocą środków pochodzących z grantów NIH zobowiązani będą do przekazania do National Library of Medicine publikacji, które są rezultatem tych badań, a po upływie sześciu miesięcy od daty publikacji będą one powszechnie dostępne poprzez PubMed (Medline). Projekt poparło wiele wybitnych osób ze świata nauki, w tym dwudziestu pięciu noblistów oraz wiele instytucji. Na razie jest to wprawdzie jedynie zalecenie, można jednak przypuszczać, że autorzy, którzy nie będą się do niego stosować, mogą mieć w przyszłości trudności z otrzymaniem finansowania z NIH, a jeżeli zważy się, że jest to największy na świecie sponsor badań medycznych (z budżetem 28 miliardów dolarów tylko na rok 2005), wydaje się, że jest to krok decydujący dla przyszłości Open Access Publishing. Na pierw-

szcze swobodnie dostępne publikacje przyjdzie wprawdzie jeszcze poczekać, ale potem powinna ruszyć lawina, gdyż i niepubliczni sponsorzy badań będą musieli dostosować się do nowych reguł.

Na całym zresztą świecie coraz więcej fundacji na rzecz nauki, stowarzyszeń naukowych i bibliotek wspiera ruch OA, na przykład Niemiecka Fundacja Nauki (German Science Foundation) finansuje krajowy German Open Access Project, którego celem jest zbudowanie infrastruktury OAP w Niemczech, czego efektem między innymi jest internetowa oficyna wydawnicza German Medical Science (<http://www.egms.de/en/>), wydająca już osiem recenzowanych czasopism z zakresu biomedycyny. W ostatnich latach powstały liczne deklaracje, projekty dokumentów i przepisów tworzące fundamente Open Access Publishing. Podstawowe dokumenty powstały jako rezultat trzech konferencji i od nich noszą nazwę: Budapeszteńskiej - Open Access Initiative, Deklaracji Berlińskiej i Bethesda Statement on Open Access Publishing. Od tego czasu dziesiątki instytucji naukowych, uniwersytetów, bibliotek dołączyło do porozumień, podpisując jedną z powyższych deklaracji. Deklarację BOAI podpisało jak dotąd 19 osób i instytucji z Polski. Niestety, żadna instytucja do końca 2004 roku nie podpisała Deklaracji Berlińskiej. Lista inicjatyw podobnych do trzech wymienionych w zakresie OA znajduje się na stronie <http://www.soros.org/openaccess/initiatives.shtml>. Niektóre instytucje, które przystąpiły do porozumień, wspierają też badania nad open access, jest wśród nich Open Society Institute (<http://www.soros.org/openaccess/grants-awarded.html>).

Jasne zasady

Od początku, z oczywistych powodów, zaangażowane były w ruch OA biblioteki naukowe. W 1997 roku z inicjatywy Stowarzyszenia Bibliotek Naukowych powstała SPARC, porozumienie będące „reakcją na niedobre zjawiska na obszarze komunikacji naukowej, hamujące

upowszechnianie nauki i okaleczające zasoby i usługi bibliotek naukowych”. Na warunki OA przystaje coraz więcej czasopism medycznych, w tym te z czołówki rankingu wpływu. Na przykład „Cancer Journal for Clinicians” (IF 35,9), „Journal of Clinical Investigation” (IF 14,1), „British Medical Journal” (IF 4,9) bezwarunkowo udostępniają zawartość swoich zeszytów na swoich stronach w Internecie. Wiele innych robi to pod pewnymi warunkami, a listę czasopism, które są bezpłatnie dostępne w Internecie, można znaleźć pod adresem <http://freemedical-journals.com/>.

Także na polskim gruncie wiele czasopism medycznych (ponad 30) bezpłatnie udostępnia pełną zawartość lub (ponad 20) pełny tekst wybranych artykułów. Jest to jednak na ogół zawartość numerów archiwalnych. Niestety, zasady, na jakich subskrybowane czasopisma udostępniają pełne teksty swoich artykułów, są nie do końca przejrzyste. A ponieważ istnieje wiele możliwości, jeśli idzie o warunki udostępniania, często nie wiemy, czy mamy do czynienia z czasopismem prawdziwie „otwartym”, czy z rozwiązaniem połowicznym. Aby dać wyobrażenie o tym, jakie mogą być formy „otwarcia”, wymienię kilka z nich. Artykuły mogą być bezpłatnie dostępne od razu albo dopiero po określonym czasie od opublikowania, mogą być dostępne w ten sposób tylko na wyraźne życzenie autorów, redakcja czasopisma może zezwolić na udostępnianie zrecenzowanych prac tylko w archiwach indywidualnych lub także w dziedzinowych, może zezwolić na umieszczanie preprintów w archiwach. Autor może zachować pełne lub tylko niektóre prawa autorskie, subskrybenci, na przykład biblioteki, mogą zachowywać lub nie prawa do archiwalnych zeszytów czasopisma po wygaśnięciu subskrypcji, mają lub nie mają prawa do zmiany formatu plików, jeżeli wymaga tego przykład umieszczenie artykułu w określonej bazie. To tylko kilka z możliwości. Zwolennicy ruchu OA domagają się, aby zasady udostępniania były otwarcie i jasno wyrażane przez wydawcę, co, niestety, na razie rzadko jest przestrzegane.



Bezpłatne archiwa

Coraz więcej jednak redakcji (około 87 procent) zezwala na self archiving postprintów. Niektóre wprawdzie wymagają każdorazowo skierowania do nich prośby o takie zezwolenie, ale coraz częściej możliwe jest to automatycznie po upływie określonego czasu (zwykle po sześciu miesiącach od opublikowania). W 2004 roku taką zasadę przyjęły między innymi: Elsevier, Springer i SAGE. Tylko 5 procent czasopism zezwala na archiwizowanie preprintów, czyli artykułów przyjętych do publikacji, ale jeszcze nie opublikowanych. Wydawcy, którzy pozwalają na archiwizowanie postprintów (a czasem i preprintów), noszą nazwę Green Publishers (nazwa oznacza, że „dali zielone światło” otwartemu archiwizowaniu publikacji naukowych). Są między nimi: Oxford University Press, Proceedings of NY Academy of Science, American Physiological Society (pełną listę można znaleźć pod adresem <http://romeo.eprints.org/publishers.html>).

Niektórzy wydawcy, jak Nature czy Springer, ostrożnie eksperymentują z open access, sprawdzając dopiero rozmaite modele finansowania i organizacji.

Ponieważ wydawcy niektórych czasopism udostępniają bezpłatnie jedynie część ich zawartości, powstają bazy organizujące łatwy dostęp tylko do tych publikacji. Przykładem jest HighWire Library of the Sciences and Medicine Uniwersytetu Stanforda, która zawiera 600 tysięcy pełnych tekstów takich artykułów (<http://highwire.stanford.edu/>).

Powstają nowe oficyny wydawnicze, już wyłącznie internetowe i bezpłatne. Przykładem w dziedzinie medycyny jest BioMed Central (www.biomedcentral.com), która publikuje w Internecie ponad 100 tytułów recenzowanych czasopism, oferując także wiele baz, usług i narzędzi, w tym na przykład czasopisma służące stworzeniu własnego open access.

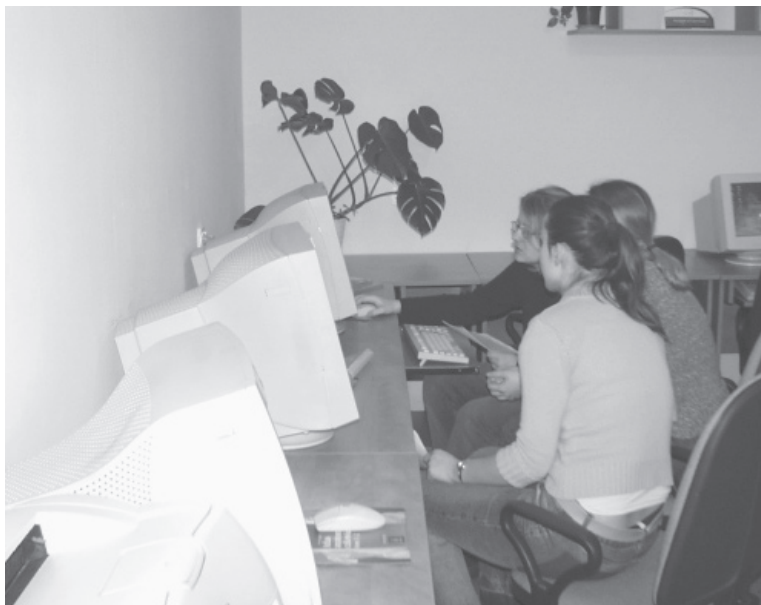
Innym przykładem jest The Public Library of Science - ufundowana w 2000 roku przez noblistę i byłego dyrektora NIH Harolda Varmusa - organizacja zrzeszająca naukowców, którzy przyjęli sobie za cel „bezpłatne publikowanie wysokiej jakości prac naukowych i udowodnienie, że nie tylko jest to możliwe z ekonomicznego punktu widzenia, ale i że służy lepszemu wykorzystaniu pieniędzy przeznaczonych na badania naukowe”.

Coraz liczniejsze są też bezpłatnie dostępne archiwa uniwersyteckie uczelni, które podpisały deklaracje popierające open access (na przykład Deklarację Berlińską czy Budapeszteńską). Pierwszym, który stworzył otwarte archiwum i zalecił naukowcom umieszczanie w nim swoich prac, był Queensland University of Technology (2003), ale pierwszym uniwersytetem, który nakazał swoim pracownikom i studentom depozytowanie opracowań naukowych w powszechnie dostępnym archiwum uniwersyteckim, jest

University of Minho w Portugalii (od bieżącego roku). Wiele innych instytucji zobowiązało się do tworzenia powszechnie dostępnych archiwów (w grudniu 2004 istniało 2007 Eprint Archiwów), a w ostatnim czasie Deklarację Berlińską podpisali rektorzy uczelni w Austrii, we Włoszech, w Holandii. Rządy Australii i Indii zobowiązały się do finansowania tworzenia instytucjonalnych repozytoriów

Nieodwracalne zmiany

Aby możliwe było łatwe odszukanie archiwów w Internecie i ich przeszukiwanie, konieczne jest, by posługiwały się tymi samymi standardami, kodami, protokołami. Zajmuje się tym przede wszystkim organizacja Open Archive Initiative. Archiwa stosujące kody, standardy i protokoły OIA (na przykład Protocol for Metadata Harvesting, OAI-PMH) mogą tworzyć w przyszłości powiązaną z sobą w sposób niewidoczny dla internauty sieć wirtualnych archiwów pełnych tekstów, możliwych do przeszukiwania. Katalog Instytucjonalnego Archiwu Registry, prowadzony na stronie <http://archives.eprints.org/>,



który rejestruje swobodnie dostępne archiwa rozpoznawane przez program Celestial, liczy 241 archiwów. A katalog Directory of Registered Data Provider w grudniu obejmował 207 archiwów stosujących się do standardów OAI (<http://www.openarchives.org/Register/BrowseSites>).

Dla pełni obrazu trzeba jednak powiedzieć, że pojawiają się głosy mniej entuzjastycznie nastawione do sprawy OAP, nie mówiąc już o oczywistym sprzeciwie i aktywnym lobbingu ze strony wielu wydawców, którzy nie chcą łatwo zrezygnować ze swojej władzy i profitów. Prawdą jest też, że z około 23 500 czasopism naukowych tylko około 5 procent to czasopisma z open access, z czego większość jest wydawana przez towarzystwa naukowe. Baza Medline indeksuje blisko 5000 recenzowanych czasopism medycznych, podczas gdy Directory of Open Access Journals, zawierający 1379 tytułów czasopism (12 polskich) ze wszystkich dziedzin nauki, w grudniu 2004 wykazywał 242 tytuły z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych, w tym 4 tytuły polskie („Contemporary Oncology”, „J.

of Physiology and Pharmacology”, „Polish Heart Journal” i „Polish Journal of Pharmacology”). Pomimo więc wielkiego poruszenia, jest to wciąż początek procesu.

A oto podstawowe zarzuty i argumenty wysuwane przeciw OAP. Pierwszy argument wiąże się z tym, że wiele czasopism naukowych wydają towarzystwa naukowe lub uczelnie, które działają na zasadzie not for profit, a wszelkie ich dochody służą misji upowszechniania nauki. Dla tych wydawców koncepcja OAP nie zmienia więc nic w ich zadaniu stymulowania rozwoju nauki, a rezygnacja z dochodów generowanych przez czasopisma pozbawia je środków na inne sfery działalności. Istnieją też obawy, że zmiany mogą niebezpiecznie zaburzyć tworzony przez wieki porządek upowszechniania wiedzy, że zostanie zniszczona ustabilizowana renoma i ranking czasopism, rozchwianiu ulegną wskaźniki jakości, wiarygodność recenzji. Pojawia się też pytanie, czy w wyniku zlikwidowania barier w publikowaniu nie obniży się istotnie jakość samych publikacji naukowych. Oponenti OAP twierdzą, że płacenie za publikowanie przez autorów może spowodować jeszcze większe niż dotąd nierówności. Właściciel małego grantu albo pracownik uboższej instytucji będzie miał prawdopodobnie znacznie większe trudności z zapłaceniem za recenzję i umieszczenie swojej pracy w Internecie niż jego kolega z potężnych instytucji naukowych, dysponujący ogromnymi środkami na badania i ich upowszechnianie. Czy OAP tak naprawdę nie zaszkodzi więc racjonalnemu finansowaniu środowiska naukowego? To z grantów badawczych wszak płacone będą koszty publikowania (za co dotąd płacił czytelnik), więc naukowcy będą mieli de facto mniej pieniędzy na samo badanie. Opłaty za recenzje mogą zaś

być wysokie, a nawet specjalnie zawyżane przez czasopisma o wielkiej renomie. Septycy pytają też, czy istotnie leży w interesie środowiska naukowego udostępnianie za darmo wyników badań przemysłowi i komercji, a także czy czytelnictwo naukowych publikacji wzrośnie przez to, że artykuły będą bezpłatnie dostępne?

Pytania nie są bezzasadne, ale też - wydaje się - nie podważają zasadniczej idei OAP. Co najwyżej powodują konieczność ostrożnego planowania działań, precyzyjnej kalkulacji kosztów, a przede wszystkim tak przemyślanej organizacji nowego modelu komunikacji naukowej, by była korzystna dla rozwoju nauki i dla naukowców. Wydaje się, że odwrotu od OAP i OAA nie ma, możliwe są najwyżej rozmaite drogi realizacji tej idei.

Dr Barbara Niedźwiedzka pracuje w Zakładzie Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przedruk z Forum Akademickiego 2005 nr 4, 5, s. 58-59, za zgodą Redakcji Forum Akademickiego, skróty oraz rozszerzenia w tekście - Redakcja Wiadomości



oprac. **Monika Kubiak**

Po raz trzeci przedstawiamy wyróżniające się publikacje pracowników Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od połowy września do końca listopada 2005 roku. Za najważniejsze kryterium oceniające przyjęto opublikowanie przez pracownika artykułu w czasopiśmie objętym Listą Filadelfijską o Impact Factor równym lub wyższym 1. Przypominamy, że w tenże sposób pragniemy docenić trud naukowy pracowników, którzy przygotowali wysoko punktowane publikacje oraz zwrócić uwagę na wiodące pod względem publikacji Katedry, Kliniki i Zakłady Collegium Medicum.

Anna Stefańska, Grażyna Sypniewska, Lilla Senterkiewicz

IF: 6.501; KBN: 20.000

Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

Tytuł artykułu: Inflammatory markers and cardiovascular risk in healthy Polish women across the menopausal transition.

Autorzy: Anna Stefańska, Grażyna Sypniewska, Lilla Senterkiewicz.

Źródło: - Clin. Chem. 2005 Vol. 51 nr 10 s. 1893-1895.

Streszczenie:

U zdrowych kobiet po menopauzie obserwuje się zmiany profilu lipidowego, masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, zaburzona funkcją śródbłonna naczyniowego i wzrost oporności na insulinę. W naszych badaniach analizowano zależności pomiędzy stężeniem hormonów płciowych a ryzykiem choroby niedokrwiennej, ocenianym w oparciu o oznaczenie wskaźników zapalenia i tradycyjnych czynników ryzyka, u 158 zdrowych kobiet około- i pomenopauzalnych. U badanych oznaczano stężenie parametrów lipidowych (TC, HDL-C, TG), apolipoprotein i fibrynogenu, glukozy i insuliny, hormonów (estradiol, FSH) oraz CRP - metodą ultraczulą, interleukiny-6 i cząstek adhezyjnych (sICAM-1, sVCAM-1). Wysokie stężenie CRP > 3mg/L wykazano u 25%, a wysokie stężenie fibrynogenu > 3,5g/L stwierdzono u 50% kobiet w okresie późnej menopauzy. Spośród oznaczanych wskaźników zapalenia

jedynie stężenie sICAM-1 było istotnie wyższe po menopauzie niż u kobiet perimenopauzalnych. Wpływ menopauzy na wzrost ryzyka choroby niedokrwiennej był zależny głównie od masy ciała, oporności na insulinę oraz wzrostu stężenia cholesterolu całkowitego i sICAM-1. U klinicznie zdrowych kobiet niedobór hormonów płciowych charakterystyczny dla menopauzy nie ma bezpośredniego wpływu na poziom wskaźników zapalenia.

Dr Anna Stefańska jest asystentem, natomiast dr Lilla Senterkiewicz adiunktem w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, kierowanym przez prof. dr hab. Grażynę Odrowąż-Sypniewską.

Olga Haus, Hanna Janiszewska

IF: 3.310; KBN: 13.000

Katedra i Zakład Genetyki Klinicznej

Tytuł artykułu: Breast cancer predisposing alleles in Poland.

Autorzy: B. Górski, C. Cybulski, T. Huzarski, T. Byrski, J. Gronwald, A. Jakubowska, M. Stawicka, S. Gozdecka-Grodecka, M. Szwiec, K. Urbański, J. Mituś, E. Marczyk, J. Dziuba, P. Wandzel, D. Surdyka, O[łga] Haus, H[anna] Janiszewska, T. Dębniak, A. Tołoczko-Grabarek, K. Mędrak, B. Masojć, M. Mierzejewski, E. Kowalska, S.A. Narod, J. Lubiński.

Źródło: - Breast Cancer Res. Treatment 2005 Vol. 92 s. 19-24.

Streszczenie:

Zmutowane allele genów zaangażowanych w mechanizmy naprawy DNA mogą predisponować do raka piersi u kobiet. Wpływ tych alleli na zdrowie danej populacji determinuje ich częstość oraz związane z nią ryzyko raka piersi. Celem pracy było określenie częstości występowania 7 zmutowanych alleli genów: BRCA1, CHEK2 i NBS1, predisponujących do raka piersi w polskiej populacji oraz ocena ryzyka choroby związanego z każdym z nich. Badaniami objęto 2012 nieselekcionowanych przypadków raka piersi i populację kontrolną liczącą 4000 osób. Mutację wykryto u 12% pacjentek z rakiem piersi i u 6% osób w grupie kontrolnej. Wykazano ponadto znaczne zróżnicowanie w rozkładzie częstości analizowanych alleli, a także ustalono, że ryzyko raka piersi jest specyficzne dla poszczególnych alleli i że to zróżnicowane ryzyko powinno być wzięte pod uwagę w poradnictwie genetycznym.

Dr hab. Olga Haus, prof. UMK jest kierownikiem katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej, natomiast dr Hanna Janiszewska - adiunktem w tejże Katedrze.

Jacek J. Klawe, Małgorzata Tafil-Klawe, Wojciech Sikorski

IF: 2.328, KBN: 11.000

Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii, Zakład Fizjologii Człowieka

Tytuł artykułu: Age-related circadian variations of cardiac and respiratory components of the carotid baroreflex in humans.

Autorzy: J[acek] J. Klawe, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, W[ojciech] Sikorski, W. Szajnoch, K. Jeske.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2004 Vol. 55 suppl. 3 s. 83-88.

Uwagi: 10th Polish-German Conference on Advances in Experimental and Clinical Pneumology. Zakopane, Poland, 13-15 V 2004.

Artykuł dotyczył rytmów okołodobowych, fizjologii oddychania, fizjologii serca oraz procesów starzenia się. W tym samym numerze Journal of Pharmacy and Pharmacology ukazał się również artykuł „Reflex respiratory responses to progressive hyperoxic hypercapnia and normocapnic hypoxia in normocapnic and hypercapnic obstructive sleep apnea patients” tych samych autorów we współautorstwie z Bernadetą Drzewiecką poświęcony niedotlenieniu, hiperkapni i bezdechowi.

Dr hab. Jacek Klawe jest kierownikiem Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii, w której jako adiunkt pracuje dr Bernadeta Drzewiecka (obecnie Szczepańska), dr Wojciech Sikorski jest starszym wykładowcą w Zakładzie Fizjologii Człowieka, kierowanym przez dr hab. Małgorzatę Tafil-Klawe, prof. UMK.

Maciej Bosek, Bronisław Grzegorzewski

IF: 2.019; KBN: 11.000

Zakład Biofizyki

Tytuł artykułu: Degradation of postural control system as a consequence of Parkinson's disease and ageing.

Autorzy: Maciej Bosek, Bronisław Grzegorzewski, A. Kowalczyk, I. Lubiński.

Źródło: - Neurosci. Lett. 2005 Vol. 376 s. 215-220.

Streszczenie:

W tej pracy pokazaliśmy jak choroba Parkinsona oraz starzenie wpływa na system kontroli postawy. Nasze badania tego systemu wykorzystywały analizę trajektorii centrum

nacisku (ang. center of pressure, COP) w warunkach quasi-statycznych. Używając metody wyprowadzonej z równania Langevina, znaleźliśmy zmiany w dynamice centrum nacisku charakterystyczne dla choroby i dla starzenia się. Wyniki te otrzymaliśmy dzięki porównaniu macierzy dyfuzji, macierzy mocy fluktuacji i współczynnika tarcia dla młodych i starszych zdrowych osób oraz osób chorych na chorobę Parkinsona, w warunkach oczu otwartych i oczu zamkniętych. Pokazaliśmy, że zdrowe starsze osoby jak i osoby chore mają większy poziom stochastycznej aktywności mięśni, w porównaniu do osób młodych. Ponadto, zamknięcie oczu przez te osoby powoduje dalszy wzrost tej aktywności. W odpowiedzi na to, jednak, u zdrowych starszych osób w warunkach oczu zamkniętych, włącza się mechanizm kompensujący tę aktywność, co ujawnia się poprzez wzrost współczynnika tarcia. W tej samej sytuacji u osób chorych na chorobę Parkinsona działanie takiego mechanizmu nie jest obserwowane. Zatem wskaźnikiem charakterystycznym dla starzenia się jest wzrost aktywności mięśni, podczas gdy wskaźnikiem charakterystycznym dla choroby Parkinsona jest brak kompensacji tego wzrostu.

Mgr Maciej Bosek jest pracownikiem Zakładu Biofizyki z Katedrze i Zakładzie Biofizyki, kierowanym przez dr hab. Bronisława Grzegorzewskiego, prof. UMK.

Roman Junik

IF: 1.950; KBN: 10.000

Katedra Endokrynologii i Diabetologii

Tytuł artykułu: Iodine prophylaxis intensification: influence on radioiodine uptake and activity of ¹³¹I used in the treatment of hyperthyroid patients with Graves' disease.

Autorzy: M. Bączyk, R[oman] Junik, K. Ziemińska, J. Sowiński.

Źródło: - Nuklearmedizin 2005 Vol. 44 nr 5 s. 197-199.

Streszczenie:

Polska jako kraj o umiarkowanym niedoborze jodu wprowadziła w 1996 roku obligatoryjny model jodowania soli. Celem pracy było porównanie wyników testu jodochwytności po 5 i 24 godzinach oraz wysokość podawanych dawek leczniczych ¹³¹I u pacjentów z chorobą Graves-Basedowa, w latach 1995 oraz 2003; miernikiem wzrostu podaży jodu był wzrost poziomu jodurii w badanych grupach. Badaniem objęto 1000 losowo wybranych osób, średnia wieku w grupie wynosiła 46 +/- 12 lat. U każdego pacjenta wykonywano rutynowo test jodochwytności po 5 i 24 godzinach i wyliczano dawkę ¹³¹I z uwzględnieniem wyniku badania scyntygraficznego oraz ultrasonograficznego (masa tarczycy). U

losowo wybranych pacjentów przed leczeniem oznaczono poziom jodurii jako miernik podaży jodu w diecie (łącznie po 250 oznaczeń w roku 1995 i roku 2003); Na tej podstawie oszacowano, że podaż jodu w diecie wzrosła z 60 g w roku 1995 do 115 g w roku 2003. Wyniki testu jodochwytności w 2003 roku obniżyły się o ok. 40% w stosunku do roku 1995. Przebiegna dawka podana w roku 2003 była o ok. 40% wyższa (10mCi ¹³¹I) w stosunku do roku 1995 (7mCi ¹³¹I). W przeprowadzonej analizie statystycznej potwierdzono znamienność statystyczną obserwowanych różnic, wykazując również wyraźną ujemną korelację pomiędzy szacowanym wzrostem podaży jodu w populacji potwierdzonym wyższą jodurią a niższymi wartościami testu jodochwytności i koniecznością podawania wyższych dawek leczniczych ¹³¹I.

Dr hab. Roman Junik, prof. UMK jest kierownikiem Katedry Endokrynologii i Diabetologii.

Marcin Ziółkowski

IF: 1.906; KBN: 10.000

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

Tytuł artykułu: Taste responses to monosodium glutamate after alcohol exposure.

Autorzy: E. Wróbel, D. Skrok-Wolska, Marcin Ziółkowski, A. Korkosz, B. Habrat, B. Woronowicz, A. Kukwa, W. Kostowski, P. Bieńkowski, A. Ścińska.

Źródło: - Alcohol Alcohol. 2005 Vol. 40 nr 2 s. 106-111.

Uwagi: Artykuł dotyczył leczenia alkoholizmu glutaminianem sodowym.

Dr hab. Marcin Ziółkowski jest kierownikiem Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Katedrze Pielęgniarstwa Klinicznego.

Bożena Modzelewska-Banachiewicz

IF: 1.478; KBN: 9.000

Katedra i Zakład Chemii Organicznej

Tytuł artykułu: Thermal behaviour of 1,2,4-triazole and 1,2,4-triazine derivatives.

Autorzy: M. Sikora-Iwan, Bożena Modzelewska-Banachiewicz.

Źródło: - J. Therm. Anal. Calorim. 2005 Vol. 81 s. 119-123.

Streszczenie:

Przeprowadzono nienotowaną w piśmiennictwie reakcję N3-podstawionych amidrazonów z estrem dimetylowym kwasu acetylenodikarboksylowego otrzymując pochodne układu 1,2,4-triazolu i 5-okso-1,2,4-triazyny. Wstępne testy biologiczne otrzymanych połączeń pozwoliły stwierdzić, że w zależności od stężenia i warunków hodowli wykazały działanie wirusobójcze oraz hamowały replikację wirusów. Związki te wykazują również

aktywności przeciwbakteryjne i przeciwdrożdżowe w zależności od stężenia i pochodzenia szczepów bakteryjnych i drożdżowych. Związki te nie posiadają wpływu na florę bakteryjną pobraną z przewodu pokarmowego od pacjentów leczonych ambulatoryjnie oraz błonę komórkową i elementy morfotyczne komórki. Ze względu na wykazaną biologiczną aktywność i możliwość ewentualnego zastosowania przebadano ich właściwości termiczne.

Dr hab. Bożena Modzelewska-Banachiewicz, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Chemii Organicznej.

Ewa Wolska, Piotr Kaczorowski, Karol Śliwka, Tomasz Tyrakowski

IF: 1.388; KBN: 9.000

Zakład Medycyny Sądowej, Katedra i Zakład Patobiochemii i Chemii Klinicznej

Tytuł artykułu: Postmortem examination of transepithelial ion currents in rabbit colon and trachea in relation to temperature of storage and its importance for interlethal reactions.

Autorzy: Ewa Wolska, N. Młodzik-Danielewicz, Piotr Kaczorowski, Karol Śliwka, Tomasz Tyrakowski.

Źródło: - Forensic Sci. Int. 2005 Vol. 154 s. 85-91.

Uwagi: Artykuł dotyczył badania pośmiertnego transportu jonów, badania przeprowadzono na królikach.

Lek. med. Ewa Wolska jest asystentem w Zakładzie Medycyny Sądowej, kierowanym przez prof. dr hab. Karola Śliwkę. Mgr Piotr Kaczorowski jest starszym specjalistą w Katedrze i Zakładzie Patobiochemii i Chemii Klinicznej, kierowanej przez dr hab. Tomasza Tyrakowskiego, prof. UMK.

Marta Papuga, Tomasz Grzybowski, Danuta Miścicka-Śliwka

IF: 1.211, KBN: 9.000

Zakład Genetyki Molekularnej i Sądowej

Tytuł artykułu: Low variability of the POLG (CAG)_n repeat in North Eurasian Populations.

Autorzy: B.A. Malyarchuk, Marta Papuga, Tomasz Grzybowski, I.B. Rogozin, Marcin Woźniak, M.V. Derenko, S.Y. Rychkov, Jakub Czarny, I.A. Zakharov, Danuta Miścicka-Śliwka.

Źródło: - Hum. Biol. 2005 Vol. 77 nr 3 s. 355-365.

Uwagi: Artykuł dotyczył tematów: mitochondrialnego DNA, polimerazy DNA oraz genetyki populacji.

Mgr Marta Papuga jest asystentem, natomiast dr Tomasz Grzybowski adiunktem w Zakładzie Genetyki Molekularnej i Sądowej, kierowanym przez prof. dr hab. Danutę Miścicką-Śliwkę.

I Międzynarodowy Dzień Transplantacji - Przeszczep darem życia

Klinika Transplantologii oraz Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK i Fundacja „Nerkadar” zorganizowały otwartą sesję naukową „Przeszczep darem życia” w Auli Biblioteki Medycznej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza w dniu 14.09.2005 r.

Sesja naukowa z okazji I Międzynarodowego Dnia Transplantacji miała charakter otwarty dla wszystkich chętnych. Chcieliśmy prosto (i mamy nadzieję, że ciekawie) mówić o tym, co – przekraczając granice śmierci – ratuje życie. Na program naukowy składały się wystąpienia przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i społecznych, w tym lekarzy, przedstawicieli duchowieństwa, mediów, a przede wszystkim osób, którym dokonano przeszczepienia narządu i które prowadzi normalne, aktywne życie. Program sesji naukowej obejmował następujące punkty widzenia:

- Prof. Wojciech Rowiński (Konsultant Krajowy w dziedzinie transplantologii) „Etyczno-obyczajowe aspekty medycyny transplantacyjnej”;
- Ksiądz dr Grzegorz Książ „Kościół a transplantacja”;
- Dr Jan Styczyński „Dawca szpiku – tak łatwo uratować życie”;
- Andrzej Marciniak „Sport po transplantacji – dlaczego nie?”;
- Redaktor Krzysztof Pijarowski „Stowarzyszenie ‘Życie po przeszczepie’ w akcji promowania oświadczeń woli”;
- Henryk Szelaż „Dostałem nowe życie – świadectwo biorcy”.

Po sesji naukowej odbyła się msza święta koncelebrowana, w intencji zmarłych dawców narządów, odprawiona w Kaplicy Szpitala uniwersyteckiego.

Pierwszy Międzynarodowy Dzień Transplantacji jest kontynuacją Europejskiego Dnia Transplantacji, który jest obchodzony od 7 lat. Jego główne obchody będą miały miejsce w Genewie pod patronatem Rady Europy i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Szczególny szacunek w tym dniu oddany będzie dawcom narządów, bez których ta dziedzina medycyny nie mogłaby istnieć i bez których nie byłoby możliwości uratowania wielu pacjentów.

Przeszczepianie narządów jest metoda ratowania życia chorego, który potrzebuje zdrowego narządu, aby żyć. Metoda ta polega na wszczepieniu biorcy narządu lub tkanek, pochodzących od innego człowieka. Niektóre narządy lub tkanki (np. narki, szpik kostny) można pobierać od osób żywych, pod warunkiem, że dawca wyrazi na to zgodę, a jego życie nie jest narażone na niebezpieczeństwo. Większość narządów i tkanek do przeszczepiania pobiera się ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu na pobranie. Nerki, serce, płuca, trzustkę można pobrać od osoby zmarłej, kiedy zostały już wyczerpane wszystkie możliwości leczenia i u której stwierdzono komisyjnie śmierć mózgową.

Wyniki przeszczepiania narządów są coraz lepsze, przez co rozszerzają się wskazania do leczenia tą metodą. Wzrasta liczba oczekujących i wydłuża się czas oczekiwania na przeszczep. Każdego roku umierają setki chorych, ponieważ nie można było na czas dokonać przeszczepu. W wyniku braku powszechnych informacji jeszcze zbyt dużo osób sprzeciwia się oddaniu narządów do przeszczepienia po śmierci, a rodzina zmarłego, w chwili żałoby, nie zdaje sobie sprawy, że wyrażając w jego imieniu, sprzeciw na pobranie tkanek i narządów, naraża na utratę życia oczekujących chorych.

Sesja odbywająca się w I Międzynarodowym Dniu Transplantacji pokazuje, że dzięki dawcom narządów i tkanek możliwe jest uratowanie wielu pacjentów, dla których otrzymanie przeszczepu daje szansę na dalsze, normalne życie.

Komitet Organizacyjny



Otwarcie Katedry i Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w kwietniu 2000 roku.

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Współczesne zagrożenia ze strony chorób zakaźnych

Małgorzata Pawłowska

W dniach 15-17.09.2005 w Bydgoszczy odbyła się kolejna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, tym razem poświęcona „Współczesnym zagrożeniom ze strony chorób zakaźnych”.

Konferencja zorganizowana przez zespół Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Collegium Medicum UMK zgromadziła ponad 300 uczestników, przedstawicieli różnych specjalności klinicznych oraz dyscyplin teoretycznych. W ramach pięciu sesji plenarnych oraz dwóch konferencji okrągłego stołu wygłoszono 33 referaty. Spośród nadesłanych 25 streszczeń do sesji plakatowej sześć zakwalifikowano do prezentacji ustnej.

Podczas uroczystości otwarcia Konferencji wygłoszono trzy wykłady:

- „Zespół zmęczenia – nowe spojrzenie” - profesor Janusz Cianciara
- „Grypa – mistrz metamorfozy” - profesor Lidia Brydak

- „Perspektywy szczepionki przeciwko genitalnym typom HPV” - profesor Sławomir Majewski.

Sesje plenarne koncentrowały się wokół problemów zakażeń w niedoborach odporności, posocznicy, zakażeń w transfuzjologii oraz aspektów zapobiegania nowym i nawracającym zakażeniom wśród dzieci. Konferencje okrągłego stołu poświęcone były przewlekłym zapaleniom wątroby typu B i C.

Komitet Naukowy przyznał trzy nagrody za najlepsze prace przedstawione w sesji plakatowej.

Uczestnicy Konferencji otrzymali certyfikaty oraz 15 punktów edukacyjnych.

Konferencja była cennym wydarzeniem naukowym i szkoleniowym zarówno ze względu na podjętą problematykę jak i wysoki poziom wykładów przedstawionych przez najwyższe polskie autorytety medycyny. Materiały z Konferencji opublikowane będą na łamach pierwszego numeru Przeglądu Epidemiologicznego w 2006 roku.

Dr hab. med. Małgorzata Pawłowska była Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego Konferencji.



Prof. dr hab. Waldemar Halota, kierownik katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii podczas wykładu.

Konferencja Naukowo- Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego „Nadciśnienie tętnicze – pomiędzy sercem i nerką”

Grażyna Zarzycka-Lindner

W dniach 29.09.-01.10.2005 r. Bydgoszcz była medycznym forum konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Pomiędzy sercem i nerką”. Zorganizowanie tego spotkania Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego powierzył prof. Jackowi Manitiusowi i prowadzonej przez niego Katedrze i Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Do Opery Nova, gdzie odbywała się konferencja, przyjechało ponad 500 lekarzy z całego kraju. Honorowym patronatem objęła konferencję profesor Danuta Miścicka-Słiwka, a w uroczystym jej otwarciu uczestniczyły władze uczelni: Prorektor ds. Collegium Medicum – prof. Małgorzata Tafil-Klawe, Prorektor ds. Studenckich UMK – prof. Leszek Kuk, Dziekan wydziału lekarskiego CM – profesor Henryk Kaźmierczak oraz przedstawiciele władz miasta, województwa i Okręgowej Izby Lekarskiej. Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, gospodarz Konferencji, z ambicją godną tradycji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, podjęła jeden z najistotniejszych problemów współczesnej medycyny – nadciśnienie tętnicze.

Wspierając się na solidnych podstawach naukowych i epidemiologicznych powstała hipertensjologia, interdyscyplinarna i zarazem szczegółowa dziedzina medycyny, która zajęła

się nie tylko wykrywaniem nadciśnienia tętniczego, ale skuteczniejszym niż dotąd jego leczeniem, główną wagę przywiązując do współpracy pomiędzy kardiologiem, nefrologiem i innymi pokrewnymi specjalnościami.

Tematyka obrad konferencji objęła szereg zagadnień związanych z patofizjologią nefropatii nadciśnieniowej, choroby niedokrwiennej nerek, wiele uwagi poświęcając narządowym powikłaniom nadciśnienia tętniczego oraz mechanizmom sprawczym tych powikłań, m. in. zwiększonej aktywacji układu współczulnego, RAA, uszkodzeniu śródmiąższu nerki, dysfunkcji śródbłonna, nieprawidłowościom w układzie naczyniowym oraz roli zaburzeń genetycznych. Szereg zagadnień dotyczyło praktycznej strony leczenia nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. Uwaga wykładowców skupiła się na farmakogenetyce, kontrowersjach wokół leczenia alfa-blokerami i korzyściach, jakie wynikają z terapii nefroprotektoryjnej.

Wśród wykładowców konferencji znalazło się wiele uznanych autorytetów w dziedzinach nadciśnienia tętniczego i nefrologii, między innymi: prof. Andrzej Januszewicz – prezes Zarządu Głównego PTNT; prof. Bolesław Rutkowski – krajowy konsultant w dziedzinie nefrologii, prof. Krzysztof Narkiewicz – krajowy konsultant w dziedzinie hipertensjologii, prof. Michał Myśliwiec – prezes PTN, prof. Kalina Kawecka-Jaszcz, jeden z założycieli PTNT, Kierownik Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii CM UJ, prof. Zbigniew Gaciong – krajowy konsultant w zakresie chorób wewnętrznych, prof. Tomasz Grodzicki – krajowy konsultant w dziedzinie geriatry i prof. Andrzej Tykarski,

redaktor naczelnego czasopisma PTNT „Nadciśnienie Tętnicze”.

Naukową ozdobą konferencji były sesje, którym przewodniczyli nestorzy polskiej nefrologii, hipertensjologii i kardiologii – profesorowie: Franciszek Kokot, Barbara Krupa-Wojciechowska, Włodzimierz Januszewicz, Bożena Raszeja-Wanic, Józef Kocemba, Zygmunt Sadowski oraz Marek Sznajderman. Jednym z moderatorów sesji był profesor Lew Starowicz. W tym samym czasie Bydgoszcz włączyła się do ogólnopolskiej akcji „Serce dla serca”, o czym mówili w czasie konferencji prasowej doc. Władysław Sinkiewicz i profesor Jacek Manitius. Gospodarze konferencji pokazali nie tylko naukowe oblicze Bydgoszczy jako miasta uniwersyteckiego. Wieczór inauguracyjny pokazał nam innego Mikołaja Kopernika – prawnika i lekarza, o czym ze swadą historyka opowiedział profesor Janusz Małłek z Instytutu Historii i Archiwistyki UMK, natomiast muzyczną ucztę wieczoru stanowił występ Katarzyny Matuszak i EljazzBig Bandu. Była to czwarta konferencja, organizowana od 1998 roku przez Katedrę i Klinikę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

Konferencja stała się również impulsem do zorganizowania trzy tygodnie później akcji „Twoje zdrowie naszym sukcesem”. Sponsorem tego przedsięwzięcia, w którym 400 bydgoszczan poddało się badaniu ciśnienia tętniczego i ocenie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, była firma Polfa-Kutno-Ivax.

*Dr Grażyna Zarzycka-Lindner
jest starszym asystentem na etacie Szpitala
w Katedrze i Klinice Nefrologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych*

VI Spotkanie Polskiego Klubu Przepuklinowego Polsko-Ukraińska Konferencja „Nowe techniki w chirurgii przepuklin. Szyście powłok jamy brzusznej”

Wojciech Szczęśny

W dniach 14-15.10 2005 w Bydgoszczy odbyło się VI Spotkanie Polskiego Klubu Przepuklinowego (PKP) połączone z Polsko-Ukraińską Konferencją Pt. „Nowe techniki w chirurgii przepuklin. Szyście powłok jamy brzusznej.” Głównym organizatorem była Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej CM UMK, kierowanej przez prof. Stanisława Dąbrowieckiego. Współorganizatorami konferencji byli chirurdzy ze Lwowa, Kijowa i Chmielnickiego na Ukrainie z oddziału kierowanego przez doc. Wasyla Własowa, pełniącego obowiązki wiceprzewodniczącego konferencji.

Aktywizacja ośrodków na Ukrainie wydaje się ważnym zadaniem dla chirurgów z Polski. Pamiętamy przecież okres (trwający zresztą po części do dzisiaj), gdy mieliśmy okazję przywozić z za granicy nowinki medyczne i próbowaliśmy stosować je w Polsce. Koledzy z Ukrainy przedstawili kilka referatów dotyczących leczenia i profilaktyki przepuklin. Interesujące doniesienie dotyczyło naprawy przedotrzewnowej z użyciem siatki polipropylenowej produkcji ukraińskiej. Zainteresowania naukowe kolegów z za wschodniej granicy są podobne do naszych, jednak jak podkreślali w rozmowach kulturalowych, możliwości ich realizacji, nader skromne. Być może jednak uda się wdrożyć na Ukrainie jeden lub dwa programy wieloosrodkowe koordynowane przez naszą klinikę. Liczny udział gości zagranicznych w konferencji cieszy organizatorów, zwłaszcza że w ich opinii było to spotkanie warte przejechania ponad tysiąca kilometrów.

Gośćmi honorowymi Konferencji byli dwaj światowej sławy herniolodzy: prof. Mohan Desarda z Indii oraz Gabriele Valenti z Włoch. Ten ostatni przedstawił swoją metodę operacyjną (dynamic self-regulating prosthesis) zarówno w formie pokazowej operacji jak i wykładu. Miłym akcentem było przyznanie profesorowi Valentemu, w czasie walnego zgromadzenia PKP, tytułu członka honorowego.

Największe kontrowersje (jeszcze na długo przed konferencją) wzbudzała technika naprawy przepuklin pachwinowych podana przez Desardę. Przyjął on nasze zaproszenia na konferencję, wykonał pokazową operację i wyjaśnił w referacie podstawy anatomiczno fizjologiczne swojej metody. Według niego przyczyną powstawania przepuklin jest osłabienie tylnej ściany kanału pachwinowego, a właściwie rzecz ujmując włókien rozciągniętych m. skośnego wewnętrznego przebiegających w struk-

turze zwanej powszechnie powięzią poprzeczną. Desarda uważa, że uznane mechanizmy zabezpieczające w kanale pachwinowym w istocie nie działają. Jego metoda (opisana w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym z lutego 2005) polega na zastąpieniu uszkodzonych struktur rozciągniętym mięśniem skośnego zewnętrznego, a więc tkanką o podobnych właściwościach. Przyszyte paska powięzi od góry do mięśnia skośnego wewnętrznego ma zapewnić temu wzmocnieniu dynamikę w czasie ruchów ciała. Zdaniem Desardy, siatka Lichtensteina tworzy nieruchomą zaporę nie odtwarzając biomechanicznych właściwości kanału pachwinowego. Indyjski chirurg jest dość bezkompromisowy w krytyce metod „siatkowych” mówiąc, że: „the mesh repair is the mess repair” (naprawa z siatką to naprawa bałaganiarska). Swoją metodę stosuje w każdym przypadku przepukliny pachwinowej, również w nawrotach po innych metodach. Jak można się było spodziewać pokaz i wystąpienie wzbudziły żywą dyskusję. Jeden z dyskutantów zarzucił nawet Desardzie postępowanie nieetyczne opierając się na dobrych doświadczeniach własnych i literaturze dotyczącej technik „siatkowych”.

Odpowiedzią były wyniki uzyskane przez samego twórcę metody, oraz korzystne doświadczenia innych ośrodków (w tym bydgoskiego). W chwili obecnej nasz ośrodek koordynuje wieloosrodkowe randomizowane badanie porównujące metodę Desardy i Lichtensteina. Badanie jest nadal otwarte. Doświadczenia bydgoskie przedstawione w referacie są zachęcające. Warto podkreślić jest to, że w prawie 300 przypadkach nie zanotowano żadnego nawrotu, a chorzy są pod ścisłą obserwacją. Podobnie korzystne wyniki zaprezentowali chirurdzy z Jędrzejowa i ze Lwowa.

Na konferencji przedstawiono także inne badania naukowe dotyczące przepuklin przeprowadzane w Polsce i we współpracy z ośrodkami zagranicznymi. Dużą aktywność wykazuje ośrodek gdański, uczestniczący w kilku ciekawych badaniach, w większości dotyczących nowych typów siatek. Zajęto się on również potrzebą ustalenia polskiego standardu leczenia przepuklin. Pierwszym krokiem w tym kierunku była propozycja wydana przez autorów z Gdańska przed dwoma laty. Istnieje także konieczność stworzenia polskiego rejestru przepuklinowego, który umożliwiłby zbieranie danych o stanie herniologii w naszym kraju. Jak wykazały badania bydgoskie przeprowadzone na podstawie danych z NFZ nie jesteśmy w stanie dokładnie ocenić zarówno ilości jak i typów operacji przepuklin w Polsce. Sytuacja ta przekłada się na trudności, jakie napotykają chirurdzy kontraktując usługi przepuklinowe. Leczenie przepuklin traktowane jest jako niemal margines „prawdziwej” chirurgii. Obliczenie realnych kosztów operacji przepuklin jest bardzo trudne i obecnie niedoszacowane.

W naszym kraju najbardziej popularne są metody „tension free”, a zwłaszcza Lichtensteina i Rutkova. Spośród napraw tkankowych dominuje sposób Shouldice’a. Dane te zebrane przez organizatorów konferencji nie oddają jednak w pełni sytuacji w całym kraju.

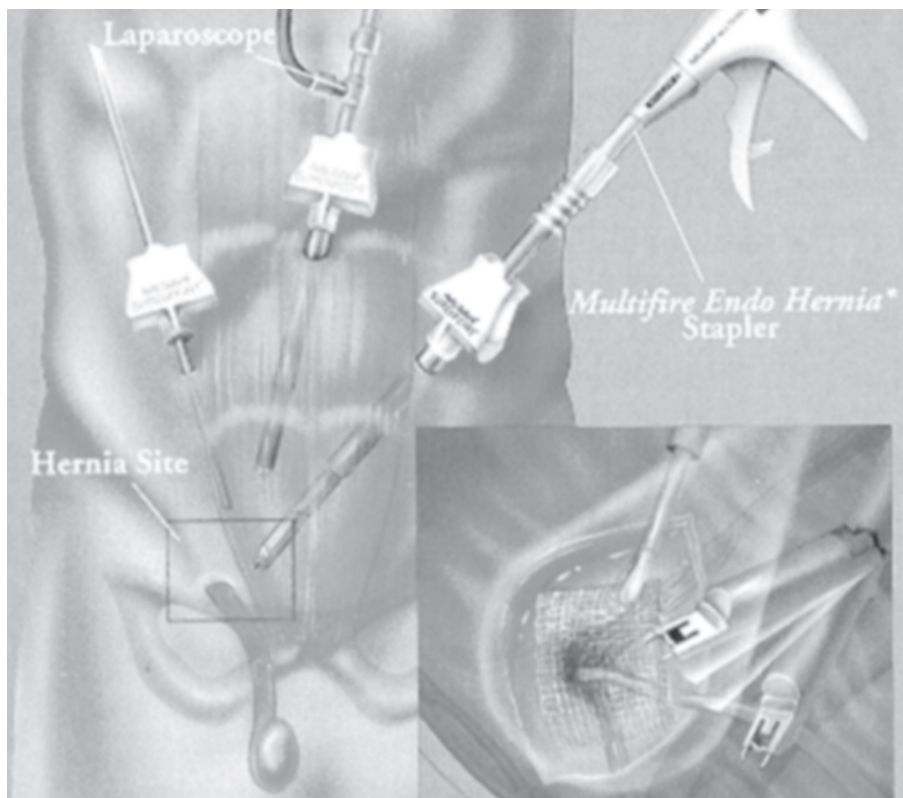
Z badań podstawowych omówiono prace nad ultrastrukturą powięzi torebki m. prostego brzucha u chorych z przepuklinami w porównaniu z grupą kontrolną.

Jedną z sesji poświęconą była opiece okołoperacyjnej. Jak stwierdzono coraz więcej operacji przeprowadzanych jest w centrach prywatnych, gdzie stosuje się znieczulenie miejscowe. Nadal nie ma jasnych wskazań, co do antybiotykoterapii okołoperacyjnej a badania, jak dowodzi przegląd aktualnych publikacji, dają niekiedy sprzeczne wyniki. Ból po operacjach przepuklin staje się w chwili obecnej, gdy odsetek nawrotów został zredukowany do około 1-2%, jest podstawowym problemem po operacjach. Jednak wiedza lekarzy rodzinnych, co do opieki pooperacyjnej jest niepełna. Przekłada się to, na bezzasadne przedłużanie okresu absencji chorobowej.

Problem przepuklin brzusznych łączy się z techniką szycia powłok. Jak dotąd nie ustalono standardu zamykania rany po laparotomiach. Badania podstawowe mogą odpowiedzieć na pytania o jakość tkanki jak również określić zjawiska fizyczne leżące u podstaw mechaniki ściany brzucha. W Polsce jak wykazano w badaniu ankietowym najczęściej stosuje się szew ciągły osobno na powięź i otrzewną. Dość często używany jest szew antyewenteracyjny. W literaturze za najlepsze roz-

blem. U osób otyłych przepukliny pooperacyjne występują znacznie częściej. Ich leczeniu poświęcili swoje wystąpienie koledzy z Kijowa. Osobny problem stanowią przepukliny okołostomijne. W Polsce największy materiał przedstawił ośrodek warszawski. Doświadczenie kolegów porównywalne jest z wiodącymi klinikami na świecie. Pojedyncze przypadki takich przepuklin omówili koledzy z Krakowa.

Rzecz jasna nie poruszono wszystkich zagadnień współczesnej herniologii. Wiele problemów wymaga długoletnich badań. Pojawiła się perspektywa koordynowania ich badań przez PKP, a konkretnie przez Radę Naukową. W pierwszym dniu konferencji doszło do rejestracji Polskiego Klubu Przepuklinowego w sądzie. Dzięki uzyskaniu osobowości prawnej Klub będzie mógł reprezentować Polskę na forach międzynarodowych. Walne zebranie powierzyło funkcję Prezesa dr Stanisławkowi z Ostrowca Świętokrzyskiego. Wybrano Radę Naukową i Zarząd. Zgromadzenie zobowiązało ten ostatni do renegocjacji niektórych procedur przepuklinowych z NFZ i wprowadzenia do katalogu nowych.



wiązanie uważa się szew ciągły „en masse”. Dobór najlepszego szwu i techniki czeka jednak nadal na ostateczną odpowiedź. Problem ten jest istotą wieloosrodkowego, randomizowanego badania koordynowanego przez ośrodek bydgoski.

W przepuklinach brzusznych zwraca uwagę coraz częstsze zastosowanie metod laparoskopowych. Przedstawiono przypadek takiego zaopatrzenia przepukliny, lecz nadal metoda ta ze względu na cenę nie zyskała popularności w naszym kraju. Rozważa się użycie siatek w polu skażonym i odpowiedni dobór materiału protetycznego. Z powodu wzrastającej ilości operacji kardiochirurgicznych należy spodziewać się większej ilości przepuklin w nadbrzuszu. To jeszcze mało znany w Polsce pro-

Nadal miejscem wymiany informacji pozostaje strona www.hernia.pl.

Za rok spotkanie PKP odbędzie się w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Konferencja jak wynikało z rozmów kulturalnych uznana została – a nie były to tylko opinie kulturalne – za udaną i o wysokim poziomie naukowym. Jest to niewątpliwie zasługa całego Komitetu Organizacyjnego, lecz szczególne uznanie należy się dr Jackowi Szopińskiemu, którego zdolności organizacyjne jak zwykle były nie do przecenienia.

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

Ogólnopolska Konferencja „Neuroanatomia i neuropsychologia zaburzeń psychicznych- implikacje dla leczenia”

Alina Borkowska, Wiktor Dróżdź

W dniach 4-5.11.2005 w Bydgoszczy odbyła się Ogólnopolska Konferencja „Neuroanatomia i neuropsychologia zaburzeń psychicznych- implikacje dla leczenia”, która została zorganizowana przez Zakład Neuropsychologii Klinicznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Sekcję Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcję Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcję Stereotaksji i Neurochirurgii Czynnościowej Polskiego Towarzystwa Neurochirurgicznego.

Patronat nad Konferencją objęła Pani Prorektor ds. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu prof. dr hab. med. Małgorzata Tafil-Klawe.

Otwarcia konferencji dokonała przewodnicząca komitetu naukowego – dr hab. n. med. Alina Borkowska oraz prof. dr hab. med. Małgorzata Tafil-Klawe.

Uczestnicy konferencji mieli okazję wysłuchania 18 wykładów w 4 sesjach tematycznych. W konferencji uczestniczyło wielu znakomych wykładowców, którzy przedstawili wyniki najnowszych badań dotyczących istotnych problemów związanych z etiopatogenezą zaburzeń psychicznych, możliwościami diagnostycznymi i nowymi możliwościami ich leczenia.

Wykłady prof. Janusza Rybakowskiego z Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu dotyczyły zaburzeń funkcji poznawczych jako fenotypu w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej oraz neuroprotekcynowego i prokognitywnego wpływu leków przeciwdepresyjnych i normotymicznych. Dr hab. Alina Borkowska przedstawiła najnowsze dane dotyczące pamięci operacyjnej w

zaburzeniach neuropsychiatrycznych, a także wpływu leczenia neuroleptykami atypowymi na funkcje poznawcze w schizofrenii. Wystąpienie prof. Marka Jaremy z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie zawierało podsumowanie współczesnych badań neuroobrazowych w schizofrenii. Stan badań nad zwierzęcymi modelami zaburzeń przetwarzania informacji w schizofrenii przedstawił dr hab. Krzysztof Wędzony z Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie.

Prof. Jerzy Landowski z Katedry Chorób Psychiczych AM w Gdańsku omówił współczesne dane dotyczące neurobiologii stresu. Zależności między bólem a depresją były przedmiotem wykładu prof. Jolanty Rabe-Jabłońskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dr Filip Rybakowski z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu w interesujący sposób ukazał problemy neurobiologii i neuropsychologii jadłowstrętu psychicznego. Z kolei wieloaspektowe zagadnienia neurobiologii pamięci w sposób błyskotliwy przedstawił prof. Jerzy Vetulani z Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie.

Dr hab. Marek Harat z Kliniki Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, w przyjętych z ogromnym zainteresowaniem wykładach, dokonał omówienia kierunków nowoczesnej psychochirurgii, a także przedstawił własne doświadczenia w neurochirurgicznym leczeniu pacjentów za ciężkimi, lekoopornymi zespołami natręctw. Z kolei dr Piotr Zwoliński z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie przedstawił zasady i wyniki leczenia padaczki i depresji lekoopornej metodą stymulacji nerwu błędnego.

Tematem wystąpienia prof. Joanny Hauser z Katedry Psychiatrii AM w Poznaniu były postępy farmakogenetyki schizofrenii i chorób afektywnych. Natomiast dr hab. Joanna Meder z Instytut

coming treatment-resistant depression: single strategies and therapy algorithms” zapoznał uczestników konferencji nie tylko ze współczesnymi trendami w stosowaniu litu, ale także szczegółowo opisał postępy badań w ramach ogólnokrajowego, niemieckiego programu obserwacji skuteczności litu w terapii depresji lekoopornej. Natomiast prof. Małgorzata Rzewuska z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie omówiła zasady farmakoterapii w zachowaniach agresywnych oraz występowania zespołów metabolicznych w zaburzeniach psychicznych. Na zakończenie konferencji dr Wiktor Dróżdź z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej



Dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. UMK otwiera Konferencję.

Psychiatrii i Neurologii w Warszawie przedstawiła zagadnienia związane się z problemem współpracy z pacjentem a występowaniem deficytów funkcji poznawczych w schizofrenii.

Gość z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Charite w Berlinie, prof. Mazda Adli, w wykładzie pt. „Over-

CM UMK przedstawił nowoczesną metodę obrazowania czynności mózgu, tj. ilościową analizę widmową EEG oraz jej zastosowanie w badaniach u osób z zaburzeniami psychicznymi.

W konferencji wzięło udział ponad 180 psychiatrów, psychologów i neurochirurgów z całego kraju. Uczestnicy na podstawie decyzji Komisji Kształcenia Ustawicznego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uzyskali osiem punktów edukacyjnych.

Przygotowaniem konferencji zajmował się zespół w składzie: dr hab. n. med. Alina Borkowska (przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego), dr n. med. Wiktor Dróżdź (sekretarz) oraz mgr Marta Tomaszewska i mgr Monika Wilkość – wszyscy z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej UMK, a także lek. med. Marcin Rudaś z Kliniki Neurochirurgii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy.

Listopadowy wieczór był znakomitą okazją do wysłuchania koncertu „Pamięta...My o Osieckiej” w wykonaniu Marcina Kołaczekowskiego i Margity Ślizgowskiej.

W zgodnej opinii uczestników i wykładowców Konferencja okazała się interesującym wydarzeniem naukowym.

dr hab. Alina Borkowska jest kierownikiem, a dr Wiktor Dróżdź adiunktem Zakładu Neuropsychologii Klinicznej

Sprawozdanie z VII Ogólnopolskiego Seminarium Kół Naukowych Biotechnologii 18-20 listopada 2005, Wrocław

W tym roku, po raz siódmy już, odbyło się Seminarium Kół Naukowych Biotechnologii zrzeszonych w Ogólnopolskim Akademickim Stowarzyszeniu Studentów Biotechnologii (ASSB).

Zjazd zorganizowany został przez Studenckie Koło Naukowe Biotechnologów „Przybysz”, działające przy Instytucie Biochemii i Biologii Molekularnej Uniwersytetu Wrocławskiego.

Celem Seminarium było zapoznanie się z najnowszymi pracami studentów biotechnologii z zakresu biologii molekularnej, mikrobiologii przemysłowej, biologii roślin, genetyki populacyjnej, terapii genowej, inżynierii genetycznej oraz inżynierii tkankowej. Umożliwiło nawiązanie nowych kontaktów, które w przyszłości zaowocować mogą współpracą pomiędzy studentami tego kierunku z różnych uczelni w kraju jak i za granicą.

We Wrocławiu spotkało się około 200 studentów biotechnologii z ośrodków naukowych

w Warszawie, Bydgoszczy, Krakowie, Poznaniu, Gdańsku, Łodzi, Lublinie, Olsztynie.

Spośród 40 zaprezentowanych prac ustnych oraz 20 plakatowych wybrano trzy najciekawsze.

I miejsce za najciekawszą prezentację ustną otrzymał Paweł Kornacki z UMCS w Lublinie, za pracę pod tytułem „Badanie właściwości enzymów przyłączonych do supermagnetycznych żelaznych nanocząsteczek”.

II miejsce: Agnieszka Krawczyk (CM UMK, Bydgoszcz) „Ocena przydatności kwasu poli-(asparaginowego) jako nośnika dla przeszczepianych komórek”.

III miejsce: Małgorzata Gozdecka (UJ Kraków) „Po nitce do kłęбка czyli od DNA do myszy transgenicznej”.

W sesji plakatowej wyróżnienia zdobyły prace: „Bioluminescencja” autorstwa Marty Bodek, Magdaleny Ambrożek, Justyny Świdry (I miejsce), „Klonowanie cDNA Ancylostomia celanicum kodującego potencjalny antygen szczepionkowy Ace-

ASP- 5 przy użyciu techniki RACE-PCR” wykonana przez Kamila Januszkiewicza (II miejsce), oraz „Markery nowotworowe” autorstwa Anny Stokowskiej, Natalii Jarzębskiej, Marka Kuźbickiego, Beaty Stępień (III miejsce).

W ramach programu Seminarium odbyło się spotkanie z profesorem Janem Miodkiem, dyrektorem Instytutu Filologii Polskiej UW, wykład profesora Jacka Otlewskiego „Oddziaływanie białko-białko” oraz przedstawienie działalności kół naukowych z poszczególnych uczelni.

Wybrano nowy zarząd ASSB. Przewodniczącą została Magdalena Stopa z UJ w Krakowie, wiceprzewodniczącą Beata Kmieć z Uniwersytetu Wrocławskiego.

Ustalono, że VIII Ogólnopolskie Seminarium Kół Naukowych Biotechnologii w roku 2006 odbędzie się w Krakowie.

Maciej Nowacki - II rok, kier. fizjoterapia przy
Katedrze Biologii Medycznej

oprac. Monika Kubiak

W dniach 29.05-01.06.2005 w Darłówku odbyło się Letnie Sympozjum Medycyny Ratunkowej organizowane przez Katedrę Medycyny Katastrof Collegium Medicum UMK oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Kierownikiem naukowym Konferencji był prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko. Konferencja naukowo-szkoleniowa miała charakter międzynarodowy i dotyczyła postępów w medycynie ratunkowej, goszcząc wielu wykładowców krajowych i zagranicznych oraz uczestników z kraju i państw ościennych.

W dniach 16-17.06.2005 roku Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medicum UMK zorganizowała 14-tą Konferencję Naukową z Warsztatami Endoskopowymi. Zaprezentowano m.in. transmisję zabiegów endoskopowych z 3 sal operacyjnych z możliwością bezpośredniego kontaktu z zespołem operacyjnym. Natomiast w drugim dniu Konferencji odbyła się sesja wykładowa, na której wybitni znawcy tematu przedstawili najnowsze osiągnięcia i kierunki rozwoju technik operacyjnych oraz sesja jubileuszowa poświęcona 25-leciu pracy Profesora Wiesława Szymańskiego w bydgoskiej Klinice. Uczestnicy Konferencji otrzymali certyfikaty zaliczenia kursu doskonalącego CMKP oraz punkty edukacyjne.

W dniach 16-18.06.2005 Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika wraz z Kliniką Endokrynologii Ginekologicznej Akademii Medycznej w Warszawie, Polskim Towarzystwem Seksuologicznym, Stowarzyszeniem na Rzecz Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST”, Komisją Zarządu Głównego PTP ds.

Psychiatrii w Medycynie Ogólnej oraz Stowarzyszeniem Kobiet po Mastektomii – Amazonki zorganizowała w Toruniu IV Ogólnopolską Konferencję „Lęk i depresja problemem interdyscyplinarnym w medycynie. Zdrowie Psychiczne Kobiet.” Komitetowi naukowemu przewodniczył prof. dr hab. Aleksander Araszkiwicz. Tematem tegorocznej Konferencji były problemy zdrowia psychicznego kobiety w jak najszerszym kontekście, zwłaszcza epidemiologia zaburzeń psychicznych wśród kobiet (szczególne cechy zaburzeń i ich obraz kliniczny); problemy psychologiczne i psychopatologiczne, a także współchorobowość zaburzeń psychicznych i somatycznych m.in. chorób nowotworowych, cukrzycy, chorób układu krążenia oraz terapii zaburzeń psychicznych u kobiet w okresie ciąży.

W dniach 20-21.06.2005 w Strykowie k/Łodzi miało miejsce V Sympozjum „Postępy w diagnostyce molekularnej i leczeniu nowotworów o podłożu genetycznym u dzieci” organizowane przez Sekcję Chirurgii Onkologicznej PTCHD we współpracy z: Katedrą i Kliniką Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum UMK, Polską Akcją Onkologii Dziecięcej oraz Polską Fundacją Europejskiej Szkoły Onkologii. Przewodniczącym Komitetu Naukowego został dr hab. Andrzej I. Prokurat, prof. UMK, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum UMK. Program Sympozjum obejmował m.in. tematykę podłoża genetycznego wybranych nowotworów: raka wątrobowo-komórkowego i guzów gonad występujących w wieku rozwojowym oraz poprawie wyników leczenia tych chorób pod wpływem postępu w biologii molekularnej. Drugą z sesji poświęcono nowotworom dziedzicznym u dzieci i poradnictwu genetycznemu. Na kolejnej sesji podjęto także kontrowersyjne i niezwykle ważny temat zdarzeń niepożądanych w medycynie. W ramach każdej z sesji zaproszeni znawcy zagadnienia przedstawili problemy nowoczesnej diagnostyki molekularnej, jak i bardziej tradycyjnego roz-

Komunikaty pokonferencyjne

poznawania nowotworów (obrazowanie, badania mikroskopowe). Pokazane zostały także sposoby leczenia zachowawczego i zabiegowego, włącznie z profilaktycznym stosowaniem leczenia chirurgicznego.

4 października 2005 r. o godz. 15:30 w auli B Collegium Medicum przy ul. Jagiellońskiej 13 w Bydgoszczy odbyła się konferencja naukowa poświęcona anestezjologii i intensywnej terapii. Organizatorami byli: Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii Oddział Kujawsko-Pomorski. Główne tematy konferencji: Hipotermia okołoperacyjna (dr hab. n. med. Paweł Sobczyński, Katedra Anestezjologii i IT AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu), Intensywna terapia: możliwości, granice i perspektywy (prof. dr hab. n. med. Roman Szulc, Katedra Anestezjologii i IT AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu), Postępy w transplantologii (M.D. Ph.D. D.Sc. Maria Siemionow, Director of Plastic Surgery Research The Cleveland Clinic Foundation).

Dnia 5 listopada 2005 r. o godz. 10.00 w sali konferencyjnej „POD PAPUGAMI” w Bydgoszczy Polskie Towarzystwo Patologów Oddział Bydgoski Bydgosko-Toruński, Oddział Polskiego Towarzystwa Chirurgów Kujawsko-Pomorski, Oddział Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Firma Roche Polska zaprosili na konferencję naukową dedykowaną nowotworom jelita grubego. W programie przedstawiono wykłady: Postępy w diagnostyce i leczeniu raka jelita grubego (dr hab. n. med. Wojciech Zegarski), Czynniki prognostyczne i diagnostyka nowotworów jelita grubego (lek. med. Alicja Weishof), Rola leku Xeloda w leczeniu pooperacyjnym raka okrężnicy (lek. med. Maria Osmańska-Gogol), Radioterapia nowotworów jelita grubego (dr n. med. Wiesława Windorbska).

„Horizon” w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum

Teresa Kosik, Anna Breś-Targowska

Miniony rok przyniósł wiele zmian w Bibliotece Medycznej Collegium Medicum UMK, zwłaszcza w Dziale Udostępniania Zbiorów. Dnia 27.09.2004 r. został wprowadzony w życie aneks do zarządzenia nr 22/99 Rektora Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 28 września 1999 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udostępniania zbiorów Biblioteki Głównej Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy”, który to zmienił zasady wypożyczeń dla pracowników i studentów Collegium Medicum. Zmniejszona liczba książek i krótszy okres ich wypożyczenia przyczyniły się do zwiększenia dostępności i bardziej intensywnego wykorzystania podręczników. Obecnie studenci mogą wypożyczyć do 5 vol. na okres 30 dni a, pracownicy naukowcy mogą wypożyczyć do 30 vol. na okres jednego roku.

Także od 27 września 2004 r. zaczęliśmy pracować w zintegrowanym systemie bibliotecznym HORIZON. Poprzedzające wprowadzenie systemu szkolenia pracowników pozwoliły na sprawne uruchomienie całego modułu udostępniania. Zamawianie, przedłużanie i rezerwowanie książek stało się możliwe bez konieczności wychodzenia z domu poprzez łącza internetowe

Przeszukiwanie naszego katalogu książek, podobnie jak katalogów innych bibliotek, jest możliwe bez potrzeby logowania się w systemie. Dopiero w momencie gdy chcemy zamówić interesujące nas materiały lub dokonać operacji na własnym koncie musimy się zalogować. W wyświetlonym polu wpisujemy 8-cyfrowy numer karty otrzymywany już w momencie zapisywania się do Wypożyczalni oraz nazwisko i imię bez polskich znaków diakrytycznych.

Po właściwym zalogowaniu się możemy zamówić interesujące nas materiały z dowolnego miejsca, wystarczy posiadać tylko dostęp do Internetu, a następnie w ciągu trzech dni można już książkę odebrać w Wypożyczalni Biblioteki Medycznej. Dane są aktualizowane automatycznie i czytelnik nie musi obawiać się sytuacji, że po dotarciu do Biblioteki dowie się, że książkę wypożyczył już ktoś inny. Nie wszystkie biblioteki wpisują w uwagach ostrzeżenie, tak jak robi to np. Biblioteka Uniwersyteku Medycznego w Łodzi, że informacje o dostępności książki mogą być nieaktualne.

Na stronie internetowej katalogu znajdują się także informacje czy dana książka jest wypożyczona, a jeśli tak - to do kiedy.

Istnieje możliwość sprawdzenia stanu swojego konta przez Internet i dokonanie tą drogą przedłużenia. Jest to duże ułatwienie,

gdyż natychmiast po dokonaniu operacji wiemy, czy książka została przedłużona i do kiedy. Książki można przedłużyć na trzy dni przed regulaminowym terminem zwrotu wskazanym na koncie. W przypadku blokady konta powinniśmy skontaktować się z Wypożyczalnią.

Nie można przedłużyć książki zarezerwowanej przez innego czytelnika i książki, której termin zwrotu już minął. Zarezerwować książkę wypożyczoną przez innego czytelnika można 14 dni przed wskazanym przez komputer terminem zwrotu. Informacja o zwrocie zarezerwowanej książki i możliwości odbioru jej pojawia się na koncie czytelnika dokonującego rezerwacji w opcji „BLOKADY, KOMUNIKATY”. Zarezerwowana książka oczekuje 7 dni. Wcześniejsza możliwość dokonania rezerwacji niż przedłużenia pozwala uniknąć sytuacji, w której zamawiający miałby utrudnione dotarcie do poszukiwanej pozycji. Mimo to zdarzają się osoby świadomie płacące kary za nieterminowy zwrot.

W październiku 2005 r. zostało zamówionych 6327 vol. a przedłużonych 1168 vol. książek.

Duża ilość przedłużeń i rezerwacji świadczy o bardzo szybkiej akceptacji programu przez użytkowników. Dzięki systemowi HORIZON możliwe jest sprawdzanie wszystkich wykonanych operacji na własnym koncie przez Internet. Szczegółowo zachowywana historia pozwala wyjaśniać drobne nieporozumienia.

Dla czytelników preferujących zamawianie w Bibliotece zostało utworzonych pięć stanowisk w sali katalogowej obok Wypożyczalni.

Korzyści wynikające z wprowadzenia systemu doceniło wiele osób. Możliwość zdalnego przedłużania pozwala oszczędzić czas i często też pieniądze.

Opłaty za nieterminowy zwrot wypożyczonych materiałów bibliotecznych zostały wprowadzone wyżej wspomnianym aneksem. Pierwsze kary zaczęto naliczać w grudniu 2004 r. W okresie od 1 grudnia 2004 r. do 31 października 2005 r. (11 miesięcy) wynęto 18535 zł.

Cała kwota została przeznaczona tylko i wyłącznie na zakup książkowe.



Łącznie wzbogaciliśmy księgozbiór Biblioteki o 318 egzemplarzy. W większości są to publikacje z zakresu medycyny i nauk pokrewnych, ale wśród nich znalazło się również kilka z innych dziedzin nauki. Przeważającą część zakupionych pozycji to podręczniki najczęściej poszukiwane przez studentów. Nie sposób przytoczyć całej listy tytułów, ale wśród nich znalazły się między innymi takie jak: „Biochemia” Harpera, „Fizjologia człowieka w zarysie” Władysława Traczyka, „Biochemia” Luberta Stryera, „Chirurgia” Jana Fibaka, „Propedeutyka pediatrii” Mariana Krawczyńskiego czy też „Podstawy genetyki” pod red. Gerarda Drewy.

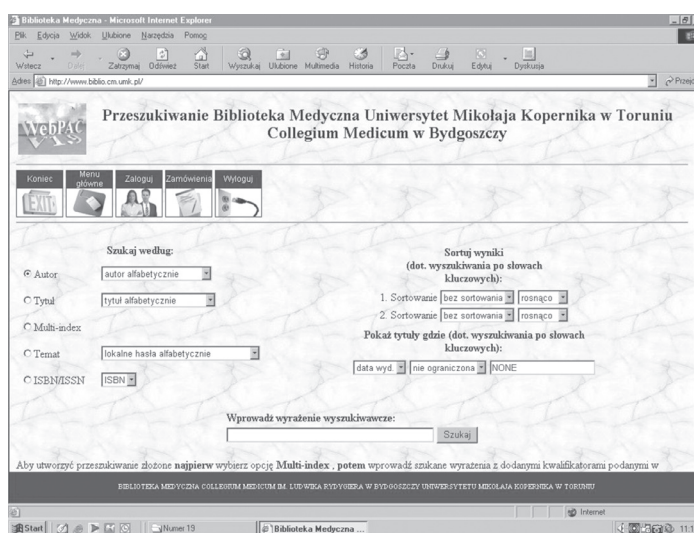
W większości książki przeznaczone zostały na wypożyczenia dla czytelników, ale jest również kilka tytułów, które wzbogaciły księgozbiór Czytelnicy. Wśród tych pozycji znalazły się między innymi: „Podręcznik medycyny rodzinnej”, tom „Wielkiej Encyklopedii PWN”, trzy tomy „Historii Powszechnej” czy też „Wielki słownik wyrazów obcych”.

Przywołane tytuły to tylko niewielka część z listy dokonanych zakupów. Na stronie internetowej Biblioteki Medycznej można przejrzeć wykazy już zakupionych materiałów oraz pobrać adres na który czytelnicy mogą przesyłać proponowane do zakupu tytuły.

Zapraszamy do częstego odwiedzania naszej strony internetowej:

www.biblio.cm.umk.pl.

Mgr Teresa Kosik jest kierownikiem Działu Udostępniania Zbiorów w Bibliotece Medycznej, natomiast mgr Anna Breś-Targowska jest pracownikiem Działu Gromadzenia i Opracowania zbiorów BM.



Chelmo – członkowie Koła podczas Konferencji Bydgoszcz-Chelmo 2004



Jan Styczyński

Katedra i Klinika Chorób Dzieci AM Bydgoszcz została powołana w roku 1975 (w 1997 r. nastąpiła zmiana nazwy Kliniki na Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii). Studenckie Koło Naukowe przy Klinice powstało wkrótce po powołaniu Kliniki. Początkowo zajmował się nim dr Mariusz Wysocki. W aktualnej postaci i formule, Koło funkcjonuje w Klinice od 1994 r. pod kierunkiem dr Jana Styczyńskiego.

Początkowo działalność STN koncentrowała się wokół klinicznych problemów hematologii i onkologii dziecięcej. Od 1996 r., wraz z powstaniem Pracowni Cytometrii Przepływowej, tematyka działalności rozszerzyła się o diagnostykę ostrych białaczek. Od 2001 r., po przeniesieniu Kliniki do Państwowego Szpitala Klinicznego (obecnie Szpital Uniwersytecki) im. dr A. Jurasza, głównym kierunkiem badawczym STN stała się hematologia eksperymentalna, rozwijająca się na bazie Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej, stanowiącej integralną część Kliniki. Dzięki temu, istnieje możliwość korzystania z wiedzy i doświadczenia jej pracowników (mgr Małgorzata Kubickiej, mgr Beaty Kuryło-Rafińskiej, mgr Beaty Kołodziej), a do pracy badawczej wykorzystywany jest również sprzęt znajdujący się w pracowni: cytometr przepływowy, inkubator CO₂, komora laminarna, czytnik ELISA. Oprócz prowadzenia badań własnych, studenci mają możliwość zaangażowania się w projekty badawcze wykonywane przez pracowników naukowych Katedry.

Lista członków aktywnie działających w ramach Koła w latach 1994-2005 obejmuje 23 osoby. Wielu z nich już ma doktoraty, pracuje w Klinikach (Anna Krenska, Izabela Pałgan, Lucyna Miller, Małgorzata Łukowicz, Ewa Wolska, Joanna Kołodziejczyk, Magdalena Polańska i Aleksandra Polańska). Studenci działają również w strukturach uczelnianego Studenckiego Towarzystwa Naukowego oraz IFMSA.

nowotworowych, minimalna choroba resztkowa, erytropoetyna, oporność na cytostatyki, choroby hematologiczne u dzieci, oraz inne choroby wieku rozwojowego, zachowanie młodzieży, problemy edukacji zdrowotnej, a w ostatnim okresie również problematyka transplantacji komórek hematopoetycznych. Studenci współpracują w pisaniu programów badawczych i wniosków do Komisji Bioetycznej. Piszą głównie prace oryginalne, ale również opisy przypadków, a w jednym przypadku nawet pracę pogładową.

W Kole powstały 2 projekty w ramach funduszu uczelnianych Studenckich Badań Naukowych. Pierwszy, zatytułowany „Aktywność in vitro talidomidu w ostrych białaczkach u dzieci” zostanie zakończony opublikowaniem pełnotekstowej pracy w recenzowanym zagranicznym czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej „Leukemia and Lymphoma” (z punktacją impact factor 1,25!). Drugi, zatytułowany „Oporność na imatinib w przewlekłej białaczce szpikowej” jest w trakcie realizacji.

Praca naukowa w naszym kole naukowym, od 1994 roku zaowocowała 36 prezentacjami na konferencjach studenckich, 16 pełnotekstowymi pracami opublikowanymi (lub przyjętymi do publikacji) w czasopiśmie medycznych, przy czym aż w 7 z nich studenci są pierwszymi autorami. Dodatkowo, członkowie Koła są autorami 10 artykułów w Wiadomościach Akademickich i Primum Non Nocere. Aż 14 abstraktów z udziałem członków Koła zostało opublikowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, w tym „Blood” (impact factor - 10,12) i „Leukemia” (impact factor - 5,81).

Studenci Koła mogą poszczycić się 10 nagrodami

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

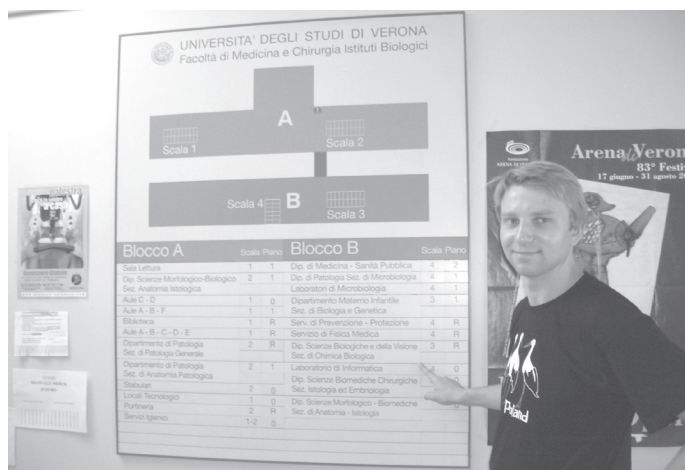
Zakres tematyczny działalności członków Koła obejmuje głównie hematologię i onkologię dziecięcą, w tym aspekty kliniczne i eksperymentalne (laboratoryjna), na które składają się choroby nowotworowe u dzieci (diagnostyka immunologiczna chorób

i wyróżnieniami zdobytymi na konferencjach studenckich (w tym zagranicznych) oraz krajowych do zasięgu międzynarodowym) oraz licznymi prestiżowymi nagrodami, nominacjami i stypendiami przeznaczonymi dla studentów. Najważniejsze nagrody przyjechały do Bydgoszczy z Konferencji w Leiden (Holandia) oraz za pierwsze miejsca na konferencjach międzynarodowych anglojęzycznych w Szczecinie i Poznaniu. Inne nagrody i wyróżnienia jakie przyznano członkom Koła to stypendium Ministra Zdrowia (trzykrotnie), 4-krotnie miano najlepszego studenta Primus Inter Pares lub Primus Academicus (na szczęblu uczelni lub miasta) oraz miano najlepszego studenta naszego Uniwersytetu (Krzysztof Czyżewski, w roku 2005).

Ostatnie, najnowsze wyróżnienia, ponownie przekroczyły granice uczelni i kraju. Od października 2005r, Monika Richert przebywa na stypendium naukowym w USA. Natomiast w dniu 6 grudnia 2005r, Krzysztof Czyżewski i Agnieszka Zaborowska otrzymali honorowe wyróżnienie Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, jakim jest Laur Medyczny im. Dr Wacława Mayzla. Tę prestiżową nagrodę naukową otrzymują pojedyncze osoby w skali kraju.

Wspólnie ze studentami postawiliśmy sobie bardzo wysoką poprzeczkę poziomu naukowego Koła przy naszej Klinice. Uwagi i doświadczenia bezpośrednio dotyczące metod pracy naukowej ze studentami Kole Naukowego przedstawiłem w artykule „Doświadczenia tutora STN” (Wiadomości Akademickie 2003;10:17). Czas pokazuje, że efekty przerosły nasze najśmielsze oczekiwania. Jako tutor tego Koła, najbardziej cenię sobie jednak doświadczenia i kontakty osobiste jakie pozostały po okresie wspólnej pracy.

Dr hab. n. med. Jan Styczyński jest adiunktem w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz opiekunem Studenckiego Koła Naukowego przy tejże Katedrze



Verona - Krzysztof Czyżewski na praktyce studenckiej w Veronie 2005

Studenckie Koło Naukowe Radiologii i Diagnostyki Obrazowej

Katarzyna Laskowska

Studenckie Koło Naukowe Radiologii i Diagnostyki Obrazowej istnieje od sześciu lat. Twórcą Radiologicznego Koła Naukowego i jego pierwszym opiekunem był dr n. med. Stanisław Pilecki. Trzy lata temu dr Stanisław Pilecki przeszedł do nowo otwartej Pracowni Medycyny Nuklearnej i stworzył Koło Naukowe Medycyny Nuklearnej przy Klinice Endokrynologii i Diabetologii. Nowym opiekunem Radiologicznego Koła Naukowego została dr n. med. Katarzyna Laskowska.

W kole działa około 10 osób, są to studenci V i VI roku Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum oraz lekarze stażyści. Na II Międzynarodowej Konferencji Naukowej Studentów Medycyny i Młodych Lekarzy, która odbyła się w dniach 15-17 kwietnia 2004 roku w Bydgoszczy została przedstawiona praca pt. „Ocena korelacji pomiędzy objętością tarczycy a czynnikami konstytutywnymi i środowiskowymi”. Warto podkreślić, iż studenci samodzielnie wykonali badanie USG tarczycy u 40 ochotników, oszacowali wielkość gruczołu tarczowego oraz jego echogeniczność i obecność ewentualnych guzków czy torbieli.

W zeszłym roku przygotowaliśmy dwie prace, które zostaną przedstawione na tegorocznej III Międzynarodowej Konferen-

cji Studenckiego Towarzystwa Naukowego „Postępy w naukach biomedycznych i medycynie”, Bydgoszcz-Toruń 2-3 grudnia 2005 roku. Pierwsza praca dotyczy najnowszej metody diagnostyki serca, jaką jest wielorzędowa, spiralna tomografia komputerowa i nosi tytuł „Analiza przydatności wielorzędowej tomografii komputerowej, bramkowanej retrospektywnym sygnałem EKG w ocenie zastawki aortalnej”. Studenci samodzielnie oceniali w badaniu TK zastawkę aortalną: jej morfologię, wielkość, obecność zwągnięć w jej obrębie oraz jakość obrazowania. Druga praca, która będzie przedstawiona na konferencji została również przygotowana do publikacji w Polish Journal of Radiology i nosi tytuł „Problemy w diagnostyce guza nerki u dziecka z rozpoznaniem stwardnieniem guzowatym-opis przypadku”.

Studenci na spotkaniach Radiologicznego Koła Naukowego zajmują się nie tylko pracą naukową, ale również uczą się samodzielnie wykonywać badanie USG jamy brzusznej oraz oglądają i omawiają bieżące badania TK i konwencjonalne badania radiologiczne. W bieżącym roku zajmujemy się oceną morfologii chrząstek krtani w tomografii komputerowej.

Dr Katarzyna Laskowska jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz opiekunem Studenckiego Koła Naukowego przy tejże Katedrze.

Studenckie Koła Naukowe

oprac. Małgorzata Fąfara

Studenckie Towarzystwo Naukowe jest integralną jednostką Collegium Medicum utworzoną i zarządzaną przez studentów, która integruje i koordynuje działalność studenckich kół naukowych, reprezentuje studencki ruch naukowy wewnątrz i na zewnątrz Uczelni, a także umożliwia prezentację dorobku naukowego studentów, m.in. przez organizowanie konferencji naukowych.

Każdy student, chcący pracować naukowo, może uczestniczyć w działalności SKN. Jeżeli jest zainteresowany pediatrią, biochemią, chirurgią czy jakąkolwiek inną specjalnością, nawet dla jednego studenta może zostać założone SKN przy wybranej katedrze (zakładzie lub pracowni). Zaś dla opieki nad pracą studentów wyznaczany jest przez kierownika wybranej jednostki opiekun.

Obecnie w Collegium Medicum istnieje 51 studenckich kół naukowych, które zrzeszają 184 członków. Jednakże Studenckie Towarzystwo Naukowe przygotowuje właśnie wybory nowych władz a w związku odejściem absolwentów jest w trakcie weryfikacji listy członków STN. Wybory odbędą się prawdopodobnie w grudniu 2005 roku.

Począwszy od tegoż numeru „Wiadomości Akademickich” pragniemy rozpocząć prezentację kolejnych studenckich kół naukowych zrzeszonych przy katedrach i zakładach Collegium Medicum. W niniejszym numerze przedstawimy studenckie koła naukowe działające przy Zakładzie Inżynierii Tkankowej Katedry Biologii Medycznej, Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii oraz Katedrze i Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Laboratoryjnej.

Mgr Małgorzata Fąfara prowadzi Samodzielną Sekcję Dydaktyki. Przygotowanemu przez nią materiałowi towarzyszy komentarz mgr Moniki Kubiak oraz uwagi zaczerpnięte z artykułu Krzysztofa Czyżewskiego poświęconego Studenckiemu Towarzystwu Naukowemu, opublikowanego w Wiadomościach Akademickich nr 12/2004.

Działalność Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii

Eugenia Gospodarek

Studenckie Koło Naukowe (SKN) przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu rozpoczęło swą działalność na spotkaniu inauguracyjnym w dniu 29.10.2001 r. Powstało ono z inicjatywy studentów kierunku lekarskiego. Opiekunem SKN od momentu jego powstania jest mgr Anna Michalska, a od marca 2003 r., także dr n. med. Agnieszka Mikucka. W czasie godzin poświęconych na działalność SKN studenci w 1-2-osobowych grupach zajmują się realizacją własnych zadań.

W programie SKN w roku 2001/2002 realizowano następujące zadania:

1. Opracowywanie materiałów diagnostycznych (wymazów z ran) pochodzących od pacjentów z wrzodzącymi ranami podudzi leczonych w Klinice Dermatologii. Osoby odpowiedzialne za pracę: Anna Chrzanowska i Anika Doruchowska, studentki IV roku kierunku lekarskiego.

2. Opracowywanie materiałów diagnostycznych (wymazów z gardła i przelyku) pochodzących od pacjentów poddawanych laryngektomii całkowitej w Klinice Laryngologii (współpraca z SKN działającym przy w/w klinice). Osoba odpowiedzialna za pracę: Grzegorz Janikowski, student VI roku kierunku lekarskiego.

3. Identyfikacja i określenie wrażliwości na antybiotyki pałeczek *Enterobacter* spp. izolowanych z materiałów klinicznych SPSK AM w Bydgoszczy. Osoby odpowiedzialne za pracę: Beata Bułkowska i Dorota Jakuta, studentki III roku kierunku lekar-

skiego.

4. Analiza flory mikrobiologicznej wyosobnionej od biorców nerki leczonych w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej SPSK AM w Bydgoszczy. Osoba odpowiedzialna za pracę: Krzysztof Gierlotka, student V roku kierunku lekarskiego.

Na podstawie analizy otrzymanych wyników powstały dwie prace. Zostały one zaprezentowane w formie plakatów na sesji naukowej II Ogólnopolskiego Przeglądu Prac Naukowych Studentów Medycyny i Lekarzy Stażystów, który odbył się w dniach 19-24.04.2002 r. w Bydgoszczy. Tematy zaprezentowanych prac:

1. „Analiza flory mikrobiologicznej wyosobnionej od biorców nerki leczonych w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej SPSK AM w Bydgoszczy”. Autor – student Krzysztof Gierlotka. Opiekun: mgr Anna Michalska.

2. „Rola mikroflory bakteryjnej w procesie gojenia się rany pooperacyjnej u pacjentów po la-

ryngektomii całkowitej”. Autor - student: Grzegorz Janikowski. Opiekun: mgr Anna Michalska.

W roku akademickim 2002/2003 na podstawie wyników przedstawionych w sesji plakatowej na w/w konferencji powstała praca współautorstwa studenta Krzysztofa Gierlotki pt.: „Analiza flory mikrobiologicznej wyosobnionej od biorców nerki leczonych w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej SPSK AM w Bydgoszczy w 2001 roku” (autorzy: Michalska A., Gospodarek E., Włodarczyk Z., Gierlotka K.), która została opublikowana w „Medycynie Doświadczalnej i Mikrobiologii 2003, vol. 55, s. 271-276.

Badania prowadzone przez studentów SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii w roku akademickim 2002/2003 dotyczyły analizy drobnoustrojów izolowanych z materiałów klinicznych. Uzyskane wyniki zostały przedstawione w formie plakatów na Międzynarodowej Konferencji Studentów Medycyny i Lekarzy Stażystów, która odbyła się w dniach 25-26.04.2003 r. w Bydgoszczy. Tematy przedstawionych prac:

1. „Analiza drobnoustrojów izolowanych od chorych z owrzodzeniami podudzi”. Autorzy: Anika Doruchowska, Anna Chrzanowska, studentki V roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun pracy: mgr Anna Michalska.

2. „Udział Enterobacter spp. w zakażeniach układu moczowego”. Autor: Krzysztof Gierlotka, student VI roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun pracy: mgr Anna Michalska.

3. „Analiza drobnoustrojów izolowanych z krwi pacjentów leczonych w Klinice Nefrologii i Chorób Wewnętrznych SPSK AM w Bydgoszczy” (praca nagrodzona wyróżnieniem). Autor: Aleksander Deptuła, student V roku kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego. Opiekun pracy: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

4. „Analiza wybranych właściwości metycylinoopornych szczepów Staphylococcus haemolyticus izolowanych z materiałów klinicznych” (praca nagrodzona wyróżnieniem). Autor: Emilia Ciok, studentka IV roku analityki medycznej, Wydziału Farmaceutycznego. Opiekun pracy: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

Ponadto, student V roku Wydziału Lekarskiego Aleksander Deptuła wziął udział w sesji naukowej International Medical Conference for Students and Young Physicians, która odbyła się w dniach 16-17.05.2003 roku w Warszawie, gdzie przedstawił prezentację ustną pracy pt. „BacT/Alert and Bactec blood culture monitoring systems – a comparative study based on blood samples of patients treated at the Department of Nephrology and Internal Diseases of Ludwik Rydygier Medical University in Bydgoszcz”.

Praca przygotowana przy udziale studentek VI roku kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego - Anny Chrzanowskiej i Aniki Doruchowskiej autorstwa: Michalska A., Chrzanowska A., Doruchowska A., Gospodarek E., Placek W, pt.: „Drobnoustroje izolowane z materiałów ropnych od pacjentów dermatologicznych” została zaprezentowana na Konferencji naukowo-szkoleniowej dla lekarzy i pielęgniarek pt.: „Leczenie powikłanych ran i odleżyn” w Bydgoszczy (24-25.10.2003 r.) organizowanej przez Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej oraz Katedrę i Zakład Opieki Paliatywnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (Pol Med Paliat 2003, T 2, 4, 296).

W roku akademickim 2002/2003 zostały rozpoczęte, a w roku 2003/2004 kontynuowano następujące projekty badawcze prowadzone przez studentów SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii:

1. „Analiza drobnoustrojów izolowanych od pacjentów z owrzodzeniami podudzi leczonych w Klinice Dermatologii SPSK AM w Bydgoszczy w latach 2000-2002”. Osoby biorące udział w projek-

cie: Anika Doruchowska, Anna Chrzanowska, studentki V roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun projektu: mgr Anna Michalska.

2. „Ocena nosicielstwa Staphylococcus aureus wśród studentów Akademii Medycznej w Bydgoszczy”. Osoby biorące udział w projekcie: Aleksandra Cierpicka, studentka III roku Wydziału Lekarskiego i Krzysztof Gierlotka student VI roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun projektu: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK. Opiekun studentów: mgr Anna Michalska.

3. „Właściwości adhezyjne i pokrewieństwo wieloopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa izolowanych z materiałów klinicznych”. Osoba biorąca udział w projekcie: Aleksander Deptuła, student V roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

Wyniki uzyskane w tych badaniach zostały zaprezentowane na naukowej Konferencji Studentów Medycyny i Lekarzy Stażystów w Bydgoszczy w 2004 roku, a praca studenta VI roku Wydziału Lekarskiego, Aleksandra Deptuły pt.: „Wpływ warunków hodowli na hydrofobowe właściwości wielolekoopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa” opublikowana (Deptuła A, Mikucka A, Gospodarek E., Med Dośw Mikrobiol 2004; 56: 359-64). W roku 2003/2004 studenci SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii złożyli wnioski o dofinansowanie następujących projektów badawczych:

1. „Właściwości adhezyjne i pokrewieństwo wieloopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa izolowanych z materiałów klinicznych” - kontynuacja badań. Wykonawcy-studenci: Adrian Reśliński, kierunek lekarski, IV rok, Aleksander Deptuła, kierunek lekarski, VI rok. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

2. „Analiza występowania w materiałach klinicznych i lekowrażliwości wieloopornych szczepów Proteus spp.” Wykonawca - student: Adrian Reśliński, kierunek lekarski, IV rok. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

3. „Ocena pokrewieństwa szczepów Staphylococcus aureus izolowanych z materiałów klinicznych”. Wykonawcy - studenci: Anna Kiziewicz, kierunek analityka medyczna, IV rok, Aleksandra Cierpicka, kierunek lekarski, IV rok. Opiekun projektu: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, opiekun studentów: mgr Anna Michalska.

W roku akademickim 2003/2004 zostały wykonane następujące projekty badawcze prowadzone przez SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii:

1. „Ocena nosicielstwa Staphylococcus aureus wśród studentów Akademii Medycznej w Bydgoszczy”. Osoby uczestniczące w projekcie: Aleksandra Cierpicka, studentka IV roku Wydziału Lekarskiego, Krzysztof Gierlotka, lek. stażysta, asystent Katedry i Zakładu Mikrobiologii. Opiekun projektu: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK. Opiekun studentów: mgr Anna Michalska.

2. „Właściwości adhezyjne i pokrewieństwo wieloopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa izolowanych z materiałów klinicznych. Wkonawca: Aleksander Deptuła, student VI roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

3. Analiza występowania w materiałach klinicznych i lekowrażliwości wieloopornych szczepów Proteus spp. Wykonawca: Adrian Reśliński, student IV roku Wydziału Lekarskiego. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

Wyniki uzyskane w tych badaniach zaprezentowano na II Międzynarodowej Konferencji Naukowej Studentów Medycyny i Lekarzy Stażystów w Bydgoszczy, w dniach 15-17.IV.2004 r. Praca: „Analiza występowania w materiałach klinicznych i lekowrażliwości wieloopornych szczepów Proteus spp.” zdobyła III miejsce w sesji dotyczącej diagnostyki.

Otrzymane wyniki zostały zaprezentowane

również w postaci plakatów na XXV Jubileuszowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów w Bydgoszczy, który odbył się w dniach 23-25.09.2004 r. Streszczenia przedstawianych prac zostały wydrukowane w suplemencie Postępów Mikrobiologii. Na ww. Zjeździe przedstawiono następujące prace:

1. Deptuła A, Mikucka A, Gospodarek E: Właściwości biologiczne szczepów Pseudomonas aeruginosa izolowanych z materiałów klinicznych. Post Mikrobiol, 2004 (Supl 1) 43, 163.

2. Deptuła A, Mikucka A, Gospodarek E: Wpływ warunków hodowli na właściwości hydrofobowe wielolekoopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa. Post Mikrobiol, 2004 (Supl 1) 43, 164.

3. Reśliński A, Mikucka A, Gospodarek E: „Wielolekooporne pałeczki Proteus spp. – występowanie w materiałach klinicznych”. Post Mikrobiol, 2004 (Supl 1) 43, 355.

4. Cierpicka A, Kiziewicz A, Gierlotka K, Michalska A, Mikucka A, Gospodarek E: „Ocena pokrewieństwa szczepów Staphylococcus aureus izolowanych z materiałów badanych w kierunku nosicielstwa”. Post Mikrobiol, 2004 (Supl 1) 43, 363.

W latach 2001-2004 w SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu aktywnie pracowało 6 studentów naszej uczelni.

Otrzymane wyniki realizowanych projektów badawczych z udziałem studentów pozwoliły na przygotowanie kolejnych 2 prac, które zostały opublikowane w 2005 roku:

1. Deptuła A, Mikucka A, Gospodarek E, Naruszewicz R Doroszewski W: Analiza drobnoustrojów izolowanych z krwi chorych leczonych w Klinice Nefrologii Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych. Pol Merk Lek 2005; 106: 427-30.

2. Reśliński A. Gospodarek E, Mikucka A: Występowanie w materiale klinicznym i ocena lekowrażliwości wielolekoopornych szczepów Proteus sp. Med Dośw Mikrob 2005; 57: 175-84.

Ponadto, studenci przygotowali wyniki swoich prac badawczych na III Międzynarodową Konferencję Studencką Towarzystwa Naukowego, która odbędzie się w Bydgoszczy-Toruniu w dniach 02-03.12.2005 r. Przygotowane streszczenia zostały zakwalifikowane do prezentacji ustnych:

1. Reśliński Adrian (student VI roku kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego): „Ocena właściwości adhezyjnych u szczepów Proteus mirabilis o zróżnicowanej wrażliwości na antybiotyki. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka.

2. Bogiel Tomasz (student biotechnologii Wydziału Lekarskiego): Wpływ warunków hodowli na wybrane właściwości adhezyjne wielolekoopornych szczepów Pseudomonas aeruginosa”. Opiekun projektu: dr n. med. Agnieszka Mikucka, opiekun pracy: lek. Aleksander Deptuła.

3. Hankiewicz Karolina (studentka V roku kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego), Gierlotka Krzysztof, Mikucka Agnieszka: Wpływ warunków hodowli na adhezję szczepów Enterococcus spp. do polistyrenu.

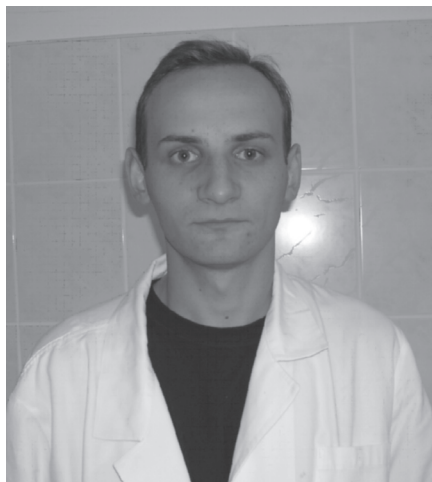
4. Napiórkowska Katarzyna, Aleksander Deptuła: Etiologia zakażeń układu moczowego u pacjentów Kliniki Endokrynologii i Diabetologii. W roku akademickim 2004/2005 i aktualnie trwającym, tj. 2005/2006 w SKN przy Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Bydgoszczy UMK w Toruniu aktywnie pracuje 3 studentów naszej uczelni. Ponadto, współpracujemy ze studentami SKN działającym przy Katedrze i Klinice Endokrynologii i Diabetologii.

Dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK jest kierownikiem Katedry i Zakładu Mikrobiologii.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Inżynierii Tkankowej Katedry Biologii Medycznej

Maciej Nowacki

Kierownikiem Katedry Biologii Medycznej jest prof. dr hab. n. med. Gerard Drewa. Opiekunem koła od 1997 roku jest dr n. med. Tomasz Drewa, kierownik Zakładu Inżynierii Tkankowej, a także asystent i wolontariusz w Katedrze i Klinice Urologii u prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Wolskiego. Przewodniczącym koła jest Miłosz Jasiński, student VI roku kierunku lekarskim.



Przewodniczący Koła – Miłosz Jasiński

Członkami koła są studenci różnorodnych kierunków Collegium Medicum:

■ lic. Agnieszka Krawczyk - studentka studiów magisterskich na kierunku biotechnologia.

■ lic. Bartosz Nadolski - absolwent kierunku biomedycyna, student II roku na kierunku lekarskiego

■ Maciej Nowacki - student II roku kierunku fizjoterapia

■ lic. Marta Pokrywczyńska - studentka I roku studiów magisterskich na kierunku biotechnologia

■ Ewelina Zaremba – studentka 4 roku kierunku lekarskiego

■ Tomasz Bogiel – student 2 roku studiów magisterskich kierunku biotechnologia

■ Marcin Weiss – student 2 roku kierunku lekarskiego

Prace prowadzone w Studenckim Kole Naukowym przy zakładzie Inżynierii Tkankowej mają na celu:

- poszerzenie wiedzy poprzez przeprowadzanie doświadczeń na zwierzętach in vitro, a w przyszłości ewentualne wykorzystanie ich wyników w urologii, dermatologii lub w chirurgii

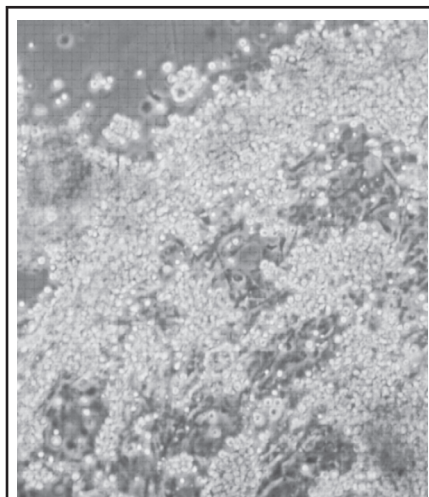
- udział w seminariach poświęconych tematyce inżynierii tkankowej

- prowadzenie własnych projektów badawczych i współuczestnictwo w badaniach naukowych prowadzonych w Zakładzie Inżynierii Tkankowej

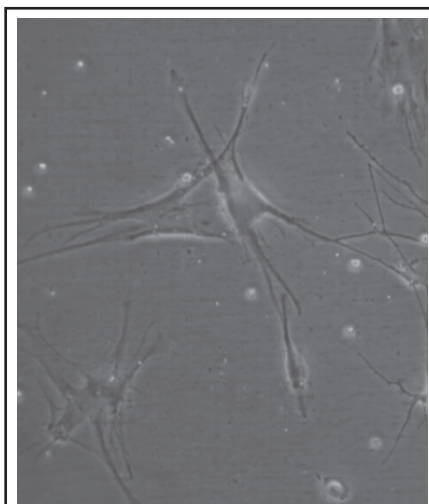
- prezentacje wyników na posiedzeniach Studenckiego Towarzystwa Naukowego

Zakres prowadzonych projektów:

- hodowla keratynocytów, chondrocytów oraz melanocytów z użyciem autologicznej surowicy

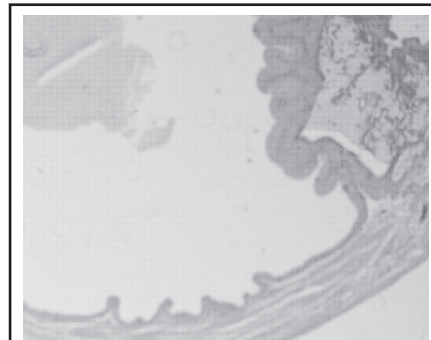


Komórki keratynocytów w hodowli pierwotnej



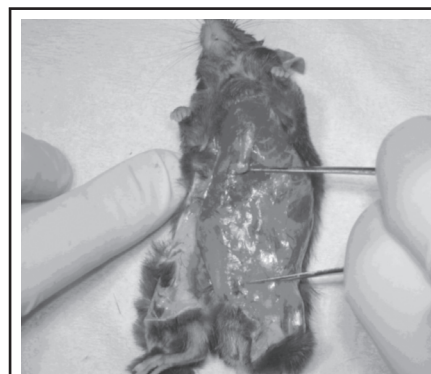
Melanocyty w obrazie mikroskopowym – 100x

- opracowanie metod hodowli przestrzennej, komórek nabłonkowych pęcherza moczowego oraz chondrocytów i fibroblastów na rusztowaniach z różnych biomateriałów (alginat, kwas poliglikolowy, kwas poliasparaginowy i inne), celem stosowania:



W górnej części obrazu widoczne są usieciowione komórki w alginacie 40x

- rekonstrukcja ściany brzucha myszy B16 przy pomocy syntetycznych matryc PGA



Obraz sekcyjny przedstawia pozytywny efekt i brak zrostów w obrębie jamy brzusznej

- studenci uczestniczą w opracowaniu metod izolacji i hodowli wysepek trzustkowych na modelach zwierzęcych (Marta Pokrywczyńska)
- indywidualna organizacja studiów – przebywa aktualnie w Holandii) oraz komórek macierzystych z mieszków włosowego

Nagrody i wyróżnienia

Prace studentów wyróżniono siedem razy na spotkaniach studentów Kół Naukowych:

- w Szczecinie w 2000 roku
- w Bydgoszczy i w Warszawie 2002 roku
- w Bydgoszczy w 2003 i 2004 roku
- we Wrocławiu w 2005 roku

Ponadto studenci wcześniej pracujący w kole naukowym są współautorami jedenastu opublikowanych prac, w tym cztery w czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej.

Maciej Nowacki jest studentem II roku kierunku fizjoterapia.

Zasady oceniania wniosków o finansowanie badań własnych



Opracowano przez Samodzielną Sekcję Nauki i Współpracy z Zagranicą

Na 2006 rok złożono 101 wniosków o finansowanie badań własnych, z czego Komisja ds. Nauki i Aparatury Naukowej rekomendowała do finansowania 61 wniosków (49 wniosków złożonych jako tematy własne oraz 12 wniosków promotorskich).

Komisja rekomendowała do finansowania w 2006 roku wnioski, które uzyskały co najmniej 50% możliwych do uzyskania punktów.

Tematy własne

Jednostka CM UMK	Kierownik grantu	Temat badań
K. Biofizyki	dr hab. Stefan Kruszewski, prof. UMK	Badania hydroksykamptocyn metodami spektrofluorometrycznymi.
K.K. Dermatologii	dr Krystyna Romańska- -Gocka	Rola alergenów środowiskowych w etiopatogenezie trądziku różowatego.
K.K. Otolaryngologii	dr Katarzyna Pawlak-Osińska	Czynnik alergiczny w etiologii szumów usznych.
K.Z. Patobiochemii i Chemii Klinicznej	dr hab. Tomasz Tyrakowski, prof. UMK	Oddziaływanie leków spazmolitycznych i prokinetycznych na przeczłonkowy transport jonów w jelicie grubym.
K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	dr hab. Jan Styczyński	Populacje komórek macierzystych u pacjentów poddawanych chemioterapii i transplantacji szpiku.
K. Biofizyki	dr Albert Górnicki	Zastosowanie pomiarów kinetyki hemolizy do oceny odkształcalności krwinek czerwonych.
K.Z. Histologii i Embriologii	dr hab. Alina Grzanka, prof. UMK	Ocena obecności kofiliny w powiązaniu z aktywną podczas apoptozy indukowanej cytotatystykami i czynnikami fizycznymi w wybranych liniach komórkowych.
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka - Szaflarska	Analiza poziomu kotyniny w mleku kobiet palących czynnie lub biernie oraz w moczu ich dzieci.
K.Z. Bromatologii	dr hab. Grzegorz Bazylak, prof. UMK	Chromatograficzne badania pozostałości flawonoidów rotenoidowych oraz ich form izomerycznych w wodzie pitnej, dietetycznych środkach spożywczych i biokosmetykach.
K. Medycyny Sądowej	dr Tomasz Grzybowski	Nowe gałęzie drzewa filiogenetycznego ludzkiego mitochondrialnego DNA Północnej Eurazji - uszczegółowienie klasyfikacji poprzez sekwencjonowanie pełnych genomów mitochondrialnych.
K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	prof. dr hab. Mariusz Wysocki	Ocena zasobów mineralnych kości u zdrowych dzieci i młodych dorosłych ze szczególnym uwzględnieniem gęstości kości, markerów obrotu kostnego.
K.K. Dermatologii	dr Anna Wankiewicz	Zapalenie opryszczkowe skóry a wybrane przeciwciała.
K.Z. Diagnostyki Laboratoryjnej	prof. dr hab. Grażyna Odro- wąż-Sypniewska	Wartość diagnostyczna wybranych wskaźników biochemicznych niedokrwienia mięśnia sercowego.
K. Pielęgniarstwa Klinicznego	prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi	Atopowe testy płatkowe w diagnostyce alergii pokarmowej.
K.Z. Genoterapii	dr Piotr Kopiński	Ustalone ludzkie linie komórkowe (A-549, MDA-221, HT-29 i PC-3) jako model badawczy generowania odpowiedzi przeciwnowotworowej przez komórki dendrytyczne. Ocena udziału czynników wzrostu rodziny IGF.
K. Medycyny Sądowej	dr Ewa Pufal	Oznaczanie fluanksolu w paznokciach.
K.K. Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych	dr Beata Sulikowska	Morfometryczna ocena biopsji nerek oraz markerów procesu zapalnego pacjentów z pierwotnymi kłębuszkowymi zapaleniami nerek w ocenie i rokowaniu przewlekłej niewydolności nerek.
K.K. Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych	dr Rafał Donderski	Analiza zaawansowania procesów cewkowo-śródmiaższowych na podstawie zmian fenotypowych komórek nabłonka cewek nerkowych u pacjentów z pierwotnymi glomerulopatiami przebiegającymi z prawidłową bądź upośledzoną funkcją nerek.

K.Z. Biochemii	prof. dr hab. Józef Kędziora	Wybrane parametry stresu oksydacyjnego w zespołach otypiennych u osób w wieku podeszłym.
K.K. Otolaryngologii	prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak	Ocena plastyczności receptora słuchowego u dzieci kształconych muzycznie.
K. Biofizyki	dr hab. Bronisław Grzegorzewski, prof. UMK	Modele błędzenia centrum nacisku oparte na równaniu Langevina dla proces Ornsteina-Uhlenbecka.
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	dr Inga Adamska	Ocena stężeń we krwi wybranych cząsteczek adhezyjnych u dzieci i młodzieży z nieswoistymi zapaleniami jelit.
K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	dr Robert Dębski	Immunologiczne monitorowanie choroby resztkowej w przebiegu leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci.
K. Patofizjologii	dr Ewa Grabarczyk	Wybrane parametry fibrynolizy w wyciągach guzów mózgu i osoczu chorych na guzy pierwotne mózgu.
K.Z. Chemii Ogólnej	prof. dr hab. Marcin Dramiński	Badanie możliwości syntezy asymetrycznej związków biologicznie czynnych.
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	dr Anna Szaflarska-Popławska	Analiza stopnia uszkodzenia czynności metabolizacyjnej wątroby u dzieci z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby.
K.K. Kardiologii i Chorób Wewnętrznych	dr Maria Bogdan	Ocena wpływu stymulacji resynchronizującej na wybrane markery biologiczne procesu zapalnego i apoptozy w przewlekłej niewydolności serca.
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	dr Renata Kuczyńska	Alergia atopowa u dzieci i młodzieży a stan funkcjonalny ucha wewnętrznego.
K.Z. Technologii Postaci Leku	dr hab. Anna Kodym, prof. UMK	Właściwości fizykochemiczne oraz trwałość cefepimu w roztworach wodnych.
K.K. Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego	dr hab. Marek Grabiec, prof. UMK	Analiza stopnia zaawansowania raków piersi u chorych leczonych na Oddziale Chorób Piersi Centrum Onkologii w Bydgoszczy na tle profilaktycznych badań mammograficznych.
K.Z. Immunologii	dr Ryszard Gołda	Kompleks immunologiczny jako źródło informacji diagnostycznej w różnych jednostkach chorobowych.
K. Patofizjologii	dr Arleta Kulwas	Wpływ na lipoproteinę (a) oraz inne parametry lipidowe hormonalnej terapii zastępczej stosowanej drogą doustną i przezskórną u kobiet w okresie okołomenopauzalnym w relacji do zaburzeń hemostazy.
K.Z. Genetyki Klinicznej	dr Krystyna Soszyńska	Mikrodelecje chromosomowe u dzieci z zespołami wad wrodzonych.
K. Endokrynologii i Diabetologii	dr Agata Bronisz	Wybrane markery procesu zapalnego a „hiperglikemia stresowa” u chorych z ostrym zawałem mięśnia sercowego leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową.
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	dr Joanna Gąsiorowska	Analiza profilu wybranych cząsteczek adhezyjnych u niemowląt i małych dzieci z obturacyjnym zapaleniem oskrzeli.
K.Z. Higieny i Epidemiologii	dr Bernadeta Drzewiecka	Ocena lekowrażliwości i pokrewieństwa szczepów środowiskowych <i>Campylobacter</i> spp.
K.Z. Radiologii i Diagnostyki Obrazowej	dr Małgorzata Burzyńska - Makuch	Zastosowanie badania perfuzyjnego w tomografii komputerowej w ocenie angiogenezy raka płuca z próbą określenia przydatności tego badania w prognozowaniu przebiegu choroby.
K.K. Otolaryngologii	dr Paweł Burduk	Ocena rozległości zmian zapalnych kostnych na podstawie badania KT, scyntygrafii kości twarzoczaszki i badania histopatologicznego w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i polipów nosa.
K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	dr Agnieszka Wojtkiewicz	Ocena przydatności pozytronowej tomografii emisyjnej u dzieci z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu choroby Recklinghausena.
K. Promocji Zdrowia	dr Anna Andruszkiewicz	Sytuacje wyzwalające stres w pracy pielęgniarki a stosowane strategie radzenia sobie z problemami zawodowymi.
K.K. Alergologii i Chorób Wewnętrznych	dr Krzysztof Pałgan	Badania nad rolą enzymów apoptotycznych i czynników wzrostowych w immunoterapii alergenowej.

K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	dr Anna Krenska	Ocena przydatności pozytronowej tomografii emisyjnej u dzieci z chorobą Hodgkina.
K. Patofizjologii	dr Krzysztof Góralczyk	Wpływ lowastatyny na żywotność hodowli komórek śródbłonka naczyniowego i na komponenty układu antykoagulacyjnego białka C - badania in vitro.
K.Z. Mikrobiologii	dr Agnieszka Mikucka	Lekowrażliwość drobnoustrojów izolowanych od pacjentów chirurgicznych z centralną linią naczyniową.
K.Z. Mikrobiologii	dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK	Feno- i genotypowanie szczepów Klebsiella pneumoniae izolowanych od chorych hospitalizowanych.
K.K. Kardiologii i Chorób Wewnętrznych	dr hab. Jacek Kubica, prof. UMK	Implantacja stentów ze stopu kobaltowo-chromowego vs. Stali nierdzewnej - porównanie wyników długoterminowych oraz wartości prognostycznej wybranych mediatorów zapalnych u pacjentów z objawową chorobą niedokrwienną poddanych angioplastyce wieńcowej.
K.Z. Żywnienia i Dietetyki	prof. dr hab. Roman Cichon	Żywność wysokoprzetworzona a spożycie fosforu. Opracowanie wskaźnika jakości żywności INQ dla fosforu.
K.K. Kardiologii i Chorób Wewnętrznych	dr Zofia Grąbczewska	Markery angiogenezy i funkcji śródbłonka naczyniowego a frakcja wyrzutowa lewej komory u pacjentów z pierwszym w życiu zawałem serca.
K.K. Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych	dr Paweł Stróżecki	Ocena budowy i czynności serca i tętnic u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek w przebiegu nefropatii cukrzycowej.

Wnioski promotorskie

Jednostka CM UMK	Kierownik grantu	Temat badań	Doktorant
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka - Szaflarska	Ocena stężenia greliny i leptyny u dzieci i młodzieży z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.	lek. med. Sylwia Murawska
K.K. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii	prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka - Szaflarska	Ocena stężenia kotyniny w moczu w korelacji z narażeniem na bierne palenie tytoniu i przebiegiem zapaleń dolnych dróg oddechowych u dzieci do ukończenia 2 r.ż.	lek. med. Jerzy Brazowski
K.Z. Histologii i Embriologii	dr hab., Alina Grzanka, prof. UMK	Ekspresja cyklin A w komórkach linii białaczek ludzkich HL-60 i K-562 po indukcji apoptozy wybranymi cytostatykami.	mgr Agnieszka Żuryń
K.K. Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej	dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK	Porównanie metody Desardy i Lichtensteina w naprawie pierwotnych przepuklin pachwinowych - badanie wielośrodkowe z wykorzystaniem komputerowej bazy danych i internetu.	lek. med. Jacek Szopiński
K. Endokrynologii i Diabetologii	dr hab. Roman Junik, prof. UMK	Ocena wyrównania glikemii pacjentów chorych na cukrzycę poddanych zabiegom kardiochirurgicznym CABG.	lek. med. Małgorzata Pufal
K.Z. Mikrobiologii	dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK	Wytwarzanie L-form przez S. epidermidis, S. haemolyticus i S. Hominis.	mgr inż. Joanna Wróblewska
K.Z. Mikrobiologii	dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK	Ocena wytwarzania biofilmu i właściwości adhezyjnych u Enterococcus spp.	lek. med. Krzysztof Gierlotka
K.K. Pediatrii, Hematologii i Onkologii	dr hab. Andrzej Kurylak	Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego u dzieci i młodzieży - doświadczenia własne.	lek. med. Monika Pogorzała
K.Z. Mikrobiologii	dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK	Wielolekowrażliwe i wielolekooporne szczepy Pseudomonas aeruginosa - porównanie wybranych czynników wirulencji.	lek. med. Aleksander Deptuła
K. Medycyny Sądowej	prof. dr hab. Karol Śliwka	Użyteczność wybranych testów podzielności uwagi do identyfikacji kierowców będących pod wpływem środków działających podobnie do alkoholu.	lek. med. Piotr Engelgardt

K.Z. Mikrobiologii	dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK	Grzyby drożdżopodobne - ocena właściwości hydrofobowych.	mgr Emilia Ciok - Pater
K.K. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK	Wpływ blokady centralnej w odcinku piersiowym lub w odcinku lędźwiowym na zmiany zachodzące w przeływie trzewnym oraz w poziomie ADMA u chorych poddanych rekonstrukcji brzusznej aorty	lek. med. Elżbieta Nurczyńska

Przewodnicząca Komisji ds. Nauki i Aparatury Naukowej, prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka – Szaflarska, rozdzieliła złożone wnioski pomiędzy członków, którzy dokonali recenzji projektów. Każdy wniosek był oceniany przez dwóch tajnych recenzentów. Średnia ocen recenzentów wraz z oceną wynikającą z kryteriów obiektywnych stanowiła ocenę ostateczną. Ponieważ każdy rodzaj projektu mógł uzyskać inną maksymalną ocenę, w celu ich porównania między sobą wyliczone średnie oceny zostały podzielone przez maksymalną liczbę punktów możliwą do uzyskania w danym rodzaju projektu. Obliczone w ten sposób wartości posłużyły stworzeniu wyżej przedstawionej listy rankingowej wszystkich ocenionych projektów.

Recenzent projektu badawczego ocenia:

1. oryginalność, nowatorstwo, w tym jego interdyscyplinarny charakter rokujący opublikowaniem w renomowanych czasopiśmie szczególnie o zasięgu międzynarodowym (maksymalnie 7pkt)

- oryginalność tematyki 0 – 2 pkt
- nowatorstwo techniki badawczej 0 – 1,5 pkt
- własne wykonawstwo 0 – 1,5 pkt
- rokowanie co do druku w publikacji w:
 - a) recenzowanych czasopiśmie zagranicznych – 2 pkt
 - b) recenzowanych czasopiśmie krajowych – 1 pkt
 - c) brak rokowań – 0 pkt.

2. przygotowanie autorów programów do realizacji planowanych badań (liczba publikacji, przeszkolenie kadry) 0 - 2 pkt.

3. wkład projektowanych badań w kształtowanie specjalizacji naukowej jednostki 0 - 1 pkt

Do oceny brane są również następujące kryteria obiektywne:

4. Realizacja projektu gwarantująca ukończenie rozprawy doktorskiej, habilitacyjnej lub tematu własnego w przewidzianym harmonogramem czasie:

- habilitacje (maksymalnie 5 pkt)
 - a) 1 rok – 5 pkt
 - b) 2 lata – 4 pkt
 - c) 3 lata – 3 pkt
 - d) powyżej 3 lat – 0 pkt
- doktoraty (maksymalnie 3 pkt)
 - a) 1 rok – 3 pkt
 - b) 2 lata – 2 pkt
 - c) powyżej 2 lat – 0 pkt
- temat własny (maksymalnie 2 pkt)
 - a) 1 rok – 2 pkt
 - b) 2 lata – 1 pkt
 - c) powyżej 2 lat – 0 pkt

5. udział środków własnych w realizacji programu badawczego (maksymalnie 2 pkt)

- 20% i więcej – 2 pkt
- 10% i więcej – 1 pkt
- poniżej 10% – 0 pkt

6. wkład projektu w nawiązanie naukowej współpracy:

- z zagranicą – 3 pkt
- z krajowymi ośrodkami naukowymi – 2 pkt
- z innymi Klinikami/Zakładami CM – 1pkt
- brak współpracy z innymi jednostkami naukowymi przy realizacji projektu – 0 pkt

Maksymalna suma punktów, która może być przyznana ocenianemu projektowi wynosi:

- w przypadku habilitacji - 20
- w przypadku doktoratu - 18
- w przypadku tematu własnego - 17