

Spis Treści

Wywiad numeru

Odnalazłem się jako lekarz,
wywiad z prof. dr hab. Grzegorzem Grześkiem,
kierownikiem II Katedry Kardiologii 2

Z życia Uczelni

Jubileusz 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza 6
„Jurasz” doceniony w dniu jubileuszu 7
Pierwszy egzamin w Studenckiej Pracowni
Edukacji Ultrasonograficznej 7
Wieloletni plan rozbudowy i modernizacji
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizziela 8
Bydgoski farmaceuta w brytyjskim parlamencie 8
Skonsultuj z Farmaceutą - cukrzyca 9
Wampiriada 2017 9
Odblaski dla Afryki 10
Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw 10
Anatomia z artyzmem 10
Złoty Skalpel 2017 11
Nowa profesura: Jakub Kałużny 11
Nowy kierownik: Grzegorz Grzešek 12
Nagroda im. Profesora Feliksa Wąsika 12

Polemiki

Zwierzęta księcia Williama 13

Medycyna

Podstępna choroba Hashimoto 14
Zdrowie mężczyzny 16
Historyczne i współczesne społeczno-kulturowe funkcje tatuażu 19
Dlaczego wykonujemy badania prenatalne?
wykład z cyklu „Medyczna Środa” 25
Regulacja życia organizmów i badanie biocząsteczek
na poziomie molekularnym 27

Studenci

Studenci farmacji Collegium Medicum UMK
wzięli udział w Students' Exchange Programme 28

Nauka

Lista Filadelfijska 29
Analiza cytowań Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 31

Z Biblioteki

XXXV Konferencja Problemowa Bibliotek Medycznych
„Library as a Service” 35
Potrzeby studentów kontra napięty program nauczania,
czyli po co komu naukowa informacja medyczna? 37
Poczytne podręczniki medyczne on-line 39
Atlas anatomiczny Acklanda 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 Wołski
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 Szczęśny
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-Wiącek

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 Szczęśny

I okładka: Jubileusz 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, fot. InspireMedia.pl

Odnalazłem się jako lekarz

wywiad z prof. dr. hab. Grzegorzem Grzeškem, kierownikiem II Katedry Kardiologii

Redakcja: Serdecznie dziękujemy, że znalazł Pan Profesor czas na rozmowę z Redakcją „Wiadomości Akademickich”, dzięki której przybliżymy czytelnikom zarówno sylwetkę Pana Profesora, jak i samą II Katedrę Kardiologii.

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Może na wstępie zaczniemy od kilku spraw osobistych. Czy pochodzi Pan Profesor z rodziny lekarskiej, czy też jako pierwszy podążył tą drogą? No i wreszcie jak Grzegorz Grzešek trafił do Bydgoszczy.

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Rodzina nie miała kompletnie jakiegokolwiek związku z medycyną, raczej z dyscyplinami ścisłymi - matematyką i elektroniką. A skąd się wziąłem w Bydgoszczy? Tutaj się po prostu urodziłem. A konkretnie na parterze Szpitala im. dra A. Jurasza w Klinice Ginekologii i Położnictwa w miejscu obecnej Kliniki Nefrologii. W Bydgoszczy też ukończyłem Szkołę Podstawową nr 37 przy ul. Libelta, później II Liceum Ogólnokształcące w tym mieście, a jeszcze później naszą Akademię Medyczną. Zatem całe swe dotychczasowe życie, zarówno edukacyjne, jak i zawodowe związane było z Bydgoszczą.

Redakcja: Skoro nie było tradycji rodzinnych, skąd wziął się pomysł na studia medyczne?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Po prostu pojawił się. Kiedy zastanawiałem się, co dalej ze sobą zrobić i w jakim kierunku podążyć, myślałem o medycynie lub informatyce. Ciekawsza wydawała mi się medycyna i ją wybrałem, choć całkowicie nie zarzuciłem informatyki. Nawet pracowałem w wolnych chwilach jako informatyk podczas studiów.

Redakcja: Czyli lekarz-informatyk?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Tak można powiedzieć, chociaż komputery to tylko hobby.

Redakcja: Patrząc na ścieżkę kariery naukowej Pana Profesora, był to chyba dobry wybór...

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Wybór był dobry, niekoniecznie ze względu na

ścieżkę kariery naukowej, bo takiej początkowo nie planowałem, ale przede wszystkim odnalazłem się jako lekarz.

Redakcja: A kiedy przyszło Panu Profesorowi do głowy, by zostać „uczonym”? Czy spotkał Pan na swojej drodze mentorów, którzy Panem pokierowali?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Zainspirował mnie śp. prof. Leszek Szadujkis-Szadurski. Od samego początku zachęcał mnie do rozwoju naukowego, abym tego nie zaniedbywał, a z drugiej strony, bym nie zapominał o rozwoju zawodowym, w którym z kolei wspierał mnie śp. prof. Edmund Nartowicz. Niezwykły wpływ miały na mnie również osoby, z którymi spotkałem się w Klinice Kardiologii. Myślę tutaj o dr. Mirosławie Rozwodowskiej z jej znakomitym podejściem diagnostycznym, czy pełnym empatii stosunkiem do pacjentów dr. Marii Bogdan.

Redakcja: Pozwoli Pan Profesor, że przerwiemy w tym momencie i dodamy, że podczas gali jubileuszowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dra A. Jurasza, która odbyła się 14 grudnia w Filharmonii Pomorskiej obie Panie otrzymały zaszczytne wyróżnienia – Osobowość Szpitala. Doceniano ich zaangażowanie w rozwój kliniki, ale szczególnie wspomniano ogromną troskę o pacjenta, jaką cechują się obie laureatki i wpływ na rozwój młodszej kadry. Wygłaszający laudację prof. Jacek Kubica, obecny szef Kliniki i Prorektor ds. Naukowych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, właśnie te cechy uwypuklił najbardziej.

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Ogromnie się cieszę, że moje Mistrzynie zostały docenione i wyróżnione. Bez wątpienia na to zasługują. Nie mam wątpliwości, że wpłynęły one nie tylko na mój rozwój kariery naukowej i zawodowej, ale na wielu lekarzy, którzy mieli okazję pracować pod ich skrzydłami. Ale wracając do moich mistrzów i nauczycieli, nie mogę zapomnieć także o kierownikach moich specjalizacji – dr. Zofii Grąbczewskiej podczas specjalizacji I stopnia z chorób wewnętrznych oraz wspomnianych już tutaj profesorze Edmundzie Nartowiczu przy specjalizacji II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych i profesorze Jacku Kubicy, moim

szefie w ciągu ostatnich 15 lat oraz kierownikowi specjalizacji z kardiologii.

Redakcja: Właśnie, dlaczego wybrał Pan tę, a nie inną specjalizację?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Na samym początku myślałem o chorobach wewnętrznych, stąd moja pierwsza specjalizacja. Jednak szybki i wszechstronny rozwój w zakresie kardiologii przykuł moją uwagę, tym bardziej, że rozpocząłem pracę w ówczesnym Zakładzie Kardiologii Inwazyjnej.

Redakcja: Wróćmy do kariery naukowej, doktoratu, habilitacji...

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Część naukowa opierała się w dużej mierze na farmakologii klinicznej. Tu mogłem oddawać się czystej pasji badań naukowych. Oczywiście, farmakologia kliniczna płynnie łączy się z innymi dziedzinami medycyny, zwłaszcza zachowawczej, jak choroby wewnętrzne, czy kardiologia, więc wszystkie prowadzone przeze mnie badania zawsze dotyczyły pogranicza farmakologii klinicznej w kardiologii lub chorobach wewnętrznych. Pracę doktorską napisałem pod okiem śp. prof. Leszka Szadujkis-Szadurskiego. Dotyczyła wczesnych etapów eksperymentalnego modelu wstrząsu septycznego. Habilitacja była kontynuacją tego zagadnienia – możliwości zastosowania związków, a raczej kierunków działania farmakologicznego, które byłyby korzystne właśnie we wczesnych etapach wstrząsu septycznego.

Redakcja: Czyli nie jest trudno być jednocześnie kardiologiem i farmakologiem?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Wręcz przeciwnie, to naprawdę bardzo dobrze się wszystko łączy. Biorąc pod uwagę codzienne problemy medyczne, mamy do czynienia zarówno z dużym repertuarem narzędzi farmakologicznych, jak i zabiegowych. Te dziedziny intensywnie się ze sobą wiążą i trudno je rozdzielić. W zasadzie nie da się powiedzieć, że w tym oto miejscu zaczyna się czysta farmakologia, a kończy kardiologia – nie ma takiej granicy.

Redakcja: Jednak częściej prace badawcze prowadzi się z kardiologami i interni-

stami, a nie farmaceutami, a przecież wydawałoby się – może myśląc nieco naiwnie – że te dwie dziedziny się uzupełniają.

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Często farmakologia przez laików mylona jest z farmacją, ale to są odrębne dziedziny. Nasze wszystkie badania dotyczą klinicznego spojrzenia z pogranicza kardiologii, chorób wewnętrznych i farmakologii.

Redakcja: Gdyby zechciał Pan Profesor opowiedzieć o ścieżce swojego rozwoju zawodowego...

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Zaraz po studiach rozpocząłem staż podyplomowy w Szpitalu im. dr. J. Bizuela, później przenieśliśmy się do Kliniki Kardiologii w Szpitalu im. dr. A. Jurasza, po ukończeniu specjalizacji I stopnia z chorób wewnętrznych podjąłem pracę w Zakładzie Kardiologii Inwazyjnej, wówczas odrębnej jednostce, a po połączeniu z Kliniką Kardiologii, wróciłem do kliniki macierzystej, czyli Katedry i Kliniki Kardiologii Chorób Wewnętrznych, gdzie pracowałem do końca września bieżącego roku.

Redakcja: Nim został Pan Profesor kierownikiem II Katedry Kardiologii. Przy tej okazji chcielibyśmy serdecznie Panu Profesorowi pogratulować nowej funkcji. Czy można spytać, jak to się rozegrało? Rozumiemy, że wygrał Pan Profesor konkurs na to stanowisko?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Bardzo dziękuję, ale po kolei. Ponieważ dotychczasowy szef II Katedry Kardiologii prof. Władysław Sinkiewicz odchodził na emeryturę, ogłoszono konkurs na to stanowisko, do którego przystąpiłem. Wcześniej jednak otrzymałem zaproszenie do udziału w tym konkursie od samego profesora i zespołu. Był to szalenie miły gest, który przypieczętował moją decyzję, aby uczestniczyć w postępowaniu. I tak rozpocząłem pracę z zespołem Kolegów.

Redakcja: Znaliście się wcześniej z zespołem?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Z kilkoma kolegami razem studiowałem, z innymi spotykałem się na gruncie zawodowym i przy różnych okazjach. Znamy się całkiem dobrze, co ma swoje plusy i minusy.

Redakcja: W ten sposób zmienił Pan Profesor nie tylko szpital, ale również i wydział. Bo, o ile pamiętamy, pracując

w Klinice Kardiologii, a nawet kierując jednocześnie Zakładem Farmakologii i Terapii, pozostawał Pan na Wydziale Lekarskim, gdy tymczasem II Katedra Kardiologii funkcjonuje w obrębie Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Tak, zmieniłem i szpital i wydział. Zakład Farmakologii i Terapii pozostał na Wydziale Lekarskim – pełniąc obowiązki kierownika jest w tej chwili dr Michał Wiciński, natomiast farmakologia kliniczna powędrowała za mną do II Katedry Kardiologii na Wydziale Nauk o Zdrowiu i już planujemy dla niej miejsce w strukturze jednostki i nowe badania naukowe i dydaktyczne.

Redakcja: Czy choroby sercowo-krążeniowe stanowią tak powszechny i palący problem we współczesnym świecie i w naszym województwie, że istnieje potrzeba, by istniały dwie bliźniacze kliniki kardiologii w jednym uniwersytecie?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Po pierwsze, kliniki nie są bliźniacze. W Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 mamy do czynienia z Katedrą i Kliniką Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, natomiast w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 jest jedynie kardiologia, a oddziały internistyczne są rozlokowane w innych jednostkach. Po drugie, pamiętajmy, że schorzenia układu sercowo-naczyniowego to jeden z podstawowych problemów medycznych, podstawowa przyczyna śmiertelności, nie tylko w populacji polskiej, ale w innych po-

pulacjach europejskich. Rzecz jasna, pojawiają się różnice w przedziałach wiekowych, ale generalnie choroby sercowo-naczyniowe dominują.

Redakcja: Czyli jednak statystycznie choroby sercowo-naczyniowe zbierają największe śmiertelne żniwo wśród Polaków?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek: Często mówimy o pewnym kontinuum chorób sercowo-naczyniowych. Zaczyna się od czynników ryzyka – schorzeń powszechnych i łatwych do rozpoznania, jak chociażby zaburzenia lipidowe, czy nadciśnienie tętnicze. Niestety, właśnie te czynniki ryzyka wiodą w prosty sposób do rozwoju choroby wieńcowej oraz do jej następstw, np. zaburzeń rytmu serca, które z kolei mogą prowadzić do śmierci. Można się zastanawiać, na którym z tych etapów chcielibyśmy rozpocząć leczenie. Wiadomo, że im szybciej, tym lepiej, dlatego tak istotna jest profilaktyka, szczególnie prowadzona u podstaw, poczynając od dydaktyki wśród studentów, lekarzy specjalizujących się, lekarzy rodzinnych, ale także pacjentów. Rozpowszechnianie informacji sprzyja większej wykrywalności i szybszemu wdrożeniu leczenia. Dlatego dwie kliniki kardiologii są potrzebne, a nawet śmiem powiedzieć, że przydałyby się kolejne. Spokojnie można by zapłacić je pacjentami. Pewnego rodzaju problem stanowi oczywiście finansowanie, dlatego, że przez cały czas mamy do czynienia z długimi kolejkami do specjalistów wszystkich dziedzin i kardiologia nie jest tu wyjątkiem.



Prof. dr hab. Grzegorz Grzešek



Organizowana przez II Katedrę Kardiologii konferencja naukowo-szkoleniowa „Ostre stany kardiologiczne w codziennej praktyce”, 18 listopada 2017 roku, po prawej: prof. dr hab. Grzegorz Grześk

Redakcja: Czy II Katedra Kardiologii jest dużą kliniką?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: II Katedra Kardiologii obecnie dysponuje 53 łózkami. To oddział dość duży, aczkolwiek nie największy, może trzeci w Bydgoszczy.

Redakcja: Czym przede wszystkim zajmujecie się w Katedrze? Bardziej miażdżycą, chorobą niedokrwienną serca, czy niewydolnością serca?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: To, czym się zajmujemy wiąże się ściśle ze wspomnianym przeze mnie kontinuum sercowo-naczyniowym. Począwszy od prewencji, czyli np. Dni Serca po raz pierwszy zorganizowane i od wielu lat prowadzone przez oddział bydgoski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i prof. Sinkiewicza z bardzo dobrym efektem, a obecnie kontynuowane przez nowy zarząd. Jeśli chodzi o bardziej unikalne aspekty kardiologii, zajmujemy się tętniczym nadciśnieniem płucnym i jesteśmy pod tym względem ośrodkiem referencyjnym dla trzech województw: kujawsko-pomorskiego, pomorskiego i zachodniopomorskiego. Rzecz jasna, leczymy chorobę wieńcową i jej następstwa pod postacią niewydolności serca, zajmujemy się elektroterapią itd. itp., wszystko w ramach owego kontinuum sercowo-naczyniowego zaczynającego się od czynników ryzyka.

Redakcja: Czy macie państwo koncepcje, w jaki sposób rozszerzyć pole diagnostyczne i terapeutyczne?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: Współczesna kardiologia opiera się na trzech podstawowych filarach – kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii i intensywnej terapii kardiologicznej. Najważniejsze,

by te wszystkie filary spełniać i bilansować. Każda duża, dobra klinika kardiologiczna, tak jak II Katedra Kardiologii powinna umożliwiać działanie w owych trzech zakresach. Innym ciekawym zjawiskiem, które można zaobserwować w dobrych klinikach, przede wszystkim na Zachodzie, jest duża mobilność personelu między tego typu ośrodkami, co umożliwia wykonywanie wszystkich zabiegów i poszerzenie dostępności terapii dla pacjentów – a co za tym idzie, skróceniu kolejki oczekujących. Nasza Katedra dysponuje bardzo szerokim zestawem sprzętu diagnostycznego, czy elektrofizjologicznego, aparatami kardiograficznymi, aparatami do testów wysiłkowych itd. – jednym słowem, pełnym zestawem do diagnostyki.

Redakcja: Jednak w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 nie ma oddziału kardiologii – czy to stanowi problem?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: Nie do końca, choć oczywiście dobrze jest, gdy na terenie Szpitala znajduje się jednocześnie oddział kardiologii i kardiochirurgii – wygodniej i bezpieczniej. Wówczas można wykonywać szereg obarczonych większym ryzykiem zabiegów. Dobrym przykładem jest Klinika Kardiologii w Szpitalu Wojskowym w Bydgoszczy, która posiada własny oddział kardiochirurgii, a więc współpraca kardiologa z kardiochirurgiem odbywa się w obrębie jednej jednostki. Podobnie jest w Szpitalu Jurasza, choć tam są to odrębne kliniki.

Redakcja: W Polsce powstają coraz to nowe ośrodki zajmujące się elektrofizjologią.

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: Jestem zwolennikiem, by podobne ośrodki funkcjonowały przy dużych, uniwersy-

teckich centrach diagnostycznych i terapeutycznych, najlepiej przy szpitalach uniwersyteckich, gdzie istnieje pełne zaplecze w postaci OIOM-ów, oddziałów chirurgii, angiologii itd., a więc są o wiele bardziej rozbudowane i bezpieczniejsze dla pacjenta. Tak samo rzecz ma się z kardiologią inwazyjną, również powinna działać jedynie przy mocnych ośrodkach. Mniejsze szpitale i tak przekierowują trudniejszych pacjentów do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności. Niestety, w ten sposób nie mamy do czynienia z równomierną dystrybucją pacjentów, którą teoretycznie zakłada NFZ. Część ośrodków jest mniej, a część bardziej obciążona, a mniejsze zajmują się pacjentami bardziej stabilnymi i „bezpieczniejszymi”. Nierównomierny jest także podział kosztów.

Redakcja: Ale kardiologia, zwłaszcza inwazyjna, chyba jest dobrze wyceniana?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: Zabiegi kardiologii inwazyjnej były dobrze wyceniane, lecz w tej chwili inne dziedziny medycyny bywają wyceniane wyżej.

Redakcja: Gdyby zechciał Pan Profesor powiedzieć kilka słów o współpracownikach...

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: W Klinice pracuje 18 lekarzy specjalistów. 16 osób ukończyło specjalizację w zakresie kardiologii, 14 – w zakresie chorób wewnętrznych. Kolejnych 15 osób jest w trakcie kształcenia specjalizacyjnego. Moimi zastępcami są dr Jan Błazejewski oraz dr Robert Bujak. Zespół jest całkiem duży, bardzo dobrze wykształcony, znacząca większość z doktoratami, a dwie osoby dr Joanna Banach i dr Wojciech Gilewski przymierzają się do habilitacji. Jest to dobry, zintegrowany i doświadczony zespół, który można jedynie nieco zainspirować do jeszcze większego rozwoju naukowego.

Redakcja: Na łamach jakich czasopism najczęściej Państwo publikujecie?

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk: Publikujemy przede wszystkim w czasopismach polskich, ale również w czasopismach zagranicznych w zakresie kardiologii ale także angiologii i farmakologii klinicznej. Za każdym razem szukamy najbardziej odpowiedniego dla danego artykułu periodyku.

Redakcja: Kontynuuje Pan Profesor prace z Kliniką Kardiologii i Chorób Wewnętrznych oraz Zakładem Farmakologii i Terapii, czy raczej pracuje nad nowymi – w ramach II Katedry Kardiologii?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Należy dokończyć prace rozpoczęte wcześniej, ale oczywiście w II Katedrze Kardiologii rozpoczynamy nowe tematy i przedsięwzięcia. Mam nadzieję, że współpraca ze wszystkimi jednostkami, z którymi współpracowałem dotychczas będzie kontynuowana, a także spodziewam się nowych możliwości współpracy.

Redakcja: Czy prowadzicie Państwo dydaktykę dla studentów Collegium Medicum? Wiemy, że Katedra jest wyposażona w nowoczesne pracownie diagnostyczne, które stanowią doskonałą bazę dydaktyczną...

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Prowadzimy zajęcia dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Wydziału Farmaceutycznego, ale pojawiają się także studenci z Wydziału Lekarskiego. Uczymy przede wszystkim kardiologii i wszystkiego, co się z kardiologią wiąże na poszczególnych kierunkach Wydziału Nauk o Zdrowiu, ale nie zapominamy o farmakologii i farmakologii klinicznej. Zajęcia z farmakologii dla Wydziału Lekarskiego prowadzi Zakład Farmakologii i Terapii, a my prowadzimy zajęcia w zakresie farmakologii i farmakologii klinicznej dla studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Redakcja: Szpital Uniwersytecki nr 2 otrzymał spore fundusze na przebudowę i modernizację. Czy planują Państwo przeprowadzkę?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Planujemy duży remont, zaplanowany już wcześniej przez prof. Władysława Sinkiewicza w ramach innej puli pieniężnej. Chcemy jeszcze bardziej dostosować warunki do wymogów współczesności, mimo że w chwili obecnej warunki II Katedry Kardiologii nie są złe – mamy chociażby dwu- lub trzy-osobowe sale z własnym węzłem sanitarnym. Chodzi raczej o intensywny nadzór kardiologiczny, który wymaga pewnej przebudowy, by móc lepiej monitorować stan pacjentów najczęściej chorych i zapewnić im, jak i personelowi, bardziej komfortowe warunki. Dzięki remontowi powstanie

całkowicie przebudowany oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Redakcja: Jeśli można, prosimy także kilka słów o sobie, swojej rodzinie, przyjaciółach, zainteresowaniach i ulubionych sposobach spędzania wolnego czasu (jeśli takowy się znajdzie).

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Brak wolnego czasu to rzeczywiście znak naszych czasów. Jeśli znajdzie się chwila wolna to ideałem jest czas spędzony nad wodą. Pierwszym z takich sportów jest dla mnie nurkowanie. Uwielbiam to, bo kiedy jestem pod wodą, słyszę jedynie siebie. Na wyprawy wybieramy się zwykle całą rodziną. Żona Ela jest pediatrą i immunologiem, mamy troje dzieci – córkę i dwóch synów. Bardzo lubimy wspólne, rodzinne wyjazdy wakacyjne, choć zakładamy, że muszą one być

przede wszystkim aktywne. Stąd pływanie, rower, żeglownanie, wędrówki.

Redakcja: A muzyka?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Z muzyki to oczywiście ulubiony Hans Zimmer i jego muzyka filmowa. Wspólnie z rodziną byliśmy na dwóch koncertach w Polsce. Ostatnio ukazał się zapis jego koncertu w Pradze – pierwszego uwiecznionego na płycie.

Redakcja: Literatura?

Prof. dr hab. Grzegorz Grzešk: Fantastyka, Ursula Le Guin, Terry Pratchett, jeśli tylko uda się znaleźć chwilę czasu.

Redakcja: Bardzo dziękujemy za rozmowę.

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



Pracownia Echokardiograficzna II Katedry Kardiologii



Pracownia Kardiologii Inwazyjnej II Katedry Kardiologii

Jubileusz 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza

Marta Laska

14 grudnia 2017 r. w Filharmonii Pomorskiej odbyła się uroczystość Jubileuszu 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Obchody Jubileuszu objęte zostały honorowym patronatem Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Prezydenta Miasta Bydgoszczy oraz JM Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Jubileusz 80-lecia powstania szpitala to niepowtarzalna okazja, aby we wspól-



Prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska

nym gronie pracowników obecnych i emerytowanych, kadry akademickiej oraz zaproszonych gości świętować ten piękny jubileusz. Gośćmi specjalnymi uroczystości były Panie Zofia Soboczyńska i Elżbieta Czarnowska - córki doktora Edwarda Soboczyńskiego, inicjatora budowy, organizatora i pierwszego dyrektora naszego szpitala. Nasze zaproszenie przyjęli również dr Dagmar Drull i prof. Manfred Zimmermann z Uniwersytetu w Heidelbergu, na którym pracował patron naszego szpitala - dr Antoni Jurasz. Podczas Gali, na ręce Dyrektora Szpitala, Medal Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego „Unitas Durat Palatinatus Cuiaviano-Pomeraniensis” wręczył Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Pan Zbigniew Ostrowski.

Podczas uroczystości nagrodzeni zostali również pracownicy szpitala. W głosowaniu pacjentów na najlepszego lekarza, pielęgniarkę, ratownika medycznego, rehabilitanta i opiekuna medycznego nagrodę - statuetkę Wawrzyn Pacjenta 2017 odebrali: dr n. med. Renata Kuczyńska, dr Jacek Pypkowski, Ewa Leszczyńska-Matusiewicz, Jolanta Imieła, Katarzyna Jurek, Joanna Czarnecka, Tomasz Pałka, Piotr Popielewski, Arleta Sikora, Magdalena Gąsiecicka.

Wręczone zostały również Nagrody Dyrektora dla pracowników szpitala, którzy w sposób szczególnie wykazują w swojej pracy inicjatywę, wykraczają-

cą poza zakres obowiązków służbowych i przydzielonych zadań. Dbają o swój rozwój zawodowy, a poprzez codzienną postawę i działania wykazują się dbałością o dobre imię szpitala, przyczyniając się do jego rozwoju i pozytywnego wizerunku. Przyczyniają się także do budowania pozytywnych relacji pomiędzy pracownikami. Laureatami statuetek zostali: Maria Baczyńska, Barbara Bielicka, dr n. med. Agnieszka Mikucka, Elżbieta Stengiel, dr n. med. Magdalena Trzcńska, Jerzy Betlejewski, Dariusz Małkowski, dr n. med. Sławomir Manysiak.

Osobowość Szpitala to wyjątkowe wyróżnienie dla wyjątkowych pracowników, którzy pracują w tym szpitalu ponad 40 lat. Przyszanowane jest osobom szczególnie zasłużonym na rzecz pomocy innym ludziom. Osobom, które traktują swoją pracę nie tylko jako misję, ale też jako służbę na rzecz pacjenta. Wykształcili wiele pokoleń znakomych lekarzy. Są zamilowanymi i urodzonymi dydaktykami. Mają niezwykle dar przekazywania wiedzy i kształtowania hierarchii wartości. Są to również osoby powszechnie cenione za swoją uczciwość i życzliwość.

Statuetki wręczono następującym laureatom: dr n. med. Wirginii Tomczak-Watras, dr n. med. Marii Bogdan, dr n. med. Mirosławie Rozwadowskiej, dr Marii Goc, dr n. med. Andrzejowi Kapale. Nagrodę Specjalną za zasługi na rzecz szpitala otrzymał Pan Mieczysław Boguszyński, lekarz, wieloletni dyrektor szpitala, autor kilku monografii o szpitalnictwie w województwie kujawsko-pomorskim.

Dopełnieniem uroczystości był piękny koncert Orkiestry im. J. Straussa poprowadzony przez Panią Emilię Czekalę. Pełne emocji wykonania najpiękniejszych pieśni operetkowych wprawiły wszystkich gości we wspaniałą nastrój. Po koncercie, Dyrektor Szpitala zaprosił wszystkich na urodzinowy tort na 800 gości, ufundowany przez Cukiernię Adama Sowy. Podczas bankietu gościom towarzyszyła muzyka na żywo w wykonaniu zespołu Dixie Company.

Dziękujemy wszystkim gościom, którzy przybyli na naszą uroczystość. Mamy nadzieję, że nasze następne, okrągłe 90-te urodziny, będziemy obchodzić w równie wspaniałym towarzystwie.

Marta Laska, st. specjalista ds. PR, rzecznik prasowy Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza



Jubileusz 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, od lewej: prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, Mieczysław Boguszyński, wieloletni dyrektor Szpitala im. dr. A. Jurasza, prof. dr hab. Andrzej Tretyń, Rektor UMK oraz dr Jacek Kryś, obecny dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1

„Jurasz” doceniony w dniu jubileuszu

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy zajął pierwsze miejsce w kategorii „sieć szpitali – szpitale ogólnopolskie” w najnowszym Rankingu Szpitali opublikowanym przez dziennik „Rzeczpospolita”.

Sieć szpitali ogólnopolskich liczy 90 placówek – w zestawieniu „Rzeczpospolitej” Szpital Uniwersytecki nr 1 im. An-

toniego Jurasza został uznany za najlepszą z nich, wyprzedzając bezpośrednio Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Instytut Hematologii i Transfuzjologii – Szpital w Warszawie.

„Jurasz” zajął również drugą lokatę wśród szpitali w województwie kujawsko-pomorskim, ustępując jedynie Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

W zestawieniu ogólnopolskim szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych Szpital Uniwersytecki nr 1 im. A. Jurasza znalazł się na 11. miejscu.

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela uplasował się na 6. pozycji rankingu regionalnego oraz 43. – rankingu krajowego.

Dział Promocji i Informacji CM

Pierwszy egzamin w Studenckiej Pracowni Edukacji Ultrasonograficznej

Konrad Kamiński

Dnia 16 listopada odbył się pierwszy egzamin w ramach działalności Studenckiej Pracowni Edukacji Ultrasonograficznej. Na zaproszenie opiekuna Pracowni, dr n. med. Janusza Tylocha, egzamin przeprowadził dr hab. n. med. Wojciech Kosiak, prezes Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Przeprowadzony egzamin jest owocem rocznej pracy studentów kierunku lekarskiego, którzy w ramach działalności w Studenckim Kole Naukowym Ultrasonografii i pod patronatem Sekcji Studentów i Młodych Lekarzy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, szkolili się pod okiem starszych kolegów studentów-liderów, którzy wcześniej również przeszli podobny kurs.

Do egzaminu przystąpiło 18 studentów, przeszkolonych przez 6 liderów. Egzamin polegał na zobrazowaniu wybranych 3 struktur anatomicznych w obrębie jamy brzusznej i szyi – mówiąc krótko, były to wszystkim znane „szpilki”, z tym, że ultrasonograficzne. Ocenie zostały poddane: szybkość, dokładność, umiejętność interpretacji uzyskanego obrazu ultrasonograficznego i rozwiązywania problemów natury technicznej (adekwatna obsługa aparatu ultrasonograficznego), ale również tych związanych z przygotowaniem się pacjenta do badania (np. zniwelowanie niekorzystnej obecności gazów w przewodzie pokarmowym dla zobrazowania trzustki i naczyń przestrzeni zaotrzewnowej).

Wszyscy adepci, którzy przystąpili do egzaminu, potrafili podołać ultrasonograficznym „szpilkom”. Wszyscy uzyskali

tytuł „lidera” i prawo do szkolenia młodych kolegów – następnego pokolenia ultrasonografistów.

Zgodnie z założeniami funkcjonowania pracowni nowi liderzy, jak również Ci „starzy”, mogą wziąć pod opiekę nowych studentów i przekazać im zdobytą do tej pory wiedzę i doświadczenie. W wyniku przeprowadzonej rekrutacji (test wstępny z wiedzy o ultrasonografii), w tym roku przyjęto do koła 110 osób, którzy w grupach 4-6 osobowych przejdą kolejny cykl szkoleń. Jak widać zainteresowanie i potrzeba nauki są ogromne.

Historia rozwoju pracowni stopniowo zmierza ku możliwości szkolenia nawet całego rocznika kierunku lekarskiego. Trzeba więc zadać sobie pytanie: co przyniesie nam przyszłość? Czy wszyscy studenci kierunku lekarskiego, przy wykazaniu własnego zainteresowania, będą mogli nabyć umiejętność posługiwania się aparatem ultrasonograficznym i niejako móc traktować go, jako swój stetoskop na miarę XXI wieku?

Do egzaminu przystąpili:

Podopieczni Wiktora Bursiewicza (lekarski IV rok) – Oskar Puk (lekarski IV rok), Anna Szramik (lekarski IV rok), Agnieszka Dominiczak (lekarski IV rok).

Podopieczna Joanny Cupryk (lekarski IV rok) – Ewelina Maćków (lekarski IV rok).

Podopieczni Kamila Chojnackiego (lekarski V rok) – Alicja Urban (lekarski IV rok), Sara Świerczyńska, Martyna Wielgoszyńska (lekarski IV rok), Żaneta Świdarska (lekarski V rok).

Po prawej dr hab. Wojciech Kosiak, po lewej Karol Górski i Mikołaj Czerwiński



Pośrodku dr hab. Wojciech Kosiak, po prawej Kamil Chojnacki, podczas egzaminu Alicja Urban i Martyna Wielgoszyńskiej



Po lewej dr hab. Wojciech Kosiak, po prawej Żaneta Świdarska i Sara Świerczyńska



Podopieczni Marceliny Grzybowskiej (lekarski VI rok) – Beata Bulwin (lekarski IV rok), Natalia Sala (lekarski VI rok).

Podopieczni Konrada Kamińskiego (lekarski V rok) – Karol Górski (lekar-

ski III rok), Maciej Ledziński (lekarski III rok), Hubert Lange (lekarski III rok), Mikołaj Czerwiński (lekarski III rok).

Podopieczni Katarzyny Szymak (lekarski V rok) – Natalia Ławrecka (lekar-

ski VI rok), Agnieszka Jank (lekarski V rok), Maciej Roszak (lekarski V rok), Karolina Prokopowicz (lekarski V rok).

Konrad Kamiński jest studentem V roku na kierunku lekarskim

Bydgoski farmaceuta w brytyjskim parlamencie

Dr n. farm. Piotr Merks z Katedry Technologii Postaci Leku Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medium UMK został zaproszony przez brytyjskie związki zawodowe (Pharmacists' Defence Association) jako obserwator na posiedzenie parlamentu brytyjskiego 5 grudnia 2017 r. dotyczące

roli farmaceuty w podnoszeniu bezpieczeństwa stosowania leków przez pacjentów.

Dr Piotr Merks od 2005 roku jest czynnym członkiem Królewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (Royal Pharmaceutical Society), które jest oficjalnym patronem badań oraz wdrażania projektu piktogramów farmaceutycznych w Polsce. Piktogramy farmaceutyczne są

praktycznym i zbadanym narzędziem służącym do polepszenia komunikacji między farmaceutą i pacjentem, wpływając też pozytywnie na adherencję, a przez to poprawiając bezpieczeństwo pacjenta. Polski projekt został wyróżniony w 2013 r. w Wielkiej Brytanii jako pomysł na nową usługę farmaceutyczną.

Dział Promocji i Informacji CM

Wieloletni plan rozbudowy i modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela



Projekt rozbudowy Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy

inwestycyjnym. Na rozbudowę i modernizację Szpitala zarezerwowano w budżecie państwa kwotę 360.955 zł.

30 października 2017 r. podczas spotkania Zarządu Szpitala i władz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, posłem Tomaszem Latosem oraz członkami Rady Społecznej Szpitala, przedstawicielami mediów oraz pracownikami, zaprezentowany został szczegółowy zakres planowanej inwestycji.

W ramach wieloletniego programu inwestycyjnego powstanie m.in. nowy budynek, w którym usytuowane zostaną:

- Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego,
- Klinika Foniatrii i Audiologii z Oddziałem Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Chirurgii Szcękowej,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddział Kliniczny Rehabilitacji,
- Blok Operacyjny,
- Dział Sterylizacji i Dezynfekcji,
- Archiwum,
- sale dydaktyczne dla studentów,
- zaplecze administracyjno-gospodarczo-techniczne.

Na dachu nowego budynku zaplanowano również budowę lądowiska dla helikopterów medycznych.

Kolejnym zakresem inwestycji będzie modernizacja usytuowanych w istniejących już budynkach klinik i oddziałów, pomieszczeń diagnostyczno-zabiegowych, infrastruktury technicznej oraz kuchni szpitalnej.

Dział Promocji i Informacji CM



Konferencja prasowa w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy 30.10.2017 r., od lewej: prof. Jacek Kubica, prof. Andrzej Tretyn, Tomasz Latoś, prof. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, dr Wanda Korzycka-Wilińska

25 października 2017 r. do Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela dotarła wspaniała wiadomość. Sejmowa

komisja zdrowia pozytywnie zaopiniowała dofinansowanie placówki i zdecydowała o objęciu jej wieloletnim planem

Skonsultuj z Farmaceutą - cukrzyca

5 listopada 2017 r. (sobota) na terenie Centrum Handlowego Auchan Bydgoszcz w Fordonie odbyła się ogólnopolska akcja edukacyjno-profilaktyczna pn. „Skonsultuj z Farmaceutą - cukrzyca”, podczas której studenci i magistry farmacji przeprowadzili bezpłatne badania profilaktyczne i analizę otrzymanych wyników.

Organizatorami wydarzenia było Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji Oddział Bydgoszcz działające przy Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum UMK.

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, której podstawowym objawem jest podwyższony poziom glukozy we krwi. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2000 r. było 171 mln ludzi chorych na cukrzycę, zaś w 2030 r. liczba ta ma ulec dwukrotnemu zwiększeniu.

Podczas akcji edukacyjno-profilaktycznej wykonywano bezpłatne pomiary:

- ciśnienia tętniczego krwi

- stężenia glukozy we krwi
- zawartość tkanki tłuszczowej.

Udzielono porad dietetycznych, farmaceutycznych i z zakresu ziołolecznictwa, jak również przeprowadzono przeglądy leków.

Podstawowy pomiar glikemii stanowi wstępną diagnozę stanu zdrowia i jego założeniem jest identyfikacja cukrzycy. Samo badanie trwa kilka minut - to dużo mniej niż spotkanie z przyjaciółmi czy rozmowa telefoniczna z rodziną mieszkającą w innym mieście. Czy to nie takie chwile upiększają nasze życie? Warto zadbać o siebie oraz bliskich. Odpowiednio wcześniej wykryta cukrzyca daje szansę na praktycznie całkowite zminimalizowanie symptomów choroby dzięki odpowiedniej terapii.

Celem opieki farmaceutycznej w cukrzycy jest bowiem nie tylko prawidłowo prowadzona farmakoterapia, ale także profilaktyka i odpowiednio wczesne wykrycie choroby, szczególnie u osób z grup ryzyka. Polskie apteki odwiedza średnio 2 miliony pacjentów dziennie. Każdego

dnia magistry farmacji nie tylko wydają leki, ale również udzielają porad. To ogromna i odpowiedzialna rola w procesie edukacji i profilaktyki zdrowotnej.

Dział Promocji i Informacji CM

Wampiriada 2017

Wampiriada to coroczny projekt Niezależnego Zrzeszenia Studentów organizowany na terenie całej Polski. Członkowie tej organizacji przy współpracy z Regionalnymi Centrami Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa organizują wydarzenia, podczas których chętni mogą oddać krew w wyspecjalizowanych krwiobusach.

Zwykle Wampiriada odbywa się dwa razy do roku, na terenie kampusów akademickich, a każdej edycji projektu towarzyszą dodatkowe atrakcje przyciągające potencjalnych krwiodawców. Pod koniec roku akademickiego odbywa się także finał projektu organizowany w mieście, które w danym roku jest siedzibą Centrum Krajowego projektu.

Głównym celem Wampiriady jest uświadamianie innych, jak wiele mogą zrobić dla drugiego człowieka poprzez oddawanie krwi czy szpiku kostnego. Zależy nam też na angażowaniu tych ludzi, którzy nie mogą oddać krwi, ale wspierają tę ideę. Akcja zakłada nie tylko zebranie jak największej ilości krwi, lecz także promowanie szeroko pojętej idei dobroczynności i zdrowego trybu życia. Wampiriada pokazuje, że poprzez honorowe krwio-

dawstwo oddajemy coś, co nic nas nie kosztuje, a dla biorcy może być bezcennym darem życia. NZS promuje te wartości nie tylko w ośrodkach akademickich, ale też wśród obywateli miast, w których odbywają się akcje.

Pierwsza Wampiriada odbyła się w 2000 r. w Krakowie i została zorganizowana przez Przemysława Miłonia na Politechnice Krakowskiej. Z czasem akcja cieszyła się coraz większą popularnością. Od tego momentu Wampiriada odbywa się regularnie zazwyczaj dwa razy do roku we wszystkich większych ośrodkach akademickich w Polsce.

W latach 2016-2017 wzięło w niej udział 12 regionów, 20 miast i 49 uczelni. W projekcie wzięło udział 446 osób oraz 14.877 chętnych, przekazując 11.477 donacji oraz 5.164 litry krwi.

30 listopada 2017 roku Wampiriada zagościła w Collegium Medicum, na pierwszym piętrze w budynku Biblioteki

Medycznej, przyciągając wielu chętnych, którym organizatorzy składają serdeczne podziękowania za udział.

<http://www.wampiriada.info/>

Odblaski dla Afryki

Ratownicy dla Afryki (Paramedics for Africa), projekt którego twórczyniami są absolwentki ratownictwa medycznego Collegium Medicum UMK, organizują zbiórkę odblasków dla dzieci z Ghany.

Akcja ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa na ghańskich drogach, szczególnie w nocy. W krajach leżących w okolicach równika już w granicach godziny 18 zapada zmrok. Właśnie wtedy dzieci wracają ze szkoły lub pracy (pracują po lekcjach, wspierając w ten sposób rodziców w opłaceniu swojej nauki). Dzieci przemierzają się ulicami, bo w tym afrykańskim kraju nie ma chodników, przejść dla pieszych ani lamp ulicznych. Dla kierowców są one zupełnie niewidoczne. Wiele z nich ulega wypadkom, a nawet ginie pod kołami samochodów. Ratowniczeki, które do tej pory w ramach projektu Paramedics for Africa, wysyłały sprzęt medyczny do Ghany oraz szkoliły tamtejszych pracowników



Dzieci z Ghany z odblaskami z projektu PRamedics for Africa

podgotowia, wysłały do Ghany już ponad 3 tys. podarowanych odblasków.

Collegium Medicum UMK czynnie włącza się do udziału w akcji i zaprasza studentów do punktu zbiórki odblasków,

który znajduje się w Dziale Promocji i Informacji CM przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9 w Bydgoszczy (budynek dydaktyczny patomorfologii, parter).

Dział Promocji i Informacji CM

Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw

Prof. dr hab. Aleksander Goch, kierownik Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK wraz z prof. dr hab. Mariuszem Kaczmarskim z UKW w Bydgoszczy odebrali wyróżnienie w dziewiątej edycji konkursu Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw 2017, w kategorii Jednostka naukowa/Zespół badawczy. Wyróżnienia zostały wręczone 30 listopada 2017 r.

podczas finałowej gali Forum Ekspansji Internetu Rzeczy w Toruniu.

Naukowcy otrzymali wyróżnienie za rozwiązanie pod nazwą „Drukowany 3D egzoskielet pasywny dla dzieci z osłabieniem siły kończyn górnych”. W skład zespołu badawczego weszli: prof. dr hab. Aleksander Goch i dr Emilia Mikołajewska z Katedry Fizjoterapii Collegium Medicum UMK oraz prof. Mariusz Kaczmarek, prof. Marek Macko, dr Dariusz Mikołajewski,

mgr inż. Zbigniew Szczepański z IMiS WMFiT UKW w Bydgoszczy.

W dziewiątej edycji konkursu Liderzy Innowacji Pomorza i Kujaw udział wzięły mikro, małe i średnie przedsiębiorstwa z województwa kujawsko-pomorskiego, przedsiębiorstwa akademickie oraz jednostki naukowe/zespoły badawcze, które mogą poszczycić się sukcesami w opracowaniu lub wdrożeniu innowacyjnej technologii, produktu lub usługi.

Dział Promocji i Informacji CM

Anatomia z artystem



W trakcie uroczystego spotkania wigilijno-opłatkowego dnia 14 grudnia 2017 zaproszeni goście z Wydziału Sztuk Pięknych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, zaprezentowali wystawę będącą pomostem pomiędzy anatomią i sztuką.

„Anatomia z artystem” to tytuł prezentowanej wystawy rysunków, które powstały na Wydziale Sztuk Pięknych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Wszystkie prace pochodzą z pracowni anatomii plastycznej prowadzonej przez dr Ewę Bińczuk i prof. Michała Trägera z Zakładu Kształcenia Artystycznego. Są one przekrojem prezentacją realizowanych w pracowni zagadnień. Na wysta-

wie można zobaczyć prace rysunkowe, studia z natury, poczynając od kośćca – czaszki, szkieletu człowieka, poprzez modele gipsowe, szkice i studia głów, detali twarzy, dłoni i stóp, po pełne studium postaci. Rysunek, wsparty wiedzą

teoretyczną jest tu podstawowym źródłem poznania, dlatego też ważne są także zagadnienia związane z rysunkiem jak proporcje, kierunki i modelunek światłocieniowy.

Wystawę, która łączy nauki medyczne, w szczególności anatomie człowieka i sztukę można obejrzeć w budynku A przy ul. Jagiellońskiej 13 w Bydgoszczy do końca roku.

Dział Promocji i Informacji CM

Złoty Skalpel 2017

Pierwszy we wschodniej części Europy Środkowej program dootrzewnowej podciśnieniowej chemioterapii aerozolem (ang. pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy, PIPAC) – nowa nadzieja w walce z rakowatością otrzewnej – projekt autorstwa prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Zegarskiego i dr. n. med. Macieja Nowackiego z Kliniki Chirurgii Onkologicznej Collegium Medicum UMK znalazł się w dziesiątce innowacyjnych projektów zakwalifikowanych do II etapu konkursu Złoty Skalpel 2017.

25 października 2017 r. odbyła się uroczysta gala, podczas której ogłoszono wyniki konkursu na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia – Złoty Skalpel 2017.

Pismo medyczne „Puls Medycyny” od 2008 roku organizuje coroczny konkurs na wybitnego innowatora w polskiej ochronie zdrowia – Złoty Skalpel. Do udziału zapraszane są pojedyncze osoby, zespoły badawcze, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, organizacje, gminy i wszystkie inne instytucje, które w danym roku wniosły



Laureaci Złotego Skalpela 2017, fot. O. Rainka, Puls Medycyny

nową jakość do opieki medycznej w Polsce. Spośród nadesłanych projektów jury powołane przez organizatora konkursu wybiera jedno wiodące udoskonalenie, które otrzymuje honorowy tytuł Złoty Skalpel. Preferowane są w szczególności: wynalezienie nowej metody diagno-

stycznej lub terapeutycznej, opracowanie nowej strategii związanej z organizacją i zarządzaniem w ochronie zdrowia, unowocześnienie polskiego systemu opieki zdrowotnej poprzez implementację innowacyjnych rozwiązań.

Dział Promocji i Informacji CM

Nowa profesura: Jakub Kałużny

Decyzją Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy 15 września 2017 r. tytuł profesora nauk medycznych otrzymał prof. dr. hab. n. med. Jakub Kałużny, Kierownik Zakładu Biologii Układu Wzrokowego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK. Uroczystość odbyła się 26 października 2017 r. w Pałacu Prezydenckim w Warszawie.

Prof. dr. hab. n. med. Jakub Kałużny w 1994 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Bydgoszczy, w 1997 r. zrealizował specjalizację I stopnia, a w 2000 r. – II stopnia z okulistyki. Stopień doktora uzyskał w 2000 r., a doktora habilitowanego – w 2008 r. W latach 1994-1995 był asystentem stażystą w Zakładzie Biochemii Klinicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy, w latach 1995-2001 – asystentem w Kli-

nice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Bydgoszczy, a następnie – w Klinice Chorób Oczu Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Aktualnie kieruje Zakładem Biologii Układu Wzrokowego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UMK. Odbił staże zagraniczne w Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital in New York (1997), US Army Hospital in Heidelberg (1999) oraz New York Eye and Ear Infirmary (2005). Do osiągnięć zawodowych prof. dr. hab. n. med. Jakuba Kałużnego należą m.in. udział w pracach pierwszego na świecie zespołu badającego zastosowanie Spektralnej Optycznej Tomografii Koherentnej w diagnostyce okulistycznej (2000-2006). Naukowiec ma na swoim koncie wiele nagród i wyróżnień, m.in. wyróżnienie w uznaniu szczególnych wartości rozprawy doktorskiej (2001) oraz Indywidualną Nagrodę Rektora II stopnia za



Prof. dr. hab. Jakub Kałużny

działalność naukową (2002). Jest autorem lub współautorem kilkudziesięciu prac naukowych publikowanych w czasopiśmie polskich i zagranicznych.

Dział Promocji i Informacji CM

Nowy kierownik: Grzegorz Grześk

Z dniem 1 października 2017 r. prof. dr hab. Grzegorz Grześk został powołany na Kierownika II Katedry Kardiologii i Kliniki Kardiologii.

Prof. dr hab. Grzegorz Grześk jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny nadała mu w 1998 r. Rada Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy na podstawie rozprawy doktorskiej pt. „Rola śródbłonna naczyniowego w modulującym działaniu pirogenów na opór naczyniowy”, a stopień doktora habilitowanego – w roku 2009 Rada Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Modulujące działanie aktywatora fosfolipazy C na reakcje naczyń poddanych działaniu lipopolisacharydów, nitroprusydku sodowego i 8Br-cGMP”.

Profesor Grzegorz Grześk, po ukończeniu studiów w 1995 roku, rozpoczął pracę na Wydziale Lekarskim w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Terapii w swojej macierzystej uczelni na etacie asystenta-stażysty. Staż podyplomowy odbył w Wojewódzkim Szpitalu im. J. Bizuela w Bydgoszczy. W tym samym czasie podjął pracę w Katedrze i Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych obecnego Collegium Medicum UMK. Pracując w Katedrze i Zakładzie Farmakologii i Terapii był zatrudniony na stanowisku asystenta, następnie od 1998 roku – adiunkta.

W 1998 roku uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, w 2002 roku specjalizację II stopnia. W 2006 roku ukończył specjalizację w zakresie kardiologii oraz uzyskał certyfikat „European Cardiologist”. W roku 2010 zakończył szkolenie specjalizacyjne



Prof. dr hab. Grzegorz Grześk (po prawej) z dyrektorem Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, dr Jackiem Krysiem

w zakresie farmakologii klinicznej. Od 2009 roku do 30 września 2017 roku pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Farmakologii i Terapii.

Tematyka badawcza Profesora koncentruje się wokół zagadnień na styku kierunkowych specjalizacji, czyli kardiologii, farmakologii klinicznej oraz chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem badań eksperymentalnych. Działalność dydaktyczną rozpoczął w roku 1995 w Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Prowadzi zajęcia dydaktyczne (wykłady, seminaria, ćwiczenia) dla studentów Wydziału Lekarskiego, Wydziału Farmaceutycznego oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu. Od roku 1998 prowadził zajęcia w ramach szkolenia podyplomowego dla diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów oraz lekarzy w zakresie farmakologii klinicznej, toksykologii leków, farmacji szpitalnej i aptecznej. Od 2001 roku prowadzi zajęcia dla lekarzy specjalizujących się w zakresie chorób wewnętrznych, a od 2003 roku w zakresie kardiologii.

Profesor Grzegorz Grześk wypromował 6 doktorów nauk medycznych i pod Jego kierunkiem tytuł magistra uzyskało 12 studentów, był recenzentem 9 prac

doktorskich oraz 40 prac magisterskich, jest opiekunem specjalizacji w zakresie kardiologii, a także bierze udział w lekarskich egzaminach specjalizacyjnych w zakresie chorób wewnętrznych oraz kardiologii. Współpracował z Faculty of Pharmaceutical Medicine (Education Department at the Royal College of Physicians), dzięki czemu uzyskał w 2010 roku uprawnienia do prowadzenia stażów kierunkowych w zakresie farmakologii klinicznej w ramach szkolenia specjalizacyjnego w zakresie Pharmaceutical Medicine.

Profesor Grzegorz Grześk w kadencji 2012-2016 pełnił obowiązki prodziekana ds. studenckich Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK oraz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmakologii klinicznej dla województwa kujawsko-pomorskiego, jest członkiem towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (w kadencji 2013-2015 pełnił funkcję przewodniczącego oddziału bydgoskiego), Towarzystwa Internistów Polskich, European Society for Clinical Investigation, European Society of Cardiology.

oprac. Monika Kubiak

Nagroda im. Profesora Feliksa Wąsika

Dr n. med. Małgorzata Maj, adiunkt w Zakładzie Inżynierii Tkankowej w Katedrze Urologii Collegium Medicum UMK otrzymała prestiżową Nagrodę im. Profesora Feliksa Wąsika. Nagroda przyznawana jest za najlepszą pracę z onkologii dermatologicznej opublikowaną przez polskiego badacza.

Nagroda, która przyznawana jest co roku od 2003 r., została przyznana na

uroczystym posiedzeniu szkoleniowo-naukowym Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, które odbyło się w Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Nagrodzona praca pt. „Anti-proliferative and cytotoxic activity of rosuvastatin against melanoma cells”, opublikowana w czasopiśmie „Advances in Dermatology and Allergology”, dotyczy analizy przeciwczerśniakowej aktywności rosuwastatyny. Wykazano, iż pomimo braku

bezpośredniego działania cytotoksycznego, lek w zakresie stężeń osiągniętych w surowicy przy standardowym dawkowaniu obniża zdolność do migracji i inwazyjność komórek nowotworowych.

Wyróżniona publikacja jest wynikiem współpracy dr n. med. Małgorzaty Maj z Katedrą Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii kierowaną przez dr. hab. n. med. Rafała Czajkowskiego, prof. UMK.

Dział Promocji i Informacji CM

Zwierzęta księcia Williama

Wojciech Szczęsny

Jakiś czas temu książę William, wnuk Elżbiety II, wyartykułował myśl, że ludzi na świecie jest za dużo. Ma to jego zdaniem, przełożenie na wymieranie zwierząt i ogólną degradację środowiska naturalnego.

Od razu powiem, że całkowicie zgadzam się z tym, co powiedział przyszedłszy król Albionu. Jest jedno ale. Sam książę i jego żona, nie są najlepszym przykładem zamiany słów w czyn. Spodziewają się trzeciego potomka. A może również i czwartego. Jak donosi prasa bulwarowa, będą bliźniaki. Jest tam również polski ślad! Podobnież owo dziecko (dzieci), zostało spółdzone w czasie wizyty pary książęcej w Polsce. Jeśli potwierdzi się wersja ciąży mnogiej (w chwili gdy piszę te słowa, Pałac Buckingham wciąż milczy), będą to drugie bliźniaki w dziejach monarchii angielskiej. Poprzednie urodziły się w XIV wieku, a wiadomość o tym gruchnęła dopiero po rozwiązaniu. W owym czasie bowiem jedynymi emiterami ultradźwięków na wyspach były nietoperze. Troje czy czworo to zawsze liczna gromadka i choć zapewne Kate i Williama stać na nawet wychowanie całego przedszkola, nie dają, jak wspomniano, dobrego przykładu.

Zastanówmy się nad słowami księcia. Wzbudziły one żywą dyskusję wśród kilku moich „znajomych” na FB. Kilka osób radiło, aby zaczął sam od siebie. Nie wiem czy miałbym używać środków antykoncepcyjnych, czy czynnie wyeliminować swoje potomstwo. Jako że pisali to katolicy, wykluczam w zasadzie obie możliwości. Wiadomo bowiem, że nie wolno używać wspomnianych środków, z wyjątkiem obliczeń dotyczących cyklu i/lub lepkości śluzu. Nawet tych, które nie dopuszczają do zapłodnienia komórki jajowej, czyli dokładnie to, co czyni ów „kalendarzyk”. Odbylem ongi rozmowę ze znaną bydgoską „obrończynią życia” i katechetką zarazem, na ten temat. Odpowiedziała mi, że używanie prezerwatywy czyni z kobiety przedmiot. Wyznałem jej wówczas, że znam kobiety (również osobiście), które czerpią, jak mi się zdaje przyjemność z zakładania mężczyźnie prezerwatywy i nie czują się w żadnym stopniu uprzedmiotowione. Odpowiedziała wówczas, że takie jest nauczanie Jana Pawła II, który w owym czasie zasiadał na Stolicy Piotrowej. Dziwne, że wszystkie religie mają

prawdziwego hopla na punkcie seksu. W przypadku tych odmian, które przewidują (teoretycznie) wstrzemięźliwość seksualną, jest to zrozumiałe. Każdy wie o czym mówię. Jednak i te nurty, gdzie kałplan czy jakkolwiek nazywany łącznik ze światem transcendencji, ma swobodę seksualną również, zazwyczaj normalne wydawałoby się zachowania, budzą sprzeciw. Generalnie jeden z 5000 bogów, duchów, diabłów czy innych bytów czczonych przez dany kościół, zazwyczaj nakazuje nieomal nieograniczone niczym rozmnażanie. O ile w tej materii mogą jeszcze między nienawidzącymi się religiami powstać jakieś różnice, następny problem jest tożsamy. Człowiek z nakazu wspomnianych sił wyższych, jest zawsze numerem jeden na planecie, a wszystko ma mu służyć. Gwoli sprawiedliwości, jest może kilka kultów bardziej szanujących braci mniejszych i w ogóle przyrodę, lecz liczba wyznawców jest mała i toutes proportions gardées, odpowiada liczbie wegan na marszu Młodzieży Wszechpolskiej.

Kiedy chodziłem do szkoły podstawowej, uczono mnie, że na Ziemi zamieszkuje około czterech miliardów ludzi. Dziś jest ich prawie dwa razy tyle. Przed okresem rozwoju nowoczesnej medycyny, który możemy datować na koniec XVIII wieku, kiedy wprowadzono szczepienia i pewne zasady higieny, zwierzęta z gatunku Homo sapiens rozmnażały się tak, jak ich pobratymcy nie grający Mozarta i nie piszący poezji. Minął pewien czas, gdy homunkulusa Nikolasa Hartsoekera zastąpiła embriologia, a człowiek dowiedział się jak można zapanować nad swoim rozrodem. Od razu jednak pojawili się dziwnie ubierający się panowie (jedni w pióra i kolorowe szatki, inni w sutanny) i stwierdzili, że człowiek nie może bawić się w boga chrześcijan, Mzimu, Potwora z Gór oraz inne byty, zapewniające nam przyście na świat i szczęśliwy na nim pobyt. Wara od tego. W świecie chrześcijan pieczęć przyłożył Paweł VI, ogłaszając ex cathedra, że pigułka antykoncepcyjna jest zła. Później, do listy doszły jeszcze środki zapobiegające zapłodnieniu w ogóle, jak na przykład, wspomniana w owej rozmowie sprzed lat, prezerwatywa. Oczywiście spora część ludzkości, delikatnie rzecz ujmując, nie zwraca uwagi na owe encykliki, nakazy „świętych” ksiąg i pouczenia słowne. Rynek środków antykoncepcyjnych ma się

znakomicie. Mimo tego ludzi przybywa. Zwłaszcza tam, gdzie jest bieda. Nie ma lepszego środka antykoncepcyjnego niż bogactwo i życie związane z pracą, nauką i kształceniem się. Większość religii widzi kobietę w kuchni, jako reproduktorkę, a później babcię pomagającą wychowywać gromadę wnuków. Wiele kobiet powiedziało i mówi nadal „nie”, teorii „Kinder, Küche, Kirche”. Kobieta może i ma prawo kierować swoją płodnością według opinii jej i jej partnera, a nie bajek zaczerpniętych ze świętych ksiąg.

Część naukowców twierdzi, że nasza planeta pomieści jeszcze kilka miliardów ludzi. Oczywiście, że pomieści. Obliczono, że cała ludzkość zmieściłaby się na obszarze Teksasu, gdyby gęstość zaludnienia tego stanu była taka, jak w Nowym Jorku. Jeśli dziewięć miliardów ludzi będzie zamieszkiwało sześć kontynentów, to gęstość zaludnienia świata ustali się na poziomie tylko nieco wyższym, niż pół dzisiejszej gęstości zaludnienia Francji. Czy obecna Francja jest przeludniona? Poza tym nowe techniki rolnicze i biotechnologiczne zwiększą produkcję żywności. Czy zatem możemy spać spokojnie? Chyba jednak nie. Otóż, jeśli spojrzemy na globus i mapy, szybko okaże się, że 2/3 globu to morza i oceany. Między bajki włożmy pomysły mieszkania na morskim dnie. Odpadają też okolicie biegunów, pustynie, jeziora, rzeki, bagna. To po pierwsze. Rozwiązaniem problemu jest masowa wycinka dżungli, lasów deszczowych i innych siedlisk zwierząt, aby wyżywić i dać przestrzeń owym miliardom zwierzątek chodzących czasami do filharmonii. Nikt poza, jak to określa Tadeusz Rydzyk i minister



Dr Wojciech Szczęsny

Szyszko „ekoterrorystami” nie przejmując się losem zwierząt. Zdaniem pana Szyszko to wielbicieli Szatana. Ginie populacja tygrysów, orangutanów i innych zwierząt. Handel zwierzętami jest czymś tak strasznym, że nawet nie chcę o tym pisać. Grozi on całkowitą zagładą gatunków dla zaspokojenia najniższych instynktów ludzi. Z winy człowieka wyginęły już liczne grupy zwierząt, a los innych jest przesądzony w przeciągu jeszcze naszego życia. Ale zwierzęta nie idą do nieba i nie mają świętych ksiąg. No i nie mają duszy. Nie trzeba o nie tak dbać, bo księgi nakazały rozmnażać się ludziom, a nie przykładowo niedźwiedziom polarnym. Tak więc ludzie skupiają się w miastach. Prawdopodobnie migracje owe nasiliły się w związku ze zmianami klimatycznymi. Ocenia się, że niebawem w takich miastach jak Dhaka czy Kinsza wkrótce będzie mieszkało po 35 mln ludzi, czyli w każdym, niewiele mniej niż

w całej Polsce. Nie będą oni zamieszkiwali domów, tylko slumsy bez wody i ubikacji. Jeśli dziś, każdy mieszkaniec naszej planety chciałby żyć tak, jak przeciętny obywatel USA, pod względem zasobów potrzebowałibyśmy trzy Ziemie. Większość ludzi żyje gorzej niż koty i psy w Nowym Jorku. Żyją jak zwierzęta w całym znaczeniu tego słowa. Dosłownym i przenośnym. Taka sytuacja stanie się zarzewiem ruchów rewolucyjno-roszczeniowych. Jared Diamond w książce „Upadek” twierdzi, że ludobójcze masakry z roku 1994, które kosztowały życie 800 tys. Rwandyńczyków, były wynikiem nie tylko nienawiści plemiennych, lecz przede wszystkim przełudnienia. Teoria odważna, lecz mająca całkiem solidne podstawy.

Nie uciekniemy przed prawami natury. Już powoli daje ona o sobie znać za pomocą powodzi, huraganów i podobnych zjawisk, których skala i zasięg są

coraz większe. Także w Polsce. To efekt działalności człowieka. Oczywiście, są tacy, którzy uważają, że ziemia jest płaska, szczepionki szkodzą, a człowiek został stworzony 6 tys. lat temu i widywał, jak mawiają w Krakowie, „na polu” dinozaury. Głupich nie sieją. „Podlewają” ich tuż intelektualne typu Trump. Wiele cennych inicjatyw jest blokowanych z powodu interesów grup nacisku czy lobby węglowego. Przykładów aż za wiele w Polsce. Jeśli się nie opamiętamy, najpierw zginą zwierzęta i lasy. Później my. Przedtem będą wojny biednych z bogatymi, o wodę i zasoby ziemi. W klasycznych filmach akcji, zły charakter albo dyktator ucieka helikopterem, z dachu zajmowanego przez rebeliantów budynku. Tym razem nie będzie dokąd, a śmierć od kuli być może będzie wybawieniem.

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

Podstępna choroba Hashimoto

Adrianna Maliszewska, Katarzyna Banaszczyk

Choroby autoimmunologiczne stanowią coraz częstszy i poważniejszy problem współczesnego społeczeństwa. Jedną z takich chorób jest przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy nazywane również chorobą Hashimoto. Przez ostatnie lata zachorowalność na tę chorobę ciągle wzrasta, dlatego warto pochylić się nad nią i przybliżyć sobie jej charakterystykę.

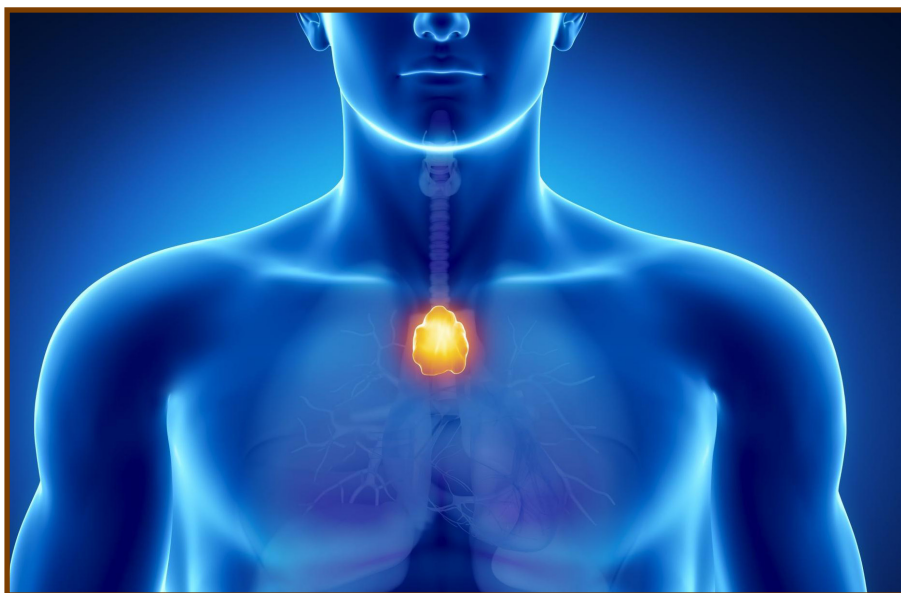
Teraz kilka słów o historii tego schorzenia. Klasyczny obraz choroby przebiegający z wolem został opisany w Berlinie w 1912 roku przez japońskiego chirurga Hakaru Hashimoto, który w swojej pracy przedstawił czworo pacjentów z zabu-

rzeniami funkcji tarczycy, które nazwał wolem limfatycznym (struma lymphomatosa). W latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia wykazano występowanie uwarunkowań genetycznych powstawania zmian chorobowych, a w latach osiemdziesiątych wskazano peroksydazę tarczycową (TPO) jako najistotniejszy antygen w reakcji autoimmunologicznej.

Na samym początku powiedzmy sobie parę słów na temat anatomii i fizjologii gruczołu tarczowego, by lepiej zrozumieć istotę omawianego problemu. Tarczyca to nieparzysty gruczoł wydzielania wewnętrznego, który przylega do tchawicy tuż poniżej krtani. Zbudowany jest

z dwóch płatów oraz łączącej je wężyny (cieśni). Płat prawy jest nieco większy od lewego. Czasami występuje również dodatkowy płat zwany płatem piramidowym (pozostałość przewodu tarczowo-językowego). Tarczyca jest narządem bardzo dobrze ukrwionym. Komórki tarczycy (komórki pęcherzykowe) układają się w pęcherzyki wypełnione koloidem, którego głównym białkiem jest tyreoglobulina. Jest ona rusztowaniem, na którym atomy jodu są wprowadzane do cząsteczek tyrozyny oraz pełni rolę magazynu dla hormonów tarczycy. Pomiędzy pęcherzykami znajdują się komórki C, które odpowiadają za produkcję kalcytoniny.

Tarczyca produkuje następujące hormony: trijodotyroninę (T3) i tetrajodotyroninę (tyroksynę, T4). Tyroksyna stanowi 85% produkcji hormonalnej gruczołu i pełni rolę prohormonu, bowiem na obwodzie dochodzi do jej przekształcenia (na drodze dejodynacji) do trijodotyroniny (T3) – głównego, aktywnego hormonu. Synteza i wydzielanie hormonów tarczycy jest regulowane przez przysadkę, która wydziela hormon tyreotropowy – TSH. Hormony tarczycy kontrolują metabolizm większości tkanek organizmu, receptory dla nich znajdują się praktycznie we wszystkich komórkach. Stymulują rozwój i wzrost organizmu, wzmagają procesy przemiany materii i energii, mają istotne znaczenie dla rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, stymulują termogenezę.



<http://i.wpimg.pl>

Choroba Hashimoto to najczęstszy typ zapalenia tarczycy oraz najczęstsza przyczyna niedoczynności tego narządu w każdej grupie wiekowej, również u dzieci. Największą zachorowalność obserwujemy między 45 a 65 rokiem życia, choć coraz powszechniejsze są zachorowania wśród osób młodszych. Kobiety chorują około 10-20-krotnie częściej niż mężczyźni, co sugeruje udział estrogenów w patogenezie tej choroby (podobnie jak i w innych chorobach autoimmunologicznych).

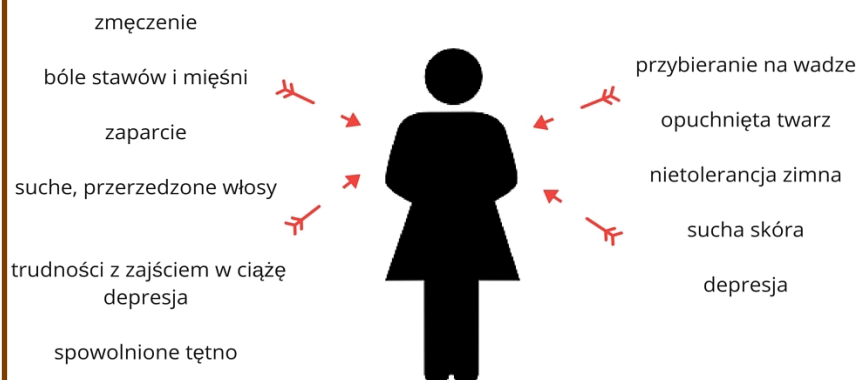
Kluczową rolę w rozwoju tej choroby stanowią zaburzenia odpowiedzi immunologicznej, dochodzi bowiem do utraty tolerancji na własne antygeny tkankowe. W organizmie pojawiają się w wysokim stężeniu przeciwciała przeciwko tyreoglobulinie (glikoproteinie produkowanej przez komórki pęcherzykowe tarczycy) i przeciwko tyreoperoksydazie (enzymowi uczestniczącemu w syntezie hormonów tarczycy). Zjawiska immunologiczne zależą przede wszystkim od limfocytów Th1, a zwiększona aktywność cytotoksycznych limfocytów T odpowiada za niszczenie komórek pęcherzykowych tarczycy. Zwiększona jest produkcja cytokin prozapalnych takich jak IL-2, IL-6, czynnik martwicy nowotworów, co prowadzi do apoptozy (czyli zaprogramowanej śmierci komórki) komórek nabłonka tarczycy (tyreocytów).

W patogenezie choroby Hashimoto ogromne znaczenie odgrywają czynniki genetyczne. U 50% krewnych I stopnia pacjentów z chorobą Hashimoto, można stwierdzić podwyższone stężenia przeciwciał przeciw tarczycy w surowicy. Badania wykazały, że polimorfizm genu CLTA-4 jest istotnym czynnikiem genetycznym predysponującym do wystąpienia choroby.

Czynnikiem ryzyka jest również m. in. nadmiar jodu, leczenie jodem radioaktywnym oraz niedobór selenu. Również niektóre leki mogą przyczynić się do powstania przeciwciał, m.in.: amiodaron (lek antyarytmiczny), sole litu, interferon alfa (powszechnie stosowany w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby). Niektóre badania wskazują na związek niskiego stężenia witaminy D i częstszego występowania autoimmunologicznego zapalenia tarczycy w grupie kobiet przed menopauzą. Rolę w etiopatogenezie przewlekłego limfocytarnego zapalenia tarczycy przypisywano chorobom infekcyjnym, głównie wirusom. Mechanizm może polegać na podobieństwie antygenów wirusowych do antygenów tarczycy i zaistnienia zjawiska reakcji krzyżowej.

Niedoczynność tarczycy

wygląda tak:



<http://www.towsrodku.pl>

Pacjenci z chorobą Hashimoto przez długi czas mogą być bezobjawowi. W pierwszej fazie choroby stężenie hormonów tarczycy w surowicy jest jeszcze prawidłowe. W kolejnym, drugim etapie, na drodze zniszczenia miąższu tarczycy przez komórki cytotoksyczne dochodzi do uwolnienia nadmiaru hormonów zmagazynowanych w narządzie, jednak najczęściej objawy kliniczne nadczynności nie występują (nadczynność subkliniczna). Poziom przeciwciał jest już istotnie podwyższony. Etap trzeci charakteryzuje się przejściem do subklinicznej niedoczynności tarczycy. Dopiero etap czwarty niesie ze sobą jawną niedoczynność z obniżonym poziomem hormonów tarczycowych we krwi. Na początku choroby tarczyca może być powiększona (występuje wole). Choroba Hashimoto jest jedną z najczęstszych przyczyn powiększenia tarczycy. Mogą temu towarzyszyć klasyczne objawy uciskowe m. in.: utrudnienie oddychania, problemy z przełykaniem, kaszel. W trakcie dalszego przebiegu choroby, tarczyca staje się coraz mniejsza, mogą również pojawiać się zmiany guzkowe.

Czas trwania poszczególnych etapów jest zmienny, jednak zazwyczaj pacjenci diagnozowani są dopiero po kilku latach trwania choroby, w fazie jawnej niedoczynności tarczycy. Jakie objawy stają się wówczas niepokojące?

Chorzy zaczynają skarżyć się na zmęczenie, pogorszenie tolerancji wysiłku, przyrost masy ciała, senność, zmniejszoną koncentrację, uczucie zimna, zaparcia. U kobiet mogą wystąpić zaburzenia miesiączkowania, u mężczyzn zaś osłabione libido i zaburzenia wzwodu. Skóra pacjentów jest sucha, a włosy stają się łamliwe. Ze strony układu krążenia często obserwujemy zwolnienie akcji

serca, a czasem powiększenie jego sylwetki. Zwraca uwagę również ochrypły, matowy głos (na skutek pogrubienia strun głosowych). W chorobie Hashimoto często występują zaburzenia nastroju i skłonności depresyjne.

Jak rozpoznajemy chorobę Hashimoto? Ze względu na brak specyficznych objawów opieramy się na badaniach laboratoryjnych. W przypadku jawnej niedoczynności tarczycy nieprawidłowe są badania hormonalne: podwyższony poziom hormonu tyreotropowego (TSH), obniżony wolnej tyroksyny (FT4), a w bardzo zaawansowanym stadium również wolnej trijodotyroniny (FT3). Możliwe jest również prawidłowe stężenie wolnej tyroksyny przy podniesionym poziomie TSH – w fazie subklinicznej niedoczynności tarczycy. W momencie rozpoznania niedoczynności tarczycy, ważne jest potwierdzenie jej autoimmunologicznego podłoża. W tym celu we krwi poszukujemy przeciwciał przeciw tarczycy: anty-TPO i anty-TG. Ich zwiększone stężenie jest charakterystyczne dla choroby Hashimoto. W badaniach laboratoryjnych naszą uwagę może zwrócić również podwyższony poziom cholesterolu i niedokrwistość.

Badaniem uzupełniającym jest USG tarczycy. Typowy obraz obejmuje obniżenie echogeniczności miąższu narządu, czego przyczyną jest zastąpienie struktury pęcherzykowej przez nacieki limfocytarne. W zależności od stopnia włóknienia tarczycy, możemy obserwować różnie nasiloną niejednorodność, związaną z obecnością włókien kolagenowych. Obrisy gruczołu są zatarte. Badanie dopplerowskie wskazuje na wzmożenie przepływu naczyniowego w tarczycy. U ponad 60% badanych

stwierdza się odczynowe powiększenie regionalnych węzłów chłonnych.

W chwili obecnej leczenie choroby Hashimoto ogranicza się do leczenia niedoczynności tarczycy spowodowanej przez chorobę. Polega na substytucji hormonu tarczycy – lewotyroksyny. Substytucję stosuje się także w przypadku subklinicznej niedoczynności tarczycy w ciąży, cukrzycy oraz gdy występuje choroba tarczycy w wywiadzie lub gdy $TSH > 10 mIU/l$. Warto zaznaczyć potrzebę wyrównania czynności tarczycy przed planowaną ciążą lub podczas ciąży, należy jednak dodać, że optymalna suplementacja lewotyroksyny oraz kontrola TSH jest wystarczającą metodą leczenia, pozwalającą na uniknięcie ryzyka komplikacji ciąży z powodu niedoczynności tarczycy.

W ostatnim czasie dużo mówi się o diecie stosowanej w Hashimoto. Dieta powinna być dodatkiem do farmakoterapii i mieć na celu dostarczenie składników niezbędnych do syntezy hormonów tarczycy, spowolnienie procesu zapalnego w chorobie Hashimoto, zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób współistniejących oraz dzięki odpowiedniemu zbilansowaniu, także poprawę ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta. Kluczowa jest odpowiednia podaż minerałów takich jak: jod, żelazo, cynk, witamina D, B12, a także selen, na co zwrócono szczególną uwagę w badaniach prowadzonych w latach 90. Tarczyca jest narządem, w którym koncentracja selenu jest największa. Pierwiastek ten wchodzi w skład centrum aktywnego wielu enzymów-selenoprotein, biorących udział w metabolizmie hormonów tarczycy. Należy jednak dodać, że prawidłowe działanie selenu zachodzi przy odpowiedniej podaży jodu. Oba pierwiastki wzajemnie modyfikują swoją aktywność wpływając na czynność tarczycy. Niedobór selenu,

a także jodu może implikować zmiany morfologiczne tkanki tarczycowej. Co więcej, selen jest pierwiastkiem, który bierze udział w konwersji tyroksyny w aktywny hormon, niezbędny w ogólnoustrojowym metabolizmie komórkowym. Dodatkowo uczestniczy także w budowie enzymu – peroksydazy glutationowej – wykazującej właściwości antyoksydacyjne. Enzym ten zapewnia ochronę tarczycy przed szkodliwym działaniem nadtlenu wodoru czy reaktywnych form tlenu. Niedobór selenu może z tego powodu torować oksydacyjne uszkodzenie struktury tarczycy, a także może być jednym z czynników odpowiedzialnych za powstanie autoimmunologicznego zapalenia tarczycy. Należy jednak zaznaczyć, że sam pierwiastek usprawnia funkcjonowanie systemu odpornościowego i ogranicza aktywność zapalną, ale nie może odpowiadać za całkowite ustąpienie choroby. Do najbogatszych źródeł selenu w pożywieniu należą ryby (tuńczyk, dorsz, halibut, sardynki), jaja, grzyby, mleko i jego przetwory. W produktach pochodzenia roślinnego znamionna ilość selenu występuje w czosnku i grzybach, natomiast najbogatszym źródłem selenu ($1917 \mu g/100 g$) są orzechy brazylijskie.

Bardzo ważne jest także zachowanie racjonalności w diecie. Niewskazana jest restrykcja tłuszczu czy białek, a wręcz wskazany jest udział spożycia białka nawet do 25% oraz wzrost podaży zwłaszcza nienasyconych tłuszczów omega-3. Warto także pamiętać o korzyściach związanych ze wzrostu udziału w diecie węglowodanów złożonych, kosztem węglowodanów prostych oraz regularnych 4-5 posiłków dziennie, które to wspomagają utrzymanie optymalnego tempa przemiany materii oraz gospodarki lipidowo-węglowodanowej organizmu.

Z racji podłoża genetycznego choroby Hashimoto nie ma określonej drogi zapobiegania rozwojowi choroby. Z powodu braku skutecznego leczenia przyczynowego, choroba Hashimoto zwykle prowadzi do trwałej niedoczynności tarczycy. Bardzo rzadko zapalenie prowadzi do transformacji w pierwotnego chłoniaka tarczycy czy raka brodawkowatego tarczycy. Wciąż kontrowersyjnym tematem pozostaje encefalopatia Hashimoto rozwijająca się u osób z chorobą Hashimoto. Objawy mogą manifestować się w postaci upośledzenia czynności wyższych, zmian zachowania, halucynacji, mioklonii, drżeń, ataksji czy incydentów mogących sugerować udar mózgu. Charakterystyczną cechą jest pozytywny efekt działania glikokortykosterydów stosowanych w przebiegu owej encefalopatii.

Choroba Hashimoto mimo wzrastającej powszechności, możliwości wczesnego wykrycia oraz leczenia objawowego, wciąż skrywa pewną niewiadomą dotyczącą przyczyny oraz inicjacji jej powstania w organizmie. Wiąże się z tym brak możliwości leczenia przyczynowego, które mogłoby dać szansę na powstrzymanie rozwoju procesu autoimmunologicznego i związanych z nim konsekwencji. Leczeniem z wyboru w chorobie Hashimoto wciąż pozostaje substytucja lewotyroksyną, która odpowiednio dobrana, wystarczająco zabezpiecza przed objawami i skutkami powstającej z powodu choroby, niedoczynności tarczycy. Mamy nadzieję, że intensywne badania naukowe i ciągły rozwój medycyny, przyniesie w końcu przełom w wiedzy na temat chorób autoimmunologicznych, w tym choroby Hashimoto.

Bibliografia u autorów.

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

Zdrowie mężczyzny

Zbigniew Wolski

Co to znaczy zdrowie?

Najprostszą definicją zdrowia jest określenie zdrowia jako stanu wolnego od choroby i niepełnosprawności.

W 2012 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) znacznie poszerzyła tą definicję. „Zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określenia

i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmian środowiska bądź radzenia sobie z nim”.

Takie określenie całościowe, holistyczne zdrowia i funkcjonowania każdego człowieka zwraca uwagę na to, że powinniśmy nie tylko rozpoznawać i leczyć stany chorobowe, ale i zapobiegać ich powstawaniu, jak również wzmacniać nasze siły witalne przez zachowania prozdrowotne, tj. odpowiednie odżywianie

nie, aktywność fizyczną, właściwe radzenie sobie ze stresem i emocjami.

W tym zakresie, definicja zdrowia i działania prozdrowotne są wspólne zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet.

Jednakże pomimo równego dostępu dla obu płci do wszelkich działań poprawiających zdrowie, obserwuje się na całym świecie zwiększoną umieralność mężczyzn i ich krótsze życie, w porównaniu z kobietami.

W Polsce w 2015 roku przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 73,6 roku i była o 8 lat krótsza od kobiet (81,6 lat), przy czym różnica ta była podobna dla mieszkańców wsi i miast. W innych krajach europejskich różnica ta wynosi 3 lata.

Pomimo systematycznego, od 1992 roku, spadku liczby zgonów we wszystkich grupach wiekowych nadal utrzymuje się nadumieralność mężczyzn w naszym kraju.

Współczynnik zgonów w 2013 roku u mężczyzn był wyraźnie wyższy i wynosił 10,4% gdy u kobiet - 8,7%. W wieku poniżej 60 lat współczynnik ten jest jeszcze bardziej niekorzystny dla mężczyzn, a w wieku powyżej 60 roku życia, różnica zmniejsza się.

W porównaniu z innymi krajami zachodniej Europy Polak żyje przeciętnie o 6,3 roku krócej, a kobiety o 2,7 roku. Pojawia się w ciągu ostatnich 10 lat korzystna tendencja, która spowodowała poprawę przeżyć o 1,5 roku. Istnieje więc pilna potrzeba wzmocnienia działań, mających na celu poprawę zdrowotności i przedłużenia życia u polskich mężczyzn.

Można to osiągnąć dzięki działalności: edukacyjnym, prozdrowotnym, wcześniejszym wykrywaniu i odpowiednim oraz skutecznym leczeniu chorób specyficznych dla mężczyzn.

Biorąc pod uwagę szeroko pojęte zdrowie jako dobrostan we wszystkich zakresach naszego życia należy dążyć również do poprawy jakości życia mężczyzn, a tym samym ich partnerek i rodzin. Na jakość życia składają się nie tylko brak chorób, kalectw lub ich opanowanie, ale również zadowolenie z życia osobistego, rodzinnego, w tym seksualnego, a to w tym aspekcie ma istotny związek z chorobami i zaburzeniami narządów układu moczowo-płciowego.

Choroby te są najbardziej specyficzne dla mężczyzn i często potocznie nazywane chorobami „urologicznymi”.

Lekarz specjalista urolog jest bowiem najbardziej predysponowanym lekarzem do zapobiegania, rozpoznania i leczenia tych chorób, dzięki swojemu wykształceniu i doświadczeniu zawodowemu.

Lekarze urodzili w Polsce kształceni są wg zasad i programów Europejskiej Rady Urologii zapewniających im wykształcenie na poziomie porównywalnym do lekarzy w innych krajach zachodnich gdzie wskaźniki dotyczące zdrowia i życia mężczyzn są korzystniejsze.

Co to znaczy „zdrowie mężczyzn”?



<https://st2.depositphotos.com>

Stan dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego mężczyzn, jakim obecnie definiuje się **zdrowie**, z powodu uwarunkowań anatomicznych, psychicznych i społecznych, jest inny niż u kobiet.

Zdrowie u mężczyzn określa się jako stan bez chorób i zaburzeń występujących tylko u płci męskiej lub spotykanych częściej, czy też w większym nasileniu, lub dla których czynniki ryzyka są inne niż u kobiet. Do pojęcia „zdrowie mężczyzn” zalicza się również stany, które u mężczyzn wymagają innego postępowania niż u kobiet.

Różnice w określeniu „zdrowie mężczyzn” wynikają więc nie tylko ze specyfiki budowy ciała, stanów chorobowych i zaburzeń czynności narządów układu moczowo-płciowego innych dla obu płci, ale też związanych z różnymi czynnikami ryzyka, nasileniem występowania, czy też postępowaniem diagnostycznym i leczniczym.

Jednakże warto podkreślić, iż pomimo tych odrębności i specyficznego „męskiego” charakteru, mają one olbrzymi wpływ na płęć przeciwną oraz rodzinę.

Jakie są przyczyny większej umieralności mężczyzn?

W Polsce i na świecie, głównymi przyczynami zgonów u mężczyzn, są choroby układu sercowo-naczyniowego, które w 2012 roku odpowiadały w naszym kraju za 46% zgonów u obu płci. Jednak-

że u kobiet, są one częstszą przyczyną (51,7%), co wynika ze struktury wieku kobiet (dłuższa przeciętna życia).

W Polsce choroby nowotworowe odpowiadały za 27,5% wszystkich zgonów, przy spadku ich natężenia u młodych mężczyzn (0-44 lat) i starszych (44-59 lat) w ostatnich latach.

Jednakże umieralność z powodu nowotworów w Polsce, u osób powyżej 60. roku życia, pomimo spadku w ciągu ostatnich 10 lat, jest nadal wysoka, bo 5-krotnie wyższa, niż u osób poniżej 60. roku życia.

Należy podkreślić, iż właśnie u osób w wieku powyżej 60 lat, znacznie zwiększa się wykrywalność nowotworów narządów układu moczowo-płciowego, zwłaszcza u mężczyzn. Wynika to z faktu, iż narasta w tym przedziale wieku wykrywalność, drugiego po raku płuc, typowo męskiego nowotworu złośliwego, jakim jest rak gruczołu krokowego. Szansa na wykrycie raka stercza w ciągu życia mężczyzn wynosi aż 14-16%.

Kolejną różnicą między przyczynami zgonów mężczyzn i kobiet, są zgony z powodu czynników zewnętrznych (wypadki, urazy, zatrucia), które stanowiły, w 2012 roku 44% wszystkich zgonów u mężczyzn, a 21% u kobiet w Polsce.

Mężczyźni do 59. roku życia giną z tych powodów 6-krotnie częściej niż kobiety i jest to, aż sześć razy częstszą przyczyną niż w innych krajach Unii Europejskiej. Natomiast wskaźnik umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Polsce, jest o 89% wyższy

u mężczyzn i o 58% u kobiet wieku 25-64 lat, niż w krajach Unii Europejskiej.

Podobne wskaźniki są dla nowotworów, ale mniej niekorzystne dla Polski.

Co jest przyczyną tego, iż mężczyźni w Polsce żyją krócej niż kobiety?

Za skrócenie przeciętnej długości życia mężczyzn w Polsce i na świecie odpowiadają podobne czynniki. Są to bowiem przyczyny związane z biologią, środowiskiem, zawodem, zachowaniami, innymi niż spotykane są u kobiet.

I tak, organizm mężczyzny, nie posiada ważnego ochronnego działania hormonu żeńskiego estrogenu, który działa ochronnie u kobiet w przypadku chorób sercowo-naczyniowych. Hormonem dominującym u mężczyzn jest bowiem testosteron.

Mężczyźni są bardziej narażeni na wypadki, urazy komunikacyjne i te, związane z pracą zawodową, oraz sporty ekstremalnymi. Mężczyźni częściej niż kobiety stosują używki – palą tytoń, nadużywają alkoholu. W Polsce, w 2011 roku paliło tytoń 43% mężczyzn i 22% kobiet, a co drugi mężczyzna nadużywał alkoholu. Palenie tytoniu ma związek w 50% z ujawnieniem się raka pęcherza moczowego i w 25% raka nerki oraz poważny związek z zaburzeniami wzrodu prącia.

Nieszacowanym do końca problemem jest bierne palenie, które obserwuje się w domu u 47 % mężczyzn i u 52% kobiet, a w pracy podlega biernemu paleniu aż 55% mężczyzn i 27% kobiet. U nich też udowodniono zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory.

Niepokojącym jest, iż pomimo świadomości szkodliwości palenia, tylko 43% palących mężczyzn pragnie zaprzestać palenia, a podczas zbierania wywiadu chorobowego, tylko połowa palących przyznaje się do tego nałogu.

Złe nawyki żywieniowe, związane ze spożywaniem niedostatecznej ilości warzyw i owoców, brak aktywności fizycznej, są przyczynami chorób serca, nadciśnienia oraz nadwagi i otyłości.

U 17% mężczyzn w Polsce stwierdza się otyłość, co powoduje, że jesteśmy na 6 miejscu w Europie. U kobiet jest to 16%, co daje 9 miejsce.

Przykładem mniejszego zainteresowania własnym zdrowiem przez mężczyzn są nadal rzadziej wykonywane wizyty w gabinecie lekarza rodzinnego, pomimo iż to właśnie mężczyźni są bardziej podatni na choroby. W ciągu jednego roku, tylko 67% mężczyzn korzysta z porad lekarskich, w przeciwieństwie

do 75% kobiet. Jeszcze większe różnice na niekorzyść mężczyzn występują, gdy porównamy wizyty u lekarza specjalisty, wówczas ta różnica wynosi odpowiednio 31% i 51%.

Kolejnymi czynnikami wpływającymi na gorszy stan zdrowia mężczyzn niż kobiet jest unikanie badań okresowych, zwłaszcza w grupach zwiększonego ryzyka.

Tylko 1/3 mężczyzn z grup ryzyka wykonuje badanie poziomu sterczowego specyficznego antygenu (PSA), ważnego wyznacznika (markera) choroby nowotworowej w gruczole krokowym, a większość lekceważy pierwszy objaw choroby nowotworowej pęcherza i nerki, jakim jest krwiomocz.

Na choroby gruczołu krokowego powinni zwrócić uwagę, łatwe do zauważenia przez mężczyznę i partnerkę objawy, pod postacią częstomoczu nocnego i dziennego, parcia naglące na mocz, trudności w mikcjach.

O tym, jak ważne są te badania i objawy, niech świadczy fakt, że jedną czwartą (26%) wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce stanowią nowotwory narządów układu moczowo-płciowego.

Ważnym elementem działań profilaktycznych u mężczyzn są badania przesiewowe (skręning). Mają one na celu wykrycie wczesnych postaci często występujących chorób, które mogą prowadzić do śmierci - chorób serca, naczyń, nowotworów cukrzycy. Badania te mogą wykryć choroby we wczesnych stadiach, jeszcze przed ujawnieniem się objawów klinicznych, a tym samym doprowadzić do wyleczenia, poprawienia stanu zdrowia i tym samym do przedłużenia życia.

Mężczyźni odkładają zwykle wizyty u lekarza, aż do pojawienia się nasilonych objawów chorób, rzadziej niż kobiety badają się w celach profilaktycznych.

Wszystko to składa się na skrócenie średniego wieku życia mężczyzny bez choroby, w porównaniu ze spodziewanym przeżyciem. W naszych warunkach, przeciętny mężczyzna staje się chory fizycznie i mentalnie ok. 65. roku życia, aby przez następne 8-10 lat wymagać leczenia i opieki.

Do takiej oceny zdrowotności służy specjalny wskaźnik PYLL (Potential Years of Life Lost), który określa liczbę utraconych lat przez osobę, która umrze przedwcześnie, przed 75. rokiem życia.

Zasoby pieniężne rodziny i mężczyzny, wykorzystywane są do leczenia i opieki, zamiast na korzystanie z przyjemności życiowych.

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Laboratoryjnej z 2016

roku zalecają wykonanie badań przesiewowych u mężczyzn powyżej 50. roku życia, w celu wykrycia następujących chorób i stanów:

- rak jelita grubego (badania kału na krew utajoną, kolonoskopia),
- cukrzyca (oznaczenie poziomu cukru we krwi),
- wysokiego poziomu cholesterolu (lipidogram),
- zaburzeń czynności tarczycy,
- oraz w grupach podwyższonego lub wysokiego ryzyka raka stercza i gruczolicy.

Pomimo niejednoznacznych opinii ekspertów i towarzystw naukowych, zaleca się wykonywanie oznaczenia PSA u mężczyzn z podwyższonymi i wysokimi czynnikami ryzyka, gdy rak gruczołu krokowego występował u ojca, brata lub kilku krewnych. Wówczas, oznaczenie PSA, należy wykonać po raz pierwszy, po 40. roku życia i powtarzać co roku, łącznie z oceną stercza palcem przez odbytnicę.

Badania przesiewowe PSA nie są zalecane u mężczyzn powyżej 75. roku życia, zwłaszcza, gdy przewidywana długość życia nie przekracza 10 lat.

Do obowiązkowych badań przypisanych tylko mężczyznom, należy samoocena jąder, w celu wczesnego wykrycia raka jądra. WHO zaleca samobadanie jąder u chłopców i młodych mężczyzn raz w miesiącu, a przez lekarza co 2-3 lata.

Przewidywane wydłużenie życia w Polsce, w 2020 roku, w wariantcie mniej optymistycznym, powinno wynieść 74.9 roku u mężczyzn i 82.5 lat u kobiet, a przy wariantcie bardziej optymistycznym, odpowiednio 75.3 i 82.7 roku. Jednak nie przewiduje się zmniejszenia różnic przeżycia przeciętnego między płciami w Polsce, która nadal będzie znaczna i wyniesie 7,4 roku na korzyść kobiet.

Jednakże, aby te mniej czy bardziej optymistyczne wskaźniki długości życia mężczyzn, w następnych latach w Polsce, mogły być osiągnięte, należy doprowadzić do istotnego spadku natężenia zgonów z powodu chorób układu naczyniowo-sercowego, nowotworów i czynników zewnętrznych.

Natomiast za poprawę jakości życia, specyficzną tylko dla mężczyzn, będą odpowiadać działania profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze oraz opiekuńcze, związane z chorobami specyficznymi dla tej płci, a więc z chorobami narządów układu moczowo-płciowego. Są to, przede wszystkim, choroby gruczołu krokowego: rak, rozrost łagodny stercza, zapalenie stercza, choroby jąder, moszny, zaburzenia wzrodu prącia oraz inne choroby prącia i cewki moczowej męskiej.

Warunkiem poprawy zdrowotności i wydłużenia życia u mężczyzn jest również wprowadzenie pozytywnych zachowań prozdrowotnych:

- odpowiedniego sposobu odżywiania,
- wzrostu aktywności fizycznej,
- zmniejszenie odsetku palących tytoń i nadużywających alkoholu.

Te działania należy połączyć:

- ze zwiększeniem dostępu do usług medycznych i opiekuńczych, przy podniesieniu ich jakości,
- z rozwojem technologii medycznych,
- poszerzeniem badań profilaktycznych,
- wzrostem poziomu wykształcenia,
- rozwojem gospodarczym kraju.

Pełne zrozumienie wszystkich uwarunkowań wpływających na skrócenie długości życia u mężczyzn, powinno skłonić do odpowiednich działań nie tylko samych mężczyzn, ale ich partnerki oraz rodziny. Dopiero wspólne życie, pozbawione chorób, kalectw, bez obniżenia jego jakości, nawet w podeszłym wieku, jest warunkiem pełni szczęścia i zadowolenia.

Dlatego te wszystkie uwagi i zalecenia są skierowane również do kobiet i członków rodzin, którzy mogą wpłynąć pozytywnie i mobilizująco na zachowania mężczyzn związane ze zdrowiem.

Jak w prosty sposób można samemu starać się uprzedzić groźne choroby i/lub poprawić własną kondycję zdrowotną, fizyczną, mentalną?

1. Należy przede wszystkim udać się do lekarza rodzinnego, aby określić czynniki ryzyka najczęstszych chorób: serca, naczyń, nowotworów, cukrzycy.
2. Należy regularnie uczestniczyć w badaniach okresowych i przesiewowych, z kontrolą ciśnienie tętniczego krwi.
3. Trzeba zmniejszyć wagę ciała do wyników odpowiednich dla wzrostu, wieku.
4. Warto zmienić nawyki żywieniowe, spożywając więcej warzyw i owoców, zmniejszając zużycie soli i cukru.
5. Należy być codziennie aktywnym fizycznie, spacerując minimum 30 minut, ew.

jeżdżąc na rowerze, pracując w ogródku, uprawiając rekreacyjnie sporty.

6. Bezwzględnie należy przestać palić tytoń i unikać pomieszczeń, gdzie pali się tytoń.
7. Alkohol można pić tylko w umiarkowanych ilościach, niskoprocentowy.
8. Trzeba zmniejszyć negatywne, stresujące bodźce w pracy i w domu.
9. W przypadku pojawienia się objawów chorobowych, nie czekać na nasilenie objawów, ale bezwzględnie udać do lekarza rodzinnego lub specjalisty.
10. Należy szanować uwagi i wypełniać zalecenia najbliższej rodziny, przyjaciół, dotyczące naszego zdrowia oraz niezauważanych przez nas objawów chorobowych.

prof. dr hab. Zbigniew Wolski, wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej

Przedruk rozdziału z książki uświetniającej 7 Kongres Naukowy Polskiego Towarzystwa Urologicznego z czerwca 2017 roku, Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin pod redakcją merytoryczną prof. dr hab. n. med. Piotra L. Chłosty (redakcja wydania dr n. med. Mariusz Blewniewski), wydawnictwo Tomasz Michalek OCI Sp. z o.o, Warszawa, 2017

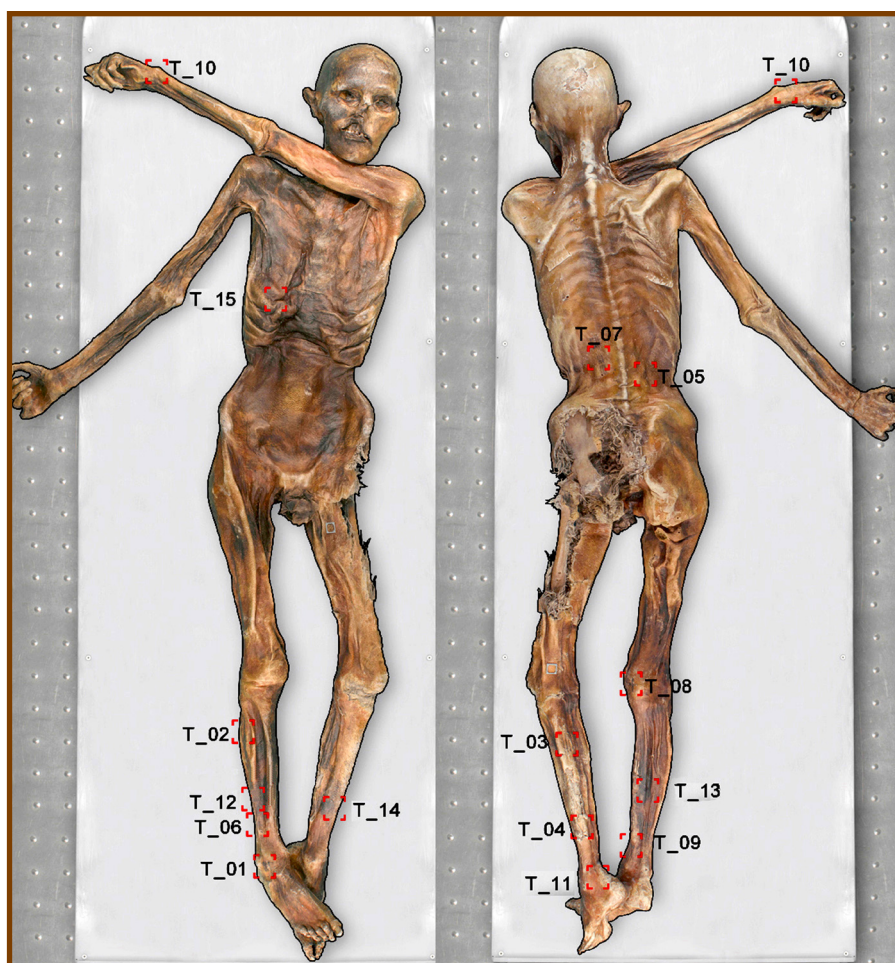
Historyczne i współczesne społeczno-kulturowe funkcje tatuażu

Joanna Klonowska, Michał Wiciński, Jarosław Żak, Maciej Wołkowiecki

Pojęcie i pochodzenie tatuażu

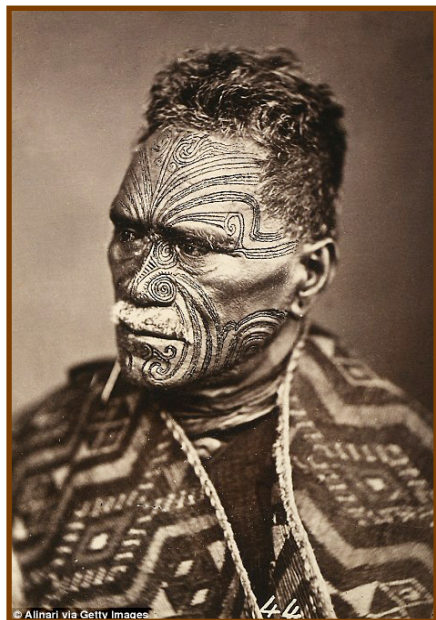
Ludzie od niepamiętnych czasów dokładali starań, aby wyglądać atrakcyjnie. Szybko zaczęli dostrzegać możliwości, jakie daje im własne ciało. Stąd już u naszych przaprzodków i plemion pierwotnych znane były proste metody upiększania ciała, takie jak malowanie, dekorowanie i przystrojanie go ozdobami. Poza tymi powierzchownymi i nieinwazyjnymi sposobami upiększania ciała bardzo popularne było tatuowanie, czyli najłagodniejsza i najpopularniejsza forma trwałego ozdabiania ciała, trwale zmieniająca jego wygląd, jednak nie zmieniająca jego pierwotnej formy. Tatuowanie, zgodnie z definicjami słownikowymi oraz encyklopedycznymi, polega na wykonaniu na ciele trwałych znaków lub wielobarwnych kompozycji przez wprowadzenie pod skórę barwnika metodą nakłuwania.

Samo słowo „tatuaz” wywodzi się z języka tahitańskiego, gdzie wyraz „tatau” oznacza „znak”. Słowo to powstało z rozwinięcia rdzenia „ta” oznaczającego „bić”, „ryć”, „stuknąć” czy „uderzać”. W ciągu wieków w przekazach historycznych używano także dla określenia tatuażu innych nazw, takich jak: signum, piętno, hieroglify czy piguage.



Tatuaże na ciele Otzi – „człowieka z lodu”

<https://3c1703fe8d.site.internapcdn.net/newman/gfx/news/hires/2015/newtattoosdi.jpg>



Moko – tradycyjny tatuaż polinezyjski, I. Rudowska: *Kosmetyka wczoraj i dziś*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa, 1989, s. 4-5

Tatuowanie ciała znane jest już od czasów prehistorycznych. Można założyć, że niemal każdy lud na ziemi w jakimś momencie swojego rozwoju znał i stosował zwyczaj tatuowania. Brak natomiast stuprocentowej pewności, kiedy i gdzie wykonano pierwszy tatuaż. Najstarsze świadectwa tatuowania pochodzą z Europy. Fakt ten wydaje się podważać najbardziej rozpowszechnioną tezę, że zwyczaj tatuowania narodził się w Azji Południowo-Zachodniej, a stamtąd rozprzestrzenił się, poprzez Egipt, do Polinezji i Australii, aby na końcu dotrzeć do obu Ameryk. Pojawia się także wiele głosów wskazujących na możliwość niezależnego wykształcenia tego obyczaju u wielu różnych ludów w wielu miejscach na ziemi. Poparciem tej tezy jest



Tradycyjny tatuaż japoński irezumi, I. Rudowska: *Kosmetyka wczoraj i dziś*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa, 1989, s. 4-5

różnorodność i mnogość informacji o tatuażu pochodzących z niemalże każdego zakątka naszego globu.

Przypuszczalnie posiadaczem najstarszych znanych tatuaży jest Ötzi – „człowiek z lodu”, którego ciało zostało odkryte przypadkowo w 1991 r. przez dwóch turystów wędrujących po przełęczy alpejskiej, na granicy austriacko-włoskiej w południowym Tyrolu. Na ciele mężczyzny, które przetrwało zamrożone 5300 lat w pokrywie lodowej, widniało piętnaście tatuaży. Badacze przypuszczają, że owe tatuaże mogły mieć funkcję leczniczą.

W starożytnym Egipcie tatuaże znano przynajmniej od okresu tynickiego (około 3100-2686 r. p.n.e.). Przypuszczenie to opiera się na analizie specyficznych dekoracji, jakimi zdobione były w owym czasie figurki przedstawiające ludzi. Natomiast pierwsze zachowane mumie kobiece pokryte tatuażami, pochodzą z okresu około 2133-1991 r. p.n.e. z rejonu Teb, czyli dzisiejszego Luksoru. Jeden z najstarszych zachowanych tatuaży odkryto na ciele 4000-letniej egipskiej mumii królewskiego potomka, który miał nakropkowany igłą z kości wizerunek Boga Słońca, a w powstałe ranki wtarto mieszaninę tłuszczu zwierzęcego i sadzy.

Historyczne i współczesne techniki wykonywania tatuażu

Istniało i istnieje wiele metod tatuowania. Dawniej najbardziej rozpowszechnioną metodą było nakłuwanie skóry za pomocą narzędzia wykonanego z metalu, drewna, kości lub muszli, które maczano w specjalnych barwnikach, najczęściej w sadzy zmieszanej z tłuszczem lub w sproszkowanym graficie. Inną metodą tatuowania było przeciąganie pod skórą igły z nicią namoczoną wcześniej w substancji barwiącej. Do najbardziej prymitywnych metod należy zdrapywanie skóry ostro zakończonym przedmiotem i wcieranie barwnika w ranę.

Aktualnie najczęściej wykorzystywanym narzędziem przez tatuatorów jest maszynka elektryczna. Tatuator za jej pomocą gęsto nakłuwą skórę specjalnie przeznaczonymi do tego celu jednorazowymi igłami. Maszynki te wykonują kilkaset uderzeń na sekundę.

Inne narzędzia przeznaczone do tatuowania funkcjonują jeszcze w nielicznych kulturach oraz w Japonii. Tradycyjna technika japońska, która jest stosowana do dziś, polega na wprowadzaniu barwników pod skórę bambusową pałeczką, na której zakończeniu występuje wiązka

igieł wkuwających się w ciało. Ze względu na dużą bolesność tej metody, jest ona dzielona na pięć faz.

Historyczne społeczno-kulturowe funkcje tatuażu

Polinezja

Tatuowanie było praktykowane od przynajmniej 3,5 tys. lat przez niemal wszystkie kultury wysp Pacyfiku. Charakterystycznym typem tatuażu polinezyjskiego był tzw. moko, wykonywany na twarzy. Nie pełnił on funkcji dekoracyjnej, ale był swego rodzaju wizytówką osoby, która go posiadała. Te charakterystyczne, kunsztowne znaki wytatuowane na twarzach polinezyjczyków sygnalizowały oprócz przynależności do konkretnego plemienia, również pozycję społeczną. Zgodnie z tradycją nie każdy mógł posiadać moko, trzeba było na niego zasłużyć i udowodnić, że jest się go godnym.

Na wyspach Polinezji tatuowanie było częścią codziennego życia, rozkwit tej sztuki umożliwił między innymi ciepły klimat – tatuaż był tam ważniejszym symbolem statusu, wieku czy płci niż ubranie. Tatuaż polinezyjski miał również znaczenie religijne i symboliczne. Mógł także pełnić funkcję ochronną, np. przed dzikimi zwierzętami lub groźnymi duchami.

Kultury wschodnie

W Japonii tatuowanie było znane od pradawnych epok, gdzie w wiekach wczesnych (średniowiecze) pełniło ono głównie funkcje magiczne i religijne, lecz także identyfikacyjne, określające pozycję społeczną posiadacza. W XVII w. tatuowały się na przykład gejsze, które w ten sposób wskazywały na wykonywaną przez siebie profesję i zwiększały w ten sposób swoją atrakcyjność seksualną.

Stosowano go także w celach penitencjarnych – specjalnymi tatuażami naznaczano przestępców. Od początków XVIII w. tatuowanie przestępców włączono do oficjalnego zestawu kar – każde wykroczenie karano wykonaniem na ramieniu specjalnego tatuażu przypominającego pierścień lub odpowiedniego znaku pisma na czole. Kary tego rodzaju praktykowano do 1870 r., kiedy to zostały zniesione przez nowe przepisy rządu cesarskiego. Widoczne dla wszystkich piętna sprawiały, że w Japonii powstała nowa klasa ludzi wykluczonych poza margines społeczny. Do tych wyłączonych należeli też roninowie – samuraje bez pana.

Na przełomie XVIII i XIX w. dostrzeżono w tatuażu walory artystyczne, które wyparły wcześniejsze funkcje tradycyjne i użytkowe. Wykonujący je rzemieślnicy zdobyli pozycję prawdziwych artystów, a posiadacze - żywych obiektów sztuki. Należy jednak dodać, że moda ta ograniczała się głównie do niższych warstw społecznych.

Dla wyżej rozwiniętej kultury chińskiej tatuowanie było aktem barbarzyństwa, pełniło jedynie funkcję piętnującą przestępców.

Europa

Z przekazów autorów antycznych można wnioskować, że tatuaż w starożytnej Europie, choć pełnił funkcję dekoracyjną, nie był uważany jedynie za sposób ozdabiania ciała. W wiekach p.n.e. ludzie tatuowaniem opisywali najważniejsze doświadczenia z życia, wyrażali swoją przynależność do określonej warstwy społecznej. Tataże mogły także pełnić funkcję antropopaiczną, czyli chroniącą przed mocami złych duchów lub mieć znaczenie medyczne. W tradycyjnych kulturach, tataże miały często gwarantować dobre zdrowie lub chronić, a zatem pełnić funkcję amuletu, były również znakami przejścia kolejnych etapów życia.

Według jednej z teorii, w starożytnym Egipcie tatuaż był typową ozdobą kobiet parających się zawodami, w których ważną rolę odgrywało piękne ciało. Wśród nich wymienić można tancerki, muzykantki i prostytutki. Bez wątpienia właśnie przedstawicielki tej ostatniej profesji często tatuowały swoje ciało, szczególnie w okresie Nowego Państwa (około 1567-1085 r. p.n.e.). Świadczy o tym nie tylko znalezione mumie, lecz także malowidła w grobowcach i rysunki, na których kobiety zarabiające na życie swoim ciałem, z reguły były wytatuowane. Nie można wykluczyć, że tatuaż celowo je wyróżniał, był ich znakiem szczególnym, wabikiem podkreślającym ich seksualną atrakcyjność. Często tatuowanym wśród tych kobiet motywem był bóg Bes, opiekun kobiet, tańca i muzyki, a jednocześnie patron przyjemności seksualnej. Tatuaż w kształcie Besa wytatuowany na udzie miał ułatwiać prostytutkom osiągnięcie większej satysfakcji w ich profesji, ale miał też znaczenie antropopaiczne - jego zadaniem było chronić właścicielkę przed chorobami, zwłaszcza tymi przenoszonymi drogą płciową.

Zanim w Europie rozpowszechniło się chrześcijaństwo, tatuowanie było także dość powszechnym obyczajem ple-

miennym. Za pomocą tatuaży wyrażano przynależność do określonej warstwy społecznej, do kategorii biednych i bogatych, dzięki nim można było odróżnić wodza od zwykłego członka plemienia.

Rzymianie, którzy podbijając Europę walczyli z wieloma ludami barbarzyńskimi, pozostawili wiele cennych informacji na temat występowania tatuaży u Galów, Brytów, Germanów i Scytów. Cyceiron, Juliusz Cezar, Klaudiusz czy Pomponiusz Mela opisywali, że tatuowanie ciała u tych plemion było związane z ich wierzeniami religijnymi, ale pełniło też funkcję upiększającą bądź odstrasżającą. Podobnie zjawisko tatuowania opisywali inni starożytni pisarze, m.in. Herodot, Ksenofont czy Strebon. Z ich opisów wynika, że tatuaż miał funkcję ozdobną oraz użytkową. Barwienie ciała u ludów pierwotnych związane było również z rytuałem inicjalnym, tj. okresem, kiedy młodzi chłopcy i dziewczęta osiągalni wiek dojrzałości. Pojmowano je jako symboliczną śmierć i nowonarodzenie.

Tataże plemienne dotyczyły zwłaszcza Piktów i Szkotów, pierwotnych mieszkańców Anglii. Swoimi wytatuowanymi ciałami szokowali oni Rzymian - antyczni pisarze odnotowali, że ich wygląd wprost przerażał rzymskich legionistów. Niektórzy badacze uważają nawet, że nazwa Piktów wywodzi się wprost od ich zwyczaju ozdabiania ciała, gdyż słowo „picti” znaczy po łacinie „malować”.

Potwierdzeniem starożytnych źródeł pisanych, wspominających o tatuażach u ludów barbarzyńskich, są między innymi znajdowane przez archeologów grobowce władców scytyjskich. W latach 20-tych XX w. w Górnym Altaju odkryto doskonale zachowane zwłoki mężczyzny żyjącego około 2500 lat temu, najprawdopodobniej wodza, którego ciało pokryte było kunsztownymi tatuażami przedstawiającymi fantastyczne bestie oraz dzikie zwierzęta. Zdaniem badaczy, tataże tego rodzaju mogły zawierać zapisane specjalnym kodem informacje o statusie pochowanych w grobowcach osób.

Sami jednak Rzymianie uważali, że tatuowanie nie przystoi obywatelom rzymskim. Wykorzystywali oni jednak tataże do piętnowania zbiegłych niewolników i przestępców, bądź znakowania najemników z oddziałów pomocniczych. Tatuaż został przejęty przez Rzymian, którzy wykorzystywali go jako mechanizm kontroli społecznej. Tatuowano też dobrze urodzonych arystokratów i wojowników,

świadcząc w ten sposób o ich wytrzymałości na ból.

Wraz z końcem ery antyku i uznaniem chrześcijaństwa za religię obowiązującą w cesarstwie rzymskim, diametralnie zmienił się stosunek wobec dekorowania ciała, a wobec tatuażu w szczególności. Kościół zdecydowanie potępiał tatuowanie, jako zabieg zagrażający zbawieniu duszy. Jednak obyczaj tatuowania nie uległ całkowitemu zapomnieniu. Popularny był wówczas zwyczaj zabezpieczania się przez wszelkimi złymi mocami, za pomocą znaków utrwalonych na ciele.

Spotykane w średniowieczu tataże przedstawiały motywy przede wszystkim religijne. Podczas wczesnego chrześcijaństwa tatuowano na czole lub na przegubie ręki znak krzyża, jagnię lub rybę. Wzory te traktowane były przez ludzi innej wiary jako piętno, a dla chrześcijan były symbolem zjednoczenia i miały zapobiegać ewentualnej zmianie wyznania. Średniowieczni Krzyżowcy tatuowali sobie również znak krzyża na czole, aby w razie śmierci zapewnić sobie chrześcijański pochówek.

W czasach średniowiecza w Europie (podobnie jak w Japonii i Chinach) tatuowano także przestępców. Praktyka ta miała swoje początki już w starożytności, a traktowano ją jako lżejszą karę cielesną. Zapewne dlatego też, tatuaż do dziś koja-



Współczesny tatuaż artystyczny, wizerunek lisa, www.fyehtattoos.com

rzy się ze światem przestępczym. Aktualnie w zbiorowościach zakładów karnych tatuaż pełni bardzo ważną funkcję identyfikacyjną i jest ważnym elementem w hierarchizacji życia więziennego.

Historia nowożytnego tatuażu w Europie rozpoczęła się wraz epoką wielkich odkryć geograficznych. Europejscy żeglarze docierający w XVII i XVIII w. do nieznanych lądów, zafascynowani byli przede wszystkim plemieniem Maorysów i ich wytatuowanymi twarzami. Przywozili z wysp Pacyfiku przedstawicieli innych egzotycznych plemion pokrytych tradycyjnymi tatuażami, których traktowali jako atrakcję prezentowaną na jarmarkach za odpowiednią opłatą.

Tatuowanie zdobyło w Europie prawdziwy rozgłos dzięki kapitanowi Jamesowi Cookowi, który ze swoich podróży

w latach 1772-1775 przywiózł do Londynu wytatuowanego Polinezyjczyka o imieniu Omai. Cook rozpowszechnił także słowa „tatuaż” i „tatuowanie”. W tamtym czasie w języku angielskim pojawiło się słowo „tattoo”, które oznaczało zdobienie ciała szkicami na skórze, później przybierając formę „tattoo”.

Od tej pory tatuaż stał się modny wśród żeglarzy, którzy podczas swych podróży do Japonii lub na wyspy południowego Pacyfiku, kazali wykonywać sobie tatuaże. Z czasem marynarze nauczyli się od Polinezyjczyków techniki tatuażu i tę wiedzę zaczęli przekazywać dalej. W ten właśnie sposób moda na tatuaże rozpowszechniła się wśród podróżników, następnie przestępców, żołnierzy oraz członków tajnych organizacji politycznych. Występy wytatuowanych osób stały się też stałym elementem pokazów egzotycznych ludów oraz przedstawień cyrkowych.

Tatuowanie stało się też modne w europejskich warstwach wyższych, po tym, jak prasa londyńska ujawniła, że tatuaż w formie smoka posiada książę Walii Edward VII. Spopularyzowanie tatuowania w środowisku arystokracji i warstw wyższych, przyczyniło się do wzniesienia się zachodniej sztuki tatuażu na wyższy poziom artystyczny. Co prawda tatuaż środowiskowy, który był popularny na przykład wśród przestępców, funkcjonował dalej, ale obok niego pojawiło się zupełnie nowe zjawisko tatuażu artystycznego.

U kresu XVIII wieku w Europie zjawisko tatuażu rozpowszechniło się jeszcze bardziej. Działo się tak poprzez rozwój cywilizacyjny, przesiedlanie się mieszkańców, powodowało to mieszanie się ras i zwyczajów.

Rozpowszechnienie zjawiska tatuażu zawdzięczamy również pielgrzymom wracającym z Jerozolimy, którzy tatuowali na swych ciałach wzory będące upamiętnieniem wizyty w Ziemi Świętej. Były to rysunki gwiazdy betlejemskiej, herbu jerozolimskiego lub obraz z życia Jezusa.

W trakcie wojen tatuaż pełnił funkcję identyfikacyjną. W okresie wojny secesyjnej, tatuowanie ciała stało się praktyką akceptowaną wśród żołnierzy, informującą o opowiedzeniu się za daną stroną walk i związaną z „oddaniem” sprawie. W czasie II wojny światowej, niemieccy żołnierze tatuowali więźniom na przedramieniu literę i cyfrę. Pierwsze oznaczało konwój, z którym przyjechał skazany, zaś drugie było numerem rozpoznawczym. Hitlerowcy wykorzystywali tatuaż u więźniów w obozach koncentracyjnych, aby łatwiej ich zidentyfikować.

Po II wojnie światowej, tatuaż był kojarzony przede wszystkim z klasą robotniczą, gangami lub pijakami, choć jednocześnie stał się jedną z najbardziej popularnych form buntu młodzieży i elementem subkultury hipisowskiej oraz rockowej. W latach 80. XX w. ruchy gejowskie oraz subkultura punk przejęły modyfikację ciała, w tym tatuaż, jako formę protestu przeciwko konserwatywnym normom klasy średniej. Z czasem tatuowanie ciała stało się elementem wskazującym na przynależność do różnych subkultur, formą wyrazu artystycznego, elementem kultury konsumpcji i mody, a także bardziej zindywidualizowanym sposobem samookreślenia.

Pod koniec XX w. w Europie nastąpił ogromny rozkwit tatuażu artystycznego. Powstało wiele profesjonalnych studiów tatuażu, gdzie przywiązywano wagę do estetyki miejsca pracy, sterylności narzędzi, używano lepszej jakości barwników. Tatuatorzy mieli do zaoferowania wiele atrakcyjnych motywów dla klientów. Osoby posiadające tatuaż przestały być już kojarzone z konkretną warstwą społeczną.

W Polsce od lat osiemdziesiątych XX w. społeczeństwo wychodziło z założenia, że każdy człowiek ma prawo sam decydować o swoim ciele. Od tego czasu współczesny tatuaż wolnościowy w Polsce przechodzi swój „rozkwit”, co zostało zapoczątkowane w 1989 roku, a od nowego tysiąclecia zaczął być on traktowany jako sztuka na najwyższym poziomie artystycznym. Pierwszy salon tatuażu o nazwie As-Pik powstał w 1991 r. w Warszawie.

Obecnie tatuaż pełni wiele funkcji, w tym głównie dekoracyjną. Niektórzy badacze zwracają uwagę, że tatuaże mogą pełnić rolę autoterapeutyczną, np. w przypadku traumy psychicznej, stanowią też zdrowszą alternatywę dla prób samookaleczenia. Podkreśla się zwłaszcza następujące funkcje współczesnego tatuażu: chęć wyróżnienia się, chęć podkreślenia indywidualności oraz motywy związane z przynależnością grupową. Ponieważ jednak w dzisiejszych czasach upiększający charakter tatuażu zdominował inne jego funkcje kulturowe, do najważniejszych upiększających tatuaży należą:

- ozdobny: najbardziej popularny, kolorowy lub jednobarwny (najczęściej czarny), nazywany artystycznym,
- kosmetyczny: makijaż permanentny,
- medyczny: służący do kamuflowania zmian skórnych,
- tatuaż wykonywany henną naturalną.



Tatuaże z czasów wiktoriańskich wykonane przez pierwszego brytyjskiego tatuażystę, Sutherlanda Macdonalda (studio tatuażu otworzył w 1889 roku), <http://www.ufunk.net/en/artistes/history-of-tattoos-sutherland-macdonald/>

Cel

Ustalenie, jakie historycznie i współcześnie społeczno-kulturowe funkcje pełni tatuaż.

Materiał i metoda

W celu scharakteryzowania funkcji tatuażu w przeszłości dokonano przeglądu piśmiennictwa. Zagadnienia związane z aktualną funkcją tatuażu były oceniane na podstawie analizy wyników badania własnego.

W badaniu własnym zastosowano metodę sondażu ankietowego. Technika gromadzenia danych była ankietą internetową, przeprowadzona wśród 220 osób między 16 a 40 rokiem, we wrześniu i październiku 2016 roku. Kwestionariusz ankiety internetowej był autorski i obejmował 28 pytań dotyczących szeroko pojętego zjawiska tatuowania. Zawierał on pytania z kafeterią zamkniętą i półotwartą. Na potrzeby niniejszej pracy wybrano tylko te pytania, na podstawie których można było ocenić funkcje tatuażu we współczesnej kulturze.

84% badanych stanowiły kobiety (n=185). Najwięcej ankietowanych (80%, n=176) znajdowało się w przedziale wiekowym między 19. a 25. r.ż. Między 26. a 30. r.ż. mieściło się 14% (n=31) ankietowanych, 4% (n=9) stanowiły osoby w wieku 31-35 lat. Najmniej respondentów znajdowało się w przedziale wiekowym 16-18 lat. – 2% oraz między 36. a 40. r.ż. – 1%.

Wśród badanych niespełna połowa posiadała wyższe wykształcenie (49%, n=108), pozostałe osoby posiadały wykształcenie średnie. Zdecydowana większość badanych była mieszkańcami miasta (87%, n=191). Większość badanych zdecydowała się na wykonanie pierwszego tatuażu pomiędzy 18 a 25 r.ż. (82%, n=180), 16% wykonało pierwszy tatuaż przed 18 r.ż.

Wyniki

Przeprowadzone badanie pozwoliło na ustalenie, że 29% (n=84) ankietowanych przywiązuje wagę do znaczenia swojego tatuażu, ważna jest dla nich jego symbolika, ponieważ ma on pełnić konkretną funkcję. 63% (n=139) respondentów tatuuje sobie to, co im się aktualnie podoba, wybrany motyw ma po prostu ładnie wyglądać. 8% (n=18) badanych tatuuje wybrany motyw z innego powodu (Tabela 1).

Okazuje się także, że aż 88% (n=194) badanych traktuje tatuaż jako formę sztuki, która zawsze pozostanie aktualna,

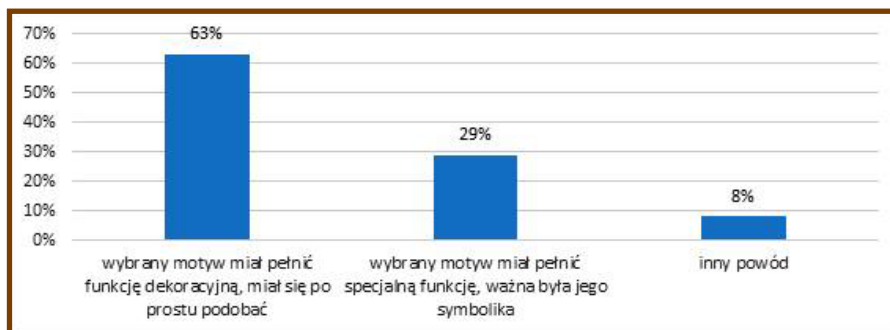


Tabela 1. Jaką funkcję pełni wybrany motyw tatuażu dla respondentów (n=220)

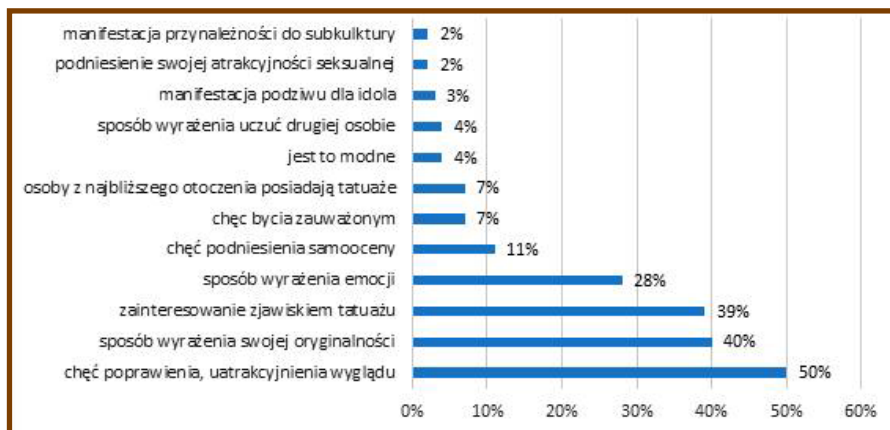


Tabela 2. Powód, dla którego respondenci poddali się zabiegowi tatuowania (n=220) – wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

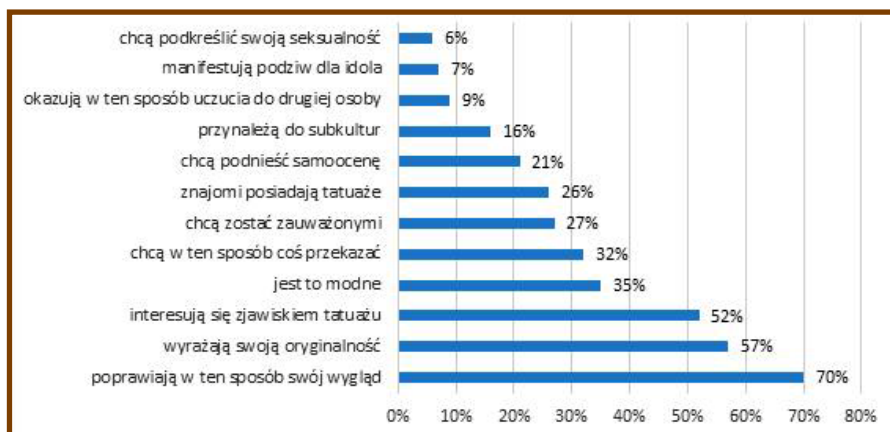


Tabela 3. Powód, dla którego, zdaniem respondentów, osoby z ich otoczenia poddali się zabiegowi tatuowania (n=220) – wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

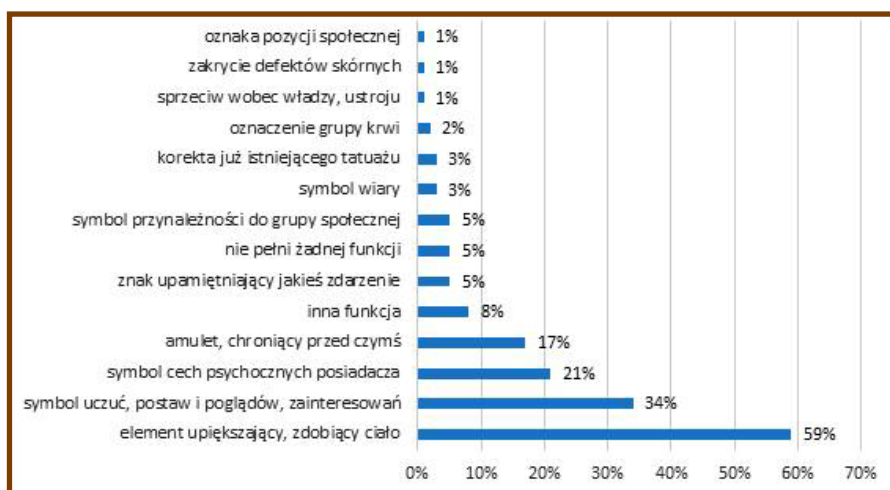


Tabela 4. Funkcja, jaką, zdaniem respondentów, pełni tatuaż współcześnie (n=220) – wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź

jedynie dla 4% (n=9) ankietowanych tatuowanie to chwilowa moda.

Chcąc ustalić, jakie społeczno-kulturowe funkcje pełni aktualnie tatuaż, zapytano respondentów o powody, dla których poddali się zabiegowi tatuowania. Uzyskane wyniki wskazują, że dla połowy badanych (50%, n=110) głównym powodem była chęć poprawienia i uatrakcyjnienia wyglądu. 40% badanych (n=88) poprzez tatuaż chciało wyrazić swoją oryginalność, 39% (n=86) osób wykonało tatuaż, ponieważ interesuje ich zjawisko tatuowania, 28% (n=62) chciało poprzez tatuaż wyrazić swoje emocje. Pozostałe powody, dla których respondenci poddali się zabiegowi tatuowania przedstawia **Tabela 2**.

Równie ważne, dla osiągnięcia założonego przez badaczy celu badania, było poznanie powodów, dla których (zdaniem respondentów) osoby z ich otoczenia poddały się zabiegowi tatuowania. Badane osoby uznały, że najważniejszym powodem była chęć poprawienia w ten sposób swojego wyglądu (70%, n=154). 57% osób z otoczenia respondentów poprzez tatuaż chciało wyrazić swoją oryginalność (n=125), ponad połowa wykonała tatuaż, ponieważ interesuje ich zjawisko tatuowania (52%, n=114). Dla około jednej czwartej znajomych, powodami dla których poddali się oni temu zabiegowi była chęć bycia zauważonym (27%, n=59), czy też chęć podniesienia samooceny (21%, n=46). Pozostałe wyniki prezentuje **Tabela 3**.

Respondentów zapytano też wprost o funkcje, jakie ich zdaniem pełni tatuaż współcześnie. Dla większości badanych, tatuaż jest elementem upiększającym, zdobiącym ciało (59%). Dla 34% osób tatuaż to symbol uczuć, postaw, poglądów i zainteresowań, cech psychicznych jego posiadacza. Pozostałe wymienione funkcje dotyczyły symboliki wyrażającej przynależność do określonej grupy społecznej, wyznanie, upamiętnienie jakiegoś ważnego życiowego wydarzenia. Dane szczegółowe przedstawia **Tabela 4**.

Dyskusja

Ciało, tak w przeszłości, jak i współcześnie – to zarówno aktywny podmiot, jak i bierny odbiorca komunikacji ze światem oraz odbicie obowiązujących wartości i norm społeczno-kulturowych.

Według wielu autorów, ciało nie jest tylko biologicznym wymiarem naszego istnienia, jest zanurzone w kulturze. Zarówno w kulturach dawnych, ale szczegó-

nie we współczesnej kulturze indywidualizmu, stało się sposobem na stwarzanie i wyrażanie siebie, jest nośnikiem znaczeń, świadczy także o kultywacji wyglądu ciała, jest wyrazem troski o czynne konstruowanie i kontrolę nad ciałem. Ludzie przekształcają swoje ciała, ponieważ czują możliwość – a czasami wręcz powinność – odróżniania się, ale i kontrolowania własnego ciała. Skóra była i jest traktowana jako medium ekspresji, jako swoisty „krajobraz do wypełnienia”. Najlepiej świadczy o tym ewolucja jednej z form zdobienia ciała, jaką jest tatuowanie. Ta praktyka cielesna, zarówno w przeszłości, jak i dziś, pozwala być czytelnym dla innych oraz definiować nas samych.

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa, wyróżnić można cztery podstawowe funkcje tatuażu: ozdobną, czyli dekorowanie ciała; rytualną, która jest fizycznym dowodem istotnego wydarzenia życiowego; identyfikacyjną, gdzie symbol na ciele pozwala przypisać jednostkę do pewnej grupy (może to być grupa subkultury, ale też imię partnera lub partnerki); ochronną, gdzie tatuaż stanowi talizman, mający chronić od zła lub określonej krzywdy. Podział ten zgodny jest wynikami badań własnych.

Do podobnych wniosków doszedł zespół badaczy, który przeanalizował – na bazie dostępnej literatury przedmiotu i aktualnych badań – jednostkowe funkcje i motywy tatuowania ciała. W ramach przeprowadzonych analiz wyróżnił następujące kategorie:

- piękno, sztuka i moda (najczęstsza funkcja);
- wyrażanie indywidualności i jednostkowej tożsamości (jedna z najczęściej podkreślanych funkcji);
- tworzenie indywidualnych narracji (jako osobiste katharsis, forma ekspresji wyznawanych wartości i doświadczeń oraz rytuał przejścia);
- forma testowania wytrzymałości fizycznej, bólu;
- forma przynależności grupowej i zaangażowania; wyraz oporu (protest przeciwko rodzicom czy społeczeństwu);
- forma duchowej i kulturowej tradycji; uzależnienie od tatuowania (tzw. kolekcjonerzy tatuaży);
- funkcja seksualna (tatuowanie sutków, genitaliów jako forma dekoracji, ale także stymulacji seksualnej);
- brak określonego powodu i funkcji – impuls.

Inni badacze, analizując rynek tatuażu, wyróżnili trzy grupy osób decydu-

jących się na tatuaż, dla których pełnił on różne funkcje, związane z różnym zaangażowaniem się w tę praktykę. Dla pierwszej, najliczniejszej grupy, tatuaże pełniły funkcję estetyczną, związaną z dominującą modą, gdzie symbolika tatuaży nie miała znaczenia, a umieszczane były one najczęściej na częściach ciała, które można łatwo ukryć, jak ramię lub udo. Dla drugiej grupy osób, tatuaże były znakami indywidualnych wydarzeń życiowych lub miały istotne znaczenie symboliczne. Osoby te nie tatuowały części ciała, których nie można zakryć, jak twarz czy dłonie, głównie ze względu na fakt, że utrudniałoby im to swobodne funkcjonowanie w głównie-nurtowej sferze społecznej i podejmowanie pracy bez poczucia piętna. Trzecia grupa, to osoby, które nie postrzegały siebie jako „mające tatuaż”, ale „będące wytatuowane”. Osoby te były kolekcjonerami tatuaży, zapisywały swoje ciała symbolicznymi kodami i zwykle tatuowały duże, często odsłaniające fragmenty ciała.

Zarówno literatura, jak i wyniki badań własnych wskazują, że współcześnie tatuowanie ciała jest głównie formą ozdabiania, a zatem estetyzacji ciała. Większości współczesnych posiadaczy tatuażu, zależy na zaspokajaniu własnych potrzeb estetycznych związanych z obowiązującym kanonem piękna i podniesieniu atrakcyjności – wytatuowane, „ozdobione” ciało ma być symbolem piękna.

Dla wielu osób jest również sposobem manifestowania i wizualizowania swojej tożsamości, gdyż tatuaż może być znakiem „ja”, „który pozwala uchwycić i utrwalić treści swojej tożsamości, przeżycia, emocje czy przemyślenia”. To również akt wolności wyboru formy ekspresji, gdyż tatuaż „niesie za sobą klarowny komunikat, informujący samą jednostkę, jak i jej otoczenie, że ma ona odwagę być sobą, kształtować siebie oraz swoje ciało, zgodnie z własnym uznaniem i poza wszelkimi determinacjami, czy raczej właśnie – wbrew wszelkim ograniczającym ją dotychczas determinacjom”. Ponieważ tatuaże są trudne lub niemożliwe do usunięcia, zamiast tymczasowości i zmienności, wpisana jest w nie trwałość. Poddanie się tatuowaniu ciała, przy pełnej świadomości permanentności zmian, stanowi więc wyraz dobrowolnego samoograniczenia, gdyż stworzone blizny stanowią symbol trwałego zrośnięcia z własną tożsamością.

Dziś tatuowanie nie niesie ze sobą funkcji, które pełniły w społecznościach pierwotnych. Nie są wykorzystywane

w ramach rytuałów inicjacyjnych, którym poddawane były osoby danej społeczności, choć oczywiście nie można wykluczyć roli rytualnej, to jednak zmienił się wymiar tych działań z grupowego na indywidualny. To jednostka może interpretować tatuowanie ciała jako rytuał, symboliczne przejście, zmianę, lecz dzieje się to w obrębie jej biografii, jej historii i w ramach jej interpretacji.

Tatuowanie ciała można traktować dziś również jako modę, a zatem praktykę konsumencką, w której ludzie poszukują piękna swojego ciała za pomocą aktualnych norm modowych, przez co

zachowanie to staje się fenomenem konsumpcyjnym o charakterze masowym.

Wnioski

W odróżnieniu od tatuaży, które powstawały w przeszłości, w poprzednich epokach i w kulturach pierwotnych, współcześnie są one wykonywane głównie w celu upiększenia i ozdobienia ciała. Jednak część osób posiadająca tatuaż nadal kieruje się chęcią podkreślenia swojej przynależności do określonej grupy społecznej, upamiętnienia ważnych wydarzeń życiowych, wyrażenia emocji,

ukazania swoich poglądów, wyznania bądź innymi motywami.

Można się spodziewać coraz większej popularności i tolerancji społecznej na tę formę upiększania ciała, uważając ją współcześnie głównie za formę sztuki. Warto jednak pamiętać, jakie funkcje społeczno-kulturowe tatuaż pełnił historycznie.

Dr Michał Wiciński jest adiunktem oraz p.o. kierownika w Zakładzie Farmakologii i Terapii CM UMK natomiast lek. Jarosław Zak jest asystentem w tymże Zakładzie

Bibliografia u autorów

przedruk z „Kosmetologii Estetycznej” 2017 vol 6 nr 3, s. 371-379

Dlaczego wykonujemy badania prenatalne?

wykład z cyklu “Medyczna Środa”

Magdalena Pasińska

Badania prenatalne (syn. diagnostyka przedurodzeniowa), to wszystkie badania wykonywane w pierwszym i/lub drugim trymestrze ciąży, których celem jest wykrywanie i rozpoznawanie chorób i wad wrodzonych płodu.

Wbrew powszechnemu pogładowi, diagnostyka prenatalna – to nie tylko diagnostyka genetyczna, kojarzona z zespołem Downa, ale przede wszystkim, wykrywanie wad różnych narządów, tych występujących najczęściej, tj. serca, płuc, nerek, przepuklin, guzów, zastoju moczu, anemii i innych chorób.

Wady płodu, zarówno genetyczne jak i rozwojowe, są jedną z głównych przyczyn poronień oraz obumarć wewnątrzmacicznych, nieprawidłowego rozwoju dziecka, a także chorób i zgonów w niemowlęctwie i dzieciństwie oraz w okresie dojrzałości. Występują one u ok. 2-3% żywo urodzonych noworodków.

Około 50-60% wad wrodzonych ma nieznaną etiologię, 20% uwarunkowanych jest mieszanymi czynnikami genetyczno-środowiskowymi, 10% wrodzonych wad rozwojowych spowodowane jest aberracjami chromosomowymi, 7,5% mutacjami pojedynczych genów, 3% chorobami matki, 2% infekcjami i około 1,5% przyjmowaniem przez ciężarną leków, paleniem papierosów, piciem alkoholu lub ekspozycją na promienie rentgenowskie. Niekorzystne czynniki środowiskowe mogą stanowić dodatkową przyczynę ich powstawania. Do udowodnionych teratogennych czyn-

ników mogących wywołać wrodzone wady rozwojowe, można zaliczyć niektóre choroby zakaźne kobiet (tj. różyczka, cytomegalia, toksoplazmoza), choroby metaboliczne matek w ciąży (np. cukrzyca, fenylketonuria) oraz przyjmowanie leków np. przeciwpadaczkowych czy cytostatyków. Istotny wpływ na wystąpienie wrodzonych wad rozwojowych ma również wpływ środowiska.

Wczesna diagnostyka płodu jest ważna dla wielu kobiet z przyczyn natury psychologicznej i wielokrotnie je uspokaja, a przy rozpoznaniu nieprawidłowości daje niejednokrotnie możliwość podjęcia wczesnego leczenia. Rozwój technik i wypracowanie międzynarodowych standardów badań ultrasonograficznych między 11 a 13.6 tygodniem oraz w późniejszych okresach (20 i 30 tygodniu) ciąży, poprzez system szkolenia Fundacji Medycyny Płodu oraz poznanie markerów zwiększających ryzyko urodzenia dziecka z aneuploidią, pozwoliło na zidentyfikowanie znacznego odsetka również i innych zaburzeń chromosomalnych oraz dużych wad serca i wielkich naczyń, a także wad innych narządów. Dzięki nieinwazyjnej diagnostyce wykonywanej w pierwszym trymestrze ciąży, możliwe jest ograniczenie wykonywania ilości badań inwazyjnych u kobiet, które ze względu na wiek, czy też wcześniejsze urodzenie dziecka z wadami, znajdują się w grupie wysokiego ryzyka.

Wykonanie badania genetycznego dla wielu rodziców jest istotne ze względu na informację o chorobie dziecka, czy o przyczynie stwierdzanych nieprawidłowości,

a także o szansach na urodzenie zdrowego dziecka w kolejnych ciążach.

Na świecie 1% dzieci rodzi się z wadą serca, a w Polsce dziesięcioro dzieci dziennie, a więc rocznie około 3600 dzieci. Pięcioro z nich wymaga operacji w pierwszym roku życia, w tym dwoje w pierwszym miesiącu. Kardiochirurdzy wykonują rocznie około 2800 operacji serca, w tym około 1500 do końca 1 roku życia, a 600 w pierwszym miesiącu życia.

Wady serca są najczęstszymi wadami wrodzonymi. Niektóre są uwarunkowane genetycznie, inne powstają około 8-10 tygodnia ciąży, a etiologia ich nie jest znana. Obecnie, dzięki ogromnemu postępowi jaki dokonuje się w kardiochirurgii, możliwe stało się uratowanie dzieci obciążonych nawet bardzo złożonymi wadami serca. Powodzenie interwencji chirurgicznych zależy jednak w bardzo dużym stopniu od tego, kiedy wada serca zostanie zdiagnozowana i w jakim stanie dziecko dotrze do ośrodka specjalistycznego, w którym zostanie zoperowane.

Prenatalnie leczy się zaburzenia rytmu serca za pomocą leków podawanych matce, ale czasem również poprzez podanie leków antyarytmicznych do płowiny.

Ogromny postęp, jaki dokonał się na przełomie ostatnich lat w medycynie prenatalnej spowodował, że pojawiło się wiele nowych metod diagnostycznych pozwalających na coraz wcześniejsze wykrycie wielu wad rozwojowych płodu. Znaczna część wykorzystywanych do tej pory badań została zmodyfikowana oraz znacznie udoskonalona, co w rezul-

tacie sprawiło, iż obecnie, nowoczesna diagnostyka prenatalna umożliwia nie tylko wykrycie istniejącej wady, ale również precyzyjne określenie jej rodzaju. Prawidłowe rozpoznanie wady ma istotne znaczenie w podejmowaniu decyzji, co do dalszego postępowania. W przypadku występowania wytrzewienia u płodu - braku ciągłości powłok brzusznych, jelita znajdują się poza jamą brzuszną i pływają w płynie owodniowym. Ciężę takie zazwyczaj zakończone są wcześniej, przy pomocy cięcia cesarskiego, w ośrodku takim, który po urodzeniu dziecka przeprowadzi operację. Jeżeli wada ta nie zostanie rozpoznana prenatalnie, dziecko urodzi się drogami natury, wówczas jelita ulegną uszkodzeniu i dziecko może zginąć.

Oceniając budowę dziecka i przepływy naczyniowe, można rozpoznać anemię lub obrzęk płodu. Wówczas podaje się dziecku krew lub immunoglobuliny poprzez wkłucie igły do żyły pępowinowej. To bardzo skuteczne, od dawna wykonywane zabiegi, dzięki którym dzieci rodzą się zwykle w dobrym stanie.

Przepuklina przeponowa to wada polegająca na tym, że w przeponie, czyli mięśniu oddzielającym klatkę piersiową od jamy brzusznej, jest ubytek. Wówczas do klatki piersiowej z jamy brzusznej wchodzi jelita, żołądek, czasami też wątroba, przez co płuca nie mogą się rozwijać. W Polsce zaczęto wykonywać zabiegi fetoskopowe, polegające na tym, że do dróg oddechowych płodu wprowadza się fetoskop, a następnie w tchawicy umieszcza się balonik, który zamyka odpływ płynu produkowanego w obrębie płuc. Dzięki temu płuca lepiej się rozwijają, zmniejszając napór narządów jamy brzusznej. Zabieg ten wykonuje się w najcięższych odmianach tej wady, gdy bez tego dziecko miałoby znikome szanse na przeżycie.

Poza wadami serca, wady układu moczowego, zwłaszcza u chłopców, należą do najczęstszych nieprawidłowości płodu. Zazwyczaj polegają na zastoju moczu – w nerkach, w pęcherzu moczowym. Kiedy mocz nie odpływa, z jednej strony powiększa się pęcherz i robi się wodonercze, z drugiej – dziecko nie sisia, więc nie ma płynu owodniowego. Dochodzi i do uszkodzenia nerek, i do niedorozwoju płuc. Aby do tego nie dopuścić, zakłada się cewniki, tzw. shunt, do pęcherza moczowego. Wprowadza się je grubą igłą, przez powłoki brzuszne matki: jeden koniec cewnika wkłada się do pęcherza moczowego, a drugi – wyprowadza do płynu owodniowego. Taka interwencja umożliwia odpływanie moczu i wystarcza na okres ciąży. Po porodzie konieczna jest dalsza korekta wady. Podobne zabiegi, polegające na zakładaniu cewników odbarczających, wykonuje się w przypadku innych wad, na przykład dużych torbieli płuca, uciskających serce i płuca i powodujących niewydolność krążenia.

Nowe możliwości wczesnego rozpoznawania wad strukturalnych przyczyniły się do rozwoju wewnątrzmacicznej chirurgii płodu.

Pierwszą operację płodu przeprowadził Amerykanin Michael Harisson w 1981 r., który uznany został za prekursora tej dziedziny medycyny.

Wewnątrzmaciczne zabiegi chirurgiczne płodu jeszcze do niedawna traktowane były jako eksperyment medyczny. W ostatnich latach, nie tylko na świecie, ale również w Polsce coraz częściej podejmuje się próby wewnątrzmacicznej korekty wad płodu, chociaż są to zabiegi budzące bardzo wiele kontrowersji, zarówno w sferze moralnej, jak i medycznej.

Jedną z częstszych wrodzonych wad rozwojowych płodu są wady ośrodko-

wego układu nerwowego. Do takich wad należy przepuklina oponowo-rdzeniowa. Dzięki operacjom wewnątrzmacicznym możliwe jest ograniczenie ryzyka upośledzenia funkcji neurologicznych u dziecka, spowodowanego obecnością wady.

Zabieg chirurgiczny na płodzie, przeprowadzany w czasie ciąży, może znacznie zmniejszyć ryzyko wewnątrzmacicznego uszkodzenia rdzenia kręgowego i nerwów, wskutek działania czynnika mechanicznego lub chemicznego. Przy otwartych przepuklinach może dojść, i najczęściej dochodzi, do nieodwracalnych zmian w układzie nerwowym, powodujących kalectwo lub zagrożenie życia dziecka.

Ten sposób korekty wady zmniejsza ryzyko wystąpienia u dziecka wodogłowa, zaburzeń przewodu pokarmowego, upośledzenia funkcji zwieraczy czy też niedowładu kończyn dolnych, będących następstwem przepukliny. Zamknięcie przepukliny w życiu płodowym daje dzieciom szansę na całkowitą lub częściową sprawność ruchową, jak również kontrolę nad wypróżnianiem. Po odpowiedniej rehabilitacji rozpoczętej od najwcześniejszych chwil życia, dzieci te mają spore szanse na normalne, samodzielne chodzenie. Ostatnio pionierską w Polsce fetoskopową operację rozszczepu kręgosłupa u 25-tygodniowego płodu, przeprowadzili lekarze I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa WUM, u pacjentki, która z powodu przebycia dwukrotnych cięć cesarskich nie zakwalifikowała się do operacji przepukliny kręgosłupa płodu metodą chirurgii otwartej. Dziecko urodziło się w 31. tygodniu ciąży i - jak podkreślają lekarze - rusza nóżkami.

Najczęściej zabiegi fetoskopowe są wykonywane w powikłaniach ciąży bliźniaczej, zwłaszcza w tzw. zespole przeto-



<https://badaniaprenatalne.pl>

Klinika Położnictwa i Ginekologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, jest jednym z nielicznych ośrodków na świecie, w których przeprowadzane są zabiegi na sercach płodów, u których stwierdzono poważne zwężenie któreś z zastawek serca – najczęściej aortalnej lub płucnej. Utrzymanie prawidłowego przepływu krwi przez serce w okresie płodowym jest bardzo ważne, ponieważ w przeciwnym razie wada się bardzo pogłębia. Jeżeli zastawka jest zwężona i krew nie może wypłynąć z komory, komora wytwarza coraz wyższe ciśnienie, początkowo przerasta, włóknieje, potem zmniejsza

się i w końcu przestaje funkcjonować. Jeżeli wada w ogóle nie zostanie rozpoznana prenatalnie i dziecko nie będzie poddane intensywnej terapii bezpośrednio po urodzeniu, to nie przeżyje. W ciągu kilku pierwszych lat życia czeka je kilka poważnych operacji dostosowujących jego układ krążenia do funkcjonowania z jedną komorą serca. Jeżeli operacje będą udane, dziecko będzie żyło, może nawet prowadzić w miarę normalny tryb życia. Są również takie zwężenia zastawek, które nie wymagają interwencji wewnątrzmacicznej, a dziecko może zostać zoperowane dopiero po porodzie.

Rozpoznanie prenatalne zespołów genetycznie uwarunkowanych często daje bardzo niekorzystne rokowanie i w tych sytuacjach nie jesteśmy w stanie pomóc. Nie zawsze możemy leczyć wewnątrzmacicznie, ale bardzo ważne jest, aby przy rozpoznaniu wady wymagającej intensywnego natychmiastowego postępowania, dziecko to urodziło się w odpowiednim czasie, w konkretny sposób i w miejscu, w którym będzie na niego czekał odpowiedni sprzęt i specjalista, który się nim natychmiast zajmie.

dr Magdalena Pasińska jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Genetyki Klinicznej CM UMK

Regulacja życia organizmów i badanie biocząsteczek na poziomie molekularnym

Marek Jurgowiak

Wiedza ma swe źródło w spostrzeganiu podobieństw i powtarzaniu się zdarzeń odbywających się wokół nas.

Wilfred Trotter

Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny wręczona została po raz pierwszy w 1901 r. Pierwszą nagrodę otrzymał niemiecki bakteriolog Emil Behring, twórca surowic i szczepionek, m.in. przeciw tężcowi i błonicy. Dotychczas uhonorowano 211 osób, w tym 12 kobiet. Żaden z badaczy nie został nagrodzony dwukrotnie. W młodym wieku nagrodzono F. Bantinga za odkrycie insuliny, miał wtedy 30 lat, natomiast Peyton Rous, odkrywca wirusów odpowiedzialnych za nowotworzenie, odbierał nobla jako 87-latek.

Laureaci tegorocznego nobla – to trzech amerykańscy badacze nagrodzeni za odkrycia dotyczące mechanizmów molekularnych kontrolujących rytm okołodobowy życia:

- Jeffrey C. Hall (ur. 1945) – University of Maine, Maine, USA,
- Michael Rosbash (ur. 1944) – Brandeis University, Waltham, USA; Howard Hughes Medical Institut,
- Michael W. Young (ur. 1949) – Rockefeller University, New York, USA.

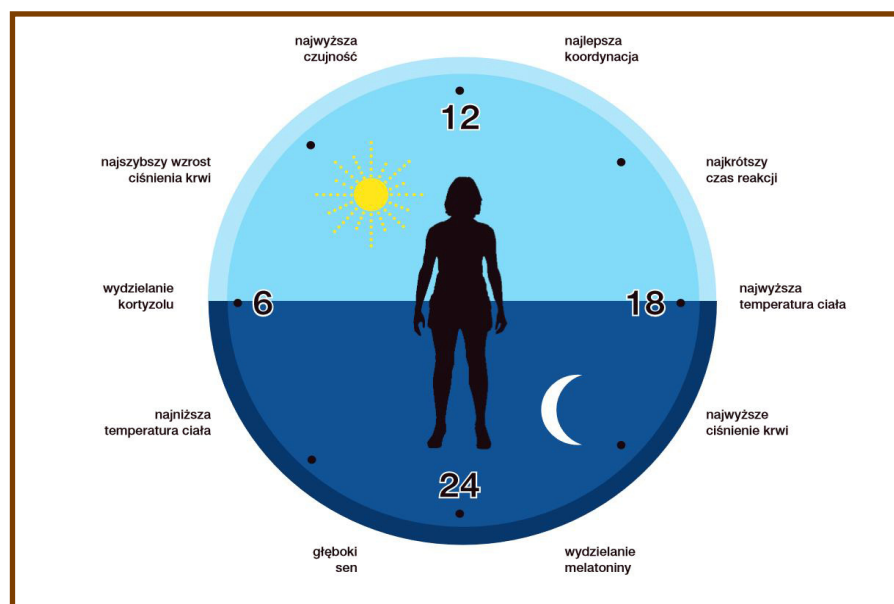
Komitet Noblowski, uzasadniając przyznanie nagrody, stwierdził: „(...) życie na Ziemi jest dostosowane do obrotu naszej planety. Wiadomo przy tym, że żyjące organizmy, w tym człowiek, mają wewnętrzny biologiczny zegar, który pomaga im dostosować się do regularnego rytmu dnia. Nie było jednak jasne, w jaki sposób działa ten zegar. Nagrodzeni ucze-

ni pomogli wyjaśnić jego funkcjonowanie u roślin, zwierząt i ludzi”.

W początkach lat 70. XX w. laureaci tegorocznego Nobla zmodyfikowali geny muszki *Drosophila* i uzyskali owady, które przestały regularnie sypiać. Muszki aktywne całą dobę spały tylko po kilka minut. Gen warunkujący taką zmianę zachowania badacze nazwali „period”.

Wykazali też, że koduje on białko gro madzące się w komórkach w ciągu nocy, a ulegające degradacji w ciągu dnia. Następnie zidentyfikowali kolejne białka, które wpływają na utoregulację tych mechanizmów wewnątrz komórki. Później odkrywano kolejne geny i mechanizmy działające w poszczególnych narządach.

Bardzo precyzyjnie wewnętrzny zegar dostosowuje naszą fizjologię do poszczególnych faz dnia i wpływa na przebieg metabolizmu. Zegar ten reguluje temperaturę ciała, poziom hormonów, sen itd. To dlatego między godziną 5 a 6 rano powoli budzimy się, a u mężczyzn poziom testosteronu ulega podwyższeniu (dobra pora na seks), a pomiędzy 10 i 12 organizm pracuje na pełnych obrotach i jesteśmy wydajni w pracy. Pomiedzy godzinami 21 i 22 wydzielana melatonina sprawia, że stajemy się senni, a między 2 i 3 w nocy wchodzimy w głęboki sen, przynoszący wiele korzyści. Dlatego też obecnie dominuje pogląd, że zaburzenie relacji pomiędzy naszym stylem życia a rytmem życiowym regulowanym przez



Zegar dobowy ma wpływ na wiele aspektów naszej fizjologii. Reguluje cykl snu, zachowania żywieniowe, wydzielanie hormonów, ciśnienie krwi i temperaturę ciała. Duża część naszych genów jest także regulowana przez ten mechanizm.

wewnętrzny zegar biologiczny odpowiada za wystąpienie wielu chorób, w tym cywilizacyjnych. Potrafimy też przestawiać nasz wewnętrzny zegar, o czym wiedzą ludzie często zmieniający np. strefy czasowe (piloci, stewardesy, turyści), czy pracujący zamiennie w dzień lub nocą, jak np. dyżurujący lekarze i pielęgniarki, ale nie pozostaje to bez wpływu na nasz organizm.

Zaburzenia cyklu dnia i nocy (sprzyja temu dodatkowo szalony rozwój cywilizacyjny) mogą mieć konsekwencje zdrowotne. Prowadzić mogą do zaburzeń metabolizmu i w konsekwencji do otyłości czy niektórych postaci nowotworów. Doświadczenia pokazują też, że np. u myszy zaburzenie cyklu dobowego prowadzi do szybszego starzenia się i upośledza dzia-

łanie układu odpornościowego. A może popularyzacja wiedzy, którą zdobyliśmy dzięki noblistom, zweryfikuje także nasze poglądy na zmianę czasu w trybie: czas letni i zimowy?

dr Marek Jurgowiak jest starszym wykładowcą w Zakładzie Biochemii Klinicznej

Przedruk z „Primum Non Nocere” 2017 nr 11, s. 12-13

Studenci farmacji Collegium Medicum UMK wzięli udział w Students' Exchange Programme

Iga Błażejewska



Staż w Bulgarian Scientific Pharmaceutical Laboratory, Sofia, Bulgaria; od lewej: Cemal Omer - student farm. Anton Valev - właściciel Bulgarian Scientific Pharmaceutical Laboratory i Apteki Eurudita, studentka farmacji Kamelia Krysiak, Teodor Boianov - kierownik laboratorium

Działalność w organizacji, jaką jest Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji Oddział Bydgoszcz, niesie ze sobą nie tylko możliwości rozwoju zawodowego – takie jak udział w prowadzeniu akcji profilaktycznych, wykładów, eventów na-

ukowych, ale również rozwoju osobistego. Liczne zjazdy, konferencje, warsztaty, w których uczestniczymy, dają nam szansę poznania rzeczywistości po drugiej stronie uczelnianych murów i otwarcia się na niezmierny świat farmacji, u którego

źródła stoimy zaczynając studia na Wydziale Farmaceutycznym.

Jednym z podejmowanych przez nas projektów jest – SEP (Students' Exchange Programme), czyli program zagranicznych wymian studenckich. Nie daliśmy jednak rady sami – furtkę otwierają nam IPSF (International Pharmaceutical Students' Federation), którego członkami jesteśmy jako Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji.

Jak co roku, kiedy dla studenta farmacji zbliżał się termin podjęcia decyzji dotyczącej miejsca odbywania praktyk w aptece, pojawiało się zewsząd mnóstwo możliwości. W głowie dylematy: wrócić do rodzinnego miasta, zostać w Bydgoszczy, czy może w tym roku wreszcie pokonać strach, wątpliwości i wyjechać w nieznane, by poznać jak wygląda świat farmacji za granicą? Okazuje się, że wśród bydgoskich studentów nie brakuje odważnych – 10 z nas zdecydowało się wybrać do innego kraju. Tak naprawdę, sam wybór miejsca zależał tylko od naszej wyobraźni i... marzeń. Czas tam spędzony, poza tym, że był doskonałą okazją do pogłębiania wiedzy z farmakologii i technologii postaci leku, okazał się również ciekawą lekcją pokonywania barier językowych czy doświadczeniem pierwszego w życiu lotu samolotem!

A wspomnienia przywieźliśmy z wielu miejsc świata! Na praktyki do apteki szpitalnej w Indonezji wybrały się dwie studentki farmacji: Natalia Jankowska i Karolina Dudek. „Niesamowicie było poznać zupełnie odmienną kulturę i uczestniczyć przez chwilę w codziennym życiu Indonezyjczyków. Bali jest niezwykle intrygującym miejscem. Zaskakuje na każdym kroku. No i te rajskie plaże!” – zatapia się we wspomnieniach Karolina. Anna Bieńkowska wybrała Słowenię i uroki przepięknej Lublany. Marianna Krajewska spędziła miesiąc w stolicy Portugalii, Lizbonie – w czasie



Apteka szpitalna, Belgrad, Serbia, od lewej: Dragica Jeremic - technik farmaceutyczny, Jelena Nikic - mgr farmacji, kierownik apteki, Jakub Gębalski - student farmacji V rok CM UMK, Nenad Miljkovic - mgr farmacji, farmaceuta kliniczny, Mira Mijovic, technik farmaceutyczny, Iga Błażejewska - studentka farmacji V rok CM UMK, Danijela Lazarevic - technik farmaceutyczny

trwania praktyk obchodziła swoje urodziny (kto nie marzy o spędzeniu takiego święta w sercu gorącej Portugalii?).

Bułgaria, a dokładniej Sofia, to miejsce, w którym miesiąc spędziła Kamelia Krysiak: „Najlepsze wrażenie zrobili ludzie – mili, pomocni, nawet bez znajomości angielskiego starali się zawsze pomóc! Miasto, mimo, że bardzo zniszczone, jest przepiękne!”. Ewa Czerwińska postanowiła wybrać się na Węgry i poznać Budapeszt.

Rumunia zaś (a dokładniej Timisoara i Bukareszt) zaciekała Aleksandrę Krasuską, która właśnie tam spędziła wakacyjny miesiąc swoich praktyk. Z kolei Jakub Gębalski, Arkadiusz Leśny i ja swoje praktyki odbyliśmy w Serbii (w Niszu oraz w Belgradzie).

Czas wypełniony był pracą w aptece, przygotowywaniem leków recepturowych, ale również niekończącymi się dyskusjami o świecie farmacji, który, jak się okazuje – mimo jednego celu, którym jest dobro pacjenta – pełen jest różnorodności! A po pełnym wrażeń dniu otwierało się przed nami życie miasta: odpoczynek na przepięknych plażach, spacer po ruinach zamków, zwiedzanie parków i muzeów. Nie zabrakło również integracji ze studentami farmacji z krajów, które nas gościły oraz z tymi, którzy przyjechali z innych stron świata, biorąc udział w SEPie. Gdy nadchodził czas pożegnań, spotkaliśmy się na tzw. International Night – wieczorze integracyjnym, podczas którego każdy miał okazję przygotować swoje tradycyjne danie. Z dumą w tych wszystkich miejscach przygotowaliśmy pierogi lub kotlety z ziemniakami i mizerią, mie-



Staż wakacyjny w Aptece Uniwersyteckiej w Bydgoszczy. Od lewej dr Piotr Merks, studenci z Portugalii, Francji, Chorwacji, Serbii i Tajwanu, dr hab. Michał Marszałł, prof. UMK oraz p.o. kierownika apteki mgr farm. Dorota Szczypińska

liśmy również okazję spróbować wielu dań naszych zagranicznych przyjaciół.

Na uwagę zasługuje również fakt, że w ramach programu SEP, także i w Polsce przyjęliśmy zagranicznych studentów. W tym roku gościliśmy przyszłych farmaceutów z Francji, Tajwanu, Portugalii, Serbii, Chorwacji, Rumunii, Algierii, Włoch i Cypru – odbywali praktyki na katedrach Collegium Medicum UMK oraz w Aptece Uniwersyteckiej w Szpitalu im. dr. A. Jurasza.

Z tego miejsca chciałabym serdecznie podziękować kierownikom katedr Wydziału Farmaceutycznego, a za ich pośrednictwem – również wszystkim pracownikom naukowym, którzy poświęcili swój czas, przyczyniając się nie tylko do promocji naszego Uniwersytetu za granicami kraju, ale także, poprzez kształcenie studentów, do rozwoju farmacji i pogłębiania międzynarodowej współpracy młodych naukowców:

Panu prof. UMK dr hab. n. farm. Michałowi Marszałłowi – kierownikowi Katedry i Zakładu Chemii Leków

Panu prof. dr hab. n. farm. Stanisławowi Sobiakowi – p.o. kierownika Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej

Panu dr n. farm. Danielowi Załuskiemu – p.o. kierownika Katedry i Zakładu Farmakognozji.

Ufam, że w przyszłych latach jeszcze więcej studentów farmacji wybierze praktyki zagraniczne, doceniając fakt, że są one połączeniem przyjemnego z pożytecznym, a w zakresie SEP-u w Polsce – jako organizacja podejmiemy współpracę z większą liczbą katedr, by goszczyni przez nas zagraniczni goście mogli poznać w pełni dorobek naukowy naszego Uniwersytetu.

Iga Błażejewska jest Przewodniczącą PTSF Oddział Bydgoszcz

Lista Filadelfijska

Prezentujemy 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 października do połowy grudnia 2017 roku.

IF: 8.216

Jan Styczyński

Autorzy: D. Averbuch, G. Tridello, J. Hoek, M. Mikulska, H. Akan, L.Y. San Segundo, T. Pabst, T. Ozcelik, G. Klyasova, I. Donnini, D. Wu, Z. Gulbas, T. Zuckerman, A.B. de Sousa, Y. Beguin, A.

Xhaard, E. Bachy, P. Ljungman, R. de la Camara, J. Rascon, I. Ruiz Camps, A. Vittek, F. Patriarca, L. Cudillo, R. Vrhovac, P.J. Shaw, T. Wolfs, T. O'Brien, B. Avni, G. Silling, F. Al Sabty, S. Graphakos, M. Sankelo, H. Sengeloef, S. Pillai, S. Matthes, F. Melanthiou, S. Iacobelli, Jan Styczyński, D. Engelhard, S. Cesaro.

Tytuł oryginału: Antimicrobial resistance in gram-negative rods causing bacteremia in hematopoietic stem cell transplant recipients : intercontinental prospective study of the Infectious Diseases Working Party of the European Bone Marrow Transplantation Group.

Czasopismo: Clin. Infect. Dis.
Szczegóły: 2017 : Vol. 65, nr 11, s. 1819-1828.

Uwagi: [Dwóch równorzędnych ostatnich autorów].

Konferencja/zjazd: European Group for Blood and Marrow Transplantation : Valencia, 2016.04.03

p-ISSN: 1058-4838

e-ISSN: 1537-6591

Charakt. formalna: ZRZ

Punktacja MNiSW: 45.000

Afiliacja CM UMK

IF: 5.292

Aleksander Deptuła

Autorzy: B. Beovic, P. Cavalie, Aleksander Deptuła, O. Dyar, I. Gyssens, W. Kern, V. Knepper, D. Kofteridis, H.

Hanberger, B. Huttner, P. Messiaen, L. Pagani, J.P. Pardo, C. Pulcini, J. Rodriguez-Bano, G.S. Simonsen, V. Vlahović-Palcevski, P. Zarb.

Tytuł oryginału: Amoxicillin dosing recommendations are very different in European countries : a cross-sectional survey.

Czasopismo: Clin. Microb. Infect.
Szczegóły: 2017 : Vol. 23, nr 6, s. 414-415.
p-ISSN: 1198-743X
e-ISSN: 1469-0691
Charakt. formalna: ZL
Punktacja MNiSW: 40.000

IF: 5.168

Maciej Nowacki,
Tomasz Kloskowski
Katarzyna Pietkun
Barbara Zegarska
Marta Pokrywczyńska
Tomasz Drewa
Wojciech Zegarski

Autorzy: Maciej Nowacki, M. Peterson, Tomasz Kloskowski, E. McCabe, D.C. Guiral, K. Polom, Katarzyna Pietkun, Barbara Zegarska, Marta Pokrywczyńska, Tomasz Drewa, F. Roviello, E.A. Medina, S.L. Habib, Wojciech Zegarski.

Tytuł oryginału: Nanoparticle as a novel tool in hyperthermic intraperitoneal

and pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy to treat patients with peritoneal carcinomatosis.

Czasopismo: Oncotarget
Szczegóły: 2017 : Vol. 8, nr 44, s. 78208-78224.
p-ISSN: 1949-2553
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 35.000
Afiliacja CM UMK

IF: 4.561

Anna A. Brożyna,
Cezary Skobowiat
Wojciech Józwicki

Autorzy: A.T. Słomiński, Anna A. Brożyna, Cezary Skobowiat, M.A. Żmijewski, T.-K. Kim, Z. Janjetovic, A.S. Oak, Wojciech Józwicki, A.M. Jetten, R.S. Mason, C. Elmets, W. Li, R.M. Hoffman, R.C. Tuckey.

Tytuł oryginału: On the role of classical and novel forms of vitamin D in melanoma progression and management

Czasopismo: J. Steroid Biochem. Mol. Biol.
Szczegóły: 2017
p-ISSN: 0960-0760
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 30.000
Afiliacja CM UMK

IF: 4.247

Jan Adamowicz
Marta Pokrywczyńska
Tomasz Kloskowski
Tomasz Drewa

Autorzy: Jan Adamowicz, Marta Pokrywczyńska, S.V. van Breda, Tomasz Kloskowski, Tomasz Drewa.

Tytuł oryginału: Concise review : tissue engineering of urinary bladder; we still have a long way to go ?

Czasopismo: Stem Cells Transl. Med.
Szczegóły: 2017 : Vol. 6, nr 11, s. 2033-2043.
p-ISSN: 2157-6564
e-ISSN: 2157-6580
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 40.000
Afiliacja CM UMK

IF: 3.874

Jan Styczyński

Autorzy: C. Chabannon, J. Kuball, E. Macgrath, P. Bader, C. Dufour, A. Lanke-

ster, G.W. Basak, S. Montoto, A. Nagler, J.A. Snowden, J[an] Styczyński, R.F. Duarte, N. Kroger, M. Mohty.

Tytuł oryginału: CAR-T cells : the narrow path between hope and bankruptcy?

Czasopismo: Bone Marrow Transpl. Szczegóły: 2017 : Vol. 52, s. 1588-1589.
p-ISSN: 0268-3369
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 30.000
Afiliacja CM UMK

IF: 3.528

Marek Jankowski,
Ewelina Kodyra,
Justyna Kaszubowska,
Rafał Czajkowski

Autorzy: M[arek] Jankowski, E[we-lina] Kodyra, J[ustyna] Kaszubowska, R[afał] Czajkowski.

Tytuł oryginału: Characterization of patients with suspected hypersensitivity to cervicovaginal fluid.

Czasopismo: J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - JEADV
Szczegóły: 2017 : Vol., nr
p-ISSN: 0926-9959
e-ISSN: 1468-3083
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 35.000
Afiliacja CM UMK

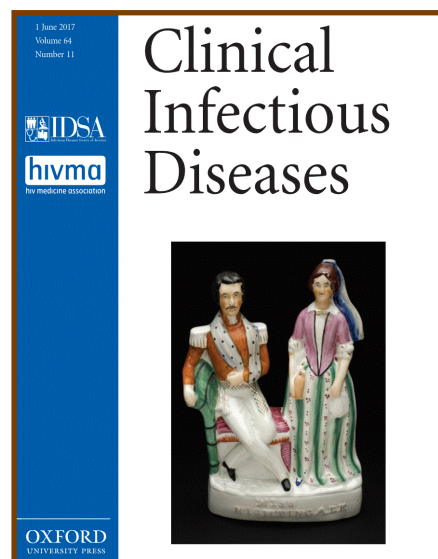
IF: 3.085

Marta Pokrywczyńska,
Tomasz Kloskowski,
Daria Balcerczyk,
Monika Buhl,
Arkadiusz Jundziłł,
Maciej Nowacki,
Kaja Męcińska-Jundziłł,
Tomasz Drewa

Autorzy: Marta Pokrywczyńska, Tomasz Kloskowski, Daria Balcerczyk, Monika Buhl, Arkadiusz* Jundziłł, Maciej Nowacki, Kaja* Męcińska-Jundziłł, Tomasz Drewa.

Tytuł oryginału: Stem cells and differentiated cells differ in their sensitivity to urine in vitro.

Czasopismo: J. Cell. Biochem. Szczegóły: 2017 : Vol. 118
p-ISSN: 0730-2312
e-ISSN: 1097-4644
Charakt. formalna: ZA
Punktacja MNiSW: 25.000
Afiliacja CM UMK



Okladka czasopisma „Clinical Infectious Diseases” 2017 vol. 65, nr 11 zawierającego artykuł współautorstwa prof. dr. hab. Jana Styczyńskiego: Antimicrobial resistance in gram-negative rods causing bacteremia in hematopoietic stem cell transplant recipients: intercontinental prospective study of the Infectious Diseases Working Party of the European Bone Marrow Transplantation Group, s. 1819-1828

Analiza cytowań Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Joanna Słomkowska, Anna Domańska, Monika Kubiak

Analizę liczby cytowań przeprowadzono na podstawie baz: Web of Science all databases oraz Scopus, biorąc pod uwagę dwa parametry:

najczęściej cytowane prace,
najczęściej cytowanych aktywnych pracowników Uniwersytetu Mikołaja Kopernika i Collegium Medicum UMK.

W obydwu przypadkach poddawane analizie były wyłącznie publikacje z zaznaczoną afiliacją UMK i CM UMK. Uwzględnione zostały wszystkie historyczne nazwy oraz znane oboczności, których ze względu na liczne odstępstwa od oficjalnego nazewnictwa jest bardzo dużo i niekiedy uniemożliwiają automatyczne przypisanie pracy do danej jednostki.

Za pracę cytowaną uznaje się publikację, na którą powołują się inni autorzy. Aby artykuł został zauważony, a następnie wykorzystany (zacytowany) przez innych, powinien zostać opublikowany w czasopiśmie, które są odnotowywane w dużych bazach bibliograficznych.

Baza Web of Science zawiera dane bibliograficzne, streszczenia artykułów z czasopism naukowych, konferencji, książek oraz informacje o cytowaniach, obejmuje około 32 tysiące czasopism, 140 milionów rekordów, bilion cytowań, począwszy od 1900 roku.

Baza Scopus jest bazą bibliograficzno-bibliometryczną, zawiera opisy bibliograficzne oraz abstrakty artykułów z czasopism naukowych, materiałów konferencyjnych, publikacji handlowych, serii książkowych oraz patenty. Scopus umożliwia przeszukiwanie ponad 22 tysięcy aktywnych, recenzowanych czasopism naukowych (ogółem 34 tysiące), posiada 69 milionów rekordów oraz 1,4 biliona cytowań, od 1970 roku. Ponadto indeksuje prace w druku, posiadające DOI (article in press).

Sposób przypisywania afiliacji poszczególnym autorom, w wymienionych bazach jest różny, co rzutuje niekiedy na spore różnice w ogólnej liczbie cytowań. Web of Science indeksuje cytowania na podstawie afiliacji podanej przy każdej pracy, natomiast Scopus całość dorobku danego

autora przypisuje do jednostki wskazanej w najnowszej zindeksowanej pracy.

Liczba cytowań oraz wartość indeksu Hirscha nie są wartościami stałymi, zmieniają się z dnia na dzień, w miarę pojawiania się w bazach kolejnych publikacji oraz dalszym cytowaniem indeksowanych prac.

Zaprezentowana analiza cytowań przedstawia stan na koniec sierpnia 2017 roku.

Autorzy zaprezentowanych opracowań są pracownikami Biblioteki Uniwersyteckiej UMK oraz Biblioteki Medycznej CM UMK.

Zestawienie najczęściej cytowanych publikacji w bazie Web of Science (All Databases) z zaznaczoną w bazie afiliacją UMK oraz CM UMK - sierpień 2017

1. Całkowita liczba cytowań (Total Times Cited): 1347
Kolos, W; Wolniewicz, L
Potential-Energy Curves for the X (1)Sigma(+) (g), b(3)Sigma(+) (u), and C (1)Pi(u) States of the Hydrogen Molecule
JOURNAL OF CHEMICAL PHYSICS
Volume: 43 Issue: 7 Pages: 2429-2441 Published: 1965
2. Całkowita liczba cytowań: 835
Biniak, S; Szymanski, G; Siedlewski, J; Swiatkowski, A
The characterization of activated carbons with oxygen and nitrogen surface groups
CARBON Volume: 35 Issue: 12 Pages: 1799-1810 Published: 1997
3. Całkowita liczba cytowań: 793
Friml, J; Wisniewska, J; Benkova, E; Mendgen, K; Palme, K
Lateral relocation of auxin efflux regulator PIN3 mediates tropism in Arabidopsis
NATURE Volume: 415 Issue: 6873 Pages: 806-809 Published: 2002
4. Całkowita liczba cytowań: 623

Wojtkowski, M; Srinivasan, VJ; Ko, TH; Fujimoto, JG; Kowalczyk, A; Duker, JS

Ultrahigh-resolution, high-speed, Fourier domain optical coherence tomography and methods for dispersion compensation

OPTICS EXPRESS Volume: 12 Issue: 11 Pages: 2404-2422 Published: 2004

5. Całkowita liczba cytowań: 584
Wojtkowski, M; Leitgeb, R; Kowalczyk, A; Bajraszewski, T; Fercher, AF

In vivo human retinal imaging by Fourier domain optical coherence tomography

JOURNAL OF BIOMEDICAL OPTICS
Volume: 7 Issue: 3 Pages: 457-463 Published: 2002

6. Całkowita liczba cytowań: 583
Reid, M.J.; Menten, K.M.; Zheng, X.W; Brunthaler, A.; Moscadelli, L.; Xu, Y.; Zhang, B; Sato, M.; Honma, M.; Hirota, T.; Hachisuka, K.; Choi, Y.K.; Moellenbrock, G.A.; Bartkiewicz, A.

Trigonometric parallaxes of massive star-forming regions. VI. Galactic structure, fundamental parameters, and non-circular motions

ASTROPHYSICAL JOURNAL Volume: 700 Issue: 1 Pages: 137-148 Published: 2009

7. Całkowita liczba cytowań: 568
McCabe, Nuala; Turner, Nicholas C.; Lord, Christopher J.; et al. (Zdzienicka Z.M.)

Deficiency in the repair of DNA damage by homologous recombination and sensitivity to poly(ADP-ribose) polymerase inhibition

CANCER RESEARCH Volume: 66 Issue: 16 Pages: 8109-8115 Published: AUG 15 2006

8. Całkowita liczba cytowań: 515
Petrasek, J; Mravec, J; Bouchard, R; Blakeslee, JJ; Abas, M; Seifertova, D;

Gedik, CM; Collins, A; Dubois, J; et al. (m.in. Oliński R.)

Group Author(s): ESCODD

Establishing the background level of base oxidation in human lymphocyte DNA: results of an interlaboratory validation study

FASEB JOURNAL Volume: 19 Issue: 1 Pages: 82-84 Published: JAN 2005

17.

Całkowita liczba cytowań: 341

Vieten, A; Vanneste, S; Wisniewska, J; Benkova, E; Benjamins, R; Beeckman, T; Luschnig, C; Friml, J

Functional redundancy of PIN proteins is accompanied by auxin-independent cross-regulation of PIN expression

DEVELOPMENT Volume: 132 Issue: 20 Pages: 4521-4531 Published: 2005

18.

Całkowita liczba cytowań: 324

Abas, L; Benjamins, R; Malenica, N; Paciorek, T; Wisniewska, J; Moulinier-Anzola, JC; Sieberer, T; Friml, J; Luschnig,

Intracellular trafficking and proteolysis of the Arabidopsis auxin-efflux facilitator PIN2 are involved in root gravitropism

NATURE CELL BIOLOGY Volume: 8 Issue: 3 Pages: 249-256 Published: 2006

19.

Całkowita liczba cytowań: 316

Buszewski, B; Noga, S

Hydrophilic interaction liquid chromatography (HILIC)-a powerful separation technique

ANALYTICAL AND BIOANALYTICAL CHEMISTRY Volume: 402 Issue: 1 Pages: 231-247 Published: 2012

20.

Całkowita liczba cytowań: 316

Ulrich, W; Almeida, M; Gotelli, NJ

A consumer's guide to nestedness analysis

OIKOS Volume: 118 Issue: 1 Pages: 3-17 Published: 2009

Powyższy wykaz prac posiada oryginalną pisownię zamieszczoną w bazie Web of Science.

Zestawienie najczęściej cytowanych publikacji w bazie Scopus z zaznaczoną w bazie afiliacją UMK oraz CM UMK - sierpień 2017

1.

Cytowano 1112 razy (Cited 1112 times)
Gorini, V., Kossakowski, A., Sudarshan, E.C.G.

Completely positive dynamical semigroups of N-level systems
(1975) Journal of Mathematical Physics, 17 (5), pp. 821-825.

2.

Cytowano 1083 razy

Kolos, W., Wolniewicz, L.

Potential-energy curves for the $X1^2\Sigma^+$, $b3^2\Sigma^+$, and $C1\Pi_u$ states of the hydrogen molecule

(1965) The Journal of Chemical Physics, 43 (7), pp. 2429-2441.

3.

Cytowano 858 razy

Biniak, S., Szymański, G., Siedlewski, J., Świątkowski, A.

The characterization of activated carbons with oxygen and nitrogen surface groups

(1997) Carbon, 35 (12), pp. 1799-1810.

4.

Cytowano 796 razy

1	Buszewski Bogusław	WCh	7438
2	Wojtkowski Maciej	WFAiIS	5002
3	Katarzyński Krzysztof	WFAiIS	4730
4	Oliński Ryszard	WFarm	4604
5	Kowalczyk Andrzej	WFAiIS	4274
6	Sinkiewicz Władysław	WNOZ	3720
7	Terzyk Artur	WCh	3499
8	Ulrich Werner	WBiOŚ	3060
9	Wiśniewska Justyna	WBiOŚ	2919
10	Kubica Jacek	WL	2586
11	Gackowski Daniel	WFarm	2582
12	Sionkowska Alina	WCh	2566
13	Skowroński Andrzej	WMiI	2444
14	Biniak Stanisław	WCh	2236
15	Szłyk Edward	WCh	2025
16	Gauden Piotr	WCh	2018
17	Kaczmarek Halina	WCh	2008
18	Ciuryło Roman	WFAiIS	1934
19	Wojtczak Andrzej	WCh	1856
20	Kujawski Wojciech	WCh	1791
21	Foksiński Marek	WFarm	1753
22	Różalski Rafał	WFarm	1750
23	Simson Daniel	WMiI	1625
24	Szymański Grzegorz	WCh	1556
25	Wojtowicz Andrzej	WFAiIS	1551
26	Jaskólski Włodzimierz	WFAiIS	1515
27	Polasik Marek	WCh	1468
28	Halota Waldemar	WL	1465
29	Chruściński Dariusz	WFAiIS	1460
30	Jawień Arkadiusz	WL	1452

Zestawienie najczęściej cytowanych aktywnych zawodowo pracowników w bazie Web of Science z zaznaczoną w bazie afiliacją umk i cm umk (sierpień 2017)



- Friml, J., Wisniewska, J., Benková, E., Mendgen, K., Palme, K.
Lateral relocation of auxin efflux regulator PIN3 mediates tropism in Arabidopsis
(2002) *Nature*, 415 (6873), pp. 806-809.
5.
Cytowano 707 razy
Wojtkowski, M., Srinivasan, V.J., Ko, T.H., Fujimoto, J.G., Kowalczyk, A., Duker, J.S.
Ultrahigh-resolution, high-speed, Fourier domain optical coherence tomography and methods for dispersion compensation
(2004) *Optics Express*, 12 (11), pp. 2404-2422.
6.
Cytowano 662 razy
Wojtkowski, M., Leitgeb, R., Kowalczyk, A., Bajraszewski, T., Fercher, A.F.
In vivo human retinal imaging by Fourier domain optical coherence tomography
(2002) *Journal of Biomedical Optics*, 7 (3), pp. 457-463.
7.
Cytowano 600 razy
Dizdaroglu, M., Jaruga, P., Birincioğlu, M., Rodriguez, H.
Free radical-induced damage to DNA: Mechanisms and measurement
(2002) *Free Radical Biology and Medicine*, 32 (11), pp. 1102-1115.
8.
Cytowano 590 razy
McCabe, N., Turner, N.C., Lord, C.J., Kluzek, K., Białkowska, A., Swift, S., Giarra, S., O'Connor, M.J., Tutt, A.N., Zdzienicka, M.Z., Smith, G.C.M., Ashworth, A.
Deficiency in the repair of DNA damage by homologous recombination and sensitivity to poly(ADP-ribose) polymerase inhibition
(2006) *Cancer Research*, 66 (16), pp. 8109-8115.
9.
Cytowano 589 razy
Gaubatz, U., Rudecki, P., Schiemann, S., Bergmann, K.
Population transfer between molecular vibrational levels by stimulated Raman scattering with partially overlapping laserfields. A new concept and experimental results
(1990) *The Journal of Chemical Physics*, 92 (9), pp. 5363-5376.
10.
Cytowano 587 razy
Reid, M.J., Menten, K.M., Zheng, X.W., Brunthaler, A., Moscadelli, L., Xu, Y., Zhang, B., Sato, M., Honma, M., Hirota, T., Hachisuka, K., Choi, Y.K., Moellenbrock, G.A., Bartkiewicz, A.
Trigonometric parallaxes of massive star-forming regions. VI. Galactic structure, fundamental parameters, and non-circular motions
(2009) *Astrophysical Journal*, 700 (1), pp. 137-148.
11.
Cytowano 571 razy
Jamiolkowski, A.
Linear transformations which preserve trace and positive semidefiniteness of operators
(1972) *Reports on Mathematical Physics*, 3 (4), pp. 275-278.
12.
Cytowano 526 razy
Almeida-Neto, M., Guimaraes, P., Guimaraes Jr., P.R., Loyola, R.D., Ulrich, W.
A consistent metric for nestedness analysis in ecological systems: Reconciling concept and measurement
(2008) *Oikos*, 117 (8), pp. 1227-1239.
13.
Cytowano 512 razy
Petráček, J., Mravec, J., Bouchard, R., Blakeslee, J.J., Abas, M., Seifertová, D., Wisniewska, J., Tadele, Z., Kube, M., Čovánová, M., Dhonukshe, P., Skůpa, P., Benková, E., Perry, L., Křeček, P., Lee, O.R., Fink, G.R., Geisler, M., Murphy, A.S., Luschning, C., Zámalová, E., Friml, J.
PIN proteins perform a rate-limiting function in cellular auxin efflux
(2006) *Science*, 312 (5775), pp. 914-918.
14.
Cytowano 494 razy
Wojtkowski, M., Srinivasan, V., Fujimoto, J.G., Ko, T., Schuman, J.S., Kowalczyk, A., Duker, J.S.
Three-dimensional retinal imaging with high-speed ultrahigh-resolution optical coherence tomography
(2005) *Ophthalmology*, 112 (10), pp. 1734-1746.
15.
Cytowano 486 razy
Friml, J., Benková, E., Blilou, I., Wisniewska, J., Hamann, T., Ljung, K., Woddy, S., Sandberg, G., Scheres, B., Jürgens, G., Palme, K.
AtPIN4 mediates sink-driven auxin gradients and root patterning in Arabidopsis
(2002) *Cell*, 108 (5), pp. 661-673.
16.
Cytowano 475 razy
Kolos, W., Wolniewicz, L.
Accurate Adiabatic Treatment of the Ground State of the Hydrogen Molecule
(1964) *The Journal of Chemical Physics*, 41 (12), pp. 3663-3673.
17.
Cytowano 458 razy
Wisniewska, J., Xu, J., Seifartová, D., Brewer, P.B., Růžicka, K., Blilou, L., Rouquié, D., Benková, E., Scheres, B., Friml, J.
Polar PIN localization directs auxin flow in plants
(2006) *Science*, 312 (5775), p. 883.
18.
Cytowano 437 razy
Chang, T.-T., Liaw, Y.-F., Wu, S.-S., Schiff, E., Han, K.-H., Lai, C.-L., Safadi, R., Lee, S.S., Halota, W., Goodman, Z., Chi, Y.-C., Zhang, H., Hindes, R., Illoeje, U., Beebe, S., Kreter, B.
Long-term entecavir therapy results in the reversal of fibrosis/cirrhosis and continued histological improvement in patients with chronic hepatitis B
(2010) *Hepatology*, 52 (3), pp. 886-893.
19.
Cytowano 409 razy
Aharonian, F., Akhperjanian, A.G., Barres De Almeida, i in., Katarzyński, K., i in.
Energy spectrum of cosmic-ray electrons at TeV energies
(2008) *Physical Review Letters*, 101 (26), art. no. 261104, .
20.
Cytowano 406 razy
Actis, M., Agnetta, G., Aharonian, F., i in., Katarzyński, K., i in.
Design concepts for the Cherenkov Telescope Array CTA: An advanced facility for ground-based high-energy gamma-ray astronomy
(2011) *Experimental Astronomy*, 32 (3), pp. 193-316.
- Powyższy wykaz prac posiada oryginalną pisownię zamieszczoną w bazie Scopus.
mgr Joanna Słomkowska oraz mgr Anna Domańska są pracownikami Biblioteki Uniwersyteckiej w Toruniu, natomiast mgr Monika Kubiak - Biblioteki Medycznej CM UMK
tekst po raz pierwszy opublikowany w „Głosie Uczelni” 2017 nr 10, s. 20-24

XXXV Konferencja Problemowa Bibliotek Medycznych „Library as a Service”

Magdalena Kokosińska

Trzydniową konferencję, zorganizowaną przez Centrum Informacyjno-Biblioteczne (CIB) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, otworzyły warsztaty, w których wzięło udział ponad 30 osób.

Uczestnicy mogli wybierać spośród kilku tematów:

- Myślenie wizualne – komunikowanie przez rysowanie
- Tworzenie polityki otwartego dostępu
- Instrumentarium pracy bibliotekarza-redaktora serwisów online
- Licencje Creative Commons. Przewodnik dla bibliotekarzy
- Występowanie przed szeroką publicznością – od czego zacząć? Warsztaty z autoprezentacji
- Występowanie przed szeroką publicznością bez tajemnic. Warsztaty z autoprezentacji.

W tym samym czasie w CIB trwało spotkanie dyrektorów akademickich uczelni medycznych, a w Centrum Dydaktycznym (CD) Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – śniadanie naukowe z przedstawicielami wydawnictwa McGraw-Hill, na którym zaprezentowano bazy Access Medicine.

Konferencję w CD otworzył, witając gości, dyrektor CIB Witold Kozakiewicz,

który pełnił również rolę moderatora pierwszej sesji. Wykład inauguracyjny wygłosił Wojciech Otto z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu: „Niebezpieczne związki medycyny i filmu, skupiając się na wizerunku osób niepełnosprawnych we współczesnej kinematografii”. Zwrócił uwagę na sposób ich przedstawiania w filmach (niepełnosprawni jako ciężar dla rodziny i społeczeństwa, jako osoba agresywna i auto-agresywna itp.), ale wskazał także dobre przykłady obrazów, w których stereotypy te są przełamywane.

Pierwsza, wstępna sesja miała nietypowy przebieg – składała się bowiem z wystąpień 3-minutowych, podczas których przedstawiono działalność lubelskich bibliotekarzy skupionych wokół tamtejszego SBP (Anastazja Śniechowska, Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), wykorzystywanie algorytmów w bibliotece (Małgorzata Marcjan, Jolanta Cieśla, Biblioteka Medyczna UJ CM), najnowsze wieści z EAHIL (Witold Kozakiewicz, CIB UM w Łodzi), integrację Web of Science z repozytoriami danych poprzez usługę API (Marcin Kapczyński, Clarivate Analytics), zaprezentowano także ćwiczenia odciążające

kręgosłup po dłuższej pracy w pozycji siedzącej (Edyta Rogowska, Dagmara Budek, Biblioteka Główna Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie) oraz projekt PLUM, pozwalający na wzajemne wypożyczenia między bibliotekami UM w Łodzi i Politechniki Łódzkiej (Elżbieta Skubała, Biblioteka Politechniki Łódzkiej). Sesja wzbudziła zainteresowanie wśród słuchaczy swoją dynamiczną formą i możliwością zapoznania się w krótkim czasie z kilkoma ciekawymi zagadnieniami.

Po lunchu odbyła się pierwsza sesja z dłuższymi referatami pod nazwą „Edukacja użytkowników na miarę 21 wieku”, w której jako pierwsza głos zabierała Monika Kubiak z Biblioteki Medycznej CM UMK w Toruniu – „Potrzeby studentów kontra napięty program nauczania, czyli po co komu naukowa informacja medyczna?” Podkreśliła znaczenie edukacji użytkowników, a także rolę wykwalifikowanych bibliotekarzy w kształceniu czytelników z zakresu naukowej informacji medycznej. Zwróciła też uwagę na osobną grupę użytkowników – doktorantów, których potrzeby są inne niż studentów niższych roczników. Druga prelegentka, Agnieszka Piśarczyk z Biblioteki Medycznej UJ CM,



Uczestnicy Konferencji przed murem (autor projektu: Piotr Chrzanowski) na Centralnym Szpitalu Klinicznym w Łodzi, fot. CIB UM w Łodzi

przedstawiła obserwacje bibliotekarzy ze swojej jednostki z wyjazdów szkoleniowych w ramach programu Erasmus+ (Reykjavik, Maastricht, Sassari, Londyn). Podkreśliła obecność online bibliotekarzy w Holandii, proste pomysły w londyńskich bibliotekach, które można zrealizować niewielkim lub wręcz zerowym kosztem, a także projekt NILDE na Sardinii, który jest usługą wzajemnego dostarczania dokumentów między bibliotekami na lądzie i wyspie.

Pierwszy dzień konferencji zakończyła kolacja w Bierhalle Esplanada na Piotrkowskiej, reprezentacyjnej ulicy Łodzi.

Drugi dzień rozpoczęła sesja „Bibliometria, Open Access, Open Data, Repozytoria” i poprowadziła ją Dagmara Budek z Biblioteki Głównej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. W pierwszej kolejności z referatem wystąpiła Renata Birska (Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego w Lublinie), opowiadając o bibliografii publikacji pracowników swojej uczelni, użytkowanej na potrzeby analiz bibliometrycznych i oceny parametrycznej jednostek naukowych. Pracownicy biblioteki wykorzystują autorskie oprogramowanie, powstałe specjalnie dla nich w tym celu, spersonalizowane konkretnie dla ich potrzeb. Anna Ajdukiewicz-Tarkowska z Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wygłosiła referat „Autorski system ewidencjonowania dorobku publikacyjnego vs. ocena parametryczna jednostek – doświadczenia własne”, w którym opowiadała m.in. o sposobie na identyfikację osób (połączenie z systemami kadrowymi), tworzeniu nowych kont i aktualizacji istniejących, a także o problemach związanych z afiliacją. Jako trzeci wystąpił Szymon Lebioda z tej samej biblioteki z referatem „Open access w kontekście obowiązków sprawozdawczych bibliotek naukowych”, skupiając się na mechanizmie sprawozdawczym obecnym na WUM. Ostatnie wystąpienie wygłosił Jacek Głębocki z firmy Splendor: „Arkusze oceny pracownika naukowego w systemie Expertus”.

Po przerwie kontynuowano temat z poprzedniej sesji, a także zainicjowano nowy krąg tematyczny – „Research – udział bibliotekarzy medycznych w projektach naukowych”. Jako pierwszy wypowiedział się Jacek Willecki z Biblioteki Politechniki Poznańskiej, opowiadając o źródłach finansowania projektów OA w publicznych szkołach wyższych w Polsce. Natomiast Ireneusz Staroń z Centrum

Innowacji i Transferu Technologii UM w Łodzi skupił się na etyce badań naukowych z udziałem człowieka i dysonansie – interes nauki vs. interes uczestnika badań. W tym kontekście przedstawił projekt „InterScienceCloud”, którego celem jest poprawa dostępu do informacji o prowadzonych i ukończonych projektach naukowo-badawczych oraz zasobach naukowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Ostatnia w tej sesji była Paulina Milewska z CIB, która opowiedziała o roli bibliotekarza w opracowywaniu przeglądów systematycznych z zakresu nauk medycznych, podkreślając, że jest to wciąż nowe zjawisko w bibliotekach. Niewykluczone jednak, że w krótkim czasie zapotrzebowanie na pomoc w opracowywaniu systematic reviews wzrośnie.

Poobiednią sesję zatytułowano „Innowacje w bibliotece medycznej jako element usługowy dla środowiska akademickiego” i rozpoczęło ją wystąpienie Agaty Majewskiej i Tomasza Nowocienia z Biblioteki Głównej PUM w Szczecinie „Wiedza w kieszeni. Aplikacje mobilne w bibliotece medycznej”. Prelegenci przedstawili kilka ciekawych aplikacji, wspierających proces uczenia się studentów nauk medycznych. Klaudia Makowska z Biblioteki Głównej WUM opowiedziała o innowacyjnych jej zdaniem rozwiązaniach występujących w bibliotekarstwie światowym. Trzecie wystąpienie należało do przedstawicielki gospodarki – Agnieszka Roścak z CIB wygłosiła referat „UMED oPROCESowany okiem bibliotekarza”, przedstawiając w nim zorganizowany pod tą nazwą konkurs dla pracowników UM w Łodzi, którzy mogli zgłaszać propozycję nowego procesu lub optymalizację już istniejącego. Konkurs propagował m.in. twórcze myślenie i otwartość na zmiany zachodzące na uczelni, zaś pomysł zgłoszony przez trzyosobowy zespół CIB „UMED punktuje” zdobył III miejsce. Sesję zakończyło wystąpienie Witolda Kozakiewicza, dyrektora CIB, który opowiedział o narzędziu Browzine, wykorzystywanym w CIB do szybkiego i wygodnego korzystania z czasopism elektronicznych.

Po całym dniu obrad chętni uczestnicy mogli wziąć udział w wycieczkach zaproponowanych przez organizatorów: zwiedzaniu Szkoły Filmowej, SE-MA-FOR Muzeum Animacji albo w wycieczce rowerowej szlakiem Łodzi filmowej.

Podczas uroczystej kolacji w Restauracji Gronowski, która odbyła się wie-

czorem tego samego dnia, wiele osób wyrażało zadowolenie z tak spędzonego popołudnia. Podczas kolacji chętnie brano udział w quizie, którego zwycięzca otrzymał tablet.

Ostatni dzień konferencji rozpoczęła sesja „Biblioteka – miejsce i przestrzeń” i wystąpienie Anny Grygorowicz z referatem „Biblioteka Główna GUMed w nowej odsłonie oczami bibliotekarzy i użytkowników”, opowiadającej o modernizacji jej macierzystej biblioteki. Po zmianach placówka zyskała m.in. nietypową, przeszkloną czytelnię, podjazd dla osób niepełnosprawnych i prawie 250 dodatkowych miejsc do pracy. Drugie wystąpienie miało nieco inny charakter – Ewa Dobrogowska-Schlebusch z UJ CM zaprezentowała wyniki swoich badań w referacie „Biblioteka jako centrum informacji dla rodziców ze spectrum autyzmu? – wyniki badań własnych i przykłady dobrej praktyki”. Badania miały charakter jakościowy i sprawdzały, jakie problemy mają rodzice dzieci ze spectrum autyzmu w trakcie procesu diagnostycznego i po nim oraz jakie działania oni podejmują, by te trudności przezwyciężyć. W badaniach odwołano się także do roli biblioteki i bibliotekarzy w tym procesie. W swoim wystąpieniu Green Library Artur Povodor z firmy Qulto zaprezentował „zielone” rozwiązania zastosowane w różnych bibliotekach na świecie oraz wspomniał o nagrodzie IFLA Green Library Award. Ewa Nowak ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawiła referat „Kim jesteśmy? Pola działalności Biblioteki SUM”, zaś kończące konferencję wystąpienie Katarzyny Maćkiewicz z Biblioteki Uniwersyteckiej UWM w Olsztynie nosiło tytuł „Biblioteka główna a biblioteka filialna – opis przypadku”.

Sesję zamykającą poprowadziła Anna Grygorowicz z Biblioteki Głównej GUM, przedstawiono także wnioski ze spotkania dyrektorów, które odbyło się pierwszego dnia konferencji – bibliotekarze będą się przyglądać powstającej e-usłudze OMNIS, zwłaszcza projektowi bezpłatnego systemu bibliotecznego. Poruszono również temat wieczystego przechowywania czasopism i udostępnienia danych z zasobów z doc@med.

Konferencję zamknął wspólny obiad wszystkich uczestników i sponsorów. Dla osób chętnych zorganizowano także zwiedzanie Centrum Informacyjno-Bibliotecznego UM w Łodzi.

mgr Magdalena Kokosińska jest informatorem dziedzinowym w Bibliotece Uniwersyteckiej w Warszawie

Potrzeby studentów kontra napięty program nauczania, czyli po co komu naukowa informacja medyczna?

Monika Kubiak, Teresa Krzyżaniak

W Bibliotece Medycznej Collegium Medicum UMK, podobnie jak w pozostałych bibliotekach uniwersytetów medycznych, od wielu lat prowadzimy różnego rodzaju szkolenia skierowane do rozmaitych grup użytkowników, poczynając od pracowników naukowych przez lekarzy praktyków i pacjentów, po studentów naszej Uczelni. Od dawna biblioteki akademickie, a zwłaszcza medyczne, pozostają swoistym pośrednikiem pomiędzy czytelnikami a ogromem zgromadzonej i udostępnianej wiedzy, jednocześnie starając się zrozumieć i uwzględnić potrzeby swoich (jakby nie było specyficznych) użytkowników. Siłą rzeczy, bibliotekarz staje się przewodnikiem i nawigatorem w świecie informacji.

Rozmaitość owej informacji, jak i różne stopnie zaawansowania czytelników wymagają od bibliotekarzy akademickich elastyczności w sposobie kształcenia użytkowników, wśród których zdarzają się zarówno początkujący, jak i zaawansowani. Jednym ze sposobów przekazywania adekwatnej wiedzy i kształcenia świadomego użytkownika źródeł naukowych pozostaje naukowa informacja medyczna, bądź podstawy informacji naukowej – zajęcia prowadzone przez bibliotekarzy ze studentami starszych roczników, w znaczący sposób rozwijające zagadnienia przysposobienia bibliotecznego prowadzonego na pierwszym roku studiów wszystkich kierunków.

Podstawowym celem naukowej informacji medycznej jest przygotowanie studenta do korzystania z wielorakich źródeł informacji naukowej, co powinno pomóc mu zarówno w procesie nauczania, jak i późniejszej pracy, a w części przypadków – w pisaniu pracy dyplomowej. Bowiem nawet perfekcyjne przygotowanie materiałów dydaktycznych i wszelkich dostępnych źródeł informacji naukowej, czy wspomoczenie najnowocześniejszymi technologiami nie zagwarantują optymalnego wykorzystania informacji przez użytkowników, bez ich wcześniejszego przygotowania i edukacji.

Trudno powiedzieć, czy studenci uczelni medycznych już na wstępie cechują się wyższymi umiejętnościami w wyszukiwaniu i selekcji odpowiedniej informacji, jednak należy założyć, że niekoniecznie i że będą potrzebowali

nakierowania, wskazania nieznanych im technik i możliwości. Stąd istotne znaczenie zajęć związanych z prowadzoną na uczelniach naukową informacją medyczną. Generalnie za naukową informację medyczną uważa się wszelką działalność polegającą na gromadzeniu i jak najszybszym udostępnianiu informacji o najnowszych badaniach naukowych w dziedzinie szeroko pojętej medycyny oraz ich wynikach, a także o najciekawszych przypadkach klinicznych opisanych w bieżącej literaturze fachowej oraz rozpowszechnionych za pomocą innych środków przekazu, skierowanych do użytkownika wykazującego określone potrzeby, acz w praktyce program podobnych zajęć realizuje koncepcję „information literacy”, czyli dostarczenia wiedzy i umiejętności w zakresie wyszukiwania informacji, jej krytycznej oceny oraz efektywnego wykorzystania.

Zarys programu nauczania z naukowej informacji medycznej (czy też szerzej – podstaw informacji naukowej) zatwierdzono na XVII Konferencji Bibliotek Medycznych w Poznaniu w 1998 roku, jednak przez lata, z uwagi na rozwój technologii i samych źródeł informacji, treści programowe uległy znaczącej zmianie. Dlatego też w 2005 rok, podczas narady Kolegium Dyrektorów Bibliotek Medycznych, powołano zespół ds. standaryzacji kształcenia użytkowników. Z czasem propozycje standardów nauczania opracowali bibliotekarze z Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Gdańsku, przedstawiając je w 2006 roku na XXV Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych w Lublinie.

Przed wszystkim oparto je na Seven Pillars of Information Literacy (standardy opracowane w 1999 roku w Wielkiej Brytanii), Information Literacy Competency Standards for Higher Education (standardy amerykańskie z 2000 roku) oraz Australian and New Zealand Information Literacy Framework (standardy australijskie z 2004 roku). W założeniu, użytkownik po ukończeniu szkolenia, powinien spełniać cztery podstawowe standardy: znać swoje potrzeby w zakresie korzystania z informacji medycznej i umieć je sprecyzować; potrafić dotrzeć do potrzebnej informacji i ją pozyskać (w tym znać i rozróżniać źródła informacji, wybrać źródła odpowiednie dla swoich potrzeb, potrafić je zlokalizować i wykorzystać je w praktyce, skutecznie pozyskiwać potrzebne informacje, zapisywać je i nimi zarządzać oraz weryfikować sposoby wyszukiwania); umieć krytycznie ocenić uzyskane informacje, jak również wykorzystać wybrane informacje do tworzenia nowej wiedzy.

Korzystając z propozycji standardów, bibliotekarze medyczni prowadzący zajęcia z naukowej informacji medycznej na większości uczelni medycznych (choć w różnym zakresie, liczbie godzin i kierunkach) koncentrują się właśnie na uczeniu studentów określania własnych potrzeb, poznawania zasobów informacyjnych danej Uczelni (i biblioteki), nabyciu umiejętności pełnego, fachowego i efektywnego wyszukiwania informacji oraz jej krytycznej oceny, wykorzystaniu wiedzy informacyjnej w procesie uczenia się i pisania pracy dyplomowej i nauko-



Mgr Monika Kubiak przedstawia referat na XXXV Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych



W kuluarach Konferencji, od lewej: mgr Monika Kubiak i mgr Teresa Krzyżaniak z Biblioteki Medycznej Collegium Medicum UMK oraz mgr Małgorzata Omilian-Mucharska z Biblioteki Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku

wej, jak i poznaniu prawnych i etycznych aspektów wykorzystywania informacji.

W programie nauczania, również w Collegium Medicum UMK najczęściej pojawiają się: definicje podstawowych pojęć jak informacja naukowa, dokument, bibliografia, czy bazy danych; rodzaje źródeł informacji; medyczne słowniki haseł przedmiotowych, nowe formy działalności informacyjnej (alerty, RSS, media społecznościowe), źródła elektroniczne (katalogi drukowane i on-line, katalogi centralne Biblioteki Narodowej, bazy bibliograficzno-abstraktowej - przede wszystkim Polska Bibliografia Lekarska oraz Medline), rozmaite bazy pełnotekstowe, techniki wyszukiwania informacji w bazach bibliograficznych i pełnotekstowych (słowa kluczowe i hasła przedmiotowe), podstawy Evidence Based Medicine, wyszukiwanie informacji otwartej w sieci internetowej (wyszukiwarki naukowe, biblioteki cyfrowe i repozytoria), tzw. ukryty internet oraz metody i narzędzia oceny jakości źródeł i dorobku naukowego.

W 2003 roku Barbara Niedźwiedzka z Krakowa przeprowadziła szerzej zakrojone badanie dotyczące kształcenia użytkowników w zakresie umiejętności informacyjnych w polskich bibliotekach medycznych, między innymi po to, by przekonać się, czy nasze formy kształcenia odpowiadają europejskim. Okazało się, że w Polsce istnieje ogromne zróżnicowanie, zarówno co do samego programu naukowej informacji medycznej (mimo wypracowania pewnych standardów), jak i umiejscowienia w programie studiów, czy obligatoryjności zajęć.

Podobne badania podjęto w Lublinie na początku 2006 roku, opracowując ankietę dotyczącą realizacji programu nauczania z podstaw informacji naukowej w poszczególnych bibliotekach medycz-

nych. Wyniki były niezwykle zbieżne – wciąż dochodziło do ogromnych różnic w podstawie programowej, lokalizacji zajęć w programie studiów oraz ich ewentualnej obowiązkowości.

W większości uczelni medycznych organizowano zajęcia z naukowej informacji medycznej na wydziałach farmaceutycznych i nauk o zdrowiu, choć wymiar tych zajęć był niezwykle zróżnicowany. Co dziwniejsze, to wydziały lekarskie były traktowane po macoszemu i jedynie nieliczne ośrodki akademickie prowadziły na nich szkolenia z podstaw informacji medycznej. O wiele częściej organizowano dodatkowe, nie objęte programem nauczania szkolenia z informacji naukowej dla rozmaitych grup zainteresowanych studentów, np. dla członków kół i towarzystw naukowych. Na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu również bardzo długo oferowano jedynie szkolenia „na życzenie zainteresowanych”, prowadzone głównie dla studenckich kół naukowych (wedle zgłoszeń opiekunów grup), a naukowa informacja medyczna nie figurowała w programach studiów na żadnym kierunku i roku.

Na podstawie ankiety opracowanej przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie można było wysnuć wniosek, że zajęcia z podstaw informacji medycznej na wydziale lekarskim prowadziły jedynie trzy biblioteki, w bardzo zróżnicowanym wymiarze czasowym - od 2 do 20 godzin oraz na różnych latach studiów (od 1 do 6), wykorzystując formy wykładu, wykładu z wizualizacją, ćwiczenia przy komputerze oraz nauczanie na odległość (e-learning).

Nieco lepiej sytuacja miała się w przypadku wydziału nauk o zdrowiu, na którym szkolenia z naukowej informacji medycznej prowadziło 6 bibliotek, w tym 5 jako zajęcia obowiązkowe, od 2 do 30 godzin i na różnych latach, z wykorzysta-

nem wykładu z wizualizacją i ćwiczeń przy komputerze.

Z kolei na wydziale farmaceutycznym podobne zajęcia oferowało najwięcej, bo 7 ankietowanych bibliotek, także w różnym wymiarze czasu (od 3 do 20 godzin), przeważnie na V roku studiów, także stosując przede wszystkim wykład z wizualizacją i praktyczne ćwiczenia przy komputerze. Przykładowo na Uniwersytecie Medycznym w Warszawie oraz Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku podstawy naukowej informacji medycznej i farmaceutycznej realizowano dla studentów trzeciego roku Wydziału Farmaceutycznego i studentów pierwszego roku kierunku analityka medyczna.

Co ciekawe, niemal wszystkie uczelnie w owym czasie (2006 rok) wprowadziły zagadnienia naukowej informacji medycznej do programów studiów doktoranckich, najczęściej w wymiarze 10-godzinny. Oprócz Poznania, niezwykle podobny program na studiach doktoranckich realizowały Gdańsk, Bydgoszcz, Kraków, Warszawa, Lublin i Wrocław, w tym Gdańsk i Lublin jako pierwsze ośrodki – on-line. Należy zauważyć, że doktoranci miewają ciut inne potrzeby w zakresie naukowej informacji medycznej niż studenci - nie interesuje ich już wiedza podręcznikowa, lecz śledzenie bieżącego piśmiennictwa światowego, metodyka poszukiwań bibliograficznych, serwisy informacyjne, uzyskanie dostępu do pełnych tekstów, znajomość zasad edytorstwa naukowego, problem plagiatów i prawa autorskiego.

W podsumowaniu ankiety z 2006 roku zadziwił brak szkoleń dla studentów wydziału lekarskiego w wielu ośrodkach, jako że to przyszli lekarze powinni być świadomi jak najszerzego dostępu do elektronicznych źródeł informacji, prawdopodobnie najbogatszych właśnie w dziedzinie medycyny. Można było się obawiać, że niejednolity program kształcenia studentów uczelni medycznych w zakresie naukowej informacji medycznej na kierunku lekarskim, w przyszłości poskutkuje nierównomiernym rozwojem umiejętności informacyjnych przyszłych lekarzy.

Dobrze byłoby, gdyby zajęcia z naukowej informacji medycznej były obligatoryjne nie tylko dla piszących prace magisterskie studentów wydziałów farmaceutycznych, czy przygotowujących prace licencjackie i magisterskie studentów wydziałów nauk o zdrowiu, ale i studentów wydziałów lekarskich, przygotowujących się do opracowywania tekstów nauko-

wych, nie wspominając o konieczności doksztalcenia z diagnoz lekarskich.

A w jaki sposób program nauczania z naukowej informacji medycznej kształtował się w Bibliotece Akademii Medycznej w Bydgoszczy, obecnie Collegium Medicum UMK? Początkowo także organizowano szkolenia tylko na życzenie zainteresowanych grup, lecz z czasem wpisano zajęcia do podstawy programowej wszystkich trzech wydziałów, w bardzo różnym wymiarze godzin i na różnych latach studiów.

Jeśli chodzi o studia doktoranckie, stopniowo zwiększała się oferta edukacyjna dla I roku, na samym początku obejmując jedynie Wydział Lekarski, by z czasem objąć studia doktoranckie na Wydziale Nauk o Zdrowiu oraz Wydziale Farmaceutycznym, przy czym na dwóch wydziałach prowadzono dwa przedmioty: źródła informacji w biomedycynie (na pierwszym roku) oraz zasady przygotowywania i publikacji pracy naukowej (na trzecim roku) w wymiarze 8 godzin każdy. W roku akademickim 2002-2003 wykwalifikowani pracownicy Biblioteki Medycznej przeszkolili 47 doktorantów Wydziału Lekarskiego (16 godzin), w roku 2003-2004 – 23, w roku 2004-2005 – 16, w roku 2005-2006 – 38, w roku 2006-2007 – 23, w roku 2007-2008 – 35, w roku 2008-2009 – 20, w roku 2009-2010 – 26, w roku 2010-2011 – 23, w roku 2011-2012 – 32, w roku 2012-2013 – 16. Z rokiem akademickim 2013-2014 wprowadzono naukową informację medyczną również na Wydziale Nauk o Zdrowiu, ogółem przeprowadzając zajęcia na obu wydziałach dla 57 studentów (a także dla 40 studentów z zasad przygotowywania i publikowania pracy naukowej). W roku 2014-2015 było tychże studentów 47

(plus 15 z drugiego przedmiotu), niemal identycznie w roku kolejnym, natomiast rok akademicki 2015-2016 wprowadził źródła informacji w biomedycynie również dla doktorantów Wydziału Farmaceutycznego, prowadząc zajęcia dla 145 studentów z trzech wydziałów oraz 26 z drugiego przedmiotu.

O ile liczba studentów studiów doktoranckich rośnie z każdym rokiem, a studentów V roku analityki medycznej pozostaje na stałym poziomie, w ubiegłym roku, ku zdumieniu prowadzących zajęcia, w Collegium Medicum UMK zrezygnowano z naukowej informacji medycznej w podstawie nauczania na Wydziale Lekarskim. Wydaje się to tym dziwniejsze, że nieco wcześniej Samorząd Studencki postulował o przeniesienie zajęć na wcześniejszy niż V rok, doskonale rozumiejąc znaczenie i wartość nabywania praktycznych umiejętności wyszukiwania właściwych informacji w medycynie. Jednak zamiast pojawić się wcześniej, przedmiot „naukowa informacja medyczna” w tajemniczy sposób zniknął z programu, co być może przysporzyło bibliotekarzom medycznym więcej czasu na inne kwestie, ale z pewnością nie pozostanie bez konsekwencji dla przyszłych medyków.

Równie zdumiewający pozostaje fakt nie uwzględniania od dłuższego czasu podstaw informacji naukowej na Wydziale Nauk o Zdrowiu, podczas gdy studenci pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego, dietetyki czy kosmetologii, stanowią największą grupę użytkowników korzystających z najpopularniejszej polskiej bazy medycznej – Polskiej Bibliografii Lekarskiej i – niestety, borykających się ze sporymi problemami w jej użytkowaniu. Bibliotekarze chętnie

służą konsultacjami indywidualnymi i wspomaganie przy wyszukiwaniu adekwatnej informacji, niemniej znacznie korzystniejsze byłoby wprowadzenie naukowej informacji naukowej i to jak najszybciej, najlepiej na początku studiów. Chociaż nie zaszkodziłoby objęcie programowymi szkoleniami i studentów wyższych lat, zwłaszcza piszących prace licencjackie i magisterskie, aby ułatwić im pracę naukową, ośwoić ze źródłami informacji naukowej i umożliwić poszukiwania bibliograficzne na własną rękę.

W dzisiejszych czasach od studenta wymaga się nie tylko wiedzy jako takiej, ale także krytycznego myślenia, umiejętności odpowiedniego wyszukiwania, oceny źródeł informacji i zarządzania samą informacją. Nie wystarczy samo odnalezienie poszukiwanej informacji, zwłaszcza pośród ogromu tej wytwarzanej i udostępnianej w internecie, nie zawsze wiarygodnej, nie podlegającej ocenie merytorycznej, czy, mówiąc kolokwialnie – nie najwyższej jakości.

Niewątpliwie, przeszkolony student lepiej niż inni użytkownicy wykorzysta zasoby biblioteczne (zarówno bazy bibliograficzne, jak i pełne teksty), krytycznie oceni wartość źródeł naukowych i nie zadowolony się przypadkowymi informacjami przekazywanymi przez popularne wyszukiwarki, takie jak np. Google. Ponadto, raz przeszkolony, po wielokroć zastosuje nabyte umiejętności w przyszłym życiu zawodowym i naukowym.

Dlatego wydaje się uzasadnione, iż podstawy informacji medycznej powinny objąć studentów wszystkich wydziałów uczelni medycznych.

Niestety – nie zawsze obejmują.

mgr Monika Kubiak oraz mgr Teresa Krzyżaniak są pracownikami Działu Informacyjno-Bibliograficznego Biblioteki Medycznej

Poczytne podręczniki medyczne on-line

E-library to kolekcja wartościowych książek medycznych, przede wszystkim poczytnych podręczników wydanych w języku polskim, dostępnych on-line z każdego miejsca i łączy.

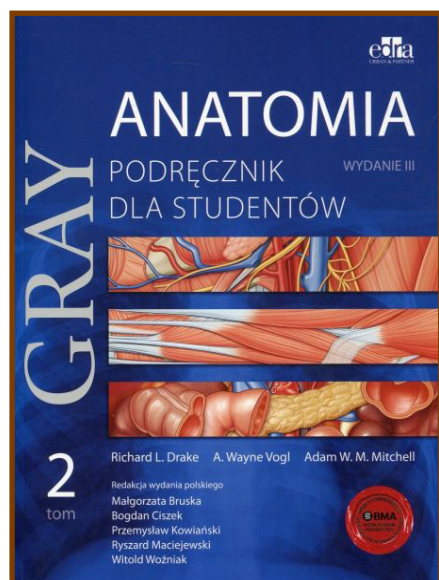
Studenci i pracownicy Collegium Medicum mają nieograniczony dostęp do ponad 50 pozycji, które mogą przeszukiwać, przeglądać, po zalogowaniu dodawać do „Mojej półki”, a także drukować do 5% treści poszczególnego tytułu w ciągu 24 godzin oraz przechowywać offline (wyłącznie do celów własnych).

<http://elibrary.com.pl/bookshelf>

Tytuły książek:

Anatomia. Podręcznik dla studentów. Gray. Tom 1-3
Autor Richard Drake
Anestezjologia Tom 1-2
Autor Reinhard Larsen
Atlas anatomii człowieka Nettera
Autor Frank Netter
Atlas anatomii człowieka Nettera.
Angielskie mianownictwo
Autor Frank Netter
Atlas anatomii człowieka Nettera.

Polskie mianownictwo
Autor Frank Netter
Atlas neuroanatomii i neurofizjologii Nettera
Autor David L. Felten ; A. N. Shetty
Badanie kliniczne u dzieci.
Seria To Proste
Autor D. Gill ; N. O'Brien
Badanie neurologiczne. To proste
Autor Geraint Fuller
Biochemia
Autor Edward Bańkowski
Chirurgia
Autor O.J. Garden, A.W. Bradbury, J.L.R. Forsythe, R.W. Parks



Choroby wewnętrzne Davidsona.
Tom 1-3

Autor N. Boon ; N.R. Colledge
B.R. Walker

Diagnostyka laboratoryjna

Autor Birgid Neumeister

Diagnostyka laboratoryjna moczu
i innych płynów ustrojowych

Autor N.A. Brunzel

Diagnostyka laboratoryjna

z elementami biochemii

Autor A. Dembińska-Kieć,

J.W. Naskalski, B. Solnica

Diagnoza kliniczna. Macleod

Autor A.G. Japp, C. Robertson

Egzamin magisterski z pielęgniarstwa.

Repetytorium z zakresu wiedzy

Autor B. Czarkowska-Pączek

EKG - łatwo zrozumieć

Autor Barbara J Aehlert

Embriologia i wady wrodzone

Autor K.L. Moore, T.V.N. Persaud,
M.G. Torchia

Farmakologia Danysza. Kompendium
farmakologii i farmakoterapii

Autor W. Buczek, A. Danysz

Farmakologia. Last minute

Autor C. Dellas

Genetyka medyczna, Jorde

Autor M.J. Bamshad, J.C. Carey, L.B. Jorde

Genetyka medyczna.

Podręcznik dla studentów

Autor Gerard Drewa

Histologia i cytofizjologia zęba i jamy
ustnej

Autor Zbigniew Kmieć

Histologia. Podręcznik i atlas. Wheather

Autor B. Young ; J.S. Lowe ; A. Stevens

J.W. Heath

Immunologia. Funkcje i zaburzenia

układu immunologicznego

From Concept to Creation

Autor A.K. Abbas, A.H. Lichtman,

S. Pillai

Konturek Fizjologia człowieka.

Podręcznik dla studentów medycyny

Autor Stanisław Konturek

LEK last minute. Chirurgia

Autor M.N. Opilka

LEPETYTORIUM

Ginekologia i położnictwo

Autor Dominik Sieron

LEPetitorium. Chirurgia

Autor M. Opilka ; D. Sieroń ; A. Sulewski

LEPetitorium. Pediatria

Autor Dominik Sieroń

Macleod. Badanie kliniczne wyd. II

Autor G. Douglas, F. Nicol, C. Robertson

Medycyna ratunkowa

Autor Paul Atkinson

Metabolizm i żywienie. Crash Course

Autor Roach Lim

Mikrobiologia

Autor P. Murray ; K.S. Rosenthal ;

M.A. Pfaller

Mózg człowieka. Anatomia

czynnościowa mózgowia. Tom 1-2

Autor John Nolte

Nelson Pediatria. Tom 1-2

Autor Karen Marcante

Netter Atlas anatomii radiologicznej

Autor E. Weber, J.A. Vilensky,

S.W. Carmichael , K.S. Lee

Neurologia i neurochirurgia

Autor K.W. Lindsay, I. Bone,

G. Fuller

Ortopedia i reumatologia.

Crash course

Autor C. Elias-Jones, M. Perry

Patofizjologia

Autor Ivan Damjanov

Pediatria

Autor G. Clayden, T. Lissauer

Podręcznik radiologii

Autor W. Herring

Prawo medyczne. Bioetyka.

LEK last minute

Autor L. Niebrój, P. Pampuszko

Psychiatria. Crash Course

Autor S. Birrell, K. Marwick

Psychiatria. Podręcznik dla studentów

Autor B.K. Puri, I.H. Treasaden

Rehabilitacja medyczna. Tom 1

Autor A. Kwolek

Ross & Wilson. Anatomia i fizjologia

człowieka w warunkach zdrowia i choroby

Autor A. Waugh ; A. Grant

Wywiad i badanie w pediatrii

Autor Richard B. Goldbloom

oprac. Monika Kubiak

Atlas anatomiczny Acklanda

<http://aclandanatomy.com/>

Atlas Acklanda to pomocne narzędzie, umożliwiające dostęp do ponad trzystu filmów realistycznie przedstawiających budowę ludzkiego ciała.

Nie jest to zbiór pięknych, kolorowych rycin. Twórcy poszli o krok dalej - wykorzystując współczesną technikę stworzyli współczesny atlas, atlas filmowy. Znakomicie przedstawione struktury anatomiczne oraz prowadzenie kamery ułatwiające zrozumienie trójwymiarowości to jego podstawowe atuty.

Struktura atlasu jest bardzo czytelna: systematycznie przechodzimy przez poszczególne regiony topograficzne ciała: kończyna górna, kończyna dolna, tułów i narządy wewnętrzne oraz głowa

z elementami neuroanatomii. W każdej części kolejno zapoznajemy się z elementami kostnymi, układem mięśniowym, unerwieniem i unaczynieniem.

Ze względu na to, że do prezentacji wykorzystywane są ciała, nie jest to atlas dla wszystkich. Znakomicie przyda się tym osobom, które mają ćwiczenia w prosektorium. Nadaje się do tego, aby przed ćwiczeniami zapoznać się z trójwymiarową prezentacją danej struktury - jest to szczególnie ważne dla osób nie posiadających daru widzenia trójwymiaru na płaskich rycinach w klasycznym atlasie.

Narracja prowadzona jest bardzo klarownie, a struktury anatomiczne pokazywane są wystarczająco długo. Nadaje się znakomicie jako wprowadzenie do ćwiczeń oraz powtórnego obejrzenia po ćwiczeniach, w celu konfrontacji nagrania z tym, co widziało się na sali ćwiczeniowej.

Każde nagranie opatrzone jest komentarzem dr Aclanda, a najważniejsze nazwy anatomiczne pojawiają się również w formie napisów. Atlas może być wykorzystywany jako uzupełnienie w trakcie wykładów lub ćwiczeń, a także jako materiał powtórkowy. Atlas został uzupełniony o pytania kontrolne, umożliwiające sprawdzenie poziomu swojej wiedzy.

