

Spis Treści

Wywiad numeru

Lekarze „braci mniejszych”, wywiad z prof. dr. hab. Jędrzejem Jaśkowskim, dyrektorem Instytutu Medycyny Weterynaryjnej UMK	2
--	---

Z życia Uczelni

Uroczyste podpisanie umowy na rozbudowę Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy.	10
Autografy w 675 urodziny miasta	11
Najlepszy wykładowca z CM UMK	11
Stypendia Rektora za najwyżej punktowane publikacje	11
Ogólnopolski Konkurs Receptury Aptecznej	13
Światowy Dzień Astmy	13
Z Erasmusem+ w Hiszpanii.	13
Nowe profesury: Maciej Śniegocki	14
Nowe profesury: Dariusz Grzanka	15

Medycyna

Kobieta-lekarz!	16
-----------------------	----

Medyczna Środa

Narzędzia chirurgiczne na przestrzeni dziejów	18
Jak bezpiecznie stosować leki? Aspekty praktyczne	22
Endometrioza i adenomioza – współczesna Hydra Lernejska	24

Medycyna i sztuka

Inklinacje niepożądane? Nałóg w życiu Vincenta van Gogha	27
--	----

Konferencje

X Bydgoskie Spotkanie Alergologiczne. Alergia Pokarmowa 2021 r.	31
--	----

Studenci

Wolontariat na oddziale covidowym okiem studentów.	32
My Erasmus	33

Nasi na Liście Filadelfijskiej

Lista Filadelfijska	34
---------------------------	----

Niezwykły świat roślin	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
adiustacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:

prof. dr hab. Zbigniew Wolski

Zastępca Przewodniczącego Rady Programowej:

prof. dr hab. Gerard Drewa

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Eugenia Gospodarek-Komkowska

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Marek Jurgowiak

dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK

dr Krzysztof Nierzwicki

dr hab. Wojciech Szczęśny, prof. UMK

prof. dr hab. Maria Szewczyk

dr hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr hab. Janusz Tyloch,

prof. UMK

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

mgr Justyna Gapska

mgr Agnieszka Milik

Adiustacja:

mgr Joanna Hladoń-Wiącek

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna CM 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 hab. Janusz Tyloch, prof. UMK

Korekta:

mgr Anna Kaszewska

Druk:

Drukarnia Salus

Szosa Chełmińska 50

87-100 Toruń

Stali współpracownicy:

prof. dr hab. Jan Styczyński

dr hab. Wojciech Szczęśny, prof. UMK

Wersje on-line wszystkich numerów „Wiadomości Akademickich” są dostępne na stronie Biblioteki Medycznej CM UMK

I okładka: Die Pferd lust, ein Beytrag zur Unterhaltung für junge und ältere Pferdeliebhaber [Pociąg do koni. Przyczynek do hodowli dla młodych i starszych miłośników koni], Nürnberg : Rawisch, 1792, 8°, BU UMK, sygn.: Pol.8.II.3014

IV okładka: Konkurs fotograficzny „Roślinne piękności moim okiem”, trzecie miejsce w I kategorii wiekowej, Jan Szafranski - „Czarnuszka”

Lekarze „braci mniejszych”

wywiad z prof. dr. hab. Jędrzejem Jaśkowskim, dyrektorem Instytutu Medycyny Weterynaryjnej UMK

dr Krzysztof Nierzwicki: Bardzo się cieszę, że zechciał Pan Profesor porozmawiać z czytelnikami „Wiadomości Akademickich” o naszych „braciach mniejszych” i toruńskiej weterynarii... Skąd wzięło się zainteresowanie Pana Profesora weterynarią? Czy to tradycje rodzinne czy może własny, młodzieńczy zapal?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Zdecydowanie tradycje rodzinne. Lekarzem weterynarii był mój ojciec Lech Jaśkowski, później szanowany bydgoski profesor nauk weterynaryjnych. Podobnie lekarzami weterynarii byli wuj i ciotka. Już jako kilkuletni młodzieniec obracałem się w środowisku weterynaryjnym. Rodzice prowadzili dom otwarty. Wielu bywających u nas gości to przyszli luminarze nauki. Zawsze żywe też były w naszej rodzinie weterynaryjne tradycje lwowskie. Studia w Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie wspominał ojciec z wielkim sentymentem.

dr Krzysztof Nierzwicki: Urodził się Pan Profesor w Bydgoszczy?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jaką specjalizację wybrał Pan na studiach i dlaczego?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Interesowała mnie parazytologia oraz rozród

zwierząt. To także przejęcie zainteresowań ojca, który przed wojną pracował jako lekarz weterynarii w rzeźni miejskiej w Toruniu, przygotowując tam doktorat z tej dziedziny pod okiem profesora Witolda Stefańskiego. Wojna pokrzyżowała jego ambitne plany. Po jej zakończeniu, ojciec zajął się chorobą rzęsistkową u bydła, a następnie sztuczną inseminacją krów. Istniała wtedy niepisana oś współpracy pomiędzy Bydgoszczą, w której wtedy mieszkaliśmy, a Krakowem (a właściwie Balicami), gdzie znajdował się silny Instytut Zootechniki.

dr Krzysztof Nierzwicki: Naukowe i zawodowe sukcesy uczonych w dużym mierze zależą od nauczycieli, jacy stanęli na drodze kariery młodych naukowców. Czy Pan Profesor miał także swoich mentorów?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Z pewnością pierwszym z nich był mój ojciec. Byli jednak i inni. Sporo zawdzięczał wybitnemu uczonemu i praktykowi - prof. Zbigniewowi Samborskiemu z Wrocławia.

dr Krzysztof Nierzwicki: A czy obecnie ma Pan Profesor swoich uczniów, którzy z kolei to Pana traktują jako mentora?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tego nie wiem. Mam nadzieję, że jest ich jakaś garstka.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jak wyglądała „ścieżka zawodowa” Pana Profesora?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Początkowo pracowałem w bydgoskim Oddziale Instytutu Weterynarii w Puławach w dwóch różnych zakładach. Umowa łączyła mnie także z ówczesnym ATR. Od 1999 roku przez dwa lata prowadziłem zajęcia na Akademii Rolniczej we Wrocławiu, potem przez krótki czas byłem pracownikiem UKW, by w 2003 roku przejść do Poznania na Akademię Rolniczą, późniejszy Uniwersytet Przyrodniczy. Tam miałem wrażenie, że tworzę prawdziwą weterynarię i że pozostanę w tym mieście na zawsze. Los zdecydował inaczej. Otrzymałem kolejną szansę. Tym razem w Toruniu. Myślę nieskromnie, że ją wykorzystam.

dr Krzysztof Nierzwicki: A zatem może zatrzymajmy się chwilę na tym etapie Pańskiego zawodowego życia. Jak trafił Pan Profesor do Torunia? Wszak przez kilka dobrych – jak Pan zaznaczył – lat rezydował Pan w Poznaniu...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Nie ma wątpliwości, że ten mój kilkunastoletni mariaż z Poznaniem nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Nie wszystko to, co zostało ustalone na początku mojej weterynaryjnej przygody, udało się zrealizować i nasze drogi – to jest moja i moich współpracowników oraz uczelni, całkowicie się rozeszły. Doszło do tego, że w którymś momencie mocno ograniczono nasz kontakt fizyczny z kliniką, oddając ją w ręce prywatnych lekarzy weterynarii.

dr Krzysztof Nierzwicki: Rozumiem, że Państwo byliście twórcami weterynarii poznańskiej, czy też rozwijaliście istniejącą już instytucję?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Budowaliśmy ją od początku kolektywnie i solidarnie z pracownikami wydziału.

dr Krzysztof Nierzwicki: Na jakiej uczelni?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Na tej w której zostałem zatrudniony, czyli Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu. Trafiłem na tamtejszy Wydział Nauk



prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski

o Zwierzętach, sądząc, że swojego zawodowego życia dokonam na tymże wydziale i w tych strukturach. W pewnym momencie pojawił się pomysł i szansa stworzenia tam weterynarii. Był to początek nowej dekady. Wskazałem wówczas władzom uczelni swego rodzaju furtkę w zapisach ministerialnych, że aby powołać nowy kierunek, wystarczy tylko jeden pracownik kierunkowy. Ja spełniałem te warunki. I tak się zaczęło. W ten sposób powstała weterynaria w Poznaniu i początkowo byłem na niej osobą kluczową. Z tego też tytułu znalazłem się „na cenzurowanym” Krajowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, która miała mi za złe, że tworzę kierunek weterynaryjny na kolejnej uczelni. Nie było to mile widziane przez środowisko. I trochę to rozumiem.

Na wydziale jakiś czas wszystko toczyło się całkiem dobrze, jednak w pewnym momencie pojawiły się poważne spory fundamentalne, dotyczące wizji kierunku. Ta nowa koncepcja mocno odbiegała od pierwotnej. Był to istotny powód rozejścia się naszych dróg. Przez pewien czas bez pasji prowadziłem zajęcia dydaktyczne, nie mając nadziei na odmianę, aż pewnego dnia zjawił się u mnie prof. Marek Gehrke z wieścią, że istnieją plany utworzenia weterynarii w kilku ośrodkach: Gdańsku, Bydgoszczy i Toruniu. Znałem trochę tamtejsze środowiska. Nie bardzo wierzyłem w realność powołania weterynarii w Gdańsku. Podobnie mało prawdopodobne wydawało mi się jej powstanie w Bydgoszczy. Próby takie podejmowano w przeszłości dwukrotnie. Bez powodzenia, zapewne z braku odpowiedniej kadry, bo budynki po byłych instytutach rolniczych przy ul. Weyssenhoffa nadawały się do tego celu idealnie. Wreszcie Toruń.. cóż, miał swoje atuty. Nie miał wprawdzie żadnych tradycji weterynaryjnych... Ale przecież posiadał potężny Uniwersytet pełnoprofilowy. Przy takich właśnie, a nie innych lokowana była weterynaria w Europie Zachodniej.

Już następnego dnia telefonowałem do rektora UMK, prof. Andrzeja Tretyna. Umówiłem się na spotkanie w Toruniu. Trwało 40 minut, lecz w tym krótkim czasie omówiliśmy wszystkie kluczowe sprawy. Kiedy wróciłem do Poznania i powiedziałem współpracownikom, że jest realna szansa przejścia do Torunia i utworzenia tam weterynarii, uznali, że oszalałem, a zapowiedzi rektora są z... kosmosu. Poproszono mnie, abym się upewnił. Parę tygodni później w Poznaniu odbywało się posiedzenie KRASP-u. Rektor Tretyn zaprosił nas na spotkanie

w jednym z poznańskich hoteli. Moi koledzy – nie do końca pewni rezultatu rozmów – przyjechali do hotelu samochodami. Jak się potem okazało, byli przekonani, że spotkanie potrwa maksymalnie kilkanaście minut. Jakież było ich zdziwienie, że zaproszenie było na kolację z lampką wina (niejedną) i miało potrwać kilka godzin. Jeszcze większe zdziwienie namalowało się na ich twarzach, kiedy okazało się, że rektor potwierdził swoje wcześniejsze propozycje. Kilka miesięcy później, w lipcu 2017 r. złożyliśmy dokumenty do Torunia. Podobnie, z początkiem tego miesiąca z poznańskiej uczelni odeszło z 9 osób kadry weterynaryjnej. I tak to się zaczęło.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czyli w sumie 9 osób przyszło razem z Panem z Poznania?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Raczej przyszło do Torunia. Te grupkę uzupełnili koledzy z Bydgoszczy

dr Krzysztof Nierzwicki: Ale przecież nie od razu wszystko poszło gładko?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Oj tak. Po latach zaczynam doceniać to, czego nauczyłem się w Poznaniu. Od tamtej pory staram się wszystko przewidywać znacznie wcześniej. Po przejściu do Torunia rozpoczęliśmy bardzo intensywną pracę nad przygotowaniem programu dla toruńskiej weterynarii. W międzyczasie (niestety) nastąpiła niekorzystna (tak się nam wydawało) zmiana przepisów. Mogliśmy starać się jedynie o utworzenie medycyny weterynaryjnej o profilu praktycznym, co zmusiło nas do znacznej zmiany programu. Pracowaliśmy wtedy bardzo intensywnie. Ogromnie przydały się w tym okresie: zimna krew prof. Gehrke oraz doświadczenie administracyjne dr. Sobolewskiego. Szereg cennych rad przekazał nam także dziekan Kartanas.

dr Krzysztof Nierzwicki: Sama decyzja o utworzeniu weterynarii na UMK też nie pojawiła się nagle...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Nie. Byłem akurat z oficjalną wizytą w Budapeszcie. Po kilku dniach – a był to początek czerwca 2018 r. - odebrałem od JM Rektora telefon, bym natychmiast wracał do Polski, ponieważ 6 czerwca mamy spotkanie z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego - Jarosławem Gowinem, w sprawie uruchomienia weterynarii.

Główna cecha mojego charakteru?
Upór (?)

Cechy, których szukam u mężczyzny?
Dobra rada?

Cechy których szukam u kobiety?
Uroda, odmienne spojrzenie na rzeczywistość

Co cenię najbardziej u przyjaciół?
Własne zdanie, niezawodność

Moja główna wada?
Uprzykrzanie sobie życia

Moje ulubione zajęcie?
Robienie bałaganu
(to według mojej żony)

Moje marzenie o szczęściu?
Ono trwa

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk?
Upływ czasu

Co byłoby dla mnie nieszczęściem?
Utrata zainteresowań

Kim lub czym chciałbym być,
gdybym nie był tym, kim jestem?
Łatwiej było by powiedzieć
kim nie chciałbym być....

Kiedy kłamię?
Nie mam takiej pokusy

Słowa, których nadużywam?
Polityka

Ulubieni bohaterowie literaccy?
Nie mam szczególnego

Bohaterowie życia codziennego?
Ludzie z fantazją

Czego nie cierpię ponad wszystko?
Braku wolności?

Dar natury,
który chciałbym posiadać?
Zdolność zamrażania rzeczywistości

Jak chciałbym umrzeć?
Jeszcze się nie zdecydowałem

Obecny stan mojego umysłu?
Zgodny z wiekiem i krzywą Gausa

Błędy które najczęściej wybaczam?
Te których nigdy nie zapominam

W spotkaniu brali udział także prof. Paweł Sysa i pani poseł Iwona Michałek. Minister powiedział, że rozumie naszą sytuację, ale ma świadomość oporu środowiska i że powinna wypowiedzieć się na ten temat komisja akredytacyjna.

Czas płynął, zaczęły się już rekrutacje na innych wydziałach, a u nas nie działo się nic - ani w lipcu, ani w sierpniu. Na początku sierpnia złożyliśmy wizytę ówczesnemu Ministrowi Rolnictwa Janowi Krzysztofowi Ardanowskiemu, który nasze starania poparł. Ku naszemu zaskoczeniu Komisja wydała decyzję negatywną. Trzeba było podjąć walkę...

Przygotowaliśmy odwołanie. Pracowaliśmy bardzo intensywnie, pozostając w kontakcie z Ministerstwem Nauki. Było bardzo nerwowo. Nagle, 6 września 2018 roku znienacka gruchnęła wiadomość, że weterynaria w Toruniu zostanie uruchomiona jako kierunek studiów. Notabene, byłem wówczas na konferencji we Francji, a ta dobra wiadomość zastała mnie na lotnisku w Nantes. Była to - jak się później okazało - osobista i odważna decyzja Ministra Gowina, poprzedzona oczywiście intensywną pracą wielu osób na uniwersytecie nad poprawą naszych podstaw programowych. Ale była już prawie jesień...

dr Krzysztof Nierzwicki: Musieliście się zatem spieszyć...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Bardzo, chociaż później wszystko ruszyło dynamicznie. Mieliśmy już wtedy w kadrze kilkanaście osób, ale przybywało nas szybko. Wsparły nas uczelnie bydgoskie:

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy i Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.

dr Krzysztof Nierzwicki: Rozumiem, że kadra Wydziału Biologii również zasiłała wasze szeregi?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak, bezpośrednio do nas trafił m.in. prof. dr hab. Chandra S. Pareek, specjalista genetyki weterynaryjnej. Angażował się zresztą cały Wydział Biologii i Ochrony Środowiska.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jak Państwo podzieliście zajęcia pomiędzy trzy uczelnie?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Większość zajęć z programu, obejmującego 5200 godzin realizujemy w UMK. Bydgoskie uczelnie realizują z tego niespełna 1000 godzin, a zatem sporo. Partnerstwo okazało się bardzo potrzebne, tym bardziej, że bydgoscy koledzy wspomogli nas przedmiotami hodowlanymi, czyli czymś, czego nie mieliśmy na miejscu. Współpraca układała się i układa bardzo dobrze.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy zajęcia odbywają się przede wszystkim w Toruniu czy też w Bydgoszczy?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Ponad 90 procent zajęć odbywa się w Toruniu.

dr Krzysztof Nierzwicki: Zanim uruchomiliście Państwo kierunek studiów, powstało wprawdzie Centrum Weterynarii w Toruniu, powołane jeszcze w 2017

roku, które w kolejnym roku rozpoczęło intensywną działalność naukową, by od 1 października 2019 roku wejść w strukturę Wydziału Nauk Biologicznych i Weterynaryjnych UMK, przyjmując nazwę Instytutu Medycyny Weterynaryjnej. Od początku stał Pan Profesor na czele owego Centrum...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak się złożyło. Z wiekiem (już zdecydowanie rozsądnym) nabrałem koniecznego doświadczenia. Lubię ludzi, lubię pracę, o ile coś mogę zmienić, potrafię dokonywać gwałtownych wolt. Czasem wydaje się to nieracjonalne, jednak ryzyko zdecydowanie się opłaca. W Toruniu trafiłem na bardzo dobrą atmosferę i zrozumienie. To dziś rzadkość.

dr Krzysztof Nierzwicki: Toruńskie studia na kierunku weterynarii rozpoczęły się niedawno, bo dopiero w roku akademickim 2018/2019 - jak wyglądały pierwsze doświadczenia?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Pierwszy rok rozpoczęliśmy z dużym opóźnieniem. Informację o zatwierdzeniu toruńskiej weterynarii - jak już wspomniałem - otrzymaliśmy 6 września 2018 roku od Pana Rektora Tretyna. Dwa dni później trwała już rekrutacja, która zakończyła się po dwóch tygodniach. Przyjęliśmy wówczas około 50 osób. Liczba kandydatów na jedno miejsce wynosiła około 10-ciu. Był to wtedy nasz wielki, wspólny sukces. Warto przy tej okazji dodać, że pomimo naprawde krótkiej egzystencji naszego kierunku na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, w tegorocznym rankingu *Perspektyw* znaleźliśmy się na szóstym miejscu przed Uniwersytetem Rolniczym im. Hugona Kołłątaja w Krakowie. Pamiętamy, u nas się to dopiero zaczyna.

dr Krzysztof Nierzwicki: Serdecznie gratuluję. Wróciwszy jednak do samego kierunku, jakie zajęcia dominują na pierwszym roku weterynarii i czy - podobnie jak na studiach medycznych - podstawą i „koszmarem” pozostaje anatomia?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Anatomia, ale też histologia. Oba te przedmioty nie należą do łatwych. Poziomu strzegą na nich bardzo wymagający nauczyciele akademicki - pan prof. Paweł Sysa oraz dr Maciej Zdun. „Oblanie” przedmiotu pociąga za sobą surowe konsekwencje, zamykając drogę do kolejnych etapów wtajemniczenia. Wspomniane przed-



Toruń, Biblioteka Uniwersytecka, 2018 r.; Zespół Centrum Medycyny Weterynaryjnej wraz z ówczesnymi Władzami Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Pośrodku prof. dr hab. Andrzej Tretyn, wówczas Rektor UMK, po Jego prawej stronie prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski - szef Instytutu Medycyny Weterynaryjnej

miototy poprzedzają patomorfologię, patologię itd.

dr Krzysztof Nierzwicki: Gdzie odbywają się zajęcia z anatomii weterynaryjnej?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Przeznaczono do tego izolowany budynek biologii, leżący na terenie szklarni. Został on dostosowany do potrzeb przedmiotu. Uzyskał akceptację władz weterynaryjnych. Przy raczej niewielkiej liczbie studentów weterynarii na razie zupełnie nam wystarcza.

dr Krzysztof Nierzwicki: Co sądzi Pan o proporcjonalnie niewielkiej liczbie osób przyjmowanych na pierwszy rok? Czy wynika to z dbałości o jakość kształcenia czy z innych względów?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Ta liczba jest rzeczywiście mała. Na początku wynikała z nikłości naszej kadry. Było nas wprawdzie kilkunastu, jednak to zbyt mało, by swobodnie i bez lęku o przyszłość prowadzić te trudne studia. Z czasem nasz zespół urosł do czterdziestu kilku osób. Liczba studentów nie zmieniła się zasadniczo. Przyjmujemy ich około 60-70-ciu. Z tej grupy po pierwszym roku pozostaje trochę więcej niż połowa. Niewielka liczba studentów, przy silnej już kadrze, raczej powinna przekładać się na jakość kształcenia. Nie ukrywam, że zwracamy na nią baczną uwagę (nawet w czasach covidowych).

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy planujecie Państwo studia międzynarodowe?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak, na razie jednak koncentrujemy się na tym co najważniejsze. Uważamy, że przede wszystkim powinniśmy zakończyć pierwszy cykl kształcenia, uzyskać akredytację, a dopiero potem powołać studia anglojęzyczne. Jesteśmy do tego gotowi, ponieważ $\frac{3}{4}$ pracowników kiedyś studia takie prowadziło.

dr Krzysztof Nierzwicki: Skąd werbował pan kadrę naukową? Rozumiemy, że w pierwszych latach, przy przedmiotach podstawowych, to niekoniecznie muszą być lekarze weterynarii, a anatomowie, fizjologzy, biochemicy?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Kadra pochodzi z (prawie) wszystkich ośrodków akademickich, w których są studia weterynaryjne. Najliczniejsza grupa przy-



Studenci kierunku weterynaria na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu

była z Poznania i Wrocławia. Mamy jednak osoby z Warszawy, Lublina, Puław i Olsztyna. W znakomitej większości są to lekarze weterynarii, choć nie uciekamy od przedstawicieli nauk biologicznych, biotechnologicznych i rolniczych. Wszędzie można znaleźć wartościowych ludzi myślących inaczej, o sporych ambicjach. Zawsze też znajdują się niepokorni, których nie trzeba szczególnie zachęcać do zmiany swojego otoczenia.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy współpracujecie Państwo z lokalnymi klinikami i gabinetami weterynaryjnymi?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Na razie to mocno powiedziane. Raczej korzystamy z pomocy niektórych klinik i gabinetów. Na współpracę przyjdzie czas po otwarciu Kliniki Weterynaryjnej.

dr Krzysztof Nierzwicki: No właśnie. Co z własnym Centrum Medycyny Weterynaryjnej, z kliniką zwierząt dużych i małych – jak daleko zaawansowane są prace?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Termin otwarcia kliniki zbliża się w szybkim tempie. Według planów powinna ona zostać oddana do użytku pod koniec listopada tego roku. Wiele wskazuje na to, że termin ten zostanie dotrzymany. Mimo sytuacji epidemiologicznej i krótkiego okresu realizacji projektu. Dla przypomnienia, budowę rozpoczęto w marcu ubiegłego roku, w lipcu wmurowywano kamień węgielny i mam dużą nadzieję, że za 5 miesięcy nastąpi otwarcie tego imponującego obiektu.

dr Krzysztof Nierzwicki: To spory obiekt, pewnie również kosztowny?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Budowa kliniki rozpoczęła się dzięki decyzji JM Rektora i ówczesnej Kanclerz Justyny Morzy, jak i obecnego Kanclerza Tomasza Jędrzejewskiego. Poprzedziło ją wiele konsultacji i analiz. Przed zleceniem projektu powołaliśmy grupę osób, które się na tym znały, mając własne kliniki lub uczestnicząc w budowie innych. To ci specjaliści negocjowali szczegóły i specyfikę. Wiadomo, że weterynaria to nie kierunek humanistyczny, a więc czekały nas zupełnie inne koszty realizacji. Dziś patrzę w przyszłość z dużym optymizmem. Budynek już stoi, wszystko co powinno zostało zaplanowane i odpowiednio umiejscowione, koncepcja dopięta według przepisów i projektów. Otrzymaliśmy wielkie wsparcie. Przede wszystkim darowiznę gruntów od miasta, za co jesteśmy wdzięczni Prezydentowi Michałowi Zaleskiemu. Budowę realizujemy ze środków ministerstwa. Pewnie wszystko razem z gruntem i wyposażeniem to w planach na razie kwota około 70 milionów złotych. Budynek już stoi, z zewnątrz prezentuje się znakomicie, w środku jest jeszcze stan surowy, ale prace trwają. Wiemy, że nie wszystko uda nam się wyposażyć od razu, ale posuwamy się kawałek po kawałku, a nowy Rektor prof. Andrzej Sokala jest nam równie przychylny, co jest bardzo cenne.

dr Krzysztof Nierzwicki: Słyszeliśmy o koncepcji „karetek pogotowia” dla zwierząt? Czy możemy prosić o kilka słów na ten temat?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Mamy taki pomysł. Nie jest on niczym szczególnie oryginalnym. Podobne „karetki” funkcjonują w klinikach zachodnich. Nie są też czymś wyjątkowym na niektórych wydziałach weterynaryjnych w Polsce. Niektórzy pacjenci (bydło, świnie) rzadko są pacjentami klinik. Znacznie częściej lekarz odwiedza takich pacjentów w terenie.

dr Krzysztof Nierzwicki: Jakich pacjentów spodziewacie się przede wszystkim w klinice? Czy mogą zdarzyć się „bardziej egzotyczni”?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tego jeszcze nie wiemy. Znając życie, będą to przeważnie pieski i koty. Pewnie trafią się także zwierzęta egzotyczne. Ile ich będzie? Trudno powiedzieć. Pacjentami będą także konie. Z czasem ten dział medycyny weterynaryjnej będzie zyskiwał u nas na znaczeniu, z racji obecności znakomitych fachowców, którzy są pracownikami toruńskiej weterynarii, jak i pierwszorzędного wyposażenia (czytaj możliwości) kliniki.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy można zatem rozumieć, że budynek kliniki będzie wystarczający, czy macie Państwo

w tym zakresie jakieś ambitniejsze plany? A może marzenia...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Oczywiście, mamy różne marzenia. Gdyby istniały plany rozszerzenia weterynarii, pomyślałbym o wyprowadzeniu jej części poza miasto, bo obecnie klinika znajduje się wprawdzie na obrzeżach Torunia, ale jednak w mieście. Mam na myśli majątek UMK przy Centrum Astronomii. Pamiętam, co mnie uderzyło w Stanach Zjednoczonych - tam każdy wydział weterynaryjny posiada kilka do kilkunastu własnych stad, własnych gospodarstw. My musimy współpracować z innymi gospodarstwami, w których pracują lekarze weterynarii z terenu. Własne stado to na pewno kosztowna sprawa, ale też ogromne perspektywy...

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy któraś z polskich uczelni posiada własne stado?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Jedynie Wrocław posiada własne stado i niewielką hodowlę. Daleko od miasta. Olsztyn współpracuje z kilkoma gospodarstwami w terenie, jednak nie podlegają one uczelni. A zatem to by nam się marzyło...

dr Krzysztof Nierzwicki: W jakim kierunku naukowym zmierzacie?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Przyglądaliśmy i przyglądamy się bacznie temu, jak to wygląda w Europie i na świecie. Wygląda na to, że wiele uczelni odeszło od modelu dyscyplinarnego typu np. interna, czy rozród na rzecz modelu gatunkowego - duże zwierzęta, małe zwierzęta. Tworzą się także tzw. centra doskonałości. Jeśli ktoś ma dobrego neurologa, tworzy mikrocentrum neurologiczne, a jeśli dobrego kardiologa - centrum kardiologiczne.

dr Krzysztof Nierzwicki: A Państwo preferują który z tych modeli?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Raczej gatunkowy podział na zwierzęta duże i małe, choć pod względem organizacyjnym uważnie przyglądamy się Europie i światu. Bierzemy też pod uwagę panel zwierząt występujący w naszym województwie. Mamy tu reprezentację wszystkich zwierząt - niemało bydła, sporo świń i drobiu. Obszarem w dużej mierze niezagospodarowanym pozostają konie. Z drugiej strony musimy także respektować oczekiwania studentów, pochodzących przede wszystkim z wo-



Wizualizacja Kliniki Instytutu Medycyny Weterynaryjnej w Toruniu

jewództwa kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego i mazowieckiego.

dr Krzysztof Nierzwicki: Ci studenci trafili by pewnie do innych ośrodków. Jesteście zatem konkurencją w regionie...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: W regionie na pewno nie. Jeśli chodzi o inne wydziały weterynaryjne to nie odbieramy studentów uczelni warmińsko-mazurskiej, dokąd trafiają Warmiacy i Mazurzy, ani wrocławskiej, gdzie studiuje głównie młodzież dolnośląska, opolska i lubuska.

dr Krzysztof Nierzwicki: Pozostając przy kadrze Państwa Instytutu. Może zechciałby Pan Profesor przedstawić część zespołu...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Posiadamy całkiem spore grono – 43-osobowe grono pracowników. Dziewiętnastu z nich to samodzielni pracownicy naukowcy. Z tej grupy jedna trzecia to doświadczeni profesorowie, a wśród nich wspomniani wcześniej: prof. Urszula Paślawska, prof. Wiesław Deptuła, prof. Bartosz Kempisty, prof. Roman Kołacz, prof. Paweł Sysa, prof. Kornel Ratajczak. Ci wymienieni posiadają nie tylko znakomity dorobek naukowy, ale i trudne do przecenienia doświadczenie dydaktyczne. Jest to ogromnie ważne na etapie tworzenia nowego kierunku. Uzupełniają ich pracownicy młodszy – (już) profesorowie tytularni jak prof. Mariusz Skowroński, prof. Grzegorz Woźniakowski czy prof. Roland Kozdrowski oraz profesorowie UMK – bardzo aktywni naukowo, dobrze dostosowani do wymogów współczesnego świata, ambitni i pełni energii. Tu wymienię prof. Małgorzatę Olejnik czy dobrych fachowców o naukowym zacięciu – prof. Pawła Antosika czy prof. Marcina Gołyńskiego. Rośnie młode pokolenie lekarzy, które przechodzi wyjątkową szkołę, uczestnicząc w tworzeniu nowej jednostki od podstaw. Tym najmłodszym zresztą warto poświęcić dodatkowo zeszyt, a zasługi trudno przeceniać.

Mocne strony – to bardzo dobry zespół pracowników klinicznych, silna fizjologia, farmakologia i toksykologia. Pojawia się też kolejny dział – choroby zakaźne. Mocna i oryginalna jest diagnostyka weterynaryjna. Przyglądamy się nowym obszarom rysującym się przed nowoczesną genetyką. Nie zapominamy też o przyszłych lekarzach

służb państwowych, ciesząc się wsparciem pana doktora Jerzego Dymka, kujawsko-pomorskiego wojewódzkiego lekarza weterynarii.

dr Krzysztof Nierzwicki: A publikacje? Ruszyliście Państwo „z kopyta”?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Publikujemy sporo i to w dobrych czasopiśmie. Mamy coraz więcej publikacji z wysokim IF. Bardzo nas to cieszy. Do rąk studentów trafił też pierwszy podręcznik z naszego ośrodka, który jest już w sprzedaży, choć nie brak innych.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czego dotyczą?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Generalnie rozrodu zwierząt. Tytuł pierwszego to „Fizjologia i patologia rozrodu bydła”, przygotowany został pod redakcją profesorów Zdzisława Boryczko, Hartwiga Bostedta i moją. To dwutomowe, monumentalne dzieło wydane w Toruniu. Mam nadzieję, że na jesieni będziemy mogli zrobić jego promocję. Liczę w tym względzie na Bibliotekę Uniwersytecką. Z kolei podręcznik poświęcony rozrodowi kłaczy napisał pan prof. Roland Kozdrowski. Są także dwa inne, nieco skromniejsze opracowania, tworzone jak poprzednie z myślą o studentach.

dr Krzysztof Nierzwicki: Interesującym wydaje się fakt, iż Państwa Instytut zajmuje się dobrostanem zwierząt. To chyba jedyna w Polsce taka placówka?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Rzeczywiście, posiadamy taką jednostkę. Nosi nazwę Katedry Ochrony Zdrowia Publicznego i Dobrostanu Zwierząt. Tematem dobrostanu zwierząt weterynaria zajmuje się od dawna. Dla mnie osobiście to jeden z obszarów priorytetowych, nie tylko dlatego, że to ostatnio temat bardzo modny. Na naszej weterynarii prowadzi ją znakomity specjalista – prof. Roman Kołacz.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czyli „piątka dla zwierząt” dobrze wpisuje się w problematykę dobrostanu zwierząt?

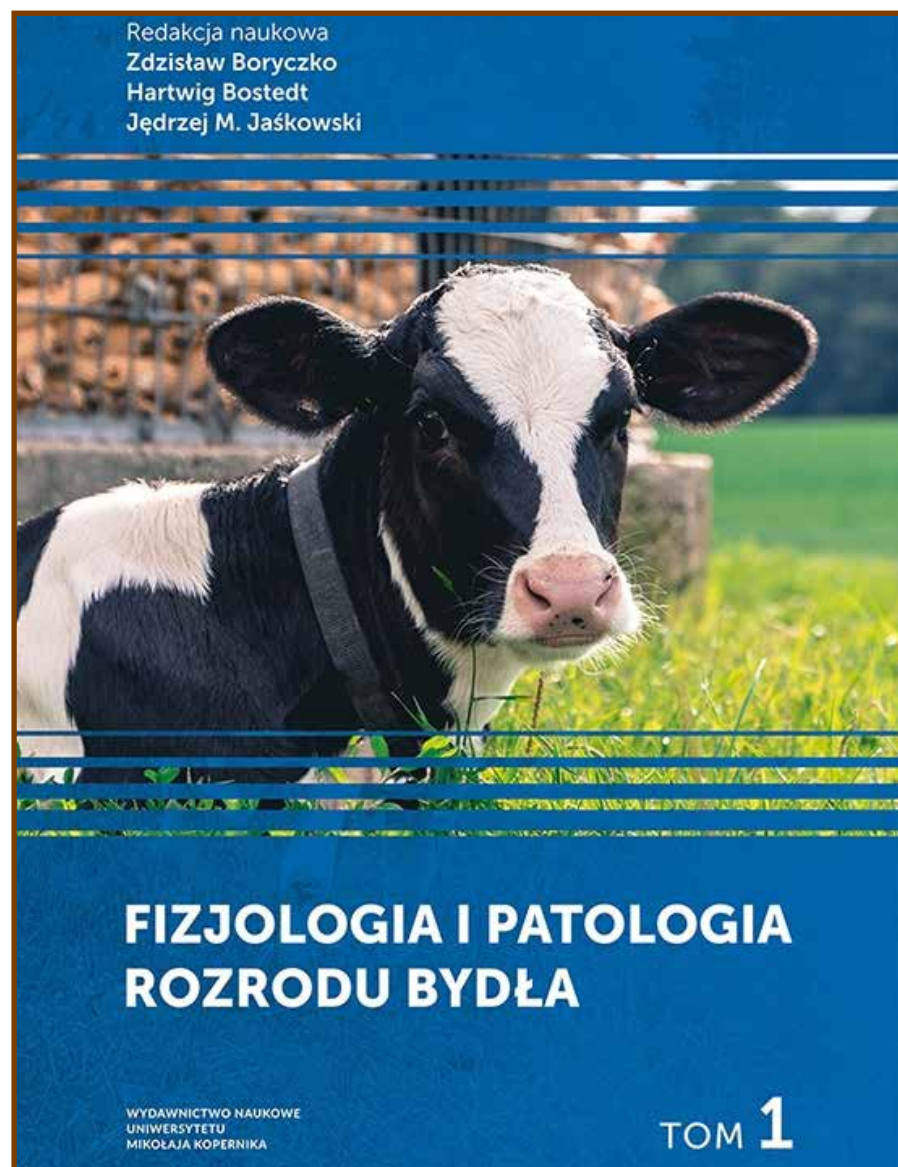
prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Absolutnie tak. Bez wątpienia należy o tym mówić, trzeba też działać. Choć warto jednak pamiętać, że bardzo łatwo w tej kwestii dojść do absurdu. Przykłady można mnożyć. Środowiska obrońców zwierząt często zbyt jednostronnie pojmują tę kwestię.

dr Krzysztof Nierzwicki: A jak Pan Profesor generalnie oceniłby poziom dobrostanu zwierząt w Polsce?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Zdarzają się niedobre sytuacje, ale trudno powiedzieć, by miały charakter globalny. Lepiej medialnie „sprzedają się” jednostkowe, skrajne przypadki jak np. nielegalne hodowle psów itp. tematy. W określony sposób przedstawione wywołują ogromne oburzenie i sprzeciw społeczny. Nie zmienia to faktu, że generalnie dobrostan zwierząt w Polsce stale ulega poprawie.

dr Krzysztof Nierzwicki: A ubój rytualny? To również jakiś czas temu zaprzętało głowy polityków i nie tylko...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: To temat stale powracający. Jeżeli mówimy o uboju rytualnym, który jest podporządkowany celom religijnym, trudno z tym dyskutować. Są specjaliści, którzy udowadniają, że zwierzęta podczas takiego typu uboju nie cierpią bardziej niż te zabijane metodami, nazwijmy je, „humanitarnymi”. Dowodzących coś przeciwnego również znajdziemy wielu. Ale w obszarze przemysłu mięsnego mamy szereg innych problemów, o których mówi się stosunkowo rzadko. Jak już zaznaczyliśmy – głęboko pochylamy się nad kwestią uboju rytualnego, upatrując niejako winy w religijnych rytuałach. Tymczasem w tym obszarze mamy inny problem równie, jeśli nie bardziej poważny. Otóż, jeśli weźmiemy pod uwagę dane dotyczące odsetka krów, które są w ciąży a mimo to trafiają do rzeźni, okaże się, że obszar cywilizacji Zachodu ma nadal w tym względzie wiele do zrobienia. W Unii Europejskiej, która ma w tym obszarze dość restrykcyjne przepisy – maksymalny odsetek tego typu przypadków to obecnie 1,5 do 3 procent. Dla porównania – w Stanach Zjednoczonych i Australii to kilkadziesiąt procent (w Nowej Zelandii jeszcze kilka lat temu było to nawet 60%!). Tymczasem w krajach muzułmańskich dokonujących – tak krytykowanego – uboju rytualnego, odsetek uśmiercanych krów w ciąży jest względnie niski i sięga maksymalnie kilku procent. To uderzające w zestawieniu z cywilizowanymi krajami kultury zachodniej. Wracając do tematu, jedna i druga forma uboju prowadzi do z góry wiadomego celu. Wydaje się jednak, że jeśli ubój rytualny wykonują wysokiej klasy specjaliści, cierpienie zwierzęcia jest ograniczone do minimum. Ważne jest jednak, aby maksymalnie ograniczyć cierpienie zwierząt



Okładka podręcznika „Fizjologia i patologia rozrodu bydła” pod red. Zdzisława Boryczko, Hartwig Bostedt i Jędrzeja M. Jaśkowskiego, UMK, Toruń 2021

przed ubojem – np. podczas ich transportu do rzeźni.

dr Krzysztof Nierzwicki: Zapewne różne grupy mają różną percepcję postrzegania zwierzęcego dobrostanu?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Owszem. Producenci zakładają, że zwierzęta hodowane na współczesnych farmach żyją w warunkach pełnego dobrostanu, podczas gdy obrońcy praw zwierząt dowodzą, że taka forma chowu ma niewiele wspólnego z prawdziwym dobrostanem. Ich zdaniem właściwy dobrostan posiadają np. krowy swobodnie pasące się na łące. Nie zawsze jest to prawdą. Nie zawsze też jest to możliwe.

dr Krzysztof Nierzwicki: Medycyna i weterynaria są ze sobą niezwykle mocno związane i czerpią od siebie nawzajem...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Czerpią z pewnością. Z reguły sporo korzystamy z doświadczeń medycznych. Pewne stosowane w medycynie rozwiązania trafiają do weterynarii. Z kolei weterynaria umożliwia wykonanie pilotażowych rozwiązań medycznych na zwierzętach. I tu jej rola jest nieoceniona.

dr Krzysztof Nierzwicki: Które z aspektów weterynarii wydają się Panu Profesorowi najbardziej zaniedbane i potrzebujące wyeksponowania? Psychologia? Behawiorystyka?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Niektóre, te przez Pana Redaktora wspomniane, nie wymagają rekomendacji. Mam wrażenie, że trochę zapomniano o znaczeniu weterynarii państwowej, skupiającej się na ochronie zdrowia publicznego i dobrostanie zwierząt. Młodzi ludzie, wybierając weterynarię, kierują

się sentymentem, wrażliwością i miłością, ograniczając pole swojego przyszłego działania do zwierząt towarzyszących. Rzadziej skupiają się na odpowiedzialnej i potrzebnej profesji lekarza państwowego. To szczególna rola tego zawodu.

dr Krzysztof Nierzwicki: Co ma Pan Profesor na myśli? W historii zmieniała się rola lekarzy weterynarii...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Cóż, początkowo późniejsi lekarze weterynarii byli urzędnikami służb sanitarnych odpowiedzialnymi za jakość produktów zwierzęcych sprzedawanych na targach i bazarach. Później te funkcje powiązano z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, nadając służbom weterynaryjnym policyjnego charakteru. Znany nam dziś model lekarza weterynarii jako osoby niosącej pomoc w cierpieniu zwierząt pojawił się znacznie później.

dr Krzysztof Nierzwicki: Ale przecież kwestie sanitarne to domena nie tylko czasów dawnych. Obecnie borykamy się nie tylko z pandemią ludzką, ale wieloma epidemiami wśród zwierząt, jak choćby ASF i ptasią grypą. Jak sobie z tym radzimy?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Fatalnie. Hiszpanie mieli ogromne problemy z ASF u świń, ale ponieważ prowadzili bardzo radykalny system redukcji zwierząt zarażonych, nie mają już problemów z ASF.

dr Krzysztof Nierzwicki: U nas była niedawno wielka dyskusja dotycząca odstrzału dzików...

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak, pamiętam, że mówiono, by zamiast odstrzału w sposób humanitarny je kastrować. Pamiętam dyskusje z ministrem rolnictwa i gorące dyskusje, że to masowe mordowanie zwierząt itd. Tymczasem odstrzał był potrzebny. Trzeba nam lepszego edukacji – w Toruniu mamy w swoich szeregach Profesora Grzegorza Woźniakowskiego, wielki autorytet w kwestii ASF. Wypowiadał się w tej kwestii zdecydowanie. Środowiska ekologów nie zawsze dobrze rozumieją te problemy. Wracając do ewentualnych szczepień, szczepienia mają sens tylko wtedy, gdy zwierzęta (lub ludzie) zostaną zaszczepieni w krótkim czasie i w dużej liczbie. Rozciąganie tego procesu w czasie może skutkować tym, że epidemia uderzy ponownie. Na marginesie – na razie opcja

szczepień nie wchodzi w rachubę, ponieważ brak jest szczepionki przeciw ASF.

dr Krzysztof Nierzwicki: To o czym Pan mówi dotyczy także Covid-19?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak. To jakieś nieporozumienie, że coraz mniej ludzi chce się zaszczepić. Stawianie szczepienia na Covid w kontrze do kwestii wolnościowych jest totalnym nieporozumieniem.

dr Krzysztof Nierzwicki: A co z innymi epidemiami zwierzęcymi - w Niemczech przy wjeździe do wielu miejscowości, można zobaczyć tabliczkę „obszar zapowietrzony przez...”

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Tak, żółte tablice z czarnymi ostrzeżeniami, zgodne z weterynaryjnymi rozporządzeniami administracyjnymi, są powszechnie stosowaną praktyką. W ten sposób oznaczany jest teren zapowietrzony. Czasem zarazy dotyczą drobiu, czy świń, innym razem pszczoł. Podobne problemy epidemiologiczne były, są i będą, choć może z czasem pojawią się w większym nasileniu.

dr Krzysztof Nierzwicki: Pozostając przy epidemii, czy możemy powiedzieć zdecydowanie, że Covid-19 jest zoonozą?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Trudno powiedzieć. Rzeczywiście, stwierdzono

wirusa u pancerników i nietoperzy – generalnie nietoperze są nośnikami wielu różnorodnych chorób. Biorąc pod uwagę, że zoonoza to choroba przenoszona ze zwierzęcia na człowieka, to SARS-CoV-2 spełniałby warunki zoonozy, ale czy to taka klasyczna postać, trudno orzec.

dr Krzysztof Nierzwicki: Czy mógłby Pan Profesor choć w kilku słowach zdradzić Czytelnikom obszar swych zainteresowań pozazawodowych?

prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski: Zawsze interesowałem się historią, szczególnie średniowiecza, mistycznymi zakonami rycerskimi, piastami śląskimi i wielkopolskimi. Tę pasję przekazałem córce, która jest historykiem, adiunktem na UAM w Poznaniu. Jeśli chodzi o muzykę, to preferuję śpiewne melodie południa Europy, ostatnio z przyjemnością słucham Stjepana Hausera (co on wyrabia z tą wiolonczelą), szczególnie w duecie z włoską piękną Benedettą Carettą, role filmowe z brytyjską piosenkarką i aktorką Evą Green. Szczególnie utkwiła mi w pamięci rola księżniczki Sybilli w „Królestwie Niebieskim” Ridleya Scotta, czy z Danielem Craigiem w Bondzie, a także miła dla ucha piosenka „So beautiful”.

Lubię filmy grozy, lękiem napawa mnie Anthony Hopkins, raczej nie przepadam za komediami. Lubię szaloną zumbę (jest taka melodia *Jerusalem*)

i piosenki w rytmie country z Amy MacDonald np. „This is the life”. Ma coś z prerii i ducha dawnej weterynarii (oczywiście to nadużycie).

dr Krzysztof Nierzwicki: Bardzo serdecznie dziękuję za ciekawą i pouczającą rozmowę.

ze strony Redakcji rozmowę prowadził dr Krzysztof Nierzwicki, redaktor naczelny „Wiadomości Akademickich”

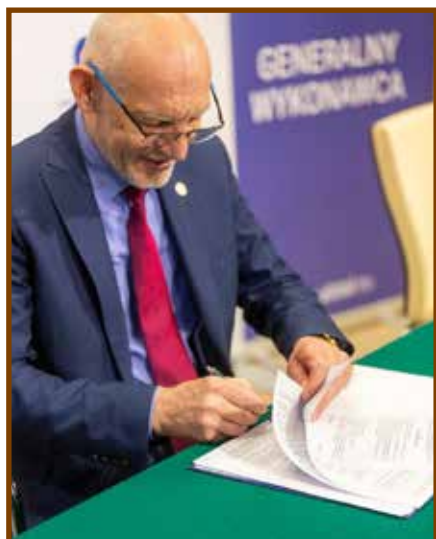


prof. dr hab. Jędrzej Jaśkowski



Zespół Instytutu Medycyny Weterynaryjnej UMK

Uroczyste podpisanie umowy na rozbudowę Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy



JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Sokala

W dniu 15 kwietnia 2021 r. o godz. 10:00 nastąpiło uroczyste podpisanie umowy pomiędzy Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, a Wykonawcą - konsorcjum firm ALSTAL GRUPA Budowlana sp. z o. o. s. k. oraz ALSTAL Investment sp. z o. o. s. k. na realizację robót budowlanych pod nazwą: Budowa budynku przeznaczonego na cele medyczne oraz lądowiska wyniesionego dla śmigłowców LPR realizowanych w ramach inwestycji pn. „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy”.

W imieniu Uniwersytetu umowę podpisał JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Sokala.

Inwestycja o wartości ponad 162 mln złotych zakłada budowę nowego budynku szpitala z lądowiskiem dla śmigłowców LPR, przebudowę części istniejącego budynku oraz modernizację i adaptację części istniejącego budynku w celu połączenia z projektowaną rozbudową.

W nowym budynku umiejscowione zostaną:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny,
- Dział Sterylizacji i Dezynfekcji,
- Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego,
- Klinika Foniatrii i Audiologii z Oddziałem Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Chirurgii Szczękowej,
- Oddział Kliniczny Rehabilitacji.

Zakończenie realizacji zadania zaplanowano na koniec 2023 roku.

Realizację „Wieloletniego programu medycznego – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy” o wartości kosztorysowej 376 607 tys. złotych, w ramach którego m.in. powstanie nowy budynek, zaplanowano na lata 2018-2025. Rozwój Szpitala możliwy jest dzięki wsparciu finansowemu Ministerstwa Zdrowia, które na inwestycję planuje przeznaczyć 348 752 tys. złotych. Pozostałe 26 535 tys. złotych pochodzi ze środków POIiŚ. Środki własne Uniwersytetu to 1 320 tys. złotych.

Nadrzędnym celem realizacji przedmiotowej inwestycji jest stworzenie szpitala przyjaznego pacjentom, spełniającego wszystkie wymagania jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Budowa nowoczesnego budynku, spełniającego wymagane standardy medyczne i techniczne oraz umiejscowienie w nim strategicznych jednostek zwiększy zakres i komfort, a także bezpieczeństwo wykonywanych procedur medycznych.

fot. Mariusz Kowalikowski



Po podpisaniu umowy, od lewej JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Sokala



Wieloletni program medyczny - wizualizacja rozbudowy i modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Autografy w 675 urodziny miasta

Agnieszka Banach

Zasłużeni dla Bydgoszczy – wyłonieni przez członków kapituły na podstawie przyjętych od mieszkańców miasta zgłoszeń – tym razem złożyli swój autograf na ul. Długiej w szczególnym dniu, bo 19 kwietnia, czyli w dzień urodzin miasta.

Laureatami Bydgoskich Autografów 2020 zostali: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz, Marek Gotowski oraz, we wspólnym wyróżnieniu, dr hab. Janusz Kutta, dr hab. Marek Romaniuk, Stanisław Błażejowski.

Nas szczególnie cieszy, że tego wyjątkowego wyróżnienia doświadczył kolejny lekarz z Bydgoskiej Izby Lekarskiej – prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz – psychiatra i psychoterapeuta. Kierownik Kliniki Psychiatrii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Katedry Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK. Konsultant wojewódzki ds. psychiatrii na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Właściciel Centrum Kultury, Higieny i Zdrowia Psychicznego „Łaźnia” na bydgoskim Szwederowie. Profesor odsłaniał swój autograf bardzo wzruszony, a ten stan, jak zaręczał, nie zdarza mu się często.

„Traktuję pracę w Bydgoszczy – jako lekarz, jej obywatel – jak służbę dla miasta i jego mieszkańców” – podkreślał i dodawał, że o Bydgoszczy nie zapomina nigdy. Na koniec wygłoszonej pełnym emocji głosem wypowiedzi Aleksander Araszkiewicz jeszcze raz zapewnił bydgoszczan: „Jestem dla was!”.

„Traktuję pracę w Bydgoszczy – jako lekarz, jej obywatel – jak służbę dla miasta i jego mieszkańców” – podkreślał i dodawał, że o Bydgoszczy nie zapomina nigdy. Na koniec wygłoszonej pełnym emocji głosem wypowiedzi Aleksander Araszkiewicz jeszcze raz zapewnił bydgoszczan: „Jestem dla was!”.

Ta deklaracja wypowiedziana w czasach, w których coraz częściej zmagamy się z problemami psychicznymi i nic nie wskazuje na to, żeby było lepiej – zabrzmiała szczególnie mocno. Obok Profesora swoje autografy odsłanili: Marek Gotowski – bydgoski przedsiębiorca, biznesmen, prezes Zarządu firmy Gotowski oraz zbiorowo: dr hab. Janusz Kutta, dr hab. Marek Romaniuk, Stanisław Błażejowski – bydgoscy historycy, archiwiści, badacze najnowszej historii miasta, autorzy ponad 600 biogramów bydgoszczan wydanych w siedmiu tomach „Bydgoskiego słownika biograficznego”.

mgr Agnieszka Banach jest redaktorem w piśmie „Primum”

przedruk za Primum 2021 nr 5, s. 6

Najlepszy wykładowca z CM UMK

Dr hab. Artur Słomka, prof. UMK z Katedry Patofizjologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum UMK, głosami społeczności akademickiej, został liderem w kategorii najlepszy wykładowca, podczas uroczystej Charytatywnej Gali Copernicana.

Społeczność akademicka wyłoniła liderów wśród osób i instytucji uniwersyteckich w kilku kategoriach. Tytuł najlepszego wykładowcy został przyznany w trakcie uroczystego finału trzeciej edycji Charytatywnej Gali Copernicana. Gala, przygotowana przez Samorząd Studencki i Samorząd Doktorantów UMK, była okazją do wyłonienia liderów wśród osób i instytucji uniwersyteckich.

Wręczaniu statuetek towarzyszyła także oprawa artystyczna: gwiazdą wieczoru był zespół Linia Nocna - duet,

który tworzą Monika Mimi Wydrzyńska i Mikołaj Trybulec. Przed Galą zagrał Essex. Muzyk ma na swoim koncie dwa solowe albumy: „De Ep Fo Rest” oraz „Dualizm”, a także kolaboracje z takimi artystami jak: Kasia Moś, Rosalie, Quebonafide, VNM czy Kuban.

Uroczystość miała także wymiar charytatywny. Dochód z licytacji trwających na stronie <https://charytatywni.allegro.pl/> zostanie przekazany na stworzenie mobilnej świetlicy dla dzieci UCZUŚ, będącej inicjatywą Stowarzyszenia Dzieciom i Młodzieży Wędka im. każdego Człowieka. Mobilna świetlica pozwoli na dotarcie do młodzieży w mieście i poza nim. Dzieci będą mogły odrobić w niej lekcje, zjeść posiłek czy odpocząć od domowej atmosfery. Aukcje wciąż trwają, a obok ciekawych przedmiotów, jak np. obrazu studenta Wydziału Sztuk Pięk-



Gala Copernicana, od lewej dr hab. Artur Słomka, prof. UMK

nych czy voucheru na tatuaż, można wylicytować spacer z prodziekan Wydziału Humanistycznego dr hab. Marzanną Cyzman, prof. UMK czy lekcję jogi z prorektor prof. dr hab. Beatą Przyborowską.

Stypendia Rektora za najwyżej punktowane publikacje

Rektor wyróżnił stypendiami naukowców z Collegium Medicum UMK (autorów indywidualnych i zespoły), których publikacje uzyskały 200 lub 140 punktów według ministerialnego wykazu czasopism punktowanych.

Stypendia i dyplomy otrzymali autorzy prac z Collegium Medicum UMK:

prof. dr hab. Sławomir Jeka (udział 100%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu za publikację „Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations:

results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial” w „Annals of the Rheumatic Diseases”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 16.102

Punktacja: 200.000

dr hab. Dariusz Grzanka, prof. UMK (udział 50%), dr hab. Łukasz Szyłberg, prof. UMK (udział 50%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Targeting the deterministic evolutionary trajectories of clear cell renal cell carcinoma” w „Cancers”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 6.126
Punktacja: 140.000

mgr Adrian Krajewski (udział 40%), dr hab. Maciej Gagat, prof. UMK (udział 10%), mgr Klaudia Mikołajczyk (udział 30%), dr hab. Magdalena Izdebska, prof. UMK (udział 5%), dr hab. Agnieszka Żurzyń, prof. UMK (udział 5%), prof. dr hab. Alina Grzanka (udział 10%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Cyclin F down-regulation affects epithelial-mesenchymal transition increasing proliferation and migration of the A-375 melanoma cell line” w „Cancer Management and Research”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 2.886
Punktacja: 140.000

dr Mariusz Kowalewski (udział 100%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Mortality predictors in elderly patients with cardiogenic shock on venoarterial extracorporeal life support: analysis from the extracorporeal life support organization registry” w „Critical Care Medicine”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 7.414
Punktacja: 140.000

prof. dr hab. Grzegorz Grześk (udział 50%), dr Jan Błazejewski (udział 10%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu, dr hab. Alicja Nowaczyk, prof. UMK (udział 40%) z Wydziału Farmaceutycznego za publikację „The interactions of nintedanib and oral anticoagulants: molecular mechanisms and clinical implications” w „International Journal of Molecular Sciences”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.556
Punktacja: 140.000

mgr Łukasz Pietrzykowski (udział 35%), dr Piotr Michalski (udział 10%), dr Agata Kosobucka (udział 10%), prof. dr hab. Aldona Kubica (udział 30%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz dr Tomasz Fabiszak (udział 5%), dr Michał Kasprzak (udział 10%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Therapy discontinuation after myocardial infarction” w „Journal of Clinical Medicine”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 3.303
Punktacja: 140.000

dr Mirosława Cieślicka (udział 50%) z Wydziału Lekarskiego i dr Sławomir

Kujawski (udział 50%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu (udział 50%) za publikację „Effects of long-term supplementation of bovine colostrum on the immune system in young female basketball players: randomized trial” w „Nutrients”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.546
Punktacja: 140.000

dr hab. Artur Słomka, prof. UMK (udział 100%) z Wydziału Farmaceutycznego za publikację „Haemostasis in coronavirus disease 2019 - lesson from viscoelastic methods: a systematic review” w „Thrombosis and Haemostasis”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.379
Punktacja: 140.000

dr Ewa Zieliński (udział 100%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu za publikację „The effect of smoking on the number and type of rectal aberrant crypt foci (ACF): first identifiable precursors of colorectal cancer (CRC)” w „Journal of Clinical Medicine”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 3.303
Punktacja: 140.000

dr Marta Hałas-Wiśniewska (udział 40%), dr hab. Magdalena Izdebska, prof. UMK (udział 25%), mgr Wioletta Zielińska (udział 25%), prof. dr hab. Alina Grzanka (udział 10%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Downregulation of FHOD1 inhibits metastatic potential in A549 cells” w „Cancer Management and Research”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 2.886
Punktacja: 140.000

dr Maciej W. Socha (udział 80%), dr Martyna Stankiewicz (udział 5%), dr Anita Kazdepka-Ziemińska (udział 5%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz dr Bartosz Malinowski (udział 5%) i dr hab. Michał Wiciński, prof. UMK (udział 5%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „The role of NF-κB in uterine spiral arteries remodeling, insight into the cornerstone of preeclampsia” w „International Journal of Molecular Sciences”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.556
Punktacja: 140.000

dr hab. Barbara Ruszkowska-Ciastek, prof. UMK (udział 100%) z Wydziału Farmaceutycznego za publikację „A micellar formulation of quercetin prevents cisplatin nephrotoxicity” w „International Journal of Molecular Sciences”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.556
Punktacja: 140.000

dr hab. Iwona Świątkiewicz, prof. UMK (udział 90%), prof. dr hab. Alina Woźniak (udział 10%) za publikację „Time-restricted eating and metabolic syndrome: current status and future perspectives” w „Nutrients”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.546
Punktacja: 140.000

dr hab. Krzysztof Skowron, prof. UMK (udział 100%) z Wydziału Farmaceutycznego za publikację „Tandem breastfeeding: a descriptive analysis of the nutritional value of milk feeding a younger and older child” w „Nutrients”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.546
Punktacja: 140.000

prof. dr hab. Anna Szaflarska-Popławska (udział 100%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Insolation and disease severity in paediatric inflammatory bowel disease: a multi-centre cross-sectional study” w „Journal of Clinical Medicine”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 3.303
Punktacja: 140.000

prof. dr hab. Jakub J. Kałużny, (udział 100%) z Wydziału Nauk o Zdrowiu za publikację „Macular sensitivity in area of internal limiting membrane (ILM) peeling in eyes after pars plana vitrectomy with temporal inverted ILM flap technique for full thickness macular hole” w „Retina”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 3.649
Punktacja: 140.000

dr hab. Iwona Świątkiewicz, prof. UMK (udział 80%), dr hab. Celestyna Mila-Kierzenkowska, prof. UMK (udział 4%), prof. dr hab. Alina Woźniak (udział 4%), dr hab. Karolina Szewczyk-Golec, prof. UMK (udział 4%), mgr Jarosław Nuszkie-wicz (udział 4%), dr Joanna Wróblewska (udział 4%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Pilot clinical trial of time-restricted eating in patients with metabolic syndrome” w „Nutrients”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 4.546
Punktacja: 140.000

dr hab. Anna Bajek, prof. UMK (udział 100%) z Wydziału Lekarskiego za publikację „Medical plaster enhancement by coating with Cistus L. extracts within a chitosan matrix: from natural complexity to health care simplicity” w „Materials”.

Czasopismo umieszczone na Liście Filadelfijskiej, Impact Factor ISI: 3.057
Punktacja: 140.000

Ogólnopolski Konkurs Receptury Aptecznej

Celem konkursu jest promowanie receptury aptecznej, a także sprawdzenie wiedzy oraz umiejętności praktycznych studentów farmacji w obszarze przygotowywania leków recepturowych. W konkursie mogą brać udział studenci III, IV oraz V roku farmacji.

Tegoroczna edycja OKRA odbyła się w ramach Ogólnopolskiego Konkursu Opieki Farmaceutycznej w dniach 12-14 marca 2021 roku. Organizatorem było Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji Oddział Sosnowiec. Z racji obecnej sytuacji epidemiologicznej całe wydarzenie wyjątkowo przeprowadzono w formie zdalnej. OKRA podzielono na 2 etapy:

1) Etap teoretyczny – 6 marca 2021 r. Wzięło w nim udział ponad 20 uczestników z całej Polski. Polegał on na rozwiązaniu testu z zamkniętymi zadaniami poprzez platformę online. Pytania dotyczyły zagadnień technologii postaci leku i zostały przygotowane przez Komisję Konkursową.

2) Etap teoretyczno-praktyczny – 12 marca 2021 r. Zakwalifikowało się do niego jedynie 5 uczestników, w tym dwie studentki CM UMK. W części teoretyczno-praktycznej należało opracować podaną receptę na lek recepturowy i wypełnić protokół sporządzania leku recepturowego, przygotowując tok sporządzania leku, zawierając przy tym niezbędne obliczenia i wskazania dla pacjenta.



I miejsce w Ogólnopolskim Konkursie Receptury Aptecznej zajęła Pamela Kaszczyńska, studentka CM UMK. Gratulujemy!

Światowy Dzień Astmy

Astma oskrzelowa to najczęściej występująca choroba przewlekła układu oddechowego. Szacuje się, że w Polsce chorują na nią ponad 4 miliony osób, zarówno dorośli, jak i dzieci. Niestety tylko ok. 2 mln pacjentów ma świadomość swojej choroby i jest aktywnie leczona. Pozostali nie mają rozpoznania choroby. Dlatego tak ważna jest wiedza o objawach astmy.

Podstawowym celem leczenia astmy jest opanowanie przyczyn choroby, czyli czynnika zapalnego, a nie objawów choroby, czyli skurczu oskrzeli. Podstawą leczenia astmy jest stosowanie leków przeciwzapalnych, a więc wziewnych kortykosteroidów. Pacjenci mogą sporadycznie korzystać z krótko działających leków rozszerzających oskrzela, a w bardziej zaawansowanej astmie stosuje się również długo działające leki rozszerzające oskrzela. Właściwie kontrolowana astma nie powinna dawać szczególnych objawów, tym samym pacjent nie powinien mieć napadów duszności, kaszlu czy świstów w klatce piersiowej.

Astma oskrzelowa jest przewlekłą, zapalną chorobą dróg oddechowych, zazwyczaj o podłożu alergicznym. Jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych. Szacuje się, że w Europie cierpi na astmę ponad 70 mln osób, a w Polsce ok. 10% populacji, tj. ok. 4 mln.

Problem ma charakter globalny, stąd obchodzony w pierwszy wtorek maja, od ponad dwudziestu lat, Światowy Dzień Astmy – mówi prof. dr hab. med. Zbigniew

Bartuzi, Kierownik Katedry Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK.

Światowy Dzień Astmy ma bardzo ważne znaczenie dla kształtowania społecznej świadomości dotyczącej astmy oraz zwrócenia uwagi na zapewnienie powszechnej, efektywnej i nowoczesnej opieki medycznej osobom zmagającym się z tą chorobą. Nasz zespół od wielu lat bierze aktywny udział w wydarzeniach edukacyjnych, warsztatach, spotkaniach, konferencjach prasowych, które zwykle towarzyszą obchodom Światowego Dnia Astmy. Astma jest chorobą nieuleczalną, stosując jednak odpowiednie leki można ją w pełni kontrolować, w wielu przypadkach ograniczyć objawy do minimum, prowadzić aktywny tryb życia, a nawet uprawiać sport na poziomie reprezen-

tacyjnym. Pod naszą opieką, tj. Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM UMK znajduje się większość chorych naszego regionu. Jako jeden z nielicznych ośrodków w Polsce prowadzimy aż 3 programy oparte na podawaniu leków biologicznych. Stały się one prawdziwym przełomem w leczeniu astmy ciężkiej i wielu chorym nie tylko poprawiły jakość życia, ale pozwoliły powrócić do normalnej aktywności zawodowej. Bardzo ważnym elementem postępowania terapeutycznego jest edukacja chorych i ich rodzin oraz prowadzenie działań profilaktycznych mających zapobiegać rozwojowi choroby, takich jak np. immunoterapia swoista, która chroni osoby z alergicznym nieżytem nosa przed rozwinieniem astmy oskrzelowej – dopowiada prof. Bartuzi.



Z Erasmusem+ w Hiszpanii

Patrycja Biskup



Wielu z Was na pewno zastanawia się czy wyjazd na praktyki w ramach Programu Erasmus+ to dobry pomysł w dzisiejszych czasach. Może relacja Waszej koleżanki z Wydziału Lekarskiego – Patrycji Biskup pomoże Wam w podjęciu decyzji o wyjeździe. Poniżej relacja Patrycji i zdjęcia z pobytu w Hiszpanii.



Szpital Cruz Roja (czyli Czerwony Krzyż) imienia królowej Victorii Eugении, której cała Hiszpania zawdzięcza rozpowszechnienie Czerwonego Krzyża, za 2 lata będzie obchodzić swoją 100 rocznicę powstania. Jest to szpital prywatny, jednak działa na innych zasadach niż polskie szpitale, ponieważ ma wiele powiązań ze Szpitalami Uniwersyteckimi, których pracownicy wykonują operacje lub wizyty lekarskie w Szpitalu Cruz Roja, dzięki czemu można korzystać z wiedzy wykładowców z dwóch dużych Szpitali Uniwersyteckich z Sewilli bez tłumów oblegających ich studentów.



Szpital jest dobrze zorganizowany, personel wyszkolony i jak do tej pory funkcjonowały tam tylko praktyki studentów pielęgniarstwa i tych można tam często spotkać, a ja jestem pierwszą studentką medycyny, którą zdecydowali się przyjąć na praktyki, i to z zagranicy. Zostałam przyjęta naprawdę ciepło, dostałam pełną wyprawkę - 2 zestawy kompletów medycznych i obuwie na zmianę, własną szafkę w szatni i środki ochrony osobistej.

Zaczęłam praktyki od SORu i tam, nie dość, że dużo się działo w normalnych godzinach praktyk 9:00-14:00 to też miałam możliwość popołudniami uczestniczyć w zajęciach doszkalających dla lekarzy z „Zaawansowanych Czynności Ratunkowych” w Centrum Szkoleniowym „Escuela SAMU” w Gelves pod Sewillą. Później od-



byłam też praktyki na internie, gdzie można było zobaczyć szeroki wachlarz różnych medycznych przypadków i ich wielospecjalistyczne konsultacje. Pod koniec grudnia rozpoczęłam blok z chirurgii i o ile nie jest to to, co sama chciałabym robić, to było fascynujące przeżycie patrzeć, jak codziennie nie była operowana inna przypadłość i z jakim zapalem opowiadali o tych operacjach i tłumaczyli krok po kroku chirurdzy ze Szpitali Uniwersyteckich.

Od samego początku mogłam robić bardzo dużo rzeczy praktycznych - prowadzenie dokumentacji, przyjmowanie pacjentów pod nadzorem doświadczonego lekarza, pobieranie krwi, wymazów, zastrzyki, EKG, USG, próby wysiłkowe, intubacja pod nadzorem, asystowanie do zabiegów itp. Lekarze byli zawsze otwarci i dużo tłumaczyli, zawsze też upewniali się, czy dobrze zrozumiałam i czy nie mówić wolniej albo wytłumaczyć innymi słowami.

Myślę, że trafiłam bardzo dobrze i nawet w pandemicznych czasach, kiedy nie było za dużo opcji spędzania czasu poza domem, to miałam wypełniony grafik i nauczyłam się bardzo dużo. Mam nadzieję, że podczas drugiej części praktyk nie zmieni się zbyt dużo.

Patrycja Biskup jest studentką VI roku Wydziału Lekarskiego CM UMK

Nowe profesury: Maciej Śniegocki

Postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 6 kwietnia 2021 r. nominację profesorską otrzymał Pan prof. dr hab. n. med. Maciej Śniegocki, kierownik Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej Szpitala Jurasza.

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Maciej Śniegocki (pracownik Wydziału Lekar-

skiego CM UMK) - studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku ukończył w roku 1984 a w 1990 r. zdał egzamin specjalizacyjny II stopnia w zakresie neurochirurgii.

Rozprawę doktorską pt.: *Badania morfologiczne nerwu obwodowego królika po urazie z naciągania w okresie późnym* obronił w 1992 roku.

Pracę w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, która niebawem przekształciła się w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu podjął w 1994 roku.

W roku 2002 w oparciu o ocenę dorobku naukowego, dydaktycznego i organizacyjnego oraz na podstawie pra-

cy: „Generacja tlenu azotu w okresie okołoperacyjnym w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych z krwawieniem podpajęczynówkowym z pękniętymi tętniakami naczyń mózgowych”, uzyskał stopień doktora habilitowanego medycyny w zakresie neurochirurgii.

Od roku 2011 pełni funkcję Kierownika Kliniki Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej CM UMK w Bydgoszczy.

W 1993 r. został członkiem założycielem Sekcji Neuroortopedii Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

Współorganizował Sympozja Sekcji Neuroortopedii Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów również wspólnie z Komisją Urazów Układu Nerwowego Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk. Podobnie współorganizował Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, który odbywał się w Bydgoszczy na temat: „Choroby naczyniowe mózgu”.

W roku 2007 został członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa.

Odbył staże we Frankfurcie nad Menem, Insbrucku, Lund, Nantes, Genk. Działalność naukowo-badawcza obejmuje kilka dziedzin: urazy czaszkowo-mózgowe i ich powikłania, choroby kręgosłupa i rdzenia kręgowego, urazy nerwów obwodowych, choroby naczyniowe mózgu, generacja rodników ponadtlennych w różnych schorzeniach układu nerwowego, badania nad układem krzepnięcia u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych, po krwotokach i z guzami mózgu, leczenie guzów OUN. Dorobek obejmuje łącznie 279 prac.

Jest promotorem 9 rozpraw doktorskich, 93 prac magisterskich i licencjackich. Był recenzentem w trzech postępowaniach habilitacyjnych i w dziewięciu postępowaniach doktorskich.

Pełni funkcję Przewodniczącego Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.



prof. dr hab. Maciej Śniegocki

Nowe profesury: Dariusz Grzanka

Postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 6 kwietnia 2021 r. nominację profesorską otrzymał Pan prof. dr hab. n. med. Dariusz Grzanka, kierownik Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Jurasza.

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Dariusz Grzanka (pracownik Wydziału Lekarskiego CM UMK) - ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Bydgoszczy, stopień doktora nauk medycznych uzyskał w roku 2005, a stopień doktora habilitowanego otrzymał na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UMK w 2016 roku na podstawie osiągnięcia pt. „Strukturalno-funkcjonalne powiązanie jądrowej aktywności i białka SATB1 w procesie indukowanej śmierci komórek”. Jest autorem 231 prac naukowych o łącznym współczynniku oddziaływania IF 223 oraz 3879 punktów MNiSW. Jego główne zainteresowania naukowe dotyczą czterech przenikających się wzajemnie obszarów badawczych: udziału cytoszkieletu w procesach śmierci komórkowej, znaczenia rokowniczego białka SATB1 oraz jego funkcjonalnego powiązania z F-aktyną jądrową, zaangażowania F-aktyny w organizację połączeń międzykomórkowych oraz poszukiwania niekanonicznych funkcji białek cyklu komórkowego. Poza tym doświadczenie zdobyte podczas realizacji powyższych

nurtów badawczych umożliwiło zaangażowanie się w szereg projektów interdyscyplinarnych we współpracy z jednostkami klinicznymi oraz podstawowymi. Był kierownikiem i wykonawcą grantów MNiSW oraz NCN. Jednym z efektów realizacji tych grantów było uzyskanie, wielokrotnie nagradzanego, patentu na „Stent wewnątrznaczyniowy, zwłaszcza naczyń wieńcowych”, którego jest współautorem. Był recenzentem oceniającym projekty dla Czech Science Foundation i Czech Health Research Council oraz recenzentem w ramach konkursu Ministerstwa Obrony Narodowej. Jest także recenzentem w czasopiśmie z listy Journal Citation Reports.

Za prowadzoną działalność naukową i organizacyjną uzyskał liczne nagrody, m.in. indywidualną i zespołową w dziedzinie naukowo-badawczej i organizacyjnej oraz wyróżnienie Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego w dziedzinie nauki, badania naukowe i postęp techniczny.

Był Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie patomorfologii dla województwa kujawsko-pomorskiego, Przewodniczącym Zarządu Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Patologów oraz członkiem Zarządu Bydgosko-Toruńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików.

Posiada specjalizację z patomorfologii. Prof. dr hab. n. med. Dariusz Grzanka

w codziennej praktyce lekarskiej zajmuje się diagnostyką histopatologiczną i cytologiczną ze szczególnym uwzględnieniem dermatopatologii. Realizując swoje zainteresowania drogą zawodową związał z Katedrą Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii oraz Katedrą Patomorfologii Klinicznej Collegium Medicum UMK, której jest kierownikiem od 2017 roku. Jest również kierownikiem Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr. 1. im. A. Jurasza w Bydgoszczy.



prof. dr hab. Dariusz Grzanka

Kobieta-lekarz!

Małgorzata Grosman

Nie wiedzieć czemu nasze wyobrażenie o życiu sprzed wieku czy dwóch jest z gruntu fałszywe. Ten fałsz dotyczy życia połowy społeczeństwa. Konkretnie – życia kobiet.

Wyobrażamy je sobie, przez pryzmat literatury, jako słabe istoty, spędzające całe dnie na narzekaniu, zakupach, balach. Niewidzialne pozostają zazwyczaj kobiety pracujące: służące, robotnice, chłopki. Te wszystkie kobiety, które musiały pracować, by żyć. Które nie mogły na wiele liczyć, bo niewiele umiały. Które nie kończyły szkół z braku ku temu możliwości i dlatego, że ich bliscy nie widzieli powodu, by dziewczęta do szkoły chodziły. Tym bardziej, by studiowały, potem – by studiowały takie kierunki, jak medycyna i podejmowały pracę w zawodzie. Bo ktoś uznał, że może za nie decydować, czego mają pragnąć, czego mogą, a czego nie mogą się uczyć. I skazywał je w ten sposób na

wykonywanie prac najgorzej płatnych, bez nadziei na poprawę losu. Na życie trudne, szczególnie gdy pozbawione były wsparcia rodziny, męża. A przecież wiele kobiet, także tych mających dzieci, żyło bez mężczyzn. Bo ci poszli na wojnę lub do powstania, bo zginęli w walce. Bo umarli z powodu jakichś chorób lub po prostu odeszli. Wielkiego hartu ducha trzeba było więc, wysiłku, żelaznej woli, a pewnie także splotu sprzyjających okoliczności, by się z tego schematu wydostać. Długo udawało się to tylko nielicznym.

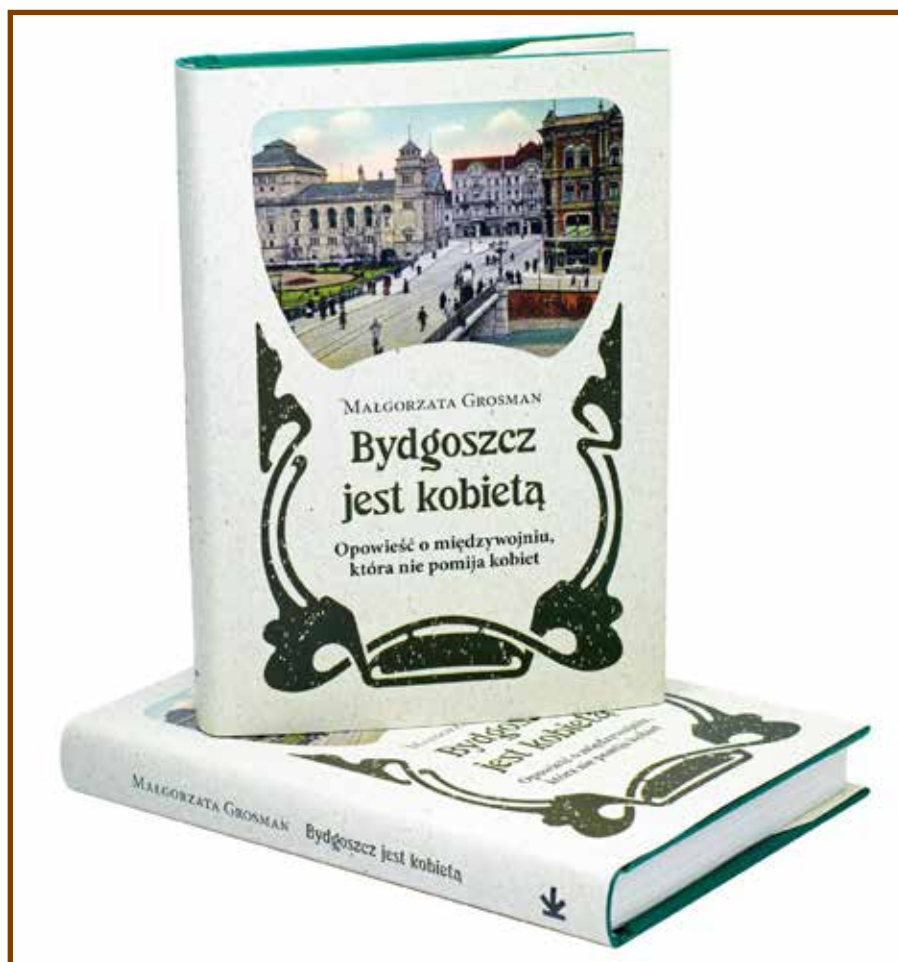
Kunder, Küche, Kirchen

Nie dotyczyło to jedynie średniowiecza czy kilku późniejszych wieków. XIX i XX w. także nie były dla kobiet łaskawe. A że lekcje historii, literatura i filmy przekazują nam raczej męski punkt widzenia, opowiadając o wojnach i rewolucjach oraz o wielkich odkryciach doko-

nywanych przez mężczyzn (oczywiście poza pewnymi wyjątkami), wydaje się nam na przykład, że do świata medycyny udało się kobietom wkroczyć mniej więcej w tym samym czasie, gdy zachęcane były do wsiadania na traktory. Czyli – po II wojnie światowej. Jesteśmy o tym tak mocno przekonani, że niemal nie pamięta się o kobietach, które łamały ten schemat. Rok temu, w stulecie powrotu Bydgoszczy do macierzy, w gronie osób najbardziej zasłużonych dla miasta nie uwzględniono żadnej kobiety: działaczki społecznej, nauczycielki, sportsmenki, aktorki. Jakby Bydgoszcz nadal funkcjonowała w zgodzie z hasłem: Kinder, Küche, Kirchen, a kobiety wciąż siedziały nad kołyskami, w kuchni lub w kościele. Lekarek sprzed lat też więc nikt przy tej okazji nie przypomniał, choć w ich przypadku zadanie było o tyle trudniejsze, że w ogóle mało kto o nich pamięta. Istnieje wręcz poczucie, że kilkadziesiąt lat temu był to męski zawód, że jeszcze w latach 60. czy 70. ubiegłego wieku kobieta-lekarz była ewenementem.

Dostępne tylko dla mężczyzn

I w tym przypadku było jednak inaczej, niż nam się wydaje, choć mężczyźni przez wieki rezerwowali sobie dostęp do zawodów medycznych. Nie tylko do zawodu lekarza, ale i do pielęgniarstwa. Jedynym odstępstwem była praca zakonnic, które opiekowały się chorymi w przytułkach i szpitalach. Skazywało to kobiety chcące pracować z chorymi na życie zakonne wraz ze wszelkimi tego konsekwencjami: rezygnacją z założenia rodziny, pozostawianiem na marginesie społeczeństwa bez prawa do sięgania po korzyści płynące ze swoich dokonań, cieszenia się uznaniem społecznym i pieniędzmi. Przede wszystkim zakonnice nie miały jednak możliwości rozwoju zawodowego, bo nie mogły należycie pogłębiać swojej wiedzy – studiować i pracować naukowo. Podobny był los akuserek, na których głowie pozostawiano przez wieki kwestię zdrowia kobiet i ich dzieci, czyniąc z ciąży, porodu, chorób narządów kobiety i opieki nad noworodkami na wieki oboczny temat medycyny. 8 marca to dzień wyjątkowy. Dużo się wtedy mówi o kobietach i wręcza nam kwiaty. Choć na co dzień



Małgorzata Grosman: *Bydgoszcz jest kobietą. Opowieść o międzywojniu, która nie pomija kobiet*, Miejskie Centrum Kultury, Bydgoszcz, 2021

nasze życie kwiatami wcale usłane nie jest. I nigdy nie było. Większość z nas prowadzi bardzo pracowite życie, czyli podobne do życia naszych matek, babek, prababek. Jest nam jednak łatwiej, bo dziś już w zasadzie żaden zawód nie jest przed nami zamknięty ze względu na płeć. Możemy się więc kształcić w zawodach przed wiekiem dla kobiet niedostępnych. Zostawać lekarkami, prawniczkami, policjantkami...

Sytuacja zmieniać się zaczęła dopiero w połowie XVIII w. – w Halle pierwsza kobieta ukończyła studia medyczne. Był to jednak wyjątek od reguły w skali europejskiej. We Francji pewne ustępstwa na rzecz kobiet poczyniono dopiero wiek później. To wtedy w Wielkiej Brytanii udało się wykształcić pierwszej lekarce. Przyszła pani doktor wiedzę zdobyła jednak na prywatnych kursach, a egzamin zdała w londyńskim Pobożnym Stowarzyszeniu Aptekarzy, które nie zabraniało kobietom dostępu do swojego grona. Przez przeoczenie, jak się potem okazało, bo natychmiast po tym wydarzeniu towarzystwo zabroniło kobietom wstępować w swe szeregi.

Drobne pęknięcia murów męskich twierdz

Nie powstrzymało to kobiet. Drobne pęknięcia murów męskich twierdz z czasem się powiększały – kolejne kobiety wstępowały na uczelnie, zdobywały dyplomy, podejmowały pracę. Sytuacja Polek, nie mających swojego państwa, była szczególnie trudna, bo zaborcy dbali o to, by Polacy zanadto się nie kształcili. Kto bardzo tego pragnął, musiał wyjechać daleko od domu. Anna Tomaszewicz, po mężu Tomaszewicz-Dobrska, w latach 70. XIX w. miała tę przewagę nad innymi, że dzięki swemu niezwykle umiarkowanemu uporowi otrzymała od rodziny wsparcie i mogła wyjechać do Zurychu na studia medyczne. Gdy jednak je ukończyła i chciała wrócić do Warszawy, zaczęły się problemy. Mimo pozytywnej opinii profesora Henryka Hoyerera, prezesa Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jej wniosek o przyjęcie do niego i nostryfikację dyplomu został odrzucony. Bo była kobietą. Została więc zmuszona udać się do Sankt Petersburga i tam zdać niezbędne egzaminy w Akademii Medyko-Chirurgicznej. Dawna Rosja, jak widać, była bardziej nowoczesna niż Warszawa. A rosyjscy naukowcy bardziej otwarci niż słynny doktor Ludwik Rydygier, zdeklarowany wróg wy-

kształcenia kobiet. Znany ze słów: „Precz więc z Polski z dziwolągami kobiety lekarza”. Tymczasem to właśnie Anna Tomaszewicz (gdy już wróciła do Warszawy z nostryfikowanym dyplomem) wykonała w 1896 r. pierwsze cesarskie cięcie w Warszawie. Jeszcze trudniejsze były losy Zofii Sadowskiej – absolwentki żeńskiego Instytutu Medycznego w Sankt Petersburgu. Żeńskiego, bo wtedy nauki medyczne studiowało już więcej kobiet. Środowisko medyczne przez lata starało się jednak o niej zapomnieć. Dlaczego? Dlatego, że była lesbijką i że się z tym nie kryła. Choć może w późniejszym czasie bardziej ze wstydu, że przez kolegów po fachu została za swój homoseksualizm ukarana – Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka odebrała jej na rok prawo wykonywania zawodu za czyny niezgodne z etyką lekarską. Jej występkiem był oczywiście homoseksualizm i nieukrywanie go. To złamało jej karierę, choć po powrocie do pracy wciąż osiągała więcej niż inne kobiety. Ale przecież mogłaby osiągnąć jeszcze więcej. Być może została na przykład pierwszą lekarką z tytułem profesora.

Dziwoląg do lamusa

Na uniwersytecie w Poznaniu pierwsze kobiety ukończyły studia medyczne dopiero w latach 30. ubiegłego wieku, co jednak nie oznacza, że do tego czasu nie było tu żadnych lekarek. Były, jednak ich droga do dyplomu była jeszcze bardziej zawiła. Ich pojawienie się musiało przynajmniej z początku budzić emocje. Rozmaite, jak łatwo się domyślić. W jednej kwestii miały jednak wielkie szczęście – na terenach byłego zaboru pruskiego brakowało osób wykształconych, bo Niemcy z niechęcią patrzyli na naukę Polaków, w każdym razie wykraczającą ponad minimum. Brakowało tu więc urzędników, nauczycieli, a także lekarzy. To mogło przyspieszyć odejście do lamusa rydygierowskiej koncepcji lekarki-dziwoląga.

Bastiony nie do pokonania

W innych zawodach, dodajmy dla porządku, kobietom też nie było lekko. Czasem nawet jeszcze trudniej. W międzywojniu, gdy w kolejnych latach coraz więcej kobiet kończyło studia medyczne, podejmowało pracę jako nauczycielki, robiło karierę aktorską czy muzyczną, pewne bastiony „męskości” wydawały się być rzeczywiście nie do pokonania.



Portret Anny Tomaszewicz-Dobrskiej z książki Cecylii Walewskiej „W walce o równe prawa: nasze bojownice” z 1930 roku, rozdział o Annie Tomaszewicz-Dobrskiej. Archiwum Polona (Biblioteka Narodowa)

Jednym z tych bastionów była policja, choć teoretycznie otworzyła ona dla kobiet drzwi już w połowie lat 20. ub. w. Likwidacja dyskryminującego kobiety zakazu miała jednak charakter niemal czysto teoretyczny. Przede wszystkim postawiła przed potencjalnymi kandydatkami na policjantki szereg wymogów. Mogły nimi zostać tylko panny i bezdzietne wdowy w wieku od 25 do 45 lat, ze średnim wykształceniem, ochrzczone, które przedstawiły pozytywną opinię dwóch „poważnych” osób. I to jednak nie wszystko. Musiały mieć co najmniej 164 centymetry wzrostu, skromnie upięte, krótkie włosy i ani śladu makijażu. Musiały też zapewnić, że przez kilka lat nie wyjdą za mąż.

Niezwykle atrakcyjna, niedostępna oferta

A jednak oferta ta wielu kobietom wydawała się niezwykle atrakcyjna – policja miała płacić im tak samo, jak mężczyznom. I to było pewnie ostatnim gwoździem do trumny tego pomysłu, może nawet jeszcze bardziej kluczowym niż to, że według wielu osób zwyczajnie nie wypadało, by kobieta założyła mundur. Owszem, było powstanie wielkopolskie i bitwa warszawska, walki, w których kobiety uczestniczyły także w mundurach, ale jednak tam to była kwestia niepodległości, tu zaś chodziło o pieniądze. Dopuszczanie kobiet do policji szło więc opornie, zwłaszcza w byłym zaborze pruskim. Opór społeczny był tu tak wiel-

ki, że na przykład w Bydgoszczy przez cały okres międzywojenny nie było żadnej policjantki. I to pomimo iż szybko okazało się – tam gdzie jednak kobiety przebiły się przez męskie mury – że policjantki są niezwykle skuteczne w zwalczaniu przestępstw przeciwko kobietom i nieletnim, takich jak handel ludźmi, stręczycielstwo czy gwałty.

Prawniczki poza prawem

Jeszcze bardziej nieprawdopodobna, choćby z uwagi na aktualną pozycję kobiet w zawodzie, jest historia polskich prawniczek. Pierwszą prawniczkę wpisano na listę polskiej palestry w 1925 r., w pięć lat później było w Polsce ponad 20 adwokatów. Doszło też do otwarcia innych prawniczych zawodów dla kobiet: sędziego, prokuratora i notariusza. Moc-

no zresztą spóźnionego w stosunku do konstytucyjnego zapisu gwarantującego już wcześniej kobietom i mężczyznom równy dostęp do zawodów publicznych. Samo uzyskanie dyplomu i aplikacja nic jednak przez kolejne lata nie dawały. Kobiety mogły być już sędzinami? Niby mogły, ale najpierw pozwolono im orzekać jedynie w wydziałach dla nieletnich. Pierwszą sędzią w innym wydziale powołano dopiero w roku 1937, po sześciu latach zwlekania przez ministra sprawiedliwości z jej nominacją. Jeszcze trudniejszy okazał się dla kobiet dostęp do prokuratury. Pierwsza kobieta została do niej przydzielona dopiero w 1936 r., ale nie miała prawa występować przed sądami. Pomimo tego, że przełożeni określali ją jako wybitnie uzdolnioną, minister sprawiedliwości uporczywie odmawiał jej nominacji. A była jedyną kobietą

przydzieloną w przedwojennej Polsce do prokuratury. W Bydgoszczy, jak chyba łatwo się domyślić, żadnej prawniczki w międzywojniu nie było. To podejście do pracy zawodowej kobiet, ich osobistego rozwoju, kariery, odcisnęło się na losach wielu pokoleń kobiet. I odciska do dziś, skoro bydgoszczanom nie udało się wskazać nazwisk choć kilku kobiet mających znaczący wpływ na dzieje miasta. W zapomnieniu pozostają też nazwiska pierwszych bydgoskich lekarek.

Małgorzata Grosman – dziennikarka przez lata związana z „Gazetą Pomorską”, następnie z miesięcznikami poświęconymi zdrowiu i farmacji. Autorka kilku publikacji poświęconych Bydgoszczy: powieści kryminalno-historycznej „Mord na Zimnych Wodach”, „Ostromecka w opowiadaniach” wydanego w cyklu „Czytanki miejskie” oraz książki „Bydgoszcz jest kobietą”, która niebawem będzie dostępna w sprzedaży.

przedruk za Primum 2021 nr 3 s. 18-19

Narzędzia chirurgiczne na przestrzeni dziejów

wykład z cyklu „Medycznej Środy”

Wojciech Szczęsny

Czym jest narzędzie? Niezawodna „Wikipedia” definiuje je tak: „przedmiot lub urządzenie służące do bezpośredniego oddziaływania w procesie pracy na przedmiot pracy stanowiące wyposażenie człowieka lub maszyny. Większość prostych narzędzi jest maszynami prostymi. Narzędzie pozwala wykonać to, czego przeciętny człowiek nie byłby w stanie wy-

konać samymi rękoma, lub ułatwia to, co może wykonać sam”.

Słownik PWN rozszerza definicję o niepokojące zjawisko użycia (w sensie przenośnym) człowieka, jako narzędzia do realizacji jakichś, nie zawsze szczytnych, celów. Używanie narzędzi, wraz z innymi cechami takimi jak choćby

porozumiewanie się za pomocą języka, uważa się powszechnie w antropologii za początek człowieczeństwa. Wykazano jednak, że co najmniej dziesięć gatunków zwierząt posługuje się utensyliami. W przypadku naczelnych, naszych najbliższych krewnych, nie budzi to zdziwienia. Jednak ośmiornice czy kruki już zaskakują swoją inteligencją i kreatywnością. Jakby nie było, tylko człowiek potrafi projektować i ulepszać narzędzia, a także zmieniać ich zastosowanie, czego przedmioty tegoż artykuły są chyba najlepszym przykładem. Najstarsze znane narzędzia kamienne to dzieło wymarłych krewnych ludzi współczesnych (*Homo sapiens*). Istnieją dowody na to, że umieli wytwarzać je przedstawiciele gatunku *Homo habilis* przed ok. 2,4 mln lat. Najstarsze takie utensylia, mają ok. 2,6 mln lat, zaś najwcześniejsze ślady ich użycia (nacięcia na kości) 2,5 mln lat. W 2010 r. naukowcy poinformowali o jeszcze starszym znalezisku z Etiopii - kości z nacięciami, wykonanymi prawdopodobnie narzędziem kamiennym - pochodzącym sprzed ok. 3,4 mln lat temu. Sugerowano, że jest to pozostałość po dawnych krewnych człowieka - australopitekach (*A. afarensis*) - którzy najwyraźniej korzystali z takowych wcześniej, niż sądzono do niedawna. Podobne odkrycia



Rzymskie narzędzia chirurgiczne znalezione w Pompejach w „Casa del Chirurgo”, <https://faktopedia.pl/500760/Rzymskie-narzedzia-chirurgiczne-znalezione-w-Pompejach>

sprzed 3,3 mln lat miały miejsce w Kenii, nad najsłynniejszym dla antropologii Jeziorze Turkana.

Nazwa „chirurgia” ma źródłosłów grecki χειρουργία (kheirurgía), χείρ (kheír) – ręka i ἔργον (érgon) – praca, czyn, działanie. Byłaby zatem dłoń chirurga najważniejszym narzędziem? Zapewne tak! To w niej pojawiają się narzędzia. Od kamiennego noża, poprzez nóż z brązu do współczesnych wymiennalnych ostrzy ze stali węglowej lub niekiedy tytanu. Nóż z brązu znalazł nawet swoje miejsce w Kodeksie Hammurabiego: „Jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał i spowodował śmierć obywatela lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oka obywatela pozbawił, rękę utną mu”. Skalpel pozostał zatem najbardziej rozpoznawalnym atrybutem chirurga. Wiele narzędzi chirurgicznych „przeszło” na salę operacyjną z warsztatów rzemieślniczych. Bo i chirurga przez stulecia rzemieślnikiem była. Sam Hipokrates w swej Przysiędze odżegnywał się od niej (dziś powiedzielibyśmy, urologii) pisząc: „Nie będę operował chorych na kamicę, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg” w innym tłumaczeniu: „Ani też operacji kamienia nie wykonam pozostawiając to ludziom tego rzemiosła” (*podkreślenie moje W.S.*). Jednym z moich „ulubionych” tego typu urządzeń rzemieślniczych jest piła płatnica, służąca do przecinania kości w czasie amputacji. To popularne narzędzie. Na średniowiecznych i renesansowych rycinach widzimy je w użyciu. Chyba nic, poza strojem chirurgów i współczesną sterylizacją, się nie zmieniło. Także wiertarki używane w ortopedii czy neurochirurgii, w swojej istocie przypominają te z warsztatu cieśli i ślusarza. Dość wcześnie zagościły na salach operacyjnych.

Historia nożyczek jest dość długa. Na samym początku swojego istnienia przypominały pęsetę o dwóch ostrzach (takie odkryto w Pompejach). Najstarsze zostały znalezione w Egipcie i pochodzą z XVI wieku p.n.e. Przełomem było wprowadzenie osi w XIII wieku naszej ery, kiedy jeden z rzemieślników mieszkających na Bliskim Wschodzie postanowił połączyć dwa noże gwoździem i wygiął uchwyty w kształt pierścienia, aby ułatwić trzymanie. Chirurgia stworzyła kilkadziesiąt wersji tego narzędzia o różnych długościach i kształcie końcówek (blansz).

Pęseta jest narzędziem bardzo starym, prawdopodobnie wykorzystywanym już

(wykonana z drewna) przez ludzi pierwotnych do przytrzymywania czegoś nad ogniem. Z chwilą wynalezienia techniki wytopu żelaza i innych metali zaczęto tworzyć z nich między innymi pęsety. W chirurgii obecnie używane są dwa typy. Anatomiczna, mająca na końcu nacięcia równoległe do osi długiej oraz chirurgiczna z trzema ząbkami zachodzącym na siebie (dwa na jednej blanszy i jeden na drugiej). Oczywiście istnieje kilkadziesiąt odmian różniących się długością i delikatnością końcówek (naczyniowe de Bakey’a czy neurochirurgiczne). Problemem, dotyczącym pęset jest fakt, że można ich używać tak długo jak są ściskane palcami chirurga. Sytuację zmieniło wprowadzenie zamka (zatrzasku) chirurgicznego. Dokonał tego w 1872 r. Spencer Wells. Była to pęseta hemostatyczna (do chirurgii tarczycy) z jednym zatrzaskiem, które to narzędzie w następnych latach modyfikowano, a zatrzaski zaczęto stosować w innych. Odtąd narzędzia można było pozostawiać czasowo zamknięte. I tak powstały kleszczyki naczyniowe, w zamysle do zamykania naczyń krwionośnych przed ich podwiązaniem. Pierwowzorem było narzędzie Ambrożego Paré, francuskiego chirurga z XVI w. zwane „dziobem wrony” (bec de corbin). Za pomocą tych kleszczy chwytało krwawiące naczynie, uciskano i podwiązywało. Nie miały ono zatrzasku. Kleszcze Péana i Kochera, zwane tak od nazwisk wybitnych chirurgów francuskiego (pierwsza resekcja żołądka) oraz szwajcarskiego (laureat Nagrody Nobla za chirurgię tarczycy). Warto tu wspomnieć, że w nomenklaturze narzędzi chirurgicznych jest bardzo dużo eponimów. Nazwiska „Péan” i „Kocher” to odpowiednio, zamykana pęseta anatomiczna i chirurgiczna. Mamy też polonika. Narzędzie zwane „Mikuliczem”, czyli kleszcze otrzewnowe, to nieco zakrzywiony i dłuższy „Kocher”. Inne najczęściej słyszane na salach operacyjnych świata nazwiska to Langenbeck, Farabeuf (haki), Chaput, Kremayer, Randall (kleszcze do trzymania tkanek i usuwania złożeń żółciowych), Babcock (striper do usuwania żyłaków), Luer, Liston (kleszcze kostne), Gigli (piłka linkowa do kości), Foley, Petzer, Redon (cewniki i dreny), Fogarty (cewnik do embolizacji). Oczywiście powyższa lista jest niepełna.

Początki medycyny nie są i raczej nie będą, ze względu na brak artefaktów archeologicznych, a tym bardziej źródeł pisanych czy nawet ikonograficznych, znane. Dominował przekaz ustny, zaś wiedzy zdobytej i sprawdzonej, zazdrośnie strze-



Narzędzie do wyciągania kul (XVI wiek). Tak wydłużone narzędzie, było w stanie dosięgnąć kuli, która utkwiła głęboko w ciele pacjenta. Ostrze narzędzia było nagwintowane, aby móc wwieźć się w kulę i wydobyć ją na zewnątrz.

https://straszne-historie.pl/story/9995-15_starzych_strasznych_narzedzi_chirurgicznych

żono. Świadczy o tym choćby fragment słynnej, wspomnianej już, Przysięgi Hipokratesa: „prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu”. Można przypuszczać, że dokonywano obserwacji zwierząt czy przypadkowych odkryć dotyczących roślin oraz substancji organicznych i nieorganicznych. Naturalne i odruchowe czynności jak unieruchomienie



Lithotom (XVIII/XIX wiek). To narzędzie służyło do przecięcia pęcherza w celu usunięcia kamieni. Ostrze zawierało jeszcze jedno ukryte ostrze, które było uwalniane przy użyciu sprężyny, po umieszczeniu go w pęcherzu.

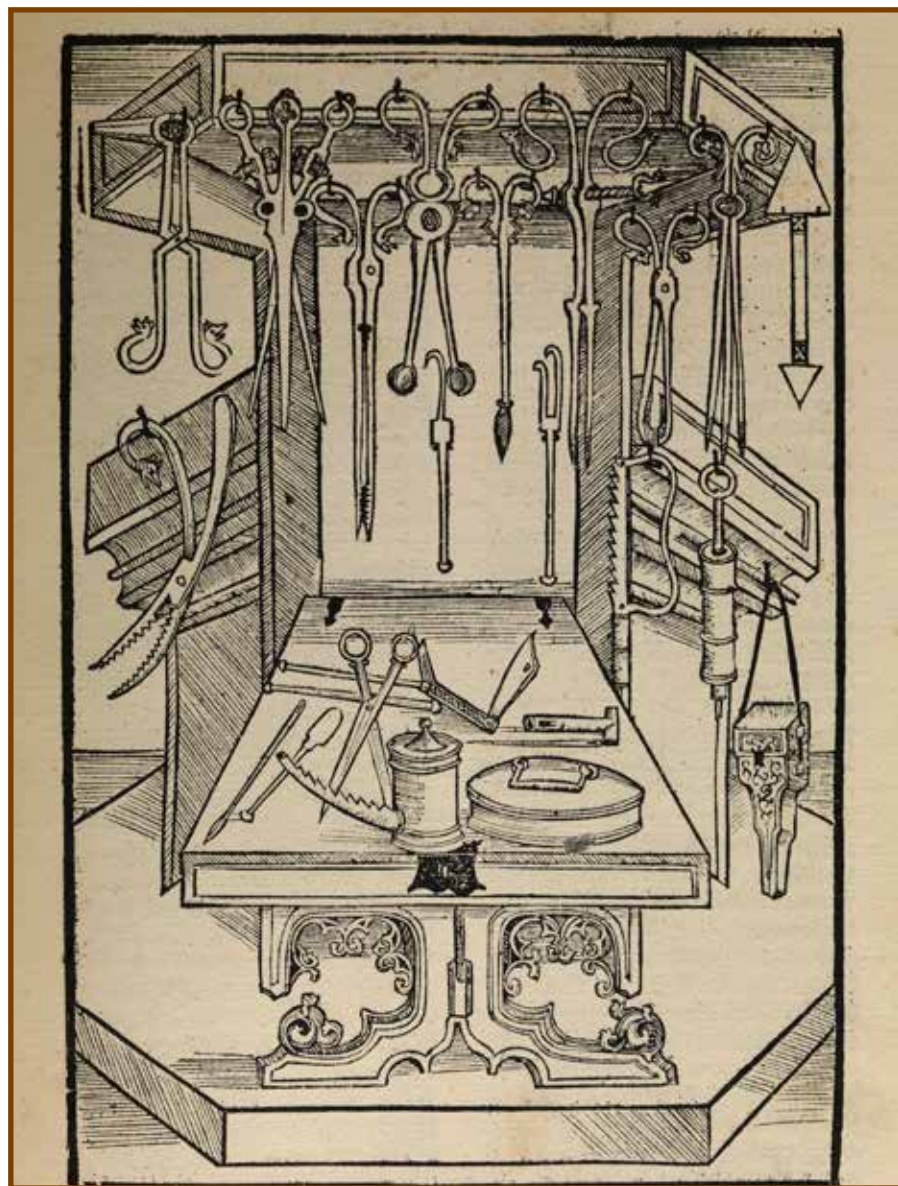
https://straszne-historie.pl/story/9995-15_starzych_strasznych_narzedzi_chirurgicznych

po urazie czy ucisk w przypadku krwotoku, weszły do kanonu leczenia urazów. Choroby od zawsze wiązano z gniewem sił nadprzyrodzonych. Przeraża fakt, że dzieje się tak do dziś dnia, czego przykładem były wypowiedzi hierarchów rozmaitych kościołów i religii podczas pandemii SARS-Cov2. Nie chodzi tu, broń Boże, o wiarę czy modlitwy, ale o żenujące dla wykształconego człowieka konstatacje, że przykładowo hostia czy ręce kapłana, nie przenoszą wirusa. Osoby zajmujące się leczeniem miały zatem „kontakt” z bogami i demonami. Pojawiły się rytuały, stroje i narzędzia, mające na celu leczenie poprzez wpływ na sferę niematerialną. Choroby umysłowe z całą pewnością łącznie z działaniem sił nadprzyrodzonych. Jednak istnieje podejrzenie, że choroby psychiczne i neurologiczne (padaczka i urazy głowy) leczono trepanacją czaszki. Znaleźiska archeologiczne wskazują, że takie procedury miały miejsce już

w neolicie i co ciekawsze, praktykowano je niezależnie w wielu miejscach na świecie. Najlepiej poznane są artefakty z Ameryki Południowej. Pierwszą czaszkę ze śladami trepanacji odnalazł w Cuzco w roku 1865 George Ephraïm Squier. Analiza wykazała, że poddany temu zabiegowi osobnik, żył co najmniej tydzień po nim. Pikanterii sprawie nadawał fakt, że pierwsza udana i oparta na pełnej wiedzy neurochirurgicznej trepanacja w nowożytnej Europie, odbyła się dopiero za dwadzieścia lat. Do celów trepanacji Inkowie stosowali specjalny ozdobny nóż-trepan, zwany tumi.

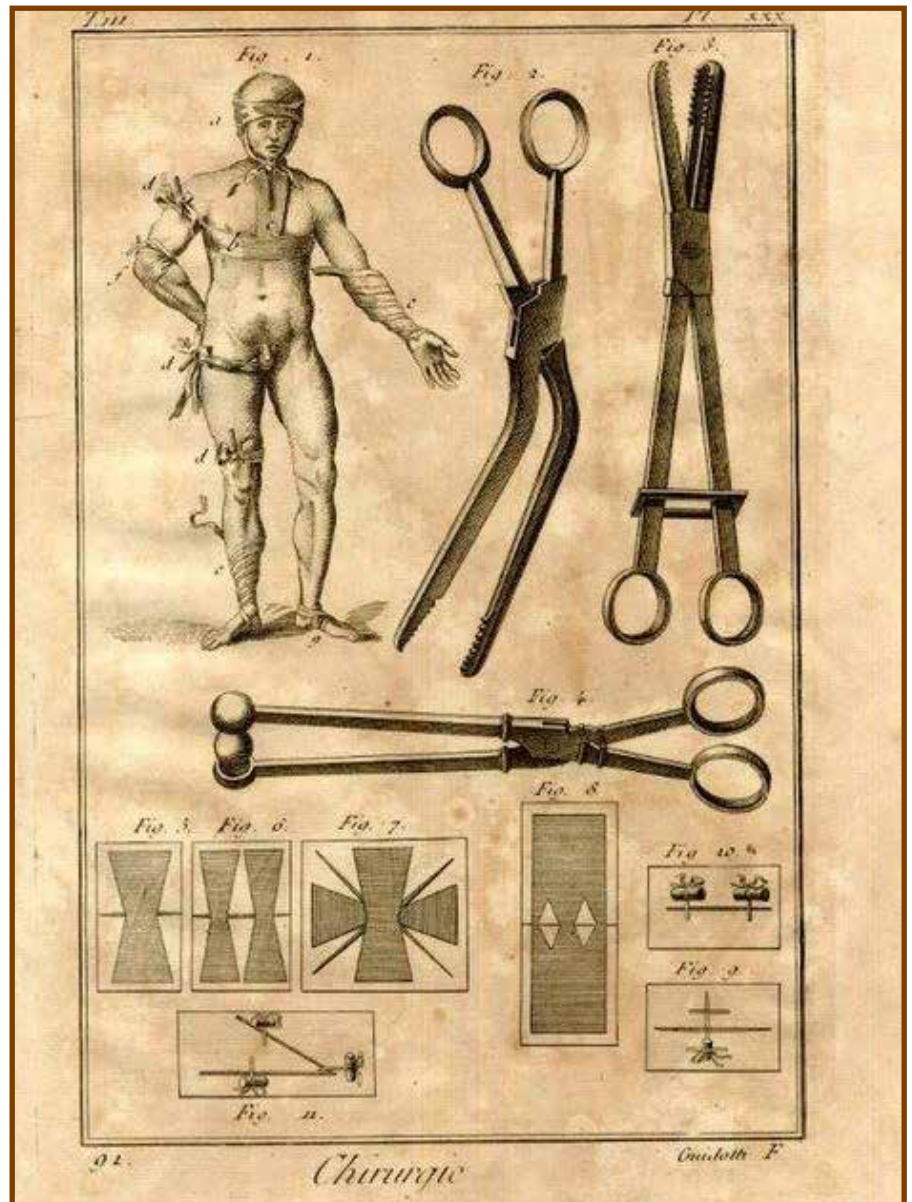
Właśnie archeologia z jej artefaktami, stanowi najcenniejsze źródło naszej wiedzy o starożytnym instrumentarium. Jedno z najsłynniejszych odkryć tego typu miało miejsce w roku 1770 (nieomal 1700 lat po tragicznej erupcji Wezuwiusza) w Pompejach w ruinach nazwanych „Casa del Chirurgo”. Nie wiadomo czy był to istotnie dom leka-

rza, czy ów „chirurg” był tu z wizytą. W kolekcji znajdują się szczypce i kleszcze (osiowe) oraz nożyczki sprężynowe. Takie narzędzia znajdowano także na innych stanowiskach archeologicznych na całym świecie. Źródła pisane i ikonografia także przyczyniły się do poszerzenia naszej wiedzy o przeszłości chirurgii. Wizerunki narzędzi znajdują się na staroegipskich inskrypcjach, a także w papirusach „medycznych”. Hipokrates opisał, lecz nie zilustrował w swych dziełach, takie narzędzia jak noże, igły, sprężynowe i zębate pęsety, osiowe kleszcze, trepany, trzymacze do kości, sondy wykonane z brązu i żelaza. Na szczęście w innych pismach autorów niemal mu współczesnych, jak choćby Celsusa, zawarto dokładniejsze opisy i ryciny. W późniejszych wiekach rozwój medycyny realizował się w krajach arabskich. Az-Zahrawi Abu Al-Kasim zwany Abulcasis (936-1013) był autorem podręcznika „Kitab at-tasrif”, w którym trzy księgi były poświęcone medycynie operacyjnej i zawierały opisy oraz ryciny ponad 200 narzędzi chirurgicznych. Dzieło to, przetłumaczone na łacinę w XII w. przez Gerarda z Kremony, było przez wiele stuleci podstawowym podręcznikiem medycyny i chirurgii, popularniejszym nawet od prac Galena. Wśród owych narzędzi pojawiały się skalpele oprawne w drewno czy kości, a także piły płatnicze. Podobne znajdujemy w manuskryptach średniowiecznych. Opisano tam również narzędzia do leczenia przetok okołoodbytniczych (sondy i specjalne noże). Dominowały jednak przyrządy służące amputacjom, nacinaniom ropni i podobnym. W dziele H. Brunschwiga (1497) „Buch der Cirurgia” znajdujemy opis 25 takich utensyliów. Pojawienie się broni palnej wymusiło opracowanie urządzeń do wyjmowania kul oraz szybkiej amputacji. Do armamentarium chirurga dołączyły więc ekstraktory oraz nowy (stosowany do dziś) rodzaj piły z wymiennym brzeszczotem, naciągany zatrzaskami. Nowością były też wspomniane wyżej narzędzia Ambrożego Paré do podwiązki krwawiących naczyń. J. Guillemeau, jego najpilniejszy uczeń, w roku 1594 wydał dzieło „A chirurgie Française” poświęcone w całości chirurgii, z narzędziami narysowanymi tak dokładnie i z zachowaniem skali – aby – jak pisze sam autor, „dobry kowal-ślusarz mógł je wyprodukować”. I tak w istocie było. W XVII i XVIII wieku narzędzia, oprócz oczywistych użytkowych, miały mieć rów-



Narzędzia chirurgiczne, karta z „Das Buch der Cirurgia des Hieronymus Brunschwig ... / Begleit-Text von Gustav Klein”, München : Druck und Verlag Carl Kuhn, 1911 (oryginał ok. 1512 r.)

niez walory artystyczne. Zaczęto stosować takie materiały jak heban, kość słoniową, szylkret. Jako metalu używano srebra, zaś same narzędzia były opakowane w gustowne i ozdobne pudełka. W dziele J. Scultetusa (wydanym pośmiertnie w 1655), a zatytułowanym „Armamentarium chirurgicum”, zilustrowano wszystkie znane wówczas narzędzia w odpowiedniej skali. P. Dionis po raz pierwszy w 1708 r. w książce „Cours d'opérations de chirurgie” zamieścił rycinę instrumentarium podzielonego według zestawów do danego typu operacji. Również tak znani chirurdzy jak Heister czy Petit publikowali ilustrowane dzieła z rycinami utensylii. Pod koniec XVIII wieku zaczęły się pojawiać pierwsze podręczniki produkcji narzędzi, a także ich katalogi. Przykładem może być tu publikacja „L'art du couteleur expert en instruments de chirurgie” J. Perreta z Paryża (1772) opisująca chirurgiczne utensylia i maszyny do ich produkcji. Pierwszym katalogiem stało się dzieło: „A collection of engravings representing the almost all modern and approved instruments used in the practice of surgery with appropriate explanations” wydane przez J. H. Savigny w Londynie w 1798 r. Wybitnym wytwórcą narzędzi był Joseph-Frédéric-Benoît Charrière (1803-1876). Od jego nazwiska pochodzi, stosowana do dziś, skala określająca średnicę cewników i drenów (Ch, Fr), gdzie jedna jednostka oznacza 0,33 mm. Prócz tego dokonał on wielu ulepszeń stosowanych dotąd urządzeń. Zbliżała się era dwóch przełomów w chirurgii. Jednak bez coraz to doskonalszych utensyliów, w tym pierwszych systemów optycznych i opartych na odkryciu Galvaniego pierwszych narzędzi elektrycznych, samo znieczulenie ogólne oraz zasady aseptyki i antyseptyki nie otworzyłyby tak szeroko bram do wielkiej chirurgii. W latach 1885-1910 zastąpiono ozdobne narzędzia, z wrażliwymi na temperaturę i środki chemiczne wspomnianymi wyżej ozdobami, wyrobami ze stali powlekanej niklem lub chromem. W 1925 r. wprowadzono powszechnie stal nierdzewną z małymi wyjątkami jak np. srebro w rurkach tracheotomijnych. Współcześnie w instrumentarium chirurgii klasycznej dominuje stal nierdzewna, czasami ze wstawkami z np. tytanu. Noże – skalpele to właściwie jednorazowe ostrza ze stali węglowej. Narzędziem jest rączka (trzonek). Osobny problem stanowią narzędzia do laparoskopii. Występują



Narzędzia chirurgiczne, miedzioryt autorstwa Roberta Benarda z „Encyklopedii” Denisa Diderota, Geneva, 1779 r.

tu dwie kategorie czyli wielorazowe (np. klipsownice i pewne rodzaje trokarów) wykonane ze stali i jednorazowe plastikowo-metalowe. Niektóre z nich podlegają resterylizacji gazowej. Tworzywa sztuczne stanowią osobny rozdział, którego omówienie przekracza ramy naszego artykułu.

Rozwój chirurgii, a w późniejszych wiekach jej podspecjalizacji wymagał coraz to nowych narzędzi. Ten proces trwa do dziś. Miałem okazję obserwować go osobiście, kiedy rozpoczynała się na naszych oczach wideolaparoskopia. Potwierdza to fakt, że chirurgia i jej armamentarium rozwijają się równolegle do innych nauk, a zwłaszcza fizyki, metalurgii, chemii, optyki, elektroniki, robotyki i zapewne wkrótce, sztucznej inteligencji. Kiedy zaczęto produkować pompy ssące, zastąpiły one (choć nie całkowicie) gąbki i gazę, którymi osuszano pole operacyjne.

Narzędzia i środki fizyczno-chemiczne do tamowania krwawień, to osobny rozdział. Podobnie optyka czy przekazywanie obrazu za pomocą fal elektromagnetycznych. Zważmy jednak, że wszystko to zostało dokonane ręką człowieka. Tą, od której pochodzi nazwa naszego zawodu.

dr hab. Wojciech Szczesny, prof. UMK pracuje w Katedrze Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej

Piśmiennictwo

1. Wikipedia
2. Majchrzak Ł, Olender K. Trepanacje czaszki w starożytnych Andach Środkowych. Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Społeczne, Nr 10 (1/2015)
3. Kirkup JR. The history and evolution of surgical instruments. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 1981-1999; vol. 63-81

Jak bezpiecznie stosować leki? Aspekty praktyczne

wykład z cyklu "Medycznej Środy"

Wioleta Stolarek

Wstęp

Działanie leku może być inne niż oczekiwano na skutek interakcji z: żywnością, napojami, alkoholem, suplementami diety, substancjami obcymi obecnymi w żywności oraz innymi lekami.

Przez pojęcie interakcji należy rozumieć wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch lub więcej substancji, w wyniku którego ulegają zmianie ich indywidualne właściwości lub łączny skutek. Interakcje pomiędzy lekami lub lekami a żywnością mają miejsce nadszpodziewanie często i mogą prowadzić do ciężkich powikłań. Ma to szczególne znaczenie w obliczu stałego wzrostu konsumpcji i wydatków na leki, które są często stosowane przez pacjentów bez porozumienia z lekarzem. Udowodniono, że ryzyko niekorzystnych interakcji wzrasta wraz z ilością zażywanych leków (zażywanie 2 leków to ryzyko interakcji rzędu 13%, 3 leków - 34%, 5 leków - 88%). Przy czym w ok. 30% interak-

cje mają duże znaczenie kliniczne (znaczne zaburzenia efektów leczenia np. brak skuteczności czy niebezpieczne skutki np. komorowe zaburzenia rytmu serca), a w ok. 35% interakcje mają umiarkowane znaczenie lub są bez istotnego znaczenia. Interakcje między lekami i żywnością mają ogromny wpływ na skuteczność stosowanego leczenia farmakologicznego. Jednocześnie żywność może zwiększać lub zmniejszać biodostępność leków. W tabeli 1 przedstawiono najczęstsze typy interakcji pomiędzy lekami i żywnością.

Zmniejszone wchłanianie leków

Zmniejszenie wchłaniania leków, a tym samym zmniejszenie stężenia leku we krwi o 50-70% powoduje zmniejszenie skuteczności jego działania. W tabeli 2 przedstawiono najczęściej występujące interakcje z żywnością prowadzące do zmniejszenia wchłaniania leku. Produkty zawierające duże ilości jonów wapnia (mleko, sery, jogurty) mogą zmniejszyć

lub całkowicie uniemożliwić wchłanianie niektórych leków, ponieważ tworzą z nimi sole wapnia, które są nierozpuszczalne w wodzie. Interakcje te dotyczą takich leków jak fluorochinolony i tetracykliny. Innym przykładem interakcji, w trakcie której dochodzi do zmniejszenia wchłaniania leku, jest zażywanie preparatów żelaza tuż przed lub po wypiciu kawy lub herbaty. Szczególnie silne zahamowanie wchłaniania żelaza zachodzi po wypiciu herbaty, ponieważ zawarte w niej taniny tworzą z żelazem bardzo trudno wchłaniające się związki chemiczne. Niektóre interakcje, w wyniku których dochodzi do zmniejszenia wchłaniania leków mogą być bardzo niebezpieczne. Dotyczy to np. produktów i potraw o dużej zawartości błonnika jak np. płatki owsiane lub otręby. Błonnik może powodować adsorpcję preparatów naparstnicy, stosowanych u pacjentów z migotaniem przedsionków oraz trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Zmniejszenie wchłaniania leków z przewodu pokarmowego powodować mogą nie tylko naturalne składniki żywności, lecz także różnego rodzaju substytuty żywności, suplementy lub odżywki. Dobrze udokumentowanym przykładem tego typu interakcji jest zależność pomiędzy olestrą (poliesterem sacharozy), będącą substytutem tłuszczu zawartym w wielu produktach żywnościowych i gotowych posiłkach, a witaminami podawanymi w stanach niedoborowych i w leczeniu niektórych chorób. Dotyczy to zwłaszcza witaminy A, stosowanej np. w łuszczycy i w trądziku, oraz witaminy E, stosowanej w niepłodności, w postępującej dystrofii mięśniowej.

Zwiększone wchłanianie leków

Zwiększone wchłanianie niektórych leków zależy głównie od zawartości tłuszczów w posiłkach. Zwiększenie i przyspieszenie wchłaniania leków może powodować wzrost stężenia leku we krwi od 40 do 300%. Interakcja występuje, gdy lek spożywany jest w trakcie jedzenia, przed lub po posiłku. Interakcja jest szczególnie nasiloną, gdy spożywane są pokarmy bogate w tłuszcz (smażone jajka, bekon, duża ilość masła, smalec, pełnotłuste mleko). Tłuszcze nasilają i przyspieszają wchłanianie leków o dużej lipofilności, co jest spo-

Faza interakcji	Mechanizm interakcji	Konsekwencje interakcji
Farmakokinetyczna	Zmniejszenie wchłanianie leku	Zmniejszenie stężenia leku, zmniejszenie skuteczności leku, opóźnienie działania leku
	Zwiększenie wchłaniania leku	Zwiększenie stężenia leku, silniejsze działanie leku, przyspieszenie działania leku
	Zmniejszenie metabolizmu leku	Zwiększenie stężenia leku, zwiększenie ryzyka toksyczności
	Zwiększenie metabolizmu leku	Zmniejszenie stężenia leku, zmniejszenie skuteczności leku
	Zmniejszenie wydalania leku	Zwiększenie stężenia leku
	Zwiększenie wydalania leku	Zmniejszenie stężenia leku, zmniejszenie skuteczności
Farmakodynamiczna	Antagonizm	Zmniejszenie działania leku
	Synergizm	Zwiększenie działania leku, zwiększenie ryzyka toksyczności

Tabela 1. Najczęstsze interakcje pomiędzy lekami i żywnością

wodowane tym, że leki te są bardzo dobrze rozpuszczalne w tłuszczach emulgowanych przez kwasy żółciowe.

Zaburzenia metabolizmu leków

Wiele produktów żywnościowych powoduje również zaburzenia dotyczące metabolizmu leków. Zaliczamy tu m.in. induktory i inhibitory enzymatyczne cytochromu P-450 (CYP-450). Wyciąg z dziurawca stosowany w ziołolecznictwie w stanach niepokoju, lęku i w depresji. Jest on jednocześnie induktorem izoenzymu CYP3A4 oraz glikoproteiny P, w związku z czym może przyspieszać eliminację z organizmu różnych leków.

Interakcje z wyciągiem z dziurawca zachodzą przy równoczesnym stosowaniu leków przeciwkrzepliwych, przeciwdepresyjnych, cyklosporyny, doustnych środków antykoncepcyjnych czy digoksyny - dochodzi wówczas do osłabienia działania tych leków. Kolejnym przykładem jest sok grejpfrutowy zaliczany do inhibitorów enzymatycznych. Wykazano, że za wzrost stężenia leków we krwi odpowiedzialne są zawarte w soku grejpfrutowym flawonoidy (kampferol, naringenina, kwercytyna) oraz furanokumaryny (6,7-dihydroksybergamottyna), które są metabolizowane w wątrobie przez odpowiednią rodzinę enzymów CYP-450, np. CYP2E1, CYP3A4. Popicie leku sokiem grejpfrutowym prowadzi do „niewydolności” czynnościowej grupy enzymów CYP3A4 w związku z czym lek nie może być zmetabolizowany, co w efekcie powoduje 3-12-krotny wzrost stężenia leku we krwi. Zaburzenia metabolizmu leków mogą być również spowodowane przez inne owoce cytrusowe zawierające flawonoidy i furanokumaryny np. pomelo, pomarańcza gorzka, limetka, grejpfrut. W tabeli 4 przedstawiono leki wchodzące w interakcje z flawonoidami i furanokumarynami soku grejpfrutowego.

Heterocykliczne aminy oraz wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne zawarte w smażonym lub grillowanym mięsie to również induktory enzymów CYP-450. Zażywanie preparatów teofiliny przez pacjentów np. z POChP tuż przed, w trakcie jedzenia lub chwilę po spożyciu smażonego lub grillowanego mięsa – powoduje zmniejszenie stężenia leku we krwi, co naraża chorego na wystąpienie duszności. Wykazano, że dochodzi w tym przypadku do znacznego przyspieszenia metabolizmu teofiliny w wątrobie w wyniku pobudzenia enzymów mikroso-

Leki	Składnik pokarmowy
Przeciwdepresyjne (AMITRYPTYLINA, IMIPRAMINA) Glikozydy naparstnicy (DIGOXIN, BEMECOR)	Błonnik pokarmowy (zawarty np. w otrębach, płatkach owsianych)
Antybiotyki i chemioterapeutyki: tetracykliny, fluorochinolony	Mleko, produkty mleczne
Przeciwdrgawkowe i przeciwaritmiczne: fentyoina (PHENYTOINUM, EPANUTIN)	Skrobia kukurydziana (węglowodan złożony występujący w żywności m.in. jako czynnik zagęszczający) Kazeiniany (sole kazeiny, głównego białkowego składnika mleka)
Preparaty żelaza (HEMOFER, ASCOFER)	Taniny (zawarte w herbacie)

Tabela 2. Interakcje z żywnością prowadzące do zmniejszenia wchłaniania leku

malnych przez związki powstałe podczas smażenia bądź grillowania mięsa.

Tyramina to amina znajdująca się m.in. w: serach dojrzewających, niektórych wędlinach, rybach marynowanych, solonych i wędzonych, w wątrobie wołowej i drobiowej, w czekoladzie i w niektórych winach. Zawartość tyraminy w produktach spożywczych zależy od czasu ich przechowywania. Np. świeża wątróbka, twarde awokado czy świeże banany praktycznie nie zawierają tyraminy. Natomiast bardzo dojrzałe awokado, przejrzałe banany czy pasztet z wątróbki zawierają duże ilości tej aminy.

Enzym oksydaza monoaminowa (MAO) uczestniczy w metabolizmie tyraminy dzięki czemu tylko niewielkie ilości dostają się do krążenia. Tyramina jest niebezpieczna w połączeniu z lekami hamującymi MAO. Zahamowanie MAO

powoduje większą absorpcję aminy do krążenia uwidaczniając działanie sympatykomimetyczne: gwałtowny wzrost ciśnienia tętniczego krwi z uczuciem kołatania serca i bólami głowy. Jest to tzw. „reakcja na żółty ser” i występuje po spożyciu około 10 mg tyraminy. Do leków hamujących MAO zaliczamy m.in.: inhibitory monoaminoooksydazy stosowane w leczeniu zespołów depresyjnych, furazolidon stosowany m.in. w leczeniu zakażeń żołądkowo-jelitowych, izoniazyd stosowany w leczeniu gruźlicy płuc.

Synergizm

Synergizm w przypadku leków i składników żywności powoduje, że spodziewana, charakterystyczna dla danego leku reakcja organizmu jest istotnie zwiększona jeśli lek i określony składnik żywności są

Grupa leków	Skutek
Leki przeciwgrzybicze (np. gryzeofulwina)	Bóle głowy, kaszel, zmiany skórne
Leki przeciw pasożytnicze (albendazol, mebendazol)	Suchość śluzówek, bezsenność
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina, imipramina)	Zaburzenia świadomości, napady drgawek, spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia snu
Preparaty teofiliny (EUPHYLLIN)	Tachykardia, hipotonia, zaburzenia rytmu serca
β-adrenolityki (np. propranolol, metoprolol)	Hipotonia ortostatyczna, bradykardia, blok przedsionkowo-komorowy

Tabela 3. Interakcje pomiędzy lekami a tłuszczem pokarmowym

Grupa leków	Skutek
Blokery kanału wapniowego (np. nifedypina)	Hipotonia, ból głowy
Statyny (np. simwastatyna)	Miopatia, uszkodzenie wątroby
Benzodiazepiny (midazolam)	Depresja oddechowa
Leki przeciwhistaminowe astemizol (ASTEMIZOL)	Komorowe zaburzenia rytmu serca
Leki immunosupresyjne cyklosporyna (SANDIMMUN)	Wzrost ciśnienia tętniczego z drgawkami, drżenie kończyn
Leki przeciwwirusowe sankwinawir (INVIRASE)	Ból głowy, osłabienie

Tabela 4. Leki wchodzące w interakcje z flawonoidami i furanokumarynami soku grejpfrutowego

spożyte jednocześnie lub w krótkich odstępach czasu. Typową i często spotykaną reakcją synergiczną jest działanie teofiliny i kofeiny, która wynika z podobnej budowy chemicznej obu substancji. Mają one podobny punkt uchwytu i mechanizm działania w organizmie, poza tym kofeina powoduje wzrost stężenia teofiliny we krwi. Zazywanie teofiliny przez chorych z POChP spożywających 2-3 filiżanki kawy

dziennie, może spowodować wystąpienie: bólu głowy, niepokoju, zaburzeń snu, tachykardii czy pobudzenia.

Antagonizm

Przykładem antagonizmu jest zmniejszenie antagonistów witaminy K (vitamin K antagonists – VKA) u osób stosujących dietę bogatą w witaminę K. VKA

działają przez hamowanie w wątrobie zależnej od witaminy K syntezy czynników krzepnięcia (II, VII, IX i X). Efekt ten jest znoszony przez dostarczenie z pożywieniem dużej ilości witaminy K (brokuły, fasola, kalafior, sałata, zielony groszek). Kliniczne następstwa to m.in. zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowych.

Jak uniknąć interakcji pomiędzy lekami a żywnością?

1. Leki pijamy wodą. Herbata, kawa, mleko mogą zmniejszać wchłanianie leku. Sok grejpfrutowy może zaburzać metabolizm leku w organizmie.

2. Nie mieszamy leku z posiłkiem ani nie zazywamy go tuż przed, w trakcie lub tuż po jedzeniu, ponieważ może to zmniejszyć działanie leku.

3. Nie mieszamy leku w gorącym napoju, gdyż wysoka temperatura może zmniejszyć jego skuteczność.

4. Jeśli posiłek zaburza działanie leku, najlepiej jest go zażyć 1-2 godziny przed lub 2 godziny po posiłku.

5. Nie zazywamy preparatów witaminowo-mineralnych w tym samym czasie co leki, ponieważ mogą one zaburzać ich wchłanianie.

6. Nigdy nie zazywamy leków razem z napojami alkoholowymi.

dr Wioleta Stolarek jest adiunktem w Katedrze Farmakologii i Terapii

Endometrioza i adenomioza – współczesna Hydra Lernejska

wykład z cyklu “Medycznej Środy”

Paweł Sadlecki

Według mitologii greckiej zabicie Hydry Lernejskiej było drugą z dwunastu prac Heraklesa. Hydra zamieszkiwała bagna w pobliżu Lery, najczęściej była wyobrażana jako wielogłowy potwór polujący na podróżnych przemierzających pobliskie trasy. Walka Heraklesa z Hydrą była niezwykle spektakularna, na miejsce odciętej przez herosa głowy potworowi natychmiast wyrastały dwie lub trzy nowe. Dopiero odcięcie i wypalenie ogniem miejsca po odciętej głowie przyniosło spodziewany efekt, Heraklesowi udało się odciąć wszystkie głowy i pozbawić potwora życia.

Podobnie wygląda walka współczesnych lekarzy z endometriozą i adenomiozą. Jedynie zastosowanie skojarzonych metod leczenia: chirurgii, hormonoterapii, koagulacji bipolarnej lub laserowej przynosi ocze-

kiwane efekty. Brak radykalności wiąże się z koniecznością powtarzania leczenia chirurgicznego. Sukces przynosi jedynie cierpliwe i starannie zaplanowane postępowanie, przeprowadzone w interdyscyplinarnym zespole złożonym z ginekologa, chirurga oraz urologa.

Endometrioza

Endometrioza po raz pierwszy została opisana w 1690 roku przez Daniela Schroena jako „przypadłość dotycząca głównie dojrziałych kobiet”. Jest to choroba dotycząca od 10 do 30% kobiet w wieku reprodukcyjnym, której główną cechą charakterystyczną jest wzrost tkanki endometrialnej w różnych miejscach poza jamą macicy. Do głównych objawów endometriozy zaliczamy: przewlekły ból

w miednicy mniejszej, przewlekły stan zapalny, bolesne miesiączki, bolesne współżycie płciowe, zaburzenia płodności oraz istotne zmniejszenie jakości życia.

Etiologia endometriozy

Istnieje kilka teorii tłumaczących złożoną etiologię endometriozy. Pierwszą z nich jest teoria wstecznej menstruacji (Sampsona), zjawisko to występuje u około 76-90% kobiet, jednakże nie u wszystkich rozwija się endometrioza. Ponadto teoria ta nie tłumaczy występowania endometriozy u dziewczynek przed okresem dojrzewania, noworodków oraz mężczyzn. Kolejną jest teoria metaplastji, czyli przekształcenie komórek otrzewnej w komórki endometrium pod wpływem działania czynników hormonalnych lub immunologicznych, która

może stanowić wytłumaczenie powstawania endometriozy u dziewczynek przed okresem dojrzewania. Istotny wpływ na powstawanie ognisk endometriozy wywierają również hormony sterydowe, co przejawia się częstym występowaniem tej choroby u kobiet w wieku reprodukcyjnym przy rzadkim występowaniu po menopauzie. Ponadto istotny jest również wpływ miejscowego działania aromatazy – enzymu przekształcającego androgeny w estradiol. Niewątpliwie powstawanie ognisk endometriozy ma charakter złożony, u podstaw tego procesu może leżeć również: stres oksydacyjny, zwiększona oksydacja lipoprotein, uszkodzenie DNA, reakcje redox, działanie prozapalne produktów rozpadu hemoglobiny, aktywacja makrofagów, uwalnianie cytokin oraz innych czynników nasilających proliferację endometrium. Niezwykle istotny w rozwoju endometriozy jest również wpływ odpowiedzi immunologicznej, zwiększenie populacji makrofagów, zahamowanie immunooporności, hamowanie funkcji komórek NK, zwiększenie ekspresji cytokin oraz czynnika wzrostu śródbłonnka naczyńowego, a także hamowanie śmierci komórkowej (apoptozy).

Jaką postać najczęściej przyjmuje endometrioza ?

Jedną z najczęstszych postaci endometriozy są torbiele endometrialne występujące w 17-44% przypadków endometriozy. Natomiast występowanie torbiele endometrialnych może być również związane z występowaniem zmian w innej lokalizacji i stanowić marker bardziej rozległej choroby. Przy planowaniu leczenia operacyjnego u pacjentek w wieku reprodukcyjnym niezwykle ważna jest ocena rezerwy jajnikowej oraz oszacowanie, jaka ilość zdrowej tkanki jajnika pozostanie po usunięciu zmiany. W takich przypadkach zawsze pojawia się dylemat: leczyć operacyjnie czy nie oraz jaką technikę leczenia wybrać? Lekarz kwalifikujący do leczenia operacyjnego powinien odpowiedzieć na pytanie: jaki ma być spodziewany rezultat włączonego postępowania? Czy jest nim zmniejszenie dolegliwości bólowych, zachowanie rezerwy jajnikowej czy zmniejszenie ryzyka nawrotów choroby. Należy rozważyć argumenty za i przeciw wdrożeniu leczenia operacyjnego. Z jednej strony mamy na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych, zwiększenie szans na zajście w ciążę, zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka jajnika w późniejszym wieku, a także ułatwienie dostępu do jajników w procedurach rozrodu wspomaganego. Z drugiej strony trzeba wziąć pod uwagę zmniejszenie rezerwy jajnikowej oraz ryzyko

przedwczesnego wygaśnięcia czynności jajników. Racjonalne wydaje się włączenie leczenia operacyjnego w przypadku zmian większych niż 3 cm, powodujących występowanie objawów oraz jeżeli zmiany występują u kobiet powyżej 40 roku życia. W przypadku leczenia operacyjnego pacjentek nie wykluczających zajścia w ciążę, możemy zmianę wyłuszczyć lub zastosować techniki ablacyjne, czyli zmianę zdrenować, a następnie wykonać koagulację torebki (koagulacją bipolarną lub laserem). Niestety, musimy pamiętać o tym, że zbyt szeroki zakres operacji powoduje obniżenie rezerwy jajnikowej, natomiast niekompletne wycięcie zwiększa ryzyko nawrotu choroby oraz konieczność powtarzania leczenia chirurgicznego, które w efekcie również prowadzi do upośledzenia funkcji jajnika. Konkludując, kwalifikacja do leczenia operacyjnego musi być niezwykle rozważna w przypadku pacjentek ze zmianami obustronnymi, należy unikać powtarzania leczenia operacyjnego, należy dokonać skrupulatnej oceny przedoperacyjnej rezerwy jajnikowej oraz bardzo oszczędnie, ale i skutecznie operować technikami hemostatycznymi.

Endometrioza głęboko naciekająca

Po raz pierwszy została opisana przez Reicheta w 1991 roku, charakteryzuje się występowaniem nacieku > 5 mm poniżej powierzchni śródbłonnka otrzewnej. Zaliczają się do niej wszystkie zmiany powodujące zaburzenie budowy anatomicznej jelit, moczowodów, pęcherza moczowego oraz zagłębienia odbytniczo-macicznego. W celu zapewnienia odpowiedniego le-



dr Paweł Sadlecki

czenia operacyjnego konieczne jest leczenie chirurgiczne w zespole wielodyscyplinarnym najczęściej: ginekolog, chirurg oraz urolog.

Endometrioza przewodu pokarmowego występuje w 10-15% wszystkich przypadków endometriozy. Najczęściej dotyczy odbytnicy, esicy i okrężnicy, wyrostka robaczkowego oraz kątnicy. Do najczęściej występujących objawów związanych z występowaniem endometriozy przewodu pokarmowego zaliczamy: bolesne oddawanie stolca, biegunki, zaparcia, bolesne parcia oraz krwawienia. Zazwyczaj badanie przedmiotowe nie wystarcza do ustalenia rozpoznania, a główne ograniczenia stanowią głębokość naciekania oraz



Cornelis Cort: Herakles i Jolaos walczący z Hydrą Lernejską, 1565 r.

lokalizacja zmian. Przydatne w ustaleniu rozpoznania jest badanie ultrasonograficzne charakteryzujące się relatywnie wysoką czułością i swoistością rozpoznania. Szczególną rolę odgrywa badanie ultrasonograficzne z zastosowaniem sondy przezodbytniczej. Niezwykle przydatnym badaniem jest rezonans magnetyczny, który nie tylko pozwala na zdiagnozowanie ogniska endometriozy w jelicie, ale również pozwala na określenie przybliżonej głębokości naciekania. Wbrew powszechnym opiniom kolonoskopia pozwala na wykrycie jedynie bardzo dużych zmian zamykających światło jelita, w większości przypadków nie pozwala na rozpoznanie endometriozy przewodu pokarmowego. Ciężka endometrioza głęboko naciekająca charakteryzuje się: zmianą typowej lokalizacji anatomicznej narządów, przysrodkowym przemieszczeniem moczowodów, powstawaniem zrostów, zwłóknień oraz przewlekłego stanu zapalnego. Endometrioza może również dotyczyć układu moczowego, najczęściej jest zlokalizowana w: pęcherzu moczowym, moczowodach lub nerce. Objawy związane z występowaniem endometriozy w układzie moczowym obejmują: dolegliwości bólowe podczas oddawania moczu, nawracające infekcje układu moczowego oraz występowanie krwimoczu. Często zmiany w układzie moczowym współistnieją z występowaniem zmian o innej lokalizacji. Endometrioza głęboko naciekająca może obejmować moczowód prowadząc do występowania wodonercza, natomiast w 70% przypadków endometriozy prowadzącej do wodonercza zmiany są zlokalizowane w odbytnicy lub pochwie. Endometrioza układu moczowego w około 30% może prowadzić do tzw. cichej niewydolności nerek. Podstawowe

metody diagnostyczne wykorzystywane w rozpoznawaniu endometriozy układu moczowego to ultrasonografia oraz rezonans magnetyczny. W przypadku podejrzenia endometriozy pęcherza moczowego bardzo przydatnym badaniem jest cystoskopia.

Nowotwory związane z występowaniem endometriozy

Szacuje się, że około 80% nowotworów złośliwych związanych z endometriozą jest zlokalizowanych w jajniku. Pod względem histopatologicznym jest to najczęściej jasnokomórkowy lub endometrioidalny rak jajnika. W 20% występuje lokalizacja pozagonadalna dotycząca najczęściej esicy, okrężnicy lub odbytnicy. Nowotwory związane z endometriozą rozpoznaje się w niższych stopniach zaawansowania klinicznego w porównaniu do pozostałych nowotworów złośliwych w danej lokalizacji. Najczęściej są to guzy dobrze zróżnicowane pod względem histopatologicznym. Zastosowanie chemioterapii jako leczenia uzupełniającego stanowi obecnie przedmiot dyskusji.

Adenomioza

Polega na występowaniu podścieliska oraz gruczołów endometrium w warstwie miometrium trzonu macicy. Prowadzi to do powiększenia i przerostu ściany macicy. Istnieje bardzo silna zależność pomiędzy występowaniem adenomiozy i endometriozy. Adenomioza może odgrywać istotną rolę w problemach z zacięciem w ciąży u pacjentek z rozpoznaną endometriozą. Najczęstsze objawy związane z występowaniem adenomiozy to obfite krwawienia miesiączkowe

powodujące niedokrwistość. Ponadto: bolesne miesiączkowanie, bolesne współżycie płciowe, niepłodność, utraty ciąży, zespół bólowy miednicy mniejszej. W około 35% adenomioza może przebiegać bezobjawowo. Do czynników ryzyka zaliczamy: wielorództwo, predyspozycje genetyczne, wiek, podwiązanie jajowodów, endometriozę głęboko naciekającą, a także przebyte histeroskopii, łzyczkowania jamy macicy oraz wyłuszczenia mięśniaków macicy. Do przyczyn niepłodności związanych z występowaniem adenomiozy zaliczamy: upośledzenie macicznego transportu nasienia, zamknięcie jajowodów, nieprawidłową kurczliwość miometrium oraz zmianę środowiska endometrium wynikającą z nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej. W przypadku zacięcia w ciąży u pacjentki z adenomiozą może wystąpić: poronienie, poród przedwczesny, ograniczenie wzrastania płodu, nieprawidłowe krwawienia, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, preeklampsja, pęknięcie lub poporodowa atonia macicy. Przydatnym badaniem diagnostycznym, szczególnie w rękach doświadczonych klinicysty, jest ultrasonografia, charakteryzująca się wysoką swoistością i czułością. W przypadku występowania dodatkowych patologii macicy, takich jak guzy czy wady wrodzone, niezwykle przydatnym badaniem jest rezonans magnetyczny. Ponadto badanie to charakteryzuje się mniejszą zależnością od doświadczenia badającego w porównaniu do ultrasonografii. W leczeniu adenomiozy wykorzystujemy leczenie farmakologiczne opierające się na stosowaniu hormonów pozwalających na zahamowanie owulacji oraz wywołanie zmian wstecznych ektopowo zlokalizowanego endometrium. Ponadto stosujemy również niesterydowe leki przeciwzapalne pozwalające na ograniczenie odpowiedzi zapalnej oraz zmniejszenie nasilenia dolegliwości bólowych. Na szczególną uwagę zasługuje zastosowanie w leczeniu wkładki wewnątrzmacicznej miejscowo uwalniającej lewonorgestrel. W leczeniu adenomiozy wykorzystuje się również leczenie chirurgiczne, w tym zabiegi małoinwazyjne pozwalające na usunięcie fragmentu ściany macicy objętego adenomiozą. Usunięcie macicy jest metodą ostateczną, zarezerwowaną dla pacjentek, które zrealizowały swoje plany macierzyńskie, u których dolegliwości związane z występowaniem adenomiozy utrzymują się pomimo zastosowanego leczenia zachowawczego.

dr Paweł Sadlecki jest adiunktem w Katedrze Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej



Inklinacje niepożądane? Nałóg w życiu Vincenta van Gogha

Paweł Maciąg

Choroba jest klasztorem, który ma swoją regułę, swoją ascezę, swoją ciszę i swoje natchnienie.

Albert Camus

Nałóg to mocno utrwalona skłonność do wykonywania mniej lub bardziej przyjemnych czynności, które są często szkodliwe dla zdrowia, a także potępiane przez otoczenie, np. nałóg pijaństwa, nikotynizmu, morfinizmu. Siła nałogu tkwi w przyjemnościach dostarczanych przez dane przedmioty, środki, w potrzebie ucieczki w inny świat przed cierpieniem fizycznym, zagrożeniem.

Zdaje się, że nałóg alkoholowy dotknął holenderskiego malarza postimpresjonizmu – Vincenta van Gogha.

Alkohol w dziejach ludzkości był i jest najbardziej rozpowszechnioną, w różnych społecznościach, substancją psychoaktywną. Druga połowa wieku XIX, kiedy artysta żył i tworzył, nie była wolna od tego typu uzależnień, wręcz przeciwnie – bardzo modny był wówczas wysoko-procentowy absynt. W przypadku van Gogha jednak sprawa się komplikuje. Z dostępnej wiedzy o życiu i dziełach malarza, z wstrząsających dokumentów, jakimi są jego osobiste wypowiedzi, wyłania się wyrazista sylwetka artysty rozdartego sprzecznościami, które dziś, z perspektywy historycznych przemian i postępów medycznych oraz dokonań psychoanalizy i psychiatrii, są w pełni zrozumiałe.

Gdyby można poznać skutki teraźniejszości

Dzieciństwo i pierwsze lata młodzieńcze Vincenta van Gogha, urodzonego 30 marca 1853 r. w Brabancji, upłynęły w atmosferze stworzonej przez oschłą, purytańską moralność prowincjonalnego pastora, a zarazem ojca artysty – Teodora. Wcześniej, bo już w wieku 16 lat, rozpoczął Vincent tradycyjną w rodzinie van Goghów pracę w handlu obrazami. Miał tu możliwość obcowania ze sztuką, co nie może być bez znaczenia dla jego procesu twórczego w przyszłości. Jednak artysta nie zdradzał żadnych niepokojów twórczych, o czym świadczy jego korespondencja z bratem Theo. Rok 1875 przyniósł w życiu artysty poważne zmiany.

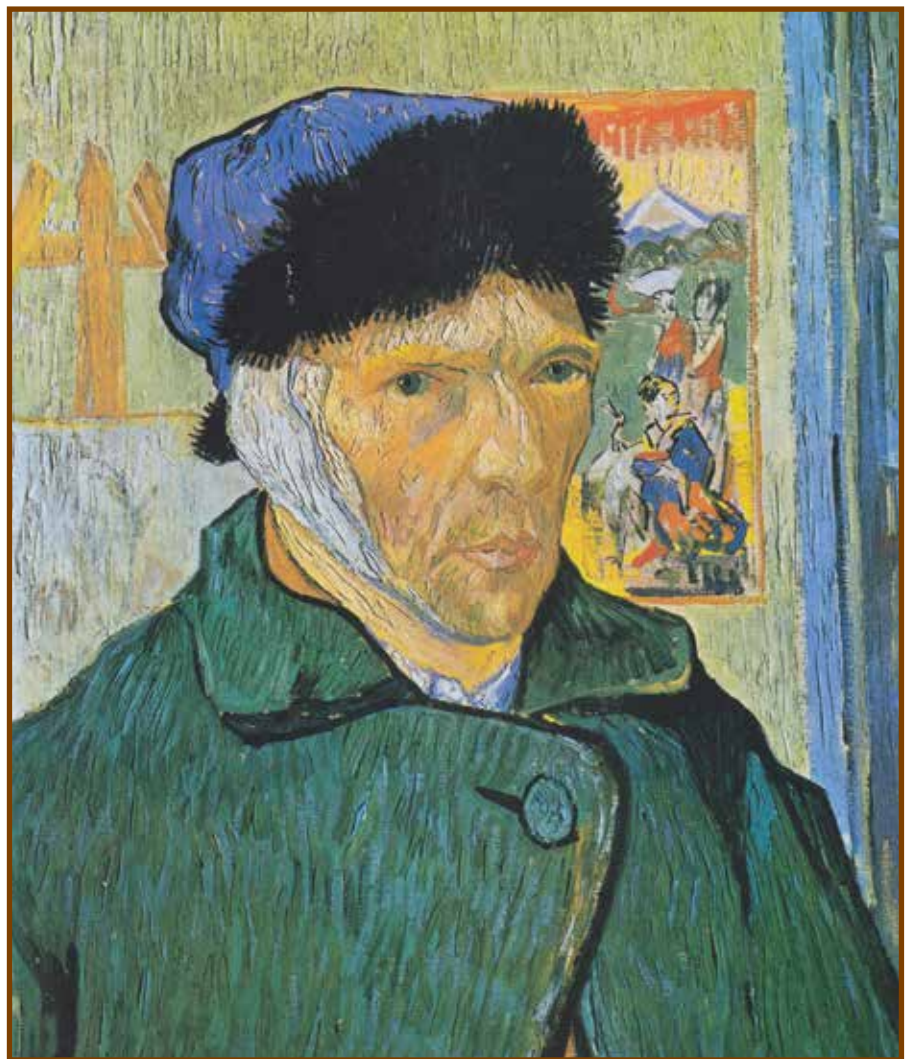
Był niezwykle wrażliwym człowiekiem. Jego skromność, a także ogromne

poczucie odpowiedzialności nie pozwoliły mu jeszcze pomyśleć o tym, by mógł się poświęcić zawodowi malarza. Zaczął się pełen udręki okres poszukiwania właściwego miejsca w życiu, spożytkowania głębokiej potrzeby niesienia pomocy ludziom. Zapewne to w tym okresie trzeba doszukiwać się początków jego chorób.

W korespondencji z bratem Vincent pisze o wewnętrznym zmaganiu, jaką drogę wybrać, m.in. w liście z 5 lipca 1876 r. wyznaje: *Zastanawiam się bardzo, czy wytrwam w tym zawodzie, czy tych sześć lat spędzonych w domu handlowym Goupil i S-ka, w czasie których musiałem się wciągać do pracy, nie stanie się czymś nieznośnym, jeśli pomyślę, że to na całe życie. Sądzę jednak, że w żadnym wypadku nie mogę się wycofać, chyba że moje najgłębsze „ja” tego zapragnie. Jestem obecnie w takim nastroju, jak gdyby na świecie nie było już innego zawodu prócz nauczycie-*

la lub pastora, albo czegoś pośredniego, jak misjonarz, London-missionary itd. London-missionary to szczególnie zawód – trzeba chodzić wśród robotników i biedoty, rozdawać Biblię, a gdy się ma trochę doświadczenia, nawiązywać z nimi rozmowy; trzeba też wyszukiwać cudzoziemców bez pracy, różnych nieszczęśliwych ludzi i starać się im pomóc. [...] Ale, mój kochany, cokolwiek z tego wyjdzie, muszę ci wyznać, że tych kilka miesięcy tak mnie związało z tym dziwnym trybem życia, niby to nauczyciel, niby pastor, i to zarówno przez swe radości, jak i ciernie, że już nie mogę się cofnąć.

Artysta pragnie realizować się jako pastor, lecz nie trwa to długo. W Arles malarza zajmują sprawy związane ze zdrowiem: ma słaby żołądek, płaci za lata nędzy i niedbalstwa, za nerwowe życie w Paryżu, za to, że zbyt dużo pił i palił. Chce nabrać dobrych przyzwyczajeń,



Vincent van Gogh, Autoportret z zabandażowanym uchem, 1889 r.

prowadzić życie regularne, żeby zdrowie nie stawało na przeszkodzie malarstwu. Jednak nie jest to do końca możliwe.

Niewątpliwie także przyjazd Gauguina do Arles musiał mieć wpływ na jego pogarszające się zdrowie. Artyści lubili ze sobą rozmawiać o sztuce, jednak były to rozmowy dość napięte. Dzieliło ich niemal wszystko – krańcowo odmienne charaktery, widzenie świata i ludzi oraz podejście do malarstwa. Razem zwiedzają Arles, w kawiarniach piją absynt. Vincent jest coraz bardziej rozgoryczowany, swoim zachowaniem wprawia Gauguina w zdumienie. Choroby żołądkowe postępują, a sam malarz jest świadomy, że powodem tego był alkohol.

Właśnie z Arles Vincent pisze do Theo: *Przyszłości nie widzę w czarnych barwach, ale najeżoną trudnościami i czasem zadaję sobie pytanie, czy te trudności nie będą silniejsze ode mnie. Zdara się to zwłaszcza w chwilach słabości fizycznej. [...] Nie bałbym się niczego, gdyby nie to przekłete zdrowie. A jednak*

mam się lepiej niż w Paryżu i jeśli mój żołądek jest teraz bardzo słaby, nabawiłem się tej choroby w Paryżu – za wiele piłem kiepskiego wina.

Motywy, który w powszechnym odbiorze najmocniej przylgnął do van Gogha, są okoliczności, które doprowadziły malarza do obcięcia ucha; właściwie streszczają one całe „szaleństwo” artysty. Van Gogh mieszka wówczas w Arles, wraz z Gauguinem, który przybył na jego zaproszenie. Między malarzami dochodzi coraz częściej do kłótni, przy czym bardziej agresywny jest van Gogh. Nie dziwi takie zachowanie, gdyż absynt, którego nadużywa, sprawia, że człowiek traci panowanie nad sobą, jest skłonny do zwady i bójki, daje się łatwo wyprowadzić z równowagi. Nie można zapomnieć, że zbliża się kryzys jego choroby psychicznej.

Dwa dni przed wigilią, w kawiarni Vincent rzuca przyjacielowi kieliszek absyntu w twarz. Gauguinowi udaje się odprowadzić van Gogha do domu i ułożyć do snu, sam jednak nocuje w hotelu. Po-

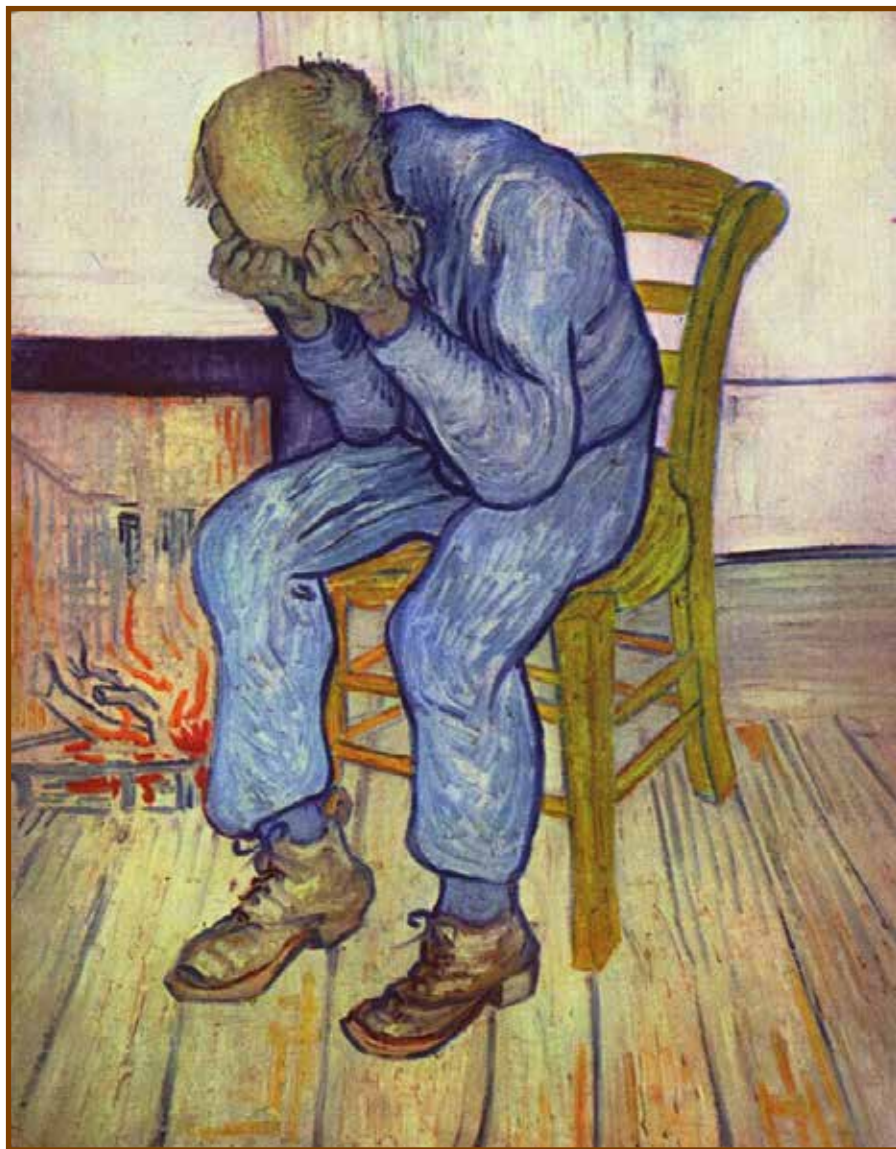
stanawia wyjechać. Nazajutrz – nie chcąc zostać z Vincentem ani pójść z nim do kawiarni – udaje się na przechadzkę do parku; tu słyszy za sobą kroki, odwraca się, spostrzega van Gogha z brzytwą w dłoni. Ten, pod wpływem spojrzenia Gauguina, zawraca. W domu tą samą brzytwą obcina sobie pół lewego ucha. Powodem były niewątpliwie halucynacje (artysta wspominał o nieznosnym brzęczeniu w uchu); być może – także wyrzuty sumienia. Zdaje się, że takie stany są nie tylko przemijającym pogwałceniem równowagi psychicznej człowieka, poniżeniem jego osobowości, ale także krokiem na drodze do wytworzenia trwałych, niedających się już cofnąć zaburzeń psychicznych.

Van Gogh 8 maja 1889 r. trafia do zakładu dla umysłowo chorych w Saint-Rémy, który przyjmował pacjentów w zależności od ich sytuacji finansowej. Malarza nie było stać na drogą kurację. Diagnoza, jaką postawił lekarz, brzmiała: atak padaczki mózgowej. Artysta poddał się terapii, przystosowując się do monotonnego trybu życia obowiązującego w szpitalu. Odzyskał siły i mógł malować, odzyskał swą cudowną broń przeciwko zwątpieniu i szaleństwu. Nie znaczy to, że nie miał chwil zwątpienia. W szpitalu stał się bardziej refleksyjny.

25 maja 1889 r. pisał: *[...] doprawdy strach przed szaleństwem przechodzi mi, kiedy widzę z bliska ludzi dotkniętych szaleństwem, co bardzo łatwo może się mnie także przydarzyć. Dawniej odpychało mnie od tych ludzi i z przykrością myślałem o tym, że tylu ludzi z naszego zawodu: Troyon, Marchal, Meryon, Jund, M. Maris, Monticelli i wielu innych skończyło w ten sposób. Nie potrafiłem wyobrazić sobie, że mnie samemu może się coś takiego przytrafić. Cóż, teraz myślę o tym bez lęku, to znaczy nie sądzę, żeby ta choroba była bardziej okrutna niż suchoty albo syfilis na przykład.*

W przerwach pomiędzy nawrotami choroby intensywnie pracował. Miał wrażenie, że żyje w dwóch różnych, niezależnych od siebie światach. Po powrocie ze szpitala maluje autoportrety z zabandażowanym jeszcze uchem, autoportrety, w których konwulsyjna linia i obwiedzione konturem płaszczyzny jadowitych barw zdają się potwierdzać i wyrażać chorobliwy niepokój.

Vincent van Gogh
był człowiekiem chorym



Vincent van Gogh, *U progu wieczności*, 1890 r.

Pojęcie „choroba” przynależy ściśle do dziedziny medycyny, nie znaczy to jednak, że jest pojęciowym *constans* – zmieniają się bowiem jej definicje, poszerzają lub zacieśniają granice. Nałóg alkoholowy jest chorobą. W chorobie zaklęta jest istota człowieczeństwa, wieczna tajemnica i mistyczne dążenie do spełnienia. Nie sposób nie zgodzić się ze słowami Alberta Camusa przytoczonymi jako motto, ale można pokusić się o uzupełnienie jego tezy jeszcze jednym stwierdzeniem. Nie tylko choroba jest klasztorem, również miejsce, w którym człowiek dotknięty dolegliwością próbuje rozpaczliwie wczepić się pazurami w słabo tłące się życie, staje się klasztornymi murami. Tworem wynaturzonym w swej spokojnej, a zarazem potwornej, męczącej ostateczności. Dla Vincenta szpital w Saint-Rémy był zdecydowanie klasztorem.

Ogólnie rzecz biorąc, kierunek twórczości van Gogha podczas pobytu w Saint-Rémy nie uległ żadnej zasadniczej zmianie. Artysta nie tylko kontynuował liczne motywy z Arles, ale powracał nawet do wątków dawniejszych. Malowane pejzaże przybierały jednak wyraz bardziej dramatyczny, a płomienista tarcza słoneczna – tak często widoczna teraz w obrazach van Gogha – wypełniła je żarem o wiele gorętszym.

Rzeczywiście gama barwna z tego okresu się zmieniała. Napady lękowe, narastające trudności materialne i uzależnienie od alkoholu – to wszystko prowadziło do dekompensacji emocjonalnej. Artysta pisze: *Dziś chciałem przeczytać listy, które przysły do mnie, ale mój umysł nie jest jeszcze dość jasny, żebym mógł je zrozumieć. Mimo to próbuję ci odpowiedzieć; mam nadzieję, że to minie za kilka dni. Przede wszystkim spodziewam się, że masz się dobrze, tak samo jak twoja żona i dziecko. Nie kłopotz się o mnie, nawet jeśli by to miało potrwać dłużej, napisz to samo do domu i przekaz im serdeczności ode mnie. Pozdrowienia dla Gauguina, który napisał do mnie list – bardzo mu za to dziękuję; nudzę się okropnie, ale trzeba cierpliwości. [...] Powracam do tego listu i próbuję pisać, to przyjdzie z wolna; głowa mnie nie boli, ale jest całkiem zamącona, otepiała. Muszę ci powiedzieć, że inni, tak samo chorzy jak ja, po pewnym okresie pracy, jaki mieli w życiu, nic już nie mogą. W czterech ścianach z trudem można się nauczyć czegoś dobrego, niemniej jednak nie sposób pewnych osób wypuścić na wolność, jak gdyby nic im nie było. Straciłem więc prawie albo całkiem nadzieję.*



Vincent van Gogh, *Kruki nad polem zboża*, 1890 r.

W korespondencji tej zauważa się pewne zrezygnowanie i umysłowe obciążenie, które nie pozwala malarzowi normalnie funkcjonować. Artysta w obrazach zakodował swoje stany wewnętrzne. Nie można zapominać, że podobnie jak inni malarze holenderscy van Gogh dążył do wyrażenia walorów duchowych przez magię światła, przeobrażając najbardziej ubogie i skromne motywy. Ważna w biografii artysty jest jednak wyniszczająca go choroba, potęgowana przez nadużywanie alkoholu.

Stany halucynacyjne powtarzały się coraz częściej, sąsiedzi wnieśli petycję w sprawie zamknięcia go w szpitalu – tak wzburzała ich i przerażała ta nieznośna psychika, ponure usposobienie i nieoczekiwane wysoki. Uważano go za szaleńca, a przecież nikt nie umiałby tak jak on wnikliwie zanalizować swojej choroby, znosić tak wytrwale otaczającej wrogości, mówić o swojej sztuce tak trzeźwo i jasno.

Malarz cierpi, cierpi bardzo. 17 stycznia 1889 r. pisze: *Fizycznie mam się dobrze, rana zasklepia się doskonale i organizm dochodzi do równowagi po wielkiej utracie krwi, skoro dobrze jem i trawię. Najbardziej niebezpieczna jest bezsenność; lekarz mi o tym nie mówił i ja nie mówiłem mu także. Ale walczę z nią sam. Stosuję mianowicie kamforę, bardzo, bardzo mocną, którą skrapiam pracownię i materac; gdybyś kiedykolwiek sam nie sypiał, polecam ci ten środek. Bałem się bardzo spać sam w domu i niepokoiłem się, że nie będę mógł usnąć. Ale to minęło i śmiem wierzyć, że nie wróci. Bardzo z tego powodu cierpiełem w szpitalu.*

Zdaje się, że dzieło zatytułowane „Na progu wieczności” z 1890 r. jest zapisem owego cierpienia, a raczej bolesnego napięcia nerwów. Pelen ascetycznej prostoty obraz przedstawia pogrążonego w głębokiej zadumie starca, siedzącego w kamiennym bezruchu z zakrytą twarzą,

z głową ciężko wspartą na zgiętych dłoniach. Obraz ten może być też zapisem tego, co sam artysta zobaczył w 1882 r. w schronisku dla starców w Hadze, aczkolwiek niewykluczone, że odzwierciedla jego stan umysłu, spustoszony absyntem i postępującą chorobą psychiczną. Powtarzające się kryzysy chorobowe budziły w nim niepokój i gorączkowe pragnienie zmiany miejsca. Coraz częściej dokonywał teraz obrachunku całego życia i twórczości, przy czym świadomość jasno wytkniętego celu sztuki dotkliwie klóciła się z poczuciem wyniszczenia cielesnego i psychicznego. W tych sprzecznych nastrojach można więc szukać wytłumaczenia genezy tego bardzo osobistego obrazu.

Nikt nie zaprzeczy, że istnieją głębokie wzajemne powiązania między artystą a społeczeństwem. Artysta jest zależny od społeczeństwa – swój ton, rozmach, swoją siłę zawdzięcza społeczeństwu, ale indywidualny charakter twórczości artysty zależy od czegoś więcej – od wyraźnie określonej woli twórczej, która jest odzwierciedleniem indywidualności artysty. Indywidualność ta, znamionowana przez chorobę, zauważalna jest w twórczości van Gogha.

Van Gogh zakodował swoje wnętrza także w innym, jakże mrocznym dziele zatytułowanym „Kruki nad polem zboża” z 1890 r. Ciemne, niespokojne niebo łączy się w jedno z ziemią. Drogi prowadzą w różnych kierunkach, lecz bez celu, jakby artysta chciał powiedzieć: mam wiele dróg, ale każda z nich prowadzi donikąd. Porażające, a zarazem przynębiające są umieszczone na tle nieba fruujące czarne ptaki, jakby zwiastowały zbliżającą się śmierć artysty. Twarde, sztywne krechy pędzla budują materię obrazu pełną niepokoju i chaotycznej jak wzburzone morze dynamiki.

Alkohol, jako trucizna, działa powoli, ale nieuchronnie, i pierwszą oznaką tego zatrucia, zanim wystąpią bardziej dra-

styczne, rzucające się w oczy objawy, są zmiany charakteru, z początku nieznaczne, ale groźne. Zdaje się, że początkowo van Gogh tych zmian nie zauważał, dlatego brnął dalej, a przecież zdradzał objawy psychozy maniako-depresyjnej. Jego listy do brata Theo wręcz dokumentują, jak bardzo zmieniał się jego charakter, jego sposób myślenia, postrzegania świata i ludzi. Istotą choroby alkoholowej jest utrata kontroli nad alkoholem.

Nadużyciem byłoby twierdzić, że van Gogh był dotknięty tą przypadłością, aczkolwiek przypomnijmy, że holenderski malarz w swoich listach pisanych z Arles przyznaje, że w Paryżu za dużo pił. Jego życie było niezrównoważone, bolesne, dramatyczne. Dotknięty chorobami, głęboko cierpiał nad swym nieudanym życiem. W jednym z listów, datowanym na 29 kwietnia 1890 r., pisał: *Cóż ci powiedzieć o tych dwóch ostatnich miesiącach, wcale to nie wygląda dobrze, jestem smutny i ogłupiałem bardziej, niż potrafiłbym to wyrazić, i nie wiem, co się ze mną dzieje...*

Zagrożenie atakami epilepsji podsycało w nim malarską żarliwość, a ponieważ

twórczość pozwalała mu przewyższać samego siebie, dawał sobie jakoś radę z upadkiem fizycznym, przynajmniej mógł o nim nie myśleć.

„I oto ten niestały, przewrażliwiony maniak, targany konfliktami ze społeczeństwem i z samym sobą, stworzył dzieło zdumiewające doskonałością środków i zamysłów. Na pewno nie jest to dzieło szaleńca, przy całej burzliwości założeń i wykonania...” (J. Ashbery i in., *Od Maneta do Pollocka. Słownik malarstwa nowoczesnego*, tłum. H. Devechy, Warszawa 1973, s. 144).

Co mówią autoportrety?

Pytanie o liczbę autoportretów van Gogha może wprowadzić zaniepokojenie nie tylko wśród admiratorów jego twórczości czy też historyków sztuki. Niewątpliwie jest to także dobry materiał dla badaczy jego sfery psychosomatycznej.

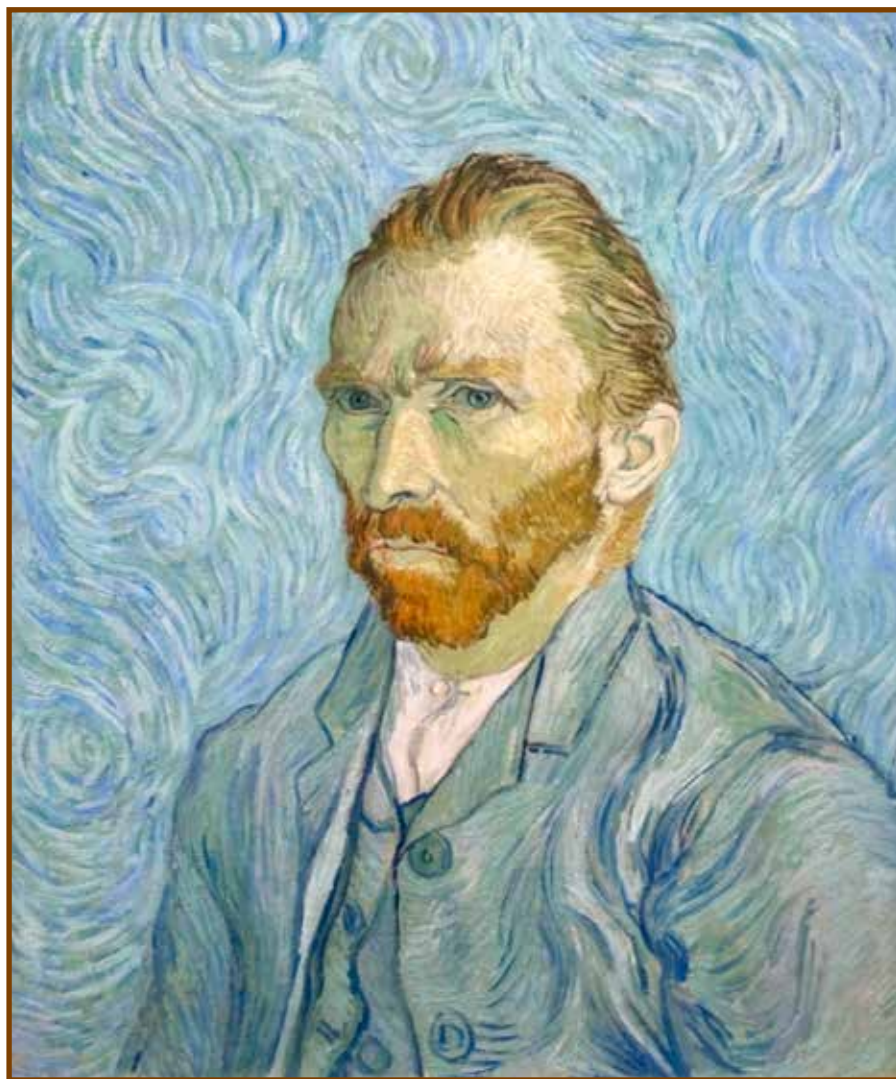
Można postawić pytanie: Czy malowanie własnych portretów nie było poszukiwaniem, konsekwentną i wielokrotnie powtarzaną próbą zrozumienia

siebie? Zdecydowanie tak. Obserwując uważnie i z zachowaniem porządku chronologicznego autoportrety van Gogha, widzimy ewolucję stanu ducha autora: od spokojnej pewności siebie w inicjacyjnej fazie twórczości, poprzez cierpienie, do skrajnej rozpacz. Czy jego autoportrety przypadkiem nie zdradzają inklinacji nałogowych?

A może to alkohol sprawiał, że miał małe poczucie wartości? Zdaje się, że ponieważ ma rację Michał Alpatow, który pisze: *„W autoportretach van Gogha nigdy nie znajdziemy poczucia wyższości lub nawet dobroduszej ironii: są to wyznania artysty na temat własnego losu, cierpienia, nieustannego niepokoju i płomiennej namiętności; są prawdopodobnie jak dokument i przejmujące jak wszelka prawdziwa sztuka”*.

Autoportret z 1889 r. jest tego dobrym przykładem. Artysta maluje go, kiedy jest pacjentem szpitala w Saint-Rémy. Baczny obserwator zauważy, że van Gogh nie patrzy wprost na niego, ale kieruje gniewny wzrok w dal. Zaciśnięte szczęki i spojrzenie artysty zdradzają jego wewnętrzny niepokój i cierpienie. Malowany mocnymi kreskami, trafnie wywołuje atmosferę przynębnienia, nie stwarza jednak nastroju beznadziejności. To wrażenie podkreśla i wzmacnia gwałtowny, zakręcony dukt pędzla w tle, który z niesłychaną wyrazistością oddaje psychiczne udręki malarza. W obrazie tym, w pociągnięciu pędzlem można odkryć słowa z listu do brata, gdy malarz pisze: *Żeby wrócić do mego stanu, powiem ci, że jestem bardzo wdzięczny za co innego jeszcze: stwierdziłem, że inni również podczas ataków słyszą dźwięki i obce głosy i że przedmioty mieniają się im w oczach. To łagodzi nieco przerażenie, z jakim wspominałem mój atak, ponieważ rzecz niespodziewana przeraża ponad miarę.*

Sztuka była czynnikiem decydującym w jego życiu, zarówno przed psychozą, jak i w jej trakcie. Jego osobowość, działanie, etos, egzystencję i twórczość artystyczną należy w niezwyklej wprost mierze ujmować jako całość. Całkiem inaczej przedstawiałaby się sprawa, gdyby nie było jego korespondencji i relacji o jego życiu, gdyby były tylko obrazy. Same dzieła nie mówią tak wiele, jak świadczą wówczas, gdy próbuje się je ująć w całości. Wśród autoportretów van Gogha są obrazy ukazujące jego zdeformowany, przekształcony wizerunek. Artysta zmienia kształty rzeczywiste jak Cézanne i Gauguin, ale w inny sposób



Vincent van Gogh: Autoportret, wrzesień 1889 r.

i w innym celu. Nie w sensie konstruowania stereometrycznych form (jak Cézanne) i nie dla komponowania dekoracyjnej płaszczyzny (jak Gauguin); holenderski malarz deformował obrazy dla wydobycia możliwie najsilniejszego wyrazu, dla oddziaływania na widza i narzucenia mu jakiegoś stanu uczuciowego.

To oddziaływanie obrazów van Gogha było funkcją jego własnego, niespokojnego i pełnego napięcia, życia psychicznego, które silnie wpływało na jego dzieła.

27 lipca 1890 r. artysta jak zwykle wyszedł w pole na studia. W czasie pracy poczuł zbliżający się kryzys chorobowy. Odporność psychiczna tym razem zawiodła – van Gogh usiłował strzelić sobie w serce. Wymierzył jednak niecelnie – kula utkwiała w pachwinie, tak że pomimo śmiertelnej rany wrócił o własnych siłach do domu, gdzie natychmiast utracił przytomność. 29 lipca przed świtem zakończył życie. W tym kontekście nie można zapominać, że długotrwałe nad-

używanie alkoholu prowadzi do zmian psychicznych – m.in. do stanów depresyjnych, prób samobójczych i agresji. Te wszystkie elementy występowały w życiu holenderskiego malarza.

Konkludując, należy również stwierdzić, że obrazy van Gogha, będące odzwierciedleniem jego pełnej cierpienia i zmagania psychicznego egzystencji tragicznie zakończonej samobójstwem, stały się punktem odniesienia dla wielu artystów w XX w. Chociaż doświadczony głęboką depresją, zaangażowany był ze wszystkich sił w swoje malarstwo. Van Gogh na progu obłędu, ogarnięty niszczącą namiętnością, widział cały świat jakby w płomieniach, jednak nie negował potrzeby porządku, równowagi, sensu. W dość gorzkich słowach pisze do brata Theo: *Zbyt ciężkie miałem życie, żeby z tego zdechnąć albo żeby stracić zdolność do pracy...*

Van Gogh braki starał się wyrównywać pilną aktywnością, z samych klęsk czerpiąc siły do przełamywania nieudolności,

tak aby mógł żyć we własnym dziele. Zda się, że nie popadł w umysłowy chaos, zapanował nad rozkojarzeniem za pomocą dyscypliny, pracy i medytacji. Życie van Gogha, naznaczone cierpieniem i nałogiem, nie należy do udanych, lecz jego malarstwa nie można zaliczyć do sztuki psychicznie chorych, jest ono raczej dziełem artysty świadomego, będącego zarazem silnym, mocnym człowiekiem, wolnym od wszelkich perwersji. Jednak pasma choroby nierozzerwalnie łączą się z pasmem nałogów, obecnie również określanym jako choroba.

dr n. hum. Paweł Maciąg to polski historyk sztuki, duchowny katolicki, pisarz, poeta, malarz, adiunkt w Zakładzie Teorii i Historii Sztuki Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach.

przedruk za „Nałogi. Medyczne i kulturowe aspekty uzależnień na przestrzeni dziejów” / red. Wojciech Ślusarczyk, Roksana Wilczyńska, Gabriela Frischke, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2018, s. 171-180

X Bydgoskie Spotkanie Alergologiczne. Alergia Pokarmowa 2021 r.

Natalia Ukleja-Sokołowska

Symposium Alergii na Pokarmy, które odbywa się corocznie w Bydgoszczy, jest obecnie jednym z najbardziej oczekiwanych wydarzeń w polskiej alergologii.

Tegoroczne Spotkanie zostało zaplanowane w dniach 26-27.03.2021 r. Niestety, gwałtownie pogarszająca się sytuacja epidemiczna w Polsce sprawiła, że jubileuszowa, X edycja, tego wydarzenia stanęła pod znakiem zapytania. Losy Spotkania ważyły się do ostatniej chwili. Plany, aby podobnie jak w roku ubiegłym, przygotować profesjonalne studio telewizyjne w jednym z bydgoskich hoteli, okazały się niemożliwe do realizacji. Jednak na Konferencję oczekiwało ponad 600 zarejestrowanych uczestników. Tak duża frekwencja związana była z rangą spotkania, doskonale zaplanowanym programem i wybitnymi prelegentami.

Pomysłodawca i organizator spotkania, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi, zdecydował, że X Bydgoskie Spotkanie Alergologiczne odbędzie się, pomimo wszystkich trudności związanych z reżimem sanitarnym. Jednak, w zaistniałej sytuacji, będzie prowadzone online, a przekaz będzie nadawany wprost z pomieszczeń należących do Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, znajdujących się

na terenie Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Zaproszeni wykładowcy mogli przedstawić swój wykład na żywo z przygotowanego na terenie Szpitala studia filmowego lub z zacisza własnego domu. Pomimo wątpliwości, dotyczących tego, czy Konferencję uda się zorganizować w taki sposób, dzięki ogromnemu profesjonalizmowi organizatorów, obyło się bez większych problemów technicznych. Uczestnicy wykładów mieli okazję spotkać się z wykładowcami i prowadzić dyskusję w wirtualnym pokoju, a każde zadane pytanie spotykało się z uwagą i uzyskało odpowiedź.

Symposium miało charakter międzynarodowy. Nie ulega wątpliwości, że wykładowcy, którzy uświetnili to spotkanie, zostali dobrani bardzo starannie, wśród wybitnych autorytetów w dziedzinie alergologii. Uczestnicy mieli między innymi okazję usłyszeć prelekcje przedstawicieli Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy, a także uznanych naukowców, którzy zostali zaproszeni z najlepszych ośrodków alergologicznych w całej Polsce. Wykłady prezentowali także eksperci zagraniczni, ze światowej sławy klinik, między innymi prof. Antonella Muraro, prezydent Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii

Klinicznej (Włochy), prof. Anna Nowak-Węgrzyn (USA), prof. Jörg Kleine-Tebbe (Niemcy), prof. Lars Poulsen (Dania).

Program tegorocznego Symposium był niezwykle bogaty. W ciągu 2 dni trwania spotkania odbyły się Warsztaty, Sesja Inauguracyjna, dziesięć Sesji Plenarnych i osiem sesji „Gorący temat”. W sumie uczestnicy mogli wysłuchać aż 56 wykładów i wystąpień.

Dyskutowano między innymi o nowoczesnych metodach diagnostycznych, o różnych postaciach klinicznych alergii pokarmowej, o formach postępowania terapeutycznego w poszczególnych jednostkach chorobowych. Wykłady wygłaszali także lekarze różnych specjalności, co umożliwiło szerokie spojrzenie na problem nieprawidłowych reakcji organizmu na różne pokarmy. Odbyła się także sesja łączona Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Dietetycznego. Goście zagraniczni przedstawili najnowsze osiągnięcia w alergii pokarmowej. Kilka wykładów poświęcono także różnym aspektom alergii w kontekście obecnej pandemii COVID-19. Na zakończenie Symposium tradycyjnie przedstawiono kilka interesujących przypadków klinicznych, które umożliwiły słuchaczom dostrzeżenie, jak wiedza przekazywana



w trakcie wykładów przekłada się na praktyczne postępowanie z pacjentem.

W wykładach jednocześnie brało udział ponad 600 pasjonatów alergologii, co jest niewątpliwie najliczniejszym spotkaniem tej specjalności w Polsce. Część z nich aktywnie uczestniczyła w dyskusjach on-line w udostępnionym dla tego celu wirtualnym pokoju. Co cenne, nagrane wykłady będą dostępne, dla zarejestrowanych uczestników, jeszcze przez kolejne 3 miesiące. Umożliwia to powrót do szczególnie interesujących fragmentów spotkania oraz daje możliwość skorzystania z wykładów w pełnym zakresie.

Symposium było niewątpliwym sukcesem, pomimo obecnej, trudnej, sytuacji w kraju i za granicą. Pandemia COVID-19 spowodowała, że nastąpiło ograniczenie dostępności niektórych świadczeń zdrowotnych. Jednak przezwlekłe problemy pacjentów występują nadal i konieczne jest znalezienie sposobu, by zapewnić chorym najwyższą jakość opieki, także alergologicznej. Nie

ulega wątpliwości, że tego typu spotkania są potrzebne. Dają okazję wymiany poglądów, uzyskania najnowocześniejszej wiedzy, a także dyskusji na, niekiedy trudne tematy. Warto podkreślić, że w trakcie Symposium poruszano kilkakrotnie problem pandemii w kontekście postępowania z pacjentem i obowiązujących procedur w Poradniach i Oddziałach Alergologicznych.

Musimy podkreślić, że obecna, trudna sytuacja epidemiczna wymusiła zmienioną formę spotkania. Jednak zaangażowanie organizatorów spowodowało, że najnowsze doniesienia z dziedziny alergologii mogły trafić do lekarzy z całej Polski. Na zakończenie tego, niezwykle udanego Symposium, prof. Zbigniew Bartuzi, podziękował uczestnikom, wyrażając nadzieję, że tegoroczne Międzynarodowe Symposium Alergologiczne spełniło ich oczekiwania. Poziom merytoryczny Symposium był bardzo wysoki i spotkał się z uznaniem uczestników. Jednak z sentymentem wspominamy edycje Sympo-

zjum, które odbywały się stacjonarnie i które były okazją do dyskusji z pasjonatami alergii pokarmowej, zawierania nowych znajomości, wymiany poglądów. Patrzymy w przyszłość z nadzieją, wsłuchujemy się w nowe doniesienia odnośnie programu szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 i liczymy na to, że już za rok uda nam się spotkać osobiście z wykładowcami i uczestnikami kolejnej edycji Symposium. Jednak niezależnie od tego, co przyniosą kolejne miesiące wiemy, że Organizatorzy są w stanie przezwyciężyć trudności, aby dotrzeć do jak największej liczby słuchaczy z całej Polski.

Możemy zapowiedzieć już dziś „XI Bydgoskie Spotkanie Alergologiczne – Symposium Alergii na Pokarmy”, które odbędzie się w marcu 2022 roku. Serdecznie zapraszamy!

sprawozdanie: dr n. med. Natalia Ukleja-Sokołowska (adiunkt w Katedrze Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych), relacja fotograficzna: dr n. med. Michał Przybyszewski

Wolontariat na oddziale covidowym okiem studentów

Klaudyna Grzelakowska, Magdalena Jabłońska

„Obym nigdy nie był tak zajęty swoimi sprawami, by nie zareagować na potrzeby innych ze współczuciem i życzliwością.”

Thomas Jefferson

W odpowiedzi na rosnącą liczbę zakażeń podczas trzeciej fali pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 studentki i studenci należący do Interdyscyplinarnego Koła Internistycznego działające-

go przy Katedrze Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych podjęli pracę w ramach wolontariatu na Oddziale Izolacyjnym nr 3 Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza koordynowanym przez prof. dr hab. Beatę Januszko-Giergielewicz. Od momentu otwarcia oddziału dla chorych na COVID-19 do pomocy zgłosiło się 8 wolontariuszek i wolontariuszy. Są

to w większości osoby studiujące na kierunku lekarskim.

W ramach wsparcia personelu medycznego, zarówno zespołu lekarskiego jak i pielęgniarskiego, w walce z koronawirusem studenci towarzyszyli pracownikom oddziału w ich codziennej pracy. Wolontariusze brali czynny udział w odprawach oraz obchodach, a także angażowali się w rutynowe czyn-

ności medyczne. Pod opieką personelu oddziału studenci zapoznali się również z zasadami prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej. Ponadto pomagali w codziennej pielęgnacji pacjentów, a także stanowili dla nich nieocenione wsparcie psychiczne. Często nawet chwila rozmowy czy pomoc w zadzwonieniu do rodziny podnosiła ich na duchu i pozwalała odnaleźć spokój w tym trudnym dla nich czasie. Nawet te z pozoru błahe czynności potrafiły przywołać uśmiech na twarzach pacjentów, najlepsze zapewnienie dla medyka, że to co robi stanowi ogromną wartość.

Mimo iż studenci motywowali swoją chęć pracy na oddziale izolacyjnym w różny sposób, wszystkie powody miały zawsze wspólny mianownik - poczucie obowiązku i chęć niesienia pomocy. Dla wielu osób było to emocjonalnie obciążające doświadczenie, pełne trudnych i skomplikowanych uczuć i doświadczeń, jednak pozwoliło ono na uzmysłowienie przyszłym medykom jaki ładunek emocjonalny niesie ze sobą wybrana przez nich droga zawodowa. Wolontariat nie był jedynie okazją do niesienia pomocy osobom w potrzebie, czy formą wsparcia personelu medycznego, ale stanowił on również dla studentów naukę na wielu płaszczyznach. Czas spędzony na oddziale okazał się niepowtarzalną szansą skonfrontowania swojej wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w sytuacji kryzysowej, lecz także nauką pokory. Praca na oddziale pozwoliła na obcowanie zarówno z sukcesami medycyny, jak i niestety, z jej porażkami. Doświadczenie to pozwoliło też młodym



od lewej Patrycja Zielińska oraz Kamila Fronc, studentki IV roku kierunku lekarskiego

adeptom sztuki lekarskiej na weryfikację spostrzeżeń dotyczących systemu opieki zdrowia w naszym kraju.

Obecność studentów spotkała się z pozytywnym przyjęciem ze strony personelu medycznego, który chwalił sobie zaangażowanie wolontariuszy. Również pacjenci przebywający na oddziale z radością i wdzięcznością witali młodych medyków.

Budujący jest także fakt, iż studenci stanowili dla siebie wzajemne wsparcie, nie tylko podczas przebywania na oddziale, lecz również poza nim, a wspólna praca była przyczyną nawiązania nowych znajomości. Udział w wolontariacie pozwolił na stworzenie przestrzeni do relacjonowania wydarzeń

z minionego dnia, dyskusji, wymiany spostrzeżeń i doświadczeń.

Jedna ze studentek wspominając czas spędzony na oddziale mówi: „Wolontariat na oddziale covidowym to jedno z ważniejszych doświadczeń mojego życia. Bez wątpienia była to sytuacja, która definitywnie uświadomiła mi, że nadrzędną wartością w naszym życiu jest zdrowie. Pomimo trudu jaki niesie ten zawód, utwierdziłam się w przekonaniu, że dokonałam słusznego wyboru i że jest to zawód, który chcę wykonywać w przyszłości.”

Klaudyna Grzelakowska i Magdalena Jabłońska są studentkami V roku kierunku lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, wolontariuszkami na Oddziale Izolacyjnym nr 3 Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza.

My Erasmus

Yunus Emre Guven

My Erasmus experience at Faculty of Pharmacy of Nicolaus Copernicus University is one of the things in my life that I say "I wish it didn't end!" It is hard to fit into few sentences, but I will try my best to describe the great experience I have had here! My name is Yunus, I am from Turkey. I am 4th year Pharmacy student at Acibadem University in Istanbul.

Before my mobility at NCU, everybody was saying "are you really sure to go Erasmus amid pandemic?" Unflinchingly, I was dedicated to do it and fortunately I found myself here!

I would like to express my experience in different aspects one by one starting from the most delighting ones. Throughout 4 months of stay in Bydgoszcz, I literally always felt like I am at home, mostly thanks to supervision and Polish hospitality. After being welcomed warmly by my Erasmus supervisor dr hab. Artur Słomka, I was always able to find extensive support from him both academically and socially, especially for possible health issues amid pandemic.

Enriching lives, opening minds is the motto of Erasmus, which realizes this by providing multicultural environments. I am glad to find many other Erasmus





Yunus Emre Guven

students around me from different nationalities. Organizing cultural events, making trips, having fun i.e. spending time in any kind with Erasmus and Polish friends made me feel and enjoy the richness of differences and commonalities of humanity.

Circumstances of pandemic challenge life in a lot of ways also in education. Ho-

wever, well-implemented hybrid education of NCU ensured qualified education to me. I had 6 different subjects, which are Pharmacoeconomics, Biochemistry, Biotechnology, Research Methodology and Medicinal Chemistry. All of my classes were held in a didactic and interesting way. In some of my subjects, I attended laboratory classes and performed experi-

ments with proper devices and materials. My other subjects were conducted virtually. Thanks to strong communication with all of my teachers, they were very interactive and I gained extensive learning outcomes. I am happy for having good acquisitions in terms of my studies.

Bydgoszcz is peaceful, in touch with nature and comparatively quiet city. Especially for the people coming from big and chaotic cities like me, Bydgoszcz offers serenity. At the same time, thanks to high Erasmus potential of universities here, it is very likely to find opportunities for young life. Also, its proximity to cities like Gdańsk, Warsaw, Poznań makes it advantageous for touristic aspect.

All in all, my mobility at NCU has full of unforgettable memories, lasting friendships, good vibes. I believe I lived Erasmus to the fullest, thus I am jubilant and satisfied for the experience I had here! I would like to express my the most sincere gratitude to my supervisor Artur Słomka, all my teachers and friends.

Yunus Emre Guven
Acibadem University (Istanbul, Turkey)

Lista Filadelfijska

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim wskaźniku Impact Factor (powyżej 3.000 punktów).

W tym numerze informacje o pracach afiliowanych zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres od 8 kwietnia 2021 r. do 1 czerwca 2021 r. Obowiązująca punktacja IF z 2019 roku.

14.256

Butowt Rafał

Butowt Rafał, Meunier N., Bryche B., Von Bartheld C.S..

The olfactory nerve is not a likely route to brain infection in COVID-19 : a critical review of data from humans and animal models.

Acta Neuropathol.

2021 : Vol. 141, s. 809-822.

MNiSW: 200.000

10.228

Kołtan Sylwia

Dimitrova D., Nademi Z., Maccari M.E., Ehl S., Uzul G., Tomoda T., Okano T., Imai K., Carpenter B., Ip W., Rao K., Worth A.J.J., Laberko A., Mukhina A., Neven B., Moshous D., Speckmann C., Warnatz K., Wehr C., Abolhassani H.,

Aghamohammadi A., Bleasing J.J., Dara J., Dvorak C.C., Ghosh S., Kang H.J., Markelj G., Modi A., Bayer D.K., Notarangelo L.D., Schulz A., Garcia-Prat M., Soler-Palacin P., Karakukcu M., Yilmaz E., Gambineri E., Menconi M.C., Masmias T.N., Holm M., Bonfim C., Prando C., Hughes S., Jolles S., Morris E.C., Kapoor N., Kołtan Sylwia, Paneesha S., Steward C., Wynn R., Duffner U., Gennery A.R., Lankester A.C., Slatter M., Kanakry J.A..

International retrospective study of allogeneic hematopoietic cell transplantation for activated PI3K-delta syndrome.

J. Allergy Clin. Immunol.

2021

MNiSW: 200.000

9.801

Łuczykowski Kamil
Warmuzińska Natalia
Bojko Barbara

Łuczykowski Kamil, Warmuzińska Natalia, Bojko Barbara.

Current approaches to the analysis of bile and the determination of bile acids in various biological matrices as supportive tools to traditional diagnostic testing for liver dysfunction and biliary diseases.

Trac-Trends Anal. Chem.

2021 : Vol. 142, Article 116307, s. 1-13.

MNiSW: 140.000

7.365

Bajek Anna
Roszkowski Krzysztof

Staszak K., Wieszczycka K., Bajek Anna, Tyłkowski B., Roszkowski Krzysztof.

Achievement in active agent structures as a power tools in tumor angiogenesis imaging.

Biochim. Biophys. Acta-Rev. Cancer

2021 : Vol. 1876, nr 1, s. 1-18; 188560.

- Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 1, s. 282, 1-19.
MNiSW: 140.000
4.556
- Siomek-Górecka Agnieszka
Czarnecki Damian
- Siomek-Górecka Agnieszka, Długosz A., Czarnecki Damian.
The molecular basis of alcohol use disorder (AUD) : genetics, epigenetics, and nutrition in aud: an amazing triangle.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 8, 4262 s. 1-24.
MNiSW: 140.000
4.556
- Oliński Ryszard
Foksiński Marek
- Oliński Ryszard, Slupphaug G., Foksiński Marek, Krokan H.E..
Genomic uracil and aberrant profile of demethylation intermediates in epigenetics and hematologic malignancies.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 8, 4212 s. 1-17.
MNiSW: 140.000
4.556
- Wujak Magdalena
- Wujak Magdalena, Kozakiewicz A., Ciarkowska A., Loch J.I., Barwiolek M., Sokołowska Z., Budny M., Wojtczak A..
Assessing the interactions of statins with human adenylate. Kinase isoenzyme 1 : fluorescence and enzyme kinetic studies.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 11, s. 1-19;, 5541.
MNiSW: 140.000
4.556
- Borowski Dariusz
- Kajdy A., Modzelewski J., Cymerys-Pogorzelska A., Kwiatkowska E., Bednarek-Jędrzejek M., Borowski Dariusz, Stefańska K., Rabijewski M., Torbe A., Kwiatkowski S..
Molecular pathways of cellular senescence and placental aging in late fetal growth restriction and stillbirth.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 8, s. 1-12;, 4186.
MNiSW: 140.000
- 4.556
- Szewczyk-Golec Karolina
Pawłowska Marta
Wesołowski Roland
Wróblewski Marcin
Mila-Kierzenkowska Celestyna
- Szewczyk-Golec Karolina, Pawłowska Marta, Wesołowski Roland, Wróblewski Marcin, Mila-Kierzenkowska Celestyna.
Oxidative stress as a possible target in the treatment of toxoplasmosis : perspectives and ambiguities.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 11, s. 1-24., 5705
MNiSW: 140.000
4.556
- Gagat Maciej
Jeka Sławomir
- Szwedowski D., Szczepanek J., Paczynski Ł., Zabrzyński J., Gagat Maciej, Mo-basheri A., Jeka Sławomir.
The effect of platelet-rich plasma on the intra-articular : microenvironment in knee osteoarthritis.
Int. J. Mol. Sci.
2021 : Vol. 22, nr 11, s. 1-13;, 5492.
MNiSW: 140.000
4.546
- Łoś-Rycharska Ewa
Grzybowski Tomasz
Gorzakiewicz Marta
Popielarz Maria
Gawryjolek Julia
Krogulska Aneta
- Łoś-Rycharska Ewa, Gołębiewski M., Sikora M., Grzybowski Tomasz, Gorzakiewicz Marta, Popielarz Maria, Gawryjolek Julia, Krogulska Aneta.
A combined analysis of gut and skin microbiota in infants with food allergy and atopic dermatitis : a pilot study.
Nutrients
2021 : Vol. 13, nr 3
MNiSW: 140.000
4.451
- Szwed Krzysztof
Pawliszak Wojciech
Szwed Magdalena
Tomaszewska Marta
Anisimowicz Lech
Borkowska Alina
- Szwed Krzysztof, Pawliszak Wojciech, Szwed Magdalena, Tomaszewska Marta, Anisimowicz Lech, Borkowska Alina.
Reducing delirium and cognitive dysfunction after off-pump coronary bypass : a randomized trial.
J. Thorac. Cardiovasc. Surg.
2021 : Vol. 161, nr 4, s. 1275-1282.
MNiSW: 140.000
4.364
- Kujawski Sławomir
Kujawska Agnieszka
Perkowski Radosław
Androsiuk-Perkowska Joanna
Hajec Weronika
Kwiatkowska Małgorzata
Skierkowska Natalia
Husejko Jakub
Bieniek Daria
Zalewski Paweł
Kędziora-Kornatowska Kornelia
- Kujawski Sławomir, Kujawska Agnieszka, Perkowski Radosław, Androsiuk-Perkowska Joanna*, Hajec Weronika*, Kwiatkowska Małgorzata*, Skierkowska Natalia*, Husejko Jakub*, Bieniek Daria, Newton J.L., Morten K.J., Zalewski Paweł, Kędziora-Kornatowska Kornelia.
Cognitive function changes in older people : results of second wave of Cognition of Older People, Education, Recreational Activities, Nutrition, Comorbidities, fUnctional Capacity Studies (COPERNICUS).
Front. Aging Neurosci.
2021 : Vol. 13, Article 653570, s. 1-12.
MNiSW: 100.000
4.152
- Białucha Agata,
Gospodarek-Komkowska Eugenia
Kwiecińska-Piróg Joanna
Skowron Krzysztof
- Białucha Agata, Gospodarek-Komkowska Eugenia, Kwiecińska-Piróg Joanna, Skowron Krzysztof.
Influence of selected factors on biofilm formation by *Salmonella enterica* strains.
Microorganisms
2021 : Vol. 9, nr 1, s. 43, 1-11.
MNiSW: 20.000
4.097
- Jarocho Karol

Modrakowska Paulina
Bojko Barbara

Jaroch Karol, Modrakowska Paulina*,
Bojko Barbara.

Glioblastoma metabolomics : in vitro
studies.

Metabolites

2021 : Vol. 11, nr 6, s. 1-34., 315
MNiSW: 70.000

3.998

Stefan Joanna

Slominski A.T., Kim T.-K., Qayyum
S., Song Y., Janjetovic Z., Oak A.S.W.,
Slominski R.M., Raman C., Stefan Jo-
anna, Mier-Aguilar C.A., Atigadda V.,
Crossman D.K., Golub A., Bilokin Y.,
Tang E.K.Y., Chen J.Y., Tuckey R.C., Jet-
ten A.M., Song Y.

Vitamin D and lumisterol derivatives
can act on liver X receptors (LXRs).

Sci. Rep.

2021 : Vol. 11, nr 1, s. 8002, 1-23.
MNiSW: 140.000

3.998

Ligmanowska Joanna
Radziszewska Anna
Ratajczyk Iwona
Grzybowski Tomasz
Woźniak Marcin

Niedziałkowska M., Tarnowska E.,
Ligmanowska Joanna, Jędrzejewska B.,
Podgórski T., Radziszewska Anna, Ra-
tajczyk Iwona*, Kusza S., Bunevich A.N.,
Danila G., Shkvyria M., Grzybowski To-
masz, Woźniak Marcin.

Clear phylogeographic pattern and ge-
netic structure of wild boar *Sus scrofa* po-
pulation in Central and Eastern Europe.

Sci. Rep.

2021 : Vol. 11, s. 1-14., 9680
MNiSW: 140.000

3.998

Nowikiewicz Tomasz
Głowacka-Mrotek Iwona
Zegarski Wojciech

Nowikiewicz Tomasz, Kurylcio A.,
Głowacka-Mrotek Iwona, Szymankiewicz
M., Nowikiewicz M., Zegarski Wojciech.

Clinical relevance of a degree of
extracapsular extension in a sentinel
lymph node in breast cancer patients : a
single centre study.

Sci. Rep.

2021 : Vol. 11, 8982.
MNiSW: 140.000

3.893

Deptuła Aleksander

Czepiel J., Krutova M., Mizrahi A.,
Khanafer N., Enoch D.A., Patyi M., Dep-
tuła Aleksander, Agodi A., Nuvials X.,
Pituch H., Wójcik-Bugajska M., Filip-
czak-Bryniarska I., Brzozowski B., Krza-
nowski M., Konturek K., Fedewicz M.,
Michalak M., Monpierre L., Vanhems P.,
Gouliouris T., Jurczyszyn A., Goldman-
-Mazur S., Wultańska D., Kuijper E.J.,
Skupień J., Biesiada G., Garlicki A..

Mortality following *Clostridioides dif-
ficile* infection in Europe : a retrospective
multicenter case-control study.

Antibiotics-Basel

2021 : Vol. 10, nr 3, 299 s. 1-11.
MNiSW: 70.000

3.796

Czeleń Przemysław
Szeffler Beata

Czeleń Przemysław, Szeffler Beata.

The oxindole derivatives, new pro-
mising GSK-3b~oo inhibitors as one of
the potential treatments for Alzheimer's
disease : a molecular dynamics approach.

Biology

2021 : Vol. 10, nr 4, 332 s. 1-17.
MNiSW: 100.000

3.759

Szczerba Ewelina
Kowalewski Janusz
Lewandowska Marzena Anna

Szczerba Ewelina*, Kamińska K.,
Mierzwa T., Misiek M., Kowalewski Ja-
nusz, Lewandowska Marzena Anna.

BRCA1/2 mutation detection in the
tumor tissue from selected Polish pa-
tients with breast cancer using next ge-
neration sequencing.

Genes

2021 : Vol. 12, nr 4, s. 519, 1-12.
MNiSW: 100.000

3.758

Michałkiewicz Jacek
Gackowska Lidia
Kubiszewska Izabela
Helmin-Basa Anna

Trojanek J.B., Michałkiewicz Jacek,
Grzywa-Czuba R., Jańczyk W., Gackow-
ska Lidia, Kubiszewska Izabela, Helmin-
-Basa Anna, Wierzbicka-Rucińska A.,
Szalecki M., Socha P.

Expression of matrix metalloprote-
inases and their tissue inhibitors in pe-
ripheral blood leukocytes and plasma
of children with nonalcoholic fatty liver
disease.

Mediat. Inflamm.

2020 : Vol. 2020
MNiSW: 100.000

3.690

Graczyk Filip
Załuski Daniel

Graczyk Filip, Orzechowska B., Franz
D., Strzemski M., Verpoorte R., Załuski
Daniel.

The intractum from the *Eleuthero-
coccus senticosus* fruits affects the innate
immunity in human leukocytes : from
the ethnomedicinal use to contemporary
evidence-based research.

J. Ethnopharmacol.

2021 : Vol. 268, 113636, s. 1-10.
MNiSW: 140.000

3.665

Dybowska Dorota
Pawłowska Małgorzata
Halota Waldemar

Janczewska E., Kołek M.F., Lorenc B.,
Klapaczyński J., Tudrujek-Zdunek M.,
Sitko M., Mazur W., Zarębska-Micha-
luk D., Buczyńska I., Dybowska Dorota,
Czauż-Andrzejuk A., Berak H., Krygier
R., Jaroszewicz J., Ciotko J., Piekarska A.,
Dobracka B., Socha Ł., Deroń Z., Lau-
rans Ł., Białkowska-Warzecha J., Tronina
O., Adamek B., Tomasiewicz K., Simon
K., Pawłowska Małgorzata, Halota Wal-
demar*, Flisiak R..

Factors influencing the failure of in-
terferon-free therapy for chronic hepa-
titis C : data from the Polish EpiTer-2
cohort study.

World J. Gastroenterol.

2021 : Vol. 27, nr 18, s. 2177-2192.
MNiSW: 100.000

3.486

Kowalewski Mariusz
Malvindi P.G., Luthra S., Olevano C.,
Salem H., Kowalewski Mariusz, Ohri S..

Aortic valve replacement with biological prosthesis in patients aged 50-69 years.

Eur. J. Cardio-Thorac. Surg.
2021 : Vol. 59, nr 5, s. 1077-1086.
MNiSW: 100.000

3.332

Wiśniewski Adam
Filipska Karolina
Piec Katarzyna
Jaskólski Filip
Ślusarz Robert

Wiśniewski Adam, Filipska Karolina, Piec Katarzyna, Jaskólski Filip, Ślusarz Robert.

Introducing Adam's Scale of Posterior Stroke (ASPOS) : a novel validated tool to assess and predict posterior circulation strokes.

Brain Sci.
2021 : Vol. 11, nr 4, s. 424, 1-9.
MNiSW: 100.000

3.306

Falkowski Michał
Sikora Adam
Marszał Michał P.

Falkowski Michał, Kucińska M., Pi-skorz J., Wieczorek-Szweda E., Popenda Ł., Jurga S., Sikora Adam, Młynarczyk D.T., Murias M., Marszał Michał P., Go-śliński T.

Synthesis of sulfanyl porphyrazines with bulky peripheral substituents : evaluation of their photochemical properties and biological activity.

J. Photochem. Photobiol. A-Chem.
2021 : Vol. 405, 112964, s. 1-11.
MNiSW: 70.000

3.303

Grudlewska-Buda Katarzyna
Wiktorczyk-Kapischke Natalia
Kwiecińska-Piróg Joanna
Buszko Katarzyna
Leis Kamil
Gospodarek-Komkowska Eugenia
Skowron Krzysztof

Grudlewska-Buda Katarzyna, Wiktorczyk-Kapischke Natalia, Wałęcka-Zacharska E., Kwiecińska-Piróg Joanna, Buszko Katarzyna, Leis Kamil*, Juszcuk K., Gospodarek-Komkowska Eugenia, Skowron Krzysztof.

SARS-CoV-2 : morphology, transmission and diagnosis during pandemic, review with element of meta-analysis.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 9, s. 1-33, 1962.
MNiSW: 140.000

3.303

Gagat Maciej

Paczesny Ł., Zabrzyński J., Domżałski M., Gagat Maciej, Termanowski M., Szwedowski D., Łapaj Ł., Kruczyński J..

Mini-invasive, ultrasound guided repair of the Achilles tendon rupture : a pilot study.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 11, s. 1-10., 2370
MNiSW: 140.000

3.303

Zawadka-Kunikowska Monika
Zalewski Paweł

Rzepiński Ł., Zawadka-Kunikowska Monika, Newton J.L., Zalewski Paweł.

Cardiac autonomic dysfunction in myasthenia gravis and relapsing-remitting multiple sclerosis : a pilot study.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 10, s. 1-15., 2173.
MNiSW: 140.000

3.303

Ruszkowska-Ciastek Barbara
Bielawski Kornel
Zarychta Elżbieta

Ruszkowska-Ciastek Barbara, Bielawski Kornel*, Zarychta Elżbieta*, Rhone P.

Impact of adjuvant treatment on heparanase concentration in invasive, unilateral breast cancer patients : results of a prospective single-center cohort study.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 10, s. 1-19., 2184.
MNiSW: 140.000

3.303

Kozielewicz Dorota

Zarębska-Michaluk D., Jaroszewicz J., Rogalska M., Lorenc B., Rorat M., Szymanek-Pasternak A., Piekarska A., Berkan-Kawińska A., Sikorska K., Tudrujek-Zdunek M., Oczko-Grzesik B., Bolewska B., Czupryna P., Kozielewicz Dorota, Kowalska J., Podlasin R., Kłos

K., Mazur W., Leszczyński P., Szetela B., Reczko K., Flisiak R.

Impact of kidney failure on the severity of COVID-19.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 9, s. 1-4., 2042.
MNiSW: 140.000

3.303

Słomko Joanna
Kujawski Sławomir
Ślupski Maciej
Januszko-Giergielewicz Beata
Zawadka-Kunikowska Monika
Kubica Jacek
Zalewski Paweł

Słomko Joanna, Zalewska M., Niemi-ro W., Kujawski Sławomir, Ślupski Maciej, Januszko-Giergielewicz Beata, Zawadka-Kunikowska Monika, Newton J., Hodges L., Kubica Jacek, Zalewski Paweł.

Evidence-based aerobic exercise training in metabolic-associated fatty liver disease : systematic review with meta-analysis.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 8, 1659 s. 1-16.
MNiSW: 140.000

3.303

Kozielewicz Dorota
Pawłowska Małgorzata

Flisiak R., Jaroszewicz J., Rogalska M., Łapiński T., Berkan-Kawińska A., Bolewska B., Tudrujek-Zdunek M., Kozielewicz Dorota, Rorat M., Leszczyński P., Kłos K., Kowalska J., Pabjan P., Piekarska A., Mozer-Lisewska I., Tomasiewicz K., Pawłowska Małgorzata, Simon K., Polańska J., Zarębska-Michaluk D..

Tocilizumab improves the prognosis of COVID-19 in patients with high IL-6.

J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 8, s. 1583, 1-14.
MNiSW: 140.000

3.303

Guenter Wojciech

Bonek R., Guenter Wojciech, Jałowiński R., Karbicka A., Litwin A., Maciejowski M., Zajdel R., Zajdel K., Petit V., Rejdak K..

JC virus seroprevalence and JCV Ab index in Polish multiple sclerosis patients treated with immunomodulating or immunosuppressive therapies.

- J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 9, s. 1998, 1-16.
MNiSW: 140.000
- 3.303
- Kujawski Sławomir
Słomko Joanna
Zalewski Paweł
- Kujawski Sławomir, Słomko Joanna, Hodges L., Pheby D.F.H., Murovska M., Newton J.H., Zalewski Paweł.
Post-exertional malaise may be related to central blood pressure, sympathetic activity and mental fatigue in chronic fatigue syndrome patients.
J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 11, s. 1-12., 2327
MNiSW: 140.000
- 3.303
- Świtońska Milena
Nowaczewska Magdalena
Sokal Paweł
- Meder G., Żuchowski P., Skura W., Palacz-Duda V., Świtońska Milena, Nowaczewska Magdalena, Sokal Paweł.
Mechanical thrombectomy in stroke : experience from switching from stent retriever only to stent retriever combined with aspiration catheter.
J. Clin. Med.
2021 : Vol. 10, nr 9, 1802 s. 1-8.
MNiSW: 140.000
- 3.271
- Bogiel Tomasz
Depka Dagmara
Zalas-Więcek Patrycja
Rzepka Mateusz
Gospodarek-Komkowska Eugenia
- Bogiel T[omasz], Depka D[agmara], Zalas-Więcek P[atrycja], Rzepka M[ateusz], Kruszyńska E., Gospodarek-Komkowska E[ugenia].
Application of the appropriate molecular biology-based method significantly increases the sensitivity of group *B streptococcus* detection results.
J. Hosp. Infect.
2021 : Vol. 112, s. 21-26.
MNiSW: 100.000
- 3.267
- Kupczyk Daria
Studzińska Renata
- Baumgart Szymon
Bilski Rafał
Kosmański Tomasz
Kołodziejska Renata
Woźniak Alina
- Kupczyk Daria, Studzińska Renata, Baumgart Szymon*, Bilski Rafał, Kosmański Tomasz, Kołodziejska Renata, Woźniak Alina.
A novel *N-tert*-butyl derivatives of pseudothiohydantoinas potential targetin anti-cancer therapy.
Molecules
2021 : Vol. 29, nr 9, s. 1-13;, 2612.
MNiSW: 100.000
- 3.267
- Przybylska Anna
Gackowski Marcin
Koba Marcin
- Przybylska Anna, Gackowski Marcin, Koba Marcin.
Application of capillary electrophoresis to the analysis of bioactive compounds in herbal raw materials.
Molecules
2021 : Vol. 26, nr 8, s. 1-24;, 2135.
MNiSW: 100.000
- 3.267
- Łuczykowski Kamil
Warmuzińska Natalia
Operacz Sylwia
Stryjak Iga
Bogusiewicz Joanna
Bojko Barbara
- Łuczykowski Kamil, Warmuzińska Natalia, Operacz Sylwia*, Stryjak Iga, Bogusiewicz Joanna, Jacyna J., Wawrzyniak R., Struck-Lewicka W., Markuszewski M.J., Bojko Barbara.
Metabolic evaluation of urine from patients diagnosed with high grade (HG) bladder cancer by SPME-LC-MS method.
Molecules
2021 : Vol. 26, nr 8, 2194 s. 1-12.
MNiSW: 100.000
- 3.267
- Graczyk Filip
Balcerek Maciej
Załuski Daniel
- Graczyk Filip, Strzemiński M., Balcerek Maciej, Kozłowska W., Mazurek B.,
- Karakuła M., Sowa I., Ptaszyńska A.A., Załuski Daniel.
Pharmacognostic evaluation and HPLC-PDA and HS-SPME/GC-MS metabolomic profiling of *Eleutherococcus senticosus* fruits.
Molecules
2021 : Vol. 26, nr 7, s. 1969, 1-16.
MNiSW: 100.000
- 3.200
- Jundziłł Arkadiusz
- Cwykiel J., Jundziłł Arkadiusz, Klimczak A., Madajka M., Siemionow M..
Intraosseous transplantation of donor-recipient chimeric cells induces chimerism and extends survival of vascularized composite allografts.
Arch. Immunol. Ther. Exp.
2021 : Vol. 68, nr 4
MNiSW: 70.000
- 3.110
- Borowski Dariusz
- Stachowicz N., Smoleń A., Ciebiera M., Łoziński T., Poziemski P., Borowski Dariusz, Czekierdowski A..
Risk assessment of endometrial hyperplasia or endometrial cancer with simplified ultrasound-based scoring systems.
Diagnostics
2021 : Vol. 11, nr 3, s. 1-14;, 442.
MNiSW: 70.000
- 3.110
- Wiśniewski Adam
Karczmarska-Wódzka Aleksandra
Sikora Joanna
Sobczak Przemysław
Lemanowicz Adam
Filipska Karolina
Ślusarz Robert
- Wiśniewski Adam, Karczmarska-Wódzka Aleksandra, Sikora Joanna, Sobczak Przemysław*, Lemanowicz Adam, Filipska Karolina, Ślusarz Robert.
Hypercoagulability as measured by thrombelastography may be associated with the size of acute ischemic infarct : a pilot study.
Diagnostics
2021 : Vol. 11, nr 4, s. 712, 1-11.
MNiSW: 70.000
- 3.066

Badura Anna
Krysiński Jerzy
Nowaczyk Alicja
Buciński Adam

Badura Anna, Krysiński Jerzy, Nowaczyk Alicja, Buciński Adam.

Application of artificial neural networks to prediction of new substances with antimicrobial activity against *Escherichia coli*.

J. Appl. Microbiol.
2021 : vol. 130, nr 1, s. 40-49.
MNiSW: 70.000

3.038

Wiciński Michał
Puk Oskar
Malinowski Bartosz

Wiciński Michał, Puk Oskar*, Malinowski Bartosz.

Cenobamate : neuroprotective potential of a new antiepileptic drug.
Neurochem. Res.
2021 : Vol. 46, nr 3, s. 439-446.
MNiSW: 70.000

3.018

Załoski Daniel

Ptaszyńska A.A., Latoch P., Hurd P.J., Polaszek A., Michalska-Madej J., Grochowalski Ł., Strapagiel D., Gnat S., Załoski Daniel, Gancarz M., Rusinek R., Krutmuang P., Hernández R.M., Pascual M.H., Starosta A.L..

Amplicon sequencing of variable 16S rRNA from bacteria and ITS2 regions from fungi and plants, reveals honeybee susceptibility to diseases results from their forage availability under anthropogenic landscapes.

Pathogens

2021 : Vol. 10, nr 3, s. 381, 1-17.
MNiSW: 100.000

3.007

Kozielewicz Dorota
Pawłowska Małgorzata

Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J., Kozielewicz Dorota, Mastalerz-Migas A., Owczuk R., Parczewski M., Pawłowska Małgorzata, Piekarska A., Simon K., Tomasiewicz K., Zarebska-Michaluk D..

Management of SARS-CoV-2 infection : recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists as of April 26, 2021.

Pol. Arch. Med. Wewn.
2021
MNiSW: 100.000

oprac. Monika Kubiak

Niezwykły świat roślin leczniczych



Kategoria „Studenci i Pracownicy CM UMK”,
I miejsce: Kamila Pośpieszyńska, III rok, kierunek farmacja, dwie z najwyższej punktowanych fotografii

W 2021 roku odbyła się IX edycja konkursu fotograficznego „Niezwykły świat roślin leczniczych”, który organizowany jest przez Studenckie Koło Naukowe Botaniki Farmaceutycznej. W tegorocznej edycji konkursu wzięło udział 20 uczestników nadsyłając łącznie 51 niezwykłych fotografii.

Nagrody zostały przyznane w kategoriach „Uczniowie LO” oraz „Studenci i Pracownicy CM UMK”. Dziękujemy fundatorom nagród, którymi są: Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. Stefan Kruszewski oraz drogeria Super-Pharm.

Kategoria „Uczniowie LO”



I miejsce: Helena Paszek, VI LO w Bydgoszczy - dwie najwyższej punktowane fotografie

II miejsce: Zuzanna Janus, LO w Mogilnie

III miejsce: Martyna Biegniewska, XV LO z Oddziałami Mistrzostwa Sportowego w Bydgoszczy

Kategoria „Studenci i Pracownicy CM UMK”

I miejsce: Kamila Pośpieszyńska, III rok, kierunek farmacja - trzy najwyższej punktowane fotografie

II miejsce: Agnieszka Dębińska, V rok, kierunek farmacja

III miejsce: Izabela Rzepkowska, III rok, kierunek fizjoterapia.

Laureatom gratulujemy!

Wszystkim uczestnikom bardzo dziękujemy za przesłane fotografie!

Studenckie Koło Naukowe Botaniki Farmaceutycznej