



Oddajemy Państwu do rąk kolejny numer „Wiadomości Akademickich” – naszego periodyku uczelnianego.

Wydawałoby się, że nic w tym nadzwyczajnego. Wszakże czynimy tak już od ponad dziesięciu lat.

Ot po prostu działamy zgodnie z cyklem wydawniczym.

Gdy jednak uświadomimy sobie, że minęło trzy miesiące od ostatniego spotkania z naszymi czytelnikami nieodparcie przychodzi do głowy jedna myśl. Przecież to było przed...

Wówczas nic nie wskazywało na to, że Polsce przyjdzie zmierzyć się z tragediami, których rozmiaru nie jesteśmy w stanie ogarnąć do dziś. Ileż napisano w tym czasie słów, ileż łamów zapełniono informacjami, tak ważnymi dla każdego z nas.

Trudno byłoby przejść obojętnie wobec tamtych wydarzeń, których – przecież właśnie dzięki mediom – byliśmy świadkami.

10 kwietnia – sobota. Wiadomość dotarła do mnie w samochodzie, niedaleko domu, późno – około 10.00. Niedowierzanie.

W kilka chwil potem na ekranie telewizora widzę wrak prezydenckiego Tupolewa i przebiegającą na „pasku” w serwisie informacyjnym potworną wieść „PREZYDENT NIE ŻYJE”. Łzy cisną się do oczu, serce łomocze.

Straszne. Niewyobrażalne. Trudne do pogodzenia.

Później dobiegają kolejne wiadomości. Zginęli wszyscy: Żona Prezydenta Pani Maria, wybitni politycy, szefowie ważnych instytucji centralnych, generalicja. Wieczorem modlimy się za nich w Katedrze. Lista jest długa – 96 nazwisk.

W następnych dniach bez ustanku śledzę TV i internetowe serwisy. Coraz więcej wiadomości i coraz mniej wiedzy.

Rzeczywistość tej zdawałoby się nierzeczywistej tragedii dociera do mnie z całą mocą, kiedy wraz z synem, stoimy pogrążeni w smutku i ciszy przed trumnami Pary Prezydenckiej w Pałacu na Krakowskim Przedmieściu.

Następne dni również pełne wzruszeń. Przeżywamy kolejne pogrzeby członków niefortunnej delegacji.

Z tamtych chwil jeden obraz utkwił mi szczególnie w pamięci. Pożegnanie z Warszawą.

Pięknie opisał to w swej książce Piotr Kraśko (Smoleńsk 10 kwietnia 2010): „Sam nie wiem czemu, ale obraz który mam przed oczami, to ten którego sensu nie odda żadne zdjęcie. Trzeba było zobaczyć, jak potężny szary samolot wojskowy, wiozący trumny pary prezydenckiej, odlatując z Warszawy do Krakowa, „pomachał” powoli skrzydłami.

Piękne pożegnanie. Bez słów, bez łez. Symboliczne pożegnanie...” (s. [5]).

Kiedy w końcu nieco ochłonęliśmy po smoleńskiej katastrofie przyszły kolejne straszne obrazy – powódź wraz z dramatem dotkniętych nią ludzi. Patrzyliśmy na to nieszczęście myśląc w duchu – za cóż ta kara, co zrobiliśmy? Śledziliśmy w napięciu doniesienia mediów, czekając na koniec tego smutku. Żywiol nie tak łatwo oddał swe łupy. Po pierwszej fali przyszła następna.

Spoglądaliśmy z niepokojem również na bliskie nam miasta Bydgoszcz i Toruń, które na szczęście w końcu nie doznały większych szkód. Skutki powodzi Polska będzie odczuwała jeszcze przez wiele miesięcy.

My, którzyśmy nie doświadczyli ich bezpośrednio pewnie nie zrozumiemy do końca ludzi z Sandomierza czy Świniar pod Płockiem. Ale staraliśmy się. Społeczność Collegium Medicum włączyła się w akcję pomocy humanitarnej. Każdy gest się liczy.

I wreszcie wczorajszy dzień. 20 czerwca 2010. Dzień będący następstwem wydarzeń z 10 kwietnia. Jakże odmienny.

Prawie 55% z nas ruszyło do urn wyborczych z nadzieją, że Polska zasługuje na lepszą przyszłość, że pomimo straszliwych doświadczeń ostatnich tygodni będziemy mogli w nadchodzących latach cieszyć się dobrą kondycją naszego kraju, co bez wątpienia przełoży się również i na pomyślność naszej lokalnej, akademickiej społeczności.

4 lipca zdecydujemy o tym ostatecznie. Mamy szansę...

Krzysztof Nierzwicki



„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 adiu-
stacji i skrótów w pracach autorskich.

Autorzy publikacji nie otrzymują honorariów.

© Wszelkie prawa zastrzeżone.

Rada Programowa:

Przewodniczący Rady Programowej:
prof. dr hab. Zbigniew Wolski

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

Członkowie Rady Programowej:

prof. dr hab. Andrzej Dziędziczko

dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK

prof. dr hab. Bogusław Hladoń

prof. dr hab. Arkadiusz Jawień

dr Krzysztof Nierzwicki

dr Wojciech Szczęsny

dr hab. Maria Szewczyk

dr Janusz Tyloch

Zespół Redakcyjny:

Redaktor naczelny: dr Krzysztof Nierzwicki

Z-ca redaktora naczelnego: dr Janusz Tyloch

Sekretarz redakcji: mgr Monika Kubiak

Adiustacja: mgr Joanna Hladoń-Wiącek

Adres Redakcji:

Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK

ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: 048 052 585-3509

e-mail: biblio@cm.umk.pl

Skład komputerowy:

mgr Monika Kubiak (mk)

Redakcja merytoryczna:

dr Krzysztof Nierzwicki,

dr Janusz Tyloch

Korekta:

mgr Ewa Dominas

Druk: Formator, Piotr Lorek

Stali współpracownicy:

dr Andrzej Drygas, dr hab. Walentyna Korpalska,

mgr Dorota Kowalewska (dk),

mgr Mirosława Kram,

dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK,

dr Wojciech Szczęsny

Okladka I: fot. Sebastian Sontowski,

Okladka IV: fot. Dominik Tyloch

Spis treści

Wywiad numeru

Na świecie dominuje nurt zwany neurosciece,
wywiad z prof. dr hab. Aliną Borkowską,
kierownikiem Katedry i Zakładu Neropsychologii 3

Polemiki

Znaki 7

Z życia Uczelni

UMK w czołówce 8

TwójDNA.pl 8

Wykrywanie wczesnego zapalenia stawów 8

Sprawy osobowe 8

Medal Kazimierza Wielkiego 9

Nagroda Prezydenta Miasta Bydgoszczy 9

Zmiany na stanowiskach dyrektorów szpitali uniwersyteckich 9

Święto pielęgniarek i położnych 9

Wspomnienia

Profesor Roman Bugalski 10

Medycyna i pielęgniarstwo

O DNA słów kilka... 11

Genetyka i prahistoria ludzkich populacji Eurazji. 13

To co jemy i pijemy a... nowotwory 15

In champagne sanitas! 16

Zamiast iść do kręgarza odwiedź fizjoterapeutę. 17

Po co siatkarzowi fizjoterapeuta? Czy kajakarz korzysta z porad masażysty? 17

Jak można leczyć dotykiem, czyli terapia manualna 18

Studium przypadku 19

Światowy Tydzień Karmienia Piersią (26.05-1.06) 20

Historia medycyny

Florence Nightingale 21

Medycyna i sztuka

Oczy – symbol oświecenia i znak cudownego uzdrowienia
na przykładzie ikonografii świętych i sztuki wotywniej. 23

Nauka

Nasi na Liście Filadelfijskiej 27

Uczenie się przez całe życie... 29

Konferencje

Symposium Jubileuszowe - 10 lat od pierwszego przeszczepu nerki w Bydgoszczy. 30

To nie praca, to styl życia. 31

II Sesja Muzykoterapeutyczna 32

Seminarium biofizyków 33

Studenci

English Division 34

Z pamiętnika Erasmusa... 35

Szpital pluszowego misia 31

Pierwsze spotkanie Studenckiego Koła Naukowego Toksykologii 36

Ze sportu

Wielkie Derby dla Torunia 2-2 (karne 2:3) 37

Brązowy medal w Akademickich Mistrzostwach Polski. 38

Najlepszy wynik w historii uczelni. 38

Mistrzostwa w Muay Thai 39

Festiwal Sportu 39

V Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym 39

o Puchar Prorektora ds. Collegium Medicum 39

Z Biblioteki

Kryteria oceny parametrycznej jednostki naukowej w 2010 roku 11

Czytając książki, żyjesz dwa razy dłużej! 40

Atlas anatomiczny 3D on-line 40

Na świecie dominuje nurt zwany neurosciences

wywiad z prof. dr hab. Aliną Borkowską, kierownikiem Katedry i Zakładu Neuropsychologii

Redakcja: Zakład Neuropsychologii Klinicznej powstał z przekształcenia Pracowni Neuropsychologii Klinicznej przy Katedrze Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy w styczniu 2003 roku, a więc jest jedną z młodszych jednostek naszej uczelni. Czy moglibyśmy usłyszeć kilka słów o początkach tego przedsięwzięcia?

Prof. Alina Borkowska: Od wspomnianego 2003 roku wykonaliśmy kolejny krok. Otóż zupełnie niedawno, bo w kwietniu 2010 roku Zakład został przekształcony w Katedrę, więc jesteśmy zdecydowanie chyba najmłodszą jednostką na uniwersytecie. A początki były jak zawsze trudne. Najpierw stworzyłam Pracownię Neuropsychologiczną, która działała przy Klinice Psychiatrii. Nieco później p. rektor polecił mi zorganizowanie Zakładu Neuropsychologii na Wydziale Nauk o Zdrowiu, wydziale wówczas młodym, który potrzebował publikacji będących wynikiem prac naukowych. Pragnęliśmy, aby Zakład służył nie tylko badaniom neuropsychologicznym w psychiatrii, lecz uwzględniał potrzeby innych klinik, np. neurologii czy endokrynologii. Dziś takie badania z wieloma klinikami prowadzimy. Stąd też lokalizacja naszej jednostki na terenie Szpitala im. A. Jurasza. Wyodrębniliśmy się ze struktur Kliniki Psychiatrii i jesteśmy jednocześnie bliżej pacjentów, w większości nie psychiatrycznych.

Redakcja: Powołanie Zakładu zbiegło się z odejściem z kliniki prof. Janusza Rybakowskiego, którego zastąpił prof. Aleksander Araszkiwicz. Obaj panowie przyczynili się do powstania Pracowni, toteż trochę żartobliwie można rzec, że jednostka miała jedną matkę, ale aż dwóch ojców.

Prof. Alina Borkowska: Początki naszej pracy łączyły się z bardzo nowatorskim nurtem badań z neuropsychologii klinicznej dotyczącym schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej. Kontynuujemy te badania i prawdopodobnie jesteśmy jedynymi w Polsce specjalistami w dziedzinie badania markerów endofenotypowych chorób psychiatrycznych. Udało się to m.in. dzięki współpracy z Kliniką Psychiatrii UM w Poznaniu, a przede wszystkim Pracownią Genetyki Molekularnej prof. Joanny Hauser. Zrealizowaliśmy kilka grantów dotyczących znaczenia zaburzeń ruchów gałek ocznych, pamięci operacyjnej i innych dysfunkcji poznawczych

w chorobach psychicznych w kontekście badań genetyczno-molekularnych.

Redakcja: Skąd wywodzi Pani swoje korzenie i z jakim miejscem w Polsce czuje się Pani najbliższą związaną? Studia psychologiczne ukończyła Pani na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ale doktoryzowała się już na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Bydgoszczy...

Prof. Alina Borkowska: Urodziłam się w Reszlu na Mazurach, potem wyjechałam z rodzicami na tzw. „ziemie odzyskane”. Szkołę podstawową i liceum ukończyłam w Żarach. Tak jak państwo wspomnieliście, studiowałam na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu gdzie ukończyłam psychologię. Już w czasie studiów zajmowałam się raczej neurobiologią i neuropsychologią. W czasie stanu wojennego zostałam zmuszona do wyprowadzenia się do Sieniawki gdzie podjęłam pracę w Szpitalu Psychiatrycznym. Tam zrobiłam specjalizację z zakresu neuropsychologii. W Bydgoszczy znalazłam się jakby przypadkowo. Przez krótki czas byłam zatrudniona w Ośrodku dla Dzieci i Młodzieży Niedowidzącej, co wspominam niezwykle ciepło, ze względu na problemy, na jakie się natknęłam, a przede wszystkim ze względu na ludzi, których spotkałam. Później podjęłam pracę jako neuropsycholog, pracujący z dziećmi z domu dziecka z ul. Stolarskiej. Współpracę z KK Psychiatrii rozpoczęłam dzięki pani doktor Marii Lince, wyjątkowej osobie, która wywarła znaczący wpływ na moje życie zawodowe. Uważała, że jako specjalista II stopnia muszę robić coś więcej w kierunku neuropsychologii.

Redakcja: Zatrudnienie w szpitalu i praca z pacjentami sugerowałyby, że w Pani wypadku psycholog jest jednocześnie lekarzem?

Prof. Alina Borkowska: Nie, psycholog jest psychologiem. W tym wypadku jednak rozróżnia się, podobnie jak w medycynie, pierwszy i drugi stopień specjalizacji. Jak już wspominałam I stopień ukończyłam, przebywając w Sieniawce, II stopień w Klinice Psychiatrii ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Tutaj też obroniłam doktorat z nauk medycznych na Wydziale Lekarskim. Podobnie było z habilitacją. Otrzymałam tytuł profesora medycyny, co może wprowadzić w błąd, sugerując, że jestem lekarzem.



prof. dr hab. Alina Borkowska

Redakcja: Wykształcenie Pani Profesor plasuje Panią na pograniczu medycyny i humanistyki...

Prof. Alina Borkowska: Na świecie dominuje nurt zwany neurosciences – praca na styku neurobiologii, medycyny i psychologii, co wydaje mi się najbliższe. W Polsce niewiele jest osób o tak wszechstronnym wykształceniu.

Redakcja: Generalnie Zakład Neuropsychologii Klinicznej prowadzi diagnostykę i leczenie zaburzeń psychicznych (w tym choroby Alzheimera) oraz rehabilitację chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych o różnej etiologii (znaczną grupę stanowią osoby po przebytych urazach i operacjach mózgu). Czy mogłaby Pani Profesor przybliżyć główne kierunki badań? Które z nich zajmują poczesne miejsce w pracy Zakładu?

Prof. Alina Borkowska: Zajmujemy się od wielu lat badaniem funkcji poznawczych, czyli pamięci, uwagi, funkcji czołowych (pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych) w chorobach psychicznych, neurologicznych i somatycznych. Początkowo jako jedyny ośrodek w Polsce prowadziliśmy badania tzw. neuropsychologicznych markerów endofenotypowych w chorobach psychicznych, prace nad etiologią i etiopatogenezą chorób psychicznych, a także związkiem objawów klinicznych z dysfunkcjami mózgu, czy to strukturalnymi czy czynnościowymi. Ostatnio wraz z zespołami prof.

Romana Junika i prof. Andrzeja Tretyna prowadzimy program badań nad zaburzeniami poznawczymi i depresją w otyłości olbrzymiej, a także chorobach kardiologicznych i neurologicznych. Jest to możliwe dzięki zaangażowaniu zdolnych, młodych ludzi, którzy pracują w tym programie badań, jak Maciej Biełliński, Krzysztof Szwed, Joasia Pulkowska-Ulfig. Interesującym nurtem badań są procesy decyzyjne i temperament afektywny, które badamy zarówno w kontekście neuropsychologii, jak i neurobiologii. Tu interesują nas zarówno prawidłowości dotyczące osób zdrowych, jak i chorych. Procesy decyzyjne są związane bowiem zarówno z funkcjonowaniem mózgu, jak i z uwarunkowaniami temperamentalnymi. Nad tym problemem pracują Marcin Jaracz, Łukasz Szczupacki i Natalia Falkowska. Jeden z programów dotyczący depresji i dysfunkcji poznawczych u chorych z uszkodzeniem wątroby zaowocował wieloma publikacjami i ukończoną rozprawą habilitacyjną dr. Wiktora Drózdza, a także nagrodą kongresu w Delhi.

Bardzo ważnym obszarem naszych działań jest opracowywanie polskich wersji testów neuropsychologicznych i skal klinicznych, ostatnio z prof. Hopganem Akiskalem z San Diego opracowaliśmy polską wersję skali do badania temperamentu afektywnego TEMPS-A, baterie testów neuropsychologicznych COGTEST. Tu należy podziękować całemu zespołowi, a szczególnie dr Marcie Tomaszewskiej i wspomnianym już Asi, Marcinowi i Maciejowi.

Od wielu lat pracujemy też nad etiopatogenezą chorób otępiennych, aktualnie nad tzw. MCI – czyli łagodnymi zaburzeniami funkcji poznawczych, w 50% przypadków stanowiącym predyktor choroby Alzheimera. Nie byłoby możliwości prowadzenia tych badań bez współpracy z prof. Kornelią Kornatowską i dr Marzenną Ziółkowską. Tu szczególnie należy wyróżnić młodych członków zespołu Małgorzatę Piskunowicz i Martynę Gębską, które jednocześnie pracują w programie dotyczącym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP).

Staramy się też tworzyć nowe narzędzia do rehabilitacji neurokognitywnej. Nasze doświadczenia w tym względzie zaowocowały wieloma wdrożeniami terapeutycznymi realizowanymi w innych ośrodkach w Polsce. Dotyczy to głównie rehabilitacji neurokognitywnej dążącej do optymalizacji funkcji poznawczych pacjenta. Dzięki stworzonej przez nas metodzie komputerowej wielu chorych w Polsce może korzystać z takiej terapii.

Jednym z kierunków naszych badań

jest wpływ leków na układ nerwowy. Analiza wpływu leków na funkcje poznawcze jest bardzo ważna. Wiemy przecież, że nie każdy lek poprawia owe funkcje, a wręcz przeciwnie – są takie, które je pogarszają. Początkowo badaliśmy neuroleptyki i leki przeciwdepresyjne, w tej chwili zajmujemy się lekami prokognitywnymi stosowanymi w chorobie Alzheimera i innych chorobach otępiennych. Niektóre wyniki naszych obliczeń korespondują z wynikami badań światowych, które wskazują na istotną rolę psychoterapii behawioralno-poznawczej i neuropsychologicznej w normalizacji aktywności niektórych obszarów mózgu. Było np. rzeczą wiadomą, że leki przeciwdepresyjne dają pozytywne efekty w leczeniu depresji. Jednakże okazało się, że stosowanie placebo też u ok. 30-40% chorych przynosi istotną poprawę. Najnowsze badania neuroobrazowe wskazują, że podobne efekty w zakresie normalizacji pracy mózgu przynosi stosowanie leków przeciwdepresyjnych, jak i leczenie psychoterapią, która ma jednak trwalsze efekty. Najlepsze natomiast efekty uzyskuje się drogą skojarzenia leczenia farmakologicznego, terapii behawioralnej i terapii funkcji poznawczych, co pozwala na osiągnięcie trwałych efektów. Sam lek osłabi lęk i napięcie, ale po jego odstawieniu pacjent nie będzie miał wskazówek, jak żyć dalej, aby zminimalizować ryzyko nawrotów choroby.

Redakcja: Kogo obejmujecie Państwo swoimi działaniami terapeutycznymi?

Prof. Alina Borkowska: Prowadzimy w Katedrze terapię neuropsychologiczną, głównie dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych o bardzo różnej etiologii, zarówno cierpiących na choroby psychiczne, np. chorobę afektywną dwubiegunową, czy zespół natręctw, nawet ekstremalnie nasilony. We współpracy z prof. Markiem Haratem prowadziliśmy kwalifikację do pierwszych w kraju operacji metodą obustronnej cingulotomii u pacjentów z ekstremalnie nasilonym zespołem natręctw. Obecnie prof. Harat planuje zakładanie w takich przypadkach stymulatorów, które nie wiążą się z dokonaniem trwałego uszkodzenia mózgu.

Redakcja: Zespół natręctw leczony chirurgicznie? To chyba nowość w medycynie?

Prof. Alina Borkowska: Okazuje się, że zespół natręctw cały czas zaliczany do zaburzeń lękowych, takim zaburzeniem nie jest. Jest ciężkim zespołem neuropsychiatrycznym, często o etiologii zapalnej, np. na skutek wcześniejszego zakażenia streptoko-

kami. Później dochodzi do dysfunkcji nerorozwojowych mózgu, zaburzona zostaje komunikacja między strukturami podkorowymi a korą czołową. Ważną strukturą jest część przednia kory zakrętu obręczy, która odgrywa istotną rolę w powstawaniu kompulsji i obsesji. Osoba chora, mając trudność z zaczęciem jakiegoś działania, później ma trudność z zahamowaniem czynu czy myśli. Zespół natręctw może przebiegać z różnymi objawami, od braku wyraźnych zaburzeń neuropsychologicznych po dramatyczne ich nasilenie. Zdarza się, że natręctwa całkowicie uniemożliwiają chorym funkcjonowanie, czasami zajmują nawet do 20 godzin dziennie. Przy lekooporności i braku skuteczności leczenia farmakologicznego, pozostaje operacja neurochirurgiczna. Innym interesującym schorzeniem jest zespół lęku pourazowego, gdzie nadaktywność jąder migdałowych może być leczona z powodzeniem za pomocą stymulatora. Może to przynieść spektakularne efekty kliniczne w grupach chorych z nasilonymi objawami.

Redakcja: Czy Państwo także fizycznie angażujecie się w operacje neurochirurgiczne?

Prof. Alina Borkowska: Tak. Uczestniczymy w operacjach prowadzonych przez Klinikę Neurochirurgii. Są to nowatorskie zabiegi z wybudzeniem pacjenta. Chory jest usypiany w pierwszej fazie operacji, natomiast jest wybudzany w czasie usuwania samego guza, współpracując z neuropsychologiem i neurochirurgiem. Neurochirurg jest w stanie usunąć guz mózgu, ale nie zawsze jest w stanie zapobiec następstwom – uszkodzeniom ośrodka mowy, ośrodków ruchu. Monitorowanie w trakcie operacji, choć bardziej trudne dla pacjenta, pozwala uniknąć tych konsekwencji. U żadnej z dotąd operowanych osób nie wystąpiły dysfunkcje mowy, czy dysfunkcje poznawcze. Pacjent musi pozostawać w kontakcie, by neuropsycholog mógł badać sprawność funkcji poznawczych w trakcie operacji.

Redakcja: Wszystkie operacje mózgu są tak wykonywane?

Prof. Alina Borkowska: Nie każdy pacjent może zostać zakwalifikowany do takiej operacji, wiąże się to bowiem z pewnym obciążeniem psychicznym. Staramy się, aby byli to chorzy dobrze współpracujący, zmotywowani oraz bez wyraźnych zaburzeń lękowych. Chorzy, u których monitoruje się stan funkcji poznawczych w trakcie operacji mogą uzyskać znacząco lepszą jakość dalszego życia. Jest różnica pomiędzy osobą, która po operacji cierpi

na afazję czy niedowład, a osobą w pełnym kontakcie, poruszającą się i mówiącą.

Redakcja: W jaki sposób Państwo zapobiegacie uszkodzeniom mózgu podczas operacji?

Prof. Alina Borkowska: Dzięki naszym wskazówkom neurochirurg jest w stanie powstrzymać się od ingerencji w strukturę odpowiedzialną za istotną funkcję, ew. zapobiec jej uszkodzeniu. Podczas operacji rozmawiamy z pacjentem, wykonujemy pewne testy, utrzymujemy stały kontakt.

Redakcja: A obciążenie fizyczne, ból?

Prof. Alina Borkowska: Ten problem nie istnieje, o czym mało kto wie. Na mózgu można dokonywać różnych zabiegów nie narażając pacjenta na odczuwanie bólu. Jest to największa struktura pod względem liczby neuronów, ale nie boli.

Redakcja: Czy operacje z wybudzeniem pacjenta są kosztowne?

Prof. Alina Borkowska: Każda operacja może zostać poprawnie wyceniona. Jak dotychczas wykonuje się je u nas dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu neurochirurgów, a także wielu ludzi dobrej woli m.in. wypożyczających sprzęt, którego brak w naszym szpitalu. Są to operacje droższe, ale skuteczniejsze. Warto też zaznaczyć, że do tych operacji zespół przygotowywał się wiele lat, lekarze uczyli się od kolegów np. na szkoleniach we Francji, które w większości sami finansowali. Na razie koszty udziału neuropsychologów nie są wielkie, gdyż robimy to dobrowolnie. W Polsce badania i procedury neuropsychologiczne nie znalazły się w koszyku usług NFZ, chociaż są one wysoko opłacane w całej Europie.

Redakcja: A jak postrzega Pani Profesor neuropsychologię na świecie? Gdzie znajdują się najlepsze ośrodki?

Prof. Alina Borkowska: Neuropsychologia nie jest dziedziną nową, ale w ostatnich latach obserwujemy jej ogromny rozwój. Wiele wniosły tu badania nad mózgiem, organizacją funkcjonalną i neurobiologią funkcji poznawczych, a także nowe możliwości, jakie dają funkcjonalne techniki neuroobrazowe. Szczególnie warto wspomnieć tu badania dotyczące psychiatrii prowadzone przez noblistów - Erica Richarda Kandela, Paula Greengarda, czy Arvida Carlssona. Dzięki nim rozumiano wartość badań neuropsychologicznych oraz

znaczenie stymulacji kognitywnej podczas neuroobrazowania dla badań funkcji mózgu. Szczególnie istotne są tu odkrycia Kandela, który opisał zależności pomiędzy mózgiem, a treningiem pamięci. Okazało się, że odpowiednia stymulacja kognitywna może dać efekt w postaci zmian strukturalnych i czynnościowych mózgu, zarówno w zakresie zwiększenia liczby połączeń synaptycznych, jak zmian w aktywności układów neuroprzekaznikowych.

Te prace umożliwiły inne spojrzenie na choroby psychiczne i neurologiczne, a także na ich leczenie. W wielu ośrodkach światowych diagnostyka oraz rehabilitacja neuropsychologiczna są standardowymi i bardzo ważnymi elementami diagnozy oraz leczenia pacjentów po urazach mózgu, udarach, operacjach neurochirurgicznych, ale też u tych z chorobami przebiegającymi z dysfunkcjami poznawczymi, jak choroby serca (zwłaszcza choroby po operacjach kardiologicznych), zespoły metaboliczne i inne.

Trudno określić gdzie znajdują się najlepsze ośrodki neuropsychologiczne na świecie, gdyż każdy z tych ośrodków specjalizuje się w określonym obszarze medycyny. Są dobre ośrodki zajmujące się dziećmi z dysfunkcjami OUN, inne zajmujące się diagnostyką i leczeniem otępień, a jeszcze inne leczące osoby po udarach mózgu. W centrach akademickich natomiast, gdzie jest dostęp do bardzo wysokiej klasy aparatury naukowo-badawczej prowadzone są badania naukowe na najwyższym poziomie. Nasz kraj niestety nie wygląda na tle innych ośrodków zbyt dobrze, zwłaszcza jeśli chodzi o możliwości finansowania przedsięwzięć naukowych.

Redakcja: Jakie zmiany w spostrzeganiu chorób psychicznych dokonały się dzięki badaniom nad mózgiem?

Prof. Alina Borkowska: W psychiatrii najważniejsze odkrycia dokonały się dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod obrazowania mózgu, zwłaszcza przy zastosowaniu metody stymulacji kognitywnej, co pozwoliło na wyodrębnienie obszarów mózgu związanych z poszczególnymi funkcjami psychicznymi. Wiele nowych danych dostarczyły prace z zakresu genetyki molekularnej i biologii. Pozwoliło to na lepsze zrozumienie istoty chorób psychicznych i ich rzeczywistych uwarunkowań. Przykładem jest schizofrenia, co do której sądzone, że jest wynikiem przede wszystkim nieprawidłowych relacji interpersonalnych w rodzinie i najbliższym otoczeniu, czego najbardziej dramatycznym przejawem była teoria schizofrenogennej matki. Obecnie

ta koncepcja uważana jest za hańbę w psychiatrii, ponieważ uderzała niejednokrotnie w najważniejszą osobę w rodzinie, często jedyną, która mogła być podporą dla chorego. Bez bliskości matki wielu pacjentów schizofrenicznych pozostawało w szpitalu do końca życia. Obecnie schizofrenia jest postrzegana jako choroba biologiczna, choroba mózgu, często postępująca, w której emocje są ważne, ale nie najważniejsze. W jej etiopatogenezie nadal znaczną rolę przypisuje się stresowi – głównie w wywołaniu pierwszego epizodu choroby, ale rozumie się ten związek inaczej. Niestety lęk przed obciążeniem rodzinnym chorobą i poszukiwanie „winnego” chorobie dziecka nadal jest poważnym problemem w terapii rodzinnej, gdzie bardzo dba się o zdjęcie z rodziny poczucia winy. W tej chwili zdecydowanie najbardziej jasna jest koncepcja neurorozwojowa schizofrenii, która zakłada, iż czynniki niekorzystnie wpływające na rozwój OUN we wczesnych etapach doprowadzając z czasem do zaburzenia rozwoju poszczególnych struktur mózgu i połączeń neuronalnych pomiędzy nimi. Zmiany w OUN oraz towarzyszące im zaburzenia poznawcze mogą być już widoczne w okresie prodromalnym, nawet dwa lata przed wystąpieniem pierwszego psychotycznego epizodu choroby, czemu towarzyszą także zmiany aktywności układów neuroprzekaznikowych mózgu. Wzmożona aktywność dopaminergiczna w układzie limbicznym jest związana z pojawieniem się wytwórczych objawów choroby, jak urojenia i omamy, ale zbyt niska aktywność dopaminy w korze przedczołowej odpowiedzialna jest za najbardziej istotne w schizofrenii dysfunkcje pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Dlatego też zwrócono uwagę na najnowsze możliwości leczenia neuroleptykami nowej generacji, które działając selektywnie w zależności od regionu mózgu nie nasilają dysfunkcji czołowych.

W tym zakresie nasze prace, zarówno nad genetycznymi uwarunkowaniami dysfunkcji poznawczych, jak i wpływem leczenia neuroleptycznego w schizofrenii oraz w chorobie afektywnej dwubiegunowej miały istotny wkład w badania światowe.

Wyniki tych doświadczeń wykazały np., że w schizofrenii dysfunkcje pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych związane są z polimorfizmem głównie genów układu dopaminergicznego, podczas gdy w chorobie afektywnej dwubiegunowej dysfunkcja ta jest bardziej związana z neurotrofinami – jak np. polimorfizm genu BDNF.

Wszystkie wyniki wskazują jednak, że nie tylko czynniki genetyczne determinują chorobę. Przeprowadzone przez nasz

zespół badania rodzinne, dobrze przyjęte na świecie wskazują, że posiadanie predyspozycji genetycznej, a nawet markerów endofenotypowych (zaburzeń ruchów gałek ocznych, pamięci operacyjnej) nie oznaczają skazania na chorobę.

Redakcja: Czy można przeciwdziałać pojawieniu się choroby?

Prof. Alina Borkowska: Możemy przeciwdziałać, chociaż – jak miemam o to chcieli Państwo zapytać – nie na poziomie inżynierii genetycznej. Choroby psychiczne są uwarunkowane wielogenowo, co oznacza, że mogą one w różnym stopniu uczestniczyć w powstawaniu danego zaburzenia, a ponadto istotne są interakcje między nimi. Potrafimy jednak wyodrębnić tzw. geny kandydujące, związane z najważniejszymi układami neuroprzekaznikowymi. Pojawiają się ciekawe doniesienia o nowych genach – np. związanych z rozwojem mózgu, których ekspresja w różnych okresach życia się zmienia. W tej chwili obserwuje się szczególnie geny układu dopaminergicznego, geny związane z układem glutaminergicznym, neurotrofinami. Są to badania skomplikowane, gdyż wymagają one dużych grup

doświadczalnych, dlatego wiele informacji wnoszą metaanalizy na wielu tysiącach osób, w których i my uczestniczymy.

Możemy jednak, rozumiejąc najważniejsze przyczyny chorób, opracowywać programy dla osób z grup zwiększonego ryzyka. O grupie ryzyka mówimy, gdy mamy w wywiadzie rodzinnym duże obciążenie chorobą psychiczną, a także objawy zwiastunowe, podobnie jak w przypadku wszystkich innych chorób. Mając przed sobą młodą osobę z zaburzeniami emocjonalnymi, ustalając diagnozę i wahając się czy są to problemy adolescencyjne, lękowe, czy początki schizofrenii, warto zapytać, czy w jej rodzinie nie było osób z chorobą psychiczną i wykonać badania neuropsychologiczne. Może to przyczynić się do szybszego rozpoznania i leczenia choroby.

Redakcja: Czy sam stres jest w stanie wywołać chorobę psychiczną?

Prof. Alina Borkowska: Jak wspomniałam wcześniej, stres jest bardzo istotny w wystąpieniu pierwszego epizodu choroby oraz w jej obrazie klinicznym i przebiegu. Nigdy jeden czynnik nie jest w stanie wyzwolić choroby, ale jeśli nadmierny stres, przekraczający możliwości adapta-

cyjne jednostki nałoży się na biologiczną predyspozycję do zachorowania, zwiększa się wówczas ryzyko rozwoju zaburzenia. Warto też wspomnieć, że hormon stresu, którym jest kortyzol uszkadza neurony hipokampa – struktury mózgu związanej z funkcjami poznawczymi, szczególnie pamięcią i przetwarzaniem informacji emocjonalnych. To jest jedną z przyczyn tak częstego występowania dysfunkcji poznawczych w chorobach psychicznych.

Redakcja: Czy wyróżnia się grupy etniczne czy zawodowe szczególnie narażone na pojawienie się zaburzeń psychicznych?

Prof. Alina Borkowska: Rozpowszechnienie chorób psychicznych na całym świecie jest mniej więcej podobne. Oczywiście w Skandynawii zauważono częstsze występowanie depresji sezonowej oraz uzależnień od alkoholu, co wiązano z brakiem światła. Nie ma grupy etnicznej mniej narażonej na choroby psychiczne, jak schizofrenia, czy choroba afektywna dwubiegunowa. Możemy raczej przyjąć, że są grupy osób bardziej narażone na wystąpienie problemów psychicznych. W prowadzonych przez nas badaniach nad pewnymi cechami osobowościowymi i temperamentem doszliśmy



zespół Katedry i Zakładu Neuropsychologii Klinicznej wraz z kierownikiem - prof. dr hab. Aliną Borkowską

do wniosków, że osoby twórcze, kreatywne, potrafiące osiągać sukcesy, obdarzone talentem (artyści, podróżnicy), potrafiący wiele i z pasją poświęcić dla określonego celu – częściej mają predyspozycje do zaburzeń psychicznych, zwłaszcza do choroby afektywnej dwubiegunowej. Nasze badania wykazały, że jeden z wariantów genu BDNF związany z predyspozycją do choroby afektywnej dwubiegunowej, jest jednocześnie związany z lepszymi funkcjami poznawczymi. Udowodniliśmy też asocjację pomiędzy niektórymi cechami temperamentu, a określonym funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych i podejmowaniem decyzji ryzykownych.

Redakcja: Na czym polega choroba afektywna dwubiegunowa?

Prof. Alina Borkowska: Ma ona wiele różnych form. Zasadniczo charakteryzuje się występowaniem dwóch stanów: depresji i manii lub hipomanii. W ciężkich postaciach tej choroby okresy depresji i tzw. mieszane wiążą się z ryzykiem prób samobójczych, zaś w okresach manii chory ma świetny nastrój i poczucie satysfakcji z życia. Bywa jednak i tak, że w manii myśli przebiegają w takim tempie, że próba ich artykulacji jest mało możliwa, co czyni treści wypowiedzi dla rozmówcy zupełnie niezrozumiałe. W okresie hipomaniakalnym chorzy potrafią podjąć wiele decyzji nagłych, popartych emocjami zupełnie niezrozumiałymi dla innych. Interesującą lekturę może stanowić książka „Niespokojny umysł” prof. psychiatrii i psychologii Kay Jamison, która opisuje w niej swoje własne doświadczenia chorobowe. Odnosi się zarówno do koszmaru depresji, jak i doznań maniakalnych. Mając np. przekonanie o swych niezwykłych talentach, zdarzyło jej się nieproszonej wdrzeć na przyjęcie organizowane przez rektora uniwersytetu i pomimo wypraszania, uważała, że jest gwiazdą wieczoru. Sama miałam pacjenta, który w okresie hipomanii dokonywał transakcji handlowych na szeroką skalę, wywołując w efekcie niezłe zamieszanie. Interesujące, że nikt nie śmiał zapytać go o dokumentację, wiarygodność, co oznacza – że był bardzo przekonujący. Kolejna pacjentka – artystka za uzyskany kredyt mieszkaniowy zniecka dokonała zupełnie niepotrzebnych zakupów, inna pacjentka zdążyła przed hospitalizacją zaciągnąć kilkadziesiąt ogromnych w stosunku do jej możliwości kredytów.

Redakcja: Czy można zatem przypuszczać, że część wyczynów niektórych artystów jest efektem owych wyzów?

Prof. Alina Borkowska: Zdecydowanie tak. Analiza biografii artystów często wskazuje na to, że wraz z depresją przychodziły okresy milczenia, po czym następowały chwile dużej płodności. Badała to m.in. wspomniana prof. Jamison, autorka doskonałej książki „Touch with fire” o związku kreatywności i świata artystycznego z chorobą psychiczną. Wielu artystów leczyło się psychiatrycznie lub zakończyło życie przedwcześnie. Przywołajmy nazwiska Byrona, Charliego Parkera, Mozarta, van Gogha.

My prowadzimy badania w szczególności nad temperamentem afektywnym, którego niektóre cechy mogą wiązać się z predyspozycją do zachorowania na choroby psychiczne. Badamy związek pomiędzy cechami temperamentu, a stylem podejmowania decyzji, bardziej lub mniej ryzykownym. Zajęliśmy się grupami zawodowymi lekarzy, ratowników medycznych i pilotów.

Redakcja: To bardzo na czasie...

Prof. Alina Borkowska: Owszem, chociaż badania wykonaliśmy jeszcze przed katastrofą w Smoleńsku. Analizowaliśmy grupę 30 pilotów wojskowych. Stwierdziliśmy, że inaczej niż w populacji ogólnej pojawia się u nich nadreprezentacja temperamentu hipertymicznego związanego z bystrością, wytrwałością, otwartością, pewnością siebie, nie obawianiem się podejmowania decyzji. Po przeprowadzeniu testu Iowa Gambling Task okazało się, że im większe nasilenie cech hipertymicznych w TEMPS-A, tym większa tendencja do podejmowania decyzji ryzykownych. Stwierdziliśmy też asocjację pomiędzy większą liczbą wylatanych godzin, a bardziej ryzykownymi decyzjami. Badaliśmy również funkcje kory czołowej przy pomocy prostego testu Stroopa, sprawdzającego reakcje na informacje niezgodne. Im mniejsza zdolność detekcji konfliktowych sytuacji, tym większa tendencja do ryzyka. Proces decyzyjny zależy od wielu czynników, przede wszystkim od współdziałania kory przedczołowej grzbietowo-bocznej, odpowiedzialnej za ocenę sytuacji, nadanie znaczenia informacjom dopływającym, oraz brzuszno-przyśrodkowej, odpowiedzialnej za ostateczne (prawdopodobnie emocjonalne) podjęcie decyzji. Okazuje się, że zwrot w tej ostatniej kwestii przynosi impuls, wynikający z własnego doświadczenia. Uważamy, że piloci powinni być badani również pod względem sprawności funkcji czołowych oraz cech temperamentu afektywnego.

Redakcja: Czy psycholog patrzy na druzgoc człowieka inaczej?

Prof. Alina Borkowska: Nie sędzę. Psycholog w pracy zastanawia się nad diagnozą, natomiast w życiu prywatnym kierujemy się własnymi zasadami i preferencjami. Ja staram się patrzeć na ludzi dając im kredyt zaufania i nie oceniając. Dzięki temu spotykałam wielu bardzo wartościowych ludzi, ale także takich warte zaufania i włożonej w nie pracy. W każdym zawodzie mamy osoby uczciwe i nieuczciwe, dobre i mniej dobre, otwarte i manipulujące. Moim zdaniem dobry psycholog powinien mieć cechy empatyczne, umieć postawić się w sytuacji drugiej osoby, jednocześnie nie oceniając jej. Dużo szkody może narobić psycholog czy psychiatra o cechach psychopatycznych i manipulujących.

Redakcja: W jaki sposób dobiera Pani Profesor nowych współpracowników? Jakie cechy charakteru predysponują dobrego psychologa i psychiatrę?

Prof. Alina Borkowska: Nie ma idealnych cech predysponujących do pracy naukowej, ale niezbędna jest w niej konsekwencja, wytrwałość, ciekawość poznawcza i uczciwość. Większość moich asystentów to ludzie bardzo zdolni, pracowici, z dużą ciekawością poznawczą, choć nie zawsze starcza im konsekwencji, by przełożyć efekty pracy na obliczenia statystyczne i publikacje. Ludzi zdolnych jest wielu, ludzi zdolnych i pracowitych mniej, a ludzi zdolnych, pracowitych i z intuicją jeszcze mniej. Poza tymi cechami zawsze chciałam żeby były to osoby empatyczne i niekoniecznie zorientowane tylko na własną karierę. A przede wszystkim cenię sobie uczciwość, zarówno w kontaktach z pacjentem, jak i w badaniach. Myślę, że mój zespół spełnia te dość wysokie oczekiwania. W większości są to bardzo młodzi naukowcy, ale potrafiący określić swoje miejsce w nauce, już mają dobre osiągnięcia międzynarodowe i potrafią odpowiedzialnie prowadzić bardzo wyrafinowane badania naukowe. Mam nadzieję, że pomimo sukcesów osobistych i naukowych pozostaną wrażliwymi ludźmi z pewnym dystansem do siebie i swoich osiągnięć. W nauce bowiem bardzo ważna jest także pokora.

Redakcja: Jak wygląda wykształcenie osób zatrudnionych w Katedrze?

Prof. Alina Borkowska: Głównie są to psychologowie i lekarze, w tym jeden specjalista psychiatry (dr Wiktor Drózd), dwóch w trakcie specjalizacji w kierunku kardiologii (Maciej i Krzysztof), Marta, Marcin, Martyna, Gosia i Joanna są psychologami, Łukasz

i Natalia to prawnicy specjalizujący się w procesach decyzyjnych, a nad wszystkim czuwa najważniejsza dla nas wszystkich osoba – Iwona Miklasz, bez której organizacja całej pracy byłaby bardzo trudna. Staramy się też o przyjęcie osoby po studiach w Getyndze o dużym doświadczeniu w badaniach neurobiologicznych i neuroobrazowaniu.

Redakcja: Jak w tej chwili przedstawia się struktura Zakładu i jego lokum?

Prof. Alina Borkowska: Z czasem będziemy myśleli o rozwijaniu nowych Zakładów w ramach katedry, dr W. Drózdź jest w trakcie habilitacji, więc w przyszłości myślimy o Zakładzie Neurofizjologii Kognitywnej pod jego kierownictwem, mam nadzieję, że w przyszłości będzie można powołać także inne specjalistyczne jednostki w ramach Katedry.

Redakcja: W Zakładzie realizowaliście i realizujecie wiele grantów badawczych ministerialnych, międzynarodowych i pomocowych, m.in. grant „Zaburzenia ruchów gałek ocznych w schizofrenii”, „Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej w aspekcie genetyczno-molekularnym”, czasami we współpracy z ośrodkami poznańskimi...

Prof. Alina Borkowska: Z pewnością nie byłoby tej Katedry bez współpracy z innymi. Kiedyś badania genetyczne opierały się o współpracę z AM w Poznaniu, w tej chwili jesteśmy samowystarczalni. Prof. Andrzej Tretyn stworzył Pracownię Genetyki Kognitywnej. Zakończyliśmy już jeden wspólny grant pomostowy, otrzymaliśmy i realizujemy ministerialny grant poświęcony dysfunkcjom poznawczym w kontekście neurobiologii i genetyki molekularnej u osób z patologiczną otyłością. Realizujemy już pewne prace zakończone dobrymi publikacjami. Ponadto współpracujemy z endokrynologią w badaniach metabolicznych, mamy program z kardiologią, neurochirurgią, a także z dermatologią i chirurgią oraz wspólne prace z geriatrią. Aktualnie mgr Jaracz kończy grant promotorski, dzięki któremu powstała bardzo interesująca praca nt. procesów decyzyjnych.

Redakcja: Często współpracujecie Państwo z ośrodkami zagranicznymi, np. z Cambridge Electronics w Wielkiej Brytanii w zakresie opracowywania skryptów neurofizjologicznych. Skąd tak aktywna współpraca z zagranicą?

Prof. Alina Borkowska: Oprócz naukow-

ców z Cambridge, z którymi działamy od wielu lat i m.in. opracowaliśmy skrypty do obliczeń funkcji ruchów gałek ocznych, i z którymi jesteśmy w stałym kontakcie, współpracujemy żywo z Uniwersytetem Kalifornijskim, zwłaszcza z prof. Hagopem Akiskalem, jednym z najwybitniejszych specjalistów w zakresie choroby afektywnej dwubiegunowej. Również ciekawa współpraca łączy nas z Uniwersytetem Jacksonville w Missisipi z najlepiej funkcjonującym bankiem mózgow, gdzie zajmują się badaniami morfometrycznymi. Rozwinęliśmy świetny kontakt z prof. Grażyną Rajkowską, która pochodzi z Krakowa i prof. Craigiem A. Stockmeierem. Niedawno zakończyliśmy grant z wieloma krajami europejskimi EU-FEST dotyczący leczenia pierwszego epizodu schizofrenii. Aktualnie zaprosiliśmy do nas prof. Lipską z NIMH. Z ośrodkiem tym będziemy ściślej pracować w ramach programów genetycznych.

Redakcja: Publikujecie Państwo w czasopiśmie „z najwyższej półki”, mogąc się pochwalić imponującym dorobkiem piśmienniczym z wysokim Impact Factor. Gdzie ogłaszacie swoje doniesienia najczęściej?

Prof. Alina Borkowska: Dzięki współpracy zagranicznej, konferencjom, wykładom staliśmy się widoczni na świecie, co zaowocowało zaproszeniem do organizacji sesji międzynarodowych, konferencji oraz dobrymi publikacjami. Staramy się o prace własne, spełniające standardy światowe, niekoniecznie wspólne z ośrodkami zagranicznymi. Ostatnio co prawda zamieściliśmy w Journal of Affective Disorders pracę poświęconą polskiej walidacji skali TEMPS-A we współpracy z Uniwersytetem Kalifornijskim z prof. Akiskalem, który jest autorem skali. Nasze publikacje ukazały się w różnych piśmie, jak Biological Psychiatry, J. Affective Disorder., Psychiatry Research, Psychiatric Genetics, J. of Neural Transmission, Neuropsychobiology. Molecular Psychiatry i inne. Na jedną z publikacji w dobrym czasopiśmie czekaliśmy trzy lata. Największy nasz IF wyniósł 11.

Redakcja: Co sądzi Pani Profesor o neuropsychologii w Polsce?

Prof. Alina Borkowska: Niestety, nie jest z nią najlepiej. Neuropsychologów polskich można policzyć na palcach obu rąk. Większość z nich uzyskała specjalizację z neuropsychologii i pracuje w klinikach neurologicznych, najczęściej zajmując się chorobami OUN, głównie

otępiennymi i stanami poudarowymi. Samodzielnych pracowników z neuropsychologii jest w ogóle garstka. Tutaj trzeba wspomnieć o ośrodku warszawskim, prof. Anna Grabowska, prof. Danuta Kądziaława, chociaż tam przede wszystkim uprawia się naukę. Jeśli chodzi o stronę naukowo-kliniczną na Uniwersytecie w Gdańsku pracuje prof. Gabriela Chojnacka-Szawłowska i dr Dariusz Wiczorek. Także w Polskiej Akademii Nauk jest kilka osób, głównie naukowców, którzy zajmują się np. nowoczesnym podejściem do udarów mózgu. Na tle Europy pod względem leczenia i rehabilitacji wyglądamy źle, pod względem nauki nieco lepiej. Publikują w tej dziedzinie przede wszystkim ośrodki w Poznaniu, Warszawie, Gdańsku i Bydgoszczy.

Poważnym mankamentem w Polsce jest fakt, że w większości klinik neurologicznych i rehabilitacyjnych, gdzie poddaje się terapii osoby po udarach, urazach mózgu w ogóle nie ma diagnostyki neuropsychologicznej, nie wspominając o terapii. Opracowaliśmy kilka metod rehabilitacyjnych, które przekazujemy pacjentom w wersji komputerowej do domu, by mogli sami pracować.

Redakcja: A szerzej – co sądzi Pani Profesor o stanie nauki polskiej?

Prof. Alina Borkowska: Najczęściej biorę udział w kongresach dotyczących psychiatrii, neurobiologii, neuropsychologii i genetyki, więc widzę, że jesteśmy widzialni w genetyce, neurobiologii. Niestety, część badaczy nosi polskie nazwiska, np. prof. Rajkowska, czy prof. Lipska, ale pracują od dawna w Stanach Zjednoczonych. Widać także naszą genetykę psychiatryczną – przede wszystkim prof. Joannę Hauser i jej zespół z Poznania. W raporcie publikowanym w Molecular Psychiatry dotyczącym aktywności publikacyjnej w dziedzinie psychiatrii w Polsce zajęliśmy drugie miejsce po Katedrze Psychiatrii w Poznaniu, co jest całkiem dobrym wynikiem. Oczywiście w Stanach Zjednoczonych zespoły badawcze mają nieporównywalnie większe możliwości finansowe i sprzętowe, co powoduje znacznie lepsze możliwości badań.

Redakcja: Nie omijają Państwa zajęcia dydaktyczne. Zakład prowadzi je z zakresu psychologii ze studentami Collegium Medicum (Wydziału Nauk o Zdrowiu) oraz szkolenia podyplomowe w zakresie psychiatrii i psychologii oraz psychosomatyki. W jakiej proporcji kształtuje się dydaktyka wobec badań naukowych?

Prof. Alina Borkowska: Dydaktyka jest naszym chlebem powszednim, od liczby godzin dydaktycznych zależą u nas możliwości zatrudnienia asystentów i studentów studiów doktoranckich. Jest ona dla nas niezwykle istotna, chociaż nie wszystkie znaczące osiągnięcia możemy studentom zaprezentować. Od tego roku prowadzimy też zajęcia z zakresu neuropsychologii i genetyki kognitywnej na kierunku Kognitywistyka, oczywiście głównie pracujemy ze studentami wszystkich kierunków Wydziału Nauk o Zdrowiu. Nie dotyczy to jednak Wydziału Lekarskiego. Nie oznacza to, że studenci tego wydziału nie są zainteresowani naszymi badaniami, o czym świadczy ich aktywny udział w kole naukowym neuropsychologicznym. Możemy pochwalić się, że prezentują oni prace na konferencjach i zdobywają nagrody.

Prowadzimy także staże dla psychologów specjalizujących się w zakresie psychologii klinicznej.

Redakcja: Pani Profesor pełni również obowiązki specjalisty wojewódzkiego z zakresu psychologii klinicznej...

Prof. Alina Borkowska: Wiele czasu zajmuje mi praca na rzecz nadzoru specjalistycznego. Jako konsultant wojewódzki mam obowiązek dbać o przyzwoity standard świadczeń psychologicznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego,

co nie jest zadaniem łatwym z powodu braku uregulowań prawnych zawodu psychologa w Polsce.

Redakcja: Niejednokrotnie zdobywaliście Państwo nagrody na arenie krajowej i międzynarodowej...

Prof. Alina Borkowska: W 1997 otrzymałam I nagrodę PTP za pracę doktorską, w 1997 - główną nagrodę Komitetu Naukowego Lubelskich Spotkań Naukowych za pracę „Zaburzenia liniowych ruchów gałek ocznych w schizofrenii”; w 2000 roku - nagrodę Komitetu Naukowego Konferencji „Farmakoterapia, Psychoterapia i Rehabilitacja Zaburzeń Afektywnych” w Zakopanem za pracę „Neuropsychologiczna ocena dysfunkcji poznawczych u chorych na chorobę afektywną jedno i dwubiegunową”; w tymże 2000 r. - nagrodę 13th Congress European College of Neuro-psychopharmacology w Monachium za wspólną z prof. Januszem Rybakowskim pracę „The effect of atypical vs typical antipsychotic drugs on the results of neurocognitive tests in schizophrenic patients” a w 2002 roku - Nagrodę Rektora III stopnia. W 2005 roku wraz z zespołem poznańskim zdobyliśmy nagrodę 15th Congress European College of Neuropsychopharmacology w Barcelonie za pracę „Cytosolic phospholipase A2 gene polymorphism and eye movement disturbances in schizophrenia”. W 2008 r.

otrzymałam Medal Komisji Edukacji Narodowej; także w 2008 r. - I nagrodę kongresu SOBP w New Delhi za pracę posterową (Dróżdż i Borkowska) oraz Nagrodę Rektora II stopnia.

Redakcja: Alina Borkowska prywatnie...

Prof. Alina Borkowska: Prywatnie staram się być normalnym człowiekiem, o ile to możliwe. Bardzo szanuję czas, mam go niewiele, więc go nie zabijam ani nie spędzam. Staram się wolne chwile przeznaczyć na spotkania z rodziną lub przyjaciółmi (na szczęście ich mam). Moja córka Kasia mieszka w Bydgoszczy i widujemy się często, chociaż bardzo zajmuje ją praca w banku. Jest dobrym specjalistą od spraw bardzo istotnych, ale których niestety nie rozumiem. Drugie dziecko - Agnieszkę widuję rzadziej, ale częściej się z nią kontaktuję w sprawach naukowych (jest psychologiem po doktoracie, aktywnie pracuje naukowo). Obie mają fajne rodziny.

Lubię dobrą muzykę i film, dużo czytam, głównie w czasie podróży lub po wieczornym wyłączeniu komputera.

To wszystko co mam do zeznania

Redakcja: Serdecznie dziękujemy za rozmowę.

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



zespół Katedry i Zakładu Neuropsychologii Klinicznej wraz z kierownikiem - prof. dr hab. Aliną Borkowską

Znaki

Wojciech Szczęsny



Wiosna tego roku obfitowała w wydarzenia jak chyba dawno już nie. Najpierw tragedia smoleńska. Dla mnie już zawsze będzie się wiązała z konferencjami naukowymi. Byłem w Warszawie na „Gastro Update” gdy około 10. 00 ktoś przerwał wykład prof. Adama Dzikiego z Łodzi i powiedział: „proszę państwa, Prezydent Polski nie żyje”. Potem w drodze do Bydgoszczy minęło mnie kilkanaście samochodów na sygnale podążających od strony Gdańska do Warszawy. Z godziny na godzinę dzięki informacjom radiowym rysował się obraz tragedii. Potem wiele godzin przed telewizorem. Muszę powiedzieć, że byłem dumny z tego jak doskonale zorganizowano to wszystko. Jak nie w Polsce..., jakby ktoś to ćwiczył wiele razy, te przejazdy przez całe miasto, morze kwiatów, zniczy, spokój, opanowanie. Ale nie do końca.

Pierwszy zgrzyt gdzie ma być pochowany Prezydent. Czy na Wawelu czy na Powązkach, czy może jeszcze gdzieś indziej. Demonstracje, naciski, wypowiedzi. Jak można klócić się nad trumną o miejsce pochówku? Ale u nas to nie nowość. Przypomnę pogrzeby Waldorfa, Miłosza, a nawet Piłsudskiego. My uwielbiamy trumny, kurhany, masowe groby. Tam już nie leżą ludzie ale idee tych, którzy nimi grają. Ten był homoseksualistą, tamten coś napisał, ów coś podpisał z przyłożoną do głowy łufą. Ten był za święty, tamten ateistą. Nie ważne testamenty, ostanie wole, wola rodziny. Trumny są nasze. Jak Rzeczpospolita.

Tymczasem tragedia smoleńska żyje

własnym życiem. Są jakby dwa nurty. Pierwszy to egzegeza nadprzyrodzona, drugi chęć spokojnego i racjonalnego wyjaśnienia wszelkich okoliczności. Może jedno zdanie o drugim. Mam dziwne wrażenie, że nawet gdyby z matematyczną precyzją, sekunda po sekundzie odtworzono wszystko, nadal będą głosy (poparte relacjami „świadków”) o zderzeniu z samolotem rosyjskim (rzecz jasna celowo, a tamten odleciał bez szkody), złym naprowadzaniu na pas, dobijaniu tych którzy przeżyli (jest przecież na tę okoliczność film). Próby przekonania głosicieli owych teorii, że nie mają racji, zakończą się wypowiedzią mniej więcej taką: „Panie, Ruscy zawsze coś ukrywali, a poza tym wie pan i tak nie dowiemy się jak było, ale mówię panu, że tak było jak mówię”.

W pierwszy nurt włączył się prof. Aleksander Nalaskowski z Wydziału Nauk Pedagogicznych UMK. W toruńskich „Nowościach” w cotygodniowym felietonie stwierdza, że katastrofa jak i powódź to znaki dane nam jak zrozumiałem od Boga. Profesor dopuszcza fakt, że ktoś może uznać owe zjawiska za przypadek, ale wtedy jak pisze „... każdy z nas jest tylko z przypadku. Wystarczy wykreślić miłość rodziców i zamienić ją w przypadkową prokreację.” No cóż przyznam, że właśnie tak myślę. O nie, nie zmierzam skreślać miłości moich rodziców!

Ale... Już uczeń gimnazjum wie, że w jednym ejakulacie jest około 100 mln plemników. A więc moje (takiej niepotwarzalnej jednostki gatunku Homo sapiens) życie jest już w tym momencie przypadkiem jak 1: 100.000.000. Idźmy dalej. Gdyby pewnego październikowego wieczoru 1960 roku mój ojciec postanowił dłużej posłuchać Wolnej Europy (słuchał a owszem, zaś telewizor kupili Rodzice w kwietniu 1961) też by nie było mnie takim, jakim jestem dziś. Gdyby moja mama nie odwiedziła około 1953 roku swojej siostry w miejscowości Dęblin (tam poznała ojca) też by mnie nie było. Mogła przecież pojechać tydzień później. Gdyby mój ojciec po studiach w owych stalinowskich czasach nie został wcielony do wojska i znalazł się w jednostce w Dęblinie jako lekarz. Gdyby... Pisać dalej? Sapienti sat. Miłość? Tak jest ważna. Dla mnie też. Ale, znam kochającą się parę, które nie mają dzieci. Znam też ludzi, którzy nienawidzą się wzajem,

a posiadają wspólne potomstwo i wreszcie znam dzieci, które są owocem spotkania (jednorazowego) na dyskotecę (tu ewentualnie można powiedzieć o miłości „od pierwszego wejrzenia”).

Wypadek jest zawsze zbiegiem wielu przypadków, a nie znakiem czy czymś podobnym. Rzecz jasna można interpretować wszystko w kategoriach „znaków”. Mózg ludzki jest tak skonstruowany, że wręcz potrzebuje wyjaśnień zjawisk, a jeśli chwilowo nie ma takowych realnie, sam je tworzy. Doszukujemy się tego, co znamy lub, w co wierzymy. Przykładem są wizerunki świętych na brudnych szybach czy korze drzew. Doskonale pisze o tym Umberto Eco w „Wahadle Foucault’a”. Jak pamiętam jeden z bohaterów pokazuje innemu kiosk, w którym sprzedawano losy „Lotto” i mówi coś w tym sensie: „Czy uwierzy pan, że długość boku tego kiosku jest idealnie jedną miliardową odległości Ziemi od Słońca? Czy to nie znak?”

Miałem kiedyś poważną kraksę samochodem. Nie dopatruję się w tym znaku od Boga czy diabła. Był listopad, oblodzona szosa (tylko w tym miejscu, bo obok było jezioro) a ja jechałem pewnie za szybko. Tylko tyle. Przeżyłem. Znak? Nie, nauczka. Jeżdżę teraz ostrożniej zwłaszcza nad ranem w listopadzie, koło jeziora.

Pan Profesor, jak już wspomniałem, widzi też znak w powodzi. Ja widzę skutek co najmniej 13-lenich zaniedbań (rządy wszystkich opcji!) w realizacji planów zapobieżenia nieszczęściu jakie spotkało nas w 1997. Kto pozwolił budować nowe bloki na wrocławskim Kozanowie zalany wówczas doszczętnie? A może zamiast organizować Euro 2012 trzeba było wzmocnić wały? Miał finansować z budżetu państwa (moje i Pana Profesora podatki) partie polityczne wybudować zbiornik retencyjny? Tak to są znaki, ale tego co nasi zachodni sąsiedzi nazywają „Polnische Wirtschaft”.

I chyba ma racje Jan z Czarnolasu pisząc:

*„Ciesz mi ten rym:
Polak mądr po szkodzie:
lecz jeśli prawda i z tego nas zbodzie,
nową przypowieść Polak sobie kupi,
że i przed szkodą, i po szkodzie głupi.”*

dr Wojciech Szczęsny jest starszym wykładowcą w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej

Kryteria oceny parametrycznej jednostki naukowej w 2010 roku

Małgorzata Białobłocka

Ustalane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego punktowanie publikacji naukowych od lat podlega dynamicznym zmianom. I tak na podstawie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 maja 2010 r., w sprawie kryteriów i trybu przyznawania oraz rozliczania środków finansowych na działalność statutową zmieniające przepisy z roku 2009 weszły w życie nowe zasady dotyczące punktowania publikacji naukowych. Rozporządzenie to jest dostępne na stronie internetowej Ministerstwa: <http://www.nauka.gov.pl>, na której można także przeczytać dotyczącego komentarz i wyjaśnienia Ministra. Główne zmiany dotyczą punktacji czasopism.

Publikacje recenzowane

1. Publikacja w czasopiśmie wyróżnionym w JCR (Lista A Ministerstwa) - 13-40 pkt.
2. Publikacja w recenzowanym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym wymienionym w wykazie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Lista B) - 1-9 pkt.
3. Redaktor naczelny czasopisma będący pracownikiem ocenianej jednostki otrzymuje podwójną liczbę punktów przypisanych danemu czasopismu.

Kryteria przyznawania punktacji

„Oceniana jednostka otrzymuje punkty przewidziane dla danej publikacji w zależności od liczby autorów. Publikacja może być oceniana jako dorobek jednostki, jeżeli autor (współautor, redaktor) podaje w publikacji afiliację w tej jednostce. W przypadku publikacji wieloautorskiej, w której występuje co najwyżej 10 autorów, z których co najmniej jeden wykazuje afiliację w jednostce, waga z jaką jednostce przyznane są punkty za tę publikację, wynosi 1. W przypadku publikacji o liczbie autorów przekraczającej 10, waga z jaką jednostce przyznane są punkty za tę publikację równa jest 1, jeśli co najmniej połowa autorów wykazuje afiliację w jednostce, 1/2 - jeżeli mniej niż 50%, ale nie mniej niż 10% autorów wykazuje afiliację w jednostce, i 1/4 - jeżeli mniej niż 10% autorów wykazuje tę jednostkę”. (Dziennik Ustaw 2010 nr 93, poz. 599)

Zwracamy uwagę, że czasopisma polskie, nie umieszczone na liście Ministerstwa, nie są w ogóle punktowane. Ponadto za publikacje nie uznaje się: suplementów, zeszytów specjalnych, materiałów konferencyjnych, artykułów popularnonaukowych, komentarzy.

Szczegółowe dane dotyczące zasad oceny parametrycznej jednostek naukowych i osób indywidualnych, jak i lista czasopism punktowanych są dostępne na stronie Biblioteki Medycznej w zakładce Bibliometria, a także na stronie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Oprócz listy czasopism punktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego czasopisma Europy Środkowej i Wschodniej podlegają ocenie Index Copernicus Journals Master List (JML). Lista czasopism Index Copernicus za rok 2009 jest

udostępniana na stronie <http://www.indexcopernicus.com>. Poza tym wersja drukowana IC Journal Master List za lata 2001-2008 pozostaje do wglądu w Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych Biblioteki Medycznej.

Dostęp do Journal Citation Reports

Od czerwca 2010 roku w ramach Wirtualnej Biblioteki Naukowej finansowanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego umożliwiono dostęp do Journal Citation Reports, listy czasopism z Impact Factor. Pozwala on czytelnikom na samodzielną kontrolę wartości wskaźnika Impact Factor danego czasopisma lub grupy czasopism. Baza udostępniona jest na stronie Biblioteki w zakładce Bibliometria jako „Najnowszy Impact Factor”.

Informacje dotyczące poszczególnych czasopism i ich wartości IF można także uzyskać w Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych poprzez kontakt osobisty, telefoniczny lub za pomocą poczty elektronicznej.

Zarejestrowane w bazie prace otrzymują należną im punktację obowiązującą dla roku ich opublikowania:

1. dla prac opublikowanych do roku 2001 podstawą jest Index Copernicus Master List 2000,
2. dla prac opublikowanych w latach 2002-2004 obowiązuje punktacja KBN zgodna z listą czasopism Index Copernicus Master List, aktualną w roku ukazania się publikacji,
3. dla prac opublikowanych w latach 2005-2007 obowiązuje Lista Ministerstwa opublikowana w 2005 roku,
4. dla prac opublikowanych w 2008 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2008 roku,
5. dla prac opublikowanych w 2009 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2008 roku
6. dla prac opublikowanych w 2010 roku obowiązuje Lista Ministerstwa z 2008 roku oraz uzupełnienia wykazu odpowiednio za rok 2009 i 2010
7. wskaźnik IF (Impact Factor) nadawany jest z rocznym opóźnieniem; po ukazaniu się edycji właściwej dla danego roku, wskaźnik jest aktualizowany.
8. Wartość IC (Index Copernicus) podawana jest wedle zasady - rok publikacji zgodny z rokiem edycji Index Copernicus Journals Master List. Wartość IC za prace opublikowane do roku 2001 podawana jest w oparciu o Index Copernicus Journals Master List 2000.

Przygotowanie wykazu i analizy bibliometrycznej o nadanie stopnia doktora habilitowanego i tytułu profesora

Jeśli chodzi o przygotowanie przez Sekcję Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych wykazu publikacji dla pracowników CM UMK lub jednostki organizacyjnej, nie ma konieczności wysyłania oficjalnego pisma, wystarczy nawiązanie kontaktu osobistego lub telefonicznego.

Osoby ubiegające się o stopień doktora habilitowanego bądź profesora, a także zgłaszające się z prośbą o przygotowanie wykazu publika-

cji lub sporządzenie analizy bibliometrycznej całego dorobku, proszone są o kontakt z Sekcją Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych na dwa tygodnie przed wyznaczonym terminem złożenia dokumentów w dziekanacie.

Materiały bibliograficzne

Zgodnie z zarządzeniem rektorskim Sekcja Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych prosi o dostarczanie publikacji niezwłocznie po ich opublikowaniu, osobiście lub pocztą wewnętrzną Collegium Medicum (w tym przypadku prosimy o kserokopie lub oryginały do wglądu) bądź pocztą elektroniczną na adres: bibliografia@cm.umk.pl (skany w formacie PDF). Materiały w formie drukowanej można przekazywać Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych, mieszczącej się w pokoju nr 19 (I piętro) w budynku Biblioteki Medycznej, natomiast po godz. 15.00 - pozostawiać w Dziale Udostępniania Zbiorów w Bibliotece Medycznej.

Dorobek naukowy pracowników dostarczany do Biblioteki Medycznej powinien zawierać:

1. W przypadku artykułów i streszczeń zjazdowych: okładkę czasopisma ze wszystkimi danymi (rok wydania, numer, w przypadku zjazdu - informacje dotyczące wszystkich danych na ten temat, czyli nazwę, tytuł, datę i miejsce zjazdu); cały artykuł lub streszczenie z widocznymi numerami stron.
2. W przypadku fragmentów z książek: okładkę, stronę tytułową oraz stronę redakcyjną (redaktorzy, rok, miejsce i numer wydania); cały fragment z widocznymi numerami stron.
3. W przypadku książek, których autorami lub redaktorami są pracownicy Collegium Medicum: okładkę, stronę tytułową, stronę redakcyjną (redaktorzy, rok, miejsce i numer wydania) oraz spis treści lub całą książkę (do wglądu).

Informujemy, że dostarczenie odbitki kserograficznej pracy, która została opublikowana w wydawnictwach znajdujących się w zbiorach Biblioteki Medycznej nie jest konieczne. Wystarczy przekazać informację o publikacji Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych pocztą elektroniczną lub telefonicznie pod numerem: (052) 585-35-06. W przypadku prac, które ukazały się jedynie w wersji elektronicznej, należy wskazać adres internetowy zarówno samego dokumentu, jak i źródła publikacji.

Aby uniknąć nieporozumień przypominamy, że w przypadku książek oraz fragmentów monografii należy pamiętać również o dostarczeniu zaświadczenia od wydawcy o ilości znaków w danej publikacji (książka - wymagany limit 120 tysięcy znaków, natomiast rozdział w książce - 20 tysięcy znaków, wraz ze spacjami i znakami graficznymi).

Biblioteka Medyczna będzie wdzięczna autorom lub redaktorom monografii za podarowanie książki do zbiorów Biblioteki Medycznej.

mgr Małgorzata Białobłocka jest kierownikiem Sekcji Bibliografii i Analiz Bibliometrycznych Biblioteki Medycznej

UMK w czołówce

Uniwersytet Mikołaja Kopernika należy do pięciu najlepszych uniwersytetów w kraju. Kolejny rok z rzędu utrzymał tę pozycję w rankingu miesięcznika „Perspektywy” i dziennika „Rzeczpospolita”.

Coroczny ranking przygotowany jest m.in. na podstawie szczegółowych informacji o uczelni, danych z ministerstwa nauki, opinii studentów, znawców szkolnictwa wyższego i pracodawców. Największym

atutem UMK jest jego potencjał naukowy. Najwyższą liczbę punktów otrzymaliśmy za oceny parametryczne, liczbę publikacji, liczbę uprawnień do doktoryzowania i nadawania habilitacji, rozwój naukowy kadry. Aż 91 punktów na sto przyznano za warunki korzystania ze zbiorów biblioteki (same zbiory także oceniono bardzo wysoko). Najwięcej do poprawienia jest w kwestii umiędzynarodowienia studiów, w tym zwiększenia liczby studentów z zagranicy.

Wyniki rankingu zostały ogłoszone 13 maja na uroczystości w Warszawie. Najlepszym uniwersytetem w kraju okazał się tym razem Uniwersytet Warszawski, który wyprzedził prowadzący w ubiegłych latach Uniwersytet Jagielloński. Na kolejnych miejscach znalazły się uniwersytety w Poznaniu i Wrocławiu. W zestawieniu wszystkich szkół publicznych w Polsce UMK znalazł się na 11 miejscu.

dk

TwójDNA.pl

Zakład Genetyki Molekularnej i Sądowej Collegium Medicum od niedawna wykonuje badania genetyczne na zlecenie osób prywatnych. Badanie DNA obejmuje m.in. badanie ojcostwa. Szczegółowe informacje na temat badania DNA można znaleźć w nowym serwisie internetowym TwójDNA.pl

Serwis TwójDNA.pl jest skierowany do osób zainteresowanych wykonywanymi przez Zakład badaniami genetycznymi np. badaniami ojcostwa, badaniami pokrewieństwa, identyfikacją śladów biologicznych czy analizą rodowodu.

„Do tej pory najwięcej badań wykonywaliśmy dla jednostek wymiaru sprawiedli-

wości i organów ścigania. Jednak od pewnego czasu coraz częściej zgłaszają się do nas osoby prywatne” mówi dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK, kierownik Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej. „Nasz Zakład posiada wszelkie niezbędne certyfikaty oraz zapewnia bardzo wysoki i profesjonalny poziom wykonywanych badań.”

Zakład posiada certyfikaty Niemieckiej Związku ds. Profilowania DNA (GEDNAP) otrzymywane corocznie od dziesięciu lat (ostatnio to GEDNAP 38 i 39, uzyskane w roku 2010 po przeprowadzeniu badań śladów biologicznych w zakresie jądrowego i mitochondrialnego DNA), a także atesty Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Krymino-

logii (PTMSiK) na badania DNA w sprawach dochodzenia ojcostwa (2010-2011) oraz na badania DNA w śladach biologicznych w zakresie loci STR autosomów i chromosomu Y oraz mitochondrialnego DNA (2010-2011).

Po pozytywnym zakończeniu międzynarodowego eksperymentu międzylaboratoryjnego Zakład współtworzy populacyjną bazę danych mitochondrialnego DNA Europejskiej Grupy ds. Profilowania DNA (EMPOP, www.empop.org) zajmując drugie miejsce na świecie pod względem liczby profili mtDNA dostarczonych do bazy, jak również ogólnościową, referencyjną bazę danych haplotypów chromosomu Y (www.yhrd.org)

dk

Wykrywanie wczesnego zapalenia stawów

Od 1 maja 2010 r. działa Poradnia Wczesnego Zapalenia Stawów, której celem jest jak najszybsze zdiagnozowanie pacjenta z pomocą internetu oraz ścisłej współpracy lekarza rodzinnego i specjalisty reumatologa.

Poradnia Wczesnego Zapalenia Stawów przy Oddziale Klinicznym Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej to pierwszy tego typu program w kraju. Zakłada, że lekarz rodziny, po przeprowadzeniu wywiadu i zbadaniu pacjenta ma od razu możliwość wysłania zgłoszenia do Poradni z prośbą o konsultację. Zgłoszenie następuje w formie

elektronicznej. Lekarze specjaliści, z poradni analizują wszystkie dane, które otrzymali. W ciągu 14 dni lekarz rodzinny otrzymuje informację, czy jest potrzeba przeprowadzenia dalszych badań. Jeśli tak, od razu jest wyznaczony ich termin. Program przewiduje, że od chwili pierwszej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu do spotkania z reumatologiem w poradni nie mija więcej niż 14 dni.

W czasie wizyty już w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dra Jana Bizuela w Bydgoszczy, są przeprowadzane ważne badania. Jeśli ich wyniki wskazują na potrzebę rozszerzenia diagnostyki, pacjent jest pro-

szony o zgłoszenie się na oddział szpitalny. W ciągu maksymalnie trzech dni pobytu w szpitalu są wykonywane wszystkie potrzebne badania i stawiana diagnoza.

Lekarz rodzinny, który kieruje pacjenta do poradni jest na bieżąco informowany w formie elektronicznej o wszystkim, co dzieje się z pacjentem. Wie, jakie są wyniki badań, czy pacjent jest leczony w poradni.

Dlaczego ten program jest tak ważny? Bo szybka diagnoza to ogromna szansa na całkowite wyleczenie. To możliwość wyleczenia bez groźnego powikłania, czyli uszkodzenia stawów.

dk

Sprawy osobowe

W okresie od 1 marca do 31 maja 2010 r.: został zatrudniony Pan dr hab. Edward Gorzelańczyk, prof. UMK na podstawie umowy o pracę w wymiarze 0,125 etatu w Katedrze Podstaw Teoretycznych Nauk Biomedycznych i Informatyki Medycznej od dnia 1 maja 2010 r.,

z dniem 31 maja br. zostanie rozwiązany stosunek pracy z Panią mgr inż. Anną Samolińską zatrudnioną na stanowisku Kierownika Działu Remontów i Inwestycji CM, dr hab. Walentyna Korpalska od dnia 1 maja br. pełni funkcję Kierownika Zakładu Historii Medycyny i Pielęgniars-

stwa, wcześniej pełniła obowiązki Kierownika ww. jednostki, dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK z dniem 1 marca pełni także funkcję Kierownika Katedry Chirurgii Onkologicznej.

przygotowała mgr Agnieszka Mróz, kierownik Działu Spraw Pracowniczych

Medal Kazimierza Wielkiego

Kierujący Katedrą Psychiatrii Profesor Aleksander Araszkiwicz otrzymał Medal Kazimierza Wielkiego za zasługi dla miasta Bydgoszczy. Uroczyste wręczenie Medalu odbyło się podczas specjalnej sesji Rady Miasta z okazji 664. urodzin Bydgoszczy.

Medal Kazimierza Wielkiego otrzymują ludzie i instytucje, którzy chlubnie zapisali się w najnowszych dziejach miasta, rozsta-

wili je w kraju i za granicą swym talentem i kreatywnością, osiągnięciami oraz zaangażowaniem daleko wykraczającymi poza normalne obowiązki.

Profesor Aleksander Araszkiwicz jest także prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, inicjatorem wielu kampanii społecznych.

dk



Nagroda Prezydenta Miasta Bydgoszczy

Profesor Władysław Sinkiewicz Kierownik II Katedry Kardiologii Collegium Medicum otrzymał nagrodę od Prezydenta Bydgoszczy. Profesor dołączył do grona wybitnych bydgoskich naukowców uhonorowanych za otrzymanie tytułu profesora.

„Należy Pan do grona najwybitniejszych specjalistów pracujących w bydgoskich szpitalach. Mieszkańcy miasta darzą Pana nie tylko olbrzymim zaufaniem, ale również sympatią. Jest mi niezwykle miło, iż mogę wręczyć nagrodę osobie, która jest rodo-

witym bydgoszczaninem” mówił podczas wręczenia nagrody, która wynosi 20 tysięcy brutto, prezydent Konstanty Dombrowicz.

Profesor urodził się w Bydgoszczy. Po ukończeniu II Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika studiował medycynę na Akademii Medycznej w Gdańsku. Jednak cała kariera zawodowa związana jest z bydgoskim Szpitalem Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Bizieła, w którym profesor zdobywał specjalizacje kardiologiczne, doktorat i habilitację, a w ostatnim czasie również tytuł naukowy profesora. Obecnie



jest kierownikiem II Katedry Kardiologii Collegium Medicum, a także ordynatorem Oddziału Kardiologii z Zakładem Diagnostyki Kardiologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizieła w Bydgoszczy.

dk

Zmiany na stanowiskach dyrektorów szpitali uniwersyteckich

Miejsce Andrzeja Motuka, byłego dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Bizieła w Bydgoszczy zajęła dr Wanda Korzycka-Wilińska, dotychczasowa dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza. Taką decyzję podjął Andrzej Radziwiński, rektor UMK.

Szpitalem Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza od piątku (28 maja) zarządza natomiast Jarosław Kozera, prezes spółki konsultingowej przygotowującej plan restrukturyzacji dla obydwu szpitali uniwersyteckich (dyrektor Szpitala im. dr. J. Bizieła w latach 2003-2004).

Jarosław Kozera stanął na czele lecznicy, która ma 135 mln zł długu. W tym roku nie-

wiele będzie mógł zrobić dla poprawy tego stanu, bo umowa z NFZ dawno podpisana, a pieniądze częściowo wykorzystane. „Daję sobie dwa lata na wprowadzenie rozwiązań, dzięki którym szpital nie będzie się już zadłużał. Jeśli za dwa lata uda się kończyć rok bez dodatkowych milionów na minusie, będzie dobrze. Ale żeby tak się stało, trzeba obniżyć koszty przynajmniej o 11 procent” mówi. Ta wiadomość najbardziej niepokoi pracowników. Boją się zapowiadanych zwolnień. Wprawdzie w połowie maja rektor UMK uspokajał, że nie ma planu zwolnienia 900 osób, ale atmosfera w szpitalu i tak jest napięta. „Potwierdzę, że moim zdaniem nie ma konieczności zwalniania aż tylu osób” - mówi Kozera. Będzie za to liczenie kosztów:

ile osób pracuje w klinice, po ile godzin, jakie są ich zarobki. Ale to niejedyny sposób oszczędzania. Mają je też przynieść m.in. wspólne zakupy dwóch szpitali.

Jarosław Kozera ma plan, żeby Szpital Uniwersytecki nr 1 stał się w przyszłości prężną lecznicą tematyczną. „Coś na wzór Centrum Onkologii - Zbigniew Pawłowicz to zrobił. U nas też jest wiele klinik, które mogłyby stać się flagowymi i konkurować z poznańskimi czy gdańskimi. Jednak najpierw ustabilizujemy finanse, a potem budujemy markę. Trudno to robić, gdy załoga z poślizgiem dostaje wypłatę” dodaje.

na podstawie artykułów z Gazety Pomorskiej i Gazety Wyborczej oprac. mk

Święto pielęgniarek i położnych

15 maja 2010 r. od godz. 10 na Rybim Rynku w Bydgoszczy odbyła się impreza plenerna pod hasłem „Pielęgniarki i Położne w życiu każdego z Nas”. Bydgoszczanie będą mogli bezpłatnie skorzystać m.in. z różnego rodzaju pomiarów, badań, edukacji i informacji dotyczących tematyki zdrowia.

Organizatorem akcji były Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, Collegium Medicum w Bydgoszczy, bydgoski oddział NFZ, Zakład Promocji Zdrowia przy Centrum Onkologii, TZMO, Lux Med i Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 5.

Akcje związane były z Krajowym Dniem Położnej obchodzonym 8 maja oraz Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki, który przypada 12 maja.

dk



Profesor Roman Bugalski

Nie umiera Ten, kto tkwi w pamięci żywych.

W głębokim smutku i żalu żegnamy zmarłego w dniu 14 maja 2010 roku Naszego Pana Profesora Romana Mariana Bugalskiego. Jakże trudno pisać o człowieku, zwłaszcza o tym CZŁOWIEKU. Mieliśmy ogromne szczęście być z NIM i poznawać GO przez wiele lat. Mi było to dane przez 29 lat. Można przedstawiać daty, fakty, ale to nie odzwierciedli w pełni osobowości Profesora. Trzeba było Go



Szachy kochał, jak mawiał: „tak samo jak mikrobiologię”. Brał udział w wielu mistrzostwach, a nagrody przekazywał Katedrze i Zakładowi Mikrobiologii.



Uczestniczył prawie w każdej obronie pracy doktorskiej realizowanej w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii, jak i w każdym spotkaniu Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów Oddział w Bydgoszczy, gdzie zawsze zabierał głos.



Starał się uczestniczyć w każdej uroczystości na naszej Uczelni (8 maja 2010 roku - dyplomatorium na Wydziale Farmaceutycznym)

znać. Urodził się 3 lutego 1936 roku w swojej kochanej Kruszwicy. Ukończył dwa kierunki: najpierw biologię na Uniwersytecie Łódzkim, a potem medycynę na Akademii Medycznej w Gdańsku, pracując już od IV roku (1962 r.) na wolontariacie w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii. Wypatrzył Go wówczas Pan Prof. Stefan Kryński - Kierownik tejże Katedry, o którym zawsze mówił „Mój Nauczyciel – Prof. Stefan Kryński”. Na tej Uczelni Nasz Pan Profesor doktoryzował się w 1972 r.

We wrześniu 1977 roku następnym Jego dobrym duchem był Założyciel naszej bydgoskiej Akademii Medycznej, jej wielokadencyjny Rektor s.p. Prof. Jan Domaniewski. W Bydgoszczy osiadł, współtworząc od podstaw Katedrę i Zakład Mikrobiologii, był związany z Akademią Medyczną w Bydgoszczy od chwili jej tworzenia. Tu zrobił habilitację. W latach 70. ubiegłego wieku mikrobiologia kliniczna nie miała żadnej tradycji, a to z racji braku specjalistów z mikrobiologii i warunków warsztatowych. Prof. R.M. Bugalski miał wówczas dylemat, czy specjalizować osoby pragnące uzyskiwać stopnie, jak się to niesłusznie mawia w tak deficytowej specjalności, jaką jest mikrobiologia, czy zorientować swoje działania na pisanie prac w tak niezwykle skromnych warunkach, których żadna redakcja nie przyjmie do druku. Dlatego wybrał to pierwsze. Lubił diagnostykę mikrobiologiczną i dydaktykę. Lubił ludzi. Przykładem jego służenia człowiekowi były honorowe konsultacje pod względem zakażeń wewnątrzszpitalnych w trzech klinikach chirurgicznych Akademii Medycznej w Gdańsku, Szpitalu Kolejowym w Gdańsku i Szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku.

Nigdy nie zakładał, że uzyska stopień

doktora habilitowanego. Jego głównym zainteresowaniem badawczym były gronkowce, przede wszystkim gronkowce antybiotycznie czynne. Tematem tym zajmował się będąc członkiem Studenckiego Koła Naukowego w Gdańsku. Już w okresie studenckim wygłaszał referaty na Konferencjach Studenckich Kół Naukowych w Gdańsku, Szczecinie i Łodzi (1963, 1964 r.). Gronkowce antybiotycznie czynne były też tematem Jego pracy doktorskiej i habilitacyjnej.

W całej swej działalności dydaktycznej był Nauczycielem ponad 30. pokoleń lekarzy, lekarzy-stomatologów, pielęgniarek, położnych. Był promotorem prac doktorskich i magisterskich. Pod Jego kierunkiem specjalizowało się 15 mikrobiologów. Był Kierownikiem Zakładu Mikrobiologii i Zakażeń Wewnątrzszpitalnych na Wydziale Nauk o Zdrowiu wówczas Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Choć na emeryturę przeszedł 4 lutego 2001 roku, tęsknił za studentami i miał z nimi zajęcia jeszcze przez kilka lat, a z Katedrą i Zakładem Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy był do końca swoich dni – my z NIM też. Zawsze kochał mikrobiologię i szachy. I oczywiście fotografię. Upamiętniał wszystko, a potem obdarowywał nas fotografiami. Miał ogromną przyjemność ze sprawiania nam radości.

Nigdy nie zależało MU, by być na pierwszym planie, ale myślą, sercem i działaniem był przy każdym człowieku. Zawsze był zainteresowany naszymi sprawami. Pytał o rodzinę, postępy w pracy. Potrafił dawać dobre rady, które niejednokrotnie wykorzystywaliśmy. Jednocześnie kierował się rozumem i sercem. Miał dar łagodzenia, wyciszania. Dzielił się wszystkim co miał, nie tylko wiedzą. Pomagał biednym, sam nie mając wiele. Mawiał: „przyjemniej jest dawać niż brać”. Miał niezwykłą godność i honor.

Ujmował swoją życzliwością i otwartością, ale też poczuciem humoru. Był autentycznie zainteresowany każdym nowym „członkiem załogi”, nigdy nie przeszedł bez drobnej chociażby uwagi, czy zapytania o samopoczucie, a niechętnych do rozmowy prowokował drobnymi zaczepkami - zazwyczaj skutkowało. Nie zawsze jest łatwo z uśmiechem i życzliwością patrzeć na drugiego człowieka, a On to potrafił i bardzo często okazywał uznanie dla najdrobniejszych nawet poczynań młodszych kolegów. Wszyscy, chyba najbardziej będą pamiętać Pana Profesora właśnie jako Człowieka, który po prostu lubił ludzi

i umiał im to okazywać. W pracy zawodowej zawsze podziwialiśmy Pana Profesora za nieustanną ciekawość świata (nie tylko mikrobiologicznego) i chęć poznawania, uczenia się nowych rzeczy, mimo że nie było takiej konieczności. Często patrząc na Pana Profesora myśleliśmy, że chcielibyśmy będąc w jego wieku mieć tyle pasji i dociekliwości, tylko czy wystarczy nam sił...

Pozostanie w naszej pamięci jako Człowiek o godnej podziwu etyce zawodowej, miłośnik szachów, fotografowania i niezrównany Kolega, na którego pomoc i radę zawsze można było liczyć. Był naszym dro-

gim, długoletnim nauczycielem, Pracownikiem, oddanym Pedagogiem, Przewodnikiem. Będzie nam Go brakowało, JEGO humoru, gawęd....

Do swojej kochanej Kruszwicy wrócił już na zawsze 20 maja 2010 roku. Z nami też będzie na zawsze.

Dziękujemy za wieloletnie wszelkie wsparcie, optymizm, pogodę ducha, pielęgnowanie uczciwości, lojalności i Przyjaźni.

Kierownik i Współpracownicy Katedry i Zakładu Mikrobiologii CM UMK oraz Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1



Choć na emeryturę przeszedł w 2001 roku, tęsknił za studentami i miał z nimi zajęcia jeszcze przez kilka kolejnych lat.

O DNA słów kilka...

wywiad z dr. hab. Tomaszem Grzybowski, prof. UMK, kierownikiem Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej

Dorota Kowalewska: Panie Profesorze, co można o mnie powiedzieć na podstawie próbki mojej śliny, włosów lub krwi?

Dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK: Po zbadaniu odpowiedniej liczby określonych miejsc (markerów) w DNA można określić tzw. genotyp, który jest czymś w rodzaju genetycznego numeru PESEL, czyli unikalnym identyfikatorem danej osoby. Jeśli liczba tych zbadanych markerów jest wystarczająco duża można śmiało powiedzieć, że żadna inna osoba na Ziemi poza badaną nie ma takiego samego genotypu, czyli profilu DNA!

Jedynym subtelnym wyjątkiem od tej reguły są bliźnięta jednojajowe, których nie da się odróżnić na podstawie panelu markerów rutynowo stosowanych w genetyce sądowej. Analiza innych fragmentów DNA pozwala określić płeć oraz do pewnego stopnia wnioskować o wyglądzie zewnętrznym danej osoby – o jej kolorze skóry, włosów czy oczu. Jeszcze inne badania pozwalają wnioskować o pochodzeniu geograficznym, a w niektórych przypadkach również etnicznym.

D.K.: Czy da się określić, skąd pochodzą moi przodkowie, na podstawie badań profilu DNA? Jaka jest różnica pomiędzy DNA mitochondrialnym a typem pochodzącym od matki i ojca?

T.G.: Mitochondrialny DNA dziedziczy się tylko po matce (bez udziału ojca). Wynik badania mtDNA danej osoby jest zatem tzw. haplotypem, czyli profilem DNA o „czystej” genealogii - wyłącznie matczynej. O analogicznym sposobie dziedziczenia możemy mówić w odniesieniu do chromosomu Y – ten dziedziczy się jednak wyłącznie w linii ojcowskiej. Dziedziczenie innych części naszego genomu, tzw. markerów autosomalnych, jest tzw. dziedziczeniem mendlowskim - połowę materiału

otrzymujemy od matki, połowę od ojca. Pani siostra nie będzie miała zatem takiego samego autosomalnego profilu DNA jak Pani, mimo że pochodzicie od tych samych rodziców. Zarówno Pani, jak i Pani siostra będziecie natomiast miały taki sam mtDNA, odziedziczony po matce. Taką żeńską genealogię można odtworzyć nie tylko na kilka pokoleń wstecz, ale głęboko w głąb prehistorii. Na tym opiera się podział populacji ludzkich na tzw. haplogrupy, czyli zbiory cząsteczek mtDNA lub chromosomów Y pochodzących od wspólnego przodka. Przykładowo, niemalże wszystkie cząsteczki mtDNA występujące w populacjach Europy można zaliczyć do sześciu haplogrup (żeńskich klanów), z których każda została założona w określonym miejscu i czasie. Oczywiście w skali czasowej sięgającej setek tysięcy lat, mtDNA ulega pewnym modyfikacjom. Dzieje się tak, gdyż poprzez pokolenia gromadzą się w nim niewielkie zmiany, zwane mutacjami. Zgodnie z koncepcją tzw. zegara molekularnego, liczba tych zmian w istniejącym obecnie DNA jest odzwierciedleniem czasu, jaki dzieli nas od wspólnego przodka. Dlatego też za pomocą zegara molekularnego haplogrupy można datować i w ten sposób określać kiedy żyli ich założyciele. A zatem po przeprowadzeniu badań Pani mtDNA z całą pewnością dałoby się powiedzieć kiedy i gdzie żyła kobieta, która dała początek reprezentowanej przez Panią haplogrupie, czyli założycielka tej konkretnej linii matczynej, do której Pani należy...

D.K.: Czego od nauki oczekuje policja (prokuratura, sąd)? Czy w sądzie wyniki badań naukowych są koronnym dowodem, jeśli świadkowie inaczej zeznają?

T.G.: Dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania wykonujemy przede wszystkim badania, którym przyświeca cel

identyfikacyjny – określanie rodzaju, przynależności gatunkowej oraz pochodzenia osobniczego nieznanymi śladami biologicznymi. Przeprowadzamy również dużo badań pokrewieństwa, w tym genetyczne analizy ojcostwa, które zlecają nam zarówno instytucje, jak i osoby prywatne. Dowody z badań DNA są kluczowe zarówno w sprawach cywilnych, jak i karnych. Należy jednak pamiętać, że w sprawach karnych sądy oceniają wyniki badań genetycznych na tle całokształtu materiału dowodowego zebranego w sprawie. Przykładowo, sama obecność czyjegoś DNA na miejscu zbrodni nie przesądza o winie lub niewinności.

D.K.: Dlaczego nie zawsze łatwo jest określić płeć danej osoby (ostatnie doniesienia prasowe dotyczące sportsmenów) i czy ktoś może być jednocześnie kobietą i mężczyzną?

T.G.: Ustalanie płci na podstawie analizy DNA od wielu lat należy do repertuaru badań wykonywanych w laboratoriach zajmujących się genetyką sądową. Wykorzystywany jest tutaj fakt, iż genom mężczyzny różni się od genomu kobiety obecnością odmiennych chromosomów płciowych – oznaczanych literami X i Y, podczas gdy w genomie kobiety występują dwie praktycznie identyczne kopie chromosomu X. Standardowy test określający płeć opiera się na analizie krótkiego fragmentu DNA genu amelogeniny, wspólnego dla chromosomów X (kobiety) i Y (mężczyzny). Fragment ten ma różną długość w zależności od tego, czy pochodzi z chromosomu X (krótsza wersja), czy Y (dłuższa wersja). W ogromnej większości przypadków ta prosta metoda jest na wskroś skuteczna, zdarzają się jednak wyjątki. W praktyce naszego laboratorium spotkaliśmy się np. z przypadkiem mężczyzny, który nie posiadał fragmentu chromosomu Y obejmującego gen amelogeniny, przez co jego



dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK

profil genetyczny wskazywał, że jest kobietą. Dopiero rozszerzenie badań na inne fragmenty chromosomu Y wykazało, że faktycznie mężczyzna ten posiada chromosom Y. Równie ciekawy był przypadek osoby, u której test amelogeniny, jak i testy innych miejsc chromosomu Y, wskazywały, że mamy do czynienia z kobietą, która posiada chromosom Y.

D.K.: Co kryminolog powinien zebrać na miejscu zbrodni? Jakie ślady są najważniejsze?

T.G.: Zabezpieczenie właściwych śladów biologicznych ma rzeczywiste fundamentalne znaczenie dla przebiegu śledztwa. Będą one zależały od charakteru przestępstwa. Przykładowo, w przypadku napaści na tle seksualnym to ciało ofiary jest głównym miejscem zbrodni. Właśnie na nim znajdują się liczne ślady biologiczne, pomocne w identyfikacji sprawcy. Kluczowym etapem dla dalszego postępowania jest zatem sądowo-lekarskie badanie ofiary, które służy przede wszystkim zabezpieczeniu dowodów biologicznych. Podczas takiego badania lekarz sądowy zabezpiecza np. paznokcie ofiary, pod którymi mogą być fragmenty naskórka sprawcy, czy też szuka na jej ciele niewielkich śladów ugryzień, z których można zabezpieczyć ślinę napastnika do badań genetycznych.

D.K.: Czy nauka może się mylić? Kiedy naukowiec jest pewny na sto procent wyniku badań?

T.G.: Nigdy nie przedstawiamy wyników badań, których nie jesteśmy pewni. Jeśli niektórym analizom towarzyszą jakieś ograniczenia, związane np. z minimalną ilością bądź dużym stopniem degradacji DNA, wyraźnie o tym mówimy naszym zleceniodawcom. Przynajmniej dwa razy w roku poddajemy nasze laboratorium zewnętrznej kontroli poprzez uczestnictwo w krajowych i międzynarodowych atestacjach. Są one dla nas tym, czym treningi dla sportowców – podejmowanymi regularnie ćwiczeniami podnoszącymi skuteczność i kompetencje poszczególnych osób jako biegłych, a także weryfikującymi warsztat

badawczy. Podczas atestacji uczestniczące laboratoria samodzielnie rozwiązują jakiś problem badawczy, podobny do tych które występują w praktyce. Atestacje organizowane są cyklicznie, toteż nadawane certyfikaty tracą ważność po upływie wskazanego czasu. Najbardziej zaawansowanymi atestacjami wydają się te, które są organizowane przez towarzystwa naukowe. Stopień ich trudności jest niekiedy nieporównywalny ze „zwykłymi” problemami napotykanymi w codziennej praktyce laboratorium. Takim programem jest atestacja Niemieckojęzycznej Grupy ds. Profilowania DNA (GEDNAP), w której nasz zakład uczestniczy nieprzerwanie od dziewięciu lat. Poddajemy się również atestacji, którą w naszym kraju prowadzi Komisja Genetyki Sądowej Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (PTMSiK).

D.K.: Jakim sprzętem dysponuje Zakład Genetyki Molekularnej i Sądowej i jakie badania na nim można wykonywać?

T.G.: Nasze wyposażenie i warsztat badawczy nie różni się niczym od tych charakterystycznych dla nowoczesnych laboratoriów genetyczno-sądowych Europy Zachodniej i USA. Procedury laboratoryjne są w dużym stopniu zautomatyzowane, co pozwala na skrócenie czasu oczekiwania na wynik do niezbędnego minimum przy zachowaniu wysokiej jakości. Dysponujemy m.in. kilkoma automatycznymi analizatorami DNA, a także - jako jeden dwóch ośrodków w naszym kraju - technologią sekwencjonowania DNA drugiej generacji (454-sequencing, Roche) pozwalającą na szybkie pozyskiwanie ogromnej ilości informacji o genomach różnych gatunków. Oprócz wspomnianych wcześniej identyfikacji osobniczej i określania pokrewieństwa, specjalizujemy się również w zakrojonych na szeroką skalę badaniach genetyczno-populacyjnych. Ich wyniki stanowią istotny wkład do ogólnościatowych baz danych profili genetycznych wykorzystywanych przez genetyków sądowych, biologów ewolucyjnych i antropologów. Do chwili obecnej w ramach różnych projektów naukowych przebadaliśmy ponad 5 000 osób z kilkudziesięciu grup etnicznych Europy i Azji. Ostatnio coraz częściej zgłaszają się do nas osoby prywatne, które poszukują bardzo głębokich rodzinnych korzeni za pomocą badań genetycznych. Nasz zakład ma również doświadczenia w identyfikacji ofiar katastrof i konfliktów zbrojnych, zdobyte m.in. dzięki udziałowi w największym na świecie projekcie identyfikacji szczątków ludzkich z grobów masowych Bośni i Hercegowiny. Do realizacji tego projektu został zaproszony przez Mię-

dzynarodową Komisję Osób Zaginionych (ICMP) powołaną w 1996 r. na szczycie państw G7 w Lionie (Francja), jako jedno z dwóch laboratoriów z krajów spoza byłej Jugosławii. Szkoliliśmy również w technikach identyfikacji genetycznej personel laboratoriów utworzonych przez ICMP na terenie państw byłej Jugosławii.

D.K.: Czy warto byłoby utworzyć bazę danych profili genetycznych?

T.G.: Nie ulega wątpliwości, że narodowa baza profili genetycznych osób wchodzących w konflikt z prawem stanowiłaby cenne narzędzie w rękach polskiego wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania. Tak stało się już w wielu innych krajach. Kluczowe wydają się jednak takie regulacje prawne, które zapewniłyby skuteczność bazy przy jednoczesnym zachowaniu poufności danych. W moim przekonaniu wzorcową pod tym względem jest Narodowa Baza Danych Profili DNA ustanowiona 1 października 1997 r. przez austriackie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych we współpracy z Instytutem Medycyny Sądowej Uniwersytetu w Innsbrucku. Dane personalne i próbki DNA zostały w tej bazie całkowicie rozdzielone. Laboratorium Uniwersytetu w Innsbrucku bada zwykle próbki anonimowe, a baza danych, wraz ze wszystkimi szczegółami personalnymi przechowywana jest przez centrum zarządzające zlokalizowane w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. Ministerialna jednostka zarządzająca bazą nie ma dostępu do próbek DNA, a laboratorium nie może mieć dostępu do danych osobowych. Takie regulacje spotkały się z aprobatą wszystkich stron zainteresowanych bazą danych, w tym również opinii publicznej.

D.K.: Czy naprawdę kiedyś nauka pozwoli uzyskać tyle „dobrego” materiału genetycznego, aby sklonować wymarłe gatunki? (niekoniecznie dinozaury)

T.G.: Dzięki nowym technologiom sekwencjonowania DNA wiemy coraz więcej na temat genomów wymarłych gatunków – znamy m.in. szkic pełnego genomu jądrowego neandertalczyka. Dzięki temu poznajemy coraz więcej szczegółów na temat ewolucji naszego gatunku oraz dynamiki biologicznej pradziejowych populacji. Nie sądzę jednak, żeby dzięki tego rodzaju wynikom czekał nas kiedyś scenariusz rodem z „Parku Jurajskiego”. W istocie próby klonowania i reintrodukcji wymarłych gatunków przyniosłyby niewiele poza materiałem na atrakcyjny scenariusz filmowy...

wywiad prowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji CM

Genetyka i prahistoria ludzkich populacji Eurazji

Tomasz Grzybowski

Genetyka w badaniach procesów etnogenezy

Czy na podstawie analizy DNA nieznanego mieszkańca Europy można wnioskować o jego pochodzeniu geograficznym? Okazuje się, że do pewnego stopnia tak, gdyż pewne cechy naszego genomu są ściśle skorelowane z miejscem naszego urodzenia. W szerszym ujęciu, zbadanie DNA współczesnych populacji dostarcza wielu informacji na temat ich przeszłości. Przykładowo, w różnych okresach prahistorii nasi przodkowie wędrowali z południa Europy na północ kontynentu. W wyniku pierwszej, paleolitycznej fali migracji (ok. 50-45 tys. lat temu) Europa została zasiedlona przez pierwszych ludzi współczesnych (myśliwych-zbieraczy), następnie miała miejsce ponowna ekspansja ludności na północ z tzw. refugium lodowcowych na terenach południowej Europy po szczycie ostatniego zlodowacenia (ok. 18 tys. lat temu), wreszcie rozpoczęła się fala osadnictwa neolitycznego z Bliskiego Wschodu (ok. 10 tys. lat temu) kojarzona z upowszechnieniem rolnictwa w Europie. Okazuje się, że wszystkie te migracje zostawiły swój mniej lub bardziej wyraźny ślad w puli genowej Starego Kontynentu. Co więcej, przy zachowaniu odpowiedniej rozdzielczości badań genetycznych możliwe staje się odtworzenie całkiem „niedawnych” (bo mających miejsce zaledwie kilka tysięcy lat temu) epizodów z historii populacji. Należy do nich chociażby ukształtowanie pul genowych grup ludzkich, które dały początek współczesnym Słowianom - najliczniejszej i najszybciej rozprzestrzeniającej się grupie ludności mówiącej językami indoeuropejskimi w Europie środkowej i wschodniej.

Filogeneza i datowanie molekularne – odczytywanie zapisu przeszłości

W genetycznych badaniach historii populacji szczególnie użyteczne okazują się tzw. markery haploidalne, czyli części naszego DNA dziedziczone tylko od jednego z rodziców. I tak mitochondrialny DNA (mtDNA) dziedziczymy tylko po matce, zaś chromosomy Y przekazywane są przez ojców tylko ich męskim potomkom. Dzięki takiemu sposobowi dziedziczenia cząsteczki mtDNA oraz chromosomy Y możemy klasyfikować w tzw. haplogrupach, czyli grupach cząsteczek

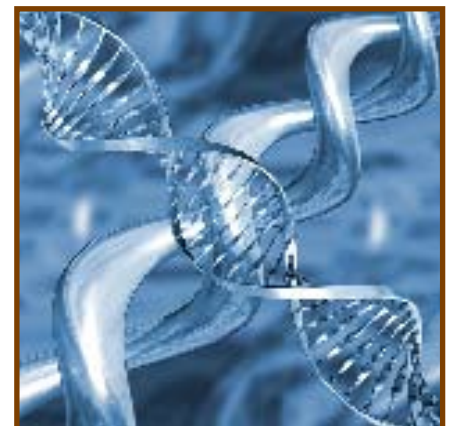
wywodzących się od wspólnego przodka. Za pomocą odpowiednich technik bioinformatycznych odtwarzamy tzw. filogenezę haplogrup, tj. powiązania ewolucyjne pomiędzy cząsteczkami DNA w obrębie danej haplogrupy oraz pomiędzy różnymi haplogrupami. Co więcej, mutacje w mtDNA i chromosomie Y można porównać do swobodnego przesuwania się wskazówek zegara – im większe jest nagromadzenie mutacji w cząsteczkach wywodzących się od wspólnego przodka, tym dawniej ów przodek się pojawił. Na tej podstawie opracowano różne metody tzw. datowania molekularnego, pozwalające na określanie wieku ewolucyjnego haplogrup, a tym samym na odtwarzanie różnych epizodów z historii populacji.

Praojczyzna Słowian

Dotychczasowe badania przeprowadzone w naszym Zakładzie we współpracy z naukowcami z Instytutu Biologicznych Problemów Północy (Magadan, Federacja Rosyjska) skupiły się w pierwszym rzędzie na populacjach słowiańsko-języcznych. Objęły one blisko 2500 osób należących do trzech słowiańskich grup językowych – zachodniej (Polacy, Czesi, Słowacy), wschodniej (Rosjanie, Ukraińcy) oraz południowej (Bośniacy, Słowenicy).

Na poziomie całych populacji Słowianie nie różnią się istotnie od innych Europejczyków. W istocie najmłodsze populacje europejskie, w tym również poszczególne grupy słowiańskie uformowały się na istniejącym wcześniej, wspólnym genetycznym podłożu. W badaniach mitochondrialnego DNA zaobserwowaliśmy jednak pewne różnice pomiędzy Słowianami południowymi, a pozostałymi grupami słowiańskimi. Aby jednak zidentyfikować te komponenty genetyczne, które byłyby specyficzne niemalże wyłącznie dla Słowian, zwiększyliśmy do maksimum rozdzielczość badań mtDNA. Dzięki badaniom pełnych genomów mitochondrialnych udało się m.in. scharakteryzować mitochondrialną podhaplogrupę U4a2, która, zgodnie z wynikami datowania molekularnego powstała w Europie środkowo-wschodniej około 7 tys. lat temu, a dziś obserwowana jest przede wszystkim w populacji polskiej, rosyjskiej i ukraińskiej. Jej ekspansja w Europie środkowej, północnej i wschodniej mogła się pokrywać z ekspansją tzw. archeologicznej kultury ceramiki sznurowej, która kwitła

w Europie od 3200 do 2300 lat p.n.e. Podobnie można zinterpretować wyniki badań pełnych genomów należących do podhaplogrup U5a2a i U5a2b1, charakteryzujących się zbliżonym wiekiem ewolucyjnym (ok. 8 tys. lat) i powstałych najprawdopodobniej w Europie centralnej. Wydaje się, że centralno-europejski rodowód oraz okres ekspansji takich podhaplogrup jak U4a2, U5a2a oraz U5a2b1 mogą być argumentami za ciągłością genetyczną pomiędzy epoką brązu a historycznym pojawieniem się ludności słowiańskiej pomiędzy Odrą i Wisłą. Jeszcze bardziej zaawansowane wiekowo są mitochondrialne haplogrupy HV3, HV4 i U4a1 – powstały one prawdopodobnie już w okresie przedneolitycznym (12-19 tys. lat temu) w Europie wschodniej. Z kolei dzięki badaniom chromosomu Y udało się wskazać komponenty specyficzne niemalże wyłącznie dla Słowian zachodnich – Polaków, Czechów i Słowaków. Chodzi o podgrupę chromosomów Y stanowiącą część haplogrupy R1a1 (R1a1a7-M458). Podhaplogrupa ta występuje z najwyższymi częstościami u Polaków (15-36% w różnych subpopulacjach naszego kraju), a datowanie należących do niej haplotypów Y-STR z charakterystycznymi kombinacjami alleli 10 i 14 oraz 9 i 14 w locus DYS385ab za pomocą zegara molekularnego sekwencji mikrosatelitarnych dostarcza wartości około 2 000 lat. Takie wyniki datowania również mogłyby świadczyć o istnieniu ciągłości genetycznej pomiędzy ludnością słowiańską a przed-słowiańską. Należy jednakże zwrócić uwagę, że wspomniana powyżej ciągłość genetyczna (biologiczna) w Europie centralnej nie musiała być tożsama z ciągłością kulturową. W istocie zarówno dane genetyczno-populacyjne, antropologiczne (pochodzące z analiz zróżnicowania cech



morfolożicznych czaszek i użębienia), jak i paleodemograficzne świadczą o biologicznej ciągłości zasiedlenia na obszarze zajmowanym przez Słowian zachodnich i wschodnich, a więc sprzeciwia się „allochtonicznej” koncepcji pochodzenia i rozprzestrzenienia się Słowian, zakładającej ich nagłą ekspansję terytorialną z ograniczonego obszaru dorzecza Prypeci, Dniepru i Prutu. Jednocześnie należy uznać za prawdopodobne, że podłoże na którym ukształtowała się wczesna Słowiańszczyzna miało raczej charakter kulturowy niż biologiczny. Pojawienie się zauważalnych śladów kultury materialnej Słowian w VI stuleciu naszej ery należy zatem przypisać skutecznemu przekazywaniu określonych wzorców kulturowych przez napływową mniejszość, aż do momentu kiedy owe wzorce stały się dominujące wśród całej społeczności Europy środkowej i wschodniej (model tzw. „dominacji elit” zaproponowany pierwotnie jako mechanizm zmian językowych przez brytyjskiego archeologa Colina Renfrew’a). Mniej prawdopodobna w świetle wyników badań genetyczno-populacyjnych, antropologicznych i paleodemograficznych wydaje się natomiast koncepcja, według której Słowiańszczyzna powstała na skutek gwałtownych ekspansji (migracji) z ograniczonych obszarów wschodniej Europy, którym miał towarzyszyć znaczący przepływ genów.

Historyczne kontakty Słowian z populacjami bałtyckimi i ugrofińskimi

Z naszych badań mtDNA przeprowadzonych na poziomie subpopulacji polskich i rosyjskich wynika, że populacje północno-wschodniej Polski (Suwalszczyzna) i północno-zachodniej Rosji (Wielki Nowogród, Psków) są bardzo podobne. Jednocześnie wykazaliśmy istnienie podobieństwa pomiędzy tymi populacjami, a grupami bałtyckimi i ugrofińskimi, przede wszystkim na poziomie częstości i wewnętrznego zróżnicowania mitochondrialnej haplogrupy U5. Należy zwrócić uwagę, że zaprezentowane powyżej konkluzje oparte na zróżnicowaniu haplogrup mtDNA znajdują dodatkowe potwierdzenie w badaniach chromosomu Y. W toku wcześniejszych analiz chromosomu Y w ośmiu subpopulacjach Rosji stwierdziliśmy, iż populacja okolic Pskowa odznacza się wysokimi częstościami haplogrupy chromosomu Y oznaczonej jako N3, która była również notowana z wysokimi częstościami w innych populacjach północnorosyjskich. Haplogrupa N3 jest charakterystyczna dla wszystkich

ugrofińskich i bałtyckich populacji z północnego i wschodniego wybrzeża Morza Bałtyckiego. Jej stosunkowo wysoki udział w puli chromosomów Y populacji Rosji północnej i północno-zachodniej może więc stanowić kolejny dowód przepływu genów pomiędzy populacjami słowiańskimi i przed-słowiańskimi. Spośród subpopulacji polskich, najwyższą częstość N3 zanotowano dotychczas na Suwalszczyźnie. Relatywnie wysoka częstość N3 w puli chromosomów Y Suwalszczyzny na tle innych populacji polskich wyraźnie koresponduje z odrębnością tej populacji uwidoczniającej się także na poziomie zróżnicowania mtDNA.

Wydaje się, że obecność w populacjach północno-zachodniej Rosji (Psków, Wielki Nowogród) rzadkich komponentów charakterystycznych przede wszystkim dla populacji ugrofińskich i bałtyckich można interpretować na rzecz tzw. hybrydyzacyjnych teorii etnogenezy Słowian wschodnich. Zgodnie z tymi koncepcjami, ukształtowanie współczesnych populacji Słowian wschodnich byłoby wynikiem wymieszania plemion słowiańskich (których praojczyzną była najprawdopodobniej Europa centralna), z przed-słowiańskimi populacjami Europy wschodniej, takimi jak plemiona ugrofińskie na północno-zachodnich i wschodnich krańcach Europy wschodniej, szczepy bałtyckie na zachodzie i plemiona irańskie na południu. Na poziomie genetycznym oznacza to, że współczesna kompozycja puli genowej Słowian wschodnich byłaby mozaiką komponentów charakterystycznych dla populacji słowiańskich i przed-słowiańskich.

Warto w tym kontekście zauważyć, że tereny północno-zachodniej Rosji zostały skolonizowane we wczesnym średniowieczu przede wszystkim przez szczepy Słowienów nowogrodzkich i Krywiczów. Największym ośrodkiem Słowienów nowogrodzkich był Wielki Nowogród nad jeziorem Ilmen, skąd rozpoczęła się ekspansja tego szczepu w kierunku północnym, zachodnim i wschodnim. Uważa się, że ekspansji Słowienów nowogrodzkich musiały towarzyszyć liczne kontakty z regionalnymi szczepami ugrofińskimi, przede wszystkim Vod i Izhora, a dalej w kierunku północnym z przodkami Komiaków. Z kolei potężne plemię Krywiczów, którego terytorium na północy stykało się z terenami Słowienów nowogrodzkich, wchłonęło północną część obszarów zajmowanych przez plemiona bałtyckie, czemu również mógł towarzyszyć przepływ genów pomiędzy populacjami. Wiadomo również, że dzisiejsza Suwalszczyzna przez bardzo długi czas była ob-

szarem pozostającym pod wpływami ludów bałtyckich – np. Jaćwingów, Prusów czy Litwinów. Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania genetyczne, historyczne i etniczne można założyć, że dzisiejsze populacje północno-wschodniej Polski i północno-zachodniej Rosji noszą w sobie ślady stosunkowo niedawnych (sięgających wczesnego średniowiecza) kontaktów pomiędzy grupami słowiańskimi i przed-słowiańskimi.

Afrykański i aszkenazyjski mtDNA w populacjach słowiańskich

W puli genowej Słowian odnajdujemy również komponenty specyficznie afrykańskie. Ich zawartość w całkowitej puli mtDNA populacji słowiańskich nie przekracza jednak 0.5%. Jak wykazały nasze badania pełnych genomów, mają one rodowód północno- i zachodnio-afrykański – dostały się do Europy środkowej i wschodniej najprawdopodobniej po szczycie ostatniego zlodowacenia przez Półwysep Iberyjski, kiedy to nasi przodkowie ponownie zaludniali Europę z obszarów refugium franko-kantabryjskiego. Z kolei w wyniku analizy haplogrupy K u Polaków i polskich Romów, zidentyfikowaliśmy linie należące do specyficznej dla aszkenazyjskich Żydów podhaplogrupy K1a1b1a. Jest to pierwszy bezpośredni dowód obecności charakterystycznych aszkenazyjskich komponentów w puli mtDNA nie-żydowskich populacji europejskich.

Perspektywy dalszych badań filogeograficznych

Można oczekiwać, że dalsze badania zmienności mtDNA i chromosomu Y połączone z datowaniem molekularnym przyczynią się do wyjaśnienia historycznych okoliczności towarzyszących przepływowi genów pomiędzy różnymi grupami etnicznymi i językowymi Eurazji. W analizach DNA ukierunkowanych na odtwarzanie stosunkowo niedawnych procesów genetyczno-demograficznych, niezmiernie istotne jest zastosowanie metod o największej możliwej rozdzielczości. Można zatem przewidywać, że dalsze badania będą zmierzały do określenia pełnych sekwencji jak największej liczby genomów mitochondrialnych oraz chromosomów Y w wielu populacjach europejskich i azjatyckich. Umożliwi to rekonstrukcję filogenezy najmłodszych podhaplogrup, która jest najbardziej przydatna w kontekście odtwarzania procesów sprzed kilku tysięcy lat.

dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej

To co jemy i pijemy a... nowotwory

Marek Jurgowiak

Działania prewencyjne, skutkujące ograniczeniem czy łagodzeniem przebiegu stanów chorobowych, wynikają z naszej dogłębnej wiedzy, dotyczącej molekularnego podłoża procesów prowadzących do rozwoju chorób. Dopiero znając przebieg tych procesów możemy w nie ingerować, eliminując je albo łagodząc ich skutki. Zdarza się jednak i tak, że wcześniej poczynione obserwacje kliniczne, czy badania epidemiologiczne skłaniają nas do podjęcia badań nad molekularnym patomechanizmem rozwoju choroby. Niezależnie od drogi prowadzącej do tych celów dopiero wówczas, gdy je osiągnąmy, uzyskujemy jednocześnie – możliwość skutecznej prewencji, diagnozowania, czy też leczenia choroby. Podejmowane działania prewencyjne czy terapeutyczne, choć oparte o poważne badania, mogą czasem wydawać się nazbyt oczywiste, a czasem odbieramy je z pewną rezerwą, póki nie zostaną poparte solidnymi dowodami naukowymi.

Niejednokrotnie to, co nowe, albo kontrowersyjne wzbudza początkowo nasze wątpliwości, jak choćby płynące ostatnio ze świata nauki informacje, że... jasne piwo może być dobre dla naszych kości. Wynika to z faktu, że piwa, szczególnie jęczmiennie i to wzbogacone ekstraktem z chmielu, są bogatym źródłem krzemu, który ma wpływ na stan naszych kości. Informacje na ten temat ukazały się niedawno w „Journal of the Science of Food and Agriculture”. Krzem, będąc istotnym czynnikiem wzrostu i rozwoju tkanek łącznych, w tym kości, występuje w piwie w postaci łatwo dostępnego dla naszego organizmu kwasu ortokrzemowego. Jest to jednocześnie główne źródło krzemu w diecie zachodniej. Co ciekawe, niektóre badania wskazywać mogą, że umiarkowane spożycie piwa może być pomocne w walce z osteoporozą. Testy przeprowadzone przez badaczy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Davis wykazały, że najbogatsze w krzem są piwa o wysokiej zawartości słodu jęczmiennego i chmielu. Tłumaczy się to tym, że łuski jęczmienia są zasobne w krzem. Piwa z pszenicy wydają się być zatem... mniej zdrowe.

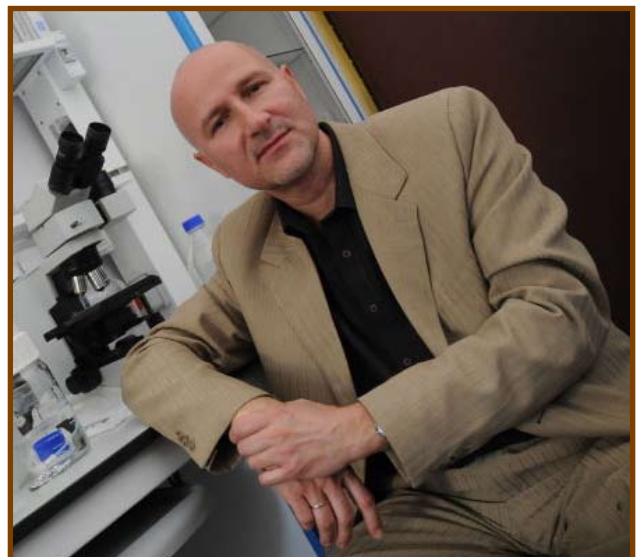
A jeśli wolimy kawę od piwa, to może unikniemy poważnych zaburzeń rytmu serca, ponieważ... picie kawy chroni nasze serce. Jak wykazały badania przeprowadzone w USA, osoby pijące kawę rzadziej trafiają do szpitali z powodu zaburzeń pracy serca, takich jak arytmia. Jednocześnie, jak potwierdzają badacze (A. Klat-

sky i wsp. z centrum badawczego Kaiser Permanente w Oakland, Kalifornia) „... to odkrycie nie oznacza, że powinno się pić kawę, by zapobiegać zaburzeniom rytmu serca, a dowodzi jedynie, że osoby ze stwierdzoną arytmia lub na nią narażone nie muszą powstrzymać się od tego napoju.” Badania są miarodajne, ponieważ dotyczyły dużej grupy, bo aż ponad 130 tys. osób obu płci w wieku od 18 do 90 lat. Autorzy wykazali, że osoby wypijające minimum 4 filiżanki kawy dziennie były o 18% mniej narażone na pobyt w szpitalu z powodu arytmii w porównaniu do osób nie pijących kawy. Picie od 1 do 3 filiżanek dziennie obniżało to ryzyko o 7%. Gdy rozpatrzono 10 letni okres badań, spadek częstości hospitalizacji w grupie pijącej 4 filiżanki kawy dziennie wyniósł 28%. Co ciekawe, prawidłowość ta utrzymywała się niezależnie od płci badanych osób, przynależności etnicznej, palenia papierosów, jak i rodzaju arytmii. Według prowadzących badania, kofeina zawarta w kawie może zapobiegać zaburzeniom rytmu serca poprzez blokowanie aktywności cząsteczek adenozy, która ma wpływ na przewodnictwo elektryczne mięśnia sercowego, metabolizm i procesy regeneracji, a przez to może zwiększać predyspozycje do arytmii. Według autorów doniesienia, amatorzy kawy mogą mieć zdrowsze nawyki dotyczące żywienia, czy aktywności fizycznej, co przekłada się też na ich kondycję zdrowotną. Autorzy podkreślają przy tym, że osoby pijące umiarkowane ilości kawy mogą być spokojne, bo ich przyzwyczajenie nie prowadzi do poważnych arytmii serca, o co zwykle niepokoiłi się pacjenci ze schorzeniami kardiologicznymi.

Przy tym nie powinien nam zaszkodzić do kawy mały kawałek czekolady, gdyż jak donoszą uczeni z Kanady... czekolada może zmniejszać ryzyko udaru mózgu. Uczeni z Uniwersytetu McMastera w Hamilton (Ontario, Kanada) przeanalizowali wyniki zrealizowanych trzech projektów badań, dotyczących związku między jedzeniem czekolady, a ryzykiem udaru mózgu i doszli do wniosku, że regularne jedzenie czekolady obniża ryzyko udaru mózgu – poważnej przyczyny

niepełnosprawności i zgonów na całym świecie. W badaniu obejmującym 44,5 tys. osób wykazano, że amatorzy czekolady są mniej narażeni na udar mózgu, niż osoby które jej nie spożywają. Jedna porcja czekolady tygodniowo obniża ryzyko choroby o 22%. Inne badanie, obejmujące około 2 tys. osób, wykazało, że zjadający tygodniowo 50 gramów czekolady są o 46% mniej narażeni na zgon z powodu udaru, niż osoby nie jedzące czekolady. Ostatnie z badań jakie przeanalizowano, nie wykazywało już takich związków. Opisujący wpływ czekolady na nasze zdrowie tłumaczy się zawartymi w niej flawonoidami, które mają działanie antyoksydacyjne, czyli eliminują agresywne dla naszych komórek wolne rodniki. Są one szczególnie niebezpieczne dla wysoce aktywnych komórek nerwowych. Nadmierną produkcję wolnych rodników wykrywa się w mózgu w przebiegu obu rodzajów udaru – niedokrwiennego, spowodowanego zablokowaniem tętnicy mózgowej przez skrzeplinę oraz krwotocznego, wywołanego pęknięciem naczynia i w następstwie krwotokiem. Prowadząca badania Sarah Sahib komentuje wyniki badań następująco: „Potrzeba więcej badań, by ocenić, czy czekolada naprawdę obniża ryzyko udaru mózgu, czy też po prostu zdrowsze osoby jedzą więcej czekolady niż inni”. Warto zatem poczekać na kolejne wyniki badań, a póki co, bacznie kontrolować skład naszej diety i zadbać w niej o to, co potencjalnie może uchronić nas przed groźnymi chorobami i sprawi jednocześnie, że będziemy się nie tylko zdrowo, ale i z przyjemnością odżywiać.

dr Marek Jurgowiak jest satrzym wykadawcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej



dr Marek Jurgowiak, for. Archiwum Gazety Wyborczej

In champagne sanitas!

Władysław Sinkiewicz

Czy wznosząc szampanem toast, myślimy o właściwościach zdrowotnych tego szlachetnego trunku? Czy napój ten tylko rozwesela, pobudza wyobraźnię, czy również może wywierać korzystny wpływ na zdrowie?

Historia szampana przypomina historię Kopciuszka, bo - jak twierdzą enolodzy - w Szampanii przyzwoitego wina innego niż szampan nie da się wyprodukować. W tym najbardziej wysuniętym na północ regionie winiarskim Europy obfite opady, niskie temperatury i wiosenne przymrozki sprawiają, że winogrona dojrzewają tam nie dostatecznie, jakość wina co rok jest inna, a chłodny klimat jesienny nie sprzyja fermentacji. W poprzednich wiekach wina w Szampanii butelkowano więc szybko, nie biorąc pod uwagę tego, że drożdże nie zakończyły swej aktywności. Zamknięty w szkle trunek fermentował dalej, butelki pod wysokim ciśnieniem pękały lub strzelały korkami. Wyciągnięto z tego mądre, dalekowzroczone wnioski i zaczęto dodawać drożdże i cukier do beczki z winem, aby wzbudzać drugą fermentację, ale tym razem kontrolowaną, tworząc trunki mocniejsze i bogatsze.

Odkrycie szampana przypisuje się mnichowi, benedyktynowi Pierre'owi Perignon, co nie jest jednak do końca potwierdzone. Prawdą również nie jest, że zakonnik był niewidomy, co miało wyostrzać jego inne zmysły, głównie węch i smak. Z pewnością sławny dzisiaj mnich jako pierwszy do butelkowania szampana zaczął używać z powodzeniem nowych butelek ze wzmocnionego szkła i zamykać je odpowiednim hiszpańskim korkiem przywiązywanym do butelek sznurkiem z konopi.

Dzisiaj nikt nie wątpi, że szampan jest najlepszym winem musującym na świecie. I jak w innych sferach życia bywa, broni się tylko to, co prawdziwe i szlachetne. Johann Strauss nazwał szampana królem wszystkich win, a jak mawiała Madame de Pompadour: „Szampan jest jedynym winem, po wypiciu którego kobieta pozostaje piękną”.

Enologiczni eksperci twierdzą, że pozostałe wina tego typu, od hiszpańskiej cavy przez niemieckie sekty po hektolitry innych win musujących, mają się do szampana jak pospolite brandy do szlachetnego courvoisier. Ponieważ noblesse oblige, schładzanie szampana nie może być zbyt gwałtowne, a trunek powinien być podawany w temperaturze 6-9°C. W tej temperaturze



ciśnienie w butelce obniża się do około 1-2 atmosfer, co chroni przed gwałtownym i niekontrolowanym jej otwarciem.

Czy szampan różni się od innych win białych czymś poza bąbelkami? Jak wiadomo, właściwości zdrowotne przypisuje się głównie winom czerwonym ze względu na znaczną zawartość substancji polifenolowych. Ukazało się jednak kilka publikacji wykazujących, że również białe wino i niektóre wina musujące wywierają korzystny wpływ na śródbłonek naczyniowy, oksydację cholesterolu LDL i funkcję płytek, co może mieć znaczenie ochronne, między innymi, a może zwłaszcza, dla ośrodkowego układu nerwowego.

Procesy oksydacyjne zachodzące w neuronach, związane ze szkodliwym wpływem ponadtlenku i nadtlenu wodoru, odpowiadają za patogenezę chorób degeneracyjnych mózgu, takich jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona. Gromadzenie tlenku azotu w neuronach prowadzi do powstania nadtlenu azotu indukującego oksydację DNA, lipidów i cząstek białek. Sugeruje się, że nadtlenu azotu i inne rodzaje reaktywnych cząstek azotowych mogą odgrywać istotną patofizjologiczną rolę w rozwoju tych chorób. Wiele doniesień dotyczy protekcji neuronów przez roślinopochodne związki fenolowe. Uważa się, że polifenole zawarte w diecie mogą przekraczać barierę krew-mózg, a dzięki temu wpływać korzystnie bezpośrednio na komórki układu nerwowego.

W ostatnich dwóch latach ukazały się publikacje wskazujące na korzystny udział szampana w antyoksydacyjnej ochronie ośrodkowego układu nerwowego. W przeciwieństwie do win białych szampan oprócz tyrozolu i kwasu kofeinowego zawiera również inne polifenole, takie jak kwas salicylowy, kwas kumarowy, flawonoidy, alkohole fenolowe i aldehydy fenolowe. Skąd to polifenolowe bogactwo? Mimo że szampan jest winem białym, produkowany jest nie tylko z białego

szczepu chardonnay (typ blanc de blancs), ale również z dwóch szczepów czarnych winogron - pinot noir i pinot meunier (szampan typu blanc de noirs). Szampan jest najczęściej mieszkanką trzech typów z zawartością związków polifenolowych pochodzących w większości ze szczepów czarnych winogron.

Vauzour i wsp. wykazali, że zarówno organiczne, jak i wodne ekstrakty składników szampana dzięki nadtlenu azotu silnie chronią przed uszkodzeniem mysiego neuronu. Jest to o tyle ważne odkrycie, że związek ten jako czynnik toksyczny dla komórek nerwowych ma swój udział w rozwoju wielu chorób degeneracyjnych mózgu, m.in. choroby Alzheimera. Jedną z bezpośrednich przyczyn powstawania zmian neurodegeneracyjnych w tej chorobie jest wytwarzanie nadmiernych ilości reaktywnych rodników tlenowych, co prowadzi do destrukcji komórek nerwowych. Czy szampan dzięki działaniu antyoksydacyjnemu i prawdopodobnie hamującemu również apoptozę neuronów może chronić ośrodkowy układ nerwowy?

W niedawno opublikowanym interesującym randomizowanym badaniu oceniano, czy jednorazowa dawka pół butelki szampana wpływa na czynność śródbłonna u zdrowych ochotników. W ostrej próbie wykazano, że spożycie tego wina wpływa korzystnie na niezależne od śródbłonna rozszerzenie naczyń mikrokrążenia tkankowego. Jednocześnie obserwowano zmniejszenie stężenia metaloproteinazy 9 macierzy w osoczu, stężenia całkowitej pojemności oksydacyjnej osocza i wzmożone wydzielanie z moczem metabolitów licznych związków fenolowych po spożyciu tego trunku.

Czy jest więc nadzieja, że również szampan awansuje do szlachetnego tytułu „in vino sanitas”? A jeżeli tak, to czy może być bardziej usprawiedliwiona przyjemność niż okresowe odmładzanie naszych tętnic i przepracowanych szarych komórek tym szlachetnym musującym winem?

prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz jest kierownikiem II Katedry i Kliniki Kariologii

Zamiast iść do kręgarza odwiedź fizjoterapeutę

Dorota Kowalewska

Przez lata ludzie korzystali z porad kręgarzy. Ale dzisiaj wizyty u takich ludzi są bezmyślnością – mówi dr Maciej Dzierżanowski, fizjoterapeuta.

Popularny kręgarz „leczy” bóle kręgosłupa. Pociągnie za nogę, powykręca szyję. Czasami nawet wydaje się, że osiągnął doskonałe efekty, bo „pacjent” odczuwa wyraźną ulgę po wizycie u niego. Jednak należy zdawać sobie sprawę z tego, że taki człowiek może wyrządzić więcej szkody, niż pożytku. A bywa i tak, że okalecza i pogłębia chorobę.

Fizjoterapeuci zajmujący się terapią manualną mówią, że nic tak nie działa kojąco, jak dotyk. I ich praca jednak nie ma nic wspólnego z cudami. Jest oparta na wie-

dzy medycznej, czyli znajomości anatomii i fizjologii. – Wiemy, jak nie zaszkodzić pacjentowi – mówi Dzierżanowski, który jednocześnie jest wykładowcą w Collegium Medicum w Bydgoszczy i uczy studentów technik leczenia. – Jeśli się nie wie dokładnie, jakie są zależności pomiędzy szkieletem, nerwami obwodowymi i mięśniami to bardzo łatwo jest wyrządzić komuś krzywdę. Niestety, wielu kręgarzy nie ma żadnej wiedzy. Działają na tzw. wycucie i bywa, że po wizycie u nich pacjent ma większe problemy niż przed wizytą. Zdarzają się też przypadki, gdy po takim „leczeniu” pozostaje już tylko spotkanie z neurochirurgiem i operacja. A to zazwyczaj ostateczność. Naszym zadaniem jest takie działanie, aby jak najdłużej pacjent pozostał sprawny bez

ingerencji skalpela. I oczywiście poprawiał tę sprawność – dodaje Dzierżanowski.

Dlaczego więc nadal jest tak wielka popularność kręgarzy w naszym regionie? Zapewne wynika to z naiwności ludzkiej i niestety, z małej dostępności do specjalistów. Zanim lekarz prawidłowo zdiagnozuje schorzenie, a potem trafi się do terapeuty mija długi czas. Ludzie cierpiący z bólu, szukają pomocy u kogoś, kto zapewnia, że potrafi ich uzdrowić. Czy warto jednak wierzyć w cudowne moce kręgarzy w XXI wieku? Dobry fizjoterapeuta, specjalizujący się w prowadzeniu terapii manualnej potrafi zdziałać prawdziwe cuda, które swoje źródło mają w rzetelnej wiedzy medycznej.

mgr Dorota Kowalewska jest pracownikiem Działu Promocji i Informacji CM

Po co siatkarzowi fizjoterapeuta? Czy kajakarz korzysta z porad masażysty?

rozmowa z mgr Witoldem Słomko, asyentem z Katedry i Zakładu Terapii Manualnej

Patrzmy na sportowców i widzimy młodych, wysportowanych, zdrowych ludzi. Nie zdajemy sobie sprawy, że sport wyczynowy nadmiernie obciąża kości i stawy. Aby zawodnicy mogli być w doskonałej formie, oprócz treningów, potrzebują wypoczynku i regeneracji.

- Kolana, barki, stawy kolanowe, kręgosłup - wylicza bydgoszczanin Witold Słomko, fizjoterapeuta, asystent w Katedrze i Zakładzie Terapii Manualnej CM, zajmujący się siatkarzami Delecty Bydgoszcz i kajakarzami z Kadry Narodowej Juniorów. W czasie treningu siatkarz wykonuje setki skoków, a to są tysiące w ciągu roku. Nietrudno o uraz podczas treningu, czy meczu. Albo kajakarz. Jeżeli zawodnik ma złe nawyki ruchowe i nie stosuje profilaktyki, to zapewne będzie potrzebował pomocy fizjoterapeuty.

Zawodnicy oprócz treningów muszą mieć czas na wypoczynek i regenerację organizmu. Odpowiednio ustalona odnowa biologiczna, indywidualnie dobrane zabiegi fizjoterapeutyczne to podstawowe kryteria w cyklu treningowym podczas całego sezonu. Każdy uraz i kontuzja wymaga dobrej diagnostyki i odpowiedniego leczenia. I w tym momencie można powiedzieć, że terapia manualna, masaż to po prostu podstawa leczenia. Kiedy drużyna siatkarzy wychodzi na parkiet, ja, jako ich fizjoterapeuta, czuję się jednym z nich.

Przed meczem zawodnicy korzystają ze specjalnego masażu, czyli przychodzą na tzw. 'cierkę'. Potem rozgrzewka, którą zawiaduje mój kolega, trener przygotowania fizycznego. Podczas, a także po meczu, dbam o to, aby zawodnik miał co pić, uzupełniał płyny (w szatni przyrządzam drinki odżywcze), podaję suplementy. Poza tym rolą fizjoterapeuty jest pomoc zawodnikom w... relaksie.

- To badzo ważne, aby zawodnik umiał właściwie wypoczywać – śmieje się Słomko – Terapeuta musi o to odpowiednio zadbać. To tak samo ważne, jak trening siłowy. Prowadzenie fizjoterapeutyczne sportowca to temat rzeka. Zawodnik wie na przykład jak powinien się rozciągać. Ale to tylko element treningowy tzw. zabezpieczenia się przed urazowością. Fizjoterapeuta musi dbać o komfort fizyczny, i co za tym idzie, także psychiczny zawodnika.

Bez tego nawet najlepszy trening nie przyniesie spodziewanych efektów. – dodaje Słomko.

Kontuzje kajakarza to głównie kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy, barki, czasem nadgarstki. Zaryzykowałbym powiedzieć, że ciężki trening jaki przechodzą niejednego śmiertelnika powaliłby z nóg. Piękny

sport i ciężka praca.

A jak treningi są rozłożone w czasie roku?

- Zawodnicy trenują na zgrupowaniach Kadry. Bezpośredni okres startowy to zgrupowania głównie w Ośrodku Przygotowań Olimpijskich w Wałczu – mówi Słomko.

Zimą zawodnicy trenują w kraju (trening siłowy, narty biegowe, oczywiście na wodzie jeżeli warunki pogodowe to umożliwiają) lub wyjeżdżają na zgrupowanie klimatyczne (Chorwacja, Włochy). Podobnie siatkarze. To nie jest tak, że kajakarz tylko siedzi w kajaku i wiosłuje, a siatkarz biega i skacze do piłki na boisku. Aby być naprawdę dobrym w sporcie, trzeba być doskonale przygotowanym fizycznie i wytrenowanym zawodnikiem – kończy Słomko.

rozmowę przeprowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji CM



Jak można leczyć dotykiem, czyli terapia manualna

wywiad z dr. Maciejem Dzierżanowskim, kierownikiem Katedry i Zakładu Terapii Manualnej

Katedra i Zakład Terapii Manualnej zajmuje się leczeniem dysfunkcji narządu ruchu. A dokładniej tą częścią, która pozwala leczyć dotykiem. To nowoczesny sposób badania, diagnozowania i leczenia schorzeń kręgosłupa, stawów, tkanek miękkich i usprawniania pacjentów po unieruchomieniu, urazach i wypadkach. Na czym polega? Jak to możliwe, aby bez specjalistycznego sprzętu skutecznie leczyć?

Dorota Kowalewska: Co to jest terapia manualna? Mi się kojarzy z kręgarzami, do których czasami chodzą pacjenci. Ale oni raczej nie mają nic wspólnego z nowoczesną medycyną. I często szkodzą zamiast pomagać.

Maciej Dzierżanowski: My korzystamy z całej dostępnej wiedzy, aby skutecznie diagnozować, a następnie leczyć i usprawniać. Diagnostyka przeprowadzona przez fizjoterapeutę – terapeutę manualnego jest systemem kompletnym. Szukamy przyczyny dolegliwości...czasami w lokalizacjach bardzo odległych od źródła bólu. Fizjoterapeuta po przeprowadzonej diagnostyce jest w stanie zlikwidować problem, z którym zwrócił się do niego pacjent, ale co ważniejsze tak poprowadzić usprawnianie, żeby ten problem się nie powtarzał. Czyli mówiąc prostym językiem, nie sztuka jest odblokować zablokowany segment kręgosłupa. Sztuką jest taka fizjoterapia, która do tego zablokowania nie dopuści.

Terapia manualna nie powinna się ko-

jarzyć z kręgarzami. W chwili obecnej fizjoterapeuci i lekarze zdobywają wiedzę z zakresu medycyny manualnej na specjalistycznych kursach organizowanych przez wiele międzynarodowych stowarzyszeń medycyny manualnej.

W programach nauczania na kierunku fizjoterapia znajduje się przedmiot Terapia manualna gdzie przekazywana jest podstawowa wiedza z zakresu badania i leczenia manualnego narządu ruchu. Jednakże Katedra i Zakład Terapii Manualnej występująca jako samodzielna jednostka naukowo-dydaktyczna to rzadkość.

DK: Kiedy się przydaje? Może jakiś przykład w naszym podwórku.

MD: Nasza Katedra jest związana z siatkarzami Delecty Bydgoszcz, którzy korzystają często z naszej pomocy. Również zawodnicy reprezentacji polski juniorów w kajakarstwie. Wiadomo, że uprawianie sportu wiąże się często z obciążeniami narządu ruchu na granicy tolerancji organizmu. Bóle stawów, mięśni, kręgosłupa, urazy sportowe. Często dochodzi do patologii funkcjonalnych często nazwanych zablokowaniami. W takich wypadkach skuteczną i szybką formą terapii jest właśnie terapia manualna. Znając specyfikę danej dyscypliny sportowej wiemy gdzie do urazów dochodzi najczęściej. Zbadanie pacjenta, ustalenie formy terapii i zestawu ćwiczeń, które zapobiegają w pewnym stopniu oczywiście nawracaniu kontuzji.

DK: Na czym polegają takie ćwiczenia?

MD: Przede wszystkim są to systemy ćwiczeń, które w specyficzny sposób przywracają prawidłowe wzorce i stereotypy wykonywanego ruchu i prawidłowej postawy. Są to ćwiczenia oparte na regulacji proprioceptywnej (regulacji czucia głębokiego), Najczęściej stosujemy metody McKenziego, Karla Lewitta i PNF.

DK: A na bóle głowy?

MD: To tylko pewien fragment naszej pracy..., ale fakt pacjentów z bólami głowy często konsultujemy. Najczęściej są to pacjenci z tzw. odkręgosłupowymi bólami głowy. W takich przypadkach stosujemy trakcje, mobilizacje tkanek miękkich, terapie punktów spustowych i zalecamy ćwiczenia do samodzielnego wykonania w domu. Są to najczęściej proste ćwiczenia z grupy ćwiczeń izometrycznych.

DK: Zawsze słyszałam, że kręgosłup powinien być prosty.

MD: Tak, ale to zależy, w jakiej płaszczyźnie. Kręgosłup powinien posiadać naturalne krzywizny, które wynikają z jego budowy funkcji. Prawidłowe krzywizny gwarantują pełną amortyzację centralnego układu nerwowego i równomierne obciążanie krążków międzykręgowych tzw. dysków. Brak naturalnych wygięć prowadzi do szybszej degeneracji krążków, zniszczeń połączeń międzykręgowych i np. bólów głowy, o których już wspominaliśmy. Ważne jest, abyśmy w ciągu życia utrzymywali te krzywizny jak najdłużej w odpowiednich proporcjach.



Kierownik i współpracownicy Katedry i Zakładu Terapii Manualnej

DK: Ale czasami, aby postawić diagnozę korzystacie z nowoczesnych urządzeń?

MD: Oczywiście. Korzystamy ze zdjęć RTG, wyników i opisów tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, wyników USG czy badań densytometrycznych. Faktem jest, że podstawowe nasze badanie to badanie funkcjonalne i manualne, ale często w tych badaniach szukamy potwierdzenia postawionej przez

nas diagnozy i co chyba ważniejsze oceniamy szanse powodzenia terapii bezinwazyjnej i wykluczamy przeciwwskazania. Nie wszystko da się zbadać przy pomocy dotyku.... Dlaczego nie skorzystać z tak dokładnych metod diagnostycznych. W końcu proszę pamiętać, że nasza praca opiera się o wiedzę medyczną. To nie są szamańskie sztuczki.

Katedra zajmuje się działalnością naukową i dydaktyczną dla studentów fizjoterapii. Na zajęciach studenci poznają jak diagnozować pacjenta, oceniać jego możliwości funkcjonalne, dostosować odpowiednie techniki manualne z zakresu mobilizacji stawów i tkanek miękkich, żeby w krótkim czasie osiągnąć jak najlepszy efekt terapeutyczny.

wywiad przeprowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji CM

Studium przypadku

Mirosława Kram

Studium przypadku znane jest również pod nazwą kazuistyka lub metoda case study. Opisując doświadczenia pojedynczego pacjenta/klienta, jego nierzadko skomplikowane losy, pokazuje się jednocześnie pracę konkretnego autora lub grupy autorów. Studium przypadku przedstawia działania, niekiedy przypominające detektywistyczne zmagania lekarza, psychologa/psychoterapeuty, pedagoga, pielęgniarki aby dojść do przyczyny i opisu stanu rzeczy.

Studium przypadku w medycynie

„K.R., 3,5 letni chłopiec, prawidłowo się rozwijający i nie chorujący do 3 r.ż. Przed 6 miesiącami pojawiła się domieszka krwi w stolcach. Nie towarzyszyła temu ani biegunka, ani gorączka, ani chudnięcie, ani wykładniki stanu zapalnego, ani też anemizacja w badaniach laboratoryjnych. W ośrodku terenowym wykonano kolonoskopię, która nie uwidoczniła przyczyny krwawienia. W biopsji stwierdzono niewielkie nacieki zapalne. W związku z tym podejrzewano, że dziecko ma alergię pokarmową i usunięto z diety mleko. Ze względu na brak poprawy klinicznej chłopiec został skierowany do Centrum Zdrowia Dziecka. Z dokładniejszego wywiadu wynikało, że krew występowała jedynie na powierzchni stolca. Nie stwierdzono w badaniu przedmiotowym niedoborów wysokości i masy ciała. Całość obrazu klinicznego najbardziej skłaniała do podejrzewania polipa w dystalnej (dalszej) części jelita grubego. W związku z tym wykonano ponownie kolonoskopię, znajdując na głębokości 10 cm od odbytu polip o długości 2 cm i średnicy 1 cm. W całym jelicie grubym błona śluzowa wyglądała prawidłowo, bez cech zapalenia. Po zabiegu nie obserwowano już obecności krwi w stolcu. W diecie ponownie uwzględniono mleko i jego przetwory”. (Socha J., Ryżko J.: *Kazuistyka gastroenterologiczna u dzieci*. WL PZWL 2000, s.105)

Z gabinetu psychoterapeuty

„Opiekun społeczny skierował do terapeuty mężczyznę, lat 58, chorego na nowotwór, który właśnie dokonał nieudanej próby samobójczej przez przyjęcie leków. Pacjent został wypisany do domu i zgodził się na 6 sesji psychoterapeutycznych u siebie w domu. Pacjent mieszkał sam, żona zmarła tragicznie 10 lat wcześniej. Podczas pierwszej sesji mężczyzna oświadczył, że jego decyzja odebrania sobie życia jest nieodwołalna i dodał, że wyznaczył sobie już datę śmierci. Przed śmiercią pragnął spędzić tydzień w Hiszpanii.

Pacjent uprzejmie słuchał terapeuty, który podkreślał pozytywne strony życia pacjenta, wskazując także na możliwość cofnięcia się choroby. Jednak pacjent został niewzruszony. Kolejne sesje utwierdziły terapeutę w przekonaniu, że pacjent jest w pełni poczytalny i nie zachodzą żadne prawne podstawy do zastosowania leczenia przymusowego. Terapeuta odczuwał bezsilność i smutek. Podczas ostatniego spotkania terapeuta oświadczył, że szanuje decyzję pacjenta, ale będzie mu go brakować i będzie odczuwał po nim głęboki żal. Miesiąc później terapeuta dowiedział się, że w czasie podróży do Hiszpanii pacjent spotkał kobietę, która się nim zainteresowała. To nieoczekiwane zdarzenie odwołało go od powziętego zamiaru”. (Kubitsky J.: *Vademecum psychoterapeuty*. WL PZWL 2008, s. 154)

Z gabinetu pedagoga szkolnego

„Problem dotyczył ucznia, który rozpoczął naukę w 1 klasie Gimnazjum systemem indywidualnym, ze względu na ADHD (zespół nadpobudliwości ruchowej). Początkowo wyniki dydaktyczne były zadawalające. W krótkim jednak czasie zaczęto zauważać: rozluźniający stosunek do nauki, niechęć do współpracy, konflikty z nauczycielami i uczniami. Matka ucznia skarżyła

się na brak kontaktu z synem i zdarzające się kłamstwa. Po rozpoznaniu sytuacji domowej, spotkaniach i rozmowach z matką stwierdzono, że problem dotyczy nowej sytuacji szkolnej. Przeprowadzono rozmowę z wychowawcą ucznia i nauczycielami. W rozmowach z chłopcem stwierdzono że: chłopiec nie potrafi współdziałać z nowymi nauczycielami, twierdził, że ich wymagania są zbyt duże, chłopcu brak motywacji do uczenia się, nauka przychodzi mu z trudem. Diagnoza negatywna: utrzymywanie się takiego stanu rzeczy mogłoby coraz bardziej pogłębiać niepowodzenia ucznia w sferze dydaktycznej i wychowawczej, potęgować niepotrzebnie napięcie emocjonalne u chłopca, nasilić niepożądane zachowania, a nawet być przyczyną powtarzania klasy. Diagnoza pozytywna: zaplanowane działania pozwoliłyby na złagodzenie napięcia jakie towarzyszy uczniowi, a tym samym wpłynęły na bardziej otwartą atmosferę w czasie zajęć i podniesienie wyników wnaucze, zmotywowwałyby chłopca do efektywnej pracy na lekcjach i w domu, nauczyciele jeszcze bardziej zindywidualizowałyby pracę z uczniem i poszerzyli swoją wiedzę odnośnie zasad pracy z uczniem nadpobudliwym psychoruchowo. Efekty oddziaływań: działania przyniosły oczekiwane rezultaty. Badanie kontrolne potwierdziło konieczność stosowania podstaw programowych i bardzo słaby poziom możliwości intelektualnych chłopca. Taki stan rzeczy był wskazówką dla nauczycieli do dalszego organizowania procesu dydaktycznego i odpowiedzią na trudności edukacyjne chłopca. Nauczyciele dzięki dodatkowej wiedzy z zakresu nadpobudliwości, wdrożyli jej elementy w pracy z uczniem. Zaowocowało to lepszymi stopniami na lekcjach indywidualnych. Już w czasie drugiego semestru chłopiec był bardziej zdyscyplinowany, przestrzegał zasad współpracy, poprawił oceny niedostateczne i klasę pierwszą zakończył pozytywnie”. (Wolańczyk T.: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Biforium, Lublin 1999)

Studium przypadku w pielęgniarstwie

Pacjentka, K.R., lat 51, aktywna zawodowo, z zawodu księgowa, została przyjęta do szpitala z powodu nowotworu piersi prawej. Stan ogólny podczas zbierania wywiadu: temp. ciała: 36,80C, tętno: 92 uderzeń/min, oddech: 16/min, ciśnienie tętnicze: 130/90 mm Hg, masa ciała: 65 kg, wysokość ciała: 164 cm. Aktualnie nie przyjmuje żadnych leków. Przebyte choroby – nie podaje. Pobyty w szpitalu: dwa: pierwszy związany z wykonaniem zabiegu operacyjnego - usunięcie piersi prawej, drugi związany z radioterapią.

Pacjentka zamężna, 2 dorosłe córki. Choroby współistniejące w rodzinie – nie podaje. Zainteresowania/hobby koncentrują się na czytaniu książek, gotowaniu i pieczeniu ciast. Czas wolny spędza na spacerach, wspólnym spotkaniu z rodziną, spotkania z przyjaciółmi. Nałogi w rodzinie, używki – nie podaje. Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe – nie podaje. Ograniczenia psychofizyczne – nie podaje. Brak wsparcia społecznego – nie podaje. Pacjentka wraz z rodziną mieszka w dużym mieście, w mieszkaniu w bloku, warunki mieszkaniowe – bardzo dobre.

Stan biologiczny pacjentki. Świadomość pełna. Skóra czysta, prawidłowo napięta, skargi na świąd i pieczenie skóry w okolicy napromienianej. Oddech regularny. Kaszel, duszność – nie występują. Ciśnienie tętni-

cze w normie. Występuje obrzęk limfatyczny kończyny górnej prawej spowodowany usunięciem węzłów chłonnych pachowych. Łaknienie poza chemioterapią dobre. Występują zaparcia podczas podawania cytostatyków. Mocz – prawidłowy. Występuje ograniczenie ruchów kończyną górną prawą z powodu bólu i obrzęku limfatycznego. Wzrok, słuch, czucie – prawidłowe. Stan psychospołeczny pacjentki: przytomna, świadoma. Myślenie logiczne, pamięć dobra. Pacjentka nastawiona do własnej sytuacji pozytywnie, zmotywowana do walki z chorobą. Pomimo to przeżywa lęk i smutek, którego przyczyną jest choroba nowotworowa. Pacjentka posiada wiedzę na temat swojej choroby, posiada umiejętności potrzebne do samoopieki i samopielęgnowania. Jej motywacja jest wzmocniona wsparciem ze strony bliskiej jej rodziny oraz przyjaciół. Z odczuwanych problemów przez pacjentkę, najważniejszy to obawa, czy poradzi sobie z chemioterapią i radioterapią, ich objawami ubocznymi.

Plan opieki pielęgniarstwie obejmował rozwiązanie następujących problemów zdrowotnych: 1. Przeżywanie lęku i smutku na skutek choroby nowotworowej. 2. Niepokój związany z chemioterapią. 3. Ból kończyny górnej po stronie operowanej. 4. Utrudnione poruszanie kończyną górną prawą z powodu obrzęku po usunięciu węzłów chłonnych. 5. Świąd i pieczenie skóry okolicy napromienianej. 6. Konieczność

kontaktu z psychologiem klinicznym. 7. Wskazany kontakt z dietetyczką.

Ewaluacja (ocena) działań pielęgniarstkich. W wyniku zaplanowanych działań pielęgniarstkich osiągnięto następujące cele: 1. U chorej nastąpiła poprawa samopoczucia i nastroju. 2. Pacjentka pozytywnie nastawiona do leczenia chemioterapeutycznego. 3. Chora zna zasady żywienia podczas chemioterapii. 4. Zmniejszyły się dolegliwości bólowe kończyny górnej prawej. 5. Pacjentka chętnie współpracuje z rehabilitantem. 6. Pacjentka myśli pozytywnie i ma perspektywy powrotu do normalnego życia. (Lesińska-Sawicka M: Metoda case study w pielęgniarstwie. Borgis 2009.

Podsumowanie

Współczesne pielęgniarstwo rozpatrywane jest jako zawód/profesja, działalność praktyczna – pielęgnowanie, system kształcenia i nauczania oraz dyscyplina naukowa. Metoda case study wykorzystywana jest zarówno w nauczaniu pielęgniarstwa, sprawdzaniu efektów nauki, w pracy zawodowej, jak i przy badaniu rzeczywistości metodami naukowymi. Wszechstronność studium przypadku sprawia, że może być ono z dużą korzyścią włączane do praktyki pielęgniarstwiej.

mgr Mirosława Kram jest wykładowcą w Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego

Światowy Tydzień Karmienia Piersią (26.05-1.06)

rozmowa z Haliną Gorzelak, konsultantem laktacyjnym w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. J. Bizuela

Mija już przeszło dwadzieścia lat od chwili, gdy na świecie rozpoczęto kampanię na rzecz rozpowszechnienia karmienia piersią. W Polsce ta inicjatywa intensywnie rozwijała się w latach 90. Zaowocowała powstawaniem szpitali przyjaznych dziecku, w których w szczególny sposób promuje się karmienie piersią.

Rozpowszechnianie tej idei sprawia, że coraz więcej kobiet karmi swoje dzieci piersią. To ważne, bo dzięki temu niemowlęta są zdrowsze i lepiej się rozwijają.

- To prawda, kobiecie mleko jest wyjątkowym pokarmem, idealnie dopasowanym do potrzeb niemowlęcia. - mówi psycholog mgr Halina Gorzelak, konsultant laktacyjny w Szpitalu Uniwersyteckim II im J. Bizuela w Bydgoszczy - Nie tylko odżywia dziecko ale również je chroni, poprzez zawarte w nim przeciwciała. Wieloma czynnikami wpływa stymulująco na rozwój układu nerwowego oraz dojrzewanie przewodu pokarmowego. Nieodłącznym aspektem karmienia pier-

sią jest bezpośredni i częsty kontakt matki z dzieckiem co sprzyja powstawaniu unikalnej, pozytywnej więzi między nimi.

Jestem szczupłą, moje mleko na pewno nie jest dobre dla dziecka

- Nie ma znaczenia, czy matka odżywia się doskonale, czy nie je do syta. Obie wytwarzają, właściwy dla ich dzieci, pokarm. Mleko matki ma stałą zawartość białka, laktozy. Całkowita zawartość tłuszczu w niewielkim stopniu zależy od sposobu odżywiania - komentuje nasz konsultant - Muszą być naprawdę ważne przyczyny, aby kobieta nie mogła karmić. Czasem jest to ciężka choroba, pewne leki, które nie mogą być stosowane w czasie karmienia piersią. Ale to są rzadkie przypadki. Matki czasami nie karmią, bo mają trudności z którymi nie mogą sobie poradzić. Dlatego uważam, że wiele zależy od motywacji kobiety do karmienia piersią. Nie bez znaczenia jest też wsparcie udzielone młodej matce przez

rodzinę oraz personel medyczny. Umiejętna pomoc w momentach kryzysowych może zdziałać wiele dla zachowania karmienia piersią. Są kobiety, które wybierają inny sposób żywienia swojego dziecka. Ważne, aby tego wyboru dokonywały w sposób świadomy uwzględniając potrzeby malenstwa.

Bank Mleka

- Bywa jednak tak, że dziecko nie może być karmione pokarmem własnej matki. To rzadkie przypadki, ale się zdarzają. Wtedy zamiast wprowadzenia sztucznej mieszanki można skorzystać z banku mleka. Niestety, jeszcze nie w Polsce.

Pierwszy Bank Mleka powstał na początku XX wieku w Wiedniu. Drugi, w 1910 r. we Lwowie, czyli na terenie Polski.

Idea polega na tym, że rekrutuje się dawczyni mleka wśród zdrowych matek karmiących własne dzieci, odbiera od nich pokarm, a następnie, po przeprowadzeniu serii kontrolnych badań i pasteryzacji,

przekazuje go potrzebującemu dziecku. Są plany, aby w Polsce również funkcjonowała taka placówka. Ma powstać w Warszawie, ale ze względu na to, że takie mleko może być długo przechowywane, będzie służył dzieciom w całej Polsce.

Na całym świecie m.in. w Wielkiej Brytanii, Brazylii, Bułgarii, Chinach, na Słowacji, w Finlandii, Francji, Niemczech, Grecji, Japonii, Norwegii, Szwecji, Szwajcarii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Włoszech, powstają banki mleka, które z powodzeniem funkcjonują w porozumieniu ze szpitalnymi oddziałami pediatrycznymi i neonatologicznymi.

Kapusta na zimno

Wiele kobiet ma problemy z piersiami w czasie karmienia. Tworzą się guzy, bolą piersi. W aptekach jest mnóstwo kremów, które mają pomóc w problemie. Doświadczone matki podpowiadają jednak, że domowe sposoby są najskuteczniejsze.

- Chodzi o to, aby przed karmieniem ułatwić wypływanie pokarmu. – instruuje Halina Gorzelak - Można wziąć ciepły

prysznic, zrobić okład z ciepłej pieluchy. Wtedy mleko łatwiej wypływa. Szalenie ważne jest, by prawidłowo przystawione dziecko opróżniło pierś. Po zakończeniu karmienia trzeba zadbać o schłodzenie piersi. Najskuteczniejsze są zimne okłady. Okład musi być bardzo zimny i poleżeć na piersi przez kilkanaście minut. Może to być dobrze schłodzona wkładka żelowa owinięta w materiał, albo właśnie zimnie liście kapusty. Obkurczają się wtedy kanaliki w piersi i nie tworzą bolesnych zgrubień.

Ssaki lubią ssać

- Odruch ssania jest tak naturalny jak oddychanie. Ale to, że dziecko rodzi się z tym odruchem nie znaczy, że będzie potrafiło skutecznie się najeść. Ważne jest to, jak matka przystawia dziecko do piersi – tłumaczy mgr Gorzelak – Trzeba zwrócić na to uwagę, bo prawidłowe przystawienie zwiększa efektywność ssania i zapewnia prawidłową pracę piersi. Można się tego nauczyć. Bywa, że matka dwoje dzieci karmiła bez problemu, a trzecie źle łapie brodawkę. Każde dziecko jest inne i trzeba o tym pamiętać.

Co kobieta ma wspólnego z krową?

- Właściwie niewiele. A to właśnie na bazie krowiego mleka tworzy się modyfikowane mleko dla dzieci – mówi pani Halina. - Oczywiście, producenci starają się je tak dostosować, aby jak najdokładniej przypominało mleko mamy, lecz nie zawiera ono pewnych, niezbędnych, żywych struktur. Mleko każdego ze ssaków jest dostosowane do tego, aby jak najlepiej zaspokoić potrzeby własnego potomstwa. Więc nie ludźmy się, że nie ma znaczenia, czy dziecko dostanie pokarm od mamy czy z sztuczny. Są rzeczy niezastąpione. Bezcenne. Jedną z takich rzeczy to pokarm matki. – kończy nasz specjalista.

Halina Gorzelak jest z wykształcenia psychologiem. Zdobyła tytuł Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC. Pracuje na oddziale położniczym w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im Jana Bizuela w Bydgoszczy.

rozmowę przeprowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji CM

Florence Nightingale

Walentyna Korpalska

Legenda o Pani z lampą

Spójrz!

W tym przybytku cierpienia

To lampa Pani się pali.

A ona cicho w półcieniu

Z sali przechodzi do sali

Z wolna, jak w sennym marzeniu

Do cienia na ścianie, co pada,

Chory się zwraca w milczeniu

I z czcig swe wargi przykłada.

/-/ H. W. Longwell

Dzień 12 maja, w uznaniu zasług twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa, jest co roku obchodzony jako Międzynarodowe Święto Pielęgniarstwa. W tym roku przypada 190 rocznica jej urodzin oraz 100 rocznica śmierci. W obliczu tych dat przypomnieć należy jej wkład nie tylko w tworzenie podstaw nowoczesnego pielęgniarstwa, ale także zasadniczych kanonów zdrowia publicznego. Jest to okazja do ponownego spojrzenia na osobowość twórczyni pielęgniarstwa profesji.

Podstawowe dane biograficzne Florenc są powszechnie znane. Urodziła się w zamożnej rodzinie, otrzymała staranne, wszechstronne wykształcenie. Odrzuci-

ła jednak tradycyjny model życia kobiety z rodzin arystokratycznych. W 1844 roku zdecydowała się związać swoją przyszłość z opieką nad chorym. Jej decyzja przeraziła rodzinę, ponieważ opiekę nad chorymi sprawowały wtedy kobiety z marginesu społecznego: „many of them were lazy, unkind, unhygienic, drunken and often stole from their patients, and they did little more than sit the same room their charges. They earned nursing a very bad reputation” (J. Cochrane, *An Illustrated History of Medicine*, London 1996, s. 94).

Florence była jednak stanowcza. Rozpo-

częła kształcenie zawodowe. Zapoznawała się z wybraną problematyką między innymi we Francji, Włoszech, Niemczech. Wykształcenie zdobywała u sióstr miłosierdzia w Paryżu, podjęła też naukę w instytucie kształcenia Diakonów, założonym przez pastora Theodora Fliednera w Kaiserswerth. Po powrocie przyjęła stanowisko kierowniczką w zakładzie opieki „dla chorych dam” w Londynie. Zajęła się też szkoleniem personelu pielęgniarskiego.

Uwieńczeniem doświadczeń, jakie zdobyła pracując w wielu instytucjach dobroczynnych był w 1854 roku wyjazd



Florence Nightingale wyobrażona na banknocie dziesięciofuntowym



Florence Nightingale – Pani z lampą w lazarecie wojskowym w Skutari

na czele misji złożonej z katolickich, anglikańskich i świeckich sióstr do Scutari (dziś Üsküdar, azjatycka dzielnica Stambułu), gdzie opiekowała się brytyjskimi żołnierzami podczas wojny krymskiej. W szpitalach polowych panowały potworne warunki: słoczone, brudne łóżka, brak odpowiedniego wyposażenia, niezwykle wysoka, przekraczająca 40% śmiertelność. W ciągu zaledwie 6 miesięcy Florencja i jej współpracownicy poprawiły w sposób zasadniczy warunki leczenia, pobytu rannych i chorych. Dzięki ich staraniom śmiertelność spadła z blisko 50 do około 3 %.

Jeszcze w czasie pobytu na Krymie F. Nightingale przewidywała konieczność przeprowadzenia zasadniczych zmian w organizacji opieki medycznej w armii i stworzenia tam stałej pielęgniarskiej struktury. Po wojnie, przy współpracy ministra wojny Sydneya Herberta, podjęła starania, które doprowadziły do utworzenia pierwszej wojskowej szkoły medycznej i reformy szpitali wojskowych. Nightingale wypracowała podstawy niemal wszystkich współczesnych technik i sposobów pielęgnacji chorych i poszkodowanych.

W uznaniu dla działalności sióstr na Krymie i w wyniku społecznego zrozumienia ważności kształtującej się profesji, ze społecznych składek utworzono Fundację Florence Nightingale. Dzięki tym środkom finansowym w 1860 roku otwarto w obrębie szpitala św. Tomasza

w Londynie pierwszą szkołę pielęgniarską, zorganizowaną na miarę potrzeb naukowych. Odgrywająca wiodącą rolę przy tworzeniu szkoły Florence Nightingale podkreślała, że pielęgniarstwo powinno stać się działem nauk medycznych i nie może opierać się wyłącznie na przesłankach chrześcijańskiego miłosierdzia. Jej główna dewiza brzmiała: „to teach nurses, to teach nurses”. Zasadnicze podstawy działania swojego systemu ogłaszała drukiem, w tym w dwóch podstawowych pracach: Uwagi o szpitalach (Notes on Hospitals – 1859) i Uwagi o pielęgniarstwie (Notes on nursing – 1860).

Lata 60. XIX stulecia rozpoczęły okres profesjonalizacji pielęgniarstwa i formowania jego statusu. Zapoczątkowano nowe kształcenie pielęgniarek określane jako The Nightingale` System. Upowszechnił się on nie tylko w Wielkiej Brytanii, ale w wielu krajach na całym świecie. Model teoretyczny pielęgniarstwa Florence Nightingale został już w literaturze wielokrotnie utrwalony. W szkolnictwie pielęgniarskim, związanym z Fundacją F. Nightingale starano się zapewnić wykształcenie zgodne z ówczesną wiedzą medyczną z anatomii, higieny, kliniki i technik pielęgnacyjnych. W programach nauczania szczególną wagę przywiązywano do kształtowania etycznych zasad postępowania i nie dopuszczania do zachowań kojarzonych z mechanical nurse. W tym mieściło się

też wyrabianie odpowiednich relacji z chorymi i przełożonymi. Jej główne zalecenia do dziś pozostają aktualne: „Istotą pielęgniarstwa jest pielęgnacja chorego. Proszę to zauważyć: chorego nie choroby. (...) To jest przyczyną, dla której pielęgniarstwa można się nauczyć tylko przy łóżku chorego, lub na oddziale szpitalnym. Wykłady i książki, choć użyteczne, są tu tylko dodatkami”.

Cechy osobowości Florence – upór w dążeniu do realizacji celów, które uważała za słuszne, wysokie wymagania stawiane sobie i innym sprawiły, że oprócz wielu zwolenników miała też osoby sobie niechętne. Zastrzeżenia wobec działalności F. Nightingale brały się jednak nie tylko z osobistych niechęci. Pojawiały się opinie, że postulowany przez nią system ograniczał się prawie wyłącznie do opieki nad chorym i niedostatecznie uwzględniał naukowe metody nauczania i praktyki medycznej. Wiadomo przecież, iż nie wierzyła, że to drobnoustroje są przyczyną chorób i mimo odkryć w bakteriologii i mikrobiologii przypisywała rozprzestrzenianie się chorób oddziaływaniu „miazmatów”.

Jednakże jej energia i niestrudzona działalność sprawiły że opieka nad chorym przestała odgrywać podrzędną rolę, stała się ważnym elementem opieki medycznej. Zapłaciła za to jednak utratą zdrowia. Cierpiała na rozmaite dolegliwości, prawdopodobnie na podłożu nerwowym. Była kruchego zdrowia i parę ostatnich dziesięcioleci swojego życia spędziła przykuta do łóżka. Jej aktywność społeczna i pisarska jednak nie zmalała. Zmarła prawie sto lat temu, 13 sierpnia 1910 roku.

Starsze pokolenia pielęgniarek z pietyzmem przechowują legendę o Pani z lampą. Dzień jej urodzin jest Międzynarodowym Dniem Pielęgniarstwa, a lampka oliwna – symbolem pielęgniarstwa. Od 1912 roku medal Florence Nightingale jest przyznawany zasłużonym pielęgniarkom. Dzisiaj młodzież akademicka inaczej patrzy na pielęgniarstwo i jego twórczynię. Uznaje jednak uniwersalne kanony pielęgniarstwa przez nią sformułowane i nie odbiegające od współczesnego systemu wartości.

Sądzę, że ze względu na jej fundamentalne osiągnięcia w dziedzinie profesjonalizacji pielęgniarstwa i wyjątkowy wkład w rozwój wiedzy na temat zdrowia publicznego, jesteśmy dłużnikami Florence Nightingale.

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

Oczy – symbol oświecenia i znak cudownego uzdrowienia na przykładzie ikonografii świętych i sztuki wotywniej

Jowita Jagła

Oczy – jeden z najbardziej istotnych organów, należą do „cielesnych artefaktów”, których znaczenie przekładało się na szeroki obszar kulturowo- symboliczny.

Ślepotą tak jak inne nowotestamentowe przypadki chorób wzroku uleczone przez Chrystusa posiadała głęboki sens teologiczny. Uzdrowienie wzroku symbolizowało wewnętrzne oświecenie, bowiem Chrystus jest światłością świata, jest światłem prawdziwym [„Wy zaś jesteście wybranym plemieniem, królewskim kapłaństwem, narodem świętym, ludem Bogu na własność przeznaczonym, abyście ogłaszali dzieła potęgi tego, który was wezwał z ciemności do przedziwnego światła” (1 list Piotra 2, 9)]. Izidor z Sewilli widział w uzdrowieniu ślepoty alegorię oświecenia człowieka, który dzięki Chrystusowi wychodzi ze śmiertelnego cienia, inni ojcowie kościoła m.in. św. Ireneusz i św. Augustyn interpretowali odzyskanie wzroku jako symbol zmartwychwstania kojarzonego z jasnością boskiej wspaniałości. Według św. Hildegardy z Bingen oko jest organem wrażliwym, czułym, ale potrafiącym się samooczyszczać za pomocą łez, dzięki temu usuwa ono wszelkie brudy i ciała obce, może więc być utożsamiane z oczyszczającą się duszą, a idąc dalej z symbolem czystości: „Drugi miesiąc ze swej natury jest miesiącem oczyszczenia. Jego symbolem są oczy człowieka, ponieważ, jeśli są wodniste, nieczyste albo chorowite, czyszczą się niekiedy same z siebie. Tak też jest z duszą człowieka, jest ona jak sok wewnątrz drzewa. Jak dzięki sokom dojrzewa wszelki owoc drzewa, tak też poprzez duszę urzeczywistnione jest wszelkie dzieło człowieka”. Oko posiada wielką mądrość, przewiduje zdarzenia i je analizuje, może być więc postrzegane jako podstawowy organ człowieka, jak pisała św. Hildegarda: „za sprawą oczu stają się ruchome i rozpoznawalne słuch i powonienie, rozśadek ust oraz dotyk. A jak dzięki temu może rozpoznane być wokół ich istnienie i działanie, tak poprzez słońce, księżyc i gwiazdy, rządzone i oświecane jest całe urządzenie firmamentu. Człowiek widzi oczami, to co rozumie poprzez mądrość, pojmuje to dzięki słyszeniu, węchowi i smakowi”.

Zarówno fizyczno- duchowy aspekt pojmowania widzenia jak i odczuwalna w poprzednich stuleciach złowroga obecność chorób oczu zyskała odbicie w kulcie patronów od schorzeń wzroku. Święci

leczący funkcjonowali jako spadkobiercy leczniczej mocy Chrystusa, a ich popularność wśród wiernych wynikała ze słabego kontaktu czy też braku kontaktu z medykami oraz słabej wiedzy o chorobach, ostatecznie porady uzyskiwane u wędrownych pseudo-lekarzy, cyrulików i szarlatanów często nie przyczyniały się do uzyskania upragnionego zdrowia. Tym samym największą nadzieję pokładano w Boskim Lekarzu – Chrystusie i jego następcach. Popularność świętych leczących rosła wraz z kolejnymi stuleciami wieków średnich, co ostatecznie doprowadziło do bogatej „specjalizacji leczniczej” patronów od chorób. Specjalizacja ta mogła wynikać z cierpień jakich święty doznał podczas męczeńskich tortur, mogła nawiązywać do chorób, które święty najczęściej uzdrawiał za życia, bądź kojarzono ją na podstawie analogii słownej między nazwą schorzenia a imieniem świętego. Największą grupę stanowili święci reprezentujący pierwszą

kategorię, należący do tzw. „zranionych uzdrowicieli”, którzy leczące umiejętności zyskiwali poprzez własne doznanie bólu bądź napiętnowanie symboliczną raną. Do zranionych uzdrowicieli należały też główne patronki od schorzeń wzroku - św. Łucja (czczona przede wszystkim na południu Europy) i św. Otylia (popularna w Europie Północnej i Środkowej). Święta Łucja żyła na przełomie III i IV wieku w Syrakuzach, mimo niezwyklej urody odrzucała kolejne propozycje zaręczyn, zaś po odwiedzeniu Katanii, miejsca kultu św. Agaty, gdzie wyzdrowiała jej matka powierzyła życie Bogu, poświęcając się posłudze ubogim. Wydana rzymskiemu prefektowi Pascasiowi, poddana została licznym męczarniom, by na koniec zostać uśmierconą przez przebicie gardła mieczem. Opieka nad schorzeniami wzroku, którą roztaczała św. Łucja wynikała z faktu, iż święta sama oszpeciła się wylupiając sobie oczy. Gest ten wpisywał się w akt chrześcijańskiego odrzucenia zmy-



Św. Göricus z Metz, Hans Burgkmair, Niemcy, XVI w. (ilustracja pochodzi z książki: O. Rosenthal, *Wunderheilungen und ärztliche Schutzpatrone in der bildenden Kunst*, Leipzig 1925).



Atrybut św. Łucji - oczy zawieszane na roślinnej gałązce, fragment obrazu Francesco del Cosy, Włochy, XV w. (La Peinture Italienne, Geneve 1950).



Św. Otylia z „oczny atrybutem” na książce, fragment predelli ołtarza Jodocusa Kellera, kościół p.w. św. Wawrzyńca, Norymberga, XV w. (fot. Jowita Jagła)



Plakietka wotywna, srebro, pocz. XX wieku, zbiory muzeum 600-lecia Jasnej Góry. (fot. Jowita Jagła)

słowej urody (fizyczne piękno Łucji wzbudzało zachwyt mężczyzn i zakłócało duchową drogę jaką wybrała w życiu). Poza tym sam wyraz Łucja wywodzący się ze słowa lux (światło) kreował jednoznaczną formę patronatu. Zupełnie inne powody stworzyły patronat świętej Otylii, która przyszła na świat w VII wieku, jako córka księcia Alzacji Adalryka i księżnej Persindy. Ponieważ urodziła się niewidoma, księżę widząc w tym znak gniewu bożego rozkazał ją uśmiercić, jednak przed okrutnym wyrokiem uratowała ją matka. Przez krótki czas ukrywała chore dziecko, później zaś natchniona Duchem Świętym oddała je pobożnej służącej. Chcąc zabezpieczyć życie dziewczynki kobieta ta powierzyła wkrótce dziecko opactwu w Balma, tam, po chrzcie przyjętym z rąk biskupa Erharda Otylia odzyskała wzrok. Uzdrawiona nadal żyła w klasztorze pomagając chorym, dopiero po kilku latach postanowiła wrócić do rodzinnego domu, pogodziła się z ojcem i uprosiła o fundację klasztoru w Hohenburgu, gdzie wkrótce zamieszkała, zmarła w 720 roku.

Dla obu świętych najważniejszym i natychmiast rozpoznawalnym atrybutem są oczy - jako znak dobrowolnie wybranego męczeństwa (św. Łucja) lub symbol pierwotnej, pogańskiej ciemności usuniętej za pomocą chrztu (św. Otylia). W przypadku przedstawień św. Łucji oczy stają się fantazyjnym tworem, owocem zawieszonym na wytwornej, delikatnej gałęzi bądź zastępnikiem eucharystii umieszczonym na półmisku, paterze czy w kielichu. Doskonałym przykładem powyższej ikonografii jest obraz Francesco del Cosy (XV w.), na którym Łucja - młoda kobieta, ubrana w wykwintny strój wyrafinowanym gestem prezentuje tajemną roślinę z „oczny kwiatem”. Wspomniany wcześniej drugi atrybut w postaci półmiska czy patery z oczami przypominający lustro z odbijającą się w nim twarzą karze zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, wiarę w tzw. magiczne zwierciadło, które działając leczniczo na patrzących miało uwalniać od chorób i bólu głowy. W rękopisie wrocławskim z 1574 roku zachowała się formuła liturgicznego poświęcenia takiego lustra, które zalecano wykonywać w Środę Popielcową, brzmi ona następująco: „Omnipotens sempiternus deus, benedicere digneris hoc speculum, ut, quicumque fidelium idem speculum inspexerit et tuum nomen sanctum inuocauerit, in his uerbis sanctis spem habuerit et in te firmiter crediderit, ab omni malo et dolore oculorum et caecitate eorum poenitus liberetur et a nexatione pariter et a tentatione diaboli absoluatur” (Wszech-

mogący wieczny Boże racz pobłogosławić to lustro, aby, ktokolwiek z wiernych na to właśnie lustro popatrzy i twoje imię święte przywoła, a w słowach tych świętych pokładał będzie nadzieję i w ciebie mocno wierzył, uwolniony został zupełnie od wszelkiej choroby i bólu oczu i ślepoty, a również od więzów i pokus diabelskich oswobodzony został). Poświęcone lustro nabiera cech magicznych, a kuracja opiera się na połączeniu leczniczego środka naturalnego z pozaziemskimi mocami, co potwierdza wielowiekowy, kulturowy odbiór zwierciadła, jako obiektu w którym „odbija się świat realny i stwarza świat nadrealny”. Tak pojęte zwierciadło przemienia się w obiekt chroniący przed tzw. „złym spojrzaniem”, uwalnia od niego i broni, wspierane świętymi siłami.

Św. Otylię ukazywano w skromniejszym uniformie mniszego stroju, z Biblią w dłoniach, na której spoczywały patrzące, niemalże ożywione oczy - tego typu ujęcie spotykamy m.in. na kwaterze ołtarza słodowników z kościoła p.w. św. Mikołaja w Elblągu (pocz. XVI w.) czy na predelli ołtarza Jodocusa Krella (XV w.) z kościoła p.w. św. Wawrzyńca w Norymberdze. Pewnym przełamaniem schematu wykazuje się XVIII-wieczna rzeźba ołtarzowa z niemieckiego kościoła pielgrzymkowego w Gößweinstein. Św. Otylia prezentuje tu otwartą księgę, a jej święta treść zdaje się zdominowaną „oczny ornamentem”, który w całości wypełnia jej karty.

Należy podkreślić, że „oczny” atrybut przynależał wszystkim patronom od schorzeń wzroku, zarówno tym najbardziej popularnym jak św. Otylia i św. Łucja, czy mniej powszechnym świętym czczonym w wybranych regionach lub parafiach, jak np. św. Göricus z Metz - biskup niewidzący od urodzenia, cudownie uleczony dzięki modlitwie. Na grafice Hansa Burgkmaira (XVI w.) święty o niewidocznej dla widza twarzy zdaje się oczekiwać w rozległym pejzażu na boski akt miłosierdzia i uzdrowienia. Znakiem uleczonej mocy staje się nagle objawiający się anioł, trzymający w szlachetnym geście velatio łopoczącą na wietrze tkaninę z „oczny wzorem” - zapowiedzią „nowych oczu” podarowanych biskupowi.

Popularność schorzeń wzroku znalazła swoje odbicie nie tylko w ikonografii świętych, ale też w formach kultu pogańskich bogów leczących (Demeter i Asklepiosa), później zaś w kulcie chrześcijańskich patronów, którym ofiarowywano dary wotywny. Wota (nazwa pochodzi od słów votum-ślub i vovere- ślubować, ofiarować) stanowiły formę symbolicznych darów i prezentów składanych w kościołach i sanktuariach

w nadziei na wyzdrowienie/uwolnienie z kłopotów (dary prośbalne) bądź ofiarowywanych już w podziękowaniu za wysłuchanie próśb (dary dziękczynne). Dominujący typ wotów stanowiły wota odnoszące się do popularnych wówczas stanów chorobowych, wyobrażające organy ciała (m.in. dłonie, ręce, stopy, nogi, oczy, uszy).

W starożytnej Grecji dary wotywnie kojarzone z chorobami wzroku wyobrażały oczy z powiekami, brwiami, niekiedy z nosem umieszczone na tablicach ozdabianych inskrypcjami, wykonywano je najczęściej z kamienia, terakoty, marmuru i gliny. Wota rzymskie terakotowe lub brązowe powtarzały schemat wymyślony w Grecji, oprócz tego występowały tu także wota przypominające maski z oczami bądź ukazujące pojedyncze gałki oczne. O ile zewnętrzne, widoczne organy ciała nie sprawiały trudności rzemieślnikom i artystom wytwarzającym wota, o tyle organy wewnętrzne np. wątroba, płuca, brzuch stanowiły niemały problem wykonawczy. Starając się wybrnąć z kłopotliwej sytuacji i chcąc sprostać zadaniu twórcy posługiwano się symbolami bądź wiedzą anatomiczną, zdobywaną dzięki sekcjom dokonywanym na zwierzętach. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku wyobrażeń oczu. Wota starożytne ukazują nieco przekłamane, częściowy wizerunek oczu, jak bowiem wiadomo gałka oczna stanowi kulisty twór z mięśniami ocznymi i nerwami wzrokowymi, jednak ten typ ujęcia pojawił się dopiero w średniowieczu, o czym jeszcze będzie mowa. Średniowieczną i nowożytną ikonografię wotów związanych ze schorzeniami wzroku można podzielić na kilka typów: maski z oczami (najczęściej wykonywane z wosku, popularne na południu Europy), przedstawienia obu oczu z powiekami przypominające złączone migdały/rzadziej pojedyncze oczy z powiekami (wykonywane ze srebra, złota), oczy malowane na tablicach wotywnych, przedstawienia oczu umieszczone na stojaku w postaci stylizowanej, roślinnej łodygi (wytwarzane z wosku, rzadziej z drewna, malowane na biało, czarno, zielono i szaro, występujące głównie na północy Europy), oczy w formie woskowych kul.

Warto kilka słów poświęcić dwóm ostatnim typom, z uwagi na dość oryginalną jakość obrazowania. Wota-oczy umieszczone na stojaku wywołują szereg niejednoznacznych skojarzeń. Jedną z prób interpretacyjnych sugeruje, że rozgałęziający się stojak jest uproszczonym wyobrażeniem nerwów wzrokowych, czy jednak jest tak w istocie? W wielu wotach z tej grupy stojak ów przypomina twór roślinny, posiadający stylizowane gałązki paproci czy jodły, na których

sterczą niczym szyszki/owoce wpatrzone w widza oczy. Nasuwa to skojarzenia z oczami zawieszonymi na gałązce, atrybutem św. Łucji, co jednak ważne, święta ta czczona była przede wszystkim na południu Europy, nie zaś na północy, gdzie powstał ten rodzaj wotów. Być może więc wytłumaczenie jest bardziej banalne, stojak jest w gruncie rzeczy wlewnem/podstawą modelu przez który wlewano wosk, a starając się ozdobić go w jakiś sposób, posługiwano się tak lubianymi w sztuce ludowej formami roślinnymi. Zresztą łączenie form roślinnych z wyobrażeniami oczu wydaje się zabiegiem dość popularnym, także w wotach srebrnych, np. w XVIII-wiecznych plaketkach, na których oczy zdobią wyszukane zdobienia kwiatowe czy liście akantu.

Dowodu na istnienie wotów w formie woskowych kul przypominających gałki oczne dostarczają dwie kwatery ołtarza Deocarusa, powstałego w 1437 roku dla kościoła św. Wawrzyńca w Norymberii. Deocarus był opatem benedyktyńskiego klasztoru w Herrieden i spowiednikiem Karola Wielkiego. Jego kult w Norymberii rozpoczął się w 1316 roku, kiedy Ludwik Bawarski podarował dla kościoła św. Wawrzyńca relikwie czaszki i 39 części kostnych świętego, w podzięce za pomoc udzieloną mu przez mieszkańców miasta w konflikcie zbrojnym z Fryderykiem Habsburskim. Relikwie świętego szybko stały się celem pielgrzymek, potwierdzonych cudami. Ołtarz akcentuje głównie cudowne leczenie wzroku, przez aż po-



Św. Otylia z „ocznym atrybutem” na kartach książki, rzeźba z kościoła p.w. Świętej Trójcy, Gößweinstein, Niemcy, XVIII w. (fot. Jowita Jagła)



Składanie darów wotywnych w postaci woskowych kul, awers kwatery ołtarza Deocarusa, 1437 r., kościół p.w. św. Wawrzyńca, Norymberga. (fot. Jowita Jagła)

dwójnie zaprezentowany akt wotywny, w którym ofiarowane są woskowe oczy! Na obu kwaterach (jedna na awersie, druga na rewersie skrzydła) został ukazany ołtarz z relikwiami Deocarusa, adorowany przez wiernych. W grupie tej wyróżnia się para: ojciec i syn. Ojciec, na obu ujęciach składa dziękczynne dary za uzdrowienie chłopca: dwie woskowe kule symbolizujące oczy, jednocześnie także na obu kwaterach została przedstawiona historia choroby- puste, przerażające oczodoły na twarzy chłopca i wypadające gałki oczne zawieszane na nerwach wzrokowych. Dzisiaj uważa się że woskowe kule, stanowiły rodzaj szczególnych wotów wyobrażających oczy składanych chętnie m.in. w sanktuariach św. Otylii, choć istnieją także opinie, według których wota – kule mogły również wyobrażać dodatkowo ropienie bądź wrzody.

Powszechna obecność srebrnych oczu wotywnych w nowożytnej sztuce europejskiej ujmuje w niemalże reporterski sposób ówczesną popularność schorzeń wzroku, staje się też potwierdzeniem nieumiejętnych metod leczenia. Wątpliwy skutek terapii okulistycznych dokumentują porady lekarskie i proponowane środki lecznicze zamieszczane w polskich XVII i XVIII-wiecznych samouczkach i encyklopediach. Do chorób oczu zaliczano: ogólne defekta oczu, bielmo, zapalenie, nadmierne płynienie łez, krostki w oczach, nabrzmałość i wywracanie powiek oraz oczy krwawe. Powszechne bielmo zalecano leczyć m.in. za pomocą tłuczonych goździków wymieszanych z kobiecym pokarmem, kwiatem róży warzonym z miodem i octem. Polecane mikstury,

maści i zabiegi oparte były nierzadko na magicznych bądź trudnych do wykonania recepturach. I tak bielmo można było leczyć także „maścią wyborną”, której sporządzenie wyglądało następująco: „Gdy kura przestanie wodzić kurczęta i pocznie się nieść, weźmij najpierwsze jaje, które znieś, w tym jaju uczyni dziurkę, wypuść z niego żółtek, a białek zostaw, do którego przylej oliwy, zmieszaj, zatkaj drewnianym szpuncikiem, włóż je do ciasta surowego, tego co jest na chleb, obwiń, uczyni bochenek, który wsadź do pieca z innym chlebem, otwórz bochenek, wyjmij jaje, w którym najdziesz maść złotem nieopłaconą dla jej skutków. Tą maścią maż oczy wewnątrz piórkim, każde bielmo spędzi” („Domowe lekarstwo czyli apteka, którą każdy mając w niebytności medyka snadno zdrowie poratować może”, Kraków 1754, s. 223). W tej samej pracy znajdujemy przepis na leczenie zapalenia oczu: „Weźmij masła jak najświeższego cztery łoty, wypłucz go jak najlepiej wódką różaną, przydaj cukru białego ćwierć łota, Tucy preparowanej dwa skrupuły, korzenia Celidonii na proszek utartego pół skrupuła, pereł preparowanych dwa skrupuły, zmieszaj i puszczaj w kąciuki oczu, dwakroć przez dzień, po tym oczy czysto wymywać kryniczną wodą, przydawszy do niej białek od jaja i trochę alunu. Prócz tego, jeżeliby wielkie zapalenie było, trzeba krew puścić i bańki za uszami postawić”. Dużą rolę odgrywały też środki ziołowe, leki w skład których wchodziła wódka różana, białko z jajek, mleko kobiece i miód. Wobec takich właśnie recept, słabej wiedzy medycznej, małej liczby profesjonalnych lekarzy i intensywnie działających szarla-

tanów nie dziwi powszechne powierzenie swoich zdrowotnych trosk boskiemu lekarzowi i jego świętym pomocnikom.

Wielce frapującym zagadnieniem staje się sposób wotywnego zaprezentowania choroby. Bardzo często aspekt ten zostaje pominięty, na korzyść samodzielnego przedstawienia oka pojedynczego lub dwojga oczu ujętych bardziej lub mniej ozdobnie często z deformacją anatomiczną; z nieumiejętnym zaznaczeniem rogówki pomniejszonej czy powiększonej w stosunku do gałki ocznej, czy np. z brakiem rogówki. Istnieje jednak grupa przedstawień, w których twórcy plaketek pokusili się o bardziej bądź mniej udane dotarcie do tzw. prawdy medycznej. I tak przykładowo możemy odnaleźć porażenie mięśnia prostego dolnego, jaskrę wrodzoną dziecięcą tzw. bawole oko, obrzęk spojówki gałkowej, wytrzeszcz oka, obrzęk spojówki gałkowej dolnej, obwódkę starczą, oprócz tego obrzęk pod oczami i wydzielinę spływającą z oczu. Całkowicie osobnym, choć nie pozbawionym uroku i wzruszającego nastroju są wota przedstawiające ofiarodawcę - osobę chorą w zestawieniu z „ocznym ornamentem:” nierzadko surrealistycznie powiększonym. W tego typu ujęciach okaleczony czy chory organ przeobraża się w dominujący znak tematyczny, przywołujący tajemniczy dialog między ofiarodawcą/wotantem a istotą boską.

Najsilniej wotywnie oczy oddziałują, gdy bywają zestawiane razem, w większej grupie tworzącej „oczne kolaże”, swoistą mapę ludzkich próśb o uzdrowienie. W sanktuarium św. Otylii w Kersbach XVIII-wieczny cudowny wizerunek świętej Otylii został „ozdobiony” dwiema tablicami wypełnionymi srebrną dekoracją wotywnych oczu. Ilość spojrzeń kierowanych ku świętej, ale też ku ewentualnym zwiedzającym świątynię może powodować niepokój, ale też refleksję nad ludzkim losem, kondycją fizyczną i wielowiekową, często bezradną walką człowieka z bólem i chorobami, trzeba bowiem pamiętać, że „wotywnie oczy” nie odnosiły się tylko do tajemnicy schorzeń wzroku, ale poruszały szereg dodatkowych znaczeń. Symbolizowały wyzwolenie z natarczywego bólu głowy, przypominały o okaleczeniach twarzy, wreszcie chroniły przed tzw. złym spojrzeniem, którego tak bardzo lękano się już od czasów starożytnych.

dr Jowita Jagła ukończyła kierunek historii sztuki na Uniwersytecie Łódzkim w 1997 roku. Tytuł doktora uzyskała w 2001 roku i w tym samym roku została zatrudniona w Katedrze Historii Sztuki UŁ. Zajmuje się ikonografią średniowieczną, sztuką wotywną oraz związkami sztuki i medycyny.



Figura św. Otylii i dary wotywny, kościół p.w. św. Otylii, Kersbach, Niemcy. (fot. Jowita Jagła).

Nasi na Liście Filadelfijskiej

oprac. Monika Kubiak

Przedstawiamy publikacje pracowników Collegium Medicum o wysokim Impact Factor (powyżej 1 punktu). W tym numerze Wiadomości Akademickich informacje o pracach zaczerpnięto z Bibliografii Publikacji Pracowników Collegium Medicum, biorąc pod uwagę okres zgłoszenia pracy od połowy marca do końca maja 2010 roku.

IF: 11.355

Waldemar Halota

Chang T.T., Lai C.L., Yoon S.K., Lee S.S., Coelho H.S.M., Carrilho F.J., Poordad F., Halota Waldemar, Horsmans Y., Tsai N., Zhang H., Tenney D.J., Tamez R., Iloeje U.: Entecavir treatment for up to 5 years in patients with hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B.

- Hepatology 2010 Vol. 51 nr 2 s. 422-430.
Zapalenie wątroby B - leczenie

IF: 10.153

Małgorzata Z. Zdzenicka

van der Lelij P., Chrzanowska K.H., Godthelp B.C., Rooimans M.A., Oostra A.B., Stumm M., Zdzenicka Małgorzata Z., Joenje H., De Winter J.P.: Warsaw breakage syndrome, a cohesinopathy associated with mutations in the XPD helicase family member DDX11/ChlR1.

- Am. J. Hum. Genet. 2010 Vol. 86 s. 262-266.

Zespół Nijmegen; Niedokrwistość Fanconiego; DNA; Geny; Mutacja

IF: 9.380

Paweł Jaruga

Liu M., Bandaru V., Bond J.P., Jaruga Paweł, Zhao X., Christov P.P., Burrows C.J., Rizzo C.J., Dizdaroglu M., Wallace S.S.: The mouse ortholog of NEIL3 is a functional DNA glycosylase in vitro and in vivo.

- Proc. Natl. Acad. Sci. USA 2010 Vol. 107 nr 11 s. 4925-4930.

DNA; Geny; Myszy

IF: 5.055

Zbigniew Szkulmowski

Szkulmowski Zbigniew, Belkhouja K., Le Q.-H., Robert D., Argaud L.: Bilevel positive airway pressure ventilation: factors influencing carbon dioxide rebreathing.

- Intensive Care Med. 2010 Vol. 36 s. 688-691.

Wentylacja; Dwutlenek węgla; Oddychanie

IF: 5.095

Małgorzata Z. Zdzenicka

Wiegant W.W., Meyers M., Verkaik N.S., van der Burg M., Darroudi F., Romeijn R., Bernatowska E., Wolska-Kuśnierz B., Mikołuc B., Jaspers N.G.J., Vreeken C., IJspert H., Esveldt-van Lange R.E.E., Friedl A.A., de Villartay J.-P., Mullenders L.H.F., van Dongen J.J.M., van Gent D.C., Pastink A., Zdzenicka Małgorzata Z.: A novel radiosensitive SCID patient with a pronounced G2/M sensitivity.

- DNA Repair 2010 vol. 9 s. 365-373.

Odporność; Promienie rentgenowskie; DNA - naprawa

IF: 3.925

Michał Jankowski,
Barbara Zegarska,
Dariusz Bała,
Ewa Śrutek,
Wojciech Zegarski

Popławski A.B., Jankowski Michał, Erickson S.W., Diaz de Stahl T., Partridge E.C., Crasto C., Guo J., Gibson J., Menzel U., Bruder C.E.G., Kaczmarczyk A., Benetkiewicz M., Andersson R., Sandgren J., Zegarska Barbara, Bała Dariusz, Śrutek Ewa, Allison D.B., Piotrowski A., Zegarski Wojciech, Dumański J.P.: Frequent genetic differences between matched primary and metastatic breast cancer provide an approach to identification of biomarkers for disease progression.

- Eur. J. Hum. Genet. 2010 Vol. 18 s. 560-568.

Nowotwory sutka; Geny supresorowe nowotworowe

IF: 3.905

Andrzej Marszałek

Prech M., Marszałek Andrzej, Schroeder J., Filas V., Lesiak M., Jemielity M., Araszkievicz Aleksander, Grajek S.: Apoptosis as a mechanism for the elimination of cardiomyocytes after acute myocardial infarction.

- Am. J. Cardiol. 2010 Vol. 105 nr 9 s. 1240-1244.

Zawał serca; Apoptoza

IF: 3.871

Tomasz Grzybowski

Malyarchuk B., Derenko M., Berman D., Perkova M., Grzybowski Tomasz, Bulakhova N.: Phylogeography and molecular adaptation of Siberian salamander Salamandrella keyserlingii based on mitochondrial DNA variation.

- Mol. Phylogen. Evol. 2010 Vol. 56 s. 562-571.

DNA mitochondrialny; Adaptacja biologiczna; Plazy ogoniaste

IF: 3.756

Michał J. Markuszewski,
Roman Kaliszan

Molikova M., Markuszewski M[ichał] J., Kaliszan R[oman], Jandera P.: Chromatographic behaviour of ionic liquid cations in view of quantitative structure-retention relationship.

- J. Chromatogr. A 2010 Vol. 1217 s. 1305-1312.

Chromatografia wysokociśnieniowa w cieczy; Jony

IF: 3.379

Paweł Jaruga

Jaruga Paweł, Xiao Y., Vartanian V., Lloyd R.S., Dizdaroglu M.: Evidence for the involvement of DNA repair enzyme NEIL1 in nucleotide excision repair of (5'R)- and (5'S)-8,5'-cyclo-2'-deoxyadenosines.

- Biochemistry 2010 Vol. 49 nr 6 s. 1053-1055.

DNA - naprawa; Enzymy; Nukleotydy; Adenozyne

IF: 3.328

Marek Jackowski

Buszewski B., Olszowy P., Ligor T., Szultka M., Nowaczyk J., Jaworski M., Jackowski Marek: Determination of adrenolytic drugs by SPME-LC-MS.

- Anal. Bioanal. Chem. 2010 Vol. 397 s. 173-179.

Chromatografia wysokociśnieniowa w cieczy; Spektrometria masowa; Leki

IF: 3.271

Alina Borkowska,
Wiktor Drózdź,
Maciej Bieliński,
Adam Buciniński

Borkowska Alina, Rybakowski J.K., Drózdź Wiktor, Bieliński Maciej, Ko-

smowska M., Rajewska-Rager A., Buciński Adam, Akiskal K.K., Akiskal H.S.: Polish validation of the TEMPS-A: the profile of affective temperaments in a college student population.

- J. Affect. Disord. 2010 Vol. 123 nr 1-3 s. 36-41.

Temperament; Skale oceny stanu psychicznego

IF: 3.206

Roman Kaliszan

Bodzioch K., Durand A., Kaliszan R[oman], Bączek T., Vander Heyden Y.: Advanced QSRR modeling of peptides behavior in RPLC.

- Talanta 2010 Vol. 81 s. 1711-1718.

Chromatografia w cieczy; Peptydy; Proteomika

IF: 3.000

Joanna Kłubo-Gwieździńska

Kłubo-Gwieździńska Joanna, Morowitz D., Van Nostrand D., Burman K.D., Vasko V., Soberman M., Wartofsky L.: Metastases of well-differentiated thyroid cancer to the gastrointestinal system.

- Thyroid 2020 Vol. 20 nr 4 s. 381-387.

Nowotwory tarczycy; Układ trawienny

IF: 2.594

Alicja Nowaczyk

Nowaczyk Alicja, Przybylski R., Kulig K., Malawska B.: Structure-activity relationship studies of a number of $\alpha 1$ -adrenoceptor antagonists and antiarrhythmic agents.

- Mol. Inf. 2010 Vol. 29 nr 4 s. 343-351.

[Poprzedni tytuł czasopisma: QSAR & Combinatorial Science].

Chemia organiczna; Leki

IF: 2.538

Marta Ziegler-Borowska,

Marzena Ucherek,

Bożena Modzelewska-Banachiewicz

Ziegler-Borowska Marta, Ucherek Marzena, Kutkowska J., Mazur L., Modzelewska-Banachiewicz Bożena, Kędziera D., Kaczmarek-Kędziera A.: Reaction of N3-phenylbenzamidrazone with cis-1,2-cyclohexanedicarboxylic anhydride.

- Tetrahedron Lett. 2010 Vol. 51 s. 2951-2955.

Chemia organiczna

IF: 2.442

Bernadeta Szczepańska

Rożynek E., Antos-Bielska M., Dzierżanowska-Fangrat K., Szczepańska Bernadeta, Trafny E.A.: Genetic similarity of Campylobacter isolates in humans, food, and water sources in central Poland.

- Foodborne Pathog. Dis. 2010 Vol. 7 nr 5 s. 597-600.

Campylobacter; Genetyka; Żywność; Woda

IF: 2.390

Olga Haus

Gocek E., Kielbiński M., Bauska H., Haus Olga, Kutner A., Marcinkowska E.: Different susceptibilities to 1,25-dihydroxyvitamin D3-induced differentiation of AML cells carrying various mutations.

- Leukemia Res. 2010 Vol. 34 s. 649-657.

Białaczka limfocytowa ostra; Witamina D; Cytometria przepływową

IF: 2.276

Waldemar Placek

Kossakowska M.M., Cieścińska C., Jaszewska J., Placek Waldemar J.: Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo patients.

- J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - JEADV 2010 Vol. 24 nr 4 s. 429-433.

Łuszczycza; Bielactwo; Emocje

IF: 2.217

Alina Grzanka,

Lidia Gackowska,

Dariusz Grzanka

Litwiniec A., Grzanka Alina, Helmin-Basa Anna, Gackowska Lidia, Grzanka Dariusz: Features of senescence and cell death induced by doxorubicin in A549 cells: organization and level of selected cytoskeletal proteins.

- J. Cancer Res. Clin. Oncol. 2010 Vol. 136 s. 717-736.

Starzenie się; Śmierć komórki; Dokso-rubicyna; Wimentyna; Aktyny

IF: 2.181

Ewa Żekanowska,

Maciej Dancewicz,

Mariusz Bella,

Janusz Kowalewski

Świniarska J., Żekanowska Ewa, Dancewicz Maciej, Bella Mariusz, Szczęsny T.J., Kowalewski Janusz: Pneumonectomy due to lung cancer results in a more pronounced activation of coagulation system than lobectomy.

- Eur. J. Cardio-Thorac. Surg. 2009 Vol.

36 s. 1064-1068.

Nowotwory płuc - leczenie

IF: 2.167

Małgorzata Krajnik,

Piotr Sobański,

Janusz Kowalewski,

Elżbieta Bloch-Bogusławska

Krajnik Małgorzata, Schafer M., Sobański Piotr, Kowalewski Janusz, Bloch-Bogusławska Elżbieta, Zylicz Z., Mousa S.A.: Local pulmonary opioid network in patients with lung cancer: a putative modulator of respiratory function.

- Pharm. Rep. 2010 Vol. 62 s. 139-149.

Nowotwory płuc - leczenie paliatywne; Opioidy - stosowanie lecznicze

IF: 2.018

Przemysław Krawczyk

Krawczyk Przemysław: DFT study of linear and nonlinear optical properties of donor-acceptor substituted stilbenes, azobenzenes and benzilideneanilines.

- J. Mol. Model 2010 Vol. 16 s. 659-668.

Chemia fizyczna

IF: 1.926

Magdalena Krintus,

Grażyna Sypniewska,

Magdalena Kuligowska-Prusińska

Krintus Magdalena, Sypniewska Grażyna, Kuligowska-Prusińska Magdalena: Effect of second and third generation oral contraceptives on C-reactive protein, lipids and apolipoproteins in young, non-obese, non-smoking apparently healthy women.

- Clin. Biochem. 2010 Vol. 43 s. 626-628.

Antykoncepcja; Białko C-reaktywne; Lipidy; Lipoproteiny; Choroby układu krążenia

IF: 1.800

Małgorzata Krajnik

Krajnik Małgorzata, Damps-Konstańska I., Górka L., Jassem E.: A portable automatic cough analyser in the ambulatory assessment of cough.

- BioMed. Eng. OnLine 2010 Vol. 9 s. 1-9.

Kaszle

IF: 1.782

Olga Haus

Hannes F., Drozniewska M., Vermeesch J.R., Haus Olga: Duplication of the Wolf-Hirschhorn syndrome critical region causes neurodevelopmental delay.

- Eur. J. Med. Genet. 2010 Vol. 53 nr 3

s. 136-140.

Wady chromosomów; Genotyp; Fenotyp

IF: 1.514

Dorota M. Olszewska-Słonina,
Dariusz Mątewski,
Gerard Drewa,
Alina Woźniak,
Rafał Czajkowski,
Barbara Zegarska

Olszewska-Słonina Dorota M., Mątewski Dariusz, Drewa Gerard, Woźniak Alina, Czajkowski Rafał, Rajewski P., Olszewski K.J., Zegarska Barbara: Oxidative equilibrium in the prophylaxis of degenerative joint changes: An analysis of pre- and postoperative activity of antioxidant enzymes in patients with hip and knee osteoarthritis.

- Med. Sci. Monitor 2010 Vol. 16 nr 5 s. CR238-CR245.

Choroba zwyrodnieniowa stawów - le-

czenie; Dysmutaza ponadtlenkowa; Katalaza; Peroksydaza glutationowa; Środki przeciwutleniające

IF: 1.514

Alicja Sękowska,
Eugenia Gospodarek

Sękowska Alicja, Gospodarek Eugenia: Susceptibility of *Klebsiella* spp. to tigecycline and other selected antibiotics.

- Med. Sci. Monitor 2010 Vol. 16 nr 6 s. BR193-196.

Klebsiella; beta-Laktamazy; Antybiotyki

IF: 1.514

Grażyna Sypniewska,
Agnieszka Pater,
Kornelia Kędziora-Kornatowska,
Wiesław Nowacki

Sypniewska Grażyna, Sobańska I., Pater

Agnieszka, Kędziora-Kornatowska Kornelia, Nowacki Wiesław: Does serum osteoprotegerin level relate to fragility fracture in elderly women with low vitamin D status?

- Med. Sci. Monitor 2010 Vol. 16 nr 2 s. CR96-CR101.

Osteoporoza; Staw biodrowy; Markery metabolizmu kostnego; Witamina D; Wiek starczy; Kobiety

IF: 1.448

Anna Szaflarska-Popławska

Walkowiak J., Blask-Osipa A., Lisowska A., Oralewska B., Pogorzelski A., Cichy W., Sapijka E., Kowalska M., Korzon M., Szaflarska-Popławska Anna: Cystic fibrosis is a risk factor for celiac disease.

- Acta Biochim. Pol. 2010 Vol. 57 nr 1 s. 115-118.

Mukowiscydoza; Celiakia; Czynniki ryzyka

Uczenie się przez całe życie...

Krzysztof Goryński

Bolonia – jedno z najpiękniejszych włoskich miast. Pełne starych ceglanych budynków, pokrytych czerwoną dachówką, co nadaje mu niezwykłego ciepła, zwłaszcza o zachodzie słońca. Do tego charakterystyczne stylowe portyki – romantyczne, ale i zarazem praktyczne – pozwalają bowiem zapomnieć o istnieniu parasola.

Korzystając z zaproszenia prof. Carlo Bertucciego w dniach od 31 maja do 4 czerwca br. dzięki programowi „uczenie się przez całe życie – LLP ERASMUS for Teaching Staff Mobility - STA” mogłem prowadzić zajęcia dydaktyczne na Uniwersytecie w Bolonii. Jest on jednym z największych we Włoszech i najstarszym w zachodnim świecie (rok założenia: 1088) Alma Mater Studiorum (bo tak też Uniwersytet ten jest nazywany). Poszczycić się może niesamowicie liczną grupą bardzo znanych absolwentów. Można w tym miejscu wymienić między innymi takie nazwiska jak Umberto Eco, Francesco Petrarca, Dante Alighieri, zaś wśród polskich nazwisk znajdują się między innymi Jan Kochanowski, Wincenty Kadłubek czy Mikołaj Kopernik, którego popiersie znajduje się obok wejścia do Aula Magna. Co ciekawe 12 Polaków było rektorami (obieranymi przez studentów) kierującymi uniwersytetem.

W trakcie mojego tygodniowego pobytu w murach Alma Mater Studiorum miałem zaszczyt poprowadzić 5 godzin wykładów w języku angielskim w ramach zajęć fakultatywnych dla tamtejszych studentów farmacji i biotechnologii. Temat moich zajęć

skupiony był wokół zagadnienia związanego ze sztucznymi sieciami neuronowymi („Artificial neural networks: a critical review of this computational methodology”). Wykłady cieszyły się dużym zainteresowaniem studentów, o czym świadczyła ożywiona dyskusja. Przygotowałem również pytania w języku włoskim (ku miłemu zaskoczeniu słuchaczy) potwierdzające zrozumienie tematu. Uważam, że wyjazd dydaktyczny pracowników w ramach programu „LLP – Erasmus” jest wspaniałym rozwiązaniem dla osób pragnących poznać inne uczelnie, zrozumieć, jak różne sposoby kształcenia istnieją w różnych krajach, a przede wszystkim stwarzają nauczycielom akademickim możliwość doskonalenia zawodowego oraz zachęcają uczelnie do rozszerzania i wzbogacania programu studiów. Wyjazdy zarówno na okresy krótsze jak i dłuższe mogą przyczynić się do wzmocnienia i rozszerzania więzi między instytucjami i wydziałami, a co ważniejsze otwierają możliwość przygotowania przyszłych projektów współpracy między uczelniami wysyłającą a goszczącą. Polecam taki wyjazd każdemu, gdyż jest to najlepsza okazja do zyskania doświadczenia i pogłębienia swojej wiedzy z wielu dziedzin.

Pragnę serdecznie podziękować Panu Dziekanowi dr. hab. Bronisławowi Grzegorzewskiemu, prof. UMK, Koordynatorowi Wydziału Farmaceutycznego dr. hab. Konradowi Misiurze, prof. UMK, Pani Kierow-



Po prawej prof. Carlo Bertucci i najbardziej aktywni włoscy studenci wraz z wykładowcą mgr Krzysztofem Goryńskim

nik Biura Programów Międzynarodowych w Toruniu mgr Ewie Derkowskiej-Rybczkiej i mgr Ewie Tajchert z Biura Programów Międzynarodowych w Collegium Medicum, za pomoc, bez której mój udział w wyjeździe nie byłby możliwy. Pragnę również podziękować Kierownikowi katedry w której pracuję (Katedra i Zakład Biofarmacji) dr hab. Adamowi Bucińskiemu, prof. UMK za merytoryczne wsparcie w przygotowaniu wykładów. Nie mógłbym zapomnieć i nie napisać o Profesorze Carlo Bertuccim i Profesorze Romanie Kaliszanie - moich prawdziwych mentorach i największych „doradcach” w realizacji tego grantu, bez których trudno byłoby cokolwiek samemu mi zdziałać. Już pierwszego dnia pobytu ze strony Koordynatora w Bolonii Prof. Carlo Bertucciego mogłem doświadczyć typowej dla Włochów gościnności, zaś współpraca z tak znaną w świecie osobą jak Profesor Roman Kaliszanie ułatwiła mi nawiązanie kontaktu z ośrodkiem w Bolonii.

mgr farm. Krzysztof Goryński jest asystentem w Katedrze i Zakładzie Biofarmacji

Symposium Jubileuszowe - 10 lat od pierwszego przeszczepu nerki w Bydgoszczy

Dorota Kowalewska



Organizatorzy i uczestnicy Symposium Jubileuszowego, fot. Monika Kubiak

W maju 2010 roku minęło 10 lat od pierwszego przeszczepu nerki w Bydgoszczy. Rocznicę tej poświęcono Symposium Jubileuszowe w Centrum Kongresowym Opery Nova w Bydgoszczy.

„Za nami prawie 700 transplantacji” – wspominał dr hab. n. med. Zbigniew

Włodarczyk, prof. UMK, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej – Setki nieprzespanych nocy, radości ale i porażki. Przede wszystkim jednak ludzie, których spotkaliśmy na naszej drodze: nasi pacjenci, którym staraliśmy się wrócić nadzieję, zespoły lekarzy i pielęgniarek całego regionu kujawsko-pomorskiego, anestezyjo-

logów i nefrologów, bez których program przeszczepiania nerek nie byłby możliwy.

W trakcie trwania Symposium wygłaszano wykłady o różnych aspektach transplantacji. Znalazł się także czas na wymianę doświadczeń pomiędzy specjalistami zajmującymi się tą dziedziną medycyny.

Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej jest jedynym ośrodkiem w województwie, w którym wykonuje się transplantacje nerek. Do tej pory wykonano ich 694. Dla większości pacjentów oznaczało to, że dostali nowe życie.

Transplantacja jest uznaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek, umożliwiającą uratowanie lub przedłużenie życia wielu pacjentom.

Legenda mówi, że pierwszą próbę przeszczepienia narządu podjęli Św. Kosma i Damian. W 280 roku dokonali przeszczepienia kończyny dolnej ze zwłok. Współczesna era transplantacji sięga końca XVIII wieku, gdy Hunter, ojciec chirurgii doświadczalnej, dokonał wszczepienia zęba przedtrzonowego u człowieka. Pierwsze, zakończone powodzeniem, przeszczepienie nerki na świecie wykonał w 1954 Joseph Murray, za co dostał 45 lat później Nagrodę Nobla.

Za początek ery transplantacji w Polsce uznaje się 26 stycznia 1966 roku. To dzień, w którym w Warszawie po raz pierwszy przeszczepiono nerkę. Rocznicę tego wydarzenia obchodzona jest w naszym kraju jako „Dzień Transplantacji”. Od tego czasu w Polsce wykonano ponad 15 tysięcy takich zabiegów.

„Postęp medycyny jest w tej dziedzinie ogromny” – mówi Aleksandra Woderska – koordynator transplantacyjny ze Szpitala Uniwersyteckiego – „W literaturze jest opisany przypadek pobrania i przeszczepienia serca, które biło wcześniej w dwóch innych osobach. Mamy coraz doskonalsze leki, które zapobiegają odrzuceniu narządu. Coraz lepiej wiemy, jak postępować, aby pacjent jak najszybciej wrócił do pełnej sprawności po przeszczepie. Właściwie jego życie zazwyczaj nie różni się wiele od życia zdrowego człowieka. Musi jednak pamiętać o przyjmowaniu leków i oczywiście dbać o siebie. Ale to ważne i dla zupełnie zdrowych ludzi, aby prowadzić zdrowy tryb życia – dodaje Aleksandra Woderska, która jest jednym z 15 koordynatorów regionalnych w Polsce.

To nie praca, to styl życia

rozmowa z Aleksandrą Woderską, koordynatorem transplantacyjnym w województwie kujawsko-pomorskim

Dorota Kowalewska: Ma Pani pewnie dużo pracy?

Aleksandra Woderska: Pracuję właściwie 24 godziny na dobę. Przez cały czas muszę być dostępna pod telefonem. To praca, która wymaga dyspozycyjności.

DK: Ale w piątek może Pani pojechać do Zakopanego na weekend?

AW: Niestety nie. Chociaż teoretycznie idę do domu w piątkowe popołudnie, to muszę tak zaplanować swoje życie, aby móc wrócić do szpitala jak najszybciej. Nawet jak spędzam czas poza miastem, to zawsze mam włączony telefon i mogę szybko dojechać do pracy.

DK: Po co taki pośpiech?

AW: Czynnikiem determinującym czas ewentualnego pobrania jest stabilność stanu prawdopodobnego dawcy. Kwalifikacja dawcy do pobrania jest procedurą złożoną i czasochłonną, dlatego tutaj liczy się każda minuta.

DK: Jak to się dokładnie odbywa?

AW: Dostaję wiadomość, że jest prawdopodobny dawca. Jeszcze nie wiem, czy zostaną pobrane od niego narządy, bo muszą być spełnione bardzo rygorystyczne procedury. Ale jest szansa, że tak będzie. Sprawdzam więc, czy ta osoba nie figuruje w CRS.

DK: Co to jest CRS?

AW: Centralny Rejestr Sprzeciwów. W Polsce obowiązuje prawo, które pozwala pobierać narządy, jeśli człowiek nie wyraził wcześniej sprzeciwu. Taki sprzeciw można wyrazić rejestrując się właśnie w CRS. Wystarczy wejść na stronę Poltransplan-tu i wydrukować formularz. Wypełnić go i przesłać do Warszawy na podany adres. Jeśli w CRS figuruje sprzeciw, to nigdy nie

pobieramy narządów od takiej osoby.

DK: Wiele osób wysłało taki formularz?

AW: Z województwa kujawsko-pomorskiego sprzeciw do CRS zgłosiło 2 158 osób, zaś w całej Polsce 25 178. Bywa i tak, że rodzina twierdzi, że zmarły nie chciał, aby pobierać jego narządy. Taką decyzję też szanujemy.

DK: Powiedzmy, że rodzina się zgadza i co wtedy się dzieje?

AW: Najpierw musi być stwierdzona śmierć mózgu przez lekarzy trzech specjalności. Na podstawie wyników wielu badań oceniane jest funkcjonowanie organizmu i poszczególnych narządów. Trzeba ocenić, czy nie ma przeciwwskazań do pobrania narządów. Pobierane są węzły chłonne od dawcy i wysyłane do Warszawy w celu wykonania badania zgodności tkankowej (tzw. HLA - ludzkich antygenów leukocytarnych) oraz cross-match z osobami oczekującymi na przeszczepienie nerki. W tym czasie dobierani są biorcy narządów pozanerkowych, których dobór nie wymaga wykonania badania HLA. Jeśli wszystko jest w porządku, zespoły transplantacyjne jadą z wybranych ośrodków transplantacyjnych do szpitala, w którym znajduje się dawca, aby pobrać narządy.

DK: Co jest wtedy najważniejsze. Pewnie pierwsze pobiera się serce?

AW: Tak, serce i płuca, z tego względu, że mają one najkrótszy czas tzw. zimnego niedokrwienia. Jest to czas, który płynie od momentu zatrzymania krążenia dawcy do czasu wszczepienia narządu. W jednym miejscu w Polsce pobiera się narząd, w innym biorca serca lub wątroby już przygotowywany jest do operacji. Z tego powodu takie operacje muszą być skoordynowane

co do minuty. W drugiej kolejności pobiera się wątrobę, jako ostatnie nerki. Proces pobierania i przeszczepiania, od momentu zgłoszenia dawcy do czasu przeszczepienia nerek trwa około 48 godzin. W tym procesie bierze udział wielu ludzi. Jest to praca zespołowa, w której każdy stanowi niezbędne ogniwo.

DK: Co dzieje się potem?

AW: Od tej chwili robimy wszystko, aby narząd nie został odrzucony przez biorcę. Lekarze włączają leki immunosupresyjne, monitorują pacjenta. Większość pacjentów żyje z przeszczepionymi narządami wiele lat. Uprawiają sport, pracują zawodowo. Ale bywa i tak, że po latach znów muszą być przeszczepieni. Bo raz przeszczepiony narząd niestety nie wystarcza na całe życie. Zdarzają się ludzie, którzy przeszli taką procedurę dwu lub trzykrotnie.

DK: Lubi Pani swoją pracę? Stres, dyspozycyjność przez 24 godziny na dobę?

AW: To nie praca, to styl życia. Życia pełnego napięcia, chwil bardzo przykrych, ale i przyjemnych. Życia wymagającego wyrzeczeń, ale za to życia bez rutyny. Jako członek zespołu pobierającego i transplantacyjnego stanowią ogniwo pomiędzy śmiercią człowieka i dramatem jego rodziny oraz życiem i radością innych ludzi.

Aleksandra Woderska jest koordynatorem transplantacyjnym w województwie kujawsko-pomorskim. Pracuje w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

rozmowę przeprowadziła mgr Dorota Kowalewska z Działu Promocji i Informacji CM

Szpital pluszowego misia

Podczas zabawy studenci medycyny starają się przekazać trochę wiedzy medycznej, pokazać dzieciom zasady pracy lekarza, ale przede wszystkim przelamać ich strach przed przysłowiowym „białym fartuchem”.

Szpital Pluszowego Misia (Teddy Bear Hospital) to akcja, która od wielu lat zdobywa popularność wśród przedszkolaków, jak i ich wychowawców i rodziców. Przystępuje do niej coraz więcej studentów uczelni medycznych w całej Polsce i na świecie. W Bydgoszczy akcja po raz pierwszy odbyła się w 2004 roku i do dziś jest jednym z najprężniej działających projektów IFMSA-Poland (Międzynarodowe Stowarzyszenie Stu-

dentów Medycyny). Młodzi „lekarze” zdolni wyleczyć bólący brzuszek nawet najbardziej przejeżdżonego słodyczami misia lub opatrzyć ranę lalki po wypadku rowerowym, zyskują w Bydgoszczy coraz większą sławę. Świadczą o tym liczne zaproszenia zarówno bydgoskich, jak i okolicznych placówek.

Czym jest Szpital Pluszowego Misia? Akcja polega na zabawie, w której studenci występują jako lekarze, a dzieci odgrywają role (bardzo wiarygodnie) opiekunów swoich pupili, natomiast pacjentami są wszystkie ukożane maskotki, lalki, czy nawet samochodziki.

Choroby, na które zapadają ulubione zabawki są różne. Bywają urazy, które dla praw-

dziwego lekarza byłyby dużym wyzwaniem. Bywa i tak, że dzieci zaskakują studentów poziomem swojej wiedzy, całkiem zaawansowanej jak na przedszkolaków.

Z akcją Szpital Pluszowego Misia studenci Collegium Medicum gościli już w wielu przedszkolach w Bydgoszczy. Zorganizowali też Szpital Pluszowego Misia w Schronisku dla Samotnych Matek z Dziećmi. Gdy lekarze z Przychodni Studenckiej udzielali porad medycznych mieszkankom placówki, studenci leczyli misie ich dzieci. Ostatnia akcja odbyła się 15 kwietnia 2010 r. w Przedszkolu nr 19 w Bydgoszczy, gdzie czekały na studentów Collegium Medicum chore pluszaki.

dk

II Sesja Muzykoterapeutyczna

Julita Suszyńska

Po niezaprzeczalnym sukcesie I Międzynarodowej Sesji Muzykoterapeutycznej, która miała miejsce w dniach 6-7 listopada 2007 w budynku Rektoratu Collegium Medicum przy ulicy Jagiellońskiej 13-15 w Bydgoszczy, widać było ogromne zainteresowanie muzykoterapią zarówno wśród studentów uczelni muzycznych oraz medycznych, a także pracowników Collegium Medicum. Po 2,5-letniej przerwie Katedra i Zakład Muzykoterapii Collegium Medicum UMK wspólnie z Państwowym Zespołem Szkół Muzycznych w Bydgoszczy, zorganizowała w dniach 6-7 maja br. II Sesję Muzykoterapeutyczną „Muzykoterapia służbą dla człowieka” oraz Ogólnopolski Konkurs Wokalny im. Felicji Krysiewicz.

Patronat Honorowy nad II Sesją Muzykoterapeutyczną objęli: Prezydent Miasta Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz, Prorektor ds. Collegium Medicum - Prof. dr hab. Małgorzata Tafl- Klawe oraz Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu - Prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi. Patronat Honorowy

Koncertu objął Ks. Bp. dr Jan Tyrawa. Należy dodać, że Konferencja nie odbyła się, gdyby nie wsparcie sponsorów: Miasta Bydgoszczy oraz PGE Zespołu Elektrociepłowni Bydgoszcz S.A.

W czwartek, 6 maja, w Auli AB Collegium Medicum UMK przy ulicy Jagiellońskiej 13-15 około godziny 9:00 nastąpiło uroczyste otwarcie Sesji. Dokonał tego Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Prof. Zbigniew Bartuzi. Otwarcie Sesji uatrakcyjnił krótki występ zespołu wokalnego RUBINKI z Zespołu Szkół Muzycznych w Bydgoszczy, pod dyrekcją mgr Agnieszki Sowy, przy akompaniamentie mgr Marzeny Buchwald.

Następnie prof. Wojciech Pospiech wygłosił pierwszy wykład tej sesji, pt. Muzykoterapia służbą dla człowieka. Potem swoje wykłady i prezentacje przedstawili kolejni prelegenci. Pracę pt. „Rola stymulacji muzyką w rozwoju zmysłu słuchu i wrażliwości muzycznej” wygłosiła mgr Anna Gluska. Po tym wystąpieniu mgr Adrian Miler za-

prezentował swoją pracę „Zastosowanie muzykoterapii w procesie rehabilitacji geriatrycznej”. Kolejna praca - „Relaksacja muzyką baroku w okresie hospitalizacji pacjentek Oddziału Patologii Ciąży dla zniwelowania stresów i lęków” należała do mgr Julity Suszyńskiej. Po wysłuchaniu wystąpienia mgr Suszyńskiej, został zaprezentowany Kołobrzeski Projekt Muzykoterapeutyczny, w skład którego wchodziły prace: „Wpływ muzyki klasycznej, rozrywkowej i poważnej na relaksację pacjentów w obiekcie Arka Medical Spa w Kołobrzegu” autorstwa mgr Agnieszki Ostregi, „Wpływ wybranych form wokalnoinstrumentalnych W. A. Mozarta na relaksację pacjenta w czasie zabiegów fizjoterapeutycznych w obiekcie Arka Medical Spa w Kołobrzegu” autorstwa mgr Urszuli Turkiewicz, „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie zabiegów balneologicznych indywidualnych i zbiorowych w obiekcie Arka Medical Spa w Kołobrzegu”, której autorem jest mgr Andrzej Szwałik oraz „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” autorstwa magistra Wojciecha Poćwiardowskiego. Niestety, nie wszyscy prelegenci mogli dojechać na Sesję Muzykoterapeutyczną, więc ich prace przedstawili m.in. mgr Miler i mgr Suszyńska.

Po zaprezentowaniu Kołobrzeskiego Programu Muzykoterapeutycznego była przerwa kawowa.

Na Sesję nie dotarł niestety również dr Paweł Cylulko z Akademii Muzycznej we Wrocławiu, który miał przedstawić Autorski model tyfłomuzykoterapii dzieci. Następnie mgr Małgorzata Pazda zaprezentowała swoją pracę „Muzykoterapia w terapii energetycznej zespołów bólowych odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa”. Podczas sesji, uczestnicy mieli możliwość wysłuchania wystąpienia mgr Agnieszki Napierała „Wprowadzenie terapii muzycznej ze szczególnym uwzględnieniem muzyki barokowej jako elementu terapii wspomagającej leczenie farmakologiczne dla dzieci w wieku 3-12 lat odbywających długotrwałą hospitalizację”. O niesieniu pomocy dzieciom, właśnie przez muzykoterapię, mówiła również mgr Elżbieta Topór w swym wystąpieniu pt. „Współczesnie muzyką dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym”. Natępnie mgr Michał Stępień przedstawił pracę „Wpływ muzykoterapii na samopoczucie pacjentów Domu Pomocy

Katedra i Zakład Muzykoterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
Państwowy Zespół Szkół Muzycznych w Bydgoszczy

II Sesja Muzykoterapeutyczna

„Muzykoterapia służbą dla człowieka”

Aula AB Budynek A
Bydgoszcz ul. Jagiellońska 13-15

WSTĘP WOLNY

PROGRAM SESJI
6 maja 2010 r. (czwartek)

godz. 9:00 Otwarcie sesji Muzykoterapeutycznej przez Prezesa UMK w Toruniu
godz. 9:15 Wykład pt. „Muzykoterapia służbą dla człowieka” mgr Julita Suszyńska
godz. 9:30 Rola muzyki w terapii zespołu bólowego odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa mgr Agnieszka Ostregi
godz. 9:45 Zastosowanie muzyki w terapii zespołu bólowego odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa mgr Urszula Turkiewicz
godz. 10:00 Prezentacja projektu „Muzykoterapia służbą dla człowieka” mgr Agnieszka Ostregi
godz. 10:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form wokalnoinstrumentalnych W. A. Mozarta na relaksację pacjenta w czasie zabiegów fizjoterapeutycznych w obiekcie Arka Medical Spa w Kołobrzegu” mgr Urszula Turkiewicz
godz. 10:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie zabiegów balneologicznych indywidualnych i zbiorowych w obiekcie Arka Medical Spa w Kołobrzegu” mgr Andrzej Szwałik
godz. 10:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 11:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 11:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 11:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 11:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 12:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 12:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 12:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 12:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 13:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 13:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 13:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 13:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 15:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski

6 - 7 maja 2010 r.

WSTĘP WOLNY

PROGRAM SESJI
7 maja 2010 r. (piątek)

godz. 13:00 praca biurowa
godz. 13:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 14:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 15:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 15:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 15:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 15:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 16:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 16:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 16:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 16:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 17:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 17:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 17:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 17:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 18:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 18:15 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 18:30 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 18:45 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 19:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski

OGÓLNOPOLSKI KONKURS WOKALNY IM. FELICJI KRYSIEWICZ W BYDGOSZCZY

PROGRAM KONKURSU:
7 maja 2010 r. Aula Państwowy Zespół Szkół Muzycznych w Bydgoszczy ul. Gdańska 71
godz. 9:00 - 10:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 10:00 - 11:00 Wykład pt. „Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i barokowej na relaksację pacjentów w trakcie indywidualnych i zbiorowych zabiegów kinezyterapeutycznych” mgr Wojciech Poćwiardowski
godz. 11:00 - 12:00 praca biurowa
godz. 12:00 - 13:00 praca biurowa
godz. 13:00 - 14:00 praca biurowa
godz. 14:00 - 15:00 praca biurowa
godz. 15:00 - 16:00 praca biurowa
godz. 16:00 - 17:00 praca biurowa
godz. 17:00 - 18:00 praca biurowa
godz. 18:00 - 19:00 praca biurowa
godz. 19:00 - 20:00 praca biurowa
godz. 20:00 - 21:00 praca biurowa
godz. 21:00 - 22:00 praca biurowa
godz. 22:00 - 23:00 praca biurowa
godz. 23:00 - 24:00 praca biurowa

Społecznej w Sochaczewie i pacjentów Domu Dziennego Pobytu Senior w Bydgoszczy". Kolejne prace zaprezentowały mgr Karolina Frontczak („Wpływ wybranych form muzyki rozrywkowej i klasycznej na relaksację u pacjenta w czasie zabiegu masażu klasycznego w prywatnym gabinecie fizjoterapeutycznym”) oraz mgr Agata Sołtysiak („Wpływy piosenek wykonanych przez Toma Jonesa na pacjentów w trakcie zabiegu gimnastyki grupowej u pacjentów z defektami układu kostnego”). Po tych wystąpieniach miała miejsce druga przerwa kawowa.

Po krótkim odpoczynku, uczestnicy II Sesji Muzykoterapeutycznej wysłuchali referatu „Niwelowanie stresów poprzez muzykoterapię u pacjentów Oddziału Geriatrii z cukrzycą i chorobami układu krążenia”, którego autorem jest mgr Łukasz Szwajca. Po nim mgr Anna Świtling-Hirata zaprezentowała swoją publikację: „Relaksacyjny i stymulujący wpływ utworów klasycznych i rozrywkowych w trakcie zajęć u dzieci z porażeniem mózgowym w ośrodku Tratwa w Toruniu”. „Wpływ charakteru tanecznych utworów J. S. Bacha na relaksację pacjentów geriatrycznych poddawanych rehabilitacji w szpitalu” to tytuł kolejnego zaprezentowanego na Sesji referatu, którego autorką jest mgr Martyna Siwa.

Prelegenci II Sesji Muzykoterapeutycznej przybyli również spoza granic Polski: mgr Radosław Bielaszewski przyjechał specjalnie

z Wielkiej Brytanii, by zaprezentować swój referat „Wpływ wybranych form muzyki klasycznej i rozrywkowej na stan emocjonalny i koncentrację sportowców przed zawodami” oraz pracę swojej żony, mgr Katarzyny Bielaszewskiej pt. „Relaksacyjny wpływ wybranych form muzyki W. A. Mozarta dla kobiet w ciąży od czwartego miesiąca do porodu”. Przedostatnia przedstawiona publikacja to „Relaksacja pacjentów przed zabiegiem urologicznym muzyką rozrywkową dla zniwelowania stresów i lęków” autorstwa Sylwii Moskaluk.

Podczas Sesji Muzykoterapeutycznej miał miejsce popis metody Paed dr. Lubomira Holzera z Katedry Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu im. Pałackiego w Ołomuńcu w Czechach. Niewątpliwie uatrakcyjniło to końcową część pierwszego dnia sesji. Dr Holzer od wielu lat pracuje m.in. jako profesjonalny muzyk, autor tekstów, aktor. Jego pasją jest muzykoterapia. Jest autorem muzykoterapeutycznej, własnej metody, a także założycielem Muzykoterapeutycznego Centrum dr Lubomira Holzera.

O godzinie 19:00 w katedrze bydgoskiej pod wezwaniem św. Marcina i Mikołaja, przy ulicy Farnej 2 odbył się nadzwyczajny koncert - recital organowy. Wykonał go dr hab. Radosław Marzec, prof. AM. Profesor Wojciech Pospiech wygłosił też krótki wykład „Żywa muzyka w kościele”.

W piątek, 7 maja br. w auli Państwowego

Zespołu Szkół Muzycznych w Bydgoszczy, przy ulicy Gdańskiej 71, odbył się Ogólnopolski Konkurs Wokalny im. Felicji Krysiwicz. Rozpoczął się on około godziny 9:00 losowaniem kolejności występów konkursowych, po czym miały miejsce przesłuchania z godzinną przerwą obiadową około godziny 13:00. Po przesłuchaniach obradowało Jury w składzie: prof. Włodzimierz Zalewski - Warszawa/ Łódź, prof. Antonina Kowtunow - Poznań, prof. Maciej Witkiewicz - Warszawa/ Bydgoszcz oraz prof. Wojciech Pospiech - Bydgoszcz i wyłoniło zwycięzców. Nagrodami w konkursie były udziały w nagraniach płytowych - dla laureata pierwszego miejsca 30 min., drugiego miejsca 15 minut i trzeciego miejsca - 10 minut. Poza tym przewidziano dyplomy i drobne upominki.

Różnorodność prezentowanych prac była ogromna, ale ich wspólnym mianownikiem stała się muzykoterapia. Podczas II Sesji Muzykoterapeutycznej słuchacze mogli się przekonać, w jak wielu placówkach leczniczych, rehabilitacyjnych w Polsce stosuje się muzykoterapię jako formę wspólnego leczenia. Miejmy nadzieję, że niebawem doczekamy się III Sesji Muzykoterapeutycznej, jeszcze bardziej udanej, niż I i II. Sesji, na której poznamy nowe wyniki badań, doświadczenia i refleksje muzykoterapeutów nie tylko z Polski.

mgr Julita Suszyńska należy do Koła Przyjaciół Muzykoterapii

Seminarium biofizyków

Stefan Kruszewski

W dniach 13 -15 kwietnia 2010 odbyło się seminarium „Soft-Matter and Biophysics Days in Bydgoszcz”. Było ono wspólnym przedsięwzięciem trzech bydgoskich zespołów prowadzących badania w zakresie biofizyki działających w Collegium Medicum (zespoły prof. Bronisława Grzegorzewskiego i prof. Stefana Kruszewskiego), w Uniwersytecie Technologiczno-Przyrodniczym (zespół prof. Adama Gadomskiego) oraz na Oddziale Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Fizycznego. Celem seminarium była prezentacja dorobku i wymiana doświadczeń w zakresie badań materii miękkiej i biofizyki przez ww. zespoły badawcze.

Seminarium odbywało się w Sali Posiedzeń im. Bogdana Romańskiego w CM UMK oraz w Regionalnym Centrum Innowacyjności UTP. W ramach seminarium łącznie wygłoszono 10 wykładów, oraz odbyły się robocze dyskusje dotyczące problematyki badań prowadzonych przez bydgoskich biofizyków. Aktualna problematyka badawcza zespołów działających w Kate-



Prof. Stefan Kruszewski otwiera seminarium „Soft-Matter and Biophysics Days in Bydgoszcz”

drze Biofizyki CM UMK została przedstawiona w 4 wykładach, które kolejno wygłoszili: prof. Bronisław Grzegorzewski („Red blood cell sedimentation and aggregation”), dr Maciej Bossek („The dynamic of 3D RBC aggregates”), prof. Stefan Kruszewski („SERS on silver nanostructures”) i mgr inż. Michał Cyrankiewicz („SERS on aggregated silver nanoparticles - theoretical calculations and experimental results”). Najnowsze wyniki badań zrealizowanych pod kierunkiem prof. Adama Gadomskie-

go, kierownika Zakładu Modelowania Procesów Fizykochemicznych w UTP, zostały przedstawione w 2 wykładach, które wygłoszili mgr inż. Natalia Kruszewska („Model amphiphile two-dimensional matrices prone to peculiar viscoelastic effects”) i dr Jacek Siódmiak („Computer modeling of protein nuclei and crystals by fullerene-type amphiphile mesoscopic units”).

W seminarium wzięli udział, wygłoszili wykłady i uczestniczyli w roboczych dyskusjach współpracujący z zespołami



Dyskusja po wykładzie. Dyskutuje prof. Adam Gadomski.

bydgoskimi dwaj wybitni biofizycy z innych ośrodków: prof. Roland Winkler z Forschungszentrum w Jülich (Niemcy) i prof. Marek Cieplak ze Środowiskowego Laboratorium Fizyki Biologicznej w Instytucie Fizyki PAN w Warszawie. Prof. Roland Winkler w pierwszym dniu seminarium wziął udział w dyskusji nt. dynamiki formowania depozytów złożonych z czerwonych ciałek krwi, wnosząc w ten sposób wkład w tematykę badawczą prof. B. Grzegorzewskiego, oraz wygłosił wykład „On sedimentation of blood cells – computer simulation”. W drugim dniu seminarium prof. Roland Winkler przedstawił bez wątpienia nowatorski w swej treści wykład nt. fizyki kwasu dezoksyrybonukleowego (DNA). W swym wykładzie mówił o wykorzystaniu zaproponowanego przez siebie modelu do opisu zagadnień adhezji cząsteczki DNA do globuli (bio)polime-

rowej; założony charakter oddziaływania globuli i DNA był natury elektrostatycznej, oddziaływanie mogło być realizowane lokalnie (np. za pomocą końcówki cząsteczki DNA), jak również bardziej nielokalnie, z włączeniem większej ilości jednostek konstytutywnych DNA.

Prof. Marek Cieplak wygłosił również dwa wykłady: „Mechanical stability of protein” oraz „Mechanical stability of virus capsids”. Jest on niewątpliwie znakomitym specjalistą z zakresu fizyki białek. Zajmuje się zagadnieniem zwijania białek, używając techniki dynamiki molekularnej i brownowskiej (tzw. metody Gō). W swoim pierwszym wykładzie mówił o zastosowaniu tej techniki do badania na drodze symulacji komputerowej efektów rozciągania wielu, bo ponad siedemnastu tysięcy białek, których kody zdeponowane są w największej na świecie białkowo-nukle-

otydowej bazie informacyjnej, tzw. Protein Data Bank w San Diego. Wyniki przeprowadzonych symulacji komputerowych zgadzały się na ogół bardzo dobrze dla tak dużej grupy białek z wynikami badań eksperymentalnych przeprowadzonych za pomocą techniki mikroskopii sił atomowych. W drugim wykładzie prof. Cieplak przedstawił wyniki wstępnych badań nad lokalizowaniem stabilizującym wirusów, wylapywanych przez zakamarki (fałdy) białkowe błon biologicznych. Używając modelu fulerenowego, jako swoistej studni potencjału bądź jamy lokalizującej, badał dynamikę oddziaływania hipotetycznego wirusa ze ściankami takiej jamki, używając i tym razem metody dynamiki molekularnej.

Tematyka wykładów zaproszonych gości dotyczyła najbardziej aktualnych zagadnień biofizyki. Wysłuchane wykłady, prezentacja własnych wyników badań oraz robocze dyskusje odbyte w salach wykładowych i poza nimi będą stymulatorem dla podejmowania przez bydgoskich biofizyków kolejnych wyzwań. Jednym z najbliższych wyzwań jest kolejne seminarium „Układy złożone i neurodynamika”, które odbędzie się 12 czerwca br. W jego ramach wykłady wygłoszą biofizycy zajmujący się modelowaniem i badaniem mózgu: prof. Wiesław Kamiński (UMCS Lublin) i prof. Jerzy Bodurka (LIBR, Tulsa, USA).

dr hab. Stefan Kruszewski, prof. UMK jest kierownikiem Zakładu Fizyki Medycznej

English Division

Natalia Gliniecka-Kucybała

Większość z nas pamięta moment tak przelomowy w naszym życiu jak rozpoczęcie studiów na uczelni wyższej. Zapewne niósł on za sobą wiele obaw, nadziei i lęków. Wybór uczelni, kierunku, a nawet miasta

studiowania nie należy do najłatwiejszych, głównie dlatego że zmieniamy środowisko. Nowi ludzie, szkoła, wykładowcy... Studentenci studiów anglojęzycznych dla cudzoziemców w swoich wyborach poszli zdecy-

dowanie dalej – postanowili na okres 6 lat studiów medycznych przenieść swoje życie do Bydgoszczy zmieniając Norwegię i Szwecję na Polskę.



Studentenci I roku English Division w Collegium Medicum UMK

W roku akademickim 2009/2010 na Wydziale Lekarskim w ramach kierunku lekarskiego zostały otwarte stacjonarne studia anglojęzyczne dla cudzoziemców skierowane do studentów z krajów skandynawskich. Rekrutacja rozpoczęła się wiosną, a rozmowy kwalifikacyjne przeprowadzone zostały w Akademii Agder w miejscowości Kristiansand (Norwegia) przez Pana Profesora Arkadiusza Jawienia, Pana Profesora Andrzeja Marszałka oraz przedstawiciela Akademii Agder Pana Thora Kristiana Hanischa.

Od pierwszych dni września do Bydgoszczy przyjeżdżali studenci z Norwegii i Szwecji; pojedynczo, grupami, z rodzicami – wszyscy tak samo uśmiechnięci i gotowi na nowe wyzwania, które rozpoczęły się wraz z kursem przygotowawczym prowadzonym

dla studentów nowo otwartego kierunku.

Myszę, że sam początek był dla Skandynawów najtrudniejszy głównie dlatego, że musieli przystosować się do nowego miejsca. Wszystko było dla nich nowe, nie tylko sprawy związane z nauką, ale również poznanie siebie nawzajem. Na pewno nie jest łatwo zostać częścią międzynarodowej grupy i studiować w zupełnie obcym kraju, w którym większość ze skandynawskich studentów nigdy wcześniej nie była. Również poznanie miasta zajęło im kilka tygodni, a najwięcej problemów sprawiło poznanie komunikacji miejskiej.

Studenci uczą się języka polskiego, któ-

ry jest im przydatny w wielu sytuacjach i jak przyznaje mgr Elżbieta Buttler całkiem nieźle sobie już radzą. Sami studenci przyznają jednak, że z innymi polskimi studentami mimo wszystko wolą porozumiewać się w języku angielskim. Wiedzą jednak, że znajomość języka polskiego jest tu niezbędna zwłaszcza za kilka lat gdy będą mieć kontakt z polskimi pacjentami.

Wydaje mi się, że studenci anglojęzyczni doceniają fakt, że są pierwszą grupą na studiach anglojęzycznych i chętnie dzielą się swoimi spostrzeżeniami, radościami i wątpliwościami. Wiedzą, że będzie to pomocne do stworzenia warunków i at-

mosfery jeszcze bardziej przyjaznych studiowaniu. Ich stosunek do wykładowców jest również bardzo pozytywny, chwalą ich wiedzę i zaangażowanie.

Na co narzekają? Na brak kontaktu z innymi studentami medycyny, ale mają nadzieję, że te relacje będą stopniowo budowane w czasie imprez i spotkań studenckich.

Teraz studenci z niecierpliwością oczekują na wakacje i pierwsze praktyki ale zanim do tego dojdzie, przed nimi egzaminy z anatomii i chemii, do których na pewno sumiennie się przygotowują.

mgr Natalia Gliniecka-Kucybała jest pracownikiem dziekanatu Wydziału Lekarskiego

Z pamiętnika Erasmusa...

Marta Spychalska

Wydział Lekarski Collegium Medicum w Bydgoszczy umożliwia swoim studentom wyjazd do Bułgarii, Francji, Hiszpanii, Rumunii, Włoch, Niemiec i Turcji. Można wyjechać na rok, semestr lub na 3-miesięczne praktyki. Warunkiem przystąpienia do programu jest odpowiednia średnia z ocen uzyskanych podczas dotychczasowej nauki oraz znajomość języka wymaganego w danym kraju (angielski w Turcji, Rumunii i Bułgarii, języki rodzime w Hiszpanii, Włoszech, Niemczech i Francji).

Wyjazd na Erasmusa był moim marzeniem już od pierwszego roku studiów. Wreszcie mogłam je zrealizować i mój wybór padł na Hiszpanię, a konkretnie na Uniwersytet w Salamance. Na początku, w Salamance, nie było łatwo. Bardzo pomogło mi to, że już od dwóch lat uczyłam się języka. Większość „Erasmusów” przyjeżdża do Salamanki nie znając ani słowa po hiszpańsku, co, biorąc pod uwagę fakt, że nikt tutaj nie wysiła się, aby mówić po angielsku, przysparza im sporo trudności.

Moim pierwszym spostrzeżeniem było, że Hiszpanie są większymi formalistami aniżeli myślałam! Urzędnicy na uczelni są zdecydowanie gorsi niż w Polsce. W pierwszych dniach, z niemal każdym dokumentem trzeba było biegać od biura do biura, a są one rozsiane po całym mieście! Jeżeli dodać do tego konieczność szukania mieszkania i przyzwyczajanie się do nowych okoliczności, to początkowe dwa tygodnie tutaj można spokojnie wykreślić z kalendarza. Jednak, dla kolejnych kilku miesięcy w Salamance, zdecydowanie warto poświęcić tych kilka pierwszych dni!

Co do uczelni, to wydział medyczny w Salamance znany jest z tego, że studia tutaj to nie sielanka, tak dla Hiszpanów, jak i dla „Erasmusów”! Podczas sesji, ku mojemu

przerażeniu odkryłam, że nie ma tu dla nas żadnej taryfy ulgowej, a „Erasmusi” traktowani są na równi z Hiszpanami. Z drugiej jednak strony, jeżeli mamy w przyszłości coś sobą prezentować, to teraz trzeba się uczyć...

Na szczęście, przygotowanie wyniesione z rodzimej uczelni teraz procentuje i, mimo ograniczeń językowych, nie pozostają w tyle. Studia medyczne zarówno tutaj, jak i na całym świecie, wiążą się z dużą ilością nauki, chociaż w Hiszpanii wszystko przebiega w nieco innej atmosferze. Żadne zajęcia teoretyczne nie są obowiązkowe i większość profesorów udostępnia prezentacje z zajęć studentom. Mimo tego, ku mojemu zdziwieniu, większość studentów przychodzi na wykłady, nawet te zaczynające się o 8 rano. Wykładowcy, w zdecydowanej większości, są tu bardzo otwarci i chętnie odpowiadają na wszystkie pytania i wyjaśniają wątpliwości. Teraz co prawda, mając już trochę uczelnianych doświadczeń za sobą, zdaję sobie sprawę, że i tutaj profesorowie bywają różni. Mimo wszystko jednak, pomimo presji egzaminacyjnej, od której uciec się nie da, studia tutaj nie są tak „wrzodotwórcze”, jak u nas... Nie ma pośpiechu. Mimo, że do egzaminów trzeba się przygotowywać tak samo jak wszędzie i nie można przecież wykluczyć porażki, studiowanie w tym kraju wydaje się spokojniejsze, a przez to lepsze dla zdrowia psychicznego każdego młodego adepta sztuki medycznej.

Universidad de Salamanca, na którym obecnie studiuje, został założony w 1218 roku przez króla Alfonsa IX Kastylijskiego, jako pierwszy uniwersytet na Półwyspie Iberyjskim. Przysparzająca dumy swojemu miastu uczelnia, nie stanowi wszakże jedynej tutejszej atrakcji. Sama Salamanka, jest miastem niebywale urokliwym, wypełnionym zabytkowymi budynkami i historią,

którą czuje się na każdym kroku. Miasto położone jest nad rzeką Tormes, która czyni je jeszcze bardziej malowniczym. Każdego poranka, idąc na zajęcia, patrzę na tak bajkowe widoki, że nie ma dnia, w którym nie byłabym wdzięczna, za możliwość studiowania tutaj. Wyjątkowość Salamanki zapewniła jej miejsce na liście Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO, co mówi samo za siebie.

Program studiów na fakultecie medycznym jest tutaj w zasadzie podobny do naszego, co nie jest specjalnym zaskoczeniem, biorąc pod uwagę, że medycyna na całym świecie jest w końcu taka sama! System studiów jest tu jednak inny. Nie ma podziału na grupy, jedynie na lata. Każdy rok studiów ma przypisane sobie przedmioty, jakkolwiek studenci mogą wybierać przedmioty, jakie zrobią w danym roku. Studia są płatne, więc każdy przedmiot kosztuje. Zajęcia podzielone są na część teoretyczną i praktyczną. Wykłady codziennie zaczynają się o godzinie 8. Następnie od 9 do 13 mamy praktyki w szpitalu lub centrum zdrowia. Po praktykach, czeka studentów zazwyczaj jeszcze godzina lub dwie innych wykładów.

Nie ma tu systemu blokowego, jak u nas. Przedmioty trwają najczęściej pół roku, niektóre cały rok. Przypomina to trochę pierwsze trzy lata na uczelni w Polsce. Studia tutaj trwają również sześć lat. Następnie absolwenci przygotowują się do odpowiednika naszego LEP-u (MIR) i po nim, w zależności od uzyskanej punktacji, wybierają sobie specjalizację i po 4 (wyjątkowo 5) latach rezydentury, są specjalistami w swojej dziedzinie.

Studiowanie, to nie tylko nauka. Czymś w rodzaju naszych Juwenaliów i „Balu Fartuchowego” jest dzień patrona medycyny – San Lucasa, potocznie nazywany „Fiesta de Medicina”. Jest to wydarzenie trudne do opisania i jedno z najbardziej niesamowitych

tych, w jakich tutaj uczestniczyłam. Tego dnia nie ma zajęć dla nikogo poza pierwszym rokiem. Ci z pierwszego roku natomiast, mają zajęcia tylko po to, żeby starsi studenci mogli im w nich przeszkodzić, wkraczając, a raczej wlewając się, tłumem poprzebieranym w najbardziej niesamowite stroje do auli, w której pierwszaki się uczą. Odbywa się uroczysty chrzest (przypomina to otrzęsiny w polskim liceum), przychodzi Dziekan (również fantazyjnie przebrany) i ogłasza rozpoczęcie zabawy. Wszystko to ma miejsce o 8 rano. Cała hałastrą zgromadzona w budynku Fakultetu Medycznego, wyrusza następnie w kierunku Fakultetu Prawa, który znajduje się po sąsiedzku, i zaczyna skandować wierszyki, których znaczenie generalnie sprowadza się do tego, że my jesteśmy od nich lepsi (Na przykład: „Utero! Vagina! Arriba Medicina!” Nie muszę chyba wspominać, że podczas święta Prawa, tamci mszczą się, robiąc dokładnie to samo, zmieniając oczywiście odrobinę treść swoich okrzyków). Następnie, pochód kontynuowany jest ulicami miasta, aż wszyscy zgromadzą się na Plaza Mayor, gdzie zaczynają się tańce i śpiewy z akompaniamentem orkiestry dętej. Jest godzina mniej więcej 10 rano, kiedy to wszyscy studenci medycyny rozchodzą się po barach i dyskotekach rozrzuconych po centrum i zabawa rozpoczyna się na

całego. Z założenia ma to trwać do 3 nocy, ale w rzeczywistości sprowadza się do 24 – godzinnej imprezy. Hiszpanie potrafią bawić się niesamowicie! Następnego dnia, ma się rozumieć, zajęć na fakultecie medycznym nie ma... rzecz jasna!

Chodzę na kursy językowe, czytam książki, które wypożyczam z tutejszej biblioteki, oglądam filmy po hiszpańsku oraz oczywiście, przez cały czas rozmawiam w tym języku. Od początku mojej nauki „castellano”, zakochałam się w tym języku. Hiszpański podoba mi się szalenie,

„Erazmusów” w Salamance jest bez liku. Na wszelkich możliwych kierunkach studiują tu reprezentanci wielu różnych krajów. Na Medycynie mamy Niemców, Włochów, Belgów, Słoweńców, Austriaków, Rumunów i Francuzów. To w takim międzynarodowym gronie przebywam większość czasu. Razem chodzimy na zajęcia, razem się bawimy, odpoczywamy i podróżujemy.

Mimo wszystko, trochę różnimy się od reszty „Erazmusów”, którzy w większości, nie muszą tyle czasu poświęcać książkom. Ale mimo konieczności „wkuwania” i trudnych momentów podczas przedzierania się przez sterty materiałów i słowników językowych, doświadczenie studiowania za granicą jest bezcenne. Odkryłam pewną prawidłowość. Będąc zmuszona do nauki w obcym języku odczuwam z tej nauki

dodatkową przyjemność, gdyż oprócz zgłębiania tajników medycyny, uczę się hiszpańskiego. Na każdym kroku wypisuję sobie wyrażenia w rodzaju : „pacjent skarży się na...” lub „choroba objawia się...”. Dla Hiszpanów wydaje się to zabawne, ale tak właśnie uczymy się języka. Nie tylko tak, a fakt, że w tak wielu krajach na Świecie się go używa, czyni go jeszcze wspanialszym.

Jestem tu już od 7 miesięcy. Wydać mi się zatem, że wiem mniej więcej, czym jest Erazmus. Erazmus – to ciekawi ludzie, obce kultury, nieznanne wcześniej jedzenie i zwyczaje, to przełamywanie stereotypów narodowych, to nowo powstałe przyjaźnie, które niewątpliwie przetrwają długie lata. Poza tym, Erazmus jest bez wątpienia wspaniałą okazją do poszerzenia horyzontów, poznania innych systemów nauki, sprawdzenia samego siebie i pokonania strachu przed nieznanym.

Jaką ma się korzyść z wyjazdu? Każdy prawdopodobnie wynosi z tego doświadczenia coś innego. Ja przekonałam się, że jak się chce wystarczająco mocno, można pokonać nawet własne granice i że nie ma rzeczy niemożliwych! Zostały mi tu jeszcze tylko 3 miesiące. Tymczasem, pozdrawiam serdecznie z Salamanki wszystkich zainteresowanych przygodami bydgoskiego „Erazmusa”!

Marta Spychalska jest studentką V roku na kierunku lekarskim

Pierwsze spotkanie Studenckiego Koła Naukowego Toksykologii

Joanna Żmijewska, Paulina Zielińska

W dniu 13 maja 2010 r. miało miejsce inauguracyjne spotkanie Studenckiego Koła Naukowego Toksykologii (SKNT) działającego przy Katedrze i Zakładzie Toksykologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medium im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

SKNT rozpoczęło swoją działalność gościnnym wykładem mgr inż. Sylwii Andrzejak, specjalisty ds. środków uzależniających w Sekcji Chemii Laboratorium Kryminalistycznego Wojewódzkiej Komendy Policji w Bydgoszczy. Swoją obecnością zaszczylił nas również Prodziekan Wydziału Farma-

ceutycznego do spraw nauki dr hab. n. farm. Adam Buciński, prof. UMK oraz kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii, pan dr hab. n. farm. Michał Markuszewski, prof. UMK.

Nad przebiegiem zebrania czuwała opiekun SKNT dr inż. n. chem. Hanna Chaberska. Idea forum spotkała się z dużym zainteresowaniem ze strony studentów z różnych kierunków naszego Wydziału, głównie farmacji i analityki medycznej. Z ogromnym zaciekawieniem wysłuchali oni referatu naszego Gościa na temat pracy w laboratorium kryminalistycznym, metod stosowanych do oznaczania środków uzależniających oraz ciekawszych przypadków z jakimi mają do czynienia laboranci Komendy Wojewódzkiej w swojej codziennej pracy. Pani mgr inż. Andrzejak zapewniła o chęci dalszej współpracy, a Przewodnicząca SKNT wyraża nadzieję, iż zbliżające się w czerwcu, jak i nadchodzące konwentu zostaną przyjęte z równie dużym entuzjazmem i SKNT rozpocznie prężną działalność naukową od nowego roku akademickiego.

Paulina Szatkowska jest przewodniczącą SKNT, a dr inż. n. chem. Hanna Chaberska - opiekunem SKNT



Pierwsze spotkanie Studenckiego Koła Naukowego Toksykologii

Wielkie Derby dla Torunia 2-2 (karne 2:3)

Szymon Jaworski, Tomasz Zegarski

W czwartek 27.05 na stadionie bydgoskiego TKKF pomimo fatalnej pogody odbyły się trzecie Wielkie Derby UMK o puchar Prorektora ds. Collegium Medicum. Nasz zespół przystępował do konfrontacji po raz kolejny w nie najsilniejszym składzie, ponieważ z powodu kontuzji nie mogli wystąpić Przemek Jaworski, oraz Bartek Lewandowicz. Trzy tygodnie temu w Akademickich Mistrzostwach Województwa lepsi okazali się torunianie, ale to bydgoscy studenci byli gospodarzami i bronili Pucharu wywalczono w zeszłym roku w Toruniu.

Do meczu nasza drużyna przystąpiła w klasycznym dla siebie ustawieniu 1-4-2-3-1. Pierwsze minuty to obustronne próby nieśmiałych ataków, które niczego nie przyniosły. Dopiero około 15 minuty medycy przeprowadzili wzorowo rozegrany kontratak, ale w sytuacji sam na sam nie popisał się Grzegorz Muzykiewicz, posyłając piłkę centymetry obok dalszego słupka. Jednak chwilę później było już 1:0 dla naszych. Rzut różny z prawej strony boiska egzekwował Maciej Mielcarek, a najwyżej do piłki wyskoczył popularny Gmeras i głową skierował piłkę do toruńskiej bramki. Kilka minut później dochodzi do sytuacji identycznej przy której pada pierwsza bramka. Jednak tym razem piłka uderzona ponownie przez Gmerasę, zostaje przeniesiona przez bramkarza gości ponad poprzeczkę. Gdy wydawało się, że nasi piłkarze kontrolują przebieg spotkania, drużyna z Torunia w zamieszaniu pod bramką Dawida Okuszki zdobywa wyrównującą bramkę. Taki wynik utrzymał się do końca pierwszej połowy.

Druga połowa rozpoczęła się od składnych i zdecydowanych ataków naszej drużyny. Po jednej z takich akcji z prawego skrzydła dośrodkował Piotr Wojasiński, a spokojem i opanowaniem umieszczając piłkę w toruńskiej bramce, wykazał się najlepszy strzelec bydgoskiej drużyny Michał Zajączkowski. Chwilę później Michał mógł podwyższyć na 3:1, ale w sytuacji sam na sam uderzył prosto w bramkarza. Po 15 minutach drugiej połowy trener Zegarski przeprowadził pierwsze zmiany. Boisko opuścili dr Ziółkowski, Grzegorz Muzykiewicz i Jan Sieracki. W ich miejsce weszli Wojtek Barancewicz, Ciępiel Michał i dr Różalski. Nie były to zbyt szczęśliwe zmiany, ponieważ dwie minuty później studenci z Torunia wyrównali po raz drugi w tym meczu, po ewidentnym błędzie naszej obrony. Od tego momentu z naszych chłopaków jakby zeszło



Tradycyjne pamiątkowe wspólne zdjęcie uczestników III Wielkich Derbów

powietrze. Brakowało dokładności w podaniach, a także sił. Do końca spotkania żaden zespół nie wypracował sobie klarownych sytuacji na zdobycie zwycięskiej bramki. Tak więc o wyniku spotkania miały zdecydować rzuty karne. Niestety i tym razem (po raz trzeci w tym roku) nasi piłkarze przegrali ważne spotkanie po rzutach karnych 3 do 2. Po meczu zawodnicy otrzymali pamiątkowe medale, a przechodni puchar wręczył Prezes AZS Profesor Wojciech Zegarski.

Bramiki: Dla CM - Gmerek Krzysztof, Zajączkowski Michał dla UMK - Bonzel Łukasz, Drzewiczak Michał.

Żółte kartki: Sieradzki Jan
Widzów 200 osób.

Collegium Medicum Bydgoszcz

Okuszko Dawid, Prześniak Mateusz, Wojasiński Piotr, Gmerek Krzysztof, dr Ziółkowski Michał, Jaworski Szymon, Zajączkowski Michał, Sieradzki Jan, Przyweciki Michał, Mielcarek Maciej, Różalski Rafał, Barancewicz Wojciech, Muzykiewicz Grzegorz, Grycza Hobert, Kochański Bartosz, Ciępiel Michał, Pawłowski Dorian.

UMK Toruń

Łopatowicz Łukasz, Zieliński Wojciech, Pelc Filip, Kośka Tomasz, Paprocki Daniel, Szponikowski Kamil, Szepietowski Radosław, Sołtysiuk Bartosz, Drzewiczak Michał, Boznel Łukasz, Jeziorski Łukasz, Spych Michał, Żółtkiewski Kamil, Oleszek Bartłomiej, Malinowski Michał, Pająkowski Bartosz.

Organizatorzy

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Collegium Medicum w Bydgoszczy, AZS Collegium Medicum w Bydgoszczy, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu UMK w Toruniu, Dział Promocji i Informacji CM, Samorząd Studencki CM UMK w Bydgoszczy

Szymon Jaworski był kapitanem drużyny CM, jest studentem V roku na kierunku farmacji, a dr Tomasz Zegarski jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu oraz trenerem drużyny CM



Po wolnym w 35 minucie padła bramka dla Torunian



Taniec radości zawodników UMK Toruń



Przechodni Puchar wręczył Prezes AZS dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK, a pamiątkowe medale wręczył kierownik SWFiS CM - dr Andrzej Drygas



Mimo strasznej ulewy i zimna kibice dopinowali naszą drużynę do końca

Brązowy medal w Akademickich Mistrzostwach Polski

Włodzimierz Michalski

To już tradycja, że jeżeli Akademickie Mistrzostwa Polski w ergometrze wioślarskim, to Warszawa i obiekty sportowe Uniwersytetu Warszawskiego. Aż 650 zawodników z ponad 60 klubów uczelnianych, z całej Polski, rywalizowało o prymat najlepszej uczelni.

Bydgoskie środowisko akademickie od początku rozgrywania Mistrzostw w tej dyscyplinie plasowało się w czołówce najlepszych. Ostatnie lata zdominowały Mistrzostwa: Wyższa Szkoła Gospodarki, dla której sport stał się formą reklamy, a proponowane stypendia sportowe dla chcących podjąć studia na tej uczelni sprawiły, że szeregi tego środowiska zasilają reprezentanci Polski w wielu różnych

dyscyplinach sportu. Nasza uczelnia, Collegium Medium, na trwałe zapisała się w historii tej dyscypliny, poprzez indywidualne medale zdobyte przez nasze panie: Małgorzatę Żubkę, Edytę Jasińską, Martę Liniewską, a także przez drużynę w 2008 i w 2010 roku. Tegoroczny sukces i brązowy medal jest tym bardziej wartościowy, że osiągnęły go studentki nigdy nie biorące udziału w pełnym procesie treningowym, a ergometr wioślarski traktują jako formę utrzymania sprawności zdrowotnej.

Collegium Medium reprezentowały

Waga lekka: czas przepłynięcia 1.000 m:
- Natalia Chorążyczewska, 3.42.0



- Agata Bloch, 3.51.0
- Marta Musiał, 3.59.0

Waga normalna:

- Edyta Jasińska, 3.24.0
- Marta Liniewska, 3.26.0
- Katarzyna Hewelt, 3.58.0
- Katarzyna Dziewiczynska, 3.48.0

Najlepszy wynik w historii uczelni

Włodzimierz Michalski

Stolica stała się wyjątkowo szczęśliwym miastem dla naszych studentów. Po kwietniowym sukcesie kobiet w ergometrze wioślarskim (3 miejsce w Akademickich Mistrzostwach Polski), dobrą passę podtrzymał lekkoatleci, zwyciężając zdecydowanie w typach uczelni medycznych. To już 3 edycja (6 lat), kiedy udaje nam się stanąć na najwyższym podium. Aż 17 medali (6 złotych, 7 srebrnych, 4 brązowe), najwięcej w historii, wywalczyli nasi lekkoatleci podczas dwudniowych zmagania. W punktacji generalnej Akademickich Mistrzostw Polski nasze studentki uplasowały się na 11 pozycji, a panowie – 24. Biorąc pod uwagę niezwykle wysoki poziom zawodów, udział naszej 25-osobowej reprezentacji należy uznać za wyjątkowo udany.

Klasyfikacja w typach uczelni medycznych

Kobiety

1. Collegium Medium UMK Bydgoszcz – 329 pkt;

2. Warszawski Uniwersytet Medyczny – 280 pkt;
3. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu – 257,5 pkt;
4. Collegium Medium UJ Kraków – 130 pkt;
5. Uniwersytet Medyczny Łódź – 98,5 pkt;
6. Uniwersytet Medyczny Białystok – 85 pkt;
7. Akademia Medyczna Wrocław – 73 pkt.

Mężczyźni

1. Collegium Medium UMK Bydgoszcz – 243pkt;
2. Collegium Medium UJ Kraków – 134,5 pkt;
3. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu – 124 pkt;
4. Uniwersytet Medyczny Białystok – 86,5 pkt;
5. Uniwersytet Medyczny Łódź – 83 pkt;
6. Akademia Medyczna Wrocław – 47,5 pkt;
7. Uniwersytet Medyczny Lublin – 18pkt;
8. Warszawski Uniwersytet Medyczny – 17,5 pkt.



Medaliści Mistrzostw Polski Akademii Medycznych

Złote medale

Fryś Marta – skok w dal – 5.62m,
Kozubka Katarzyna – kula – 10.86m,
Maruszak Grzegorz – oszczep – 52.58 m,
Michalski Łukasz – skok w dal – 6.82 m,
Gliński Kamil – skok wzwyż – 2.01 m,
Wilgocki Łukasz
Siwacki Szymon - sztafeta 4x100 m – 45.01 s
Michalski Łukasz
Gliński Kamil.

Srebrne medale

Fryś Marta – skok wzwyż – 163 cm,
Chytrowska Izabela – 800 m – 2,17,0 min,
Tepper Adam – 800 m – 1,59,0,
Łoboda Bartosz – kula – 12.25 m,
Michalski Łukasz – dysk – 37.20 m,
Tepper Adam – 1500 m – 4.08.40 min,
Kwiatkowska Dominika
Boruta Joanna - sztafeta 4x100 m – 52.01 s
Michalska Joanna
Fryś Marta

Brązowe medale

Antoniów Katarzyna – kula – 9.15 m,
Michalska Joanna – skok wzwyż – 160 cm,
Gryckiewicz Szymon – 800 m – 2.00.36,
Galinska Aleksandra
Boruta Joanna - sztafeta 4x400 m – 4.18.00
Chytrowska Izabela
Paterka Agnieszka

mgr Włodzimierz Michalski jest trenerem reprezentacji Collegium Medicum UMK



Mistrzostwa w Muay Thai

Katarzyna Mizera, studentka ratownictwa medycznego w Collegium Medicum UMK zdobyła trzecie miejsce na Mistrzostwach Europy Muay Thai w Rzymie.

Muay Thai to tajski sport walki, wykorzystujący uderzenia łokciami i kolanami. Nazywany jest tajskim boksem. Nie jest zbyt popularny, więc Mizera miała proble-

my, aby zebrać kwotę potrzebną na wyjazd. Na szczęście znaleźli się sponsorzy, w tym Collegium Medicum. Teraz wszyscy, którzy trzymali za nią kciuki mogą być dumni.

– „Trenuję już od wielu lat” – mówiła Mizera przed samym wyjazdem do Rzymu – „Zaczynałam w rodzinnym Sopocie od kick-boxingu. Muay Thai trenuję dopiero od września, a już udało mi się zdobyć sre-

bro i brąz w Akademickich Mistrzostwach Polski. Sport to moja pasja. Pewnie dlatego mam w sobie tyle siły, aby walczyć i wygrać” - dodała Mizera.

Mistrzostwa Europy w Rzymie trwały od 25 do 30 maja 2010 r. Katarzyna Mizera została powołana do reprezentacji zaledwie kilka tygodni wcześniej.

dk

Festiwal Sportu

Tomasz Zegarski

Dnia 14 maja 2010 roku w juwenalia odbył się drugi Festiwal Sportu Collegium Medicum w Bydgoszczy. Mimo fatalnej pogody w zawodach wzięło udział ponad 200 studentów ze wszystkich wydziałów. W ramach festiwalu zorganizowano turniej piłki nożnej, siatkówki plażowej, oraz tenisa ziemnego. Zdecydowanie największą popularnością cieszył się organizowany przez Studium Wychowania Fizycznego i Sportu międzywydziałowy turniej piłki nożnej, w którym wzięło udział 11 drużyn. W zawodach zwycięzcami okazali się studenci II roku Fizjoterapii wygrywając w finale z pierwszym rokiem wydziału lekarskiego. Na trzecim miejscu uplasowali się przedstawiciele III roku Wydziału Nauk o Zdrowiu.

dr Tomasz Zegarski jest pracownikiem Studium Wychowania Fizycznego i Sportu i wiceprezesem ds. sportowych AZS CM UMK



V Mistrzostwa UMK w Tenisie Ziemnym o Puchar Prorektora ds. Collegium Medicum

Termin zawodów: 15.05.2010 r.

Miejsce zawodów: korty TKKE, ul. Ks. Markwarta, Bydgoszcz

Konkurencje zawodów: turniej kobiet i mężczyzn (bez podziału na grupy wieku) studentów i pracowników UMK oraz pracowników ochrony zdrowia

Nagrody: w kategorii kobiet i mężczyzn za pierwsze dwa miejsca puchary, dyplomy, nagrody rzeczowe, trzecie i czwarte miejsce – dyplomy i nagrody rzeczowe

Wyniki zawodów

(w konkurencji kobiet)

I miejsce: Julia Nadgrodkiewicz – I rok kier. lekarski

II miejsce: Anna Laskowska – I rok fizjoterapii

III miejsce: Zuzanna Lewandowska – I rok fizjoterapii II stopnia

Wyniki zawodów

(w konkurencji mężczyzn)

I miejsce: Aleksander Skop – Szpital Miejski w Toruniu

II miejsce: Marek Adamowski – II rok farmacji

III miejsce: dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, prof. UMK - Collegium Medicum



Czytając książki, żyjesz dwa razy dłużej!

Joanna Żmijewska, Paulina Zielińska

Czy warto czytać książki?

Każdemu z Nas książki pozwalają się przenieść do innego świata. Możemy zasmakować sposobu życia wielu osób, częściowo wcielić się w bohaterów. W dzisiejszych czasach, gdy na wszystko brakuje czasu, czytanie książek jest przedłużeniem sobie życia i mnogością nowych, interesujących możliwości. Dzięki niej możemy polepszyć swój wolny czas od zajęć. Możliwe, że książka stanie się naszym przyjacielem. Warto wybrać się do biblioteki, czy księgarni i poszperać po półkach. Zawsze znajdziemy jakąś interesującą i oryginalną książkę. Zastąpmy lekturą telewizor, który psuje nasz wzrok i przed którym siedzimy beczynnie godzinami. Przykładem takiej książki jest „Poczwarka” napisana przez Dorotę Terakowską.

Człowiek, chce mieć wszystko idealne, czy nie za dużo wymagamy?

Autorka książki „Poczwarka” opowiada o zamożnym, ambitnym małżeństwie, które już zaplanowało sobie najbliższą przyszłość. Jako młode małżeństwo posiadali wszystko co cieszyłoby każdego. Posiadali nowy dom, samochód, ogromny ogród. Dla dziecka, które było poczęte w łonie matki, przyszłość zaplanowana została z dużym wyprzedzeniem. Czekala na nią nauka baletu, śpiewu, gry na pianinie. To właśnie niemowlę miało być spełnieniem ambicji rodziców, Adama i Ewy. Jednak narodziny młodej istoty okazują się katastrofą. Dziewczynka przychodzi na świat z zespołem Downa w wyjątkowo ciężkiej postaci oraz z niezidentyfikowaną ciemną plamką w mózgu. Plany rodziców legły w gruzach. „Wiara nie potrzebuje wiedzy”

Jak trudno pogodzić się i pokochać chore dziecko.

Dlaczego człowiek jest egoistą?!

Nieoczekiwana i niespotykana sytuacja, przyczynia się pretensjom młodej Matki

kierowanym do Stwórcy. Bez jakichkolwiek oporów jest przekonana, że dziecko zostawi w szpitalu. Cały jej plan krzyżuje kobieta, która od 8 lat wychowuje córeczkę z dodatkowym chromosomem. Odwiedza Ewę będącą jeszcze w szpitalu. Opowiada całą historię związaną z jej dzieckiem. Przedstawia ciężkie chwile, z którymi sama nie potrafiła sobie poradzić. Ukazuje jak trudno jest nie patrzeć na ludzi, których się mija obok siebie, a na nich jednak skupia się cały świat. Pokazuje zdjęcie dziewczynki, swojego „muminka”, którego pokochała. Ku zdziwieniu Adama, Ewa postanawia zabrać dziewczynkę do domu. Cała uwaga matki skupia się teraz na Myszcze. Kobieta zostaje sama ze swoimi problemami.

Ona też potrzebowała ciepła

Adam nie jest w stanie zaakceptować „takiego” dziecka. Ma poczucie klęski, czuje się upokorzony i zawstydzony faktem, że spłodził poczwarkę. Obwinia żonę, siebie, los. Na każdym kroku unika dziewczynki, patrzy na nią z niechęcią, a nawet z obrzydzeniem. Czuje do niej wstręt i opuszcza rodzinę, nie chce spędzać z nimi wolnego czasu, ponieważ co powiedzą Inni? Całe dni spędza w swoim gabinecie słuchając muzyki i czytając książki na temat zespołu Downa. Nigdy nie bawi się z Marysią, odwraca od niej wzrok i stara się nie dotykać. Mężczyzna nie może się pogodzić z tym, że Ewa zdecydowała się przywieźć córkę do domu. Uważa, że to przez żonę w ich rodzinie pojawił się „dar Pana”. Oskarża ją, że to przez chorobę genetyczną jej babki ich córka taka się urodziła. Tak więc Ewa może liczyć z jego strony tylko na wsparcie finansowe. Jednak jego postawa nie jest taka jednoznaczna, gdzieś w głębi serca obecne są ślady miłości do córeczki. Widzimy, jak z ukrycia obserwuje dziewczynkę, potajemnie zdobywa informacje o jej stanie zdrowia, nie może przestać o niej myśleć.

Świat widziany oczami dziecka z zespołem Downa

Książka przedstawia świat magiczny, niezwykle rzeczywisty, rozgrywającą się w głowie Myszki. Dziewczynka ma jedną osobę, z którą bez problemu się porozumiewa oraz z nią odkrywa piękno świata. Jest nią Bóg. Kreuje się on jako artysta, twórca świata, który nie jest przekonany do końca o doskonałości swego dzieła. Dziewczynka marzy o tym, żeby móc kiedyś zatańczyć tak ładnie jak Panie w telewizji. Czułaby się wtedy jak motyl i spełniona co do wymagań swojego taty. Pewnego dnia odkryła „Inny Świat” na strychu. Świat ten umożliwił jej spełnienie marzeń rodziców o „idealnym dziecku”. Potrafiła tam lekko tańczyć, przestała zmagać się z niezgrabnością swojego ciała. Wszelkie blokady płynnego mówienia zostały zniwelowane. Przestała odczuwać lęk. Strych jest jej edenem, w którym czuje się szczęśliwa i spełniona. Prowadzi dyskusję z Bogiem, pomagając mu w tworzeniu świata. Jest on ukryty dla Innych, ponieważ dziewczynka nie jest w stanie przedstawić swoich myśli Innym.

Co daje Nam do przemyślenia

Książka uczy Nas, że nie każdy chory człowiek jest gorszy od zdrowych osób. Autorka przedstawia Nam, że życie wewnętrzne upośledzonego dziecka może być dużo bogatsze niż wizja przeciętnych osób. A przecież ona czuje tak, jak wszyscy ludzie! To nie jej wina, ani nie żadna kara, że jest, jaka jest... Książka rozbudza ludzką wyobraźnię i empatię w stosunku do chorych.

Gorąco polecamy! W szczególności Tym którzy są wrażliwi na ludzki los oraz Tym, którzy uważają, że od życia należy mi się znacznie więcej.

Joanna Żmijewska i Paulina Zielińska są studentkami II roku na kierunku pielęgniarstwo

Atlas anatomiczny 3D on-line



Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK zaprasza do korzystania z nowego atlasu anatomicznego 3D Primal Pictures na platformie Ovid w dostępie dla 5. jednocześnie użytkowników. Możliwość korzystania mają również uczestnicy projektu Regionalnego Centrum Informacji Medycznej.

Ovid oferuje szybki i łatwy dostęp do pełnego zestawu trójwymiarowych struktur anatomicznych człowieka stworzonych przez Primal Pictures. Atlas daje użytkownikowi przegląd różnych modułów anatomicznych

z podziałem na poszczególne części organizmu oraz z wyróżnieniem zainteresowań użytkownika ze względu na pełnioną funkcję zawodową lub specjalizację medyczną.

Primal dodatkowo wzbogacony jest w różnego rodzaju filmiki np. z zakresu biomechaniki. Wszystkie struktury ukazane są w formacie 3D i znakomicie nadają się do prezentacji w programie Power Point.

Dostęp do atlasu 3D na stronie Biblioteki Medycznej www.biblio.cm.umk.pl w zakładce: *Książki elektroniczne*.

mk