

Spis Treści

Wywiad numeru

Co tydzień pojawia się ktoś z podejrzeniem gruźlicy,
wywiad z dr. hab. Grzegorzem Przybylskim,
kierownikiem Kliniki Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy. 9

Z życia Uczelni

Nowy rok rozpoczęty 9
Convallaria Copernicana dla prof. Waldemara Jędrzejczyka – Laudacja. 11
Convallaria Copernicana dla prof. Waldemara Jędrzejczyka – życzenia 12
Convallaria Copernicana dla prof. W. Jędrzejczyka – biografia laureata 12
Delegacja z Chin 21
Wykład prof. dr. hab. Jana Pawlaczyka 21
Medal Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów 22
Sukces bydgoskich adeptów ultrasonografii 22
Prorektorzy w międzynarodowym gronie ekspertów 23
Profesor Jan Styczyński wiceprezydentem ECIL 24
Prof. dr hab. Marek Jackowski prezesem-elektem
Towarzystwa Chirurgów Polskich. 24
Nominacje i pożegnania. 24
Stypendia rektorskie 24
Bydgoskie Autografy. 25
Collegium Medicum UMK
na czele konsorcjum wykonującego badania genetyczne dla IPN 25

Polemiki

Jak nie zostałem rolnikiem. 26

Medycyna

Witamina D – na zdrowie! 27
Rak piersi – wróg współczesnej kobiety
wykład z cyklu “Medyczna Środa” 29

Nauka

Lista Filadelfijska 34

Konferencje

Zjazd Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu. 37
19 Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa
Anestezjologii i Intensywnej Terapii. 37

Studenci

Leczymy z Misją - relacja studentów 37
Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji nagrodzone. 38
Student Exchange Programme 39

Ze sportu

Igrzyska Lekarskie. 39
Wydział Lekarski charytatywnie 40

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

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

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko

prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Marek Jurgowiak

dr hab. Bogumiła Kupcewicz

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęsny

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 Hladoń-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 Szczęsny

I okładka: “Barwy jesieni”, fot. Marek Jurgowiak

Co tydzień pojawia się ktoś z podejrzeniem gruźlicy

wywiad z dr. hab. Grzegorzem Przybylskim, kierownikiem Kliniki Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy

Redakcja: Cieszymy się i serdecznie dziękujemy, że znalazł Pan czas na rozmowę z Redakcją „Wiadomości Akademickich”, dzięki której przybliżymy czytelnikom zarówno sylwetkę Pana Docenta, jak i samą Klinikę Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy. Jednocześnie gratulujemy usamodzielnienia naukowego...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Dziękuję, ale to już jakiś czas temu się wydarzyło...

Redakcja: Czy pochodzi Pan z rodziny lekarskiej, czy też jako pierwszy skierował Pan swe kroki ku medycynie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Pochodzę z Grudziądza, ze skromnej rodziny robotniczej. Byłem zatem pierwszą osobą w historii naszej rodziny, która ukończyła studia medyczne i została lekarzem. Moich rodziców rozpierała duma z tego faktu, ale również w szkole podstawowej i średniej nie mieli powodu do zmartwień, należałem bowiem do czołówki klasowej. O medycynie marzyłem od najmłodszych lat, i tego marzenia nie pozbyłem się aż do matury. Jestem dumny z tego co osiągnąłem, ponieważ chłopakowi ze środowiska robotniczego było bardzo trudno zrealizować tak ambitne marzenia. Jednym z etapów ich realizacji było Liceum Ogólnokształcące im. Bolesława Chrobrego w Grudziądzu – do dziś cieszące się niezłą renomą. Uczęszczałem tam do klasy o profilu biologiczno-chemicznym. Potem przyszedł czas na studia medyczne, najpierw na Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, gdzie spędziłem dwa lata, potem w Akademii Medycznej w Gdańsku, w której pozostawałem przez rok, aż do powstania jej filii w Bydgoszczy, gdzie ukończyłem naukę. Mój szósty rok był pierwszym rokiem istnienia samodzielnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, więc jestem absolwentem pierwszego roku młodzieźniczki uczelni, z dyplomem numer 16, dzisiaj już historycznym.

Redakcja: Podjął Pan pracę po studiach właśnie w Bydgoszczy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Nie byłem do końca zdecydowany jaką powinienem podjąć specjalizację. Pierwsze kroki skierowałem do prof. Danuty Gościckiej z Zakładu Anatomii. Oglądaliśmy wspólnie pomieszczenia w nowopowstającym budynku i to miejsce wydawało mi się wymarzone. Jednak moje losy związałem ostatecznie w 1985 roku z Kliniką Ftyzjopneumonologii i doc. Jadwigą Tyrakowską, która zaproponowała mi dobre warunki pracy, a także – co było niebagatelne – mieszkanie służbowe – najpierw w Hotelu Asystenckim, później w samodzielnym mieszkaniu w Fordonie.

Redakcja: Dlaczego wybrał Pan tę, a nie inną specjalizację?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Zdecydowała o tym rozmowa z doc. Tyrakowską. Zachęciły mnie zarówno ciekawa specjalność ftyzjopneumonologii, ale także dobre warunki pracy, jakie mi zaproponowano. Podjąłem więc wówczas – na owe czasy rzadką – specjalizację

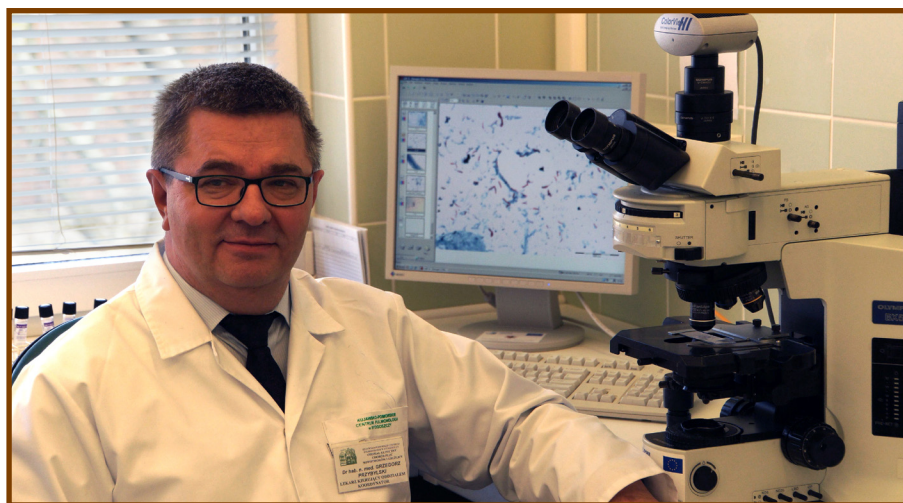
z zakresu chorób płuc. Od mojego rocznika zaczął się pewien renesans tej specjalizacji. Wcześniej nie było nią zainteresowania. Do tego stopnia, że w klinice doc. Tyrakowskiej zastałem pewną sporą – około dziesięcioletnią lukę pokoleniową. Najmłodsi lekarze pracujący na oddziale byli co najmniej 12 lat starsi ode mnie. Dopiero później przybyło kilkoro młodych lekarzy, chętnych na specjalizację chorób płuc. Pracując w klinice, stosunkowo szybko ukończyłem I, a następnie II stopień specjalizacji.

Redakcja: Czy spotkał Pan na swojej drodze mentorów, którzy mieli istotny wpływ na Pańskie zawodowe życie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Przede wszystkim była nią doc. Tyrakowska, która zainspirowała mnie do owej specjalizacji. Ujęła mnie swoją nietuzinkową osobowością, a nade wszystko nadzwyczajną troską o chorego, którą umiała zarazić swoich asystentów. Tym pociągała najbardziej. Była znakomitym nauczycielem akademickim i doskonałym lekarzem, ale przede wszystkim dobrym człowiekiem. W 1993 roku po doc. Tyrakowskiej kierownictwo objęła prof. Anna Słowik-Gabryelska, z którą pracowałem niemal dwa lata, pisząc doktorat z diagnostyki raka płuca. Na owe czasy praca była nowatorska. Dotyczyła diagnostyki z uwzględnieniem płukania pęcherzykowo-oskrzelowego u chorych poddanych chemioterapii. Na jej podstawie powstały liczne publikacje, a moim promotorem został prof. Winicjusz Lambrecht, bardzo ważna osoba w moim rozwoju naukowym.

Redakcja: Jednak opuścił Pan Klinikę...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: 1994 rok okazał się dla mnie przełomowym, ponieważ przerwałem działalność naukową i podjąłem się ordynowania Oddziału Chorób Płuc w Szpitalu w Świeciu po dr. Stanisławie Szymkiewicz. Spędziłem tam 9 lat, i chociaż straciłem kontakt z badaniami naukowymi, nie żałuję tego, ponieważ ujrzałem wówczas medycynę trochę od innej strony. W Bydgoszczy na pierwszym miejscu zajmowałem się nauką, później dydaktyką, a na końcu



Dr hab. Grzegorz Przybylski w Pracowni

pacjentem. Na oddziale w Świeciu pacjent zawsze znajdował się na pierwszym planie. Zaczynając prowadzenie oddziału miałem niespełna 34 lata, byłem więc - jak na owe czasy - jednym z młodszych lekarzy-ordynatorów. Od początku zająłem się poszerzaniem panelu diagnostycznego i terapeutycznego. Z czasem rozszerzyliśmy działalność Poradni Chorób Płuc i stworzyliśmy nową Poradnię Alergologiczną. Osiągnęliśmy pełne spektrum działania w zakresie diagnostyki chorób płuc. Z czasem powstała również pracownia bronchoskopowa, dzięki której mogliśmy dokonywać pełnej diagnostyki. Poprzez biopsje cienko- i gruboigłowe uzyskaliśmy możliwość pobierania materiałów biopsyjnych płuc i opłucnej, co dodatkowo wzbogaciło wachlarz wykonywanych czynności diagnostycznych.

Redakcja: Nie wystarczyła jednak Panu ordynatura?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Rzeczywiście. W pewnym momencie zaproponowano mi pokierowanie całym świeckim szpitalem. I tak przez cztery lata (1997-2001) dyktowałem całkiem sporemu, bo zatrudniającemu mniej więcej 600-700 osób szpitalowi. Zacząłem w trudnym okresie, ponieważ w 1999 roku nastąpiła reforma służby zdrowia, która charakteryzowała się m.in. powstaniem samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Doszła zatem odpowiedzialność finansowa, co było dużym i trudnym wyzwaniem. Po drodze zrobiłem specjalizację z alergologii, a także z organizacji ochrony zdrowia, przydatnej w zarządzaniu lecznicą. Mam w tej kwestii jednak własne przemyślenia, które sprowadzają się do stwierdzenia, że żadna z teorii w obszarze zarządzania niewiele ma wspólnego z praktyką.

Redakcja: Trudno było godzić te dwie funkcje?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Oczywiście, nawet bardzo trudno, bowiem przyszło nam zmierzyć się z nowymi wyzwaniami, jakie postawiła przed służbą zdrowia reforma. Oddział wymagał również sporego zaangażowania. Były to chyba najcięższe przepracowane przeze mnie lata w mojej zawodowej karierze. Dokonałmy jednak wówczas wielu ważnych rzeczy, przekształcając szpital w samodzielny zakład opieki zdrowotnej. Reforma zmieniła nam również organ założycielski z wojewody kujawsko-pomorskiego na

1. Główna cecha mojego charakteru? Spokój i cierpliwość
2. Cechy, których szukam u mężczyzny? Odwaga, Lojalność
3. Cechy których szukam u kobiety? Optymizm i inteligencja
4. Co cenię najbardziej u przyjaciół? Poczucie humoru, Otwartość, Rozumienie się bez słów
5. Moja główna wada? Słomiany zapał
6. Moje ulubione zajęcie? Czytanie książek, podróże, oglądanie zawodów sportowych
7. Moje marzenie o szczęściu? Do późnych lat być niezależnym w szeroko pojętym tego słowa znaczeniu
8. Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk? Nadmiar obowiązków i zbyt mało czasu by im sprostać
9. Co byłoby dla mnie największym nieszczęściem? Utrata najbliższych osób
10. Kim lub czym chciałabym być, gdybym nie był tym, kim jestem? Bibliotekarzem archiwistą
11. Kiedy kłamię? W nieistotnych sprawach
12. Słowa, których nadużywam? W zasadzie
13. Ulubieni bohaterowie literaccy? Bohaterowie książek Hrabala
14. Ulubieni bohaterowie życia codziennego? Ludzie, którzy pomimo przeciwności losu potrafią realizować przyjęte cele
15. Czego nie cierpię ponad wszystko? Wykorzystywania innych, cwaniactwa i ciągłego narzekania
16. Dar natury, który chciałbym posiadać? Łatwość nauki języków obcych
17. Jak chciałbym umrzeć? W późnej starości wśród najbliższych
18. Obecny stan mojego umysłu? Ciągłe gotowy do wyzwań
19. Błędy które najczęściej wybaczam? Brak punktualności

starostwo powiatowe. Było wprawdzie o wiele bliżej do urzędników, ale też zasłży spore zmiany w organizacji szpitala i jego strukturze. Wiele oddziałów przekształciliśmy, dokonywaliśmy koniecznej selekcji i szukaliśmy jak najlepszych ludzi znających się na ekonomii i zarządzaniu.

Redakcja: Co się stało, że wrócił Pan do kariery naukowej i do Bydgoszczy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Powstały się obawy, że reforma da impuls do likwidacji oddziałów wysokospecjalistycznych, sprowadzając ich istnienie do miast wojewódzkich, w ośrodkach powiatowych pozostawiając tylko oddziały podstawowe. Sądziłem, że zarządzany przeze mnie Oddział Chorób Płuc nie utrzyma się w Świeciu. Na szczęście do tego nie doszło, zaś oddział doskonale funkcjonuje po dziś dzień kierowany przez moją uczennicę dr Beatę Dolecką-Kuziemską. Wówczas jednak nie było to takie pewne, toteż, kiedy otrzymałem od ówczesnej dyrektorki Marioli Bradowskiej propozycję kierowania oddziałem klinicznym w Wojewódzkim Szpitalu Gruźlicy i Chorób Płuc w Bydgoszczy (w 2003 roku przemianowanym na Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii), postanowiłem wrócić do Bydgoszczy. Nie byłem wówczas samodzielnym pracownikiem nauki, w związku z czym

Rektor Akademii Medycznej, prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwką, wyraziła zgodę na warunkowe prowadzenie przeze mnie Kliniki, naturalnie z obowiązkiem rychłego uzyskania stopnia doktora habilitowanego. Obie Panie: rektor i dyrektorka kibicowały mojemu rozwojowi naukowemu. Rzeczywistość naukowa okazała się nieco bardziej skomplikowana. Przez dłuższy czas pozostawaliśmy ośrodkiem pozaakademickim, w którym trudniej było prowadzić badania naukowe. Jednak radziłem sobie – wybierając te tematy, które mogliśmy realizować w naszych warunkach. W końcu się udało.

Redakcja: Jednym słowem zatoczył Pan koło, zaczynając w tym szpitalu i do niego wracając...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Tak. Panuje przekonanie, że nie powinno się wracać na to samo miejsce. Niemniej jednak po dziewięciu latach znalazłem się w całkiem innym szpitalu. Przeszedł przez ten czas szereg remontów, trwających po dziś dzień, a także zmienił się strukturalnie.

Redakcja: Powrót do nauki musiał zaowocować nowymi wyzwaniami. Habilitację napisał Pan z zupełnie innego tematu niż pracę doktorską?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Klinika zajmowała się głównie diagnozowaniem chorób płuc, ze szczególnym uwzględnieniem chorób śródmiąższowych i nowotworowych. Mamy odrębny wyspecjalizowany oddział zajmujący się rakiem płuc, a ściślej mówiąc - jego leczeniem. Zatem moje wcześniejsze zainteresowania związane z onkologią pulmonologiczną uległy pewnemu przeprofilowaniu. Nie mogę powiedzieć, że naukowo nie zajmuję się zupełnie rakiem płuca, ale jeśli już to bardziej pod kątem diagnostycznym i wczesnego rozpoznawania, mniej leczenia zachowawczego i chemicznego, którym zajmują się koledzy.

Redakcja: Pana zaś zajęła choroba niedługo dziesiątkująca ludzkość, dziś już występująca rzadko – mianowicie gruźlica...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Tak. Stała się przedmiotem mojej rozprawy habilitacyjnej. Podjęliśmy się analizy retrospektywnej gruźlicy płuc leczonej w naszym szpitalu na przestrzeni dziesięciu lat – w latach 2001-2010, ze szczególnym uwzględnieniem zmian, wyzwań związanych z transformacją społeczną i nowymi trendami światowymi. Nie jest tajemnicą, że obecnie mamy w Polsce mniejsze występowanie gruźlicy, ale koniec XX wieku tego nie obiecywał. Lata 90. były przyhamowaniem procesu zmniejszania zapadalności na gruźlicę, na co wpłynęło kilka czynników. Przede wszystkim pojawienie się pandemii HIV/AIDS. Jako choroba AIDS ingeruje w odporność komórkową, a gruźlica również pochodzi z grupy chorób będących od-

powiedzią komórkową. W Polsce może nie nastąpiło tak duże współistnienie tych dwóch chorób (ok. 2-3 %), ale na świecie oblicza się, że jest to ok. 20-30 %, a w Afryce – wręcz 50 %.

Redakcja: Co skłoniło Pana do zainteresowania się gruźlicą?

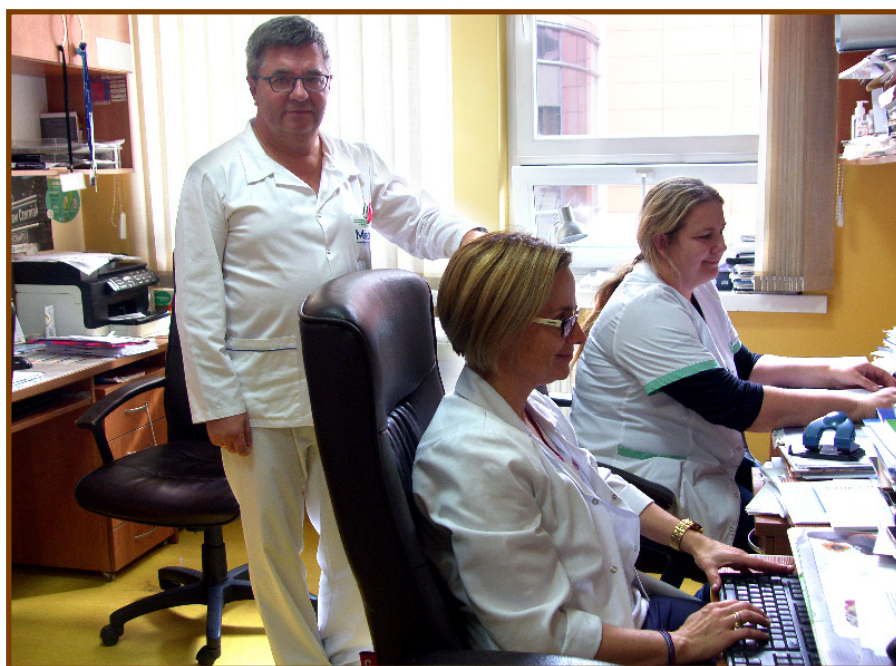
Dr hab. Grzegorz Przybylski: Stało się to za sprawą przywoływanej już kilkakrotnie doc. Tyrakowskiej, która za czasów swego kierowania Kliniką bardzo dużo opowiadała mi o problemie gruźlicy, z jakim stykała się w pierwszych latach powojennych. Wówczas chorowało bardzo wiele osób, i to nie tylko na gruźlicę płuc, ale także na odmiany pozapłucne, jak gruźlica kręgosłupa, kostno-stawowa. W tamtych czasach choroba często kończyła się zgonem. Umierali ludzie młodzi. Był to ogromny problem nie tylko medyczny. Drugą osobą, która inspirowała mnie do podjęcia tego tematu była prof. Zofia Zwolska, obecnie emerytowana kierownik Zakładu Mikrobiologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Wielokrotnie rozmawialiśmy podczas zjazdów i konferencji naukowych, w których prof. Zwolska zachęcała mnie do podjęcia tego zagadnienia. Kiedy w końcu postanowiłem sięgnąć po ten temat, i uczynić zeń przedmiot mojej pracy habilitacyjnej, stała się w pewnym sensie jej opiekunem. Konsultowałem z nią różne zagadnienia, poprawiała moje próbne sformułowania. Stała się moim kolejnym mentorem, można by powiedzieć „Matką” mojego sukcesu.

Redakcja: Jakie zagadnienia poruszył Pan w swej rozprawie? Jak spory był materiał badawczy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Przeanalizowaliśmy ponad 1.500 chorych na gruźlicę leczonych w szpitalu w ciągu dziesięciu lat, a więc z retrospektywnego punktu widzenia. To spory materiał. Wielka liczba przypadków, a jednocześnie każdy z nich inny. Analizowaliśmy czynniki ryzyka, choroby współistniejące, czynniki środowiskowe, zawodowe i wszystko, co mogło wpłynąć na fakt, że gruźlica u tych pacjentów wystąpiła. Istotną kwestią byli chorzy z tzw. środowisk wysokiego ryzyka – z domów opieki społecznej, bezdomni, bezrobotni.

Redakcja: Jakie sformułowaliście Państwo wnioski?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Trzeba wyraźnie powiedzieć, że w Polsce mamy dobre mechanizmy prewencji, czyli zapobiegania chorobie, a także niezły system opieki poradnianej. Ustaliliśmy także, że przeciętny chory na gruźlicę to przeważnie mężczyzna w średnim wieku, często z chorobami towarzyszącymi (szczególnie: cukrzyca, choroby kostno-stawowe, choroby sercowo-naczyniowe) i niestety, zwykle pacjent trudny, niechętny do leczenia i współpracy. Ponieważ leczenie gruźlicy wymaga dosyć długiego przebywania w szpitalu, oraz równie długiej, wielomiesięcznej terapii – zdarza się niezbyt często, że pacjenci zniechęcają się do terapii i po okresie chwilowej poprawy porzucają leczenie. Niestety zazwyczaj choroba powraca, a wówczas leczenie jest daleko trudniejsze. Dlatego wśród owych 10-letnich obserwacji mieliśmy wielu pacjentów z nawrotem choroby. Potwierdził się jednocześnie inne wyniki badań. Wynika z nich, iż gruźlica jest chorobą społeczną, dotyczącą w głównej mierze ludzi z określonych środowisk, choć nie tylko. Do ciekawych wniosków doszliśmy w naszych badaniach, konstatując korelację występowania gruźlicy ze zmianami będącymi wynikiem transformacji ustrojowej naszego Państwa przełomu lat 80 i 90. Zaobserwowaliśmy, że choroba ta dotknęła wielu ludzi, którzy wówczas stracili poczucie bezpieczeństwa, popadli w depresję w wyniku pogorszenia się ich sytuacji życiowej – słowem problemy społeczne możemy obserwować również w aspekcie zdrowotnym.



Dr hab. Grzegorz Przybylski i współpracownicy z Kliniki Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy

Redakcja: Niegdyś gruźlica była chorobą śmiertelną. Antybiotyki zmieniły tę sytuację. Jak wygląda to dzisiaj?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Rzekomyście, dzisiaj gruźlica jest w większości przypadków wyleczalna. Są jednak wyjątki. W przypadku ok. 10 % analizowanych pacjentów doszło do zgonów, chociaż zwykle dotyczyło to osób powyżej 65 roku życia, z chorobami współistniejącymi i to o wiele poważniejszymi od samej gruźlicy. Można tutaj wymienić poważne incydenty sercowo-naczyniowe, przewlekłą niewydolność nerek wymagającą dializ itp. Warto również mieć na uwadze fakt, że 10 % poddanych analizie chorych stanowili ludzie bezdomni, a ten stan jest bardzo dużym czynnikiem ryzyka, nie tylko ze względu na czynniki materialne i higienę. Bezdomni to wspomniani przeze mnie pacjenci trudni, niechętni leczeniu, często je przerywający. Oni stosunkowo często doznają nawrotu choroby, znacznie trudniejszej do leczenia, ponieważ może pojawić się postać gruźlicy lekoopornej. To kolejny czynnik mocno rzutujący na niepowodzenia terapeutyczne. W takich wypadkach standardowe leczenie nie przynosi rezultatu, przedłuża się do 20-30 miesięcy, jeszcze trudniejszych do zniesienia przez niechętnego pacjenta, który ponownie przerywa terapię i może powrócić z jeszcze bardziej zaostrzoną formą choroby.

Redakcja: Gruźlica to choroba kojarząca się raczej z końcem XIX wieku, dwudziestolecie międzywojenne i okresem powojennym. Czy pozbyliśmy się jej w sposób znaczący?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Do lat 90. wskazywano na zmniejszanie zapadalności na gruźlicę, lecz później proces zmniejszania zdecydowanie przyhamował.

Redakcja: Co o tym zadecydowało? Czy obserwujecie Państwo współistnienie jakichś czynników?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Tak jak wspominałem są różne tego przyczyny. Prowadzono prace naukowe, które obrazowały wpływ środowiskowy i społeczny na występowanie chorób. Również i w naszych badaniach dało się zauważyć pewne prawidłowości, o czym nadmieniałem wcześniej. Po transformacji ustrojowej i społecznej z 1989 roku nie wszyscy potrafili się znaleźć w nowej rzeczywistości, ani w aspekcie ekono-

micznym, ani mentalnym. Owocowało to bezrobociem, bezdomnością, a w konsekwencji np. alkoholizmem, nadużywaniem leków, narkomanią, a tym samym wyrzuceniem poza nawias. Oczywiście lata 90. u większości społeczeństwa wyzwoływały inicjatywę i ukryty potencjał, ale pozostał margines, który nie potrafił się odnaleźć. Naturalnie nie wszyscy z nich zachorowali na gruźlicę, ale spadek odporności był ważnym czynnikiem ryzyka. Co ciekawe, również wśród polskich yuppie, którzy pojawili się po 1989 roku na polskim rynku pracy – młodych, ambitnych, pracujących po 20 godzin dziennie, niezdrowo się odżywiających, zapominających o odpoczynku, również pojawiła się gruźlica. Jednak generalnie bardziej sprzyja zachorowaniu pospolita bieda, niedożywienie, bezdomność i inne z tym związane czynniki.

Redakcja: A na świecie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Na świecie sytuacja wygląda podobnie. Światowa Organizacja Zdrowia w 1992 roku przewidywała, że rok 2015 będzie pierwszym rokiem bez gruźlicy. W 2005 roku na konferencji w Stanach Zjednoczonych przedłużono ów okres do 2020, a obecnie mówi się dopiero o roku 2050. Eradykacja jakiejś jednostki chorobowej oznacza mniej przypadków niż 1 na milion. Obecnie na świecie mamy do czynienia z ok. 100 przypadkami na 100 tysięcy. Mammy zapadalność ok. 7 milionów rocznie w skali globu. Choruje trochę więcej. Wciąż umiera ok. 1,5 miliona osób rocznie.

Redakcja: A od kiedy datuje się prawdziwa walka z gruźlicą, czyli leczenie jej antybiotycznie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Od wyizolowania *Streptomyces griseus* w laboratorium Selmana Abrahama Waksmana na Uniwersytecie Rutgersa, co miało miejsce pod koniec II wojny światowej. Wcześniej stosowano bardziej leczenie objawowe, klimatyczne, niekiedy zaś operacyjne.

Redakcja: Duża była przeżywalność?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: W grupie osób zamożnych, które stać było na leczenie klimatyczne, sanatoryjne, dobre odżywianie i brak wysiłku fizycznego – owszem. W pozostałych przypadkach raczej nie. Kiedy przywołały „Czaro-

dziejską górę” Tomasza Manna, to przypominamy sobie, że w ośrodku leczyli się ludzie bogaci, a więc ze zwiększoną odpornością, a mimo to umierali.

Redakcja: Zatem gruźlica nie była chorobą tylko ubóstwa?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Nie, skądże. Światowa epidemia gruźlicy rozpoczęła się mniej więcej pod koniec XVII i na początku XVIII wieku. Zapadało na nią wielu arystokratów, artystów, a także osób wywodzących się z niższych warstw społecznych. Była chorobą powszechną. Istniał nawet podziwiany typ kobiecej urody – szczupła, wiotka sylwetka, wychudzone długie palce, blada twarz, z podkrążonymi, wielkimi oczami, słowem wieczna młodość i piękno – bowiem owe kobiety nigdy nie dożywały starości. Również w XIX wieku gruźlica nie była niczym niezwykłym – schodzili na nią wielcy artyści, a chorowała niemal cała bohema.

Redakcja: A dzisiaj?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Teraz mniej niż 2 osoby umierają na 100 tysięcy, a warto dodać, że jeszcze po II wojnie światowej np. w Warszawie notowano tych zgonów kilkadziesiąt razy więcej (120). Dzisiaj jest zatem bez porównania lepiej. Widać, jak bardzo śmiertelność i zapadalność się zmniejszyły. Jednak na świecie wciąż istnieją duże rezerwuary gruźlicy – Chiny, Indie, Pakistan, Indonezja, czyli właściwie cała Azja Południowo-Wschodnia, Afryka Południowo-Podzwrotnikowa, słowem tam gdzie ciągle ludzkość boryka się z biedą. Jeśli do tego dołączyć migracje ludnościowe, z miejsc o dużym zagrożeniu chorobą, to problem pojawia się również i tam, gdzie wydawałoby się nie powinien istnieć. Europa Zachodnia, czy Ameryka poradziły sobie z gruźlicą, tak iż problem ten prawie tam nie istnieje. Pamiętam, gdy zaczynałem pracę, w 1985 roku, któraś z bydgoskich szkół wysłała do Francji zespół muzyczny. Jeden z nauczycieli w drodze powrotnej z powodu choroby trafił do szpitala. Zdiagnozowano u niego gruźlicę. Jakież było zdziwienie francuskich władz, że jeszcze w tych czasach można zapaść na gruźlicę, czego wyraz dali urzędnicy francuskiego ministerstwa zdrowia dzwoniący do naszego szpitala z pytaniami o chorego. W tej chwili, w czasach migracji z krajów postkolonialnych, muzułmańskich, Francja notuje ok. 8-10 nowych przypadków na 100 tysięcy

mieszkańców. Problem w tym, że 9 na 10 przypadków zachorowań odnotowuje się wśród imigrantów. W Skandynawii przypadków gruźlicy bywa jeszcze mniej, ale także jest to gruźlica zalewczona.

Redakcja: A leczenie? Streptomycyna była krokiem milowym, ale już jej się nie stosuje...?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Stosuje się, ale znacznie rzadziej. Mamy schematy, które eliminują streptomycynę, jako niewygodną w podawaniu (zastrzyk domięśniowy, mogący powodować działania uboczne). Początek lat 50. to zastosowanie w leczeniu hydrazyd kwasu nikotynowego – pirazynamidu (pyrazynamid), zaś połowa lat 60. przynosi nowe leki – ethambutol i rifampicynę. Co ciekawe, od tamtego czasu leczenie specjalnie się nie zmieniło, a ściślej mówiąc nie było potrzeby jego zmiany, ponieważ jest skuteczne. Dopiero w latach 90. zaczęto się zastanawiać nad lekami kolejnej generacji. Wcześniej nie lobbowano za nowymi rozwiązaniami, ponieważ problem gruźlicy nie dotyczył krajów wysokorozwiniętych. Trochę zapomniano, że wprawdzie gruźlica jest chorobą przede wszystkim – nazwijmy to ogólnie – osób społecznie wykluczonych, ale w konsekwencji rzutuje na całe społeczeństwo. Jednakże by powstały nowe leki, potrzeba niemałych nakładów finansowych. Naprzeciw tego problemu wyszła Fundacja Billa i Melindy Gatesów, która na początku XXI wieku zajęła się chorobami zakaźnymi – malarią, ale również gruźlicą. Być może dzięki ich nakładom zostaną opracowane kolejne antybiotyki przeciwprątkowe. W tej chwili istnieją generacje II i III rzutu leków, ale wywołują skutki uboczne i stosuje się je jedynie w przypadkach gruźlicy lekoopornej, w nawrotach i recydywie choroby. Standardem jest wprowadzony 30 lat temu przez WHO, tzw. DOTS (bezpośredni nadzór nad przyjmowaniem leków i możliwe krótkie sześć- do dziesięciomiesięczne leczenie), które się sprawdza. Stosując się do tych zaleceń odnotowujemy 60-70 % całkowitego wyleczenia.

Redakcja: W Państwa Klinice podejmuje się przede wszystkim diagnostykę, a leczeniem zajmuje się m.in. Oddział w Smukale?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Rzekniecie tu na miejscu w Bydgoszczy pacjenci z podejrzeniem gruźlicy są

diagnostowani, natomiast w Smukale poddawani leczeniu. Położenie Smukali i klimat tam panujący są wsparciem dla leczenia farmakologicznego.

Redakcja: Jak dzisiaj wygląda diagnostyka gruźlicy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Arsenał narzędzi diagnostycznych zwiększył się bardzo w ostatnich latach. Oczywiście pozostaje ciągle aktualne badanie rentgenowskie, ale wspomagamy się tomografią komputerową czy ultrasonografią. Ale na naszym wyposażeniu pozostaje nie tylko diagnostyka obrazowa. Wykonujemy naprawdę wieloaspektowe i subtelne badania systemem automatycznym na obecność prątków, współpracując w tej materii z Instytutem Mikrobiologii Gruźlicy i Chorób Płuc z Warszawy. Muszę dodać, że w województwie kujawsko-pomorskim potwierdzenia bakteriologiczne gruźlicy utrzymują się na poziomie 90-95 %, co przy średniej krajowej ok. 70 %, plasuje nas w czołówce kraju. Nic zatem dziwnego, że nasze laboratorium mikrobiologiczne, posiada najwyższy stopień referencyjności.

Redakcja: Jak wielu pacjentów z gruźlicą do Państwa trafia?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Co tydzień pojawia się ktoś z podejrzeniem gruźlicy. Nowych zachorowań było w 2016 roku - 279.

Redakcja: Mówimy oczywiście o całym województwie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Tak. Nasz ośrodek obsługuje całe województwo.

Redakcja: Jaki to procent w stosunku do wszystkich hospitalizacji w Klinice?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Gdzieś w granicach 4 %. Bywają również pacjenci z podejrzeniem gruźlicy, której nie potwierdzamy, natomiast wykrywamy np. nowotwór płuca – rokowniczo dużo gorszy.

Redakcja: Jak to się dzieje, że ludzie zaczynają chorować? Czy gruźlica rozprzestrzenia się drogą kropelkową?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Głównie kropelkową, choć zdarzają się pojedyncze przypadki gruźlicy wrodzonej czy wszczepiennej. Jednak żeby zaistniała gruźlica, pacjent musi być zakażony

prątkiem Kocha oraz musi mieć podatny organizm, czemu sprzyjają zaburzenia odporności, defekty immunologiczno-odpornościowe, a więc pacjent ma chorobę współistniejącą, np. inną chorobą płuc, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, choroby nerek itp. Odporność jest również obniżona u pacjentów, o których wcześniej wspominaliśmy – bezdomnych, alkoholików, nadużywających leków i środków odurzających, a także chorych na HIV/AIDS. Owe czynniki się grupują, kumulują i sprawiają, że ktoś jest bardziej podatny na zachorowanie. Ale pamiętajmy, że chorzy na gruźlicę chadzają po ulicach, czy marketach, a jednak nie zarażają wszystkich dookoła. Odróżniamy także zakażenie od zachorowania. Mimo, że większość ludzi w Polsce została zaszczepiona (obecnie jedno szczepienie w pierwszej dobie życia), zakażonych jest większość, ale niewielu zachoruje. Warto to podkreślić, szczepienie nie chroni w 100% od zachorowania, ale bez wątpienia zapobiega ciężkim postaciom gruźlicy.

Redakcja: Jakie jest dzisiaj naukowe zainteresowanie problemem gruźlicy? Czy temat ten pojawia się na różnego rodzaju kongresach, konferencjach i zjazdach naukowych, w których Pan uczestniczy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: O dziwo tak. Choćby niebawem organizujemy w Toruniu ogólnopolską konferencję – standardy w diagnostyce i leczeniu chorób płuc, a choć to pierwsza konferencja tego typu, mamy już 300 chętnych, więc wydaje się, że oddźwięk jest spory. Ludzie bardzo chętnie słuchają sesji dotyczących gruźlicy, to temat ciekawy i osadzony w kontekście społecznym.

Redakcja: Gdyby zechciał Pan scharakteryzować swój zespół w Klinice...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Zespół jest niewielki, ale to świetni fachowcy. Mam pięciu asystentów, w tym zastępcę ordynatora w stopniu doktora oraz lekarza na etacie akademickim, który jest w trakcie otwartego przewodu doktorskiego – dr Martę Pilaczyńską-Cemel.

Redakcja: Czym przede wszystkim zajmujecie się w Klinice?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Zajmujemy się głównie wieloaspektową diagnostyką chorób płuc: śródmiąższowych, nowotworowych, gruźlicy, a od

niedawna podjęliśmy także temat zapalenia płuc. We współpracy z Uniwersytetem Kazimierza Wielkiego wraz z dr. Ryszardem Gołą wykonujemy badania immunologiczne. Natomiast na podstawie materiału pobranego w wyniku płukania oskrzelowo-pęcherzykowego możemy uszczegółowić rozpoznanie kliniczne. W tym temacie współpracujemy z doc. Piotrem Kopińskim z Zakładu Genoterapii. Staramy się również wchodzić w programy lekowe.

Redakcja: A gdzie Państwo najczęściej publikujecie?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Najczęściej publikujemy w „Medical Science Monitor”, ale zdarzało nam się w innych czasopiśmie polskich, w „Przeglądzie Lekarskim”, „Pneumonologii i Alergologii Polskiej”, itd. Są i publikacje zagraniczne, często we współpracy z innymi jednostkami Collegium Medicum.

Redakcja: Czy choroby płuc stanowią poważny problem?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Prof. Anna Słowik-Gabryelska zawsze powtarzała, że choroby płuc są chorobami wskaźnikowymi. Współistniejące z nimi choroby – sercowo-naczyniowe, nerek, chirurgiczne itp. często kończą się zgonem, więc trudno stwierdzić, które zbierają największe żniwo. W skali kraju choroby układu oddechowego to ok. 20-30 % wszystkich przypadków, a zajmują się nimi lekarze różnych specjalności.

Pacjent zapada na zapalenie płuc – jako pierwszy zajmie się nim lekarz pierwszego kontaktu. Najczęstszą chorobą wieku dojrzałego są choroby układu oddechowego (przeważnie zapalenie płuc czy POChP), więc zajmują się nimi geriatrzy. Choroby płuc dotyczą często osób palących tytoń, którzy trafiają do różnych specjalistów.

Redakcja: Czy rzeczywiście najczęściej na nowotwory płuc chorują palacze tytoniu?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Odpowiedź jest nieco złożona. Wiemy, że w ostatnich 15 latach palenie tytoniu znacznie się zmniejszyło. Przed tym okresem w Polsce paliło papierosy około 50-60% społeczeństwa. Dzisiaj jest to około 30%, co jest m.in., zasługą prof. Witolda Zatońskiego, który prowadzi szereg badań nad epidemiologią zachorowań na nowotwory złośliwe i ogromnie zaangażował się w promocję niepalenia. To jest jedna strona. Drugą jest fakt, iż zapadalność na raka płuc ciągle rośnie. Jak zatem pogodzić te dwie informacje? Otóż ciągle głównym czynnikiem zachorowań pozostaje palenie tytoniu, przy czym mowa tu o wieloletnim pozostawianiu pod wpływem tego nałogu. Chorują zatem ci, którzy (jeśli nawet dzisiaj nie palą) palili przez wiele lat, w latach 70., 80. i 90., kiedy palenie papierosów było niemal w dobrym tonie. Należy jednak pamiętać, że rak płuca nie jest jedyną chorobą odtyniową. Palacze cierpią na wiele innych chorób równie groźnych, np. schorzenia górnych dróg oddechowych,

sercowo-naczyniowe, pęcherza moczowego, wątroby i wiele innych.

Redakcja: Patrząc z okien gabinetu Pana Ordynatora, widzimy, że Centrum Pulmonologii w którym się znajdujemy poddawane jest szeroko zakrojonym pracom modernizacyjnym i rozbudowie...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Rzeczywiście, szpital w ostatnich trzech latach intensywnie rozbudowywano i modernizowano. Dzięki temu zyskaliśmy nowe skrzydło diagnostyczno-terapeutyczne. Środki pochodziły w przeważającej mierze z Urzędu Marszałkowskiego (jesteśmy Szpitalem podlegającym marszałkowi województwa). Mamy już decyzję dalszej rozbudowy. Powstanie kolejne skrzydło i dzięki temu być może staniemy się szpitalem jednobudynkowym, bowiem planujemy przenieść tutaj inne nasze jednostki spoza ulicy Seminaryjnej.

Redakcja: A co ze Smukałą?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: W Smukale użytkujemy wspólny budynek, położony na terenach o znacznych walorach klimatycznych, ale bardzo kosztowny w utrzymaniu. Są zatem plany, aby chorych przenieść do nowopowstałego obiektu. Generalnie w naszym Szpitalu mamy pięć oddziałów zachowawczych – oddział diagnostyczny, oddział raka płuca (leczenie zachowawcze i chemiczne), oddział niewydolności oddechowej, leczący konsekwencje różnych chorób, oddział sarkoidozy (również zajmujący



Dr hab. Grzegorz Przybylski wraz z zespołem Kliniki Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy, 2017 r.

się diagnostyką chorób śródmiąższowych), nasz oddział – Klinikę Chorób Płuc, zajmującą się diagnostyką i leczeniem chorób płuc oraz działalnością naukowo-dydaktyczną oraz oddział chirurgii klatki piersiowej zajmujący się interwencjami chirurgicznymi w zakresie chorób płuc, raka płuca, ropniaków. Teoretycznie, właściwie leczone choroby nie powinny wymagać interwencji chirurgicznej, ale niekiedy jest ona niezbędna. Torakochirurgia jest zarówno tutaj, jak i w Centrum Onkologii u prof. Janusza Kowalewskiego, gdzie zajmują się przede wszystkim nowotworami i leczeniem skojarzonym, w tym radioterapią.

Redakcja: Czy prowadzicie Państwo dydaktykę dla studentów Collegium Medicum?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Dydaktykę prowadzimy głównie dla Wydziału Lekarskiego. Poprzednio realizowaliśmy ją na V roku, obecnie na IV. Jest to tygodniowy blok zajęć połączony z wykładami dla całego roku oraz wykłady fakultetowe dla zainteresowanych.

Redakcja: Co Państwo proponujecie studentom w ramach zajęć fakultetowych?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Fakultety proponujemy przede wszystkim z diagnostyki chorób płuc. Wraz z Zakładem Mikrobiologii przedstawiamy diagnostykę od wejścia pacjenta do szpitala, przez rozpoznanie, do wdrożenia leczenia. Drugą propozycją są zajęcia z zakresu gruźlicy płuc, podczas których odwiedzamy dawne Sanatorium w Smukale, pokazując warunki leczenia, profil pacjenta, jak i samą diagnostykę gruźlicy. Co ciekawe ów fakultet cieszy się niemałym powodzeniem, mimo że wydawałoby się, że to choroba „historyczna”. Uczymy również studentów zagranicznych z wymiany w ramach programu Erasmus oraz naszych obcokrajowców z English Division.

Redakcja: Wspominaliśmy o szczepieniach przeciwko gruźlicy. Wykorzystując jednak rozmowę z pulmonologiem, chcemy zapytać czy ogólnie warto się szczepić? Na inne choroby także?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Oczywiście. Szczepić i jeszcze raz szczepić. Choćby tylko na grypę. Szczególnie odnoszę te słowa do naszych pacjentów np. z POChP, którzy stanowią grupę ryzyka i tak naprawdę powinni się obowiązkowo szczepić

zarówno na grypę, jak i przeciw paciorkowcom. W Polsce nie jest z tym najlepiej. W kręgach medycznych występuje takie nieco dziwaczne słowo – „wyszczepialność”. Owa wyszczepialność w Polsce jest jedną z najniższych w Europie. Prawdopodobnie jest to również związane z problemami finansowymi – wiele osób po prostu żałuje na to pieniędzy, albo ich zwyczajnie nie ma. W Europie Zachodniej szczepienia są wspomagane przez państwo, czy też pracodawców, którzy wolą wydać pieniądze na szczepionki niż tracić dochody przez absencję chorych pracowników.

Redakcja: Czy szczepienia globalnie dają efekty?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Tak, zdecydowanie dają. Co roku trafiają do nas pacjenci z zapaleniami płuc jako powikłaniem pogrypowym, co czasami kończy się niewydolnością oddechową, tracheotomią, a nawet zgonem. Ludzie teoretycznie nie umierają na grypę, ale przy współistniejących chorobach i zaawansowanym wieku to kropla, która przelewa czarę goryczy. Ubiegłoroczny sezon jesiennie-zimowy był bardzo niepomyślny, pogoda wpadała w anomalie, nie było „prawdziwej” zimy, a występowanie grypy okazało się rekordowe. Jak mówi nasza mentorka prof. Lidia Brydak, szczepić można się zawsze i o każdej porze, nie tylko przed sezonem, czyli na jesieni i w drugim rzucie zachorowalności na grypę – w lutym. Szczepionkę przygotowuje się na podstawie trzech najbardziej rozpowszechnionych na świecie szczepów wirusowych z poprzedniego roku.

Redakcja: Co zatem sądzi Pan Profesor o opowieściach o szkodliwości szczepionek?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Jest taka moda na ruchy antyszczepionkowe, a Polska jest krajem podatnym – jesteśmy wiecznymi bojownikami i kontestatorami. Jednak na przestrzeni wieków szczepionka uratowała życie ogromnym rzeszom ludzi, eradykowała wiele chorób. Czasem dochodziło przy tym do tragedii, jak w 1930 roku w Lubecie, gdzie drogą iniekcji, zaszczepiono przeciw gruźlicy, przez pomyłkę żywymi szczepami prątków, 240 dzieci, u których rozwinęła się gruźlica, a 72 z tego powodu zmarło. Nie oznacza to jednak, że należy zrezygnować ze szczepień, bowiem tamten nieszczęśliwy przypadek był wynikiem błędu ludzkiego. Dzisiaj tego typu historie się nie zdarzają.

Redakcja: Jeśli można, prosimy także o kilka słów o sobie, swojej rodzinie, przyjacielach, zainteresowaniach i ulubionych sposobach spędzania wolnego czasu (jeśli takowy się znajdzie). Mieszka Pan w Bydgoszczy, Grudziądzu, a może pomiędzy?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Właściwie pomiędzy, bo mieszkam w Osielesku od 2003 roku, dla mnie to rodzaj oazy. W pracy jestem w ciągłym ruchu, fizycznym i mentalnym, a tam mam spokój, tysiąc metrów ogrodu, gdzie mogę odpocząć na łonie natury i rodziny.

Redakcja: Co Pan robi w wolnych chwilach?

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Po pierwsze myślę o Klinice, po drugie jeśli mam ciekawą książkę, zatapiam się w lekturze. Dobrą literaturę cenię bardzo, a ponieważ nie mam zbyt wiele czasu, przerzuciłem się na audiobooki, których mogę posłuchać również podczas jazdy samochodem. Czytuję zarówno klasykę, jak i literaturę nowoczesną. Uwielbiam pisarzy czeskich, zwłaszcza rozbraja mnie literatura autorstwa Bohumila Hrabala. Dla mnie jest on zawsze zbawiennym odpoczynkiem. Zupełnie niedawno odkryłem pamiętniki Sandora Maraia, węgierskiego pisarza, emigranta mieszkającego w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, który popełnił samobójstwo w dojrzałym wieku. Jeśli chodzi o sport, to preferuję rower i bieganie, choć czynności te ograniczają się do czasu wolnego. A zatem nieco żartując, czynny sport jaki uprawiam to... oglądanie transmisji sportowych. Muzycznie nieco się zaniedbałem – kiedyś częściej chodziliśmy z żoną do Filharmonii, ale nie stronię od dobrego koncertu, przede wszystkim Beethovena, a z lepszej muzyki chciałbym podążać za własnymi dziećmi, więc na przykład Coldplay, ale zachwycam się również muzyką z lat mojej młodości, np. Marylą Rodowicz.

Redakcja: Wspomina Pan o dzieciach...

Dr hab. Grzegorz Przybylski: Mam córkę, która została prawnikiem. Mieszka i pracuje w Gdańsku. Syn jest na VI roku medycyny na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Myśli o specjalizacji zachowawczej lub anestezjologii.

Redakcja: Bardzo dziękujemy za rozmowę.

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

Nowy rok rozpoczęty

UMK rozpoczął rok akademicki 2017/2018. Jednym z głównych akcentów ceremonii stało się wręczenie Specjalnego Wyróżnienia UMK – *Convallaria Copernicana* wybitnemu chirurgowi prof. dr. hab. n. med. Waldemarowi Jędrzejczykowi. Gościem specjalnym uroczystości był wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego dr hab. Sebastian Skuza.

Specjalnym wyróżnieniem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – *Convallaria Copernicana* podczas inauguracji roku akademickiego 2017/2018 został uhonorowany prof. dr hab. n. med. Waldemar Jędrzejczyk. Rektor UMK wręczył Konwalię Kopernikańską Profesorowi Jędrzejczykowi w uznaniu wybitnego daru organizacyjnego, wkładu w rozwój chirurgii toruńskiej, olbrzymiego, prawie sześćdziesięcioletniego wysiłku w kształceniu nowych pokoleń chirurgów oraz za wzmacnianie i rozslawianie UMK w kraju i zagranicą.

W programie inauguracji znalazły się m.in. wystąpienia JM Rektora prof. Andrzeja Tretyna, wręczenie nagród i wyróżnień oraz wykład inauguracyjny zatytułowany „Świat pełen planet”, który wygłosił astronom prof. dr hab. Andrzej Niedzielski.

Ważnym momentem ceremonii była immatrykulacja studentów I roku - w imieniu koleżanek i kolegów ślubowanie na ręce Rektora złożyli przedstawiciele wydziałów, którzy uzyskali najlepsze wyniki podczas postępowania rekrutacyjnego.

W trakcie inauguracji Rektor wręczył nagrody I stopnia za całokształt osiągnięć naukowych, organizacyjnych i dydaktycznych następującym nauczycielom akademickim: prof. dr. hab. Marianowi Grabowskiemu z Wydziału Teologicznego (w obszarze nauk humanistycznych); prof. dr. hab. Stanisławowi Salmonowiczowi z Wydziału Prawa i Administracji UMK (w obszarze nauk społeczno-ekonomicznych) oraz prof. dr. hab. Władysławowi Sinkiewiczowi z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum (w obszarze nauk o życiu).

Za osiągnięcia uzyskane w dziedzinie naukowo-badawczej nagrodą Rektora wyróżniony został prof. dr hab. Dariusz Chruściński z Wydziału Fizyki, Astronomii i Informatyki Stosowanej (w obszarze nauk ścisłych).

Podczas uroczystości tradycyjnie przyznano Nagrody „Archiwum Emigra-

cji”. W tym roku jej laureatkami zostały: dr Anna Ciarkowska z Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Łódzkiego oraz mgr Jadwiga Malik z Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podczas inauguracji poznaliśmy najlepszego absolwenta, studenta i studenta-sportowca UMK w minionym roku akademickim. Okazało się, że w tym roku tytuły trafiły do trzech Pań: mgr Julii Szczerbińskiej, Anny Marii Dobosiewicz oraz Anny Załęcznej.

Najlepszym Absolwentem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w roku akademickim 2016/2017 została mgr Julia Szczerbińska, która ukończyła studia magisterskie na kierunku konserwacja

i restauracja dzieł sztuki na Wydziale Sztuk Pięknych i uzyskała za cały okres studiów średnią ocen 4,52.

Pani mgr Julia Szczerbińska w dniu 21 czerwca 2017 r. obroniła pracę magisterską na Wydziale Sztuk Pięknych UMK w Toruniu, uzyskując tytuł zawodowy magistra sztuki w zakresie konserwacji i restauracji dzieł sztuki.

Absolwentka jest autorką bardzo wysoko ocenionej teoretycznej pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Elżbiety Basiul pt. „Matka Boska Toszecka jako przykład naśladownictwa insbruckiego obrazu Łukasza Cranacha Starszego „Maria z Dzieciątkiem” - badania techniki i technologii obrazu”.



JM Rektor UMK, prof. dr hab. Andrzej Tretyn z wyróżnionym *Convallaria Copernicana* prof. dr. hab. Waldemarem Jędrzejczykiem (po prawej)



JM Rektor UMK, prof. dr hab. Andrzej Tretyn podczas wręczania nagród rektorskich I stopnia dla prof. dr hab. Mariana Grabowskiego, prof. dr hab. Stanisława Salmonowicza oraz prof. dr hab. Władysława Sinkiewicza (pierwszy z prawej)



Najlepszy absolwent UMK w roku akademickim 2016/2017 - mgr Julia Szcerbińska (kierunek konserwacja i restauracja dzieł sztuki), najlepszy student UMK - Anna Maria Dobosiewicz (kierunek fizjoterapia), najlepszy student-sportowiec UMK - Anna Załączna (kierunek turystyka i rekreacja)

Jednocześnie mgr Julia Szcerbińska doskonale zrealizowała dyplomową pracę konserwatorską, która dotyczyła malowideł ściennych w klasztorze w Kcyni. Praca została wykonana pod kierunkiem dr Solidy Lima i dr. hab. Roberta Rogala, prof. UMK. Z pracy dyplomowej i egzaminu dyplomowego Julia Szcerbińska uzyskała oceny bardzo dobre.

W roku akademickim 2016/2017 zdobyła tytuł najlepszego absolwenta Wydziału Sztuk Pięknych.

Na uwagę zasługuje niezwykle bogaty dorobek naukowo-badawczy laureatki, który powstał jeszcze w czasie studiów. Uczestniczyła wówczas w wielu sympozjach, szkoleniach, konferencjach, które miały miejsce zarówno w kraju, jak i za granicą. Odbyla m.in. praktyki w Laboratorium Analiz i Nieniszczących Badań Obiektów Zabytkowych (LANBOZ) przy Muzeum Narodowym w Krakowie oraz

brała udział w kursie Roger van der Weyden i Hiszpania organizowanym w Muzeum Prado w Madrycie. W latach 2012-2013 przez dwa semestry odbywała studia w Institute of Chemical Technology (Praga, Czechy) w ramach programu Erasmus.

W trakcie studiów na Wydziale Sztuk Pięknych Julia Szcerbińska studiowała jednocześnie na Wydziale Chemii, uzyskując licencjat (w 2014 r.). Temat pracy licencjackiej laureatki był związany z problematyką konserwacji dzieł sztuki: Membrany w konserwacji obrazów na podłożu płóciennym (napisana pod kierunkiem dr. hab. Wojciecha Kujawskiego, prof. UMK).

Za Najlepszego Studenta Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w roku akademickim 2016/2017 Senat UMK uznał Annę Marię Dobosiewicz, która ukończyła I rok studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku fizjoterapia, uzyskując średnią ocen 4,58. Laure-

atka wcześniej otrzymała tytuł najlepszego studenta Wydziału Nauk o Zdrowiu CM.

Anna Maria Dobosiewicz aktywnie uczestniczy w projektach badawczych m.in. w badaniach nad Zespołem Przewlekłego Zmęczenia. Jest członkiem Koła Naukowego przy Zakładzie Ergonomii i Fizjologii Wysiłku Fizycznego CM.

Publikuje artykuły naukowe oraz uczestniczy w konferencjach o zasięgu międzynarodowym. Poza działalnością naukową laureatka aktywnie udziela się społecznie, jest m.in. przewodniczącą Wydziałowej Rady Samorządu Studentckiego Wydziału Nauk o Zdrowiu, członkiem Senatu UMK i Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu, Komisji Dyscyplinarnej Uniwersytetu dla Nauczycieli Akademickich oraz Studentów i Doktorantów. Ponadto od marca 2017 roku sprawuje funkcję Pełnomocnika ds. Ruchu Naukowego w Parlamencie Studentów RP.

Oprócz tego wolontariacko pracuje jako fizjoterapeuta w Fundacji „Całym sercem”. Jest także fizjoterapeutką drużyny piłkarskiej KP Polonia Bydgoszcz.

Tytuł Najlepszego Studenta-Sportowca Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w roku akademickim 2016/2017 otrzymała studentka II roku studiów stacjonarnych I stopnia na kierunku turystyka i rekreacja Anna Załączna. Studentka z Wydziału Nauk o Ziemi z sukcesami uprawia judo.

Anna Załączna osiągnęła znakomite wyniki w swojej dyscyplinie, zdobywając złoty medal w Akademickich Mistrzostwach Europy w Coimbrze w Portugalii, srebrny medal w klasyfikacji generalnej Akademickich Mistrzostw Polski w judo. Ponadto, Anna Załączna zdobyła złoty medal w drużynowych Mistrzostwach Europy w Rosji, wicemistrzostwo Europy Juniorek w Austrii oraz srebrny medal w Pucharze Europy Juniorów i Juniorek na Litwie.

Należy podkreślić, że oprócz sukcesów w sporcie, laureatka osiągnęła bardzo dobre wyniki w nauce, uzyskując średnią ocen 4,0. Anna Załączna była bohaterką jednej z odsłon cyklu „UMK w ruchu”.

Tytuł Najlepszego w minionym roku szkolnym Ucznia ZS UMK Gimnazjum i Liceum Akademickie otrzymała Aleksandra Jankowska (obecnie w III klasie Liceum).

Transmisję na żywo z inauguracji roku akademickiego przeprowadziły UMK TV (tv.umk.pl) oraz Radio Sfera UMK (sfera.umk.pl).

Dział Promocji i Informacji CM

fot. Andrzej Romański



Immatrykulacja studentów podczas inauguracji roku akademickiego 2017/2018

Convallaria Copernicana dla prof. Waldemara Jędrzejczyka – Laudacja

Katarzyna Pawlak-Osińska

*„Jest kto, co by wzgardziwszy
te doczesne rzeczy,
Chciał ze mną dobrą tylko
SŁAWĘ mieć na pieczy?
A starać się (ponieważ musi
zniszczyć ciało),
Aby IMIĘ przynajmniej
po nas tu zostało?”*

*„Pieśń o dobrej sławie”
Jan Kochanowski*

Dziś „złota księga” Uniwersytetu Mikołaja Kopernika wzbogaci się o kolejne zasłużone imię.

Prof. dr hab. Waldemar Jędrzejczyk. Lekarz. To wielkie i małe słowo. Nazywają, prześmiewają nas „Bogami”... najczęściej czynią to w smutku i trwodze. Ale też w nadziei, że objawiono nam... WIĘCEJ, że otwarty umysł i czułe ręce sięgną poza ból, poza... nieuchronność.

Jest więc lekarz wielki wiarą, którą się w nim pokłada i mały tym, że dzieło jego nigdy nie będzie skończone i nigdy nie będzie doskonałe. Wielkie oczekiwania, nasze ambicje i talenty przygotowują tylko drogę, którą podążą kolejne pokolenia konsyliarzy (eskulapów)...

Prof. Waldemar Jędrzejczyk również wędrował drogą swych wielkich poprzedników, chirurgów. Liczne Uniwersytety kształtowały Jego umysł i osobowość: białostocki uczynił go lekarzem, gdański nadał mu stopień dr nauk medycznych, poznański - obdarzył habilitacją. Uwieńczenie kariery naukowej – tytuł profesora - przyniósł rok 1992.

Profesor wypromował 17 doktorantów, był opiekunem 3 przewodów habilitacyjnych; autorem i współautorem 320 publikacji, 7 podręczników. W latach 1990-1996 pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego AM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy i to Wydział Lekarski wystąpił do Wysokiego Senatu UMK o przyznanie Profesorowi wyróżnienia „Convallaria Copernicana”.

Jednak... „Uniwersytet to jest jakiś odcinek walki o człowieczeństwo człowieka” – to słowa skierowane w 1979 roku do społeczności akademickiej przez wielkiego człowieka i naukowca - Doctora Honoris Causa naszego uniwersytetu, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Jana

Pawła II. Wiodą nas one ku najistotniejszej działalności Profesora Jędrzejczyka, jaką jest chirurgia. To ona - skalpelem, napędzanym siłą umysłu i serca, pozwala ułomnemu ciału znów poczuć się pięknym, pełnowartościowym człowiekiem.

Zawodowe dzieło prof. dr hab. W. Jędrzejczyka to rozwój chirurgii toruńskiej, we współpracy z takimi lekarzami tej specjalności, zasłużonymi dla medycyny tego miasta, jak dr S. Myszką, dr D. Masalski, dr L. Sokołowski, dr J. Przedpełski. W roku 1971 profesor objął stanowisko ordynatora oddziału chirurgii Szpitala Miejskiego w Toruniu i pełnił tę funkcję przez 32 lata. W 45 roku pracy zawodowej lekarza przeszedł na emeryturę. Pod Jego kierownictwem 32 lekarzy stało się specjalistami w dziedzinie chirurgii.

W swej chirurgicznej profesji najbardziej ukochał operacje brzuszne. Kto doświadczył ataku kolki żółciowej doceni wagę biegłości profesora w operacji dróg żółciowych i jego własną modyfikację tego zabiegu. Operacje pęcherzyka żółciowego mają swoją trudną historię: bolesną, zarówno (co rzecz jasna) dla pacjentów, jak i operatorów...

XIX wiek zmierzał ku schyłkowi, ja chorzy wciąż gromadnie umierali z powodu przebicia się kamieni i treści zapalnej pęcherzyka do jamy brzusznej. Okrutny brutal chirurgii Lawson Tait z Anglii odważył się w 1979 roku wyłuskać kamienie z pęcherzyka, ale nie starczyło

mu wyobraźni i... odwagi na usunięcie całego pęcherzyka... Wszyty w skórę ział on otwartą raną i wciąż od nowa wyrzucał z siebie ropne treści. Bohater w osobie berlińczyka - Carla Langenbucha, udowodnił w końcu, że nasze ciało obejść się może bez pęcherzyka żółciowego. Wyśmiany przez Taita, otoczony milczącą przyganą kolegów - Langenbuch skromnie kontynuował swoje operacje, mając głęboką świadomość, że żadne dzieło lekarskie nie jest skończone... Prof. Jędrzejczyk udowodnił tę głęboką prawdę, udoskonalając tradycyjny zabieg cholecystectomii.

A potem... z rozpędem nadciągnęła era chirurgii laparoskopowej... Nie ominęła Torunia: pod egidą Pana Profesora, powstał trzeci w Polsce, po Warszawie i Poznaniu, ośrodek laparoskopowy. Toruńska Klinika Chirurgii stała się znana w Europie. A historia zatoczyła koło: na firmamencie europejskiej chirurgii znów pojawił się Anglik - sławny R. M. Kirk i Niemiec - R. Siewert. Obaj oni współpracowali z prof. Jędrzejczykiem, doskonaląc metody leczenia raka żołądka, trzustki, jelita grubego i chirurgię naczyń. Do Torunia zjeżdżali pacjenci z odległych zakątków Polski...

Wyrazem uznania środowiska chirurgów polskich było nadanie Profesorowi godności członka honorowego Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, odznaczenie Medalem Pro Gloria Medici,



Przemawia wyróżniony Convallaria Copernicana prof. dr hab. Waldemar Jędrzejczyk

Oficerskim Krzyżem Odrodzenia Polski, Mieszkańcy Torunia podziękowali Profesorowi za jego trud obdarzając go tytułem Toruńczyka Roku 1971, Zasłużonego dla Miasta Torunia, a także Zasłużonego dla Województwa.

Dziś, 2 października 2017 roku społeczność Uniwersytetu Mikołaja Kopernika raduje się wraz z Panem - Panie Profesorze - nadaniem Panu zaszczytne-

go wyróżnienia „Convallaria Copernicana”. Proszę przyjąć najserdeczniejsze gratulacje i podziękowania za owocną pracę akademika i chirurga, za natchnienie dla wielu, aby być „małym-wielkim” człowiekiem - DOBRYM LEKARZEM!

„Wiesz, ko jest wielkim?

Posłuchaj mnie chwilę, nauczę ciebie

Poznawać wielkość nie tylko w mogile,

w dziejach lub w niebie!

Wielkim jest człowiek, któremu

wystarczy pochylić czoła,

Żeby bez włóczni w ręku i bez tarczy
zwyciężył zgoła...”

„Wielkość”

Cyprian Kamil Norwid

dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska, prof. UMK jest Dziekanem Wydziału Lekarskiego CM UMK

Waldemar

I cannot tell you how delighted I am to hear of your signal high honour.

If there is anyone who deserves recognition of the people I know, there is no one more deserving.

During my career I have had the good fortune to encounter people throughout the world who have shone with extra merit, vision and effort. You have been one. My mentor Norman Tanner, my Japanese friend Hitoshi Akiyama (given a Fellowship by the Polish College), Arjuna Aluwahare of Sri Lanka and Tom Hunt of San Francisco also number among them. It has been a privilege to encounter them. I remember that Akiyama's successor told me that when Hiroshi retired he was honoured by being invested with the Presidency of his Hospital, which he greatly valued. You must feel great pride in your honour. When I retired they were kind enough to name the Semi-

nar Room in the Surgical Department of the Royal Free Hospital, 'The Jerry Kirk Seminar Room.' We are fortunate to be recognised - but it is the joy of putting in the effort that brings satisfaction.

May I add my congratulation to the many you have earned.

Jerry

Waldemar

Nie mogę opisać jak zadowolony jestem z wieści o Twoim wyróżnieniu.

Jeżeli ktokolwiek z ludzi, których znam zasługuje na wyróżnienie, jesteś to Ty.

Podczas mojej kariery miałem okazję poznać ludzi z całego świata, którzy wyróżniali się swoim zaangażowaniem, wizją i poziomem. Ty jesteś jednym z nich. Mój mentor Norman Tanner, mój przyjaciel z Japonii Hiroshi Akiyama (wyróżniony również przez jedną z polskich uczelni), Arjuna Aluhware ze Sri Lanki oraz Tom

Hunt z San Francisco również się do nich zaliczają, poznanie Was wszystkich było wielkim przywilejem. Pamiętam, że następca Akiyamy powiedział mi, że kiedy Hiroshi przechodził na emeryturę, zaproponowano mu posadę dyrektora jego szpitala, co bardzo docenił. Ty również musisz czuć się teraz doceniony. Kiedy przechodziłem na emeryturę, zostałem uhonorowany poprzez nadanie jednej z sal wykładowych na Wydziale Chirurgicznym w Royal Free Hospital - „Sala wykładowa im. Jerry'ego Kirka”. Miło jest być docenionym - ale to ciężka praca przynosi prawdziwą satysfakcję.

Dołączam się do gratulacji, których z pewnością otrzymałeś wiele.

Jerry

Życzenia przesłane na ręce prof. dr hab. Waldemara Jędrzejczyka przez światowej sławy chirurga Raymonda Maurice'a Kirka, emerytowanego profesora Royal Free Hospital w Londynie

Convallaria Copernicana dla prof. W. Jędrzejczyka – biografia laureata

Krzysztof Nierzwicki

Podczas inauguracji roku akademickiego 2017/2018 specjalnym wyróżnieniem Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – Convallaria Copernicana



prof. dr hab. Waldemar Jędrzejczyk

został uhonorowany prof. dr hab. n. med. Waldemar Jędrzejczyk.

Waldemar Jędrzejczyk przyszedł na świat ostatniego dnia grudnia 1933 r. w Skarżysku-Kamiennej jako trzecie z kolei dziecko Jadwigi (z d. Rokickiej) i Maksymiliana Jędrzejczyków. Dwójka pierwszych dzieci zmarła w okresie poporodowym, tak iż Waldemar był w zasadzie pierwszym – a tym samym upragnionym dzieckiem państwa Jędrzejczyków. W pięć lat później, w 1938 r. urodził się jego brat Robert. Ojciec Waldemara – Maksymilian – późniejszy komendant straży pożarnej w zakładach amunicji w Skarżysku – był starszy od matki o lat pięć. Urodził się w tej miejscowości w 1905 r. Niestety, nie znamy zbyt wielu pewnych szczegółów odnoszących się do jego rodziny. Wiemy – chociaż wiedza ta przetrwała jedynie w pamięci ich członków – że ojciec Maksy-

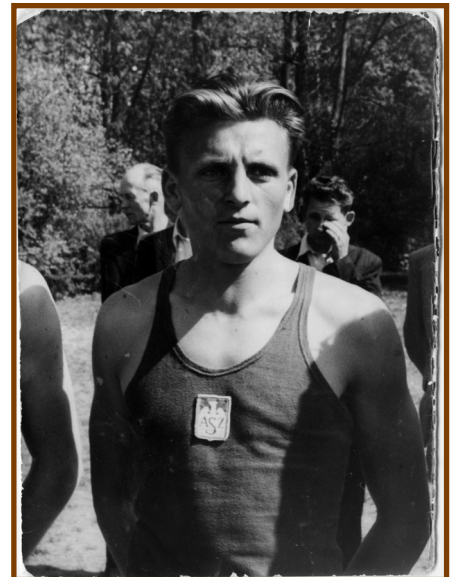
miliana, a zarazem dziadek Waldemara – Antoni – służył w carskiej armii, gdzie pełnił funkcję weterynarza, a po odejściu z wojska najpierw pracował jako kaligraf, przygotowując w imieniu ludności podania do różnorodnych urzędów, później zaś otrzymał posadę kierowniczą na kolei. Ożeniony był z Eufemią Bilską. Zmarł w wieku 57 lat. Niezwykle ciekawą – bez wątplenia zasługującą na wspomnienie – postacią tej rodziny był kuzyn ojca, a zarazem wujek Waldemara – Kazimierz Bilski (zm. 1979) – major Polskich Sił Zbrojnych, cichociemny, żołnierz Powstania Warszawskiego, kawaler Orderu Virtuti Militari, także urodzony w Skarżysku-Kamiennej. Uczestniczył on m.in. w niezwykle dramatycznej operacji noszącej kryptonim „Wildhorn III” – „Most nr 3”, którą 25 lipca 1944 roku przeprowadziła załoga z 267 Dywizjonu RAF, pod dowództwem Nowozelandczyka Georga Culliforda. Misja, któ-

ra miała za zadanie m.in. wywiezienie z Polski elementów pocisku V2, pomimo ogromnych trudności – zakończyła się powodzeniem. Jedną z nielicznych postaci rodziny Jędrzejczyków, mającą również życiorys wojenny, zapamiętaną przez Waldemara, był jeden z braci ojca – Franciszek Jędrzejczyk – wojskowy, żołnierz legionów Józefa Piłsudskiego, ranny w walkach z Ukraińcami w 1919 roku, który zmarł w latach 50-tych na niewydolność oddechową będącą skutkiem odniesionych ran. Ojciec – oprócz wspomnianego brata – miał jeszcze pięcioro rodzeństwa, zatem rodziców nie było stać na jego wykształcenie, zwłaszcza, że stracił ich w stosunkowo młodym wieku. W związku z tym jego edukacja zakończyła się na poziomie szkoły podstawowej. Po śmierci rodziców zajmował się nim starszy brat, który prowadził zakład masarski i zatrudniał w nim młodego Maksymiliana. Z jego relacji, jaką przekazał synom wynikało, że brat bardzo wykorzystywał go w roli pomocnika. Zainteresowanie sportem spowodowało, że Maksymilian po wstąpieniu do wojska odnosił sukcesy m.in. w pływaniu. Ukoronowaniem tego był tytuł mistrza wojska polskiego w pływaniu w pełnym rynsztunku zdobyty na zawodach w 1929 r. Został on skoszarowany w 83 Pułku Piechoty stacjonującym w garnizonie Kobryń. Tam też często przebywała u swojej ciotki, pomagając jej w piekarni i kawiarni – przyszła małżonka Maksymiliana i mama Waldemara – Jadwiga Rokicka. Z chwilą decyzji o małżeństwie, Maksymilian porzucił myśl o zawodowej służbie wojskowej i przeniósł się w 1930 r. ze swą wybranką do Skarżyska-Kamiennej. Po ślubie początkowo trudnił się okazjonalnymi występami zapasniczymi na arenach cyrkowych, z czasem otrzymując pracę w Zakładach Wytwarzania Metalowych – odlewni „Kamienna”, których właścicielem był wielki społecznik i patriota Kazimierz Witwicki. Pracował tam jako strażnik i wagowy, później zaś trafił do zakładowej straży pożarnej. Na początku działań wojennych rodzina ukrywała się poza Skarżyskiem, zaś Maksymiliana zabrano do wojska. Wrócił po kilku tygodniach, podejmując pracę w straży pożarnej w zajętych przez Niemców Skarżysku. Zatrudnienie w straży pożarnej pozwoliło mu na czynne zaangażowanie w działaniach konspiracyjnych. Uczestniczył m.in. w akcji zniszczenia dokumentów inwigilacji partyzantów na komendzie Gestapo w Skarżysku. W tym celu wywołano fał-

szywy pożar, po to aby w akcji gaśniczej unicestwić wszystkie dokumenty. Po wojnie kontynuował swą profesję, otrzymując posadę komendanta straży pożarnej w Zakładach Produkcji Amunicji – obecnie MESKO S.A. W 1958 roku z powodu choroby przeszedł na rentę. Zmarł w 1963 roku w wieku 58 lat.

Dużo precyzyjniejszą wiedzę dysponuje Profesor Jędrzejczyk w stosunku do rodziny matki – Jadwigi. Urodziła się w 1910 roku w miejscowości Łęg-Probostwo położonej w odległości 25 kilometrów na północ od Płocka. Pochodziła ze stosunkowo bogatej, wielodzietnej rodziny chłopskiej. Posiadała siedmioro rodzeństwa. Jej matka, a zarazem babka Waldemara – Bronisława Rokicka – również wywodziła się z miejscowości Łęg Probostwo, zaś po śmierci swojego męża, przeprowadziła się do Skarżyska-Kamiennej. Osiedla tam wraz z dwiema córkami – Jadwigą (matką Waldemara) i jej siostrą Reginą. Waldemar zapamiętał babcię Bronisławę szczególnie, ponieważ przez wiele lat mieszkała w ich domu rodzinnym. Zmarła jako 101-latką, wróciwszy do Łęgu. Gospodarstwo dziadków Rokickich, z którego pochodziła Jadwiga, było znaczne – liczyło bowiem ponad 100 hektarów ziemi pod Płockiem. Z czasem zostało podzielone. Największą część ziemi odziedziczył wuj Władysław Rokicki. Spłacił on należność dziedziczną wszystkim, po czym w testamencie przekazał majątek córce Barbarze, która nadal trudni się rolnictwem na tych włościach i mieszka w Łęgu. Matka Waldemara, podobnie jak ojciec nie miała wysokiego wykształcenia. Jak wspomina Profesor Jędrzejczyk – miała niepełne wykształcenie średnie. Przerwała edukację z chwilą zamążpój-

ścia, chociaż ze szkoły średniej wyniosła dość dobrą znajomość języka niemieckiego, co nie pozostało bez znaczenia po wybuchu wojny. Z chwilą kiedy poznała Maksymiliana Jędrzejczyka i urodzili się ich synowie, oddała się ich wychowaniu i pozostałym sprawom rodzinnym. Na jej głowie pozostawało utrzymanie całego gospodarstwa domowego, co w nienajlepszej sytuacji materialnej Jędrzejczyków nie było zadaniem łatwym. Po wybuchu wojny i powrocie z miejsca schronienia, dalej prowadziła dom, poświęcając gros czasu na wychowanie urodzonego w 1938 r. Roberta. Wykazywała się ogromną zaradnością i pracowitością, m.in. kupując zboże od gospodarzy, piekąc samodzielnie chleb. Podobnie było również i w pierwszych latach powojennych. Kiedy w 1948 r. za wojenną działalność konspiracyjną Maksymiliana wyrzucono z pracy w zakładach zbrojeniowych, na



Jako kapitan drużyny koszykówki, 1955 r.



Grupa studencka, Skarżysko-Kamienna, od lewej: Iza Pajk, Kuba Łyżwa, Danuta Nowak, Waldemar Jędrzejczyk, Danuta Krzeszowska, 1955 r.



Zdjęcie ślubne Danuty i Waldemara Jędrzejczyków, 1957 r.

Jadwigę spadła cała odpowiedzialność za utrzymanie domu. Zajmowała się wówczas handlem żywnością i przez krótki okres prowadziła mały sklep z restauracją. Po śmierci Maksymiliana została sama w Skarżysku i przeszła na emeryturę. Z czasem sprzedała dom i przeniosła się do Warszawy do syna Roberta, który pracował wówczas na Politechnice Warszawskiej. Aby polepszyć sytuację lokalową Robert kupił duże mieszkanie na Woli, ale w pewnym momencie odszedł z uczelni i podjął pracę w prywatnym przedsiębiorstwie na białostockim. Jadwiga została w Warszawie sama. Pod koniec życia miała udar i wypadek w mieszkaniu. Komplikacje nie pozwoliły jej wrócić do formy. Zmarła na trzy miesiące przed swymi setnymi urodzinami w 2011 r.

Waldemar – jak wspomniano – przyszedł na świat na sześć lat przed wybuchem wojny. W domu panowała atmosfera ciepła i miłości. Rodzice byli bardzo opiekuńczy, chociaż kiedy urodził się brat Robert – pięcioletni wówczas Waldek poczuł się odrobinę odrzucony. Swoje dzieciństwo jednak wspomina dobrze, jakkolwiek nienajlepsza sytuacja finansowa rodziny, a także skromne warunki mieszkalne nie pozwalały cieszyć się pełnią szczęścia. We swych wspomnieniach przywołuje postać wuja Władysława, w którego gospodarstwie spędzał piękne chwile swego wczesnego dzieciństwa. Dopiero tuż przed wojną rodzina przeniosła się do nowego domu, który powstał m.in. dzięki spłacie ze wspomnianego gospodarstwa Rokickich. Nie było jednak dane Jędrzejczykom cieszyć się zbyt

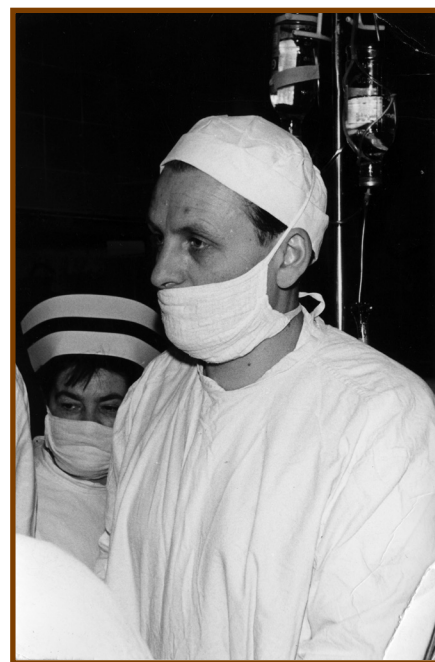
długo nowym lokum, bowiem radość tę przyćmił wybuch wojny. Ojca – o czym wspomniano – wciągnięto do wojska, zaś matka z synami schroniła się przed nadchodzącym frontem w położonym niedaleko Skarżyska majątku właściciela zakładów amunicji Kazimierza Witwickiego – Zbożennej. Znalazło tam schronienie kilkadziesiąt rodzin – głównie pracowników fabryki. Po zakończeniu działań wojennych Jadwiga wraz z synami wróciła do domu. Ojciec zaś przepadł bez wieści. Przedwojenna bieda okazała się niczym w porównaniu z czasem okupacji. Matka musiała wykazać się niezwykłą przedsiębiorczością, aby wyżywić siebie i dzieci. Nieco lepiej zaczęło się powodzić Jędrzejczykom, kiedy do domu wrócił ojciec i podjął pracę w skarżyskiej



Z rocznym synem Markiem, na skuterze Osa, 1959 r.

straży pożarnej. Waldemar zapamiętał wojnę przede wszystkim przez pryzmat surowego wychowania szkolnego oraz dramatycznych scen, jakie odgrywały się na ulicach okupowanego Skarżyska. Naukę rozpoczął miał 1 września 1939 roku w szkole powszechnej w Bzinku. Wybuch wojny pokrzyżował te plany. Lekcje rozpoczęły się nieco później, chociaż już w październiku Niemcy wyrzucili uczniów z budynku, zaś szkoła częściowo przeniosła się do wynajętych izb. Mały Waldemar przeżywał ciężkie chwile, bity po wielokroć dyscypliną po rękach, głównie za niewielkie umiejętności w pisaniu. W chwili kiedy otrzymał promocję do trzeciej klasy, szkołę ostatecznie przemianowano na więzienie Gestapo. Przesłuchiowano tam i katowano wielu działaczy

konspiracyjnych. Resztę nauki dzieci odbywały w domu, zwłaszcza zakazane przez Niemców zajęcia z historii. Dramatyczne wydarzenia z okresu okupacji jakie zapamiętał młodziutki Waldek to przede wszystkim niemieckie rozstrzelania ludności w mieście, w tym wywiezienie i zamordowanie ojca szkolnego kolegi Witka – porucznika Józefa Bańbury. Bez wątpienia przeżyciem, które pozostało na zawsze w jego pamięci, było wydarzenie, które miało miejsce w 1943 lub 1944 roku. Waldek wraz z kolegami pragnęli wziąć czynny udział w działaniach przeciwko okupantowi. Stosownie do wieku nie mogły być to działania stricte zbrojne, lecz przynajmniej uprzykrzające funkcjonowanie niemieckiemu aparatowi opresji. Wpadli na pomysł, że dobrą formą dywersji – jak na ich młody wiek – będzie niszczenie mienia kolejowego. Zbierali zatem kamienie i obrzucali nimi przejeżdżające towarowe pociągi, niszcząc m.in. ich oświetlenie. Jedna z takich sabotażowych akcji o mały włos zakończyłaby się tragedią. Niemiecki żołnierz jadący na stopniach ostatniego wagonu zauważył chłopców. Zeskoczył i złożył się do strzału. Waldek – nauczony przez partyzantów przebywających niekiedy w ich domu – biegł klucząc po polu. Przewrócił się w momencie kiedy padł strzał. Przestraszony nie ruszał się przez dobrą chwilę. Jego kolega wróciwszy do domu sam, opowiedział matce co się stało, wnioskując, że jego przyjaciel zginął. Rodzice Waldka wpadli w panikę. Rozpoczęli poszukiwania. Młody dywersant, ogromnie przestraszony wrócił do



W trakcie operacji, z oddziałową Marią Danił-Gąsienicą, 1972 r.

domu pod osłoną nocy. Silne przeżycie, jak i reakcja ojca definitywnie zakończyły owe niebezpieczne przygody.

Wraz z okupacją skończyła się także nauka w szkole podstawowej. Kolejnym krokiem w edukacji Waldemara było Gimnazjum i Liceum im. S. Żeromskiego w Kielcach, do którego dojeżdżał przez pół roku, by zamienić je w końcu na Państwowe Gimnazjum i Liceum im. Augusta Witkowskiego w Skarżysku-Kamiennej (dziś II Liceum Ogólnokształcące im. A. Mickiewicza), które ukończył w 1951 r. Jak wspomina – uczniem był raczej średnim, a nawet kiepskim. Bardziej od nauki zajmowało go harcerstwo, sport i muzykowanie. Daleka niefrasobliwość w podejściu do nauki zakończyła się nawet oceną niedostateczną z języka polskiego na pierwsze półrocze drugiej klasy. Tak dotrwał do matury, którą zdał stosunkowo dobrze. Wówczas przyszła kolej na studia. Zachęcony przez przyjaciela rodziców wybrał leśnictwo, a konkretnie technologię drewna w warszawskiej Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego. Nie zdał jednak egzaminu wstępnego z matematyki, tym samym nie dostał się na wybrany kierunek. W kolejnym roku – za radą matki oraz zachętą studiujących już tam kolegów – wybrał Białystok i utworzoną tam właśnie Akademię Medyczną. Tak rozpoczęła się największa przygoda Waldemara Jędrzejczyka – medycyna, z którą zwiąże się na całe zawodowe życie.

Białostocka uczelnia stawiała właśnie swe pierwsze kroki, powołana do życia przez wybitnego lekarza-radiologa, przybyłego z Lublina prof. Tadeusza Kielanowskiego. Głównym lokum Akademii był położony we wspaniałych ogrodach, piękny, acz zrujnowany pałac Branickich. Warunki bytowe studentów, ale i zaplecze naukowo-dydaktyczne oraz kliniczne uczelni były bardzo skromne. Niewielkie miasteczko powiatowe z niedużym szpitalem miało stać się siedzibą – dziś przecież znaczącej uczelni medycznej. Jednak nie walory materialne stanowiły o wartości Akademii, a jej kadra naukowa. I chociaż również i ona była w początkach stosunkowo nieliczna, to jednak znalazły się w Białymstoku nazwiska dla polskiej medycyny ważne. Tworzyli ją profesorowie z Wilna, Lwowa, Lublina, Warszawy i Gdańska. Obok zatem wspomnianego rektora prof. Kielanowskiego, studiujący tam Waldemar miał pobierać swe nauki m.in. od wielkiej sławy antropologa, a zarazem lekarza prof. Tadeusza Dzierżykray-Rogalskiego, który był dziekanem Wydziału Lekarskiego (1951-1953), póź-

niej zaś najbliższym współpracownikiem wybitnego, o uznanej międzynarodowej renomie archeologa – prof. Kazimierza Michałowskiego. Do grona profesorskiego należał również wywodzący się ze Lwowa mikrobiolog prof. Stanisław Legeżyński, który wcześniej kierował Zakładem Bakteriologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także prof. Stefan Soszka – jeden z najwybitniejszych polskich ginekologów. Znaczącą pozycję zyskała sobie w uczelni Klinika Chorób Wewnętrznych kierowana przez prof. Jakuba Chlebowskiego, jak również Klinika Chirurgiczna, której szefem był utalentowany chirurg prof. Tadeusz Jankowski – uczeń wybitnego warszawskiego profesora tej dyscypliny – Tadeusza Butkiewicza.

Biorąc pod uwagę stosunkowo lekki stosunek do nauki, jakim cechował się Waldemar, kiedy uczęszczał do szkoły średniej – tu na akademii okazał się być studentem nie najgorszym. Większość egzaminów zdawał w terminie, chociaż zdarzały się drobne potknięcia. Chirurgii – obok wspomnianego prof. Jankowskiego – uczył się u bardzo zręcznego operatora – Adama Dowgirda, który w roku dyplomatorium Waldemara uzyskał stopień doktora habilitowanego. Jak wspomina bohater tego przyczynku – A. Dowgird był manualnie doskonały, choć specyficzny w swych niekonwencjonalnych zachowaniach, zwłaszcza przy stole operacyjnym. Obaj specjaliści zauważyli zainteresowania Waldemara chirurgią. Spełniał on tak dalece ich oczekiwania, że prof. Jankowski zaproponował mu po zakończeniu studiów pracę w swojej klinice. W tej zachęcie wspierał go doc. Dowgird, który był jednocześnie dyrektorem szpitala klinicznego.

Stosunkowo dobre wyniki w nauce tym razem nie zostały zakłócone negatywnym zaangażowaniem Waldemara Jędrzejczyka w sport, które to właśnie na Akademii Medycznej przybrało formę profesjonalną. Przynajmniej w dwu dyscyplinach – które uprawiał – odnosił coraz większe sukcesy. Była to koszykówka i tenis stołowy. W tej pierwszej drużynie AZS Białystok, której Waldemar został kapitanem piła się coraz wyżej, by w pewnym momencie dostać się do drugiej ligi. Wchodząc na coraz wyższy poziom umiejętności, jeszcze na studiach Waldemar ukończył kurs sędziowski, by później stać się sędzią i trenerem pierwszej klasy w koszykówce. Sport stał się nie tylko wielkim hobby, ale także skromnym źródłem studenckich dochodów przyszłego profesora chirurgii. Do



Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Miejskiego Ogólnego nr 2, przygotowania do operacji, 1978 r.

mizernego stypendium dorabiał trenując żeńską drużynę koszykówki w Białymstoku i sędziując w meczach. Później kontynuował tę pasję również w Toruniu, przez kilka lat trenując drużynę AZS Toruń. Również i tenis przynosił Waldemarowi sporo satysfakcji, zwłaszcza po wielu wygranych turniejach.

Ale nie tylko sportem i nauką żyli studenci w tamtych czasach. W pewnym momencie przyszedł i czas na miłość. To właśnie na studiach Waldemar poznał swą przyszłą żonę Danutę. Do Białegostoku na medycynę uczelnię trafiła z Kętrzyna dokąd rzuciła ją i jej bliskich zawierucha wojenna. Wcześniej – pewnym niefortunnym zbiegiem okoliczności – nie dostała się na studia chemiczne na Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Urodziła się w 1932 r. w Lipach, niedaleko Kościerzyny na Kaszubach. Jej dziadek ze strony ojca – Franciszek Nowak pochodził z Tarnowa. Rodzina była niezamożna, dlatego dziadkowie zdecydowali się na emigrację do Ameryki. Tam jednak nie wiodło się im najlepiej, więc podjęli decyzję o powrocie. Zofia – babcia Danuty – w drodze powrotnej na transatlantyku „Batory” urodziła syna Józefa – późniejszego jej ojca. Po powrocie dziadkowie osiedlili się w Toruniu przy ul. Kasztanowej na obecnym Rubinkowie. Kupili tam, za zarobione w USA pieniądze, gospodarstwo rolne. Józef ukończył seminarium nauczycielskie w 1925 roku. W 1930 roku zatrudniony został jako kierownik szkoły w położonych na Kaszubach Lipach. Tam poznał Leokadię (ur. 1910) – córkę ziemian: Marianny i Stanisława Patkowskich, posiadaczy 50-hektarowego go-



Przygotowania do operacji, lata 70.

spodarstwa. Owocem tego związku było troje dzieci, w tym Danuta, urodzona w listopadzie 1932 roku. W 1939 roku jej ojciec został powołany do polskiego wojska. W bitwie pod Kockiem dowodzonej przez generała Franciszka Kleeberga został jeńcem wojennym. Przebywał w niewoli w Oflagu II D Gross Born (Grossborn-Westfalenhof) na Pomorzu. Wobec zbliżania się frontu, Niemcy 29 stycznia 1945 r. ewakuowali jeńców na zachód do obozu Sandbostel. Tam w 1945 r. doczekał wyzwolenia przez armię amerykańską. Początkowo zatrudnił się w Niemczech jako polski nauczyciel. Wrócił w 1946 roku do kraju, do Kętrzyna, gdzie po tułaczce wojennej – jak wspomniano – dotarła jego rodzina. Myślał jednak o powrocie do Torunia, dokąd ostateczne sprowadzili się w 1952 r. Józef w grodzie Kopernika otrzymał posadę nauczyciela i kierownika internatu Technikum Mechaniczno-Elektrycznego, gdzie pracował aż do śmierci w 1976 r. Waldemar zaręczył się z Danutą w 1956 r., ślub zaś odbył się rok później w Toruniu, tuż po absolutorium. Po ślubie młodzi małżonkowie wrócili na krótki okres do Białegostoku, gdzie Danuta miała do zaliczenia jeszcze kilka egzaminów. Ich marzeniem było pozostanie w piękniejącej coraz wyraźniej stolicy Podlasia. Niestety, niewielkie możliwości finansowe na to nie pozwoliły, zmuszając Jędrzejczyków do przyjazdu do Torunia i zamieszkania u rodziców Danuty.

W 1959 r. urodziło się ich pierwsze dziecko – syn Marek, który poszedł w ślady ojca i również został chirurgiem. Dziesięć lat później na świat przyszła cór-

ka Ania, która także wybrała medycynę i z czasem została lekarzem – stomatologiem. Jeszcze przed urodzeniem Ani, w początkach lat 60-tych rodzina zamieszkała w nowym trzypokojowym mieszkaniu na ul. Gałczyńskiego, które dopiero w 2016 r., po ponad pięćdziesięciu latach – emerytowani już Państwo Jędrzejczykowie – zamienili na znacznie nowocześniejsze i wygodniejsze na ul. Matejki.

Po przyjeździe do Torunia Waldemar podjął najpierw staż zawodowy w szpitalu na ul. Batorego u świetnego chirurga – dra Stefana Myszkę (1908-1987), by z czasem przyjąć w tym miejscu propozycję zatrudnienia. Dr Myszkę był chirurgiem doświadczonym, a jednocześnie otwartym na nowe metody zabiegowe. Swoich asystentów wysyłał na różnego rodzaju szkolenia, staże i konferencje, po to by uczyli się wielu technik operacyjnych. Żona Waldemara po przybyciu do Torunia najpierw otrzymała posadę asystenta na Oddziale Wewnętrznym Szpitala Miejskiego, później zaś podjęła pracę w przychodni kolejowej, która pozostała jej miejscem zatrudnienia aż do przejścia na emeryturę. Skromne wynagrodzenie obojga zmuszało młodego doktora do podjęcia dodatkowego etatu. Podczas początkowych pięciu lat pracy w szpitalu, dorabiał w małej wiejskiej przychodni w Smolnie nieopodal Górska, dokąd dojeżdżał swym pierwszym pojazdem mechanicznym – skuterem Osą. Pracę na oddziale prowadzonym przez dra Myszkę wspomina bardzo dobrze. To tam, pod jego boki nauczył się wielu technik chirurgicznych w zasadzie we wszystkich – dziś już wyodrębnionych – gałęziach

tej dyscypliny. Do głównych problemów, jakie dotykały oddział w tamtych czasach zalicza przede wszystkim fatalne techniki anestetyczne wynikające z braku specjalistycznej aparatury, a także nienajlepszą opiekę pooperacyjną. Ofiarą tego pierwszego mankamentu stał się nieomal sam, kiedy operowano go w 1968 r. z powodu ataku kamicy pęcherzyka żółciowego. Podczas zabiegu niewłaściwe znieczulenie spowodowało zatrzymanie akcji serca, które na powrót podjęło bicie dopiero po trzyminutowej intensywnej reanimacji.

W 1962 r. Waldemar Jędrzejczyk przystąpił do egzaminu specjalizacyjnego pierwszego stopnia z chirurgii w Centrum Kształcenia Ustawicznego w Bydgoszczy, a w kilka lat później w 1965 r. uzyskał II stopień specjalizacji chirurgicznej. W tym czasie związał się również z Gdańskim Oddziałem Towarzystwa Chirurgów Polskich, później zaś z nowoutworzonym Oddziałem Bydgosko-Toruńskim. Kontakty z profesorami w Gdańsku przyniosły myśl o doktoracie. Pierwszy temat jaki podjął Waldemar Jędrzejczyk – badanie poziomu cholesterolu po różnych typach operacji gastroenterologicznych – okazał się nie trafiony, bowiem badania nie przyniosły spodziewanych rezultatów. W związku z tym gdański chirurg prof. Kazimierz Dębicki zaaprobował przedstawiony przez Waldemara nowy temat odnoszący się do powikłań pooperacyjnych po resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej. Rozprawę poprzedziły badania i uzyskana nowa metoda operacji niwelująca występujące po resekcji żołądka zjawisko tzw. dumping syndrome, czyli znacznie przyspieszonego pasażu treści pokarmowych. Z ponad 800 pacjentów, którzy zgłosili się na badania, wyselekcjonowano 100, z czego 50 poddano zabiegowi rekonstrukcyjnemu. Rezultaty były bardzo obiecujące. Dumping syndrome ustąpił. Na bazie tych właśnie dokonań Waldemar Jędrzejczyk przygotował pracę doktorską zatytułowaną „Leczenie zespołu poresekcyjnego po operacjach żołądka sposobem Billroth II i Rydygiera z powodu choroby wrzodowej”, którą obronił w Gdańskiej Akademii Medycznej w 1968 r. Promotorem doktoratu był wspomniany prof. Dębicki z Akademii Medycznej w Gdańsku, zaś recenzentami pracy – prof. Jerzy Giedroyc, również z ośrodka gdańskiego oraz dawny mistrz Waldemara – doc. Adam Dowgird z Białegostoku. Dyplom doktorski wręczył młodemu adeptowi nauki inny białostocki uczony, rektor z czasów studiów Waldemara – prof. Tadeusz Kielanowski – który

wówczas pracował jako kierownik Katedry Ftyzjatrii w uczelni gdańskiej.

Rok później, w 1969 r., młody i ambitny doktor był już na tyle rozpoznawalny wśród mieszkańców grodu Kopernika, że w plebiscycie dziennika „Nowości” otrzymał tytuł Toruńczyka Roku. Cztery lata po uzyskaniu stopnia naukowego – doktor Jędrzejczyk rozstał się ze Szpitalem Miejskim na ul. Batorego, by w 1972 r. objąć ordynaturę Oddziału Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego na Bielanych w Toruniu. Z placówką tą pozostanie związany i będzie nią kierował przez ponad 30 lat, aż do 2003 r., kiedy to przejdzie na emeryturę. Zanim to nastąpiło, przeprowadził swą placówkę przez szereg ważnych zmian funkcjonowania, w tym najważniejszą – kiedy to w 1988 r. na bazie oddziału powołano Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej powstałej cztery lata wcześniej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Kierownictwo tej nowej placówki powierzono wówczas już doktorowi habilitowanemu Waldemarowi Jędrzejczykowi.

Jeszcze w latach 60., ale także i później dr Jędrzejczyk odbywał wiele wyjazdów szkoleniowych do różnorodnych ośrodków w Polsce. Na trasie jego peregrinacji naukowych znalazły się najważniejsze z nich, w tym Gdańsk, Poznań czy Warszawa, a wśród chirurgów u których terminował byli m.in. prof. Józef Dryjski oraz jego asystent, później również znakomity specjalista dr Wojciech Noszczyk, dalej zaś profesorowie Jerzy Rutkowski, czy wreszcie sławny, najwybitniejszy chyba polski chirurg prof. Jan Nielubowicz (1915-2000) – twórca i reformator wielu dziedzin polskiej chirurgii. Jego postać prof. Jędrzejczyk wspomina najczęściej. Jemu też – jak relacjonuje – zawdzięcza najwięcej. To pod jego okiem uczył się zarówno chirurgii naczyniowej, jak i gastroenterologicznej. Nic więc dziwnego, że to do prof. Nielubowicza zgłosił się z pomysłem swojej rozprawy habilitacyjnej. Profesor początkowo zaproponował temat „Zmiany limfatyczne w amputowanych kończynach dolnych z powodu miażdżycy”, którego jednak dr Jędrzejczyk nie podjął. Już wówczas interesował się metodami resekcji żołądka z powodu choroby wrzodowej, które zaczęli stosować dwaj wybitni chirurdzy europejscy – Włoch prof. Giuseppe Grassi i Brytyczyk prof. Raymond Maurice Kirk. Mając ogromne doświadczenie w operacyjnym leczeniu choroby wrzodowej, doszli do wniosku, że znacznie korzystniejszy dla pacjenta będzie zabieg usunięcia

– nie całej ściany żołądka, lecz tylko odpowiadającej za nadkwaśność śluzówki – tzw. antrektomia śluzówkowa. Dodatkowo wykonywana przy tym wagotomia – czyli przecięcie nerwów błędnych – eliminowała także fazę nerwową. Ich rozumowania potwierdziły się. W obu ośrodkach wyleczono tą metodą kilkuset chorych. Nie ustrzeżono się jednak powikłania, polegającego na zbyt szybkim pasażu treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy, a więc zespołu poposiłkowego (dumping syndrome). Był to ten sam – znany już młodemu chirurgowi – problem, który dotyczył chorych po klasycznej resekcji żołądka. Mając w tym względzie spore doświadczenie, dr Jędrzejczyk postanowił wprowadzić pewne modyfikacje do metody Kirka i Grassiego. Przeciwczywszy zabieg na serii zwierząt w Zakładzie Fiziologii UMK, uzyskał zgodę na wdrożenie go u swoich pacjentów. W rezultacie wykonał ok. 250 takich operacji bez powikłań, przy zerowej śmiertelności. Zastosowany przez Jędrzejczyka sztuczny odźwiernik zapobiegł zespołowi poposiłkowemu. Był to niewątpliwym sukces, a metoda stała się przedmiotem jego habilitacji, którą zainspirował oraz podjął się nad nią opieki znakomity chirurg prof. Roman Góral z poznańskiej Akademii Medycznej. Jej recenzentami zostali - wspomniany prof. Jan Nielubowicz z AM w Warszawie, prof. Stanisław Szyszko ze Śląskiej AM i prof. Aleksy Krokowicz z AM w Po-

znaniu, zaś superrecenzentem prof. Jan Oszacki z Akademii Medycznej w Krakowie. Kolokwium habilitacyjne odbyło się w 1977 r. na Akademii Medycznej w Poznaniu. Swoim sukcesem podzielił się z autorami operacji, stając się trzecim chirurgiem na świecie i pierwszym w Polsce, który zastosował ten sposób leczenia metody wrzodowej. Modyfikacja była osiągnięciem oryginalnym. Została opublikowana w polskim i zagranicznym piśmiennictwie, a także prezentowana na licznych kongresach chirurgicznych. Od tego momentu doc. Jędrzejczyk stał się uznanym autorytetem w chirurgii gastroenterologicznej nie tylko w Polsce, ale i poza granicami kraju.

Reputację znakomitego specjalisty zawdzięcza – jak wielokrotnie to podkreślał – w znacznej mierze swej otwartości na – stosowane w różnych ośrodkach – nowe praktyki w dziedzinie chirurgii. Do wspomnianych licznych staży i szkoleń, które odbył na terenie kraju, poczęły dochodzić również i zagraniczne. Na przestrzeni lat 1976-1984 kilkakrotnie wyjeżdżał na niekiedy wielomiesięczne pobyty studyjne w renomowanych klinikach europejskich i amerykańskich. Wśród tych najważniejszych wymienia dwie – Klinikę Chirurgii Uniwersytetu Laterańskiego w Rzymie, kierowaną przez wspomnianego prof. Giuseppe Grassiego, w której przebywał kilka miesięcy roku 1976 oraz Klinikę Chirurgii Royal Free Hospital w Londynie, prowadzoną przez także już



Kierownik Klinicznego Oddziału Chirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Rydygiera w Toruniu, 1989 r.



Przed Szpitalem w Zliten, z asystentami, 1985 r.

przywoływanego prof. Raymonda Maurice Kirka, gdzie praktykował w 1979 r. Oba te wyjazdy przyniosły przyszłemu profesorowi chirurgii nie tylko szalenie istotne doświadczenie w wykonywaniu zabiegów z zakresu chirurgii gastroenterologicznej, ale także dały szansę na skonfrontowanie wyników swych badań naukowych i posiadanych umiejętności zabiegowych ze znakomitymi specjalistami w tej dziedzinie. To tam ugruntowały się zainteresowania badawcze Waldemara Jędrzejczyka, które w efekcie przyniosły szereg publikacji naukowych powstałych na bazie rozprawy habilitacyjnej. Warto przy tym pamiętać, że w latach 70. XX stulecia możliwość prowadzenia badań i szkolenia w zagranicznych ośrodkach dla młodego naukowca i chirurga zza „żelaznej kurtyny” miało wymiar szczególny. Znakomite wyposażenie obu klinik, a także nadzwyczajna

renoma prowadzących je profesorów, wprowadziły młodego doktora z Polski w krąg wysokospecjalistycznej chirurgii i pozwoliły na wdrożenie nowych metod na grunt rodzimej medycyny zabiegowej. Swoje zamiłowanie do poznawania nowoczesnych rozwiązań w chirurgii zaprowadziły Waldemara Jędrzejczyka także do innych ośrodków chirurgicznych na świecie. Dość wspomnieć w latach 80. pobyty w Niemczech i Stanach Zjednoczonych, jak również i na Węgrzech. Warto przy tym nadmienić, że zarówno wyjazd do Republiki Federalnej Niemiec, a także Ameryki zakończyły się propozycjami pracy dla doc. Jędrzejczyka w tamtejszych klinikach. Wiązało się to jednak z – nieakceptowalną, zwłaszcza przez małżonkę – potrzebą emigracji poza Polskę i ukochany Toruń i w rezultacie wyjazd nie doszedł do skutku, chociaż perspektywy – złasz-

cza finansowe – były bardzo kuszące. To właśnie one spowodowały, że w 1984 r. doc. Jędrzejczyk zdecydował się na czasowy, stricte zarobkowy wyjazd zagranicę. Wybór padł na rządzoną twardą ręką dyktatora Muammara Kaddafiego afrykańską Libię. Otrzymał tam posadę ordynatora oddziału w sporym szpitalu w nadmorskiej miejscowości Zliten. Pobyt, z początkowo planowanych 18 miesięcy, w rezultacie trwał blisko trzy lata i oprócz dochodów znacznie przekraczających wynagrodzenie krajowe, przyniósł spore doświadczenie, nie tylko w obszarze medycyny. Kierował tam dużym – 30 osobowym zespołem pracowników siedmiu narodowości, posługując się językiem angielskim. Spotkał się z unikalnymi, w Polsce zupełnie lub prawie nieznanymi chorobami takimi jak choćby bąblowce wątroby (zoperował i opisał ok. 70 takich przypadków), skalcyfikowane masy bąblowcowe, ukąszenia żmii i skorpionów, trąd, rozległe urazy czy złośliwe mięsaki.

Z libijskiej eskapady doc. Jędrzejczyk wrócił w 1987 r. pierwsze kroki kierując do swego oddziału w szpitalu bielańskim. Jakież było jego rozczarowanie, kiedy od dyrektora usłyszał, że jego miejsce jest już zajęte, bowiem – jak sformułował to władz placówki – władze szpitala sądziły, że ordynator już z Libii nie wróci. Na nic zdały się tłumaczenia. Dyrektor pozostawał niewzruszony do momentu, kiedy o stanowisko dla dra Jędrzejczyka upomniały się władze miejskie. W dwa lata później – jak już nadmieniono – rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy prof. Jan Domaniewski zaproponował Waldemarowi Jędrzejczykowi utworzenie kliniki akademickiej i przyjęcie etatu docenta w uczelni. Tak się też stało i od tamtego czasu klinika pozostaje w strukturach Wydziału Lekarskiego najpierw Akademii, a następnie po jej połączeniu z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika od 2004 r. – Collegium Medicum. W 1992 r. doc. Jędrzejczyk otrzymał z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Lecha Wałęsy tytuł naukowy profesora nauk medycznych. Rozpoczęła się tym samym ostatnia prosta w jego karierze naukowej. Liczne rzesze asystentów Profesora przygotowywały rozprawy doktorskie, zaś dwóch z uczniów również habilitacje. Jeden z nich – jak utrzymuje Profesor – najzdolniejszy jego uczeń – Marek Jackowski, w kilka lat po uzyskaniu stopnia naukowego doktora habilitowanego osiągnął również profesurę tytularną, a od 2003 r. przejmie po Profesorze Jędrzejczyku kierownictwo kliniki, którą włada znakomi-



Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, 1998 r.

cie do chwili obecnej. Bielańska klinika nawiązała w tym okresie wiele kontaktów z ośrodkami zagranicznymi, szczególnie na terenie Niemiec, czego konsekwencją były częste wyjazdy i wymiana kadr. W Akademii Medycznej, obok kierowania oddziałem szpitalnym, przez dwie kadencje w latach 1990-1993 i 1993-1996 pełnił również funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego, pozostając w zespole dziekańskim najpierw prof. dr hab. Mieczysławy Czerwonki-Szaflarskiej, a następnie dra hab. Czesława Kłyszajko. W 1996 r. prof. Jędrzejczyk otrzymał stanowisko profesora zwyczajnego. Był to ostatni stopień w jego karierze naukowej, chociaż wszakże nie zakończył przygody z nauką, nauczaniem i działalnością leczniczą. Lata 90. to okres licznych wyjazdów Profesora wraz ze swymi uczniami na szereg konferencji i kongresów naukowych odbywających się w najrozmaitszych zakątkach naszego globu. Jeden z nich, poświęcony problemom raka żołądka, zorganizowany w Seulu przyniósł torunianom pierwszą nagrodę w sesji plakatowej. Kolejne lata powiększały arsenał nagród, wyróżnień i odznaczeń, przyznanych Profesorowi w dowód uznania dla dokonań jego i prowadzonej przezeń kliniki. W 1996 r. został Członkiem Honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich, z czasem zaś w 2005 r. podobne wyróżnienie przyznało mu Polskie Towarzystwo Lekarskie. Doszły do tego: niezwykle ceniony wśród medyków medal Gloria Medicinae oraz Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski (2002). W ostatnich latach uhonorowano Profesora kilkakrotnie, w tym przyznaniem przez Senat UMK w 2017 r. szczególnym wyróżnieniem uniwersyteckim – Convalaria Copernicana – dla medyka mającym bez wątpienia wymiar niebagatelny – wszakże konwalia jest symbolem medycyny, a trzymający ją w dłoni Mikołaj Kopernik także był m.in. lekarzem.

W 2003 r. – jak już wspomniano – prof. Jędrzejczyk przeszedł na zasłużoną emeryturę, i chociaż przestał kierować wówczas swą ukochaną kliniką, to bynajmniej nie zakończył działalności dydaktycznej i klinicznej. Pozostawał w świetnych kontaktach z Wydziałem Biologii Uniwersytetu, gdzie prowadził szereg zajęć ze studentami, a w końcu w 2010 r. podjął zatrudnienie na etacie profesorskim w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej (obecnie Kujawskiej Szkole Wyższej) we Włocławku, gdzie pracuje do dzisiaj. W tym samym czasie, obok zajęć ze studentami zaangażował się prof. Jędrzejczyk również

w popularyzację wiedzy medycznej, wygłaszając liczne wykłady i prelekcje dla różnorodnych gremiów. Aktywnie pracuje również w toruńskim Towarzystwie Naukowym, gdzie przewodniczy wydziałowi matematyczno-przyrodniczemu oraz uczestniczy w większości spotkań Klubu Profesorów UMK, dzieląc się również i z tym gremium swoją wiedzą.

Tak jak od dydaktyki, z chwilą przejścia na emeryturę, Waldemar Jędrzejczyk nie odszedł także od stołu operacyjnego i w zasadzie nieprzerwanie, przez blisko 60 lat operował aż do roku 2015, czyli niemal do ukończenia 82 roku życia, mając zatrudnienie w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim oraz przez jakiś czas w prywatnej klinice chirurgii jednego dnia we Włocławku. Nowe oddziały zabiegowe dzięki jego inicjatywie realizowały szereg skomplikowanych – jak na nieakademicką placówkę – operacji. Warto za przykład dać Aleksandrów Kujawski, gdzie prof. Jędrzejczyk wdrożył technikę monitoringu nerwu krtaniowego wstecznego podczas operacji wycięcia tarczycy. Jest to do dziś jedyny ośrodek w województwie wykonujący ten ważny proceder.

Ogółem – jak obliczyli statystycy – uczestniczył on przez całe swoje zawodowe życie w około 30 tysiącach operacji. Wśród tej ogromnej liczby znalazły się zabiegi, które w sposób szczególnie wyróżniały prof. Jędrzejczyka, zarówno poprzez oryginalność metody, niejednokrotnie pionierskość, a także rzadkość ich wykonywania. Do takich należały zabiegi gastroenterologiczne: zmodyfikowana śluzówkowa antrektomia, resekcja trzustki metodą Whipple’a i Longmire-Traverso, sympatektomia piersiowa i lędźwiowa wykonywana sprzętem la-



Podczas uroczystości XXX-lecia Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, 2002 r.



Z żoną Danutą na balu chirurgów, 1991 r.



XXX-lecie Oddziału oraz Katedry i Kliniki Chirurgii w Toruniu, od lewej: W. Radziszewski, P. Marcinkowski, J. Piątkowski, G. Jarczyk, M. Jaworski, M. Janowski, M. Nowak, W. Jędrzejczyk, A. Kadłubowski, M. Jackowski, P. Renkielski, P. Drojceki, J. Szeliga, M. Rudzki, J. Redziński, 2002 r.



Wczasy w Pucku z żoną Danutą i wnuczką Kasią, 2000 r.



Wnuczka Kasia wraz z mężem i dziećmi He-niem i Jasiem, 2017 r.



Córka Anna wraz z mężem Gwidonem Lewandowskim i dziećmi Jakubem i Agatą, 2017 r.

paroskopowym, transtorakalne wycięcie przełyku, zespolenie porto-kawalne w marskości wątroby, czy wreszcie przednie wycięcie odbytnicy z powodu raka z zachowaniem zwieraczy. Obok tego Profesor podejmował się operacji angiologicznych, jak np. udrażnianie tętnic szyjnych, operacje tętniaków aorty brzusznej, i w końcu glomektomie w astmie oskrzelowej. Wypracowany - przy tak szerokim wachlarzu zabiegów operacyjnych - dorobek naukowy Profesora zamyka się niemal trzema setkami artykułów opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych. Dochodzi do tego kilka książek oraz wiele artykułów popularnonaukowych, wywiadów i innych form popularyzujących medycynę, a szczególnie chirurgię.

Swoim zaangażowaniem i determinacją w działaniach na rzecz rozwoju chirurgii, głównie poprzez wdrażanie nowych, oryginalnych metod zabiegowych, ale także dzięki budowie wspaniałego zespołu chirurgów, stał się bez wątpienia kontynuatorem zapoczątkowanej jeszcze w XIX w. przez Ludwika Rydygiera, a potem rozwijanej przez znakomite grono lekarzy poczynając od wspaniałej postaci Leona Szumana, poprzez Zdzisława Dandelskiego - ojca torakochirurgii polskiej, aż po utalentowanego chirurga okresu powojennego Stefana Myszkę - mistrza naszego bohatera - toruńskiej szkoły chirurgii. Ta licząca się na arenie krajowej i międzynarodowej Szkoła ma dziś wspaniałych kontynuatorów. Dość wspomnieć osobę ucznia Profesora Jędrzejczyka - wybitnego specjalisty Profesora Marka Jackowskiego, a także budowany już przez niego zespół.

Tak jak już wspomniano - obchodzący w tych dniach 60-lecie swego małżeń-

stwa - Państwo Jędrzejczycy mieli dwoje dzieci. W 1959 r. przyszedł na świat syn Marek, który po ukończeniu szkoły średniej skierował swe kroki do Akademii Medycznej do Poznania. Został - tak jak jego ojciec - chirurgiem. Na uczelni poznał swą przyszłą żonę - dziś wziętą ginekolog - Anię Szaflik. Ze związku tego urodziła się córka Kasia, ona zaś z kolei kilka lat temu wyszła za mąż, dając swemu dziadkowi dwoje prawnucząt Henia i Jasia. Szczęśliwe małżeństwo i perspektywy zawodowe Marka zostały brutalnie przerwane tragedią do jakiej doszło latem 1994 r. na jeziorze w Kamionkach, gdzie Jędrzejczycy mieli letni domek. W niewyjaśnionych do końca okolicznościach, któregoś z lipcowych wieczorów Marek chcąc popływać, został najprawdopodobniej rażony prądem i utonął. Była to największa tragedia rodziny Jędrzejczyków, z której trudno było się podnieść przez wiele lat.

Dziesięć lat po narodzinach Marka Państwo Jędrzejczycy doczekali się kolejnego dziecka. Tym razem urodziła się córka Anna, która podobnie jak starszy brat wyruszyła do poznańskiej Akademii Medycznej, ukończywszy tam stomatologię. W czasie studiów wyszła za mąż za informatyka Gwidona Lewandowskiego, dając swym rodzicom dwoje wnucząt - Jakuba i Agatę. Ania praktykuje swój zawód prowadząc prywatny gabinet stomatologiczny w Toruniu.

Piękny życiorys utalentowanego chirurga i świetnego naukowca, a przy tym człowieka o silnym charakterze i ciekawej osobowości, można by podsumować wieloma wzniosłymi słowy. Pozwólmymy jednak aby za nas uczynił to wzmiankowany tu kilkakrotnie przyjaciel Profesora, światowej sławy chirurg i uczony, a nade wszystko angielski dżentelmen - prof. Raymond Maurice Kirk, który w przedmowie do obszernego wywiadu jakiego udzielił piszącemu te słowa prof. Jędrzejczyk, tak pisał: *Nasze pokolenie zostało pobłogosławione ułatwieniami w podróżach, dzięki czemu możemy poznawać ludzi w różnych miejscach na świecie. Okazuje się, że po odjęciu różnic kulturowych, wszyscy jesteśmy tacy sami - 80% z nas jest w porządku, 10% jest aniołami, a 10% - złoczyńcami. Waldemarze Jędrzejczyku, Ty zdecydowanie jesteś aniołem! Z pewnością nie jest to najgorsza reputacja, na jaką mogłeś zapracować?*

dr Krzysztof Nierzwicki jest dyrektorem Biblioteki Uniwersyteckiej w Toruniu oraz autorem książki - wywiadu z prof. Waldemarem Jędrzejczykiem „Opowieść chirurga”

Delegacja z Chin

W dniach 03-04 sierpnia 2017 r., Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum UMK gościł przedstawicieli chińskiej delegacji z Guangdong Pharmaceutical University, School of Traditional Chinese Medicine (Key Laboratory of State Administration of Traditional Chinese Medicine for Production & Development of Cantonese Medicinal Materials).

Uczelnię chińską reprezentowali:

- Prof. Quan Yang
- Associate Prof. Xuan xuan Cheng
- Dr. Chunrong Zhang

Pierwszego dnia złożono wizytę w Ogródzie Roślin Leczniczych i Kosmetycznych Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum. Ponadto, w tym dniu goście mieli okazję zwiedzić jednostki strukturalne Wydziału i poznać infrastrukturę badawczą. W kolejnej części Prof. Quan Yang, Associate Prof. Xuan xuan Cheng i Dr. Chunrong Zhang przedstawili tematykę własnych badań oraz historię tradycyjnej medycyny chińskiej, wygłaszając prezentacje:

- Introduction of Our Research on Chinese Medicinal Materials
- History and Culture of Traditional Chinese Medicine.

Drugiego dnia odbyła się wycieczka do Zakładu Zielarskiego KAWON-

HURT Nowak sp.j., Gostyń. W trakcie zwiedzania Zakładu, strona chińska miała okazję poznać historię Zakładu, zwiedzić Ogród Roślin Leczniczych, jak również poznać proces produkcyjny. Istotną częścią spotkania była wizyta w Laboratorium Kontroli Jakości, w którym przedstawiono metody badawcze, stosowane w celu zapewnienia wysokiej jakości oferowanych produktów.

Strona chińska wyraziła duże zadowolenie z wizyty na Wydziale Farmaceutycznym i zapewniła o gotowości do podej-

mowania wspólnych projektów w zakresie kształcenia studentów, wspólnych badań z uwzględnieniem interdyscyplinarności. Delegacja była szczególnie zainteresowana badaniami w obszarze analizy chemicznej i biologicznej substancji leczniczych pochodzenia roślinnego. Obie strony uznały, że pożądanym jest doprowadzenie do kolejnej wizyty przedstawicieli Wydziałów, celem ustalenia szczegółowego zakresu współpracy i określenia obszarów wspólnych zainteresowań.

Dział Promocji i Informacji CM



Delegacja z Chin z wizytą w Aptece Uniwersyteckiej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, od prawej: dr hab. Michał Marszał, prof. UMK, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Leków i prodziekan ds. nauki Wydziału Farmaceutycznego oraz prof. dr hab. Stefan Kruszewski, dziekan Wydziału Farmaceutycznego, trzecia od lewej kierownik Apteki - mgr Dorota Szczygielska

Wykład prof. dr. hab. Jana Pawlaczka

12 września 2017 r. w Collegium Medicum UMK odbył się wykład prof. dr. hab. Jana Pawlaczka – pierwszego kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej Wydziału Farmaceutycznego ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Przed posiedzeniem Rady Wydziału Farmaceutycznego zaproszony na tę radę Profesor Jan Pawlaczek przedstawił wykład dotyczący roli, jaką farmaceuta ma pełnić w systemie ochrony zdrowia. Profesor porównał systemy kształcenia farmaceutów w Stanach Zjednoczonych oraz krajach europejskich, w tym także w Polsce. Niestety porównanie to okazało się niekorzystne dla systemu kształcenia farmaceutów w naszym kraju. Wykazało ono konieczność zmian programu kształcenia i sposobu kształcenia polskich farmaceutów.

Profesor Jan Pawlaczek wskazał na potrzebę podjęcia dyskusji w sprawie zakresu zmian w programach nauczania na kierunku farmacja i dostosowania ich do nauczania opartego o kompetencje (ang. competence-based teaching), a także wprowadzenie przedmiotów, które odnoszą się do promocji i profilaktyki zdrowia oraz edukacji zdrowotnej. Wśród propozycji zmian pojawiła się również potrzeba wprowadzenia zajęć wspólnych dla studentów różnych kierunków medycznych.

Profesor Jan Pawlaczek mówił również o dobrej praktyce wykonywania przez zachodnich farmaceutów „przebiegu leków” (indywidualnym dla każdego pacjenta), o tworzeniu raportu dla pacjenta oraz właściwego schematu dalszego zażywania leków.

Po wykładzie miała miejsce dyskusja. Głos zabrali między innymi Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab.

Grażyna Odrowąż-Sypniewska, dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. Stefan Kruszewski i kierownik Katedry Technologii Postaci Leku, prof. dr hab. Jerzy Krysiński.

Dział Promocji i Informacji CM



prof. dr hab. Jan Pawlaczek

Profesor Jan Styczyński wiceprezydentem ECIL

23 września 2017 r. prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński, kierownik Zakładu Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej w Katedrze Pediatrii, Hematologii i Onkologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK został wybrany do pełnienia funkcji Wiceprezydenta ECIL (European Conference on Infections in Leukaemia) na Walnym Zebraniu podczas Konferencji ECIL-7 w Sophia Antipolis we Francji.

ECIL jest organizacją naukową typu non-profit, zarejestrowaną w Belgii, utworzoną w 2005 r. przez 4 europejskie towarzystwa naukowe: EORTC (European

Organisation for Research and Treatment of Cancer) Infectious Diseases Group, EBMT (European Society for Blood and Marrow Transplantation) Infectious Diseases Working Party, Supportive Care Group ELN (European LeukemiaNet) oraz Immunocompromised Host Society.

Zadania statutowe ECIL obejmują: opracowywanie rekomendacji w zakresie diagnostyki, profilaktyki i leczenia powikłań infekcyjnych u pacjentów z białaczkami i innymi nowotworowymi chorobami hematologicznymi lub poddawanych przeszczepianiu komórek krwiotwórczych; uzgadnianie aktualnych strate-

gii postępowania przeciwniektoryjnego w hematologii i transplantologii komórek krwiotwórczych; ułatwianie współpracy pomiędzy grupami oraz definiowanie nowych kierunków badań klinicznych.

Uczestnictwo w działalności ECIL odbywa się jedynie na zaproszenie Komitetu Organizacyjnego, na podstawie dorobku naukowego. Do bieżącego roku, ECIL wydał 35 zestawów rekomendacji z zakresu postępowania w powikłaniach infekcyjnych w hematologii i transplantologii komórek krwiotwórczych.

Dział Promocji i Informacji CM

Medal Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów

Prof. dr hab. n. med. Olga Haus, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Klinicznej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK została wyróżniona me-

dalem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.

W dniach 21-23 września 2017 roku w Warszawie odbył się XXVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Ponad 1000 osób przyjechało na spotkanie, uczestnicząc w trzydziestu se-

sjach tematycznych prezentowanych przez ekspertów z Polski i zagranicy. W trakcie zjazdu wręczono medale, a wśród wyróżnionych znalazła się nasza naukowiec, która otrzymała wyróżnienie w dowód uznania za szczególne osiągnięcia w dziedzinie hematologii i dokonania badawcze.

Dział Promocji i Informacji CM

Sukces bydgoskich adeptów ultrasonografii

Marcelina Grzybowska

W dniach 14-15.10.2017r. odbył się w Olsztynie, II Ogólnopolski Zjazd Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego [SSML PTU]. W ramach Zjazdu odbywały się wykłady programowe, warsztaty, quiz wiedzy ultrasonograficznej oraz prezentacje przypadków przedstawianych w finale Konkursu Ultrasonograficznego dla Studentów i Lekarzy Stażystów. We wszystkich rodzajach zajęć uczestniczyło blisko 30 studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, głównie członków oddziału bydgoskiego SSML PTU, którzy są jednocześnie członkami Studenckiego Towarzystwa Naukowego, Koła Ultrasonografii działającym przy Katedrze i Klinice Urologii. W trakcie Zjazdu młodzi adepci ultrasonografii

doskonalili umiejętności i zdobywali doświadczenie w badaniu ultrasonograficznym.

Studentka V-tego roku, kierunku lekarskiego, CM UMK, Katarzyna Szymak, przedstawiła dwie prace: „Zastosowanie USG w nieinwazyjnej oraz inwazyjnej diagnostyce zmian ogniskowych wątroby” i „Zastosowanie ultrasonografii point-of-care w diagnostyce gwałtownie narastającej niewydolności oddechowej u noworodków w pierwszej dobie życia”. Zajęły one kolejno pierwsze i drugie miejsce w finale Konkursu Ultrasonograficznego dla Studentów i Lekarzy Stażystów zorganizowanego przez portal internetowy eduson.pl. Prace zostały przygotowane pod opieką dr n. med. Przemysława Gałązki

z Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz lek. Pawła Bryla z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu, z Oddziału Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka im. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Już niedługo wszyscy będą mogli zapoznać się z treścią finałowych prac na stronach portalu eduson.pl.

Quiz wiedzy ultrasonograficznej także miał bydgoskie akcenty, bowiem wygrał go, zajmując pierwsze miejsce, student V-tego roku Konrad Kamiński, przewodniczący Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii, przy Klinice Urologii CM UMK.

Sukcesy bydgoskich studentów zostały zauważone i docenione. Efektem tego jest przyznanie Bydgoszczy zaszczytu organizowania następnego, III Ogólnopolskiego Zjazdu Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego w 2019 roku. Zjazd ten odbędzie się rok przed, organizowanym także w Bydgoszczy w 2020 roku, Jubileuszowym Kongresem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Będzie więc niejako próbą generalną przed tym ważnym dla PTU naukowym wydarzeniem.

Marcelina Grzybowska jest studentką V roku Wydziału Lekarskiego, członkiem Studenckiego Koła Naukowego Ultrasonografii przy Klinice Urologii [opiekun Koła: dr n. med. Janusz Tyloch], jednocześnie jest aktywnym członkiem Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego



Czwarty od lewej laureat quizu ultrasonograficznego - Konrad Kamiński, piąta od lewej laureatka konkursu - Katarzyna Szymak, szósty od lewej organizator Zjazdu, dr hab. Wojciech Kosiak, fot. eduson.pl

Prorektorzy w międzynarodowym gronie ekspertów

Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska jest członkiem międzynarodowego grona ekspertów opracowujących zalecenia oznaczania profilu lipidowego w ocenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Na podstawie badań przeprowadzonych przez zespół naukowców z Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy pod przewodnictwem Prorektora ds. badań naukowych prof. dr hab. Jacka Kubicy, powstały nowe wytyczne dotyczące postępowania w ostrym zawał serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST.

Profesor dr hab. n. med. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Prorektor ds. Collegium Medicum należy do międzynarodowego grona ekspertów opracowujących zalecenia oznaczania profilu lipidowego w ocenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Opublikowane w 2016 r. jednocześnie w dwu czasopismach *European Heart Journal* (2016;37:1944-58) i *Clinical Chemistry* (2016;62:930-46) zalecenia „Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cutpoints-A joint consensus statement from the European Atherosclerosis Society and European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.” Nordestgaard BG, Langsted A, Mora S, Kolovou G, Baum H, Bruckert E, Watts GF, Sypniewska G, Wiklund O, Borén J, Chapman MJ, Cobbaert C, Descamps OS, von Eckardstein A, Kamstrup PR, Pulkki K, Kronenberg F, Remaley AT, Rifai N, Ros E, Langlois M; European Atherosclerosis Society (EAS) and the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Joint Consensus Initiative”, wskazują alternatywną możliwość oznaczania profilu lipidowego, u osób niebędących na czczo, w celu oceny ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Wczesne rozpoznanie zaburzeń metabolizmu lipidów jest nieodzownym elementem prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ESC i EAS ocenę gospodarki lipidowej u osób dorosłych należy rozważyć u mężczyzn ≥ 40 r.ż. oraz u kobiet ≥ 50 r.ż., jak również zaleca się przeprowadzanie badań przesiewowych zaburzeń lipidowych u dzieci w wieku od 9 do 11 lat. Powszechnie uważa się, że badania profilu lipidowego powinny być przeprowadzone na czczo, w okresie minimum 8-10 godz. przed pobraniem krwi, jednakże zalecenia EAS/EFLM z 2016 roku wskazują alternatywną możliwość oznaczania lipidów u osób nie-

będących na czczo. Badania ostatnich lat wskazują na istnienie nieznacznych różnic stężeń cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL oraz LDL-C u osób będących na czczo w porównaniu do tych po posiłku. Na podstawie czterech badań populacyjnych tj. Copenhagen General Population Study (Dania, Langsted i wsp. 2008, Langsted, Nordestgaard 2011), Women's Health Study (USA, Mora i wsp. 2008), National Health and Nutrition Examination Survey (USA, Steiner i wsp. 2011) oraz Calgary Laboratory Services (Kanada, Sidhu, Naugler, 2012) wykazano klinicznie nieistotny wzrost stężenia triglicerydów u osób niebędących na czczo (średnio o 0.3 mmol/l (27mg/dl) oraz nieznaczne obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego i frakcji LDL-C (spowodowane efektem hemodylucji); nie wykazano natomiast zmian w stężeniu cholesterolu HDL-C. Dotychczas przeprowadzone badania wskazują alternatywną drogę oznaczania profilu lipidowego u pacjentów niebędących na czczo, umożliwiając tym samym rezygnację z okresu karencji pokarmowej, uciążliwego w szczególności dla osób w podeszłym wieku, przewlekle chorych oraz dzieci.

W najnowszych wytycznych Kanadyjskiego Towarzystwa Chorób Sercowo-Naczyniowych w odniesieniu do pacjentów z nadciśnieniem tętniczym także przyjęto jako alternatywę oznaczanie profilu lipidowego u pacjentów niebędących na czczo (Hypertension Canada's 2016, Guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention and treatment of hypertension. Leung i wsp. *Can J Cardiol* 2016;32:569-588).

Kolejne zalecenia ekspertów EAS/EFLM „Measuring atherogenic lipoproteins: current and future challenges in the era of personalized laboratory medicine” zostaną opublikowane wkrótce.

Treść nowych wytycznych dla europejskiej kardiologii opracowana przez grono ekspertów w dziedzinie kardiologii, a wśród bogatego piśmiennictwa uwzględnionego podczas tworzenia tego dokumentu, znalazły się trzy publikacje przedstawiające wyniki badań naukowych przeprowadzonych w Polsce. Publikacja opisująca dokonania bydgoskich naukowców z Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK z prof. dr hab. n. med. Jackiem Kubicą na czele, jest jedną z nich. Praca powstała na podstawie randomizowanego badania „IMPRESSION”, oceniającego wpływ morfiny na farmakokinetykę i farmakodynamikę tikagreloru u pacjentów z zawałem serca. Jej autorzy potwierdzili istnienie negatywnych



prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska

interakcji pomiędzy tikagrelorem i morfiną, czyli pomiędzy podstawowymi lekami stosowanymi w leczeniu pacjentów z zawałem serca. W oparciu o te wyniki, w aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego została obniżona klasa zaleceń dla stosowania morfiny u pacjentów z zawałem serca.

Wyżej wymienione wytyczne zostały ogłoszone podczas corocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbył się w dniach 26-30 sierpnia 2017 roku w Barcelonie. Warto podkreślić, że *European Heart Journal* (IF 20.213), na łamach którego pojawiła się publikacja opisująca badania bydgoskich naukowców, jest jednym z najbardziej prestiżowych czasopism kardiologicznych na świecie.

Dział Promocji i Informacji CM



prof. dr hab. Jacek Kubica

Prof. dr hab. Marek Jackowski prezesem-elektem Towarzystwa Chirurgów Polskich



prof. dr hab. Marek Jackowski

Naczelnym Lekarzem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, prof. dr hab. Marek Jackowski został wybrany na prezesa elekta Towarzystwa Chirurgów Polskich w kadencji 2017-2019. Towarzystwo Chirurgów Polskich istnieje od 1889 roku, kiedy to Ludwik Rydygier - patron toruńskiego szpitala, zorganizował I-szy Zjazd Chirurgów Polskich połączony z otwarciem nowej kliniki chirurgicznej w Krakowie (w latach 1889-1920 Rydygier pełnił funkcję prezesa towarzystwa).

Prof. dr hab. Marek Jackowski Akademię Medycyną w Gdańsku skończył w 1975 roku. Drugi stopień specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej zrobił w 1982 roku. Doktorat o chorobie nicianej górnego odcinka przewodu pokarmowego obronił w 1990 roku. Habilitował się dziewięć lat póź-

niej. Od razu po studiach zaczął pracować w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu. Od 1976 do 1989 roku był ordynatorem oddziału chirurgii ogólnej. W tym samym roku zaczął wykładać w Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Trzy lata później w toruńskim szpitalu został zastępcą dyrektora ds. opieki zdrowotnej. Od 2003 roku jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Naczelnym lekarzem w szpitalu na Bielanach. Jest pionierem endoskopii i operacji laparoskopowych w Toruniu. To autor i inicjator licznych prac naukowych. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi. Od 2012 r. jest wojewódzkim konsultantem do spraw chirurgii ogólnej.

oprac. Monika Kubiak

Stypendia rektorskie

JM Rektor UMK przyznał jednorazowe stypendia za wysoko punktowane publikacje naukowe pracownikom naukowym Collegium Medicum:

- dr hab. n. med. Annie Brożynie, adiunktowi w Zakładzie Patologii Nowotworów i Patomorfologii Wydziału Nauk o Zdro-

wiu za wysoko punktowaną publikację naukową: „Cutaneous glucocorticoidogenesis and cortisol signaling are defective in psoriasis” opublikowaną w „Journal of Investigative Dermatology” (wskaźnik Impact Factor: 6.287, punktacja MNiSW: 50);

- dr hab. n. med. Markowi Kozińskiemu, adiunktowi i kierownikowi Zakładu Podstaw Medycyny Klinicznej w Katedrze Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Wy-

działu Lekarskiego za wysoko punktowaną publikację naukową: „Patient outcomes with STEMI caused by aneurysmal coronary artery disease and treated with primary PCI” opublikowaną w „JACC: Journal of the American College of Cardiology” (wskaźnik Impact Factor: 19.896, punktacja MNiSW: 50).

Dział Promocji i Informacji CM

Nominacje i pożegnania

28 września w Collegium Maximum odbyła się uroczystość wręczenia nominacji nowym profesorom UMK. Rektor złożył także podziękowanie za wieloletnią pracę dla naszego Uniwersytetu gronu zasłużonych profesorów odchodzących na emeryturę.

Podczas spotkania rektor UMK prof. dr hab. Andrzej Tretyn awansował na stanowisko profesora zwyczajnego 14 naukowców, a 20 pracowników otrzymało nominacje na stanowisko profesora nadzwyczajnego.

Nauczyciele akademicki, którzy awansowali na stanowisko profesora zwyczajnego z Collegium Medicum:

1. prof. dr hab. Olga Haus - Wydział Lekarski

2. prof. dr hab. Wojciech Hagner - Wydział Nauk o Zdrowiu

Nauczyciele akademicki, którzy awansowali na stanowisko profesora nadzwyczajnego z Collegium Medicum:

1. dr hab. Dorota Olszewska-Słonińska

- Wydział Farmaceutyczny

2. dr hab. Zbigniew Serafin

- Wydział Lekarski

3. dr hab. Marcin Woźniak

- Wydział Lekarski

Profesorowie odchodzący na emeryturę z Collegium Medicum:

1. prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko

- Wydział Nauk o Zdrowiu

2. prof. dr hab. Roman Ossowski

- Wydział Nauk o Zdrowiu

3. prof. dr hab. Irena Ponikowska-Adamczyk - Wydział Nauk o Zdrowiu.

Dział Promocji i Informacji CM



Prof. dr hab. Wojciech Hagner z małżonką

Bydgoskie Autografy

23 września 2017 r. prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK odsłonił swój autograf na ulicy Długiej w Bydgoszczy.

„Bydgoskie Autografy” to wyróżnienie dla osób, które swoją pracą i działalnością sławią dobre imię Bydgoszczy. W sierpniu 2017 r. odbyło się posiedzenie Kapituły „Bydgoskich Autografów”. Grono złożone z przedstawicieli wszystkich wyższych uczelni publicznych działających na terenie Bydgoszczy, lokalnych mediów oraz bydgoskiego samorządu już po raz dziesiąty rozpatrywało kandydatury osób szczególnie zasłużonych dla budowania dobrego imienia miasta.

W tym roku swoje podpisy na ulicy Długiej pozostawili: artysta grafik Jerzy Riegel, mistrzyni olimpijskie Magdalena Fularczyk-Kozłowska i Natalia Madaj oraz chirurg prof. Wojciech Zegarski.

We wcześniejszych latach, spośród naukowców Collegium Medicum UMK, uhonorowani zostali także:

- prof. Marek Harat (2010)
- prof. Zbigniew Włodarczyk (2015).

Dział Promocji i Informacji CM



Od lewej: Jan Szopiński, wiceprzewodniczący Rady Miasta Bydgoszczy, laureaci „Bydgoskich Autografów”: Jerzy Riegel - mistrz polskiej fotografii, prof. dr hab. Wojciech Zegarski - onkolog, chirurg, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej CM, Magdalena Fularczyk-Kozłowska i Natalia Madaj - wioślarki z klubu RTW LOTTO-Bydgoszcz, złote medalistki Igrzysk Olimpijskich w Rio de Janeiro w 2016 r. w konkurencji dwójki podwójnej oraz Rafał Bruski, prezydent Miasta Bydgoszczy.

Collegium Medicum UMK na czele konsorcjum wykonującego badania genetyczne dla IPN

4 października 2017 r. w Przystanku Historia - Centrum Edukacyjnym im. Janusza Kurtyki przy ul. Marszałkowskiej w Warszawie miało miejsce uroczyste podpisanie umowy o współpracy w zakresie świadczenia specjalistycznych ekspertyz identyfikacji genetycznej przez Konsorcjum naukowo-badawcze o nazwie Grupa ds. Identyfikacji (na podstawie) DNA (GRID) na rzecz Instytutu Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu.

Na czele Konsorcjum GRID, obejmującego laboratoria genetyczno-sądowe sześciu uczelni medycznych stanęło Collegium Medicum UMK. Całość prac będzie koordynował prof. dr hab. Tomasz Grzybowski, kierownik Katedry Medycyny Sądowej Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK.

W skład konsorcjum oprócz naszej uczelni weszły również: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny.

W imieniu konsorcjum GRID umowę podpisała prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, Prorektor ds. Collegium Medicum, ze strony IPN natomiast Zastępca Prezesa, dr hab. Krzysztof Szwagrzyk.

Konsorcjum GRID będzie świadczyło specjalistyczne ekspertyzy naukowe oraz usługi badawcze związane z realizacją przez IPN zadań w postaci identyfikacji osób poległych w walkach o niepodległość i zjednoczenie Państwa Polskiego

oraz tych, które straciły życie wskutek walki z narzuconym systemem totalitarnym lub wskutek represji totalitarnych lub czystek etnicznych w okresie od 8 listopada 1917 r. do 31 lipca 1990 r.

Dłuższa relacja z uroczystości podpisania umowy GRID-IPN znajduje się na stronach internetowych Instytutu Pamięci Narodowej.

Dział Promocji i Informacji CM

fot. Marcin Jurkiewicz (IPN)



Prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska oraz Zastępca Prezesa IPN, dr hab. Krzysztof Szwagrzyk podpisują umowę o współpracy

Jak nie zostałem rolnikiem

Wojciech Szczęsny

Było to dawno temu. Bodaj w 1987 lub 1988. Jednym z moich pacjentów w Klinice (wówczas kierowanej przez prof. Mackiewicza) był człowiek z problemami naczyniowymi kończyn dolnych. Nie pomnę już, czy chodziło o miażdżycę, czy zespół stopy cukrzycowej. Po około tygodniu leczenia przyszła do mnie rodzina pacjenta i jedna z pań powiedziała, że w podziękowaniu za opiekę, postanowili przepisać na mnie gospodarstwo chorego. Odpowiedziałem, że absolutnie nie muszą tego robić i w ogóle pomysł nie jest trafiony. Po kilku dniach (niestety, pacjent był już po amputacji części kończyny) zapewnili mnie o znalezieniu kancelarii adwokackiej do zrealizowania wspomnianej darowizny. Z czasem, niestety, amputacje pozbawiały mojego chorego kolejnych odcinków kończyny, zaś rodzina wspominała nadal o darowiznie, zapewniając, że sprawa jest w toku. O ile pamiętam rolnik opuścił szpital bez nóg, a ja nawet nie wiem, gdzie „moja” ziemia się mieściła.

Trzydzieści lat pracy pozwala na wyrobienie sobie sądu o relacjach lekarz-pacjent. Nie chciałbym zabrznieć jak dziadek, który twierdzi, że przed wojną trawa była zieleńsza a dziewczyny młodsze, jednak chyba wiele się zmieniło. Wyrazem tego są rozbudowane do granic absurdu zgody na zabiegi. Odnoszę wrażenie, że nadal, mimo tego, większość z pacjentów nie ma pojęcia na co są leczeni i co im grozi. Absolutnie nie jestem zwolennikiem postawy „jestem lekarzem i wiem lepiej, więc niech pan/i mi zaufa”. O nie. Wręcz przeciwnie, uważam że chory powinien wiedzieć na co choruje i jak będzie dalej. Jeszcze wrócę do tego tematu. Tymczasem na zjazdach naukowych pojawiły się

sesje z udziałem prawników, na których omawiane są zagadnienia odpowiedzialności cywilnej i oczywiście - ubezpieczeń. Zazwyczaj uczestnicy otrzymują po sesji wizytówki kancelarii, którą reprezentował prelegent. W periodykach naukowych spotyka się artykuły o zbliżonej treści. Wnioski można ująć kolokwialnie: „strach się bać”. Jest w tym sporo racji.

Coraz częściej pojawiają się roszczenia wobec szpitali i lekarzy. Powołano nawet specjalne komisje przy wojewodach. Mają one orzekać czy popełniono błąd medyczny czy nie. Internet pełen jest reklam kancelarii prawnych oferujących swe usługi w kwestii dochodzenia roszczeń. W Klinice, w której pracuję, coraz częściej mamy do czynienia z wezwaniami do zapłaty o rzekomy błąd medyczny. Kwestie bowiem finansowe są tu na miejscu pierwszym.

Ostatnio pisałem odpowiedź na wezwanie do zapłaty 350.000 złotych za śmierć człowieka leczonego z powodu masywnych przerzutów do wątroby w przebiegu raka jelita, z wątrobą uszkodzoną wskutek chemioterapii. Obawiam się, że mimo oczywistych dowodów na brak błędu sprawa trafi do sądu i za pieniądze podatników odbędzie się proces. Podobnych wezwań było już kilkadziesiąt. Proszę nie zrozumieć, że bezkrytycznie bronię korporacji lekarskiej. Już kiedyś pisałem, że podobnego nagromadzenia zaawansowanych i wzajemnej podłości nie spotkałem nigdzie indziej. To temat na oddzielny tekst. Jako biegły sądowy, często chwytam się za głowę jak można było „odstawić” to, o czym czytam w aktach. I nie mówię o picu w pracy czy podobnych ekscesach. Mówię o leczeniu. Nie mam dobrego rozwiązania, ale wspomniane komisje rozsądzania błędów medycznych nie są chyba najlepszym. Moim skromnym zdaniem po zgłoszeniu takiej sprawy winno zebrać się gremium złożone z kilku lekarzy o nieposzlakowanej opinii i najwyższych kwalifikacjach (z innej części Polski, rzecz jasna) i na tym etapie rozstrzygnąć co robić dalej. Powinien być tam również prawnik z dużym doświadczeniem w sprawach „medycznych”. Oczywiście wymagałoby to jakichś nakładów finansowych, a nie jałmużny jaką płaci obecnie Ministerstwo Sprawiedliwości biegłym. Może się czepiam, ale „komisje” źle mi się kojarzą.

Wróćmy jednak do chorych ze złym rokowaniem. Sytuacja jest tu dość skom-

plikowana. Niekiedy rodzina kategorycznie żąda, aby nie informować pacjenta o jego stanie. Bywa i przeciwnie. Osobiście (o czym niżej) zawsze omawiam z rodziną zakres informacji, jakie mam przekazać pacjentowi. Niepokoi mnie jednak inne zjawisko. Rodzina chorego jest przekonana, że zaawansowana choroba (nie tylko nowotworowa) jest w zasadzie uleczalna i kwestią czasu oraz miejsca leczenia (również w sensie osobowym) jest całkowite wyzdrowienie matki, ojca czy brata. Nie ma mowy o powikłaniach, niepowodzeniu. Przyczyn jest kilka.

Po pierwsze, całkowita ignorancja społeczeństwa, jeśli chodzi o wiedzę medyczną. Nie wiem, jak tłumaczyć istotę przerzutów komuś, kto nie wie, co to wątroba. Wynika z tego poniekąd odbiór informacji medialnych i nie mam tu na myśli grup antyszczepionkowców czy podobnych. Chodzi o newsy typu: „polscy naukowcy opracowali lek na raka” czy „nowa rewelacyjna metoda leczenia chirurgicznego raka, już nie trzeba będzie umierać w cierpieniu”. Jeśli tak jest, to przecież i w naszym szpitalu te metody powinny być znane.

Po wtóre, wielu kolegów utwierdza chorych i rodziny w tym przekonaniu. Nareszcie trafili, gdzie trzeba. Czemu w ogóle rozpoczęli leczenie u Xińskiego w Szpitalu Y? Teraz będzie trochę trudniej, niż gdyby tego nie robili, ale proszę nie tracić nadziei. Dobrze, że już państwo są tutaj. Wspólnie pokonamy raka.

Po trzecie, śmierć przestała w mentalności ludzi istnieć, co wynika z powyższych przesłanek. Walczymy do końca jak legendarny Pyrrus z Epiru. W prywatnych rozmowach z kolegami pytam czasem, czemu nadal tak intensywnie leczą 90-latkę z szesnastoma schorzeniami, z których na każde oddzielnie się umiera. Czemu do chorego z przewlekłą nieuleczalną niewydolnością krążenia, po kilku laparotomiach, z gastrostomią, tracheostomią, ileostomią (pozostało 30 cm jelita - żywiony parenteralnie) przychodzą przez 2 miesiące wszyscy specjaliści ze szpitala prócz pediatri i „leczą” go. Odpowiedź: rodzina prawników, zagrozili procesem o złe leczenie. Gdzie zatem nasze prawa, gdzie nasz honor, gdzie etyka i zwykła przyzwoitość?

To wydarzyło się mniej więcej w tym samym czasie, co „darowizna gospodarstwa”. Na początku mej przygody z Po-



Dr Wojciech Szczęsny

gotowiem Ratunkowym. Wezwanie, o ile pamiętam, na Nakielską. Gdzieś daleko. Stan agonalny, duszność, ból. W mieszkaniu istotnie konający człowiek. Dusi się. Rozsiew nowotworu. Podaję mu dożylnie Aminophylinum i środek p. bólowy. Bez poprawy. Rodzina błaga o pomoc, płacz, rozpacz. Może szpital p. doktorze? Potwierdzam. Sanitariusz mruga do mnie i jak to określa się w teatralnych didaskaliach mówi „na stronie”: „doktor, nie rób tego, jak nam umrze w karetce będą jaja. Trzeba będzie jechać na medycynę sądową

i tak dalej”. Lekceważę jego uwagę. Przecież mam pomagać chorym. Nolens volens, kierowca i sanitariusz kładą chorego na nosze i ruszamy na sygnale w stronę „XXX-lecia PRL” (dla młodszych Czytelników, obecny „Biziel”). Na wysokości Ronda XXX-lecia PRL (obecnie Jagiellonów) chory wydał ostatnie tchnienie. Sanitariusz z wyraźną satysfakcją mówi: „A nie mówiłem, teraz będą jaja. Zgon w karetce”. Znajduję rozwiązanie. Zajeżdżamy do szpitala. Znamy mnie już w Izbie. Chwila rozmowy i ustalamy, że przywio-

złem chorego w ciężkim stanie i po 10 minutowej reanimacji niestety zmarł.

Przez następne siedem lat pracy w Pogotowiu byłem bardziej asertywny. Od tej pory postanowiłem też mówić ludziom prawdę o tym, że przychodzi kres życia i żadne leki z telewizji ani słynny doktor z ciekawym, a drogim urządzeniem już ich nie wyleczy. Czasami działa. Nawet na rodziny prawnicze.

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

Witamina D – na zdrowie!

Adrianna Maliszewska, Katarzyna Banaszczyk

Witamina D zwana również słoneczną witaminą została odkryta w 1922 roku przez amerykańskiego biochemika Elmera V. McColluma. Naukowiec wyizolował ją z tranu, a jej literowa nazwa wynika z tego, że została odkryta jako czwarta z kolei witamina. Początkowo kojarzono tę substancję wyłącznie z działaniem na układ kostny i metabolizm wapniowo-fosforanowy jednak kolejne lata przyniosły nowe odkrycia.

Witamina D to związek wywierający wpływ na około 300 genów i większość narządów organizmu ludzkiego. Kluczowym zdarzeniem było odkrycie receptorów dla witaminy D – VDR (Vitamine D Receptor). Są to receptory steroidowe, znajdujące się w wielu narządach ludzkiego organizmu. Zmieniło to spojrzenie na tę witaminę, gdyż stało się pewne, że posiada ona o wiele więcej funkcji niż te związane z układem kostnym. W obliczu tak różnorodnych właściwości tej substancji warto choć na chwilę zatrzymać się przy niej i zastanowić, czy aby na pewno nasz organizm ma jej pod dostatkiem.

Witamina D może być dostarczana wraz z dietą, ale nasz organizm jest zdolny do jej produkcji. W przyrodzie występują dwa związki, które po aktywacji metabolicznej wykazują aktywność witaminy D. Jest to cholekalcyferol (witamina D3) pochodzenia zwierzęcego oraz ergokalcyferol (witamina D2) występujący w tkankach roślinnych, a głównie w drożdżach i grzybach.

Dlaczego witamina D to tak zwana słoneczna witamina? W skórze pod wpływem promieniowania słonecznego o długości 280-315nm (promieniowanie UVB) pochodna cholesterolu 7-dehydrocholekalcyferol ulega bioaktywacji. Następnie w wątrobie i nerkach pod wpływem enzymów dochodzi do reakcji hydroksylacji, w wyniku których powsta-

je aktywna forma witaminy D, czyli witamina D3. Ważne jest to, że na drodze naturalnej produkcji witaminy D w skórze nie może dojść do jej przedawkowania. W przypadku nadmiernej syntezy skórnej następuje jej inaktywacja do biologicznie nieczynnych produktów.

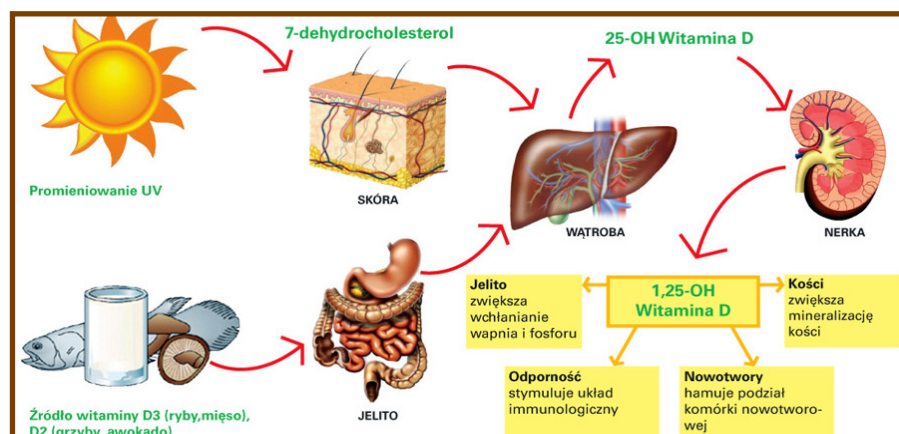
Produkcja witaminy D w skórze zależy od wielu czynników. Ma na to wpływ m.in. szerokość geograficzna, pora roku, zanieczyszczenie powietrza, wiek, używanie filtrów przeciwsłonecznych czy karnacja. Jesienią i zimą, kiedy słońce znajduje się nisko nad horyzontem, chmury i cząsteczki zanieczyszczeń odbijają promieniowanie UVB. Na szerokościach geograficznych powyżej 35 stopnia (m. in. Ameryka Północna, Europa, w tym Polska) synteza skórna witaminy D jest ograniczona nawet przez 6 miesięcy. Polska leży między 49 a 55 równoleżnikiem na półkuli północnej, co powoduje, że od września do kwietnia synteza skórna naturalnej witaminy D praktycznie nie zachodzi. Osoby o ciemnej karnacji są bardziej narażone na niedostateczną syntezę witaminy D. Wynika to z większej zawartości w skórze barwnika – melaniny, który działa jak filtr przeciwsłoneczny pochłania-

jący promieniowanie. Problemem jest też coraz częściej występująca otyłość, ponieważ tkanka tłuszczowa absorbuje rozpuszczalną w tłuszczach witaminę D. Na niedobór są również narażone osoby starsze, u których ze względu na wiek i towarzyszące choroby metabolizm witaminy D jest upośledzony.

Na obniżony poziom witaminy D mają wpływ choroby wątroby, nerek, zespoły złego wchłaniania oraz przyjmowanie leków przeciwdrgawkowych.

Spójrzmy teraz na witaminę D przez pryzmat poszczególnych układów naszego organizmu.

Układ kostny od samego początku był kojarzony z witaminą D. Słoneczna witamina odgrywa istotną rolę w regulacji gospodarki wapniowo-fosforanowej, jest konieczna do prawidłowego wchłaniania wapnia i fosforanów w przewodzie pokarmowym, zwiększa ich wchłanianie w obrębie nerek oraz jest niezbędna do rozwoju i mineralizacji kości. Ułatwia powstawanie połączeń wapnia i fosforu, które są kluczowe do tworzenia kości. Witamina D odpowiada nie tylko za tworzenie kości, ale i za ich fizjologiczny rozpad, ponieważ warunkuje różnicowanie osteoklastów, czyli komórek roz-



Rycina: <http://www.fda.am.wroc.pl/>

kładających masę kostną. Witamina D odpowiada więc za właściwą proporcję między kościotworzeniem, a utratą tkanki kostnej.

Niedobór witaminy D prowadzi do zaburzeń mineralizacji kości. U dzieci może rozwinąć się krzywica, zaburzenia wzrostu i rozwoju kości, zaś u osób dorosłych osteoporoza (zmniejszenie gęstości mineralnej kości i zwiększona podatność na złamania) i osteomalacja (rozmiękanie kości i ich odkształcanie na skutek zmniejszonego wysycenia wapniem). Jakie objawy ze strony układu ruchu mogą wskazywać na niedobór słonecznej witaminy? Naszą uwagę powinny zwrócić takie objawy jak: rozlany ból kostny i ich wrażliwość uciskowa, męczliwość mięśni, trudność przy wstawaniu z krzesła, czy wchodzeniu po schodach. Warto też zauważyć, że choroba jaką jest osteoporoza nie daje początkowo żadnych objawów, w przeciwieństwie do osteomalacji która od początku daje objawy bólowe.

Układ sercowo-naczyniowy to kolejny ważny układ, na który wpływa opisywana przez nas witamina. Receptor VDR wykryto m.in. komórkach śródbłonna i komórkach mięśni gładkich naczyń krwionośnych, miocytach i fibroblastach serca. Badania wykazały, że niedobór wit. D powoduje zwiększenie aktywności układu renina-angiotensyna-aldosteron, co prowadzi do rozwoju nadciśnienia tętniczego i nadmiernego przerostu (hipertrofii) mięśnia sercowego. Udowodniono również, że niedobór witaminy D może być niezależnym czynnikiem ryzyka otyłości. W surowicy osób z otyłością obserwuje się obniżony poziom witaminy D, ale etiologia tego zjawiska nie jest jeszcze w pełni poznana. Inne badania wskazują, iż hipowitaminoza D wiąże się z zastoinową niewydolnością serca, nagłym zawałem serca oraz chorobą niedokrwienną serca, gdyż ta witamina wywiera znaczący efekt metaboliczny na kardiomyocyty serca. W badaniach *in vitro* wykazano, że witamina D działa przeciwkrzepliwie oraz udowodniono, że ekspozycja na promieniowanie UVB ogranicza ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich.

Niektóre badania wskazują na związek nowotworów (m.in. nowotworu prostaty, jelita grubego, piersi, jajnika) z niedoborami witaminy D. Witamina ta prawdopodobnie hamuje proliferację komórek nowotworowych, jest zdolna do aktywowania apoptozy (czyli zaprogramowanej śmierci komórki), hamuje angiogenezę tkanek no-

wotworowych, jednak dokładne mechanizmy jej antynowotworowego działania nie zostały jeszcze do końca wyjaśnione. Trwają ciągle badania nad wykorzystaniem witaminy D w terapii nowotworów.

Receptory dla witaminy D znajdują się również w mózgu. Stwierdzono związek między niedoborem tej witaminy, a występowaniem takich chorób jak depresja, schizofrenia, choroba Alzheimera, padaczka, stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona. Słoneczna witamina może działać korzystnie na pacjentów z zaburzeniami poznawczymi na wczesnym etapie demencji starczej.

Witamina D wspiera także naszą odporność. Badania wykazały ogromną rolę tej witaminy w nabywaniu immunokompetencji oraz komunikacji międzykomórkowej przez różnicujące się limfocyty T. Komórki te wykorzystują do komunikacji między sobą enzym fosfolipazę. Pod wpływem czynnika aktywującego (bakteria, wirus) limfocyty wytwarzają receptory witaminowe dla witaminy D. Poprzez połączenie się witaminy z receptorem limfocyty zaczynają wytwarzać enzym fosfolipazę, dzięki której mogą się komunikować między sobą i atakować drobnoustroje. Witamina D pośrednio uczestniczy także w wytwarzaniu tak zwanych naturalnych antybiotyków: defensyny i katelicyny.

Witamina D działając na swój receptor (VDR) odgrywa także ogromną rolę w ograniczeniu reakcji autoimmunologicznych. Po połączeniu się witaminy z receptorem w komórce następuje kaskada zdarzeń prowadząca do ekspresji genów, których białka regulują reakcję autoimmunologiczną, m.in. poprzez: obniżenie liczby limfocytów Th17 odpowiedzialnych za autoagresję, wzrost liczby limfocytów T regulatorowych oraz IL-10, spadek poziomu cytokin zapalnych, takich jak IL-1, 6, 8, 12, TNF, IL17, IL21, a także zwiększa ilość komórek NK, które są odpowiedzialne m.in. za nadzór immunologiczny i hamowanie autoagresji. Na tej podstawie upatruje się niskiego stężenia witaminy D jako czynnika rozwoju chorób autoimmunologicznych. Niedobór tej witaminy częściej występuje u pacjentów z chorobami zapalnymi jelit, reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz w chorobach autoimmunologicznych tarczycy (m.in. w chorobie Hashimoto i Gravesa-Basedowa) czy cukrzycy typu I.

Niedobór witaminy D może ograniczać ponadto sekrecję insuliny (a dokładnie przekształcanie proinsuliny w insulinę)

u osób z niedoborem insuliny bez rozpoznanej cukrzycy oraz wydzielanie insuliny stymulowane glukozą. Dowiedziano także korzystny wpływ witaminy D na przebieg cukrzycy typu II. Suplementacja witaminy D powoduje wzrost syntezy mRNA dla receptora insulinowego, poprawiając transport glukozy zależny od insuliny, co ma wpływ na spadek insulinooporności obecny w cukrzycy typu 2.

Witamina D jest jedną z witamin dobrze rozpuszczalnych w tłuszczach, dlatego znaczne jej ilości znajdziemy w tłuszczach, mięsie czy rybach. Najwięcej znajdziemy jej w oleju z dorsza, pstrągu, łososiu, tuńczyku, makreli, szynce, jajkach, mięsie z kurczaka czy indyka. Często także płatki, jogurty czy mleko są wzbogacane w witaminę D.

Laboratoryjnie oznaczenie poziomu witaminy D opiera się na badaniu poziomu stężenia 25-hydroksywitaminy D [25(OH)D]. Za deficyt uznaje się poziom <30nmol/l (<12ng/ml), natomiast stężenie optymalne uznaje się w granicach 50-140 nmol/l (20-56ng/ml). Miano powyżej 250nmol/l (>100ng/ml) uznaje się za stężenie toksyczne.

Z powodu wykazanego niedoboru witaminy w okresie wrzesień-kwiecień lub przez cały rok, jeśli synteza skórna jest niewystarczająca, zaleca się suplementację w niżej podanych dawkach:

Niemowlęta- 400 j.m.

Osoby w wieku 1-70lat – 600 j.m.

Osoby powyżej 70 roku życia – 800 j.m.

Kobiety ciężarne – 600 j.m.

Jak zostało wyżej wspomniane, znaczny deficyt witaminy D może prowadzić do wielu zaburzeń w organizmie człowieka. W skrajnych przypadkach do krzywicy i osteomalacji, przy mniejszych niedoborach może powodować zwiększenie ryzyka niskoenergetycznych złamań w obrębie układu kostnego oraz zaburzenia mogące prowadzić do nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca, powodować wzrost ryzyka niektórych nowotworów, m.in. raka piersi, płuc, jelita grubego, macicy, gruczołu krokowego czy szpiczaka mnogiego, a także spadek odporności lub autoagresję. Nie da się zaprzeczyć, że słoneczna witamina warta jest uwagi i zapamiętania. I choć w nadchodzącym czasie może brakować nam promieni Słońca, warto korzystać z każdego słonecznego dnia, nawet kiedy zza okna wygląda jesień i nadchodząca zima.

Adrianna Maliszewska i Katarzyna Banaszczyk są studentkami IV roku na kierunku lekarskim CM UMK

Rak piersi – wróg współczesnej kobiety

wykład z cyklu “Medyczna Środa”

Jolanta Guz

Diagnoza - rak piersi to dla kobiety i jej najbliższych wstrząsająca wiadomość. Brzmi jak bezwzględny wyrok wywołując strach, przerażenie, panikę, poczucie bezradności...

Rak nie wybiera, może dotknąć każdą kobietę, bez względu na jej wiek, piękno, wykształcenie czy pozycję społeczną. Październik to „Miesiąc Świadomości Raka Piersi”, jest zatem dobrą okazją, aby przypomnieć jak ważną rolę odgrywa profilaktyka, badania kontrolne oraz ogólna wiedza na temat tej choroby. Znajomość objawów zwiększa szanse na jej wczesne wykrycie i wyleczenie, a poznanie czynników ryzyka może skłonić do zmiany stylu życia, aby zredukować możliwość zachorowania. Wiedza na temat raka piersi jest również niezbędna osobom chorującym, aby mogły w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w procesie leczenia. Warto poznać wroga, aby móc z nim walczyć i wygrać.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie i w Polsce. Chociaż można by sądzić, że temat raka piersi przestał być tematem tabu i obecnie dużo się o nim mówi, to wciąż wzrasta liczba zachorowań na tę chorobę. W Polsce według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na raka piersi w ciągu ostatnich trzydziestu lat wzrosła ponad 2-krotnie, a w ciągu ostatnich dwóch dekad liczba zachorowań wzrosła o około 10 tysięcy rocznie. Szacuje się, że w naszym kraju żyje około 60 tysięcy osób z rakiem piersi zdiagnozowanym w ciągu ostatnich pięciu lat. W 2013 roku odnotowano ponad 17 tysięcy nowych przypadków, co stanowiło 21,9 % wszystkich zachorowań na nowotwory u kobiet. Rak piersi jest również główną przyczyną śmierci kobiet z powodu chorób nowotworowych. Liczba zgonów w 2013 roku wynosiła ponad 5800, czyli 13,9 % wszystkich zgonów pacjentek onkologicznych. Każdego dnia z powodu raka piersi umiera około 15 Polek. Powodem, dla którego rak piersi wciąż zbiera tak tragiczne żniwo, jest późne wykrycie choroby, często, gdy jest już w stadium zaawansowanym, z przerzutami. Należy zaznaczyć, że zaawansowanego raka piersi nie można całkowicie wyleczyć. Oznacza

to, że u takich chorych zastosowanie odpowiedniej terapii może jedynie wydłużyć ich życie oraz poprawić jego jakość.

Z czego wynika to zbyt późne wykrycie raka piersi? Zazwyczaj z niedostatecznej wiedzy, małej świadomości, lekceważenia badań profilaktycznych, ale przede wszystkim ze strachu. W bardzo wczesnym stadium zaawansowania rak piersi zwykle nie daje objawów klinicznych albo są one niezwykle subtelne, przez co można je przeoczyć. Dodatkowo bardzo często rak rozwija się bezboleśnie, co też może uspić czujność kobiety. To, że zmiana wykryta w piersi nie boli, nie oznacza jednak, że nie jest rakiem. Faktem jest, że większość guzków wykrywanych w piersiach to zmiany o charakterze łagodnym, ale żeby to stwierdzić niezbędne są badania diagnostyczne. Niestety lęk kobiet przed rakiem, przed usłyszeniem diagnozy, powoduje, że często bagatelizują pierwsze objawy i unikają konsultacji lekarskiej. Ostatecznie zgłaszają się do lekarza zbyt późno, a to powoduje, że leczenie rozpoczyna się, gdy choroba jest już w stadium zaawansowanym, zmniejszając tym samym szansę na wyzdrowienie.

Należy zaznaczyć, że zdiagnozowanie raka piersi nie musi być wyrokiem, ale efektywność jego leczenia jest bardzo zależna od zaawansowania choroby. Statystyki wskazują, że wykrycie w piersi guza nowotworowego o średnicy poniżej 2 centymetrów przy odpowiednim postępowaniu terapeutycznym daje wieloletnie przeżycie u ponad 90 % pacjentek. Natomiast w przypadku raków piersi wykrytych w wyższym stopniu zaawansowania, gdzie guzy nowotworowe przekraczają średnicę 5 centymetrów, szanse te zmniejszają się już do około 30-40 %.

W zrozumieniu jak rozwija się rak piersi, pomocne jest poznanie budowy anatomicznej piersi. Piers zbudowana jest z 15-20 płatów, które podzielone są na zraziki, odpowiedzialne za produkcję mleka. Z każdego zrazika uchodzi przewód mleczny, który służy do wyprowadzania pokarmu. Układ zrazików i przewodów otoczony jest tkanką tłuszczową, w której znajdują się naczynia krwionośne oraz naczynia limfatyczne. Zraziki i przewody są wyścielone komórkami nabłonkowymi, z których może rozwi-

nać się rak. Większość (70-80 % przypadków) nowotworów piersi wywodzi się z przewodów (rak przewodowy), 10-20 % wywodzi się ze zrazików (rak zrazikowy). Dość rzadko nowotwory piersi mogą brać swój początek z innych tkanek, wchodzących w skład budowy piersi, np. z tkanki tłuszczowej lub włóknistej, ale wtedy nie są zaliczane do raków, gdyż określenie „rak” oznacza nowotwór złośliwy wywodzący się z tkanki nabłonkowej.

Rak piersi rozwija się w wyniku nieprawidłowego namnażania komórek budujących gruczoł piersiowy. Może rozpocząć się od jednej komórki, która zaczyna dzielić się w sposób niekontrolowany, a powstałe komórki nowotworowe nie różnicują się w typowe komórki tkanki. Do utraty kontroli nad podziałami dochodzi w wyniku mutacji genów kodujących białka zaangażowane w regulację cyklu komórkowego (protoonkogenów i genów supresorowych). W procesie powstawania nowotworu przezwijają podziały komórek nad ich obumieraniem, ponieważ komórki nowotworowe w przeciwieństwie do prawidłowych nie mają zaprogramowanego procesu autodestrukcji. Rak piersi jest nowotworem złośliwym, którego najgroźniejszą cechą jest zdolność do naciekania i niszczenia otaczających tkanek, a także tworzenia przerzutów odległych. Przerzut powstaje w wyniku przedostania się komórek nowotworowych do naczyń krwionośnych lub chłonnych, którymi wędrują po całym organizmie. W miejscach, w których się osiedlą, dochodzi do ich rozrostu. W pierwszej kolejności dotyczy to węzłów chłonnych zlokalizowanych w sąsiedztwie rozrastającego się nowotworu, głównie pachowych i piersiowych wewnętrznych. Dalej nowotwór może atakować odległe narządy, m.in. płuca, wątrobę, mózg, kości. Dlatego tak ogromne znaczenie ma wczesne wykrycie tej choroby, kiedy ograniczona jest do samej piersi, gdyż szansa na całkowite wyleczenie jest o wiele większa.

Rak piersi należy do grupy nowotworów, w której nie ma jednego silnego czynnika powodującego zachorowanie, jak np. w przypadku raka płuc - palenie tytoniu. Można wyróżnić kilka czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka piersi. Głównym jest niestety

samo bycie kobietą. Rak piersi aż w 99 % przypadków dotyczy kobiet, u mężczyzn stanowi rzadkość, mniej niż 1 % nowych zachorowań i to przede wszystkim ze skłonnością rodzinną.

Ryzyko rozwoju raka piersi wzrasta wraz z wiekiem. Największe prawdopodobieństwo zachorowania dotyczy kobiet między 50 a 70 rokiem życia, ale zachorować może każda kobieta, w każdym wieku, już po 20 r.ż. Jednym ze stereotypów dotyczących raka piersi jest przeświadczenie, że to choroba dotykająca tylko dojrzałe panie. Oczywiście zachorowań na raka u kobiet poniżej 35 r.ż. jest stosunkowo mało, około 2-5 % wszystkich rozpoznań, niemniej według najnowszych danych ich liczba ma tendencję wzrostową. Rak piersi u młodych pacjentek jest zwykle bardzo agresywny, choroba przebiega dynamicznie, a rokowania często nie są dobre. Ponadto nowotwory wykrywane u młodych kobiet zwykle są bardziej zaawansowane niż u kobiet po 50 r.ż., ponieważ nie należą one do grupy objętej badaniami przesiewowymi.

Kolejnym czynnikiem ryzyka jest rodzinne występowanie. Ryzyko zachorowania wzrasta 2-krotnie w przypadku wystąpienia raka piersi u najbliższej krewniej (matka, siostra, córka) i jest tym większe, im więcej krewnych pierwszego stopnia chorowało. Jednak większość osób ze zdiagnozowanym nowotworem piersi nie ma w rodzinie osób z tą chorobą.

Do rozwoju raka piersi predysponują też pewne mutacje genetyczne, które mogą być dziedziczne. Najwyższą predyspozycją genetyczną wiąże się z występowaniem mutacji w genach supresorowych BRCA1 i BRCA2, które istotnie zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi, ale też jajników. Ryzyko wystąpienia raka piersi w przypadku mutacji BRCA1 wynosi 60-80 %, a raka jajnika około 40 %. Innymi genami, których mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, są m.in.: CHEK2, NBS1, NOD2, CDKN2A, CYP1B1, TP53, ATM, PTEN, STK11. Nosicielstwo mutacji znacznie zwiększa ryzyko zachorowania na nowotwór złośliwy, ale nie oznacza, że choroba musi wystąpić. Zdrowe kobiety, które są nosicielkami mutacji w genie BRCA1, ze względu na znacznie zwiększone ryzyko wystąpienia choroby w młodszy wiek, powinny wcześniej rozpocząć wykonywanie badań obrazowych piersi i badać się częściej. Zaleca się badanie lekarskie piersi co 6-12 miesięcy oraz mammografię lub rezonans magnetyczny raz do roku. U nosicielek mutacji można rozważać zabieg obustronnego usunięcia przydatków, który przeprowadzony przed menopauzą zmniejsza ryzyko

zachorowania na raka jajnika o 80-95 %, a raka piersi o ok. 50 %. Można również brać pod uwagę profilaktyczną mastektomię, która pozwala zmniejszyć ryzyko raka piersi o około 90 %, ale nie daje całkowitej ochrony przed zachorowaniem.

Mitem jest twierdzenie, że rak piersi to choroba dziedziczna, która na pewno nie przytrafi się kobiecie, w której rodzinie nikt nie chorował na raka. Rak piersi może być chorobą dziedziczną, ale stanowi to ok. 10-15 % przypadków zachorowań, a 85-90 % dotyczy kobiet, w których rodzinach nigdy nie było przypadku raka piersi. Są to zachorowania pierwotne, które nie wynikają z odziedziczonych skłonności. Pamiętać należy również o tym, że kobiety, w których rodzinach nie pojawił się rak piersi mogą być obciążone genetycznie. Negatywny wywiad rodzinny może wynikać z dziedziczenia w linii ojcowskiej.

Ryzyko rozwoju raka zwiększają nie które łagodne choroby piersi przebiegające z proliferacją, np. atypowa hiperplazja wewnątrzprzewodowa lub zrazikowa. Większe ryzyko ponownego zachorowania mają również kobiety, które przebyły już raka piersi.

Istotne znaczenie ma czas aktywności hormonalnej, czyli czas od pierwszej miesiączki do ostatniej. Im jest dłuższy, tym ryzyko zachorowania jest większe. Wczesna pierwsza miesiączka (przed 12 r.ż.) i późna menopauza (powyżej 55 r.ż.) wiążą się ze wzrostem ryzyka zachorowania na raka piersi.

Wymienione powyżej czynniki są niezależne od nas i nie daje się ich modyfikować, ale jest kilka czynników, na które można w mniejszym bądź większym stopniu wpływać.

Obecnie obserwuje się tendencję do posiadania potomstwa w późniejszym wieku. Kobiety, które nigdy nie były w ciąży są bardziej narażone na rozwój nowotworu, niż kobiety które rodziły. Szacuje się, że urodzenie pierwszego dziecka po 30 r.ż. wiąże się z większym ryzykiem zachorowania na raka piersi w porównaniu z urodzeniem dziecka przed 20 r.ż. Niektóre badania wskazują na protekcyjny wpływ karmienia piersią. Należy jednak podkreślić, że czas ciąży i laktacji nie są okresami ochronnymi i wtedy również można zachorować na raka piersi.

Ryzyko rozwoju raka piersi zwiększa stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) przez dłuższy czas (co najmniej 10 lat). Ryzyko to jednak powraca do wartości wyjściowych po zaprzestaniu terapii.

Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia raka piersi jest ekspozycja na promieniowanie jonizujące. Ryzyko to jest szczególnie zwiększone u osób, które otrzymywały radioterapię w obrębie klatki piersiowej, zwłaszcza przed 30 r.ż., kiedy sutek się jeszcze rozwija.

Obecnie coraz większą uwagę zwraca się na czynniki związane ze stylem życia. Ryzyko zachorowania zwiększa spożywanie dużych ilości tłuszczów nasyconych, zwłaszcza zwierzęcych, nadmiernie zwiększona masa ciała oraz mała aktywność fizyczna. Nadwaga zwłaszcza po menopauzie zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu piersi, ponieważ estrogeny są również syntetyzowane w tkance tłuszczowej.

Zwiększenie ryzyka rozwoju raka piersi powoduje regularne spożycie alkoholu przez dłuższy czas i nie zależy od rodzaju alkoholu. Wynika to z zaburzeń metabolizmu estrogenów w wątrobie, która przetwarza zarówno estrogeny, jak i alkohol. Konsumpcja już 1-2 porcji alkoholu dziennie może podwyższać stężenie estrogenów we krwi.

W przypadku raka piersi możliwości profilaktyki pierwotnej, czyli zapobiegania zachorowaniu są ograniczone. Niemniej prowadzenie tzw. zdrowego stylu życia, czyli ograniczenie spożycia alkoholu, tłuszczów nasyconych, zapobieganie nadwadze poprzez zrównoważoną dietę bogatą w warzywa i owoce oraz wysiłek fizyczny mogą stanowić pewien sposób ochrony przed wystąpieniem tego nowotworu.

Ze względu na ograniczenia w zapobieganiu raka piersi istotne znaczenie ma wczesne jego wykrycie, czyli profilaktyka wtórna. Im wcześniej rozpoznany, tym większa jest szansa na wyleczenie.

Istotną rolę we wczesnym wykrywaniu raka piersi odgrywa samobadanie piersi.

Samobadanie piersi powinno być na wykiem każdej dbającej o swoje zdrowie kobiety po 20 r.ż. i kontynuowane przez całe życie. Należy przeprowadzać je systematycznie raz w miesiącu w tej samej fazie cyklu miesięczkowego tj. kilka dni po menstruacji, a po menopauzie zawsze tego samego dnia w miesiącu. Początkowo kobieta może mieć trudność z interpretacją tego co wyczuwa, jednak im dłużej bada swoje piersi, tym łatwiej zauważyć jakąś nieprawidłowość. Panie, które regularnie (raz w miesiącu) przeprowadzają samobadanie piersi mogą wykryć zmiany wielkości nawet około 1 cm. Należy jednak pamiętać, że uzupełnieniem samobadania piersi powinno być raz do roku przeprowadzane badanie

palpacyjne przez lekarza specjalistę (onkologa, ginekologa lub chirurga).

Podczas samobadania należy zwrócić uwagę czy nie pojawiły się:

- zmiany wielkości lub kształtu piersi,
- zmiany skórne w obrębie piersi, np. zaczerwienienie, nierówność powierzchni,
- zaciągnięcia, owrzodzenia, przebarwienia, pomarszczenie skóry piersi, skóra wyglądająca jak „skórka pomarańczy”,
- opuchnięcie piersi, w całości lub częściowo, o wyglądzie podobnym do stanu zapalnego,
- zmiany w wyglądzie brodawek np. wciągnięta, zniekształcona brodawka, wyciek z brodawki,
- bardziej niż do tej pory widoczne, przez skórę naczynia żyłne,
- bolesność piersi niezależna od cyklu,
- obrzęknięty dół pachowy lub ramię, powiększenie się węzłów chłonnych pod pachą,
- zgrubienie, stwardnienie, guzek różniący się od otaczającej tkanki.

Obecność którejs z wyżej wymienionych zmian może wskazywać na raka piersi, chociaż nie musi, ale zawsze wymaga konsultacji z lekarzem, w celu podjęcia ewentualnej dalszej diagnostyki.

W diagnostyce chorób piersi ważną rolę odgrywają badania obrazowe. Podstawowym badaniem w diagnostyce raka piersi jest mammografia, polegająca na prześwietleniu piersi promieniami rentgenowskimi. Stosuje się ją w przypadkach podejrzenia chorób piersi oraz w badaniach przesiewowych. Celem badań przesiewowych (skryningu) jest wykrycie choroby we wczesnej fazie klinicznej, kiedy skuteczność leczenia jest najwyższa. W Polsce programem przesiewowych badań mammograficznych objęte są kobiety z grupy wiekowej 50-69 lat, w której obserwuje się najwięcej przypadków raka piersi, a wskaźniki umieralności są wysokie. Zgodnie z programem badań przesiewowych, mammografia powinna być wykonywana co 2 lata, a jeżeli rak piersi wystąpił wśród członków najbliższej rodziny lub u kobiet wykazano mutacje w genach BRCA1 i/lub BRCA2 badanie wykonuje się raz w roku.

Mammografia jest badaniem, które umożliwia wykrycie bardzo małej, niewyczuwalnej palpacyjnie zmiany nowotworowej. Nie pozwala jednak na wykrycie wszystkich zmian w piersi. Czułość tego badania oceniana jest na 80-90 %. Mammografia ma ograniczone zastosowanie w przypadku piersi mocno

gruczołowych, gdyż w obrazie mammograficznym tkanka gruczołowa jest tak gęsta, że daje obraz białej plamy, a zmiany rakowe również widoczne są jako białe. Ponieważ piersi młodszych kobiet zawierają większą ilość tkanki gruczołowej niż tłuszczowej, mammografia nie jest skutecznym badaniem i nie wykonuje się jej jako badania przesiewowego.

U młodszych pań, w przedziale wieku 20-49 lat, czułym i dość swoistym jest badanie ultrasonograficzne (USG). W badaniu USG wykorzystuje się ultradźwięki, jest zatem bezpieczne i nieinwazyjne. Pozwala na ocenę stanu obu piersi, a także węzłów chłonnych w okolicach pachowych i nadobojczykowych. Badanie USG umożliwia różnicowanie zmian litych i torbielowatych. USG piersi nie jest badaniem przesiewowym, ale często jest uzupełnieniem mammografii, bo pozwala na ocenę charakteru zmian wykrytych przez mammografię. Obecnie najczulszym badaniem obrazowym w diagnostyce raka piersi jest rezonans magnetyczny i to w każdej grupie wiekowej, jednak ze względu na koszty nie jest metodą skryningową.

Stwierdzenie zmiany o wysokim prawdopodobieństwie złośliwości, w badaniu obrazowym (mammografii rentgenowskiej, USG piersi, mammografii metodą rezonansu magnetycznego) wymaga zawsze pilnej weryfikacji w badaniu histologicznym, czyli badaniu mikroskopowym materiału biopsyjnego pobranego z podejrzanej zmiany. Biopsja prześkórna może być wykonana metodą: biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), biopsji gruboigłowej lub biopsji mammotomicznej (VABC). Biopsja cienkoigłowa polega na nakłuciu zmiany cienką igłą (średnica igły 0,6 mm) pod kontrolą USG, a uzyskany materiał

cytologiczny pozwala na wiarygodne rozpoznanie raka, przy czym nie umożliwia różnicowania raka przedinwazyjnego i raka inwazyjnego (który może dawać przerzuty). Biopsja gruboigłowa (średnica igły 2 mm) pozwala na uzyskanie fragmentu tkankowego i przeprowadzenie pełnego badania histopatologicznego, z określeniem typu raka, jego złośliwości oraz oceną receptorów. Biopsja mammotomiczna jest jedną z nowocześniejszych metod pobierania wycinków. Igła mammotomiczna zawierająca mechanizm rotacyjny wspomagany systemem próżniowym, umożliwia pobieranie kilku fragmentów tkankowych z pojedynczego wkłucia.

Ocena mikroskopowa pobranego materiału tkankowego pozwala m.in. na określenie histologicznego typu raka, który jest jednym z czynników prognostycznych, umożliwiającym prognozowanie przebiegu choroby niezależnie od zastosowanego leczenia. Zgodnie z ogólnie przyjętą klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nowotwory złośliwe piersi dzieli się na przedinwazyjne (nie zagrażające przerzutami) i naciekające (o większym ryzyku zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów, mające gorsze rokowanie). Do raków przedinwazyjnych (in situ) zaliczamy: przewodowego raka przedinwazyjnego (DCIS - ductal carcinoma in situ) i zrazikowego raka przedinwazyjnego (LCIS - lobular carcinoma in situ). W obu przypadkach rokowanie jest dobre. DCIS jest rozpoznawany coraz częściej w związku z rozpowszechnieniem mammograficznych badań przesiewowych. W DCIS rozrost komórek nowotworowych ograniczony jest do światła przewodów gruczołowych, a w LCIS do nabłonka zrazików. LCIS nie wymaga le-



czenia operacyjnego ani uzupełniającego, jego wykrycie zwiększa ryzyko wystąpienia naciekającego raka w obu piersiach.

Najczęstszym typem raka jest rak przewodowy (carcinoma ductale infiltrativum) obecnie określany jako rak o niespecyficznym utkaniu, bez charakterystycznych cech morfologicznych (NOS - not otherwise specified), stanowi 70-80 % przypadków raka naciekającego. Nowotwór ten rozwija się z komórek przewodu mlekowego, przekracza jego ścianę i nacieka okoliczne tkanki. Drugi co do częstości występowania to rak zrazikowy (carcinoma lobulare infiltrativum) stanowiący 10-20 % przypadków raka naciekającego. Rozwija się z nabłonka pokrywającego zraziki gruczołu piersiowego. Inne podtypy morfologiczne raka naciekającego piersi występują znacznie rzadziej i są odmianami raka piersi o tzw. dobrym rokowaniu, m.in. rak rdzeniasty (carcinoma medullare), rak cewkowy (carcinoma tubulare), rak śluzotwórczy (carcinoma colloidale). Rzadkimi typami raka piersi są też: choroba Pageta i rak zapalny. Choroba Pageta należy do raków przewodowych i charakteryzuje się naciekiem komórek rakowych w obrębie naskórka brodawki sutkowej. Rak zapalny przebiega z obrzmieniem, zaczerwienieniem skóry, bolesnością piersi. Przyczyną charakterystycznego wyglądu piersi jest obecność mikrozatorów złożonych z komórek nowotworowych, czopujących światło naczyń limfatycznych piersi. Jest najbardziej agresywnym typem raka piersi o bardzo niekorzystnym rokowaniu.

Kolejnym etapem oceny mikroskopowej jest określenie stopnia złośliwości histologicznej raka, który jest czynnikiem prognostycznym. Stopień złośliwości określa jak szybko nowotwór może rosnąć oraz jaki jest jego potencjał do naciekania i dawania przerzutów. Wyróżnia się trzy stopnie złośliwości: niski - G1 (rak dobrze zróżnicowany, dobre rokowanie), średni - G2 (rak średnio zróżnicowany), wysoki - G3 (rak nisko zróżnicowany, złe rokowanie).

Zaleca się też ocenę proliferacji komórkowej poprzez określenie indeksu proliferacyjnego Ki-67. Antygen Ki-67 jest białkiem jądrowym, obecnym tylko w komórkach dzielących się w aktywnych fazach cyklu komórkowego (G1, S, G2, M), natomiast niewykrywalnym w fazie spoczynkowej G0. Indeks Ki-67 dostarcza istotnych informacji na temat aktywności proliferacyjnej nowotworu, mówi o ilości komórek aktualnie dzielących się. Poziom powyżej 14 % jest wskaźnikiem wysokiego indeksu mito-

tycznego badanych komórek i wiąże się ze złym rokowaniem dla pacjentów.

Standardem w badaniu histopatologicznym jest ocena receptorów w komórkach rakowych, które wpływają na ich czynność i wzrost. Są to: receptory estrogenowe (ER), receptory progesteronowe (PR), receptory ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu 2 (HER2). Obecność tych receptorów ma znaczenie predykcyjne, czyli informuje o potencjalnej odpowiedzi na leczenie i ma wpływ na wybór odpowiedniej terapii.

Komórki raka piersi (podobnie jak prawidłowe komórki przewodów i zrazików piersi) mogą odbierać bodźce w postaci hormonów estrogenowych i progesteronowych, gdy posiadają wewnątrz receptory dla tych hormonów. Receptory dla hormonów steroidowych należą do rodziny receptorów jądrowych. Estrogeny są hydrofobowe, zatem łatwo przenikają przez błonę komórkową. Klasyczny mechanizm działania estrogenów polega na związaniu wewnątrz komórki cząsteczki hormonu z białkowym receptorem i jego migracji do jądra komórkowego, gdzie bezpośrednio oddziałuje ze swoistą sekwencją DNA, nazwaną elementem odpowiedzi na estrogeny (ERE), zlokalizowaną w regionach promotorowych genów docelowych, m.in. kodujących białka stymulujące proces proliferacji, sprzyjające wzrostowi nowotworów. Są to np. geny kodujące antyapoptotyczne białko Bcl-2, CDK11, cyklinę D1, insulinopodobny czynnik wzrostu (IGF-1), transformujący czynnik wzrostu (TGF α i TGF β), katepsynę D. Ekspresję receptorów estrogenowych wykazuje 70-75 % raków piersi, z tego 50 % wykazuje jednoczesną ekspresję receptora progesteronowego. Obecność receptora progesteronowego dodatkowo stymuluje proliferację komórek nowotworowych, ale komórki które nie posiadają receptora PR gorzej odpowiadają na hormonoterapię.

W niektórych typach raka piersi występuje nadekspresja receptora dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu - HER2. Receptor ten kodowany jest przez protoonkogen ERBB2. Należy do receptorów transbłonowych, którego domena wewnątrzkomórkowa posiada aktywność kinazy tyrozynowej. Receptory HER2 są odpowiedzialne za przekazywanie do wnętrza komórki sygnałów związanych ze wzrostem i różnicowaniem komórki. Pobudzenie receptorów HER2 stymuluje proliferację, angiogenezę, migrację i hamuje apoptozę. W komórkach nowotworowych z nadekspresją HER2 błona komórki zawiera nadmierną ilość

cząsteczek receptora (10-100 razy więcej niż w komórkach prawidłowych). Każda taka cząsteczka receptorowa odbiera i przekazuje do wnętrza komórki sygnał o konieczności podziału. W efekcie nadmiaru sygnałów komórka dzieli się w bardzo szybkim tempie, przekazując tę informację komórkom potomnym, a to skutkuje szybkim przyrostem masy guza. Amplifikację genu ERBB2 lub nadmierną ekspresję receptora HER2 stwierdza się w przypadku 20-30 % chorych na raka piersi i wiąże się z gorszym rokowaniem.

Klasyczna klasyfikacja raków piersi oparta jest na ocenie histologicznej, ale nowotwory o podobnym obrazie morfologicznym, mogą cechować się różnym przebiegiem klinicznym i odpowiedzią na leczenie. W 2011 roku na Międzynarodowej Konferencji Raka Piersi w St. Gallen, dzięki analizie profilu genetycznego zaproponowano wprowadzenie podtypów molekularnych (biologicznych) raka piersi. Wyróżniono podtyp luminalny A i B, HER2-dodatni, podstawny (basal-like), naśladujący nabłonek prawidłowego gruczołu piersiowego. Molekularne podtypy raka piersi różnią się przebiegiem choroby, rokowaniem i odpowiedzią na leczenie systemowe. Podtyp luminalny A charakteryzuje się ekspresją receptorów estrogenowych i progesteronowych (>20 %), brakiem nadekspresji receptora HER-2 oraz niską wartością indeksu proliferacji Ki-67 (<14 %). Uważany jest za raka o dobrym rokowaniu i odpowiedzi na leczenie hormonalne. Podtyp luminalny B cechuje się obecnością receptorów estrogenowych, wysoką wartością indeksu Ki-67 (>14 %), brakiem lub niską ekspresją receptorów progesteronowych (<20 %). W podtypie luminalnym B wyróżnia się też raki z nadekspresją receptora HER2 i jednoczesną ekspresją receptorów estrogenowych. Wartość indeksu Ki-67 oraz ekspresja receptorów progesteronowych nie mają znaczenia dla kwalifikacji do tego podtypu raka piersi. Raki luminalne B mają gorsze rokowania niż podtyp A i gorzej odpowiadają na leczenie hormonalne. Rak HER2-dodatni (nieluminalny) wykazuje nadekspresję receptora HER2 przy braku receptorów steroidowych (ER, PR). Charakteryzuje się bardziej agresywnym przebiegiem, większą zdolnością do proliferacji i dawania przerzutów, a przez to złym rokowaniem. Komórki typu podstawnego (basal-like) bardzo często wykazują fenotyp potrójnie ujemny, czyli brak ekspresji receptorów estrogenowych, pro-

gesteronowych oraz brak nadekspresji receptorów HER2. Jest jednym z najgorzej rokujących typów raka piersi. Brak receptorów hormonalnych i HER2 uniemożliwia bowiem zastosowanie terapii mającej na celu zablokowanie aktywności tych receptorów.

Określenie podtypu biologicznego raka piersi pozwala na dobór odpowiedniej terapii do specyficznych cech nowotworu. U chorych z ekspresją receptorów estrogenowych (luminalny A i B), stosuje się hormonoterapię opartą na lekach z grupy selektywnych modulatorów receptorów estrogenowych (SERM). Klasycznie od ponad 30 lat stosuje się tamoksyfen, syntetyczny lek o działaniu antyestrogenowym. Działanie tamoksyfenu polega na wiązaniu się i zablokowaniu receptorów estrogenowych uniemożliwiając przyłączenie się do nich cząsteczek estrogenów w komórce nowotworowej. Skutkuje to zahamowaniem stymulującego działania estrogenów na wzrost guza nowotworowego. Leki te stosowane są u chorych przed, jak i po menopauzie. Tamoksyfen zmniejsza względne ryzyko wznowy o 40-50 %, a zgonu z powodu raka o 30-35 %. Niestety, wiele pacjentek nie odpowiada na leczenie tamoksyfenem i wytwarza oporność na ten lek. Oprócz leków z grupy SERM opcją w leczeniu hormonozależnego raka piersi są inhibitory aromatazy takie jak: anastrozol i letrozol. Działanie tych leków polega na zahamowaniu przekształcania androgenów do estrogenów m.in. w tkance tłuszczowej, czego skutkiem jest obniżenie poziomu estrogenów w organizmie. Inhibitory aromatazy są stosowane wyłącznie u chorych po menopauzie. U kobiet przed menopauzą, u których stwierdzono obecność receptorów steroidowych można wywołać zahamowanie hormonalnej aktywności jajników, nieodwracalnie - wykonując chirurgiczną ovariectomię lub poprzez napromienianie (obecnie rzadko) oraz farmakologicznie (odwracalnie) stosując analogi gonadoliberyny (GnRH), takie jak goserelina, leuprorelina.

W przypadku raka wykazującego nadekspresję receptorów HER2, stosuje się leczenie celowane trastuzumabem (Herceptin). Trastuzumab jest rekombinowanym, humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym IgG1 skierowanym przeciw zewnątrzkomórkowej części receptora HER2. Lek powoduje zablokowanie receptora, a w efekcie zahamowanie podziałów komórek nowotworowych, spowalniając wzrost masy guza.

Innym lekiem blokującym czynność tych receptorów jest pertuzumab (Perjeta). Podobnie jak trastuzumab jest to przeciwciało monoklonalne. Leki te blokują dwa różne miejsca na zewnątrzkomórkowej domenie receptora HER2, stosowane w skojarzeniu mogą więc działać o wiele skuteczniej niż każdy z nich z osobna. Alternatywą są drobnocząsteczkowe inhibitory kinaz tyrozynowych, których przedstawicielem jest lapatynib. Działa poprzez blokowanie aktywności wewnątrzkomórkowej części receptora HER2, uniemożliwiając przekazanie pobudzenia do jądra komórkowego. Stosowany jest w leczeniu rozlanego raka, u chorych, u których dochodzi do nawrotu po leczeniu trastuzumabem. Wprowadzenie leków ukierunkowanych na leczenie pacjentek z HER2-dodatnim rakiem piersi, znacząco poprawiło wyniki leczenia i rokowania tych chorych. Nadal trwają badania nad nowymi lekami anti-HER2 jak: trastuzumab-DM1 (T-DM1), czy neratynib, a także nad skutecznością stosowania kilku leków w skojarzeniu.

Oprócz hormonoterapii oraz terapii celowanej anti-HER2 do systemowych metod leczenia raka piersi należy chemioterapia. Polega na stosowaniu leków cytostatycznych, czyli leków hamujących podziały komórek nowotworowych. Chemioterapia nie ma działania wybiórczego i oprócz intensywnie dzielących się komórek nowotworowych niszczy również szybko dzielące się prawidłowe komórki organizmu, przede wszystkim w obrębie błon śluzowych przewodu pokarmowego, mieszków włosowych, szpiku kostnego, co skutkuje szeregiem skutków ubocznych. Chemioterapia może być stosowana na różnych etapach leczenia raka piersi. Chemioterapia indukcyjna (neoadjuwantowa) jest leczeniem wstępnym stosowanym przed operacją w celu zmniejszenia masy nowotworu i doprowadzenia do możliwości wykonania radykalnego leczenia chirurgicznego (w przypadku nowotworów pierwotnie nieoperacyjnych). Chemioterapia uzupełniająca (adjuwantowa) stanowi uzupełnienie leczenia po radykalnym zabiegu operacyjnym usunięcia guza pierwotnego. Stosowana jest u chorych, u których istnieje duże ryzyko rozsiewu choroby nowotworowej z powodu obecności niekorzystnych czynników rokowniczych w badaniu histopatologicznym.

Podstawową i najważniejszą metodą leczenia raka piersi jest leczenie chirurgiczne obejmujące pierś oraz regionalne węzły chłonne. Często musi ono zostać

poprzedzone lub uzupełnione innymi metodami leczenia jak hormonoterapia czy chemioterapia. Wybór odpowiednich metod terapii oraz ich kolejność w dużej mierze zależy od typu raka i stopnia jego zaawansowania. Zabieg operacyjny powinien mieć charakter doszczętny. Radykalna mastektomia polega na usunięciu całej piersi wraz ze skórą pokrywającą gruczoł oraz wycięciem okolicznych węzłów chłonnych, które mogą być siedliskiem przerzutów. W przypadku wcześniej wykrytych raków piersi (zwykle w I lub II stopniu zaawansowania), istnieje możliwość przeprowadzenia zabiegu oszczędzającego pierś. Polega on na usunięciu samego nowotworu wraz otaczającym go marginesem zdrowych tkanek oraz wykonaniu biopsji węzła wartowniczego, czyli pierwszego, do którego spływa chłonka z guza. Takie leczenie uzupełnia się radioterapią, która ma celu eliminację ewentualnie przetrwałych komórek nowotworowych w okolicy po wyciętym guzie i tym samym zapobiega nawrotowi choroby. Radioterapię uzupełniającą stosuje się również po mastektomii, jeśli występuje ryzyko wznowy lokoregionalnej.

W ostatnich latach w sposób drastyczny wzrosła liczba zachorowań na raka piersi, ale również dokonał się ogromny postęp w diagnostyce i leczeniu tej choroby. Realizowanie na dużą skalę przesiewowych badań mammograficznych przyczyniło się do zwiększenia wykrywalności raków piersi we wczesnej fazie zaawansowania, uzyskania lepszych wyników leczenia, a w efekcie obniżenia wskaźników umieralności. Poprawę rezultatów leczenia uzyskano również poprzez wprowadzenie systemowego leczenia uzupełniającego, indywidualnie dobranego dla pacjenta w oparciu o cechy biologiczne nowotworu. Samo rozpoznanie raka piersi nie jest już wyrokiem. Dziś można tą chorobę leczyć coraz efektywniej, można kontrolować ją przez długi czas, prowadząc normalne życie. Skuteczność terapii jest jednak bardzo ściśle związana ze stopniem zaawansowania choroby, dlatego tak ogromną rolę odgrywa profilaktyka wtórna. Trzeba zachować czujność, nie bagatelizować żadnych objawów, nie bać się badań takich jak mammografia czy biopsja i nie zapominać o regularnym comiesięcznym samobadaniu piersi, które zwiększa szansę wczesnego wykrycia raka piersi. Regularne wykonywanie badań piersi może uratować Twoje życie.

dr Jolanta Guz jest adiunktem w Zakładzie Biochemii Klinicznej CM UMK

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 czerwca do połowy października 2017 roku.

IF: 47.831

Jan Styczyński

Autorzy: Jan Styczyński.

Tytuł oryginału: Conscious sedation or general anaesthesia for lumbar puncture in children in Poland.

Czasopismo: Lancet

Szczegóły: 2017 : Vol. 390, nr 10099, s. 1025.

p-ISSN: 0140-6736

e-ISSN: 1474-547X

Charakt. formalna: ZL

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 19.864

Aleksander Deptuła

Autorzy: W. Zingg, S. Hopkins, A. Gayet-Ageron, A. Holmes, M. Sharland, C. Suetens, [i in.], Aleksander Deptuła, [i in.].

Tytuł oryginału: Health-care-associated infections in neonates, children, and adolescents: an analysis of paediatric data from the European Centre for Disease Prevention and Control point-prevalence survey.

Czasopismo: Lancet Infect. Dis.

Szczegóły: 2017 : Vol. 17, nr 4, s. 381-389.

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

p-ISSN: 1473-3099

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 19.896

Marek Koziński

Autorzy: G. Iannopollo, M. Ferlini, Marek Koziński, M. Ferrario Ormezzano, G. Crimi, L. Lanfranchi, R. Campo-rotondo, L. Oltrona Visconti, G.M. De Ferrari, S. De Servi.

Tytuł oryginału: Patient outcomes with STEMI caused by aneurysmal coronary artery disease and treated with primary PCI.

Czasopismo: JACC: J. Am. Coll. Cardiol.

Szczegóły: 2017 : Vol. 69, nr 24, s. 3006-3007.

p-ISSN: 0735-1097

e-ISSN: 1558-3597

Charakt. formalna: ZL

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 17.135

Michalina Kołodziejczak

Mariusz Kowalewski

Julia M. Umińska

Jacek Kubica

Eliano P. Navarese

Autorzy: Michalina* Kołodziejczak, F. Andreotti, Mariusz Kowalewski, A. Buffon, M.M. Ciccone, G. Parati, P. Scicchitano, Julia M.* Umińska, S. De Servi, K.P. Bliden, Jacek Kubica, A. Bortone, F. Crea, P. Gurbel, Eliano P. Navarese.

Tytuł oryginału: Implantable cardioverter-defibrillators for primary prevention in patients with ischemic or nonischemic cardiomyopathy.

Czasopismo: Ann. Intern. Med.

Szczegóły: 2017 : Vol. 167, nr 2, s. 103-111.

p-ISSN: 0003-4819

e-ISSN: 1539-3704

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 16.658

Maria Kłopotcka

Autorzy: W.J. Sandborn, S.D. Lee, D. Tarabar, E. Louis, Maria Kłopotcka, J. Klaus, W. Reinisch, X. Hebuterne, D. II Park, S. Schreiber, S. Nayak, A. Ahmad, A. Banerjee, L.S. Brown, F. Cataldi, K.J. Gorelick, J.B. Cheng, M. Hassan-Zahraee, R. Clare, G.R. D'Haens.

Tytuł oryginału: Phase II evaluation of anti-MAdCAM antibody PF-00547659 in the treatment of Crohn's disease : report of the OPERA study.

Czasopismo: Gut

Szczegóły: 2017 : Vol.

p-ISSN: 0017-5749

e-ISSN: 1468-3288

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 11.855

Bogdan Małkowski

Agnieszka Chamier-Ciemińska

Autorzy: J.M. Zaucha, B[ogdan] Małkowski, S. Chauvie, E. Subocz, J. Tajer, W. Kulikowski, A. Fijołek-Warszewska, A. Biggi, F. Fallanca, M. Kobylecka, M. Dziuk, D. Woszczyk, Js. Rybka, R. Kroll-Balcerzak, F. Bergesio, A. Romanowicz, A[gnieszka] Chamier-Ciemińska, P. Kurczab, A. Giza, K. Leśniewski-Kmak, R. Zaucha, D. Świetlik, T. Wróbel, W. Knopińska-Pośluszny, J. Walewski, A. Gallamini.

Tytuł oryginału: The predictive role of interim PET after the first chemotherapy cycle and sequential evaluation of response to ABVD in Hodgkin lymphoma patients - the Polish Lymphoma Research Group (PLRG) Observational Study.

Czasopismo: Ann. Oncol.

Szczegóły: 2017 : Vol., nr

p-ISSN: 0923-7534

e-ISSN: 1569-8041

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 6.287

Anna A. Brożyna

Autorzy: A.T. Słomiński, Anna A. Brożyna, R.C. Tuckey.

Tytuł oryginału: Cutaneous glucocorticoidogenesis and cortisol signaling are defective in psoriasis.

Czasopismo: J. Invest. Dermatol.

Szczegóły: 2017 : Vol. 137, nr 8, s. 1609-1611.

p-ISSN: 0022-202X

Charakt. formalna: ZL

Punktacja MNiSW: 50.000

IF: 5.395

Piotr Kamiński

Autorzy: G. Wilharm, E. Skieba, P.G. Higgins, M.T. Poppel, U. Blaschke, S. Leser, C. Heider, M. Heindorf, P. Brauner, U. Jackel, K. Bohland, C. Cuny, A. Łopińska, Piotr Kamiński, M. Kasprzak,

M. Bocheński, O. Ciebiera, M. Tobółka, K.M. Żołnierowicz, J. Siekiera, H. Seifert, S. Gagne, S.P. Salcedo, M. Kaatz, F. Layer, J.K. Bender, S. Fuchs, T. Semmler, Y. Pfeifer, L. Jerzak.

Tytuł oryginału: Relatedness of wildlife and livestock avian isolates of the nosocomial pathogen *Acinetobacter baumannii* to lineages spread in hospitals worldwide.

Czasopismo: Environ. Microbiol.
Szczegóły: 2017
p-ISSN: 1462-2912
e-ISSN: 1462-2920
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 40.000

IF: 4.857

Anna A. Brożyna
Wojciech Józwicki

Autorzy: A.T. Słomiński, Anna A. Brożyna, M.A. Żmijewski, Wojciech Józwicki, A.M. Jetten, R.S. Mason, R.C. Tuckey, C.A. Elmets.

Tytuł oryginału: Vitamin D signaling and melanoma : role of vitamin D and its receptors in melanoma progression and management.

Czasopismo: Lab. Invest.
Szczegóły: 2017 : Vol. 97, nr 6, s. 706-724.
p-ISSN: 0023-6837
e-ISSN: 1530-0307
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 4.593

Daniel Załuski

Autorzy: A. Och, K. Szewczyk, Ł. Pecio, A. Stochmal, Daniel Załuski, A. Bogucka-Kocka.

Tytuł oryginału: UPLC-MS/MS profile of alkaloids with cytotoxic properties of selected medicinal plants of the Berberidaceae and Papaveraceae families.

Czasopismo: Oxidat. Med. Cell. Long.
Szczegóły: 2017 : Vol. 2017, s. 1-7.
p-ISSN: 1942-0900
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 4.593

Daniel Załuski

Autorzy: M. Strzemiński, M. Wójciak-Kosior, I. Sowa, Daniel Załuski, W.

Szwerc, J. Sawicki, R. Kocjan, M. Feldo, S. Dresler.

Tytuł oryginału: *Carlina vulgaris* L. as a source of phytochemicals with antioxidant activity.

Czasopismo: Oxidat. Med. Cell. Long.
Szczegóły: 2017 : Vol. 2017, s. 1-10.
p-ISSN: 1942-0900
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 4.593

Karolina Szewczyk-Golec
Marcin Gackowski
Celestyna Mila-Kierzenkowska
Roland Wesołowski
Paweł Sutkowy
Marta Pawłowska
Alina Woźniak

Autorzy: Karolina Szewczyk-Golec, P. Rajewski, Marcin Gackowski, Celestyna Mila-Kierzenkowska, Roland Wesołowski, Paweł Sutkowy, Marta* Pawłowska, Alina Woźniak.

Tytuł oryginału: Melatonin supplementation lowers oxidative stress and regulates adipokines in obese patients on a calorie-restricted diet.

Czasopismo: Oxidat. Med. Cell. Long.
Szczegóły: 2017 : Vol. 2017, s. 1-10.
p-ISSN: 1942-0900
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 4.446

Mariusz Kowalewski
Mirosław Gozdek
Wojciech Hagner
Lech Anisimowicz

Autorzy: Mariusz Kowalewski, Mirosław Gozdek, Wojciech Hagner, Lech Anisimowicz.

Tytuł oryginału: Posterior pericardial drainage by any means may improve outcomes after cardiac surgery.

Czasopismo: J. Thorac. Cardiovasc. Surg.
Szczegóły: 2017 : Vol. 154, nr 2, s. 512-514.
p-ISSN: 0022-5223
Charakt. formalna: ZL
Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 4.259

Magdalena Bodnar

Andrzej Marszałek

Autorzy: K. Kiwerska, M. Szaumkesel, J. Paczkowska, Magdalena Bodnar, E. Byzia, E. Kowal, M. Kostrzewska-Poczekaj, J. Janiszewska, K. Bednarek, M. Jarmuż-Szymczak, E. Kalinowicz, M. Wierzbička, R. Grenman, K. Szyfter, Andrzej Marszałek, M. Giefing.

Tytuł oryginału: Combined deletion and DNA methylation result in silencing of FAM107A gene in laryngeal tumors.

Czasopismo: Sci. Rep.
Szczegóły: 2017 : Vol. 7, nr 1, 5386, s. 1-11.
p-ISSN: 2045-2322
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 40.000

IF: 4.018

Małgorzata Wiese

Autorzy: S. Janciauskiene, S. Tumpara, Małgorzata Wiese, S. Wrenger, V. Vijayan, F. Gueler, R. Chen, K. Madyaningrana, R. Mahadeva, T. Welte, S. Immenschuh, J. Chorostowska-Wynimko.

Tytuł oryginału: Alpha1-antitrypsin binds hemin and prevents oxidative activation of human neutrophils : putative pathophysiological significance.

Czasopismo: J. Leukoc. Biol.
Szczegóły: 2017 : Vol. 102, nr 4, s. 1127-1141.
p-ISSN: 0741-5400
e-ISSN: 1938-3673
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 3.981

Krzysztof Goryński

Autorzy: M. Beccaria, V. Inferrera, F. Rigano, Krzysztof Goryński, G. Purcaro, J. Pawliszyn, P. Dugo, L. Mondello.

Tytuł oryginału: Highly informative multiclass profiling of lipids by ultra-high performance liquid chromatography - Low resolution (quadrupole) mass spectrometry by using electrospray ionization and atmospheric pressure chemical ionization interfaces.

Czasopismo: J. Chromatogr. A
Szczegóły: 2017 : Vol. 1509, s. 69-82.
Konferencja/zjazd:
Riva del Garda, 2016.05.29
p-ISSN: 0021-9673
e-ISSN: 1873-3778
Charakt. formalna: ZRZ

Punktacja MNiSW: 40.000

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.

p-ISSN: 1872-4973

e-ISSN: 1878-0326

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 45.000

IF: 3.874

Jan Styczyński

Autorzy: J[an] Styczyński, J. Hoek, N. Knelange, M. Mikulska, S. Cesaro, M. Aljurf, L. Gil.

Tytuł oryginału: No report on Zika virus infection in EBMT registry : infectious diseases working party statement.

Czasopismo: Bone Marrow Transpl.

Szczegóły: 2017 : Vol. 52, s. 1-2.

p-ISSN: 0268-3369

Charakt. formalna: ZL

Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.756

Piotr Cysewski
Maciej Przybyłek

Autorzy: Piotr Cysewski, Maciej Przybyłek.

Tytuł oryginału: Selection of effective cocrystals former for dissolution rate improvement of active pharmaceutical ingredients based on lipoaffinity index.

Czasopismo: Eur. J. Pharm. Sci.

Szczegóły: 2017 : Vol. 107, s. 87-96.

p-ISSN: 0928-0987

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 35.000

IF: 3.728

Natalia Ukleja-Sokołowska
Ewa Gawrońska-Ukleja
Magdalena Żbikowska-Gotz
Ewa Socha
Kinga Lis
Łukasz Sokołowski

Zbigniew Bartuzi

Autorzy: Natalia* Ukleja-Sokołowska, Ewa Gawrońska-Ukleja, Magdalena Żbikowska-Gotz, Ewa Socha, Kinga Lis, Łukasz* Sokołowski, Zbigniew Bartuzi.

Tytuł oryginału: Association of of IgE Can f2 and dyspnea in pet allergic patients.

Czasopismo: Ann. Allergy Asthma Immunol.

Szczegóły: 2017 : Vol. 119, nr 1, s. 86-88.

p-ISSN: 1081-1206

e-ISSN: 1534-4436

Charakt. formalna: ZL

Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.650

Paweł Sadlecki
Paulina Antosik
Dariusz Grzanka
Marek Grabiec
Małgorzata Walentowicz-Sadlecka

Autorzy: Paweł Sadlecki, Paulina Antosik, Dariusz Grzanka, Marek Grabiec, Małgorzata Walentowicz-Sadlecka.

Tytuł oryginału: KRAS mutation testing in borderline ovarian tumors and low-grade ovarian carcinomas with a rapid, fully integrated molecular diagnostic system.

Czasopismo: Tumor Biol.

Szczegóły: 2017 : Vol. 39, nr 10, s. 1-8.

p-ISSN: 1010-4283

e-ISSN: 1423-0380

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 25.000

IF: 3.434

Wojciech Gilewski
Jarosław Pietrzak
Joanna Banach
Robert Bujak
Jan Błażejowski
Danuta Karasek
Łukasz Wołowicz
Władysław Sinkiewicz

Autorzy: Wojciech Gilewski, Jarosław* Pietrzak, Joanna Banach, Robert Bujak, Jan Błażejowski, Danuta Karasek, Łukasz* Wołowicz, Władysław Sinkiewicz.

Tytuł oryginału: Prognostic value of selected echocardiographic, impedance cardiographic, and hemodynamic parameters determined during right heart catheterization in patients qualified for heart transplantation.

Czasopismo: Heart Vessels

Szczegóły: 2017 : Vol., nr

p-ISSN: 0910-8327

e-ISSN: 1615-2573

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 20.000

IF: 3.330

Renata Kołodziejska
Renata Studzińska

Autorzy: Renata Kołodziejska, Renata Studzińska, M. Kwit, M. Jelecki, A. Tafelska-Kaczmarek.

Tytuł oryginału: Microbiological bio-reduction of prochiral carbonyl compounds by antimycotic agent Boni Protect

Czasopismo: Catal. Commun.

Szczegóły: 2017

p-ISSN: 1566-7367

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.288

Błażej Łyszczarz

Autorzy: Błażej Łyszczarz, E. Nojszewska.

Tytuł oryginału: Productivity losses and public finance burden attributable to breast cancer in Poland, 2010-2014.

Czasopismo: BMC Cancer

Szczegóły: 2017 : Vol. 17, 676, s. 1-13.

e-ISSN: 1471-2407

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 30.000

IF: 3.276

Marlena Janiczek
Łukasz Szyłberg
Anna Kasperska
Adam Kowalewski
Martyna Parol
Paulina Antosik
Andrzej Marszałek

Autorzy: Marlena Janiczek, Łukasz Szyłberg, Anna Kasperska, Adam* Kowalewski, Martyna Parol, Paulina Antosik, B. Radecka, Andrzej Marszałek.

Tytuł oryginału: Immunotherapy as a promising treatment for prostate cancer : a systematic review.

Czasopismo: J. Immunol. Res.

Szczegóły: 2017 : Vol. 2017, s. 1-6.

Uwagi: [Poprzedni tytuł: „Clinical & Developmental Immunology”]

p-ISSN: 1740-2522

Charakt. formalna: ZA

Punktacja MNiSW: 25.000

Zjazd Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu

W dniach 21-22 września 2017 r. w Bydgoszcy odbył się VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu, poświęcony problematyce udaru mózgu u pacjentów w młodym wieku. Organizatorem tegorocznego spotkania była Klinika Neurologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK.

Spotkanie, odbywające się pod patronatem Prorektor ds. Collegium Medicum prof. dr hab. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej zgromadziło ponad 230 uczestników. Uroczystość otwarcia uświetnili: prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska oraz dyrektorzy szpitali: dr Jacek Kryś, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszcy oraz

dr Zbigniew Sobociński, dyrektor ds. leczenia Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszcy. Liczne grono wykładowców zaszczycili czołowi polscy eksperci, m.in. Konsultant Krajowy ds. Neurologii prof. dr hab. Danuta Ryglewicz, prezesi Polskiego Towarzystwa Neurologicznego: prof. dr hab. Przemysław Nowacki i prof. dr hab. Jarosław Sławek oraz eksperci zagraniczni: prof. Janika Korv z Estonii, prezes Nordic Stroke Society, prof. Krystina Ryliskiene z Wilna oraz prof. Amos Korczyn z Izraela, światowy autorytet w dziedzinie demencji i chorób neurodegeneracyjnych. Jednostki Collegium Medicum UMK reprezentowali: dr hab. Anita Olczak, dr hab. Grzegorz Kozera, dr hab. Zbigniew

Serafin, prof. UMK, dr Urszula Adamska oraz dr Paulina Sobieszak-Skura.

W ramach zjazdu odbyła się m.in. sesja na temat chorób mózgowo-naczyniowych u dzieci i młodzieży, współorganizowana z Zespołem ds. Neurologii Dziecięcej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN oraz liczne sesje tematyczne, satelitarne, warsztaty tematyczne oraz walne zebranie i wybory zarządu Towarzystwa. Walne zebranie członków PTUM wybrało dr hab. Grzegorza Kozera na stanowisko Prezesa Zarządu Głównego Towarzystwa na kadencję 2017-2020. Spotkanie, niezależnie od walorów naukowych przyczyniło się do promocji zarówno naszych Szpitali jak i miasta Bydgoszcy.

Dział Promocji i Informacji

19 Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Katarzyna Beata Wawrzyniak

19 Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii przeszedł już do historii, ale bardzo gorące wspomnienia pozostały.

1517 uczestników, znakomity garnitur wykładowców, zarówno z polskich klinik, katedr i oddziałów jak i ponad 40 wykładowców z całego świata - Europy, Stanów Zjednoczonych, Kanady, Izraela, Japonii, Korei. To tylko liczby, ale trafnie obrazują rangę tego wydarzenia. Wykłady, warsztaty praktyczne wpisują się doskonale w filozofię szkolenia ustawicznego lekarzy naszej specjalizacji. To doskonała możliwość do wymiany doświadczeń ze światowymi autorytetami. To pierwsze tak duże wydarzenie w naszym mieście, które zostało objęte honorowym patronatem m.in. Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Prezydenta Miasta Bydgoszcy, Władz UMK i Collegium Medicum UMK oraz Dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1

im. dr. A. Jurasza w Bydgoszcy, którego Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii była współorganizatorem.

Wykłady dotyczące zagadnień związanych z codzienną praktyką kliniczną anestezjologa m.in. leczenia pozaustrojowego w intensywnej terapii, leczenia nerkoza-
stępczego, pozaustrojowego podtrzymania funkcji wątroby, diagnostyki i leczenia sepsy, intensywnego leczenia chorych po urazie wielonarządowym, monitorowanie dynamiki układu krążenia, zagadnienia związane ze znieczuleniem chorych z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań, aspekty związane z leczeniem bólu ostrego, reanimacją i resuscytacją, mikrobiologią i zakażeniami zawierały wysoce merytoryczne informacje, które będą miały wpływ na jeszcze lepsze prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u naszych pacjentów. Zarówno tych, u których prowadzimy znieczulenia do chirurgicznych procedur zabiegowych, jak i tych pacjentów krytycz-

nie chorych z oddziałów intensywnych terapii, gdzie doświadczenie kliniczne specjalistów intensywnej terapii musi być wsparte o wszechobecne na naszych oddziałach aparatury medyczne, wpisujące się w globalny trend w medycynie, jakim jest kurs czy też dyskurs technokratyczny.

Zjazd z jednej strony wpłynął na zwiększenie integralności, a z drugiej strony wpłynęło na rozwinięcie potencjału naszego środowiska za co, w imieniu pracowników Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszcy, Collegium Medicum UMK, członków Komitetu Organizacyjnego i Naukowego 19 Międzynarodowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, bardzo dziękuję Wszystkim życzliwym i oddającym naszej specjalności osobom.

dr hab. Katarzyna Beata Wawrzyniak jest kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK

Leczymy z Misją - relacja studentów

Studenci kierunku lekarskiego Collegium Medicum UMK - Monika Sypniewska i Dawid Adamkiewicz wrócili z Kenii, gdzie jako wolontariusze wzięli udział w projekcie „Leczymy z Misją”. Nie była to ich pierwsza tego typu wyprawa. Rok temu z czwórką studentów z Collegium Medicum UMK w Bydgoszcy dotarli

w najwyższe góry świata z pomocą w odbudowie położonego w Himalajach ośrodka zdrowia, zniszczonego przez trzęsienie ziemi, które nawiedziło Nepal w kwietniu 2015 roku.

W tym roku nasi studenci stanęli w szeregach wolontariuszy „Leczymy

z Misją”. Projekt od początku był wspierany przez Fundację Harambee Polska i jest inicjatywą studentów z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Studenci 5 tygodni spędzili w Consolata Hospital w Kyeni, u podnóża drugiego co do wysokości szczytu Afryki - Mount Kenya. Po powrocie zrelacjonowali swój pobyt:



Studentenci Dawid Adamkiewicz i Monika Sypniewska z dwójką małych podopiecznych w Kenii

Wyobraźmy sobie szpital w którym na 200 łóżek, jest ponad 300 pacjentów. Nikomu nie odmawia się opieki, więc pacjenci leżą parami w łózkach, a nad ich przypadkami medycznymi pochyla się zaledwie pięcioro lekarzy.

A teraz sprzęt medyczny - ten drobny i całkiem spory. Na naszych oddziałach zawsze panuje porządek w zabiegowym, a wszystkie opatrunki i leki posegregowane i opisane leżą na półeczkach. Co jeśli nie ma gabinetu zabiegowego, a na poszukiwaniu termometru i ciśnieniomierza trzeba spędzić dobre pół godziny, tak żeby zdążyć przeszukać każdy oddział? Podczas resuscytacji na oddziale męskim, po butle z tlenem, trzeba biec do innego budynku szpitala, a na pacjenta w gabinecie RTG czeka przestarzały aparat z 1964 roku.

Jak może funkcjonować oddział internistyczny bez EKG i specjalisty potrafiącego zinterpretować wyniki? Ciężko, prawda? Niestety, to nie jest imaginacja, a smutna rzeczywistość szpitali misyjnych w Kenii. Do jednego z nich - Consolata Hospital Kyeni trafiła dwójka studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum z Bydgoszczy - Monika Sypniewska i Dawid Adamkiewicz,

Przez blisko 6 tygodni udało im się przeszkolić prawie cały personel medycz-

ny z najczęstszych technik medycyny ratunkowej. Przez półtora miesiąca pielęgniarki i pielęgniarze, studenci szkoły pielęgniarskiej, klinicyści i lekarze dzielnie ćwiczyli resuscytację krążeniowo-oddechową na fantomach, które studenci zabrali ze sobą w bagażu podręcznym. Co ciekawe, jeden z fantomów, nazywany typowo polskim imieniem „Janusz” rok wcześniej był z nimi w Nepalu, gdzie studenci szkolili dzieci z dwóch szkół. Poza tym pięcioosobowej drużynie „How Kenya help You?” udało się wyłonić „Emergency Team” - zupełną nowość w szpitalu w Kyeni, która gotowa będzie reagować w sytuacjach zagrożenia życia. Nie można było zatem pominąć szkolenia z udrożniania dróg oddechowych, obsługi defibrylatora i resuscytacji płynowej. Studenci wykorzystali również przywieziony ze sobą sprzęt medyczny, by otworzyć małe ambulatorium, czyli pierwsze w historii szpitala miejsce, gdzie można spokojnie monitorować parametry życiowe pacjenta, a w razie zatrzymania akcji serca natychmiast przystąpić do zaawansowanych technik resuscytacyjnych.

Nie sztuką jest coś przywieźć do Afryki. Sztuką jest pokazać i nauczyć obsługi. Tak też było z przenośnym respiratorem, który studenci przywieźli z Poznania.

Trudno opisać radość kenijskiego anestetyzty z sali operacyjnej, który choć znał wszystkie tryby wentylacji, a wartości poszczególnych parametrów sypał jak z rękawa, nie mógł ich wykorzystywać, bo nie miał sprzętu. Teraz po szkoleniu z obsługi respiratora może spokojnie wykorzystywać swoją wiedzę w praktyce.

Monika i Dawid to zaledwie dwoje spośród ponad 40 studentów, którzy te wakacje spędzili (lub nadal spędzają) na prowadzeniu szkoleń w kenijskich szpitalach. Po ich wyjeździe z Kyeni, lekarze zostali przeszkoleni nie tylko z medycyny ratunkowej, ale również nauczyli się samodzielnie wykonywać EKG i interpretować elektrokardiogramy. To zasługa studentów z Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego z sekcji „Heart of Kenya”. Z kolei świeżo upieczone lekarki z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego spędziły setki godzin przy głowicach ultrasonografu, by lekarze oprócz badania jamy brzusznej, potrafili ocenić wielkość i ułożenie płodu, a w sytuacjach nagłych zastosować FAST USG i skierować pacjenta na salę operacyjną.

Misja i przygoda życia w jednym. Bo praca w szpitalu to przecież nie tylko schematy, budynek i sprzęt medyczny, ale przede wszystkim otwarci i życzliwi pacjenci oczekujący pomocy. A Kenia, mimo że czasami nieprzewidywalna, niebezpieczna i zupełnie inna niż ta z „Króla Lwa”, potrafi dostarczyć mnóstwa wrażeń.

Czy misja się powiodła? Pewnego ranka pielęgniarki powiedziały, że udało im się uratować dwa noworodki, bo na szkoleniu Wazungu (biali ludzie) pokazali im jak prawidłowo resuscytować noworodki. Sami Państwo oceńcie.

Życie ludzkie jest najwyższą wartością. Nawet jeśli mentalność mieszkańców Czarnego Łądu diametralnie różni się od naszej, to jednak łączy nas ta idea.

Monika i Dawid bezpiecznie wrócili do kraju i po cichu wierzą, że „Leczymy z Misją” choć trochę pomnoży liczbę takich happy-endów.

Dział Promocji i Informacji

Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji nagrodzone

Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji, które działa również przy Collegium Medicum UMK (PTSF Oddział Bydgoszcz), dostało nagrodę dla najlepszej farmaceutycznej organizacji na świecie, w trakcie trwania tegorocznego Kongresu

International Pharmaceutical Students' Federation w Tajwanie.

W dniach 6-9 października 2017 r. podczas I Ogólnopolskiego Kongresu Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji w Lublinie, statuetka została ofi-

cjalnie przekazana poszczególnym oddziałom. Przedstawiciele PTSF oddział Bydgoszcz również mieli przyjemność uczestniczyć w tej konferencji, która odbywała się po hasłem przewodnim „Pacjent hospitalizowany. Rola farmaceuty w farmakoterapii i opiece okołoszpital-

nej”. Studenci farmacji wysłuchali szeregu ciekawych wykładów i wzięli udział w interesujących warsztatach (w tym o badaniach klinicznych, manipulacji w reklamie i szyciu chirurgicznym).

Podczas Kongresu odbył się również Ogólnopolski Konkurs Prac Naukowych. Naszą uczelnię reprezentował student V roku farmacji Jakub Gębalski. Przedstawiona praca „Wpływ fluorochinolonów i kwasu askorbinowego na tworzenie biofilmu przez szczepy *Proteus mirabilis*” została wykonana pod opieką dr n. med. Joanny Kwiecińskiej-Piróg w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK, której kierownikiem jest prof. dr hab. n. med. Eugenia Gospodarek-Komkowska.

Dział Promocji i Informacji



Przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji, Oddział w Bydgoszczy podczas Kongresu w Lublinie

Student Exchange Programme

W dniach 16-18 i 21 sierpnia 2017 r. w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji przebywali studenci w ramach Student Exchange Programme. Goście byli studentami farmacji z Algierii, Chorwacji, Francji, Portugalii, Rumunii, Słowenii i Tajwanu.

W trakcie pobytu zapoznali się z zakresem nauczania w ramach przedmiotów Farmakognozja i Leki pochodzenia naturalnego oraz mieli możliwość poznania kolekcji roślin leczniczych Ogrodu Roślin Leczniczych i Kosmetycznych WF CM UMK.

Uczestnicy praktycznie przeprowadzili identyfikację roślinnych surowców leczniczych na podstawie cech makroskopowych

i anatomicznych cech diagnostycznych oraz oznaczyli ogólną zawartość związków fenolowych metodą spektrofotometryczną, przeprowadzili również ilościowe oznaczenie zawartości olejku eterycznego w ziele melisy pozyskanym z Ogrodu Roślin Leczniczych i Kosmetycznych. W czasie wizyty miała miejsce także wymiana doświadczeń w zakresie treści programowych i trybu prowadzenia zajęć w uczelniach macierzystych gości i w naszym Uniwersytecie. Opiekę nad studentami sprawowali dr Maciej Balcerek i dr Daniel Modnicki.

fot. A. Aleksandrowicz, M. Balcerek, M. Geraud

Dział Promocji i Informacji



Studenci ze Student Exchange Programme przy pracy w laboratorium w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji

Igrzyska Lekarskie

Marcin Gierach

W dniach 6-9.09.2017 r. w Zakopanem odbyły się XV Igrzyska Lekarskie. W Centralnym Ośrodku Sportowym zorganizowano zawody sportowe dla lekarzy oraz stomatologów z całego kraju.

W programie było wiele ciekawych dyscyplin skierowanych do medyków i ich rodzin, między innymi lekkoatletyka, tenis ziemny i stołowy, badminton, kolarstwo górskie i szosowe oraz sporty zespołowe: siatkówka, koszykówka, piłka nożna, itd.

Pojechaliśmy tam w celu miłego spędzenia czasu i fajnej zabawy oraz... przywiezienia chociaż jednego medalu. Wyjazd przerósł nasze najśmielsze



Od lewej: Wojtek, Joanna, Marcin i Kuba Gierach

oczekiwania. Udało się wywalczyć dla Bydgoskiej Izby Lekarskiej aż 12 medali (1 złoty, 6 srebrnych oraz 5 brązowych).

Wszyscy członkowie rodziny zdobyli medale:

Wojtek - 2 medale (złoty w tenisie stołowym oraz srebrny w biegu na 60 m)

Kuba - 2 medale (srebrny w tenisie stołowym oraz brązowy w biegu na 60 m)

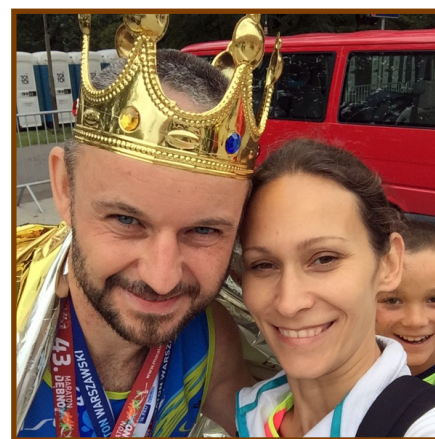
Joanna - 1 srebrny medal w skoku w dal

Marcin - 7 medali (3 srebrne: skok w dal, rzut oszczepem, bieg na 200 m oraz 4 brązowe: rzut dyskiem, biegi: 100 m, 1500 m oraz 5000 m).

Przyjedziemy tam za rok i zachęcamy również innych do wzięcia udziału w tej bardzo dobrze i profesjonalnie zorganizowanej imprezie.

W dniu 9 września pojechaliśmy do Wrocławia, ponieważ Marcin w dniu 10 września wystartował w maratonie, który był już ostatnim krokiem (po Poznaniu, Dębnie, Warszawie i Krakowie) w celu zdobycia Korony Maratonów Polskich. Pomimo wcześniejszej rywalizacji w Zakopanem udało się z uśmiechem na twarzy przebiec 42, 195 km.

dr Marcin Gierach jest adiunktem w Klinice Endokrynologii i Diabetologii CM UMK



Od lewej: Marcin i Joanna Gierach

Wydział Lekarski charytatywnie

Roland Wesołowski

Pracownicy i przyjaciele Katedry Biologii Medycznej po raz kolejny promowali naszą Uczelnię podczas imprezy biegowej. Tym razem Wydział Lekarski Collegium Medicum UMK reprezentowały aż dwie 5-osobowe sztafety, które wzięły udział w 3. PKO Biegu Charytatywnym.

W każdym z 12 polskich miast, w których odbywał się bieg, dokładnie o godzinie 11.00 wystartowało 70 sztafet. Zadaniem każdej ze sztafet było przebiegnięcie w ciągu jednej godziny jak największej liczby okrążeń stadionu (każde po 400 m).

W tym roku bieg okazał się wielkim sukcesem Bydgoszczy, ponieważ to właśnie na stadionie Zawiszy pokonano największą liczbę okrążeń (2687) dając naszemu miastu I miejsce w Polsce w klasyfikacji miast, przed Rzeszowem (2576 okrążeń) i Katowicami (2558 okrążeń) zajmującymi odpowiednio II i III miejsce.

Tegoroczna edycja biegu to również wielki sukces reprezentacji CM UMK. W zeszłorocznej edycji biegu naszej sztafecie udało się przebiec 38 okrążeń. W tym roku nasze zespoły dawały z siebie wszystko, aby poprawić zeszłoroczny wynik. Cel

udało się zrealizować...i to podwójnie! Podwójnie, ponieważ każdej z drużyn udało się poprawić zeszłoroczny wynik i pokonać po 40 okrążeń. Oba zespoły przebiegły niemalże identyczny dystans (ponad 16 km każdy) zajmując ostatecznie dwa kolejne miejsca w tabeli wyników.

Poniżej prezentujemy wyniki naszych zespołów:

- Biologia Medyczna CM UMK 1 (Roland Wesołowski, Arkadiusz Głód, Katarzyna Misun-Nowak, Iwona Sadowska-Krawczenko, Michał Osiński) – 22 miejsce w kategorii Open, 17 miejsce w kategorii zespołów mieszanych, rezultat 40 okrążeń i 155 metrów (16,155 km).

- Biologia Medyczna CM UMK 2 (Alina Woźniak, Paweł Sutkowy, Krzysztof Górski, Kamil Kujawa, Mateusz Badura) – 23 miejsce w kategorii Open, 18 miejsce w kategorii zespołów mieszanych, rezultat 40 okrążeń i 90 metrów (16,09 km).

PKO Bieg Charytatywny to niewątpliwie jedno z największych tego typu wydarzeń biegowych w Polsce. W trzeciej edycji biegu wzięło udział 6401 zawodników, którzy pokonali razem 30 915 okrążeń (12 366 km). W zamian za zaangażowanie wszystkich zawodników, Fundacja PKO Banku Polskiego przekaże 652 826 zł na posiłki dla potrzebujących dzieci.

Nasi biegacze, zapytani o to, czego im życzyć, odpowiadają: kolejnych 5, 10 lub 15 osób, które stworzą z nami sztafety Collegium Medicum, abyśmy jeszcze silniejszą drużyną mogli biegać na naszym pięknym stadionie, by nieść pomoc innym!

Osoby zainteresowane udziałem w kolejnych zawodach prosimy o kontakt mailowy na adres: roland@cm.umk.pl

mgr Roland Wesołowski jest asystentem w Zakładzie Biologii Medycznej CM UMK



Na zdjęciu od góry od lewej: Michał Osiński, Kamil Kujawa, Alina Woźniak, Krzysztof Górski, Mateusz Badura. Na środku od lewej: Paweł Sutkowy z córką Aleksandrą, Katarzyna Misun-Nowak, Arkadiusz Głód. Na dole od lewej: Roland Wesołowski i Iwona Sadowska-Krawczenko