

Spis treści

Wywiad numeru

Najsilniejszym motywem rozwoju naukowego jest tak naprawdę zamiłowanie,
wywiad z prof. dr hab. Tomaszem Grzybowskiem,
kierownikiem Katedry Medycyny Sądowej 2

Z życia uczelni

Co dalej ze szpitalami klinicznymi	7
Inauguracja roku akademickiego 2012/2013	8
Dawcy szpiku uhonorowani	9
Zasady zdrowego żywienia na wynos i na miejscu	9
II Memoriał Szachowy	10
Nowi profesorowie: Krzysztof Leksowski	11
Profesor Zbigniew Bartuzi nowym Prezydentem-Elektem PTA	11
Nowy prezes Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów	11
Nowy prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej	11
Nagroda za wybitne osiągnięcia	12
Misja na Jamajce	12
Notatka z posiedzenia Zarządu ZNP w UMK	12

Medycyna i pielęgniarstwo

Rola matki! Starcie z mitem	13
Bezpieczne wakacje	14
A nam jest szkoda lata	17
Uciążliwe pamiątki z wakacji w tropikach	18
Zegar życia	20
Chorzy z zaburzeniami odporności są wśród nas	21
Dzień wiedzy o pierwotnych zaburzeniach odporności	23
Czasopisma zawodowe w pielęgniarstwie	24
Prace licencjackie z pielęgniarstwa	25
Rośliny lecznicze Tatr	28

Historia medycyny

...takie były początki. Z dziejów ratownictwa medycznego
na ziemi kujawsko-pomorskiej na przełomie XIX i XX w. 26

Nauka

Zasady punktowania publikacji naukowych w 2012 roku	32
Nasi na Liście Filadelfijskiej	33
Ranking Wydziałów i jednostek Collegium Medicum	37

Zjazdy

RSKT 2012	41
Konferencja „Advances in antiplatelet therapy”	41
III Międzynarodowa Konferencja Open Access	42

Z biblioteki

ClinicalKey	45
-------------------	----

Ze sportu

Nasz wykładowca Ironmanem	45
Toruńska Noc Naukowców i spływ kajakowy „Pożegnanie lata”	47

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedzicko

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Bogusław Hładoń

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęsny

dr hab. Maria Szewczyk, prof. UMK

dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adiustacja: mgr Joanna Hładoń-Więcek

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: 048 052 585-3509

e-mail: biblio@cm.umk.pl

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Anna Garczewska

Druk: Remedia, Bydgoszcz

Stali współpracownicy:

dr Jowita Jagła, dr hab. Walentyna Korpalska,

dr Mirosława Kram, prof. dr hab. Jan Styczyński,

dr Wojciech Szczęsny

I i II okładka - Inauguracja roku akademickiego

Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 2012/2013,

fot. Andrzej Romański

Najsilniejszym motywem rozwoju naukowego jest tak naprawdę zamięłowanie...

wywiad z prof. dr hab. Tomaszem Grzybowskiem, kierownikiem Katedry Medycyny Sądowej

Redakcja: Dziękujemy, że zgodził się Pan na rozmowę z czytelnikami „Wiadomości Akademickich”. Już samo słowo „genetyka”, nie wspominając o połączeniu z terminem „medycyna sądowa”, wywołują ogromne zainteresowanie, o czym najlepiej świadczą tłumy wybierające się na Państwa prelekcje podczas cyklu „Medycznej środy” czy Ogólnopolskiego Dnia Nauki.

prof. Tomasz Grzybowski: Cieszy nas bardzo, że te zajęcia spotykają się z życzliwym odbiorem, bo popularyzacja nauki to rzecz, do której przywiązujemy dużą wagę. Co ciekawe, nie brakuje przykładów słuchaczy tych wykładów, którzy stają się potem naszymi studentami i to bardzo dobrymi. To znak, że popularnonaukowe cykle doskonale spełniają swoje zadanie. Dla nas jako wykładowców te zajęcia są naprawdę dużym wyzwaniem, gdyż trzeba podczas nich przekazać rzeczy dość skomplikowane w sposób zrozumiały i atrakcyjny.

Redakcja: Dlaczego ze wszystkich specjalizacji wybrał Pan akurat genetykę? Czy był to przypadek czy świadomy wybór? Jak zaczęła się Pana przygoda z genetyką w aspekcie medycyny sądowej?

prof. Tomasz Grzybowski: Zastanawiałem się poważnie nad podjęciem studiów humanistycznych – miała to

być historia, filozofia, socjologia, a nawet resocjalizacja. Przeważało jednak zainteresowanie biologią molekularną, nieco wymuszone przykładem moich rodziców (mama jest chemikiem, a ojciec genetykiem). W tym kontekście nieco zaskakujący jest fakt, że duża część naszych obecnych badań lokuje się na pograniczu genetyki molekularnej i humanistyki, czyli historii, paleojęzykoznawstwa czy archeologii... Medycyna sądowa z kolei jest bardzo wdzięcznym obszarem dla zastosowań genetyki populacyjnej. W ten sposób w naszym Zakładzie zagadnienia ogólnobiologiczne spotykają się również z praktyką śledczą, sprawami cywilnymi czy wreszcie z czysto hobbystycznym zainteresowaniem osób fizycznych, które zlecają nam różne badania.

Redakcja: Czy od razu po studiach związał się Pan z Katedrą Medycyny Sądowej i Zakładem Genetyki Molekularnej i Sądowej w Bydgoszczy? Jak przebiegała Pańska „kariera zawodowa”?

prof. Tomasz Grzybowski: Nie była to zbyt skomplikowana droga, natychmiast po ukończeniu studiów na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, trafiłem do Pracowni Serohematologii Sądowo-Lekarskiej, przekształconej później w Zakład Genetyki Molekularnej i Sądowej Katedry Medycyny Sądowej CM UMK.

Redakcja: Czy miał Pan swoich mentorów?

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, w tym miejscu nie mógłbym nie wspomnieć śp. Pani prof. Danuty Miścickiej-Śliwki, długoletniego Kierownika Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej. Bez niej nie mógłbym być tu gdzie jestem w tej chwili i to pod wieloma względami. Kiedy w roku 1994 trafiłem do jej zespołu, dała mi ogromną swobodę działania, zastrzegając jednakże, że wolność nie istnieje bez odpowiedzialności. Prof. Miścicka-Śliwka miała przy tym nieprawdopodobną intuicję co do kierunków rozwoju współczesnej medycyny sądowej. To dlatego na przełomie wieków bez wahania dała zielone światło dla badań w takich dziedzinach, o których bardzo rzadko mówiło się w międzynarodowym środowisku medyków sądowych – genetyka ewolucyjna, filogeografia, ekologia...

Redakcja: Jak w tej chwili wygląda struktura Katedry Medycyny Sądowej? Czym będzie zajmowała się nowo utworzona Pracownia?

prof. Tomasz Grzybowski: Dużo już powiedziałem o tym, czym zajmuje się pierwszy z zakładów znajdujących się w strukturze Katedry. Drugi, Zakład Medycyny Sądowej kierowany przez Pana prof. Karola Śliwkę zajmuje się „klasyczną” medycyną sądową – tanatologią, orzecznictwem sądowo-lekarskim oraz toksykologią sądową. Nowo utworzona Pracownia Rekonstrukcji i Oceny Skutków Wypadków Komunikacyjnych będzie prowadziła badania naukowe oraz uczestniczyła w procesie dydaktycznym w zakresie tworzenia i rozwijania metod diagnostycznych nowoczesnej medycyny sądowej, toksykologii i genetyki sądowej, a także technik fizycznych przydatnych w rekonstrukcji wypadków komunikacyjnych. Na przykładzie tej Pracowni szczególnie dobrze widać, że współczesna medycyna sądowa staje się coraz bardziej interdyscyplinarna. Jest to widoczne zwłaszcza w działalności usługowo-badawczej i specjalistycznej, gdzie niejednokrotnie konieczne jest współdziałanie przedstawicieli różnych specjalności w ramach szeroko rozumianych nauk przyrodniczych i prawnych.



prof. dr hab. Tomasz Grzybowski

Redakcja: W zeszłym roku odebrał Pan nominację profesorską, zostając prawdopodobnie najmłodszym profesorem naszej Uczelni... ergo, musi Pan być tytanem pracy.

prof. Tomasz Grzybowski: Najsilniejszym motorem rozwoju naukowego jest tak naprawdę zamiłowanie. Jeśli się lubi naukę i poświęca jej dostatecznie dużo czasu, to przy odrobinie szczęścia uzyskiwanie stopni i tytułów naukowych jest naturalną konsekwencją.

Redakcja: Czy na podstawie badań profilu DNA możemy ustalić skąd pochodzą nasi przodkowie? Jaka jest różnica pomiędzy DNA mitochondrialnym a pochodzącym od matki i ojca?

prof. Tomasz Grzybowski: MtDNA dziedziczy się tylko po matce (bez udziału ojca), chromosom Y - tylko po ojcu (bez udziału matki). Są to więc tzw. haplotypy, czyli części DNA o „czystej” genealogii - wyłącznie ojcowskiej lub matczynej. Dziedziczenie innych części naszego genomu, tzw. markerów autosomalnych, jest dziedziczeniem mendelowskim - połowę materiału otrzymujemy od matki, połowę od ojca. Na dodatek ich dziedziczeniu towarzyszy tzw. rekombinacja, czyli swoiste tasowanie materiału genetycznego z pokolenia na pokolenie. „Czystą” męską i żeńską genealogię można odtworzyć nie tylko na kilka pokoleń wstecz, ale głęboko w głąb prahistorii. Pochodzenie biogeograficzne można jednak określić również na podstawie DNA autosomalnego, trzeba jednak w tym celu wybrać takie jego fragmenty, które wykazują największe różnice pomiędzy populacjami czy grupami etnicznymi.

Redakcja: Czy, zajmując się genetyką populacyjną, badał Pan własne pochodzenie?

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, ale tylko w linii żeńskiej. Założycielka „mojej” linii żeńskiej, czyli mówiąc bardziej technicznie, haplogrupy U2e do której należy mój DNA mitochondrialny, wywodzi się z zachodniej Eurazji. Częstość tej haplogrupy w Europie i na Bliskim Wschodzie jest jednak bardzo niska, zawiera się bowiem w przedziale 0.5-1.5%. Skąd dokładnie pochodzi założycielka mojego żeńskiego klanu, do końca nie wiadomo. Pracujemy m.in. i nad tym zagadnieniem z naszymi zna-



komitymi kolegami z Instytutu Biologicznych Problemów Północy w Magadanie, jednostki będącej częścią Dalekowschodniego Oddziału Rosyjskiej Akademii Nauk. Mimo, że dzieli nas cała Eurazja, mamy wiele wspólnych publikacji.

Redakcja: Od wielu lat prowadzi Pan badania filogeograficzne dotyczące populacji ludzkich północnej Eurazji, a przede wszystkim wschodnich obszarów Wielkiej Równiny Europejskiej i południowej Syberii. Nawet Pana rozprawa habilitacyjna dotyczyła „Zróżnicowania sekwencji mitochondrialnego DNA w populacjach ludzkich północnej Eurazji”. Czego tak naprawdę dotyczą badania filogeograficzne: genetyki, demografii czy języka? I skąd zainteresowanie akurat tym rejonem – szuka Pan początków Słowian?

prof. Tomasz Grzybowski: W istocie są to badania z zakresu tzw. archeogenetyki. Pojęcie to zastosował po raz pierwszy Colin Renfrew, brytyjski archeolog, a jednocześnie entuzjasta genetyki populacyjnej. Odnosi się ono do dyscypliny, w której historia populacji ludzkich odtwarzana jest metodami genetyki molekularnej. W oryginalnym ujęciu Renfrew’a chodziło o badania populacji współczesnych, których historię można zrekonstruować posługując się modelami ewolucji DNA w określonej perspektywie czasowej. Błędem jest więc proste utożsamianie archeogenetyki z badaniami tzw. kopalnego DNA, tj. pochodzącego ze znalezisk archeologicznych czy okazów muzealnych. Nasze dotychczasowe badania Słowian objęły blisko 2700 osób należących do trzech grup językowych – zachodniej (Polacy, Czesi, Słowacy), wschodniej (Rosjanie,

Ukraińcy, Białorusini) oraz południowej (Serbowie, Chorwaci, Słoweńcy). Wyniki wskazują dość jednoznacznie, że istniała ciągłość genetyczna pomiędzy epoką brązu a historycznym pojawieniem się ludności słowiańskiej pomiędzy Odrą i Wisłą we wczesnym średniowieczu. Innymi słowy, bezpośredni przodkowie Słowian zamieszkiwali Europę centralną dużo wcześniej, niż podaje to większość źródeł humanistycznych – przynajmniej 4000 lat temu. Owa ciągłość biologiczna nie musiała być jednakże tożsama z ciągłością kulturową.

Redakcja: Równolegle śledzi Pan zaludnienie kontynentu amerykańskiego przez pierwsze grupy ludzi współczesnych...

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, wraz z naszymi kolegami z Magadanu udało się nam m.in. zidentyfikować charakterystyczny komponent współczesnej puli genowej populacji Buriatów z południowo-wschodniej Syberii, który ma swoje odpowiedniki u Amerindian, jednej z grup językowych rdzennych Amerykanów. Jest to jeden z dowodów na to, że populacje założycielskie dla Nowego Świata wywodzą się z terenów Azji centralnej i południowej Syberii. Badaliśmy również dość intensywnie polodowcowe ekspansje ludzkie z terenów Beringii, czyli pomostu lądowego, który kilkakrotnie w prahistorii tworzył się pomiędzy północno-wschodnią Syberią a Alaską.

Redakcja: Medycyna sądowa kojarzy się z serialowymi laboratoriami biur śledczych CSI czy Instytutu Jeffersona z „Kości”. Wspominając o tym ostatnim serialu, czy rzeczywiście kości potrafią „przemówić”?

prof. Tomasz Grzybowski: Kości mówią bardzo wiele, wiedzą o tym najlepiej antropolodzy fizyczni zajmujący się paleopatologią, paleoepidemiologią czy antropologią sądową. Co do CSI, ktoś obliczył, że ok. 40% technik prezentowanych w modnych produkcjach kryminalistycznych tak naprawdę nie istnieje... Mimo to istnieje tzw. „efekt CSI”, czyli wpływ fikcyjnego obrazu serialowego na oczekiwania wymiaru sprawiedliwości co do jakości pracy biegłych w postępowaniu procesowym.

Redakcja: Jakim sprzętem dysponuje Zakład Genetyki Molekularnej i Sądowej i jakie badania na nim wykonujecie?

prof. Tomasz Grzybowski: Nasze instrumentarium wypełnia standardy właściwe dla nowoczesnych laboratoriów genetyki molekularnej. Dysponujemy m.in. termocyklerami do PCR, aparatem do ilościowego PCR w czasie rzeczywistym, czy kapilarnymi analizatorami DNA z wielokolorową detekcją laserową. Nasze laboratorium jako jedno z niewielu w naszym kraju może się pochwalić obsługą technologii sekwencjonowania DNA nowej generacji (454-Life Science), która zapewnia uzyskiwanie ogromnej ilości danych z genomów różnych gatunków w bardzo krótkim czasie. Sprzęt wykorzystujemy przede wszystkim do realizacji różnych własnych projektów naukowych, choć jesteśmy zawsze otwarci na potrzeby naszych Kolegów z innych jednostek organizacyjnych naszego Uniwersytetu oraz na współpracę z naukowcami z instytucji pozauczelnianych. Niedawno obliczyłem, że w chwili obecnej współpracujemy w realizacji różnych badań z czternastoma jednostkami UMK, w tym z dwunastoma z Collegium Medi-

cum, a zasięg tematyczny jest bardziej niż szeroki – od archeologii, poprzez bioinformatykę, aż do badań genetycznych w neuropsychologii czy psychiatrii.

Redakcja: Jak wygląda Państwa współpraca z wymiarem sprawiedliwości i organami ścigania? Na jakich polach najczęściej krzyżują się wasze ścieżki? Ustalaniu ojcostwa, identyfikacji szczątków, czy identyfikacji śladów?

prof. Tomasz Grzybowski: Oferujemy naszym zleceniodawcom instytucjonalnym usługi badawcze i specjalistyczne we wszystkich wymienionych przez Panią obszarach. Szerzej rzecz ujmując, cała medycyna sądowa nie może się obyć bez opiniowania. Jest to specjalizacja wybitnie aplikacyjna.

Redakcja: Co prawdziwy kryminolog powinien zebrać na miejscu zbrodni?

prof. Tomasz Grzybowski: Jeśli zważymy rozważania do śladów biologicznych, ich właściwa selekcja i zabezpieczenie ma kluczowe znaczenie dla dalszego postępowania.

Redakcja: W czym najczęściej ukrywają się ślady biologiczne?

prof. Tomasz Grzybowski: Zależy to w dużej mierze od rodzaju przestępstwa. Przykładowo, w przestępstwach na tle seksualnym za kluczowe uznaje się z oczywistych względów wymazy z dróg rodnych ofiary gwałtu. Należy jednak również pamiętać, że pod paznokciami ofiary mogą być fragmenty naskórka sprawcy; na jej ciele można szukać niewielkich śladów, z których

można zabezpieczyć ślinę napastnika do badań genetycznych. Medycy sądowi często pobierają od ofiar wymazy z jamy ustnej, przydatne ze względu na możliwość kontaktu oralno-genitalnego. Repertuar możliwych śladów jest naprawdę szeroki.

Redakcja: Czy udaje się wyodrębnić DNA ze śladu zostawionego przez dotknięcie dowolnej powierzchni?

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, choć tego rodzaju ślady, określane przez genetyków sądowych mianem LCN (od ang. low copy number) są nieco kontrowersyjne. Dowód genetyczny trzeba zawsze osadzić w kontekście danej sprawy. Sama obecność czyjegoś DNA na miejscu przestępstwa nie przesądza o winie ani niewinności. Choćby dlatego, że nie wszyscy ludzie „rozsiewają” swój materiał genetyczny równie obficie. Jedni są „dobrymi wydzielaczami” i na wszystkim czego dotkną zostawiają DNA, a inni go nie gubią. Praktycy znają liczne przypadki tzw. wtórnego transferu, czyli przeniesienia DNA z przedmiotu na ręce dotykającej go osoby. Opisano również sytuację, w której przestępca, który sam był „słabym wydzielaczem”, przeniósł na miejsce przestępstwa materiał genetyczny osoby, z którą przywił się kilka godzin wcześniej.

Redakcja: Czy można ustalić cokolwiek np. na podstawie pojedynczego włosa pozbawionego cebulki włosowej?

prof. Tomasz Grzybowski: Łodygi włosów są materiałem często wykorzystywanym w genetyce sądowej. Nie ma w nich jądrowego DNA, ale są zwykle wystarczające ilości DNA mitochondrialnego (mtDNA). Identyfikacji na poziomie mtDNA dokonujemy w naszym Zakładzie od ponad 10 lat.

Redakcja: Czy można określić wiek człowieka na podstawie śladów krwi?

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, w ostatnim czasie zespół prof. Manfreda Kaysera z Uniwersytetu Erazma w Rotterdamie opracował oryginalną metodę genetycznego przewidywania wieku osoby na podstawie poziomu rearanżacji DNA kodującego receptory limfocytów T. Prowadzone są inne prace z tego zakresu, również w naszym Zakładzie, ale na konkretne aplikacje w medycynie sądowej przyjdzie nam jeszcze trochę poczekać.



Redakcja: Czy można prognozować, jak ktoś wyglądał lub wygląda na podstawie jego DNA?

prof. Tomasz Grzybowski: W chwili obecnej na podstawie analizy zaledwie sześciu punktowych zmian w DNA można z prawdopodobieństwem powyżej 90 proc. przewidzieć niebieską i brązową barwę tęczówki oka. Predykcja koloru włosów wymaga przeprowadzenia testu obejmującego kilkanaście takich zmian w kilkunastu genach. Dzięki takiemu testowi można przewidzieć z ponad 80-proc. prawdopodobieństwem takie kolory włosów jak czarny, blond, brązowy, rudy, a także szereg kolorów pośrednich. Badania zmierzające do opracowania metody predykcji innych cech fizycznych, takich jak wzrost, rysy twarzy, BMI są mniej zaawansowane, ale także i tutaj postęp jest zauważalny.

Redakcja: Czy jakiś szczególny przypadek związany z identyfikacją śladów bądź szczątków był na tyle trudny lub niezwykły, że na zawsze utkwiał Panu w pamięci?

prof. Tomasz Grzybowski: Jestem w stanie przywołać wiele ciekawych przypadków identyfikacji śladów biologicznych, niekoniecznie w sprawach najcięższego kalibru. Jedną z lepiej zapamiętanych była spektakularna identyfikacja osobnicza psa, który...zagryzł dwa króliki w jednym z ogródków działkowych. Materiałem dowodowym była oczywiście sierść psa pozostawiona na miejscu zdarzenia, a porównawczym sierść jednego z „podejrzanych” psów z okolicy. W sensie statystycznym sprawa wcale nie była trywialna, gdyż wymagała wysokiej jakości populacyjnej bazy danych psich profili DNA. Od tego czasu zaczęliśmy pracować nad taką bazą wspólnie z kolegami z Muzeum i Instytutu Zoologii PAN w Warszawie. Dziś mamy w niej profile *Canis familiaris* z różnych zakątków świata, w tym np. z Tadżykistanu, Nowej Kaledonii czy Wysp Fidżi i Futuna.

Redakcja: Czy, przy ustalaniu ojcostwa, często okazuje się, że biologicznym ojcem jest inny mężczyzna?

prof. Tomasz Grzybowski: Szczerze powiedziawszy, nie prowadziliśmy takich statystyk. Z naszych obserwacji wynika jednak, że wśród badań zlecanych nam przez osoby prywatne (nie przez organy procesowe), dominują wyniki potwier-



dzające ojcostwo, mimo że być może instytucja podpowiadałaby coś innego.

Redakcja: Czy w sądzie wyniki badań naukowych są ważniejsze niż zeznania świadków?

prof. Tomasz Grzybowski: Jak wynika ze statystyk amerykańskiego Innocence Project, zeznania świadków są najbardziej zawodnym z dowodów w postępowaniu sądowym. I odwrotnie, dzięki badaniom genetycznym ta sama organizacja amerykańskich prawników doprowadziła do uniewinnienia 300 niesłusznie skazanych osób, w tym 18 osób skazanych w USA na karę śmierci.

Redakcja: Czy badania śladów biologicznych bywają zawodne?

prof. Tomasz Grzybowski: Każde badanie ma swoje ograniczenia. Zdarza się, że nie udaje się uzyskać profilu DNA z badanego śladu z uwagi na znaczny stopień degradacji DNA czy obecność nieusuwalnych inhibitorów reakcji enzymatycznych zachodzących podczas naszych analiz genetycznych. Większy niepokój budzi we mnie to, że w Polsce główni zlecniodawcy badań genetycznych, tzn. wymiar sprawiedliwości i organy ścigania, nie zawsze są zainteresowani weryfikacją jakości ekspertyz, które zamawiają.

Redakcja: Do jakiego stopnia Katedra jest wiarygodna w swoich badaniach? Czy jako biegli musicie Państwo poddawać się weryfikacji merytorycznej?

prof. Tomasz Grzybowski: Zasadnicza weryfikacja odbywa się na poziomie towarzystw naukowych. W Polsce atesty

na badania genetyczno-sądowe wydaje Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii, które co dwa lata przeprowadza sprawdziany kompetencji. Niezależnie od tego, od kilkunastu lat uczestniczymy dwa razy w roku w jednym z najtrudniejszych testów kompetencji w dziedzinie genetycznego badania śladów biologicznych – programie Niemieckojęzycznej Grupy ds. Profilowania DNA (GEDNAP). Skuteczne uczestnictwo w testach kompetencji jest obligatoryjnym elementem uzyskania certyfikatu na zgodność z normą PN EN ISO/IEC 17025:2005, który od 30 listopada 2013 r. będą musiały posiadać laboratoria genetyczne wykonujące badania na rzecz wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania. Laboratorium naszej Katedry, według mojej wiedzy jako pierwsza akademicka placówka medycyny sądowej w Polsce, wdrożyła system jakości zgodny z tą normą i zamierza jeszcze w tym roku złożyć wniosek o akredytację do Polskiego Centrum Akredytacji.

Redakcja: Co oznacza termin „autopsja molekularna”?

prof. Tomasz Grzybowski: Bardziej adekwatnym określeniem byłaby „patologia molekularna” – jest to cała grupa badań pośmiertnych, najczęściej genetycznych, które zmierzają do określenia przyczyny zgonu. Najczęściej dotyczy to śmierci nagłych, dla których wyniki sekcji zwłok wsparte badaniami laboratoryjnymi nie dają jednoznacznego rozstrzygnięcia. Można tutaj wymienić przypadki nagłej śmierci sercowej, nagłej niespodziewanej śmierci u osób cierpiących na padaczkę, zespołu nagłej śmierci niemowląt czy zgonów

związanych z zażyciem leków we właściwych dawkach terapeutycznych. Niejednokrotnie u podłoża takich zgonów leżą przyczyny genetyczne, np. zmiany w genach odpowiadających za metabolizowanie leków czy trucizn.

Redakcja: Jako pierwszy w kraju zoptymalizował Pan techniki analizy sekwencji ludzkiego mitochondrialnego DNA dla celów identyfikacji starego i zdegradowanego materiału biologicznego. Czy wiąże się to z analizą starożytnego DNA, czyli materiału genetycznego z próbek archiwalnych i wykopalisk, czy też materiału współczesnego, lecz nadmiernie uszkodzonego?

prof. Tomasz Grzybowski: Jak stwierdził kiedyś prof. Thomas Gilbert z Muzeum Historii Naturalnej Uniwersytetu w Kopenhadze, światowy autorytet w badaniach kopalnego DNA - ustalenie genotypu na podstawie niedopałka papierosa nie różni się istotnie w sensie metodycznym od próby rozwikłania struktury populacji wymarłej megafauny plejstocenu na podstawie zachowanych kości. W istocie, warsztat genetyka sądowego i badacza starego DNA są w dużej mierze tożsame. Nie oznacza to, że w laboratorium poddającym badaniom tysiące współczesnych próbek DNA, takim jak nasze, można bez przeszkód analizować DNA kopalny. Ryzyko zanieczyszczenia starego materiału biologicznego współczesnym DNA byłoby zbyt duże.

Redakcja: Katedra brała udział w większych projektach międzynarodowych, np. identyfikacji szczątków ludzkich z grobów masowych w byłej Jugosławii, prowadzonym pod auspicjami Międzynarodowej Komisji Osób Zaginionych...

prof. Tomasz Grzybowski: Było to dla nas cenne doświadczenie, które mogli-

śmy później wykorzystać w innych istotnych sprawach. Bliżej czasów obecnych, identyfikowaliśmy genetycznie wszystkie ekshumowane dotychczas szczątki ofiar katastrofy smoleńskiej. Szczególnie w przypadku badań szczątków Anny Walentynowicz sprzed dosłownie kilku dni, działaliśmy pod dużą presją czasu, gdyż musieliśmy sporządzić ekspertyzę praktycznie w ciągu 24 godzin.

Redakcja: Własnym sumptem i nakładem pracy wydajecie Państwo kwartalnik „Genetyka + Prawo”. Czy możemy prosić o kilka słów o zespole redakcyjnym, tematyce, przesłaniu i odbiorze pisma?

prof. Tomasz Grzybowski: Przywiązujemy do tego pisma duże znaczenie, gdyż jest to w naszym zamyśle jeden z zasadniczych sposobów komunikacji pomiędzy nami, biegłymi sądowymi, a naszymi zleceniodawcami z kręgów prawniczych. W szerszym ujęciu, jest to kwartalnik dla wszystkich, zwłaszcza nieprofesjonalistów, zainteresowanych szeroko rozumianą medycyną sądową, nie tylko genetyką. Mimo, że język pisma jest popularny, informuje ono o autentycznych nowościach w naszej dziedzinie. Przybliżamy tu istotę naszych metod badawczych, prezentujemy ciekawe przypadki, poruszamy istotne kwestie jakości badań. Kwartalnik redagowany jest przede wszystkim przez pracowników naszej Katedry, choć dzięki licznym wywiadom współtworzą go również naukowcy z innych krajów, cieszący się autorytetem w międzynarodowym środowisku. Z prowadzonych przez nas ankiet wynika, że odbiór pisma w kręgach prawniczych jest bardzo życzliwy, czytają go chętnie sędziowie, prokuratorzy i adwokaci.

Redakcja: Udzielacie się Państwo w akcjach popularnonaukowych, w ro-

dzaju Medycznej Środy, a wasze prezentacje cieszą się wielką popularnością. Jak często na podobnych spotkaniach pada pytanie, czy naprawdę można sklonować człowieka lub czy będzie można sklonować wymarłe gatunki, np. dinozaury?

prof. Tomasz Grzybowski: Pamiętam pytania o klonowanie człowieka dla celów reprodukcyjnych i terapeutycznych, co więcej, padały często bardziej specjalistyczne pytania z zakresu genetyki ewolucyjnej, etnografii, archeologii czy genealogii. Tradycyjnie dużym zainteresowaniem cieszy się właściwa genetyka sądowa.

Redakcja: Czy jesteście Państwo mocno obciążeni dydaktyką?

prof. Tomasz Grzybowski: Owszem, prowadzimy zajęcia dla studentów wszystkich trzech Wydziałów naszego Collegium Medicum, choć ze zrozumiałych względów Zakładowi Genetyki Molekularnej i Sądowej „najbliżej” są studenci biotechnologii na Wydziale Lekarskim. Cieszymy się, że studenci chcą wykonywać u nas swoje prace dyplomowe. Przyciąga ich, jak sądzę, nie tyle poziom naszej dydaktyki, co raczej charakter i jakość naszych badań naukowych.

Redakcja: Publikujecie Państwo w wysoko punktowanych czasopismach, często we współpracy z uznanymi naukowcami. Do jakich czasopism najczęściej zgłaszacie artykuły, a jakie pisma z dziedziny genetyki i medycyny sądowej uważa Pan za wiodące?

prof. Tomasz Grzybowski: Jako że duża część naszych badań dotyczy szeroko rozumianej genetyki populacyjnej i ewolucyjnej, udało się nam opublikować prace w takich czasopismach jak m.in. *American Journal of Human Genetics*, *Molecular Biology and Evolution*, *European Journal of Human Genetics*, *Annals of Human Genetics* czy *American Journal of Physical Anthropology*. Bardzo chętnie publikujemy w *Forensic Science International: Genetics*, będącym oficjalnym organem Międzynarodowego Towarzystwa Genetyki Sądowej (ISFG). W ostatnim czasie bardzo ucieszyło mnie to, że nasz warsztat filogenetyczny znalazł uznanie również w czasopiśmie o profilu bardziej medycznym, *Biochimica et Biophysica Acta: Reviews on Cancer*.

Redakcja: Czy udziela się Pan Profesor w Polskim Towarzystwie Medycyny



Sądowej i Kryminologii bądź innych, podobnych stowarzyszeniach?

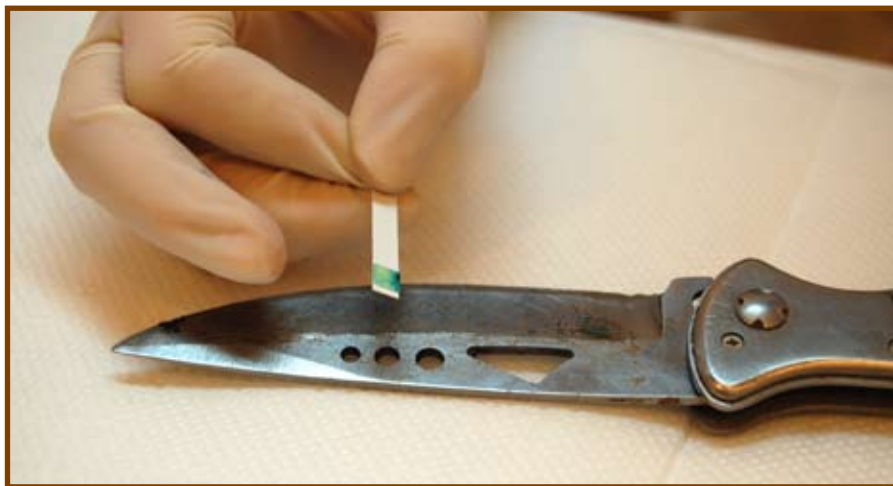
prof. Tomasz Grzybowski: Od ponad siedmiu lat uczestniczę w pracach Komisji Genetyki Sądowej wspomnianego Towarzystwa. Zajmuje się ona, jak już wspomniałem, m.in. atestacją polskich laboratoriów genetyczno-sądowych.

Redakcja: Został Pan laureatem wielu stypendiów i nagród, m.in. Ministra. Którą ceni Pan sobie najwyżej?

prof. Tomasz Grzybowski: Najwięcej zapału do dalszej pracy przysporzyło mi chyba uzyskanie w roku 1988 krajowe stypendium Fundacji na rzecz Nauki Polskiej (FNP) dla młodych naukowców, które dziś nosi nazwę programu „START”. Było to potwierdzenie, że kierunek rozwoju, który wytyczyła mi św. Pani prof. Danuta Miścicka-Śliwka, jest właściwy.

Redakcja: Czy czytuje Pan kryminały, jeśli tak, to jakie?

prof. Tomasz Grzybowski: Od wielu



lat nie przeczytałem żadnej książki tego rodzaju. Może dlatego, że rzeczywistość medycyny sądowej jest znacznie bogatsza niż literacka fikcja...

Redakcja: Czy miewa Pan czas wolny i czym go Pan wypełnia?

prof. Tomasz Grzybowski: Od czterech lat regularnie biegam, moje tygodniowe obciążenie wynosi obecnie 70-90 km. Właśnie przygotowuję się do piątego z kolei maratonu. Chciałbym kiedyś

„złamać” na tym dystansie trzy godziny, choć najprawdopodobniej nie będzie to możliwe z uwagi na nawal innych zajęć. Tak czy inaczej, odczucia towarzyszące walce o przetrwanie po 37. km maratonu są tak intensywne, że pozwalają nabrać właściwego dystansu do wszystkich innych spraw.

Redakcja: Bardzo dziękujemy za niezwykle ciekawą rozmowę.

ze strony Redakcji pytania zadawali mgr Monika Ku-
biak i dr Krzysztof Nierzwicki

Co dalej ze szpitalami klinicznymi

Jan Styczyński

Rola szpitali klinicznych w Polsce jest absolutnie wyjątkowa: zarówno pod względem leczniczym, jak dydaktycznym i badawczym. Szpitale kliniczne zapewniają kompleksowe usługi lecznicze o wysokiej jakości. Trzeba jasno powiedzieć: w Polsce nie da się prowadzić normalnej pełnoprofilowej opieki zdrowotnej bez szpitali klinicznych.

W roku 2011 wprowadzono Ustawę o działalności leczniczej, ale nie przewidziano jej skutków. Twórcy tej Ustawy nie uwzględnili głosów tych, których wcześniej proszono o konsultację. Zgodnie z tą Ustawą, w przypadku ujemnego wyniku finansowego szpitala, podmiot tworzący (w przypadku szpitali klinicznych jest to Uczelnia) musi pokryć jego długi albo szpital musi zostać przekształcony w spółkę kapitałową. Dla szpitala klinicznego w praktyce oznacza to konieczność przekształcenia w spółkę. Spółka będzie musiała przynosić dochody, gdyż w przeciwnym wypadku upadnie. Spirali następstw takich zdarzeń dla szpitali klinicznych nie da się przewidzieć. Teraz szpitale stoją „pod ścianą”. Dodatkowo, na niekorzystną sytuację szpitali ma też

wpływ NFZ, który jednocześnie: wycenia świadczenia medyczne, jest płatnikiem, kontroluje i ustanawia kary dla szpitali. Wynika to częściowo z ograniczonych środków finansowych jakie do dyspozycji ma rząd na ochronę zdrowia. Sytuacja jest patowa w przypadku tzw. „nadwykonan ratujących życie”: z oczywistych względów pacjenci w stanie zagrożenia życia muszą być przyjęci do szpitala i leczeni, a NFZ nie ma środków na nadwykonania. Nie dziwi więc fakt, że aż 29 z 44 szpitali klinicznych w Polsce jest zadłużonych, w tym część bardzo poważnie.

Na skutek intensywnych działań Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), Ministerstwo Zdrowia dopiero w ostatnich tygodniach uświadomiło sobie powagę sytuacji. W chwili obecnej, istnieją co najmniej 3 możliwe rozwiązania dla szpitali klinicznych: wprowadzenie vacatio legis dla niektórych zapisów ww. Ustawy; wprowadzenie nowelizacji do tej Ustawy w zakresie szpitali klinicznych; zmiana taryfikacji usług leczniczych i powrót do referencyjności szpitali z określeniem procedur, które mogą być wykonywane

tylko w szpitalach klinicznych. Aby poprawić sytuację szpitali klinicznych, muszą być spełnione co najmniej 2 z tych warunków, w tym jeden już w tym roku. Istnieje też czwarte potencjalne rozwiązanie: rezerwa finansowa rządu. To rozwiązanie, chociaż mało realne, byłoby jednak tylko odroczeniem problemu. A do końca roku zostało mniej niż 80 dni. O ile Ministerstwo Zdrowia nie podejmie zdecydowanych decyzji, grozi nam poważny kryzys w zakresie działania szpitali klinicznych.

PS. Jest też dobra wiadomość: Wiceminister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, prof. Jacek Guliński, potwierdził w ostatnich dniach, że planowana na rok 2013 podwyżka uposażenia obejmie również pracowników uczelni medycznych. Ze względu na realizację budżetu, podwyżka zostanie jednak zrealizowana zapewne z kilkumiesięcznym opóźnieniem.

Prof. Jan Styczyński

Prorektor ds. Collegium Medicum

Członek KRAUM

Inauguracja roku akademickiego 2012/2013



1 października 2012 r. odbyła się Inauguracja roku akademickiego 2012/2013, podczas której wręczono nagrodę Najlepszej Absolwentce UMK 2011/2012 - mgr Katarzynie Bergmann z Wydziału Farmaceutycznego za szczególne osiągnięcia naukowe.

Uroczystość odbyła się w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, jej gościem był wicepremier, minister gospodarki, Waldemar Pawlak. W tym roku uroczystości miały szczególny charakter, w związku z rozpoczęciem kadencji przez nowe władze rektorskie i dziekańskie, stąd jej ważnym punktem było przekazanie insygniów rektorskich prof. Andrzejowi Tretynowi. Zgodnie z tradycją, ustępujący rektor prof. Andrzej Radziwiński wygłosił wykład inauguracyjny.

Głównym punktem każdej inauguracji jest immatrykulacja studentów I roku - w imieniu koleżanek i kolegów ślubowanie na ręce rektora złożyli przedstawiciele 17 wydziałów UMK, którzy uzyskali najlepsze wyniki w trakcie postępowania rekrutacyjnego.

Podczas Inauguracji wręczono również nagrody za szczególne osiągnięcia naukowe minionego roku akademickiego. Najlepszą Absolwentką UMK w roku akademickim 2011/2012 została mgr Katarzyna Bergmann (na zdjęciu pierwsza z prawej), która jest absolwentką kosmetologii II stopnia w trybie stacjonarnym na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum UMK (ze średnią ocen 4,77). Z pracy dyplomowej i egzaminu dyplomowego otrzymała oceny bardzo dobre. Praca dyplomowa laureatki zwyciężyła w ogólnopolskim konkursie na najlepszą pracę magisterską z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Od 2010 r. Katarzyna Bergmann jest studentką studiów doktoranckich z zakresu nauk medycznych w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego. Ukończyła również kosmetologię I stopnia w trybie stacjonarnym i studia jednolite magisterskie na kierunku analityka medyczna.

W Collegium Medicum UMK na I roku studiów I stopnia i jednolitych magisterskich kształcenie rozpocznie ponad ok. 1500 nowych studentów.

www.cm.umk.pl



Inauguracja roku akademickiego 2012/2013, fot. A. Romański

Dawcy szpiku uhonorowani

Jan Styczyński

25 września w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza odbyła się uroczystość wręczenia legitymacji i odznak dawcy szpiku osobom, które oddały szpik kostny w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w przeciągu ostatnich 2 lat. Były wśród nich dzieci, które oddały szpik kostny dla swojego chorego rodzeństwa, a także osoby dorosłe, które oddały szpik dla pacjentów niespokrewnionych leczonych w innych ośrodkach przeszczepowych. Było to ważne spotkanie dla dawców oraz dla personelu Szpitala. W spotkaniu brały też udział dzieci leczone w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii. Legitymacje i odznaki wręczył Dyrektor Szpitala Jarosław Kozera w obecności profesora Wysockiego, Kierownika Kliniki oraz profesora Styczyńskiego, kierującego Oddziałem Transplantacji Szpiku.

Odnaka „Dawcy Przeszczepu” jest odznaką resortową wprowadzoną przez Ministra Zdrowia w celu uhonorowania osób, które poświęciły swój czas i zdrowie dla ratowania życia innych osób poprzez dobrowolne oddanie narządu, szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek do transplantacji. Nadawanie legitymacji i odznak dawcom wprowadzono Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2008 r. Odnaka ma dwa stopnie: Odnaka „Dawca Przeszczepu” (za jednokrotne oddanie szpiku) i Odnaka „Zasłużony Dawca Przeszczepu” (za co najmniej dwukrotne oddanie szpiku). Odnakę „Dawca Przeszczepu” wręcza Dyrektor zakładu leczniczego w którym pobrano szpik kostny, natomiast Odnakę „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wręcza minister.

Zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, dawcy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek



Wręczenie legitymacji i odznak dawcy szpiku w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

przysługuje tytuł „Dawca Przeszczepu”, natomiast Dawcy Przeszczepu, który oddał szpik lub inne regenerujące się komórki i tkanki więcej niż raz oraz dawcy narządu, przysługuje tytuł „Zasłużony Dawca Przeszczepu”. Każdemu „Dawcy Przeszczepu” i „Zasłużonemu Dawcy Przeszczepu” przysługują uprawnienia do korzystania poza kolejnością z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Dodatkowym uprawnieniem dla osób posiadających tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” regulowanym przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest przysługujące bezpłatne, do wysokości limitu określonego w tej ustawie zaopatrzenie w leki podstawowe i uzupełniające oraz leki, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek. Możliwość korzystania z tych świadczeń jest wykonywana na podstawie przedłożenia legitymacji Dawca Przeszczepu bądź Zasłużony Dawca Przeszczepu, które są wydawane przez zakład opieki, w którym dokonano pobrania szpiku bądź w przypadku Zasłużonego Dawcy Przeszczepu przez ministra zdrowia.



Odnaka dawcy szpiku

Oddanie komórek krwiotwórczych szpiku lub krwi obwodowej jest aktem bezinteresownym i świadczy o chęci pomagania innym ludziom. Jest to zabieg bezpieczny praktycznie w 100% dla dawcy. Szpik kostny regeneruje się w przeciągu 2 tygodni, a organizm dawcy nie ponosi z tego tytułu żadnego uszczerbku. W chwili obecnej liczba zarejestrowanych wszystkich potencjalnych dawców szpiku na świecie wynosi 19,98 mln, w tym w Polsce 358 tysięcy (stan na 3 października 2012 roku).

PS. Składam podziękowania dla Pani Marty Laski, Rzecznika Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 za zorganizowanie uroczystości.

prof. Jan Styczyński, Oddział Transplantacji Szpiku, Katedra Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Zasady zdrowego żywienia na wynos i na miejscu

28 września 2012 r. w Collegium Medicum UMK odbył się cykl spotkań z młodzieżą pt. „Zasady zdrowego żywienia na wynos i na miejscu”.

Wszyscy głodni wiedzy i spragnieni informacji dotyczących zasad prawidłowego odżywiania się, mogli poczuć jak-

że przyjemne uczucie sytości.

Jak istotna jest to wiedza nie trzeba specjalnie tłumaczyć. Nie jest bowiem tajemnicą, że w zdrowym ciele, zdrowy duch, tym bardziej jeśli chodzi o młodzież w wieku szkolnym. A zdrowe ciało nie łatwo jest mieć. Z najnowsze- go raportu Światowej Organizacji Zdrowia



Jak prawidłowo ułożyć dietę?
Warsztat dr Ewy Szymelfejnik



*Jak prawidłowo ułożyć dietę?
Warsztat dr Ewy Szymelfejnik*

(WHO) wynika, że w ciągu 20 lat w naszym kraju trzykrotnie wzrosła liczba dzieci z nadwagą. To zatrważające dane, tym bardziej, że epidemia otyłości szerząca się wśród dzieci i młodzieży to wynik złych nawyków żywieniowych i braku ruchu, a nie genów jak twierdzili amerykańscy naukowcy.

„Taka wiedza jest nie tylko potrzebna, by być zgrabnym i móc nosić wszystko co tylko się chce, ale po to, by być przede wszystkim zdrowym” – mówili uczniowie Liceum Akademickiego z Torunia.

Prawdziwym hitem okazał się warsztat dr inż. Ewy Szymelfejnik z Katedry i Zakładu Żywienia i Dietetyki CM pt. „Jak prawidłowo ułożyć dietę?”. Wszyscy uczestnicy warsztatów mogli również posłuchać o szkodliwości fast foodów i o korzyściach prawidłowej suplementacji podczas uprawiania sportów.

Tak podana wiedza jest łatwostrawna.

www.cm.umk.pl

II Memoriał Szachowy

Dawid Ziółkowski

W dniach 2–3 czerwca 2012 odbyła się druga edycja turnieju szachowego poświęconego pamięci znanego mikrobiologa i lekarza, prof. Romana Mariana Bugalskiego.

Frekwencja dopisała i na starcie zjawili się ponad 50 zawodników. O ile w ubiegłym roku bezapelacyjną triumfatorką okazała się faworytka turnieju Renata Bursa (obecnie Paprocka), to tym

razem nieoczekiwanie musiała ona przekazać swój puchar przechodni „czarnemu koniowi” imprezy – piętnastoletniemu Gromosławowi Krocze z Szubina. Gromosław zrobił sobie wspaniały prezent na urodziny (które obchodził w pierwszym dniu zawodów), wygrywając turniej ze znakomitym dorobkiem 6,5 pkt. z 7 partii. Trzeba jednak przyznać, że bywały chwile, gdy zwycięzca miał spo-

ro szczęścia i musiał się nieźle „napocić”, aby uzyskać cenne punkty.

Drugie miejsce przypadło Wojciechowi Mikołajczakowi, który również zakończył turniej bez porażki, z wynikiem 6 pkt. Trzecie i czwarte miejsce podzielili punktacją 5,5 pkt. Kacper Czarczyk i Przemysław Grzenkowicz, z tym że ten pierwszy miał nieco lepszy wynik w punktacji dodatkowej, co uplasowało go ostatecznie na trzeciej pozycji. Kolejne miejsca zajęło czterech zawodników posiadających 5 pkt., których stawkę otworzył waleczny pracownik służby zdrowia – Jerzy Bieniak.

Dokładne wyniki oraz zdobyte kategorie znajdują się na stronie www.kpz-szach.pl (memoriał prof. Bugalskiego) Sędzią głównym turnieju był autor relacji, któremu pomagał w charakterze sędziego rundowego, doświadczony arbiter i wiceprezes KPZSzach Paweł Jaroch.

relację zdał sędzia główny turnieju, Dawid Ziółkowski, autorem zdjęcia jest Karina Lemanik-Dolny



III Memoriał Szachowy, fot. Karina Lemanik-Dolny

PS. Niestety, zainteresowanie lekarzy i studentów medycyny tym turniejem było bardzo słabe. Tym bardziej więc warto odnotować, że wśród lekarzy biorących udział w turnieju I miejsce zajął dr n. med. Maciej Borowiecki. Gratulujemy!

przedruk z Primum Non Nocere 2012 nr 8-9, s. 12

Nowi profesorowie: Krzysztof Leksowski

7 sierpnia 2012 r. tytuł profesora nauk medycznych uzyskał prof. dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego oraz Zakładu Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Profesor Krzysztof Leksowski urodził się 29 marca 1953 r. w Krakowie. Jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Studia na kierunku lekarskim ukończył w 1977 r. Po odbyciu stażu podyplomowego pełnił obowiązki lekarza jednostki wojskowej oraz lekarza garnizonu w Oświęcimiu. W latach 1980-1993 pracował w I Klinice Chirurgicznej Instytutu Chirurgii WAM w Łodzi kolejno na stanowisku asystenta, starszego asystenta i adiunkta. Od 1993 r. pracuje w Klinice

Chirurgicznej 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy pełniąc od 1998 roku do chwili obecnej obowiązki kierownika tejże jednostki. W 1982 roku uzyskał specjalizację I stopnia, a w 1986 r. II stopnia w zakresie chirurgii ogólnej. Następnie w 1991 roku uzyskał II stopień specjalizacji z chirurgii klatki piersiowej, a w roku 2003 II stopień specjalizacji z chirurgii onkologicznej. W 1989 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 2001 r. stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie dorobku naukowego i pracy pt. „Torakoskopowa splanchnectomia w leczeniu przewlekłego bólu trzustkowego”. Jest członkiem wielu krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych oraz członkiem kolegów redakcyjnych czasopism medycznych.

W Collegium Medicum UMK pracuje



od 2004 r. prowadząc wykłady i seminaria w zakresie zdrowia publicznego dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu.

www.cm.umk.pl

Profesor Zbigniew Bartuzi nowym Prezydentem-Elektem PTA

15 września 2012 r. w trakcie odbywającego się w Ossie XI Kongresu Polskiego Towarzystwa Alergologicznego nowym Prezydentem-Elektem Towarzystwa został wybrany Profesor Zbigniew Bartuzi, kierownik Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK, pełnomocnik Rektora ds. klinicznych i kształcenia medycznego.

Polskie Towarzystwo Alergologiczne to jedno z największych i najbardziej prężnych towarzystw medycznych w Polsce. Zrzesza ponad 1000 specjalistów zainteresowanych tematyką chorób alergicznych – ich wczesną diagnostyką i terapią oraz popularyzacją zagadnień alergologicznych w polskim społeczeństwie. PTA działa aktywnie

na rzecz lepszego i skuteczniejszego leczenia pacjentów z alergiami, wspiera rozwiązania propagacyjne w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia oraz reprezentuje Polskę na polu międzynarodowej współpracy alergologicznej.

www.cm.umk.pl

Nowy prezes Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów

Podczas XXVII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów, który odbył się w dniach 05-08.09.2012 roku w Lublinie na Walnym Zebraniu Delegatów 06.09.2012 roku dokonano wyboru nowych władz. W wyniku tajnych wyborów Prezesem Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów została dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK - Kierownik Katedry

i Zakładu Mikrobiologii Prodziekan ds. Jakości Kształcenia Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, natomiast Sekretarzem – dr Agnieszka Mikucka – adiunkt wymienionej Katedry.

Polskie Towarzystwo Mikrobiologów to jedno z największych i najbardziej

prężnych towarzystw naukowych w Polsce. Współpracuje z Federation of European Microbiological Societies (FEMS). Zrzesza ponad 1200 specjalistów popularyzujących wiedzę z zakresu mikrobiologii medycznej, weterynaryjnej, środowiskowej (roślin, gleby, wód, ścieków), żywności i mikrobiologii przemysłowej.

www.cm.umk.pl

Nowy prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej

Podczas XVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (Warszawa, 24-26 maja) władzę w Polskim Towarzystwie Chirurgii Onkologicznej, na dwuletnią kadencję, uroczysto objął nowy prezes – prof. Wojciech Zegarski.

Prof. Zegarski pracuje w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, gdzie kieruje Oddziałem Klinicznym Chirurgii Onkologicznej. Jednostka specjalizuje się w operacjach chirurgiczno-onkologicz-

nych jelita grubego, odbytnicy, układu moczowego, przewodu pokarmowego, w tym trzustki i wątroby, tarczycy, skóry i tkanek miękkich.

W trakcie trwania Zjazdu dokonano także wyboru nowego prezesa elekta – został nim prof. Piotr Rutkowski oraz udzielono absolutorium ustępującemu Zarządowi, którym w kadencji 2010-2012 kierował prezes prof. Wojciech Polkowski. W Zjeździe uczestniczyło ponad 500 delegatów ze wszystkich ośrodków onkologicznych

w Polsce oraz wielu gości zagranicznych.

Podczas Walnego Zgromadzenia PTChO, przegłosowano kandydaturę dr. n. med. Zbigniewa Pawłowicza, dyrektora bydgoskiego Centrum Onkologii na Członka Honorowego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Zatwierdzono także lokalizację następnych spotkań – w 2013 roku w Gdańsku i w 2014 – jubileuszowy XX Zjazd Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej – w Bydgoszczy.

www.cm.umk.pl

Nagroda za wybitne osiągnięcia

Kierownik Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela – prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi – został wyróżniony przez marszałka województwa kujawsko-pomorskiego, za szczególne dokonania służące rozwojowi i promocji naszego regionu. Klinika prowadzona przez profesora Bartuziego jest jednym z najnowocześniejszych ośrodków tego typu w Polsce. Profesor Zbigniew Bartuzi jest konsultan-

tem wojewódzkim w zakresie alergologii i członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Nagrodę, w kategorii „Ochrona Zdrowia” – za wybitne osiągnięcia we wprowadzaniu nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych” – Profesor odebrał z rąk marszałka Piotra Całbeckiego, podczas uroczystej gali, 19 czerwca, w Dworze Artusa w Toruniu.

ww.cm.umk.pl



Misja na Jamajce



W październiku trzy młode lekarki – Magdalena Deręgowska, Anna Gmerek i Alicja Rymaszewska – absolwentki Collegium Medicum UMK odbędą trzymiesięczną misję medyczną na Jamajce. Wyjazd organizowany jest w ramach projektu „Wolontariat - polska pomoc” Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Program przynosi korzyści zarówno lokalnej społeczności, na rzecz której realizowany jest projekt pomocowy, jak i samemu wolontariuszowi, który zdobywa nowe doświadczenia w odmiennym kulturowo środowisku.

Jamajka jest krajem rozwijającym się, który korzysta z pomocy innych państw. Podobny projekt był tam realizowany już wcześniej, stąd wiedza, o tym że pomoc medyczna jest potrzebna i zostanie prawidłowo wykorzystana. Mówią wolontariuszki: „Zawsze można znaleźć powód by tego nie zrobić - poczekać, zastanowić się później. W końcu jeśli się chce, to należy się zdecydować. Tak też było w kwestii naszej decyzji o wyjeździe na wolontariat medyczny na Jamajkę. Nie wiadomo, jak z czasem, pieniędzmi, zgodą rodziny itp. Żeby się przekonać jak to będzie, trzeba przejść do działania. Teraz głównym zadaniem jest zdobywanie i kupowanie materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego, leków, materiałów edukacyjnych itp.”

„Przygotowujemy zaplecze do naszej pracy na Jamajce. Będziemy tam przyjmowały pacjentów w klinice prowadzonej przez siostry zakonne. Kliniką opiekuje się siostra Patricia z Kenii. Lekarz - Jamajczyk przyjeżdża tam tylko raz w tygodniu. Przyklinikujemy się dom dla przewlekłe chorych. Jest tam także około stu pacjentów objętych opieką domową.

Już teraz wiemy, że nasze starania, praca i pomoc bardzo się przydadzą. Poza opieką nad chorymi naszym zadaniem jest także edukacja medyczna. Planujemy przygotować szkolenia, warsztaty, wykłady dotyczące chorób cywilizacyjnych, pierwszej pomocy, planowania rodziny i profilaktyki HIV/AIDS. Z pewnością będzie to trudna, ale i wdzięczna praca. Mamy już sporo pomysłów, jak zainteresować najmłodszych i promować ideę dbania o własne zdrowie.”

„O dalszym etapie - zakwaterowaniu i aklimatyzacji, mamy nadzieję, napiszemy już z Jamajki.”

Program Wolontariat - polska pomoc jest realizowany przez MSZ od 2008 r. Jego celem jest wspieranie bezpośredniego zaangażowania polskich obywateli w pomoc mieszkańcom państw rozwijających się oraz upowszechnienie w polskim społeczeństwie wiedzy o problemach, z jakimi te państwa się zmagają. Jest to nowy i ważny element programu polskiej pomocy zagranicznej, w którego ramach Polska wspiera inicjatywy na rzecz krajów o niższych wskaźnikach rozwoju.

ww.cm.umk.pl

Notatka z posiedzenia Zarządu ZNP w UMK

W dniu 14.06.2012 roku na swoim kolejnym posiedzeniu zebrał się Zarząd ZNP w UMK. Pierwszym punktem posiedzenia była ocena wyborów władz uczelni oraz poszczególnych wydziałów, wymienione zostały stanowiska i osoby wybrane na nie. Wszyscy obecni na posiedzeniu członkowie Zarządu dzielili się swoją wiedzą oraz spostrzeżeniami na temat kwalifikacji wybranych osób. W konkluzji życzone wszystkim sukcesów na poszczególnych stanowiskach dla dobra uczelni,

oraz deklarowano wsparcie związkowe w rozwiązywaniu problemów, jakie będą się pojawiać w konkretnej działalności.

W kolejnej części Zarząd ZNP zapoznał się ze sprawami, które będą poruszane na posiedzeniu Senatu UMK w dniu 19 czerwca 2012 roku. Ponadto, przedstawiono najważniejsze informacje z posiedzenia Rady Szkolnictwa Wyższego i Nauki w Warszawie w dniach 25-27 maja 2012 roku, obrad Komisji ds. Nagród i wyróż-

nień dla nauczycieli akademickich oraz Komisji ds. Nagród i wyróżnień dla nie-nauczycieli. W kolejnym punkcie Zarząd zapoznał się z projektem podziału środków z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Następnie omówiono sprawę prof. Wojciecha Beutha.

Ostatnią częścią posiedzenia były sprawy organizacyjne, Zarząd przyznał jedną zapomogę oraz zdecydował o przyjęciu nowego członka.

Rafał Bocian

Rola matki! Starcie z mitem

Agnieszka Milik-Skrzypczak

„Matka nie musi wszystkiego rozumieć – wystarczy, żeby kochała i ochraniała. No i była dumna.”

Paulo Coelho

Sprawiedliwa matka natura?

Jeden zestaw genów od matki, jeden od ojca. Natura jest sprawiedliwa, aby powstało nowe życie potrzebny jest materiał genetyczny obojga rodziców. Z jedną subtelną różnicą „na korzyść” matki – tzw. mitochondrialny DNA, zupełnie autonomiczny i fizycznie inaczej zorganizowany niż DNA obecny w jądrze komórkowym, dziedziczony wyłącznie w linii żeńskiej. Jednakże, co do jądrowego DNA, poza chromosomami płci, w zasadzie nie powinno mieć znaczenia, czy gen pochodzi od matki, czy ojca. Genetyka zna jednak przypadki tzw. efektów matczyńskich, tj. sytuacji w których pewne cechy potomstwa zdają się zależeć od genotypu matki, a nie ojca. Wykazano na przykład, że wzrost dzieci jest zasocjowany z niektórymi wariantami genów obecnymi u matki – mówi profesor Tomasz Grzybowski z Katedry Medycyny Sądowej CM.

Boimy się rodzić.

Przedawnienie instynktu

Planowanie na poziomie genetycznym skończone. Określone predyspozycje, załączki talentów i możliwości naszego potomka zostały już określone. Przyszła mama przygotowuje się do oczekiwanej roli. Czeką ją dziewięć ciepłych miesięcy słodkiego lenistwa i czułych rozmów z brzuchem. Jednego w tym założeniu możemy być pewne – dziewięć miesięcy – tyle zaplanowała natura, aby w pełni rozwinął się płód. Reszta założenia pozostaje pobożnym życzeniem. Ciąża to okres trudnych wyborów, począwszy od tego co zjeść, aby nie zaszkodzić dziecku, po pytanie czy uprawiać ulubiony jogging? Ciąża to czas wyzwań dla kobiety. Organizm i psychika przyszłej matki są wystawione na ciężką próbę. – W organizmie kobiety dochodzi do szeregu ogólnoustrojowych zmian, które dotyczą właściwie wszystkich układów i narządów przyszłej mamy. Swoisty „przeszczep” jakim jest płód, w sensie immunologicznym, modyfikuje nawet działanie układu odpornościowego – mówi dr Maciej Socha

z Katedry Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej CM. – W każdym z trymestrów ciąży, kobieta przekonuje się jakim wyzwaniem jest noszenie pod sercem potomka. Pierwszy trymestr to okres radości i celebrowania sukcesu prokreacyjnego. To czas pierwszych objawów: najwcześniejsze kojarzą się z młodościami, które wynikają z podwyższonego poziomu hormonu wytwarzanego przez elementy jaja płodowego, a to dopiero początek tego, z czym przyszła mama będzie zmagać się przez kolejne czterdzieści tygodni. Trudno sobie wyobrazić zmiany zachodzące w ciąży. Przykładowo objętość krwi krążącej wzrasta o nawet 2 - 2,5 litra! Co prawda, wzrost objętości osocza krwi ułatwia lepsze utlenowanie tkanek, ale z drugiej strony rozrzedzenie jednocześnie wpływa na zmniejszenie wydolności organizmu ciężarnej. Do tego wzrasta masa ciała, często nadmiernie, przez przekonanie aby jeść za dwoje. Wraz ze zmianami w układzie sercowo-naczyniowym może to skutkować żylakami kończyn i obrzękami.

Pamiętajmy, że większość chorób cywilizacyjnych znacząco komplikuje przebieg ciąży. Różne choroby będące domeną medycyny matczyno-płodowej mogą zdarzyć się w każdej ciąży. To trudny czas, który niejednokrotnie jest próbą dla ciała kobiety, ale... pamiętajmy również, że to czas kiedy kobieta ma niepowtarzalną szansę, by poczuć jak powstaje życie! – dodaje Socha.

Wygasły wzorzec wychowawczy

Stare wzorce coraz mniej przystają do rzeczywistości. Pampers, pralka, gotowe danie ze słoiczka – niewątpliwie sprzyjają macierzyństwu. Z drugiej strony popularyzacja psychologii i modne podręczniki wychowawcze stawiają wysoką poprzeczkę współczesnej mamie. Poszczególne etapy ciąży zostają mocno skategoryzowane. Zalecenia dotyczące właściwej stymulacji dziecka - brak stresu, wyciszona psychika, odpowiednia muzyka, czytanie dla brzucha, niejednej z mam spędzają sen z powiek i wprowadzają w poczucie winy, w przypadku niezastosowania się do instruktażu. Nic nie jest już proste. Macierzyństwo staje się ścieżką najeżoną teoriami i zaleceniami, które wywołują u młodej mamy poczucie niekompetencji. Przygrywająca całemu zamieszaniu o dziecko reklama, potwierdza obraz zrelaksowanej i fantastycznie wyglądającej matki, która doskonale radzi sobie ze swoim zniecierpliwieniem i wyczerpaniem. Po prostu bajka... która nie przystaje do realiów. – Dzisiejsze czasy dają kobietom wiele szans i możliwości, kreując sporo nowych potrzeb i standardów, którym często trudno sprostać. To może budzić lęk i frustrację, czy też poczucie zagubienia kobiet w próbach pogodzenia wpojonych i tradycyjnie postrzeganych ról społecznych, ze współczesnymi wymaganiami otoczenia. Jednocześnie wewnętrzne dążenie do doskonałości we wszystkich obszarach funkcjonowania rodzi dodat-



Macierzyństwo, Stanisław Wyspiański

kowe obciążenia, często nie pozwalając na szukanie wsparcia i pomocy. Ponadto wszechobecne poradniki wychowawcze, najczęściej kierowane do mam oraz Internet, są źródłem niezliczonej ilości teorii, zaleceń i idei wychowawczych, co nierzadko wzmacnia poczucie niekompetencji lub bezradności - mówi dr Monika Wiłkość z Katedry Psychiatrii CM. - W tym wszystkim można zapomnieć, że jeśli damy sobie czas i miejsce w życiu na zbudowanie więzi z dzieckiem, to znajdziemy też większość potrzebnych nam kompetencji i sposobów radzenia sobie. A błędy? Wszyscy je popełniamy, ale jeśli jest w nas uważność i troska to z pewnością wraz z dzieckiem sobie z nimi poradzimy - dodaje.

Przyszczata rebelia

I wreszcie nadchodzi wyczekiwany czas wypoczynku. Koniec nieprzespanych nocy. Możemy sobie pozwolić na bycie przede wszystkim kobietą. Zaczynamy nowe życie z „dorosłym” już dzieckiem. Gdyby tylko „przyszczata dorosłość”

nie zmieniała naszego zaplanowanego rytmu dnia w koszmar minionych nocy. Nasz nastolatek niespodziewanie zaczyna przypominać dwulatka, naznaczając głośno swoją obecność znamienym „nie, nie, nie”! Różnica pomiędzy minionymi latami, a terażniejszością, jest taka, że wówczas mogłam odwrócić uwagę dziecka nową zabawką, dzisiaj moja pomysłowość i cierpliwość zostają wystawione na poważną próbę - mówi niejedna z matek. Jest nieco racji w teorii o buncie nastolatka, jako ospie wietrznej, którą należy przeczekać, niemniej to co się dzieje w głowie nastolatka jest dużo ważniejsze i wymaga wzmoczonej, matczynej uwagi. Na pytanie co powoduje taki stan? - dr Monika Wiłkość odpowiada - Okres adolescencji to czas niezwykle burzliwy pod każdym względem. Zachodzą w nim przecież niezwykle dynamiczne zmiany fizyczne, pojawiają się intensywne i często labilne emocje, kształtuje tożsamość, zwiększa potrzeba akceptacji społecznej, a przecież rozwojowo brakuje nastolatkowi jeszcze wielu kompetencji koniecznych do bardziej efektywnego

radzenia sobie. Często najlepszym rozwiązaniem dla rodzica jest uzbrojenie się w cierpliwość, by móc asekurować i towarzyszyć dziecku w nie najłatwiejszej przecież drodze do dorosłości.

Pęka szklany klosz

Szklany klosz, pod którym schowano macierzyństwo, zaczyna pękać. Dotychczas o byciu matką mówiło się albo dobrze, albo wcale. Rysy na szkle reputacji matek zaczynają pękać. Na szczęście! Fora internetowe ożywają wypowiedziami tych, które mówią o ciemnej stronie bycia matką. Wreszcie do głosu dochodzi zdrowy rozsądek, który podpowiada wyważenie życiowych ról i zdystansowanie się do psychologicznej nowomowy. Być matką to spacer po linie nad przepaścią - potwierdzają kobiety, dając sobie do tego pełne prawo. Wcale nie trzeba być matką idealną, wystarczy po prostu być dobrą matką.

z prof. Tomaszem Grzybowskiem, dr. Maciejem Sochą i dr. Moniką Wiłkością rozmawiała oraz własne wnioski wyciągała mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak, Dział Promocji i Informacji

Bezpieczne wakacje

Agnieszka Milik-Skrzypczak

Bezpieczne wakacje

Słońce, plaża, relaks, to skojarzenia, które nasuwają się w wakacyjnej wizji podróży. Egzotyczna kultura, osobliwe dania, to niejednokrotnie sposób na spędzenie czasu po okresie intensywnego wysiłku. Góry, dynamiczny marsz, bliskość natury - mówią inni. Każdy z nas ma pomysł na wakacyjny wypoczynek. Jednak nawet najbardziej skrupulatnie zaplanowany urlop może obrócić się przeciwko nam, jeśli nie zadbamy o własne zdrowie. W dniach pełnych beztroski nie zapomnijmy o własnym bezpieczeństwie.

Uwaga! Woda!

Woda niezbędna do życia, będąc źródłem naszego przetrwania, budzi pozytywne skojarzenia. Stanowi składnik każdej żywej komórki, jak i środowiska zewnętrznego. Jej obecność w organizmie zapewnia jego prawidłowe funkcjonowanie. A jednak podczas podróży uważaj właśnie na wodę! To wbrew obiegowym opiniom, nie pokarm, ale właśnie woda stanowi źródło problemów ze strony układu pokarmowego. Nasz organizm podczas podróży, szczególnie

tych egzotycznych, zwyczajnie nie jest zaznajomiony z lokalnymi bakteriami i w kontakcie z tamtejszą wodą może różnie zareagować. Chcąc uniknąć żołądkowych sensacji pamiętajmy o zasadzie unikania wody niewiadomego pochodzenia, nawet tej, która podawana jest podczas hotelowych posiłków w dzbankach. Zazwyczaj serwują nam „kranówkę”, która będąc nieszkodliwa dla krajowca, turyście może powikłać podróżne plany. Zasada ta dotyczy również kostek lodu czy warzyw, które myjemy pod bieżącą wodą. Jeśli mamy zaufać wodzie to zdecydowanie tej butelkowanej! A jeśli dosięgnie nas problem pod postacią choroby, to czego możemy się spodziewać.

Zemsta Faraona

To dolegliwość, która trapi osoby podróżujące. W powszechnym rozumieniu jest to biegunka podróżnych, spowodowana odmienną florą bakteryjną - nie zaś zatruciem pokarmowym! W większości odpowiadają za nią głównie bakterie (np. E. Coli EHEC). - Pierwszym objawem zatrucia bakterią jest właśnie biegunka, która utrzymuje się przez okres powyżej dwóch dni, niejednokrotnie towarzyszą jej silne bóle

brzucha, nudności i zawroty głowy, czasami obserwuje się również stan podgorączkowy. Generalnie, organizm ulega ogólnemu osłabieniu - mówi dr Paweł Zalewski z Katedry i Zakładu Higieny i Epidemiologii CM. - Aby uniknąć brzemiennej w skutki odwodnienia, należy cały czas uzupełniać płyny i elektrolity. Jednak bardzo ważne jest aby spożywać tzw. wodę przegotowaną lub butelkowaną. Nie można zapominać o dość rygorystycznym przestrzeganiu zasad prawidłowej diety. Absolutnie nie możemy sobie pozwolić na surowe warzywa i owoce z niepewnego źródła. Jeśli wykorzystujemy leki to pamiętajmy o preparatach polecanych w kraju, do którego podróżujemy, często pozwalają na skrócenia czasu występowania bardzo niekomfortowych objawów - dodaje naukowiec.

Choroba brudnych rąk

Biegunka jest jedną z możliwości, które niosą ze sobą podróże. Dolegliwością, na którą lekarze zwracają szczególną uwagę jest wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu A, potocznie zwane żółtaczką pokarmową. To jedna z najczęstszych chorób zakaźnych na świecie. Aby doszło do zakażenia wystarczy bliski

kontakt z osobą zainfekowaną, umycie rąk w zakażonej wodzie, czy przygotowanie z niej lodu do drinka. – Wirusowe zapalenie wątroby typu A rozwija się wskutek wnikięcia do organizmu wirusa, przenieszonego drogą pokarmową. Może mieć przebieg całkowicie bezobjawowy (większość dzieci do 10 roku życia), ale może również przebiegać z takimi objawami jak: ogólne osłabienie organizmu, znużenie, gorączka, bóle stawowo-mięśniowe, nudności, wymioty czy zaburzenia węchowo-smakowe z charakterystyczną niechęcią do nikotyny. Należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość zakażenia podczas podróży w rejony geograficzne o zwiększonej endemiczności WZW typu A, tj. kraje Afryki Północnej, czy Azji Południowo-Wschodniej – mówi dr Paweł Zalewski. Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu A u osoby dorosłej może być uciążliwe, w powikłanych przypadkach wymaga bowiem hospitalizacji w szpitalu zakaźnym. Na szczęście większość osób w naszym kraju jest czynnie uodporniona na ten rodzaj wirusa – podsumowuje naukowiec. Dlatego jeśli mamy taką możliwość zaszczepmy się lub postępujmy wg obiegowej zasady: „Ugotuj, zaparz, obierz lub... zapomnij (o jedzeniu)”.

Komary i kleszcze

Wakacje niejednokrotnie spędzamy w zalesionych okolicach blisko jezior, które są siedliskiem kleszczy i komarów. Niewielkie, ale potężne w oręż ustroje mogą narobić sporo zamieszania w naszym organizmie. Szczególnie niebezpieczne są kleszcze, które wywołują groźne dla życia i zdrowia choroby, takie jak kleszczowe zapalenie mózgu, opon mózgowych lub boreliozę. – Podstawą profilaktyki jest ochrona ciała przed kleszczami w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów i odpowiednio wczesne mechaniczne usuwanie kleszczy z powierzchni skóry. Warto również rozważyć możliwość zaszczepienia się przeciwko wirusom chorobotwórczym przenoszonym przez kleszcze – mówi dr Paweł Zalewski. – Szczepionka podawana jest w dwóch dawkach, w odstępie 4-12 tygodni, a następnie stosuje się dawkę przypominającą po 9-12 miesiącach. To daje uodpornienie czynne organizmu przed zakażeniem przez okres około trzech lat. Niestety, szczepionka w żaden sposób nie chroni przed boreliozą, która jak wiemy niesie fatalne dla organizmu skutki – dodaje. Dlatego



rzetelna wiedza w tym temacie zawsze się sprawdza i niejednokrotnie pomaga uchronić przed niepożądanym skutkiem. Pamiętajmy, aby podczas spaceru po lesie unikać zacienionych i wilgotnych miejsc. Należy również zadbać o odpowiedni strój, pożądane będą wysokie buty, długie spodnie i skarpety. Ukąszenie przez kleszcza jest bezbolesne, więc po powrocie z wycieczki pamiętajmy aby dokładnie obejrzeć skórę, szczególnie na nogach i w pachwinach ciała. Niestety, liczba zakażonych kleszczy z roku na rok wzrasta, w rejonach Polski północno-wschodniej odsetek zakażonych kleszczy waha się w granicach 30-50%. Letnią porą nie unikniemy również komarów. Po ich ukąszeniu na skórze powstaje obrzęk, który nieprzyjemnie swędzi. Na szczęście walka z owadem bywa skuteczna przy zastosowaniu kilku prostych zasad. Odpowiednie ubranie i posmarowanie skóry preparatem przeciw ugryzieniom potrafią skutecznie odstraszyć komary. Czasem jednak warto uciec się do tradycyjnych środków w postaci octu, cebuli lub spirytusu. Komary nie tolerują również zapachu cynamonu, cytryny, wanilii i lawendy. Stąd jego zastosowanie w postaci olejków eterycznych skutecznie zniweczy ataki owadów. Bywa jednak, że jedynym niezawodnym środkiem jest moskitiera, która szczególnie polecana jest podczas egzotycznych podróży, gdzie istnieje ryzyko zakażenia malarią, przeniesioną przez komary.

Zaszczep się!

Podczas podróżowania po rodzimych zakątkach kraju możliwość złapania przypadkowej dolegliwości jest niewielka, rośnie ona proporcjonalnie do od-

ległości i egzotyki miejsc, które odwiedzamy. Dlatego przed wyjazdem warto uzbroić się w niezbędną wiedzę o ryzyku, które podejmuje się odwiedzając dany region świata i o tym jak przeciwdziałać zbędnym skutkom podróży. Szczepienia to temat, z którym warto się oswoić i dowiedzieć jaka szczepionka sprawdzi się w naszej wyprawie. Przede wszystkim nie należy odkładać szczepień na ostatni moment, ponieważ niektóre ze szczepień wymagają podania kilku dawek z zachowaniem odstępu czasowego. Szczepienia podaje się minimum dwa tygodnie przed wyjazdem, tak aby organizm miał czas na wykształcenie odporności. Należy pamiętać o tym, że są szczepienia obowiązkowe jak w przypadku wyjazdu do wielu krajów Afryki, gdzie szczepi się przeciw żółtej febrze. Są również te zalecane, jak w przypadku WZW typu A i B, jeśli wybieramy się w regiony o szczególnym ryzyku wystąpienia tej choroby. Przed podróżą warto pamiętać o przypominającej dawce szczepionki przeciwko tężcowi i błonicy, która uodparnia na dziesięć lat, a przeciwko durowi brzuszному szczepimy się przy dłuższym wyjeździe w regiony tropikalne. Podróżując pamiętajmy o zasadzie wyważonego ryzyka i mądrej dyspozycji zasobami organizmu.

Szalenie modna kilkadziesiąt lat temu opalenizna powoli odchodzi do lamusa. Na wartości zyskują działania prozdrowotne, stąd zaczynamy opalać się poprzez pryzmat zdrowego rozsądku, który przejmuje kontrolę nad złotą opalenizną. Nadal korzystamy z dobrodziejstw kąpieeli słonecznych, kalkulując jednak bilans zysków i strat.



Słońce, plaża i my

Korzystając z plaży warto przeanalizować jak świadomie czerpać przyjemność z przybywania na słońcu. Powszechnie wiadomo, że ekspozycja na promienie słoneczne działa na organizm stymulująco, dochodzi do syntezy wit. D, która oddziałuje na kości, szybciej goją się rany i znikają ropne wykwity. Z drugiej strony lekarze podkreślają poważne minusy ekspozycji na słońce. Jednym z objawów przedawkowania słońca jest oparzenie słoneczne. - W rzeczywistości jest ono ostrym stanem zapalnym skóry, będącym konsekwencją nadmiernej ekspozycji na słońce. Pojawiają się bolesny obrzęk i rumień, nierzadko pęcherze. Kilka dni później „uszkodzona” przez słońce skóra zaczyna się złuszczać, schodzi płatami. Konsekwencją oparzenia słonecznego mogą być trudne do leczenia przebarwienia, a także blizny. Innym groźnym powikłaniem wynikającym z nadmiernego nasłonecznienia jest udar cieplny. Szczególnie predysponowane do tego są osoby starsze i dzieci - mówi lek. Sebastian Kaszewski z Katedry Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii CM. Do niepokojących objawów, przy wystąpieniu których należy niezwłocznie skonsultować się z lekarzem należą: ból, a szczególnie zawroty głowy, gorączka, przyspieszony puls, nudności i wymioty.

Podstępne promienie

Promieniowanie słoneczne składa się z różnej długości fal, spośród których 40 proc. stanowi spektrum widzialne, 59 proc. stanowi promienie podczerwone czyli ciepłe, a 1 proc. to tzw. ultrafiolet (UV), który zdominował dotychczasowo

wą wiedzę o skutkach opalania. Okazało się bowiem, że pożądana niedawno kąpiel słoneczna może nieść groźne dla naszego organizmu skutki. Uporczywe ekspozowanie na słońcu może powodować zmiany nowotworowe, m.in. bardzo groźnego czerniaka, zmienia genetyczną strukturę skóry, przyspiesza jej starzenie. Promienie UV zasadniczo dzieli się, ze względu na długość fali na trzy grupy: UVA, UVB oraz UVC. Promieniowanie UVA w największym stopniu dociera do ziemi i najsilniej oddziałuje na estetykę skóry. - Jest ono mniej rumieniotwórcze, w mniejszym stopniu jest odpowiedzialne za oparzenie słoneczne, ale powoduje uszkodzenie m.in. kolagenu w skórze właściwej, a co za tym idzie jest przyczyną powstawania zmarszczek, utraty elastyczności skóry, może być przyczyną powstawania przebarwień. Promieniowanie UVB - duża część jego spektrum może uszkadzać łańcuchy DNA w komórkach skóry, stąd możliwość powstawania nowotworów pod jego wpływem - mówi lek. Sebastian Kaszewski. Należy pamiętać, że promieniowanie UVA przechodzi przez chmury, penetruje wodę oraz przenika przez szyby; promieniowanie UVB, podobnie jak UVC, w dużym stopniu pochłaniane jest przez atmosferę - dodaje naukowiec.

W trosce o skórę

Chcąc utrzymać właściwe tempo starzenia skóry warto zabezpieczyć się przed promieniowaniem i zdroworozsądkowo podejść do słonecznej kąpeli. Należy stopniowo przyzwyczajać skórę do coraz większych dawek słońca. Bezpieczne opalanie możemy rozpocząć od 15-20 minut ekspozycji na słońcu, zwiększając czas o kolejne 10 minut, co

dnia. Właściwą porą na opalanie są godziny od 7.00 do 11.00 i po godz. 15.00. Najkorzystniej używać słońca będąc w ruchu, co zabezpiecza organizm przed przegrzaniem, bowiem nawet podczas spaceru promienie słoneczne odbijają się od powierzchni ziemi, opalając nas.

Sprawdź swój fototyp

Podstawowym mechanizmem obronnym skóry przed promieniowaniem UV jest opalenizna, którą zawdzięczamy melaninie. Głównym zadaniem barwnika, który nadaje brązowy kolor naszej karnacji, jest ochrona. Dzięki niej szkodliwe wiązki promieniowania ultrafioletowego nie przenikają do głębszych warstw skóry. Słońce delikatnie zmienia kolor skóry nie powodując jej uszkodzenia. Naszą zdolność do bezpiecznego przyswajania promieniowania słonecznego określają możliwości organizmu do produkcji melaniny i są one zależne od fototypu. Na świecie wyróżnia się sześć fototypów, z tym że piąty i szósty zarezerwowane są dla osób pochodzenia azjatyckiego i czarnoskórych. W naszej szerokości geograficznej spotykamy się z trzema najpopularniejszymi fototypami: północnoeuropejskim, cechującym się jasną skórą, blond po jasnobrązowy kolorem włosów, niebieskimi i zielonymi oczyma. Posiadający ten fototyp szybko ulegają poparzeniom, skóra przy opalaniu zabarwia się na czerwono. Kolejny typ to środkowoeuropejski, o skórze od jasnej do brązowej, oczach szarych lub brązowych i włosach od ciemnego blond do brązowych. Są to osoby o dość sporej odporności na poparzenia, a nieduża dawka słońca szybko wywołuje pigmentację. Fototyp południowoeuropejski z jasnobrązową lub oliwkową skórą o ciemnych włosach i oczach, szybko się opala. Jego skóra ma dużą odporność na poparzenia słoneczne, ale nie oznacza to, że chroni ona przed takimi skutkami opalania jak starzenie się i pojawianie zmarszczek.

Zbliżenie na faktor

Jeśli zastosujemy się do wskazań dotyczących czasu opalania i odpowiednich filtrów ochronnych, nie powinna nas spotkać niemiła przygoda. Kupując kosmetyki zabezpieczające skórę, warto zwrócić uwagę na ich skład. Dobry filtr przeciwsłoneczny chroni przed pełnym spektrum promieni UV (UVA i UVB). Bardzo ważną cechą filtrów jest fotostabilność czyli nie uleganie rozkładowi

pod wpływem słońca. Czytając etykietę produktu znajdziemy na niej wartość SPF (sun protection factor), która mówi o mocy ochronnej kremu przeciw promieniowaniu UVB. I tak założeniem SPF 15 jest odbijanie 93 proc. promieni UVB, SPF 30 ma nas chronić w 96,7 proc., a SPF 50 odbija 98 proc. Niestety, niezależnie od marketingowych chwyt-

tów, stuprocentowego zabezpieczenia przed skutkami promieniowania nie ma. Faktor zawsze dobieramy do naszego fototypu. I tak północnoeuropejskiemu zaleca się rozpocząć opalanie od SPF 30, typ środkowoeuropejski może rozpocząć słoneczne kąpiele przy SPF 20-25, a typ południowoeuropejski może zacząć już od SPF 15 i stopniowo

schodzić niżej. Promieniowanie UVA klasyfikuje się wg innych zasad, które niestety wciąż nie są ujednolicone przez producentów i w tym wypadku jedyną radą na zachowanie długich lat w zdrowiu i młodości, to mniej słońca, a więcej zdrowego rozsądku.

mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji

A nam jest szkoda lata...

Marek Jurgowiak

O zaletach i negatywnych skutkach kąpiei słonecznych napisano już zapewne wiele, ale temat to wciąż aktualny pomimo końca lata, bo przecież pozostają jeszcze wizyty w solariach, nawet zimą kuszących ciepłem letniego słońca. Jednak solaria są obecnie w wielu krajach na cenzurowanym, a władze Niemiec zakazały nawet korzystania z nich przez osoby nieletnie. To dlatego, że promieniowanie UVA w solarium działa na nas aż 25 razy intensywniej niż to pochodzące ze słońca. Zatem warto opalać się, czy lepiej unikać słońca?

Słońce warunkuje życie na Ziemi, a jednocześnie światło słoneczne to źródło promieniowania typu UV-B i UV-A, które mogą negatywnie oddziaływać na nasz organizm.

Na szczęście w znikomych ilościach dociera do nas promieniowanie UV-C, które niemal w całości wychwytywane jest przez warstwę ozonową już 35–40 km nad Ziemią. Na Ziemię trafia tylko 2% tej frakcji nadfioletowej. Promieniowanie UV-B i UV-A docierając do powierzchni naszego ciała może przysparzać nam kłopotów zdrowotnych i kosmetycznych.

Jest bowiem przyczyną rumienia, zmian depigmentacyjnych czy nawet nowotworowych oraz nasilać może starzenie skóry. Ponadto UV-A zwiększa wrażliwość skóry na światło słoneczne przy stosowaniu tzw. fotouczulaczy, a wśród nich sulfonamidów, tetracykliny, niesteroidowych leków przeciwzapalnych, czy hipercyny występującej w ziele dziurawca.

W epoce przedantybiotykowej opalanie na słońcu było powszechną metodą leczenia gruźlicy. Wtedy było to niezrozumiałe, dziś wiemy, że efekt ten występował dzięki witaminie D3 syntetyzowanej w skórze pod wpływem promieniowania UV. Obecnie znane jest przeciwbakteryjne działanie tej witaminy. Już w wieku XIX opalanie słoneczne polecano też jako metodę przeciwdzia-

łania i leczenia krzywicy.

Dla większości z nas głównym źródłem witaminy D jest jej synteza w skórze właśnie pod wpływem słońca, a jej poziom we krwi spada zazwyczaj wraz ze wzrostem szerokości geograficznej. Pewne różnice mogą tu być wynikiem różnic etnicznych, czy dietetycznych oraz odmienności warunków geograficznych. U osób rasy czarnej (często z niedoborami witaminy D), ciemna skóra produkuje witaminę D sześć razy słabiej niż u osób z jasną skórą. Odpowiada za to wysoki poziom melaniny (barwnika skóry), która blokuje dostęp promieniowania UV do skóry.

Propagowanie poglądu, że słońce uszkadza skórę (rak, przedwczesne starzenie) powoduje fobię, z powodu której wiele osób unika słońca. Tym właśnie faktem tłumaczy się wielkie niedobory witaminy D, jakie obserwowane są obecnie w wielu populacjach na całym świecie.

Kremy z filtrami ochronnymi (głównie przeciw UV-B) mogą powodować redukcję syntezy witaminy D nawet o 98 %. Dla większości osób wystarczy jednak tylko lekkie zaróżowienie skóry (tak mała dawka UV), aby wyprodukowana została

wystarczająca ilość tej życiodajnej witaminy. To oznacza, że latem wystarczy od 5 do 15 minut ekspozycji na słońce pomiędzy godzinami 10.00 a 15.00.

Co ciekawe, o ile możemy przedawkować witaminę D przyjmowaną w pigułkach, to nigdy nie obserwowano toksycznego działania witaminy D produkowanej pod wpływem słońca. Kobieta dorosła o jasnej karnacji podczas letniej kąpiei słonecznej wytworzy w skórze około 10.000 jednostek witaminy D zaledwie w ciągu kwadransa. Dłuższe opalanie w tym aspekcie nie ma sensu, ponieważ UV-B rozkłada witaminę D, zapobiegając tym samym jej nadprodukcji.

Natura chroni nas przed wpływem światła słonecznego i to nie tylko dzięki melaninie barwiącej skórę. Chroni jednak wyłącznie przed nadmierną ekspozycją na UV, bowiem tak jak bez tlenu, tak i bez słonecznego światła nasze życie nie byłoby możliwe, a przy jego niedoborach ujawniają się i nasilają choroby i to tak poważne, jak stwardnienie rozsiane (choroba ta występuje częściej w strefach oddalonych od równika (Ameryka Północna, Europa, Australia). Znalezio-



dr Marek Jurgowiak, fot. archiwum Gazety Wyborczej

no nawet odwrotną zależność między intensywnością ekspozycji na słońce w dzieciństwie a późniejszym ryzykiem zachorowania na stwardnienie rozsiane. Podobne relacje odnotowano też dla cukrzycy typu I, choroby Leśniowskiego-Crohna, czy nawet pewnych nowotworów złośliwych nie związanych ze skórą.

Groźne oblicze słońca kojarzy się nam głównie z jego potencjalną rolą jako czynnika prokancerogenego. Rak skóry może być wywołany zarówno działaniem UV-A jak i UV-B.

Łatwiej rozwija się u osób o jasnym fototypie skóry i umiejscawia się w okolicach silnie eksponowanych na słońce. Aby uspokoić sumienia lubiących kąpiele słoneczne dodajmy, że częstość występowania koreluje z czasem ekspozycji na słońce w poprzedzających wystąpienie choroby co najmniej 10 latach. Czerniaki złośliwe są następstwem licznych, okresowych ekspozycji albo oparzeń słonecznych w dzieciństwie oraz w życiu dorosłym. Najbardziej narażone są osoby z jasnym fototypem skóry i takie powinny ograniczać kąpiele słoneczne.

Nie istnieją filtry słoneczne, które całkowicie chroniłyby nas przed promieniowaniem słonecznym i jednocześnie same były całkowicie bezpieczne podczas ich

stosowania. Obecnie przestrzegać się powinno przed stosowaniem filtrów słonecznych, nie popartym pełną wiedzą o ich właściwościach i działaniu. Główną wadą ich stosowania jest to, że po użyciu filtra nie powstaje na skórze rumień, a ten przecież jest głównym sygnałem alarmowym podrażnienia skóry! Powoduje to, że wystawiamy nadmiernie skórę na działanie słońca i znaczną dawkę promieni UV-A, a to przy długiej ekspozycji może być niebezpieczne.

Zatem powiedzenie – co za dużo to niezdrowo – ma tu swoje zastosowanie. Obecnie stosuje się zazwyczaj filtry UV-B w połączeniu z filtrami UV-A. Co ważne – zwraca się obecnie też uwagę na fakt, że w kosmetykach do opalania nie powinno się stosować środków przeciwzapalnych, bo te także niwelują rumień, co skutkować może dłuższą ekspozycją na słońce. Środki przeciwzapalne raczej powinny być obecne w preparatach zalecanych po opalaniu. Należy uważać ze stosowaniem filtrów, a jeśli już używamy – to tych najnowocześniejszych, które nie powinny przekraczać bariery skórnej i przedostawać się do krążenia. Wzrasta też liczba przypadków uczuleń na niektóre substancje stosowane w filtrach, a to także dlatego, że są często stosowane w różnych produktach kosme-

tycznych, jak np. pochodne kwasu p-metoksycynamonowego.

Zatem zamiast solarium (obecnie coraz mniej popularna forma opalania) delectujmy się słońcem o każdej porze roku, dla zdrowia, nie zapominając o niekorzystnym jego wpływie na nasz organizm przy nadmiernej ekspozycji. Nie bez znaczenia jest też efekt kosmetyczny brązowienia skóry – czasem nadaje to nam zdrowego, pięknego wyglądu. Jednak natura, wyzwalając w naszej skórze intensywną produkcję melaniny oraz intensyfikując podziały melanocytów (komórek syntetyzujących ten barwnik) pod wpływem słońca, nie ma na celu poprawy naszej urody, a raczej chroni nas w ten sposób, gdy korzystamy z kąpiei słonecznych.

Podkreślmy na zakończenie, że nie sam fakt opalania się, ale sposób ekspozycji i wiele czynników środowiskowych oraz predyspozycje indywidualne mają wpływ na rozwój nowotworów i przyspieszone starzenie skóry oraz pojawianie się innych posłonecznych powikłań.

dr n. med. Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej CM UMK. Marek Jurgowiak od wielu lat popularyzuje naukę, publikując między innymi w Wiedzy i Życiu, Fokusie i Gazecie Wyborczej. Jest członkiem Rady Programowej Primum Non Nocere, współpracuje z Wiadomościami Akademickimi

Uciążliwe pamiątki z wakacji w tropikach

Emila Ciok-Pater

Ciekawi świata, z roku na rok coraz częściej podróżujemy, najczęściej wybierając gorące kraje. Największą popularnością wśród Polaków cieszy się Egipt, Tunezja, Turcja, Kenia, Meksyk czy Indie. Są to miejsca najczęściej o niskim standardzie higienicznym, szczególnie niebezpieczne ze względu na choroby zakaźne jak: biegunka podróżnych, błonica, dur brzuszny, wirusowe zapalenie wątroby typu A i B, gorączka krwotoczna, cholera czy grzybicze.

„Zemsta faraona” w Egipcie, „kłątwa Azteków” w Ameryce Południowej, czy „Zemsta Montezumy” w Ameryce Środkowej, to nic innego jak biegunka, która najczęściej wywołwana jest przez pałeczki jelitowe tj. *Escherichia coli* (zwłaszcza szczepy enteropatogenne, ETEC), *Salmonella* spp., *Yersinia* spp., *Campylobacter* spp., czy *Shigella* spp. Podczas pobytu w tropikach do zakażenia pałeczkami jelitowymi dochodzi poprzez spożycie surowych warzyw, mięsa, picie nieprzegotowanej wody.

Skażona woda to również źródło zakażeń *Vibrio cholerae*. Przecinkowiec ten

wywołuje cholere, tak często spotykaną w Ameryce Południowej, Bangladeszu oraz w Indiach. Relaksacyjne spacery „boso” po podmokłych terenach czy korzystanie z kąpielisk w bliskiej odległości od wódopojów zwierząt niesie ryzyko wystąpienia leptospirozy. Jest to choroba odzwierzęca wywołwana przez *Leptospira interrogans*. Do zakażenia dochodzi przez wodę zanieczyszczoną moczem gryzoni (np. podczas kąpiei, jedząc skażone warzywa) lub bezpośredni kontakt z tkankami bakterionoszących gryzoni (przez uszkodzoną skórę).

Niebezpieczne pod względem zdrowotnym stają się również wyjazdy w dalekie kraje w celach przeprowadzenia operacji plastycznych. Zabiegi tego typu, mające na celu upiększanie, wykonywane są tam rutynowo i to, co kusi najbardziej turystów, za niewielkie pieniądze. Niestety, stan higieniczny podczas operacji, jak i w czasie rekonwalescencji pozostawia wiele do życzenia. Przykładem mogą być szczepy NDM-1. Bakterie te odporne są na prawie wszystkie antybiotyki, w tym również na karbapenemy – antybiotyki ostatniej szansy.

Szczepy te po raz pierwszy zidentyfikowano w New Delhi oraz w Pakistanie. Dzięki turystom izolowano je również w Wielkiej Brytanii, w Belgii (przypadek śmiertelny), w Kanadzie, w Szwecji, w Stanach Zjednoczonych, w Holandii i w Austrii, Grecji oraz we Francji.

Kolejną niemiłą pamiątką z tropików mogą być grzybicze wywołwane przez grzyby dimorficzne niespotykane na co dzień w naszym klimacie, wywołujące grzybicze układowe. Zaliczamy do nich: *Sporothrix schenckii* wywołujący sporotrychozę. Grzyby te występują w glebie, na szczątkach roślin (w rozkładającym się materiale roślinnym np. drewnie) na obszarach tropikalnych, subtropikalnych, w południowych terenach USA, Japonii oraz Australii. Wrotami zakażeń są rany powstałe w wyniku urazów mechanicznych. W rejonach takich jak: środkowe i wschodnie tereny USA, Ameryka Środkowa i Południowa, Afryka, Daleki Wschód dominuje *Histoplasma capsulatum* odpowiedzialna za histoplazmozę. Rezerwuarem tych grzybów dimorficz-

nych jest gleba zanieczyszczona odchodami ptaków i nietoperzy. Do zakażenia dochodzi na drodze wziewnej, (np. podczas zwiedzania kurników lub jaskiń zamieszkałych przez nietoperze).

Kolejną grzybicą, o której warto wspomnieć jest kokcydiodomikoza (czynnikiem etiologicznym jest *Coccidioides immitis*). Grzyby te występują najczęściej w glebie na półpustynnych terenach Ameryki Północnej, Środkowej i Południowej. Największe stężenie zarodników obserwuje się w powietrzu atmosferycznym, zwłaszcza podczas burz pyłowych, podczas których obserwuje się zwiększoną liczbę zachorowań.

Afryka, Ameryka Łacińska to obszary, gdzie występują grzyby Zygomycetes. To bardzo liczna grupa różnych rodzajów grzybów wywołujących grzybicę podskórne (objawiające się niebolesnymi, twardymi, dobrze odgraniczonymi obrzękami). *Trichophyton concentricum* to dermatofity odpowiedzialne za grzybicę skóry, która ze względu na charakterystyczne objawy kliniczne nosi nazwę grzybic dachowkowatej lub łuskowatej. Grzyby te występują wyłącznie w klimacie tropikalnym (wyspy Oceanu Spokojnego i Archipelagu Malajskiego, Indie, Ameryka Środkowa). Należy również pamiętać, że hotele, brodziki, baseny, natryski zaliczane są do potencjalnych źródeł zakażeń grzybicą stóp wywołanej przez *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* var. *granulosum* czy *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*.

W krajach tropikalnych należy pamiętać także o zakażeniach wirusowych, do których może dojść w wyniku otarcia naskórka, kontaktu z krwią (wykonywanie tatuaży), na skutek ugryzienia przez insekty, przez drogi oddechowe (ortomykso-, paramykso-, rinowirusy), przez przewód pokarmowy (poliowirus, enterowirusy, rotawirusy) oraz układ odczołpiciowy (HIV, HBV, HHV, HPV).

Wirusowe zapalenie wątroby wywoływane jest przez hepatotropowe wirusy, które szerzą się drogą pokarmową (HAV i HEV) oraz drogą parenteralną (HBV, HCV, HDV). Objawy choroby związane są z uszkodzeniem wątroby (wzrost aktywności transaminaz, żółtaczką).

Najczęściej wirusowe zapalenie wątroby typu A występuje na terenach o złym stanie sanitarnym i higienicznym. Bardzo wysoką endemiczność stwierdza się na obszarach Afryki, Azji, Ameryki Południowej i Środkowej. Rezerwuarem HAV są ludzie, szympansy i marmosety. Do za-

każenia dochodzi w wyniku spożycia niepoddanych obróbce termicznej warzyw, owoców, owoców morza oraz skażonej wody. Należy pamiętać, że wirus ten jest inaktywowany przez autoklawowanie, gotowanie, promieniowanie UV oraz środki dezynfekcyjne zawierające chlor.

Zakażenia HAV stanowią 60 % wszystkich przypadków wirusowego zapalenia wątroby na świecie. W Polsce liczba zachorowań w 2011 roku stanowiła 65 przypadków, z czego w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano cztery. Wirus HEV wywołuje objawy podobne do HAV. Jest niestabilny i wrażliwy na czynniki środowiska. Źródłem zakażenia są zakażeni ludzie, makaki, marmosety, tamaryny, szympansy oraz świny, owce i gryzonie. Do zakażenia dochodzi na drodze pokarmowej – głównie poprzez zakażoną wodę, rzadziej zakażoną żywność czy kontakt bezpośredni.

Na wirusowe zapalenie wątroby typu E należy uważać, wyjeżdżając do Afryki, Azji, subkontynentu indyjskiego, Ameryki Południowej czy Środkowej. Zachorowania na WZW typu B występują na całym świecie. Wirus ten przenoszony jest drogą krwi, dlatego też podczas wakacyjnych wypraw należy pamiętać o możliwości zarażenia się tym wirusem. Szczególną uwagę należy zwrócić na zabiegi lecznicze, wymagające przerywania ciągłości tkanek (np. u stomatologa) czy zabiegi „upiększające”, takie jak przekłuwanie ciała, tatuowanie.

W krajach tropikalnych bardzo poważnym problemem są owady, a zwłaszcza komary, które łatwo przenoszą wirusy (najczęściej z rodziny Flaviviridae), które są odpowiedzialne za wiele chorób tropikalnych. Do najważniejszych zaliczamy żółtą febrę, japońskie zapalenie mózgu, malarię czy dengę. Żółta febra występuje na obszarach Afryki Środkowej i Ameryki Południowej. Rezerwuarem są małpy. Choroba przenoszona jest w strefie tropikalnej przez komary. Japońskie zapalenie mózgu występuje endemicznie w Birmie, Indiach, Bangladeszu, Gabonie, Indonezji, Laosie, Malezji, Nepalu, Sri Lance, Tajlandii, Wietnamie i na Filipinach. Źródłem zakażenia są komary przenoszące wirusy zwłaszcza w rejonach wiejskich. Ryzyko zachorowań wzrasta podczas pory deszczowej. Przebieg choroby jest ciężki i odznacza się dużym odsetkiem śmiertelności lub dożywotnim uszkodzeniem mózgu.

Malaria to jedna z trzech najgroźniejszych chorób zakaźnych na świecie. 40–45 % ludności kuli ziemskiej żyje na terenach zagrożonych zimnicą



w ponad 100 krajach świata. Około 91 % stanowi rejon Afryki na południe od Sahary, gdzie liczba zachorowań wynosi 300–500 mln na rok, a rocznie stwierdza się 1,5–2,7 mln zgonów. W Polsce w 2011 roku odnotowano 16 przypadków, a od 01.01 do 30.04. 2012 roku – cztery. Jest to również choroba przenoszona przez komary: *Plasmodium vivax* – zarodziec ruchliwy (80 % zachorowań), *P. falciparum* – zarodziec sierpowaty (15 % zachorowań), *P. malariae* – zarodziec pasmowy oraz *P. ovale* – zarodziec owalny i *P. knowlesi* – zarodziec małpi, który od niedawna zaczął atakować ludzi i jego powszechność nie jest jeszcze potwierdzona. Pierwsze objawy choroby są mało specyficzne – dochodzi do rozwoju cyklicznych napadów gorączki i do rozwoju niedokrwistości.

Świadomość zagrożeń, z jakimi mogą spotkać się podróżujący po krajach tropikalnych, jest wciąż niewystarczająca. Zwiedzanie nowych, odległych dla nas miejsc wiąże się nie tylko z poznawaniem kultury, kuchni oraz zwyczajów miejscowej ludności, ale także z poważnymi komplikacjami zdrowotnymi, ze zgonem włącznie. Podróżujący często zapominają o zachowaniu podstawowych środków ostrożności. Uważają, że już sam pobyt w dobrych hotelach uchroni ich przed chorobami zakaźnymi.

Niestety, często, wyjeżdżając w tropiki, nie posiadają odpowiedniej wiedzy i nie są przygotowani na ewentualne zagrożenia. Dlatego też planując podróż w tropiki, warto zapoznać się z sytuacją epidemiologiczną wybranego kraju np. korzystając ze stron: Głównego Inspektora Sanitarnego (www.gis.gov.pl) czy Światowej Organizacji Zdrowia (www.who.int/ith). Odpowiednie przygotowanie do podróży pod kątem merytorycznym i praktycznym (wykonanie odpowiednich szczepień ochronnych, zabranie apteczki, przestrzeganie zasad higieny) umożliwi powrót z dalekiej podróży tylko z „pięknymi wspomnieniami”.

dr n. med. Emilia Ciok-Pater w latach 2004–2012 asystent w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, obecnie pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy (Dział

Zegar życia

Krzysztof Pałgan

Życie człowieka od narodzin aż do śmierci, wzbudza liczne pytania i zagadki. Począwszy od okresu płodowego po narodziny i okres wzrastania, byt człowieka otoczony jest grubą materią niepewności. Niepewność, a nawet obawy, dotyczą prawidłowego rozwoju płodowego, niepewność czy strach towarzyszą w czasie porodu, i są połączone z możliwymi komplikacjami związanymi z przyjęciem na świat. Następnie w miarę rozwoju człowieka, niepewności generuje już sam rozwijający i dojrzewający, a potem starzejący się człowiek. Niepewności dotyczą praktycznie wszelkich dziedzin życia. W zaawansowanym okresie życia niepewności osiągają swoje maksimum, bo dotyczą wątpliwości doczekania następnego roku, miesiąca, tygodnia czy też dnia.

A zegar rozpoczął już odliczanie czasu...

Tak jak narodziny skupiają zainteresowanie i wyzwają silne emocje najbliższych, tak schyłek życia, a szczególnie zakreszony statystykami podeszły wiek człowieka jest racjonalnie tłumaczony involucją organizmu i naturalnym odchodzeniem, a im starszy człowiek, tym mniejsze emocje związane z postępującym niedołęstwem.

Narodzenie człowieka związane jest z jego krzykiem, który bacznie obserwowany, zaliczany jest do pomyślnych czynników rokowniczych, a witalność pierwszych chwil życia po narodzeniu mierzona jest w skali Virginii Apgar.

Zegar młodości wybija melodie radości...



Zbliżającą się śmierć mogą zwiastować tzw. czynniki złego rokowania, które rozpowszechniły się w wielu jednostkach chorobowych, natomiast nikt dotychczas nie odważył się stworzyć jakiegokolwiek skali czy też miernika samej śmierci.

Zegar kończąc swoją pracę uruchamia dzwony...

Częstym zagadnieniem nurtującym praktycznie każdego człowieka jest pytanie oparte na obserwacji innych, pytanie drążące pewnego rodzaju niesprawiedliwości dotyczącej występowania chorób, jakości życia oraz starzenia; dlaczego u innych osób, pomimo podobnych warunków życia nie występują choroby, a jeśli już wystąpią, to przebiegają łagodnie i bez powikłań, czy też dlaczego procesy starzenia u innych przebiegają łagodniej?

Sporo odpowiedzi na nurtujące pytania może dostarczyć genetyka. Wracając do początkowego okresu życia człowieka, można posłużyć się świetnym przykładem, który ilustruje precyzyjne mechanizmy genetyczne zaangażowane w jego rozwój. Obliczono, że gdyby zabrakło regulacji ekspresji genów odpowiedzialnych za kontrolę wzrostu człowieka, to przyjmując, że dziecko z wagą urodzeniową 3 kg po ok. czterech miesiącach podwaja swoją masę ciała i gdyby w takim tempie rozwój utrzymał się do osiemnastego roku życia to ciężar osiemnastolatka wahałby się w granicach... 354 kg! Zatem istnieje regulacja aktywności licznych czynników wzrostowych, które precyzyjnie są modulowane w czasie rozwoju człowieka. Skoro istnieją mechanizmy genetyczne odpo-

wiedzialne za prawidłowy rozwój, to czy występują także genetyczne uwarunkowania starzenia?

We wrześniu 2011 roku, w czasie olbrzymiego sympozjum poświęconego pulmonologii w Amsterdamie, profesor Peter Barnes stwierdził, że człowiek powinien żyć 122-144 lata, natomiast zaawansowane zniedołężnienie, często obserwowane aktualnie, w wieku 70-80 lat określił mianem „starzenia patologicznego”. Zachodzi więc pytanie dlaczego dochodzi do owego „patologicznego” starzenia? Genetycznymi wykładnikami starzenia są skrócone telomery chromosomalne. Struktury te zlokalizowane są na końcach chromosomów, chronią je przed uszkodzeniem i zapewniają im stabilność. Każdy chromosom ma dwa telomery, a zatem, w komórce człowieka występują 92 telomery. Struktury te nie kodują białek i zbudowane są z nukleotydów w niezmiennych i powtarzalnych TTAGGG. W 1999 roku odkrycie telomerów i telomerazy przez Elizabeth H. Blackburn, Jacka W. Szostaka i Carol W. Greider zostało uhonorowane Nagrodą Nobla. Stwierdzono, że wiele czynników środowiskowych ma zdolność oddziaływania na genom człowieka. Zmiany, polegające na przyłączaniu grup chemicznych do zasad budujących DNA określa się mianem zmian epigenetycznych. Za skracanie telomerów odpowiedzialne są zmiany epigenetyczne, oraz uszkodzenia, które wywołują różnego rodzaju rodniki pochodzenia tlenowego. Eliminacja ze środowiska czynników uszkadzających materiał genetyczny może przyczynić się do wydłużenia średniego wieku życia człowieka. Warto dodać, że modyfikacje materiału genetycznego, a szczególnie liczne mutacje doprowadzają do rozwoju nowotworów. Tak więc poprawa ochrony naszego DNA może wpłynąć zarówno na spowolnienie procesów starzenia jak i poprawić jakość życia. W konsekwencji eliminacji czynników uszkadzających materiał genetyczny wiersz autorski zamieszczony niżej nie będzie w najmniejszym calu oddawał istoty starzenia.

Starzec

*Starymi stopami stępem stąpa starzec
Szusuje swawolnie swą starością
Szczudłami stempluje szosę samotnością
Skrzeczy siarczyście stawami*

*Sęka starymi słowami
Swym smutkiem snuje smętną smugę
Stąpa samotny, skupiony starzec.*

A jeśli już procesy degradacji organizmu muszą nastąpić, to optymalny wariant tej inwolucji zawierają strofy:

O zgrzybieniu

*Panie Boże, jeśli przeznaczyłeś mnie na zgrzybienie,
i koniecznie chcesz abym stał się starym grzybem to proszę:
aby zgrzybienie nie przybrało formy*

*maślaka z jego obślizgłością,
ani kurki pomarszczonej, żółtej i malej,
ani rydza pulchnego i czerwonego,
a już broń Boże muchomora z jego sromotnikowatością,
ani opieńka chwiejącego się i ledwo stojącego,
ani też purchawy.*

*Panie Boże jeśli już muszę zgrzybieć to uczyn to w formie prawdziwka;
pewnie stojącego na swym mocnym konieniu, dostojnie i w kapeluszu*

Pozostaje jeszcze pytanie o zegar. Zapewne każdy człowiek zaopatrzonej jest

we własny zegar. Może jest to zegar telomerowy, który odmierza czas życia? Jeśli nie dotykają nas niespodziewane tragedie, zegar ów tyka sobie z wolna.

A co z odwiecznym eliksirem młodości? Otóż każdy może sobie taki eliksir zafundować. Eliksiem tym może być unikanie wszelkiego rodzaju czynników przyspieszających skracanie telomerów no i... psujących zegar telomerowy, który reguluje się w ten sposób, że przyspiesza i pędzi coraz szybciej do... dzwonów.

dr n. med. Krzysztof Pałgan, Katedra Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Chorzy z zaburzeniami odporności są wśród nas – rozwój immunologii klinicznej w naszym regionie

Sylwia Kołtan

Rys historyczny

Przez wiele lat w naszym regionie zaburzenia odporności rozpoznawano bardzo rzadko. Nieliczne dzieci z podejrzeniem defektu immunologicznego kierowano do Warszawy lub Łodzi. U dorosłych o takich chorobach nie myślano w ogóle... Równocześnie do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Bydgoszczy coraz częściej zgłaszali się rodzice z dziećmi, u których stwierdzano neutropenię, niedobory IgA, z przewlekłymi lub nawrotowymi gorączkami o nieustalonej etiologii, czy też z niepokojąco częstymi i ciężkimi infekcjami. Kilkoro dzieci, zdiagnozowanych w innych ośrodkach, realizowało leczenie substytucyjne ludzkimi dożylnymi immunoglobulinami. Dodatkowo konsekwencją stosowania u dzieci z chorobami nowotworowymi niezwykle zaawansowanych procedur medycznych, takich jak przeszczepienia komórek macierzystych, były niekiedy wtórne zaburzenia odporności.

Kierownik Kliniki, prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki, wychodząc naprzeciw potrzebom, podjął w 2003 roku decyzję o stworzeniu zespołu immunologicznego w strukturach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii. Pierwszym krokiem była rozmowa z najbardziej rozpoznawalnym w owym czasie w Polsce immunologiem dziecięcym, prof. dr hab. n. med. Ewą Bernatowską, a potem udział prof. Wysockiego i dr Sylwii Kołtan w I Jesienno-Zimowej Szkole Immunologicznej w urokliwym Kazimierzu n/Wisłą. I tak to się zaczęło!

Po uzyskaniu specjalizacji przez dr Sylwię Kołtan w zakresie immunologii klinicznej pod kierownictwem prof. Ewy Bernatowskiej w 2006 r. Klinika wystąpiła o przyznanie akredytacji w zakresie immunologii klinicznej, którą uzyskała w 2007 roku. Podpisano również kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług w zakresie diagnostyki i leczenia dzieci z niedoborami odporności. Jako jedyny ośrodek realizujący w regionie usługi w tym zakresie, objęliśmy również opieką grupę dorosłych pacjentów.

Po 5 latach pracy zdiagnozowano niedobory odporności u około 300 dzieci, którym zapewniono w Poradni Immunologicznej i oddziale szpitalnym kompleksową opiekę. Dużym sukcesem było opracowanie i wdrożenie terapii podskórnej ludzkimi immunoglobulinami u dzieci i osób dorosłych. Ogromną zaletą tej metody leczenia jest możliwość jej realizacji w warunkach domowych!

Przez wszystkie te lata kształciły się kolejne osoby w zakresie immunologii klinicznej. Specjalizację w 2012 roku uzyskała dr Elżbieta Grzešek z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz dr Joanna Kołodziejczyk z Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych. Stwarza to szansę na dalszy rozwój istniejącego ośrodka pediatrycznego, jak i przejęcie opieki nad dorosłymi przez ośrodek internistyczny. Od września 2012 roku pacjenci dorośli trafią pod opiekę lekarzy z Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela.

Nielatwe rozpoznanie

Pierwotne zaburzenia odporności u dzieci i dorosłych są rzadkimi schorzeniami, zaliczanymi do grupy tzw. „chorób sierocych”. Są wśród nich nieco częstsze, stosunkowo łagodne niedobory, takie jak izolowany niedobór IgA oraz dramatycznie ciężkie, występujące wyjątkowo rzadko, takie jak ciężki złożony niedobór odporności. Tylko w nielicznych przypadkach wskazane jest leczenie przeszczepieniem szpiku. Zdecydowanie częściej możliwe jest jedynie leczenie objawowe, które nie doprowadza do wyleczenia, ale pozwala chorym wieść normalne życie! Aby tak było, konieczne jest spełnienie dwóch warunków: wczesne rozpoznanie niedoboru odporności, zanim skutek częstych zakażeń dojdzie do nieodwracalnych uszkodzeń narządów wewnętrznych oraz dostęp do specjalistycznej terapii.

Rzadkie występowanie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) powoduje, iż większość lekarzy ma poczucie, że w swoim życiu zawodowym nigdy się z takimi pacjentami nie zetkną. Bardzo się w tym założeniu mylą! W ciągu 6 lat rozpoznano pierwotne zaburzenia odporności u ok. 300 dzieci i kilkunastu dorosłych w województwie kujawsko-pomorskim. Zdarzało się, iż dzieci i dorośli z PNO latami „błąkali” się od jednego specjalisty do drugiego, spędzali całe tygodnie w szpitalach, zanim postawiona została prawidłowa diagnoza. Wielu, zwłaszcza dorosłych, wędruje tak bez rozpoznania do dnia dzisiejszego... Każde kolejne zapalenie oskrzeli i płuc zwiększa ryzyko powstania nieodwra-



Uczestnicy konferencji „Dzień wiedzy o pierwotnych zaburzeniach odporności”

calnych zmian, które pogorszą ich jakość życia, zmniejszą szansę na zdobycie wymarzonego wykształcenia czy podjęcia pracy zawodowej!

Aby do tego nie doszło, konieczne są szkolenia dla lekarzy wszelkich specjalności, gdyż objawy pierwotnych niedoborów odporności są bardzo różnorodne i mogą ujawnić się dopiero u dorosłych! Chorzy trafiają do pulmonologów, alergologów, laryngologów, urologów, nefrologów, neurologów, okulistów...

Kiedy podejrzewać zaburzenia odporności u dziecka i osoby dorosłej?

Symptomatologia zaburzeń odporności jest bardzo bogata. Najbardziej jednak typową cechą chorych z niedoborami odporności jest skłonność do zakażeń: są one częste, mają nierzadko ciężki przebieg, słabo odpowiadają na leczenie i wywołują je niekiedy niezwykle drobnoustroje, w tym oportunistyczne. Niemniej życie uczy, iż u wielu pacjentów, zwłaszcza dorosłych, czas od pierwszych objawów do sprecyzowania prawidłowej diagnozy jest bardzo długi, sięgający nawet wielu lat. Stąd Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Medycznym Komitetem Doradczym Jeffrey Modell Foundation opracowała 10 ostrzegawczych objawów pierwotnych niedoborów odporności u dzieci i 6 u dorosłych. Ważne jest, aby z tymi symptomami zapoznawać studentów medycyny, przypominać lekarzom podczas obowiązkowych szkoleń, czy też konferencji naukowych!

10 ostrzegawczych objawów niedoborów odporności u dzieci:

1. Dwa lub więcej zakażeń ucha środkowego w ciągu roku.
2. Dwa lub więcej nowych zakażeń zatok w ciągu roku, przy braku alergii.
3. Jedno zapalenie płuc rocznie w cią-

gu co najmniej dwóch lat.

4. Przewlekła biegunka z utratą wagi ciała.

5. Nawracające zakażenia wirusowe (przeziębienia, opryszczka, brodawki, kłykciny).

6. Konieczność częstego stosowania antybiotyków dożylnych w leczeniu zakażeń.

7. Nawracające, głębokie ropnie skóry lub narządów wewnętrznych.

8. Uporczywe pleśniawki lub zakażenia grzybicze na skórze lub gdzie indziej.

9. Zakażenia normalnie nieszkodliwymi bakteriami gruźliczopodobnymi.

10. PNO w wywiadzie rodzinnym.

6 ostrzegawczych objawów niedoborów odporności u dorosłych:

1. 4 lub więcej infekcji, wymagających antybiotykoterapii w ciągu roku (zapalenie ucha środkowego, zapalenie oskrzeli, zapalenie zatok, zapalenie płuc).

2. nawracające infekcje lub infekcje wymagające przedłużonej antybiotykoterapii.

3. 2 lub więcej poważnych zakażeń bakteryjnych (zapalenie kości, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznica, zapalenie skóry).

4. 2 lub więcej potwierdzonych radiologicznie zapaleń płuc w ciągu 3 lat.

5. zakażenia o niezwykle lokalizacji lub wywołanej przez niezwykle patogeny.

6. PNO w rodzinie.

Wczesna i prawidłowa diagnoza pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia. U wielu chorych pozwala to na prowadzenie prawie normalnego życia: dzieci chodzą do szkoły, dorośli pracują, a wszyscy mogą realizować swoje pasje.

Razem można więcej!

Aby stworzyć optymalne warunki opieki medycznej i socjalnej nad chorymi z niedoborami odporności, konieczna jest współpraca personelu medycznego z pacjentami. Pozwala ona na

działania edukacyjne, jak żyć z chorobą na co dzień. Daje też większe szanse rozwiązywania problemów, związanych najczęściej z ograniczeniami finansowania terapii, narzucanymi przez NFZ. Ważna jest wewnętrzna integracja środowiska pacjentów, która daje szansę lepszego radzenia sobie z problemami dnia codziennego w kontekście choroby. Taką funkcję pełni Stowarzyszenie na rzecz osób z niedoborami odporności „Immunoprotect”. Efektem współpracy pomiędzy Kliniką Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz stowarzyszenia „Immunoprotect”, była organizacja w roku 2011 i 2012 spotkań edukacyjnych dla pacjentów, gdzie rodzice chorych dzieci i dorośli pacjenci mogli poszerzyć swoją wiedzę na temat choroby i sposobów jej leczenia, spotkać się z psychologami, wziąć udział w zajęciach warsztatowych. Dzieci w tym czasie świetnie się bawiły pod opieką wolontariuszy fundacji „Dr Clown”.

Jeśli muszę się leczyć, to najlepiej w domu...

Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy przez lata była jedynym oddziałem, zajmującym się diagnostyką i leczeniem dzieci i dorosłych z PNO w województwie kujawsko-pomorskim. Zakres wiekowy naszych pacjentów zawierał się w przedziale od 1. dnia do 60. roku życia! Nie ma chyba wielu oddziałów pediatrycznych w Polsce, gdzie obok wnuka jako pacjent mógłby leżeć dziadek!

Klinika jest jednym z niewielu oddziałów w Polsce, który zapewnia wszystkim chorym z PNO, niezależnie od wieku, możliwość leczenia podskórnymi ludzkimi przeciwciałami, realizowanym w warunkach domowych! Aby tego dokonać, trzeba było pokonać wiele przeszkód. Finansowanie leczenia u dzieci jest re-

alizowane w ramach kontraktu z immunologii klinicznej oraz terapeutycznego programu zdrowotnego.

Niestety, według założeń Narodowego Funduszu Zdrowia, program terapeutyczny nie dotyczy dorosłych! Rozliczanie terapii dorosłych w ramach przyznanego kontraktu pediatrycznego spowodowało, iż rok w rok był on przekraczany. Mimo to żaden pacjent, który zgłosił się do Kliniki, nie został odprowadzony z kwitkiem!

Aby chorzy mogli być leczeni w domu, trzeba było opracować standardy takiej terapii, zapewnić dostęp do indywidualnych pomp infuzyjnych, zapewnić lek, przeszkolić najpierw personel, a potem opiekunów lub samych pacjentów! Była to ogromna praca, jednak opłaciło się: w chwili obecnej terapią domową objętych jest 25 pacjentów, w tym 9 osób dorosłych. A największą nagrodą było, gdy jedna z młodych kobiet powiedziała, iż ona nie czuje się chora, ona musi tylko raz na tydzień przetoczyć sobie podskórnym lek!

Mimo ogromnej sympatii do dorosłych chorych z PNO pediatrzy cieszą się, iż wkrótce opiekę nad ich pełnoletnimi podopiecznymi przejmie oddział internistyczny i wierzą, że „dorosli immunolodzy” będą wbrew wszelkim trudnościom promować terapię domową.

Od objawu do rozpoznania – z punktu widzenia chorego

Moje CVID (Roksana i Bartosz Misterek)

Zmienny pospolity niedobór odporności zdiagnozowano u mnie w lipcu 2010 roku. Rozpoznanie postawiono po około 4 latach dolegliwości i poszukiwań, co mi właściwie jest. W międzyczasie zoperowałam zatoki, a także leczono mnie na gruźlicę. Rozpozna-

nie wrodzonego zespołu zaburzeń odporności (tzw. pospolitego zmiennego niedoboru odporności, CVID) spowodowało wdrożenie odpowiedniego leczenia, polegającego na przetoczeniach ludzkich immunoglobulin.

Początek terapii był prowadzony w szpitalu, gdzie otrzymywałam immunoglobulinę w postaci przetoczeń dożylnych raz na miesiąc. Po oswojeniu z lekiem i sytuacją, mniej więcej po trzech miesiącach, zdecydowano o możliwości przetaczania podskórnego w warunkach domowych. Szybko opanowałam „warsztat” przygotowania leków do przetoczenia oraz sposobu zakładania właściwego wkłucia. To tylko tak skomplikowanie wygląda, a w rzeczywistości jest możliwe dla każdego. Aktualnie posługuję się pompą infuzyjną, którą wykorzystuję do podawania immunoglobulin raz na tydzień. Leczenie uzyskało zupełnie inne oblicze – bezstresowe i o wiele bardziej komfortowe. Pompa infuzyjna jest wygodna w użyciu. Ma małe rozmiary i swobodnie można ją „wcisnąć” za pasek. Nie krępuje ona ruchów i nie przeszkadza mi w wykonywaniu codziennych czynności. Przetoczenie wykonuję zawsze tego samego dnia i jest to czas zarezerwowany na „wlewy”. Podczas cichej pracy pompy mogę gotować, bawić się z dziećmi, czy iść na spacer. Co więcej, zabieram pompę infuzyjną i lodówkę z lekami na każdy wyjazd, albowiem nasza rodzinka bardzo lubi podróżować. Immunoglobuliny jechały już do Szwajcarii, Chorwacji, Czech, a nawet leciały na Kretę i Wyspy Kanaryjskie! Leki w postaci ampułek odbieram co 3 miesiące ze szpitala, a przy okazji wykonywane są badania kontrolne z oceną poziomu przeciwciał odpornościowych. Mimo tego, iż częstotliwość podawania leku wzrosła do czterech miesięcznie, jestem bardzo zadowolona z faktu, że odbywa się to w warunkach domowych.

Można powiedzieć, iż o chorobie przypominam sobie tylko cztery razy w roku, odwiedzając szpital w celu uzupełnienia zapasów!

Jestem chory, ale mogę żyć normalnie (Rafał Błaszczyk)

Choruję na niedobór odporności blisko 20 lat. Właściwie choruję to za duże słowo. Jestem zdrowym człowiekiem, który raz na tydzień przyjmuje ustaloną dawkę leku, wolę tak. Nie jestem przez to wykluczony z normalnego życia. Funkcjonuję jak większość młodzieży. Od najmłodszych lat uczęszczałam do szkoły. Pierwszym krokiem była szkoła muzyczna, wybrałam fortepian. I tak zostało do dziś. Studiuję na Akademii Muzycznej im. Feliksa Nowowiejskiego w Bydgoszczy. Jest to pasja, którą realizuję od dziecka i choroba w żadnym stopniu mi nie przeszkodziła i miejmy nadzieję, tak zostanie.

Sport? – dlaczego nie. Uwielbiam piłkę nożną, koszykówkę niestety muszę sobie odpuścić ze względu na ewentualne kontuzje rąk. Ale nie przez chorobę. Narty to moje drugie hobby, które bez przeszkód mogę realizować, jeśli oczywiście sprzyja pogoda. Co mogę powiedzieć o podskórnych immunoglobulinach? Jest to wielkie udogodnienie dla osób takich jak ja. Prowadzę aktywny tryb życia i częste wyjazdy związane z wszelkimi konkursami nie muszą być dostosowywane do wizyt w szpitalu. Wystarczy pamiętać, żeby raz w tygodniu przetoczyć sobie lek. Niestety, potrzeba na to sporo czasu. Ja potrzebuję blisko 3 godzin, ale... Coś za coś. Mam tylko nadzieję, że w przyszłości w jednej fiole znajdzie się więcej gramów leku, w wyniku czego toczenie będzie mniej czasochłonne.

dr n. med. Sylwia Kołtan jest lekarzem zajmującym się leczeniem zaburzeń odporności w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. Konsultant wojewódzki ds. immunologii klinicznej

przedruk z Primum Non Nocere 2012 nr 10, s. 13-15

Dzień wiedzy o pierwotnych zaburzeniach odporności

8 września 2012 roku odbyła się konferencja organizowana przez Katedrę i Klinikę Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM UMK i Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Współorganizatorem było Stowarzyszenie na rzecz osób z niedoborami odporności „Immunoprotect”.

Niezwykłość spotkania polegała na tym, iż w jednej sali zasiedli lekarze, pielęgniarki oraz pacjenci! Stworzyło to nową płaszczyznę do wypracowania optymalnych zasad opieki nad chory-

mi z pierwotnymi niedoborami odporności. Pozwoliło również spojrzeć na problemy tej szczególnej grupy ludzi z różnych punktów widzenia. Ważnym elementem spotkania były zajęcia warsztatowe w zakresie przetoczeń podskórnych ludzkich immunoglobulin. Bo teoria teorią, a jak się samemu trzyma igłę, to już trochę trudniej!

Podczas konferencji była możliwość spotkania i rozmowy z: – prof. Janem Styczyńskim – Kliniką Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy – dr n.

med. Sylwią Kołtan – konsultantem wojewódzkim ds. immunologii klinicznej, która stworzyła podwaliny pod rozwój tej dziedziny medycyny w naszym regionie – dr Elżbietą Grześ i dr Joanną Kołodziejczyk, które w tym roku zasiadły grono specjalistów immunologii w naszym województwie – Adrianem Góreckim – prezesem Stowarzyszenia na rzecz osób z niedoborami odporności „Immunoprotect” – chorymi z pierwotnymi niedoborami odporności.

przedruk z Primum Non Nocere 2012 nr 10, s. 15

Czasopisma zawodowe w pielęgniarstwie

Mirosława Kram

Częścią każdego artykułu naukowego lub pracy dyplomowej – licencjackiej i magisterskiej w pielęgniarstwie jest piśmiennictwo. Tu każdy autor obok cytowań z druków zwartych, czyli książek, podręczników, monografii, podaje cytowania z druków ciągłych, czyli czasopism. Ze względu na częstotliwość ukazywania się danego czasopisma wyróżnia się: tygodnik, dwutygodnik, miesięcznik, kwartalnik, półrocznik. Na rynku wydawniczym w Polsce aktualnie ukazuje się kilka czasopism dla pielęgniarek. Mają one różną rangę: od magazynu popularno-naukowego do czasopism naukowych. Wszystkie one są cennym źródłem wiadomości koniecznych w opracowywaniu artykułów i prac a także w codziennej pracy zawodowej.

Czasopisma naukowe

Wyróżniają się tym, że posiadają Radę Naukową, która odpowiada za merytoryczną i naukową wartość publikowanych artykułów podlegających naukowej recenzji przez dwóch niezależnych recenzentów.

Pierwszym czasopismem pielęgniarstwu wydawanym w okresie międzywojennym, w latach 1929-1939 był miesięcznik *Pielęgniarka Polska*. Było to pismo polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych, którego redaktorem naczelnym przez cały okres wydawniczy była Hanna Chrzanowska. Celem czasopisma było podniesienie rangi zawodu, popularyzowanie wiedzy o osiągnięciach w medycynie, doradzanie absolwentkom szkół pielęgniarstwa w ich pracy zawodowej. Stałymi rubrykami czasopisma były: „Kronika pielęgniarstwa” oraz „Przegląd pism krajowych i zagranicznych”. Na łamach czasopisma Hanna Chrzanowska przedstawiała m.in. szkolnictwo zagraniczne, zachęcając tym samym do poszukiwania nowoczesnych rozwiązań w kształceniu pielęgniarek w Polsce. Zwracała jednocześnie uwagę, że wszelkie zmiany w kształceniu pielęgniarek, opierające się na doświadczeniach zachodnich, nie mogą być przenoszone bezkrytycznie na grunt polski.

Pielęgniarstwo XXI wieku

(dwumiesięcznik) z siedzibą w Lublinie jest Wydawnictwem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jest czasopismem będącym forum wymiany informacji środowisk akademickich zajmujących się zdrowiem i chorobą człowieka w obszarze nauk medycznych w tym medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa, a także nauk humanistycznych, zarówno pracowników akademickich jak i studentów. Problematyka podejmowana w czasopiśmie jest podzielona na cztery działy: artykuły oryginalne, artykuły poglądowe/przeglądowe, artykuły kazuistyczne i recenzje. Nadsyłane do redakcji prace są recenzowane anonimowo przez członków Rady Programowej czasopisma.

Problemy Pielęgniarstwa (kwartalnik) – to czasopismo Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z siedzibą redakcji w Gdańsku i wydawanym przez Wydawnictwo Medyczne Via Medica. Ukazujące się od 1993 roku „Problemy Pielęgniarstwa” to czasopismo, w którym publikowane są recenzowane artykuły poglądowe, oryginalne prace badawcze z dziedziny pielęgniarstwa i dziedzin pokrewnych, sprawozdania, komentarze, recenzje oraz oficjalne stanowiska międzynarodowych stowarzyszeń zawodowych. Kwartalnik ten skierowany jest do szerokiego grona środowiska pielęgniarstwa stawiającego na rozwój zawodowy i edukację. Patronat nad czasopismem sprawuje Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, będące członkiem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN).

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne

(kwartalnik) – siedzibą redakcji jest Bydgoszcz, a wydawcą Wydawnictwo Termedia (Poznań). Czasopismo porusza zagadnienia związane z chorobami naczyniowymi i jest skierowane do pielęgniarek chirurgicznych i angiologicznych. Wydawane od 2007 roku, publikuje prace oryginalne z dziedziny pielęgniarstwa chirurgicznego i angiologicznego, w tym opisy przypadków oraz poglądowe i streszczenia ze zjazdów i konferencji oraz listy do redakcji.

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

(kwartalnik) – z siedzibą we Wrocławiu, Wydawnictwo Uniwersytetu we Wrocławiu. Czasopismo zamieszcza recenzowane, oryginalne prace badawcze dotyczące pielęgniarstwa i zdrowia publicznego oraz artykuły poglądowe. Publikuje ponadto artykuły redakcyjne, listy do redakcji, sprawozdania i materiały

ze zjazdów naukowych, recenzje książek, komunikaty o planowanych kongresach i zjazdach naukowych.

Czasopisma popularno – naukowe

Magazyn Pielęgniarki i Położnej

Wydawcą miesięcznika jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie. Zawsze kolejny numer otwiera dział pod nazwą Wydarzenia, z którego dowiedzieć się można o konferencjach i zjazdach mających się odbyć w danym kwartale lub półroczu. Dział Pielęgniarstwo zawiera artykuły dotyczące właśnie tej dziedziny wiedzy. Autorkami artykułów są pielęgniarki i położne będące pracownikami naukowymi, nauczycielami akademickimi, naczelnymi pielęgniarkami w szpitalach, przychodniach, pielęgniarkami specjalistki, pielęgniarkami oddziałowe oraz studenci kierunku Pielęgniarstwo lub Położnictwo. Coraz częściej piszą do magazynu lekarze wielu specjalności, rehabilitanci, psychologowie, pedagodzy, dietetycy itp. Dział tematyczny zatytułowany Praktyka dotyczy artykułów z praktyki pielęgniarstwa. Ich treść przybliża problematykę opieki pielęgniarstwa w różnych jej specjalnościach. Prezentowane są artykuły niemalże ze wszystkich specjalizacji pielęgniarstwa, żeby wymienić: anestezjologiczne, diabetologiczne, kardiologiczne, pediatryczne, chirurgiczne, onkologiczne, geriatryczne, psychiatryczne, w opiece paliatywnej, ratunkowe, epidemiologiczne, neonatologiczne, organizacje i zarządzania. W czasopiśmie jak przystało na tytuł swoje miejsce ma także dział Położnictwo. Dla przykładu można podać tytuły artykułów jednego z numerów magazynu: „Jakość opieki prenatalnej i perinatalnej”, „Prawidłowe żywienie dzieci”, „Pierwsze dziecko – ogrom wahań i wątpliwości”, „Konflikt serologiczny”, „Pielęgnowanie skóry noworodka i niemowlęcia”, „Jak pomóc rodzicom przedwcześnie narodzonego dziecka”.

Nie jest czasopismem sensu stricto, a jednak ważnym dla pielęgniarek czynnych zawodowo **Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**. Dwumiesięcznik – wydawany już od ponad 10 lat przez bydgoską Izbę PiP, spełnia ważną funkcję informacyjną. Spis treści każdego z numerów zawiera zagadnienia dotyczące pielęgniarek: ich kwalifikacji, studiów, form doksztalcania się, itp., Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz

artykuły dotyczące problemów w pielęgniarstwie. Każdy numer jest dostępny w wersji elektronicznej na stronie internetowej Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Podsumowanie

Systematyczne czytanie zawodowych czasopism jest oznaką kultury zawodowej pielęgniarki, a konieczność kształ-

czenia się wymusza intensywny postęp nauki, medycyny i pielęgniarstwa.

dr Mirosława Kram jest adiunktem w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Prace licencjackie z pielęgniarstwa

Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z cukrzycą leczonym stomatologicznie.

Przedstawiona praca licencjacka została napisana w Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego pod kierunkiem dr Alicji Marzec w roku akademickim 2011/12. Autorem pracy jest lic. piel. Małgorzata Augustyniak, studentka studiów niestacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo. Praca dyplomowa ma charakter poglądowy (przeglądowy) i polega na wnikliwej analizie artykułów z druków ciągłych i zwartych lekarskich i pielęgniarzkich z zakresu podjętego tematu. Praca w oryginale liczy 45 stron tekstu i zawiera typowy układ dla prac poglądowych, tj. spis treści, wstęp, pięć rozdziałów, podsumowanie, streszczenie w języku polskim i angielskim, piśmiennictwo, spis tabel oraz spis rycin.

Kliniczne podstawy cukrzycy

Cukrzycę (łac. diabetes mellitus) definiuje się jako grupę chorób metabolicznych charakteryzujących się podwyższonym stężeniem glukozy we krwi jako następstwo defektu wydzielania lub działania insuliny. Prowadzi to nie tylko do głębokich zaburzeń w gospodarce węglowodanowej, ale także tłuszczowej, białkowej oraz wodno-elektrolitowej. Obecnie wyróżnia się następujące postacie choroby: cukrzycę typu 1, która dotyczy dzieci, młodzieży i młodych dorosłych (do 30 r. ż), charakteryzuje się całkowitym niedoborem insuliny i przez to wymaga systematycznego jej podawania drogą podskórną; cukrzycę typu 2 zwaną cukrzycą insulinoniezależną, która występuje u osób dorosłych. Powstaje wówczas, gdy komórki beta w trzustce produkują zbyt mało insuliny do potrzeb organizmu. Czynnikiem sprzyjającym jej wystąpieniu są: otyłość, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze krwi. Jest leczona doustnymi preparatami insuliny. Wyróżnia się także cukrzycę ciężarnych, która jest przemijająca oraz inne określone typy

powstające w przebiegu chorób trzustki, podawania niektórych leków (tzw. cukrzyca polekowa). Cukrzyca jest istotnym problemem zdrowotnym ze względu na wzrastającą liczbę zachorowań i społeczno-ekonomiczne skutki choroby. Cukrzyca jest chorobą, która przez wiele miesięcy, a nawet lat może przebiegać bezobjawowo. Choroba może rozpoczynać się bardzo łagodnie, z okresowymi wyższymi stężeniami glukozy we krwi. Chorobie towarzyszy zauważalna skłonność do nadmiernego przyjmowania płynów (polidypsja) oraz wielomocz (poliuria). Dochodzi do zmniejszenia masy ciała. Mogą pojawić się zmiany ropne na skórze. Rzadziej, początek choroby może być nagły. W ciągu kilku dni rozwija się ciężka kwasica ketonowa, kończąca się śpiączką. Nierzadko ujawnieniu się cukrzycy sprzyja infekcja bakteryjna lub wirusowa.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą. Leczenie farmakologiczne u dorosłych polega na doustnym podawaniu preparatów insuliny. Leczenie nefarmakologiczne polega na edukacji pacjenta w zakresie zdrowego stylu życia, propagowaniu aktywności fizycznej i stosowaniu właściwej diety, pomiaru masy ciała, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, systematycznego pogłębiania wiedzy diabetologicznej.

Pacjent z cukrzycą w gabinecie stomatologicznym

Lekarz stomatolog podczas badania podmiotowego i przedmiotowego ocenia stan zdrowia zębów, błonę śluzową jamy ustnej, dziąsła, wargi, język i okoliczne węzły chłonne. Kontrola stomatologiczna powinna odbywać się systematycznie, co najmniej 2 razy do roku. Pacjent powinien wiedzieć, że cukrzyca wiąże się z obniżoną odpornością ustroju, co sprzyja występowaniu infekcji. Dlatego utrzymanie zdrowej jamy ustnej wymaga stałej opieki stomatologa i diabetologa przy świadomej współpracy pacjenta.

Pierwszym etapem leczenia stomatologicznego pacjentów z cukrzycą jest zmotywowanie ich do właściwych zachowań zdrowotnych, instruktaż higieny jamy ustnej, usunięcie kamienia nazębnego oraz rozchwianych zębów, korekta koron, protez i wypełnień zębów.

Jak podaje literatura przedmiotu, przy-

najmniej raz w życiu chory na cukrzycę wymaga interwencji chirurgicznej, np. z powodu ropnia okołozębowego. Każdy zabieg chirurgiczny powoduje stres neuroendokrynnny spowodowany zaburzeniem wydzielania insuliny i wzrostem aktywności glukagonu, kortyzolu i katecholamin. Hiperglikemia sprzyja namnażaniu bakterii chorobotwórczych, a tym samym utrudnia gojenie się ran pooperacyjnych. Stąd zachodzi konieczność otoczenia tej grupy pacjentów specjalną troską i zastosowania nowych standardów leczenia stomatologicznego. Do gabinetu trafiają także pacjenci zgłaszający dolegliwości spowodowane suchością jamy ustnej – kserostomią. Powoduje ona dolegliwości bólowe, utrudnia połykanie i mówienie. W leczeniu stosuje się lubrykanty (wazelinę, glicerynę) i substytuty śliny. Środki te dostępne w postaci roztworu, żelu lub tabletek do rozpuszczania korzystnie wpływają na stan jamy ustnej. W celu poprawy nawilżenia jamy ustnej wskazane jest częste picie wody, bądź napojów bezcukrowych lub ssania kostek lodu. Aby nie dopuszczać do wysychania jamy ustnej pomocne są systematyczne i dokładne zabiegi higieniczne z zastosowaniem szczoteczki do zębów, nici dentystycznych, i płynów do płukania jamy ustnej. Na poprawę oddechu pozytywnie działa żucie gumy bezcukrowej lub świeżych ziół, takich jak: pietruszka czy mięta. Najważniejsze jest to, aby pacjent zrozumiał swój problem, jego konsekwencje i nauczył się radzić sobie z nim.

Edukacja zdrowotna

Profilaktyczne zabiegi stomatologiczne w połączeniu z właściwą higieną skutecznie eliminują choroby zębów i tkanek okołozębowych. W edukacji zdrowotnej pacjenta zwraca się uwagę na cztery podstawowe elementy: stosowanie prawidłowych zasad higieny jamy ustnej, tj. dwa razy w ciągu dnia (rano i wieczorem) szczotkowanie zębów przez 2-3 minuty połączone z masażem zębów; stosowanie nici dentystycznych do czyszczenia przestrzeni międzyzębowych, stosowanie płynów do płukania jamy ustnej; systematyczne monitorowanie poziomu glukozy we krwi; współpraca z zespołem terapeutycznym – lekarzem stomatologiem, pie-

lęgniarką, higienistką stomatologiczną; systematyczne usuwanie zębów nazębnych w gabinecie stomatologicznym.

Szczotkowanie zębów jest podstawowym zabiegiem higienicznym. Bardzo ważny jest dobór szczoteczki i pasty do zębów. Optymalne szczoteczki mają średnio miękkie włosie. Miękka szczoteczka powinna być stosowana w przypadku nadwrażliwości szyjek zębowych oraz ostrych stanów zapalnych toczących się w przyzębiu. Szczoteczkę należy wymieniać co 3 miesiące lub wcześniej po jej zużyciu. U chorych na cukrzycę istotne jest stosowanie pasty do zębów o działaniu przeciwwzapalnym i przeciwbakteryjnym.

Zabiegiem wspomagającym szczot-

kowanie jest czyszczenie powierzchni stycznych zębów i przestrzeni międzyzębowych przy użyciu nici dentystycznych. Zabieg nitkowania powinno się wykonywać przynajmniej raz dziennie.

Ważnym elementem higieny jamy ustnej jest stosowanie płukanek, które rozluźniają resztki pokarmowe i osady nazębne, usuwają bakterie i przywracają właściwe PH jamy ustnej. Napary z liści szalwi, mięty pieprzowej, rumianku działają przeciwwzapalnie i ściągająco.

Higiena jamy ustnej obejmuje także czyszczenie języka. Specyficzna budowa języka sprawia, że jest on dobrym miejscem dla rozwoju bakterii i drożdżaków. Zgromadzony na języku nalot jest źród-

łem nieświeżego oddechu. Do czyszczenia języka służą specjalne skrobaczki, dostępne w aptekach i drogeriach.

Podsumowanie

Wszystkie zabiegi pielęgnacyjne jamy ustnej mające na celu wyeliminowanie czynników miejscowych i będących siedliskiem bakterii odpowiedzialnych za powstawanie zmian chorobowych w przyzębiu powinny być wykonywane systematycznie – rano i wieczorem, z zastosowaniem wskazanych metod profilaktyki i środków higieny jamy ustnej.

oprac. Mirosława Kram

...takie były początki. Z dziejów ratownictwa medycznego na ziemi kujawsko-pomorskiej na przełomie XIX i XX w.

Walentyna Korpalska

Drugą połowę XIX w. w rozwiniętych państwach europejskich znamionował przyspieszony rozwój gospodarczy. W Rzeszy Niemieckiej rozwój nowoczesnych metod zarządzania państwem, dynamiczna industrializacja, rozwój ekonomiczny i społeczny zwróciły uwagę na problemy zdrowotne pracowników współtworzących dobrobyt gospodarczy kraju. Obawa przed utratą sił roboczych oraz dezorganizacją życia ekonomicznego spowodowała, że warstwy rządzące podjęły starania w zakresie reform ochrony zdrowia. Należało zorganizować określony system pomocy umożliwiając-

cy w przypadkach losowych udzielenie wsparcia materialnego i medycznego. Za czasów rządów kanclerza Rzeszy Ottona Bismarcka wprowadzono pakiet ustaw ubezpieczeniowych. Nastąpił wzrost interwencji państwa na rynku usług leczniczych. Tworzono podstawy organizacji nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej. Procesy te znalazły także swoje odbicie na obszarze rejencji bydgoskiej i jej stolicy, wówczas w zaborze pruskim.

Wraz z rozwojem zróżnicowanych form opieki zdrowotnej wzrastało zapotrzebowanie na szybką pomoc lekar-

ską. Po tragicznym w skutkach pożarze w wiedeńskim teatrze w 1883 r. w większych miastach Europy zaczęto organizować pomoc doraźną oraz zabezpieczenie medyczne w przypadkach masowych katastrof. Na ziemiach polskich pod zaborem pierwsze stacje doraźnej pomocy medycznej – pogotowia ratunkowego powstały w 1891 r. w Krakowie, w 1897 r. w Warszawie i w 1899 r. w Łodzi.

Bydgoszcz nie dorównywała wielkością największym miastom, ale drugą połowę XIX w. charakteryzowały przyspieszony rozwój gospodarczy, dynamiczny przyrost ludności i rozwój przestrzenny tej aglomeracji miejskiej. Miasto stanowiło – obok Poznania – ważny ośrodek przemysłowy w prowincji poznańskiej. Na władzach miejskich spoczywał obowiązek sprawnego zorganizowania instytucji opieki zdrowotnej i służb komunalnych.

Już w 1897 r. z inicjatywy Bydgoskiej Ochotniczej Kolumny Sanitarnej (Verband Freiwilliger Sanitätskolonnen) zorganizowano pierwsze stanowiska do udzielania doraźnej pomocy, wyposażone w nosze i zestawy pierwszej pomocy. Były one oznaczone tablicami Czerwonego Krzyża i znajdowały się między innymi w teatrze Elysium (dzisiaj teren Teatru Polskiego), w restauracji Patzera przy ul. Św. Trójcy (obecnie znajduje się tam budynek ZUS), gdzie w ogrodzie była scena widowiskowa, oraz w restauracji przy ul. Dworcowej.

Z inicjatywy członków Ochotniczej Kolumny Sanitarnej, przy wsparciu władz



zdjęcie ze zbiorów dr M. Boguszyńskiego



zdjęcie ze zbiorów dr M. Boguszyńskiego

miejskich, 4 czerwca 1898 r. otwarto w Bydgoszczy, w salach lokalu Natanela Patzera, wystawę przemysłowo-rzemieślniczą. Wzięły w niej udział również firmy produkujące wyposażenie szpitali, aparaty do dezynfekcji, apteczki pierwszej pomocy, nosze, a także pojazdy do transportu rannych. Jedną z głównych nagród na wystawie przyznano rowerowi do przewozu rannych. Wykonał go bydgoski rzemieślnik Wilhelm Oklitz, według wskazówek lekarza wojskowego dra Heringa.

Pod koniec XIX w. w Bydgoszczy zostały ukształtowane zręby otwartej i zamkniętej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie ubezpieczeń społecznych wpłynęło na znaczący przyrost liczby łóżek szpitalnych. Należało zapewnić jak najszybszy dowóz chorych, rannych i poszkodowanych w wypadkach do placówek opieki zdrowotnej. Tak jak w wielu miastach specjalny zespół wyjazdowy przygotowany do udzielania pierwszej pomocy w miejscu wypadku początkowo był powiązany z jednostką straży pożarnej.

W 1902 r. z budżetu miasta zakupiono kryty wóz sanitarny (Krankenwagen), który stał się zaczątkiem pogotowia ratunkowego. Był to pojazd konny, jego obsługę stanowili woźnica i dwaj sanitariusze. Miejscem jego postoju był kościół Klarysek, który władze niemieckie zamieniły na remizę strażacką. Dysponentem wozu była Miejska Straż Pożarna, a zasady jego użytkowania regulowała specjalna instrukcja z 27 listopada 1902 r., a więc sprzed 110 lat. W myśl instrukcji wozem sanitarnym przewożono nie tylko rannych poszkodowanych w wypadkach, ale także chorych do szpitala i z powrotem

do domu, zawsze na podstawie skierowania lekarskiego. Wzywany na miejsce wypadku lekarz dochodził pieszo lub dojeżdżał własnym transportem. Instrukcja wykluczała możliwość transportu zwłok i osób pijanych. Udzielano jednak doraźnej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem. Wzorem innych miast powołano w Bydgoszczy Trinker Rettungsbrigade, których zadaniem było odwożenie znalezionych na ulicy pijanych do lekarza lub do przytułku dla mężczyzn. W przypadku przewożenia zakaźnie chorych pojazd miał podlegać dezynfekcji, a użytą bieliznę i koce przekazywano do komory dezynfekcyjnej w Szpitalu Miejskim. Na terenie miasta obowiązywał zaprzęg jednokonny, poza jego granicami dwukonny. Koszt usługi w mieście wynosił 3 marki, poza granicami miasta 6 marek.

Jak pokazało życie, instrukcja nie zawsze była przestrzegana. W kwietniu 1903 r. chora wymagała pilnego przewiezienia do szpitala na operację, jednak w straży pożarnej zabrakło koni, które były w tym czasie wykorzystywane przez służby oczyszczania miasta. Pomocy udzielił jeden z miejscowych kupców, który pożyczył własne konie. Konny ambulans sam też był sprawcą wypadków. Zachowały się protokoły z opisami kolizji między tramwajem elektrycznym a wozem sanitarnym. Tak rozpoczęło swoją działalność bydgoskie pogotowie ratunkowe.

W 1912 r. Straż Pożarną przeniesiono do nowego budynku przy ul. Pomorskiej. Tam też odtąd stacjonował wóz sanitarny. Użytkowany przez 12 lat wóz konny wymagał jednak remontu lub wymiany. Wiosną 1914 r. Rada Miejska rozważała kupno

drugiego wozu. Dotychczas użytkowany, po remoncie, mógłby służyć do przewozu chorych zakaźnie. Planowano też zakup samochodu do transportu rannych, ale było to uzależnione od zmotoryzowania Miejskiej Straży Pożarnej. Na posiedzeniu Rady Miejskiej część radnych była zdania, że są chorzy, którzy boją się jazdy samochodem, więc w transporcie sanitarnym powinien być również wóz o zaprzęgu konnym. Rada Miejska wniosek zaakceptowała, ale wybuch wojny starania te przerwał.

Pogotowie ratunkowe w pełnym tego słowa znaczeniu powstało dopiero w okresie międzywojennym. Na początku lat 20. XX w. nie nastąpiły jeszcze istotne zmiany. Nowe, polskie władze miejskie przejęły zarówno dotychczasowe rozwiązania formalnoprawne z zakresu systemu ochrony zdrowia, jak i placówki opieki zdrowotnej. W pomocy doraźnej dominował transport konny. Przełom nastąpił w 1926 r., kiedy dla Miejskiej Straży Pożarnej zakupiono kilka specjalistycznych samochodów, w tym dwie karetki. Oficjalne otwarcie Pogotowia Ratunkowego, mającego swoją siedzibę przy Miejskiej Straży Pożarnej na ul. Pomorskiej, nastąpiło 1 lipca 1927 r. Nastąpiły widoczne zmiany: stajnie zamieniono na garaże, a magazyny na furaz mieściły teraz materiały pędne. Wprowadzono stałe dyżury lekarskie. Usprawniono komunikację: dyżurny strażak przyjmował wezwania do wypadków i nagłych, ciężkich zachorowań. Pogotowie Ratunkowe stało się ważną jednostką organizacyjną w systemie opieki zdrowotnej.

dr hab. Walentyna Korpalska jest kierownikiem Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniarstwa

Rośliny lecznicze Tatr

Daria Butrym



Arcyziągiewka litwor



Kozłowiec górski



Tatry latem, na pierwszym planie: wierzbówka kiprzyca, fot. Daria Butrym

Przebogata flora tatrzańska powstała przez dziesiątki wieków. W jej wieloletniej historii bywały okresy kiedy to całe Prądatry zalewane były przez ciepłe i zimne morza. Ślady tej pradawnej flory, dziś już dawno wymarłej, dostępne są nam dzisiaj jedynie w postaci odcisków i skamielin. Owy skalny notatnik przyrody obfituje w odciski migdałów, palm, eukaliptusów, które dzisiaj możemy obejrzeć w Muzeum Tatrzańskim w Zakopanem.

Po okresie zalewowym nastał w Prądatrach okres ciepłego klimatu, kiedy to zwłaszcza tereny podgórza zakwitły hibiskusami, magnoliami i innymi egzotycznymi roślinami. Klimat znów się zmieniał, przyszło ochłodzenie i epoka lodowcowa, która spowodowała bezpowrotnie wyginiecie ciepłolubnych roślin. Tylko nielicznym, tym bardziej odpornym, udało się pozostać przystosować do zimniejszego klimatu. Rośliny spychane przez śniegi w dół, zeszyły w końcu niemalże całkowicie na niż podkarpacki i tu spotkały i zmieszały z innymi „uciekającymi” roślinami gór Europy. Epoka ta trwała około 600.000 lat, w tym okresie pojawiały się cieplejsze fazy, nawet tak ciepłe, że lodowce tatrzańskie kilkakrotnie się cofały. Rośliny uciekające przed zimnem wycofywały się w niższe i cieplejsze miejsca, gdzie mieszały się z roślinami już uprzednio przybyłymi. W ten sposób do podnóża Tatr, a potem i wyżej dostały się rośliny arktyczne, przybyłe z dalekich gór Azji, jak na przykład szarotka i limba, które trafiły do nas z Gór Ałtajskich. Po ostatniej fali zlodowacenia Tatry prawie

w całości stanowiły pustynię skalną, której jedynym ozdobnikiem były kępki ziół i traw pojawiające się z rzadka, a u stóp Tatr rozciągała się tundra stanowiąca mieszaninę roślin, które dzisiaj znajdziemy pod biegunem, były tam i rośliny z hal alpejskich i rośliny stepowe. Dzisiejszy obraz Tatr i ich bujnych zielonych zboczy tworzył się przez około 10.000 lat. Wraz z ocieplającym się klimatem coraz wyższe partie gór zaczęła zajmować kosodrzewina wraz z limbą, brzozą, modrzewiem, sosną oraz roślinami zielnymi. Świerk jako bardzo zachłanne drzewo wyparł prawie całkowicie sosnę, którą spotkać możemy jedynie na najbardziej niedostępnych urwiskach, skałkach, właśnie jako relikwii pierwszych czasów polodowcowych. Prawie równocześnie z brzozą w Tatrach pojawiły się inne drzewa liściaste tj. lipa, olcha, a wraz z ociepleniem klimatu w reglu dolnym pojawiły się klony, jawory, leszczyna.

Klimat nieustannie się jednak zmieniał, stawał się chłodniejszy, w drzewostanie zaczęły pojawiać się buk i jodła, które jako mniej wymagające rośliny wyparły większość przybyłych tam wcześniej drzew liściastych. Z nowych drzew pojawił się jeszcze cis, dzisiaj prawie doszczętnie już wyniszczony. Cały czas możemy obserwować zmiany w szacie roślinnej. Klimat i gleba to główne czynniki decydujące o ilości i gatunkach rosnących roślin, obecnie możemy zaobserwować wyraźny wpływ człowieka na skład florystyczny Tatr. Tak zwane rośliny synantropijne, czyli te przyniesione przez człowieka to najmłodszy przybysz. Niestety prawie wszystkie te rośliny to odporne chwasty, które z czasem zapewne wyparą rodzime rośliny. Dlatego należy bardzo dbać o to, by chwasty nie miały dogodnych warunków do dalszej ekspansji. Chodzi tu głównie o dbałość o czystość ścieżek górskich oraz terenów koło schronisk, nie można również dopuszczać do nadmiernego wypasu.

Klimat jest głównym czynnikiem wpływającym na roślinność górską. Mówiąc o klimacie górskim należy pamiętać, że nie jest on jednaki na każdej wysokości. Klimat Doliny Kościeliskiej, czy Chochołowskiej znacznie różni się od klimatu Doliny Pięciu Stawów, czy też klimatu panującego na szczytach Łomnicy, Rys i Lodowego. Te różnice klimatyczne

spowodowały pojawienie się bardzo charakterystycznych dla gór pięter roślinności.

Najniższe piętro leśne czyli reglowe sięga od 1000 do 1500 m n.p.m. Dzieli się ono na regiel dolny i górny. Od górnej granicy lasu, czyli mniej więcej od 1550 m n.p.m. zaczyna się piętro kosówki, od 1800 do 2300 piętro hal, czyli łąk górskich, od 2300 m n.p.m., aż po najwyższe szczyty ciągnie się piętro turniowe.

Regiel dolny to głównie las liściasto-głasty. Buki i jodły to główne składniki tego piętra. Niestety regiel dolny został w znacznym stopniu przetrzebiony przez człowieka, całe szczęście dzisiejsza gospodarka leśna w Tatrach zmierza ku odbudowie regła dolnego według dawnego, naturalnego stanu.

Regiel górny to głównie świerki, czyli tak zwane przez górali smreki, a przy górnej granicy lasu, spotykamy limby. Ten wspaniały majestatyczny gatunek drzewa dziko rośnie w Polsce tylko w Tatrach. Limbę spotkać można w Dolinie Roztoki, Dolinie Waksmundzkiej, ale najbardziej znana jest nad Morskim Okiem, które to otacza mieszając się z kosówką.

Ale pójdźmy wyżej, mijamy limby, brzozy, świerki i wchodzimy w gęste krzaki kosówki, dochodzącej nawet do 3 m. Wraz ze wzrostem wysokości kosówka maleje i tworzy karłowate kępy, aż w końcu znika dając miejsce rozległym halom. Łąki te bogate są w różnorodne gatunki traw przeplatanych różnokolorowymi ziołami. Nie spotkamy tutaj ani krzewów, ani drzew, jedynie natknąć się można na niewielkie krzewinki jałowca górskiego, jagód i borówki.

Najwyższe piętro Tatr to piętro turni, gdzie roślinność pojawia się bardzo rzadko. Większość stanowią skały, żwir i piasek. Rośliny kwiatowe rosną tam gdzie znajduje się choć trochę gleby i spotkać je możemy nawet na szczycie Gerlachu. W najwyższych partiach Tatr naliczono około 40 gatunków roślin kwitnących, a mchy i porosty, zwane pionierami roślin porastają nawet miejsca o skalnym podłożu.

W Tatrach rośnie około 1300 gatunków roślin naczyniowych, z czego w Tatrzańskim Parku Narodowym (TPN) około 1000. Charakterystyczną grupę stanowią rośliny wysokogórskie – dla 200 z nich Tatry są jedynym obszarem występowania w Polsce.

Mamy również tak zwane endemity tatrzańskie, czyli rośliny które rosną tylko i wyłącznie w Tatrach, nie spotkamy ich nigdzie indziej na świecie. Do roślin takich należą kostrzewa, przymiotno wę-

gierskie, przywrotnik, pszonak Wahlenberga, wiechliną granitowa.

Wiele gatunków roślin ma właściwości lecznicze. Należy jednak pamiętać, że wszystkie rośliny na terenie TPN-u są pod ścisłą ochroną, całe szczęście większość z tych roślin łatwo daje się wyhodować w przydomowych ogródkach. Niestety takie gatunki jak krokus czy szarotka stanowią dla turysty pokusę i często stają się one pamiątką, która i tak z upływającym czasem trafia do lamusa, a często i do śmieci. Czyż nie lepiej jest podziwiać te piękne rośliny w ich naturalnym środowisku, w tak niesamowitym otoczeniu, jakie stanowią nasze piękne góry? Ubolewać należy również nad faktem, że nasi turyści odbiegają dalece od słowackich sąsiadów w okazywaniu szacunku przyrodzie. Na Słowacji rośliny przy górskich szlakach są praktycznie nietknięte, natomiast po naszej stronie często widać spustoszenie jakie poczynili nieświadomi turyści. Wiele gatunków roślin występujących w górach to gatunki, z których przyrządza się lekarstwa. Właściwości lecznicze posiadają m. in.:

1. Różeniec górski (*Rhodiola rosea* L.) – gatunek rośliny występujący w całym obszarze wokółbiegunowym. W Polsce występuje wyłącznie w Sudetach i Karpatach, często wśród skał, nad potokami, na piargach. Swoją nazwę wziął od różanego zapachu, jaki uwalnia się po złamaniu łodyżki. Jest to roślina o grubej wysokiej łodyżce, pokrytej grubymi, tłustawymi w dotyku liśćmi. Drobnutkie kwiatki zebrane są w gęste szczytowe podbaldachy. Ich płatki bywają żółte, zielonkawe, pomarańczowe, czerwone. Surowiec lekarski stanowi kłącze z korzeniami, z których wytwarza się nalewkę „*Rhodiolae fluidum*” i preparat „Rodozin”. Działa pobudzająco, wzmacniająco, adaptogennie, czyli zwiększa wytrzymałość organizmu na stres i inne niekorzystne czynniki środowiska. Bardzo dużą popularnością cieszy się on wśród ludów Syberii, Chin i Azji, gdzie stanowi ważną roślinę leczniczą. Rosyjscy uczeni potwierdzili, że ma on podobne właściwości, jak korzeń żeń-szenia.

2. Kozłowiec górski, czyli Omieg Kozłowiec – to prawdziwy „góral”, bo jego zasięg zaczyna się dopiero na wysokości 1400 m n.p.m., a kończy na wierzchołku Gerlachu tj. na wysokości 2663 m n.p.m. Kozłowiec tworzy niskie, przyziemne różyczki płonnych liści oraz łodygi kwiatowe różnej wysokości. Nie udowodniono



Naparstnica zwyczajna



Ciemierzycza zielona



Tojad mocny



Zimowit jesienny



Dziewięćsił bezłodygowy



Tatry latem, na pierwszym planie: goryczka trójęściowa, fot. Daria Butrym

naukowo jego właściwości leczniczych, ale górale i podróżnicy tatrzańscy uważali, że pomaga on skutecznie na zawroty głowy. Kozice górskie bardzo chętnie zjadają się kozłowcem, przypuszczano więc, że stąd pochodzi ich zżeczność i dlatego nazywano go często kozim korzeniem.

3. Naparstnica zwyczajna – nie jest to roślina typowa tylko i wyłącznie dla gór, ale w Tatrach występuje w bardzo dużych ilościach. Jest to roślina wysokości około metra. Górną część pojedynczej łodygi stanowi brudnawożółte grono kwiatowe. W Tatrach rośnie jeszcze naparstnica purpurowa o fioletowo-purpurowych kwiatach. Naparstnica dawniej uznawana była za roślinę leczniczą, ale obecnie nie stosuje się jej do tych celów, ze względu na jej silne właściwości toksyczne. Zastąpiono ją uprawianą dla potrzeb farmakologicznych naparstnicą wełnistą, która ma podobne oddziaływanie na organizm, a znacznie mniejsze efekty uboczne. Surowiec zielarski stanowią liście, które zbiera się ręcznie, przy słonecznej pogodzie i suszy w cieniu. W Polsce nie dokonuje się zbioru ze stanowisk naturalnych, gdyż jest to roślina chroniona prawnie.

4. Ciemierzyc zielona (po góralsku strzemieszyca), bujna pokaźna roślina, w górach często spotykana, w pozostałych regionach Polski trafia się dosyć rzadko. Wysoka nierozgałęziona łodyga zaopatrzona w eliptyczne liście zwieńczona jest zebranymi w wiechę ścięśnionymi żółtawozielonymi kwiatami. Ciemierzyc jest rośliną silnie trującą, ale używa się jej w farmakologii. W lecznictwie stosowano kłącze zebrane jesienią i suszo-

ne w naturalnych warunkach w cieniu. Ciemierzyc silnie obniża ciśnienie krwi i spowalnia pracę serca. Obecnie stosowana jest przy leczeniu nadciśnienia i rzucawki poporodowej, zaś zewnętrznie w postaci wyciągu alkoholowego jako środek znieczulający przy zapaleniach stawów i nerwobólach.

5. Arcydzięgiel litwor, zwany po prostu litworem, dziko rośnie tylko w Sudetach i Karpatach. Bardzo długa, obła łodyga dochodzi nawet do 2 metrów. Kwiatostan litworu stanowią zebrane w większe kuliste grona drobne, również kuliste baldaszki. Kwiatki mają zielonkawy lub biały odcień. Cała roślina, a zwłaszcza korzeń i owoce wydzielają bardzo silną przyjemną woń. Surowiec lekarski stanowią ziele, owoce, korzenie i łodygi. Odwar z ziela dodany do kąpieli działa kojąco na nerwobóle, bóle mięśniowe i reumatyczne. Preparaty z łodygi litworu wpływają korzystnie na trawienie, wzmacniają układ nerwowy. Korzenie i owoce działają uspakajająco, przeciwkurdzowo w obrębie przewodu pokarmowego. Regulują i pobudzają procesy trawienne, także pomocne są przy leczeniu migreny.

6. Tojad mocny, to piękna roślina występująca na łąkach i polanach zboczy Karpat i Sudetów. Możemy ją spotkać nawet na wysokości 2600 m n.p.m. Jest to roślina wysoka o dużych ogonkowych liściach, podzielonych na kilka odcinków. Kwiatostan stanowią szypułkowe ciemnogrnatowo-fioletowe kwiaty, które mają kształt hełmiasty. Jedyne owady będące w stanie zapylić tę roślinę to trzmiele długojęzyczkowe, które sięgają w głąb hełmu. Tojad jest rośliną silnie trującą, dlatego zwany jest mordownikiem. Surowiec lekarski stanowi bulwiasty korzeń, z którego przygotowuje się leki przeciwbólowe, ale nie należy leczyć się tą rośliną na własną rękę, gdyż zapewne zakończyłoby się to śmiercią.

7. Zimowit jesienny – kwiat bardzo często mylony z krokusem, mimo iż krokusy kwitną na wiosnę, a zimowity jesienią. Poza tym krokusy różnią się od zimowitów wyraźnie fioletową barwą kwiatów (zimowity są białoróżowe). Zimowit rośnie przede wszystkim na terenach podgórskich. Surowiec leczniczy stanowią bulwy i dojrzałe nasiona, w których występuje kochylicza, stosuje się ją przy leczeniu dny moczanowej. Wykorzystuje się go również do tworzenia preparatów cytostatycznych stosowanych w leczeniu nowotworów. Ma

działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. Podobnie jak tojad jest rośliną trującą, dlatego preparaty z niego przygotowane należy stosować tylko pod opieką i kontrolą lekarza.

8. Dziewięciśł bezłodygowy – bardzo piękna roślina, rosnąca w Karpatach, Sudetach i górzystym terenie na niżu, ale bardzo sporadycznie. Jest to niska przyziemna roślina. Z długiego palowego korzenia wyrasta rozeta niezwykle dekoracyjnych, głęboko powycinanych liści. W sierpniu ze środka rozety, wyrasta piękny kwiatostan w postaci kolistego koszyczka, okrytego silnie połyskującymi, srebrzystobiałymi słomistymi łuskami. Nazwa dziewięciśła pochodzi stąd, że dawniej górale wierzyli, iż dziewięciśł posiada dziewięć tajemnych mocy, które powodują dziewięciokrotnie silniejsze jego leczenie i magiczne działania, niż jakiegokolwiek innego zioła. Dziewięciśł jest rośliną chronioną ustawowo na terenie całej Polski. Właściwości lecznicze mają zarówno liście, jak i korzeń. Odwar z korzenia stosowany jest przy przeziębieniach, grypie i anginie. Ma właściwości moczopędne, dlatego też jest pomocny przy zwalczaniu chorób nerek. Nalewka lub odwar z tej rośliny uważane są za afrodyzjak.

9. Wierzbówka kiprzyca – to pospolita bylina krajowa, którą można spotkać na porębach, przydrożach, obrzeżach lasów. Wierzbówka kiprzyca jest wieloletnim ziołem, którego wysokość waha się od 70 cm do 1.5 m. Zioło to ma duże kwiaty koloru purpurowego. Owoc wierzbówki kiprzycy jest w kształcie brązowej kapsuły otwartej z obydwu stron, z których wydobywają się dojrzałe, owalnego kształtu nasiona. Łodyga tego zioła jest gęsto ulistniona. Posiada liście lancetowatego kształtu. Kwiaty są koloru purpurowego, zebrane w stożkowate grona. Zioło to kwitnie od czerwca do lipca. Wierzbówka kiprzyca posiada właściwości ściągające oraz uśmierzające ból. Zioło to stosuje się w leczeniu biegunek, zapalenia okrężnicy oraz w leczeniu jelita drażliwego. Z wierzbówki kiprzycy przygotowuje się maści, które są stosowane w celu łagodzenia problemów skórnych u dzieci. Zioło to jest z powodzeniem stosowane w Austrii oraz w Niemczech w leczeniu problemów związanych z prostatą. Żucie świeżych kłaczów wierzbówki zalecane jest w stanach zapalnych jamy ustnej i gardła, a także przy krwawieniach dziąseł.

Artykuł ten w głównej mierze oparty jest na atlasie autorstwa Zofii Radwańskiej-Parskiej „Rośliny Tatrzańskie” oraz

artykułach jej autorstwa zamieszczonych w Wielkiej Encyklopedii Tatrzańskiej.

Zofia Radwańska-Paryska tytuł doktora botaniki i geografii uzyskała w roku 1933 na Uniwersytecie Warszawskim. Była to wybitna postać. Rodowita warszawianka z miłości do gór zdecydowała się osiedlić na stałe w Zakopanem w roku 1938, przy czym od roku 1921 rokrocznie odwiedzała Tatry. Została pierwszą ratowniczą TOPR i pierwszą kobietą przewodnikiem. Głównym polem jej działalności była przyroda Tatr. Po wojnie była kustoszem działu przyrodniczego Tatrzańskiego Muzeum, a od 1951 r. do 1971 r., czyli aż do momentu przejścia na emeryturę kierowała zorganizowaną przez siebie Tatrzańską Stacją Naukową, przy której urządziła doświadczalny ogród naukowy roślin tatrzańskich (ponad 1000 gatunków) prowadząc jednocześnie badania botaniczne w Tatrach i na Podhalu.

Z dziedziny botaniki wydała pionierską pracę o roślinach synantropijnych w Tatrach. Ogłosiła wiele prac z zakresu fitogeografii. Szeroki zakres tematyczny ma jej praca „Zarys fizjografii Tatr i Podtatrza”. Charakter popularno-naukowy mają zaś: „Zielony świat Tatr” i podręczny atlas „Rośliny Tatrzańskie”. Pani Zofia jest również autorką pracy z dziedziny etnobotaniki „Polskie nazwy góralskie roślin Tatr i Podtatrza” oraz jej obszerniejszej wersji zatytułowanej „Słownik gwarowy góralskich nazw roślin z Tatr i Podtatrza”. Publikowała również prace z zakresu turystyki, krajoznawstwa, przewodnictwa, taternictwa, narciarstwa. Wraz z mężem Witoldem Paryskim wydała siedem popularnych przewodników po Tatrach i Podhalu oraz podręcznik „Zasady turystyki górskiej”. Ogłosiła kilka prac z zakresu prozy literackiej m.in.

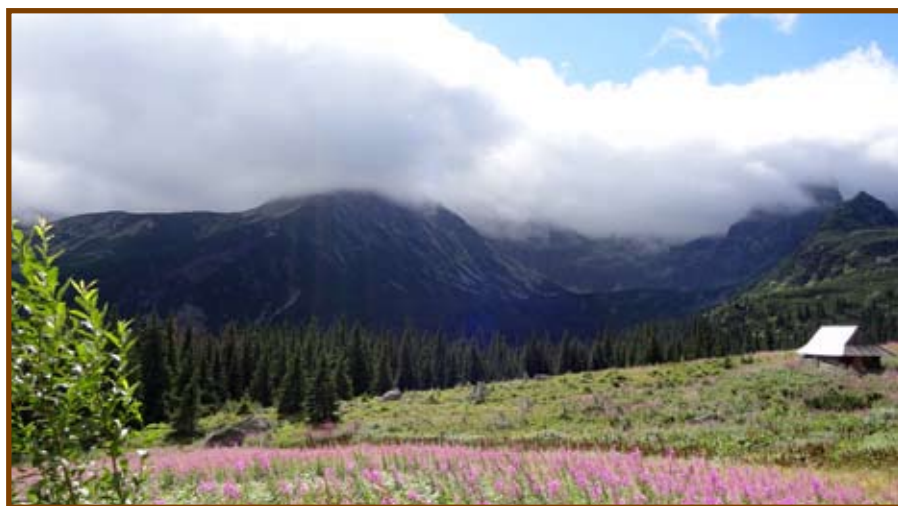


Różeniec górski

„Mozaikę tatrzańską”, za którą to otrzymała nagrodę literacką Zakopanego. Bardzo czynnie działała również na rzecz ochrony środowiska. Wraz z mężem należą do czołowych postaci Tatr. Każdy, kto choć trochę interesuje się tematyką tatrzańską zna te nazwiska, gdyż wiele przewodników i innych prac opiera się na ich publikacjach. Najbardziej znaną i cenioną jest „Wielka Encyklopedia Tatrzańska”. Przez 60 lat jej autorzy zajmowali się badaniem Tatr, dzięki czemu to fundamentalne dzieło obejmuje całość problematyki tatrzańskiej.

Artykuł ten zapewne nie powstałby gdyby nie umiłowanie Pani Zofii i Pana Witolda do gór, którym poświęcili całe swoje życie, otaczali troską i szacunkiem każdy element związany z górami, zarówno przyrodę, jak i obyczajowość i kulturę górali. Swoją pasją i zdobytą wiedzę pragnęli podzielić się z jak najszerszym odbiorcą, stąd tak wiele publikacji ich autorstwa zarówno wysokospecjalistycznych, jak i popularnych, przeznaczonych dla osób, które dopiero poznają góry.

mgr Daria Butrym jest pracownikiem Biblioteki Medycznej



Tatry latem, wierzbówka kiprzyca w Hali Gąsienicowej, w tle Orla Perć w chmurach, fot. Daria Butrym

Zasady punktowania publikacji naukowych (nauki o życiu) w 2012 roku

Małgorzata Białobłocka, Anna Garczewska

Z dniem 1 sierpnia 2012 roku weszły w życie nowe zasady dotyczące punktowania publikacji naukowych. W dniu 13 lipca 2012 r. ukazało się Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie kryteriów i trybu przyznawania kategorii naukowej jednostkom naukowym, zmieniające przepisy z roku 2010. Rozporządzenie to jest dostępne na stronie internetowej Ministerstwa: http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/19/31/19319/poz_877.pdf, a także na stronie Biblioteki Medycznej Collegium Medicum, w zakładce „Bibliometria”.

Miesiąc później, 17 września 2012 r. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego opublikowało również nową listę czasopism punktowanych, z którą można się zapoznać pod następującymi adresami:

http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/20/10/20108/20120917_CZESC_A_WYKAZU_CZASOPISM_NAUKOWYCH.pdf

http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/20/10/20109/20120917_CZESC_B_WYKAZU_CZASOPISM_NAUKOWYCH.pdf

http://www.bip.nauka.gov.pl/_gALLERY/20/11/20110/20120917_CZESC_C_WYKAZU_CZASOPISM_NAUKOWYCH.pdf

Nowa lista czasopism punktowanych, podobnie jak kilka poprzednich, składa się z trzech części:

A. Czasopisma wyróżnione w Journal Citation Reports (JCR)

B. Czasopisma niewyróżnione w Journal Citation Reports (JCR)

C. Czasopisma wyróżnione w European Reference Index for the Humanities (ERIH)

Lista MNiSzW została opracowana na podstawie opracowywanego przez Thomsona Journal Citation Reports (JCR) – 2010 Science Edition. Sprawa to pewne problemy natury merytorycznej, ponieważ na rynku jest już obecna edycja z 2011 roku. Może się zatem zdarzyć, że czasopismo obecnie posiadające IF, nie znalazło się na nowo przyjętej liście Ministerstwa. Możliwa jest również sytuacja odwrotna - czasopismo, które według nowej edycji Journal Citation Reports nie posiada IF, znajduje się na liście ministerialnej w części A, dotyczącej czasopism wyróżnionych w JCR.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zapewnia, że zgodnie z rozporządzeniem, wykaz czasopism będzie

aktualizowany raz w roku, przynosząc pewne przetasowania wśród czasopism.

Według Załącznika nr 6 do owego Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie kryteriów i trybu przyznawania kategorii naukowej jednostkom naukowym z 13 lipca 2012 r., publikacje naukowe w czasopismach punktowane są według czterech kategorii:

Publikacje recenzowane (czasopisma¹)

1. Publikacja w czasopiśmie wyróżnionym w JCR (Lista A Ministerstwa) – 15-50 pkt

2. Publikacja w recenzowanym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym wymienionym w wykazie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Lista B) – 1-10 pkt

3. Publikacja w czasopiśmie wyróżnionym w ERIH (Lista C) – 10-14 pkt

4. Publikacja w recenzowanych materiałach w konferencji międzynarodowej uwzględnionej w Web of Science – 10 pkt

Według nowego rozporządzenia czasopisma polskie i zagraniczne, nie umieszczone na liście ministerstwa, w ogóle nie posiadają punktów. Wprowadzono także inne restrykcje - w 2012 roku nie będzie punktowana redakcja naczelna czasopisma, a w przypadku wielu afiliacji autora w jednej publikacji, punkty otrzyma tylko jedna, wskazana przez autora jednostka naukowa.

Z kolei publikacje naukowe w monografiach naukowych według tego samego Rozporządzenia punktowane są według sześciu kategorii:

Monografie naukowe²

1. Autorstwo monografii naukowej w językach: angielskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, rosyjskim lub włoskim – 25 pkt

2. Autorstwo monografii naukowej w języku polskim – 20 pkt

3. Autorstwo rozdziału w monografii naukowej w językach: angielskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, rosyjskim lub włoskim – 5 pkt

4. Autorstwo rozdziału w monografii naukowej w języku polskim – 4 pkt

5. Redakcja naukowa monografii naukowej wieloautorskiej w językach: angielskim, niemieckim, francuskim, hiszpańskim, rosyjskim lub włoskim – 5 pkt

6. Redakcja naukowa monografii naukowej wieloautorskiej w języku polskim – 4 pkt

W związku ze specyfiką Uczelni, jednostki naukowe wchodzące w strukturę Collegium Medicum UMK, należą do grupy nauk o życiu. Według ostatniego rozporządzenia w tejże grupie do osiągnięć naukowych nie zalicza się artykułów monograficznych opublikowanych w czasopismach, skryptów i podręczników akademickich, powieści, zbiorów poezji, zbiorów opowiadań i reportaży, pamiętników i dzienników oraz wznowień monografii naukowych.

Natomiast bez zmian pozostaje zapis o możliwości zaliczania do osiągnięć naukowych jednostek tylko rozdziałów w monografiach naukowych, stanowiących opracowanie naukowe o objętości co najmniej 0,5 arkusza wydawniczego lub odrębnych map.

Pewne nieporozumienia rodzi przyznawanie punktów za rozdziały zamieszczone w monografii opracowanej przez wielu autorów. Otóż łączna liczba punktów uzyskanych przez jednostkę naukową za rozdziały zamieszczone w monografii wieloautorskiej nie może przewyższać liczby punktów przyznawanych za całą monografię. Jeżeli ta sama osoba jest autorem rozdziału/rozdziałów w wieloautorskiej monografii naukowej lub współautorem monografii, w której nie określono autorów poszczególnych rozdziałów, a jednocześnie jej redaktorem naukowym, punkty przyznaje się również za redakcję naukową.

Na zakończenie chcielibyśmy uściślić podstawy i sposoby przyznawania punktów Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (dawniej KBN) za publikacje pracowników Collegium Medicum UMK.

1. dla prac opublikowanych do roku 2001 podstawą pozostaje Index Copernicus Master List 2000,

2. dla prac opublikowanych w latach 2002-2004 obowiązuje punktacja KBN zgodna z listą czasopism Index Copernicus Master List, aktualną w roku ukazania się publikacji,

3. dla prac opublikowanych w latach 2005-2007 obowiązuje Lista Ministerstwa opublikowana w 2005 roku,

4. dla prac opublikowanych w 2008 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2008 roku,

5. dla prac opublikowanych w 2009 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2009 roku,

6. dla prac opublikowanych w latach

2010-2011 obowiązuje Lista Ministerstwa z 2010 roku,

7. dla prac opublikowanych w 2012 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2012 roku.

Przypominamy, że wskaźnik Impact Factor nadawany jest z rocznym opóźnieniem, a po ukazaniu się edycji właściwej dla danego roku - aktualizowany (czasopisma ulegają przepunktowaniu).

mgr Małgorzata Białobłocka i mgr Anna Garczewska są pracownikami Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

¹ Za publikację w czasopiśmie naukowym przyznaje się liczbę punktów określoną w wykazie czasopism naukowych obowiązującym na koniec roku kalendarzowego, w którym ukazała się publikacja. Publikacjami nie są artykuły zamieszczone w suplementach, zeszytach specjalnych, materiałach konferencyjnych z konferencji nieuwzględnionych w Web of Science oraz artykuły popularnonaukowe i o nienaukowym charakterze.

(Dz. U. 2012 Nr 145 poz. 877)

² Do monografii naukowych zaliczamy edycje tekstów źródłowych, leksykografie, atlasy i mapy wieloaspektowe, tłumaczenia publikacji zagranicznych wraz z opracowaniem redak-

cyjnym, tematyczne encyklopedie i leksykony, komentarze do ustaw, opracowania krytyczne tekstów literackich, słowniki biograficzne i bibliograficzne, bibliografie, katalogi zabytków, jeżeli spełniają łącznie następujące warunki:

- a) stanowią spójne tematycznie, recenzowane opracowania naukowe,
 - b) zawierają bibliografię naukową,
 - c) posiadają objętość co najmniej 6 arkuszy wydawniczych,
 - d) są opublikowane jako książki lub odrębne tomy,
 - e) przedstawiają określone zagadnienia w sposób oryginalny i twórczy
- (Dz. U. 2012 Nr 145 poz. 877)

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze Wiadomości Akademickich informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres początku lipca do końca września 2012 roku.

wskaźnik Impact Factor ISI: 4.238

Tomasz Bogiel

Tytuł oryginału: Activation of canonical WNT/ β -catenin signaling enhances in vitro motility of glioblastoma cells by activation of ZEB1 and other activators of epithelial-to-mesenchymal transition.

Autorzy: U. D. Kahlert, D. Maciacyk, S. Doostkam, B. A. Orr, B. Simons, Tomasz Bogiel, T. Reithmeier, M. Prinz, J. Schubert, G. Niedermann, T. Brabletz, C. G. Eberhart, G. Nikkhah, J. Maciacyk.

Źródło: - Cancer Lett. 2012 Vol. 325 nr 1 s. 42-53.

wskaźnik Impact Factor ISI: 4.092

Sławomir Czachowski

Tytuł oryginału: Measuring psychological change during cognitive behaviour therapy in primary care: a Polish study using „PSYCHLOPS” (Psychological Outcome Profiles).

Autorzy: Sławomir Czachowski, P. Seed, P. Schofield, M. Ashworth.

Źródło: - PLoS ONE 2011 Vol. 6 nr 12 e.27378.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.838

Monika Richert

Tytuł oryginału: The conversion of multinuclear μ -oxo titanium(IV) species in the reaction of Ti(OiBu)₄ with branched orga-

nic acids; results of structural and spectroscopic studies.

Autorzy: P. Piszczek, A. Radtke, T. Muźioł, M[onika] Richert, J. Chojnacki.

Źródło: - Dalton Trans. 2012 Vol. 41 s. 8261-8269

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.778

Alicja Nowaczyk

Tytuł oryginału: New alkyl-phosphate bonded stationary phases for liquid chromatographic separation of biologically active compounds.

Autorzy: S. Bocian, Alicja Nowaczyk, B. Buszewski.

Źródło: - Anal. Bioanal. Chem. 2012 Vol. 404 s. 731-740.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.746

Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: The promises and challenges of tissue engineering for urinary diversion.

Autorzy: Tomasz Drewa.

Źródło: - J. Urol. 2012 Vol. 188 nr 2 s. 351-352.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.505

**Maciej Dancewicz,
Janusz Kowalewski**

Tytuł oryginału: Quantitative analysis of free-circulating DNA in plasma of patients with resectable NSCLC.

Autorzy: A. Szpechciński, J. Chorostowska-Wynimko, W. Kupis, K. Maszkowska-Kopij, Maciej Dancewicz, Janusz Kowalewski, T. Orłowski.

Źródło: - Expert Opin. Biol. Ther. 2012 Vol. 12 suppl. 1 s. 3-9.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.354

**Bożena Modzelewska-Banachiewicz,
Renata Paprocka**

Tytuł oryginału: Synthesis, crystal structure and biological activities of a novel amidrazone derivative and its copper(II) complex - A potential antitumor drug.

Autorzy: L. Mazur, Bożena Modzelewska-Banachiewicz, Renata Paprocka, M. Zimecki, U. E. Wawrzyniak, J. Kutkowska, G. Ziółkowska.

Źródło: - J. Inorg. Biochem. 2012 Vol. 114 s. 55-64.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.263

**Iwona Świątkiewicz,
Marek Koziński,
Adam Sukiennik,
Eliano Pio Navarese,
Grażyna Odrowąż-Sypniewska,
Jacek Kubica**

Tytuł oryginału: Value of C-reactive protein in predicting left ventricular remodeling in patients with a first ST-segment elevation myocardial infarction.

Autorzy: Iwona Świątkiewicz, Marek Koziński, P. Magielski, T. Fabiszak, Adam Sukiennik, Eliano Pio Navarese, Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Jacek Kubica.

Źródło: - Mediat. Inflamm. 2012 Vol. 2012 s. 1-11.

wskaźnik Impact Factor ISI: 3.019

Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginału: The role of the kidney in the systemic elimination of interleukin 6, platelet-derived growth factor and transforming growth factor beta.

Autorzy: M. Nowak, A. Wyczałkowska-Tomasik, Zbigniew Włodarczyk, L. Pączek.

Źródło: - Cytokine 2012 Vol. 59 s. 258-263.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.911

Robert Ślusarz,
Grażyna Gadomska,
Monika Biercewicz,
Maria T. Szewczyk,
Danuta Rość,
Wojciech Beuth

Tytuł oryginału: The influence of selected demographic factors and wound location on the concentration of vascular endothelial growth factor (VEGF-A) in the wound healing process after neurosurgery: Brief report.

Autorzy: Robert Ślusarz, Grażyna Gadomska, Monika Biercewicz, L. Grzelak, Maria T. Szewczyk, Danuta Rość, Wojciech Beuth.

Źródło: - Wound Repair Regen. 2012 Vol. 20 nr 5 s. 667-675.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.877

Daniel Gackowski,
Ryszard Oliński

Tytuł oryginału: Plasma micronutrients, trace elements, and breast cancer in BRCA1 mutation carriers: an exploratory study.

Autorzy: J. Kotsopoulos, G. Sukiennicki, M. Muszyńska, Daniel Gackowski, K. Kąklewski, K. Durda, K. Jaworska, T. Huzarski, J. Gronwald, T. Byrski, O. Ashuryk, T. Dębniak, A. Tołoczko-Grabarek, M. Stawicka, D. Godlewski, Ryszard Oliński, A. Jakubowska, S.A. Narod, J. Lubiński.

Źródło: - Cancer Causes Control 2012 Vol. 23 s. 1065-1074.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.652

Renata Kołodziejaska,
Marcin Dramiński

Tytuł oryginału: Enantioselective enzymatic desymmetrization of the prochiral pyrimidine acyclonucleoside.

Autorzy: Renata Kołodziejaska, M. Górecki, J. Frelek, Marcin Dramiński.

Źródło: - Tetrahedron-Asymmetry 2012 Vol. 23 s. 683-689.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.502

Agnieszka Kaczmarek,
Anna Budzyńska,
Eugenia Gospodarek

Tytuł oryginału: Prevalence of genes encoding virulence factors among Escherichia coli with K1 antigen and non-K1 E. coli strains.

Autorzy: Agnieszka Kaczmarek, Anna Budzyńska, Eugenia Gospodarek.

Źródło: - J. Med. Microbiol. 2012 Vol.

61 s. 1360-1365.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.491

Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginału: Tacrolimus pharmacokinetics of once- versus twice-daily formulations in de novo kidney transplantation: a substudy of a randomized phase III trial.

Autorzy: Zbigniew Włodarczyk, M. Ostrowski, M. Mourad, B.K. Kramer, D. Abramowicz, F. Oppenheimer, D. Miller, J. Dickinson, N. Undre.

Źródło: - Ther. Drug Monit. 2012 Vol. 34 nr 2 s. 143-147.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.325

Paweł Zalewski,
Jacek J. Klawe,
Małgorzata Tafil-Klawe

Tytuł oryginału: Impaired blood pressure variability in chronic fatigue syndrome - a potential biomarker.

Autorzy: J. Frith, P[aweł] Zalewski, J[acek] J. Klawe, J. Pairman, A. Bitner, M[ałgorzata] Tafil-Klawe, J.L. Newton.

Źródło: - QJM 2012 Vol. 105 s. 831-838.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.311

Krzysztof Skowron

Tytuł oryginału: Sanitization efficacy of anaerobic digestion and aeration of slurry from the aspect of limiting emission of Salmonella into the environment.

Autorzy: Z. Paluszak, Krzysztof Skowron, H. Olszewska, J. Skowron, J. Bauza-Kaszewska, K. Gryń.

Źródło: - Ann. Agr. Env. Med. 2012 Vol. 19 nr 3 s. 427-430.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.267

Andrzej Eljaszewicz,
Lidia Gackowska,
Izabela Kubiszewska,
Anna Helmin-Basa,
Jacek Michałkiewicz

Tytuł oryginału: Immunomodulatory effects of Lactobacillus plantarum and Helicobacter pylori CagA+ on the expression of selected superficial molecules on monocyte and lymphocyte and the synthesis of cytokines in whole blood culture.

Autorzy: M. Wiese, A[ndrzej] Eljaszewicz, M. Andryszczyk, S. Gronek, L[idia] Gackowska, I[zabela] Kubiszewska, W. Kaszewski, A[nna] Helmin-Basa, M. Janu-

szewska, I. Motyl, J. Wieczyńska, J[acek] Michałkiewicz.

Źródło: - J. Physiol. Pharmacol. 2012 Vol. 63 nr 3 s. 217-224.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.109

Iwona Świątkiewicz,
Marek Koziński,
Aldona Kubica,
Adam Sukiennik,
Eliano Pio Navarese,
Grażyna Odrowąż-Sypniewska,
Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Usefulness of C-reactive protein as a marker of early post-infarct left ventricular systolic dysfunction.

Autorzy: Iwona Świątkiewicz, Marek Koziński, P. Magielski, J. Gierach, T. Fabiszak, Aldona Kubica, Adam Sukiennik, Eliano Pio Navarese, Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Jacek Kubica.

Źródło: - Inflamm. Res. 2012 Vol. 61 nr 7 s. 725-734.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.108

Bartłomiej Kałużny

Tytuł oryginału: New directions in ophthalmic optical coherence tomography.

Autorzy: M. Wojtkowski, Bartłomiej Kałużny, R. J. Zawadzki.

Źródło: - Opt. Vision Sci. 2012 Vo. 89 nr 5 s. 524-542.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.020

Maciej Słupski,
Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginału: A brain dead woman, giving birth in the 23rd week of pregnancy, used as an organ donor: A case report.

Autorzy: A. Woderska, M. Jasiński, D. Arsyńska-Łopatka, Maciej Słupski, T. Janiszewska, Zbigniew Włodarczyk.

Źródło: - Ann. Transplant. 2012 Vol. 17 nr 1 s. 113-116.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.020

Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginału: Results of renal transplantation from expanded criteria deceased donors - a single-center experience.

Autorzy: M. Głyda, Zbigniew Włodarczyk, W. Czapiewski.

Źródło: - Ann. Transplant. 2012 Vol. 17 nr 1 s. 35-42.

wskaźnik Impact Factor ISI: 2.176

Zbigniew Włodarczyk

Tytuł oryginału: A multicenter, randomized, double-blind study comparing different FK778 doses (manitimus) with tacrolimus and steroids in renal transplantation.

Autorzy: Zbigniew Włodarczyk, Y. Vannerghem, B.K. Kramer, J-P. Squifflet, M. Ostrowski.

Źródło: - BMC Nephrol. 2012 Vol. 13 s. 68.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.867

Alina Sokup,
Barbara Ruskowska,
Barbara Góralczyk,
Krzysztof Góralczyk,
Marek Szymański,
Marek Grabiec,
Danuta Roś

Tytuł oryginału: Elevation of sE-selectin levels 2-24 months following gestational diabetes is associated with Early cardiometabolic risk in nondiabetic women.

Autorzy: Alina Sokup, Barbara Ruskowska, Barbara Góralczyk, Krzysztof Góralczyk, Marek Szymański, Marek Grabiec, Danuta Roś.

Źródło: - Int. J. Endocrinol. 2012 Vol. 2012 s. 1-6.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.847

Eliano Pio Navarese,
Marek Koziński,
Jacek Kubica

Tytuł oryginału: Clinical efficacy and safety of intracoronary vs. intravenous abciximab administration in STEMI patients undergoing primary percutaneous coronary intervention: A meta-analysis of randomized trials.

Autorzy: Eliano Pio Navarese, Marek Koziński, K. Obońska, M. Margheri, P.A. Gurbel, Jacek Kubica, G. De Luca.

Źródło: - Platelets 2012 Vol. 23 nr 4 s. 274-281.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.785

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Influence of LC retention data on antitumor acridinones' classification evaluated by factor analysis method.

Autorzy: Marcin Koba, T. Bączek, T. Ciesielski.

Źródło: - Comb. Chem. High Thr. Screen. 2012 Vol. 15 nr 6 s. 674-683.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.634

Bożena Modzelewska-Banachiewicz,

Renata Paprocka

Tytuł oryginału: Experimental and theoretical study on the reaction of N3-phe-nyl-(pyridin-2-yl)carbohydrazonamide with itaconic anhydride.

Autorzy: Bożena Modzelewska-Banachiewicz, Renata Paprocka, L. Mazur, J. Saczewski, J. Kutkowska, D. K. Stępień, M. Cyrański.

Źródło: - J. Mol. Struc. 2012 Vol. 1022 s. 211-219.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.477

Marta Muszalik,
Kornelia Kędziora-Kornatowska

Tytuł oryginału: The care dependency scale for measuring basic human needs: an international comparison.

Autorzy: A. Dijkstra, G.H. Yont, E. A. Korhan, Marta Muszalik, Kornelia Kędziora-Kornatowska, M. Suzuki.

Źródło: - J. Adv. Nurs. 2012 Vol. 68 nr 10 s. 2341-2348.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.464

Mariusz Flisiński,
Ewa Wiśniewska,
Anna Stefańska,
Jacek Manitus

Tytuł oryginału: Decreased hypoxia-inducible factor-1α in gastrocnemius muscle in rats with chronic kidney disease.

Autorzy: Mariusz Flisiński, A. Brymora, I. Bartłomiejczyk, Ewa Wiśniewska, R. Gołda, Anna Stefańska, L. Pączek, Jacek Manitus.

Źródło: - Kidney Blood Press. Res. 2012 Vol. 35 s. 608-618.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.389

Olga Haus

Tytuł oryginału: A three-way translocation of MLL, MLLT11, and the novel reciprocal partner gene MYO18A in a child with acute myeloid leukemia.

Autorzy: M. Ussowicz, A. Jaśkowicz, C. Meyer, R. Marszałek, A. Chybicka, T. Szczepański, Olga Haus.

Źródło: - Cancer Genet. 2012 Vol. 205 s. 261-265.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.379

Marek Orkiszewski

Tytuł oryginału: A standardized classification of hypospadias.

Autorzy: Marek Orkiszewski.
Źródło: - J. Pediatr. Urol. 2012 Vol. 8 s. 410-414.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.373

Celestyna Mila-Kierzenkowska,
Alina Woźniak,
Michał Szpinda

Tytuł oryginału: Thermal stress and oxidant-antioxidant balance in experienced and novice winter swimmers.

Autorzy: Celestyna Mila-Kierzenkowska, Alina Woźniakkkk, T. Boraczyński, Michał Szpinda, Br. Woźniak, A. Jurecka, A. Szpinda.

Źródło: - J. Therm. Biol. 2012 Vol. 37 s. 595-601.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.367

Paweł Stróżecki,
Rafał Donderski,
Jacek Manitus

Tytuł oryginału: Comparison of arterial stiffness in end-stage renal disease patients treated with peritoneal dialysis or hemodialysis.

Autorzy: Paweł Stróżecki, Rafał Donderski, A. Kardymowicz, Jacek Manitus.

Źródło: - Pol. Arch. Med. Wewn. 2012 T. 122 nr 1-2 s. 33-39.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.367

Grzegorz Przybylski

Tytuł oryginału: Nosocomial outbreak of Streptococcus pneumoniae Spain9V-ST156-14 clone in a pulmonary diseases ward.

Autorzy: A. Skoczyńska, E. Sadowy, D. Krawiecka, M. Czajkowska-Malinowska, A. Ciesielska, Grzegorz Przybylski, R. Żebracka, W. Hryniewicz.

Źródło: - Pol. Arch. Med. Wewn. 2012 T. 122 nr 7-8 s. 361-366.

wskaznik Impact Factor ISI: 1.309

Jacek Kubica,
Marek Koziński,
Eliano P. Navarese,
Grzegorz Grześk,
Aldona Kubica,
Iwona Świątkiewicz

Tytuł oryginału: Updated evidence on intracoronary abciximab in ST-elevation myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials.

Autorzy: Jacek Kubica, Marek Koziński, Eliano P. Navarese, U.S. Tantry, Grzegorz Grześk, T. Fabiszak, Aldona Kubica, Iwona Świątkiewicz, K.P. Bliden, P.A. Gurbel.

Źródło: - Cardiol. J. 2012 Vol. 19 nr 3 s. 230-242.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.276

Łukasz Wicherek, B
ogdan Małkowski,
Marek Grabiec

Tytuł oryginału: Analysis of RCAS1 immunoreactivity within hydatidiform mole cells and decidual cells according to the applied therapeutic strategy: surgery or surgery followed by chemotherapy.

Autorzy: Łukasz Wicherek, P. Basta, I. Wertel, Z. Kojas, Bogdan Małkowski, Marek Grabiec, M. Pietrus, K. Gałązka.

Źródło: - Gynecol. Obstet. Invest. 2012 Vol. 73 s. 106-112.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.271

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Importance of some classes of molecular descriptors on classification of antitumor acridinones using factor analysis.

Autorzy: Marcin Koba, T. Bączek.

Źródło: - Med. Chem. Res. 2012 Vol. 21 s. 2854-2862.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.239

Dorota Koziółewicz,
Kornelia Karwowska,
Dorota Dybowska,
Waldemar Halota

Tytuł oryginału: Agranulocytosis during treatment of chronic hepatitis C complicated by hyperthyreosis. Case reports.

Autorzy: Dorota Koziółewicz, Kornelia Karwowska, Dorota Dybowska, Waldemar Halota.

Źródło: - Endokrynol. Pol. 2012 T. 63 nr 1 s. 52-55.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.239

Marcin Gierach,
Małgorzata Pujanek,
Roman Junik

Tytuł oryginału: Hashimoto's thyroiditis and carbohydrate metabolism disorders in patients hospitalised in the Department of Endocrinology and Diabetology of Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz between 2001 and 2010.

Autorzy: Marcin Gierach, J. Gierach, A. Skowrońska, E. Rutkowska, M. Szychalska, Małgorzata Pujanek, Roman Junik.

Źródło: - Endokrynol. Pol. 2012 T. 63 nr 1 s. 14-17.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.159

Andrzej Kurylak

Tytuł oryginału: Renal function and low-molecular-weight proteins (cystatin C, β_2 -microglobulin, neutrophil gelatinase-associated lipocalin) in child and young adult cancer survivors.

Autorzy: J. Stefanowicz, R. Owczuk, E. Aleksandrowicz, A. Owczarzak, Andrzej Kurylak, E. Adamkiewicz-Drożyńska, A. Balcerska.

Źródło: - J. Pediatr. Hematol. Oncol. 2012 Vol. 34 nr 6 s. 461-466.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.151

Piotr Kamiński

Tytuł oryginału: Influence of chemical elements on mammalian spermatozoa.

Autorzy: U. Marzec-Wróblewska, P[iotr] Kamiński, P. Łakota.

Źródło: - Folia Biol. (Praha) 2012 Vol. 58 s. 7-15.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.073

Marcin Koba

Tytuł oryginału: Determination of lipophilicity for antitumor acridinone derivatives supported by gradient high-performance liquid chromatography method.

Autorzy: Marcin Koba, M. Belka, T. Ciesielski, T. Bączek.

Źródło: - Central Eur. J. Chem. 2012 Vol. 10 nr 1 s. 216-223.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.065

Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Laparoscopic radical cystectomy: a 5-year review of a single institute's operative data and complications and a systematic review of the literature.

Autorzy: O. M. Aboumarzouk, Tomasz Drewa, P. Olejniczak, P.L. Chłosta.

Źródło: - Int. Braz. J. Urol. 2012 Vol. 38 nr 3 s. 329-339.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.056

Michał Szpinda,
Marcin Daroszewski,
Alina Woźniak,
Celestyna Mila-Kierzenkowska

Tytuł oryginału: Tracheal dimensions in human fetuses: an anatomical, digital and statistical study.

Autorzy: Michał Szpinda, Marcin Da-

roszewski, Alina Woźniakkkk, A. Szpinda, Celestyna Mila-Kierzenkowska.

Źródło: - Surg. Radiol. Anat. 2012 Vol. 34 s. 317-323.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.005

Anna Bajek,
Andrzej Marszałek,
Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Morphological and urodynamic evaluation of urinary bladder wall regeneration: muscles guarantee contraction but not proper function - a rat model research study.

Autorzy: J. Adamowicz, K. Juszcak, A[nn]a Bajek, J. Tworkiewicz, M. Nowacki, A[ndrzej] Marszałek, P. J. Thor, P. Chłosta, T[omasz] Drewa.

Źródło: - Transplant. Proc. 2012 Vol. 44 s. 1429-1434.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.005

Marta Pokrywczyńska,
Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Urine is a highly cytotoxic agent: does it influence stem cell therapies in urology?

Autorzy: J. Adamowicz, T. Klokowski, J. Tworkiewicz, M[arta] Pokrywczyńska, T[omasz] Drewa.

Źródło: - Transplant. Proc. 2012 Vol. 44 s. 1439-1441.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.000

Stanisław Dąbrowiecki,
Wojciech Szczęśny

Tytuł oryginału: The glubarn 2 glue for mesh fixation in Lichtenstein's hernia repair: a double-blind randomized study.

Autorzy: Stanisław Dąbrowiecki, S. Pierściński, Wojciech Szczęśny.

Źródło: - Videochirurgia 2012 Vol. 7 nr 2 s. 96-104.

wskaźnik Impact Factor ISI: 1.000

Tomasz Drewa

Tytuł oryginału: Bladder neck preservation during classic laparoscopic radical prostatectomy - point of technique and preliminary results.

Autorzy: P.L. Chłosta, Tomasz Drewa, J. Jaskulski, J. Dobruch, J. Varkarakis, A. Borówka.

Źródło: - Wideochirurgia Tech. Małoinwazyjne 2012 Vol. 7 nr 2 s. 89-95.

Ranking Wydziałów i jednostek Collegium Medicum

Krzysztof Nierzwicki

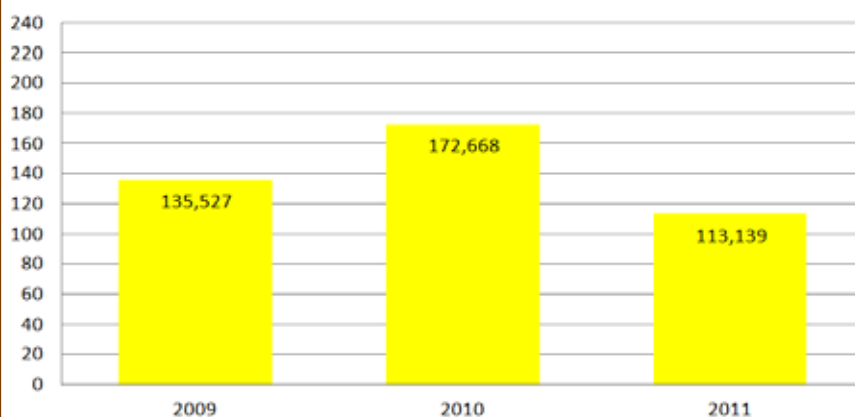
W bieżącym numerze „Wiadomości Akademickich” pragniemy zaprezentować Czytelnikom wyniki analiz bibliometrycznych wydziałów Collegium Medicum oraz rankingi najlepszych jednostek wchodzących w skład tych wydziałów z lat 2009-2011. Dane wygenerowano z programu „Expertus” – bibliograficznej bazy danych publikacji pracowników CM prowadzonej przez Sekcję Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych działającą w obrębie Biblioteki Medycznej. Baza rejestruje dorobek naukowy naszej Uczelni od 1995 roku, zawierając opisy bibliograficzne około 22 tysięcy artykułów i książek, uzupełnione o wskaźniki oceny parametrycznej – punktację Impact Factor oraz punktację Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (dawniej Komitetu Badań Naukowych). Dane parametryczne przypisane są poszczególnym publikacjom w ujęciu historycznym, co oznacza, że tekst posiada wartość punktacji MNiSW oraz wskaźnika IF taką, jaką uzyskał w roku ukazania się w druku.

Prezentacja obejmuje w ujęciu graficznym zarówno ocenę parametryczną dorobku naukowego wydziałów w poszczególnych latach (2009-2011), jak i sumaryczną (łącznie za trzy lata) liczbę punktów dziesięciu najlepiej plasujących się w tym względzie jednostek (katedr, klinik, zakładów) każdego z wydziałów.

Jeśli chodzi o wskaźniki charakteryzujące publikacje pracowników Collegium Medicum ze wspomnianych lat, to zarówno wartość punktacji ministerialnej, jaki i IF wykazywały tendencję wahającą z przewagą wzrostu, zaś jedynie Wydział Farmaceutyczny zanotował spadek punktów IF w 2011 r. poniżej poziomu jaki uzyskał w roku 2009.

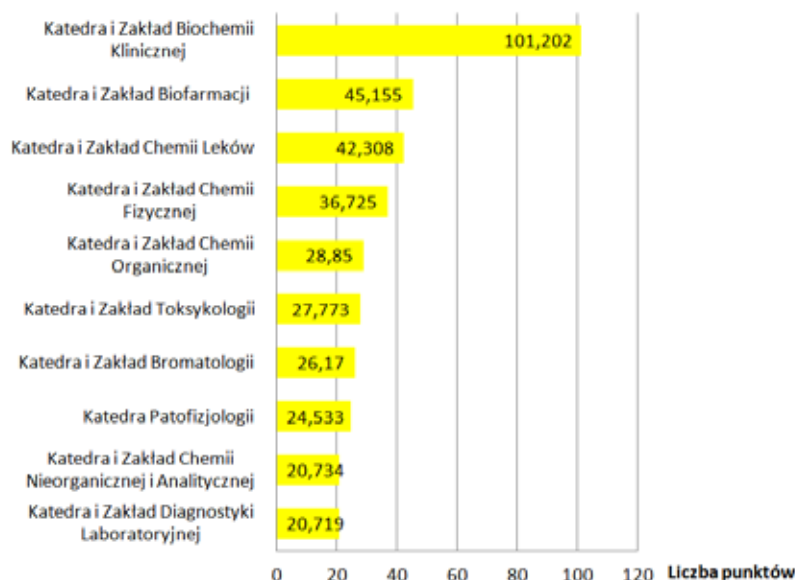
Największą liczbę punktów IF i MNiSW zgromadził Wydział Lekarski, przy czym w przypadku pierwszego z parametrów najkorzystniej wypadł w roku 2010 (211,924 IF) zaś w przypadku drugiego w roku 2011 (3948 MNiSW). Jeśli wziąć pod uwagę ranking jednostek wydziału, to

Wydział Farmaceutyczny: punktacja IF



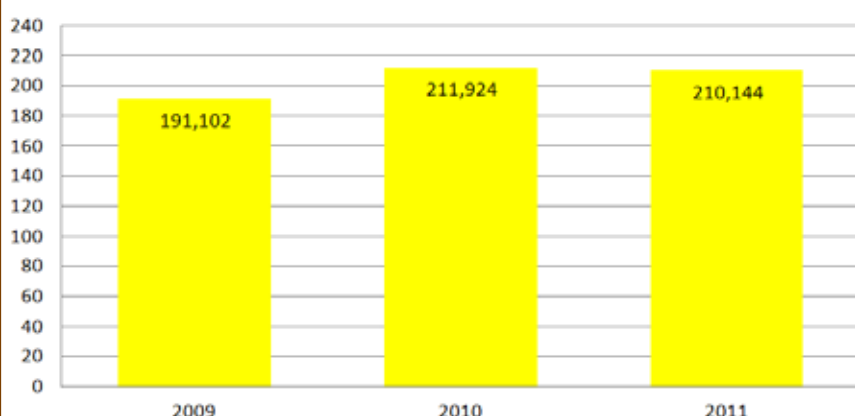
Liczba punktów według wskaźnika Impact Factor dla Wydziału Farmaceutycznego (2009-2011)

Wydział Farmaceutyczny: jednostki z najwyższą punktacją IF



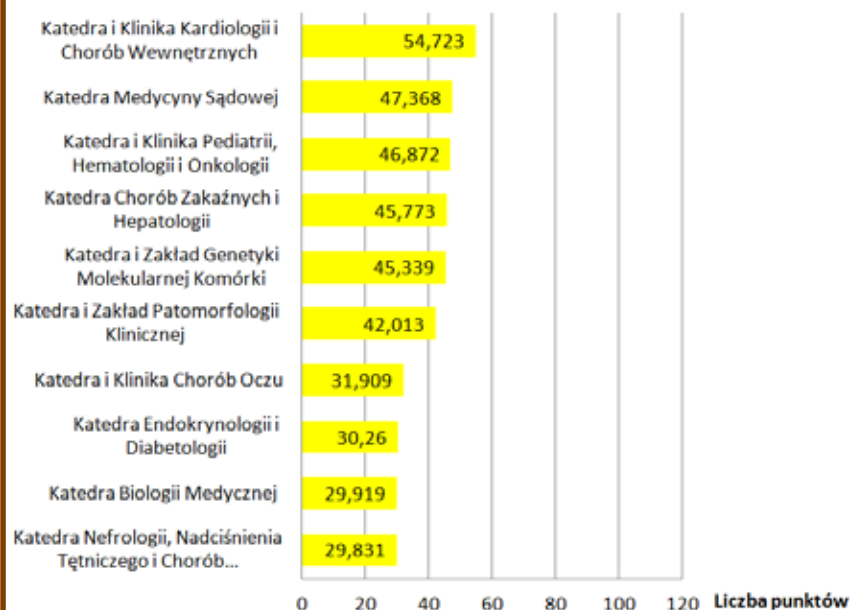
Jednostki Wydziału Farmaceutycznego, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów według wskaźnika Impact Factor

Wydział Lekarski: punktacja IF



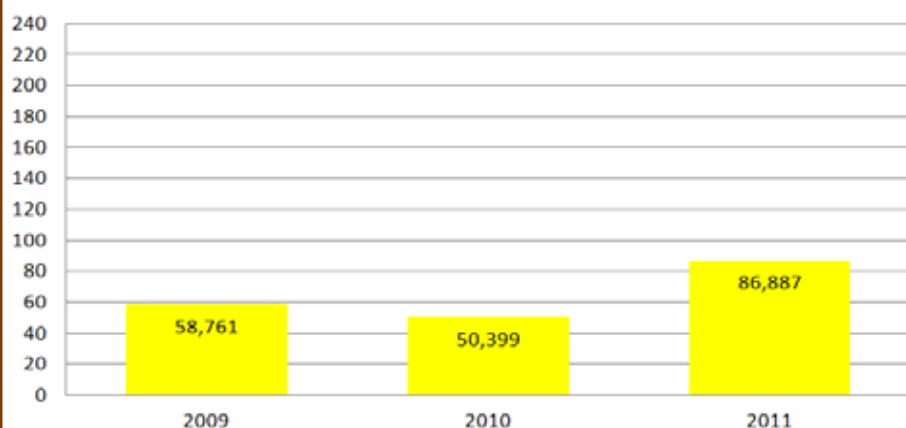
Liczba punktów według wskaźnika Impact Factor dla Wydziału Lekarskiego (2009-2011)

Wydział Lekarski: jednostki z najwyższą punktacją IF



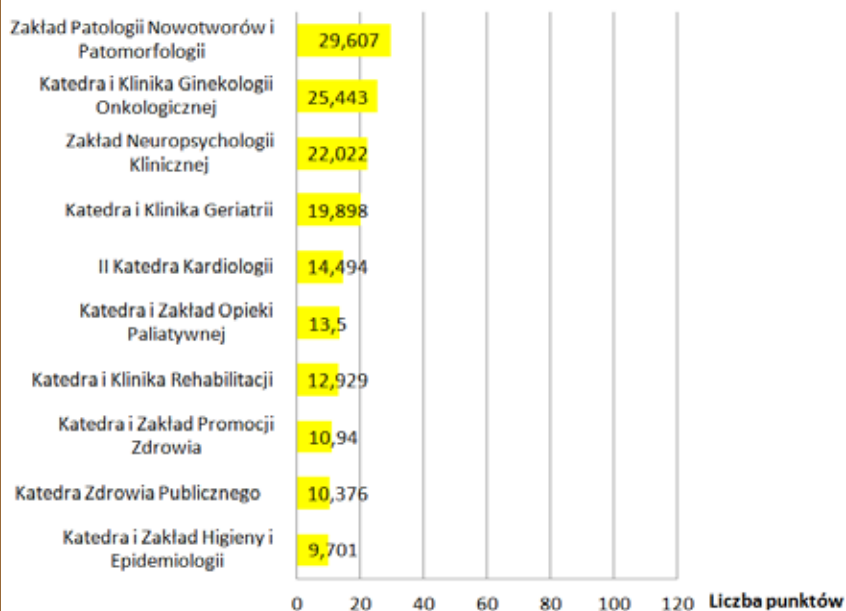
Jednostki Wydziału Lekarskiego, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów według wskaźnika Impact Factor

Wydział Nauk o Zdrowiu: punktacja IF



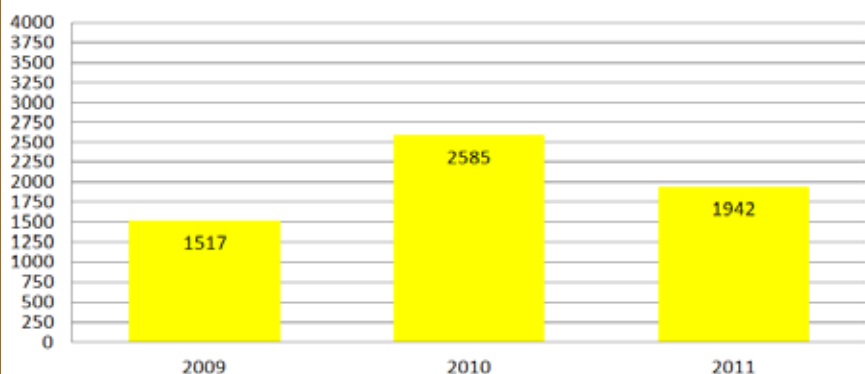
Liczba punktów według wskaźnika Impact Factor dla Wydziału Nak o Zdrowiu (2009-2011)

Wydział Nauk o Zdrowiu: jednostki z najwyższą punktacją IF



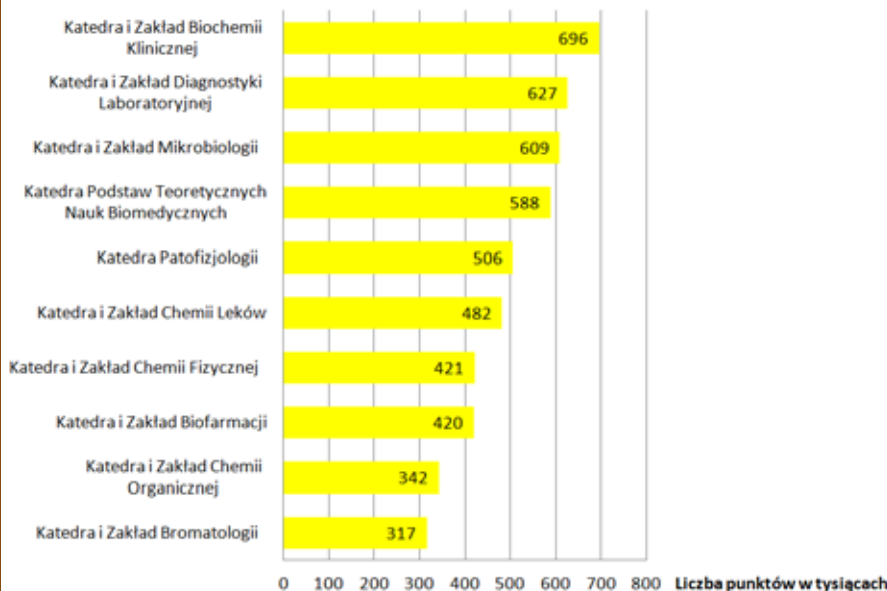
Jednostki Wydziału Nauk o Zdrowiu, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów według wskaźnika Impact Factor

Wydział Farmaceutyczny: punktacja ministerialna



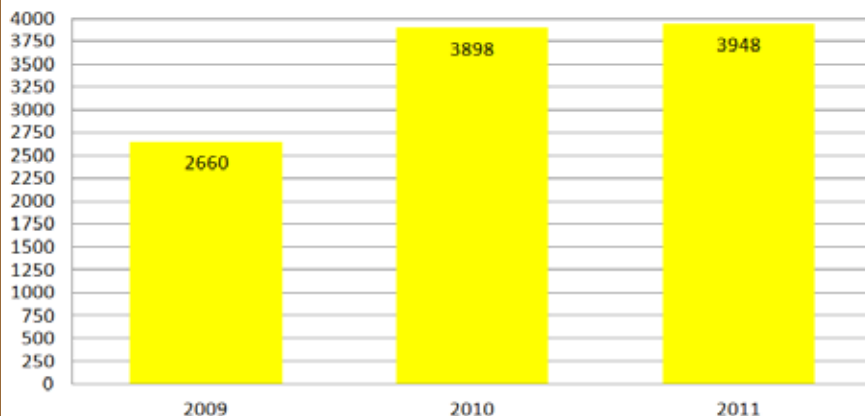
Liczba punktów według Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla Wydziału Farmaceutycznego (2009-2011)

Wydział Farmaceutyczny: jednostki z najwyższą punktacją ministerialną



Jednostki Wydziału Farmaceutycznego, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów ministerialnych

Wydział Lekarski: punktacja ministerialna



Liczba punktów według Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla Wydziału Lekarskiego (2009-2011)

w zakresie wskaźnika IF dominowała Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych prowadzona przez prof. Jacka Kubicę, która w ocenianym okresie uzyskała 54,723 punkty. Najwyższą punktację ministerialną osiągnęła w tym czasie Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii pod kierunkiem prof. Mieczysławy Czerwionki-Szaflarskiej, gromadząca na swym koncie 798 punktów. Katedra Pani Profesor posiadała w tym względzie najwyższą liczbę punktów, biorąc pod uwagę wszystkie jednostki CM.

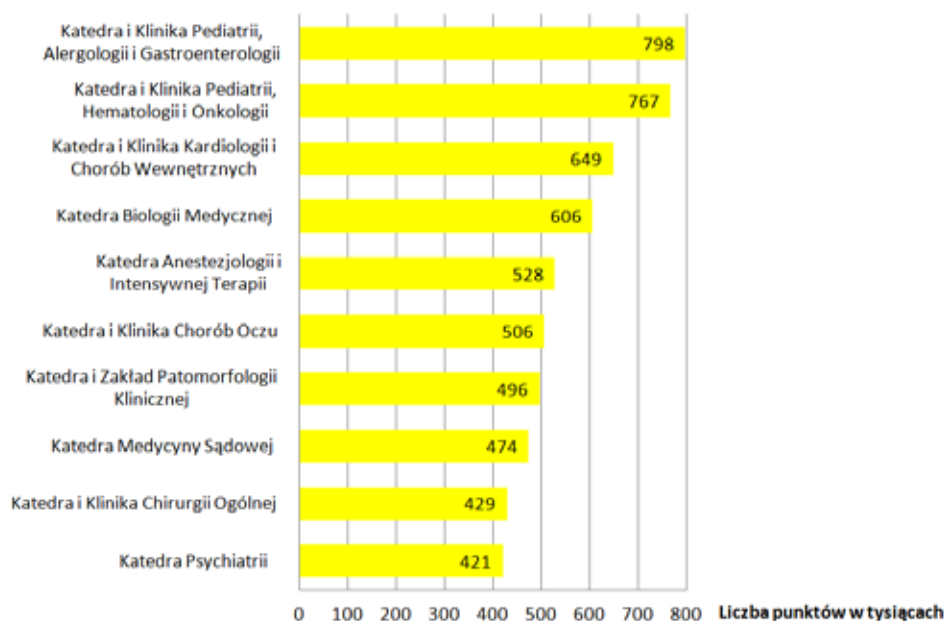
Dwa pozostałe wydziały podzieliły się osiągnięciami naukowymi. W przypadku punktacji Impact Factor dominuje Wydział Farmaceutyczny, który najlepszy wynik w tym względzie osiągnął w roku 2010 (172,668 IF). Wiodącą jednostką wydziału jest Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej działająca pod kierownictwem prof. Ryszarda Olińskiego, która w prezentowanym okresie zgromadziła 101,202 punkty IF, będąc jednocześnie najwyżej ocenioną w tym zakresie jednostką całego Collegium Medicum. Katedra ta była również najaktywniejsza na swoim wydziale, jeśli idzie o gromadzenie punktów MNiSW (696).

Wydział Nauk o Zdrowiu był najbardziej dynamicznie rozwijającym się wydziałem tej części Uniwersytetu, bowiem w omawianym okresie zarówno w zakresie punktacji ministerstwa, jak i wskaźnika IF, bardzo wydatnie powiększył swoje osiągnięcia, uzyskując najlepsze wyniki w roku 2011 (86,887 IF i 2718 MNiSW). Najaktywniejszą jednostką wydziału w prezentacji swego dorobku w czasopiśmie z Listy Filadelfijskiej był Zakład Patologii Nowotworów i Patomorfologii kierowany przez dra Wojciecha Józwickiego (bliśko 30 IF). Natomiast najwyższą liczbę punktów ministerialnych zgromadziła Katedra i Klinika Rehabilitacji prof. Wojciecha Hagnera (777).

W kolejnych numerach „Wiadomości Akademickich” planujemy dalszą prezentację dorobku naukowego Collegium Medicum, zaś w przypadku rankingów poszerzoną o kolejne jednostki poszczególnych wydziałów.

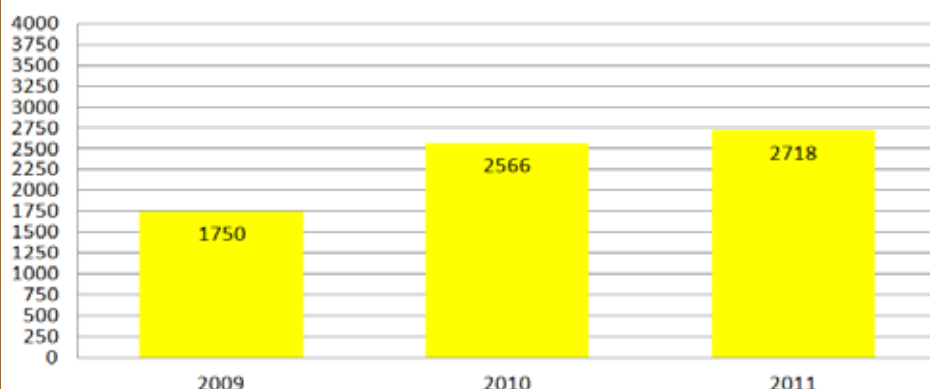
dr Krzysztof Nierzwicki jest dyrektorem Biblioteki Uniwersyteckiej

Wydział Lekarski: jednostki z najwyższą punktacją ministerialną



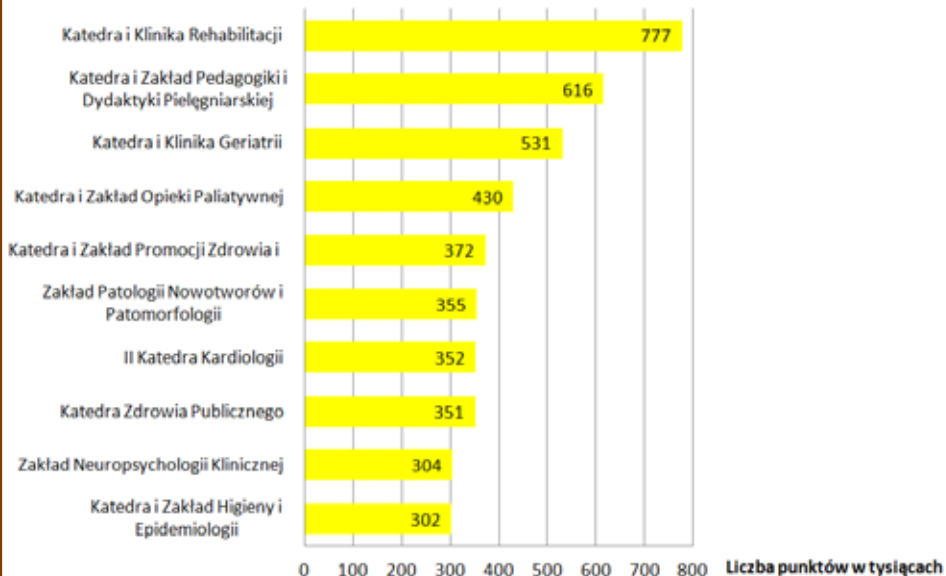
Jednostki Wydziału Lekarskiego, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów ministerialnych

Wydział Nauk o Zdrowiu: punktacja ministerialna



Liczba punktów według Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla Wydziału Nauk o Zdrowiu

Wydział Nauk o Zdrowiu: jednostki z najwyższą punktacją ministerialną



Jednostki Wydziału Nauk o Zdrowiu, które w latach 2009-2011 uzyskały najwyższą liczbę punktów ministerialnych

RSKT 2012

Łukasz Pałkowski



W dniach 16-22 sierpnia 2012 roku uczestniczyłem w międzynarodowej konferencji *The Seventh International Conference on Rough Sets and Knowledge Technology (RSKT 2012)*, która była, obok *the Eighth International Conference on Rough Sets and Current Trends in Computing (RSCTC 2012)* częścią *The 2012 Joint Rough Set Symposium (JRS 2012)*. Konferencja odbyła się w *Southwest Jiaotong University* w stolicy prowincji Syczuan – Chengdu w Chinach.

Podczas tego wydarzenia przypadło mi w udziale przewodniczenie jednej z sesji RSKT 2012 zatytułowanej *Rough Sets in Data and Knowledge Processing*. W tej części przedstawiłem także pracę „*Application of Rough Set Theory to Prediction of Antimicrobial Activity of Bis-Quaternary Ammonium*

Chlorides”, która jest rezultatem współpracy Katedry Technologii Postaci Leku CM UMK, Katedry i Zakładu Mikrobiologii CM UMK z Zakładem Inteligentnych Systemów Wspomagania Decyzji Instytutu Informatyki oraz Zakładem Technologii Chemicznej Politechniki Poznańskiej. Autorami wyżej wymienionej publikacji są: Łukasz Pałkowski, Jerzy Błaszczyński, Jerzy Krysiński, Roman Słowiński, Andrzej Skrzypczak, Jan Błaszczak, Eugenia Gospodarek oraz Joanna Wróblewska.

W trakcie konferencji przedstawiono około 120 doniesień (wybranych z ponad 250 zgłoszeń). Praca, którą miałem przyjemność przedstawić w Chengdu została wyróżniona nagrodą JRS 2012 Best Paper.

Poza częścią naukową w ostatnim dniu konferencji miałem okazję uczestniczyć

w wycieczce do rezerwatu pandy wielkiej, który znajduje się także w Chengdu. Można tam spotkać zarówno pandę wielką jak i mniejszą pandę czerwoną.

Konferencję zakończyła uroczysta kolacja, podczas której uczestnicy mieli możliwość spróbowania wielu tradycyjnych dań kuchni syczuańskiej, co niejednokrotnie stanowiło spore wyzwanie, ale jednocześnie było niezwykle ciekawym, szczególnie dla Europejczyków, przeżyciem.

Wyjazd na konferencję JRS 2012 do Chengdu okazał się bardzo ciekawym doświadczeniem, zarówno pod względem naukowym, jak i możliwości odwiezienia niezwykle interesującego państwa, jakim są Chiny.

mgr farm. Łukasz Pałkowski z Katedry Technologii Postaci Leku

Konferencja „Advances in antiplatelet therapy”

Karolina Obońska

W dniach 7-8 września 2012 r. wybitni polscy i zagraniczni naukowcy w dziedzinie kardiologii zebrali się na zorganizowaną już po raz piąty przez Klinikę Kardiologii i Chorób Wewnętrznych konferencję pt. „*Advances in antiplatelet therapy*”. Patronat nad konferencją objęli Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika prof. Andrzej Tretyn oraz Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Janina Stępińska.

Wśród znakomitych gości znaleźli się Paul A. Gurbel (Stany Zjednoczone), Udaya Tandy (Stany Zjednoczone), Young-Hoon Jeong (Korea Południo-



Andrzej Budaj, Paul Gurbel, Jolanta Siller-Matula, Jacek Kubica, Robert Gil, Marcin Gruchala, Daniel Aradi, Wiktor Kuliczowski, Adrian Doroszo, Young-Hoon Jeong, Eliano P. Navarese, Udaya Tandy



Eliano P. Navarese, Jolanta Siller-Matula



Aldona Kubica, Andrzej Tretyn, Jacek Kubica

wa), Steen Husted (Dania), Daniel Aradi (Węgry), Tobias Geisler (Niemcy), Stan Heptinstall (Wielka Brytania), Marco

Cattaneo (Włochy) i Jolanta Siller-Matula (Austria). Naszą Uczelnię godnie reprezentowali prof. Jacek Kubica, prof.

Władysław Sinkiewicz, dr hab. Grzegorz Grześk oraz dr Eliano P. Navarese.

Podczas obrad poruszono najważniejsze tematy związane z terapią przeciwplatekową stosowaną u osób z chorobą wieńcową, ze szczególnym uwzględnieniem postępu, który dokonał się w tej materii na przełomie ostatnich kilku lat. Omówiono wyniki wielośrodkowych badań klinicznych porównujących skuteczność i bezpieczeństwo nowych leków przeciwplatekowych. Istotnym zagadnieniem, który szczególnie zelektryzował uwagę uczestników obrad była indywidualizacja leczenia przeciwplatekowego.

W czasie konferencji oficjalnie zaprezentowano powołaną w końcu sierpnia br. w Monachium organizację: SIRIO-Medicine Group „Systematic Investigation and Research on Interventions and Outcomes in Medicine” Group. Będzie ona afiliowana przy naszym uniwersytecie, a jej przewodniczącym został dr Eliano P. Navarese. Organizacja ta ma stanowić platformę współpracy lekarzy-naukowców z całego świata, dając nowe możliwości realizacji wyzwań, które stawia przed nami współczesna kardiologia.

Zakończona konferencja umożliwiła nie tylko wymianę doświadczeń ze światowymi autorytetami w zakresie terapii przeciwplatekowej stosowanej w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, ale również wyznacza kierunki nowych badań. Przez co wpisuje się w harmonogram najważniejszych na świecie wydarzeń poświęconych temu zagadnieniu.

Karolina Obońska

III Międzynarodowa Konferencja Open Access

Teresa Krzyżaniak, Małgorzata Slesar

W dniach 13-14 kwietnia 2012 roku w budynku Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy odbyła się III Międzynarodowa Konferencja Open Access w Polsce „Otwarta Nauka i Edukacja”. Organizatorami konferencji była Biblioteka Uniwersytecka Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Patronat honorowy objęła prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe, Prorektor UMK ds. Collegium Medicum, która wraz z Dyrektorem Biblioteki Uniwersyteckiej dr. Krzysztofem Nierzwickim, otworzyła obrady. W konferencji udział wzięło wielu znamienitych gości, m.in. z Wielkiej Brytanii, Francji, Szwajcarii, Niemiec, Ukrainy i Pol-

ski. Same obrady i dyskusje okazały się niezwykle owocne i przyniosły wiele nowych przemyśleń i wniosków.

Konferencję podzielono na dwie podstawowe sesje, które odbywały się w trakcie dwóch kolejnych dni konferencyjnych. Ponadto pierwsza z sesji została dodatkowo podzielona na osobne części: część 1 - Nowe podejście w prowadzeniu badań, część 2 - Praktyczny wymiar prowadzenia badań.

Pierwszą część konferencji otworzył referatem dr Daniel Mietchen, fizyk z Uniwersytetu Fryderyka Schillera w Jenie. Jego wykład pt. „Otwieranie procesu badawczego” dotyczył współczesnych

praktyk badawczych, które na obecnym stadium rozwoju cywilizacji w znacznym stopniu powinny stawać się coraz bardziej transparentne, nastawione na społeczny odzew i współpracę. Pozwala to uniknąć wszelkiego rodzaju opóźnień w dostarczaniu wiedzy, ponieważ często bywa, że od rozpoczęcia badań do uzyskania ich wyników mija sporo czasu. Doktor Mietchen zauważył jednak, że de facto żadna z grup badawczych dotąd nie rozpoczęła odpowiednich działań w celu otworzenia procesów badawczych, nie powstały żadne platformy współpracy w tym zakresie, zaś sprawa „otwartych badań” dotyczy głównie naukowców amatorów, działających w sieci publicznej (np.

Fundacja Wikimedia, do której należą Wikipedie). Należałoby zatem pomyśleć o alternatywnych systemach komunikacji naukowej, w kontekście niedalekiej przyszłości prawdziwych naukowców.

Kolejnym referentem był dr Cameron Neylon, biofizyk reprezentujący Radę do Spraw Instalacji Naukowych i Technologicznych z Wielkiej Brytanii. Wygłosił referat pt. „Sieć wspomaga badania: nie tylko jest ich więcej i są lepsze, ale fundamentalnie odmienne”. Dr Neylon podkreślił, jak ogromny skok cywilizacyjny osiągnięto dzięki wynalezieniu World Wide Web jako sieci komunikacyjnej. Dzięki niej współpracujący ze sobą naukowcy potrafią w szybkim czasie rozwiązać problem, który stanowiłby wielotygodniowe wyzwanie, gdyby pracował nad nim tylko jeden z badaczy. Dla naszego własnego dobra, powinniśmy zadać sobie pytanie, w jaki sposób najlepiej wykorzystać sieć internetową, jak połączyć zasoby naukowe, ludzi, informacje oraz narzędzia, z których korzystamy.

Dr Paweł Szczęśny reprezentujący nauki bioinformatyczne na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Zakład Bioinformatyki Instytutu Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk (IBIB PAN) przedstawił referat „Nauka 2.0 – elity nauki i jej entuzjaści, co z tego wynika?”. Doktor Szczęśny przedstawił problem globalizacji nauki i współpracy naukowców opartej na szybkim i swobodnym przepływie informacji pomiędzy badaczami, jako że tylko większe grupy eksperckie są w stanie skoncentrować się na skutecznym rozwiązywaniu najtrudniejszych problemów naukowych. Dlatego też proces otwierania nauki wymaga wsparcia na poziomie prawnym, technicznym oraz społecznym.

Kolejnym mówcą był Jakub Szprot, doktorant z Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Matematycznego i Informatycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Przedstawił referat pt. „Otwieranie nauki w Polsce”, w którym zawarł omówienie kluczowych obszarów związanych z otwartą nauką. Są nimi m.in.: swobodny dostęp do treści naukowych (czasopisma w open accessie, wolne repozytoria), infrastruktura informatyczna otwartej nauki (projekty polskie oraz europejskie, w których uczestniczą polscy partnerzy) i prawne narzędzia otwartości w nauce (licencje, mandaty). W dalszej części omówione zostały rola instytucji rządowych, naukowych i badawczych, organizacji społecznych w działaniach na rzecz otwartej nauki. Na zakończenie autor podjął próbę okre-



Uczestnicy III Międzynarodowej Konferencji Open Access

ślenia podstawowych problemów oraz naj-istotniejszych wyzwań z jakimi musi się zmierzyć ów ruch w Polsce.

„Web 2.0 w służbie uczelni” to temat referatu dr. Michała Kaczmarczyka, reprezentującego Wyższą Szkołę Humanitas w Sosnowcu, który w latach 2006-2010 przeprowadził dla Zakładu Dziennikarstwa Uniwersytetu Śląskiego największy projekt badawczy dotyczący PR uczelni. Projekt nosił tytuł „Public relations szkół wyższych. Model komunikowania z otoczeniem”. Pozwolił on zdiagnozować stan aktywności komunikacyjnej polskich uczelni, z uwzględnieniem ich aktywności w Internecie oraz sformułować interesujące wnioski na temat roli sieci w kreowaniu otwartej polityki informacyjnej i naukowej szkół wyższych ery Web 2.0.

Na zakończenie części pierwszej referat przedstawił dr Emanuel Kulczycki reprezentujący Zakład Teorii Filozofii Komunikacji w Instytucie Filozofii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Dr Kulczycki prowadzi blog „Warsztat badacza komunikacji”, na którym opisuje narzędzia badawcze, programy komputerowe oraz przepisy prawne regulujące praktykę naukową i stąd jest najbardziej znany środowisku naukowemu. Zapewne w związku z tym referat dr. Kulczyckiego nosił tytuł „Błogi i serwisy naukowe. Komunikacja naukowa w kulturze konwergencji”. Głównym zagadnieniem podjętym przez dr. Kulczyckiego była blogosfera naukowa jako przykład wykorzystania nowych mediów w procesie upowszechniania nauki. Następnie podjął on próbę przedstawienia podstawowych elementów historycznych i typologicznych z zakresu funkcjonowania blogów naukowych, a także przeglądu polskiej blogosfery naukowej. Autor zaprezentował również blogi jako współczesne narzędzie komunikacji naukowej oraz przeanalizował wyzwa-

nia i problemy mogące pojawić się podczas tworzenia serwisu naukowego skierowanego do szerokiego grona odbiorców. Na zakończenie dr Kulczycki wskazał trudności, jakie wyłaniają się przy łączeniu starych i nowych mediów w procesie promocji i upowszechniania nauki.

W części drugiej konferencji jako pierwszy głos zabrał dr Peter Murray-Rust reprezentujący Uniwersytet w Cambridge oraz Fundację Otwartej Nauki, który przedstawił referat pt. „Otwarte dane a literatura naukowa”. Zawarł w nim przykłady zastosowania „otwartej nauki” oraz „otwartych danych” przez badaczy z dziedzin związanych z biologią, astronomią (wirtualne obserwatoria) czy fizyką wielkich energii (programy przechowywania i przetwarzania informacji).

Jako że współorganizatorem konferencji było Collegium Medicum z Bydgoszczy, o zabranie głosu w nawiązaniu do tematyki „otwartej nauki” w medycynie poproszeni zostali: dr hab. Grzegorz Grześk, prof. UMK, kardiochirurg, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii i Terapii oraz dr Wojciech Szczęśny, chirurg pracujący w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej.

Prof. Grześk przedstawił „Początki telemedycyny w województwie kujawsko-pomorskim”, omawiając historię transmisji z wykorzystaniem systemu telekardiologicznego, wprowadzeniem samego systemu oraz jakością jego funkcjonowania w Bydgoszczy oraz województwie kujawsko-pomorskim.

Dr Wojciech Szczęśny przedstawił bardzo ciekawy poparty ilustracjami z malarstwa związanego z medycyną, jak i przykładami zabiegów operacyjnych, wykład: „Obraz w chirurgii, chirurgia w obrazach”. Autor przedstawił współczesne techniki zapisu informacji medycznej wykorzysty-



Uczestnicy BarCampu „Jak bibliotekarze mogą wspomagać otwartą naukę i edukację?”

wane w celu kształcenia przyszłych pokoleń lekarzy, jak również odwołał się do historii podobnych działań.

Na zakończenie pierwszego dnia obrad głos zabrał dr Miguel Angel Marquina z CERNu w Szwajcarii, który przedstawił referat (napisany we współpracy z kilkoma innymi naukowcami z zagranicy) pt. „Rozwój obywatelskiej cybernauki i jej wpływ na profesjonalne badania naukowe”. Dr Marquina wskazał na najciekawsze projekty realizowane przez Centrum Obywatelskiej Cybernauki, takie jak geotagging, umieszczane w Internecie zdjęcia regionów dotkniętych kryzysem czy symulacja zderzania cząsteczek w Wielkim Zderzaczu Hadronów. Wspomniane projekty oparte są na współpracy z internautami, a dzięki temu zaczynają zanikać granice między amatorami a zawodowymi naukowcami.

Drugi dzień obrad poświęcony był kwestiom związanym z Nowym wymiarem edukacyjnym szkół wyższych, a jako pierwszy referat zaprezentował dr Marcin Grynberg z Instytutu Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk w Warszawie. W swej prezentacji poruszył temat „Czy wykładowcy i studenci są gotowi na otwartość?”. Omówił czynniki kształtujące studenta: wpływ wykształcenia rodziców, uczestnictwo w edukacji przedszkolnej oraz różnice w wynikach egzaminów po szkole podstawowej ze względu na wielkość miejscowości, w której zlokalizowana jest szkoła. Pokazał jak wiele należy zmienić w systemie oświaty, poczynawszy od MEN, poprzez nauczycieli, po uczniów i ich oczekiwania.

Kolejnym prelegentem był Abel Caine, który obecnie jest odpowiedzialny za realizację programu Otwarte Zasoby Edukacyjne, zainicjowanego i koordy-

nowanego przez Sektor Komunikacji i Informacji UNESCO. W referacie zaprezentował Platformę Otwartych Zasobów Elektronicznych (OER), przedstawił definicję otwartych zasobów elektronicznych (OZE), korzyści płynące z OZE, wyjaśniał na jakich licencjach są udostępniane oraz kto należy do grona użytkowników OZE. Autor referatu nie zapomniał także o przedstawieniu funkcji platformy, takie jak odnajdywanie, porównywanie, tworzenie i udostępnianie zasobów.

„Po co nam TED?” to tytuł referatu zaprezentowanego przez Adama Litwińskiego z Warszawy, w którym omówił inicjatywę otwartych wykładów TED (Technology, Entertainment, Design), najciekawsze z wykładów, ich popularność i przydatność. Nagrania na platformie TED.com dostępne są za darmo, dogłębnie przemyślane i perfekcyjnie zaprezentowane, z pięknymi slajdami. TED Talks mogą zostać wykorzystane w trakcie zajęć jako krótkie przerywniki, jako wprowadzenie do omawianego tematu, materiał szkoleniowy dla nauczycieli. Z kolei TEDx to platforma przeznaczona do prezentowania wiedzy, wyników badań, inspirowania i dzielenia się swoimi pasjami w nowoczesny sposób. Autor podsumowuje, że cały program nieustannie rozwija się na całym świecie i służy do szeroko pojętego zgłębiania wiedzy.

Karolina Grodecka z Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie w referacie „Open AGH i inne platformy e-learningowe” stwierdziła, że „rozważając kierunki rozwoju ruchu Otwartych Zasobów Edukacyjnych i otwartej nauki, nie można pominąć nowych inicjatyw, które świadczą o aktualności jego postulatów i ich uniwersalności”. Przedstawiła trzy najczęściej praktykowane modele udostępniania zasobów

edukacyjnych, wykorzystujące różne platformy e-learningowe oraz przykłady projektów realizowanych przez czołowe ośrodki kształcenia w Polsce i na świecie. Jako współtwórczyni Open AGH omówiła wykorzystanie Moodle, skupiając się na analizie zalet i wad tego programu.

W referacie „Prawo autorskie dla bibliotekarzy – prezentacja nowej oferty edukacyjnej dla bibliotekarzy” Daria Gęsicka, Beata Marek i Magdalena Rutkowska przybliżyły ideę kursu oraz współpracę, która została nawiązana w ramach realizacji polskiej edycji projektu Copyrights for Librarians przygotowanego przez Centrum Badań Cyberprzestrzeni Uniwersytetu Harvarda. Projekt został zainicjowany przez eIFL (Elektroniczną Informację dla Bibliotek), działającą od 1999 r. międzynarodową organizację zrzeszającą biblioteki. Hasłem przewodnim organizacji pozostaje „wiedza bez barier”, a misją – udostępnianie wiedzy przez biblioteki z krajów rozwijających się w celu usprawnienia procesów rozwoju gospodarczego i społecznego. Polska edycja kursu została opracowana w latach 2011 i 2012 r. przez studentów Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku, którzy stworzyli platformę e-learningową, przybliżającą bibliotekarzom zagadnienia z prawa autorskiego.

W komunikacie MNiSW dotyczącym organizowanej konferencji prof. Kudrycka napisała, że „w epoce cyfryzacji współpraca naukowców i bibliotekarzy jest kluczowa dla optymalnego wykorzystania bogactwa zasobów cyfrowych. Wierzę, że tegoroczne obrady przedstawicieli obydwu profesji będą równie owocne, co poprzednie”. Mamy nadzieję, że tak właśnie było, bo już w trakcie zjazdu słychać było wiele pochwał, zarówno pod adresem prelegentów, doboru tematów, jak i organizatorów. Podczas kończącej konferencję BarCampu, którego temat przewodni brzmiał „Jak bibliotekarze mogą wspomagać otwartą naukę i edukację” dyskutowano o istocie otwartości nauki i w jaki sposób należy wspierać wzajemną współpracę bibliotekarzy i naukowców. Konferencja stała na niezwykle wysokim poziomie, wykorzystano najnowocześniejsze technologie przekazu informacji, w tym portale społecznościowe i możliwości współczesnej telefonii komórkowej, podtrzymano dotychczasowe kontakty i nawiązano nowe, miejmy nadzieję, równie owocne.

mgr Teresa Krzyżaniak i mgr Małgorzata Slesar są pracownikami Biblioteki Medycznej

ClinicalKey

Monika Kubiak

Od 20 września do 18 listopada 2012 roku otrzymaliśmy dostęp do zasobów elsevierowskiego ClinicalKey.

Dostęp pod adresem:
<http://www.clinicalkey.com>

ClinicalKey to zintegrowana platforma informacji medycznej udostępniona przez Elsevier zawierająca informacje spośród 52 specjalizacji medycznych.

ClinicalKey to wyjątkowe narzędzie wspomagające rozwój zawodowy oraz codzienną praktykę lekarzy w zakresie decyzji diagnostycznych i terapeutycznych. Baza wśród licznych zasobów zawiera narzędzie diagnostyczne First-Consult (FC). FC zawiera opisy stanów chorobowych omawiające występowanie oraz sposoby i wyniki leczenia poszczególnych chorób. Dodatkowo baza zawiera bazę procedur medycznych ProceduresConsult w której ponad 9000 procedur oprócz opisu zawiera materiał video.

ClinicalKey oferuje m.in. pełne teksty specjalistycznych czasopism i bestsellerów książkowych, artykuły przeglądowe opublikowane w Clinics of North Ame-

rica, procedury medyczne opracowane przez renomowane międzynarodowe ośrodki oraz bank materiałów wizualnych i animacji filmowych.

Zakres źródłowy bazy:

956 wiodących podręczników w formie e-booków (m.in. Braunwald's Heart Disease, Nelson Textbook of Pediatrics, Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease, Sabiston Textbook of Surgery, Nelson Textbook of Pediatrics, Textbook of Family Medicine),

508 najbardziej aktualnych czasopism, w tym cała seria The Clinics of North America, baza danych leków oparta na Gold Standard,

ponad 4400 wytycznych dla lekarzy (guidelines),

ponad milion zdjęć, tablic, wykresów i filmów,

ponad 9000 filmów pokazujących procedury medyczne w tym chirurgiczne,

ponad 8200 ulotek dla pacjentów, najnowsze wiadomości w formie RSS lub newsletterów,

dostęp do indywidualnego kształcenia CME (Continuing Medical Education).

Ogromna baza źródłowa ClinicalKey



wymusiła zastosowanie unikalnej technologii wyszukiwania informacji opartej na nowej taxonomii Elsevier Merged Medical Taxonomy, która skróciła czas wyszukiwania do minimum. Dodatkowo dzięki nowej technologii wyszukiwarka potrafi znaleźć nie tylko informacje zawierające wyszukiwane słowa-klucze, ale także inne istotnie powiązane z wyszukiwanym tematem informacje pomijane przez tradycyjne, konwencjonalne wyszukiwarki.

Baza zawiera funkcję Presentation Maker pozwalającą przygotowywać prezentacje PowerPoint bezpośrednio z zasobów multimedialnych ClinicalKey z zachowaniem praw autorskich i informacji o cytowaniach.

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

Nasz wykładowca Ironmanem

Krzysztof Opozda

W dniu 2.09.2012 r. w Borównie k/ Bydgoszczy odbyły się Międzynarodowe Mistrzostwa Polski w triathlonie na dystansie Ironman, w których po raz pierwszy wystartował dr n. med. Krzysztof Opozda, pracownik Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu.

Zawody triathlonowe rozgrywane są na kilku dystansach i stają się coraz bardziej popularną dyscypliną sportową, która obejmuje współzawodnictwo w trzech następujących po sobie konkurencjach: pływanie, jazda na rowerze i bieg.

W Borównie 115 zawodników rywalizowało na dystansie długim Ironman (3,8 km pływania, 180 km jazdy na rowerze i 42,195 km biegu) a 364 na dystansie średnim Pół Ironman (1,9 km pływania, 90 km jazdy na rowerze i 21,1 km biegu). Start zawodników na obu dystansach nastąpił odpowiednio o 7.00 i 11.00.

W zawodach na dystansie Ironman wzięło również udział 7 drużyn (sztafet) składają-

cych się z 3 zawodników (pływak, kolarz, biegacz), w których startowały także kobiety.



3,8 km pływania



180 km jazdy rowerem



42,195 km biegu



Na mecie (z córką)

O godzinie 7.00, gdy nad jeziorem unosiła się jeszcze poranna mgiełka, a wschodzące słońce zaczynało oświetlać taflę wody, nasz wykładowca wystartował na trasę zawodów swojego życia, z nadzieją, że po ukończeniu morderczego dystansu zasłuży na miano „Żelaznego Człowieka”. Po raz pierwszy miał pokonać 3,8 km dystans na wodach otwartych, odległość 180 km, którego wcześniej nigdy rowerem nie przemierzył oraz cały maraton, dotychczas niepokonany. Na brzegu, tuż przed startem, dr Opozda nie myślał jednak, ani o jeździe rowerem, ani o biegu, ale o pierwszej pętli na jeziorze, której najbardziej się obawiał. Start w licznej grupie zawodników nie jest łatwy, ponieważ nieuniknione są „potrącenia” w wodzie z obu stron. Nasz wy-

kładowca nie przypuszczał, jednak, że jedyne chwile zwątpienia na całej ponad 220 km trasie przeżyje po starcie, na odcinku do pierwszej boi umiejscowionej na środku jeziora. Nie mógł wyregulować oddechu, nie potrafił odnaleźć się pośród setki zagarniających wodę długimi ramionami, znacznie bardziej doświadczonych triathlonistów, zostawał w tyle, myślał co on tu robi. Podnieksytowanie startem i emocje minęły, gdy w wodzie zrobiło się mniej tłoczno. Nasz zawodnik złapał właściwy rytm, uspokoił oddech, zaczął nadrabiać stracone na starcie metry i gonić rywali. Po pierwszej pętli, obiegając balon po wyjściu z wody wiedział, że jest nieźle, gdy usłyszał czas podany przez komentatora zawodów tj. 21 min. Była szansa pokonania czterech pętli na jeziorze w czasie poniżej 1,5 h, co uskrzydliło naszego wykładowcę. Niestety znów dał się ponieść emocjom, co skutkowało odchyleniem od kursu i koniecznością nadrobienia dodatkowych metrów. To jednak nie miało już większego znaczenia, bo pływanie zakończył z dobrym czasem 01:28:06. Zdjęcie pianki, przebiegnięcie do boksów rowerowych, przebranie się, założenie numeru startowego, skarpet kompresyjnych, butów, kasku zajęło kilka minut, po czym nasz wykładowca wyruszył na trasę rowerową, na której wielu kibiców, w tym dzieci, gorąco dopingowało wszystkich zawodników.

Rześkość poranka minęła, a z upływem kolejnych godzin słońce świeciło coraz intensywniej. Na trasie rowerowej triathlonistom przeszkadzał również boczny wiatr, ale nasz zawodnik bardziej obawiał się defektu roweru, lub złapania gumy mijając innych, zmuszonych do naprawiania sprzętu na poboczu. Dr Opozda szczęśliwie pokonał 6 pętli po 30 km trasą przez Dobrcz, Pauliny, Sienno, Kotomierz, Neklę i Żołędowo, pijąc napoje, tak jak inni zawodnicy i spożywając energetyczne batony oraz żele. Czas przejazdu był dobry jak na pierwszy taki wyczyn w życiu i wyniósł 06:37:36, ale zejście z roweru, przebranie się i ruszenie na trasę biegu nie było łatwe.

Znawcy tematu mawiają, że Ironman zaczyna się tak naprawdę na biegu, bo tu nierzadko trzeba się zmierzyć ze skurczami mięśni, monotonią, zmęczeniem i wieloma słabościami. Nasz zawodnik miał do pokonania dystans całego maratonu, podzielony na 8 odcinków między Wojskowym Domem Wypoczynkowym w Borównie a miej-

scowością Augustowo. Ruszył wolno, zesztywniały, z lekkimi skurczami mięśni, ale biegł niestrudzenie stałym tempem. W czasie zawodów korzystał z rad brata, nauczyciela w-f, który ukończył Ironmana w ubiegłym roku oraz ze wsparcia jednego z kolegów. Wszyscy zawodnicy mogli liczyć na wspaniałą pomoc wielu wolontariuszy, którzy podawali im napoje, batony, banany i wspomagali nadludzki wysiłek szczerym dopingiem oraz brawami.

Z upływem czasu na trasie biego-wej ubywało zawodników, ponieważ triathloniści rywalizujący na dystansie średnim kolejno finiszowali na mecie,

a najlepsi z Ironmanów kończyli swoje zmagania po 10 h rywalizacji. Nasz wykładowca trud zawodów odczuł szczególnie na 6 i 7 pętli biego-wej, ale mozolnie zmierzał do celu. Zapadł zmierzch. Na ósmej pętli „przyszła wielka moc”, dzięki której dr Opozda pokonał ostatni odcinek w rekordowym czasie. Biegł tak, jakby przed chwilą rozpoczął dystans, a około kilometra przed metą, razem z 17-letnim synem Piotrem, który podbiegł do ojca, oświetlając drogę, rozpoczął wielki finisz dublując po drodze kilku zawodników. Tuż przed metą do biegnących dołączył drugi syn naszego Ironmana, 16-letni Damian oraz 8-

letnia córka Zuzia, by trzymając się za ręce, zakończyć zawody. Takiego finiszu rodzinnego chyba w tym dniu nie było. W trakcie krótkiego wywiadu dr Opozda trud pokonanego dystansu zadekował swojej rodzinie.

Nasz Ironman przemierzył dystans w czasie 13:25:38 zajmując w gronie 99 zawodników, którzy ukończyli zawody, 72 miejsce, a w swojej kategorii wiekowej M40 (mężczyźni 40-49 lat) miejsce 19. Serdecznie gratulujemy.

Więcej na stronie: <http://www.trisport.pl/>

relacji dr. Krzysztofa Opozdy wysłuchała sekretarz redakcji, Monika Kubiak

Toruńska Noc Naukowców i spływ kajakowy „Pożegnanie lata”

Jadwiga Sarwińska, Anna Srokowska, Ada Czajkowska

Niepełnosprawność jest szeroko postrzegana w społeczeństwie, ale ludzie do końca nie wiedzą, jak pomagać ludziom niepełnosprawnym w czynnościach życia codziennego, jak i ich aktywności sportowej. Dlatego Toruńska Noc Naukowców z 28 września 2012 roku skierowana była na edukację społeczeństwa, zwłaszcza ludzi młodych, odnośnie udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym, natomiast spływ kajakowy „Pożegnanie lata”, który miał miejsce dzień później, 29 września 2012 roku był formą zaktywizowania sportowego grupy osób niepełnosprawnych z TPD Koło Przyjaciół Dzieci Niepełnosprawnych „Dzielnych los wspomaga”. Przyniósł on wiele radości i szczęścia niepełnosprawnym uczestnikom, jak i studentom, którzy przekonali się, w jaki sposób w przyszłości będą mogli pomagać innym ludziom w pracy fizjoterapeuty. Korzyść była obopólna.

W dniu 28 września 2012 roku w Toruniu odbyła się trzecia edycja Toruńskiej Nocy Naukowców. W tym wydarzeniu brali udział pracownicy Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej w Bydgoszczy oraz studenci kierunku fizjoterapii.

Nasze działania były skoncentrowane na pokazie umiejętności jakie powinny posiadać osoby z niepełnosprawnością ruchową, aby móc poruszać się samodzielnie na wózku aktywnym. Dzieci i młodzież oraz całe rodziny chętnie siadały na wózkach aktywnych, aby praktycznie spróbować jakie elementy techniczne trzeba opanować, aby samodzielnie poruszać się po mieście. Odpowiadaliśmy również na pytania dotyczące sposobów pomocy jakiej potrzebują osoby z niepełnosprawnością ruchową korzystające ze środków komunikacji miejskiej.

Naszym drugim zadaniem było przedstawienie problemów osób niewidomych. Wszyscy chętni mogli poczuć się przez

chwilę jak osoby niewidome poruszające się w terenie z przewodnikiem i z laską. Tłumaczyliśmy jakie funkcje spełnia laska, jakiej pomocy potrzebują od nas osoby niewidome oraz jakie znaczenie ma słuch i dotyk dla osób niewidomych.

Najczęściej pojawiające się komentarze wśród uczestników Toruńskiej Nocy Naukowców to stwierdzenie: „nie wiedzieliśmy, że jazda na wózku jest taka trudna”, „jak ciężko jest zorientować się w terenie gdy nie wiadomo gdzie się jest”. Doświadczenia Toruńskiej Nocy Naukowców świadczą o ciągle niewielkiej wiedzy społeczeństwa o tym, z jakimi problemami na co dzień borykają się osoby z różnymi niepełnosprawnościami, ale jednocześnie dowodzą pozytywnego nastawienia dzieci i młodzieży do osób niepełnosprawnych i chęci nauczania się, jak prawidłowo pomagać takim osobom.

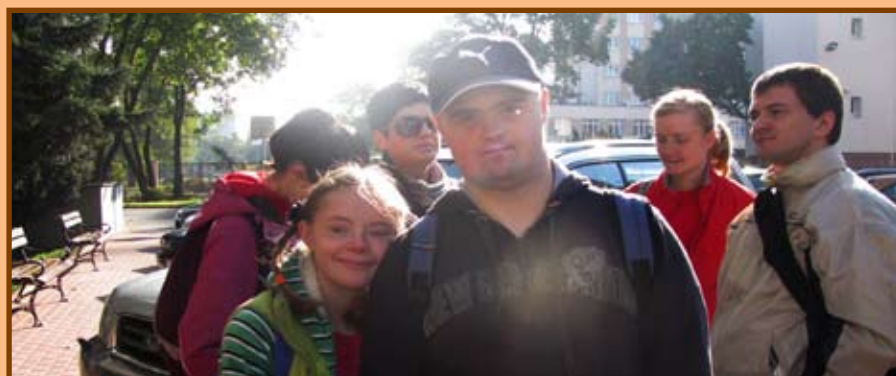
Dnia 29.09.2012 r. Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy po raz siódmy zorganizowała spływ kajakowy dla osób niepełno-



Toruńska Noc Naukowców, fot. A. Romański



Toruńska Noc Naukowców, fot. A. Romański



spływajakowy „pożegnanielata” 2012

sprawnych. Już od 8:00 rano studenci dzielnie pakowali sprzęt i pomagali w przetransportowaniu go na miejsce rozpoczęcia - do bydgoskiej Smukały, gdzie po 10:00 dołączyli uczestnicy wraz z opiekunami i studentami ratownictwa medycznego i fizjoterapii. Już w trakcie podróży dyskutowaliśmy zawzięcie jak dr Lewandowski to zrobił, że w tak deszczowym tygodniu udało się załatwić tyle słońca. Na miejscu jeszcze przed podzieleniem się na dwuosobowe załogi otrzymaliśmy dobre słowo od prof. dr hab. n. med. Małgorzaty Tafil-Klawe - od lat obecnej na rozpoczęciach i zakończeniach spływów, oraz dra Lewandowskiego, który przekazał zasady bezpieczeństwa i życzył szerokiej drogi. Następnie podzieleniśmy się na dwójki” uczestnik + student - w taki sposób, aby żadna załoga nie zostawała w tyle. Bo jak się potem okazało - nie wszyscy uczestnicy zamierzali wspierać się napędową kajaką, niektórzy korzystali z uroków spokojnego spływu i podziwiali widoki, ale za to wspierali nas dobrym słowem, zauważając w nas zalety, o których nie mieliśmy zielonego pojęcia. W spływie towarzyszyły nam również mądre głowy naszej uczelni: nowy prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, który od wielu lat brał udział we wszystkich kolejnych spływach „Pożegnania lata” dr hab. n. med. Jacek Klawe, prof. UMK - tym razem płynął w środku, mgr Jadwiga Sarwińska - organizowała piękne pożegnanie w Smukale i przywitanie na Wyspie Młyńskiej, dr Andrzej Lewandowski - prowadził naszą wycieczkę oraz mgr Tomasz Kowalik, który zamykał spływ i pilnował, aby nikt za bardzo nie odstawał.

Kiedy już wszyscy znaleźliśmy się na wodzie i rozległy się długo wyczekiwane słowa: „płyniemy!” - wyruszyliśmy pełni siły i ciekawości, jak też Brda przywita nowych gości. Wycieczka pełna dyskusji, wymiany poglądów, śmiechu, śpiewu i nowych znajomości minęła nam tak szybko, że aż byliśmy zdziwieni. Oczywiście nie obyło się bez przygód - mimo, że płynęliśmy przez dość szeroki odcinek Brdy, natura zgotowała nam małą niespodziankę w postaci drzewa przewróconego w poprzek rzeki. Dla dr Lewandowskiego, oczywiście, nie było to żadnym problemem i chwila moment znalazł drogę wąskim przesmykiem dookoła, gdzie trochę powalczyliśmy, bo napotkaliśmy silny prąd, ale po drugiej stronie mieliśmy za to czas na wymianę spostrzeżeń. Następnie były już tylko piękne widoki. Naprawdę, jeśli ktoś sądzi, że zna Bydgoszcz - polecam mu widok od strony Brdy.

Finalną atrakcją było służowanie koło WSG, gdzie tłumaczyliśmy sobie nawzajem, na jakiej zasadzie działają takie śluzę, bo wiele osób przeżyło to pierwszy raz. Potem już tylko dobiliśmy do brzegu Wyspy Młyńskiej, zrobiliśmy mnóstwo zdjęć pożegnalnych, zjedliśmy pyszną grochówkę i zaczęliśmy odliczać czas do kolejnego spływu....

Jadwiga Sarwińska, Anna Srokowska, Ada Czajkowska