

Spis Treści

Wywiad numeru

Symulacje medyczne to przyszłość, wywiad z dr Mirosławą Felsmann, kierownikiem Pracowni Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej oraz Dyrektorem Centrum Symulacji Medycznych 2

Z życia Uczelni

Dyrektor w Centrum Symulacji Medycznych 9
Zawody Symulacji Medycznej 10
Nagrody marszałka województwa 10
II miejsce w Konkursie Umiejętności Klinicznych 11
Nagroda PAN 11
Nowe granty NCN dla Wydziału Farmaceutycznego 11
Stypendium za wysoko punktowaną publikację naukową 11
Najlepsi w rankingu „Wprost” 12
40-lecie powstania Kliniki Psychiatrii 12
Studenci farmacji nagrodzeni 13
Prestiżowa nagroda dla młodego naukowca 13
Sukces na Scapula Aurea 14
International MEDical Interdisciplinary Congress 14
Nadzieja Biznesu 14
Praca doktorska wyróżniona 15
Przeszczep krzyżowy 15
Położna Przyszłości - finał konkursu 15
Nagroda naukowa w onkologii 15
10 lat Katedry i Zakładu Muzykoterapii 16
Collegium Medicum UMK na Bydgoskim Festiwalu Nauki 17

Medycyna

Zrozumieć Ultrasonografię 18
Pionierski zabieg Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemoterapy 19
Sezon na kleszcza 18

Polemiki

Ludzie! Cuda w tej budzie! 20

Historia medycyny

Rok Władysława Biegańskiego i Władysława Raczkiewicza 21

Medyczna Środa

Herbata miętowa czy liść mięty? 24
Leki roślinne i suplementy diety – podobieństwa i różnice 24
Kot domowy - miłe zwierzątko, czy groźny potwór? 26
Komunikacja medyczna - współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia 29
Andrea Vesalius – twórca nowożytnej anatomii 32

Medycyna i sztuka

Miłosne rosarium w średniowiecznej literaturze i sztuce 34

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Lista Filadelfijska 38

Ze sportu

Tenis ziemny 40
Karate Tsunami 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 Wojski

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 Marek Jurgowiak

dr hab. Bogumiła Kupcewicz

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczepny

prof. dr hab. Maria Szewczyk

dr Janusz Tyloch

dr hab. Paweł Zalewski

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

mgr Justyna Gapska

mgr Agnieszka Milik

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 Jowita Jagła

dr hab. Walentyna Korpalska,

prof. dr hab. Jan Styczyński,

dr Wojciech Szczepny

I okładka: Bydgoski Festiwal Nauki

Symulacje medyczne to przyszłość

wywiad z dr Mirosławą Felsmann, kierownikiem Pracowni Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej oraz Dyrektorem Centrum Symulacji Medycznych

Redakcja: W imieniu czytelników „Wiadomości Akademickich” pragniemy podziękować Pani Doktor za spotkanie i chęć podzielenia się informacjami o nowej inicjatywie Collegium Medicum – utworzeniu Centrum Symulacji Medycznych. Zanim jednak przejdziemy do meritum, chcielibyśmy usłyszeć parę słów o tym, w jaki sposób znalazła się Pani w uczelni medycznej, słowem jak wyglądała ścieżka kariery przyszłego Dyrektora Centrum?

dr Mirosława Felsmann: Zaczęło się od tego, że chciałam zostać pielęgniarką. Prowadząc wykłady, zwykle przywołuję studentom postać angielskiej pielęgniarki i działaczki społecznej Florence Nightingale, która już jako mała, 6-letnia dziewczynka pragnęła poświęcić się pielęgniarstwu. Swoje postanowienie wyartykułowała i wdrożyła w życie już jako dorosła osoba, czym wzbudziła wielkie niezadowolenie rodziców i otoczenia. XIX-wieczne salony zawód pielęgniarki traktowały raczej z pogardą. Florence Nightingale stała się dla mnie pewnego rodzaju inspiracją. Wprawdzie nie tak wcześnie jak ona, ale również w dzieciństwie podjęłam decyzję o poświęceniu się dla chorych. Bezpośrednim impulsem był mój pobyt w sanatorium okulistycznym w Zakopanem, gdzie bardzo polubiłam jedną z pielęgniarek. Joanna – bo tak miała na imię – była niezwykle oddana pracy. Roztaczała wspaniałą aurę. Jej postać stała

się dla mnie wzorem na całe życie. Od tego momentu i ja chciałam zostać pielęgniarką. I chociaż nie tak jak w domu Florence, to jednak i moi rodzice nie do końca zachwycili się tym wyborem. Szczególnie ojciec ubolewał nad tym faktem, uważając, że powinnam skierować swe kroki do szkoły artystycznej. Objawiałam różnorakie talenty artystyczne i ten kierunek wydawał się ojcu najwłaściwszy. Kiedy nie dawałam za wygraną, ojciec zaproponował, abym podjęła edukację w liceum o profilu ogólnym, po to by zostawić sobie cztery lata na zastanowienie i podjęcie dojrzałej decyzji. Nieco ukradkiem pojechałam do swojej rodziny w Brodnicy, gdzie funkcjonowało Liceum Medyczne. Zdałam egzaminy i po powrocie do domu mogłam przyznać się rodzicom, że zostałam przyjęta. Do tej pory myślę, że to był słuszny wybór. Kocham pielęgniarstwo, bez znaczenia, czy jest ono traktowane w społeczeństwie lepiej czy gorzej. A bywa z tym różnie.

Redakcja: Chyba jest nie do końca doceniane...

dr Mirosława Felsmann: Rzeczywiście nie do końca. Ale zawsze mówię studentom, by się nie przejmowali. Tłumaczę, że pielęgniarstwo to piękny zawód. Niedostatki i czasem brak uznania rekompensuje poczucie tego, że jest się bardzo potrzebnym. Spełnieniem jest świadomość pomocy innym. W tym zawodzie zawsze

będziemy mieli poczucie, że robimy coś bardzo ważnego dla drugiego człowieka. Przez lata pracy w szpitalu, kiedy zarządzałam oddziałem, a wiązało się to z wieloma sprawami, często konfliktami, a co za tym idzie - przede wszystkim stresem, ukojeniem był kontakt z pacjentami. Gdy wszystko wokół mnie denerwowało, wchodziłam do pierwszej z brzegu sali pacjentów, siadałam z nimi, rozmawiałam i rozładowywałam nerwy.

Redakcja: Studia były później?

dr Mirosława Felsmann: W tamtych czasach było pewna reguła, by po skończeniu liceum przepracować kilka lat, a dopiero później ewentualnie podejmować studia. Chciałam studiować w Poznaniu, ale w międzyczasie pojawił się partner życiowy, a z czasem i dzieci. W końcu studia podjęłam później, w systemie zaocznym i to nie na pielęgniarstwie, a w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Bydgoszczy. Ukończyłam pedagogikę pracy (tematem mojej pracy magisterskiej były dzieci przewlekłe chore i kalekie). Tak więc jestem pielęgniarką i pedagogiem.

Redakcja: Przez cały czas Pani pracowała jako pielęgniarka?

dr Mirosława Felsmann: Oczywiście. Aż do chwili przyścia do Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Rozpoczęłam pracę pielęgniarki w 1977 roku (nawiasem mówiąc, w tym roku minie 40 lat mojej pracy zawodowej).

Redakcja: Pochodzi Pani z Chełmna, miasta o ciekawych tradycjach medycznych...

dr Mirosława Felsmann: Tak, urodziłam się w Chełmnie, w mieście znanym pracownikom naszej uczelni głównie z powodu patrona Ludwika Rydygiera, który uczył się w chełmińskim gimnazjum i tam w roku 1869 zdał maturę, a w kilka lat później, w 1880 roku dokonał w tym mieście jako pierwszy na świecie resekcji żołądka. Początkowo też mieszkaliśmy w tym mieście, gdzie pracowałam w szpitalu miejskim na oddziale internistycznym, później zaś na bloku operacyjnym jako pielęgniarka anestezjologiczna.



Gdy urodziło się drugie dziecko, w 1985 roku zamieszkaliśmy w Bydgoszczy. Przenieśliśmy się ze względu na pracę męża, który jest lekarzem weterynarii, doktorem nauk weterynaryjnych przez wiele lat pracującym jako komendant Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej. W chwili obecnej mąż przebywa na emeryturze, choć ciągle pracuje zawodowo na uczelni w Poznaniu jako pracownik naukowy. Istnieje perspektywa, że niebawem przeniesie się do tworzącej się medycyny weterynaryjnej na naszym Uniwersytecie. Przybywszy do Bydgoszczy, po rocznym urlopie wychowawczym podjęłam pracę na początku w izbie przyjęć obecnego Szpitala im. dr. J. Bizziela, a następnie otrzymałam propozycję przyjęcia funkcji pielęgniarki oddziałowej i podjęcia się organizacji nowego oddziału internistycznego w miejscu po oddziale kardiologii i stacji dializ, który przeniósł się do wyremontowanych obiektów Szpitala im. dr. A. Jurasza.

Redakcja: To było wyzwanie...

dr Mirosława Felsmann: Po poprzednim oddziale została ruina, podcinane łącza i kable, straszna dewastacja. Przy tym były to ciężkie czasy, niewiele można było kupić, czy załatwić, nie wspominając o braku pieniędzy. Na szczęście był to także czas mody na sponsoring. Wspólnie z ordynatorem dr. Jerzym Kąkolem rozpoczęliśmy peregrynację po przeróżnych firmach. Spotykaliśmy się z dyrektorami i prezesami, namawiając ich do wsparcia oddziału. Bardzo dużo rzeczy udało nam się wówczas zorganizować. Jedną z bydgoskich firm produkcyjnych wyposażała oddział w nową hydraulikę i elektrykę, wymalowano ściany, a nawet wyremontowano stare zardzewiałe łóżka z intensywną terapią. Resztę odrestaurowaliśmy sami. Takie to były czasy. Dziś nie do pomyślenia.

Redakcja: A personel?

dr Mirosława Felsmann: Kolejnym wyzwaniem byli pracownicy - zaryzykowałam i przyjął do pracy zespół bez doświadczenia, bezpośrednio po zakończonej edukacji. Sądzę, że właśnie dzięki temu mogłam wprowadzać nowoczesne pielęgniarstwo. Młody zespół sprawdził się doskonale. Mieliśmy miesiąc do otwarcia oddziału z 40-ma łózkami i 9-ma łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego. Przygotowywaliśmy procedury i standardy, o których wtedy

Cechy, których szukam u mężczyzny? Odpowiedzialność.

Cechy, których szukam u kobiety? Wrażliwość, troskliwość, odwaga.

Co cenię najbardziej u przyjaciół? To, że są, gdy ich potrzebuję i tolerancję.

Moja główna wada? Wyręczanie innych – całe życie nad tym pracuję z marnym wynikiem.

Moje ulubione zajęcie? Zależy od chwili: dom, ogród, malowanie, dobra książka.

Moje marzenie o szczęściu? Móc robić to, co kocham wśród najbliższych.

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk? Niepewność czasów.

Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem? Utrata bliskich i niedołężność.

Kim lub czym chciałabym być, gdybym nie była tym, kim jestem? Od czasu kiedy ukończyłam 9 lat, w moich myślach zawsze było pielęgniarstwo. Jak już wspomniałam, mój tato bardzo chciał, abym skończyła studia artystyczne. Sądzę, że architektura wnętrz i ogrodów to coś, co łączyłoby pracę i hobby.

Kiedy kłamię? Nie znoszę bezsensownego kłamstwa. Ale są takie chwile, że jeżeli prawdą masz zabić.... Jeżeli prawda by zabolęła, a małe niewinne kłamstewko może być konstruktywne.

Słowa, których nadużywam? Oglądając kiedyś swoje wystąpienie konferencyjne, byłam zaskoczona i nie miałam świadomości ile razy użyłam słowa... „po prostu”.

Ulubieni bohaterowie literaccy? Lisek z „Małego Księcia”.

Ulubieni bohaterowie życia codziennego? Nieuleczalnie chore dzieci.

Czego nie cierpię ponad wszystko? Chaosu, fałszu.

Dar natury, który chciałabym posiadać? Zdolności muzyczne i łatwość uczenia się języków obcych.

Jak chciałabym umrzeć? Spokojnie w otoczeniu bliskich.

Obecny stan mojego umysłu? Poczucie spełnienia, pewien rodzaj odpuszczania sobie i innym.

Błędy które najczęściej wybaczam? Te nieprzemyślane, nieświadome.

mało kto myślał. Wprowadziłam je, jako pomoc dla tych młodziutkich pielęgniarek, by mogły podjąć samodzielną pracę – albumy z rozpisanymi lekami, instrukcjami jak nieść pomoc w określonej sytuacji. Jeździłam na przeróżne kursy i szkolenia, żeby uczyć się nowoczesnego pielęgniarstwa i wdrażać je na oddziale. Pielęgniarska dokumentacja medyczna, autonomia w procesie podejmowania decyzji, współpraca z lekarzami – to były nowe kierunki. Uczyłam moje podopieczne, że powinny samodzielnie myśleć. Prosiłam lekarzy, by nie wpisywali zleceń adresowanych do personelu pielęgniarskiego, tylko zaglądali do naszej dokumentacji. Zlecenia pielęgniarskie były prowadzone w specjalnych teczkach i na bieżąco aktualizowane. W tej chwili prowadzi się dokumentację medyczną rozszerzoną, mamy katalogi diagnoz pielęgniarskich, które ujednolicają i ułatwiają postawienie diagnozy. Tak jak dla lekarzy jest ISD 10, tak w pielęgniarstwie ISNP, międzynarodowa klasyfikacja diagnoz pielęgniarskich. W Polsce od 2000 roku w ramach projektu prowadzonego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP* (których jestem członkiem) dokonano tłumaczeń kilku wersji. Koordynatorem projektu jest dr Dorota Kilańska z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Trwają prace nad przygotowaniem elektronicznej wersji polskiego katalogu.

Redakcja: Na świecie pielęgniarka bywa partnerem lekarza...

dr Mirosława Felsmann: Przez wiele lat byłam koordynatorem programu Erasmus i dzięki temu mogłam pojeździć po innych uczelniach zagranicznych i przekonać się, jak pracują. W wielu krajach między pielęgniarką a lekarzem są relacje partnerskie. Pamiętam jak w szpitalu uniwersyteckim we włoskim Udine spotkałam pielęgniarkę, która niegdyś pracowała na kardiologii w Katowicach. Spyta o różnice, odparła, że trudno jej było znaleźć się w nowych realiach, ponieważ tutaj pielęgniarka stoi na pierwszej linii kontaktu z pacjentem i jego rodziną. Przychodząc do pacjenta rodzina nigdy nie kieruje się do lekarza, lecz do pielęgniarki, która udziela wszelkich informacji. Wspomniała, że po pracy biegła do biblioteki, by znaleźć wyjaśnienia, a bywało, że musiała oznajmić rodzinie, że tego dnia nie jest w stanie udzielić obszernej odpowiedzi, lecz przygotowuje się na dzień następny. Musiała się przyzwyczaić do autonomii pielęgniarki i współpracy z lekarzem. To, co jest w gestii pielęgniarki – należy do niej. Bo przecież to ona ma odpowiednią wiedzę, uczyła się przez wiele lat i zna się na



procedurach pielęgniarstwie i pielęgnacyjnych. W Polsce pielęgniarka nie odpowie na pytania rodziny pacjenta, zaślaniając się tym, że jej nie wolno, co jest nieprawdą – w ustawie o zawodzie wyraźnie jest zapisane, że jest autonomiczna i ma prawo do udzielania odpowiedzi w zakresie procesu pielęgnowania. Oczywiście, nie do leczenia i ordynowania sposobów owego leczenia, bądź długości jego trwania. To należy do lekarza. Mamy inne role do spełnienia – lekarze leczą, pielęgniarki opiekują się pacjentami. Współpraca między nimi jest szalenie istotna. Trudno wyobrazić sobie szpital bez pielęgniarek, prawda? Kto wykonałby zlecenia lekarskie, a co ważniejsze – kto obserwowałby, czy leczenie zaordynowane przez lekarza przynosi efekty?

Redakcja: Mimo wszystko w Polsce wciąż nie ma partnerstwa między lekarzem a pielęgniarką.

dr Mirosława Felsmann: I to mimo ogromu godzin kształcenia pielęgniarek

na poziomie wyższym. W ciągu pięciu lat na tym kierunku mamy do przepracowania 6.100 godzin, gdy tymczasem kierunek lekarski w trakcie sześciu lat studiów ma tych godzin 5.700. Sądzę, że po tak długim cyklu kształcenia możemy mówić o profesjonalizmie polskich pielęgniarek i pielęgniarzy.

Redakcja: To zapewne pozostałość po modelu kształcenia pielęgniarek na poziomie średnim.

dr Mirosława Felsmann: Tak, prawdopodobnie. Podejście do zawodu pielęgniarki zmienia się, lecz powoli. Stąd także koncepcja pomocy pielęgniarstwu – osoby wspomagającej pielęgniarkę i działającej na jej zlecenie.

Redakcja: Wracając do Pani ścieżki zawodowej – co było po szpitalu Bizziela?

dr Mirosława Felsmann: Po siedmiu latach pracy na oddziale otrzymałam propozycję pracy na uczelni – w Wyższej Szkole Pedagogicznej, na kierunku Edukacja Zdrowotna. Byłam w rozterce. Tak trudno było mi zostawić „moje dziecko” – a z drugiej strony widziałam szansę na swój dalszy rozwój. Nie do końca jednak spełniałam się w tego rodzaju dydaktyce, tęskniłam za pracą w szpitalach, za pacjentami i gdy został ogłoszony konkurs na stanowisko Naczelnicy Pielęgniarki Pomorskiego Okręgu Wojskowego wzięłam w nim udział i podjęłam następne wyzwanie. Był to rok 1996 i służba zdrowia przechodziła totalne reformy. W związku z tymi zmianami przez pierwszy i kolejny rok pracy na tym stanowisku miałam możliwość wdrożenia

różnych ciekawych i ważnych rozwiązań. Wykorzystywałam do tego nie tylko moją wiedzę praktyczną z pielęgniarstwa, ale również z umiejętności organizacji i zarządzania, a także dydaktyki. Wszystko bardzo się przydało. Współpracowałam ze szpitalami i przychodniami wojskowymi z Bydgoszczy, Torunia, Grudziądz, Szczecina, Piły, Gdańska, Olsztyna. Organizowałam szkolenia i konferencje. Należę jednak do osób, które lubią wyzwania, zmiany i możliwość tworzenia. Męczy mnie stan, w którym już nic nie można zrobić. Po dwóch latach pracy jako Naczelnica Pielęgniarki POW stwierdziłam, że już niewiele jest do zrobienia tym bardziej, że zmiany jakie nastąpiły w kolejnych latach w systemie organizacyjnym wojskowej służby zdrowia pozostały pod nadzorem naczelnicy pielęgniarki tylko wojskowe izby chorych.

Redakcja: Wówczas skierowała Pani swoje kroki do Akademii Medycznej?

dr Mirosława Felsmann: Istotnie. W owym czasie uruchomiono Wydział Pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Wzięłam udział w konkursie i zostałam zatrudniona w Katedrze i Zakładzie Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej tego wydziału. Katedrą kierowała prof. Irena Wrońska, która dojeżdżała do nas z Lublina. Pani Profesor dzieliła swoją pracę między Bydgoszcz a Lublin, mnie powierzając obowiązki kierownicze podczas swej nieobecności. W roku 2004 obroniłam doktorat i wówczas Pani Profesor uznała, że jesteśmy w stanie prowadzić dalej Katedrę bez jej udziału. Wskazała wówczas władzom dziekańskim moją osobę jako tę, której można powierzyć pełnienie obowiązków kierownika Katedry. I tak rozpoczęła się moja ścieżka kierownicza od Katedry i Zakładu Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej przez Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Pracownię Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej do dyrektora Centrum Symulacji Medycznych.

Redakcja: A doktorat czego dotyczył?

dr Mirosława Felsmann: Hematologii, a ściślej mówiąc jakości życia pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego. Była to pewnego rodzaju odpowiedź na zapotrzebowanie, ponieważ wówczas na moim oddziale internistyczno-kardiologicznym lekarze doszli do wniosku, że warto by zająć się czymś, czego w Bydgoszczy do tej pory



nie podejmowano – mianowicie hematologią dorosłych. Mieliśmy pierwsze doświadczenia z młodzieńką pacjentką Izą, która chorowała na białaczkę i udało się ją wyleczyć. Był to wielki sukces, okupiony ciężką pracą i ogromnym zaangażowaniem zespołu lekarsko-pielęgniarskiego. Miałam także doświadczenie rodzinne w tym względzie. Na plazmocytomę chorowała moja mama. Zmarła po 10 latach walki ze szpiczakiem, więc mój doktorat był również pewnym hołdem dla niej.

Redakcja: Czym zajmowała się Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej i jak zmieniała się z upływem lat?

dr Mirosława Felsmann: Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej realizowała bardzo dużo godzin z bardzo zróżnicowanych przedmiotów, zarówno na studiach licencjackich jak i magisterskich, na różnych kierunkach naszego wydziału. Były to przedmioty pedagogiczne, a także pielęgniarskie, wśród nich: pedagogika, dydaktyka medyczna, pedagogika opiekuńcza, podstawy pielęgniarstwa, badania fizykalne, teoria pielęgniarstwa, pielęgniarstwo europejskie.

Redakcja: To musiało być spore obciążenie dydaktyczne? Jak Państwo dawaliście sobie z nim radę?

dr Mirosława Felsmann: Rzeczywiście, spore wyzwanie dla kierownika jak również dla całego zespołu. Jestem z wykształcenia zarówno pielęgniarką, jak i pedagogiem pracy, ukończyłam również studia podyplomowe z zakresu organizacji i zarządzania w opiece zdrowotnej i mam specjalizację z pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego i zdrowia publicznego. Zatem rozumiałam zarówno kwestie pedagogiczne jak i pielęgniarskie. Jednak pielęgniarstwo to moja podstawowa życiowa misja i z tego też powodu dążyłam zawsze do podzielenia Katedry i utworzenia Zakładu Teorii Pielęgniarstwa, co ułatwiło zarówno planowanie dydaktyki, ujednolicenie badań naukowych, jak i rozwój bazy dydaktycznej.

Redakcja: Katedrę udało się podzielić całkiem niedawno...

dr Mirosława Felsmann: Optowałam za przejściem części pracowników do Zakładu Teorii Pielęgniarstwa, w którym można prowadzić podstawy pielęgniarstwa, teorię i pielęgniarstwo europejskie oraz pozostawieniem pedagogiki





i dydaktyki na starym miejscu. Zakład Teorii oddzielił się bodajże w 2014 roku, a w 2016 rozwinęła się samodzielna Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej. Ja skupiłam się na Pracowni, natomiast Katedrę Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej przejęła Pani dr hab. Hanna Kostyło, prof. UMK, a od ubiegłego roku dr hab. Halina Zielińska-Więczkowska.

Redakcja: Skąd pomysł na osobną Pracownię Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej? Domyślamy się, że wcześniej zwiedziła Pani inne centra symulacji? Czy w nich upatruje Pani przyszłość nauczania pielęgniarstwa?

dr Mirosława Felsmann: Jak już wspominałam, przez ponad 5 lat pełniłam funkcję wydziałowego koordynatora programu Erasmus. Dzięki tej funkcji poznałam pracownie w uczelniach partnerskich i wszystkie fundusze jakie otrzymywałam zarówno na inwestycje, jak i działalność dydaktyczną wykorzystywałam na unowocześnianie pracowni. W roku 2008 r. brałam udział w szkoleniach i warsztatach w niewielkim centrum symulacji medycznej w Poznaniu i od tego czasu wiedziałam, że to jest przyszłość i do tego należy dążyć. Zaproszono tam gości z Kanady, którzy przedstawiali swoje centra symulacji medycznych. Byłam zafascynowana możliwościami, jakie daje symulator medyczny. Widziałam także funkcjonowanie centrów symulacji w Finlandii i Holandii. Zatem gdy okazało się, że istnieją fundusze strukturalne na adaptację budynku przy ul. Łukasiewicza 1, postanowiłam je wykorzystać na pracownię symulacji.

Redakcja: Właśnie. Od 2015 roku pani jednostka, wówczas Zakład Teorii Pielęgniarstwa, zyskała nowe lokum i nowe możliwości. Prosimy o kilka słów o obecnie wykorzystywanych salach z zaawansowanymi symulatorami, symulacji wysokiej wierności, jak i salach OSCE i badań fizykalnych...

dr Mirosława Felsmann: Gdy w roku 2014 zaistniała możliwość zmiany lokum i przeniesienie jednostek kierunku pielęgniarstwo do wspomnianego budynku przy ulicy Łukasiewicza, z grupą koleżanek, nie tylko Zakładu Teorii Pielęgniarstwa, ale także z Katedry i Zakładu Promocji Zdrowia, zaplanowałyśmy dwa piętra tego obiektu. Moje marzenie o pracowniach symulacji medycznej stało się realne. I tak 1 listopada 2016 roku

Zarządzeniem Rektora UMK nr 173 z dnia 20 października 2016 r. Zakład Teorii Pielęgniarstwa został przekształcony w Pracownię Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej. Od tego dnia pracownie są dostępne dla wszystkich jednostek naszego wydziału. W salach symulacji wysokiej wierności odbywają się zajęcia w ramach pielęgniarstw klinicznych: internistycznego, chirurgicznego, pediatrii, intensywnej terapii, rehabilitacji, geriatry, neurologii. W salach do badań fizykalnych i egzaminów OSCE odbywają się zajęcia zarówno dla pielęgniarstwa, jak i dla położnictwa. Tam również, w ramach przedmiotu promocja zdrowia, prowadzone są zajęcia z pacjentem standaryzowanym, gdzie studenci odgrywają rolę pacjentów. Od 2015 roku prowadzimy w swoich pracowniach egzaminy praktyczne o charakterze OSCE dla studentów studiów magisterskich oraz egzamin praktyczny z przedmiotu „podstawy pielęgniarstwa”.

Redakcja: W jaki sposób sale symulacyjne wpływają na jakość kształcenia?

dr Mirosława Felsmann: Metody symulacji w kształceniu na kierunkach pielęgniarstwa mają długoletnią tradycję. Pierwszy etap kształcenia praktycznego zawsze polegał na nauczaniu umiejętności pielęgniarstwa na mniej lub bardziej realistycznych fantomach i тренаżerach. Nauczyciele tych przedmiotów przez wiele lat podpowiadali firmom, jak poprawić funkcjonalność fantomów. Wracając do jakości kształcenia – jakże ważnego elementu w kształceniu medycznym – to właśnie ona będzie miała wpływ na bezpieczeństwo każdego pacjenta i na jego szanse powrotu do zdrowia. Dlatego uważam, że symulacja medyczna jest ważnym i niezbędnym narzędziem poprawy jakości nauczania.

Redakcja: A co czeka nas w przyszłości? Czy Centrum Symulacji Medycznych, którego została Pani dyrektorem zostanie zbudowane od podstaw w nowym miejscu, z większymi możliwościami symulacyjnymi, czy też udoskonalą Państwo obecną siedzibę?

dr Mirosława Felsmann: Obecna siedziba nadal będzie doskonała, bo to kolejne „moje dziecko”, o które będę dbała. Natomiast nowe Centrum Symulacji Medycznych, jako jednostka ogólnouczelniana, powstanie w zaadaptowanym na ten cel budynku po szpitalu

psychiatrycznym przy ul. Kurpińskiego 19. Z tygodnia na tydzień obiekt niszczone i ponury zamienia się w słoneczne Centrum Symulacji Medycznych. Mamy nadzieję, że uda nam się uruchomić jednostkę wraz z nowym rokiem akademickim. Możliwość utworzenia CSM zaistniała wraz z przystąpieniem CM UMK do konkursu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Przygotowanie wniosku było mozolną pracą i poprzedzoną szczegółowym audytem zleconym przez Ministerstwo Zdrowia, a następnie negocjacjami. W dniu 1 marca 2016 roku została podpisana umowa nr POWR.05.03.00-00-0004/15-00 o dofinansowanie projektu pn. „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego. Dofinansowanie wynosi ponad 17 mln zł. Kwota nie do końca spełnia nasze oczekiwania, ale daje możliwość rozpoczęcia tworzenia CSM.

Redakcja: Jaka kwota ostatecznie trafiła do naszej uczelni?

dr Mirosława Felsmann: Tak jak wspomniałam – ponad 17 milionów zł.

Redakcja: Z przeznaczeniem na remont budynku przy ul. Karłowicza przygotowywanego na nowe Centrum Symulacji Medycznych?

dr Mirosława Felsmann: Wcześniejszy projekt wykazał, że potrzebujemy około 8 milionów zł na adaptację całego budynku. Z czasem, po koniecznym podziale procentowym otrzymanych funduszy, na remont budynku mogliśmy przeznaczyć około 2,5 miliona zł. Dlatego też chwilowo adaptujemy jedynie parter i pierwsze piętro, a z funduszy uczelnianych – pomieszczenia piwniczne. Dzięki aplikacji Z-cy Kanclerza spodziewamy się dodatkowych funduszy (ponad 5 milionów zł), z których 2 miliony zł ponownie zostaną przeznaczone na adaptację budynku. Mamy nadzieję, że uda nam się doprowadzić na wyższe piętra instalacje gazowe medycznych, wentylację, klimatyzację, itp. Liczymy na to, że w przyszłym roku uda nam się zdobyć dodatkowe pieniądze na remont ostatniego piętra budynku.

Redakcja: Co planujecie Państwo na poszczególnych kondygnacjach?

dr Mirosława Felsmann: Centrum to mały szpital. Drogę zaczynamy od parteru, gdzie w dużym pomieszczeniu znajdzie się niebawem ambulans karetki w pełni wyposażony zgodnie z obowiązującymi standardami. Zostanie ulokowany w tzw. sali środowiskowej, by móc tworzyć symulacje zewnętrznych warunków pogodowych. Dzięki multimediom będziemy wizualizowali drogę, las, deszcz, zabudowania – całą scenografię. Później, pacjent z ambulansu trafi na SOR, czyli do szpitalnego oddziału ratunkowego z symulatorami osoby dorosłej, kobiety rodzącej i dziecka. W SOR następować będzie selekcja pacjentów, na jaki oddział powinni trafić – na blok operacyjny, na zwykły oddział (3-łożkowa sala pielęgniarstwa wysokiej wierności), na oddział intensywnej terapii, bądź też na salę porodową. Wszystkie „oddziały” będą się znajdowały na I piętrze. Na parterze, oprócz sali środowiskowej z ambulansem i szpitalnym oddziałem ratunkowym, planujemy sale nauczania podstawowych umiejętności technicznych (manualnych), czyli тренаżery do iniekcji, punkcji, drenażu, zabezpieczenia dróg oddechowych, następnie salę laboratoryjnego nauczania umiejętności klinicznych z kozetkami i całym sprzętem do badań fizykalnych. Kolejna sala to sala umiejętności chirurgicznych z podstawowym sprzętem do tych czynności. Tutaj studenci będą ćwiczyli na тренаżerach. Na parterze będzie się mieścić również sala pacjenta standaryzowanego.

Redakcja: Ten termin padł już w naszej rozmowie, co oznacza?

dr Mirosława Felsmann: Pacjent standaryzowany to ktoś, kto będzie odgrywał rolę osoby z daną jednostką chorobową. Do tego jednak potrzeba odpowiednich ustaleń prawnych. Ideą pacjenta standaryzowanego jest wynajmowanie (lub korzystanie z wolontariatu) osób przekonywująco wcielających się w pacjentów, jak i wykorzystywanie różnorodnych scenariuszy. Jest to popularne na zachodnich uczelniach medycznych, które często korzystają z pomocy pobliskich szkół artystycznych, chociaż nie stronią również od wynajmowania osób bezdomnych, czy borykających się z kłopotami finansowymi.

Redakcja: Ale to chyba nie wszystko?

dr Mirosława Felsmann: Rzeczywiście. W obiekcie będą także trzy sale do prowadzenia egzaminów OSCE – czyli



obiektywnych standaryzowanych egzaminów klinicznych. Te pomieszczenia wyposażone będą w system kamer z możliwością nagrywania egzaminu i komunikacją między studentem a nauczycielem. Takie egzaminy wymagają przygotowania odpowiedniej ilości stacji i tzw. list kontrolnych uszczegółowionych na tyle, by w sposób ujednolicony i obiektywny ocenić umiejętności studenta.

Redakcja: A w jaki sposób planujecie Państwo w przyszłości zagospodarować II i III piętro budynku?

dr Mirosława Felsmann: Ze względu na różną liczebność grup studenckich na kierunku lekarskim przydałyby się sale, na których zmieściłaby się cała grupa dziekańska, czyli 24 studentów. Dlatego planujemy powtórzyć na II piętrze sale umiejętności technicznych z trenażerami, kolejną salę intensywnej terapii (wiemy z doświadczenia, że będzie najczęściej wykorzystywana) oraz zupełnie nowe sale – do komputerowego wspomagania nauczania, a także salę wirtualnej rzeczywistości z możliwością ćwiczenia zabiegów laparoskopowych. Już rozmawiamy z firmami tworzącymi podobne oprogramowania, choć liczymy także na współpracę z Wydziałem Matematyczno-Informatycznym naszej Uczelni.

Redakcja: A jak sobie Państwo poradzicie z kadrą?

dr Mirosława Felsmann: W ramach projektu zatrudnionych będzie 4 instruktorów symulacji oraz 4 techników

symulacji – będą wspomagali proces dydaktyczny. Technicy będą przygotowywać zarówno symulatory jak i sale do zajęć. Instruktorzy natomiast po uzyskaniu wcześniej scenariusza planowanych zajęć przygotowują się do wszystkich jego etapów i będą go prowadzić razem z nauczycielem. Wszyscy musimy mieć świadomość, że przygotowanie takich zajęć to nowe wyzwania. Postaramy się organizować tyle szkoleń, aby ułatwić nauczycielom prowadzenie zajęć metodami symulacji medycznej. Od sierpnia planujemy przynajmniej jeden dzień w tygodniu przeznaczyć na szkolenia dla chętnych nauczycieli. To taki bonus od nowo zatrudnionych instruktorów i techników symulacji dla pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych CM UMK. Mam nadzieję, że zarówno dostawy sprzętu i wyposażenia, jak i zaangażowanie kadry pozwoli na realizację w nowym roku akademickim zaplanowanych zajęć dydaktycznych w nowym Centrum Symulacji Medycznych CM UMK.

Wszystko musi być dobrze skoordynowane. Centrum należy wykorzystać racjonalnie. Nie mam obaw. Na świecie centra symulacji to standard, więc i u nas z czasem dopracujemy zajęcia tak, aby odbywały się one jak najefektywniej.

Redakcja: Które ośrodki w Polsce mogą w tej chwili poszczycić się najlepszymi centrami symulacji medycznej?

dr Mirosława Felsmann: W pełni wyposażone i bardzo dobrze funkcjonujące CSM jest w Katowicach. Nasi nauczyciele mieli możliwość odbycia warsztatów w zakresie symulacji medycznej w tym ośrodku. Tam również odbyły się tegoroczne Ogólnopolskie Zawody Symulacji Medycznej „Sim Challenge 2017”, w których uczestniczyli nasi studenci.

Redakcja: Właśnie. Reprezentacja Collegium Medicum po raz pierwszy wzięła w nich udział i całkiem dobrze sobie poradziła. To prawdopodobnie zasługa prowadzonej przez Panią Pracowni Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej.

dr Mirosława Felsmann: Ja stworzyłam warunki. Mam nadzieję, że zaraziłam pasją różnych pracowników naszej uczelni. Jeżeli chodzi o sukces naszych studentów, to zawdzięczają go sobie i opiekunowi Panu mgr Grzegorzowi Ulenbergowi z Zakładu Pielęgniarstwa



w Intensywnej Opiece Medycznej. Ich ciężka praca pozwoliła w ciągu zaledwie jednego miesiąca na to, aby stanąć obok tych, którzy do takich zawodów przygotowują się kilka lat.

Redakcja: Proszę zdradzić nam co nieco ze swego życia prywatnego – rodzina, przyjaciele, zainteresowania...

dr Mirosława Felsmann: Mam cudowną rodzinę i ona jest dla mnie i zawsze będzie na pierwszym miejscu. Wspierający mąż ze zrozumieniem kibicuje moim pa-

sjom i na razie akceptuje mój pracoholizm. Dzieci – córka i syn – to wspaniałe i spełniające się w życiu osoby. No i moje energetyczne akumulatory, czyli wnuki. Mam ich całą czwóreczkę – dwoje wnuków i dwie wnuczki. Czekają na wakacje by móc na ten czas przeprowadzić się do babci i dziadka do małego białego domku u podnóża wzgórz, na których leży nasze rodzinne miasto Chełmno. Wróciliśmy do niego prawie po dwudziestu latach mieszkania w Bydgoszczy. W tym naszym domu odpoczywam i pielęgnuję kolejne swoje pasje, którymi są ogród

i różnego rodzaju rękodzieła artystyczne, począwszy od malowania do tworzenia biżuterii i renowacji starych mebli. Cała nasza rodzinka ma różnego rodzaju zdolności artystyczne. Ja uwielbiam malowanie pastelami, małżonek wybiera oleje, córka maluje na jedwabiu, a syn korzysta z nowych technologii graficznych. Wnuczęta na razie podejmują różne próby.

Redakcja: Bardzo dziękujemy za rozmowę.

ze strony Redakcji rozmowę prowadzili dr Krzysztof Nierzwicki oraz mgr Monika Kubiak

Dyrektor w Centrum Symulacji Medycznych

1 lipca 2017 r. prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Prorektor ds. Collegium Medicum, powołała dr n. med. Mirosławę Felsmann, kierownika Pracowni Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej na Wydziale Nauk o Zdrowiu, do pełnienia funkcji Dyrektora Centrum Symulacji Medycznych na okres od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2021 r.

Dr n. med. Mirosława Felsmann od wielu lat kieruje jednostką, w której studenci zdobywają umiejętności kliniczne w pracowniach wyposażonych w trenażery, fantomy, symulatory niskiej i wysokiej wierności. Od 2016 roku Pracownia Umiejętności Klinicznej i Symulacji Medycznej dysponuje salą z zaawansowanym symulatorem osoby dorosłej i zaawansowanym symulatorem pediatrycznym. W wymienionych salach realizowane są zajęcia w oparciu o różne scenariusze z zakresu działań resuscytacyjnych w przypadku zatrzymania krążenia, opieki nad pacjentem internistycznym, chirurgicznym, pediatrycznym w zakresie intensywnej terapii, opieki geriatrycznej, neurologicznej oraz opieki nad osobami niepełnosprawnymi. W warunkach symulowanych studenci pielęgniarstwa zdobywają bardzo istotne dla zawodu kompetencje – prowadzenia całonocnej opieki w oparciu o proces pielęgnowania, stawiania diagnoz z wykorzystaniem ICNP, planowania, przewidywania różnych sytuacji, współpracy w zespole, komunikacji interpersonalnej, prowadzenie terapii czy zapobiegania zdarzeniom niepożądanym. Sale symulacji wysokiej wierności posiadają pomieszczenia kontrolne umożliwiające osobom prowadzącym sesje symulacyjne kontrolę działania symulatora, kontrolę systemu audio-video, bezpośrednią ob-

serwację ćwiczących, komunikację z ćwiczącymi, zapis i archiwizację plików debriefingu oraz odtworzenie zapisu na sali debriefingu lub symulacyjnej. Dzięki takiej technologii prowadzenie debriefingu, podczas którego student ma możliwość zweryfikowania swoich błędów, otrzymuje informację zwrotną od nauczyciela co w konsekwencji pozwala na eliminację błędów, a tym samym minimalizuje możliwość narażania pacjentów na niebezpieczeństwo.

Kolejnym nowoczesnym podejściem do dydaktyki jest możliwość prowadzenia zajęć w trzech salach OSCE. Wyposażenie sal pozwala na prowadzenie w nich badań fizykalnych na trenażerach i symulatorach niskiej wierności oraz zbieranie wywiadu, wykonywanie badań fizykalnych i komunikacji z pacjentem i rodziną z tzw. pacjentem standaryzowanym. Sale OSCE i badań fizykalnych posiadają również system audio-video, system nagłośnienia, tor wizyjny z systemem kamer i monitorów umożliwia-

jących rejestrację działań studentów, wyświetlanie materiałów instruktażowych, bezpośrednią komunikację między studentami a nauczycielem i możliwość archiwizowania nagrań.

Wymieniona baza dydaktyczna w Pracowni Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej pozwala na organizowanie Obiektywnych Strukturalnych Egzaminów Klinicznych umożliwiających sprawdzenie umiejętności studentów po zakończeniu cyklu kształcenia.

W nowym Centrum Symulacji Medycznych w warunkach symulowanych będą ćwiczyć i zdobywać umiejętności kliniczne studenci: kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i położnictwa. W obiekcie planowane są: sala Pielęgniarska Symulacji Wysokiej Wierności, sala Intensywnej Terapii, Blok operacyjny, Sala Porodowa, SOR, Ambulans, pracownie ALS, BLS oraz sale OSCE, pacjenta standaryzowanego, a także trzy pracownie nauczania umiejętności technicznych.

Dział Promocji i Informacji CM



Zawody Symulacji Medycznej



Reprezentacja Collegium Medicum UMK po raz pierwszy wzięła udział w Ogólnopolskich Zawodach Symulacji Medycznej „Sim Challenge 2017”. Zawody odbyły się w dniach 18-19 maja 2017 r. na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.

Reprezentacja naszej uczelni w składzie: Alicja Chmielewicz (pielęgniarstwo 1 rok st. I stopnia), Karolina Kłopotowska (pielęgniarstwo 1 rok, ratownictwo me-

dyczne 3 rok), Tomasz Aleksiewicz (lekarzski 4 rok) Miłosz Wardziński (pielęgniarstwo 3 rok) - lider zespołu oraz opiekun i trener grupy mgr Grzegorz Ulenberg (Zakład Pielęgniarstwa w Intensywnej Opiece Medycznej), przez dwa dni zmagali się z różnymi sytuacjami medycznymi, które z uwagi na miejsce odbywania zawodów tematycznie związane były ze Śląskiem.

W konkurencji o śląskiej nazwie „Hajer przodowy” uczestnicy zawodów wcielili się w rolę personelu medycznego, który został wezwany do kopalni węgla, gdzie doszło do zaważenia wyrobiska na skutek wybuchu gazu. Zawodnicy w asyście ratowników górniczych musieli udzielić pomocy medycznej trzem rannym górnikom. Dzięki współpracy z Centralną Stacją Ratownictwa Górniczego w Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej SUM udało się stworzyć warunki zbliżone do realnych, z jakimi radzą sobie uczestnicy podczas akcji w kopalniach.

Kolejne zadanie o nazwie „Frela” dotyczyło pacjentki (żony jednego z rannych w wyniku wybuchu w kopalni), która w wyniku kompilacji różnego rodzaju dolegliwości chorobowych połączonych z ekstremalnym stresem doznała odklejenia łożyska i wyma-

gała szybkich i zdecydowanych działań, które musieli podjąć uczestnicy zawodów.

Konkurencja o nazwie „Gryfny bajtel” rozpoczęła się gdy na świat przyszło dziecko pacjentki z poprzedniej symulacji. Zawodnicy w tej konkurencji musieli się wykazać wiedzą i umiejętnościami z zakresu neonatologii.

Podczas kolejnego zadania „Hertzklekoty” ojciec poszkodowanego w wybuchu w kopalni, podczas oczekiwania na syna w szpitalu, doznał skomplikowanych powikłań sercowo-naczyniowych, których leczenia musiała podjąć się drużyna studentów.

Ponadto, zmagania obejmowały działania w gabinecie POZ, podczas wypadku masowego oraz w sztafecie medycznej.

Rywalizacja pomiędzy poszczególnymi zespołami przebiegała w bardzo przyjaznej atmosferze, niemniej jednak poziom zawodów okazał się bardzo wysoki. Stanowi to dodatkowy powód do zadowolenia, ponieważ mimo debiutu naszych studentów na tego typu imprezie, końcowe różnice punktowe były niewielkie. Ostatecznie zwyciężyła drużyna z Lublina, która reprezentować będzie Polskę na turnieju międzynarodowym SESAM 2017 w Paryżu.

Dział Promocji i Informacji CM

Nagrody marszałka województwa

Naukowcy Collegium Medicum UMK i pracownicy szpitali uniwersyteckich otrzymali nagrody i wyróżnienia Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, w trakcie uroczystości, która odbyła się 19 czerwca 2017 r. w Centrum Kulturalno-Kongresowym Jordanki w Toruniu.

Nagrody Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego to najbardziej prestiżowe wyróżnienia, przyznawane za najwartościowsze dokonania w istotnych obszarach działalności publicznej i społecz-

nej, profesjonalnej i biznesowej. Nagrody i wyróżnienia przyznano w 13 kategoriach.

W kategorii ochrona zdrowia uhonorowani zostali:

- dr hab. Maciej Słupski, kierownik Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej, za stworzenie i uruchomienie programu transplantacji wątroby w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Jako działalność zespołową nagrodę za pierwsze w regionie i drugie w Polsce przeszczepienie krzyżowe nerek otrzymali:

- prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Katedry Chirurgii Ogólnej i Transplantologii (kierownik zespołu),

- dr hab. Maciej Słupski, kierownik Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej,

- dr Piotr Jarzemski, ordynator Oddziału Urologicznego Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy,

- dr Aleksandra Woderska, regionalny koordynator pobierania i przeszczepiania narządów Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. Transplantologii Poltransplant.

W kategorii nauka, badania naukowe, postęp techniczny wyróżnienie otrzymał:

- dr Mariusz Kowalewski, adiunkt w Zakładzie Ergonomii i Fizjologii Wyższego Wydziału Nauk o Zdrowiu, za cykl 33 anglojęzycznych publikacji naukowych z dziedziny kardiologii interwencyjnej, kardiologii i chirurgii klatki piersiowej, które zmieniły światowe wytyczne postępowania w chorobie wieńcowej i wadach serca.

Dział Promocji i Informacji CM



II miejsce w Konkursie Umiejętności Klinicznych

Studenci Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK - członkowie Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji oddział Bydgoszcz, Joanna Białczyk (V rok farmacji) i Jakub Gębalski (IV rok farmacji) zajęli II miejsce w Ogólnopolskim Konkursie Umiejętności Klinicznych podczas konferencji zorganizowanej w dniach 12-14 maja 2017 r. w Gdańsku.

Studenci musieli zmierzyć się z częścią teoretyczną dotyczącą zagadnień z farmakologii (Etap pisemny - 2-osobowe zespoły rozwiązują przez 60 minut problemy kliniczne w formie pisemnej).

Zadania sprawdzają wiedzę i kreatywność uczestników (sformułowane są zarówno w postaci pytań testowych, jak i otwartych, a w etapie ustnym (w finale) należy rozważyć farmakoterapię przy-

padku klinicznego oraz odpowiedzieć na pytania Komisji Konkursowej.

Etap ustny - cztery najlepsze zespoły wyłonione z pierwszego etapu otrzymują wybrany przypadek kliniczny. Ich zadaniem jest rozegranie sceny przedstawiającej konsultację z lekarzem prowadzącą do rozwiązania problemów zawartych w zadaniu.

Dział Promocji i Informacji CM

Nagroda PAN

Dr n. med. Piotr Adamski, asystent w Katedrze Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK otrzymał Nagrodę Naukową dla młodych naukowców w konkursie zorganizowanym przez Oddział Polskiej Akademii Nauk w Gdańsku.

Nagroda Naukowa Oddziału PAN w Gdańsku dla młodych naukowców przyznawana jest równorzędnie 5 laureatom za oryginalne osiągnięcia badawcze, które zostały opublikowane w roku poprzedzającym złożenie wniosku o nagrodę. Nagrodę mogą otrzymać pracownicy lub doktoranci instytucji naukowej, którzy w roku poprzedzającym złożenie wniosku ukończyli co

najwyżej 33 lata. Wyodrębnionych zostało 5 kategorii Nagrody: nauki humanistyczne i społeczne; nauki biologiczne i rolnicze; nauki ścisłe i nauki o Ziemi; nauki techniczne i nauki medyczne.

W kategorii nauk medycznych główna nagroda przypadła dr. n. med. Piotrowi Adamskiemu z Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Nagrodzona publikacja „Morphine delays and attenuates ticagrelor exposure and action in patients with myocardial infarction: the randomized, double-blind, placebo-controlled IMPRESSION trial” przedstawia wyniki pierwszego randomizowanego badania klinicznego na świecie, które udowodniło negatywny

wpływ morfiny na ekspozycję na tikagrelor oraz na jego działanie przeciwplateletowe u pacjentów z ostrym zawałem serca, czyli jedną z głównych przyczyn śmiertelności w krajach rozwiniętych. Praca opublikowana została na łamach „European Heart Journal” (Impact Factor 19.651), jednym z najbardziej prestiżowych czasopism kardiologicznych na świecie, będącego jednocześnie organem wydawniczym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W wymienionej publikacji dr Piotr Adamski status równorzędnego pierwszego autora dzieli z prof. dr. hab. Jackiem Kubicą oraz jest autorem do korespondencji.

Dział Promocji i Informacji CM

Nowe granty NCN dla Wydziału Farmaceutycznego

Dr n. med. Aleksander Deptuła, adiunkt Katedry i Zakładu Mikrobiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy wraz dr hab. Moniką Joanną Piotrowską z Uniwersytetu Warszawskiego tworzą zespół koordynujący, który będzie prowadzić badania we współpracy z naukowcami z Niemiec, Izraela, Holandii i Hiszpanii w ramach projektu EMerGE-NeT: Effectiveness of infection control against intra- and inter-hospital transmission of Multidrug-resistant Enterobacteriaceae – insights from a multi-level mathematical NeTwork model.

Projekt otrzymał finansowanie w konkursie JPI AMR przy współpracy z Narodowym Centrum Nauki (NCN) z zakresu oporności na antybiotyki.

W konkursie sieci JPI AMR pt. „To unravel the dynamics of transmission and selection of antimicrobial resistance (AMR) at genetic, bacterial, animal, human, societal, and environmental levels, in order to design and evaluate preventive and intervening measures for controlling resistance”, którego budżet wyniósł 28,3 mln euro, nagrodzono 19 projektów mających na celu zbadanie problemów związanych z opornością na antybiotyki i

jej przenoszeniem. Łączne środki finansowe przyznane przez NCN to 1 047 068 zł, w tym dla Collegium Medicum 423 473 zł.

Mgr farm. Karol Jaroń, asystent Katedry Farmakodynamiki i Farmakologii Molekularnej otrzymał grant PRELUDIUM Narodowego Centrum Nauki dla młodych naukowców. Projekt „Uniwersalna platforma analityczna oparta o mikroekstrakcję do fazy stałej służąca do badań metabolizmu generowanego w warunkach in vitro” otrzymał finansowanie w kwocie 150 000 zł.

Dział Promocji i Informacji CM

Stypendium za wysoko punktowaną publikację naukową

Dr n. med. Marta Pokrywczyńska, p.o. Kierownika Zakładu Medycyny Regeneracyjnej w Katedrze Urologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK,

otrzymała stypendium Rektora UMK za wysoko punktowaną publikację naukową. Stypendium zostało przyznane za publikację „Clinical pancreatic islet transplantation” w Nature Reviews Endocrinology.

Wskaźnik Impact Factor: 18.318

Punktacja MNiSW: 45.000

Nowy system nagradzania nauczycieli akademickich za wybitne publikacje został przyjęty przez Senat na grudniowym posiedzeniu i wszedł w życie 1 stycznia 2017 roku.

Dział Promocji i Informacji CM

Najlepsi w rankingu „Wprost”

Kliniki uniwersyteckie zlokalizowane na terenie Szpitala Uniwersyteckiego oraz Centrum Onkologii w Bydgoszczy zdobyły czołowe miejsca w tegorocznym rankingu WPROST - Ranking Szpitali 2017.

Klinika Chirurgii Onkologicznej, wchodząca w skład Katedry Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu zajęła 1 miejsce w kraju w rankingu

WPROST jako najlepsza w zakresie chirurgii nowotworów układu pokarmowego. Kliniką kieruje prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy również odniósł znaczące sukcesy w rankingu WPROST. W kategorii urologii - 2 miejsce zdobyła Klinika Urologii, w kategorii ortopedii

- 4 miejsce zdobyła Klinika Ortopedii, w kategorii kardiologii - 6 miejsce zajęła Klinika Kardiologii, a na 10 miejscu w kategorii kardiochirurgii uplasowała się Klinika Kardiochirurgii.

Więcej informacji:
<http://rankingi.wprost.pl/szpitala>

Dział Promocji i Informacji CM

40-lecie powstania Kliniki Psychiatrii

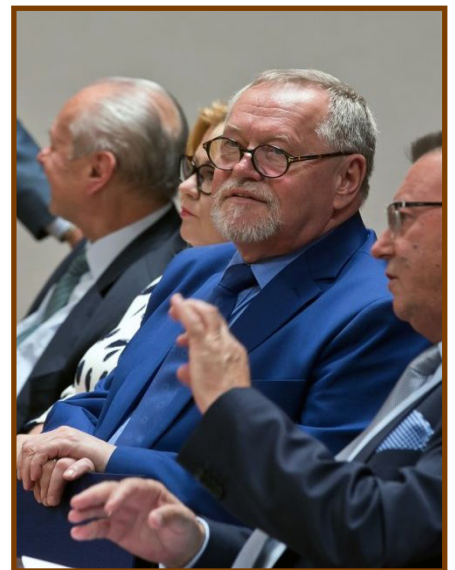
Michał Frąszczak

6 czerwca 2017 r. w hotelu Słoneczny Młyn odbyły się Uroczystości Jubileuszowe 40-lecia powstania Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy. Honorowy Patronat nad tym wydarzeniem objął Jego Magnificencja Rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Tretyn.

Wśród zaproszonych gości byli: JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Tretyn Rektor, Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Zbigniew Ostrowski, Z-ca Dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ds. Służb Mundurowych, Przewodniczący Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych gen. bryg. dr n. med. Andrzej Wiśniewski, Przewodniczący Rady Mia-

sta Bydgoszcz dr Zbigniew Sobociński, przedstawiciel Prezydenta Miasta Bydgoszczy Dyrektor ds. Zdrowia i Polityki Społecznej Agnieszka Bańkowska, Prorektor ds. dydaktycznych i studenckich UTP w Bydgoszczy dr hab. inż. Halina Olszewska, prof. UTP, Prorektor ds. Badań Naukowych UMK w Toruniu prof. dr hab. n. med. Jacek Kubica, Władze Dziekańskie oraz Członkowie Rad Wydziałów Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, Dyrektor Instytutu Psychologii UKW prof. dr hab. Janusz Trempała oraz Dyrekcja Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy z Dyrektorem dr. n. o zdr. inż. Jackiem Krysiem.

Uroczystość składała się z części oficjalnej, w której kierownik Kliniki Psychiatrii prof. dr hab. Aleksander



Araszkiewicz zaprezentował historię i dokonania 40-letniego funkcjonowania Kliniki. Następnie zabrali głos JM Rektor UMK, Prorektor ds. Collegium Medicum, Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. W wystąpieniach gości oficjalnych: Wicemarszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego pana Zbigniewa Ostrowskiego, Dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Magdaleny Daszkiewicz, przedstawiciele Prezydentów Miast Bydgoszczy i Torunia, Przewodniczącego Rady Miasta Bydgoszczy dra Sobocińskiego, przedstawiciela Oddziału Kujawsko-Pomorskiego NFZ gen. Wiśniewskiego, Dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum, poza gratulacjami składanymi dla zespołu Kliniki na ręce jego kierownika, podnoszono znaczenie i wysoką rangę Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, zarówno w aspekcie naukowo-dydaktycznym, jak i działań profilaktyczno-leczniczych kierowanych do mieszkańców wojewódz-



twą. Odczytano także okolicznościowe listy gratulacyjne JE Ks. Abp. Henryka Józefa Muszyńskiego oraz Prezesa ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr. Stanisława Prywińskiego. W części artystycznej zebrani wysłuchali nastrojowych piosenek w wykonaniu bydgoskiej artystki, wybitnej wokalistki, Adeli Konop.

Kolejną częścią Uroczystości była okolicznościowa Konferencja Naukowa. Moderatorem sesji był prof. Aleksander Araszewicz. Prof. dr hab. Jacek Wciórka (Prze-

wodniczący Komisji ds. Reformy Opieki Psychiatrycznej i Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) wygłosił referat pt. „Przyszłość opieki psychiatrycznej w Polsce”; prof. dr hab. Janusz Rybakowski (Kierownik Kliniki Psychiatrii w Bydgoszczy w latach 1985-1995, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu) referat: „Oblicza choroby afektywnej dwubiegunowej”. Sesję zakończył prof. dr

hab. Piotr Gałęcki (Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii; Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi) wystąpieniem pt. „Teoria neurorozwojowa depresji”. Po każdym referacie była bardzo ożywiona i interesująca dyskusja.

Uroczystości zakończyło wspólne spotkanie w restauracji Słoneczny Młyn, gdzie był czas na wspomnienia i przyjacielskie rozmowy.

Michał Frąszczak jest doktorantem w Katedrze Psychiatrii na Wydziale Lekarskim

Studenci farmacji nagrodzeni

Studenci kierunku farmacja Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, którzy wzięli udział w Konkursie Opieki Farmaceutycznej, odbywającym się podczas konferencji w Krakowie w dniach 10-12 marca 2017 r. zostali zakwalifikowani do finału konkursu.

Jakub Gębalski (IV rok farmacji) i Joanna Białczyk (V rok farmacji) w etapie pisemnym uzyskali wynik, który pozwolił im przejść do finału, podczas którego musieli zmierzyć się z opisem przypadku klinicznego pacjenta, dobrać odpowiednią dietę oraz farmakoterapię.

Konkurs został zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji.

Dział Promocji i Informacji CM



Prestiżowa nagroda dla młodego naukowca

Dr n. med. Katarzyna Bergmann, asystent w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK otrzymała prestiżową nagrodę dla młodego pracownika diagnostyki laboratoryjnej.

Nagroda przyznawana jest dorocznie przez Fundację Rozwoju Diagnostyki Laboratoryjnej w Krakowie oraz firmę Roche Diagnostics Polska wyróżniającym się diagnostom laboratoryjnym poniżej 35 r.ż. W ocenie kandydatów do nagrody bierze się pod uwagę dorobek naukowy (publikacje w uznanych periodykach i udział w międzynarodowych kongresach naukowych), działalność popularyzatorską i szkoleniową oraz osiągnięcia zawodowe i organizacyjne w diagnostyce laboratoryjnej i chemii klinicznej.

Dział Promocji i Informacji CM



Sukces na Scapula Aurea

Studenci studiów anglojęzycznych na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK znaleźli się na czwartym miejscu w finale Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy Anatomicznej „Scapula Aurea/Golden Scapula”.

W rankingu konkurencji indywidualnej student Neil Courtney z English Divison osiągnął czwartą pozycję. Napisał test wiedzy anatomicznej najlepiej ze wszystkich studentów anglojęzycznych w Polsce, uzyskując 60 punktów. Nieco gorzej poszło mu z tzw. „szpilkami”, tym samym zabrakło mu jednego punktu do trzeciego miejsca.

W rankingu konkurencji zespołowej anglojęzycznej, studenci Collegium Medicum UMK również zajęli 4 miejsce. Pośród wyróżnionych znaleźli się: Nimat Andisha i Tipsuda Termboontavorn.

Konkurs odbył się 27 maja 2017 r. w Katedrze Anatomii Uniwersytetu Ja-



giellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Jest to konkurs skierowany do studentów, którzy w swoich macie-

rzystych uczelniach osiągnęli najwyższy poziom wiedzy w zakresie anatomii.

Dział Promocji i Informacji CM

International MEDical Interdisciplinary Congress



10 czerwca 2017 r. na terenie Collegium Medicum UMK odbyła się druga edycja International MEDical Interdisciplinary Congress iMEDIC 2017.

Spotkanie było doskonałą okazją dla młodych naukowców, studentów, doktorantów oraz rozpoczynających karierę zawodową lekarzy do zaprezentowania swoich osiągnięć w pracy naukowej i badawczej oraz pogłębienia wiedzy z zakresu szeroko pojętych nauk biomedycznych. W konferencji wzięło udział 127 zarejestrowanych uczestników z Polski i zagranicą.

Wygłoszono 149 prac w 12 panelach naukowych, tak duża różnorodność oferty, zapewniła niecodzienną możliwość wymiany doświadczeń w wielu dyscyplinach medycznych. Nadany całokształt wydarzenia umożliwił holistyczne spojrzenie na organizm człowieka i toczące się w nim procesy chorobowe.

Dział Promocji i Informacji CM

Nadzieja Biznesu

Mgr farm. Piotr Merks asystent w Katedrze Technologii Postaci Leku na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum UMK otrzymał nagrodę specjalną „Nadzieja Biznesu” w rankingu

XXI edycji Złotej Setki Pomorza i Kujaw 2016 - za pomysł Lekolepek czyli prostych graficznych naklejek na opakowania od leków.

Złota Setka Pomorza i Kujaw to ranking podsumowujący najlepsze przedsię-

biorstwa regionu. W tym roku podczas gali w Operze Nova w Bydgoszczy przyznano również nagrodę specjalną „Nadzieja biznesu”.

Dział Promocji i Informacji CM

Praca doktorska wyróżniona

Praca doktorska dr n. farm. Renaty Pa-prockiej (asystent w Katedrze i Zakładzie

Chemii Organicznej) pt. „Aktywność bio-logiczna produktów uzyskanych w relacji N3-podstawionych amidrazonów z bez-wodnikami cyklicznymi oraz ich wybra-

nych kompleksów z miedzią(II)” została doceniona w IV edycji Konkursu Lider Nauk Farmaceutycznych.

Dział Promocji i Informacji CM

Przeszczep krzyżowy

12 czerwca 2017 r. w Katedrze Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Collegium Medicum UMK zespół transplantologów pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Włodarczyka wykonał krzyżo-we pobranie i przeszczepienie nerek.

Zabieg krzyżowego pobrania i prze-szczepu nerek odbył się jednocześnie

w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy i Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Jest to czwarty w Polsce zabieg transplanta-cji nerek pobranych od żywych dawców niespokrewnionych w ramach Programu Wymiany Par, w tym drugi przeprowa-dzony pomiędzy dwoma ośrodkami transplantacyjnymi.

Dotychczas w Polsce wykonano przeszczepienia krzyżowe w ośrod-kach transplantacyjnych w Warszawie (2015), Bydgoszczy (2016) i Warszawie-Szczecinie (2017). Ponadto w Warsza-wie w 2015 r. wykonano łańcuchowe przeszczepienie nerek.

Dział Promocji i Informacji CM

Położna Przyszłości - finał konkursu

27 kwietnia 2017 r. zakończyła się pierwsza edycja konkursu „Położna Przyszłości - Ogólnopolska Olimpiada Wiedzy”. Tytuł laureatki zdobyła Monika Jańska z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

W konkursie wzięło udział ponad 300 studentów położnictwa z 13 uczelni me-dycznych w Polsce. Celem nadrzędnym przedsięwzięcia jest promocja zawodu położnej w Polsce.

Collegium Medicum UMK w konkur-sie reprezentowały:

- Paulina Bartniczak - laureatka I etapu
- Karolina Pluta - finalistka I etapu
- Emilia Stefańska - finalistka I etapu

Dział Promocji i Informacji CM



Nagroda naukowa w onkologii

Dr n. med. Maciej Nowacki, asystent w Katedrze Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK, otrzymał 20 maja 2017 r. przyznaną przez Kapitułę Naukową i Zarząd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej doroczną nagrodę nauko-wą Towarzystwa.

PTCHO przyznaje co roku jedną na-grodę wybitnie wyróżniającym się klini-cystom i naukowcom, którzy wybierani są spośród wszystkich członków Towarzystwa przez kilkunastoosobową kapi-tułę i zarząd.

Nagrodzony dr Maciej Nowacki pro-wadzi aktywnie badania naukowe pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Woj-ciecha Zegarskiego - kierownika Katedry. Odpowiedzialny jest za wdrożenie razem z prof. Wojciechem Zegarskim pierwszego w tej części Europy programu Podciśnie-niowej Dootrzewnowej Chemioterapii Aerozolem (PIPAC), rozwój badań i roz-szerzenie implementacji w Polsce techniki Chemioterapii Dootrzewnowej w Hiper-termii (HIPEC), oraz badań w zakresie przerzutowania, rakowatości otrzewnej i innowacyjnych technik zabiegowych.

Dział Promocji i Informacji CM



10 lat Katedry i Zakładu Muzykoterapii Collegium Medicum

Wojciech Pospiech

Katedra i Zakład Muzykoterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu zaczęła działać prężnie w październiku 2016 roku, kiedy zacząłem pełnić funkcję kierownika.

Chciałbym serdecznie podziękować przy tej okazji, prof. dr hab. Janowi Styczyńskiemu – byłemu Prorektorowi, prof. dr hab. Zbigniewowi Bartuziemu – byłemu Dziekanowi WNoZ, prof. dr hab. Kornelii Kędziorze-Kornatowskiej – obecnej Pani Dziekan za umożliwienie rozwoju nowej dziedziny nauki jaką jest muzykoterapia.

Katedra i Zakład Muzykoterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu służy człowiekowi poprzez kilkadziesiąt

działań naukowo-badawczych mających na celu relaksować, współleczyć i leczyć.

Powołałem również Koło Naukowe Muzykoterapii, które skupia wszystkie osoby zaangażowane w procesy badawcze w zakresie muzykoterapii, arteterapii i współorganizowania koncertów terapeutycznych.

Funkcjonuje również Forum Doktorantów i Ogólnopolski Punkt Konsultacyjny Muzykoterapii.

Muzykoterapia jest metodą postępowania, która wykorzystuje muzykę jako formę oddziaływania terapeutycznego na ustrój człowieka. Dzięki temu, że działa wieloaspektowo na organizm ludzki ma też obszerne zastosowanie terapeutyczne. Muzykoterapia zaliczana jest do form arteterapii czyli terapii przez sztukę. Terapia muzyką jest coraz częściej stosowana jako część dopełniająca proces komplekso-

wego wspomagania zdrowia człowieka. Sprawdza się znakomicie w stanach przewlekłych chorób. Wszystkie elementy muzykoterapii mają na celu wpływać na nasze uczucia oraz samopoczucie.

Terapia muzyką stopniowo znajduje zastosowanie w coraz to szerszej sferze życia jak i sferze nauki. Stosowana jest m.in. w psychiatrii, neurologii, położnictwie, pediatrii, pedagogice, rehabilitacji jak i kardiologii.

Od 2007 roku zacząłem wdrażać nowatorskie programy muzykoterapeutyczne, zaczęliśmy przeprowadzać badania nad wpływem terapii muzyką nie tylko w szpitalach, ale także byliśmy w Arka Medical Spa w Kołobrzegu, tam został wdrożony program także dla kuracjuszy sanatorium i osób przebywających w Spa.

Terapii muzyką może być poddawany każdy człowiek bowiem jest to nieinwazyjna forma niesienia pomocy, która w ostatnim czasie jest bardzo uznawana i doceniana przez wielu.

Przez te wszystkie lata wypromowałem ponad 200 magistrantów, dwóch doktorów, za chwilę wypromuję kolejne dwie osoby.

W Szpitalach Uniwersyteckich i Centrum Onkologii prowadzone są cyklicznie koncerty terapeutyczne, by wspomóc leczenie pacjentów i zrelaksować pracujący tam personel.

Powołałem Koło Naukowe Muzykoterapii. Współpracujemy ze Stowarzyszeniem Muzykoterapeutów Polskich we Wrocławiu z Łodzią, Krakowem, Praga i Brukselą.

Doktoraty obronione:

Lek. med. Grzegorz Szymczak

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Wpływ relaksacyjny suit orkiestrowych w tonacji C-dur i D-dur J. S. Bacha oraz K. Jenkins na niwelowanie stanów lękowych i stresu u kobiet w Oddziale Patologii Ciąży”.

Dr nauk o zdrowiu Adrian Miler

Tytuł rozprawy doktorskiej: „Stymulacja muzykoterapią receptywną podczas kinezyterapii izometrycznej z uwzględnieniem jakości życia pacjentów geriatrycznych.”

W międzyczasie otrzymałem Złoty Krzyż Zasługi i Certyfikat Bursztynowej Violi za wieloletnią współpracę z okazji jubileuszu 55-lecia Capelli Bydgostiensis.

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

Data	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela	Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy
21 Luty			Monodia nie zna granic
15 Marzec	Kabaret Starszych Panów	Kabaret Starszych Panów Sala Seminaryjna	
19 Kwiecień			Utwory z Różą
10 Maj	Utwory z Różą	Utwory z Różą	
21 Czerwiec			Najpiękniejsze wybrane arie i pieśni



Collegium Medicum UMK na Bydgoskim Festiwalu Nauki

Agnieszka Milik

Collegium Medicum UMK kolejny rok z rzędu uczestniczyło w Bydgoskim Festiwalu Nauki, jako aktywny współorganizator wydarzenia. BFN jest imprezą popularno-naukową organizowaną przez bydgoskie środowisko akademickie. Mottem festiwalu, którego inauguracja miała miejsce w 2010 r. jest hasło „Złap bakcyła nauki”.

Bydgoski Festiwal Nauki jest największym tego typu wydarzeniem w mieście, skupia bowiem pięć zlokalizowanych w Bydgoszczy uczelni, tj. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy, Wyższą Szkołę Gospodarki, Bydgoską Szkołę Wyższą oraz Collegium Medicum UMK. Każda z uczelni współpracuje tworząc ofertę warsztatową, która składa się na program festiwalu. Celem przedsięwzięcia jest zaangażowanie lokalnej społeczności w inspirujący proces jakim jest nauka. Uczelnie poprzez liczne warsztaty, wykłady popularno-naukowe, dyskusje panelowe, wystawy i koncerty przybliżają zainteresowanym zagadnienia, którymi zajmują się na co dzień. Popularyzacja nauki, kultury i sztuki oraz promocja wśród mieszkańców Bydgoszczy i regionu najważniejszych osiągnięć naukowych, technicznych, a także rozbudzenie zainteresowań kulturą i sztuką to przesłanie towarzyszące festiwalowi.

Oferta programowa festiwalu podzielona jest na ścieżki tematyczne m.in.: przyrodniczą, nauk ścisłych, techniczną, artystyczną, humanistyczną. Collegium Medicum UMK jako uczelnia medyczna, wpisała się w zakres ścieżki medycznej i nauk o zdrowiu.

W tym roku w festiwalu udział wzięło ponad 70 pracowników naukowych CM UMK, którzy przygotowali 60 warsztatów adresowanych do wszystkich grup wiekowych. Zarówno najmłodsi, jak i seniorzy mogli skorzystać z oferty przygotowanej przez uczelnię. Jak samodzielnie przygotować zdrowe śniadanie, czy izolacja DNA jest trudna - mogły przekonać się dzieci w wieku przedszkolnym. Natomiast ćwiczenia jogi, jak pomóc w przypadku zawału mięśnia sercowego, a także jak zamiast jeść zacząć się odżywiać – przekonały się osoby w wieku 60+. Atrakcje stanowiły również: ogród roślin leczniczych, możliwość podejrzenia pod mikroskopem pasożyta, podej-



mowany na czasie temat alergii, wykład o innowacyjnych koncepcjach walki z nowotworami, czy wszelkie warsztaty laboratoryjne. Te i wiele innych propozycji cieszyły się zainteresowaniem odbiorców, którzy licznie odwiedzali Szpital Uniwersytecki, na terenie którego zlokalizowano część warsztatów. Odbiorców medycznej wiedzy nie zabrakło również w trakcie Pikniku Naukowo-Rodzinnego, który odbył się na Wyspie Młyńskiej w ramach podsumowa-

nia festiwalu. Studenci Collegium Medicum UMK spotkali się tam z najmłodszymi, przygotowując dla nich Szpital Pluszowego Misia. Najmłodsi mieli okazję przebadać swoje pluszaki, a ci nieco starsi mogli zbadać ciśnienie, BMI, czy poziom cukru.

Collegium Medicum UMK jest związane z Bydgoskim Festiwalem Nauki od początku jego istnienia. Początkowo jako partner, a od 2014 r. jako jeden z organizatorów. Naukowcy i studenci CM UMK

corocznie poszerzają ofertę tematyczną festiwalu, zasilając w ten sposób imprezę nowinkami ze świata medycyny. Ponad pół tysiąca zainteresowanych naszą festiwalową ofertą, liczne pytania i aktywny udział uczestników w warsztatach dowodzą, że warto wychodzić z tego typu inicjatywą na przeciw lokalnej społeczności i edukować w tym zakresie od najmłodszych lat.

mgr Agnieszka Milik jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji CM

Zrozumieć Ultrasonografię

Katarzyna Szymak



Logo Sekcji SSML PTU

Jeszcze nie tak dawno, nauka na studiach opierała się na podręcznikach oraz ręcznie pisanych notatkach. Świat się zmienia i chyba nikt już nie wyobraża sobie sesji bez dostępu do Internetu. Stał się on nie tylko źródłem informacji, ale pozwala przede wszystkim na sprawną komunikację między studentami, przekazywanie wiedzy. Ale czy można efektywnie uczyć się przez Internet? Jak uzyskać potwierdzenie rzetelności uży-

skiwanych informacji? I czy Facebook może zastąpić bibliotekę?

Grupa studentów kierunku lekarskiego: Wiktor Bursiewicz, Kamil Chojnacki, Joanna Cupryk, Marcelina Grzybowska, Konrad Kamiński i Katarzyna Szymak, założyciele bydgoskiego oddziału Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego (SSML PTU), działający jednocześnie w Studenckim Towarzystwie Naukowym – SKN Ultrasonografii przy Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej, stworzyli fanpage „Zrozumieć Ultrasonografię”, czyli stronę na portalu społecznościowym Facebook, która, jak piszą o sobie „tworzona jest przez grupę studentów medycyny, fascynatów ultrasonografii, aby dzielić się wiedzą na temat tej metody diagnostycznej”.

Studenci zamieszczają tam posty, czyli wypowiedzi w obrębie grupy odbiorców strony, dotyczące zagadnień z każdej niemal dziedziny ultrasonografii. Każdy z nich myśli o innej specjalizacji, każdy ma inne zainteresowania,

stąd każdy obserwator znajdzie tam coś dla siebie. Posty zawierają krótkie informacje, które można przyswoić podczas przerwy na kawę. Każdy post opatrzone jest zdjęciem lub filmem. Część z tych multimediów to efekt samodzielnie przez studentów wykonanych badań, na aparatach firmy Fukuda Denshi, które stanowią wyposażenie Studenckiej Pracowni Ultrasonograficznej. Każdy post opatrzone jest bibliografią. Elementem angażującym obserwatorów do wspólnej nauki jest przedstawianie zagadek ultrasonograficznych, które cieszą się dużą popularnością. Na stronie można również znaleźć informacje dotyczące m.in. najbliższego zjazdu SSML PTU, 14 października 2017 r. w Olsztynie.

Czy Facebook może zastąpić bibliotekę? Oczywiście, że nie. Praca nad fanpage'm wymaga od studentów zaznajomienia się z piśmiennictwem. Autorzy tworząc stronę sami się uczą. Jest to jednak forma, która pozwala tę wiedzę nie tylko zatrzymać dla siebie, ale i przekazywać dalej!



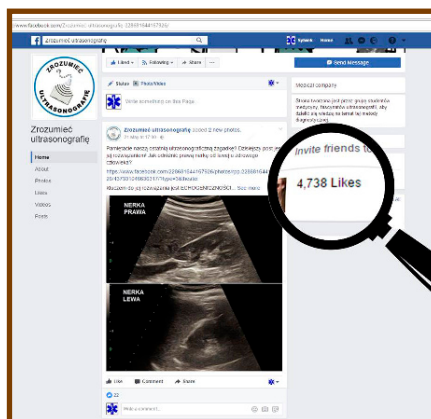
Założyciele Bydgoskiego Oddziału Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, będący jednocześnie członkami STN przy Klinice Urologii – SKN Ultrasonografii: Katarzyna Szymak, Joanna Cupryk, Marcelina Grzybowska, Konrad Kamiński, Wiktor Bursiewicz i Kamil Chojnacki

Po co? Aby ultrasonografia przestała przerażać, a zaczęła fascynować! Codzienna, mała porcja ultrasonograficznych informacji ma być zachętą do samodzielnej pracy wszystkich obserwatorów. Ultrasonografia jest metodą diagnostyczną, która daje ogromne możliwości. Pozwala pogłębić (nie zastąpić!) badanie kliniczne i postawić szybciej prawidłowe rozpoznanie. Skraca czas oczekiwania pacjenta na właściwe leczenie, a co za tym idzie, zmniejsza jego ból, strach i oszczędza zdrowie. Jest metodą subiektywną, a więc tylko wykonana osobiście pozwala wykorzystać ją w pełni jej możliwości.

Czy bydgoskiemu SSML PTU udało się osiągnąć cel? Rozpoczynając rok temu pracę nad stroną nie sądzili nawet, że dziś będzie ich obserwować ponad 4700 użytkowników Facebook'a - licealistów, studentów medycyny, lekarzy stażystów, lekarzy rezydentów, lekarzy specjalistów, ratowników medycznych i wielu innych. To świadczy o dużym zainteresowaniu tą, niezmiernie szybko rozwijającą się, dziedziną medycyny. I utwierdza w przekonaniu, że nie jest to tylko narzędzie radiologa. Powoli ultrasonografia staje się zaawansowanym stetoskopem w rękach lekarzy różnych specjalności. Świat się zmienia. Nie pozostawiamy w tyle. Rozwijamy swoją wiedzę. Czas „Zrozumieć Ultrasonografię”.

Katarzyna Szymak

Od Redakcji: O idei powstania Pracowni Ultrasonograficznej pisaliśmy w ubiegłym numerze „Wiadomości Akademickich” 2017 nr 65 s. 14-15.



Widok strony internetowej i jej logo



Zapaleni spod znaku SSML PTU

Pionierski zabieg Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy

10 maja 2017 r. zespół lekarzy z Katedry Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK w składzie: prof. dr hab. n. med. Wojciech ZegarSKI i dr n. med. Maciej Nowacki z asystą dr. Marka Przybyła przeprowadził pierwszy w Polsce i tej części Europy pionierski zabieg Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy. Zabieg odbył się w Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy to innowacyjne połączenie technik laparoskopii z nowoczesnym sposobem dostarczania leku u pacjentów z rozsiewem nowotworu o pierwotnej etiologii raka: żołądka, jajnika, jelita grubego i innych.

Obecnie zabieg wykonywany jest w 20 krajach, głównie Europy Zachod-

niej, z łączną liczbą 100 wysokospecjalistycznych ośrodków referencyjnych oferujących ten nowy rodzaj terapii. Opiekę merytoryczną nad pierwszymi dwoma zabiegami wykonanymi w Bydgoszczy pełnił osobiście twórca metody Profesor Marc Reymond, który wykonał pierwszy na świecie zabieg PIPAC 5 listopada 2011 r. po około 30 latach przygotowań zarówno klinicznych jak i technicznych, obejmujących także przeprowadzone liczne badania in vitro i in vivo. Profesor Marc Reymond reprezentuje jeden z najsławniejszych i najlepszych ośrodków referencyjnych Chirurgii w Republice Federalnej Niemiec tj. Klinikę Chirurgii Uniwersytetu w Tybindze (Universitätsklinik für Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie), której dyrektorem jest Profesor Alfred Königsrainer.

for. Katarzyna Nowacka, Dział Promocji i Informacji CM



Ludzie! Cuda w tej budzie!

Wojciech Szczęsny

Jakiś czas temu na spotkaniu rodzinnym, ktoś poruszył temat papieża Franciszka, a za chwilę rozmowa skierowała się ku świętemu, Janowi Pawłowi (było to w okresie jego kanonizacji). I wtedy ktoś zapytał mnie czy jako lekarz wierzę w cuda za jego wstawiennictwem i w ogóle w cuda jako takie. No cóż, zgodnie z prawdą powiedziałem, że nie. Wyjaśniłem moim krewnym czemu, co też uczynię teraz.

Każde zajęcia ze studentami rozpoczynam od przypomnienia, że medycyna nie jest nauką ścisłą w sensie matematyki. Dwa i dwa najrzadziej bywa tu cztery. Przecież każdy mieszkaniec Polski ma w tej chwili inny poziom hemoglobiny, niektórzy bardzo niski wymagający przetoczenia krwi, inni wręcz przeciwnie, lecz większość mieści się w normie. A właśnie. W normie? A co to jest norma? Definicja łatwa, a jednocześnie niezwykle trudna, wymagająca aparatu matematycznego, którego autorem był „książę matematyków” Carl Gauss. Skopiowałem zatem ze strony hyperphysics.phy-astr.gsu.edu krzywą Gaussa. Ta krzywa może oznaczać dla nas dowolne zjawisko np. wzrost mężczyzn w Polsce. Na osi rzędnych mamy odsetek mężczyzn o danym wzroście, zaś na odciętych wartość wzrostu w cm.

Załóżmy zatem, że 0 oznacza 176 cm. Jak widać takich ludzi jest najwięcej. W prawo są wyżsi, w lewo niżsi. Ktoś mający 190 cm (powiedzmy, że jest tam gdzie znaczek przypominający grecką literę sigma) jest wysoki ale „normalny” prawda? Tak samo 165 cm (sigma po lewej z minusem) też nie jest karłem. Ale widać wyraźnie, że takich ludzi jest mniej. Podobnie jak tych oznaczonych 2 sigma (pewien ponad 2 metry) czy (-) 2 sigma (około 150 cm). Powyżej (czy poniżej) tych wartości zaczyna się choroba, a jednocześnie liczba tych osób jest jeszcze mniejsza. To samo dotyczy poziomu hemoglobiny, cukru we krwi, hormonów, czy - i tu zaczyna się nasza opowieść - rozkładu objawów choroby i odpowiedzi na leczenie. Weźmy nieoperacyjnego raka żołądka. Guz nacieka sąsiednie tkanki, są przerzuty w wątrobie. Spójrzmy jeszcze raz na krzywą Gaussa. Tym razem na odciętej mamy ilość przeżytych od rozpoznania (operacja zwiadowcza) dni. Powiedzmy, że średnio jest to 90 dni (0). I znowu tych „średniaków”

jest najwięcej. W prawo ludzie, którzy przeżyli więcej niż 90 do (powiedzmy sigma -120, 2 sigma -150 itd.) w lewo zaś ci, którzy zmarli wcześniej (nawet w dniu zabiegu). Im dalej od „średniej” tym mniej takich pacjentów. Ale uwaga powyżej 3-sigma zaczynamy wchodzić w strefę „cudu”. „Przecież lekarze mówili, że 90 dni to góra, a ojciec żyje ponad pół roku i ma się dobrze. To cud. Mama modli się do Jana Pawła II”. Tak, to prawda, są tacy pacjenci. W innych przypadkach, gdzie choroba większość ludzi doprowadza do śmierci, mogą przeżyć i być wolni od choroby. Ich organizm, często dzięki pomocy leków, operacji, naświetlań itp., pozbył się komórek nowotworowych. Przekroczyli strefę 3 sigma. Dlaczego tak się dzieje? Ano dlatego, że każdy organizm choruje indywidualnie. Są pewne ramy, ale coś może pójść nie tak lub odwrotnie doskonale. W naszym ciele mamy komórki i cały system, który walczy z zakażeniami, obcymi białkami czy wreszcie komórkami nowotworowymi zmuszając je, nim się rozwiną w guz, do samobójczej śmierci (apoptoza). Widać mąż pani, która modliła się do Jana Pawła miał go lepiej rozwinięty, może lepiej reagował na chemioterapię paliatywną jaką otrzymywał itp., itd. Umarł na pewno mimo modlitw.

Powstaje jednak pytanie czy można wpłynąć na mechanizmy immunologiczne innymi działaniami niż leki czy techniki fizykochemiczne (np. zmiany temperatury). Czy tu nie kryje się siła modlitwy, postu czy innego „zawierzenia”? Od dawna znany jest związek odporności człowieka i narażenia na stres. Znane są relacje (również w sensie anatomiczno-fizjologicznym) pomiędzy mózgiem a systemem obronnym. Badany jest wpływ stresu i działań psychologicznych na apoptozę (śmierć komórek nowotworowych i uszkodzonych) na wczesnym etapie. Tu otwiera się pole do modlitwy, wiary, spowiedzi itp. Ale tylko mojej własnej. Nie działa modlitwa za mnie jeśli o niej nie wiem. Działa gdy wierzę, że będzie dobrze, gdy przyjaciele mówią, że są ze mną, pomagają itp. Oczywiście w ramach krzywej, daleko od jej szczytu, ale cały czas w jej obrębie. Nie znamy tych mechanizmów jeszcze zbyt dobrze, nie umiemy nimi sterować. Ale są na pewno. I nie są cudowne czy boskie. Są natural-

ne jak drzewo i człowiek. Bo nie ważne czy wierzę w ptaka emu czy Jezusa aby walczyć z chorobą. Ważne, że wierzę. Cytokina czy apoptoza nie rozróżnia Matki Boskiej od Allaha. Tak można wyjaśniać to, co niektórym zwą cudem.

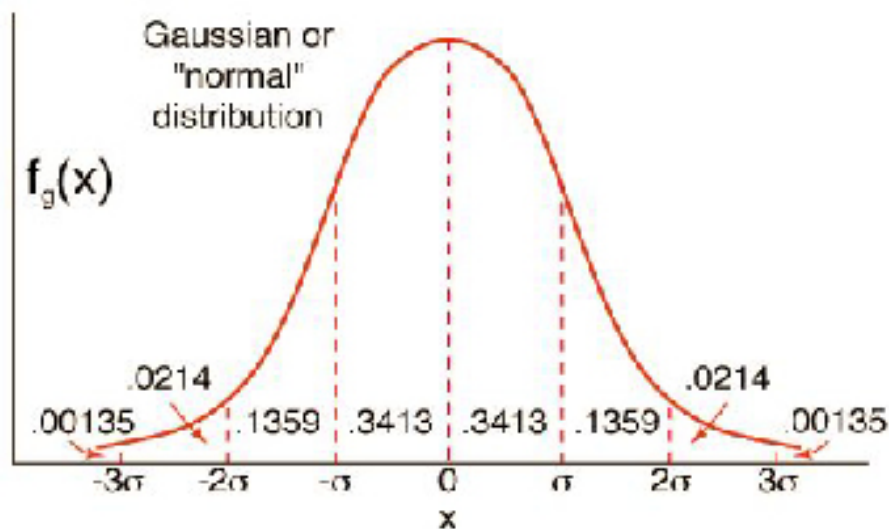
Należałoby zastanowić się teraz czym jest tak naprawdę cud. Moim skromnym zdaniem nie wolno nazywać nim zdarzeń, które choć rzadkie (z obrzeży krzywej Gaussa) mogą się wydarzyć. Ktoś miał statystycznie rzecz biorąc umrzeć, a żyje, ktoś umarł choć był „całkiem zdrowy”. Ktoś miał hemoglobinę najniższą na świecie i żyje itp., itd. To wszystko być może. Jeśli amputowałbym człowiekowi kończynę i ona po miesiącu odrosłaby wskutek otoczenia go modlitwą, powinienem się nawrócić i pójść pieszo do Santiago di Compostella czy nawet dalej. Ale nie! Ktoś kto jest naukowcem w tym momencie ma obowiązek zbadać dlaczego tak się stało. Jakie komórki w kikucie kończyny pozwoliły na jej odrastanie. czym różnił się ten człowiek od setek innych, którym amputowałem kończynę? Jak to, co odkryłem u niego przenieść na innych? Jeśli coś odbiega od normy w sposób ewidentny muszę (powiniennem) odpowiedzieć na pytanie, dlaczego. Nie wolno ograniczyć się do stwierdzenia „to cud”. Takie postępowanie dyskredytuje daną osobę jako naukowca.

Jak mawia klasyk: „cudów nie ma”.

W dniu, w którym piszę te słowa, do Kliniki w której pracuję, przyjeleliśmy chorego z nowotworem jelita grubego. Cóż w tym nadzwyczajnego? Otóż ten wykształcony, mieszkający w dużym mieście 40-latek leczył się za radą pewnych ludzi za pomocą głodówki. Owa cudowna kuracja miała „zagłodzić raka”. Były świadectwa osób, które wyleczyły się takim sposobem. Wiadomo przecież już choćby z pracy dr Zięby pt. „Ukryte terapie. Czego lekarz ci nie powie”, że klasyczne metody leczenia raka to chemia, która zabija (autor tego dzieła miał niedawno show w polskim Sejmie). Stopień niedożywienia jaki osiągnął nasz pacjent nieomal spowodował jego śmierć. Kilka tygodni ratowano go w ośrodku żywieniowym. Nie wiem czy przeżyje. Ktoś go oszukał, pisząc o cudach, modlitwie i diecie. Czy będzie miał wyrzuty sumienia po jego śmierci? Nie sądzę. Za pieńiądze od zdesperowanych ludzi („dieta”

mimo swego ubóstwa sporo kosztuje) pewnie leży na plaży na Majorce z fajną panienką, śmiejąc się w kułak z głupców, którzy wierzą jemu, Ziębie i podobnym.

Na koniec poświęćmy kilka zdań niejakiemu Bashoborze. Ów świątobliwy mąż często dający „shows” w naszym kraju prócz głoszenia prawd ewangelicznych ma ponoć (czemu nigdy nie zaprzeczył) na koncie 27 wskrzeszeń z martwych. Już śp. abp. Życiński pokpiwał, że jest w tym lepszy od Jezusa (doniesienia pisemne o 3). Były poseł PO Godson twierdzi, że w Afryce, skąd pochodzi, wskrzeszenia są dość powszechne, bo sam widział jedno i ma na tę okoliczność nagranie video. Najlepsi byli ci, którzy widząc oczywistą brednię w owym wyznaniu Bashobory, a nie chcąc wyjść na durniów zaczęli tłumaczyć, że to nie człowiek (Bashobora), ale sam Bóg wskrzesza jego niegodnymi rękoma. Genialne w swej głupocie i geniuszu jednocześnie. Pomyślałem sobie, że gdyby istotnie ktoś - po stwierdzeniu zgonu zgodnie z obowiązującymi we współczesnej medycynie regułami,



z cechami rozkładu ciała (jak Łazarz z Ewangelii) - został wskrzeszony byłoby to wydarzenie porównywalne z lotem na Księżyc. Tymczasem Bashobora robi to „na co dzień”, a Godson (facet, który ustanawiał prawo w mojej ojczyźnie) mówi: „spoko, to norma”. Albo ja zgłupiałem albo coś jest nie tak z tamtymi. Tertium non datur.

Każdemu wolno wierzyć w co zechce. Mój tekst, nie jest dla ludzi, którzy w płamach na kominie widzą Zbawiciela a na brudnej szybie Matkę Boską. A może jednak tak? W psychiatrii też obowiązują prawa księcia matematyków.

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

Rok Władysława Biegańskiego i Władysława Raczkiewicza

Walentyna Korpalska

Zgodnie z Uchwałą Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2016 r. rok 2017 ustanowiono Rokiem Tadeusza Kościuszki, Józefa Hallera, Władysława Raczkiewicza i Władysława Biegańskiego. Myślę, że warto przypomnieć sylwetki znakomitego lekarza, współtwórcy polskiej szkoły filozofii medycyny oraz znanego polityka, który odegrał ważną rolę w dziejach naszego regionu.

Jak podaje Uchwała (Monitor Polski 16 listopada 2016, poz.1122):

„29 stycznia 1917 roku zmarł Władysław Biegański, wybitny lekarz, badacz, etyk.

Doktor Władysław Biegański po studiach w Warszawie, Berlinie i Pradze osiedlił się w 1883 roku w Częstochowie, obejmując kierownictwo Szpitala imienia Najświętszej Maryi Panny oraz stanowiska lekarza miejskiego i lekarza Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Uczynił z małego prowincjonalnego szpitala w Częstochowie ośrodek naukowy – „małą klinikę”, której dorobek porównywano z dorobkiem ośrodków uniwersyteckich.

Władysław Biegański w ciągu 35 lat pracy w Częstochowie ogłosił drukiem 132 prace w dziedzinie medycyny i filozofii. Był prekursorem kilku dziedzin medycyny, w tym neurologii, kardiologii, ortopedii.

Napisał kilka podręczników medycznych oraz dzieł filozoficznych dotyczących logiki, etyki i teorii poznania. Społecznie, założył Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie, częstochowski oddział Polskiego Towarzystwa Krajoznawczego, Towarzystwo Dobroczynne dla Chrzęstian i częstochowskie Muzeum Higieniczne. Popularyzował oświatę sanitarną, w szczególności zasady higieny, wygłaszając liczne odczyty.

Władysław Biegański jest jednym z wybitniejszych przedstawicieli polskiej szkoły filozoficzno-lekarskiej. Wywarł znaczący wpływ na rozwój polskiej medycyny, etyki i logiki. Przyczynił się również do rozwoju Częstochowy – miasta, w którym pracował. Wybrany został przez mieszkańców swego miasta na Częstochowianina Stulecia.

Senat Rzeczypospolitej Polskiej ustanawia rok 2017 Rokiem Władysława Biegańskiego, by w setną rocznicę jego śmierci oddać należny hołd temu zasłużonemu lekarzowi, który swoje życie poświęcił dobru wspólnemu”.

Gdybyśmy dzisiaj w środowisku medycznym postawili pytanie o życie i dorobek tego wybitnego człowieka, z dużą dozą prawdopodobieństwa moglibyśmy założyć, że dla znacznej części pytanых kojarzy się on z etyką lekarską i właści-

wie z jednym zdaniem: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”. Nie wszyscy pamiętają, że ten prowincjonalny lekarz, opiekujący się robotnikami w zakładach przemysłowych Częstochowy, był autorem wielu dzieł i współtwórcą polskiej szkoły filozofii medycyny. Jak sugeruje T. Bilikiewicz w cytowanej niżej pracy dzieło Biegańskiego: Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego przyczyniło się do powstania w 1897 r. czasopisma „Krytyka Lekarska”, które stało się ostoją duchową polskiej szkoły filozoficzno-lekarskiej.

Władysław Biegański urodził się 28 kwietnia 1857 roku w miasteczku Grabów, w poznańskim. Do gimnazjum uczęszczał w Piotrkowie, a następnie zapisał się na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Dyplom lekarza uzyskał w 1880 roku, a rok później, ze względu na trudne warunki finansowe, objął posadę lekarza okręgowego w głębi Rosji. W dwa lata później odbył podróż do Berlina i Pragi, aby zapoznać się z postępami nauk medycznych. W 1883 roku osiadł w Częstochowie i objął kierownictwo szpitala im. Najświętszej Marii Panny, stanowisko lekarza miejskiego i lekarza Kolei Żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej.

Był lekarzem fabrycznym, prowadził także prywatną praktykę lekarską.

Był tytanem pracy. Pod jego kierownictwem szpital został zreformowany i unowocześniony. Stał się miejscem spotkań, konsultacji, nauki – „małą kliniką”, a sam Biegański przez współczesnych był nazywany „profesorem bez katedry”, ponieważ swoje prekursorskie prace pisał z dala od ośrodków uniwersyteckich. W urywku biograficznym, zamieszczonym w cytowanej niżej pracy pod red. W. Tatarkiewicza stwierdzał: „Sam się nieraz dziwię, jak mi się udało pogodzić wyczerpującą praktykę lekarską z systematyczną, poważną pracą naukową”.

W 1885 roku Biegański ożenił się z Mieczysławą Rozenfeldówną, córką inżyniera Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Mieli dwie córki. Mieczysława była korektorką i pierwszą recenzentką prac Biegańskiego. Przeżyli wspólnie 32 lata. W opublikowanej po latach książce: Władysław Biegański, życie i praca Mieczysława dokonała skrupulatnej i dogłębnej analizy życia i twórczości wybitnego lekarza, filozofa i etyka, a równocześnie bardzo bliskiego jej człowieka. W książce zawarła także bibliografię prac męża. Przez pierwszych dziesięć lat pobytu w Częstochowie zajmowała go zwłaszcza medycyna. Poza praktyką lekarską opublikował w tym czasie dwa ważne dla nauki i praktyki lekarskiej podręczniki: Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych (1891) i Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych (1900-1901). Równocześnie, jako samouk, poświęcał się systematycznym studiom filozoficznym. Przedmiotem jego badań stawały się coraz szersze zagadnienia. Od prac klinicznych i kazuistycznych przechodził do medycyny teoretycznej i biologii ogól-

nej, od historii medycyny kierował się ku filozofii. Stąd też Biegańskiego uważamy za jednego z twórców filozofii medycyny, zwłaszcza metodologii nauk lekarskich i logiki medycyny.

Wśród licznych prac Władysława Biegańskiego wymienić należy:

- Zasady logiki ogólnej (1903)
- Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego (1908)
- Wnioskowanie z analogii (1909)
- Teoria logiki (1912)

Poza tym:

- Myślenie ogólne, a kojarzenie wyobrażeń (1897)
- Geneza pojęć (1899)
- Istota sądu (1900)
- Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej (1899)
- Etyka ogólna (1917).

Swoje stanowisko w wielkim sporze między witalistami, a mechanycystami (pytania o źródło życia) przedstawił w kilku publikacjach w „Krytyce Lekarskiej” pod wspólnym tytułem Neowitalizm w współczesnej biologii (1904). Jako filozof przyrody skłaniał się do neowitalizmu, dążąc do pogodzenia determinizmu z indeterminizmem, na którym to kompromisie jest oparta jego etyka. Artykuły te przekonują o wielkiej erudycji autora.

Oprócz pracy lekarskiej – zawodowej i naukowej – był Biegański także znanym społecznikiem. Był twórcą i wieloletnim prezesem Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, animatorem pracy innych towarzystw naukowych. Z ogromnym zaangażowaniem poświęcał się popularyzacji zasad higieny, prowadził akcje oświaty sanitarnej, walki z chorobami zakaźnymi, zwalczania alkoholizmu. Zapoczątkował stworzenie w Częstochowie Muzeum Higienicznego oraz Bibliote-

ki Miejskiej. W 1914 roku Uniwersytet Jagielloński proponował Biegańskiemu objęcie katedry logiki, jednak ze względu na zły stan zdrowia nie zdecydował się on na to.

Doktor Władysław Biegański – wybitny człowiek, lekarz i naukowiec zmarł 29 stycznia 1917 roku w Częstochowie i został tam pochowany na cmentarzu Kule.

Warto zapamiętać kilka z jego myśli:

Nie ten jest lekarzem, kto leczy lekkie i ostre choroby, lecz kto w długotrwałych cierpieniach i rozpaczliwych przypadkach nie straci cierpliwości i spokoju, i potrafi ufnością natchnąć chorego i otoczenie.

Kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto nie ma miękkości i słodyczy w obejściu, kto nie ma dość siły, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą, to niech lepiej obierze sobie inny zawód, gdyż nigdy dobrym lekarzem nie będzie.

Gdyby mnie ktoś dziś zapytał, jakie cnoty uważam za najważniejsze dla lekarza, odpowiedziałbym bez wahania: ludzkość, sumienność i stanowczość.

Ogólna kultura etyczna jest niezbędna dla ugruntowania, utrwalenia zasad etyki zawodowej, gdyż zasady te wiążą się ściśle z zasadami ogólnymi, są bowiem ich pochodnymi, szczegółowymi wyrazami.

Pisma lekarskie obok nauki powinny koniecznie krzewić ideały etyczne.

Polecam do przeczytania:

W. Biegański, Etyka ogólna, Warszawa 1918. Wydana ze spuścizny rękopiśmiennej pod red. W. Tatarkiewicza (życiorys i spis prac naukowych W. Biegańskiego opracował W. Tatarkiewicz)

M. Biegańska, Władysław Biegański, życie i praca, Warszawa 1930

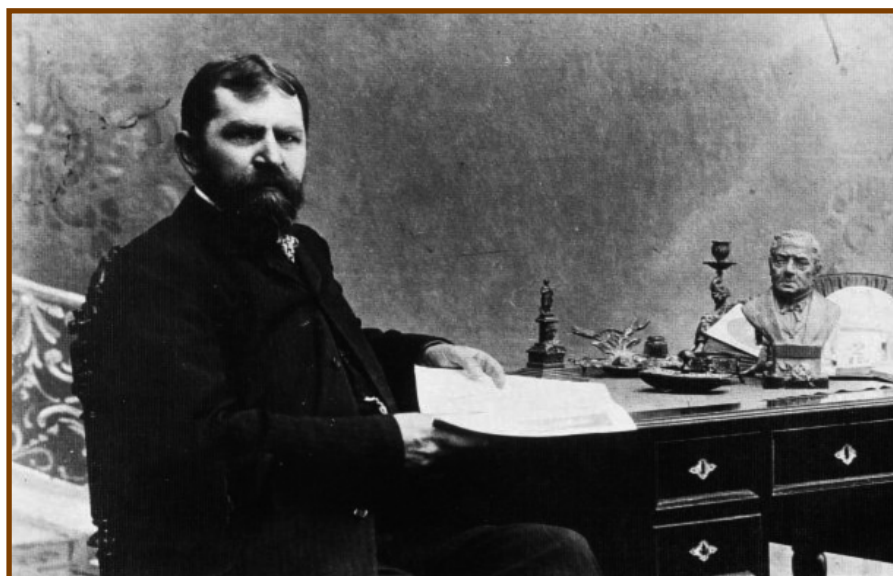
T. Bilikiewicz, Poglądy filozoficzne Biegańskiego, (w:) Władysław Biegański lekarz i filozof 1857-1917, pod. red. G. Świderskiego i M. Stańskiego, Poznań 1971.

A. Tarnopolski, Filozofia a praktyka: świat Władysława Biegańskiego, Częstochowa 2000.

W treści kolejnej Uchwały (Monitor Polski 17 listopada 2016 poz. 1123) czytamy:

„6 czerwca 2017 r. upływa siedemdziesiąt lat od śmierci Władysława Raczkiewicza (1885–1947), polskiego polityka, w latach 1939–1947 prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej na uchodźstwie. Senat Rzeczypospolitej Polskiej, pragnąc uhonorować tę jedną z najważniejszych postaci w polskiej polityce pierwszej połowy XX wieku, ustanawia rok 2017 Rokiem Władysława Raczkiewicza.

Władysław Raczkiewicz, adwokat, uczestnik walk w okresie I wojny światowej



Władysław Biegański

i w wojnie 1920 r. z bolszewikami, w okresie międzywojennym pełnił wiele ważnych funkcji politycznych i społecznych: wojewody, ministra spraw wewnętrznych, marszałka Senatu, prezesa Światowego Związku Polaków z Zagranicy. Postrzegany był jako państwowiec. Jednak najważniejszy urząd, prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej na uchodźstwie, przyszło mu zajmować w tragicznym dla Polski okresie II wojny światowej i pierwszych lat powojennych. Jedną z przyczyn nominowania go na stanowisko prezydenta były jego bardzo dobre kontakty z Polonią, zapoczątkowane w okresie pełnienia funkcji marszałka Senatu, izby parlamentu sprawującej opiekę nad Polonią. Dzięki zrzeczeniu się przez niego w tak zwanej umowie paryskiej części uprawnień prezydenta na rzecz premiera Władysława Sikorskiego możliwa była trudna współpraca pilsudczyków i Frontu Morges oraz uwiarygodnienie rządu wobec zachodnich sojuszników Rzeczypospolitej. Starał się łagodzić konflikty między polskimi ośrodkami władzy na Zachodzie. Apelowal do papieża Piusa XII o zainteresowanie się losem Polaków i Żydów, ofiar niemieckich represji, jak również do aliantów zachodnich o wsparcie powstania warszawskiego. Był świadkiem tragicznych dla Polski wydarzeń, jak: śmierć Władysława Sikorskiego w katastrofie gibraltarskiej, cofnięcie po konferencji jałtańskiej przez wielkie mocarstwa uznania rządowi Rzeczypospolitej na uchodźstwie czy tworzenie się w Polsce władzy ludowej. W tym niełatwym okresie był dla Polaków w kraju i za granicą symbolem trwania państwowości polskiej.

Władysław Raczkiewicz funkcjonuje w potocznej świadomości historycznej przede wszystkim jako czwarty prezydent Rzeczypospolitej Polskiej – na uchodźstwie. Zanim jednak objął tę funkcję zapisał już bogatą kartę działalności politycznej.

Urodził się 16 stycznia 1885 roku w Kutaisi (Gruzja). Dziad Raczkiewicza, uczestnik powstania 1863 roku, po konfiskacie majątku i odbyciu kary zesłania na Syberię, zmuszony był do osiedlenia się na Kaukazie. Po ukończeniu gimnazjum w Twerze podjął studia prawnicze na uniwersytecie w Petersburgu, a ukończył je w 1911 roku w Dorpacie. W czasie studiów był jednym z czynniejszych działaczy Związku Młodzieży Polskiej „Zet”, związanego z Ligą Narodową. Kontakty z tego okresu były bardzo pomocne w czasie pełnienia potem przez niego wielu funkcji państwowych.

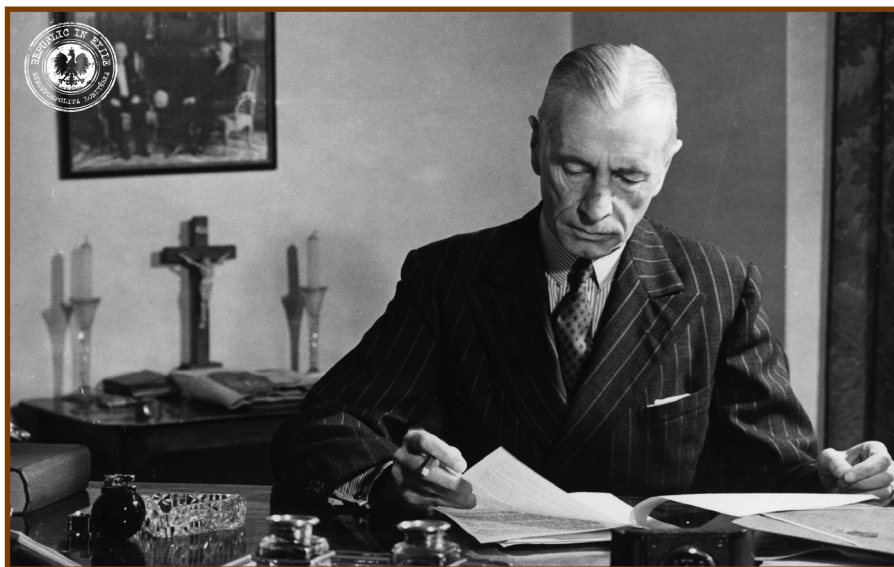
Od pierwszych dni odradzania się niepodległej państwowości polskiej, Władysław Raczkiewicz aktywnie włą-

czył się w nurt głównych wydarzeń politycznych. Od grudnia 1920 roku był delegatem rządu RP w Wilnie, w czerwcu 1921 roku został ministrem spraw wewnętrznych w rządzie Wincentego Witosa, trzy miesiące później mianowano go wojewodą nowogrodzkim. W czerwcu 1925 roku został powołany na stanowisko ministra spraw wewnętrznych. Na mocy jego zarządzenia w lutym 1926 roku Gdynia otrzymała prawa miejskie. Po przewrocie majowym w 1926 roku objął stanowisko wojewody wileńskiego. Władysław Raczkiewicz pełnił szereg funkcji w naczelnych organach władzy i administracji państwowej. Był wojewodą nowogrodzkim, wileńskim i krakowskim, trzykrotnie był ministrem spraw wewnętrznych. W 1930 roku, w wyniku wyborów „brzeskich” został marszałkiem Senatu, uczestniczył w uchwaleniu Konstytucji Kwietniowej.

Nie ulega wątpliwości, że zarówno pochodzeniem, zainteresowaniami, a przede wszystkim działalnością i sentymentami, związany był z Kresami Wschodnimi. Jeśli jednak poza Kresami był jakiś region mu bliski, to było nim Pomorze. Kiedy wiosną 1936 roku ustąpił z funkcji ministra spraw wewnętrznych, z zadowoleniem przyjął od prezydenta Ignacego Mościckiego nominację na stanowisko wojewody pomorskiego. Dnia 16 lipca 1936 roku objął swój nowy urząd w Toruniu i sprawował go aż do czasu emigracji we wrześniu 1939 roku. Wykazał wiele umiejętności jako administrator Pomorza – regionu, którego pozycja stawała się pod koniec lat trzydziestych kluczowa. Władysław Raczkiewicz pełnił jednocześnie wiele funkcji społecznych, był prezesem Światowego Związku Polaków z Zagranicy, był inicjatorem budowy Domu Polonii Zagranicz-

nej w Warszawie. W uznaniu zasług w tej sferze działalności Centralna Biblioteka Polska w Kurytybie otrzymała imię Władysława Raczkiewicza.

Zasadnicze zręby polityki Władysława Raczkiewicza jako wojewody pomorskiego skonkretyzowane zostały przez niego w tzw. „programie pomorskim”. Wiele uwagi poświęcił w nim procesom integracji Pomorza z resztą ziem polskich, przełamywaniu barier międzyregionalnych, likwidacji różnic i uprzedzeń między różnymi grupami ludności w państwie polskim. Ważnym elementem tej polityki była decyzja o zmianie granic województwa pomorskiego, co w opinii wielu współczesnych uważano za osobistą zasługę Raczkiewicza. W skład województwa pomorskiego włączono z województwa warszawskiego powiaty: lipnowski, nieszawski, rypiński, włocławski, z województwa poznańskiego powiaty: bydgoski, inowrocławski, szubiński i wyrzyski oraz gminy Chełmce i Kruszwice z powiatu mogileńskiego. Do województwa warszawskiego włączono natomiast powiat działdowski. Pozytywne skutki integracji Pomorza z resztą ziem polskich pełniej ujawniły się w miesiącach poprzedzających agresję hitlerowską. Znaczący był w tym udział wojewody Raczkiewicza. Założenia swojego programu uzasadniał następująco: „Programem pomorskim jest dążenie, aby Pomorze stało się żywą twierdzą na straży morza i przyległych granic. Wynika ono z geopolitycznego położenia tej ziemi, gdyż skrawek naszego morza mieści się w granicach tego województwa i ono stanowi jego zaplecze”. Akcentował mocno kwestie granic zewnętrznych, sąsiedztwo Gdańska, aktywność sąsiadów, granicę morską, port w Gdyni. W ramach realizacji „programu pomorskiego” podjęto starania o utworzeniu na Pomorzu kuratorium szkolnego.



Władysław Raczkiewicz

Wojewoda Raczkiewicz był orędownikiem utworzenia w Toruniu uniwersytetu, rozpoczęto nawet zbiórkę pieniędzy na ten cel.

Wraz z wybuchem wojny ostatni wojewoda pomorski otrzymał od premiera polecenie udania się za rządem tra-

są jego ewakuacji. Rozpoczął się nowy okres w jego życiu. Władysław Raczkiewicz zmarł 6 czerwca 1947 roku w Ruthin w Walii. Został pochowany na Cmentarzu Lotników Polskich w Newark w Wielkiej Brytanii.

Bazę źródłową tekstu stanowiły przechowywane w zbiorach Archiwum Państwowego w Bydgoszczy „Akta Urzędu Wojewódzkiego Pomorskiego” oraz „Dziennik Wojewody Pomorskiego”.

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

Herbata miętowa czy liść mięty? Leki roślinne i suplementy diety – podobieństwa i różnice

wykład z cyklu „Medyczna Środa”

Daniel Modnicki

Zarówno w aptekach, jak i w obrocie pozaaptecznym dostępne są liczne produkty pochodzenia roślinnego. Stale wzrastające zainteresowanie naturalnymi substancjami o działaniu leczniczym znajduje przełożenie na coraz większą podaż tego rodzaju produktów. Sytuacja ta stanowi wyzwanie nie tylko dla dystrybutorów hurtowych i detalicznych, ale i dla pacjentów (czy szerzej konsumentów), którzy mogą czuć się zagubieni w gąszczu preparatów o rozmaitym przeznaczeniu, a przede wszystkim o różnej skuteczności i w różnym stopniu ustalonych aspektach bezpieczeństwa stosowania. Jednym z głównych źródeł wątpliwości i nieporozumień jest współlistnienie dwóch zasadniczo różnych, ale i podobnych pod wieloma względami kategorii produktów: leków i suplementów diety.

Zarówno obecność na rynku produktów leczniczych, jak i suplementów diety jest uzasadnione i usankcjonowane prawnie. Inne jest jednak ich przeznaczenie, a więc i właściwości ich są różne.

Pojęcie leku, a właściwie produktu leczniczego zostało zdefiniowane w usta-

wie Prawo farmaceutyczne [1]. Według art. 2 przywołanej ustawy „produktem leczniczym jest substancja lub mieszanina substancji przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. Z przytoczonej definicji wynika, że produkt leczniczy to coś więcej niż klasycznie pojmowany lek, znoszący zaistniałe dolegliwości. To przede wszystkim substancja, która wykazuje skuteczność w zakresie leczenia ale i zapobiegania (profilaktyki), może mieć także znaczenie w diagnostyce. Jej aktywność może być rozumiana jeszcze szerzej – spodziewanym efektem działania może być przywrócenie, poprawa, czy modyfikacja fizjologicznych funkcji organizmu. Ten szeroki wachlarz zastosowań ma ściśle umocowanie w sposobie działania, lek może wywoływać działanie farmakologiczne, immunologiczne, jak i metaboliczne. Analiza dokumentów

z zakresu prawa farmaceutycznego pozwala na wysunięcie wniosku, że produkt leczniczy z założenia charakteryzuje się dwoma kluczowymi parametrami: skutecznością i bezpieczeństwem stosowania. Przeprowadzenie szczegółowych badań w obu tych sferach jest podstawą do wydania decyzji o rejestracji danego produktu, jako leczniczego. Właśnie proces rejestracji jest elementem stojącym niejako na straży bezpieczeństwa osób korzystających z produktów leczniczych. Fakt umieszczenia leku w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych [2] to nie tylko zapewnienie, że produkt jest skuteczny i bezpieczny, ale jednocześnie zapewnienie, że kwestie bezpieczeństwa stosowania są stale monitorowane. Podsumowując, produkt leczniczy jest z definicji skuteczny i bezpieczny – skuteczny jako środek pomocny w zwalczaniu chorób i/lub zapobiegający im. Oczywiście produkt leczniczy roślinny nie odbiega pod tym względem od leków syntetycznych. Jedyna różnica między sposobem dokumentowania działania leczniczego dotyczy tzw. tradycyjnych produktów leczniczych, których zastosowanie lecznicze uzasadnione jest długoletnim stosowaniem, muszą one spełniać jednak pewne szczególne warunki [1].

Suplement diety, jak sugeruje nazwa, jest produktem uzupełniającym prawidłowo zbilansowaną dietę. Jako, że suplement diety ma związek z żywieniem, naturalne staje się umieszczenie jego definicji i regulacji prawnych z nim związanych w ustawie o bezpieczeństwie żywności i żywienia [3]. Według tego dokumentu „suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny (...)” [3]. Z przytoczonej definicji wyraźnie wy-



nika, że suplement diety jest produktem spożywczym, a więc podlega mniej radykalnym rozwiązaniom legislacyjnym niż produkt leczniczy. Suplement diety nie może zastąpić prawidłowo zbilansowanej diety (podkreślenie takiej informacji jest wymagane przez prawo), ale przeznaczony jest do jej uzupełniania w witaminy i/lub składniki mineralne. Interesującą cechą suplementów jest ich działanie fizjologiczne, które obok odżywczego, stanowi drugi kierunek ich stosowania. Niedoprecyzowanie zakresu pojęcia „inny efekt fizjologiczny” pozwala na umieszczenie w suplementach diety składników, które wykazują działanie farmakologiczne, ale np. w większych dawkach niż zawartość w suplementach. Nie ma w tym nic zaskakującego, o ile nie wystąpi sugestia, że w związku z zawartością takich składników suplement ma efekt leczniczy czy profilaktyczny (taki zakres działania jest zarezerwowany dla produktów leczniczych).

Szczególne miejsce wśród składników suplementów diety zajmują przetwory roślinne. Jest to spowodowane w dużej mierze powrotem do stosowania naturalnych źródeł substancji biologicznie aktywnych, ale i powszechnie panującą opinią o wyższości składników naturalnych nad syntetycznymi (co akurat nie znajduje w pełni potwierdzenia). Surowce roślinne zasługują na uwagę, są skuteczne i bezpieczne w rozsądnych granicach stosowania, ale nie zawsze spotykają się z właściwym przyjęciem. Negatywne znaczenie dla utrwalania się stereotypu fitoterapii jako czegoś przeczącego klasycznej medycynie i mylnych wyobrażeń, mają często nieodpowiedzialne wypowiedzi ludzi de facto nie posiadających merytorycznej wiedzy w tym zakresie. Należy wyraźnie podkreślić, że jak już stwierdził to dawno temu Paracelsus – rośliny lecznicze wykazują swoje działanie przez obecne w nich substancje chemiczne. Działają co prawda łagodnie, w większości przypadków do rozwinięcia się efektów ich działania potrzebny jest dłuższy czas, stąd obarczone są zwykle mniejszą liczbą działań niepożądanych. Niewłaściwe stosowanie – w zbyt dużych dawkach, zbyt długo lub bez uzasadnienia terapeutycznego może stanowić takie samo zagrożenie w przypadku produktów naturalnych, jak i syntetycznych.

Produkty lecznicze i suplementy diety mają pewne wspólne cechy, z czym mogą wiązać się nieporozumienia. Po pierwsze postać, w jakiej dostępne są obie te kategorie produktów jest często zbliżona, czy wręcz identyczna. Zarówno leki, jak i suplementy diety mogą występować

np. w formie tabletek (w tym drażetek) czy syropów. Sprawa jest o tyle istotna, że według przepisów prawa farmaceutycznego apteka może prowadzić obrót w zakresie suplementów diety, o ile nie koliduje to z realizacją podstawowych zadań tej placówki. Dodatkowy problem może wiązać się także z reklamą kierowaną do publicznej wiadomości. Istnieją ścisłe regulacje dotyczące tej kwestii, jeżeli chodzi o produkty lecznicze, nie dotyczą one suplementów diety. Taka sytuacja może paradoksalnie przeważać szalę „zwycięstwa marketingowego” na stronę suplementów diety. Przykładem ilustrującym tę tezę jest fakt, że suplement diety może prezentować czy polecać znana osobistość, czy też osoba sugerująca, że jest przedstawicielem wykwalifikowanego personelu medycznego. W reklamie produktu leczniczego kierowanej do publicznej wiadomości jest to niedozwolone [1].

Jakie zatem podobieństwa i różnice cechują herbatkę miętową kupioną w sklepie spożywczym i liść mięty nabyty w aptece lub sklepie zielarskim? Farmakopea Polska [4] (aktualnie Farmakopea Polska X) definiuje czym jest liść mięty jako produkt leczniczy, przede wszystkim wskazując na przykład, że musi on cechować się pewną wymaganą zawartością olejku eterycznego (składnika, z którym utożsamia się głównie działanie lecznicze liścia mięty). Kupując artykuł oznaczony nazwą „Liść mięty” można mieć pewność, że jest to właśnie tak standaryzowany produkt, o odpowiedniej czystości (bo i takie wymagania formułują odpowiednie przepisy). W przypadku herbatki o jakiegokolwiek innej nazwie takiej pewności nie ma, co nie oznacza, że produkt nie spełnia normy określonej w Farmakopei – po prostu nie jest to w tym przypadku wymagane. Druga istotna różnica dotyczy kwestii bezpieczeństwa obu produktów. Zarówno produkty lecznicze, jak i spożywcze są bezpieczne, o ile są stosowane zgodnie z przeznaczeniem i odpowiednio przechowywane. Tu pojawia się kolejny problem. Nadzór nad bezpieczeństwem leków sprawuje Główny Inspektor Farmaceutyczny, który w razie niebezpieczeństwa może zastosować szereg procedur adekwatnych do zaistniałej sytuacji (z wstrzymaniem obrotu produktem leczniczym na terenie całego kraju włącznie). Na skuteczne zastosowanie takich środków pozwala stały monitoring bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych. Wobec produktów spożywczych (w tym suplementów diety) analogiczną funkcję sprawuje

Główny Inspektor Sanitarny, ale przepisy prawa nie formułują wymagań wobec produktów spożywczych w tak szerokim zakresie, jak czyni to prawo farmaceutyczne w przypadku produktu leczniczego.

Mając na uwadze wymienione podobieństwa i różnice między produktami leczniczymi a suplementami diety, czy dla stosowania tych ostatnich jest jakieś uzasadnienie? Z pewnością tak, są to produkty, które znajdują się na rynku, gdyż w pewnych sytuacjach ich stosowanie jest uzasadnione. Pamiętać należy jednak o kluczowej kwestii – suplementy nie mają właściwości produktu leczniczego. W tym kontekście nieuzasadnione są pojawiające się nieraz ze strony konsumentów zarzuty, że jakiś suplement nie działa, nie jest skuteczny, „nie pomógł mi”. Do leczenia chorób i do zapobiegania im służą produkty lecznicze, nie suplementy. A zatem, warto stosować suplementy diety wtedy, gdy mimo stosowania zbilansowanej diety istnieje wyraźnie zwiększone zapotrzebowanie na któryś z jej składników. Skąd pewność, że taka sytuacja ma miejsce? Niestety nie zawsze niedobór któregoś ze składników diety daje łatwo rozpoznawalne objawy. Zdarza się i tak, że niepokojące dolegliwości mogą wskazywać na wiele przyczyn, z których laik nie jest w stanie wybrać tej właściwej. Miarodajnej odpowiedzi może udzielić konsultacja lekarska, zapewne poparta wynikami zleconych badań. Stosowanie suplementów diety powinno zawsze mieć racjonalne uzasadnienie, warto w tej sprawie zasięgnąć porady lekarza lub farmaceuty. Zwłaszcza, że produkty te dostępne są także w aptekach, gdzie fachowy personel gotowy jest służyć pomocą.

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2001 Nr 126 poz. 1381, tekst jednolity Dz.U. 2016, poz. 2142

2. Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. Urz. Min. Zdr. z 2017, poz. 45

3. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Dz.U. 2006 Nr 171 poz. 1225, tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 149.

4. Farmakopea Polska X, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Warszawa, 2014

dr Daniel Modnicki jest starszym asystentem w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji

Kot domowy - miłe zwierzątko, czy groźny potwór?

wykład z cyklu "Medyczna Środa"

Kinga Lis

Wstęp

Większość ludzi lubi koty, a ci którzy nie lubią tych zwierząt, prawdopodobnie nie spotkali jeszcze właściwego kota na swojej drodze. Jeśli dać kotu trochę wolności i pozwolić na względną niezależność, jest to zwierzę niekłopotliwe do hodowli domowej, wierny towarzysz o zwykle miłym w dotyku futerku, który kojąco mruczy i potrafi wczuć się w nastrój opiekuna. I do tego świetny słuchacz.

Kot mimo wszystkich swoich zalet potrafi być czasem niebezpieczny. Można mieć alergię „na kota”, kot może nas zarażać swoimi wewnętrznymi pasożytami, jego pchły mogą nas dotkliwie pokąsać, a pazurki pozostawić niemiłe wspomnienia.

Spróbujmy wobec tego odpowiedzieć sobie na postawione wcześniej pytanie „Czy kot to miłe zwierzątko czy może jednak groźny potwór?”.

Kot – miłe zwierzątko

Posiadanie kota, a raczej przebywanie w jego towarzystwie posiada wiele zalet. Koty mają unikalną cechę kształtowania zachowań społecznych i rozwijania empatii. Niwelują stres oraz wpływają relaksująco i odprężająco na ludzi. Te unikalne cechy kotów wykorzystuje się między innymi w felinoterapii. Jest to jeden ze znanych rodzajów zooterapii lub inaczej animaloterapii, czyli terapii z udziałem zwierząt. Felinoterapia (z łac. felis - kot, z grec. therapie - opieka, leczenie) to najprościej mówiąc terapia z udziałem kota. Główną ideą felinoterapii jest to, że obcowanie z kotem ma pozytywny wpływ na poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka. Taka terapia niweluje różne zahamowania, ułatwia komunikację, poprawia zdolność uzewnętrzniania i okazywania uczuć i emocji. Felinoterapia jest przydatna w leczeniu i rehabilitacji osób starszych oraz dzieci niepełnosprawnych, zarówno umysłowo, jak i ruchowo. Ma ona zastosowanie w przypadku takich chorób jak, między innymi, nadpobudliwość, ADHD, autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia lękowe, nieśmiałość,

depresja, choroba Alzheimera oraz różne inne choroby psychiczne, uszkodzenia słuchu, uszkodzenia wzroku, dystrofia mięśniowa czy choroby zwyrodnieniowe stawów. Już sam fizyczny kontakt z kotem, w tym głaskanie, drapanie czy przytulanie zwierzęcia stymuluje wydzielanie endorfin przez człowieka. Endorfiny, nazywane potocznie hormonami szczęścia, wprowadzają organizm w stan relaksacji i zadowolenia oraz mają działanie przeciwbólowe. Kot do felinoterapii nie wymaga specjalnego przygotowania, ale musi charakteryzować się określonymi cechami. Zwierzę powinno być łagodne, lubić towarzystwo ludzi, w tym szczególnie dzieci oraz akceptować kontakt fizyczny z człowiekiem. Nie jest wymagana konkretna rasa kota, choć z powodu cech charakterystycznych, niektóre rasy będą się do tego zadania łatwiej dostosowywały. Chociaż najczęściej do celowanej felinoterapii zaleca się koty rasy Maine Coon, to również zwykły kot europejski, tzw. dachowiec, świetnie się sprawdzi, jeśli z natury będzie obdarzony odpowiednimi cechami charakteru.

Koty przypuszczalnie mogą zwiększać długość życia swoich właścicieli. Ludzie, którzy mają koty, żyją przeciętnie o pięć do dziesięciu lat dłużej niż ci, którzy kotów nie mają. Prawdopodobnie dlatego, że przebywanie w towarzystwie kota uspokaja. Także dzieci mogą czerpać określone korzyści z samego obcowania z kotem na co dzień. Przebywanie z tym zwierzęciem rozwija u dzieci wrażliwość na potrzeby innych, w tym słabszych osób oraz uczy empatii. Dziecko w naturalny sposób rozpoznaje sygnały wysyłane przez kota i reaguje na nie. Bardzo często okazuje uczucia, nawet jeśli sprawia mu to trudność w obcowaniu z ludźmi. Taka forma kontaktu ułatwia doświadczać otoczenie, uczy dziecko cierpliwości, odpowiedzialności oraz samokontroli. Mieszkanie z kotem wspomaga rozwój układu immunologicznego i budowanie prawidłowej odpowiedzi na obce antygeny z otoczenia oraz działa przeciwalergicznie. Zaobserwowano, że u dzieci wychowywanych w towarzystwie zwierząt rzadziej rozwija się astma.

Szczególną umiejętnością kotów jest mruczenie. Mruczają wszystkie koty do-

mowe, jak również większość gatunków dużych kotów (np. lwy). Ludzie często uważają, że mruczenie jest oznaką zadowolenia zwierzęcia. Mruczący kot to dla większości osób szczęśliwy kot. Nie jest to cała prawda. Koty mruczają bowiem nie tylko wtedy, gdy są szczęśliwe, jest im dobrze i wygodnie. Uważa się, że kot potrafi wymruczeć każdą sytuację. Jak się okazuje, zwierzęta te oczywiście mruczają, gdy są rozluźnione i zadowolone, ale mruczają również w sytuacjach trudnych. Mruczają kiedy są chore i gdy są przestraszone. Kotki mruczają podczas porodu. Wszystkie koty mruczają umierając. Mruczenie jest więc dla kota pewną formą autoterapii. „Leczą” się prawdopodobnie za pomocą mruczenia o częstotliwości 27 - 44 Hz.

Weterynarze mawiają „jeśli zamkniesz kota w pokoju, w którym leży kupka połamanych kości to kości się zrosną”. Jest w tym powiedzeniu przysłowiowe ziarenko prawdy. Okazuje się bowiem, że koty domowe wytwarzają wibrujące mruczenie o małej częstotliwości od 25 do 150 herców. Stałe wibracje o częstotliwości między 25 a 125 Hz wspomagają regenerację kości, ścięgien, więzadeł i mięśni oraz przynoszą ulgę w bólu. Delikatne wibracje o podobnej częstotliwości stosuje się podczas masażu oraz w medycynie sportowej celem wzmocnienia mięśni i zapobiegania ich skurczom. Niskie częstotliwości wpływają również leczniczo na ścięgna i poprawiają zakres ruchów w stawach. Regeneracja więzadeł najszybciej zachodzi przy stymulacji drganiami ok. 120 Hz. Ekspozycja kości na drgania o częstotliwości 20-50 Hz zwiększa gęstość tkanki kostnej i poprawia jej strukturę. Wibracje z przedziału 50-150 Hz mają natomiast działanie przeciwbólowe. Mruczenie kota może znaleźć również zastosowanie w leczeniu pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP), gdyż częstotliwość 100 Hz zmniejsza duszność, działając relaksacyjnie na drogi oddechowe.

Fizyczny kontakt z kotem może mieć również działanie przeciwbólowe dzięki specyficznym właściwościom jego ciała. Temperatura ciała kota jest bowiem o kilka stopni wyższa od temperatury ciała człowieka, wobec czego kontakt ze zwierzęciem, np. trzymanie go na kola-

nach, miejscowo ogrzewa dany obszar ciała człowieka. Kocie futro natomiast stwarza korzystną jonizację powietrza, co również ma działanie ograniczające zapalenie. Okłady z wyprawionych skór kocich zalecano w medycynie ludowej na bolące stawy i inne miejsca objęte procesem zapalnym, np. korzonki nerwowe.

Kot – groźny potwór

Ponieważ każdy medal ma jednak dwie strony, tak i kot, pomimo swoich licznych zalet może również stanowić dla człowieka zagrożenie. Koty mogą być bowiem nosicielami licznych pasożytów, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Mogą przenosić infekcje grzybicze i bakteryjne. Zwierzęta te są również jednym z głównych źródeł alergenów.

Alergeny kota są powszechnie obecne w naszym środowisku. Stwierdza się je w domach i przestrzeni publicznej (np. szkoły, sklepy, komunikacja miejska), w której koty nigdy nie przebywały. Alergeny kota są łatwo przenoszone na ubraaniu. Ludzie uczuleni na kota domowego często reagują także z alergenami innych zwierząt z rodziny kotowatych, jak np. tygrys, ocelot czy puma. Osoby uczulone na kota często mają objawy alergii także po kontakcie z innymi zwierzętami futerkowymi takimi jak: pies, koń czy chomik. Wiele osób wiąże alergię na kota z jego futrem. Tymczasem źródłem alergenów kota mogą być gruczoły ślinowe, łzowe, łojowe i około-odbytnicze, naskórek oraz sierść. W sierści i surowicy kota znajduje się kilkanaście białek o potencjalnie uczulającym charakterze. Warto zwrócić uwagę również na to, że nie wszystkie koty uczulają tak samo. Nie ma, co prawda, kotów hipoalergiczných, ale poszczególne rasy mogą się różnić składem alergenowym, zaś dany alergik może być uczulony na jeden lub kilka różnych alergenów kota, w mniejszym lub większym stopniu. Jedynym sposobem określenia właściwej dla potencjalnego alergika rasy kotów, która mu nie szkodzi jest testowanie, czyli przebywanie po kolei z kotami określonych ras. Różnice wiążą się zresztą nie tylko z rasą, ale również z wiekiem i płcią kota. Kocięta wydzielają mniej alergenów niż koty dorosłe. Kotki wydzielają mniej alergenów niż kocury, a kastraty wydzielają mniej alergenów niż kocury niewykastrowane. Co spowodowane jest między innymi wpływem testosteronu na wydzielanie jednego z głównych alergenów kota. Ciekawostką jest również fakt, że koty o ciemnej sierści są bardziej

alergizujące niż te o jasnej barwie futra. Potencjał alergizujący kotów jest zależny także od pory roku i klimatu. Otóż, jak się okazuje w mieszkaniach w klimacie chłodnym jest więcej alergenów kota niż w mieszkaniach w klimacie ciepłym, zaś zimą w mieszkaniach jest więcej alergenów kota niż latem.

Niekiedy u pacjentów uczulonych na jeden z alergenów kota Fel d 2 (albumina surowicy kota) mogą wystąpić reakcje anafilaktyczne po spożyciu wieprzowiny. W tym przypadku uczulenie na kota jest pierwotne, zaś nadwrażliwość na wieprzowinę wynika z tzw. alergii krzyżowej.

Należy również pamiętać, że sierść kota może być również źródłem alergenów innych niż kocie, np. roztoczy kurzu domowego, czy pyłków różnych roślin oraz innych zwierząt (np. pies czy mysz), zależnie od tego gdzie przebywał kot. Wówczas może się okazać, że alergię na kota nie jest alergią na kota, a przyczyną jej jest zupełnie inna.

Pozbycie się alergenów kota z domu jest bardzo trudne, żeby nie powiedzieć, że niemożliwe. Możemy jednak próbować zmniejszyć ich stężenie poprzez regularne, częste sprzątanie, częste pranie ubrań i pościeli oraz ograniczenie tapicerowanych mebli, firan, zasłon i dywanów, a także ich częste czyszczenie. Ostatecznym rozwiązaniem dla alergika uczulonego na alergeny kota jest jednak znalezienie kotu nowego domu.

Sierść kota może być również źródłem różnych kocich pasożytów zarówno zewnętrznych (np. pchły, kleszcze), jak i jaj kocich pasożytów wewnętrznych (np. glista kocia).

Pchła kocia nie stanowi dla nas sama w sobie znacznego zagrożenia, ale po-

kąsanie przez tego owada może być nieprzyjemne, szczególnie jeśli dojdzie do wielu ukąszeń, wówczas istnieje ryzyko zapalenia skóry. Pchła kocia jest pasożytem zewnętrznym kota, ale może pasożytować także na człowieku, psie, szczurze wędrownym oraz innych zwierzętach domowych i dzikich. W ciągu doby pchły spędzają ok. godzinę na swoim żywicielu, podczas której intensywnie żerują. Dorosłe pchły najczęściej pomieszkują w miejscach, gdzie najwięcej przebywają zwierzęta (legowiska, dywany, obicia mebli). Zwalczanie pcheł na zwierzętach jest procesem żmudnym i długotrwałym. Polega, przede wszystkim, na stosowaniu skutecznych środków przeciwko pasożytom zewnętrznym. Leczenie musi obejmować zarówno zarażone zwierzę oraz inne zwierzęta przebywające w tym samym domu. Konieczne jest skuteczne eliminowanie wszystkich stadiów rozwojowych pcheł, czyli codzienne odkurzanie i ewentualnie dezynfekowanie pomieszczeń, kojców, legowisk, mebli. Preparaty zwalczające wszystkie stadia rozwojowe pcheł powinny być stosowane do momentu wyeliminowania ze środowiska wszystkich form tych pasożytów.

Kleszcz jest pajęczakiem, dla którego jednym z żywicieli może być kot. Owad żywi się krwią zwierząt stałocieplnych. Ukąszenie kleszcza jest bezbolesne, gdyż jego ślina zawiera środek znieczulający. Kleszcz nie wkręca się w skórę zwierzęcia od razu, ale długo wędruje po ciele szukając miejsca odpowiedniego do żerowania. Podczas tej wędrówki może również spaść z kota lub zostać przeniesiony na innego żywiciela, np. człowieka mającego kontakt z kotem. Kleszcza należy usunąć pęsetą pociągając zdecydowanym ru-



chem w górę. Im krócej kleszcz przebywa w skórze, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo zarażenia żywiciela jednym spośród drobnoustrojów, które mogą znajdować się w ślinie kleszcza. W Polsce kleszcze przenosić mogą klika chorób, określanych mianem chorób odkleszczowych. Należą do nich m. in. borelioza, wywoływana przez *Borrelia burgdorferi*, odkleszczowe zapalenie mózgu (wirusy z rodziny *Flaviviridae*), babeszjoza (pierwotniaki z rodziny *Babesia*) oraz anaplazmoza (*Anaplasma phagocytophilum*).

Niefortunny kontakt z kotem zakończony zranieniem skóry może skutkować ogólnoustrojową reakcją zwaną chorobą kociego pazura. Bywa ona również nazywana gorączką kociego pazura. Jest to bakteryjna choroba odzwierzęca przenoszona przede wszystkim przez młode koty. Czynnikiem chorobowym są bakterie *Bartonella henselae* i *Bartonella clarridgeiae*, które przenikają do organizmu człowieka najczęściej na skutek zadrapania przez zwierzę. Początkowo choroba przebiega bezobjawowo lub z objawami ograniczonymi do miejsca zranienia (miejscowe zaczerwienienie, grudka zapalna). U niektórych pacjentów po kilku tygodniach od infekcji pojawia się gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, bóle głowy, pleców, podbrzusza i zmęczenie. Większość przypadków choroby kociego pazura ma łagodny przebieg i mija w ciągu około 10 dni. W rzadkich przypadkach mogą powstać powikłania, takie jak zapalenie mózgu, zapalenie szpiku kostnego czy małopłytkowość. Do profilaktyki choroby kociego pazura należy między innymi unikanie sytuacji, w których może dojść do zadrapania, oczyszczenie i dezynfekcja uszkodzonej skóry oraz dbałość o higienę kota, szczególnie zapobieganie jego zapchleniu, gdyż pchły przenoszą na koty bakterie wywołujące chorobę. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów, których pojawienie się może być powiązane z wcześniejszym niefortunnym kontaktem ze zwierzęciem należy zgłosić się do lekarza.

Do innych przykrych dolegliwości, u których źródła może leżeć kontakt z kotem należą również różnego rodzaju choroby skóry, w tym grzybice i świerzby.

Świerzb jest chorobą pasożytniczą wywołowaną przez świerzbowca ludzkiego. Choroba toczy się w naskórku, gdzie tworzy on system kanalików i jamek, w których samice składają jaja. Z jaj wyłęgają się larwy, które również drążą w naskórku kanaliki i jamki. Świerzbowce lubią miejsca ciepłe i ukryte, np. skó-

rę między palcami u rąk, w pachwinach, w okolicach narządów rodnych, pępka, pod piersiami lub na linii pasa. Objawy infekcji są nieprzyjemne i wynikają z silnej reakcji miejscowej na odchody pasożyta, jak świąd i wysypka. Świąd szczególnie nasila się w nocy, po kąpieli i po ogrzaniu miejsca bytowania świerzbowca. W przebiegu choroby stale dochodzi do samozakażenia, gdyż uporczywy świąd wymusza drapanie, które roznosi infekcję po ciele. Świerzbem można zarazić się nie tylko przez kontakt z zakażonym zwierzęciem, nie tylko kotem, ale także przez bezpośredni kontakt z zainfekowaną skórą, wspólną pościel i ręczniki.

Kot i jego odchody stanowią również rezeruar różnych pasożytów wewnętrznych w tym glist, tasieńców czy pierwotniaków.

Toksoplazmoza to pasożytnicza choroba ludzi i zwierząt spowodowana zarażeniem pierwotniakiem *Toxoplasma gondii*. Źródła zakażenia to między innymi surowe lub niedogotowane mięso zawierające cysty *T. gondii*, pokarm zanieczyszczony kałem, moczem lub śliną zwierząt chorych na toksoplazmozę (oocysty *T. gondii*). Możliwe jest również zarażenie drogą kropelkową, zarażenie śródmaciczne, czy poprzez transplantację i transfuzję. Wyróżnia się dwa rodzaje toksoplazmozy: nabytą lub wrodzoną.

Toksoplazmoza nabyta najczęściej przebiega jako samo ograniczająca się infekcja bezobjawowa. Znacznie rzadziej przyjmuje postać węzłową (powiększenie węzłów chłonnych, głównie szyi, czasami występuje gorączka, ogólne złe samopoczucie, bóle głowy czy mięśni), oczną (najczęściej pod postacią zapalenia siatkówki i naczyńówki oka, przebiega z okresami remisji i zaostrzenia, może powodować znaczne osłabienie ostrości wzroku), uogólnioną (osoby ze znacznym spadkiem odporności, zmiany w płucach, wątrobie, sercu) lub mózgową (reaktywacja zakażenia u osób ze spadkiem odporności, np. w przebiegu AIDS, zapaleniem mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych).

Toksoplazmoza wrodzona występuje jedynie w przypadku tzw. pierwotnego zarażenia, w sytuacji gdy infekcji ulega kobieta ciężarna, która nie chorowała wcześniej na toksoplazmozę. Efektem zarażenia płodu mogą być poronienia, wady wrodzone oraz późne następstwa przebiegu zarażenia. Klasyczne objawy toksoplazmozy wrodzonej, do których należą m. in. zapalenie siatkówki i naczyńówki, zwapnienia śródczaszkowe, wodogłowie lub małowłowie, powiększenie wątroby i śledziony, skaza krwotoczna, żółtaczka,

oczopląs, opóźnienie rozwoju umysłowego, padaczka, zaburzenia mowy, występują u mniej niż 30% zarażonych dzieci. Ryzyko wystąpienia objawów choroby jest największe, jeśli do zakażenia doszło w pierwszym trymestrze ciąży. Zarażenie w trzecim trymestrze w większości przypadków przebiega bezobjawowo.

Do podstawowych zasad profilaktyki toksoplazmozy należy mycie warzyw i owoców, zabezpieczanie produktów żywnościowych przed muchami czy karaluchami, zabezpieczanie piaskownic przed dostępem kotów, mycie rąk po kontakcie z kotami czy kuwetami, wyparzanie kocich kuwet oraz karmienie kotów gotową karmą. Nie należy również spożywać potraw z surowego lub półsurowego mięsa oraz pić nieprzegotowanej wody z niewiadomego źródła.

Toksokaroza, czyli zespół larwy wędrującej trzewnej jest chorobą pasożytniczą wywołowaną przez toksokary - larwy glisty kociej. Zarażony kot wydała jaja glist wraz z kałem. Do zakażenia może dojść na skutek kontaktu z zanieczyszczoną odchodami zwierząt ziemią, piaskiem, pokarmem oraz z zakażonymi zwierzętami. Larwy glisty są małe i lepkie, wobec czego łatwo przyczepiają się do futra kota i jego łap. Kot zostawia je na podłodze, stole i rękach człowieka. Po połknięciu larwy w organizmie człowieka umiejscawiają się w różnych narządach wewnętrznych - płucach, wątrobie, mózgu, oku - gdzie mogą żyć nawet kilka lat. Większość zarażeń ma charakter samo ograniczającej się infekcji utajonej. Do rzadkości należy postać mózgową, charakteryzującą się zmianami w zachowaniu, bólami głowy lub drgawkami, postać oczna przebiegająca z pogorszeniem widzenia, zezem, zaćmą, ślepotą lub bólami głowy, czy postać trzewna, w przebiegu której mogą wystąpić bóle brzucha, bóle głowy, wysypka, kaszel, powiększenie węzłów chłonnych, wątroby i śledziony oraz niedokrwistość.

Zakażeniu zapobiec można dzięki regularnemu odrobaczaniu kotów (również tych, które nie wychodzą na dwór), częstemu myciu rąk - przede wszystkim przed jedzeniem, po kontakcie ze zwierzętami czy po zabawie, szczególnie w piaskownicy, na plaży czy na placach zabaw oraz zabezpieczaniu piaskownic przed dostępem zwierząt.

Chlamydioza jest kolejną chorobą, którą możemy zarazić się od kota. *Chlamydie* to bakterie wewnątrzkomórkowe, które po wtargnięciu do organizmu człowieka przenikają do wnętrza komórek i tam się

rozmnażają, a następnie rozprzestrzeniają się wraz z krwią. Znane są różne gatunki chlamydii, z których każdy wywołuje schorzenia o innych objawach. Najbardziej rozpowszechniona jest *Chlamydia trachomatis*, która przenosi się drogą płciową, *Chlamydia pneumoniae* szerzy się drogą kropelkową, zaś *Chlamydia psittaci* zakażamy się od ptaków i kotów.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że chlamydia jest również jedną z najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową. Zazwyczaj przebiega bezobjawowo, ale możliwe są także powikłania począwszy od stanów zapalnych narządów płciowych po niepłodność. Możliwe

jest zakażenie dziecka podczas porodu. Sytuacja ta jest bardzo niebezpieczna dla noworodka, gdyż może wywoływać infekcję oczu oraz zapalenie płuc.

Warto zwrócić uwagę na to, że chlamydiami kot może zarazić się od opiekuna, a opiekun od kota. W przypadku kontaktu z kotem z chlamydia, należy zachować szczególną ostrożność. Bez względu należy myć ręce po każdym kontakcie ze zwierzęciem i jego akcesoriami (miską, kuwetą, zabawkami), a do bezpośredniego kontaktu używać gumowych, jednorazowych rękawiczek. Zwierzę bezwzględnie należy wyleczyć.

Podsumowanie

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie czy kot domowy to miłe zwierzątko czy może groźny potwór? To przede wszystkim zależy od nas i od tego jak my zadbałimy o naszego kota. Kot zdrowy, spokojny, odrobaczony i zadbany na pewno będzie wspaniałym towarzyszem, który stanie się dla swojego opiekuna bezcennym przyjacielem. Bowiem, cytując za Wisławą Szymborską „Panu Bogu nic się nie udało, z wyjątkiem kotów”.

dr Kinga Lis jest asystentem w Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych

Komunikacja medyczna - współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia

wykład z cyklu “Medyczna Środa”

Aldona Katarzyna Jankowska

Czy pacjent powinien decydować o wyborze stosowanej u niego terapii?

To pytanie jest w rzeczywistości pytaniem o podmiotowość pacjenta i granice jego autonomii. Z perspektywy lekarza problem udziału pacjenta w decyzjach medycznych wiąże się z dwoma zasadami: salus aegroti suprema lex est (zdrowie chorego prawem najwyższym) oraz voluntas aegroti suprema lex est (wola pacjenta prawem najwyższym).

W praktyce nie zawsze udaje się zrealizować obie te zasady. W wielu sytuacjach klinicznych pojawia się dylemat: autonomia woli pacjenta czy jego zdrowie. Im bardziej paternalistyczna jest relacja między lekarzem a pacjentem, tym częściej gwarancją wyboru optymalnej terapii jest osoba lekarza i tym mniejszy udział pacjenta w dokonywanych wyborach. Wątpliwości odnośnie słuszności podejmowanych przez lekarzy decyzji są jednym z zarzutów wobec paternalizmu w medycynie. Ciągły postęp nauki, który zmienia często pogląd o zasadności wyboru określonej metody czy miejsca leczenia oraz współczesne dążenie do stopniowego przyznawania autonomii pacjentowi przyczyniają się do ewolucji relacji między lekarzem a pacjentem oraz zamiany modelu podejmowania decyzji.

Uświadomiona zgoda pacjenta

Prawny wymóg uzyskania świadomej zgody pacjenta jest przywróceniem mu możliwości samostanowienia. Wprowadzenie go było pod wieloma względami momentem przełomowym. Aktualnie w całej Europie obowiązują podobne przepisy regulujące tę kwestię. Konieczność uzyskania zgody chorego na podejmowane wobec niego czynności medyczne jest realizacją postulatów: autonomii, prawa do decydowania o samym sobie oraz poszanowania integralności cielesnej każdego człowieka.

Zgoda oznacza dobrowolną, nieprzymuszoną decyzję podjętą przez osobę zdolną do świadomego wyrażenia woli po uzyskaniu odpowiednich informacji.

Współcześnie znaczenie tej zgody zwiększa fakt, że wiele interwencji medycznych ma charakter profilaktyczny.

W perspektywie lekarza największą trudność w prawidłowej realizacji procedury uzyskania zgody na leczenie stanowi przekazanie pacjentowi odpowiedniego zasobu informacji.

Jaki powinien być poziom wiedzy pacjenta, żeby wyrażona zgoda była zgodą świadomą?

Informowanie o ryzyku zabiegu stanowi kulminację relacji lekarz pacjent. Warunkiem koniecznym przekazania informacji o ryzyku jest w miarę precyzyjna estymacja wszystkich jego składowych. Każda specjalność powinna

stworzyć swoiste dla interwencji narzędzia wspierania decyzji. Informowanie o ryzyku traci sens bez sprawdzenia przyswojenia informacji przez pacjenta.

Przekazanie choremu zbyt małej ilości informacji przed podjęciem decyzji medycznej unieważnia jego udział w jej podejmowaniu. Zbyt duża ilość informacji czyni je nieczytelnymi i sprawia, że współdecydowanie staje się niewykonywalne a sama decyzja pacjenta staje się pustą formalnością. W praktyce ujawniają się kolejne trudności: osoby nastawione ugodowo lub uległe wyrażają zgodę często przyjmując bezwarunkowo punkt widzenia lekarza i nawet nie starają się uzyskać informacji o planowanej procedurze. Lekarz udzielający informacji powinien dążyć do tego, aby zostały one przez pacjenta usłyszane. Zdarza się, że lekarze traktują konieczność uzyskania zgody jak rutynową formalność. Zdarza się, że zadanie to jest delegowane na inne osoby spośród personelu medycznego. Pacjenci czując często, że i tak nie pozostaje im nic innego jak taką zgodę wyrazić, podpisują dokument nawet go nie czytając i nie prosząc o wyjaśnienia.

Cel świadomej zgody jest realizowany, gdy opiera się ona nie tylko i wyłącznie na zaufaniu wobec lekarza, a przecież nie istnieją w pełni samo-określające się jednostki. Erich Cassels podkreślał, że błędem jest zakładać, że otoczenie, sytuacja choroby i inni ludzie nie mają wpływu na autonomię. Jej podstawy powinna stanowić wiedza pacjenta na temat jego

obecnego stanu zdrowia, możliwości leczenia i szans na poprawę i możliwych komplikacji oraz działań niepożądanych stosowanej metody.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie jest nie tylko etycznym wymogiem wynikającym z respektowania prawa pacjenta do samostanowienia, ale również wymogiem prawnym. Podjęcie leczenia bez zgody pacjenta, zgodnie z obowiązującym prawem poza pewnymi wyjątkami, jest czynem karalnym, który może być ścigany na wniosek pokrzywdzonego.

Wspólne podejmowanie decyzji (*shared decision making*)

Źródłem koncepcji *shared decision making* (SDM) jest potrzeba zwiększenia udziału chorego w podejmowaniu decyzji medycznych, dotyczących jego zdrowia wobec rosnącego od lat siedemdziesiątych, zainteresowania opieką medyczną zorientowaną na pacjenta. Postępowanie zgodne z koncepcją SDM pozwala na pożądane ze względów etycznych i prawnych, zachowanie autonomii pacjenta.

Zasady współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych są bardzo dobrze udokumentowane. Mimo, że celowość widziana z perspektywy etyki i prawa nie budzi wątpliwości, praktyczna realizacja tego modelu wiąże się z wieloma trudnościami. Charles podkreślił konieczność zaangażowania obydwu stron w ten proces. W praktyce część pacjentów nie chce brać udziału w podejmowaniu decyzji medycznych, a wyniki badań nad akceptacją tego modelu przez lekarzy są niejednoznaczne [Charles 1997].

Nie ma jednej, spójnej definicji terminu *shared decision making*. Większość autorów jednak zgodnie umieszcza *shared decision making* pomiędzy „tradycyjnym modelem medycznym” a „modelem świadomego wyboru” (*informed choice*). Dla przypomnienia – tradycyjny, paternalistyczny model medyczny jest oparty na roli chorego w ujęciu Parsonsa, według którego lekarz używa swej wiedzy w celu ustalenia najlepszego rozwiązania terapeutycznego dla pacjenta. Dostarcza pacjentowi wyselekcjonowanych informacji w celu uzyskania jego zgody na proponowane działanie. Obowiązkiem pacjenta jest przyczynić się do własnego wyzdrowienia [za: Hamann i wsp. 2003]. W skrajnych przypadkach lekarz samodzielnie podejmuje decyzję, która z terapii jest najlepsza dla pacjenta i autorytatywnie informuje go, kiedy interwencja będzie rozpoczęta [Emmanuel i Emmanuel 1992].

Na przeciwnym biegunie znajduje się model świadomego wyboru (*informed choice model*). Jego źródła wywodzą się z ruchu konsumenckiego, który zachęcił pacjentów do większej asertywności, poddawania w wątpliwość zaleceń lekarskich i żądania interwencji, które mogłyby w innym przypadku być zaniechane. W opisywanym modelu rola lekarza polega na informowaniu pacjenta na temat dostępnych wyborów terapeutycznych i oczekiwanych efektów leczenia. Decyzję podejmuje pacjent, który ma prawo swobodnego wyboru, niezakłóconego społecznym naciskiem i doświadczeniem lekarza. Natomiast lekarz powinien powstrzymać się od formułowania zaleceń, ponieważ mogłyby wpłynąć na decyzję pacjenta. Po podjęciu przez pacjenta decyzji, zadaniem lekarza jest zastosowanie jej medycznych aspektów.

Warto jeszcze podkreślić, iż wspólne decydowanie to nie to samo, co świadoma zgoda (*informed consent*), która oznacza prawne zobowiązanie lekarza do udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji na temat proponowanej procedury medycznej, przed udzieleniem przez pacjenta prawnie wymaganej zgody.

Według definicji Charlesa i in. [1997], *shared decision making* stanowi mechanizm zmniejszania asymetrii informacji i władzy pomiędzy lekarzami i pacjentami, poprzez wzbogacenie medycznej wiedzy pacjenta, wzmocnienie poczucia autonomii lub kontroli nad decyzjami dotyczącymi leczenia, które wpływają na jego samopoczucie. Model ten zakłada:

- zaangażowanie co najmniej dwu partnerów (np. lekarz i pacjent),
- pewną, obustronną dynamikę dochodzenia do wspólnej decyzji dotyczącej leczenia,
- dzielenie się (dwukierunkowy przepływ informacji) przez obu partnerów informacjami na temat możliwości leczniczych,
- konsensus w kwestii preferowanych wyborów terapeutycznych (obie strony wyrażają zgodę).

A zatem, niezmiernie ważną rolę odgrywa w tym modelu informowanie pacjenta. W celu ułatwienia i standaryzacji procesu informowania, zachodzi konieczność opracowania pomocy decyzyjnych (*decision aids*), które mają pacjenta wyposażać w wiedzę niezbędną do możliwie świadomego podjęcia decyzji w określonej sytuacji medycznej. Mogą być to pomoce na różnych nośnikach informacji (broszury informacyjne, kasety audio i video, strony internetowe

itd.), których zadaniem jest poinformowanie pacjenta na temat wyboru terapii i o związanych z leczeniem potencjalnych zyskach i ryzyku strat. Co ważne, w modelu *shared decision making* lekarz może, a nawet powinien wyrazić swą opinię na temat optymalnego dla danego pacjenta rozwiązania. Pacjent jest w pewnym sensie zobligowany do dokonania wyboru w kwestii leczenia i do poinformowania o nim lekarza [Hamann i wsp. 2003]. Jest też zachęcany do aktywnego udziału w procesie opieki i podejmowania decyzji „zdrowotnych”. Pacjenci mogą uczestniczyć na wiele sposobów - poszukując i wymieniając się informacjami, dyskutując dostępne wybory terapeutyczne i podejmując ostateczne decyzje dotyczące leczenia [Levinson i wsp. 2005].

Przebieg procesu wspólnego podejmowania decyzji medycznych

Pierwszym etapem tego procesu jest właściwe porozumienie lekarza z pacjentem umożliwiające przekazanie wiedzy o aktualnie dostępnych metodach leczenia. Chory ma możliwość rozważenia opcji przy współudziale lekarza i dojścia do świadomych preferencji. Pacjent uzyskuje wsparcie w postaci informacji na temat potencjalnych wyników leczenia każdą z dostępnych metod, możliwych powikłań i konsekwencji podjętego wyboru. Decyzja zostaje podjęta w oparciu o porozumienie lekarza i pacjenta. W praktyce klinicznej dla większości lekarzy bardzo trudne jest bezstronne przekazanie informacji o metodach leczenia. Jednocześnie dużym obciążeniem dla nich jest odpowiedzialność za wyposażenie pacjenta w zasób wiedzy, który pozwoli mu na świadomą decyzję.

Zalety i ograniczenia *shared decision making*

W odróżnieniu od modelu paternalistycznego, w którym lekarz najlepiej wie, co jest dobre dla pacjenta, nie wiedząc często zbyt wiele o jego indywidualnych preferencjach i oczekiwaniach lub odczytując je niewłaściwie [Britten i Ukoumunne 1997], tu lekarz ma szansę je poznać, a wręcz jest to od niego oczekiwane [Hamann i wsp. 2003].

Gravel i wsp. [2006] podjęła próbę zidentyfikowania barier i ułatwień w praktycznym zastosowaniu opisywanego modelu. Pięć najczęściej wymienianych ułatwień - to: (1) motywacja lekarza, (2) przekonanie, iż *shared decision making* (SDM)

doprowadzi do lepszych efektów leczenia, (3) przekonanie, iż SDM jest użyteczne i praktyczne, (4) wola współuczestniczenia pacjenta w podejmowaniu decyzji w sposób zgodny z modelem SDM, (5) niektóre określone cechy pacjenta. Do najczęściej przytaczanych przeszkód we wdrażaniu tego modelu należą: (1) ograniczenia dotyczące czasu trwania wizyty, (2) brak możliwości zastosowania SDM z powodu określonych cech pacjenta, sytuacji klinicznej, (3) oczekiwania pacjenta w kwestii współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji nie spełniające kryteriów modelu, (4) niezgoda (lekarza) na pytanie pacjenta o preferowaną rolę w procesie podejmowania decyzji.

Powstały i funkcjonują centra medyczne (np. Hitchcock Medical Center w Dartmouth), reklamujące się jako centra wspólnego podejmowania decyzji, dysponujące stronami internetowymi, gdzie przedstawiona jest koncepcja SDM. Na stronie wspomnianego centrum zamieszczony jest ponadto The Ottawa Personal Decision Guide - narzędzie przygotowane w celu pomocy „odbiorcom usług” w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem. Na stronie tegoż centrum znaleźć można Decision Aid Library - bibliotekę wcześniej wspomnianych „pomocy decyzyjnych”.

Hamann i wsp. [2006] w randomizowanym badaniu kontrolowanym porównał model SDM z opieką rutynową. Celem badania było sprawdzenie praktyczności modelu SDM w przypadku pacjentów oddziału całodobowego chorych na schizofrenię. Wspólne podejmowanie decyzji okazało się modelem możliwym do zastosowania u większości pacjentów i wbrew często wyrażanym obawom, niewymagającym poświęcania przez lekarzy większej ilości czasu. Pacjenci z grupy poddanej interwencji mieli lepszą wiedzę na temat swojej choroby, byli bardziej zaangażowani w podejmowanie medycznych decyzji, a ich korzyść z psychoedukacji była większa [Hamman i wsp. 2006].

Kolejne badanie Hamanna i wsp. [2007] miało na celu zbadanie wpływu zastosowanego modelu na długotrwały efekt leczenia i wypełnianie zaleceń (compliance) w grupie pacjentów leczących się z powodu schizofrenii. Badacze nie stwierdzili wyraźnych korzyści płynących z zastosowania SDM, lecz zaobserwowali korzystny trend - mniej ponownych hospitalizacji w grupie pacjentów uczestniczących w SDM. Dodatkowo zaobserwowano, że większa potrzeba autonomii i szersza wiedza w momencie wypisu były

związane z większą liczbą ponownych hospitalizacji. Konkludując - pacjenci z większymi oczekiwaniami dotyczącymi współdecydowania, są zagrożeni gorszymi długoterminowymi wynikami leczenia i z tego powodu wymagają szczególnej uwagi [Hamann i wsp. 2007].

Podobne badanie przeprowadzili Loh i wsp. [2007] u pacjentów ambulatoryjnych leczonych z powodu depresji. Porównali dwie grupy pacjentów (n=405 - poddani interwencji z udziałem SDM lub rutynowej opiece) pod względem zaangażowania, udziału, satysfakcji pacjenta, wypełniania zaleceń (compliance) oraz redukcji objawów. Interwencja nie zmieniła nasilenia objawów depresji w większym stopniu niż w grupie kontrolnej (poddanej rutynowej opiece). Zmieniła natomiast poziom zaangażowania pacjentów w terapię - lekarze w tej grupie chętniej ułatwiali pacjentom współuczestniczenie w procesie leczenia, uzyskano poprawę compliance. Powyższe cele osiągnięto bez wydłużania czasu wizyty u lekarza.

Elwyn Glyn w swoich pracach na ten temat zdefiniował zestaw kompetencji potrzebnych do wspólnego podejmowania decyzji i stworzył skalę OPTION określającą stopień zaangażowania w proces SDM, która została przetłumaczona na język niderlandzki, chiński, francuski, niemiecki, hiszpański i włoski.

Udział pacjentów w procesach ustalania wysokości i zasadności refundacji leków i oceny technologii medycznych

Często decyzja o możliwym sposobie leczenia zapada jeszcze zanim pacjent przekroczy próg gabinetu lekarskiego. Ocena i wybór refundowanych technologii medycznych bywa najważniejszą decyzją dotyczącą życia pacjenta i często nie ma on żadnego wpływu na czynione wybory. Problem udziału pacjentów w tego rodzaju decyzjach medycznych staje się przedmiotem badań oraz dyskusji w środowisku medycznym. Pojawia się coraz więcej projektów, których celem jest przyznanie chorym prawa wpływu na istotne decyzje o akceptacji terapii. W trakcie 14-tej konferencji EFA (The European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations) przedstawiciele stowarzyszeń członkowskich, autorytety naukowe, badacze oraz rzecznicy pacjentów z krajów europejskich poddali analizie procesy włączania pacjentów w decyzje dotyczące ich leczenia, w szczególności w proces ustalania

wysokości i zasadności refundacji leków w poszczególnych krajach unijnych.

W 2010 roku Health Equality Europe (HEE) - nieformalna koalicja osób, których misją jest usytuowanie pacjenta w centrum wszystkich decyzji medycznych opracowała przewodnik „Understanding Health Technology Assessment - „Ocena technologii medycznych - jak ją rozumieć”.

Został on stworzony jako narzędzie dla organizacji pacjentów, których celem jest przedstawienie ich potrzeb i perspektywy. Wyjaśniając na czym polega proces oceny technologii medycznych, ułatwia im uczestniczenie w nim. Przewodnik zawiera jasne instrukcje jak zbierać i dokumentować dane na temat przebiegu choroby widzianej z perspektywy i wpływu jaki ma dana technologia medyczna na życie chorych.

Dokument powstał w celu:

- zwiększenia stopnia rozumienia procesu HTA
- zwiększenia zdolności osób niezwiązanych zawodowo z opieką medyczną uczestniczenia w procesie HTA
- udzielenia stowarzyszeniom pacjentów wskazówek odnośnie udziału w procesie HTA.

Przewodnik może być również wsparciem dla osób organizujących kampanie medialne oraz lobbing dla zmian metod leczenia, jak również pacjentów w ich indywidualnych rozmowach z lekarzem. W trosce o podmiotowość i autonomię pacjentów, ich opinie powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących bezpośrednio ich życia i zdrowia.

Perspektywa bioetyczna

Paternalistyczna relacja pacjenta z lekarzem, który dla dobra chorego podejmuje terapię pomijając jego opinie, potrzeby i oczekiwania stała się przedmiotem krytyki ze względu na towarzyszące jej ograniczenie autonomii pacjenta. Doświadczenie kliniczne uczy, że nie zawsze autorytarne decyzje lekarza są słuszne. Natomiast konsekwencje błędnych decyzji ponosi pacjent.

Partnerstwo w relacji między lekarzem a pacjentem będące odpowiedzią na potrzebę obrony autonomii pacjenta zmienia rolę pacjenta przywracając mu godność i wolność. Uczestniczenie pacjenta w procesie decyzyjnym, który go dotyczy daje mu prawo do samostanowienia, niosąc jednocześnie obciążenie współodpowiedzialnością za podjętą decyzję.

Podsumowanie

Istotę tak rozumianej komunikacji medycznej wskazał już w 1938 roku wybitny amerykański lekarz hematolog Richard Cabot mówiąc: „Kiedy lekarz edukuje swoich pacjentów, schodzi z piedestału

wyłącznie bycia ekspertem, na którym postawiła go tradycja. Pacjenci przejmą część tej wiedzy i zastosują ją dla własnej korzyści. O takim skutku marzą wszyscy, którzy troszczą się o ludzkie zdrowie”.

dr Aldona Katarzyna Jankowska jest adiunktem w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej

Piśmiennictwo u autora

Andrea Vesalius – twórca nowożytnej anatomii

wykład z cyklu “Medyczna Środa”

Michał Szpinda

Andrea Vesalius z Brukseli (1514–1564) zyskał nieśmiertelność jako twórca nowożytnej anatomii. U zarania XVI w. profesorowie dzielili się ze studentami medycyny prymitywną wiedzą o budowie człowieka, bazując na odczytywaniu ksiąg starożytnego greckiego lekarza Klaudiusza Galena, który nie przeprowadził ani jednej sekcji człowieka, a swoje spostrzeżenia z zakresu anatomii zwierząt – głównie małpy i świni – przenosił per analogiam wprost na człowieka. Jego dzieła stały się

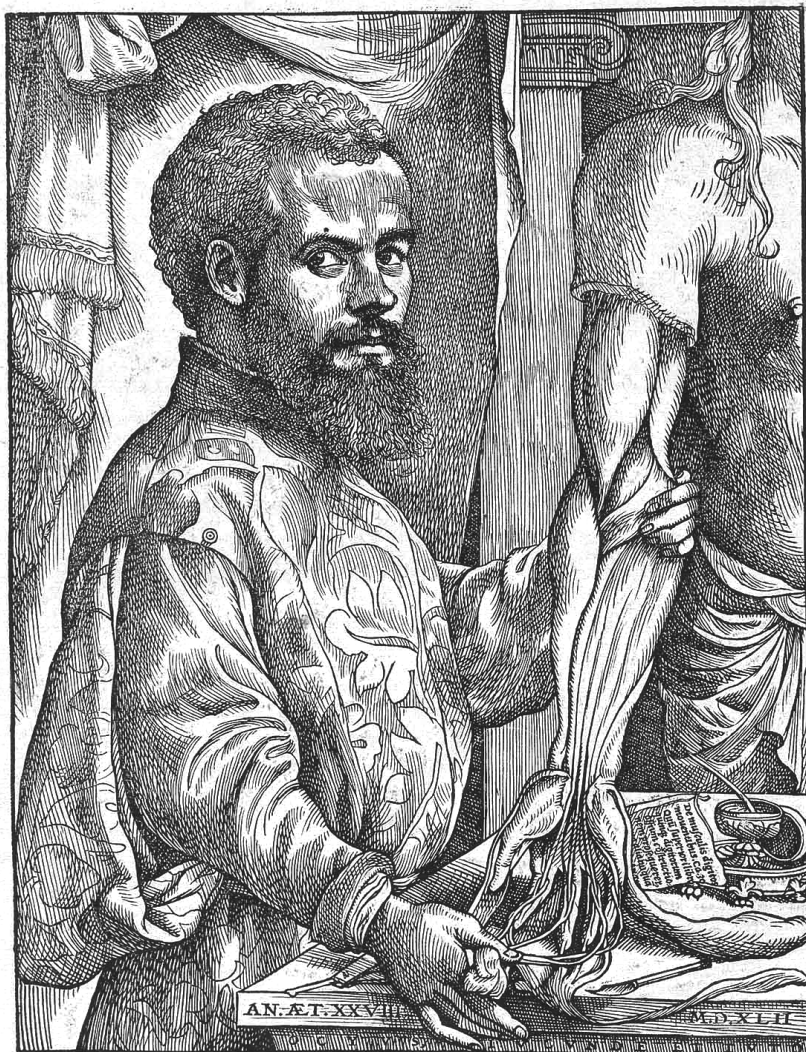
dogmatem medycyny na 1400 lat (*Sic dicit galenus*), aż do Vesaliusa.

Trzej protoplaści Andrea Vesaliusa byli lekarzami, toteż tradycja rodzinna i zainteresowania własne skłoniły go do zainteresowania się medycyną. Dla nabycia nieodzownej biegłości językowej, Vesalius odbył studia lingwistyczne w Louvain (1528–1533) w dziedzinie łaciny, greki i języka hebrajskiego. W roku 1533 wyjechał do Paryża studiować me-

dycynę, gdzie anatomię wykladał zagorzały zwolennik Galena Jacques Dubois (Jacobus Sylvius). Z uwagi na bezsekcyjne nauczanie, Vesalius pod osłoną nocy kradł ciała z Cmentarza Niewiniątek i placów kaźni, by je w domu potajemnie preparować. W 1536 r. Vesalius wrócił do Louvain, gdzie kontynuował studia medyczne, rozpoczął publiczne sekcje zwłok przed audytorium studenckim i opublikował swoją pracę licencjacką (1537). Z Louvain Vesalius udał się do Padwy, gdzie 5 grudnia 1537 r. odbyła się jego promocja doktorska, a już nazajutrz jako profesor tertiaris objął on katedrę anatomii i chirurgii, a poprzez jego nowatorskie wykłady uniwersytet w Padwie zaczął wywierać decydujący wpływ na rozwój anatomii w całej Europie.

Vesalius zazwyczaj preparował zwłoki osobiście, podczas gdy studenci gromadzili się wokół stołu sekcyjnego. W 1538 r. przygotował i oddał do druku w Wenecji swoje własnoręcznie wykonane plansze anatomiczne z zakresu układu kostnego, trzewi i naczyń krwionośnych jako Tablice anatomiczne. Vesalius był gorącym zwolennikiem równoległych preparacji, gdzie ciało zwierzęcia i zwłoki ludzkie preparowano jednocześnie, w celu łatwego wykazania różnic anatomicznych i obnażenia błędów Galena. Jednak autorytet Galena był tak dalece niepodważalny, że Jacobus Sylvius deklarował, że Galen nie mógł się mylić, a raczej ludzkie ciało musiało zmienić swą budowę od czasów Galena. W efekcie nazwisko Vesaliusa złośliwie zmieniano na Vesanus (szaleniec). Po 5 latach żmudnych badań anatomicznych, w roku 1543 r. w oficynie zaprzyjaźnionego Johanna Oporinusa w Bazylei wydał Vesalius swoje przełomowe dzieło z ok. 300 rycinami pt.: „De humani corporis fabrica libri septem”. Vesalius był bardzo cenionym lekarzem praktykiem i już w wieku 30 lat piastował godność trzeciego lekarza przybocznego cesarza Karola V, a później – Filipa II. Z końcem 1563 r.

ANDREAE VESALII.



w tajemniczych okolicznościach Vesalius opuścił nagle cesarski dwór i odpłynął do Jerozolimy, a w drodze powrotnej zmarł 15 października 1564 r. na greckiej wyspie Zakhynthos.

Siedem tomów dzieła *Fabrica* obaliło ok. 200 doktryn Galena i położyło solidne podwaliny pod nowoczesną anatomię człowieka. Celem upowszechnienia wiedzy anatomicznej, Vesalius wprowadził – w miejsce dotychczasowych mian arabskich – racjonalną terminologię medyczną w języku łacińskim. W celu ułatwienia opisów anatomicznych, upowszechnił on mianownictwo techniczne jak: zawias, bloczek, głowa, wyrostek, guzek, itd. Vesalius jako człowiek renesansu zrewolucjonizował anatomię we wszystkich jej układach. Był on przekonany, że układ kostny stanowi rusztowanie dla ludzkiego ciała. Wypreparowany przez Vesaliusa szkielet jest najstarszym preparatem anatomicznym na świecie i jest przechowywany w Muzeum Anatomicznym w Bazylei. Obalił on również powszechne przekonanie, że mężczyźni mają o jedno żebro mniej niż kobiety. Vesalius stwierdził, że żuchwa jest pojedynczą kością, mostek składa się z 3 części, a kość krzyżowa – z 5 kręgów. Poza pierwszym dokładnym opisem kości klinowej i miednicznej, a także dwóch kosteczek słuchowych – młoteczka i kowadełka – opisał on dokładnie przedsionek ucha wewnętrznego. Vesalius zatrudnił wielu wspierających artystów, w tym Jana Stephana van Calcar, który był uczniem Tycjana. Toteż przedstawione postacie są jak żywe w różnych dramatycznych pozach, wyrażających dynamikę i cierpienie.

Najbardziej imponujący wkład Vesaliusa w badania nad układem mięśniowym stanowią zadziwiająco szczegółowe ilustracje, które przedstawiają przyczepy i lokalizację wszystkich mięśni szkieletowych. Skóra i mięśnie wydają się

stopniowo samoistnie rozpakowywać z „ubioru mięśniowego” aż do szkieletu sentymentalnego, który w skarżącamentej pozycji wyraża swą nieśmiertelność. Chociaż Vesalius uważał serce za narząd dwukomorowy, to jego ryciny przedstawiają także prawy i lewy przedsionek, tak jakby były one częściami odpowiednio żyły głównej i żył płucnych. Opisał on i nazwał zastawkę trójdzielną i mitralną, mięśnie brodawkowe i struny ścięgnowe w komorach, a nawet mięśnie grzebieniaste w uszkach przedsionków. Układ żylny był wręcz sportretowany, podczas gdy układ tętniczy został potraktowany pobieżnie. Zgodnie z tradycyjnym poglądem żyła główna była uważana za pojedynczą, ciągłą naczynię. Vesalius nie zgadzał się z poglądem Galena, że żyła główna rozpoczyna się w wątrobie. Obalił on również dotychczasowe przekonanie, że wątroba składa się z pięciu płatów. Vesalius przedstawił pierwszy szczegółowy opis odźwiernika, krezki, zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, sieci większej i jej połączeń z żołądkiem, śledzioną i poprzecznicą.

W *Fabrica* Vesalius przedstawił nietypowe dla człowieka wyższe położenie nerki prawej, co wkrótce jednak skorygował. Nie dysponując zwłokami kobiet ciężarnych, nie był on w stanie poznać szczegółów budowy narządów płciowych żeńskich, trafnie stwierdzając jednak, że macica była dotychczas nieprawidłowo postrzegana jako narząd podwójny. Vesalius zdefiniował nerw jako sposób przekazywania uczucia i ruchu, a mózg – jako ośrodek umysłu i emocji. Vesalius jako pierwszy opisał istotę szarą i białą mózgowia oraz cztery komory mózgu. Jego ryciny przedstawiają gałkę bładą, skorupę, torebkę wewnętrzną, jądro ogoniaste, blaszkę czworaczą, a nawet szyszynkę. Relacja Vesaliusa o siedmiu nerwach czasz-

kowych i zakresie ich unerwienia była jednak daleka od rzeczywistości. Nerw wzrokowy miał stanowić 1 parę, nerw okoruchowy – 2 parę, korzeń czuciowy nerwu trójdzielnego i nerw bloczkowy – 3 parę, korzeń ruchowy nerwu trójdzielnego – 4 parę, kompleks twarzowo-słuchowy – 5 parę, nerw językowo-gardłowy – 6 parę, a nerw błędny wraz z pniem współczulnym – 7 parę. W przeciwieństwie do nerwów czaszkowych, układ nerwów rdzeniowych i splotów somatycznych był bardzo zbliżony do rzeczywistości.

Poprzez obalenie tradycji Galena, Vesalius jest twórcą nowoczesnej anatomii, a jego *Fabrica* stanowi kamień milowy dla medycyny. Vesalius udowodnił, że niedopuszczalny jest dowód per analogiam przez porównanie anatomii zwierząt z anatomią człowieka. Jako prawdziwy człowiek renesansu stworzył on nową metodę naukową opartą na bezpośredniej obserwacji. Jego pragnienie dążenia do prawdy było najbardziej widoczne w korygowaniu własnych spostrzeżeń o budowie ciała. Dla uczczenia jego olbrzymich dokonań w dziedzinie anatomii, 5 następujących struktur anatomicznych nadal nosi eponimy Vesaliusa: twardówka, trzeszczki, gruczoły oskrzelowe, otwór i żyła wypustowa klinowa dodatkowa. Dzięki jego przywiązaniu do szczegółów, zapewnił on jasny opis i precedensowy obraz anatomiczny struktur, wyznaczając nowe standardy dla przyszłych podręczników medycznych. Łacińskie motto wyryte na grobie, wokół którego kostny Hamlet wygłasza monolog, okazało się być prorocze dla Vesaliusa: „Vivitur ingenio caetera mortis erunt” (Geniusz trwa, reszta jest śmiertelna).

prof. dr hab. Michał Szpinda jest kierownikiem Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej

przedruk z „Primum” marzec 2017, s. 12-13

Miłosne rosarium w średniowiecznej literaturze i sztuce

Jowita Jagła

Róża należała w czasach starożytnych do roślin ważnych, wykorzystywanych w kultach wielu pogańskich bogów, m.in. Adonisa i Afrodyty. Symbolizowała najwyższe piękno i tajemnicę. Ze względu na wyjątkową urodę, szybko znalazła też zaszczytne miejsce w symbolicznym języku literatury chrześcijańskiej.

Wierzono, że przed grzechem pierworodnym rajską róża nie posiadała

kolców, miała je otrzymać dopiero po tym zdarzeniu, jako znak smutku i rozkoszy, za które trzeba zapłacić, jak pisał św. Ambroży: *Niegdyś wśród ziemskich kwiatów bez kolców rosła róża, najpiękniejszy kwiat jaśniał wiosennym urokiem nie sprawiając żadnej przykrości. Później jednak śliczny kwiat otoczyły kolce, będące jakby zwierciadłem ludzkiego życia, w którym przyjemność, jaką znajduje*

w swych czynnościach, klują kolce trosk, jakie z nimi sąsiadują.

Z tego właśnie powodu Matka Boska była określana jako Rosa Spina Carens – Róża Pozbawiona Kolców. O tym, jak bardzo róża przylgnęła do wizerunku Matki Boskiej, świadczy fakt, iż wiele roślin podobnych do róży zyskiwało Maryjną symbolikę – na przykład malwa czy mak. Inne gatunki, odnoszące się do Maryi, otrzymywały nowe, „rózane” nazwy.

Oleander zwano różą jerychońską, kłkol polny i filaretkę obdarzono metaforycznym mianem Róży Niebios, zaś zawilec, juta, krokus wiosenny i dziurawiec zyskały przydomek róży Szaronu. Ze względu na obecność kolców, róża kojarzyła się z cierniową koroną, a czerwień jej płatków porównywano do krwi Zbawiciela – tym samym stanowiła w sztuce średniowiecznej i wczesnorenansowej zarówno atrybut Maryi, jak i Jezusa.

Ten nieskazitelnny wizerunek różanego kwiatu nie zachował absolutnej wyłączności, odnoszącej go wyłącznie do ikonografii religijnej. Róża pojawia się również w literaturze świeckiej i w przedstawieniach sławiących siłę miłości – zarówno duchowej, jak i erotycznej.

Róża – kwiat magiczny, tajemniczy, niezwykły, zniewalający zapachem – zdawała się w wiekach średnich najlepszym symbolem miłości, która uwzniosła, ale też zadaje bolesne doznania, okalecza ciało i duszę. Jeden z najpiękniejszych

utworów o miłości – francuska Powieść o róży (Le Roman de la Rose) Guillaume de Lorrissa i Jeana de Meunga (XIII w.) – opowiada o uczuciu Kochanka do różanego kwiatu. Zaproszony do zamku Dworności, dostrzega on w ogrodzie różany krzew: *wybrałem spośród pączków jeden, tak piękny, że aż bez wartości stawał się przy nim każdy inny, tak znakomity był mój wybór; najlepszym bowiem był Natury dziełem zdołający płatki kolor: odcień czerwieni delikatny [...]. Całe to miejsce napełnione było zapachem owym słodkim. A kiedy zapach ten poczułem, nie mogłem stamtąd się oddalić, lecz chciałem kwiatów z bliska dotknąć; zabrakło jednak mi śmiałości. Osty klujące i złośliwe zaraz mnie zresztą odepchnęły; ciernie kolczaste, bardzo ostre, pokrzywy, kolce zakrzywione, nie pozwoliły mi pójść naprzód, gdyż bałem się, że mnie skaleczą.*

Cała pierwsza część romansu, napisana w latach 1225-30 przez de Lorrissa, jest poświęcona miłości idealnej, niemożliwej do

spełnienia, której Kochanek poddaje się jednak pod wpływem zapieczetowanych strzał, którymi ugodził jego serce Amor.

Druga część napisana w latach 1268-82, której autorem był już Jean de Meun, dotyczy miłości spełnionej, zdobytej brutalnie, z przemocą. Z tego powodu książkę tę uważano często za wulgarną i nieprzyzwoitą. Kochanek, z pomocą m.in. Amora i Wenus, dokonuje szturm na twierdzę, w której chroniona była róża, by ostatecznie ucałować ją wielokrotnie i zerwać jej bujny kwiat. Sama róża – bohaterka romansu – jest nie tylko symbolicznym wizerunkiem kochanki i kobiety. Jej kształt i kolor kojarzyły się w oczywisty sposób z waginą, przez co ostatnie wersy romansu odczytywano jako zespolenie i akt defloracji!

Opisy natury są również nieodłącznym elementem średniowiecznej poezji dworskiej, szczególnie wierszy niemieckich minnesingerów – rycerzy i poetów sławiących Frau Minne (Panią Miłość). Rozkwit uczuć jest w tych utworach łączony z rozkwitem natury, stosunek płciowy odpowiada dojrzewaniu owoców i nasion. Jesień i zima to czas zastoju uczuć, szron na polach i umarłe kwiaty sugerują często kres miłości, okres żałoby po ukochanym czy bolesne rozstanie. Wiosna i lato, czas rozkwitu kwiatów i zieloności drzew, jest okresem sprzyjającym spotkaniom, miłości, erotycznym spełnieniom, wreszcie samej Tageslied – pieśni porannej kochanków. Kochankowie wróżą sobie z kwiatów, porównują własne ciała do rozkwitających pąków, pachnącymi rozkwitłymi kwiatami są usta całujących się, trawa i las stają się współświadkami skrywanych uczuć i potajemnych spotkań.

W całym tym przyrodniczym arsenale róża odgrywa niebagatelną rolę, jest kwiatem wyróżnionym, różane płatki służą za miękkie łóżce: *On tam urządził tak wspańnięte to łóżce i je przybrał kwieciami. A kto tamtędy chodzi, patrzy na nie i śmieje się ze zrozumieniem. Po tych różach zaraz pozna, tandaradaj, gdzie leżała moja głowa...* – Under der linden Walthera von der Vogelweide, XI-XIII w.

Wspólne uprawianie ogrodu zamkowego staje się cudownym pretekstem dla spotkania i przebywania blisko siebie, w bliskości własnych ciał: *Jak chciałbym dożyć tego, abym różę mógł sadzić razem z moją kochanką! Tak pragnę z nią rozmawiać dłużej, by miłość połączyła nas na zawsze. Gdyby mi całusa dała swymi ustami czerwonymi, to bym ze szczęścia już ozdrowiał całkiem...* – Müeste ich noch geleben Walthera von der Vogelweide. Łąka i ogród przeobrażają się w miejsce schadzki: *Któż bo widział*



Mistrz Księgi Domowej, Para zakochanych (XV w.)

z kwiatów pięknych niezwykajne tak ko-
bierce? Zrywałem je na wianek, niosłem go
z ochotą tam ku paniom, gdzie trwał taniec.
Kto chce radość zyskać, niechaj ten zdoby-
wa szaniec! Tam fiołki, koniczyny, i ożanki,
i barwinki, też szlachetne narcyzyki, dzwon-
ki też znalazłem, lilie i różyczki. Chciałem
z moją panią cieszyć się już nimi. Pozwoliła
mi nareszcie, bym jej służby świadczył wier-
ne, słodkim w maju był kochankiem; dla
niej śpiewać chcę do tańca... – Der winter
ist zergangen Tannhäusera, XIII w.

Tak intensywna obecność róży w śre-
dniowiecznej literaturze miłosnej spra-
wiła, że stała się ona atrybutem uka-
zywanym chętnie w niemieckich i ni-
derlandzkich obrazach zaręczynowych
i ślubnych. Jednym z bardziej urodziwych
ujęć jest portret Para zakochanych, na-
malowany przez niemieckiego Mistrza
Księgi Domowej (XV w.), przedstawiający
dwoje zauroczonych sobą młodych ludzi,
opartych o kamienny parapet. Dziewczy-
na prawą dłonią zakłada złotą plecionkę
na skraj płaszcza mężczyzny. Ten cenny,
ozdobny dar został przez artystę skomen-
towany tekstem zapisanym na wijących
się w górze banderolach: Nie całkiem nim
wzgardziła, uplotła dlań sznureczek ten.
I dobrze też zrobiła, bo on zasłużył nań.
Zarówno mężczyzna, jak i kobieta zostają
obdarzeni miłosnym atrybutem w postaci
dzikiej róży. Róża trzymana w dłoniach
przez kobietę, szczególnie zaś w postaci
wieńca na głowie kochanka, nasuwa sko-
jarzenia z koroną cierniową, przypomi-
nając niejako mimochodem o bolesnych
doświadczeniach miłości.

Średniowieczne drzeworyty i minia-
tury, zapłodnione miłosną emblematyką
rózań, tak obficie propagowaną przez
dworskie romanse i poezję często ukazują
zakochane pary obdarowujące się wz-
ajemnie różanymi wieńcami, jako najlep-
szym z możliwych darów, który naznacza
i wyznacza kochanka. Jakby tego było
mało, zakochani są ukazywani w prze-
strzeni altan, ogrodów różanych czy na
tle różanych żywopłotów, wyznaczających
symboliczne tło dla pocałunków, nieskry-
wanych uścisków, odważnych gestów.



Ilustracja do Powieści o Róży G. de Lorrise i J. de Meun, ok. 1490-1500 r.

Odrębną grupę, należącą do podob-
nych przedstawień, stanowią ilustracje
towarzyszące kolejnym kopiom Powie-
ści o róży. Przedstawiają one niezwykle
przygody wytrwałego Kochanka, szcze-
gólnie walkę o zdobycie róży i sam satys-
fakcjonujący gest jej zerwania... Różany
motyw, który w sposób niekontrolowany
rozlał się w obszarze poezji i ikonografii
późnośredniowiecznej, był wyczuwalny
znacznie wcześniej! Już w IX w. Sedu-
liusz Szkot napisał niezwykle poemat
Spór róży z lilią, w którym oba te pię-
kne i popularne kwiaty rywalizują ze sobą
o chwałę, tocząc zajadłą dysputę i nie
szczędząc sobie wzajemnych upokorzeń.
Lilia szydzi z róży, iż ta zamiast diademu
posiada krzak cierniowy, że jest zhańbio-
na, a kolce służą jej w celu obrony cnoty.
Pełna pychy róża wyśmiewa błądliwość lilii
i chorowitość. Sama kokietuje, przedsta-

wiając się, wątpliwie nieco, jako nieskala-
ną, jak i kuszącą kochankę!

*Jam bogom jest pokrewna,
siostra jam Aurory,
A moim kochankiem
Feb jest zawsze skory.
Do mnie nawet Lucyfer
sam w konkury chadza,
Lecz, że dziewicą jestem,
rumieniec to zdradza [...].
To, na co tak wydziwiasz,
zmurszała starości,
I w hańbę mą obracasz,
godne jest miłości.
Wszak po to Pan Niebiosom puklerz
dał mi srogi,
By potwarców mej sławy
kłuły te ostrogi...*

dr Jowita Jagła jest kierownikiem Działu Historii Medy-
cyny w Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku

Sezon na kleszcze

Natalia Kurpiel, Zuzanna Leśniak, Bogusz Olszewski, Kamila Pieńkowska, Izabela Zarębska

Kleszcze to wyjątkowo wprawni krwio-
pijcy. Możemy w ogóle nie zauważyć, że
po spacerze w lesie wróciliśmy do domu
"z pasażerem na gapę". Choć większość
takich sytuacji kończy się bez poważnych
następstw, trzeba pamiętać, że kleszcze

mogą przenosić poważne choroby. Dlatego
szczególnie teraz - w okresie wakacji - kie-
dy jesteśmy wyjątkowo narażeni na uką-
szenia, musimy być świadomi zagrożenia
oraz powinniśmy wiedzieć, w jaki sposób
prawidłowo usuwać kleszcze.

Z parazytologicznego punktu widze-
nia rozróżniamy kilka gatunków tego
pasożyta. Najpopularniejszy - kleszcz
pospolity (*Ixodes ricinus*) - występuje w
Europie, Afryce i Azji Mniejszej, również
w Polsce jest liczny i powszechny. Sami-



ca, samiec i nimfa mają po 4 pary nóg. Gatunek ten atakuje wszystkie dostępne kręgowce. Głodna samica jest jasnobrązowoczerwona i mierzy około 3,5 mm, a po nasyceniu osiąga rozmiary do 12 mm długości. Jako żywicieli preferuje duże zwierzęta leśne i gospodarskie. Z kolei samiec charakteryzuje się odcieniem ciemnobrązowym do czarnego i mierzy 2,5 mm długości i odżywia się głównie płynami ustrojowymi. Jego obecność na żywicielu ma jedynie na celu znalezienie samicy i jej zapłodnienie. Nimfy częściej atakują zwierzęta większe - jeże, zające, lisy, sarny, a larwy z trzema parami nóg preferują drobne ssaki, ptaki i gady.

Poszczególne stadia rozwojowe należące do jednego pokolenia karmią się kolejno na trzech różnych żywicielach, pobierając krew tylko jeden raz w swoim życiu. Po nakarmieniu się, każda postać odpada od żywiciela, a następnie linieje w głębie lub ściółce, przechodząc w kolejne stadium. Samica natomiast składa jaja w liczbie ok. 2,5 tysiąca i ginie.

Człowiek narażony jest na atak kleszcza odżywiającego się krwią w każdym stadium, głównie jednak samicy i nimfy. W naszym klimacie wzmożona aktywność kleszczy przypada na kwiecień i maj, natomiast latem maleje, aby ponownie zwiększyć się w sierpniu, wrześniu i trwać do końca października.

Ślina kleszcza zawiera substancje drażniące, dlatego po jego odpadnięciu na skórze pozostają zmiany ustępujące samoistnie. Kleszcz pospolity jest przenośnikiem i rezerwuarem takich drobnoustrojów chorobotwórczych, jak wirus kleszczowego zapalenia mózgu, krętki *Borrelia burgdorferi* (wywołujących chorobę zwaną boreliozą z Lyme), pałeczki tularemii, a także bakterie powodujące listeriozę, gorączkę Q i babeszjozę. Patogeny te pobierają od zakażonych zwierząt i mogą przekazywać je żywicielowi, a także w obrębie własnej populacji.

Jedną z najczęstszych chorób związanych z kleszczami jest borelioza z Lyme. Jest to zapalna choroba bakteryjna, która zwykle wiąże się z zajęciem skóry, stawów, układu nerwowego oraz serca. Czynnikiem etiologicznym są Gram(-) krętki z rodzaju *Borrelia* przenoszone przez kleszcze. W Europie są to najczęściej *B. garinii*, *B. afzelii*, rzadziej *B. burgdorferi*. Zakażenie następuje w wyniku ukłucia przez zakażonego kleszcza. Po ukłuciu, krętka w obrębie zajętej skóry wywołują zmianę skórą, tzw. „rumień pęzający”. Do czynników zwiększających ryzyko infekcji zaliczyć można przebywanie w siedliskach kleszczy na obszarach endemicznych, długotrwały kontakt kleszcza ze skórą (powyżej 48 godzin) oraz drażnienie kleszcza. We wczesnym stadium trwającym od 3 do 30 dni chory nie zakaża osób, z którymi ma kontakt. Wyróżniamy kolejno stadia: wczesne ograniczone, wczesne rozsiane (inaczej: narządowe) i stadium późne. Dla stadium wczesnego ograniczonego charakterystyczne jest występowanie objawów grypopodobnych oraz rumienia pęzającego.

Rumień pęzający pojawia się zwykle po około 7 dniach od ukłucia przez kleszcza. Początkowo jest to plamka lub grudka w kolorze czerwonym, która szybko powiększa się i osiąga średnicę przekraczającą 5 cm. Charakterystyczną cechą jest pierścieniowaty kształt z przejaśnieniem w centralnej części i ostro odgraniczonymi od zdrowej skóry brzegami. Zwykle rumień pozostaje w płaszczyźnie skóry, ponadto jest niebolesny i nie swędzi. Bardzo rzadko w stadium wczesnym ograniczonym może występować chłoniak limfocytowy skóry - manifestujący się czerwono-niebieskim guzkiem, najczęściej na małżowinie ucha, brodawce sutkowej bądź też na mosznie.

Stadium wczesne rozsiane, zwane także narządowym, może rozwinąć się od kilku tygodni do kilku miesięcy po

zakażeniu. Charakteryzuje się zapaleniem stawów - najczęściej tylko jednym, ale może być to również kilka dużych stawów. Stan ten pozbawiony jest ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, pomimo obfitego wysięku w jamie stawowej. Nawracające zaostrzenia z czasem są coraz rzadsze, krótsze i łagodniejsze, lecz nieleczone mogą przejść w zapalenie przewlekłe. Zapalenie mięśnia sercowego występuje u 5% chorych. Zwykle charakteryzuje się zaburzeniem przewodzenia i rytmu. Ponadto może dojść również do zajęcia układu nerwowego - określanego mianem neuroboreliozy z równoczesnym zajęciem ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego na różnych poziomach i zapaleniem nerwów czaszkowych. Zwykle zajęcie układu nerwowego ma charakter łagodny, a jedynym objawem może być ból głowy.

Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn, przewlekłe zapalenie stawów, łagodne zapalenie mięśni, kaletki maziowych lub ścięgien oraz przewlekła neuroborelioza występują w stadium późnym choroby. Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry może pojawiać się nawet kilka lat po zakażeniu. Początkowo może objawiać się jako obrzęk zapalny, lecz z czasem może dojść do zmian zanikowych, z pojawieniem się cienkiej skóry pozbawionej owłosienia z fioletowym przebarwieniem. Zmiany te są zwykle niesymetryczne i dotyczą skóry dalszych części kończyn. Przewlekła neuroborelioza może występować pod postacią zapalenia korzeni nerwowych i nerwów obwodowych, polineuropatii obwodowej, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego. Stadium późne choroby można rozpoznać, jeśli objawy kliniczne utrzymują się dłużej niż 12 miesięcy.

Rozpoznanie boreliozy stawiamy na podstawie dwustopniowej diagnostyki. Na początku oznaczane jest swoiste IgM w surowicy. Przeciwciała IgM pojawiają się we krwi po około 3-4 tygodniach od zakażenia, a ich zanik następuje po 4-6 miesiącach. W przypadku wyniku dodatniego lub wątpliwego należy potwierdzić metodą Western Blot. Dodatni wynik badania, jednak bez objawów klinicznych typowych dla choroby, nie ma znaczenia diagnostycznego. Z kolei swoiste przeciwciała klasy IgG wykrywane są dopiero po 6-8 tygodniach od zakażenia i utrzymują się przez wiele lat nawet u pacjentów poddawanych antybiotykoterapii. Ponadto możliwe jest wykonanie badania na obecność DNA krętków *Borrelia* w usuniętym ze skóry kleszczu.

Leczenie możemy podzielić na przyczynowe i objawowe. Leczenie objawowe obejmuje wprowadzenie NLPZ czy też nakłucie zajętego stawu w celu jego odbarczenia. Leczenie przyczynowe obejmuje antybiotykoterapię. Wybór antybiotyku i czas leczenia zależą od postaci choroby. Zalecanymi antybiotykami są amoksycylina, doksycyklina, aksetyl cefuroksymu, azytromycyna, klarytromycyna, penicylina V. Nie należy stosować antybiotyków, jeśli pacjent nie ma objawów klinicznych, nawet pomimo dodatniego wyniku badania serologicznego. Ważne jest, aby w przypadku nawrotów objawów, różnicować je od utrzymywania się stopniowo słabnących dolegliwości przez kilka tygodni po zakończeniu leczenia. Nawrót objawów wymaga ponownej antybiotykoterapii, a słabnące objawy wymagają tylko leczenia objawowego. W późnej neuroboreliozy i przewlekłym zapaleniu stawów objawy choroby mogą nie ustąpić pomimo leczenia.

Ważne jest również zapobieganie ukłuciu przez kleszcza i zakażeniu. Wyróżniamy metody swoiste i nieswoiste. Do swoistych należy profilaktyka poekspozycyjna w postaci jednorazowej dawki doksycykliny. Takie postępowanie jest uzasadnione wyłącznie w przypadku mnogich ukłuc przez kleszcze osoby dorosłej w rejonie endemicznym boreliozy, a nie pochodzącej z tego terenu. Do metod nieswoistych należą, m.in. szczelne osłonięcie skóry oraz stosowanie repelentów - czyli środków odstrasżających kleszcze. Zalecana jest także dokładna kontrola całej skóry po powrocie z terenów łąkowo-leśnych (szczególnie pachwiny, pachy, okolice za małżowinami usznymi, fałdy skórne), a także jak najwcześniejsze mechaniczne usunięcie kleszcza.

Kolejną niebezpieczną chorobą przenoszoną przez kleszcze jest odkleszczowe zapalenie mózgu - zakaźna choroba wirusowa OUN o przebiegu dwufazowym, powodowana przez neurotropowy wirus odkleszczowego zapalenia mózgu z rodziny Flaviviridae. Wirus ten przenoszony jest zwykle w wyniku ukłucia przez zakażonego kleszcza, rzadziej - drogą pokarmową przez spożycie surowego mleka zakażonych zwierząt. Najczęściej spotykany jest w Europie Środkowej i Wschodniej, jak również w południowej części Rosji. W Polsce zagrożone są głównie rejony północno-wschodnie, m.in. województwa podlaskie i warmińsko-mazurskie. Najbardziej narażone na zakażenie są osoby długotrwale przebywające lub pracujące na terenach leśnych

w rejonach endemicznych, a także spożywające surowe mleko zwierząt hodowlanych w tych rejonach. Osoba chora nie stanowi zagrożenia dla innych osób.

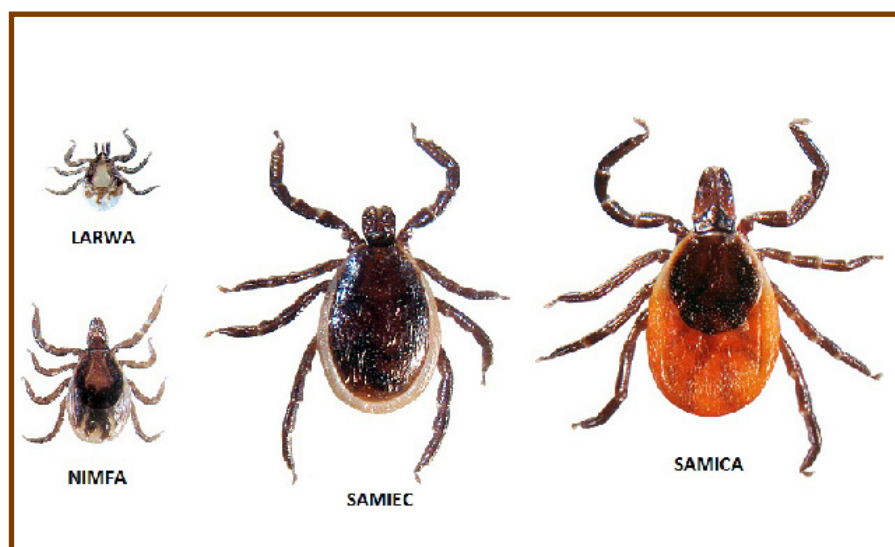
Zakażenie ma nagły początek i - jak to zostało wspomniane - przebiega w dwóch fazach. Początkowa faza zwiastunowa charakteryzuje się objawami grypopodobnymi, nudnościami, wymiotami oraz biegunką. Trwa około 7 dni, po czym u większości chorych dochodzi do samostnego wyleczenia. Po kilku dniach dobrego samopoczucia, u niektórych chorych pojawiają się objawy zajęcia OUN - zaczyna się druga faza neuroinfekcji. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych jest najczęstszym powikłaniem i zwykle ma łagodny przebieg, lecz może również wystąpić zapalenie mózgu, mózdzku lub rdzenia kręgowego. Do rozpoznania niezbędny jest wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz obecność swoistych przeciwciał IgM w surowicy oznaczane metodą ELISA, a w wątpliwych przypadkach - również wykrycie przeciwciał w PMR.

W przypadku odkleszczowego zapalenia mózgu nie ma leczenia przyczynowego. Postępowanie ogólne w leczeniu objawowym polega na dożylnym podawaniu płynów, żywieniu dojelitowym lub pozajelitowym oraz rehabilitacji. Dodatkowo podaje się leki przeciwobrzękowe i przeciwzapalne. U większości chorych objawy ustępują całkowicie. Przy zapaleniu mózgu i rdzenia kręgowego, u chorego przez wiele miesięcy mogą utrzymywać się zaburzenia czucia, niedowłady, upośledzenie pamięci i skupienia uwagi. Śmiertelność jest niewielka i wynosi ok. 1% - dotyczy głównie osób z porażeniem kończyn i zaburzeniami oddychania. Na rynku dostępne są szczepionki zawierające inaktywowane wirusy. Zalecane są one osobom mieszkającym na terenach

zwiększonego występowania tej choroby lub wyjeżdżającym tam w celach turystycznych lub zarobkowych.

W przypadku zauważenia kleszcza na skórze wskazane jest jak najszybsze usunięcie go ze względu na wspomniane wcześniej ryzyko rozwoju chorób nieprzenoszonych, m.in. boreliozy lub odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu. Teoretycznie jedynym przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu jest brak odpowiednich narzędzi. W praktyce niezbędnymi elementami poprawnie przeprowadzonego usunięcia kleszcza są także doświadczenie i warunki, w jakich dokonuje się zabiegu. Nieumiejętne usunięcie kleszcza może doprowadzić do usunięcia jedynie jego odwłoku i w konsekwencji pozostawić w skórze główkę i tułów kleszcza. Dlatego też, zamiast podejmowania próby usunięcia kleszcza domowymi sposobami i narzędziami, zalecane jest udanie się do najbliższego gabinetu lekarskiego, gdzie w sterylnych warunkach można odpowiednio pozbyć się niechcianego szkodnika.

W gabinecie lekarskim do usunięcia kleszcza wykorzystywane są zakrzywiona pęseta anatomiczna lub kleszczyki typu Pean o ostrym końcu. To właśnie te narzędzia umożliwiają sprawne i całkowite pozbycie się kleszcza zagnieżdżonego w skórze. Poza tym niezbędne są także materiały opatrunkowe, preparaty do odkażania skóry i odpowiednie źródło światła. Przy pomocy zagiętej pęsety lub ostrych kleszczyków Peana należy chwycić kleszcza za główkę tuż przy skórze i jednostajnym pionowym ruchem usunąć go pionowo do góry. Ważne jest, aby narzędzie układać stycznie do skóry i tym samym precyzyjnie chwycić kleszcza za główkę, aby usunąć go w całości. W miejscu ukąszenia na skórze może być widoczna drobna ranka, świadcząca



o przerwaniu powłok skórnych spowodowanym ukąszeniem przez kleszcza. Ranę taką przemywamy środkiem odkażającym i zakładamy niewielki opatrunek.

W sprzedaży dostępne są także proste zestawy do usuwania kleszczy za pomocą pętli, specjalnego haczyka lub plastikowej karty z wcięciem. Rozmiary haczyka dobiera się w zależności od wielkości kleszcza, a sposób wyciągania jest podobny do tego, który wykonuje się przy użyciu pęsety czy kleszczyków Peana. W przypadku, gdy nie uda się usunąć w całości kleszcza, a w skórze pozostaną fragmenty główki lub odnóży, przy braku wprawy i odpowiednich narzędzi nie należy takich pozostałości usuwać - ich obec-

ność nie zwiększa ryzyka zakażeń przenoszonych przez kleszcze. Jednakże w przypadku nacisku ze strony pacjenta, w znieczuleniu można usunąć je przy pomocy skalpela lub igły i wykonaniu dermabrazji, czyli usunięcia powierzchownej warstwy naskórka.

Ryzyko zachorowania na choroby przenoszone przez kleszcze jest względnie małe, lecz popełniane niekiedy błędy mogą zwiększać to ryzyko. Dla przykładu, smarowanie kremami lub maściami i jednocześnie odcięcie kleszcza od dostępu tlenu może spowodować wypływanie śliny do rany zawierającej krętki z rodzaju *Borrelia*. Innymi popełnianymi błędami w czasie usuwania kleszczy ze skóry są: wyciskanie

ze skóry lub stymulowanie kleszcza do wyjścia przez uciskanie skóry wokół niego kolistymi ruchami bądź przypalanie.

Należy mieć na uwadze fakt, iż trudne do zauważenia kleszcze są powszechnie obecne i czają się niemal wszędzie. Tym samym, nawet letni spacer w parku może w przyszłości skutkować boreliozą lub odkleszczowym zapaleniem mózgu. Oslanianie skóry, staranne oglądanie ciała oraz szybkie i fachowe usunięcie kleszcza to podstawa bezpiecznych wakacji wolnych od ryzyka rozwoju chorób przenoszonych przez kleszcze.

Natalia Kurpiel, Zuzanna Leśniak, Bogusz Olszewski, Kamila Pieńkowska, Izabela Zarębska są studentami III roku na kierunku lekarskim

Lista Filadelfijska

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 połowy marca do połowy czerwca 2017 roku.

IF: 47.831

Maria Kłopotcka

Autorzy: S. Vermeire, W.J. Sandborn, S. Danese, X. Hebuterne, B.A. Salzberg, Maria Kłopotcka, D. Tarabar, T. Vanasek, M. Gregus, P.A. Hellstern, J.S. Kim, M.P. Sparrow, K.J. Gorelick, A. Hinz, A. Ahmad, V. Pradhan, M. Hassan-Zahrae, R. Clark, F. Cataldi, W. Reinisch.

Tytuł oryginału: Anti-MAdCAM antibody (PF-00547659) for ulcerative colitis (TURANDOT): a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.

Czasopismo: Lancet

Szczegóły: 2017

Słowa kluczowe: Zapalenie jelita grubego wrzodziejące - leczenie; Przeciwciała; Badania kliniczne randomizowane

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 18.318

Marta Pokrywczyńska

Autorzy: A.M.J. Shapiro, Marta Pokrywczyńska, C. Ricordi.

Tytuł oryginału: Clinical pancreatic islet transplantation.

Czasopismo: Nat. Rev. Endocrinol.

Szczegóły: 2017: Vol. 13, nr 5, s. 268-277.

Słowa kluczowe: Wyspy trzustki; Przeszczepianie

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 13.081

Sylwia Kołtan

Robert Dębski

Autorzy: Z. Nademi, M.A. Slatter, C.C. Dvorak, B. Neven, A. Fischer, F. Suarez, C. Booth, K. Rao, A. Laberko, J. Rodina, Y. Bertrand, Sylwia Kołtan, Robert Dębski, T. Flo-od, M. Abinun, A.R. Gennery, S. Hambleton, S. Ehl, A.J. Cant.

Tytuł oryginału: Hematopoietic stem cell transplant in patients with activated PI3K delta syndrome.

Czasopismo: J. Allergy Clin. Immunol.

Szczegóły: 2017: Vol. 139, nr 3, s. 1046-1049.

Słowa kluczowe: Niedobór odporności ciężki złożony; Komórki macierzyste hematopoetyczne - przeszczepianie

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 8.964

Agnieszka Woźniewicz

Autorzy: M.A. Basińska, Agnieszka Woźniewicz.

Tytuł oryginału: Occurrence of diagnostic criteria for psychosomatic research syndromes in polish patients with chronic illness

Czasopismo: Psychother. Psychosom.

Szczegóły: 2016: Vol. 85, nr 6, s. 386-387.

Słowa kluczowe: Choroba przewlekła; Zaburzenia psychosomatyczne

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 6.189

Ewa Chmielowska

Autorzy: S. Szmit, W. Jurczak, J.M. Zaucha, M. Długosz-Danecka, B. Sosnowska-Pasiarska, Ewa Chmielowska, M. Joks, J. Drozd-

Sokołowska, W. Knopińska-Posłuszny, W. Spychałowicz, B. Kumiega, G. Charliński, M. Morawska, G. Słomian.

Tytuł oryginału: Acute decompensated heart failure as a reason of premature chemotherapy discontinuation may be independent of a lifetime doxorubicin dose in lymphoma patients with cardiovascular disorders.

Czasopismo: Int. J. Cardiol.

Szczegóły: 2017: Vol. 235, s. 147-153.

Słowa kluczowe: Białaczka - leczenie; Chemioterapia; Antracykliny; Doksorubicyna - stosowanie lecznicze; Niewydolność serca

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 5.627

Piotr Niezgoda

Joanna Sikora

Malwina Barańska

Adam Sikora

Katarzyna Buszko

Emilia Siemińska

Michał Piotr Marszałł

Tomasz Fabiszak

Jacek Kubica

Autorzy: Piotr Niezgoda, Joanna Sikora, Malwina Barańska, Adam Sikora, Katarzyna Buszko, Emilia Siemińska, Michał Piotr Marszałł, J.M. Siller-Matula, B. Jilma, B. Alexopoulos, Tomasz Fabiszak, Jacek Kubica.

Tytuł oryginału: Crushed sublingual versus oral ticagrelor administration strategies in patients with unstable angina: a pharmacokinetic/pharmacodynamic study.

Czasopismo: Thromb. Haemost.

Szczegóły: 2017: Vol. 117, nr 4, s. 718-726.

Słowa kluczowe: Dusznica bolesna - leczenie; Płytki krwi - wpływ środków chemicznych

Afiliacja CM UMK

Punktacja MNiSW: 40.000

IF: 4.446

Mariusz Kowalewski
Krzysztof Aleksander Szwed
Lech Anisimowicz

Autorzy: Mariusz Kowalewski, G.M. Rafter, Krzysztof Aleksander Szwed, Lech Anisimowicz.

Tytuł oryginału: Meta-analysis to assess the effectiveness of topically used vancomycin in reducing sternal wound infections following cardiac surgery.

Czasopismo: J. Thorac. Cardiovasc. Surg.
Szczegóły: 2017

Słowa kluczowe: Mostek; Zakażenie rany - leczenie; Wankomycyna

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 4.307

Aleksander Deptuła

Autorzy: C. Pulcini, S. Mohrs, B. Beovic, I. Gyssens, U. Theuretzbacher, O. Cars, [i in.], Aleksander Deptuła, [i in.].

Tytuł oryginału: Forgotten antibiotics: a follow-up inventory study in Europe, the USA, Canada and Australia.

Czasopismo: Int. J. Antimicrob. Agents
Szczegóły: 2017: Vol. 49, nr 1, s. 98-101.

Uwagi: [Potwierdzenie o współautorstwie przez głównych autorów pracy].

Słowa kluczowe: Oporność drobnoustrojów na leki

Punktacja MNiSW: 40.000

IF: 4.055

Renata Paprocka

Bożena Modzelewska-Banachiewicz

Autorzy: L. Mazur, A.E. Kozioł, K.N. Jarzemska, Renata Paprocka, Bożena Modzelewska-Banachiewicz.

Tytuł oryginału: Polymorphism and isomorphism of the series of 3-(4,5-diaryl-4H-1,2,4-triazole-3-yl)propanoic acid derivatives.

Czasopismo: Cryst. Growth Des.
Szczegóły: 2017: Vol. 17, nr 4, s. 2104-2115.

Słowa kluczowe: Kwasy; Triazole - pochodne; Polimorfizm (genetyka)

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 3.911

Katarzyna Skonieczna

Tomasz Grzybowski

Autorzy: B. Malyarchuk, A. Litvinov, M. Derenko, Katarzyna Skonieczna, Tomasz Grzybowski, A. Grosheva, Y. Shneider, S. Rychkov, O. Zhukova.

Tytuł oryginału: Mitogenomic diversity in Russians and Poles.

Czasopismo: Forensic Sci. Int. - Genetics
Szczegóły: 2017: Vol.

Słowa kluczowe: Genetyka populacji; Rosja; Polska

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 3.874

Jan Styczyński

Autorzy: J.R. Passweg, H. Baldomero, P. Bader, C. Bonini, R.F. Duarte, A.R. Gennery, N. Kroger, J. Kuball, F. Lanza, S. Montoto, A. Nagler, J.A. Snowden, Jan Styczyński, M. Mohty.

Tytuł oryginału: Use of haploidentical stem cell transplantation continues to increase: the 2015 European Society for Blood and Marrow Transplant activity survey report.

Czasopismo: Bone Marrow Transpl.
Szczegóły: 2017: Vol. 52, s. 811-817.

Słowa kluczowe: Komórki macierzyste - przeszczepianie

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.735

Zbigniew Bartuzi

Autorzy: Zbigniew Bartuzi, R. Rodrigues Cocco, A. Muraro, A. Nowak-Węgrzyn.

Tytuł oryginału: Contribution of molecular allergen analysis in diagnosis of milk allergy.

Czasopismo: Curr. Allergy Asthma Rep.
Szczegóły: 2017: Vol. 17, nr 7, 46, s. 1-9.

Słowa kluczowe: Alergia pokarmowa; Mleko; Kazeiny

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.650

Paweł Sadłecki

Paweł Walentowicz

Magdalena Bodnar

Andrzej Marszałek

Marek Grabiec

Małgorzata Walentowicz-Sadłecka

Autorzy: Paweł Sadłecki, Paweł Walentowicz, Magdalena Bodnar, Andrzej Marszałek, Marek Grabiec, Małgorzata Walentowicz-Sadłecka.

Tytuł oryginału: Determination of BRAF V600E (VE1) protein expression and BRAF gene mutation status in codon 600 in borderline and low-grade ovarian cancers.

Czasopismo: Tumor Biol.

Szczegóły: 2017: Vol. 39, nr 5, s. 1-8.

Słowa kluczowe: Nowotwory jajników; Białka; Mutacja; Geny

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 25.000

IF: 3.126

Aleksander Deptuła

Autorzy: A[leksander] Deptuła, E. Trejnowska, G. Dubiel, M. Żukowski, A. Misiewska-Kaczur, T. Ozorowski, W. Hryniewicz.

Tytuł oryginału: Prevalence of healthcare-associated infections in Polish adult intensive

care units: summary data from the ECDC European Point Prevalence Survey of Hospital-associated Infections and Antimicrobial Use in Poland 2012-2014.

Czasopismo: J. Hosp. Infect.

Szczegóły: 2017: Vol. 92, nr 2, s. 145-150.

Słowa kluczowe: Zakażenie szpitalne; Intensywna terapia; Polska

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.087

Grzegorz Kozera

Autorzy: K. Chwojnicky, G[rzegorz] Kozera, P. Sobolewski, W. Fryze, W.M. Nyka.

Tytuł oryginału: Intravenous thrombolysis and three-year ischemic stroke mortality.

Czasopismo: Acta Neurol. Scand.

Szczegóły: 2017: Vol. 135, nr 5, s. 540-545.

Słowa kluczowe: Udar mózgu - leczenie; Leczenie trombolityczne

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 25.000

IF: 3.085

Artur Słomka

Aleksandra Piekuś

Mariusz Kowalewski

Wojciech Pawliszak

Lech Anisimowicz

Ewa Żekanowska

Autorzy: Artur Słomka, Aleksandra Piekuś, Mariusz Kowalewski, Wojciech Pawliszak, Lech Anisimowicz, Ewa Żekanowska.

Tytuł oryginału: Assessment of the procoagulant activity of microparticles and the protein Z system in patients undergoing off-pump coronary artery bypass surgery.

Czasopismo: Angiology

Szczegóły: 2017: Vol.

Słowa kluczowe: Choroby układu krążenia - chirurgia; Białka krwi; Inhibitory proteaz

Afiliacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 20.000

IF: 3.085

Anna Bajek

Natalia Gurtowska

Joanna Olkowska

Małgorzata Maj

Łukasz Kaźmierski

Magdalena Bodnar

Andrzej Marszałek

Robert Dębski

Tomasz Drewa

Autorzy: Anna Bajek, Natalia Gurtowska, Joanna Olkowska, Małgorzata Maj, Łukasz Kaźmierski, Magdalena Bodnar, Andrzej Marszałek, Robert Dębski, Tomasz Drewa.

Tytuł oryginału: Does the harvesting technique affect the properties of adipose-derived stem cells? - The comparative biological characterization.

Czasopismo: J. Cell. Biochem.
Szczegóły: 2017: Vol. 118, nr 5, s. 1097-1107.

Słowa kluczowe: Tkanka tłuszczowa; Komórki macierzyste
Afilacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 25.000

IF: 3.085

Małgorzata Maj
Anna Bajek
Ewelina Nalejska
Tomasz Kloskowski
Lidia Gackowska
Tomasz Drewa

Autorzy: Małgorzata Maj, Anna Bajek, Ewelina Nalejska, D. Porowińska, Tomasz Kloskowski, Lidia Gackowska, Tomasz Drewa.

Tytuł oryginału: Influence of mesenchymal stem cells conditioned media on proliferation of urinary tract cancer cell lines and their sensitivity to ciprofloxacin.

Czasopismo: J. Cell. Biochem.
Szczegóły: 2017: Vol. 118, nr 6, s. 1361-1368.
Słowa kluczowe: Nowotwory cewki moczowej; Komórki macierzyste; Cyprofloksacyna
Afilacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 25.000

IF: 3.082

Tomasz Siódmiak
Adam Sikora
Michał P. Marszał

Autorzy: M. Ziegler-Borowska, D. Chełminiak-Dudkiewicz, Tomasz Siódmiak, Adam Sikora, K. Węgrzynowska-Drzymalska, J. Skopińska-Wisniewska, H. Kaczmarek, Michał P. Marszał.

Tytuł oryginału: Chitosan-collagen coated magnetic nanoparticles for lipase immobilization - new type of „enzyme friendly” polymer shell crosslinking with squaric acid.

Czasopismo: Catalysts
Szczegóły: 2017: Vol. 7, nr 1 (26), s. 1-14.

Słowa kluczowe: Lipaza; Magnetyzm; Nanostruktury; Chitozan; Kolagen; Kwasy
Afilacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.013

Łukasz Wicherek

Autorzy: A. Szpera-Goździewicz, M. Majcherek, M. Borucki, T. Goździewicz, G. Dworki, Łukasz Wicherek, G.H. Bręborowicz.

Tytuł oryginału: Circulating endothelial cells, circulating endothelial progenitor cells, and von Willebrand factor in pregnancies complicated by hypertensive disorders.

Czasopismo: Am. J. Reprod. Immunol.
Szczegóły: 2017: Vol. 77, nr 3, s. e12625, 1-8.

Słowa kluczowe: Śródbłonek naczyńniowy; Nadciśnienie; Cytometria przepływowa; Stan przedrzucawkowy; Cięża

Afilacja CM UMK
Punktacja MNiSW: 30.000

Tenis ziemny

Dnia 20 maja 2017 r. odbyły się XII Mistrzostwa UMK w tenisie ziemnym o puchary Prorektora ds. Collegium Medicum, których organizatorem była Katedra i Zakład Podstaw Kultury Fizycznej.

Turniej rozegrano przy sprzyjającej pogodzie systemem pucharowym - mężczyzn oraz grupowym - kobiet. Cechował go wyso-

ki poziom sportowy. Okazałe puchary i trofea ufundowała Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, a nagrody rzeczowe oraz liczne upominki wręczył przedstawiciel Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Finał pań:

I miejsce: Marcela Czerwińska - V rok, kier. analityka medyczna CM (6:4; 6:3)

II miejsce: Anna Bacza - V rok, kier. lekarski CM (6:3; 7:5)

III miejsce: Hanna Mackiewicz-Nartowicz - Klinika Foniatrii i Audiologii (2:6; 3:6; 3:6; 5:7)

Finał panów:

I miejsce: Patryk Niekraszewicz - I rok, kier. lekarski CM (6:3; 6:3)

II miejsce: Michał Mietła - I rok, kier. lekarski CM (3:6; 3:6)

III miejsce: Jakub Woźniak - IV rok, kier. lekarski CM (4:6; 6:4; 7:2)

IV miejsce: Olgierd Nartowicz - Fontes-med (6:4; 4:6; 2:7)

Karate Tsunami

Joanna Słomkowska

Mgr Zofia Rosińska, wykładowca Katedry i Zakładu Żywienia i Dietetyki Collegium Medicum w Bydgoszczy 8 kwietnia 2017 roku brała udział w XII Otwartych Mistrzostwach Polski Karate Tsunami w Warszawie. Karate Tsunami (jap. „wielka

fala”) to system, bądź styl sztuki walki wręcz, który założył w Polsce w 1979 roku prawnik Ryszard Murat. W stylu Karate Tsunami zostały harmonijnie połączone nowoczesność z tradycją, m. in. nowoczesne metody treningowe z tradycyjnymi technikami walki.

Zofia Rosińska na co dzień trenuje sztuki walki razem z dwiema córkami - Oliwią i Iną w Szkole Walki Raion. Startując w Mistrzostwach Polski zdobyła tytuł mistrzyni Polski w walce na noże, a także, wspólnie z dwunastoletnią córką Oliwią wywalczyła trzecie miejsce w konkurencji yakusoku-kumite w kategorii dorosłych. Yakusoku kumite to techniczna konkurencja polegająca na prezentacji sześciu wyreżyserowanych starć, trzech z bronią i trzech bez przyrządów. Ponadto Oliwia zdobyła brązowy medal w renraku-waza - pokazie 6 kombinacji: trzech bez broni i trzech z dowolnymi przyrządami. Natomiast młodsza córka Inga została mistrzynią Polski w sumo grappling, będącym połączeniem judo, sumo i zapasów.

Start w XII Otwartych Mistrzostwach Polski Karate Tsunami w Warszawie okazał się dla Zofii Rosińskiej i jej dwóch córek niezwykle udany.

mgr Joanna Słomkowska jest Zastępcą Dyrektora ds. Personalnych i Bibliotek Specjalistycznych Biblioteki Uniwersyteckiej

