

Spis Treści

Wywiad numeru

W Polsce jesteśmy jedyni..., wywiad z dr. Jackiem Piątkowskim 2

Z życia Uczelni

Takiej gali Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego jeszcze nie było! 9

Toruńska Noc Naukowców 11

Studencka Pracownia Edukacji Ultrasonograficznej 12

Milionowy grant na badania 12

Sukces na Scapula Aurea 13

Laureatka „Pomysłu na firmę” 13

10-lecie Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej 14

Nagrody Rektora 16

Polemiki

Altamira 17

Medycyna

Zabieg embolizacji 18

Historia medycyny

We wrześniu 1939 r. Bydgoski Szpital Miejski 19

Medyczna Środa

Pogawędki drobnoustrojów, czyli quorum sensing w biofilmach 20

Nasz mózgowy GPS 22

Zjazdy

XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów 23

Interdyscyplinarne Oblicza Dermatologii 24

Konferencja EUPATI w Collegium Medicum w Bydgoszczy 26

Copernicon dla każdego. 27

Lista Filadelfijska

Nasi na Liście Filadelfijskiej 28

Medycyna i sztuka

Medycyna w sztuce 32

Ciało, sztuka i medycyna 32

Nepal

Szansa dana Nepalowi 34

Ze sportu

Pożegnanie lata 2016. 40

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

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania 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 Dziedziczko

prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęsny

prof. dr hab. Maria Szewczyk

dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

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 Kaszewska

Druk:

P. W. „Formator” sp. z o. o.

ul. Grudziądzka 163

87-100 Toruń

Stali współpracownicy:

dr hab. Walentyna Korpalska,

dr Mirosława Kram,

mgr Agnieszka Milik-Skrzypczak,

prof. dr hab. Jan Styczyński,

dr Wojciech Szczęsny

I okładka wiktoriańska kartka świąteczna

W Polsce jesteśmy jedyni...

wywiad z dr. Jackiem Piątkowskim - chirurgiem z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej CM UMK z siedzibą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

Redakcja: Panie Doktorze, dziękując za spotkanie i chęć rozmowy proszę na wstępie o kilka zdań o sobie.

dr Jacek Piątkowski: Jacek Piątkowski, chirurg pracujący w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika z siedzibą w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu. Pracuję na chirurgii od 1989 roku, specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej zrobiłem w 1992 roku, II stopień zdałem z wyróżnieniem w 1996 r. W latach dziewięćdziesiątych XX w. rozpoczęła się era małoinwazyjnych metod chirurgicznych. Szybko weszliśmy w tę problematykę...

Redakcja: Zatrzymajmy się na chwilę jeszcze przy Pańskiej osobie. Jest pan Toruńczykiem?

dr Jacek Piątkowski: Z pochodzenia? Częściowo. Urodziłem się w Bydgoszczy, szkołę podstawową i liceum ukończyłem także w Bydgoszczy. Studia medyczne odbyłem w Akademii Medycznej (dziś Uniwersytecie Medycznym) w Poznaniu. Spora część mojej rodziny pochodzi z Torunia, mieszka w Toruniu, w związku z tym z Toruniem byłem związany od dziecka. Między innymi właśnie dlatego podjąłem decyzję, by po studiach przenieść się do grodu Kopernika i tutaj pracować.

Redakcja: Może jeszcze kilka wcześniejszych szczegółów. Jest Pan jeszcze przed habilitacją? Czego dotyczyła Pańska praca doktorska?

dr Jacek Piątkowski: Tak, jestem przed habilitacją. Tematem mojej rozprawy doktorskiej była ocena ukrwienia jąder po laparoskopowych operacjach przepuklin pachwinowych. Promotorem był mój pierwszy szef prof. Waldemar Jędrzejczyk, po którym Klinikę objął prof. Marek Jackowski, pod którego kierunkiem pracuję do chwili obecnej.

Redakcja: Wróćmy zatem do nowoczesnych metod operacyjnych.

dr Jacek Piątkowski: Jak wspomniałem, początek lat 90-tych to rozwój chirurgii

małoinwazyjnej. Już pod koniec 1992 roku wykonaliśmy pierwszą cholecyستکتومیę, czyli wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową, co było jak na owe czasy dość dużym osiągnięciem, ponieważ byliśmy jednym z pierwszych ośrodków w Polsce, który te operacje zaczął wykonywać. Chirurgia małoinwazyjna zafascynowała nas do tego stopnia, że poprzez różne kontakty staraliśmy się załatwić sobie różne możliwości szkolenia i stażu w zagranicznych klinikach chirurgicznych, głównie w Niemczech, w Monachium, Rottenburgu i w Getyndze, gdzie uczyliśmy się nowych technik operacyjnych u kilku znanych profesorów, m.in. prof. Weisera, prof. Siewerta, prof. Lepsiena. Stosunkowo szybko jak na polskie warunki rozwinęliśmy duży wachlarz operacji laparoskopowych, nie skupiliśmy się bowiem tylko na operacjach pęcherzyka żółciowego, ale również zaczęliśmy wykonywać laparoskopowe operacje przepuklin pachwinowych, zbiegów w chorobie refluksowej, guzów nadnerczy, usunięcia śledziony. W tej chwili, po tylu latach można powiedzieć, że dominującą techniką w naszej Klinice jest technika małoinwazyjna i stosujemy ją wszędzie, gdzie to możliwe.

Redakcja: W końcu zaczęliście Państwo również wykonywać zabiegi w chorobie nowotworowej jelita grubego?

dr Jacek Piątkowski: Tak, zaczęło się to mniej więcej od 2004 roku. Wówczas wprowadziliśmy do naszego arsenału laparoskopowe operacje w chorobach nowotworowych jelita grubego i odbytnicy. Wprawdzie pierwsze tego typu zabiegi zaczęliśmy wykonywać nieco wcześniej – na świecie rozpoczęto je w latach 90-tych, kiedy nastąpił boom w laparoskopii – to jednak podchodziliśmy do nich – podobnie jak w innych ośrodkach – z pewną ostrożnością. Dopiero z chwilą, kiedy badania wieloośrodkowe udowodniły, że operacje laparoskopowe w raku jelita grubego są równoważne z operacjami konwencjonalnymi – rozpoczęło się intensywne wykorzystywanie tych metod.

Redakcja: Gdyby miał Pan porównać obie metody...

dr Jacek Piątkowski: Pod względem radykalności usunięcia guza, mogących wystąpić powikłań itp. są to metody równoważne. Jednakże zabiegi wykonane metodą laparoskopii zachowują całą gamę zalet chirurgii małoinwazyjnej, czyli brak dużej rany, związane z tym o wiele mniejsze dolegliwości bólowe, krótszy pobyt pacjenta w szpitalu, krótszy okres rekonwalescencji i oczywiście – co dla wielu osób jest ważne, efekt kosmetyczny. Dodatkowo brak dużego cięcia skutkuje tym, że występuje znacznie mniejsze ryzyko powikłań w obrębie blizny pooperacyjnej, gdzie po laparotomiach, czyli operacjach otwartych w obrębie jamy brzusznej ryzyko wystąpienia przepukliny sięga nawet 30 %, natomiast po operacjach laparoskopowych zmniejsza się do około 4 %. Czyli mamy wszystkie zalety chirurgii małoinwazyjnej przy tych samych efektach onkologicznych, co w chirurgii otwartej.

Redakcja: Czy to ma wpływ na cenę zabiegu? Któryś jest droższy?

dr Jacek Piątkowski: Niewątpliwie. Chirurgia laparoskopowa jest nieco droższa, ale tak naprawdę koszty są większe w odniesieniu do samego zabiegu operacyjnego. Natomiast, jeżeli weźmiemy pod uwagę czas pobytu w szpitalu po tym zabiegu, długość okresu rehabilitacji i rekonwalescencji i w wielu przypadkach niezdolności pacjenta do pracy zawodowej, to w tym momencie można wykazać, że całkowity koszt leczenia po chirurgii laparoskopowej i zabiegach małoinwazyjnych jest mniejszy. W krajach zachodnich, gdzie zazwyczaj ten sam płatnik płaci za leczenie szpitalne i zwolnienie poszpitalne – a więc okres niezdolności pacjenta do pracy, wyliczono, że chirurgią małoinwazyjną tak naprawdę się zyskuje. W związku z tym nastąpił na Zachodzie zdecydowanie szerszy rozwój tej techniki niż w Polsce. W Polsce mamy następującą sytuację – za zabieg operacyjny i leczenie szpitalne płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast okres niezdolności do pracy opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Niestety, te dwie instytucje nie współpracują ze sobą na tyle, żeby obliczyć całkowity koszt leczenia. I to jest niestety naszą bolączką, ponieważ w ka-

talogu świadczeń NFZ nie istnieją procedury laparoskopowe, które – jak już mówiłem – jeśli chodzi o sam koszt zabiegu operacyjnego, są droższe.

Redakcja: Czy to jest duża różnica?

dr Jacek Piątkowski: W tej chwili owa różnica sięga 15-20 %. Nawet w tzw. krajach postkomunistycznych, np. w Czechach i na Słowacji potrafią stworzyć grupę procedur chirurgii małoinwazyjnej, ponieważ, jak wspominałem, całkowity koszt leczenia jest niższy.

Redakcja: Narodowy Fundusz Zdrowia w swych wycenach procedur w ogóle nie przewiduje zabiegów małoinwazyjnych?

dr Jacek Piątkowski: W ogóle nie przewiduje zabiegów laparoskopowych. Przewiduje zabiegi w obrębie jelita grubego, żołądka, pęcherzyka żółciowego, natomiast bez rozgraniczenia na to, czy jest to robione metodą otwartą czy laparoskopową.

Redakcja: Czyli Państwo, w swoich sprawozdaniach składanych NFZ, nie wykazują operacji laparoskopowych?

dr Jacek Piątkowski: Nie ma takiej procedury. Jeśli mówimy np. o wycięciu częściowym jelita grubego, istnieje taka procedura w katalogu NFZ, ale bez rozszerzenia, czy wykonano go metodą otwartą, czy metodą laparoskopową. Jest to nie tylko problem odnoszący się do kwestii finansowych. Brak rozróżnień metod chirurgicznych przewija się również przy gromadzeniu danych np. do badań naukowych czy statystyki. W większości krajów rozszerzenia tzw. kodu ICD 9, czyli kodów procedur medycznych mają dodatkowe symbole, które określają, czy jest to z dostępu otwartego, czy z dostępu laparoskopowego. Są tam zatem znakomite bazy danych o zasięgu krajowym. U nas to nie istnieje, w związku z tym m.in. sprawozdawczość i gromadzenie danych do badań naukowych wymaga zdecydowanie większego nakładu pracy.

Redakcja: Nie sądzi Pan, że porównywanie obu metod obarczone jest jednak błędem. Wszakże klasyczna chirurgia ma długą historię, laparoscopia zaledwie dwudziestoletnią.

dr Jacek Piątkowski: To prawda, ale okres ten jest już stosunkowo długi. Jeśli chodzi o operacje raka odbytnicy, badania trwały jeszcze dłużej niż w przypad-



ku raka pozostałej części jelita grubego. W zasadzie dopiero na przełomie 2003 i 2004 roku postanowiono, że te operacje są równoważne z zabiegami otwartymi, aczkolwiek badania trwają do dzisiaj. Programy badawcze o nazwie Color, Color 2 i Color 3 porównują otwartą metodę z metodą laparoskopową resekcji odbytnicy.

Redakcja: Jest i najnowsza metoda, którą z powodzeniem zastosowaliście w Państwa klinice. Jesteście jedynym ośrodkiem w Polsce który na dużą skalę wykonuje te zabiegi...

dr Jacek Piątkowski: Tak. Jest to niezwykle obiecująca metoda. Wspomniany przeze mnie program Color 3 jest porównaniem tzw. klasycznej resekcji odbytnicy metodą laparoskopową z nową drogą dostępu, tzw. Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME). Jest to metoda operacyjna wymyślona przez Antonio M. Lacy'ego, szefa Gastrointestinal Surgery Department at the Hospital Clinic in Barcelona, profesora w Oddziale Chirurgii Uniwersytetu w Barcelonie (Surgery Department at the School of Medicine of the University of Barcelona) i przewodniczącego The Barcelona International Medical Academy (BIMA). Po raz pierwszy wykonał tę operację w 2009 roku, do szerszego stosowania wprowadził w 2011 roku, natomiast od 2012 roku wykonuje te operacje rutynowo w raku odbytnicy. Są to operacje, które łączą dostęp laparoskopowy od strony jamy brzusznej z dostępem przezodbytniczym.

Redakcja: W czym jest lepsza owa metoda od klasycznej resekcji?

dr Jacek Piątkowski: Przewagą tego zabiegu jest to, że duża grupa pacjentów

z tzw. niskimi guzami odbytnicy, czyli położonymi w dolnej lub środkowej części odbytnicy wcześniej kwalifikowana była do brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy, zabiegu polegającego na wycięciu odbytnicy od strony brzusznej i od strony krocza z definitywnym wyłonieniem sztucznego odbytu już do końca życia. Metoda wprowadzona przez prof. Lacy'ego daje nam szansę dwustronnego dostępu do nowotworów położonych niżej, a dzięki niej resekcja guza odbytnicy - wraz z odpowiednim marginesem niezmienionych tkanek, co jest warunkiem pomyślnego leczenia onkologicznego - odbywa się przy zachowaniu ciągłości przewodu pokarmowego. Podkreślę, dla ogromnej większości pacjentów z tak usytuowanymi nowotworami jesteśmy w stanie zachować ciągłość przewodu pokarmowego, czyli nie kończyć operacji wyłonieniem tzw. stomii. Nie muszę dodawać jakie to ważne dla komfortu życia naszych chorych. Miałem szczęście w lutym 2015 roku uczestniczyć w szkoleniu organizowanym w Barcelonie...

Redakcja: Przechodzimy do procedur, którymi zajmuje się Pan w Klinice i które są bardzo specyficzne dla naszego ośrodka, bowiem w Polsce wykonywane są absolutnie sporadycznie. Państwo macie ich już sporo na koncie?

dr Jacek Piątkowski: Tak, jest to metoda operacyjna, którą wprowadziliśmy już w marcu 2015 roku w zasadzie jako pierwszy zespół w Polsce. Pierwszy raz w kraju operacja ta została wykonana (z powodzeniem) dokładnie 11 marca 2015 roku w Klinice Chirurgii w Toruniu. Od tej pory wykonaliśmy 27 takich zabiegów. Biorąc pod uwagę, że w całej Europie rejestr tych operacji obejmuje

w tej chwili około 800 przypadków, to z jednej strony nie jest to liczba imponująca, z drugiej zaś pozwala nam już na przedstawianie swoich wyników i zaliczenie nas do grona ośrodków, które tę operację wykonują. Oprócz nas w Polsce podjęto próby wykonywania takich operacji w Klinice Chirurgii w Krakowie, w Warszawie i Wrocławiu. We wszystkich tych ośrodkach wykonano pojedyncze zabiegi. Toruń jest jedynym ośrodkiem w kraju i jednym z nielicznych na świecie, który przeprowadza te zabiegi na większą skalę.

Redakcja: Czy wspomniane przez Pana polskie ośrodki pracują dalej z tą metodą, czy jej zaniechały?

dr Jacek Piątkowski: Na to pytanie nie jestem w stanie odpowiedzieć, natomiast jest to generalnie metoda przyszłości.

Redakcja: Zatem wynik 27 operacji jest znaczący w skali kraju...

dr Jacek Piątkowski: Jest to stosunkowo duży materiał, chociaż mógłby być jeszcze większy.

Redakcja: Dlaczego tak się nie dzieje?

dr Jacek Piątkowski: Przede wszystkim ze względu na to, że jest to operacja będąca dużym przedsięwzięciem organi-

zacyjnym, wymagającym jednoczesnego zaangażowania dwóch zespołów operacyjnych, ponieważ wykonujemy ją jednocześnie od strony jamy brzusznej i od strony kroczka, przez odbyt.

Redakcja: Obie operacje wykonujecie przy pomocy laparoskopów?

dr Jacek Piątkowski: Tak, obie są laparoskopowe i prowadzone jednocześnie. Wykonywanie tego zabiegu w ten sposób pozwala na skrócenie czasu operacji, a jednocześnie w dużym stopniu na zaoszczędzenie zwieraczy i końcowego odcinka odbytnicy oraz zachowanie naturalnej drogi pasażu pokarmowego. Operacje te stosujemy w sytuacjach, gdzie wcześniej skazywalibyśmy tych pacjentów na trwałe kalectwo na skutek brzuszno-kroczowej amputacji. W ośrodkach, które dysponują większym budżetem te operacje są stosowane w zasadzie do wszystkich raków odbytnicy, dlatego też materiał mają większy.

Redakcja: A kto w Europie, poza Barceloną, wykonuje wiele podobnych operacji?

dr Jacek Piątkowski: Poza Barceloną drugim dominującym ośrodkiem jest Amsterdam, gdzie głównym chirurgiem wykonującym te operacje jest dr Juriaan Tuynman, którego będziemy mieli możliwość goszczenia w grudniu w Klinice.

Redakcja: Wspominał Pan, że odbył kurs w Barcelonie...

dr Jacek Piątkowski: Uczyłem się w Barcelonie u autora tej metody, prof. Lacy'ego. Natomiast nie wykluczam, że skorzystam również z możliwości odbycia szkolenia w Amsterdamie, ponieważ są to ośrodki, które mają wykonanych ponad 200 takich zabiegów i dysponują znacznie większym doświadczeniem. Podczas obserwacji wprawnych chirurgów, zawsze można nauczyć się czegoś nowego.

Redakcja: A jeśli idzie o sprzęt, czy ta operacja wymaga innego, lepszego sprzętu?

dr Jacek Piątkowski: Wymaga pewnych narzędzi dodatkowych. Pożądany jest dodatkowy insuflator, czyli aparat do tłoczenia gazu do przestrzeni okołoodbytniczej, ponieważ utrzymanie stałego ciśnienia powoduje, że operacja pod względem technicznym jest prostsza. Dotychczas stosowane insuflatory pompowały gaz w sposób impulsowy, lecz do tej operacji wymyślono insuflator, który pompuje gaz w sposób ciągły, jednocześnie odsysając dym powstały w trakcie koagulowania tkanek. To ułatwia i zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Chcąc wykonywać tego typu operacje, taki insuflator trzeba zakupić. Nam udało się go zdobyć. Mamy sprzęt potrzebny



©Agencja Gazeta

to tych zabiegów, pod tym względem nie odstajemy od ośrodków europejskich.

Redakcja: A koszty, czy to drogi zabieg?

dr Jacek Piątkowski: Kiedy zaczynaliśmy stosować tę metodę, sprzęt był na tyle drogi, że koszty rzeczywiste zabiegu przekraczały zdecydowanie to, co NFZ płaci za tego typu operacje. Jak wiadomo postęp wymaga poświęceń, w związku z tym pieniądze, które zarabialiśmy na innych procedurach były przeznaczane na sfinansowanie kosztów. Wystarczyło półtora roku u nas i cztery lata stosowania tej metody w Europie, żeby sprzęt potaniał. W tej chwili specjalny port, który musimy zastosować w tym przypadku do dostępu przezodbytnicowego, który jeszcze półtora roku temu kosztował około 3 tysięcy złotych, czyli mniej więcej 20 % kosztów całego zabiegu refundowanego przez NFZ, w tej chwili kosztuje około 1 tysiąca złotych. Przez półtora roku staniał trzykrotnie. Mamy nadzieję, że dalszy postęp technologiczny i rozpowszechnienie się tej metody spowoduje stopniowe obniżanie kosztów i możliwość szerszego stosowania.

Redakcja: Jednak rozumiem, że NFZ nie przewiduje odrębnego finansowania tego zabiegu.

dr Jacek Piątkowski: Oczywiście, że nie. Cały czas występuje tylko jedna operacja - wycięcie raka odbytnicy, niezależnie od tego, czy wykona się ją metodą otwartą, klasyczną metodą laparoskopową, czy też z tego dostępu hybrydowego, przezbrzusznego i przezodbytniczego.

Redakcja: Czy ta metoda jest już znana w Polsce na tyle, że lekarze z innych województw kierują do Państwa swoich pacjentów?

dr Jacek Piątkowski: Staramy się ją rozpropagować, zarówno poprzez publikacje w czasopiśmie medycznych, czy przedstawianie wyników naszych osiągnięć na zjazdach chirurgicznych. Od 2006 roku prowadzimy kursy chirurgii laparoskopowej jelita grubego. Co roku zjawiają się u nas chirurdzy z całego kraju. Do tej pory przeszkoliliśmy kilkaset osób, promując techniki małoinwazyjne w chorobach nowotworowych jelita grubego. Od momentu, kiedy zaczęliśmy stosować wspomnianą operację, przedstawiamy ją uczestnikom kursów. W ten sposób informacja przenosi się do wielu ośrodków. Dzięki temu do tej pory skierowano do

nas dwóch pacjentów wymagających tej operacji, jednego ze Szczecina, drugiego z okolic Zielonej Góry. Jesteśmy otwarci na współpracę z innymi ośrodkami. Jeżeli będą kierowali do nas pacjentów, przyjmujemy ich i zoperujemy.

Redakcja: Czy w przypadku każdej z tych operacji istnieje pełna szansa na zachowanie naturalnej, ciągłej drogi pokarmowej?

dr Jacek Piątkowski: W przypadku nisko położonych guzów odbytnicy ta ostatnia, najnowsza metoda daje szansę na zachowanie ciągłości przewodu pokarmowego i na w pełni radykalny zabieg pod względem onkologicznym. Niestety, jest to operacja, która jeszcze jest na etapie ostatecznych badań wieloośrodkowych, ponieważ program badawczy Color 3 rozpoczęto dopiero w 2013 roku. Jak wspominałem to program porównujący klasyczne metody laparoskopowe (w Europie nie mówi się już o operacjach otwartych) z metodą hybrydową z doświadczeniem przezbrzusznym i przezodbytnicznym. Ponieważ tylko wieloośrodkowe badania i zgromadzenie dużej liczby danych może dać nam odpowiedź na to, czy ta operacja jest w pełni bezpieczna i czy daje wyniki, które będą satysfakcjonowały naszych pacjentów.

Redakcja: Musi upłynąć pewien okres...

dr Jacek Piątkowski: Jak zawsze w onkologii, najważniejsze są dwa kryteria: wyleczenie pacjenta z choroby nowotworowej, co jak wiadomo wiąże się z co najmniej kilkuletnią obserwacją oraz równie ważna kwestia, czyli jakość życia po operacji. Operacje małoinwazyjne z natury rzeczy poprawiają jakość życia pacjentów, natomiast omawiana operacja hybrydowa dodatkowo daje szansę na zachowanie ciągłości przewodu pokarmowego. Wymaga oczywiście jeszcze badań, przede wszystkim odnośnie zapewnienia prawidłowego funkcjonowania zwieraczy i końcowego odcinka przewodu pokarmowego, by uzyskać satysfakcjonujące wyniki.

Redakcja: Czy według Pańskiej oceny, to się sprawdza?

dr Jacek Piątkowski: Według nas jest to operacja bardzo obiecująca. W naszym materiale tylko u dwóch osób mamy do czynienia z częściowym nietrzymaniem gazów po operacji, ale jeśli chodzi o

trzymanie stolca, u wszystkich chorych jest wynik bardzo dobry. Niemniej nawet te dwie osoby, które mają częściowe nietrzymanie gazów, wiedząc już o tym, że tak się stanie, nie zdecydowałyby się na operację definitywnego usunięcia odbytnicy i stome. Świadczy to o tym, że ci pacjenci, których zoperowaliśmy, są do tej pory z naszych wyników zadowoleni. Okres obserwacji mamy co prawda krótki, bo raptem półtora roku, jednak dotychczasowe wyniki są bardzo obiecujące. Prawda jest taka, że im więcej tych operacji będziemy wykonywali, tym większe doświadczenie będziemy mieli i osiągniemy lepsze wyniki. Jest to prawda znana od lat w całej chirurgii, im więcej operacji danego typu się wykonuje, tym wyniki są lepsze.

Redakcja: Jak wyglądają zatem rokowania pooperacyjne. Państwo macie stosunkowo krótki okres obserwacji pierwszych chorych, ale ośrodki prekursorskie w Barcelonie i Amsterdamie mają większe doświadczenia. Jak w ich przypadku wyglądają doniesienia np. o wznowach nowotworów, rokowaniach przeżycia po tych zabiegach?

dr Jacek Piątkowski: Jeśli chodzi o wznowy miejscowe nowotworów obniżono procent z ponad 8 w przypadkach operacji laparoskopowych guzów środkowej i dolnej części odbytnicy do 4,3 %, czyli prawie o połowę.

Redakcja: A jak to się ma do klasycznej operacji otwartej?

dr Jacek Piątkowski: Są to wyniki porównywalne, jeżeli chodzi o radykalność onkologiczną, procent wznów miejscowych i procent powikłań. Przy zachowaniu, jak już wspominałem, całego wachlarza zalet związanych z technikami małoinwazyjnymi.

Redakcja: Jeśli to nie tajemnica, kto decyduje, że wykona się zabieg metodą hybrydową lub klasyczną? Co bierze się pod uwagę – wiek pacjenta, możliwości, perspektywy, budżet?

dr Jacek Piątkowski: Po pierwsze decyduje choroba i lokalizacja guza, gdy kierujemy pacjenta do tej a nie innej operacji, a po drugie doświadczenie zespołu, możliwości zarówno osobowe, jak i sprzętowe wykorzystania nowej techniki. Posiadamy to wszystko, więc jesteśmy w stanie nadążać za trendami europejskimi i światowymi.

Redakcja: Może warto byłoby zainteresować waszym sukcesem media?

dr Jacek Piątkowski: Media już się trochę interesowały. Przy okazji wizyty dr Tuynmana powinien ukazać się reportaż.

Redakcja: Nagrywacie Państwo przebieg operacji?

dr Jacek Piątkowski: Owszem, nagrywamy przebieg operacji z różnych powodów. Po pierwsze jako materiał szkoleniowy, po drugie dla archiwizacji danych, po trzecie gdyby wystąpiły jakieś powikłania, wtedy dokładna analiza zapisu pozwoli odnaleźć ich przyczynę. Nagranie może chronić chirurgów przed ewentualnymi roszczeniami pacjentów, a jednocześnie służy nauce.

Redakcja: A jak patrzę na was chirurgów z kraju? Jak zainteresowanie dużych ośrodków?

dr Jacek Piątkowski: Niestety jest generalnie zbyt mała popularność chirurgii laparoskopowej w leczeniu chorób nowotworowych jelita grubego w Polsce. W Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych ponad 30 % tychże operacji jest wykonywanych metodą laparoskopową. W Polsce – niecałe 3 %, co świadczy o skali problemu. Jest wiele ośrodków, gdzie pomimo naszych prób i szkoleń, do tej pory operacje wykonywane są sposobem klasycznym, przez otwarcie jamy brzusznej i w związku z tym niestety, jeśli chodzi o odsetek operacji laparoskopowych, jesteśmy w Europie na szarym końcu. Co oczywiste w tej sytuacji, wybiecie się z nową metodą nie będzie proste. Wśród chirurgów wykonujących te operacje jest duże zainteresowanie w momencie przedstawiania przez nas materiału na zjazdach czy kongresach chirurgicznych, chirurdzy kontaktują się z nami, a jeśli mają możliwość – przyjeżdżają w momencie, gdy wykonujemy takie operacje i starają się również je wdrożyć. Jak już wspomniałem, w grudniu będziemy mieli możliwość goszczenia jednego z liderów całego programu europejskiego, dr Tuynmana z Amsterdamu i przy okazji organizujemy niewielką konferencję, na której przedstawi on zarówno założenia teoretyczne operacji, jak i anatomie chirurgiczną, ponieważ dostęp od strony kroczu powoduje, że w pewnym sensie na nowo musimy się nauczyć anatomii tego odcinka przewodu pokarmowego. Przedstawi do-

tychczasowe wyniki prowadzonych badań wieloośrodkowych, a w drugim dniu gość przeprowadzi operację pokazową w Klinice.

Redakcja: Przewidujecie Państwo transmisję?

dr Jacek Piątkowski: Będziemy ją transmitowali, a w konferencji udział zapowiedziało 16 chirurgów z całej Polski, a jest także możliwość uczestniczenia dla wszystkich zainteresowanych chirurgów z naszego regionu.

Redakcja: Czy z Państwa Kliniki poza Panem Doktorem są chirurdzy, którzy wykonują lub będą wykonywali tę operację?

dr Jacek Piątkowski: Proszę pamiętać, że chirurgia nie jest dyscypliną jednej osoby. Operacje tego typu wykonujemy w zespole 4-osobowym: prof. Marek Jackowski, doc. Jacek Szeliga, dr Mariusz Nowak i ja. W takim składzie wykonaliśmy dotychczasowe operacje.

Redakcja: Czy wasza czwórka to wystarczający zespół do operacji hybrydowej?

dr Jacek Piątkowski: Tak, dwie osoby z dostępu brzuszego i dwie osoby z dostępu kroczowego, przy czym główny etap kroczowy na razie wykonuję tylko ja jako osoba, która została pierwsza przeszkolona. Doc. Szeliga również był w tym roku na szkoleniu w Barcelonie i po wykonaniu odpowiedniej liczby operacji chcemy wykonywać to naprzemiennie, aby w zespole następowała rotacja i każdy potrafił wykonywać wszystkie etapy zabiegu. W momencie, kiedy opanujemy ją w stopniu doskonałym, chcemy zacząć szkolić młodszych kolegów, ale na początek wystarcza nasz 4-osobowy zespół.

Redakcja: Ośrodek toruński znajduje się w gronie klinik uczestniczących w europejskim programie badawczym?

dr Jacek Piątkowski: Bardzo byśmy sobie tego życzyli i jest taka szansa. W tej chwili jesteśmy po rozmowach z wzmiankowanym już kilkakrotnie dr Tutnmanem, który jest głównym europejskim koordynatorem programu badawczego. W momencie, kiedy usłyszał, że mamy wykonanych 27 tego typu operacji, prawdopodobnie zostaniemy do tego programu włączeni jako jedyny ośrodek w Polsce.

Redakcja: Jak to się w ogóle stało, że skontaktowaliście się z ośrodkiem w Barcelonie i zaczęli wykonywać te operacje? Jak do tego doszło?

dr Jacek Piątkowski: Są to kursy organizowane w Barcelonie w Klinice przywoływanego już kilkakrotnie prof. Lacy'ego, a wymagane są dwie rzeczy: po pierwsze zainteresowanie, po drugie... pieniądze. Kilkudniowy kurs to koszt około 4 tysięcy euro. Niestety, pieniądze są potrzebne i do szkolenia, i do wprowadzania nowych metod, bez tego się postępowanie w medycynie nie obędzie.

Redakcja: Czy z chwilą gdy powstanie nowy Szpital (zmodernizowany Szpital) Państwo przeszkoliliście kolejnych chirurgów w tej metodzie, staniecie się wiodącym ośrodkiem ją stosującym?

dr Jacek Piątkowski: Przez cały czas jesteśmy jednym z wiodących ośrodków w chirurgii laparoskopowej w Polsce, a jeśli chodzi o tę metodę, jak na razie nie mamy nawet konkurencji. Na pewno mając większe możliwości i więcej sal operacyjnych, będziemy się starali zwiększyć liczbę wykonywanych operacji, jak i liczbę leczonych chorych. Dowodem na to, że jesteśmy czołowym ośrodkiem chirurgii laparoskopowej w Polsce jest fakt, że dwa lata temu powierzono nam organizację zjazdu Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich, zaś prof. Marek Jackowski jest szefem owej Sekcji, zajmującej się chirurgią małoinwazyjną i laparoskopową. Chirurgia małoinwazyjna to nie tylko chirurgia laparoskopowa, ale również chirurgia endoskopowa, w której również jesteśmy jednym z ośrodków wiodących, jeśli nie w całej Polsce, to na pewno w regionie. Od kilku lat dynamicznie rozwija się u nas także chirurgia naczyniowa, która również podąża w stronę metod małoinwazyjnych. Dawne otwarte operacje tętniaków w dużym stopniu zastępowane są w tej chwili technikami wewnątrznacyniowymi, co skutkuje znacznie mniejszym ryzykiem dużych powikłań dla pacjenta, skróconym czasem hospitalizacji i powrotu do pełnej sprawności oraz poprawą wyników leczenia.

Redakcja: Laparoskop jest tak precyzyjny, że można go stosować w chirurgii naczyniowej?

dr Jacek Piątkowski: Nie, nie mówimy o chirurgii laparoskopowej, lecz o zabie-

gach wewnątrznacyniowych. Poprzez dostęp wewnątrznacyniowy uzyskujemy możliwość dotarcia do zmienionego chorobowo miejsca, na przykład do tętniaka aorty brzusznej i tam założenia tzw. stentgraftu, czyli protezy nacyniowej, ale zakładanej od środka. Do tej pory robiło się to wszystko w operacji otwartej, zamykając naczynie, wycinając zmieniony chorobowo odcinek naczynia i zastępując go protezą nacyniową. W tej chwili można to samo zrobić wprowadzając protezę do światła naczynia bez ingerencji zewnętrznej. Podobnie w przypadku miażdżycy tętnic kończyn dolnych duża część zabiegów może być wykonywana metodami wewnątrznacyniowymi.

Redakcja: Medycyna idzie do przodu...

dr Jacek Piątkowski: Zdecydowanie. I od kilkunastu lat idzie w kierunku chirurgii małoinwazyjnej. Po co robić ogromne cięcie operacyjne, jeśli ten sam efekt można uzyskać kilku małutkich nacięć. Początkowo chodziło o kosmetykę i zmniejszenie blizn, ale szybko udowodniono, że to nie jedyne profity. Mniejsza rana to również mniejsze dolegliwości bólowe, krótszy pobyt w szpitalu, mniejsze ryzyko powikłań, zarówno infekcyjnych w obrębie rany, jak i przepuklin. Bardzo istotnym elementem jest także krótszy czas powrotu pacjenta do pełnej sprawności.

Redakcja: Czy wykonujecie Państwo jeszcze inne, niespotykane w Polsce zabiegi?

dr Jacek Piątkowski: Metodami małoinwazyjnymi operujemy m.in. guzy nadnercza, część przypadków guzów trzustki, gdzie tzw. obwodowe resekcje trzustki czy wyluszczenia guzów hormonalnie czynnych jesteśmy w stanie wykonać właśnie metodą laparoskopową. Do tego możemy dołączyć usunięcie śledziony, również stosunkowo mało popularny zabieg w naszym kraju wykonywany metodą laparoskopową. O operacjach pęcherzyka żółciowego nie będę wspominał, ponieważ jest to standard. Oprócz tego wykonujemy operacje torbieli wątroby, wycięcia zmian wątroby o charakterze nowotworowym. Zabiegi małoinwazyjne stosowane są w naszej Klinice w tzw. ostrych schorzeniach jamy brzusznej, czyli w zapaleniu wyrostka robaczkowego czy w perforacjach wrzodów trawiennych. Oba te zabiegi są także stosunkowo rzadkie w skali kraju. Jeżeli jesteśmy w stanie zrobić to samo z mniejszą szkodą spowodowaną ingerencją chirurgiczną dla pacjenta, to dla czego tego nie robić?

Redakcja: Dawniej się mówiło, że jak chirurg otworzy, zobaczy, dotknie, może znajdzie coś jeszcze...

dr Jacek Piątkowski: Metoda laparoskopowa, poza tym, że nie możemy bezpośrednio dotknąć tkanek, również pozwala na dokładne zbadanie całego brzucha w czasie operacji.

Redakcja: Laparoskop przekazuje Państwu obraz?

dr Jacek Piątkowski: Laparoskop to kamera wprowadzana za pomocą specjalnych rurek do brzucha pacjenta, która przekazuje obraz na ekran telewizyjny. Dodatkowo przez kolejne nacięcia wprowadzamy trokary, czyli specjalne rurki, za pomocą których dostajemy się do wnętrza jamy brzusznej z narzędziami. Przy odpowiednim doświadczeniu jesteśmy w stanie przy pomocy tego instrumentarium wykonać operację, obok tego badając okolice zmian patologicznych w celu wyeliminowania innych nieprawidłowości. Dawniej powtarzany argument, że otwarcie jamy brzusznej pozwala chirurgowi na dokładną ocenę wnętrza już nie istnieje. Należy pamiętać, że ostatnie lata przyniosły również ogromny postęp w diagnostyce obrazowej. Nowoczesne narzędzia takie jak tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny czy ultrasonografia pozwalające na coraz dokładniejsze obrazowanie - wszystko to powoduje, że coraz rzadziej chirurg natyka się na sytuacje nieoczekiwane i niespodziewane. Przewidywał-



©Agencja Gazeta

ność w chirurgii bardzo się zwiększyła od momentu, kiedy rozpoczynałem swoją przygodę z chirurgią, a arsenał metod diagnostycznych był zdecydowanie uboższy.

Redakcja: Domyślamy się, że pomógł również postęp w konstruowaniu narzędzi?

dr Jacek Piątkowski: Oczywiście. Nie ma postępu medycyny bez postępu technologicznego. Kilka dni temu byliśmy na kongresie dotyczącym leczenia chorób jelita grubego w Szwajcarii, gdzie jednym z wykładowców był prof. Lacy, czyli twórca metody operacji hybrydowych. Wspominał podczas wykładu, że wykonując owe operacje doszedł do wniosku, że optymalnym dla dostępu przezodbytniczego będzie połączenie trójwymiarowej technologii przekazywania obrazu z rozdzielczością 4k. Dał impuls producentom torów wizyjnych, jak i monitorów telewizyjnych, by o czymś podobnym pomyśleli i próbowali coś takiego stworzyć. Jak widać nie ma postępu medycyny bez postępu technologicznego, jest to ze sobą sprzężone.

Redakcja: Wyobrażam sobie te techniki wizyjne sprzed 20 laty i obecne. Zapewne dziś więcej widać za pomocą laparoskopu niż gołym okiem.

dr Jacek Piątkowski: Zdecydowanie widać więcej, rozdzielczość obrazu jest w tej chwili tak wysoka, że widać naczynia, o których istnieniu kiedyś nie mieliśmy pojęcia. Ewolucja sprzętu laparoskopowego przez ostatnie 20 lat dokonała się na naszych oczach. Widzimy jak poprawiła się jakość sprzętu, jak zwiększyła się rozdzielczość przekazywanego obrazu z jamy brzusznej. Niegdyś podnoszone argumenty przeciwników laparoskopii – że obraz jest niedokładny, że nie można dotknąć miejsc zmienionych chorobowo są dzisiaj bezzasadne.

Redakcja: Czy czekacie Państwo z niecierpliwością na rozbudowę Szpitala? Co zyska w ten sposób Państwa Klinika?

dr Jacek Piątkowski: Klinika zyska nowoczesne sale operacyjne, nie tylko z ramieniem C, ale odpowiednim wyposażeniem w monitory wizyjne, z przenośnym tomografem komputerowym, z możliwością transmisji danych w obie strony. Będziemy mieli możliwość na

przykład w sali operacyjnej podglądu badań diagnostycznych pacjenta, w trakcie operacji otworzenia na monitorze np. wyników tomografii komputerowej, co w istotny sposób poprawia jakość naszej pracy i zwiększa jej bezpieczeństwo.

Redakcja: A w tej chwili jak wyglądają zabiegi w Państwa Klinice? Czy są długie kolejki?

dr Jacek Piątkowski: Kolejki nie są duże, czas oczekiwania na planowe zabiegi wynosi w naszej Klinice od 4 do 6 tygodni, natomiast wiadomo, że w operacjach wymagających działania w trybie przyspieszonym – mówimy tu o wszystkich operacjach nowotworowych, ten termin jest zdecydowanie krótszy. Mamy dosyć duży i sprawny zespół, w związku z czym w ostatnich latach zdecydowanie skrócił się czas pobytu pacjenta w szpitalu, natomiast zwiększyła się liczba wykonywanych przez nas zabiegów i liczba przyjmowanych pacjentów.

Redakcja: A operacja hybrydowa w nowotworach odbytnicy? Długo pacjenci czekają na ten typ operacji?

dr Jacek Piątkowski: Kwestia tygodnia, maksymalnie dwóch, jako że są to operacje wykonywane z powodów onkologicznych.

Redakcja: Ale w całej Polsce byłoby takich pacjentów mnóstwo.

dr Jacek Piątkowski: Tak, ale po pierwsze lekarze musieliby się zdecydować na skierowanie ich do nas, po drugie pacjent musi być przekonany i świadomy. Mamy nadzieję, że nasze propagowanie tej metody operacyjnej wzbudzi większą świadomość u pacjentów i że pacjenci będą wymuszali skierowanie, lub sami do nas docierali. Jesteśmy w stanie wykonywać tych operacji znacznie więcej niż do tej pory, ale musimy mieć pacjentów.

Redakcja: Ile rocznie wykonuje się w Państwa Klinice operacji z powodu nowotworów jelita grubego, czy szerzej – przewodu pokarmowego?

dr Jacek Piątkowski: Jeśli idzie o nowotwory całego przewodu pokarmowego nie jestem w tej chwili w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Natomiast w przypadku raka jelita grubego w ciągu każdego roku wykonujemy około 130 do 150 operacji laparoskopowych, z czego

około 40 stanowią operacje nowotworu odbytnicy. W ciągu ostatnich paru lat zoperowaliśmy setki pacjentów. Zgromadzony przez nas materiał dotyczący laparoskopowego leczenia raka odbytnicy, obejmujący 280 przypadków jest jednym z największych w Polsce.

Redakcja: A w porównaniu z metodami klasycznymi?

dr Jacek Piątkowski: W tej chwili ponad 80 % pacjentów jest u nas operowanych metodami małoinwazyjnymi. Istnieje pewna grupa pacjentów, u których musimy wykonać operacje sposobem klasycznym, co wynika m.in. z zaawansowania nowotworów, z jakim pacjenci do nas trafiają.

Redakcja: A w skali kraju? Jak wyglądają inne ośrodki polskie?

dr Jacek Piątkowski: W skali kraju jesteśmy jednym z ośrodków dominujących i mamy materiał porównywalny z najlepszymi ośrodkami. Pamiętajmy, że całościowa liczba operacji laparoskopowych wykonywanych w Polsce to niestety zaledwie 3 %.

Redakcja: Ale dlaczego metody te nie chcą się przyjąć w Polsce? Przecież koszty – jak Pan wspominał – są porównywalne?

dr Jacek Piątkowski: Po pierwsze tak zwana krzywa uczenia się, czyli opanowanie metody w stopniu takim, że można ją wykonywać bezpiecznie samodzielnie.

Redakcja: Z punktu widzenia zdolności manualnych to trudniejsza operacja?

dr Jacek Piątkowski: Tak, jest trudniejsza, wymaga przedstawienia się z chirurgii klasycznej – gdzie chirurg operuje, patrząc sobie na ręce – na system nieco przypominający gry komputerowe – kiedy operator patrzy w ekran, a ręce robią co innego. Przynajmniej w początkowym okresie jest to operacja trudniejsza. Ale oczywiście realna do nauczania, do czego zachęcam moich kolegów z innych ośrodków chirurgicznych.

Redakcja: Serdecznie dziękuję za rozmowę.

rozmowę prowadził Redaktor Naczelny - dr Krzysztof Nierzwicki

Takiej gali Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego jeszcze nie było!

Uroczystość Dyplomatorium Wydziału Lekarskiego po raz pierwszy odbyła się w Bydgoskim Centrum Targowo-Wystawienniczym w Mysłęcinku. Sama organizacja była potężnym wyzwaniem - ogromna, pusta hala, bez wystroju, bez nagłośnienia!

Jak wyglądała ona w dzień Dyplomatorium - oceniał Państwo sami na zdjęciach. Uniesiona nad poziom, rozświetlona reflektorami scena, sala otoczona porywającymi wystawami tematycznymi, wypełniona kolorowymi jak tęcza krzesłami. Do sali drogę wyznaczała wystawa „Talenty Wydziału Lekarskiego”, przygotowana specjalnie na tę uroczystość przez studentów Wydziału Lekarskiego. Czego tam nie było..., piękne akwarele, obrazy olejne, grafiki, zdjęcia, przedmioty codziennego użytku zdobione techniką decoupage...

Salę zdobiły wystawy: „Medici Homini”, anatomiczna praca Andreasa Vesaliusa oraz zdjęcia nadesłane przez członków Rady Wydziału Lekarskiego na konkurs fotograficzny „Zdjęcia pełne wrażeń”. Dzięki pomysłowi Pani mgr Ewy Kwiatkowskiej z Dziekanatu Wydziału Lekarskiego - mózgowi tegorocznej gali - i staraniom Działu Promocji i Informacji CM zawitała do nas także wystawa przepięknych prac malarskich uczniów Liceum Plastycznego w Bydgoszczy. Wszak taka uroczystość winna promować także nasze Miasto, być dla niego Świętem Radości z pozyskania nowych, mądrych medyków, którzy służyć będą społeczeństwu głównie w naszym regionie!

Program Gali Dyplomatoryjnej był też niecodzienny! Kiedy zgasły wszystkie światła - reflektor wyłonił z mroku dwoje konferansjerów w osobach... studentów V i VI roku kierunku lekarskiego naszej Uczelni. Ich ciężka praca koncepcyjna pod okiem Przewodniczącego Samorządu Studenckiego WL - Macieja Mączki oraz członka samorządu - Jakuba Ratajczaka, godziny prób i przygotowań miało teraz ocenić 800 osób obecnych na Gali. Beata Bulwin i Piotr Łach spisali się doskonale!

Po powitaniu gości, zaprosili na scenę dziekanów, którzy towarzyszyli Absolwentom przez lata ich studiów na Wydziale Lekarskim. Było trochę śmiechu, trochę zadumy, gdy wywiadu na żywo udzielali prof. Henryk Kaźmierczak, prof. Jacek Kubica i obecna dziekan Katarzyna dr hab. Pawlak-Osińska, prof.





UMK. Prof. dr hab. Kaźmierczak zmagał się z oceną porównawczą swoich i obecnych studiów medycznych, prof. Jacek Kubica mówił, dlaczego wybrał specjalizację z kardiologii, prof. Katarzyna Pawlak-Osińska rozważała czy polonistykę i medycynę można kochać jednakowo...

Na Gali Wydziału Lekarskiego nie mogło zabraknąć wywodów naukowych. Im się poświęcił poproszony przez Absolwentów dr n. med. Michał Wiciński - adiunkt Katedry Farmakologii i Terapii. Wykład, który wygłosił dotyczył nadużywania leków pozyskiwanych bez recepty i szkodliwości suplementów diety. To wystąpienie zakończyło się brawurowo - ogłoszeniem wyników wyborów Najlepszego Nauczyciela Akademickiego Wydziału, którym został... nie kto inny, jak dr Wiciński. Nie po raz pierwszy zresztą!

I to właśnie Jemu oraz wszystkim Nauczycielom Akademickim wydziału zadedykowano koncert. Prawdziwy! Z towarzyszeniem kwartetu jazzowego - studentów Akademii Muzycznej

w Bydgoszczy - zaśpiewała nasza studentka Barbara Smyk - zdobywczyni I Nagrody na Ogólnopolskim Konkursie Piosenki lat 60-tych i 70-tych oraz Laureatka Grand Prix Konkursu Piosenki Aktorskiej. Pani Barbara, studiując na 4 roku kierunku lekarskiego, pozyskała w międzyczasie tyle nagród wokalnych w Polsce i za granicą, że pochyłmy czoło nad godzeniem jej pasji i tak wymagającej nauki! A jak śpiewała na Gali? Bosko! Gdy zabrzmiał utwór Jacka Cygana i Krzesimira Dębskiego „Czas nas uczy pogody...” to było jak... na łące pełnej marzeń, nadziei, dobrego jutra!

W tym nastroju rozpoczęło się wręczenie dyplomów Absolwentom. Wśród nich nagrodzono wielu - za najlepsze oceny, za działalność w Studenckim Kole Naukowym, w IFMSA, w chórze, za osiągnięcia sportowe. Tytuł Najlepszego Absolwenta Roku uzyskał student kierunku lekarskiego Łukasz Buchholz.

W natłoku wrażeń, uścisków, gratulacji - zadziała się rzecz wzruszająca -

wśród młodych adeptów medycznej profesji - pojawiła się na scenie starsza Pani - babcia chorego Absolwenta. Wspominała, że sześcioro Jej Wnucząt skończyło medycynę - Kolegium Dziekańskie zamarło... ze wzruszenia i podziwu! Zaprawdę „błękitna” to krew konsyliarska płynie w żyłach Rodziny tej Uroczej Nestorki Rodu!

A wzruszeniom nie było końca! Po wręczeniu dyplomów, Absolwentów pożegnała Pani Dziekan, prof. Katarzyna Pawlak-Osińska. Słowami, które pozostaną w sercu na zawsze. To było przemówienie, przy którym nie wstyd płakać. Mówiła o sensie pracy lekarza, o sensie życia, o tym, jak wiele trudu za Absolwentami - Medykami, jaka przed nimi świetlana przyszłość... W ciszy wybrzmiało ostatnie przesłanie: „W dobrych zawodach wystąpiłście, bieg ukończyliście...”! Przed Wami już tylko Everest - walka na śmierć i życie - o życie!”

Ostatnie słowo Gali należało oczywiście do starosty roku Absolwentów. Wojciech Pawlak podziękował kolegom, nauczycielom, obdarzył kwiatami także „dobre duszki” studenckiej egzystencji - osoby, które ratowały przyszłych Absolwentów z różnych opresji...

Galę zakończył występ chóru Collegium Medicum. Uhonorowany wieloma nagrodami na całym świecie - ostatnio w 2015 roku tytułem „The Best of the Best” Balkan Folk Festiwal w Bułgarii, chór pod dyрекcją Prof. Janusza Staneckiego znów pokazał swą świetność. Pięknie wybrzmiał i w hymnach, i w muzycznych fraszkach. Dziękujemy Panie Profesorze - za repertuar, za Pana serce dla młodych, za talent chórzystów, który Pan pielęgnuje i rozwija!

Przy dźwiękach Poloneza A-dur Fryderyka Chopina dostojna Rada Wydziału opuściła salę, oficjalnie zamykając galę... a zespół jazzowy jeszcze przez długie chwile umiłał gościom czynności reporterskie, powinszowania, te upojne chwile...

A potem był bal! Bal Dyplomacyjny, którego nieustępliwą pomysłodawczynią była Pani dziekan prof. Osińska, która wspominała z łezką w oku: „Pamiętam swój bal dyplomacyjny w hotelu „Polonez” w Poznaniu. Był piękny! Nasi Absolwenci też tak powinni się zegnać - radośnie, z optymizmem zaczynać podbój świata!”

Bal był uroczy! W hotelu „Pałac” w Myśliczynie. Starosta Roku wybrał doskonale miejsce, świetną muzykę, jedzenie w wielkiej obfitości..., a wśród tego... piękne kreacje Pań, silne ramiona Panów...

Dziekanat Wydziału Lekarskiego



Toruńska Noc Naukowców

30 września 2016 r. odbyła się kolejna odsłona Toruńskiej Nocy Naukowców. W wydarzeniach, których gospodarzem było Centrum Nowoczesności Młyn Wiedzy, udział wzięli naukowcy i studenci z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Podczas Nocy Naukowców w Centrum Nowoczesności (przy ul. W. Łokietka 5), jak i w przestrzeni wokół budynku, przygotowano szereg popularnonaukowych aktywności. Młyn Wiedzy udostępnił stałą wystawę „...To takie proste!”, a przed budynkiem CNMW działała strefa przygotowana przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Na parkingu przed Centrum Nowoczesności stanął specjalny doświadczalny namiot z naukowymi stanowiskami UMK. Na prowadzonych przez biologów zajęciach „Znane, nieznanie rośliny stosowane w kuchni” uczestnicy mieli okazję poznać najśladzkie i najostrejsze rośliny, a także skosztować egzotycznych przypraw i potraw z trawą cytrynową. Pracownicy Wydziału Sztuk Pięknych na warsztatach o maskach karnawałowych przybliżali sekrety sztuki pozłotniczej, a podczas serii pokazów pod hasłem „Ciekawa fizyka” można było zobaczyć interesujące doświadczenia zaprezentowane przez uniwersyteckich fizyków. Uczestnicy mogli również obejrzeć pokazy laserowe oraz dowiedzieć się, w jaki sposób działa samochód na wodę i jak rozchodzi się fala w powietrzu. Fizycy pokazali, jak świeci kula plazmowa i świetlówki oraz do czego można wykorzystać energię słoneczną.

Swoje stoiska przygotowali także chemicy, którzy podczas warsztatów „Tajemnica szkła” wykonali proste szklane elementy laboratoryjne, dekoracyjne i zabawkowe. Każdy miał możliwość sprawdzenia swoich sił w formowaniu szkła przy palniku. Nie zabrakło stałych atrakcji: Studenckie Koło Naukowe Chemików zaprezentowało efektowne doświadczenia i pokazy, z kolei archeolodzy przybliżyli potrawy i przepisy dawnej kuchni.

Smaczny konkurs

VII edycji Nocy Naukowców w Toruniu tradycyjnie towarzyszył konkurs plastyczny dla uczniów szkół podstawowych. Tym razem jego tytuł brzmiał: „Co i jak będziemy jeść za 100 lat”. Prace przedstawiały wyobrażenia tego, co w przyszłości może zagościć na naszych



stołach i jak zmieni się nasz sposób spożywania pokarmów i napojów.

Prace powinny być mieć format nie

większy niż A4 i musiały być wykonane samodzielnie. Należało je przesłać lub dostarczyć osobiście do 27 września 2016 r.

na adres Uniwersytetu Mikołaja Kopernika do Centrum Promocji i Informacji.

www.umk.pl

Studencka Pracownia Edukacji Ultrasonograficznej

19 listopada 2016 r. na terenie Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Collegium Medicum UMK odbyło się uroczyste otwarcie Studenckiej Pracowni Edukacji Ultrasonograficznej.

Pracownia funkcjonuje w ramach działalności Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii i Sekcji Studentów

i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Inicjatorami powstania Pracowni byli studenci kierunku lekarskiego w Collegium Medicum UMK: Konrad Kamiński, Wiktor Bursiewicz, Katarzyna Szymak, Kamil Chojnacki, Joanna Cupryk oraz Marcelina Grzybowska. W całe przedsięwzięcie mocno zaangażowało się Kolegium Dziekańskie Wydziału Lekarskiego. Podobne pracownie działają już na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Celem nowopowstałej pracowni jest edukacja studentów w zakresie wykonywania badania ultrasonograficznego. Dr Janusz Tyloch jako certyfikowany specjalista z zakresu ultra-

sonografii podjął się funkcji opiekuna i tym samym sprawowania nadzoru merytorycznego nad bydgoską pracownią.

Powyższe przedsięwzięcie jest nowatorskim na skalę światową projektem zapoczątkowanym przez dr hab. n. med. Wojciecha Kosiaka, obecnego prezesa Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, w kierowanym przez Niego Studenckim Kole Ultrasonografii przy Pracowni Diagnostyki Ultrasonograficznej i Biopsyjnej Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Zespół dr hab. Wojciecha Kosiaka włączył kilku studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy do Studenckiego Koła Ultrasonografii działającego w GUMed, umożliwił im regularny udział w szkoleniu z zakresu ultrasonografii, zapoznał ich z obsługą i funkcjonowaniem aparatu ultrasonograficznego oraz jego możliwościami diagnostycznymi, pozwolił im na wykorzystanie tej wiedzy w praktyce poprzez samodzielne wykonywanie badań, a w końcu mocno zaszczerpił w nich ideę ultrasonografii i zaoferował wszechstronną pomoc oraz cenne wskazówki w zapoczątkowaniu tego przedsięwzięcia w Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Firma Agata Bonderek-Borowczak Centrum Kształcenia i Konsultacji ResQ z siedzibą w Krakowie, reprezentowana przez Pana Pawła Zawłockiego bezpłatnie użyczyła 2 aparaty USG Fukuda Denshi model UF-890AG i UF-760AG celem ich przetestowania i przeszkolenia studentów Collegium Medicum UMK.

www.cm.umk.pl

fot. Przemysław Zglejszewski (zglejszewski@gmail.com)



Milionowy grant na badania

Prof. dr hab. n. med. Alina Grzanka, kierownik Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy otrzymała grant Narodowego Centrum Nauki w konkursie OPUS na realizację projektu „Znaczenie osi cykliny F-RRM2 w lekooporności komórek czerniaka o zróżnicowanym stopniu agresywności - badania in vitro”.

Wartość grantu „Znaczenie osi cykliny F-RRM2 w lekooporności komórek czerniaka o zróżnicowanym stopniu agresywności - badania in vitro” wynosi 1.364.400 zł. Został on przyznany w konkursie OPUS. Mogą w nim startować wszyscy naukowcy, niezależnie od stażu i stopnia naukowego. Uzyskane środki mają również szerokie zastosowanie: można je przeznaczyć na stworzenie

zespołu badawczego oraz zakup aparatury potrzebnej do realizacji badań. OPUS jest najpopularniejszym konkursem w ofercie NCN. W jedenastej edycji zgłoszono do niego aż 1830 projektów, z czego 500 uzyskało finansowanie na łączną kwotę 348 mln zł. Obok konkursu OPUS sztandarowymi konkursami NCN są SONATA i PRELUDIUM.

www.cm.umk.pl

Sukces na Scapula Aurea

Studenci Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy odnieśli ogromny, podwójny sukces w prestiżowym Międzyuczelnianym Konkursie Wiedzy Anatomicznej Scapula Aurea. 4 listopada 2016 r. zweryfikowano rozstrzygnięcie konkursu Scapula Aurea, który odbył się na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu w dniach 3-5 czerwca 2016 r.

Nasi studenci uplasowali się na wysokich pozycjach:

II miejsce w klasyfikacji indywidualnej: Wawrzyniec Skoczylas

II miejsce w klasyfikacji drużynowej:

Mikołaj Czerwiński

Karol Górski

Maciej Ledziński

Wawrzyniec Skoczylas

Pierwsze miejsce w kategorii indywidualnej i drużynowej zdobyli Studenci z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. W konkursie zmagali się studenci kierunków lekarskich z 11 ośrodków uniwersyteckich: Białegostoku, Bydgoszczy, Gdańska, Kielc, Krakowa, Łodzi, Olsztyna, Rzeszowa, Szczecina, Warszawy i Wrocławia.

Egzamin praktyczny polegał na identyfikacji 30 szczegółów anatomicznych



(szpilek) na preparatach utrwalonych w formalinie oraz 40 szczegółów anatomicznych na obrazach RTG, CT i MRI (tzw. dyskoteka anatomiczna). Egzamin testowy obejmował 80 pytań jednokrotnego wyboru i 10 pytań wielokrotnego wyboru z zakresu anatomii prawidłowej, topograficznej i klinicznej oraz neuroanatomii.

Miło też nam przypomnieć, że w Scapula Aurea nasi studenci w roku 2014 zajęli I miejsce w klasyfikacji drużynowej, a w roku 2015 zarówno studenci polskojęzyczni, jak i anglojęzyczni zdobyli I miejsce w klasyfikacji indywidualnej i drużynowej.

www.cm.umk.pl

Laureatka „Pomysłu na firmę”

Dr n. chem. Beata Szeffler, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Chemii Fizycznej na Wydziale Farmaceutycznym Collegium

Medicum w Bydgoszczy została laureatką IV edycji konkursu „Pomysł na własną firmę”, realizowanego przez Akademicki

Inkubator Przedsiębiorczości Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Decyzją rektora UMK, po zasięgnięciu opinii Rady ds. Innowacji i Wdrożeń, nagrodzono 4 obiecujące projekty naukowców i studentów UMK, a pomysłem, który uplasował pracownika Collegium Medicum w Bydgoszczy pośród laureatów jest projekt produkcji kosmetyków naturalnych oraz kremów i maści leczniczych.

Zgodnie z Zarządzeniem nr 77 Rektora UMK przyznane zostały stypendia, mające na celu wsparcie przedsiębiorczości i innowacyjności wśród pracowników, doktorantów i studentów UMK, którzy jako autorzy projektów konkursowych zmierzają do utworzenia spółki spin off lub wesprą komercjalizację wyników badań naukowych i innowacyjny rozwój Uniwersytetu.

www.cm.umk.pl

fot. Adam Zakrzewski (UMK)



10-lecie Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej

Agnieszka Kęsiak, Marta Starczewska



W dniach 4 i 5 listopada 2016 r. w siedzibie Opery Nova Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej pod przewodnictwem dr hab. n. med. Sławomira Jeki, prof. UMK świętowała 10-lecie swojego istnienia.

Początki Kliniki połączone z uroczystym otwarciem wyremontowanego Oddziału Reumatologii z Pododdziałem Rehabilitacji pod kierownictwem dr n. med. Sławomira Jeki miały miejsce 22 marca 2006 roku. Natomiast 19 czerwca 2012 roku uchwałą Senatu Collegium Medicum Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu nazwę zmieniono na Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej.

Aktualnie w klinice posiadamy dwadzieścia pięć łóżek w kompleksowo wyposażonych sanitarnie salach chorych, przystosowanych dla pacjentów niepełnosprawnych. Ponadto dysponujemy dwiema nowoczesnymi salami wlewow, w których pacjenci poddawani są terapiom biologicznym i leczeniu cytostatykami.

Korzystamy z nowoczesnego sprzętu ultrasonograficznego m.in.: GE LOGIQ P 5, ESAOTE Mylab 25 GOLD oraz unikalnego ESAOTE Mylab 70 XVG wyposażonego w szerokopasmową głowicę wysokiej częstotliwości 18 MHz, dzięki którym można badać nie tylko narządy wewnętrzne jamy brzusznej, ale także naczynia, ślinianki, węzły chłonne, tarczycę, a przede wszystkim stawy rąk i stóp.

Posiadamy nowoczesny densytometr /GE Lunar/ do oceny gęstości masy kostnej kręgosłupa w odcinku L-S, bliższego odcinka szyjki kości udowej u dorosłych i u dzieci, pozwalający nawet ocenić obciążenie endoprotezy.

W Pracowni Kapilaroskopii i Videokapilaroskopii posiadamy 2 mikroskopy optyczne oraz 2 videokapilaroskopy, w tym najnowszej generacji, drugi w Polsce, a pierwszy w reumatologii VIDEOCAP 3.0 DS MEDICA, dzięki któremu ocenia się morfologię naczyń włosowatych łożyska naczyniowego wału paznokciowego, bardzo przydatną w diagnostyce układowych chorób tkanki łącznej.

Od 2010 roku posiadamy rezonans otwarty o indukcji magnetycznej 0,2 Tesli przeznaczony do badania małych stawów rąk i stóp, a także stawów skokowych, łokciowych i kolanowych. Badanie MR pozwala na szczegółową ocenę



zmian w błonie maziowej, wykrywanie nadżerek oraz ocenę obrzęku szpiku. Dzięki zastosowaniu zintegrowanej fuzji z obrazami ultrasonograficznymi w czasie rzeczywistym możliwe jest diagnozowanie szczególnie skomplikowanych przypadków klinicznych.

Przy Klinice funkcjonują następujące Poradnie: Reumatologiczna, Diagnostyki i Terapii Osteoporozy, Wykrywania Wczesnego Zapalenia Stawów - realizująca pierwszy w Polsce, autorski projekt pana profesora Sławomira Jeki. Dzięki zastosowaniu połączenia internetowego do komunikacji pomiędzy lekarzem rodzinnym a reumatologiem możliwy jest łatwy dostęp online do specjalisty dla pacjentów z całego województwa, a nawet z kraju.

Klinika posiada II stopień referencyjności nie tylko dzięki dobremu zapleczu diagnostycznemu, ale przede wszystkim dzięki wysoko kwalifikowanej kadrze medycznej. Wszyscy lekarze pracujący w Klinice są specjalistami z zakresu chorób wewnętrznych i reumatologii, pięciu posiada tytuł doktora nauk medycznych, kilku jest w trakcie prowadzonego przewodu doktorskiego. Lekarze ustawicznie podnoszą swoje kwalifikacje, prezentują doniesienia na zjazdach i konferencjach w kraju i za granicą oraz publikują prace w periodykach krajowych i zagranicznych.

Uroczyste obchody 10-lecia istnienia Kliniki były połączone z ogólnokrajową konferencją poświęconą dekadzie leczenia biologicznego w Polsce. Patronat Honorowy nad tym wydarzeniem objeli: Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Gertruda Uścińska, Wojewoda Kujawsko-Pomorski Mikołaj Bogdanowicz,



Prezydent Bydgoszczy Rafał Bruski, Prezydent Miasta Torunia Michał Zaleski, JM Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu prof. dr hab. Andrzej Tretyn, Prorektor UMK w Toruniu ds. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, Dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK im. L. Rydygiera w Bydgoszczy dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska, prof. nadzw. Dziekan Wydziału Farmacji Collegium Medicum UMK im. L. Rydygiera w Bydgoszczy prof. dr hab. Stefan Kruszewski, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Reumatologii dla województwa kujawsko-pomorskiego dr n. med. Iwona Dankiewicz-Fares.

Wśród znakomitych wykładowców znaleźli się m.in. Konsultant Krajowy w dziedzinie reumatologii prof. dr hab. Ma-

rek Brzosko oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz. W ciągu dwóch dni wykładów obok sesji dla reumatologów równolegle na drugiej sali odbywały się sesje dla lekarzy rodzinnych poświęcone m.in. toczeniowi rumieniowatemu układowemu, twardzinie układowej, dnemoczanowej, wczesnemu zapaleniu stawów i spondyloartropatiom, rehabilitacji w chorobach reumatycznych oraz leczeniu bólu. Jeden z wykładów poświęcony był również zmianom w prawie w 2016 r., które dotyczą lekarzy. Konferencję uświetnili swym udziałem również liczni zaproszeni goście z zagranicy, którzy przedstawili słuchaczom jak leczeni są chorzy reumatyczni w krajach takich jak Hiszpania, Dania, Czechy, Szwecja, Norwegia czy Wielka Brytania.

dr Agnieszka Kęsiak oraz mgr inż. Marta Starcowska pracują w Klinice Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej



Nagrody Rektora

Rektor UMK prof. Andrzej Tretyn przyznał nagrody za osiągnięcia w dziedzinie dydaktyczno-wychowawczej, naukowo-badawczej oraz organizacyjnej. Wyróżnienia wręczono 26 października 2016 r. w Collegium Maximum UMK w Toruniu.

Nagrody Rektora to najwyższe wyróżnienie jakie może otrzymać pracownik Uniwersytetu za swoją pracę. Rektor przyznaje je na wniosek dziekanów i kierowników jednostek.

Nagrody indywidualne III stopnia za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej otrzymała dr Beata Szeffler z Wydziału Farmaceutycznego za osiągnięcia w działalności dydaktyczno-wychowawczej: dr Iga Hołyńska-Iwan z Wydziału Farmaceutycznego oraz dr hab. Alicja Nowaczyk z Wydziału Farmaceutycznego.

Nagrody zespołowe I stopnia za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej z Wydziału Farmaceutycznego otrzymał zespół w składzie: dr Katarzyna Bergmann, dr Magdalena Krintus, dr Sławomir Manysiak, dr hab. Michał Marszał, prof. UMK, prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, dr Joanna Siódmiak, dr Wiktor Sroka, dr hab. Anna Stefańska oraz dr hab. Marek Koziński z Wydziału Lekarskiego; z Wydziału Lekarskiego zespół w składzie: lek. Piotr Adamski, dr hab. Marek Koziński, prof. dr hab. Jacek Kubica, dr Małgorzata Ostrowska, dr Joanna Sikora, natomiast z Wydziału Farmaceutycznego zespół w składzie: dr Katarzyna Buszko, dr hab. Michał Piotr Marszał, prof. UMK, prof. dr hab. Danuta Roś, dr Wiktor Dariusz Sroka oraz drugi zespół w składzie: dr hab. Piotr

Kamiński, prof. UMK, dr hab. Celestyna Miła-Kierzenkowska, dr Paweł Sutkowy, dr Karolina Szewczyk-Golec, prof. dr hab. Alina Woźniak, prof. dr hab. Michał Szpinda, prof. dr hab. Jacek Klawe z Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Nagrodę I° za osiągnięcia w działalności organizacyjnej z Wydziału Farmaceutycznego otrzymał zespół w składzie: dr hab. Barbara Bojko, dr Krzysztof Goryński; z Wydziału Lekarskiego: dr Zofia Grąbczewska, dr Przemysław Paciorek, dr hab. Paweł Stróżecki oraz z Wydziału Nauk o Zdrowiu: dr Mirosława Felsmann i dr Małgorzata Gierszewska.

Z kolei nagrodę I° za osiągnięcia w działalności dydaktyczno-wychowawczej z Wydziału Lekarskiego otrzymał zespół w składzie: mgr Mateusz Badura, dr Mariusz Baumgart, dr Marcin Daroszewski, dr Małgorzata Dombek, dr Piotr Flisiński, mgr Magdalena Grzonkowska, prof. dr hab. Michał Szpinda, mgr Anna Wiczołek, dr Marcin Wiśniewski.

Nagrody zespołowe II stopnia za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej z Wydziału Farmaceutycznego otrzymał zespół w składzie: mgr Anna Badura, prof. dr hab. Adam Buciński, dr hab. Marcin Koba, dr Urszula Marzec-Wróblewska z Wydziału Lekarskiego: dr hab. Marek Szymański, dr hab. Piotr Kamiński, prof. UMK oraz dr hab. Grzegorz Ludwikowski z Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz drugi zespół w składzie: prof. dr hab. Danuta Roś, dr hab. Barbara Ruszkowska-Ciastek; z Wydziału Lekarskiego: dr hab. Lech Anisimowicz, prof. UMK, prof. dr hab. Janusz Kowalewski, prof. dr hab. Jacek Kubica, dr Woj-

ciech Pawliszak oraz z Wydziału Nauk o Zdrowiu: prof. dr hab. Alina Borkowska, dr Mariusz Kowalewski, dr Krzysztof Aleksander Szwed oraz drugi zespół w składzie: dr Magdalena Bodnar, prof. dr hab. Andrzej Marszałek, dr Łukasz Szyłberg, natomiast z Wydziału Nauk o Zdrowiu zespół w składzie: dr Maciej Bieliński, prof. dr hab. Alina Borkowska, dr Marcin Jaracz, dr Krzysztof Szwed, dr Marta Tomaszewska, z Wydziału Biologii i Ochrony Środowiska: prof. dr hab. Andrzej Tretyn i dr Marcin Gołębiewski, prof. dr hab. Adam Buciński z Wydziału Farmaceutycznego i dr Wojciech Pawliszak z Wydziału Lekarskiego.

Nagrody zespołowe III stopnia za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej z Wydziału Farmaceutycznego otrzymał zespół w składzie: prof. dr hab. Bożena Modzelewska-Banachiewicz, dr Renata Paprocka, dr Renata Studzińska oraz drugi zespół w składzie: dr Artur Słomka, prof. dr hab. Ewa Żekanowska, z Wydziału Nauk o Zdrowiu: dr Tomasz Kornatowski, prof. dr hab. Krzysztof Lekowski, dr Anna Rosiek oraz drugi zespół: dr Anna Brożyna, dr Wojciech Józwicki.

Wyróżnienia indywidualne za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej z Wydziału Nauk o Zdrowiu otrzymała dr hab. Magdalena Hagner-Derengowska, za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej i dydaktyczno-wychowawczej: dr Przemysław Krawczyk z Wydziału Farmaceutycznego i mgr Ewelina Wędrawska z Wydziału Lekarskiego; za osiągnięcia w działalności dydaktyczno-wychowawczej: z Wydziału Lekarskiego: dr Katarzyna Dmistruk i mgr Roksana Rybicka, natomiast za osiągnięcia w działalności organizacyjnej z Wydziału Lekarskiego: dr Maciej Gagat, z Wydziału Nauk o Zdrowiu dr Julita Soczywko.

Wyróżnienia zespołowe za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej otrzymali z Wydziału Farmaceutycznego zespół w składzie: prof. dr hab. Piotr Cysewski, mgr Maciej Przybyłek; a za osiągnięcia w działalności organizacyjnej ze Studium Medycyny Społecznej zespół w składzie: dr Jolanta Domaniewska, dr Urszula Domańska, dr Andrzej Domański, mgr Jolanta Katafias i dr Waldemar Kwiatkowski.

www.cm.umk.pl

fot. Adam Zakrzewski (UMK)



Altamira

Wojciech Szczęśny

Wikipedia informuje nas tak: „jaskinia krasowa w górach Kantabryjskich w północnej Hiszpanii, w pobliżu miejscowości Santillana del Mar. Odkryta w 1879 r. Jej wnętrza pokryte jest wielobarwnymi rysunkami należącymi do kultury magdaleńskiej”.

Właścicielem terenów, na których znajduje się owa grotka był Marcelino Sanz de Sautuola. Ten hiszpański arystokrata, prawnik i naukowiec amator, nie musiał martwić się o pieniądze. Jego potomkowie są właścicielami banku Santander. Wolny czas spędzał zatem na zwiedzaniu swych posiadłości. Jaskinie Kantabrii znane były miejscowej ludności, zaś tę najslawniejszą na nowo jak się okazało odkrył myśliwy Modesto Peres w roku 1868. Siedem lat później dotarł tu Marcelino i rozpoczął jej penetrację. Pewnego dnia roku 1879 zabrał na wycieczkę swą, wówczas dziewięcioletnią, córkę. Dziewczynka oświełwszy lampą naftową strop, ujrzała na nim rysunki zwierząt, a dokładnie stada bizonów w różnych fazach biegu. Odpowiednio oświetlony obraz sprawiał wrażenie ruchu. Santuola widział podobne przedstawienia na artefaktach archeologicznych z Paleolitu, eksponowanych na Wystawie Światowej w Paryżu rok wcześniej. Skojarzył zatem, że owe ryciny mogą pochodzić z tamtego okresu. Dziwiła doskonałość dzieła i geniusz artystyczny ludzi sprzed tysiącleci. Niecałe trzydzieści lat wcześniej Darwin opublikował swoje dzieło życia, zaś ewolucja była zaciekle zwalczana (wyjątkowo zgodnie jak na te zazwyczaj nienawidzące się wzajem organizacje) przez wszystkie kościoły i wyznania. Według Biblii człowiek egzystował na planecie od około sześciu tysięcy lat. Oczywiście byli już ludzie, którzy wiedzieli, że są to brednie. Jednym z nich był prof. Juan Vilanova y Piera z Madrytu, którego Santuola poprosił o krytyczną ocenę znaleziska. Ten natychmiast docenił wagę odkrycia i postanowił, że wraz z Santuolą przedstawia je na Kongresie Prehistorycznym w Lizbonie. Niestety, ponieśli tam całkowitą klęskę. Naukowcy na czele z Émile Cartailhaćem wyśmiali ich teorię, a nawet zarzucili fałszerstwo (farba w wilgotnej jaskini po tysiącach nadal wydawała się świeża). Na początku XX w. dokonano podobnych odkryć na terenie Francji i Hiszpanii. Carthilac zorientował się, że

popęłnił błąd, stracił szansę na rozpoczęcie nowych badań i upokorzył człowieka. W 1904 r. opublikował w czasopiśmie „L'Anthropologie” artykuł „Mea culpa d'un sceptique”. Niestety Santuola już nie żył od szesnastu lat.

Wydawać by się mogło, że rozwój nauki, a wraz z nim postęp są tym, czego pragnie ludzkość. Dzięki temu żyjemy dłużej, nie umieramy na zapalenie wyrostka czy choroby zakaźne, które w przeszłości zabijały miliony. Dzięki szczepieniom zwyciężyliśmy ospę. Polio jest w odwrocie. Tymczasem dzieje się coś dokładnie odwrotnego. Działania i wypowiedzi dyskredytujące naukę i osiągnięcia ludzkości stają się powszechne. Ba, mam wrażenie, że są pożądane i modne, cokolwiek owo słowo w epoce mediów społecznościowych znaczy. Nie byłoby może problemu, gdyby odbywały się w środowiskach ignorantów i ludzi, którym sytuacja ekonomiczna czy polityczna nie pozwoliła odebrać nawet podstawowego wykształcenia. Czyżby brak edukacji szedł w parze z tego typu zachowaniami? Bynajmniej. Bardzo istotną rolę odgrywa tu religia. Wiara w bogów (a jest tych wytworów ludzkiej fantazji około 5000) zawsze powodowała uwstecznienie rozwoju społecznego. Wspomnijmy Galileusza czy Giordiano Bruno z „naszej paczki religijnej”. O tym co dzieje się w kręgu innych religii (np. kara śmierci za apostazję w Arabii Saudyjskiej) wolałbym nie pisać. Delikatnie mówiąc słabo wspomagają rozwój nauki. Kultura euro-amerykańska wprowadziła pojęcie poprawności politycznej. Nie wolno mówić źle o wyznawcach najdziwniejszych teorii, bo tak ich ogłosił ich bóg poprzez proroków lub święte księgi. Nikogo nie dziwi zatem fakt, że albinosi w Afryce są mordowani jako demony i złe duchy szkodzące miejscowym bogom. W pojęciu ich wyznawców nie są oni ludźmi. Co najwyżej można ich stamtąd zabrać i chronić w miejscach gdzie nie dotarła owa wiara np. do Nowego Jorku. Czy w takim razie może dziwić fakt, że w nieskrępowany sposób szerzą swoje poglądy kreacjoniści czy świadkowie Jehowy. Dla nich człowiek istnieje na Ziemi od 6.000 lat, zaś artefakty archeologiczne, jak choćby tytułowa grotka z malowidłami, są pomyłką naukowców. Jedynie bowiem Biblia głosi prawdę. Posługują się bez ograniczeń dorobkiem innych nauk (komputery, drukarnie, komórki itp.) zaś archeolodzy to



idioci, którzy nie są w stanie odczytać prawdziwej historii stworzenia człowieka przez Boga. Mam komfort ateisty, pozwalający mi kpić z wszelkich przejawów owej głupoty, czy to „jehowiańskiej” czy swojskiej odnajdującej na pleśniejącej mące z wodą mięsień sercowy Jezusa (w chwili agonii na krzyżu). Zastanawiam się jak rozmawiać z człowiekiem, który skończył te same studia co jak i któremu władze wydały prawo leczenia ludzi, a który jednocześnie twierdzi, że pojawiliśmy się na planecie około trzy tysiące lat po udomowieniu psa (na tyle wstecz ocenia się to wydarzenie). Jest on świadkiem Jehowy. Ogarnia mnie wówczas uczucie zwane zażenowaniem. Co więcej próby zwrócenia im uwagi na to że być może się mylą uważają za obrazę uczuć religijnych. Pomijam fakt składania ofiar ze zwierząt w środku Europy w roku 2016. Taki miły zwyczaj na muzułmańskie święto. No i ubój rytualny, którego próby zakazania przez rozsądnych ludzi z Sejmu (są tacy nawet w obecnej kadencji), porównywano z działalnością nazistów w okresie Holocaustu.

Istnieje też grupa ludzi, którym udało się (tak twierdzą) uchwycić istotę rzeczy. Po latach obserwacji krzyknęli: „Eureka”. Odkryli oni drogą iluminacji to, co próbowały ukryć tajne i bardzo niedobre organizacje. Szczepienia są szkodliwe, a promują je żądne pieniędzy koncerny farmaceutyczne. Koncerny owe, już dawno odkryły lek na raka, ale ukrywają go przed ludźmi, bo zarabiają krocie na chemioterapii i innych lekach obecnie stosowanych. Kilka dni temu Internet

obiegła wiadomość, że chemioterapia w przypadku bodaj raka sutka jest bardziej szkodliwa niż się spodziewano. No i co? Szach mat naukowcy. Wygląda na to, że ci ludzie mają rację. Czyżby? Dokładnie odwrotnie. Uczciwie przeprowadzane badanie pokazuje, że w tym miejscu nauka ma jeszcze wiele do zrobienia. Nauka potrafi przyznać się do słabości. Potrafi użyć zwrotu, który stał się tematem przewodnim wykładu noblowskiego Wisławy Szymborskiej: „nie wiem”. Idioci spod znaku antynauki i „boga zapchajdziury” (to genialne określenie podał Dawkins na sytuacje określane „bóg tak stworzył, bóg tak chciał”), stwierdzą, że należy leczyć się wywarem z ciecierzycy lub wykonać

sobie lewatywę z kawy w celu leczenia raka sutka. No bo sami lekarze przyznają że chemioterapia jest „be”. Proste?

Oczywiście masoni, bildelbergczycy jak również iluminaci i cykliści, a w Polsce parasolnicy nie zasypiają gruszek w popiele. Próbujać ośmieszyć głosicieli prawdy. Zakazują im występów na Uniwersytetach, twierdzą, że serce Jezusa to jakaś bakteria. Co więcej, co samo w sobie jest przecież śmieszne, łączą powrót wielu chorób zakaźnych z ruchami antyszczepionkowymi. Uważają, że nie jest prawdą hasło, że kto kocha własne dzieci nie pozwala ich szczepić. O szkodliwości GMO nawet nie piszę, bo to oczywista oczywistość. Pieniądże na tę działalność dają żydowskie i chyba (choć

nie ma tu pewności) niemieckie banki.

Carl Sagan nazwał naukę światłem w mroku. Córka Santuoli oświeciła strop jaskini w Altamirze i odkryła coś niezwykłego. Trzeba było kilkunastu lat, aby zatryumfowała prawda o naszych przodkach. Prawda zawsze zwycięży. Nie zatrzymają jej bogowie ani idioci i nieucy dający wiarę bredniom. Może spłonnie na stosie jeszcze kilku Giordianów, a kilku Santuolów umrze nie doczekawszy tryumfu. Ale tak stanie się z taką pewnością, jak jutrzejszy wschód Słońca, które jeszcze nie tak dawno miało krążyć wokół Ziemi, bo tak napisano w pismach.

dr Wojciech Szczepny jest starszym wykładowcą w Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej

Zabieg embolizacji

W Klinice Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy wykonano, po raz pierwszy w regionie, zabieg embolizacji żyły jajnikowej u pacjentki z zespołem zastoju żylnego miednicy mniejszej.

Zespół zastoju żylnego miednicy mniejszej (Pelvic congestion syndrome) jest jednostką chorobową charakteryzującą się występowaniem żylaków i niewydolnych żył w obrębie miednicy mniejszej i dotyczy nawet do 10-15 % kobiet w wieku poniżej 45 lat. Jest on jedną z częstszych przyczyn występowania przewlekłego zespołu bólowego miednicy, który charakteryzuje się stałym lub nawracającym bólem podbrzusza i miednicy, utrzymuje się co najmniej przez 6 miesięcy i powoduje znaczne zmniejszenie aktywności zawodowej jak i codziennej, dodatkowo nasila się w czasie miesiączki czy w czasie współżycia przez co zaburza całościowe funk-

cjowanie społeczne. Ponadto zespół zastoju żylnego miednicy mniejszej może być powodem nawrotowych żylaków kończyn dolnych.

Najczęstszą przyczyną zespołu zastoju żylnego miednicy mniejszej jest niewydolność jednej lub obu żył jajnikowych albo żył biodrowych wewnętrznych. Poprzez zamknięcie niewydolnego naczynia uzyskuje się prawidłowy odpływ krwi żylnej z obrębu miednicy, a w konsekwencji poprawę kliniczną. Zabieg przeprowadzany jest jedynie w znieczuleniu miejscowym, a pacjentka może wrócić do codziennej aktywności już po kilku godzinach. W trakcie procedury wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz środki kontrastowe. Po leczeniu zabiegowym, znacząca poprawa lub całkowite ustąpienie dolegliwości występuje u około 60-90 % chorych, jednakże do uzyskania optymalnego efektu część przypadków wymaga embolizacji kilku naczyń żylnych. Zabieg jest stosunkowo bezpieczny, po-

wikłania zdarzają się niezwykle rzadko i zwykle są to niegroźne krwiaki w okolicy miejsca wkłucia. Wprowadzenie nowej metody leczenia pozwoli na poprawę komfortu życia dużej grupy kobiet, które dotychczas skazywane były jedynie na leczenie objawowe.

Zabieg tego typu został po raz pierwszy wykonany w naszym regionie, w dniu 24 listopada 2016 r., przez zespół w składzie: dr n. med. Karol Suppan, konsultant wojewódzki w dziedzinie angiologii, lekarz Artur Mieczkowski w asyście Elżbiety Kołodkiewicz, Dąmmary Niedzielskiej oraz Pawła Zuckaroliego i Mateusza Żybowskiego. Procedura została wdrożona pod nadzorem dr Marka Krzanowskiego, autorytetu w dziedzinie leczenia wewnątrznaczyniowego, który podobne zabiegi wykonuje z powodzeniem w Oddziale Klinicznym Angiologii i Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

oprac. Kamila Wiecińska



We wrześniu 1939 r.

Bydgoski Szpital Miejski (obecnie im dr. A. Jurasza)

Mieczysław Boguszyński

Jego otwarcie w grudniu 1937 r. było dla miasta ważnym wydarzeniem. Mieszkańcy otrzymali do dyspozycji nowoczesny zakład leczniczy, przygotowany na udzielanie pomocy także pacjentom z otaczających, bliskich, a nawet dalszych, powiatów. Z powodu trudności finansowych budowa trwała wprawdzie 9 lat i na razie uruchomiono tylko część centralną i skrzydło zachodnie, ale i tak zachwyt był dość powszechny. Pałac-szpital, Kolos szpitalny to tylko niektóre tytuły w miejscowej prasie. W Polsce miał opinię jednego z najnowocześniejszych i najlepiej wyposażonych.

Po okresie rozruchu w 1938 r., w następnym rozwinął już pełną działalność. Posiadał 256 łóżek na oddziałach: wewnętrznym, kierowanym przez dr. Antoniego Tomickiego, chirurgicznym dr. Zygmunta Dziembowskiego, ginekologiczno-położniczym dr. Józefa Krzymińskiego, laryngologicznym dr. Edwarda Sobczyńskiego i na dwóch nowych – chorób oczu dr. Pawła Chojnackiego i ortopedycznym doc. Wiktora Degi (obydwaj przybyli z Poznania). Do pomocy mieli 5 asystentów – na okulistyce i laryngologii był jeden wspólny. Był jeszcze Oddział Bielawki (obecny Szpital Dziecięcy przed rozbudową) z oddziałem wewnętrznym dr. Kazimierza Rekowskiego i chorób płuc dr. Franciszka Czajkowskiego.

Pielęgowaniem chorych zajmowało się 25 siostr miłosierdzia im. Wincentego a Paulo, 4 pielęgniarki świeckie i 2 położne. Było też 27 posługaczek i 9 posługaczy (salowych). Etatami szafowano oszczędnie. Lekarze asystenci, siostry zgromadzenia, samotne pielęgniarki świeckie i salowe mieszkaly na terenie szpitala. Lekarze asystenci pełnili właściwie permanentny dyżur.

Od pozostałego personelu medycznego oczekiwano również pełnej dyspozycyjności. Asystent, który – przy aprobachie dyrektora – zakładał rodzinę, musiał starać się o mieszkanie w pobliżu szpitala. Dr Jan Masełkowski, znany po wojnie bydgoski laryngolog, tak po latach wspominał: Myśmy pracowali świątek i piątek, w razie potrzeby dzień i noc. A pielęgniarka Janina Owocza z oddziału ginekologiczno-położniczego w swych relacjach pisała: Na oddziale przebywało

się non stop, od rychłych godzin rannych do późnych wieczornych, można powiedzieć, że w warunkach zbliżonych do zakonnych. Co trzeci dzień obejmowało się jednoosobowy dyżur nocny. Trudne życie łagodziła jednak atmosfera ciepła rodzinnego.

To był nasz dom. Wspólnie obchodziliśmy uroczystości świąteczne z udziałem lekarzy. Bywało, że dostawałyśmy przepustki na pójście do kina. Wpadałyśmy bez biletów na ostatnią chwilę przed seansem. Wracając szliśmy przez pola na skróty.

Niestety, niewiele czasu funkcjonował szpital w doskonałych, jak na ówczesne czasy, warunkach. Zbliżała się wojna. Już na początku 1938 r. dyrekcja, z polecenia władz miejskich, podjęła specjalne przygotowania. Na terenie szpitala, w przyspieszonym tempie odbywał się kurs zorganizowany przez Polski Czerwony Krzyż dla siostr pogotowia sanitarnego. Pamiętając o doświadczeniach z pierwszej wojny światowej, w piwnicy przygotowano specjalnie zabezpieczone schrony, uszczelniano okna i drzwi na wypadek ataków gazowych. Na piętrach wschodniej, nieczynnej części wykańczano dodatkowo po kilka sal chorych. Przygotowywano zapasy opału i wyposażenia dla uruchomienia dodatkowych 150 łóżek. W oknach zakładano specjal-

ne zasłony. Pod koniec sierpnia 1939 r. niektóre pielęgniarki i lekarze otrzymali powołanie do wojska i stopniowo opuszczali szpital. Na miejscu pozostał dyrektor, trzech asystentów i siostry zakonne z przełożoną Antoniną Czepek na czele, która kierowała teraz z konieczności całością zaplecza gospodarczego.

Już w pierwszym dniu wojny, w piątek 1 września 1939 r., Bydgoszcz znalazła się w pasie bezpośredniego zagrożenia. W sobotę dotarła pierwsza fala uciekinierów z powiatów nadgranicznych, z okolic Chojnic, Sępólna i Wyrzyska. Na wozach konnych, na rowerach, pieszo z dobytkiem na ręcznych wózkach, przemieszczali się ulicami Bydgoszczy w kierunku Inowrocławia i Żnina. Wycofywały się również jednostki wojskowe. Powstał wielki chaos. Niemcy zbombardowali dworzec kolejowy i okolice. Byli zabici i ranni. Do nowego szpitala trafiły pierwsze ofiary.

W niedzielę 3 września, wykorzystując powstałe zamieszanie, miejscowi Niemcy i nasłani z Rzeszy ochotnicy podjęli szeroką akcję dywersyjną. Z wież kościołów ewangelickich, z okien kamienic, z poddaszy, otwarli ogień karabinowy do przemieszczających się wojsk i ludności cywilnej. Żołnierze wsparci ochotnikami ze Straży Obywatelskiej przeprowadzili kontrakcję



W okresie okupacji hitlerowskiej do sierpnia 1940 r. Szpital Miejski pełnił funkcję wojskowego lazaretu polowego. Potem stał się ponownie leczniczą cywilną, obsadzoną przez delegowanych z Gdańska lekarzy niemieckich i przyjął nazwę - Siegfried Staemmler Krankenhaus. Dr Staemmler był przedwojennym bydgoskim lekarzem, który zginął w tragicznych okolicznościach we wrześniu 1939 r. W tym czasie uruchomiono częściowo skrzydło wschodnie. Po wyzwoleniu, do pierwszych miesięcy 1946 r. szpital zajmowało głównie wojsko. Dla oddziałów cywilnych przeznaczono znacznie mniejszą część.

i likwidowali gniazda oporu. W krótkim czasie Szpital Miejski, Diakonieś i św. Floriana zapęliły się poszkodowanymi.

Dyrektor Szpitala Miejskiego dr Edward Sobczyński po wojnie wspominał: 3 września 1939 r. około godziny 10 udałem się swoim samochodem do szpitala na Bielawkach i do szpitala dziecięcego w celu przekazania tam masek gazowych. Gdy jechałem, natknąłem się na strzelaninę wpraw na ul. Gdańskiej, potem na ul. Św. Trójcy. Widziałem, że zabierano z ulic rannych. Na pl. Wolności ostrzelano mnie z wieży kościoła ewangelickiego. Około godziny 12 znalazłem się znowu w szpitalu na Bielawkach. Było tam już 91 rannych. Kazałem przygotować 200 sienników dla ewentualnych dalszych rannych.

Do wieczora wszystkie sienniki zostały zajęte. Wsparcia duchowego rannym i umierającym udzielali trzej księża z parafii św. Wincentego a Paulo. W tym trudnym dniu ochotniczo do pracy zgłosił się dr Z. Kmera, młody lekarz bezpośrednio po ukończeniu studiów w Poznaniu,

mieszkaniec Bydgoszczy. Jego wsparcie bardzo się przydało. Karetką szpitalną zwoził z miasta poszkodowanych. W godzinach popołudniowych napływali nadal nowi ranni. W późnych godzinach wieczornych sytuacja została opanowana.

Położony na peryferiach miasta Szpital Miejski, poza tym że przyjmował rannych i chorych, pozostawał jakby na uboczu toczących się zdarzeń. Kolejni lekarze odchodzili do wojska. W końcu pozostali: dwaj asystenci, pełniący obowiązki dyrektora chirurg dr Franciszek Kopernik i ortopeda dr Witold Piotr, siostry zakonne, pojedyncze pielęgniarki świeckie i salowe.

Trzeciego dnia po krwawej niedzieli bydgoskiej 6 września – jak wspomina Irena Krużewska zatrudniona w administracji szpitalnej – zauważyliśmy, że szpital jest otoczony wojskiem niemieckim. Wkrótce pojawili się wysłannicy wojskowi i oświadczyli siostrze przełożonej, że musimy oddać szpital do ich dyspozycji, niedługo przyjdzie dowódca celem przejęcia szpitala. Wszyscy mają pozostać na swoich stanowiskach pracy. Wkrótce przybyło

trzech oficerów na przegląd całego szpitala. Siostra przełożona musiała ich wprowadzić do każdego pokoju od suterenu do ostatniego piętra. Późnym popołudniem wojsko zaczęło się wprowadzać do szpitala. Był to widok bardzo przygnębiający. Wchodzili jak do swojej własności. Od tego momentu uświadomiliśmy sobie, że już nie mamy nic do powiedzenia, już nie mamy prawa do niczego.

Szpital na okres od 6 września do 1 grudnia 1939 r. przekształcony został w niemiecki lazaret polowy (Feldlazarett). Potem przywrócony został miastu. Ponieważ lekarze polscy w większości opuścili Bydgoszcz, jedni znaleźli się w obozach jenieckich lub koncentracyjnych, a inni przenieśli się w obawie przed represjami do Generalnego Gubernatorstwa, Niemcy sprowadzili do szpitala grupę swoich specjalistów z Gdańska. Uzupełnili ich przybylsze z Łotwy i Estonii.

lek. Mieczysław Boguszyński - wieloletni dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza, miłośnik historii medycyny oraz autor licznych publikacji o bydgoskich szpitalach, artykuł ukazał się także w „Primum Non Nocere”

Pogawędki drobnoustrojów, czyli quorum sensing w biofilmach

wykład z cyklu Medycznej Środy

Krzysztof Skowron, Katarzyna Grudlewska, Joanna Kwiecieńska-Piróg, Eugenia Gospodarek-Komkowska

Komunikacja między organizmami nie jest zarezerwowana jedynie dla organizmów wyższych, ludzi lub zwierząt. Prokaryoty, i w mniejszym stopniu, niż uorganizowane eukaryoty, komunikują się „językiem chemicznym” – czyli przy użyciu związków chemicznych zwanych autoinduktorami w procesie quorum sensing (QS - wyczuwanie obecności). Drobnoustroje wytwarzają i wydzielają do otoczenia cząsteczki sygnałowe (autoinduktory), które wykorzystywane są w różnych procesach fizjologicznych, m. in. w tworzeniu biofilmu, wywoływaniu zakażeń, a także w szybkiej odpowiedzi komórek na zmiany warunków środowiska, w tym na reakcje obronne gospodarza. Podobne możliwości komunikacji w świecie makrobiologicznym wykazują owady żyjące w społecznościach.

Drobnoustroje w środowisku naturalnym częściej występują w skupiskach zwanych biofilmem niż w postaci pojedynczych, rozproszonych komórek, tzw. planktonu. Mikroorganizmy występujące w różnorodnych środowiskach wykazują większą przeżywalność, jeśli osiadają na powierzchniach stałych lub komórkach

innych organizmów. Umożliwia im to łatwiejszy dostęp do substancji odżywczych i większą oporność na czynniki fizyczne i chemiczne (Matejczyk M. et al., Civil and Environmental Engineering 2011; 69 (2): 24-7). Biofilm jest to złożona i wielokomórkowa struktura, w której skład wchodzi komórki jednego lub wielu gatunków drobnoustrojów (bakterii lub grzybów), a także substancje organiczne. W konsekwencji powstaje złożony ekosystem. Do jego tworzenia może dochodzić w środowisku naturalnym, np. w zbiornikach wodnych, w organizmach żywych, jak również na powierzchni biomateriałów wykorzystywanych w medycynie lub w zakładach przetwórstwa żywności, co jest związane z właściwościami adhezyjnymi drobnoustrojów (Myszka K. et al., Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2010; 64: 582-9).

Należy podkreślić, że powstawanie biofilmu jest procesem wielostopniowym, uzależnionym od licznych czynników. Ważną rolę w tym procesie pełnią zarówno właściwości drobnoustrojów, jak również powierzchnie, na których dochodzi do tworzenia biofilmu. Struktury występujące na powierzchni komórek, np. rzęski czy

fimbrie oraz wytwarzane substancje zewnątrzkomórkowe, tzw. EPS (ang. extracellular polymeric substances), sprzyjają jego formowaniu (Kołwzan B., Ochrona Środowiska 2011; 33 (4): 1-12). Ponadto, na chropowatych, nierównych (np. uszkodzonych) powierzchniach łatwiej dochodzi do kolonizacji. EPS, będący macierzą biofilmu, zbudowany jest z polisacharydów, białek, kwasów nukleinowych, surfaktantów, lipidów i wody. Tworzenie tej ważnej frakcji biofilmu jest uzależnione od ilości składników odżywczych obecnych w środowisku. Jego wytwarzanie jest stymulowane przez obniżoną podaż azotu, potasu i fosforanów przy zwiększonym dostępie węgla (Donlan R.M., Clinical Infectious Diseases 2001; 33 (8): 1387-92).

Tworzenie biofilmu obejmuje kilka etapów. Adhezja odwracalna komórek do powierzchni polega na tworzeniu z nią słabych niespecyficznych oddziaływań np. poprzez siły van der Waalsa. Jeśli na tym etapie komórki drobnoustrojów nie zostaną usunięte, dochodzi do adhezji nieodwracalnej, w której uczestniczą rzęski i fimbrie oraz powstają swoiste wiązania chemiczne. Tak zakotwiczone komórki umożliwiają przyleganie innym

komórkom, tworzenie EPS, wytworzenie mikrokolonii i dojrzewanie biofilmu. Drobnoustroje tworząc biofilm mogą wewnątrz niego namnażać się i różnicować architekturę tej struktury, tworząc różnorodne kształty (np. grzyba, słupów), podzielonych kanałami, którymi „dopływają” składniki odżywcze, a usuwane są poza biofilm produkty metabolizmu. Dochodzi do aktywacji lub „uśpienia” ekspresji niektórych genów. W zależności od potrzeb tworzonej „społeczności” komórek występują zmienne cechy fenotypowe. Komórki w głębszych warstwach biofilmu są bardziej wirulentne, a ze względu na ograniczony dostęp tlenu, ich metabolizm staje się beztlenowy. W porównaniu do komórek z zewnętrznych warstw, są mniejsze, wzrastają wolniej lub pozostają w stanie uśpienia. Między komórkami w biofilmie może dochodzić do wymiany materiału genetycznego i nabywania specyficznych cech (Kołwzan B., Ochrona Środowiska 2011; 33 (4): 1-12).

Dojrzały biofilm osiąga w pewnym momencie krytyczną grubość i zmienia swoją dotychczasową strukturę. Komórki z zewnętrznej części biofilmu odrywają się, migrują do otoczenia i mogą rozpocząć formowanie biofilmu na nowych powierzchniach.

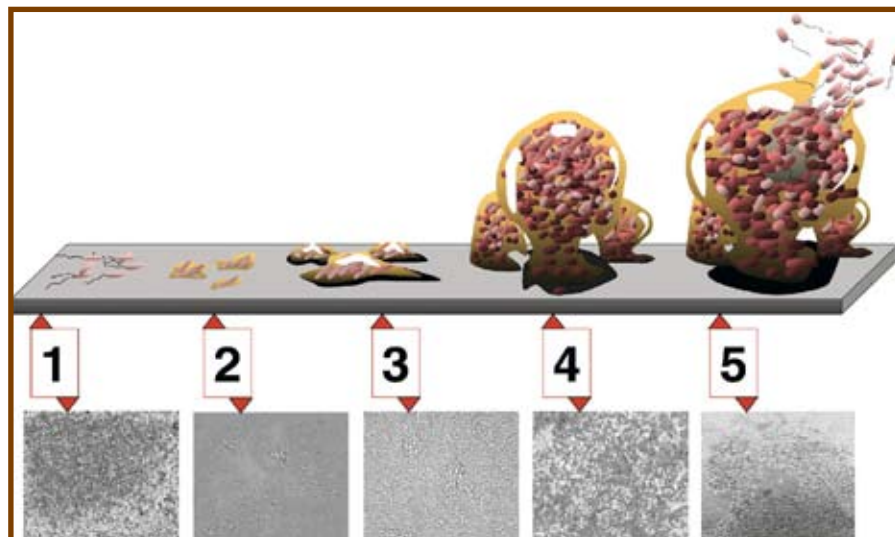
Regulacja metabolizmu komórek drobnoustrojów w biofilmie związana jest z sygnalizacją międzykomórkową i wytwarzaniem specyficznych cząstek sygnałowych. Takie porozumiewanie się komórek, określane jako quorum sensing, sprawia, że biofilm wykazuje cechy prymitywnego organizmu wielokomórkowego. W dojrzałych postaciach biofilmów, których komórki osiągnęły stacjonarną fazę wzrostu, a zatem są mniej aktywne metabolicznie, działanie bakteriofagów antybiotyków staje się nieefektywne. Jedną z najważniejszych przyczyn oporności biofilmu jest zdolność drobnoustrojów do komunikowania się między sobą (Matejczyk M. et al., Civil and Environmental Engineering 2011; 69 (2): 24-7). Zjawisko QS nie ogranicza się jedynie do formowania struktury biofilmu. Udowodniono jego udział również w innych procesach, które mają znaczenie dla przeżycia populacji bakterii, często w warunkach im niesprzyjających. Odgrywa istotną rolę w wirulencji drobnoustrojów, koniugacji, ruchliwości i luminescencji oraz pozwala regulować oddziaływania symbiotyczne lub antagonistyczne między drobnoustrojami.

Pierwsze informacje o możliwości komunikowania się drobnoustrojów

pojawily się w 1979 roku, kiedy Nelson i Hastings opisali wyniki uzyskane w badaniach nad morskimi bakteriami *Vibrio fischeri* i *Vibrio harveyi* zdolnych do luminescencji. Bakterie te emitują światło wówczas, gdy jako symbionty, rozwijają się w wyspecjalizowanych organach zwierząt morskich: kałamarnicy *Euprymna scolopes* i ryby *Monocentris japonicus*. Natomiast, jako komórki wolnożyjące w wodzie morskiej, tracą zdolność świecenia. Zjawisko to jest związane z charakterystycznymi uwarunkowaniami. Po pierwsze, szybki wzrost i rozwój bakterii jest możliwy dzięki dostępności bogatych źródeł węgla i energii w wyspecjalizowanych tkankach gospodarza, gdzie populacja komórek może osiągnąć dużą gęstość. Po drugie, wytwarzane przez komórki i wydzielane do środowiska wzrostu cząsteczki sygnałowe mogą osiągnąć wysokie stężenie jedynie w skolonizowanym organie zwierzęcia. Ograniczona dostępność składników pokarmowych w wodzie morskiej uniemożliwia szybki wzrost i rozwój populacji wolnożyjących bakterii, jak również akumulację cząstek sygnałowych. Pojęcie QS po raz pierwszy użyli Fuqua i współpracownicy dla określenia sposobu komunikowania się komórek bakterii w populacjach (Wolska K.I. et al., Postępy Mikrobiologii 2016; 55 (3): 300-8). Ogromny postęp w tej dziedzinie, dokonany szczególnie w ostatnich 10 latach, dowodzi, że większość gatunków bakterii, jeśli nie wszystkie, syntetyzuje i wydziela do środowiska wzrostu specyficzne cząsteczki sygnałowe (autoinduktory). To dzięki nim dochodzi do międzykomórkowej komunikacji, umożliwiającej skoordynowaną odpowiedź wszystkich komórek w populacji na zmiany warunków w środowisku wzrostu. Gdy wzrasta stężenie

autoinduktorów w danym środowisku bakterie wyczuwają, ile komórek je otacza. Do najlepiej opisanych gatunków, u których zaobserwowano zjawisko QS należą *V. fischeri*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Agrobacterium tumefaciens*, *Erwinia carotovora* (Jaworski A. et al., Postępy Biologii Komórki 2005; 32(2): 231-56).

Istnieje duża różnorodność sygnałów i genów odpowiedzialnych za QS, które warunkują właściwe zachowanie się mikroorganizmów. Jeden szczep może wytwarzać kilka rodzajów cząsteczek sygnałowych. Ponadto, różnice w budowie ściany komórkowej między bakteriami Gram-dodatnimi i Gram-ujemnymi warunkują odmienne sposoby komunikowania się między tymi drobnoustrojami. Porozumiewanie się mikroorganizmów zachodzi między komórkami danego gatunku (komunikacja wewnątrzgatunkowa), jak również między komórkami różnych gatunków (komunikacja międzygatunkowa). I to właśnie komunikacja komórek różnych gatunków bakterii i/lub grzybów w populacjach mieszanych jest jednym z największych odkryć odnośnie mechanizmów działania QS. Jest to możliwe dzięki autoinduktorom, które nie są specyficzne gatunkowo. Przykładem są cząsteczki AI-2, regulujące wirulencję, produkcję toksyn, luminescencję, agregację w formie biofilmu, zarówno wśród gatunków bakterii Gram-dodatnich jak i Gram-ujemnych, np. w biofilmie, tworzonego przez populację komórek *P. aeruginosa* i *Burkholderia cepacia* u pacjentów z mukowiscydozą. Nadmierne wydzielanie śluzu jest bogatym podłożem dla rozwoju wymienionych bakterii w formie biofilmu, co umożliwia wydzielanie cząsteczek sygnałowych (Matejczyk M. et al., Civil and Environmental Engineering 2011; 69(2):24-7; Li Y-H et



Zobrazowanie etapów postawania biofilmu

al., Sensors (Basel) 2012; 12 (3): 2519-38).

Badania dotyczące mechanizmu QS i jego roli w procesach fizjologicznych bakterii oraz interakcjach między drobnoustrojami i organizmami wyższymi są dopiero w fazie początkowej. Biorąc pod uwagę niebezpieczeństwo związane z chorobotwórczymi drobnoustrojami to właśnie komunikacja drobnoustrojów w przebiegu procesu zakażenia oraz tworzenie się trudnych do eliminacji biofilmów bakteryjnych

na materiałach medycznych są szczególnie ważne. Z raportów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wynika, że proces tworzenia biofilmów bakteryjnych na materiałach medycznych (protezach, cewnikach, zespoleniach naczyniowych), jest bezpośrednią przyczyną 65–80 % zakażeń u hospitalizowanych pacjentów. Zrozumienie procesu komunikacji bakterii może przyczynić się w przyszłości do

blokowania lub zakłócania zjawiska QS na różnych jego etapach. Możliwość zastąpienia antybiotyków związkami blokującymi QS lub inaktywującymi cząsteczki sygnałowe daje nadzieję na opracowanie nowych strategii profilaktyki i zwalczania zakażeń.

Katarzyna Grudlewska jest uczestnikiem studiów doktoranckich, natomiast dr Krzysztof Skowron oraz dr Joanna Kwiecińska-Piróg - adiunktami w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii, kierowanej przez prof. dr hab. Eugenię Gospodarek-Komkowską

Nasz mózgowy GPS

wykład z cyklu Medycznej Środy

Małgorzata Tafil-Klawe

W 2014 r. nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali: John O'Keefe, May-Britt Moser i Edward Moser za odkrycie komórek nerwowych tworzących układ nawigacji przestrzennej w mózgu.

Immanuel Kant, w „Krytyce czystego rozumu” stwierdził, że: „Przestrzeń jest koniecznym wyobrażeniem a priori, stanowiącym podstawę wszystkich oglądów zewnętrznych” (Immanuel Kant – Krytyka czystego rozumu (Biblioteka Filozofów 2008, str. 78). Zatem, postrzeganie miejsca wymaga wrodzonych zdolności, przez które świat może być postrzegany. Czy odkrycia noblistów potwierdzają koncepcję, że do poznania przestrzeni, w której żyjemy niezbędne są wrodzone predyspozycje? Czy wielki filozof z XVIII wieku miał rację? Nagrodzeni badacze szukali odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak mózg postrzega przestrzeń, jakie

mechanizmy komórkowe leżą u podstaw orientacji przestrzennej?

- Które obszary mózgu uczestniczą w poznawaniu przestrzeni, zapamiętywaniu świata zewnętrznego i wzajemnych relacji obecnych w nim przedmiotów?

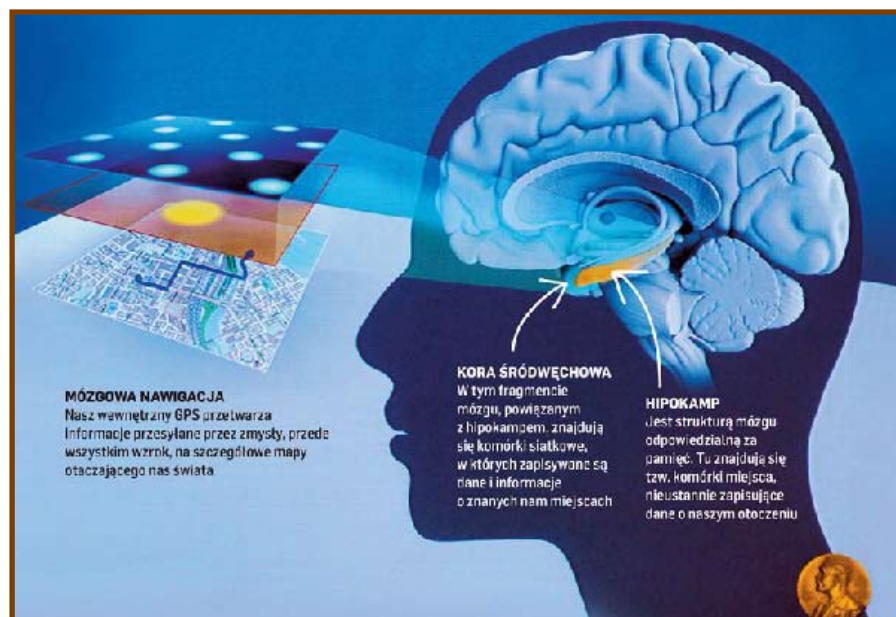
Prześledźmy zatem ich kolejne odkrycia. W 1971 r. John O'Keefe i jego doktorant John Dostrovsky opisali po raz pierwszy komórki miejsca (place cells), zlokalizowane w okolicy CA1 i CA3 hipokampa. Badania przeprowadzone u swobodnie poruszających się szczurów pozwoliły stwierdzić, że aktywność elektryczna komórek miejsca zależy od lokalizacji zwierzęcia, a każda komórka ma swoje „pole” w środowisku zewnętrznym. Tak więc każda lokalizacja zwierzęcia w środowisku jest związana ze specyficzną, jedyną kombinacją aktywnych komórek miejsca, co pozwala na powstanie „mapy kognitywnej” środowiska zewnętrznego w

mózgu. Wzór aktywności tych komórek jest specyficzny dla danego środowiska, zmienia się wraz ze zmianą środowiska zewnętrznego (tzw. remapowanie). Inne czynniki jak prędkość czy kierunek ruchu zwierzęcia modulują aktywność komórek miejsca, a ich plastyczność i łatwość przystosowywania się do zmiennego środowiska zewnętrznego umożliwiają zapamiętywanie obrazów poznawanych miejsc.

Kolejne badania dostarczyły nowych informacji na temat komórek miejsca. Okazało się, że komórki te są aktywne, gdy zwierzę znajduje się w specyficznych (niejako przypisanych im) punktach płaszczyzny horyzontalnej, a nie rejestrują zmian wysokości. U zwierzęcia wspinającego się w spiralnej wieży, ich aktywność występuje regularnie na kolejnych poziomach w miejscach odpowiadających tymże specyficznym punktom w płaszczyźnie horyzontalnej.

Dziś możemy powiedzieć, że komórki te u szczura, a najprawdopodobniej i u człowieka (badania przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego), funkcjonują w systemie 2D. Inaczej jest natomiast u nietoperza – tam komórki miejsca w hipokampie działają w systemie 3D.

Następne dziesięciolecie przyniosło odkrycie komórek kierunku ustawienia głowy (head direction cells). Komórki kierunku głowy są aktywne, gdy zwierzę ustawia głowę w określonym kierunku, niezależnie od pozycji ciała. Zlokalizowano je w jądrze grzbietowym nakrywki i przede wszystkim w formacji hipokampa: w korze parahipokampalnej (parasubiculum i postsubiculum) oraz w podporze (subiculum) [Taube i wsp. 1990]. Poszczególne grupy tych komórek preferują różne kierunki ustawienia głowy, otrzymują również informację wzrokową, współpracując też z obszarami



fot. Jonathan Nackstrand/AFP/East News, <http://www.newsweek.pl/nauka/mozg-jak-gps-nagroda-nobla-newsweek-pl,artykuly,349638,1.html>

orientacji przestrzennej w hipokampie [Taube 1998].

Rok 2005 przyniósł odkrycie komórek sieci (grid cells) zlokalizowanych w korze śródwęchowej, w jej części grzbietowo-przyśrodkowej [Moser i Moser]. Komórki te wydają się z zadziwiającą regularnością, gdy zwierzę biega w określonej przestrzeni w sposób przypadkowy, szukając pożywienia. Aktywność komórek pojawia się wówczas, gdy w zewnętrznej przestrzeni zwierzę znajduje się w punktach układających się w kształt planszy do gry w chińskie warcaby, w tzw. układzie heksagonalnym. Na płaszczyznę zewnętrznego środowiska zostaje w ten sposób nałożona siatka z sześciokątów foremnych, a komórki sieci są aktywne wówczas, gdy zwierzę znajduje się w wierzchołku takiego sześciokąta. Jeżeli w tych sześciokątach wyodrębnimy trójkąty równoboczne, stanie się bardziej zrozumiała interpretacja istoty takiej sieci: kolejne grupy komórek sieci stają się aktywne, gdy swobodnie biegające zwierzę zmienia swój kierunek o 60 stopni. Komórki sieci badano również w innych warunkach eksperymentalnych: gdy małpy oglądały obrazki zmieniającej się przestrzeni lub u ludzi poddanych działaniu rzeczywistości wirtualnej. U ludzi zaobserwowano dodatkowo (badania przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego) zmiany aktywności kory przedczołowej zsynchronizowane ze zmianami aktywności komórek sieci

w odpowiedzi na zmiany wirtualnego świata zewnętrznego.

W 2008 roku opisano komórki graniczne, aktywne wówczas, gdy swobodnie poruszające się zwierzę napotyka na przeszkodę [Solstad i wsp.]. W mózgu znajduje się wiele niezależnych modułów przeznaczonych do samolokalizacji.

Każdy moduł zawiera indywidualny system mapowania środowiska (GPS-podobny), o cechach różniących go od innych modułów. Mózg wykorzystuje ich niezależność, tworząc coraz to nowe kombinacje, niezmiennie ważne do tworzenia pamięci. Komórki sieci z każdego modułu wysyłają sygnały do komórek miejsca w hipokampie. Wypadkową jest aktywacja pól hipokampa. Gdy zmienia się środowisko – różne moduły komórek sieci reagują w różny sposób, wydając w różnych punktach lokalizacji zwierzęcia, a liniowo zsumowane ich aktywności pobudzają różne komórki miejsca w hipokampie. Dodatkowo hipokamp analizuje inne wymiary, takie jak czas, motywacja i strategia ruchu, nakładając je na zapamiętany obraz świata zewnętrznego. Wciąż jednak nie znamy odpowiedzi na pytanie postawione na wstępie: czy Kant miał rację?

Znowu musimy odwołać się do wyników badań zwierząt. I tak badania szczurzych niemowląt, które pojawiają się w gnieździe, a później je po raz pierwszy opuszczają, wykazały, że: komórki kierunku głowy są aktywne zaraz po uro-

dzeniu, komórki miejsca wykazują niewielką aktywność, która zwiększa się wraz z nabywaniem doświadczenia przestrzeni, a komórki sieci są nieaktywne przez kilka pierwszych dni poznawania obcego otoczenia.

Zatem, komórki kierunku głowy są pierwotną reprezentacją orientacji przestrzennej, stanowiąc podstawę do rozwoju jej dalszych elementów. Szczurze noworodki przychodzą na świat z pewną podstawową wiedzą przestrzenną i przez pierwsze dwa tygodnie życia tworzą na niej swój własny obraz i pamięć poznawanego świata zewnętrznego, który ulega ciągłej modyfikacji pod wpływem nabywania doświadczenia. Badania skróto przedstawię w tym tekście mają ogromne znaczenie dla zrozumienia istoty mózgu. Postępowały drogą od fundamentalnych filozoficznych pytań do naukowych faktów: komórki miejsca, kierunku głowy, sieci i graniczne zlokalizowane w formacji hipokampa stworzyły komórkowy substrat przestrzennego postrzegania, uczenia się i zapamiętywania [Shapiro 2015]. Wewnętrzny GPS stanowi kognitywną komórkową podstawę wyższych abstrakcyjnych funkcji poznawczych. Uhonorowanie tych badań znacząco wsparło neuroetologię, psychologię porównawczą, ontologię i umocniło wiedzę o istnieniu i znaczeniu procesów poznawczych w świecie zwierząt.

prof. dr hab. Małgorzata Tufil-Klawe jest kierownikiem Katedry Fizjologii

XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów

W dniach 25-27 września 2016 r. w Bydgoszczy odbył się XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów organizowany przez Pracowników Katedry i Zakładu Mikrobiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu oraz Pracowników Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dra Antoniego Jurasza.

Dla mikrobiologów województwa kujawsko-pomorskiego było wielkim zaszczytem gościć uczestników tego Zjazdu w Bydgoszczy, a od czasu utworzenia w 2001 roku PTM Oddział w Bydgoszczy, jako 13-ty wśród 14-stu aktualnie istniejących, Zespół kierowany przez Panią prof. dr hab. Eugenię Gospodarek-Komkowską, prawie w niezmiennym składzie, był organizatorem Zjazdu po raz drugi, co jest niezwykle, w niemal 90. letniej historii Towarzystwa, jak również

dotychczas - przewodniczenie Komitetowi Organizacyjnemu i Naukowemu.

XXVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów Patronatem Honorowym, objęli:

wym, objęli:

1. Mikołaj Bogdanowicz - Wojewoda Kujawsko-Pomorski,
2. Piotr Calbecki - Marszałek Województwa





- wództwa Kujawsko-Pomorskiego,
3. Rafał Bruski - Prezydent Miasta Bydgoszczy,
 4. Prof. dr hab. Andrzej Tretyn - JM Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu,
 5. Prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska - Prorektor ds. Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

W programie Zjazdu zostały uwzględnione najbardziej aktualne problemy dotyczące mikrobiologii ogólnej, medycznej (wirusologii, bakteriologii, mikologii, parazytologii). Nie pominięto i wiele uwagi poświęcono mikrobiologii weterynaryjnej, środowiskowej i przemysłowej. Zwrócono uwagę na znaczenie drobnoustrojów w zakażeniach, i w tak ważnych dziś chorobach zakaźnych, strategię postępowania przeciwdrobnoustrojowego, postęp w mikrobiologii polskiej oraz na

sylwetki polskich mikrobiologów zmarłych w latach 2012-2016. Po raz pierwszy wprowadzono do programu wystąpienia laureatów nagrody im. prof. Edmunda Mikulaszka. Wybitni specjaliści – mikrobiolodzy - uświetnili to spotkanie.

Program Zjazdu był bardzo bogaty. Komitet Naukowy zaakceptował 542 tytuły prac będących odzwierciedleniem wyników najnowszych badań autorów z Polski, a także z Białorusi, Chin, Danii, Holandii, Irlandii, Rosji, Słowacji i USA.

Ogółem uwzględniono 40 sesji, w tym 26 referatowych, 4 satelitarne i 10 plakatowych. Obradom przewodniczyły uznanne Autorytety z dziedziny mikrobiologii. Powołano 11 Komisji ds. Nagród. Przyznano 51 nagród i wyróżnień. Ogółem zgłosiło udział prawie 650 uczestników.

Z pewnością zaproszeni goście oraz poruszana na Zjeździe tematyka, przyczynią się do poszerzenia wiedzy uczestników Konferencji z zakresu mikrobiologii, na

którą powinniśmy spojrzeć, uwzględniając jej złożoność i wieloobszarowość.

Z całą pewnością obrady były bardzo owocne, było wiele ciekawych rozmów i odkrywczych spostrzeżeń, które zaowocują dalszymi, wnikliwymi badaniami. Podczas XXVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów – Święta Mikrobiologów była też radość ze spotkania.

Podczas uroczystej inauguracji XXVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów zostały wręczone odznaczenia dla prof. dr hab. Eugenii Gospodarek-Komkowska, kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera UMK została wyróżniona po raz drugi przez Ministra Zdrowia odznaką honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia” oraz decyzją Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny”. Z kolei dr Alicja Sękowska, adiunkt Katedry i Zakładu Mikrobiologii, została wyróżniona odznaczeniem „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny”. Odznaczenia te są przyznawane diagnostom laboratoryjnym, którzy mogą wykazać się co najmniej dziesięcioletnim stażem pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego i równocześnie są osobami zasłużonymi dla samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych, dla postępu w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, ochrony zdrowia, profilaktyki, promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej, kształcenia lub podnoszenia kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia, a także z tytułu wybitnych osiągnięć zawodowych, naukowych lub dydaktycznych.

www.cm.umk.pl

Interdyscyplinarne Oblicza Dermatologii



W dniach 13-15 października 2016 r. w Operze Nova w Bydgoszczy, odbyła się Konferencja Naukowa, nad którą honorowy patronat objęli Prezydent miasta Bydgoszczy Rafał Bruski oraz J.M. Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Prof. dr hab. Andrzej Tretyn.

Konferencja została zorganizowana w związku z 15. rocznicą działalności Katedry Kosmetologii i Dermatologii Estetycznej Collegium Medicum UMK - kie-

Uroczysta inauguracja Konferencji - od lewej: Prezydent m. Bydgoszczy - Rafał Bruski, Dr hab. Rafał Czajkowski, prof. UMK, Prof. Maria Siemionow, Dr hab. Barbara Zegarska, prof. UMK

rowanej przez dr hab. Barbarę Zegarską, prof. UMK oraz uroczystym otwarciem w nowoczesnym budynku Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Collegium Medicum UMK – kierowanej przez dr hab. Rafała Czajkowskiego, prof. UMK. Zarówno Profesor Zegarska jak i Profesor Czajkowski stanęli na czele Komitetu Naukowego i Organizacyjnego w skład, którego weszli kierownicy wszystkich ośrodków akademickich specjalizujących się w dziedzinie dermatologii i wenerologii w kraju. Konferencja skupiła łącznie około 600 uczestników i zaproszonych gości, w większości specjalistów dermatologów z całej Polski, ale także rezydentów i lekarzy innych specjalności jak np. chirurgia plastyczna.

W uroczystości otwarcia wzięli udział m.in. Wicewojewoda Kujawsko-Pomorski – Józef Remlau, Prezydent miasta Bydgoszczy – Rafał Bruski, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego – Prof. dr hab. Stefan Kruszewski, Przedstawiciel Wydziału Lekarskiego - Prodziekan ds. naukowo-badawczych – dr hab. Marek Koziński, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu – Prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, a także Prezes Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego – Prof. Lidia Rudnicka, Konsultant Krajowy w dziedzinie Dermatologii i Wenerologii – Prof. Joanna Maj oraz Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – dr Jacek Kryś i Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy – dr Wanda Korzycka-Wilińska.

Uroczysty wykład inauguracyjny zatytułowany „Terapie komórkowe w transplantacji twarzy” wygłosiła Pani Profesor Maria Siemionow – sława światowej medycyny, która jako pierwsza w USA wraz z zespołem przeprowadziła w 2008 roku udany przeszczep twarzy. Profesor Maria Siemionow należy także do grona nielicznych lekarzy odznaczonych Krzyżem Komandorskim Orderu Zasługi Rzeczypospolitej Polskiej. Obecność tak ważnego i honorowego gościa była szczególnie istotna dla ogólnopolskiej społeczności akademickiej ze względu na duże zasługi Pani Profesor w zakresie kształcenia młodej kadry kliniczno-naukowej na świecie oraz prowadzenie nowatorskich projektów badawczych z pogranicza chirurgii plastycznej i dermatologii estetycznej.

Istotnym punktem konferencji była także organizacja warsztatów tematycznych, podczas których szczególnie mło-



Sesja Dermatologii Estetycznej, od lewej: Dr Barbara Walkiewicz-Cyrańska, Dr Ewa Kaniowska, Dr hab. Barbara Zegarska, prof. UMK, Dr Marcin Ambroziak

dzi klinicyści mogli poszerzyć swoją wiedzę oraz umiejętności praktyczne m.in. w takich dziedzinach jak dermatoskopia, trichoskopia czy profesjonalne techniki modelowania twarzy. Do najbardziej popularnych i obleganych sesji należały

panele tematyczne poświęcone dermatoonkologii, leczeniu trądziku, oraz dermatologii estetycznej.

www.cm.umk.pl

fot. Tomasz Marciniak



Organizatorzy i Przewodniczący Konferencji – Dr hab. Barbara Zegarska, prof. UMK; Dr hab. Rafał Czajkowski, prof. UMK

Konferencja EUPATI w Collegium Medicum w Bydgoszczy

22 listopada 2016 r. w budynku Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy odbyła się Konferencja EUPATI Polska. W wydarzeniu tym wzięli udział specjaliści, którzy zaprezentowali niezwykle ciekawe wykłady dotyczące badań klinicznych oraz wzięli udział w panelu dyskusyjnym wymieniając doświadczenia dotyczące prac badawczo-rozwojowych nad nowymi lekami.

Konferencję rozpoczął Prezes Federacji Pacjentów Polskich (FPP), przewodniczący Komitetu Koordynacyjnego EUPATI - Stanisław Maćkowiak, który powitał uczestników, a następnie przedstawił zarys projektu EUPATI, aktualną sytuację prawną dotyczącą komisji bioetycznych oraz rozporządzenia UE. Następnie dyrektor wykonawczy FPP - Witold Michałek przybliżył uczestnikom misję i cele europejskiego projektu EUPATI. Niezwykle przydatne narzędzie, będące okrętem flagowym europejskiego projektu EUPATI zaprezentowała mgr Marzena Nelken, manager ds. projektów unijnych. Dr n. med. Tadeusz Dereziński



- wiceprzewodniczący Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, jako doskonały praktyk z ogromnym doświadczeniem, przybliżył w swoim niezwykle zajmującym wystąpieniu poszczególne fazy badania klinicznego. Następnie lek. Aneta Sitarska-Haber ze Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych GCP PL opowiedziała o roli pacjenta w badaniach klinicznych.

Bardzo ciekawą prelekcję wygłosiła dr n. med. Aldona Katarzyna Jankowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, z Katedry Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK, która mówiła o roli komunikacji z pacjentem w badaniach klinicznych. Na zakończenie dr n. med. Krzysztof Emanuel, dyrektor ds. relacji z ośrodkami partnerskimi w PAREXEL Polska Sp. z o.o. przedstawił tendencje i trendy w badaniach klinicznych w 2016 roku.

W skład panelu dyskusyjnego weszli specjaliści, którzy swoimi cennymi uwagami bardzo wzbogacili wartość merytoryczną spotkania, a byli to:

- prof. dr hab. n. med. Grzegorz Grzešek - kierownik Katedry Farmakologii i Terapii, CM UMK
- dr hab. n. farm. Michał Marszał, prof. UMK - kierownik Katedry i Zakładu Chemii Leków, CM UMK
- dr n. med. Tadeusz Dereziński - wiceprzewodniczący Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej
- dr n. med. Marek Jurgowiak z Katedry Biochemii Klinicznej, CM UMK.

Spotkanie poprowadzili członkowie Komisji Koordynacyjnej polskiej platformy europejskiego projektu EUPATI - dr n. med. Joanna Siódmiak (Katera i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, CM UMK) oraz dr n. farm. Tomasz Siódmiak (Katedra i Zakład Chemii Leków, CM UMK).

Raz jeszcze dziękujemy wszystkim prelegentom i ekspertom za niezwykle interesujące prezentacje oraz dyskusję, a wszystkim zaproszonym gościom za tak liczne przybycie.

www.cm.umk.pl

fot. Anita Krysztofiak



Copernicon dla każdego

Monika Kubiak

Od lat jestem miłośniczką fantastyki i fantasy w każdej możliwej wersji - od literatury, gier komputerowych, filmów i seriali po wydarzenia z pogranicza happeningu. Mówiąc językiem uproszczonym, jestem geekiem, na dobre i na złe związanym z popkulturą we wszystkich jej przejawach, z podkreśleniem rzeczy niesamowitych.

Nic dziwnego, że co jakiś czas niewiedzę mniejsze i większe konwenty fantastyki organizowane po całej Polsce dla ludzi mi podobnych, bądź lubiących zabawę z szeroko pojętą popkulturą. Dlatego też przedostatni weekend września (16-18) nie mógł obyć się bez Coperniconu - konwentu miłośników gier, fantastyki, literatury i nauki (ponad 2 tysiące uczestników), który od kilku lat na trzy dni opanowuje toruńską Starówkę, rozgrywając się w użyczonych budynkach Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (panele), Centrum Sztuki Współczesnej (wystawcy), czy Miejskiego Domu Kultury (manga i anime).

Tym razem gościłam na Coperniconie jedynie w sobotę, wobec czego starałam się zajrzeć jedynie do najżywiej przemawiających do mnie punktów programu. A przecież niemal każdy mógłby wybrać coś dla siebie – oprócz moich ulubionych bloków: literackiego, popkultury i Cosplayu, toczyły się rozgrywki LARP-u (gier przygodowych na żywo), gier karcianych, gier planszowych, gier elektronicznych, gier role-playing, prelekcje popularno-naukowe, azjatyckie (manga i anime), animacji zachodnich, a dla pra-

gnących odpoczynku - Videoroom (gry na konsole) i czytelnia RPG.

Dla mnie niezwykłym było spotkanie z Anetą Jadowską, torunianką i eks-bibliotekarką, a teraz pełnoetatową pisarką nurtu tzw. urban fantasy (magia i istoty magiczne umiejscowione we współczesnym, miejskim anturazju), twórczynią cyklu o policjancie i wiedźmie Dorze Wilk, dziejącym się w magicznym odpowiedniku Torunia, czyli Thornie. Autorka okazała się niezwykle rożgadana i przemiła w obyciu, z entuzjazmem opowiadając o swojej najnowszej powieści - „Dziewczyna z Dzielnicy Cudów”, rozgrywającej się w alternatywnej Warszawie. Spotkanie ubarwił konkurs kreatywnego tworzenia portretów i „wiedźmówka” o uniwersum Thornu.

Z jednego spotkania autorskiego przełknęłam na kolejne, tym razem „Ostatnia Rzeczpospolita - jak z historii i popkultury zbudować futurologiczny świat SF (czyli o metodzie tworzenia uniwersów)” z Tomaszem Kołodziejczakiem, który ze swadą opowiadał, jak zgrabnie stworzyć nowe fantastyczne światy, a przy tym trzymać się zasad logiki, aby nie popaść ani w przesadę ani w brak spójności.

Niezwykle interesująca była prelekcja Anety Jadowskiej o truciznach i trucicielkach, od dawnych czasów (aqua Tofana z renesansowych Włoch), przez epidemię „rozwodów” arsenikowych w XIX wieku – był to jedyny sposób na pozbycie się „niewygodnego” męża, do przypadków seryjnych morderczyń w XX wieku. Autorka nie zapomniała także o zatruciach przypadkowych na skutek dodawania arseniku do

aptekarskich toników, mazideł na wybiele nie skóry, a nawet z powodu... mebli i zasłon (ulubiony w XIX wieku barwnik zieleni parryskiej był uzyskiwany z arseniku).

Konwenty fantastyki to także zbieranie autografów (choćby Andrzeja Pilipiuka, twórcy postaci Jakuba Wędrowycza i nie tylko), spotkania z blogerami (np. Paweł Opydo i jego „Złe książki”), warsztaty twórcze („Jak snuć słowiańską opowieść” Witolda Vargasa), ale przede wszystkim panele poświęcone literaturze („Kurtyzany oraz metresy w historii i literaturze”, „Współczesny horror w Polsce” czy „Penny Dreadful - czyli przegląd literatury gotyckiej w Wielkiej Brytanii w XIX w.”), historii („Historyczne ale tylko troszkę?” – spotkanie z pisarzami Mają Lidią Kosakowską oraz Jackiem Komudą prowadzone przez Katarzynę „Zwierza popkulturalnego” Czajkę), serialom („Chyba to już widziałem - czy wszystkie serie są takie same?”), komiksom („Shipping w światach Marvela: od kanonu do fanonu” i „Wygląd bohaterów sagi Sapkowskiego - nasze wyobrażenia”), grom komputerowym („Wiedźmińskie style walki w przełożeniu na realne życie”), a także filmom („Mad Max - postapokaliptyczne uniwersum George’a Millera”).

Konwentom fantastyki zwykle towarzyszą ogólnodostępne wydarzenia artystyczne, w przypadku Coperniconu - sobotnia wielka parada Cosplaya (ludzi poprzebieranych w stroje z książek, gier i filmów), która wzbudziła sensację, przemaszerowując przez ulice Starówki, czy niedzielny „Koncert na harfę, głos



i muzykę rodem ze światów rzeczywistych i wyobrażonych” harfiarki Barbary „Maskotki” Karlik. Niezwykle kuszące bywają również odwiedziny na stoiskach wystawców pełnych książek, gier, kart, planszówek, biżuterii fandomowej i rozmaitych gadżetów od zakładki przez koszulki, figurki, steampunkowe gorsety po poduszki i pościel. Zwykle podobne wizyty na stoiskach źle kończą się dla portfela, więc

i tym razem zostałam szczęśliwym posiadaczem kolczyków w kształcie książek (bardzo odpowiednich dla bibliotekarki).

Jako że człowiek musi nakarmić nie tylko ducha, ale i ciało, znakomitym rozwiązaniem były zniżki dla uczestników Coperniconu w knajpkach i jadalniach rozsianych po całej Starówce, z których skwapliwie korzystano (polecam restaurację indyjską pachnącą curry i kardamonem).

Nawet jeśli nie do końca przepadać za fantastyką i nie jesteście pop kulturalnymi geekami jak ja, warto zajrzeć na Copernicon, czy inny konwent fantastyczno-naukowy, choćby z dziećmi, które będą się znakomicie bawiły, a kto wie, może przy okazji i was wciągną światy „nie z tego świata”.

mgr Monika Kubiak jest pracownikiem Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim wskaźniku Impact Factor (powyżej 3.000 punktów). W tym numerze informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od początku lipca do połowy grudnia 2016 roku.

IF: 15.432

Marta Pokrywczyńska

A.M.J. Shapiro, Marta Pokrywczyńska, C. Ricordi: Clinical pancreatic islet transplantation.

Nat. Rev. Endocrinol. 2016

MNiSW: 50.000

IF: 6.320

Kornelia Karwowska,

Waldemar Halota

R. Flisiak, E. Janczewska, M. Wawrzynowicz-Syczewska, J. Jaroszewicz, D. Zarębska-Michaluk, K. Nazzal, B. Bolewska, J. Białkowska, H. Berak, K. Fleischer-Stępniewska, K. Tomasiewicz, K[ornelia] Karwowska, K. Rostkowska, A. Piekarska, O. Tronina, G. Madej, A. Garlicki, M. Łucejko, A. Pisula, E. Karpińska, W. Kryczka, A. Wiercińska-Drapało, I. Mozer-Lisewska, M. Jabłkowski, A. Horban, B. Knysz, M. Tudrujek, W[aldemar] Halota, K. Simon: Real-world effectiveness and safety of ombitasvir/paritaprevir/ritonavir +/- dasabuvir +/- ribavirin in hepatitis C : AMBER study.

Aliment. Pharmacol. Ther. 2016 : Vol. 44, nr 9, s. 946-956.

MNiSW: 45.000

IF: 5.812

Hanna Janiszewska,

Aneta Bąk,

Olga Haus

Hanna Janiszewska, Aneta Bąk, M. Hartwig, M. Kuliszewicz-Janus, M.

Całbecka, B. Jaźwiec, K. Kuliczkowski, Olga Haus: The germline mutations of the CHEK2 gene are associated with an increased risk of polycythaemia vera.

Br. J. Haematol. 2016 : Vol. 173, nr 1, s. 150-152.

MNiSW: 40.000

IF: 5.784

Daniel Gackowski,

Rafał Różalski,

Agnieszka Siomek-Górecka,

Ryszard Oliński

M.D. Evans, V. Mistry, R. Singh, Daniel Gackowski, Rafał Różalski, Agnieszka Siomek-Górecka, D.H. Phillips, J. Zuo, L. Mullenders, A. Pines, Y. Nakabeppu, K. Sakumi, M. Sekiguchi, T. Tsuzuki, M. Bignami, Ryszard Oliński, M.S. Cooke.: Nucleotide excision repair of oxidised genomic DNA is not a source of urinary 8-oxo-7,8-dihydro-2'-deoxyguanosine.

Free Radic. Biol. Med. 2016 : Vol. 99, s. 385-391.

MNiSW: 40.000

IF: 5.784

Martyna Modrzejewska,

Maciej Gawroński,

Ewelina Zarakowska,

Marta Starczak,

Marek Foksiński,

Daniel Gackowski,

Ryszard Oliński

Martyna Modrzejewska, Maciej Gawroński, M. Skonieczka, Ewelina Zarakowska, Marta Starczak, Marek Foksiński, J. Rzeszowska-Wolny, Daniel Gackowski, Ryszard Oliński: Vitamin C enhances substantially formation of 5-hydroxymethyluracil in cellular DNA.

Free Radic. Biol. Med. 2016 : Vol. 101, s. 378-383.

MNiSW: 40.000

IF: 5.261

Ryszard Oliński,

Marta Starczak,

Daniel Gackowski

Ryszard Oliński, Marta Starczak, Daniel Gackowski: Enigmatic 5-hydroxymethyluracil: Oxidatively modified base, epigenetic mark or both?

Mutat. Res. - Rev. Mutat. Res. 2016 : Vol. 767, s. 59-66.

MNiSW: 40.000

IF: 5.255

Marek Koziński,

Małgorzata Ostrowska,

Piotr Adamski, Joanna Sikora,

Adam Sikora,

Aleksandra Karczmarska-Wódzka,

Michał Piotr Marszałł,

Joanna Boinska,

Ewa Laskowska,

Ewa Obońska,

Tomasz Fabiszak,

Jacek Kubica

Marek Koziński, Małgorzata Ostrowska, Piotr Adamski, Joanna Sikora, Adam Sikora, Aleksandra Karczmarska-Wódzka, Michał Piotr Marszałł, Joanna Boinska, Ewa Laskowska, Ewa Obońska, Tomasz Fabiszak, Jacek Kubica: Which platelet function test best reflects the in vivo plasma concentrations of ticagrelor and its active metabolite? : The HARMONIC study.

Thromb. Haemost. 2016 : Vol. 116, nr 6
MNiSW: 40.000

IF: 5.008

Anna A. Brożyna,

Wojciech Józwicki,

Cezary Skobowiat

Anna A. Brożyna, Wojciech Józwicki, Cezary Skobowiat, A. Jetten, A.T. Słomski: ROR β and ROR γ expression inversely correlates with human melanoma progression.

Oncotarget 2016 : Vol. 7, nr 39, s. 63261-63282.

MNiSW: 40.000

IF: 4.889

Bogdan Małkowski

C. Agostinelli, A. Gallamini, L. Stracqualursi, P. Agati, C. Tripodo, F. Fuligni, M.T. Sista, S. Fanti, A. Biggi, U. Vitolo, L. Rigacci, F. Merli, C. Patti, A. Romano, A. Levis, L. Trentin, C. Stelitano, A. Borra, P.P. Piccaluga, S. Hamilton-Dutoit, P. Kamper, J.M. Zaucha, Bogdan Małkowski, W. Kulikowski, J. Tajer, E. Subocz, J. Rybka, C. Steidl, A. Broccoli, L. Argnani, R.D. Gascoyne, F. d'Amore, P.L. Zinzani, S.A. Pileri; The combined role of biomarkers and interim PET scan in prediction of treatment outcome in classical Hodgkin's lymphoma : a retrospective, European, multicentre cohort study.

Lancet Haematol. 2016 : Vol. 3, nr 10, s. e467-e479.

MNiSW: 15.000

IF: 4.817

Bogdan Małkowski,

Roman Makarewicz

M. Harat, Bogdan Małkowski, Roman Makarewicz: Pre-irradiation tumour volumes defined by MRI and dual time-point FET-PET for the prediction of glioblastoma multiforme recurrence: a prospective study.

Radiother. Oncol. 2016 : Vol. 120, nr 2, s. 241-247.

MNiSW: 40.000

IF: 4.724

Renata Kołodziejska,

Renata Studzińska

Renata Kołodziejska, Renata Studzińska: Reverse stereoselectivity in the lipase-catalysed hydrolysis of diacetylated pyrimidine acyclonucleosides.

ChemCatChem 2016

MNiSW: 35.000

IF: 4.638

Piotr Merks

D. Świeczkowski, M. Mogielnicki, Piotr Merks, M. Gruchała, M. Jaguszewski: Pharmaceutical services as a tool to improve outcomes in patients with cardiovascular diseases.

Int. J. Cardiol. 2016 : Vol. 222, s. 238-241.

MNiSW: 35.000

IF: 4.638

Mariusz Kowalewski,

Wojciech Pawliszak,

Lech Anisimowicz

Mariusz Kowalewski, P. Suwalski, Wojciech Pawliszak, F. Benetti, G.M. Raffa, P.G. Malvindi, T. Carrel, D. Paparella, Lech Anisimowicz: Risk of stroke with „no-touch” - As compared to conventional off-pump coronary artery bypass grafting. An updated meta-analysis of observational studies.

Int. J. Cardiol. 2016 : Vol. 222, s. 769-771.

MNiSW: 35.000

IF: 4.638

Mariusz Kowalewski,

Artur Słomka,

Krzysztof Aleksander Szwed,

Alina Borkowska,

Janusz Kowalewski,

Wojciech Pawliszak,

Anna Aniukiewicz

Mariusz Kowalewski, P. Suwalski, G.M. Raffa, Artur Słomka, M.E. Kowalkowska, Krzysztof Aleksander Szwed, Alina Borkowska, Janusz Kowalewski, P.G. Malvindi, A. Undas, J. Windyga, Wojciech Pawliszak, Anna Aniukiewicz, T. Carrel, D. Paparella, G.Y.H. Lip: Meta-analysis of uninterrupted as compared to interrupted oral anticoagulation with or without bridging in patients undergoing coronary angiography with or without percutaneous coronary intervention.

Int. J. Cardiol. 2016 : Vol. 215, s.186-194.

MNiSW: 35.000

IF: 4.492

Rafał Kuźniewski

D. Załuski, Rafał Kuźniewski.

In vitro anti-AChE, anti-BuChE, and antioxidant activity of 12 extracts of Eleutherococcus species: Oxidat. Med. Cell. Long. 2016 : Vol. 2016, s. 1-7.

MNiSW: 25.000

IF: 4.492

Daniel Załuski,

Rafał Kuźniewski

Daniel Załuski, M. Olech, A. Galanty, R. Verpoorte, Rafał Kuźniewski, R. Nowak, A. Bogucka-Kocka: Phytochemical content and pharma-nutrition study on Eleutherococcus senticosus fruits intractum.

Oxidat. Med. Cell. Long. 2016 : Vol.

2016, s. 1-10.

MNiSW: 25.000

IF: 3.879

Monika Wiłkość,

Anita Markowska,

Aleksander Araszkiewicz

Monika Wiłkość, Anita Markowska, L. Zająć-Lamparska, M. Skibińska, A. Szałkowska, Aleksander Araszkiewicz: A lack of correlation between brain-derived neurotrophic factor serum level and verbal memory performance in healthy Polish population.

Front. Neural Circuits 2016 : Vol. 10, art. 39, s. 1-9.

MNiSW: 30.000

IF: 3.609

Maciej Nowacki,

Katarzyna Pietkun, B

arbara Zegarska,

Tomasz Kloskowski,

ojciech Zegarski,

Tomasz Drewa

S. L. Habib, N.Y. Al-Obaidi, Maciej Nowacki, Katarzyna Pietkun, Barbara Zegarska, Tomasz Kloskowski, Wojciech Zegarski, Tomasz Drewa, E.A. Medina, Z. Zhao, S. Liang: Is mTOR inhibitor good enough for treatment all tumors in TSC patients?

J. Cancer 2016 : Vol. 7, nr 12, s. 1621-1631.

MNiSW: 25.000

IF: 3.585

Rafał Różalski,

Daniel Gackowski,

Agnieszka Siomek-Górecka,

Zbigniew Banaszekiewicz,

Ryszard Oliński

Rafał Różalski, Daniel Gackowski, Agnieszka Siomek-Górecka, Zbigniew Banaszekiewicz, Ryszard Oliński: Urinary measurement of epigenetic DNA modifications : a non-invasive assessment of the whole-body epigenetic status in healthy subjects and colorectal cancer patients.

ChemistryOpen 2016

MNiSW: 30.000

IF: 3.570

Monika Wiłkość

J. Pawlak, M. Dmitrzak-Węglarz, Monika Wiłkość, A. Szczepankiewicz, A. Leszczyńska-Rodziewicz, D. Zaremba, P. Kapelski, A. Rajewska-Rager, J. Hauser:

Suicide behavior as a quantitative trait and its genetic background.

J. Affect. Disord. 2016 : Vol. 206, s. 241-250.

MNiSW: 35.000

IF: 3.543

Piotr Adamski,
Małgorzata Ostrowska,
Marek Koziński,
Jacek Kubica

Piotr Adamski, U. Adamska, Małgorzata Ostrowska, Marek Koziński, Jacek Kubica: New directions for pharmacotherapy in the treatment of acute coronary syndrome.

Expert Opin. Pharmacother. 2016 : Vol. 17, nr 17, s. 2291-2306.

MNiSW: 30.000

IF: 3.494

Bogdan Małkowski

L. Ceriani, S. Barrington, A. Biggi, Bogdan Małkowski, U. Metser, A. Versari, M. Martelli, A. Davies, P.W. Johnson, E. Zucca, S. Chauvie: Training improves the interobserver agreement of the expert positron emission tomography review panel in primary mediastinal B-cell lymphoma : interim analysis in the ongoing International Extranodal Lymphoma Study Group-37 study.

Hematol. Oncol. 2016

MNiSW: 25.000

IF: 3.446

Anna Bajek

J. Czarnecka, D. Porosińska, Anna Bajek, M. Hołysz, K. Roszek: Neurogenic differentiation of mesenchymal stem cells induces alterations in extracellular nucleotides metabolism.

J. Cell. Biochem. 2016

MNiSW: 30.000

IF: 3.446

Anna Bajek,
Małgorzata Maj,
Łukasz Kaźmierski,
Magdalena Bodnar,
Andrzej Marszałek,
Robert Dębski,
Tomasz Drewa

Anna Bajek, N. Gurtowska, J. Olkowska, Małgorzata Maj, Łukasz Kaźmierski, Magdalena Bodnar, Andrzej Marszałek, Robert Dębski, Tomasz Drewa: Does the harvesting technique affect the proper-

ties of Adipose-derived Stem Cells? - The comparative biological characterization.

J. Cell. Biochem. 2016

MNiSW: 30.000

IF: 3.446

Małgorzata Maj,
Anna Bajek,
Tomasz Kloskowski,
Lidia Gackowska,
Tomasz Drewa

Małgorzata Maj, Anna Bajek, E. Nalejska, D. Porosińska, Tomasz Kloskowski, Lidia Gackowska, Tomasz Drewa: Influence of mesenchymal stem cells conditioned media on proliferation of urinary tract cancer cell lines and their sensitivity to ciprofloxacin.

J. Cell. Biochem. 2016

MNiSW: 30.000

IF: 3.428

Krzysztof Z. Łączkowski,
Konrad Misiura

Krzysztof Z. Łączkowski, K. Salat, Konrad Misiura, A. Podkowa, N. Malikowska: Synthesis and anticonvulsant activities of novel 2-(cyclopentylmethylene)hydrazinyl-1,3-thiazoles in mouse models of seizures.

J. Enzyme Inhib. Med. Chem. 2016 : Vol. 31, nr 6, s. 1576-1582.

MNiSW: 20.000

IF: 3.361

Celestyna Mila-Kierzenkowska,
Alina Woźniak

H. Kletkiewicz, A. Nowakowska, A. Siejka, Celestyna Mila-Kierzenkowska, Alina Woźniak, M. Caputa, J. Rogalska: Deferoxamine prevents cerebral glutathione and vitamin E depletions in asphyxiated neonatal rats: : role of body temperature.

Int. J. Hyperthermia 2016 : Vol. 32, nr 2, s. 211-220.

MNiSW: 25.000

IF: 3.277

Marta Sobiesiak

M[arta] Sobiesiak, M. Cieślak, K. Królewska, J. Kaźmierczak-Barańska, B. Pasternak, E. Budzisz: Thiosemicarbazone-derived copper(II), cobalt(II) and nickel(II) complexes as potential anticancer agents : nuclease activity, cytotoxicity and apoptosis studies.

New J. Chem. 2016 : Vol. 40, nr 11, s. 9761-9767.

MNiSW: 30.000

IF: 3.257

Paweł Sadłecki,
Grażyna Odrowąż-Sypniewska,
Paweł Walentowicz,
Joanna Siódmiak,
Marek Grabiec,
Małgorzata Walentowicz-Sadłecka

P. Domaracki, Paweł Sadłecki, Grażyna Odrowąż-Sypniewska, E. Dzikowska, Paweł Walentowicz, Joanna Siódmiak, Marek Grabiec, Małgorzata Walentowicz-Sadłecka: Serum 25(OH) vitamin D levels in Polish women during pregnancies complicated by hypertensive disorders and gestational diabetes.

Int. J. Mol. Sci. 2016 : Vol. 17, nr 10, s. 1574, 1-12.

MNiSW: 30.000

IF: 3.257

Krzysztof Roszkowski,
Marzena A. Lewandowska

Krzysztof Roszkowski, J. Furtak, B. Żurawski, T. Szyłberg, Marzena A. Lewandowska: Potential role of methylation marker in glioma supporting clinical decisions.

Int. J. Mol. Sci. 2016 : Vol. 17, nr 11, s. 1876, [1-7].

MNiSW: 30.000

IF: 3.257

Beata Szeffler

Beata Szeffler, M.V. Diudea, M.V. Putz, I.P. Grudzinski: Molecular dynamic studies of the complex polyethylenimine and glucose oxidase.

Int. J. Mol. Sci. 2016 : Vol. 17, nr 11, s. 1796, 1-13.

MNiSW: 30.000

IF: 3.246

Jan Styczyński

J. Laskowska, J. Lewandowska-Bieniek, J. Szczepanek, Jan Styczyński, A. Tretyn: Genomic and transcriptomic profiles and in vitro resistance to mitoxantrone and idarubicin in pediatric acute leukemias.

J. Gene Med. 2016 : Vol. 18, nr 8, s. 165-179.

MNiSW: 25.000

IF: 3.169

Michał Piotr Marszałł,
Wiktor Dariusz Sroka,
Adam Sikora,

Marta Ziegler-Borowska,
Tomasz Siódmiak

Michał Piotr Marszał, Wiktor Dariusz Sroka, Adam Sikora, D. Chelminiak, Marta Ziegler-Borowska, Tomasz Siódmiak, R. Moaddel: Ligand fishing using new chitosan based functionalized Androgen Receptor magnetic particles.

J. Pharmaceut. Biomed. Anal. 2016 : Vol. 127, s. 129-135.
MNiSW: 35.000

IF: 3.169

Krzysztof Goryński,
Paulina Goryńska,
Agnieszka Górka,
Alina Jaroch,
Karol Jaroch,
Cezary Skobowiat,
Barbara Bojko

Krzysztof Goryński, Paulina Goryńska, Agnieszka Górka, T. Haręźlak, Alina Jaroch, Karol Jaroch, S. Lendor, Cezary Skobowiat, Barbara Bojko: SPME as a promising tool in translational medicine and drug discovery : from bench to bedside.

J. Pharmaceut. Biomed. Anal. 2016 : Vol. 130, s. 55-67.
MNiSW: 35.000

IF: 3.093

Jan Styczyński,
Mariusz Wysocki

Jan Styczyński, K. Czyżewski, Mariusz Wysocki, O. Zajackowska-Spychała, J. Wachowiak, T. Ociepa, T. Urasiński, O. Gryniewicz-Kwiatkowska, A. Kołodziejczyk-Gietka, B. Dembowska-Bagińska, D. Perek, M. Salamonowicz, Ł. Hutnik, M. Matysiak, K. Siewiera, J. Frąckiewicz, K. Kalwak, W. Badowska, Z. Malas, J. Gozdziak, A. Urbanek-Dądela, G. Karolczyk, W. Stolpa, G. Sobol, Z. Gamrot, M. Woszczyk, L. Gil: Micafungin in invasive fungal infections in children with acute leukemia or undergoing stem cell transplantation.

Leukemia Lymphoma 2016 : Vol. 57, nr 10, s. 2456-2459
MNiSW: 25.000

IF: 3.093

Jan Styczyński

M. Braun, A. Pastorczak, W. Fendler, J. Madzio, B. Tomasik, J. Taha, M. Bielska, Ł. Sędek, T. Szczepański, M. Matysiak, K. Derwich, M. Lejman, J. Kowalczyk, B. Kazanowska, W. Badowska, Jan Sty-

czyński, N. Irga-Jaworska, J. Trelińska, B. Zalewska-Szewczyk, F. Pierlejewski, I. Włodarska, W. Młynarski: Biallelic loss of CDKN2A is associated with poor response to treatment in pediatric acute lymphoblastic leukemia.

Leukemia Lymphoma 2016
MNiSW: 25.000

IF: 3.057

Marcin Jaracz,
Alina Borkowska,
Adam Buciński

C. Opalach, J. Romaszko, Marcin Jaracz, R. Kuchta, Alina Borkowska, Adam Buciński: Coping style s and alcohol dependence among homeless people.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 9, e162381, s. [1-14]
MNiSW: 40.000

IF: 3.057

Tomasz Grzybowski

C.S. Pareek, R. Smoczyński, H.N. Kadarmideen, P. Dziuba, P. Błaszczyk, M. Sikora, P. Walendzik, Tomasz Grzybowski, M. Pierchala, J. Horbańczuk, A. Szostak, M. Ogłuszka, L. Zwierzchowski, U. Czarnik, L. Fraser, P. Sobiech, K. Wąsowicz, B. Gelfand, Y. Feng, D. Kumar: Single nucleotide polymorphism discovery in bovine pituitary gland using RNA-seq technology.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 9, s. e0161370, 1-25.
MNiSW: 40.000

IF: 3.057

Paweł Sadlecki,
Marek Grabiec,
Małgorzata Walentowicz-Sadlecka

Paweł Sadlecki, Marek Grabiec, Małgorzata Walentowicz-Sadlecka: Prenatal clinical assessment of NT-proBNP as a diagnostic tool for preeclampsia, gestational hypertension and gestational diabetes mellitus.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 9, s. e0162957, 1-14.
MNiSW: 40.000

IF: 3.057

Małgorzata Pawłowska,
Magdalena Wietlicka-Piszcz,
Waldemar Halota

Małgorzata Pawłowska, K. Domański, B. Smok, P. Rajewski, Magdalena Wietlicka-Piszcz, Waldemar Halota, A.

Tretyn: Continuous up to 4 years entecavir treatment of HBV-infected adolescents - a longitudinal study in real life.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 9, s. e0163691, 1-17.
MNiSW: 40.000

IF: 3.057

Bogdan Małkowski

R. Kluge, L. Chavdarova, M. Hoffmann, C. Kobe, Bogdan Małkowski, F. Montravers, L. Kurch, T. Georgi, M. Dielein, W.H. Wallace, J. Karlen, A. Fernandez-Teijeiro, M. Cepelova, L. Wilson, E. Bergstraesser, O. Sabri, C. Mauz-Korholz, D. Korholz, D. Hasenclever: Inter-reader reliability of early FDG-PET/CT response assessment using the Deauville scale after 2 cycles of intensive chemotherapy (OEPA) in Hodgkin's lymphoma.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 3, s. e0149072, 1-14.
MNiSW: 40.000

IF: 3.057

Grzegorz Kozera

K. Chwojncki, E. Król, Ł. Wierucki, Grzegorz Kozera, P. Sobolewski, W.M. Nyka, T. Zdrojewski: Renal dysfunction in post-stroke patients.

PLoS ONE 2016 : Vol. 11, nr 8, s. e0159775, 1-12.
MNiSW: 40.000

IF: 3.051

Katarzyna Bergmann,
Grażyna Sypniewska

Katarzyna Bergmann, Grażyna Sypniewska: The influence of sample freezing at - 80 °C for 2-12 weeks on glycosylated haemoglobin (HbA1c) concentration assayed by HPLC method on Bio-Rad D-10Ž auto analyzer.

Biochem. Med. 2016 : Vol. 26, nr 3, s. 346-352.
MNiSW: 25.000

IF: 3.035

Przemysław Krawczyk

Przemysław Krawczyk, B. Jędrzejewska, M. Pietrzak, T. Janek: Synthesis, spectroscopic, physicochemical properties and binding site analysis of 4-(1H-phenanthro[9,10-d]-imidazol-2-yl)-benzaldehyde fluorescent probe for imaging in cell biology: experimental and theoretical study.

J. Photochem. Photobiol. B-Biol. 2016

Vol. 164, s. 112-122
MNiSW: 30.000

IF: 3.032

Hanna Lesiewska,
Grażyna Malukiewicz,
Aneta Mańkowska-Cyl,
Grażyna Odrowąż-Sypniewska

Hanna Lesiewska, Grażyna Malukiewicz, Aneta Mańkowska-Cyl, Grażyna Odrowąż-Sypniewska: Lipids and C-reactive protein as vascular risk markers in pseudoexfoliation syndrome.

Acta Ophthalmol. 2016 : Vol. 94, nr 5, s. e380-e381.

MNiSW: 30.000

IF: 3.029

M[arek] Jankowski,
R[afał] Czajkowski

M[arek] Jankowski, L. Nowowiejska, R[afał] Czajkowski: Wood's lamp fluorescence of dihydroxyacetone treated skin.

J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – JEADV 2016 : Vol. 30, nr 11, s. e125-e126.

MNiSW: 35.000

IF: 3.021

Mariusz Kowalewski,
Wojciech Pawliszak,

Janusz Kowalewski,
Lech Anisimowicz

Mariusz Kowalewski, P.G. Malvindi, P. Suwalski, G.M. Raffa, Wojciech Pawliszak, D. Perliński, M.E. Kowalkowska, Janusz Kowalewski, T. Carrel, Lech Anisimowicz: Clinical safety and effectiveness of endoaortic as compared to trans-thoracic clamp for small thoracotomy mitral valve surgery : meta-analysis of observational studies.

Ann. Thorac. Surg. 2016
MSW: 40.000

Medycyna w sztuce

Wystawa „Medycyna w sztuce”.
Muzeum Sztuki Współczesnej
MOCAK, Kraków.

22.04.2016–02.10.2016

Kuratorzy:

Delfina Jałowik

Jürgen Kaumkötter

Monika Kozioł

Maria Anna Potocka

Koordynator:

Agnieszka Sachar

„Medycyna w sztuce” to kolejna wystawa z serii konfrontującej terminy wszechobecne w życiu publicznym ze spojrzeniem artysty. Medycyna dotyczy każdego momentu i każdego aspektu życia człowieka. Udziela pomocy, wyznacza zadania i zmusza do refleksji. Z medycyną przede wszystkim kojarzą się choroba, ból i terapia. Kolejnym tematem jest wyniszczenie ciała i śmierć. Z chorobą nierozzerwalnie wiąże się opieka i współczucie, na tym obszarze pacjent spotyka się z lekarzem. Medycyna to również rozległa nauka, obejmująca

eksperymenty farmakologiczne, biologiczne i psychologiczne oraz borykająca się z wynikającymi z nich problemami etycznymi. W to włącza się psychologia choroby, czyli zależność pomiędzy stanem umysłu a zdrowiem. Kolejnym fascynującym obszarem medycyny jest psychiatria, w której obrębie pojawia się problem „odmienności” psychicznej jako źródła kreatywności. Do tego dochodzi terapia artystyczna, a nawet wytłumienie choroby przez twórczość. Ostatnią gałęzią medycyny – traktowaną często pobłażliwie – jest chirurgia plastyczna, czyli spełnianie odwiecznego marzenia człowieka o byciu zawsze młodym i pięknym.

Medycyna jest źródłem wielu tematów, które w różny sposób „dręczą” ludzką egzystencję. Tym samym jest wymarzone pole dla sztuki. Artyści doskonale wyczuwają „dostawców symboli”. A medycyna jest dostawcą wszechstronnym. Przede wszystkim wie bardzo dużo o tym, co to znaczy być skazanym na śmiertelne ciało.

Artyści: Marina Abramović, Eleanor

Antin, Marta Antoniak, Kader Attia, Małgorzata Blamowska, Piotr Blamowski, Micha Brendel, Daniele Buetti, Beatriz da Costa, Oskar Dawicki, Ugo Dossi, Marian Eile, Iaia Filiberti / Debora Hirsch, Mark Gilbert, Zbigniew Herbert, Markus Käch, Fritz Kahn, Tadeusz Kantor, Krištof Kintera, Jürgen Klauke, Bartosz Kokosiński, Robert Kuśmirowski, Konrad Kuzyszyn, Milja Laurila, Dominik Lejman, Zoe Leonard, Zbigniew Libera, Marcin Maciejowski, Man Ray, Shahar Marcus, Bjørn Melhus / Yves Netzhammer, Edith Micansky, Aurelia Mihai, Andrzej Mleczko, Yasumasa Morimura, Sofie Muller, Julia Neuenhausen, Meret Oppenheim, ORLAN, Ben Patterson, Joanna Pawlik, Joanna Rajkowska, Sophie Ristelhueber, Wilhelm Sasnal, Nikita Shalennyi, Heather Sheehan, Kiki Smith, Annegret Soltau, Jo Spence, Daniel Spoerri, Alina Szapocznikow, Grzegorz Szwertnia, Nicole Tran Ba Vang, VALIE EXPORT, Hannah Wilke, Joel Peter Witkin.

<https://mocak.pl/medycyna-w-sztuce>

Ciało, sztuka i medycyna

Zuzanna Sokołowska

Bez wątpienia jest coś pociągającego w serialach medycznych, skoro cieszą się one wciąż niesłabnącą popularnością.

Oprócz obyczajowych wątków, które widzowie śledzą z wypiekami na twarzy, scenariusze obfitują w aspekty ściśle związane z kwestiami klinicznymi. W serialach tych krew leje się strumieniami, przypominając o kruchości egzystencji. Obrazy dekompozycji ludzkich narządów wydają się

pozornie czymś odrażającym. Nie zmienia to jednak faktu, że obserwacja ludzkiego ciała od środka, jego wewnętrznej aparatury jest jednocześnie na tyle interesująca, by widzowie wciąż ulegali uwodzącej mocy seriali osławiających śmierć.

Medycyna, podobnie jak i sztuka, eksploruje zagadnienia związane z ludzką fizycznością, otwierając analizując to, co jest zarazem tak obce i oczywiste. W krakowskim MOCAK-u można właśnie

oglądać ekspozycję, która prezentuje sztukę wykorzystującą wątki medyczne. Wystawa została pomyślana jako pewnego rodzaju konfrontacja pojęć medycznych z ich wizualnymi reprezentacjami – ciało, choroba, terapia czy śmierć zostały zdefiniowane przez artystów, którym wątki wanitatywne nigdy przecież nie były obce. Jednakże ekspozycja może być miejscami trudna w odbiorze, zwłaszcza dla widza o słabych nerwach

i zbyt bujnej wyobraźni. Wystawę „Medycyna w sztuce” otwierają obrazy Marka Gilberta, który za pomocą medium malarstwa dokumentuje przebieg operacji chirurgicznych. Artysta maluje resekcję obszaru twarzoczaszki, przecięcie kości jarzmowej czy maksylektomię całościową (usunięcie fragmentu bądź całości kości szczękowej, najczęściej w wyniku nowotworu). Gilbert skrupulatnie odzwierciedla tok zabiegu – maluje tkanki, krwawiące naczynia, widoczne kości. Nie poprawia nadmiernie oglądanej przez siebie fizyczności, brutalnie poddaje za to widza testom na wrażliwość.

Podobnie dzieje się w przypadku serii obrazów dokumentujących leczenie operacyjne twarzy pacjentów. Współautorem projektu jest chirurg twarzowy prof. Iain Hutchinson, który postanowił w ramach pewnego rodzaju terapii rejestrować wizerunki swoich pacjentów. Chorzy chętnie pozwolili do serii portretów, tymczasowo „zawieszając” swoje kalectwo. W wymiarze estetycznym nabrało ono innego znaczenia – stało się tematem głębokiej analizy artystycznej, z empatią obrazowane przez Marka Gilberta, który po operacjach obserwował nie tylko cieleśnie, ale i mentalne zmiany pacjentów, zaczynających swoje życie od nowa. Pracą nawiązującą bezpośrednio do tematu kalectwa jest również hiperrealistyczna rzeźba Joanny Pawlik. Jest to niezwykle osobista, intymna i przejmująca realizacja, odwołująca się do przykrych wydarzeń z przeszłości autorki – artystka w dzieciństwie straciła nogę. To wydarzenie odbiło się na całym późniejszym życiu Pawlik, która postanowiła stworzyć rzeźbiarski fantom utraconej kończyny. Dla niej praca ta nie tylko stanowi próbę odzyskania własnego ciała, ale podkreśla sprawczą moc sztuki. Przyglądając się kończynie spoczywającej w ciszy w galeryjnej przestrzeni, widz doświadcza sprzecznych uczuć – od dławiącego strachu, przez obrzydzenie i ból, aż po fascynację i silną empatię. Wzrok potrzebuje czasu, aby oswoić się z pracą artystki. Nie od razu można zacząć się jej intensywnie przyglądać. Osobność rzeźby, która przecież stanowi fantomowy element żywego ciała, przypomina o nieustannym zmaganiu się z fizycznością, nad którą człowiek nie ma bezpośredniej kontroli.

Konrad Kuzyszyn w swoim poruszającym cyklu dokumentuje za pomocą fotografii ludzkie preparaty z Collegium Anatomicum Akademii Medycznej w Łodzi. Są to realizacje prezentujące tak obecność, jak i powolne znikanie. Dla ar-

tysty fotografowanie ciał, których status ontologiczny uległ zmianie, było granicznym, trudnym do zapomnienia przeżyciem. „Nic nie zastąpi tego, co można zobaczyć w Collegium Anatomicum. To inny rodzaj obcowania. Zupełnie nieprzekładalna intensywność «bycia» tych ludzi w gablotach – inna niż na zdjęciach czy sztychach. Dwa światy – konkretny i zapośredniczony” (Żmijewski 2006: 205) – opowiada o swojej realizacji Kuzyszyn. Doświadczenie skończoności ciała, jego mięsności, jest – jak pisała Jolanta Brach-Czaina – tym, „czego nie można odrzucić, pozbyć się, od czego nie można się uwolnić, co nie może być od istnienia odłączone. [...] Mięśnię jest to, co dane jest nam w życiu tak mocno, że aż drżymy, i czego nie możemy się zaprzec” (Brach-Czaina 2006: 163).

Na krakowskiej wystawie nie mogło też oczywiście zabraknąć wątków wanitatywnych – myślę o „Akcje ze szkieletem” (2005) Mariny Abramović. To niemal 24-minutowe wideo nawiązuje bezpośrednio do sztuki końca XIX i początku XX wieku, zderzających ze sobą antynomie: młodość i starość, życie i umieranie.

Abramović wykorzystała symbol śmierci, ludzki szkielet, kładąc go delikatnie na swoim nagim ciele. Artystka przedstawiła codzienny spektakl życia i umierania. Zasygnalizowała problem upływu czasu, który poddaje każde istnienie nieuchronnej zmianie. Jej praca wyraża próbę pogodzenia się z losem, nieodwołalnie naznaczonym przez śmierć.

Tymczasem Daniele Buetti w swoich fotografiach odniósł się do problemu infekcji będącej znakiem naszych czasów – fetyszizacji marek firmowych. W swoim cyklu „W poszukiwaniu miłości” (1996–1998) twórca kadruje modelki oszpecone przez blizny w kształcie rozmaitych logotypów. W ten sposób artysta mierzy się z powszechnym przekonaniem, że luksus gwarantuje pełni szczęścia.

Edith Micansky w swojej instalacji z 2004 roku „OB| ESR (BSG)” traktuje z kolei człowieka jako nośnik informacji i zarazem obiekt badawczy. Krew stanowi jedno z najbardziej wiarygodnych źródeł danych. Tytuł tej realizacji odnosi się do badania wskaźnika opadania erytrocytów, które informują lekarza o stanach zapalnych organizmu, sugerujących obecność



Meret Oppenheim, Szkic do zdjęcia rentgenowskiego czaszki M.O. (Entwurf für X-Ray – Röntgenaufnahme des Schädels M.O.), 1978, fotografia z odręcznymi notatkami Meret Oppenheim, 34,5 × 27,5 cm, Collection T.A.L., Hamburg



Nicole Tran Ba Vang, bez tytułu [06], 2001, z cyklu *Kolekcja wiosna/lato 2001*, fotografia, 120 × 120 cm, courtesy of N. Tran Ba Vang

choroby. Micansky, która sama jest lekarzem, pobrała krew od niemal 3800 pacjentów. Zamknięte szczelnie w małych fiolkach materiały unaoczniają różnorodność ludzkiej krwi, a także jej zmienność – z czasem kolor krwi ulega modyfikacjom w związku z rozpadem krwinek.

Na wystawie nie brak też odwołań do chorób psychicznych czy obrażeń ciała w wyniku ran wojennych. Obecne są rów-

nież wątki dotyczące pobytu w szpitalu i jego drobnych rytuałów, na przykład związanych z posiadaniem własnej szafki (Piotr Blamowski, wzorując się na szpitalnych meblach, tworzy obiekt, na którym odciska się ślad obecności, za każdym razem zostawiony przez innego pacjenta) albo z niekończącymi się rozmowami o chorobach i przebytych operacjach. Marcin Maciejowski w swoim obrazie

„Lekarz powiedział” (2001) nawiązuje do trudnych rozważań na temat własnego zdrowia, które w warunkach pozaszpitalnych nie miałyby racji bytu. W podobnym kontekście został umieszczony list Aliny Szapocznikow, która opowiada w nim swojej przyjaciółce o warunkach życia w szpitalu. Na ekspozycji jest także obecna Orlan, której realizacje odwołują się do bezpośrednich ingerencji w ciało i zachodzących w nim regeneracyjnych procesów.

Dzięki niezwykle wyczułemu kuratorów, wystawa jest udaną analizą związków medycyny i sztuki. Prace wybrano w taki sposób, by nie szokowały one widzów za sprawą wizualnych reprezentacji zdekomponowanej cielesności, z którą kojarzyć się może chirurgia czy preparowanie ludzkich narządów. To przede wszystkim ekspozycja proponująca terapeutyczne spojrzenie na związek twórczości i medycyny. Co istotne, wystawa została zaaranżowana w taki sposób, że przypomina swoją atmosferą szpital – miejsce powolnego dochodzenia do zdrowia, odzyskiwania kontroli nad własnym ciałem, ale też powolnej jej utraty. „Medycyna w sztuce” staje się egzystencjalnym traktatem o nieskończoności ludzkiej wyobraźni, stwarzającej nieustannie nowe metody leczenia i nowe formy estetyczne, dla której jedyną barierą są ograniczenia ciała. Ciała, nad którym nigdy nie zapanujemy w pełni.

<http://opcje.net.pl/zuzanna-sokolowska-cialo-sztuka-i-medycyna/>

Zuzanna Sokolowska jest jednym z redaktorów O.pl - Polskiego Portalu Kultury, informującego o najważniejszych wydarzeniach kulturalnych w Polsce, aktywnie uczestniczącego w promocji kultury i kształtowaniu opinii publicznej

Szansa dana Nepalowi

Karol Cadelski

Każdego roku wracając z Nepalu, spotykam się z pytaniem, co zrobiło na mnie największe wrażenie. Paradoksalnie nie są to kucane ubikacje, krowy swobodnie spacerujące po ulicach, pająki wielkości dłoni, tłumy żebraków czepiających się rękawów, odurzający zapach przypraw i kadzideł, potrawy doprawiane dużą ilością chilli czy całkowicie odmienna często także i niezrozumiała kultura.

W zasadzie z każdą kolejną podróżą czuję się tam, coraz bardziej jak u siebie w domu. Jednak, mimo iż odwiedziłem ten region już czterokrotnie, jedna rzecz, niezmiennie, robi na mnie oszałamiające wrażenie. To moment, gdy po dwóch miesiącach wyrzeczeń i trudów podróży,

wreszcie ląduję na warszawskim Okęciu, przejeżdżam na dworzec Warszawa Centralna i idę do pobliskiego supermarketu kupić coś z typowo polskich przysmaków. Wchodzę do środka i onie miały zatrzymuję się na wprost szeregu regałów zastawionych od podłogi aż po sufit tysiącami przeróżnych produktów. Dziesiątki rodzajów idealnie czystych i kształtnych owoców i warzyw, rozmaitych jogurtów, serów, pieczywa, wędlin, a nawet egzotycznych delikatów z najdalszych zakątków świata, kuszących swoim smakiem i atrakcyjnymi opakowaniami. Coś czego zazwyczaj się nie zauważamy, nad czym nie zastanawiamy, teraz staje się jasne niczym blask słońca. Ten krótki, efemeryczny moment, jest

swoistą małą nirwaną. Ulotnym przeżytkiem zrozumienia, czym tak naprawdę różni się życie przeciętnego obywatela Polski od życia przeciętnego obywatela kraju jakim jest Nepal. Warto tę chwilę dobrze zachować w swojej pamięci, by nie zapomnieć jak wyjątkowe możliwości mamy tylko dlatego, że urodziliśmy się w takiej a nie innej części świata.

Kilka faktów

Nepal jest jednym z najuboższych państw na świecie. Większość mieszkańców mieszka na wsi, a ich dochód jest oparty głównie na rolnictwie oraz usługach związanych z turystyką himalajską. Niestety, potencjalny zysk, który

mógłby być czerpany z tego sektora, jest wciąż ograniczany przez niestabilną sytuację polityczną, ubogą infrastrukturę oraz klęski żywiołowe. Funkcjonowanie kraju jest w dużej mierze uzależnione od pomocy zagranicznej i wsparcia organizacji pozarządowych. Ta trudna sytuacja uległa pogłębieniu, gdy w 2015 roku miało miejsce tragiczne w skutkach trzęsienie ziemi, które spowodowało śmierć 9000 osób. Straty materialne oszacowano na około połowę produktu krajowego brutto. Klęska żywiołowa negatywnie odbiła się nie tylko na wynikach gospodarczych, ale także na codziennym życiu bardzo wielu mieszkańców. Mimo, że w stolicy – Kathmandu – ucierpiały tylko świątynie i starsze budynki mieszkalne, to na niektórych obszarach wiejskich całkowitemu zniszczeniu uległo przeszło 95 % domostw, zazwyczaj łącznie ze szkołami, ośrodkami zdrowia i infrastrukturą w postaci sieci: elektrycznej, wodociągowej i drogowej.

Idea, która poruszyła wiele serc

W takich właśnie okolicznościach zastałem pięciotysięczną wieś Piskar położoną w sercu Himalajów. Moje obserwacje potwierdziły oficjalne statystyki. Wszyscy mieszkańcy stracili swoje domy i mieszkali w prowizorycznych schronieniach zbudowanych z desek, plandek i blachy falistej. Kataklizm nie ominął lokalnej szkoły, w której uczyło się 400 uczniów, a także ośrodka zdrowia. To co z niego pozostało znajdowało się w małym namiocie. A nad wszystkim czuwał tylko jeden człowiek Amanraj Prayiar. Zaskakujące, że posiada on tak szeroką wiedzę praktyczną, a jest dokładnie moim rówieśnikiem. Odbieranie porodów, szycie ran, diagnozowanie i leczenie rozmaitych chorób, a nawet zabiegi dentystyczne nie są mu straszne. Z wykształcenia jest on Health Assistantem, czyli kimś w rodzaju sanitariusza. W Nepalu występuje bardzo duży deficyt lekarzy. Przykładowo na 28 mln mieszkańców jest tylko trzynastu psychiatrów, a chirurgów dziecięcych zaledwie dwudziestu sześciu. Tak więc na ludziach takich jak on opiera się cała opieka zdrowotna w Nepalu. Dostarczenie niezbędnego wyposażenia, które zabezpieczałoby potrzeby medyczne tamtejszych mieszkańców stało się głównym celem projektu „Szansa dla Nepalu”.

Kolejnym było przeprowadzenie szkoleń na temat pierwszej pomocy i innych zagadnień prozdrowotnych dla dzieci w dwóch szkołach w Kathmandu.



Po roku od ostatniej wizyty członkowie projektu wrócili do tego samego namiotu, niezmiennie pełniąc funkcję ośrodka zdrowia we wsi Piskar



Zajęcia z podstawowych zabiegów resuscytacyjnych



Monika Sypniewska i nepalskie maluchy



Higiena jamy ustnej wpajana od najmłodszych



Aleksandra Nawara i Dawid Adamkiewicz podczas pracy w jednej ze szkół Kathmandu



Karol Cadelski na zakupach w nepalskiej aptece

Deficyt tego rodzaju wiedzy jest bardzo powszechny, a jej uzupełnienie niewątpliwie pozytywnie wpłynie na przyszłość młodzieży, będącej u progu dorosłości. Tymi ideami zaraziłem moich przyjaciół: Aleksandrę Nawarę, Monikę Sypniewską, Annę Charemską, Monikę Serkowską i Dawida Adamkiewicza – studentów kierunku lekarskiego naszej Uczelni. Opierając się na wsparciu sponsorów oraz własnej pracy wolontariackiej postanowiliśmy dać szansę Nepalowi podnieść się z gruzów.

Przygotowania do wyjazdu

Grupa studentów, mimo wielu pomysłów i ogromnego zapału do pracy, nie posiadała żadnej osobowości prawnej, która pozwalałaby na legalne gromadzenie środków i ich wydatkowanie. Niewątpliwie ważne było także zyskanie poparcia powszechnie poważanych instytucji. Z tego względu projekt został objęty patronatem honorowym Prezydenta Bydgoszczy - Rafała Bruskiego oraz Prorektora ds. Collegium Medicum - prof. dr. hab. Jana Styczyńskiego. Współorganizatorem projektu została Fundacja Wiatrak z Bydgoszczy, która zgodziła się odpowiadać za jego stronę formalno-finansową.

Z tak przygotowanym zapleczem mogliśmy zacząć szukać sponsorów. Zdecydowanie należało to do najtrudniejszych zadań przed jakimi stanęliśmy. W tym okresie wykonaliśmy setki rozmów telefonicznych oraz odwiedziliśmy dziesiątki siedzib najrozmaitszych firm prosząc o wsparcie na rzecz projektu. Zabiegaliśmy o pozyskanie zarówno środków finansowych jak i darów rzeczowych – głównie artykułów medycznych. Udana akcja promocyjna z pewnością korzystnie wpłynęła na pozytywny odbiór, który przeszedł nasze najśmielsze oczekiwania. Wielokrotnie spotkaliśmy się z przychylnością ze strony wielu osób i firm. Największym sponsorem naszego projektu została Grupa Energa.

Jednocześnie z uwagi na zbliżający się termin wyjazdu należało wyjaśnić szereg technicznych problemów związanych z dostarczeniem zgromadzonych darów. Wyjaśnić należało m.in. następujące kwestie: Jak przetransportować 270 kg sprzętu medycznego z Polski do Nepalu? Jakie przepisy celne obowiązują przy transporcie ładunku tego rodzaju? Jakie dokumenty trzeba w związku z tym przygotować? Te trudne pytania aż do samego dnia wyjazdu spędzały nam sen z powiek.

Zostaliśmy nauczycielami

Trudności te okazały się, na szczęście, przejściowe i 1 sierpnia 2016 roku, w 6-osobowym zespole wylądowaliśmy na lotnisku w Kathmandu, wraz z całym sprzętem. Po oswojeniu się z nepalską rzeczywistością przystąpiliśmy do realizacji założeń naszego projektu. Rozpoczęliśmy od prowadzenia zajęć w szkołach. Szkolenia trwały pięć tygodni i obejmowały tematy takie jak: pierwsza pomoc, podstawowe zabiegi resuscytacyjne, HIV/AIDS, budowa i funkcjonowanie żeńskiego układu rozrodczego, fizjologia cyklu miesięczkowego, metody planowania rodziny, higiena rąk i jamy ustnej. Łącznie wzięło w nich udział 650 uczniów.

Edukacja w Nepalu nie jest obowiązkiem, a raczej przywilejem dostępnym tylko dla nielicznych. Tym bardziej byliśmy zaskoczeni poziomem oferowanego wykształcenia oraz możliwościami jakie dają swoim uczniom szkoły w których pracowaliśmy. Nie są to jednak zwykłe szkoły, lecz instytucje, które dla każdego ze swoich podopiecznych poszukują zagranicznego sponsora opłacającego edukację. Taki sponsor pokrywa także koszty wyżywienia, mieszkania, ubrań i pomocy naukowych. Dzięki temu, w tych szkołach mogą się uczyć dzieci z bardzo odległych górskich regionów. Wcielenie się w rolę nauczycieli było dla nas prawdziwym wyzwaniem. Na szczęście nasi uczniowie świetnie mówili po angielsku, a ich zainteresowanie, zarówno tematami jak nami samymi, niezmiernie motywowały nas do pracy. Każdy dzień spędzony z nimi wspominamy z ogromną przyjemnością.

Kompletowanie sprzętu

Jednocześnie w trakcie realizowania celu edukacyjnego przygotowywaliśmy się do realizacji naszego głównego zadania, jakim było dostarczenie wyposażenia medycznego do wsi Piskar. W trakcie przygotowywania projektu okazało się, że dzięki staraniom kierownika ośrodka zdrowia, jedna z organizacji działających na terenie Nepalu postanowiła odbudować zniszczony budynek. Na początku sceptycznie odnosiliśmy się do tych relacji. W takich krajach niczego nie można być pewnym, dopóki się tego nie zobaczy na własne oczy. Tak więc kilka dni po przylocie do Nepalu ruszyliśmy do wsi Piskar rozeznać się w nowej sytuacji. To co zobaczyliśmy mile nas zaskoczyło. Budynek o powierzchni około



W drodze do wsi Piskar



Ceremonia otwarcia nowego ośrodka zdrowia we wsi Piskar



Zespół Szansy dla Nepalu



Oficjalnie otwarcie nowego ośrodka zdrowia



Nasza pierwsza pacjentka



Pacjenci

90 m² był niemalże skończony. Mimo, że jego konstrukcja była bardzo prosta, to w porównaniu z namiotem różnica była kolosalna. W momencie naszej pierwszej wizyty nowy budynek nie był jeszcze używany, a pacjentów nadal przyjmowano w tym samym namiocie, co przed rokiem. Wspólnie z kierownikiem ponownie oceniliśmy potrzeby mieszkańców wsi i z listą potrzebnego wyposażenia, wróciliśmy do Kathmandu. Pozostało tylko urzeczywistnić wszystko to co znajdowało się na papierze.

Ale jak to zrobić? Kupienie coca-coli, ulubionych ciasteczek oreo czy nawet najnowszego modelu smartphona nie stanowi w Nepalu problemu. Jednakże znalezienie specjalistycznych produktów medycznych to już nie lada wyzwanie. Nieocenioną pomocą okazał się młody Nepalczyk - Phurba Sherpa, który przez dwa tygodnie jeździł z nami od sklepu do sklepu, wyjaśniał mówiącym tylko po nepalsku sprzedawcom czego potrzebujemy, sam sprawdzał jakość oferowanego towaru, a w końcu negocjował najlepszą cenę. Powoli, dzień po dniu, skreślaliśmy kolejne pozycje z listy. Szafy, stoły, krzesła, łóżko, lodówka, lampy, leki. Mimo, że jestem synem elektryka to o prądzie nie wiedziałem nic, a musiałem kupić generator prądu. W Nepalu borykającym się z codziennymi przerwami w dostawach prądu jest to artykuł pierwszej potrzeby. Ostatecznie zakup okazał się udany, a generator zasilił głośniki podczas wieczornej imprezy z okazji otwarcia ośrodka zdrowia.

Autostrady przez Himalaje

Gdy w końcu nasz mały magazyn, który wynajęliśmy w piwnicy jednej ze szkół, zapełnił się, przyszło nam się zmierzyć z ostatnim wymagającym zadaniem. Wszyscy wstaliśmy przed świtem, aby wspólnymi siłami zapakować zakupione rzeczy na ciężarówkę. Ruszyliśmy do Piskaru. Mimo, że każda główna droga w Nepalu nazywa się highway, to nie mają one zbyt wiele wspólnego z szerokimi i prostymi autostradami, jakie są nam znane. Według naszych standardów zaklasyfikowalibyśmy je bardziej do górskich szlaków. Każdy przejazd jest wyprawą, w czasie której może zdarzyć się wiele nieprzewidzianych sytuacji. Tym razem znowu szczęście nam sprzyjało i tuż przed zachodem słońca dojechaliśmy do wsi Piskar. To prawdziwy sukces, zważając na ciągle trwającą porę deszczową i częste osuwiska niszczące

drogi. Następne dni spędziliśmy wraz z personelem na porządkowaniu przywiezionych rzeczy i zapewnianiu pustych pomieszczeń wszystkim tym, co do funkcjonowania ośrodka było niezbędne.

Otwarcie ośrodka zdrowia

I wreszcie nadszedł dzień, na który czekaliśmy od miesięcy. Idea, która nam przyświecała stawała się faktem. Do tej pory tak wiele kwestii wydawało się niepewnych, i tak wiele razy spotkał się z bezinteresowną pomocą od obcych nam osób. Ostatecznie wszystkie z takim trudem gromadzone rzeczy zostały poustawiane na półkach. A w czasie, gdy wspólnie z Amanrajem myśleliśmy podłogę przed oficjalnym otwarciem, już pierwsza pacjentka leżała na łóżku obok, leczona antybiotykami, które przywieźliśmy kilka dni wcześniej.

W ceremonii otwarcia wzięli udział wszyscy uczestnicy projektu, personel ośrodka zdrowia, Phurba Sherpa oraz zaproszeni goście, wśród których znajdowali się najważniejsi przedstawiciele lokalnej społeczności. Rozpoczęliśmy od wysłuchania przemówień a następnie każdy z nas został udekorowany tradycyjnym nepalskim szalem katha oraz czerwony znakiem tika na czole. Nastąpiło oficjalne przecięcie wstęgi przez kierownika Health Postu – Amanraja Pariyar oraz koordynatora projektu – Karola Cadelskiego. Wszyscy zgromadzeni z zainteresowaniem obejrzeliby nowe wyposażenie ośrodka zdrowia. Obejmowało ono m.in.: szafy, krzesła, stoły, lodówkę, łóżko, generator prądu; różnorodne urządzenia i akcesoria medyczne, takie jak: wagi, stojaki, lampy, narzędzia chirurgiczne, nebulizatory, pulsoksymetr, detektor tętna płodu, glukometry, stetoskopy, sfingomanometry, lekarstwa doustne, dożylnie, płyny, kompresy, gazy, bandaże, rękawiczki jałowe i niejłowe, taśmy, opatrunki specjalistyczne, zestawy do porodu, preparaty do dezynfekcji ran, rąk oraz narzędzi, strzykawki, igły, cewniki, skalpele, szwy chirurgiczne, prezerwatywy oraz materiały sanitarne. Ilość wszystkich materiałów eksploatacyjnych została obliczona tak, aby pokryć zapotrzebowanie mieszkańców na okres 1-2 lat. Zwieńczeniem całej ceremonii był poczęstunek. Oprócz tego wśród dzieci z lokalnej szkoły rozdyskrybowano 350 zestawów zawierających artykuły higieniczne oraz przybory piśmiennicze.

Health Post we wsi Piskar już działa!

Trudno opisać uczucie kiedy widzi się, jak codziennie kilkudziesięciu pacjentów korzysta z przywiezionych przez nas rzeczy. Przeszło pół roku ciężkiej pracy zdecydowanie nie było czasem zmarnowanym. Być może w skali całego świata jest to tylko mała kropla w morzu potrzeb. Jednak z perspektywy tych konkretnych osób – mieszkańców wsi, którzy mają chore dzieci, muszą mieć zaopatrzoną ranę czy chcą urodzić dziecko w cywilizowanych warunkach, zmiana która zaszła jest przełomowa.

Nie bez znaczenia był także sam nasz przyjazd do tej zapomnianej wsi, położonej gdzieś w głębi Himalajów. Pytając się mieszkańców, czy kiedykolwiek spał u nich we wsi jakikolwiek Europejczyk odpowiedzieli, że jesteśmy pierwsi. Nasze zaangażowanie, wspólna praca, wieczory spędzone na długich rozmowach przy ognisku były nie tylko okazją do wymiany doświadczeń kulturowych. Fakt, że wielu ludzi, gdzieś tysiące kilometrów od Nepalu, w odległej, nieznannej Polsce, przejęło się problemami, jak sami to określili „nas zwykłych wieśniaków”, stanowiło ogromny pozytywny impuls aktywizujący lokalną społeczność.

Podsumowanie

W tym roku, wracając z Nepalu, słyszę często jeszcze jedno pytanie: „dlaczego to robisz?”. Każdy z nas ciężko pracuje, aby zapewnić sobie i swojej rodzinie ży-

cie na jak najlepszym poziomie. Pogląd, że wszystko to, w czego posiadanie na takiej drodze weszliśmy, nam się należy, wydaje się i uczciwy, i sprawiedliwy. Nie możemy jednak zapominać o tym, że mieliśmy niesamowite szczęście urodzić się w rozwiniętym kraju. Dzięki temu mamy szansę na pełnowartościowe życie, dostęp do edukacji i pracy respektującej prawa człowieka. Jeśli stałoby się inaczej, nasz potencjał nie zostałby wykorzystany z przyczyn od nas niezależnych. Herbert Simon – Laureat Nagrody Nobla, ekonomista i socjolog ocenił, że tzw. kapitał społeczny przyczynia się co najmniej do 90 % zarobków ludzi w bogatych społeczeństwach. W skład tego kapitału wchodzi społecznie odpowiedzialne instytucje, takie jak: efektywny system bankowy, policja chroniąca obywateli przed przestępcami, sądy, do których można się zwrócić z nadzieją na sprawiedliwy wyrok, a także system edukacji, opieki zdrowotnej i państwowego ratownictwa medycznego. Nie do przecenienia jest także infrastruktura w postaci sieci transportowej, łączności i niezawodnych dostaw energii. Bez tych udogodnień czekałoby nas błędne koło biedy, z którego wyjść pomimo mozolnej i ciężkiej pracy, udaje się tylko nielicznym. Parafrazując Warrena Buffeta, jednego z najbogatszych ludzi świata: „Jeżeli zostawisz mnie w środku nepalskiej wioski, przekonasz się, ile wart jest talent, jeśli trafi na niewłaściwy grunt”

Karol Cadelski jest studentem V roku na Wydziale Lekarskim



Każdego dnia z ośrodka zdrowia korzysta nawet 60 osób

Pożegnanie lata 2016

Dominika Malinowska

Niepełnosprawność.

Czym ona tak właściwie dla nas jest?

Kim jest dla nas osoba niepełnosprawna?

Co czujemy do takiej osoby?

Słyszysz się, że niepełnosprawność to choroba: w pewnym stopniu wykluczenie z życia codziennego, odizolowanie od reszty społeczeństwa i ograniczenie w realizowaniu swoich celów życiowych. Często przy spotkaniu z osobą niepełnosprawną nie wiemy jak się zachować, co powiedzieć, by nikogo nie skrzywdzić, nie urazić. Niektórym z nas, towarzyszy nawet strach, ponieważ rzadko spędzaliśmy czas w towarzystwie osób niepełnosprawnych.

Na pewno tego problemu nie znają studenci Collegium Medicum, którzy jak co roku, mogli uczestniczyć w spływie kajakowym „Pożegnanie lata”, zorganizowanym przez Katedrę i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Wszystko rozpoczęło się na Wyspie Młyńskiej. Na starcie wśród uczestników panowało delikatne napięcie. Nie wszyscy wiedzieli, jak powinni się zachowywać. Jednak na ratunek przybyła pozytywna energia dr Jagody Sarwińskiej. Szeroki uśmiech, buziak na szczęście – taki zestaw od razu motywował do działania. Kapoki ubrane, wiosła przygotowane. Nie pozostało nic innego, jak tylko wsiadać do kajaków i ruszać.

„Z tego spływu na pewno najlepiej wspominam ludzi. Wszyscy starali się stworzyć miłą atmosferę, a w szczegól-



ności nasi niepełnosprawni przyjaciele, którzy zarażali wszystkich dobrym humorem i pozytywnym nastawieniem. Przy takich okazjach można się właśnie tego od nich nauczyć. Pogoda na szczęście dopisała, więc płynąc Brdą z Wyspy Młyńskiej do Brdyujścia, mogliśmy podziwiać uroki naszego miasta, z nieznanego nam dotychczas perspektywy” – wspomina Beniamin Szmelcer, student drugiego roku fizjoterapii.

Na miejscu zakończenia spływu na przystani Klubu Sportów Wodnych Bydgoszcz-Brdyujście, studentki fizjoterapii zorganizowały „polowę kuchnię”, aby każda osoba po opuszczeniu kajaka, mogła skorzystać ze skromnego, lecz jak wartościowego (po tak dużym wysiłku emocjonalnym i fizycznym) ciepłego posiłku. W oczekiwaniu na spływowi-

czów niektórzy rodzice i opiekunowie siedzieli „jak na szpilkach”, wypatrując swoich pociech, a pozostali korzystając z ostatnich chwil pięknej aury, wypłynęli na rowerach wodnych. Było cudownie... czego chcieć więcej.

Aż wreszcie są i oni! Wypłynęli zza zakrętu. Jako pierwszy – oczywiście w swojej „czerwonej strzale” – pojawił się dr Andrzej Lewandowski, a za nim cała jego świta. Mnóstwo kajaków pełnych ludzi śpiewających piosenki i uśmiechniętych od ucha do ucha.

Na brzegu, na początku zrobiło się małe zamieszanie. Niektóre osoby chciały płynąć jeszcze dalej, co było oznaką tego, że się im podobało. Dla przyszłych fizjoterapeutów, uczestnictwo w imprezie „Pożegnanie lata” było idealnym sprawdzianem swoich umiejętności, w postępowaniu z osobą niepełnosprawną. I nie chodzi tu tylko o pomoc fizyczną – przejście, czy przeniesienie osób w dane miejsce, ale też sposób rozmowy i wyrażania różnych emocji...

Ludzie niepełnosprawni nie są w żaden sposób gorsi od nas. Jest im trochę trudniej, to fakt, ale to nie jest powód, by od razu przez to mieli być izolowani od innych. Powinniśmy uczyć się od nich, jak czerpać radość z życia i cieszyć się każdą jej chwilą. Szczere spojrzenie, nieśmiały uśmiech, uścisk dłoni, przytulenie się... Tak niewiele potrzeba było, by wyrazić wdzięczność za spędzony razem czas.

Dominika Malinowska jest studentką drugiego roku fizjoterapii, studia stacjonarne

