



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ROK XXXVII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

ISSN 0137-6543

NR 1-3/2005

Zespół redakcyjny (Editorial Staff)

Prof. dr hab. **Stefan Kruś** (Redaktor Honorowy – Honourable Editor)

Prof. dr hab. **Piotr Fiedor** (Redaktor Naczelny – Editor-in-Chief)

Mgr **Mirosława Müldner – Kurpeta** (Z-ca Red. Nacz. – Associate Editor)

Mgr **Magdalena Zielonka** (Z-ca Red. Nacz., korekta – Associate Editor, Proof-Reading)

Mgr **Ewa Barciszewska** (Asystent Red. Nacz. – Assistant Editor)

Rada Programowa i Naukowa (Scientific Council)

Profesor **Janusz Piekarczyk** – Rector of Medical University of Warsaw

Profesor **Leszek Pączek** – Deputy Rector for Education Affairs

Profesor **Wiesław Gliński** – Deputy Rector for Science and International Relations

Profesor **Józef Sawicki** – Deputy Rector for Human Resources

Profesor **Grzegorz Opolski** – Deputy Rector for Clinical Affairs, Development and Regional Cooperation

Profesor **Marek Krawczyk** – Dean of the First Medical Faculty

Profesor **Hubert Wanyura** – Deputy Dean for the Division of Dentistry

Profesor **Jerzy Stelmachów** – Dean of the Second Medical Faculty

Profesor **Jerzy A. Polański** – Deputy Dean for the English Division

Profesor **Jan Pachecka** – Dean of the Faculty of Pharmacy

Profesor **Piotr Małkowski** – Dean of the Faculty of Health Sciences

Profesor **Wojciech Noszczyk** – Dean of the Faculty of Postgraduate Studies

Wydawca:

Akademia Medyczna w Warszawie, Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres internetowy: www.amwaw.edu.pl

Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:

Sekretariat: mgr **Ewa Kępska**, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, tel. 5720-109

e-mail: ewa.kepska@rektorat.amwaw.edu.pl i mziel@amwaw.edu.pl

Dokumentacja fotograficzna: Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone

Skład i łamanie: mgr inż. **Paweł Picewicz**, Dział Informatyki AM

Spis treści:

OD REDAKCJI

<i>Ewa Barciszewska</i> Oby nie gorszy.....	4
<i>Stefan Kruś</i> Ku pokrzepieniu Chorego.....	4

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Dyplomy dla absolwentów II Wydziału Lekarskiego.....	5
<i>Jerzy Stelmachów</i> - Wystąpienie Dziekana.....	5
<i>Janusz Piekarczyk</i> - Słowo Rektora.....	6
<i>Zuzanna Kaszycka, Piotr Korneta</i> - Wystąpienie przedstawicieli absolwentów.....	8
<i>Robert Proczka</i> - Wystąpienie przedstawiciela doktorów nauk medycznych.....	9
<i>Bogusław Najnigier</i> IV Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby” (Progress in liver surgery and transplantation).....	10
<i>Waldemar Szelenberger</i> Pokonać depresję.....	15
Stypendia dla młodych naukowców.....	17
<i>Janusz Piekarczyk, Jacek Persa</i> II Międzynarodowe Niemiecko-Polskie Sympozjum Stomatologiczne.....	19
Ranking jednostek Akademii Medycznej w Warszawie Punktacja za 2004 r.	21

NAUKA

<i>Joanna Brydak — Godowska</i> Zmiany oczne i elektrofizjologiczna ocena czynności siatkówki w toczeniu rumieniowatym.....	24
<i>Jakub Dobruch</i> Rola układu wazopresynergicznego w ośrodkowej regulacji układu krążenia u szczurów szczepu Sprague - Dawley z zawałem mięśnia sercowego.....	26
<i>Magdalena Kuźma</i> Neuroprotektoryjne działanie transferazy glutationowej pi – aspekty molekularne i kliniczne.....	27
<i>Adam Mazurkiewicz</i> Wpływ śródoperacyjnej kontroli ultrasonograficznej na wczesne i odległe wyniki udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej.....	29
<i>Jolanta Zegarska</i> Ilościowa ocena ekspresji genów dla czynników wzrostu i cytokin w ścianach tętnic nerkowych przeszczepów nerki w okresie przewlekłego odrzucania u ludzi.....	30
Obrony prac doktorskich.....	31

MEDYCZYNA

<i>Mirosława Kram, Edyta Górczyńska, Andrzej Kurylak</i> Fenyloketonuria – kliniczny i pielęgniarstwo kontekst choroby.....	34
<i>Marcin Makowski</i> Postępy terapii fotodynamicznej w leczeniu nowotworów.....	38
<i>Bożenna Sadurska, Marta Dąbrowska</i> Odrotny transport cholesterolu i jego farmakologiczne modyfikacje.....	41

DYDAKTYKA

Halina Cieślak

Realizacja przedmiotu *Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne* przez studentów II roku Pielęgniarstwa w WNoZ. **46**

Krzyszyna Kasperska

Nowoczesność metodyki nauczania ruchu w dydaktyce rehabilitacji ruchowej. **49**

Maciej Paprocki

Ekonomika farmacji jako dziedzina wiedzy, przedmiot nauczania i specjalność na studiach. **54**

Halina Cieślak

Ewaluacja zajęć dydaktycznych z *POZ i Pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego* **61**

Mirella Sulewska, Andrzej Krupienicz

Realizacja przedmiotu *Podstawy pielęgniarstwa* w opinii studentów. **63**

WYCHOWANIE

Jerzy Rudzik

Otyłość dzieci i młodzieży. Rola terapii ruchowej w zapobieganiu otyłości. **66**

Tadeusz Tołłoczko

Myśl, odwaga, działanie, postęp. **69**

Z ŻYCIA STUDENTÓW

Ewa Haładaj, Robert Fastyn

IFSMA – to Ty, to Wy, to my!. **73**

Paweł Chomicki, Magdalena Restel

Europejska Rada Studentów Medycyny *European Medical Students' Council*. **78**

NOMINACJE

Prof. dr hab. Beata Śpiewankiewicz. **82**

Prof. dr hab. Maria Wąsik. **84**

PRO MEMORIA

Maria Błaszczuk – Kostanecka

Dr hab. Maria Jarząbek – Chorzelska (1939-2004). **86**

Henryk Kirschner

Dr Zofia Bielińska (1908 – 2004). **87**

Ewa Mayzner-Zawadzka, Andrzej Zawadzki

Dr Janusz Kącki (1934 – 2004). **87**

KOMUNIKATY

HUMOR

Aleksandra Woźnicka

O medycynie z uśmiechem. **95**

Oby nie gorszy

Domorośle „kabalarki”, stawiając karty na Nowy Rok, starają się wyczytać z nich odpowiedzi na standardowe pytania: Co dla ciebie? Co dla domu? Czego się nie spodziewasz? Co będzie na pewno?

Zacznijmy od końca, bo wówczas trudniej się pomylić.¹ Na pewno będzie pierwsza rocznica wstąpienia Polski do Unii Europejskiej i na pewno będą wybory, o bardzo różnej wadze! Najpierw nasze – uczelniane, a na końcu – prezydenckie. Skutki jednych i drugich, a także wszystkich innych wyborów, możliwych między kwietniem i grudniem, odpowiedzą już przeważnie tylko na pytanie „czego się nie spodziewasz”. No bo i czego – tak naprawdę – możemy się spodziewać? Wszystkiego! Choć mamy już koło, proch, teorię względności, penicylinę, lądowanie na Księżycu (już problematyczne), lasery, komputery i inne bajery, możemy oczekiwać tylko lepszego: koła, prochu, leku, lasera, lądowania..., ale także tego, o czym nam się nawet nie śniło. No i tego, że uda się pokonać jakąś własną

słabość, małość, że sami – o ile bardzo się o to postaramy – staniemy się lepsi. Wszystkim Państwu życzymy więc zadowolenia z siebie i wyrozumiałości dla innych, albo odwrotnie – zadowolenia z innych i wyrozumiałości dla siebie. Bądźmy mądrzy, sprawiedliwi, dobrzy i życzliwi. Oby nowy rok nie był gorszy od poprzedniego – zwykli mawiać pesymiści. A co, jeśli będzie „taki sobie”? Na pewno nie – będzie jedyny w swoim rodzaju!

Ewa Barciszewska

Ku pokrzepieniu Chorego

Książki donoszą, że w świecie greckim każdy twór, kwiatek, drzewo, strumyk albo pagórek miał patrona od złej doli. Na wszelki wypadek. Rok grecki liczył 365 dni, jak nasz. Gdyby przydzielono wszystkich duszków dobrodziejów równomiernie do każdego z trzystu sześćdziesięciu pięciu dni, rok grecki byłby pękł. Niemniej każdy dzień przypominałby o wdzięczności i podziękowaniu.

Nie wiem, czy Sofokles, Sokrates lub Pitagoras obchodzili dzień imienin albo urodzin. Nasza epoka wyrównała ewentualny niedobór. Niech sobie każdy ma 24-godzinną Przerwę w Monotonii i niech każdy Solenizant, godny czy niegodny, wysłucha „na zdrowie”. Nic zdrożnego.

Oprócz klasyfikacji kalendarzowej ludzie dzielą się także według profesji. Przecież wielu coś robi, miewa jakieś profity dla siebie i wkład na rzecz społeczeństwa. Powstają więc Dni: a to Szewca, a to Doktora, Kontrolera Lotów, Filmowca, Astronoma, Podkomorzego, Sędziego, Wojskiego, Hrabiego, Asesora, Rejtana, Kusęgo... a, przepraszam, zagalopowałem się. Dzień taki dyskretnie pomija oczekiwane gratyfikacje, ale doda-

je chociaż trochę dobrego samopoczucia. Na Podhalu mówią „tys piknie”.

Oswojony z wymienionymi Dniami natknąłem się na Dzień Chorego². Nie wiem, jakich dokonań przysporzył ten Chory państwu. No przecież miał pecha, że trafiło akurat na niego. Najwyżej liczył, że ktoś zauważy jego cierpienie i zniedołężnienie. I jak tu określić go Solenizantem, i jak wykrzyknąć „sto lat”!?

Z Chorym i Jego Dniem jest podobnie jak z Dniem Kobiet. 8 marca panie dostają kwiatek albo miejsce w tramwaju i na tym się kończy. Trzysta sześćdziesiąt cztery (364!) dni w roku poświęca się Zdrowym. Na szczęście, ku pokrzepieniu już Chorych, tylko reklamy telewizyjne podciągają się do 1 + 364 z zapewnieniem nieuchronnego wyzdrowienia.

Stefan Kruś

1) Za komuny krążył dowcip: „Informacje prasowe można podzielić na prawdziwe, prawdopodobne i fałszywe.

Prawdziwe to: nekrologi; prawdopodobne - prognozy pogody; fałszywe – pozostałe”.

2) Światowy Dzień Chorego obchodzony jest 11 lutego.

Dyplomy dla absolwentów II Wydziału Lekarskiego

20 stycznia w Sali Balowej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się uroczysta promocja lekarzy – absolwentów II Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 2003/2004 oraz promocja doktorów i doktorów habilitowanych nauk medycznych. Klamrę uroczystości stanowiły tradycyjne pieśni: „Gaude Mater Polonia” i „Gaudeamus Igitur”, wykonane przez Chór Akademii Medycznej, a w części artystycznej uczestnicy spotkania wysłuchali utworów F. Chopina, S. Moniuszki i T. Bairda w wykonaniu Grzegorza Bayera (baryton) i Maksymiliana Bieleckiego (fortepian). Na szczególne gratulacje zasłużyli wyróżnieni absolwenci i doktoranci II WL: Roman Bartczak, Monika Choińska, Agnieszka Franas, Aleksander Jamsheer, Piotr Adam Miłkaszewicz, Katarzyna Michel-Rowicka, Małgorzata Mikulska, Helena Oficjalska, Katarzyna Owczarczyk, Marzena Joanna Piasecka, Tomasz Rowicki, Agata Rój, Elżbieta Rutowicz, Anna Marta Solarska, Robert Sulak, Katarzyna Szyfner, Maria Witesik oraz dr n. med. Zbigniew Nowakowski, dr n. med. Jarosław Mądzik, dr n. med. Agnieszka Jarosz, dr n. med. Paweł Mierzejewski, dr n. med. Hanna Celnik, dr n. med. Magdalena Ulińska, dr n. med. Robert Proczka, dr n. med. Adam Mazurkiewicz. Poniżej publikujemy wystąpienia: Dziekana II WL, JM Rektora oraz przedstawicieli absolwentów i doktorantów. (eb)

Wystąpienie Dziekana

Prof. dr hab. Jerzy Stelmachów

Szanowni Państwo, tradycją II Wydziału Lekarskiego stało się, że kolejne uroczystości wręczenia dyplomów lekarskich, doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych odbywają się w jakże dostojnym a zarazem pięknym miejscu - w salach Zamku Królewskiego w Warszawie.

Równie dostojnie zatem witam przybyłych na dzisiejszą 24 promocję w dziejach naszego wydziału 90 absolwentów, 26 doktorów nauk medycznych i dwóch doktorów medycyny, którzy w ubiegłym roku uzyskali stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Bardzo serdecznie witam rodziny, najbliższych i przyjaciół naszych głównych „bohaterów” – promowanych lekarzy i doktorów.

Jest to szczególna uroczystość nie tylko dla naszych uczniów, ale również dla władz dziekańskich. W bieżącym roku akademickim dobiega końca nasza druga kadencja. W przyszłym roku uroczystość będzie prowadzona przez nowo wybrane władze wydziału i uczelni.

Fakt ten upoważnia mnie do przedstawienia obecnego stanu naszej jednostki. W ciągu dwóch ostatnich kadencji doprowadzono do podwojenia liczby studentów naszego wydziału. Obecnie studiuje na nim ponad 1200 osób. Zwiększeniu uległa liczba studentów Wydziału Lekarskiego, podwoiła się liczba studentów nauczanych w języku angielskim. Obecnie w naszej uczelni studiuje 234 osoby spoza naszego kraju. Do znacznych osiągnięć zaliczamy

uruchomienie 4-letnich studiów lekarskich. Ten kierunek adresowany jest do absolwentów szkolnictwa nie tylko z Ameryki Północnej (z Kanady i USA), ale również z krajów dalekiego wschodu. Coraz większym zainteresowaniem cieszą się te studia wśród mieszkańców Tajwanu. Mam cichą nadzieję, że starania Pana Dziekana, prof. Jerzego Polańskiego doprowadzą do dalszego zwiększenia liczby studentów nauczanych w języku angielskim, i że będzie to porównywalna wielkość ze studium w języku polskim na II Wydziale Lekarskim. Do znaczących osiągnięć zaliczyć należy uruchomienie studiów licencjackich na kierunku fizjoterapia – w ubiegłym roku po raz pierwszy w dziejach naszego wydziału i naszej Alma Mater wydaliśmy 110 dyplomów licencjackich w zakresie fizjoterapii i rozpoczęliśmy nauczanie 105 studentów w ramach studiów magisterskich uzupełniających. Dużą pracę wykonała w tym zakresie Pani Prodziekan, prof. Joanna Juskowa. Z kolei Pan prof. Jerzy Jurkiewicz aktywnie włączył się do prac organizacyjnych, uruchamiając w ubiegłym roku licencjackie studia zaoczne adresowane do licznej rzeszy techników fizjoterapeutów. Cieszą się one dużym powodzeniem, 62 osoby bowiem rozpoczęły w tym roku naukę.

Włączenie Polski do Unii Europejskiej stawia przed szkolnictwem wyższym nowe zadania. Nowe wyzwania dotyczą nie tylko Was - naszych uczniów, ale również naszej uczelni. Otrzymane w dniu dzisiejszym dyplomy zamykają



pewien etap Waszego życia, ale jednocześnie zobowiązują do ustawicznego poszerzania i pogłębiania swojej wiedzy i doskonalenia umiejętności tak, aby sprostać wymaganiom stawianym przed Wami - lekarzami praktykami. Temu celowi służy nowo utworzony Wydział Szkolenia Podyplomowego, kierowany przez znakomitego dydaktyka i chirurga Pana prof. Wojciecha Noszczyka. Prosząc zatem o zachowanie w pamięci Waszej szkoły – Akademii Medycznej w Warszawie, pozostawiamy otwarte przed absolwentami drzwi naszej uczelni, umożliwiając stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Do Waszej dyspozycji są wszyscy nauczyciele, którzy umożliwili Wam uzyskanie dyplomu lekarza nie szczędząc trudu, aby oprócz przekazania wiedzy medycznej - trwale uwrażliwić Państwa

na cierpienie chorego człowieka, i aby w Waszej postawie odnajdywać pokorę i umiejętność współczucia.

Pozwólcie w tym miejscu przytoczyć zdanie księdza Jana Twardowskiego „Szkoła nigdy się nie starzeje, ma to samo serce, duszę, ten sam rozum.” Dodam jeszcze, że szkołę tworzą niezwyčajni nauczyciele i wspaniali uczniowie.

Życzę Państwu przede wszystkim realizacji marzeń i planów - tak zawodowych jak i osobistych - i aby wybrany przez Was zawód lekarza przyniósł wiele satysfakcji.

Życzę, aby jak najwięcej naszych absolwentów uzyskało stopień doktora nauk medycznych, a nowo mianowanym doktorom - habilitacji, zaś doktorom habilitowanym - tytułu profesora. Profesorom, nam wszystkim - wspaniałych studentów, co niewątpliwie przyczyni się do podniesienia prestiżu naszej Alma Mater. Rodzinom i najbliższym naszych dzisiejszych bohaterów dziękuję za pomoc, trud, wsparcie duchowe i finansowe oraz wyrozumiałość okazywaną podczas sześcioletnich, niewątpliwie ciężkich studiów.

Gratulując obecnym wyborcu pięknego zawodu przytoczę umieszczoną w okolicznościowej publikacji sentencję: *Omnium profecto artium medicina nobilissima* (Spośród wszystkich sztuk medycyna jest najszlachetniejszą).

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Panie Dziekanie, Wysoka Rado, Szanowni Państwo! To nie przypadek, że władze diekańskie II Wydziału Lekarskiego na tę uroczystość wybrały – jak każdego roku - to miejsce, najbardziej godne miejsce, Salę Złotą Zamku Królewskiego.

To bardzo dobrze, ponieważ ta podniosła uroczystość wymaga odpowiedniej oprawy. Tradycyjnie już przychodzimy w styczniu na Zamek Królewski, aby się cieszyć, tak jak dzisiaj, że ta oto grupa młodych ludzi po ukończeniu studiów za chwilę otrzyma dyplomy lekarza. Promocji lekarskiej towarzyszy specjalna, unikalna uroczystość, jest nią złożenie przysięgi lekarskiej i dlatego właśnie nie można jej nawet porównać z rozdaniem dyplomów ukończenia innych uczelni, innych kierunków studiów. Tak jak wszyscy lekarze, którzy ukończyli studia wcześniej i ukończą je w przyszłości, złożycie tę przysięgę – przysięgę, która będzie Was obowiązywała przez całe życie, głównie, rzecz jasna, przez okres aktywności zawodowej, ale nie tylko, ponieważ lekarzem się jest zawsze. Dlatego jest to tak szczególny, podniosły moment, niezwykle ważny dla każdej i każdego z Was, ważny dla nas, dla uczelni, którą opuszczacie, ważny też dla społeczeństwa, dla kraju.

Bardzo wysoko cenimy sobie obecność przedstawicieli władz państwowych, wojewódzkich, samorządowych, wdzięczni jesteśmy za obecność przedstawicieli samorządu lekarskiego, a przede wszystkim prezesów Naczelnej Okręgowej Rady Lekarskiej, ponieważ w Państwa ręce, pod Państwa opieką oddajemy tych oto młodych adeptów sztuki lekarskiej. Wysoko cenimy sobie obecność Jego Ekscelencji arcybiskupa Leszka Sławoja Głódzia – jako arcybiskupa Diecezji Warszawsko – Praskiej, na terenie której nasi dzisiejsi bohaterowie odbywali studia.

Zawód lekarza musi być i jest obdarzony pewnymi cechami, atrybutami pozostającymi na pograniczu sfery duchowej, stąd obecnie odkrywamy jak gdyby na nowo obszary wspólnych zainteresowań, a także współpracy, choćby w ramach komisji bioetycznych.

Kapłani wspólnie z lekarzami pochylają się jak zawsze nad chorym, cierpiącym. Zauważamy wiele możliwości współdziałania, uzupełniania się w niezwykle trudnych sprawach związanych z opieką nad chorym, a szczególnie nad terminalnie chorym. Być może odpowiednią propozycją mogłaby też być walka z epidemią depresji.

Według Czesława Miłosza społeczeństwo można podzielić na pacjentów i lekarzy. Noblista we wstępie do książki prof. Szczeklika pisze: „Ale kim jest człowiek, który się do nas zbliża, a od którego słów tak wiele zależy? ... Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników... umiejętność postawienia właściwej diagnozy czasami wymyka się ściśle rozumowemu ujęciu. A istnieje też tajemnicze powiązanie organizmu ludzkiego z energiami duchowymi, sprawiające, że sama nauka nie odpowiada na wiele pytań o nas samych. Być może więc ma rację autor książki, wymawiając słowo katharsis, czyli oczyszczenie i cofając się do misteriów starożytnej Grecji, w których....., połączenie tańca z muzyką, pieśnią i poezją służyło do oczyszczania dusz. To odwołanie się do starożytności każe nam myśleć o wielowiekowej ciągłości zawodu lekarza, który być może czerpie powagę ze swojego stałego miejsca na granicy pomiędzy życiem i śmiercią.”

Szanowni Państwo, zakończyliście okres usystematyzowanej, zorganizowanej dydaktyki w uczelni - w medycznym uniwersytecie. Założeniem kształcenia w tego typu uczelni było przekazanie Wam określonego zakresu wiedzy medycznej, pozwalającej na stwierdzenie, że istnieją podstawy do podjęcia indywidualnej decyzji o promocji lekarskiej. Jest to jednak tylko etap, pierwszy etap, który otwiera następny, trwający całe życie zawodowe.

Etap samokształcenia, doskonalenia zawodowego, musi być procesem ciągłym, nieustającym, co teraz, w XXI wieku, jest szczególnie ważne w związku z niebywałą dynamiką rozwoju medycyny, z wprowadzaniem coraz nowszych i doskonalszych metod leczenia, coraz nowocześniejszej aparatury diagnostycznej i leczniczej.

W takiej sytuacji lekarz, który się nie rozwija, staje się właściwie niekompatybilny z całym systemem ochrony zdrowia i zamiast pomagać może szkodzić chorym. Ale potrzeba ta została zauważona już przez Hipokratesa, stąd we wspomnianej przysiędze znajdujemy akapit narzucający potrzebę, a nawet niezbędność ciągłego szkolenia, obecnie określonego mianem „ustawicznego”. Od ubiegłego roku szkolenie to stało się też obligatoryjne na mocy prawa, restrykcyjnych przepisów, które wymuszają pewne formy tego kształcenia pod groźbą utraty prawa wykonywania zawodu. Stąd też dzisiejszego, uroczystego spotkania nie traktujemy wyłącznie jako formy pożegnania, lecz równocześnie jako zaproszenie do dalszej współpracy, z pewnością bardziej luźnej, bardziej dowolnej, ale wymagającej z Państwa strony więcej inicjatywy, podejmowania wyborów i decyzji.

Pierwszy etap szkolenia podyplomowego ma jeszcze formę zorganizowaną i staż podyplomowy daje potencjalnie szansę na uzupełnienie wiedzy zdobytej w uczelni o umiejętności praktyczne. Ale od roku zmienił on charakter, ponieważ LEP wymusza dalsze szkolenie teoretyczne, choć - jak wiemy - w zamyśle inicjatorów tego egzaminu było sprawdzenie przydatności młodego lekarza do wykonywania zawodu po stażu podyplomowym. W obecnym kształcie egzamin ten, niestety, właściwie

nie spełnia tej roli, natomiast w pewnej mierze pogarsza start absolwentów polskich uczelni, zarówno na rynku pracy w Polsce, jak i w Europie. Wymóg ten nie obowiązuje obywateli zdecydowanej większości państw Unii Europejskiej, natomiast w Polsce jest obligatoryjnym kryterium do uzyskania stałego prawa wykonywania zawodu. Niestety, po jego uzyskaniu okazuje się, że stojące na skraju bankructwa polskie szpitale nie są w stanie zatrudniać młodych lekarzy - nie dlatego, że nie są oni potrzebni, lecz ze względów ekonomicznych.

Myślę, że nie rozminę się z prawdą stwierdzając, że wszyscy obecni w tej sali liczymy na to, że przepisy unijne w stosunkowo krótkim czasie wymuszą na naszej administracji państwowej i samorządowej procesy dostosowawcze i naprawę szeroko pojętych zasad organizacji państwa, zasad współżycia społecznego, a przede wszystkim poszanowania wartości, jakimi są bez wątpienia: wykształcenie, wiedza, kompetencja. Że nie tylko szeroko pojęta władza, politycy, ale i całe społeczeństwo zacznie doceniać, a kiedyś - oby jak najszybciej - wysoko cenić ludzi wykształconych, kompetentnych. Jak dotychczas jesteście jeszcze daleko od tego ideału.

Dla ekspertów z krajów Unii Europejskiej nie do zaakceptowania jest w Polsce przede wszystkim wysokość zarobków lekarzy, co - jeżeli w ogóle - bardzo rzadko pojawia się w doniesieniach prasowych poświęconych sprawom opieki zdrowotnej.

Bo kto i jak często porusza temat warunków pracy i płacy lekarzy, a szczególnie młodych lekarzy, którzy po studiach nie tylko podejmują życie zawodowe, ale i zakładają rodziny, którym muszą zapewnić warunki bytowe. Warto zestawić fakty; po 6-letnich studiach, po stażu, po zdaniu LEP-u, a niejednokrotnie jeszcze po kilku latach pracy oferuje się im płace na poziomie 50% średniej krajowej. Moi drodzy, wiemy, że nie pocieszy Was fakt, że myśmy w tych warunkach żyli i pracowali przez całe dziesięciolecia. Uważamy, że sytuacja ta musi jak najszybciej ulec zmianie i życzymy Wam, aby zmiany te rzeczywiście dokonały się jak najszybciej, abyście nie musieli np. emigrować z kraju ze względów ekonomicznych, abyście wyjeżdżali po wiedzę, doświadczenie i wracali do pracy w Polsce, bo tutaj jesteście potrzebni, bo w Polsce nie jest nas za dużo. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców więcej lekarzy jest za wschodnią granicą i zdecydowanie więcej też za granicą zachodnią. Aby zapewnić ochronę zdrowia niemal 40 milionom obywateli i aby ta ochrona spełniała standardy nowoczesnej medycyny, niezbędna jest kilkusettyściana armia dobrze wykształconych i dobrze wyposażonych pracowników kilkunastu zawodów medycznych, współpracujących z lekarzami, którzy w tym systemie odgrywają wiodącą rolę. Ale cały system oparty na współpracy w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorych powinien skutecznie chronić zdrowie i w miarę w pełni i skutecznie je przywracać. Niezbędne do tego celu kadry medyczne są aktualnie kształcone w naszych uczelniach. Jednak liczba kształconych w niektórych zawodach

niestety ciągle jest zbyt mała, aby zapewnić odpowiedni standard opieki zdrowotnej.

Polskie uczelnie medyczne z własnej inicjatywy podjęły trud kształcenia przed i podyplomowego tych kadr. Niestety, pozostają w tych zadaniach trochę osamotnione, nie znajdując wystarczającego wsparcia może nie tyle ze strony władz centralnych, ale głównie regionalnych, do których zadań należy przecież zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia obywateli, a także edukacja.

W imieniu Akademii Medycznej w Warszawie gorąco dziękuję za wsparcie naszych planów, zrozumienie potrzeb i wyjście im naprzeciw, szczególnie teraz, w ostatnim okresie. Dziękujemy, że przynajmniej w tym zakresie, w jakim było to możliwe otrzymaliśmy to wsparcie. Przenaczamy je wyłącznie na doskonalenie naszych wysokospecjalistycznych usług medycznych i oferty edukacyjnej dla młodzieży Warszawy i Mazowsza. Oferty trafionej, ponieważ nasi absolwenci są potrzebni do pracy w zawodach zgodnych z kierunkiem ukończonych studiów. Fun-

dusze strukturalne zainwestowane w dobrą uczelnię z pewnością dadzą dużo lepsze efekty niż gdyby służyły ratowaniu najsłabszych i mało efektywnych jednostek, zarówno w edukacji, jak i w ochronie zdrowia.

Szanowni Państwo.

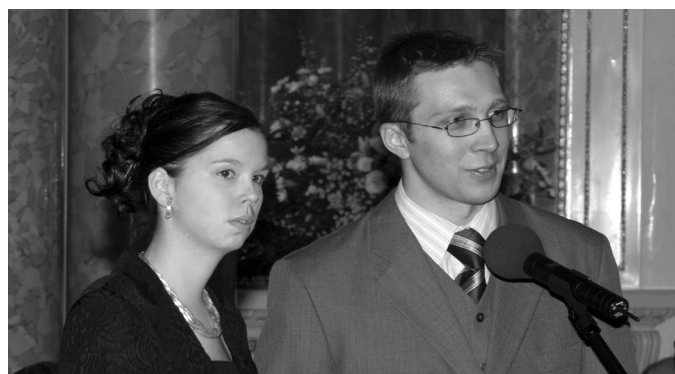
Dokonyamy dziś także promocji doktorów i doktorów habilitowanych - grupy specjalistów najwyższej klasy, uczonych i nauczycieli akademickich, tak potrzebnych uczelni w związku z rosnącymi jej zadaniami, głównie dydaktycznymi, ale również leczniczymi, diagnostycznymi i naukowymi.

W związku z rozpoczynającym się nowym rokiem jak i nowym, pełnym wyzwań i nowych ambitnych zadań okresem Państwa życia, życzę wszelkiej pomyślności. Życzę Państwu wiele satysfakcji z wykonywania tego pięknego zawodu, życzę spełnienia się w realizacji ambitnych planów życiowych.

Wystąpienie przedstawicieli absolwentów

Lek. Zuzanna Kaszycka, lek. Piotr Korneta

Chcemy bardzo gorąco powitać wszystkich tutaj zgromadzonych, a w szczególności: J. M. Rektora AM w Warszawie prof. Janusza Piekarczyka, J. M. Prorektora AM w Warszawie prof. Leszka Pączka, Szanownego Dziekana II WL prof. Jerzego Stelmachówa, Szanownych Panów Prodziekanów II WL: prof. Macieja Karolczaka, prof. Macieja Czaplickiego, prof. Jerzego Polańskiego oraz Panią prof. Joannę Juskową. Szczególnie gorąco witamy absolwentów II WL roku



2004 wraz z osobami towarzyszącymi oraz wszystkich pozostałych gości.

Dzisiejszy dzień jest dla nas dniem szczególnym i to nie tylko dlatego, że odbieramy dyplomy lekarza – żniwo, na które przez sześć lat pracowaliśmy, ale również dlatego, iż praktycznie od dziś wypływamy na nowy, nieznaną ocean, gdzie kompas nasz nie wskazuje już tak dokładnie drogi jak podczas studiów, kiedy to wiedzieliśmy, że następny

port jest tuż za czerwcowymi egzaminami wyznaczonymi przez naszych profesorów. Teraz to, jak odczytamy ten sam kompas, i w którą stronę podąży nasz statek zależy już tylko i wyłącznie od nas.

Dzień dzisiejszy jest również szczególny dlatego, iż kolejny rocznik studentów medycyny dołączy do grona lekarzy niosących pomoc tym, którzy jej potrzebują - to właśnie dzisiaj spełniają się nasze marzenia o wybranym zawodzie, tak bardzo potrzebnym i szanowanym przez społeczeństwo.

Warto jest zauważyć, iż akademia, którą właśnie ukończyliśmy, zmieniła się wraz z nami - dziś liczy około 7000 studentów, sześć lat temu nieco ponad trzy.

Wzrost ten jest zasługą naszych władz rektorskich i dziekańskich, których starania przyniosły zauważalne efekty. Większa uczelnia oznacza dla nas więcej znajomości, lepszą rozpoznawalność, więcej studentów a co za tym idzie więcej miejsc pracy na stanowiskach asystentów, na których część z nas będzie kontynuowała swoją współpracę z akademią. W minionym roku akademickim umocniliśmy naszą pozycję w rankingach wśród akademii medycznych zajmując wiodącą pozycję. Wszystko to sprawia, że nasze dyplomy stają się bardziej wartościowe i rozpoznawalne, za co władzom rektorskim i dziekańskim dziękujemy.

Mieliśmy przyjemność poznania tylko jednych władz dziekańskich. Gdy zaczynaliśmy pierwszy rok otrzymaliśmy indeksy od dziekana Stelmachówa, w tym czasie dziekana do spraw studenckich dla 1 do 3 roku, dziś, w przededniu

końca drugiej kadencji chcielibyśmy podziękować wszystkim dziekanom za pomoc i życzliwość nam okazaną oraz życzyć powodzenia zarówno w piastowaniu nowych funkcji we władzach uczelni, jak i w działalności dydaktycznej, naukowej i klinicznej. Jesteśmy wdzięczni naszym nauczycielom akademickim za trud włożony w przekazanie nam wiedzy i postaw moralnych, mających oświetlać nam dalszą drogę w tym bardzo trudnym i odpowiedzialnym zawodzie.

To, że udało się nam skończyć Akademię Medyczną z dyplomem lekarza zawdzięczamy nie tylko sobie: swoim zdolnościom i wytrwałości w nauce, ale również naszym rodzicom. Bez ich pomocy, wsparcia i zaangażowania nie byłoby to w ogóle możliwe. Dziękuję w imieniu wszystkich zgromadzonych na tej sali absolwentów.

Spotkaliśmy się tu nie tylko niemalże w tym samym składzie, co ponad sześć lat temu, ale jest nas więcej

i mam nadzieję, że w przyszłości nie tylko okaże się, że przyjaźnie zawarte podczas tych lat przetrwają, ale że uda nam się spotkać za kolejnych parę lat w tym samym gronie, mądrzejszym o zdobyte doświadczenie i wiedzę. Doszliśmy już do tego ważnego momentu w naszym życiu, zdobyliśmy wykształcenie! Pamiętajmy jednak, że ostatni egzamin, wraz z którym dostaliśmy dyplom lekarza, nie był ostatnim egzaminem w naszym życiu, a zapewne nawet nie najważniejszym. Przed nami dopiero rozpoczynające się życie zawodowe.

Kończąc życzymy Wam dalszych sukcesów — zarówno zawodowych, jak i osobistych — oraz nowych celów. Celów, które niekoniecznie będą do zdobywania, ale które będą oświetlały i wskazywały nam drogę.

Wystąpienie przedstawiciela doktorów nauk medycznych

Dr n. med. Robert Proczka

Magnificencjo, Panowie Rektorzy, Pani Dziekan, Panowie Dziekani, Wysoka Rado, Szanowni Państwo.

Mam zaszczyt przemawiać dzisiaj w imieniu tegorocznych doktorantów II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Muszę przyznać, że jestem nie mniej przejęty niż kilkanaście lat temu, gdy jako student I roku przybyłem na inaugurację roku akademickiego. Przypominam sobie podziw, z jakim patrzyłem wówczas na władze

starając się jak najrzetelniej, mimo trudnych czasów, braku pieniędzy i deprecjonowania zawodu lekarza wypełniać przysięgę Hipokratesa. Rozwijamy nasze naukowe zainteresowania. Staramy się przekazywać zdobytą wiedzę i doświadczenie studentom i młodszym lekarzom, wzorując się na naszych nauczycielach.

Chciałbym dzisiaj podziękować z tego miejsca kierownikom klinik, w których powstały nasze doktoraty oraz naszym pro-



motorom. Chciałbym podziękować im za życzliwość i troskę, jaką okazali przy pisaniu naszych prac. Ich wiedza i doświadczenie były dla nas niezwykle cenne. Podziękowania kieruję również w stronę srogich, ale jednocześnie życzliwych recenzentów. Dziękuję wszystkim tym, których pomoc była dla nas ważna, a których nie sposób wymienić.

Absolwentom zaś życzę dalszych sukcesów, wymarzonej specjalizacji i dalszego rozwoju naukowego, oraz pokory wobec wykonywanego zawodu i cierpienia chorego.

uczelni i grupę doktorantów idących środkiem sali. Pełen wiary w słowa Hipokratesa, że nie ma większej sztuki niż medycyna marzyłem, tak zresztą jak chyba wszyscy obecni wtedy na sali przyszli lekarze, o wielkich odkryciach, ratowaniu życia, pomocy chorym i cierpiącym.

Dziś, stojąc w gronie doktorantów mogę powiedzieć, że te marzenia spełniają się. Niesiemy pomoc potrzebującym,

Ponieważ podzielam pogląd Seneki Młodszego: *Non quaerit aeger medicum eloquentem, sed sanantem* (chory nie szuka lekarza krasomówcy, lecz takiego, który leczy), pozwolą Państwo, że na tym zakończę.

IV Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby” (Progress in liver surgery and transplantation)

Dr Bogusław Najnigier

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM

Kierownik: prof. dr hab. Marek Krawczyk

W dniach 19 i 20 listopada 2004 roku odbyło się czwarte Międzynarodowe Sympozjum „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby”. Sympozjum zorganizował zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie przy współudziale Fundacji na Rzecz Przeszczepów Wątroby i Wspierania Postępu w Chirurgii Przewodu Pokarmowego. Korzystając z okazji przedstawiamy pokrótce najważniejsze informacje o dotychczasowych spotkaniach. Każde z nich poruszało specyficzną problematykę, związaną z tytułowym postępowaniem w chirurgii i transplantacji wątroby.

I Sympozjum

W 1998 roku wymieniony wyżej zespół, przy współudziale jw. - zorganizował I Międzynarodowe Sympozjum pt. „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby - Progress in Liver Surgery and Transplantation. Honorowy patronat nad sympozjum objął Komitet Badań Naukowych oraz Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, a także Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. med. Andrzej Górski.

Obrady sympozjum odbywały się w dniach 20 -21 listopada 1998 r. w Audytorium Polskiej Akademii Nauk, przy ul. Księcia Trojdena 5. Było to pierwsze w Polsce tej rangi spotkanie naukowców: chirurgów, immunologów, gastroenterologów, zajmujących się leczeniem chirurgicznym chorób wątroby. Organizatorzy zaprosili wybitnych specjalistów z dziedziny chirurgii i przeszczepiania wątroby z Francji, Niemiec i Czech.

Obrady składały się z kilku sesji, podczas których wygłoszono referaty przedstawiające aktualny stan wiedzy. Dyskutowano problemy związane z chirurgią oraz przeszczepianiem wątroby.

Profesor Daniel Jaeck (Strasbourg, Francja) w swym bogato ilustrowanym wykładzie przedstawił drogi ewolucji, stan aktualny i perspektywy chirurgii wątroby u progu kolejnego tysiąclecia. Wyraził pogląd, że dzięki postępowi w podstawowych naukach medycznych oraz niebywałemu postępowi technologicznemu chirurgia wątroby osiągnie jeszcze wyższy poziom.

Bardzo interesujący wykład, przedstawiający różne aspekty resekcji miększu wątroby w zależności od wskazań - w raku pierwotnym wątroby, w zmianach przerzutowych

i zmianach łagodnych - przedstawił prof. Waldemar Kozuschek (Bochum, Niemcy). Tej tematyce poświęcone były również wykłady zespołu prof. Tadeusza Popieli (Kraków), prof. Daniela Jaecka (Francja) i prof. Dettlefa Saegera (Drezno, Niemcy).

W części poświęconej problematyce przeszczepów wątroby dr hab. Andrzej Habor (Warszawa) w swym wykładzie przedstawił dane epidemiologiczne, pozwalające na określenie zapotrzebowania na przeszczepy wątroby w polskiej populacji. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w większości krajów wschodniej Europy badania takie nie były prowadzone.

W sesji poświęconej immunosupresji prof. Leszek Pączek przedstawił aktualny stan wiedzy w tej materii. Kolejni wykładowcy, prof. Olivier Farges (Francja) i doc. Matthias Gundlach (reprezentujący zespół prof. Xaviera Rogiersa z Hamburga) przedstawili perspektywy leczenia immunosupresyjnego chorych po przeszczepieniu wątroby. Kolejny gość, prof. Karim Boudjema (Francja) w swym wykładzie przedstawił bardzo interesujące wskazówki techniczne, przydatne w rekonstrukcji naczyń i dróg żółciowych w czasie transplantacji.

W toczącej się dyskusji cennymi wskazówkami technicznymi podzielili się z jej uczestnikami prof. Jacques Carles i prof. Jean Saric (Bordeaux, Francja). Duże zainteresowanie specjalistów wzbudziły wykłady prof. Oliviera Farges'a i prof. Xaviera Rogiersa, przedstawiające aktualny stan wiedzy w kwestii przeszczepów od dawców rodzinnych (living related donor) oraz przeszczepów, w których z wątroby dawcy można uzyskać dwa przeszczepy (split liver transplantation). Do chwili obecnej w Polsce tego typu przeszczepy nie były wykonywane.

Prof. Phillipe Wolf był autorem kolejnego, bardzo ciekawego wykładu o ksenotransplantacjach wątroby, stanowiących - być może - przyszłość tej metody leczenia ciężkiej niewydolności tego narządu. Prof. Miroslav Ryska (Praga, Czechy) oraz dr hab. Paweł Nyckowski, jako przedstawiciele krajów środkowoeuropejskich, w których pomimo znanych trudności wdrażany jest program przeszczepiania wątroby - przedstawiając materiał chorych, leczonych tą metodą udowodnili, że możliwe jest uzyskanie dobrych wyników nawet w początkowym okresie wdrażania programu przeszczepów wątroby.

Organizatorzy dołożyli wszelkich starań, by symposium odbiło się głośnym echem w środowisku chirurgicznym, zajmującym się omawianą problematyką. Dlatego wśród uczestników symposium znaleźli się najwybitniejsi chirurdzy i hepatolodzy ze wszystkich uniwersyteckich klinik chirurgicznych w Polsce oraz wszyscy zainteresowani tą pasjonującą dziedziną medycyny. Zapewne z tego powodu dyskusje, jakie toczono w czasie obrad, były nadzwyczaj ożywione, rzeczowe, wnoszące dodatkowo bardzo wiele świeżych informacji. Treść referatów została w całości opublikowana w materiałach symposium.

II Symposium

W dniach 17 – 19 listopada 2000 r. odbyło się drugie Międzynarodowe Symposium pt. „Postępy w chirurgii i transplantacji wątroby” - Progress in Liver Surgery and Transplantation. Podobnie jak dwa lata wcześniej trud organizacji symposium podjęła katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby AM w Warszawie. Honorowy patronat nad symposium objęło Polskie Towarzystwo Transplantacyjne oraz JM Rektor AM, prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk.

Było to drugie tej rangi spotkanie chirurgów, immunologów, gastroenterologów, zajmujących się chirurgicznym leczeniem chorób wątroby, na które organizatorzy zaprosili wybitnych specjalistów z dziedziny chirurgii i przeszczepiania wątroby z Francji, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Grecji oraz Polski.

Pierwszego dnia zorganizowano pokaz operacji zamrażania (krioterapii) guzów wątroby. Operacja, wykonywana przez dr Georga Pistoriusa z Uniwersytetu w Hamburgu (Niemcy) przy pomocy zespołu kliniki – transmitowana była na żywo do sali konferencyjnej Zakładu Anestezjologii w szpitalu przy Banacha. Przebieg operacji komentowali dr Georg Pistorius i dr hab. med. Krzysztof Zieniewicz.

Obrady symposium otworzył Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby, prof. dr hab. Marek **Krawczyk** (Fot. 1), a w imieniu władz uczelni zebranych przywitał Prorektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. med. Leszek Pączek.



Fot. 1

Obrady składały się z kilku sesji, podczas których wygłaszano referaty przedstawiające aktualny stan wiedzy z głównych tematów symposium. Dyskutowano problemy związane z chirurgią guzów wątroby oraz przeszczepianiem wątroby pobieranej od osób żyjących, spokrewnionych (przeszczepty rodzinne).

Profesor Yann Revillon ze szpitala Hopital des Enfants Malades, Service de Chirurgie Pédiatrique Viscerale w Paryżu w swym bogato ilustrowanym wykładzie przedstawił – na podstawie doświadczeń ośrodka paryskiego - drogi ewolucji, stan aktualny i perspektywy przeszczepiania wątroby od żywych dawców.

Doktor Georg Pistorius w swoim wystąpieniu zaprezentował wyniki leczenia zamrażaniem nieoperacyjnych guzów wątroby. Metoda ta zdobywa coraz większe uznanie i stosowana jest u chorych, u których radykalne leczenie chirurgiczne nie jest możliwe, lub u których kriodestrukcja guza, powodująca zmniejszenie jego masy, może być traktowana jako przygotowanie do definitywnego leczenia chirurgicznego.

W drugim dniu symposium profesor Olivier Farges ze szpitala Beaujou w Paryżu swój wykład poświęcił problematyce przeszczepów wątroby u dzieci od osób spokrewnionych, zwracając szczególną uwagę na bezpieczeństwo tej operacji dla dawcy fragmentu wątroby. Wykład ten miał szczególne znaczenie w związku z wdrożeniem w Polsce tego rodzaju przeszczepów przez Centrum Zdrowia Dziecka (Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów, kierownik dr hab. med. Piotr Kaliciński), przy współdziałaniu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby AM w Warszawie, gdzie są pobierane segmenty wątroby od dawców rodzinnych. Profesorowie Olivier Farges i Yann Revillon w aktywny sposób przyczynili się do pomyślnego wdrożenia tego programu w Polsce.

Mr Nigel Heaton z King's College Hospital, Liver Transplant Surgical Service w Londynie - przedstawił zagadnienie przeszczepów wątroby u osób dorosłych od dawców żywych. Problem ma z jednej strony istotne znaczenie w związku ze wzrostem liczby chorych, u których przeszczepienie narządu jest jedyną metodą leczenia niewydolności narządu, a z drugiej – w związku z niedostatkami narządów do transplantacji od osób zmarłych.

Profesor Karim Boudjema z Service de Chirurgie Digestive et Hepatobiliaire ze szpitala Pontchaillou Uniwersytetu w Rennes (Francja) mówił o technice pobierania fragmentów wątroby do przeszczepów od osób zdrowych dla biorców dorosłych.

Profesor Marek Krawczyk w swoim wykładzie przedstawił doświadczenia zespołu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w pobieraniu fragmentów wątroby od dawców żyjących dla biorców rodzinnych. W roku 2000 odbyło się 10 pobrań od dawców rodzinnych dla dzieci (łącznie 12, gdyż dwa pobrania nastąpiły w 1999 r.), którym fragmenty wątroby rodziców przeszczepiono następnie w Centrum Zdrowia Dziecka (klinika jw.).



Fot. 2

Prof. dr hab. Piotr **Kaliciński** (Fot. 2) swój wykład poświęcił dotychczasowemu doświadczeniu swojego zespołu i wynikom przeszczepiania fragmentów wątroby rodziców (i w jednym przypadku brata) - dzieciom. Wykład ten zawierał nie tylko suche, naukowe fakty, ale emanował zwykłym, ludzkim ciepłem. Bez zaangażowania zespołów obu klinik, bez odważnych decyzji dawców - większość tych dzieci nie miałaby szans na dalsze życie.

Druga sesja symposium poświęcona była problemom współczesnego leczenia guzów przerzutowych wątroby. Profesor N. J. Lygidakis z Grecji wystąpił z bogato ilustrowanym wykładem oraz prezentacją filmu, przedstawiając nowy sposób dwuetapowego chirurgicznego leczenia przerzutów raka do wątroby.

Dr hab. med. Krzysztof Zieniewicz w swoim wykładzie przedstawił i podsumował współczesne poglądy na metody chirurgicznego leczenia przerzutów raka do wątroby.

Doktor Stanislas Lucas z Briey we Francji wygłosił teoretyczne rozważania na temat podejścia do problemu operacyjnego leczenia guzów przerzutowych wątroby oraz omówił zagadnienia resekcji synchronicznej ogniska pierwotnego i przerzutowego.

Dr hab. med. Paweł Nyckowski w swoim wykładzie zwrócił uwagę na przyczyny niepowodzeń w leczeniu chirurgicznym chorych z przerzutami raka jelita grubego do wątroby.

Trzecia sesja poświęcona została wybranym zagadnieniom farmakologii klinicznej. Prof. dr hab. med. Janusz Cianciara mówił o zastosowaniu preparatu ZEFFIX (lamiwudyna) w leczeniu infekcji HBV u chorych na marskość wątroby.

Czwarta i ostatnia sesja symposium była sesją plakatową. Przedstawiono 7 prac z ośrodków w Krakowie, Toruniu i Warszawie, poświęconych materiałowi chorych leczonych z powodu guzów wątroby.

Organizatorzy dołożyli wszelkich starań, by kolejne już symposium ponownie znalazło duży oddźwięk w środowisku chirurgicznym, zajmującym się omawianą problematyką. Podobnie jak dwa lata wcześniej, toczone podczas obrad dyskusje z udziałem wybitnych chirurgów

i hepatologów ze wszystkich uniwersyteckich klinik chirurgicznych w Polsce były nadzwyczaj ożywione, rzeczowe i wnoszące dodatkowo bardzo wiele cennych informacji. Treść referatów została w całości opublikowana w materiałach symposium.

III Symposium

Trzecie z kolei międzynarodowe symposium poświęcone postępowi w chirurgii i transplantacji wątroby odbyło się w dniach 22 – 23 listopada 2002 r. Od strony naukowej organizację symposium podjęła po raz kolejny Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie, wspierana przez Sponsorów, bez których trudno by nam było się spotkać.

Tematami wiodącymi spotkania było leczenie raka pierwotnego wątroby przeszczepianiem narządu i resekcją wątroby oraz metody paliatywnego leczenia raka wątroby.

W czasie pierwszej sesji, prowadzonej przez profesorów Jerzego Szczerbana i Janusza Cianciarę – prof. Massimo Malago z Essen przedstawił w swoim referacie metodę i wyniki przeszczepiania fragmentów wątroby od żywych dawców chorym na raka pierwotnego wątroby. Prof. Leszek **Pączek** (Fot. 3) wygłosił referat na temat problemów, związanych z nawrotem nowotworu w narządzie przeszczepionym i prowadzeniem leczenia immunosupresyjnego u tego typu chorych.



Fot. 3

W czasie drugiej sesji, prowadzonej przez profesorów Jacka Szmidta, Leszka Pączka i Andrzeja Kamińskiego prof. Ignacio Gonzalez-Pinto porównał skuteczność leczenia raków pierwotnych wątroby metodą resekcji wątroby i przeszczepianiem narządu. Podobny temat poruszył prof. Sven Jonas z Berlina, który przedstawił współczesne poglądy na temat wskazań do resekcji i przeszczepiania wątroby z powodu raka pierwotnego. Prof. Olivier Farges z Paryża zapoznał słuchaczy z metodami i wynikami leczenia HCC w centrum Beaujon. Prof. Miroslav Ryska z Pragi przedstawił materiał chorych leczonych resekcją wątroby w IKEM w Pradze. Prof. Piotr Kaliciński omówił problem przeszczepów wątroby z powodu nowotworów tego narządu u dzieci. Prof. Marek Krawczyk przedstawił doświadczenie prowadzonej przez niego kliniki w chirurgicznym leczeniu chorych na raka pierwotnego wątroby.

Następnie uczestnicy mieli możliwość udziału w debacie okrągłego stołu. Rozgorzała dyskusja: rak pierwotny wątroby – resekcja wątroby czy transplantacja?

Trzecią sesję prowadzili profesorowie Wojciech Rowiński, Bogdan Michałowicz i Piotr Kaliciński. Doktor Stanislas Lucas z Briey we Francji dzielił się ze słuchaczami swymi przemyśleniami dotyczącymi przyszłości laparoskopowej chirurgii wątroby. Prof. Andrzej Szawłowski z Instytutu Onkologii w Warszawie dokonał przeglądu metod paliatywnego leczenia chorych na pierwotnego raka wątroby. Prof. Piotr Zaborowski w swym referacie odniósł się krytycznie do metody przezskórnej alkoholizacji nowotworów wątroby. Prof. Cezary Szczylik podzielił się ze słuchaczami aktualną wiedzą na temat chemioterapii – zarówno systemowej jak i regionalnej – w nowotworach wątroby. Prof. Zbigniew Śledziński z Gdańska przedstawił wyniki leczenia raka wątrobowo-komórkowego termoablacją. Dr hab. med. Krzysztof **Zieniewicz** (Fot. 4) przedstawił aktualne wskazania do paliatywnego leczenia HCC, ilustrując doniesienie materiałem reprezentowanej kliniki.



Fot. 4

Odbyło się również Sympozjum Satelitarne Firm Farmaceutycznych, w czasie którego prof. Maciej Szczepański mówił o profilaktyce zakrzepowo-zatorowej w okresie okołoperacyjnym u chorych z nowotworami, a prof. Marek Krawczyk omówił zasady leczenia immunosupresyjnego za pomocą Prografu.

Ostatnią była sesja plakatowa, prowadzona przez profesorów Piotra Zaborowskiego, Andrzeja Habiora i Stanisława Lucasa. Zgłoszono 9 prac laboratoryjnych i klinicznych.

Uroczyste zakończenie sympozjum odbyło się w pałacyku Polskiej Akademii Nauk w Jabłonie. Profesor Marek Krawczyk dokonał podsumowania treści naukowych, płynących z przekazanej nam przez zaproszonych wykładców wiedzy i zaprosił wszystkich do wzięcia udziału w kolejnym sympozjum.

IV Sympozjum

Uroczystego otwarcia IV Sympozjum dokonał prof. Marek Krawczyk. W swoim wystąpieniu przypomniał historię dotychczasowych spotkań i powitał znakomitych gości z kraju i zagranicy. Uczestników sympozjum powitał również Prorektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. Wiesław **Gliński** (Fot. 5) oraz prezesi – aktualny i były -Towarzys-



Fot. 5

stwa Chirurgów Polskich – prof. Zbigniew Puchalski i prof. Zbigniew Gruca. Krótkie, ale nadzwyczaj ciepłe słowa skierowali do gości i uczestników: specjalista krajowy do spraw chirurgii – prof. Jacek Szmidt oraz prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, prof. Leszek Pączek. Przedstawiciel Ministra Zdrowia odczytał list adresowany do uczestników sympozjum.

Na program pierwszej sesji złożyły się wykłady znakomitych gości zagranicznych. Profesor Pierre-Alain Clavien, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego w Zurichu w swoim wystąpieniu przedstawił najbardziej aktualne poglądy na temat metod postępowania zapobiegającego niedokrwinnym uszkodzeniom wątroby w czasie resekcji jej mięszu lub transplantacji wątroby.

Kolejnym wykładcą był prof. Daniel Jaeck, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Uniwersytetu Louisa Pasteura ze Strasbourga we Francji. W swoim wykładzie omówił problemy dwuetapowej resekcji mięszu wątroby w guzach przerzutowych jelita grubego do obu płatów wątroby. Oba wykłady były bogato ilustrowane filmami, obrazującymi poruszane zagadnienia. Dyskusja towarzysząca wykładom udowodniła, jak wielkie zainteresowanie budzi problematyka postępowania w tej dziedzinie chirurgii.

Kolejny dzień sympozjum był niezmiernie pracowity. Trzeba powiedzieć, że przez wiele godzin uwaga licznie zebranych uczestników towarzyszyła kolejnym, znakomitym wystąpieniom prelegentów. Drugą sesję prowadzili prof. Michał Drews z Poznania, prof. Andrzej Habior i prof. Jacek Szmidt z Warszawy. W trakcie tej sesji prof. Nagy Habib z Londynu przedstawił metody resekcji mięszu wątroby, pozwalające na znaczne ograniczenie krwawienia w czasie operacji. W tym celu używa on specjalnego narzędzia, pozwalającego na uzyskanie strefy bezpiecznej koagulacji w linii cięcia.

Prof. Miroslav Milicevic z Belgradu w celu znacznego ograniczenia krwawienia towarzyszącego resekcji mięszu wątroby stosuje specjalnej konstrukcji aplikatory, wokół których prąd elektryczny o częstotliwości fal radiowych wytwarza strefę przegrzania, która pozwala na koagulację tkanki wątrobowej i zamknięcie drobnych

i średnich naczyń żylnych i tętniczych. Prof. Siergiej Gautier z Moskwy przedstawił zebrany wyniki przeszczepiania wątroby od dawców rodzinnych w Rosji, a dr Pavel Studenik omówił zasady immunosupresji niesterydowej z wykorzystaniem preparatu Tacrolimus.

Trzecią sesję prowadzili prof. Edward Stanowski, prof. Jerzy Szczerbań i dr hab. Olgierd Rowiński. Prof. Zbigniew Śledziński z Gdańska podzielił się z zebranymi własnym bogatym doświadczeniem w zakresie śródoperacyjnej termoablacji nieoperacyjnych guzów wątroby, mówiąc o zaletach i wadach tej metody. Dr hab. Przemysław Pyda przedstawił doświadczenie ośrodka poznańskiego w stosowaniu termoablacji i termoresekcji w chirurgii guzów wątroby. Obaj prelegenci reprezentują stanowisko, że techniki termoablacyjne pozwalają na rozszerzenie wskazań do operacyjnego leczenia guzów wątroby.

Dr Maciej Jaworski z Warszawy przedstawił alternatywną do leczenia operacyjnego metodę przeskórnej termoablacji guzów wątroby podkreślając, że jest to metoda, pozwalająca na ograniczenie postępu procesu nowotworowego. Dotychczasowe wyniki tego sposobu postępowania, zwłaszcza w połączeniu z poprzedzającą chemoembolizacją zmian, mogą wpłynąć korzystnie na zwiększenie długości przeżycia chorych.

Dr hab. Krzysztof Zieniewicz z Warszawy w swoim wystąpieniu podkreślił korzyści płynące z zastosowania termoablacji i krioterapii śródoperacyjnej w chirurgii nieresekcyjnych zmian ogniskowych w wątrobie.

Dr Jacek Albiński z zespołu prof. Andrzeja Szawłowskiego z Instytutu Onkologii w Warszawie przedstawił doświadczenie zespołu w stosowaniu termoablacji w guzach wątroby.

Wystąpieniom towarzyszyła ciekawa dyskusja. Dotyczyła zwłaszcza oceny resekcyjności i operacyjności guzów wątroby, planowania rozległości resekcji wątroby i wpływu nowych metod ablacji termicznej na rozszerzenie wskazań do leczenia operacyjnego. Biorąc pod uwagę fakt, że obecnie tylko 1/3 chorych z nowotworami wątroby jest kwalifikowana do leczenia operacyjnego wydaje się bardzo prawdopodobne, że metody te pozwolą na poprawę wyników leczenia tej grupy chorych.



Fot. 6

W trakcie sesji sponsorowanej przez firmy farmaceutyczne dr Kinga Skoczylas mówiła o znaczeniu nauki, a zwłaszcza biotechnologii dla współczesnego leczenia chorych.

Gość z Czech, dr Pavel Studenik podzielił się poglądami na temat stosowania Prografu u chorych po przeszczepieniu wątroby, a prof. Mieczysław Lao (Fot. 6) przedstawił uwagi o zasadach i wynikach podawania preparatu Cell-Sept u tych chorych.

Czwarta sesja, którą prowadzili dr hab. Joanna Pawłowska oraz profesorowie Janusz Cianciara i Bogdan Michałowicz, została poświęcona problematyce ostrej niewydolności wątroby. Najświeższe poglądy na temat patofizjologii niewydolności wątroby przedstawił prof. Andrzej Gładysz z Wrocławia. Prof. Anna Boroń - Kaczmarek w swoim wykładzie mówiła o obrazie klinicznym ostrej niewydolności wątroby, spowodowanej zapaleniem wątroby wirusami hepatotropowymi. Prof. Piotr Kaliciński z Centrum Zdrowia Dziecka podzielił się swym doświadczeniem z zastosowaniem dializy albuminowej u dzieci z ostrą niewydolnością wątroby, a prof. Andrzej Kamiński przedstawił poglądy na temat przeszczepiania wątroby u dzieci z ostrą niewydolnością narządu, ilustrując wykład wynikami ośrodka. Prof. Marek Krawczyk omówił korzyści, jakie wynikają z zastosowania systemu PROMETHEUS w leczeniu ostrej niewydolności narządu.



Fot. 7

Kolejną, piątą sesję prowadzili prof. Wojciech Rowiński, prof. Stanisław Zieliński i prof. Piotr Kaliciński. Prof. Leszek Pączek przedstawił specyfikę leczenia immunosupresyjnego u chorych, u których przeszczepiono wątrobę z powodu ostrej niewydolności. Prof. Paweł Nyckowski (Fot. 7) w swoim wystąpieniu omówił wskazania do przeszczepienia wątroby w stanach ostrej niewydolności, ilustrując wykład wynikami ośrodka. O miejscu zabiegów laparoskopowych w chirurgii wątroby miał mówić dr Stanislas Lucas, nasz gość z Francji, lecz z powodu choroby nie mógł przybyć. Treść wykładu przedstawił dr hab. Tadeusz Wróblewski. Sesję kończył wykład prof. Krzysztofa Ziaji ze Śląskiej Akademii Medycznej, który dotyczył powikłań zatorowo-zakrzepowych w chirurgii i transplantacji wątroby.

Uroczyste zakończenie sympozjum odbyło się w pałacu Polskiej Akademii Nauk w Jabłonie. Wykładowcy i zagraniczni goście otrzymali pamiątkowe tabliczki, a prof. Marek Krawczyk dokonał podsumowania i zaprosił wszystkich do wzięcia udziału w kolejnym, piątym spotkaniu w 2006 roku.

Pokonać depresję*

Prof. dr hab. Waldemar Szelenberger

Katedra i Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie

Wahania nastroju są zjawiskiem naturalnym, każdy miewa chwile zwątpienia i pesymizmu oraz chwile radości i nadziei. Być może z tego powodu powstaje złudne wrażenie, że depresja jest chorobą zrozumiałą, słabością, którą można pokonać siłą woli. Najbliżsi przekonują chorego, że trzeba wziąć się w garść, dodając czasem, że kiedyś sami pokonali podobne słabości. Takie bezskuteczne rady nasilają tylko poczucie winy u chorego. Nieporozumienie wynika z faktu, że depresja jest zaburzeniem znacznie głębszym niż przelotny smutek. W tabeli I przedstawione są kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego, zgodnie z obowiązującą w Polsce międzynarodową klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (6).

Tabela I. Kryteria diagnostyczne epizodu depresyjnego według klasyfikacji ICD-10

F32 Epizod depresyjny
Dolegliwości trwają co najmniej 2 tygodnie
Objawy podstawowe: - nastrój depresyjny - utrata zainteresowań i przeżywania przyjemności - zwiększona męczliwość
Objawy dodatkowe: - zaburzenia uwagi - niska samoocena i mała wiara w siebie - poczucie winy i małej wartości - pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości - myśli i czyny samobójcze - zaburzenia snu - zmniejszony apetyt

Ryzyko zachorowania na depresję w ciągu życia wynosi około 20 %, a w większości przypadków nie jest to epizod jedyny. U niektórych osób po kilku latach zdarza się nawrót, u innych może wystąpić stan przeciwstawny depresji, czyli mania. W tabeli II przedstawione są kryteria diagnostyczne epizodu maniakalnego, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10 (6).

Niezbyt nasilony epizod manii, zwany stanem hipomaniakalnym, często przebiega niedostrzeżony. Zdarza się, że zbierając wywiad od chorego z depresją dowiadujemy się o przebiegu okresu wzmożonej energii i pewności siebie, w którym udało się pacjentowi załatwić wiele trudnych, długo odkładanych spraw. Ryzyko wystąpienia epizodu manii jest znacznie mniejsze niż depresji i wynosi około 1%.

Tabela II. Kryteria diagnostyczne epizodu maniakalnego według klasyfikacji ICD-10

F30 Epizod maniakalny
- dolegliwości trwają nie mniej niż 1 tydzień, a ich nasilenie utrudnia wykonywanie codziennej pracy i stwarza konflikty
- nastrój podwyższony albo wzmożona drażliwość
- wzrost energii, ruchliwości, przyspieszenie myślenia
- zaburzenia uwagi
- nadmierna pewność siebie
- skrócenie czasu snu
- podejmowanie nieprzemyślanych decyzji

U niektórych osób występują tylko epizody depresji. Taką chorobę nazywamy jednobiegunową chorobą afektywną, a w klasyfikacji ICD-10 nosi ona nazwę: zaburzenia depresyjne nawracające. Choroba ta dwukrotnie częściej występuje u kobiet. Jeżeli w wywiadzie stwierdzimy przebycie chociaż jednego zespołu maniakalnego albo choroba zaczyna się od takiego epizodu, rozpoznajemy dwubiegunową chorobę afektywną, czyli zaburzenia afektywne dwubiegunowe według klasyfikacji ICD-10. Szczególną postacią dwubiegunowej choroby afektywnej są zaburzenia z częstą zmianą faz. Przyjęto arbitralnie, że taką postać można rozpoznać, kiedy w ciągu roku wystąpią co najmniej cztery fazy dowolnych zaburzeń nastroju. Ryzyko zachorowania na dwubiegunową chorobę afektywną jest jednakowo częste u kobiet i mężczyzn.

Jest też depresja zwana dystymią (dawniej znana pod nazwą nerwicy depresyjnej), którą można rozpoznać, jeśli trwa co najmniej dwa lata. Zwykle trwa dłużej, od wczesnej młodości niemal przez całe życie. Nie jest tak głęboka jak epizody depresyjne w chorobie afektywnej, można z nią żyć i pracować. Choroba ta nie pozwala jednak wykorzystać w pełni możliwości intelektualnych i zmniejsza szanse chorego na osiągnięcie wysokiej pozycji społecznej. Prawdopodobnie wiele osób z dystymią nie podejmuje próby leczenia, uważając, że taki mają charakter i że nie można tego zmienić.

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w kolejnych grupach pokoleniowych ryzyko depresji w ciągu życia systematycznie wzrasta (1). Wzrasta także liczba zachorowań na depresję wśród młodzieży. Widoczne jest to już w grupie dziesięciolatków (5). Przedłużający się czas życia powoduje, że rośnie także liczba osób z objawami depresji w wieku podeszłym, i choć według wielu statystyk nie obserwuje się wraz z wiekiem wzrostu zachorowań

* 23 lutego po raz trzeci obchodzono w Polsce Dzień Walki z Depresją. W tym roku wiodącym tematem była „choroba afektywna dwubiegunowa”, w której okresy depresji przeplatane są okresami podwyższonego nastroju, czyli manii. W ramach edukacji społecznej, 26 lutego odbyły się we wszystkich akademiach medycznych popularne, ogólnodostępne wykłady na ten temat. Powyżej treść wykładu profesora Waldemara Szelenbergera, na który do Wydziału Farmacji AM tłumnie przybyli warszawiacy (eb)

na pełnoobjawową dużą depresję, nie ma wątpliwości, że niezbyt nasilone, przewlekające się depresje są częstsze u osób starszych i obniżają jakość ich życia. Objawy depresji obserwuje się u 15% osób w podeszłym wieku, a wśród mieszkających w domach pomocy społecznej - u 40%. Aż u połowy starszych pacjentów szpitali ogólnych można się dopatrzeć objawów depresji.

Według prognozy WHO w 2020 roku duża depresja będzie drugim - po chorobie niedokrwiennej serca - obciążeniem dla społeczeństwa (3). Przewidywania te dotyczą tylko dużej depresji. Zbliżone obciążenie nie jest chyba przypadkowe, ponieważ obie choroby mają wiele wspólnych czynników patogenetycznych. Nie jest moim zamiarem dowodzić, że wskutek przyspieszenia tempa życia i narastającego stresu wszystkich nas czeka depresja. Chciałbym zwrócić uwagę na coś zupełnie innego. Wzrasta liczba pacjentów z depresją w gabinetach lekarskich. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest istotne zmniejszenie stygmatyzacji, inną - większa skuteczność leczenia. Coraz częściej się mówi, że obecne kryteria diagnostyczne w trosce o precyzję rozpoznania wyznaczają sztuczną granicę między zdrowiem i depresją, pozostawiając bez pomocy lekarskiej wielką liczbę chorych. Aktualnie coraz więcej uwagi poświęca się depresji podprogowej, a krótkotrwałą, nawracającą depresją, trwającą po kilka dni w miesiącu, została już zaakceptowana w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Nasuwa się pytanie, dlaczego powinniśmy się troszczyć o tę nieznaną, ale wielką liczbę osób, które nie szukają pomocy. Odpowiedź jest prosta: bo możemy im pomóc.

Do roku 1980 obowiązywał podział zaburzeń psychicznych na endogenne i psychogenne. Panowało przekonanie, że zaburzenia endogenne uwarunkowane są zmianami biologicznymi, a zatem wymagają terapii biologicznej, czyli podawania leków psychotropowych. Zaburzenia psychogenne spowodowane są konfliktami psychicznymi, zatem leczyć je można tylko psychoterapią. Psychoterapię uważano za jedyne leczenie przyczynowe w tych zaburzeniach. Próby leczenia zaburzeń psychogennych środkami przeciwdepresyjnymi traktowano niemal jak błąd w sztuce. Panowało przekonanie, że środki przeciwdepresyjne są skuteczne tylko w depresji endogennej. W zaburzeniach psychogennych dopuszczano doraźne stosowanie anksjolityków, ale tylko u osób nie kwalifikujących się do psychoterapii. W rezultacie znaczna część pacjentów pozostawała bez pomocy ze względu na czasochłonność i koszty psychoterapii.

W 1980 roku wprowadzono amerykańską klasyfikację zaburzeń psychicznych, DSM-III (2), która zniosła podział na zaburzenia psychogenne i endogenne. Uznano ten podział za pozbawiony podstaw naukowych. Zniesienie ograniczeń klasyfikacyjnych przyspieszyło badania podstawowe i kliniczne. Według aktualnych poglądów oddzielne dotąd zaburzenia psychiczne mają wspólne podłoże patogenetyczne i wszystkie leczy się środkami przeciwdepresyjnymi. Zmiana postępowania terapeutycznego nie nastąpiła od razu. Terapię farmakologiczną

dawnej depresji nerwicowej wspomogło wprowadzenie nowej grupy leków, a mianowicie selektywnych inhibitorów zwrotnego wchłaniania serotoniny. Pierwszym z nich była fluoksetyna, czyli Prozac. Promocja Prozacu była wspaniałym przykładem pogodzenia reklamy i walki ze stygmatyzacją. Prozac stał się modny. Po raz pierwszy w historii można było się przyznać do przyjmowania leku psychotropowego. Pojawiły się opisy spektakularnych wyleczeń niezbyt głębokich, ale ciągnących się latami depresji, które teraz nazywamy dystymią. Osoby dotąd ciche i uległe, z pokorą znoszące swój los, rozkwitały i zaczynały żyć pełnią życia. Zachowania, które traktowano jako trwałe cechy osobowości, okazywały się przewlekłą depresją, którą można wyleczyć i umożliwić cierpiącemu na nią człowiekowi wykorzystanie w pełni jego potencjalnych możliwości. Po kilku latach okazało się, że podobne efekty można było uzyskać wcześniej, nawet najstarszymi lekami przeciwdepresyjnymi. Teraz leki przeciwdepresyjne są również środkami z wyboru w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, napadach paniki, w lęku uogólnionym i w fobiach. Leki przeciwdepresyjne zaczynają też przeważać nad tradycyjnymi środkami nasennymi w leczeniu chronicznej bezsenności, dlatego że depresję, zaburzenia lękowe, a także chroniczną bezsenność traktuje się jako pokrewne zaburzenia o ząbiebiającym się podłożu patogenetycznym. Potwierdzają to między innymi wyniki neuroobrazowania czynnościowego.

Zgodnie z wynikami Mayberg (7) schemat zmian aktywności mózgu w czasie leczenia depresji jest następujący: wzrasta aktywność w grzbietowo-bocznej okolicy przedczołowej (pola 9 i 46 Brodmanna), przedniej i tylnej części zakrętu obręczy i w dolnej części płata ciemieniowego, czyli głównie obszarach kognitywnych, spada natomiast aktywność w zakręcie hipokampa, podwzgórze i w części podspoidłowej zakrętu obręczy (polu 25 Brodmanna), obszarze, w którym regulowane są funkcje wegetatywne i endokrynne, i oceniana jest zawartość emocjonalna bodźców zewnętrznych i wewnętrznych. Powstaje pytanie, gdzie znajduje się miejsce wyzwalające te zmiany. Szczególnie interesujący wydaje się wzrost aktywności w moście, ponieważ jest to struktura, w której znajdują się główne skupiska neuronów noradrenergicznych i serotonergicznych, odgrywających istotną rolę w farmakoterapii depresji. Można przypuszczać, że w przypadku psychoterapii miejscem wejścia są narządy zmysłów i swoiste pola percepcyjne, ale miejscem docelowym działania terapeutycznego są te same części mózgu, co w farmakoterapii. Już na początku lat osiemdziesiątych Kandel (4) pisał, że niezależnie od tego, czy leczymy farmakologicznie, czy psychoterapią, działamy na te same synapsy. Spieranie się, która forma terapii jest leczeniem przyczynowym, nie ma już sensu. Obecnie mówi się, że farmakoterapia jest leczeniem wstępującym (down-top), a psychoterapia - zstępującym (top-down).

Według Nemeroffa (8) patomechanizm zaburzeń depresyjnych jest następujący. Zwiększona aktywność jądra przykomorowego w podwzgórze przejawia się wzrostem wydzielania kortykoliberyny. Dzięki bezpośrednim

połączeniu z miejscem sinawym dochodzi do wzbudzenia układu noradrenergicznego. Kortykolibera podbudza też przysadkę do wydzielania ACTH i uruchamia oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową. Wiadomo, że przewlekła hiperkortyzolemia powoduje zmiany wsteczne w hipokampie, co może wyjaśniać upośledzenie funkcji poznawczych w depresji. Ale badania z kilku ostatnich lat dowodzą, że leczenie środkami przeciwdepresyjnymi ma działanie neuroprotektoryjne, a także stymuluje neurogenezę (9). Stan przewlekłego pobudzenia osi podwzgórzowo-pry-

sadkowo-nadnerczowej powoduje także zmiany w wielu narządach, depresja może być zatem jednym z czynników przyczyniających się do licznych chorób. Można założyć, że skuteczne leczenie depresji byłoby elementem profilaktyki. Najwięcej wiadomo o współistnieniu depresji i chorób serca. Wyniki czteroletnich badań prospektywnych pokazały, że depresja trzykrotnie zwiększa ryzyko zgonu osób z chorobami serca (10). Okazało się zatem, że depresja jest wspólnym problemem lekarzy wielu specjalności.

Piśmiennictwo:

1. Cross-National Collaborative Group. The changing rate of major depression. Cross-national comparisons. JAMA 1992; 26: 3098-3105
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association 2000
3. Greden J. F.: The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl 22): 5-9
4. Kandel E. R.: A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998; 155: 457-469
5. Kessler R. C., Avenevoli S., Ries Merikangas K.: Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. Biol Psychiatry 2001; 49: 1002-1014
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo

- Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa 2000
7. Mayberg H. S., et al.: The functional neuroanatomy of the placebo effect. Am J Psychiatry 2002; 159: 728-737
8. Nemeroff C. B.: Neurobiological consequences of childhood trauma. J Clin Psychiatry 2004; 65 (Suppl 1): 18-28
9. Oliński J. P., Costa e Silva J. P., Macher J. P.: Neuroplastyczność. Patofizjologia depresji w nowym ujęciu. Wydawnictwo Medyczne Via Medica, Gdańsk 2004
10. Penninx B. W., et al.: Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 2001; 5:221-227

Stypendia dla młodych naukowców

Pod koniec lutego rozstrzygnięty został konkurs Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej na „Stypendia krajowe dla młodych naukowców”. Na konkurs wpłynęło 761 wniosków, stypendia otrzymały 102 osoby, a wśród nich troje reprezentantów naszej uczelni: dr Katarzyna Kozar - Kamińska, Marcin Makowski i Monika Ołdak. Dwóm ubiegłorocznym laureatom - dr. Maciejowi Łazarczykowi i dr. Rafałowi Roli stypendia przedłużono. Poniżej prezentujemy sylwetki laureatów tegorocznych, a w kolejnych wydaniach MDW zamieścimy ich autorskie artykuły.(eb)

Katarzyna Kozar - Kamińska

Dr Katarzyna Kozar - Kamińska od 2004 r. jest lekarzem stażystą w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha.

W trakcie studiów, w latach 1998-2002 była członkiem



Fot. z archiwum „L’Oreal Polska”

Koła Immunologicznego przy Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury AM. Interesowała ją głównie eksperymentalna terapia nowotworów, łączenie konwencjonalnych metod chemioterapii z immunoterapią, tak aby wzmocnić efekt przeciwnowotworowy, a jednocześnie zmniejszyć dawki leków i działania uboczne związane z terapią (praca pod opieką dr. hab. Jakuba Gołąba).

Jej studencka praca naukowa została doceniona m. in. w formie Stypendium Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (2001), Nagród Rektora AM I (2002) i II stopnia (2001), Nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (1999), Nagrody Prezydenta m. st. Warszawy (2000), Nagrody Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (1999) i kilku wakacyjnych pobyków w ośrodkach naukowych za granicą. Dwukrotnie otrzymała pierwszą nagrodę w kategorii „biologia komórki” (2000 i 2002) na Konferencji Młodych Medyków, trzykrotnie mini - grant studencki AM (1999, 2000 i 2001), a także nagrody: Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej (2000, 2001, 2002) i Dyrektora Biblioteki Akademii Medycznej w Warszawie (1999).

Odbyła staże naukowe w Department of Pathology, Boston University Medical School, Boston, MA, USA (2000 r.) i w Division of Experimental Medicine and Hematology/Oncology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (2001 r.).

Po studiach wyjechała do Instytutu Onkologii Dana Farber w Szkole Medycznej Harvarda w Bostonie (Department of Cancer Biology, Dana Farber Cancer Institute oraz

Department of Pathology, Harvard Medical School, Boston, USA), gdzie pod kierunkiem prof. Piotra Sicińskiego (absolwenta naszej uczelni) pracowała w latach 2002 – 2004 nad regulacją podziałów komórkowych, w tym nad procesami transformacji nowotworowej komórek. Wyniki tych badań, opublikowane w 2004 roku w najbardziej prestiżowym czasopiśmie biologiczno-medycznym „Cell”, były podstawą jej pracy doktorskiej* i zostały uhonorowane stypendiami: dla kobiet - naukowców L'oreal/UNESCO i Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

Opublikowała dotychczas 17 artykułów (14 doświadczalnych i 3 przeglądowe) w czasopismach zagranicznych i polskich (w tym 6 jako pierwszy autor), jest współautorką podręcznika „Immunologia”. Łączny impact factor - ponad 80. Brała udział w 10 krajowych i 5 międzynarodowych konferencjach naukowych.

W latach 2000 – 2002 prowadziła i prowadzi w roku bieżącym seminaria i wykłady z immunologii dla studentów II roku obu wydziałów lekarskich oraz oddziału stomatologii AM.

Gdy tylko czas jej na to pozwala - podróżuje po kraju i za granicą, zwłaszcza w rejonach górskich. Lubi wycieczki piesze i rowerowe, a zimą narty i łyżwy.

Marcin Makowski

W roku 2004 ukończył II Wydział Lekarski AM i jest w trakcie stażu podyplomowego w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha.

Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół eksperymentalnych terapii nowotworów, głównie terapii fotodynamicznej i immunoterpii z użyciem szczepionek przeciwnowotworowych, opartych na komórkach dendrytycznych.

W roku 2000 został członkiem koła naukowego przy Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury i tutaj nadal prowadzi działalność naukową pod kierunkiem dr. hab. Jakuba Gołąba. W czasie studiów brał udział w studenckich konferencjach naukowych w Warszawie i Berlinie. W 2002 roku przez 3 miesiące pracował w Department of Immunology, University of Pittsburgh nad doskonaleniem metod hodowli komórek dendrytycznych rezusa.

W 2003 roku otrzymał Nagrodę II stopnia Rektora AM za działalność naukową, a konkretnie za współautorstwo 7 prac opublikowanych w czasopismach objętych Current Contents. W sumie ma na koncie 10 publikacji, z których jednej jest pierwszym autorem. Łączny Impact Factor – 32,514.

Pracę dydaktyczną rozpoczął na czwartym roku studiów, w 2002 r. i do dziś prowadzi seminaria dla studentów drugiego roku obu wydziałów lekarskich i stomatologii.

Artykuł przeglądowy Marcina Makowskiego pt. „Postępy terapii fotodynamicznej” publikujemy na str. 38

Monika Ołdak

Pracuje jako asystent w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii Centrum Biostruktury oraz w II Katedrze Pediatrii, Oddział Diabetologii, Patologii Noworodka i Wad Wrodzonych AM w Warszawie, której jest absolwentką. Przed rozpoczęciem studiów w naszej uczelni uczyła się w Mountain Pointe High School, Phoenix, Arizona, USA (sierpień 1991 – maj 1992), a następnie, w 1994 r. ukończyła z wyróżnieniem XVIII LO im. Jana Zamoyskiego w Warszawie. Od drugiego roku studiów - jako członek Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Histologii i Embriologii - pracowała pod kierunkiem prof. dr. hab. Jacka Malejczyka w Pracowni Biologii Molekularnej Komórki. W 2000 roku ukończyła studia na II WL i otrzymała dyplom lekarza z wyróżnieniem, a następnie odbyła roczny staż podyplomowy w klinikach AM.

Od października 2001 r. jest słuchaczką Studium Medycyny Molekularnej, a w maju 2002 rozpoczęła szkolenie specjalizacyjne z genetyki klinicznej pod kierunkiem prof. dr. hab. Lecha Korniszewskiego. Zajmuje się diagnostyką i leczeniem pacjentów z zespołami wad wrodzonych, odbyła szkolenia z zakresu badania ultrasonograficznego i echokardiograficznego płodu (Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej) oraz staże z cytogenetyki (Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) i genetyki molekularnej (CZD, Warszawa).

Pani Monika Ołdak ma za sobą cztery zagraniczne staże naukowe (łącznie 17 miesięcy w 1996, 1999, 2002 i 2003 r.) w Instytucie Wirusologii Uniwersytetu w Kolonii, w Niemczech odbyte pod kierunkiem prof. dr. Pawła Fuchsa i prof. dr. Sigrun Smola, m. in. w ramach stypendiów: Studium Medycyny Molekularnej, Polskiej Sieci Biologii Komórkowej i Molekularnej UNESCO/PAN i Fundacji Onkologii Doświadczałnej i Klinicznej.

Jej praca naukowa zaowocowała szeregiem nagród i wyróżnień, m.in. stypendiami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na rok akademicki 1998/1999 i 1999/2000 i AM za bardzo dobre wyniki w nauce w latach 1995 – 2000. Otrzymała również nagrody na Kongresie Młodych Medyków w Warszawie (1999 i 2001r.), a ostatnio prestiżowe stypendium Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

W dotychczasowej pracy naukowej zajmowała się badaniem regulacji wzrostu, różnicowania i immunogenności komórek nowotworowych indukowanych zakażeniem onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV). Obecnie głównym przedmiotem jej zainteresowań jest badanie zdolności białka E2 HPV do bezpośredniej regulacji ekspresji ludzkich genów poprzez oddziaływanie z sekwencjami promotorowymi tych genów.

Pani Ołdak ma na swoim koncie 9 prac oryginalnych, opublikowanych w czasopismach zagranicznych i pol-

*) Pracę doktorską pt. „Rola cyklin D w rozwoju embrionalnym i funkcjonowaniu cyklu komórkowego”, której promotorem był dr hab. Jakub Gołąb, obroniła z wyróżnieniem w styczniu 2005 r.

skich (łączny Impact Factor – pow. 17), rozdział *Układ dokrewny* w skrypcie „Podstawy histologii i embriologii” oraz 14 opublikowanych doniesień zjazdowych. Do tej pory otrzymała dwa studenckie granty badawcze, indywidualną subwencję działalności statutowej AM i ostatnio „Grant Młodego Badacza” AM (2003-2005) na *Badanie wpływu białka E2 wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) na ekspresję integraliny beta 4 w pierwotnych ludzkich keratynocytach*.

Od 1998 r. p. Monika Ołdak pomagała w prowadzeniu zajęć praktycznych z histologii i cytofizjologii ze studentami I i II roku medycyny, od roku 2000 samodzielnie pro-

wadzi zajęcia praktyczne, seminaria i wykłady z histologii i cytofizjologii dla I i II roku medycyny. Od 2002 r. prowadzi również zajęcia: z cytofizjologii dla studentów English Division, z histologii dla studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu, a od 2003 r. - z genetyki klinicznej dla studentów IV i VI roku medycyny, w tym English Division. Współuczestniczy w unowocześnianiu programu tych zajęć oraz przeprowadzaniu kolokwium i egzaminów. Jednocześnie opiekuje się studentami, członkami Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii.

Zna biegle język angielski i niemiecki, a jej zainteresowania pozazawodowe to: fotografia, gra w Go, nurkowanie i narciarstwo.

II Międzynarodowe Niemiecko-Polskie Symposium Stomatologiczne

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, mgr Jacek Persa

W dniach 4 - 5 marca br. w Sali Senatu Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się II Międzynarodowe Niemiecko - Polskie Symposium Stomatologiczne, którego organizatorem była Katedra i II Klinika Chirurgii Szczękowo - Twarzowej we współpracy z niemieckimi partnerami: Kliniką Chirurgii Szczękowo - Twarzowej Uniwersytetu w Mainz oraz MRD – Marian Rogowski Dental z Frankfurtu nad Menem.

Na konferencję przybyli zaproszeni goście w Niemiec i Łotwy oraz polscy przedstawiciele ośrodków naukowych i klinicznych, samorządu lekarskiego i towarzystw lekarskich.

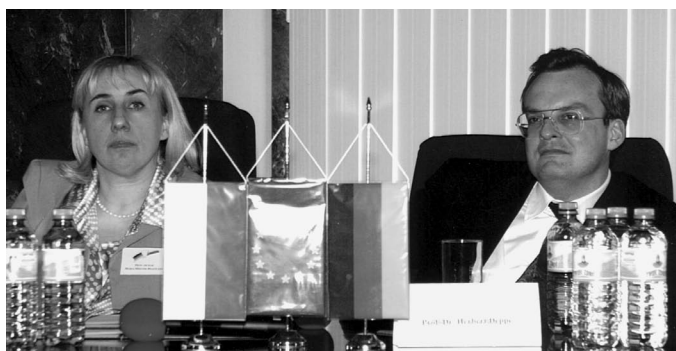
Lista aktywnych uczestników konferencji jest bardzo długa. Znaleźli się na niej m.in.: prof. Teresa Bachanek – Prorektor AM w Lublinie, Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej; prof. dr hab. Maria Borysewicz – Lewicka – Kierownik Katedry i Kliniki Stomatologii Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu; prof. dr. Herbert Deppe Abt. Zahnärztliche Chirurgie und MKG – Chirurgie, Universität München; prof. dr. dr. Uwe Eckelt – Zahnärztliche – und MKG – Chirurgie, Universität Dresden; dr n. med. Andrzej Fortuna – Prezydium Małopolskiej Okręgowej Rady Lekarskiej; prof. dr hab. Bogumiła Anna Frączak – Kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie; prof. dr hab. Maria Gołębiewska – Kierownik Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM w Białymstoku; prof. dr hab. Stanisława Zyta Grabowska – Kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo - Twarzowej AM w Białymstoku; prof. dr hab. Grzegorz Krzymański – Kierownik Kliniki Chirurgii Twarzowo – Szczękowej Wojskowego Instytutu Medycznego; prof. dr hab. Leszek Lewandowski – Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo - Twarzowej AM w Poznaniu, prof. dr. Georg Meyer – President German Society for Dentistry and Oral Medicine (President DGZMK) Abt. Zahnerhaltung, Universität Greifswald; prof. dr. Thomas

Powitanie uczestników Symposium

Witam bardzo serdecznie w Medycznym Uniwersytecie w Warszawie na II Niemiecko-Polskim Symposium Stomatologicznym. Witam Państwa razem z prof. Wilfridem Wagnerem, kierownikiem Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Uniwersytetu w Mainz, z którym - podobnie jak w ubiegłym roku we Frankfurcie nad Menem - jesteśmy współorganizatorami Symposium. Witamy więc prof. Georga Meyera – Prezydenta Niemieckiego Towarzystwa Stomatologicznego. Witamy prof. Marka Ziętka – Prezydenta Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Witamy prof. dr. dr. Rudolfa Reicha – Prezydenta Niemieckiego Towarzystwa Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i prof. Tomasza Tomaszewskiego – Prezydenta Polskiego Towarzystwa Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Witam przedstawiciela Ambasady Republiki Federalnej Niemiec w Polsce. Witam bardzo serdecznie wykładowców – wybitnych specjalistów, prof. i kierowników klinik chirurgii czaszkowo-szczękowo-twarzowych z uniwersytetów w Republice Federalnej Niemiec i z uniwersytetów medycznych w Polsce.

Po wstępnych rozmowach chcieliśmy też Państwu dzisiaj przedstawić propozycję powołania nowej organizacji o nazwie „Polsko-Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy i Lekarzy Stomatologów”, którego najważniejszym celem będzie lepsze, wzajemne poznanie się lekarzy z Niemiec i z Polski, co powinno prowadzić do doskonalenia dwustronnych, dobrosąsiedzkich kontaktów. Chciałbym wyrazić szczególne zadowolenie i gorąco podziękować za to, że grono tak znakomych profesorów, kierowników klinik – wykładowców z uniwersytetów Federalnej Republiki Niemiec i z medycznych uniwersytetów w Polsce zechciało wziąć aktywny udział w tym już drugim Niemiecko-Polskim Symposium. W imieniu wszystkich uczestników bardzo dziękuję za wygłoszenie niezwykle interesujących wykładów. Dziękuję też za złożenie deklaracji członkowskich dotyczących powołania Niemiecko-Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy. Jestem przekonany, że doprowadzi ono do lepszego, wzajemnego poznania się, docelowo do doskonalenia naszych dwustronnych kontaktów. Dziękuję, że zechcieli Państwo poprzeć tę inicjatywę i zostali członkami–założycielami stowarzyszenia.

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk



Prof. dr hab. Maria Mielnik – Błaszczak
i prof. dr. Herbert Deppe.

Münzel — Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz; prof. dr hab. Maria Mielnik — Błaszczak - Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego AM w Lublinie; prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska - Nastalska — Kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej AM w Warszawie; dr. dr. Matthias Peuten - MKG – Chirurgie, Städtisches Klinikum Karlsruhe; prof. dr hab. Janusz Piekarczyk—Rektor AM w Warszawie, Kierownik Katedry i II Kliniki Chirurgii Szczękowo—Twarzowej; prof. dr. dr. Rudolf Reich - Przewodniczący Niemieckiego Towarzystwa Chirurgii Szczękowo - Twarzowej, Abt. MKG – Chirurgie, Universität Bonn; doc. dr hab. med. Ingrid Różyło – Kalinowska, Kierownik II Zakładu Radiologii Lekarskiej AM w Lublinie; prof. dr hab. Teresa Katarzyna Różyło - Kierownik Zakładu Rentgenodiagnostyki Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej AM w Lublinie; dr Barbara Siemińska – Piekarczyk - Kierownik Zakładu Ortodontcji AM w Warszawie, doc. dr hab. Sylwia Małgorzata Słotwińska - Zakład Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie; prof. dr hab. Eugeniusz Spiechowicz, Katedra Protetyki Stomatologicznej AM w Warszawie; prof. dr. Jürgen Sprekels – Vizepräsident Bundeszahnärztekammer;



Od lewej siedzą: prof. dr. dr. Jörg Wiltfang, prof. dr. dr. Rudolf Reich, prof. dr. Georg Meyer, prof. dr. dr. Wilfried Wagner i prof. dr. Gerhard Wahl.

prof. dr hab. Grażyna Śmiech – Słomkowska – Kierownik Zakładu Ortodontcji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Chirurgii Jamy Ustnej i Szczękowo - Twarzowej, Kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Lublinie; prof. dr. dr. Wilfried Wagner - Abt. MKG – Chirurgie, Universität Mainz; prof. dr hab. Hubert Wanyura - Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, Kierownik I Kliniki Chirurgii Szczękowo - Twarzowej; prof. dr. Gerhard Wahl - Abt. Zahnärztliche Chirurgie, Universität Bonn; prof. dr. dr. Jörg Wiltfang – Abt. Zahnärztliche Chirurgie und MKG – Chirurgie, Universität Kiel; dr. Guntis Zigurs – President Latvian Dental Association; dr n. med. Zbigniew Żak— Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

Konferencję uroczysto otworzył Rektor AM w Warszawie prof. dr hab. Janusz Piekarczyk wspólnie z prof. dr. dr. Wilfriedem Wagnerem, prof. Georgem Meyerem, prof. dr. hab. Tomaszem Tomaszewskim oraz prof. dr. dr. Rudolfem Reichem.

Po otwarciu konferencji rozpoczęły się sesje naukowe poświęcone poszczególnym gałęziom stomatologii, w których brali udział naukowcy z niemieckich i polskich ośrodków naukowych. Prezentacje naukowe wzbogacały interesujące pokazy multimedialne, ilustrujące tematykę wykładów.

I Sesji Naukowej, poświęconej urazom i zaburzeniom narządu wzroku, przewodniczyli: prof. dr. Georg Meyer, prof. dr hab. Tomasz Tomaszewski oraz prof. dr hab. Hubert Wanyura. Wystąpili w niej profesorowie: Uwe Eckelt i Hubert Wanyura. Kolejna, II Sesja Naukowa poświęcona była diagnostyce i leczeniu wad szczękowo-twarzowozgryzowych. Sesję tę prowadzili: prof. dr. Herbert Deppe, prof. dr hab. Maria Mielnik Błaszczak oraz prof. dr hab. Grażyna Śmiech – Słomkowska. Wśród występujących w niej prelegentów można wymienić prof. prof. Herberta Deppe i Janusza Piekarczyka oraz dr. dr. Mathiasa Peutena. III Sesję Naukową dotyczącą protetyki prowadzili: prof. dr hab. Maria Gołębiewska, prof. dr. dr. Wilfried Wagner oraz prof. dr hab. Eugeniusz Spiechowicz. Obrady tego dnia zakończono zajęciami warsztatowymi (Workshop – TRINON), prowadzonymi przez dr. dr. Mathiasa Peutena, poświęconymi dystrakcji i augmentacji kości szczęk.

5 marca odbyły się kolejne sesje. IV Sesja Naukowa

dotyczyła praktyki lekarsko -dentystycznej w XXI wieku, a obradom przewodniczyli: prof. dr. Jürgen Sprekels i prof. dr. Gerhard Wahl. Na szczególną uwagę zasługują referaty: prof. J. Sprekelsa: pt. „Wpływ Unii Europejskiej na praktykę lekarsko – dentystyczną” oraz dra G. Zigursa pt. „Activities of Latvian Dental Association in EU cotext”. Sesję zakończyła Dyskusja Okrągłego Stołu poświęcona tematowi docelowego modelu praktyki lekarsko - dentystycznej w pierwszej połowie XXI wieku. W dyskusji wzięli udział J. Sprekels, Z. Żak, A. Fortuna, W. Wagner, G. Meyer, T. Bachanek, H. Wanyura, E. Spiechowicz, R. Górską, M. Borysewicz - Lewicka, L. Lewandowski, M. Mielnik - Błaszczak, B. Barut, J. Piekarczyk, M. Ziętek. Sesję zorganizowano przy udziale niemieckiej Bundeszahnärztekammer, polskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, niemieckiego Bundesministerium der Verteidigung Bonn oraz Pionu Stomatologicznego Wojskowej Służby Zdrowia.

Następna, V Sesja Naukowa dotyczyła implantologii. Poprowadzili ją prof. dr. dr. Rudolf Reich oraz prof. dr. dr. Jörg Wiltfang. W sesji wystąpili z referatami profesorem z Niemiec: G. Wahl, W. Wagner, R. Reich, J. Wiltfang i G. Mayer. Po V sesji nastąpiły I i II sesja plakato- wa, podczas których prezentowano w formie graficznej dokonania naukowe w stomatologii niemieckich i polskich ośrodków naukowych. Sesji I przewodniczyli prof. dr hab. Barbara Frączak, prof. dr hab. Grzegorz Krzymański i prof. Elżbieta Mierzwińska - Nastalska. II sesję prowadzili: prof. dr hab. Stanisława Zyta Grabowska, doc. dr hab. Sylwia



Prof. dr. Georg Meyer i prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Małgorzata Słotwińska i dr n. med. Barbara Siemińska-Piekarczyk. Łącznie zaprezentowano około 50. plakatów. W konkursie na najlepszy plakat naukowy sympozjum wyłoniono zwycięzców, którymi zostali: K. Zatorska i współautorzy (Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt) za plakat pt. „Durability of Bonds between Luting Cements to High-Gold-Content Alloy” oraz A. Bednarczyk i współautorzy (II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Warszawie) za plakat pt. „Endoskopowe leczenie wybranych schorzeń zatoki szczękowej (Endoscopy in treatment of different pathologies of the maxillary sinus)”.

Obrady Sympozjum zakończył Rektor AM w Warszawie.

Ranking jednostek Akademii Medycznej w Warszawie Punktacja za 2004 r.

I Wydział Lekarski

Lp	Kod	Nazwa	Wskaźnik na osobę
1	1M19	Zakład Immunologii	363,13
2	1M24	Zakład Immunopatologii Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych	199,00
3	1W62	Klinika Endokrynologii Ginekologicznej	198,57
4	1W63	Klinika Neonatologii	171,67
5	1WR	I Katedra i Klinika Kardiologii	170,03
6	1MH	Zakład Medycyny Rodzinnej	163,50
7	1S14	Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia	163,33
8	1M9	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej	160,08

9	1WC	Katedra i Klinika Neurologii	158,24
10	1MF	Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny	138,00
11	1S112	II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	133,73
12	1W21	Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	132,50
13	1W61	II Klinika Położnictwa i Ginekologii	129,72
14	1M15	Katedra i Zakład Histologii i Embriologii	122,12
15	1W33	Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci	119,84
16	1W23	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	119,38

Z życia Akademii Medycznej w Warszawie

17	1M4	Katedra i Klinika Dermatologiczna	118,39
18	1WS	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii	116,90
19	1WP	Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych	109,78
20	1M14	Zakład Biologii Ogólnej i Parazytologii	106,94
21	1S13	Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Inst. Stomatologii	100,75
22	1W11	I Zakład Radiologii Klinicznej	98,50
23	1M7	Katedra i Klinika Urologiczna	98,20
24	1WN	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii	96,00
25	1M17	Zakład Transplantologii i Centralny Bank Tkanek	93,67
26	1W12	II Zakład Radiologii Klinicznej	93,36
27	1MG	Zakład Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii	93,28
28	1W9	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej	92,00
29	1W22	Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii	90,17
30	1W34	Klinika Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego	89,32
31	1M20	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	88,30
32	1M6	Katedra i Klinika Rehabilitacji	85,91
33	1WT	Klinika Otolaryngologii Dziecięcej	84,80
34	1WW	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego	84,33
35	1WG	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii	76,27
36	1S2	Klinika Otolaryngologii - Oddziału Stomatologii	75,46
37	1M11	Zakład Anatomii Patologicznej	71,38
38	1WU	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii	70,53
39	1WF	Katedra i Klinika Otolaryngologii	67,53
40	1M8	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	67,33
41	1W13	Zakład Medycyny Nuklearnej	63,70
42	1S18	Zakład Stomatologii Zachowawczej	61,19
43	1WE	Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	59,60
44	1WK	Katedra i Zakład Biochemii	55,96
45	1M5	Katedra i Klinika Neurochirurgii	55,83

46	1M22	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych	53,56
47	1MA	Katedra i Zakład Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej	52,50
48	1WB	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby	52,44
49	1WO	Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii	50,00
50	1M31	Zakład Higieny	49,00
51	1WJ	Katedra i I Klinika Psychiatryczna	48,47
52	1W44	Klinika Diabetologii, Patologii Noworodka i Wad Wrodzonych	48,15
53	1M32	Zakład Opieki Zdrowotnej	45,50
54	1MB	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	44,43
55	1W8	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia	44,17
56	1MC1	I Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii	42,25
57	1S12	Katedra Protetyki Stomatologicznej	37,89
58	1WM	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrologii	37,77
59	1W51	I Klinika Położnictwa i Ginekologii	34,05
60	1S111	I Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	29,75
61	1M12	Zakład Anatomii Prawidłowej	28,41
62	1M21	Klinika Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych	25,64
63	1S113	Zakład Chirurgii Stomatologicznej	25,14
64	1WI	Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii	24,30
65	1WD	Katedra i Klinika Okulistyki	23,30
66	1WA	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej	18,42
67	1S16	Zakład Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej	18,36
68	1S19	Zakład Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	18,33
69	1S15	Zakład Ortodoncji	17,50
70	1MC2	II Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii	10,10
71	1W7	I Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci	9,92
72	1WH	Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii	8,94
73	1S17	Zakład Stomatologii Dziecięcej	8,38

II Wydział Lekarski

Lp	Kod	Nazwa	Wskaźnik na osobę
1	2W6	Katedra i Klinika Kardiologii	291,55
2	2WH	Zakład Diagnostyki Obrazowej	113,30
3	2W4	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii	101,24
4	2M8	Zakład Epidemiologii Instytutu Medycyny Społecznej	100,83
5	2WF	Katedra i Klinika Okulistyki	100,50
6	2M11	Instytut Wenerologii	92,32
7	2W1	I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej	66,17
8	2WA	Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii	57,23
9	2WG	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji	53,50
10	2M5	Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego	51,89
11	2M2	Katedra i Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej	48,60
12	2M6	Klinika Kardiologii Wieków Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej	47,75

13	2W7	Klinika Neurochirurgii	47,33
14	2M7	Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego	45,43
15	2MD	Zakład Radiologii i Radioterapii Pediatricznej	40,00
16	2WC	II Klinika Psychiatryczna	36,46
17	2W2	II Katedra i Klinika Chirurgii	26,40
18	2M4	Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych	22,00
19	2W5	III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii	20,50
20	2MC	Zakład Historii Medycyny i Filozofii	18,33
21	2WE	Klinika Neurologii	16,40
22	2MB	Zakład Psychologii Medycznej	14,63
23	2F1	Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii	13,40
24	2W3	II Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci	12,40

Farmacja

Lp	Kod	Nazwa	Wskaźnik na osobę
1	FW27	Zakład Analizy Leków	120,25
2	FW24	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	87,33
3	FW14	Zakład Badania Środowiska	76,25
4	FW28	Zakład Chemii Fizycznej	51,31
5	FW3	Zakład Farmakodynamiki	41,47
6	FW12	Katedra i Zakład Bromatologii	39,63
7	FW21	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	34,91
8	FW11	Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej	34,19
9	FW15	Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	22,36
10	FW25	Katedra i Zakład Farmakognozji	21,05
11	FW26	Katedra i Zakład Technologii Środków Leczniczych	20,44
12	FW29	Zakład Farmacji Stosowanej	19,50
13	FW23	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej	17,87

Wydział Nauki o Zdrowiu

Lp	Kod	Nazwa	Wskaźnik na osobę
1	NZI	Zakład Biologii Medycznej	112,67
2	NZC	Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych	91,16
3	NZME	Zakład Biofizyki i Fizjologii Człowieka	76,22
4	NZB	Zakład Zdrowia Publicznego	64,00
5	NZH	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	39,63
6	NZG	Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej	36,00
7	NZF	Zakład Żywienia Człowieka	24,93
8	NZD	Samodzielna Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia	16,00
9	NZA	Zakład Podstaw Pielęgniarstwa	13,48
10	NZE	Zakład Geriatrii Klinicznej	9,67

Techniczne opracowanie danych, mgr inż. Paweł Picewicz, Dział Informatyki AM

Zmiany oczne i elektrofizjologiczna ocena czynności siatkówki w toczeniu rumieniowatym*

Lek. Joanna Brydak — Godowska

Katedra i Klinika Okulistyki

Promotor: prof. nadzw. dr hab. med. Dariusz Kęćik

Abstract **

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic, immunologically mediated inflammatory connective tissue disorder with manifestations referable to various body organs (joints, pleura, pericardium, kidneys, brain, skin) caused by accumulation of immune complexes.

According to epidemiological data SLE affects 0.12% of the population worldwide while in Poland the number of reported cases is c. 60,000–80,000.

The ARA criteria are used in establishing the diagnosis of SLE. Although the ocular symptoms are not included in the ARA criteria, they may be the initial findings and precede other manifestations of SLE. Usually, changes involving the anterior segment of the eye (scleritis, uveitis) and retina (lupus retinopathy) are described, but there are no reports evaluating functional changes. These may be assessed by electrophysiologic testing, such as electroretinography (ERG) and electrooculography (EOG) which allow objective evaluation of retinal function, i.e. the retinal rods and cones, and the retinal pigment epithelium. They are of diagnostic value in differentiating ischemic, degenerative and inflammatory conditions of the retina in patients with lesions that are poorly visible on ophthalmoscopy and abnormal findings on subjective assessment (field of vision, adaptation).

The aim of the study was to assess ocular manifestations in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and with discoid lupus erythematosus (DLE) which primarily affects the skin. The following were included in the evaluation: clinical condition, duration of the disease, treatment used, and the analysis of ERG and EOG findings objectively assessing retinal function according to the type of lupus erythematosus and ophthalmoscopic findings. The results were compared with those seen in healthy controls.

The study was performed in 100 patients with SLE and involvement of various organs (skin, kidneys, lungs, joints, pericardium, central nervous system) and 100 patients

with DLE primarily affecting the skin and no involvement of the internal organs. All patients were followed up for 1 to 5 years and the course of the disease was closely monitored (evaluation of the skin lesions, general condition and antinuclear antibody (ANA) titres). A control group consisted of 30 healthy volunteers aged 25 to 70 years (60 eyes).

The SLE patients were subdivided into two groups according to the clinical manifestations and serum ANA titres. The first subgroup consisted of 53 patients with exacerbation of the underlying disease diagnosed by the internist. The second subgroup comprised 47 patients in remission. The patients from both subgroups were treated with prednisone and antimalarial drugs (Arechin and Plaquenil) which may damage the eye. Changes in the organ of vision in patients with lupus erythematosus may involve any structure of the protective apparatus, eyeball and visual pathway, as confirmed by the present study.

Evaluation of the clinical condition and ophthalmoscopic findings in patients with SLE and DLE demonstrated that inflammatory changes in the anterior segment of the eyeball and retinopathy occurred solely in the phase of exacerbation. When inflammatory changes are found in the anterior segment of the eye in patients with DLE, transformation of the chronic cutaneous form into systemic LE may be suspected. Adverse events observed after treatment with chloroquine or prednisone (chloroquine maculopathy, cataract, glaucoma) are related to dosage and duration of treatment.

Decreased amplitudes of the a-wave and the b-wave characteristic of retinal ischaemia occur solely in the phase of exacerbation. In SLE, the finding of a decreased b-wave amplitude is statistically significant and related to vascular changes and retinal ischaemia. In DLE, a decreased b-wave amplitude 30-Hz photopic flicker response may be related to chronic treatment with chloroquine.

In both forms of lupus erythematosus, the rod function is impaired with associated deterioration in night vision

* Streszczenie pracy doktorskiej

which is most likely related to treatment with chloroquine or narrowing of fine peripheral vessels in SLE.

A low value of the Arden ratio was found by EOG in only one patient with chloroquine maculopathy.

Compared to other reports of ocular manifestations, a lower incidence of severe lesions such as corneal ulceration, retinopathy or complications related to coexisting antiphospholipid syndrome was observed in the present study, which might result from the development of more sophisticated diagnostic techniques and treatment modalities. Still, ocular manifestations may precede general symptoms and signs of SLE and should be included in its diagnostic criteria. This is demonstrated by two cases of patients with recurrent scleritis, in whom the diagnosis of SLE was established based on ocular findings, history and laboratory findings.

Streszczenie

Toczeń rumieniowaty jest zaliczany do przewlekłych, autoimmunologicznych zapaleń naczyń tkanki łącznej różnych narządów (stawów, opłucnej, osierdza, nerek, mózgu, skóry), spowodowanych odkładaniem się kompleksów immunologicznych.

Wg danych epidemiologicznych choroba ta występuje u 0,12 % światowej populacji, a w Polsce u około 60-80 tysięcy osób. Rozpoznanie tocznia można postawić na podstawie kryteriów ARA.

Chociaż objawy oczne nie są uwzględnione w kryteriach ARA, mogą być one pierwszym objawem choroby i wyprzedzać pojawienie się objawów ogólnych.

Zazwyczaj opisywane są zmiany występujące w przednim odcinku oka (zapalenie twardówki, tęczówki) i siatkówce (retinopatia toczniowa), brak jest natomiast doniesień oceniających zmiany czynnościowe.

Badaniami umożliwiającymi przeprowadzenie takiej oceny są testy elektrofizjologiczne: elektroretinografia (ERG) i elektrookulografia (EOG), za pomocą których można obiektywnie ocenić czynność siatkówki - pręcików i czopków oraz nabłonka barwnikowego.

Mają one znaczenie diagnostyczne w różnicowaniu schorzeń niedokrwiennych, degeneracyjnych i zapalnych siatkówki u chorych z mało zaznaczonymi zmianami oftalmoskopowymi i nieprawidłowymi wynikami badań subiektywnych (pole widzenia, adaptacja).

Celem pracy była ocena zmian ocznych u chorych z postacią układową SLE (Systemic Lupus Erythematosus) i skórą DLE (Discoid Lupus Erythematosus) tocznia rumieniowatego w zależności od: stanu klinicznego, czasu trwania choroby i zastosowanego leczenia oraz analiza wyników testów obiektywnie oceniających czynność siatkówki (ERG i EOG) w zależności od typu schorzenia i obrazu oftalmoskopowego oraz porównanie wyników z grupą kontrolną.

Badaniami objęto 100 chorych z postacią układową tocznia rumieniowatego (SLE), w przebiegu którego są zajęte narządy wewnętrzne (skóra, nerki, płuca, stawy, osierdzie, ośrodkowy układ nerwowy) i 100 chorych z postacią skórną (DLE), w której nie dochodzi do zajęcia narządów wewnętrznych. Wszystkich chorych obserwowano od 1 do 5 lat ściśle kontrolując przebieg choroby na podstawie danych dermatologicznych, internistycznych i poziomów przeciwciał.

Grupa kontrolna liczyła 30 ochotników (60 oczu) w wieku od 25 do 70 lat, zdrowych pod względem okulistycznym i ogólnym.

Chorych z postacią układową podzielono na 2 grupy w zależności od objawów klinicznych i występujących w surowicy krwi przeciwciał. Pierwsza grupa obejmowała 53 pacjentów, u których stwierdzono zaostrzenie choroby podstawowej w badaniu internistycznym. Druga grupa obejmowała 47 pacjentów w fazie remisji schorzenia. W obu grupach chorzy byli leczeni Encortonem i lekami przeciwmalarycznymi (Arechina, Plaquenil), które mogą uszkadzać narząd wzroku.

Zmiany w narządzie wzroku u chorych z toczniem rumieniowatym mogą dotyczyć każdej struktury aparatu ochronnego, gałki ocznej i drogi wzrokowej, co potwierdziły badania własne.

Analiza wyników stanu klinicznego i badań okulistycznych u chorych z toczniem trzewnym układowym (SLE) i postacią skórną, przewlekłą (DLE) wykazała, że zmiany zapalne w odcinku przednim gałki ocznej i retinopatia występują tylko w fazie zaostrzenia. Obecność zmian zapalnych w przednim odcinku oka u chorych z postacią skórną, przewlekłą (DLE) może nasuwać podejrzenie przejścia postaci skórnej w układową.

Powikłania po stosowanym leczeniu Arechiną lub Encortonem (makulopatia chlorochinowa, zaćma, jaskra) zależą od dawki leku i czasu jego stosowania.

Analiza wyników badań elektrofizjologicznych wykazała, że obniżenie fal a i b świadczące o niedokrwieniu siatkówki występuje tylko w fazie zaostrzenia.

W postaci układowej statystycznie znamienne obniżenie wartości fali b związane jest ze zmianami naczyniowymi i niedotlenieniem siatkówki. W postaci skórnej obniżenie fali b fotopic flicker 30 Hz może być związane z przewlekłym leczeniem Arechiną. W obu postaciach choroby dochodzi do zaburzenia czynności pręcików z towarzyszącym pogorszeniem widzenia zmierzchowego, co najprawdopodobniej jest związane z leczeniem Arechiną lub ze zwężeniem drobnych obwodowych naczyń w postaci układowej.

W badaniu EOG obniżenie współczynnika Ardena wystąpiło jedynie u chorej z makulopatią chlorochinową.

Zmiany oczne mogą wyprzedzać pojawienie się objawów ogólnych w postaci układowej tocznia trzewnego i powinny być włączone do kryterium jego rozpoznania.

W porównaniu z doniesieniami innych autorów o zmianach okulistycznych, stwierdzono zmniejszoną częstość występowania poważnych zmian ocznych, takich jak owrzodzenie rogówki, retinopatia oraz powikłania związane ze współistnieniem zespołu antyfosfolipidowego, co ma związek z rozwojem nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych. Zmiany oczne mogą wyprzedzać pojawienie się objawów ogólnych w postaci układowej tocznia trzewnego i powinny być włączone do kryterium jego rozpoznania.

Może o tym świadczyć przypadek dwóch chorych z nawrotowym zapaleniem twardówki, u których na podstawie objawów ocznych, zebranego wywiadu i badań dodatkowych rozpoznano SLE.

Rola układu wazopresynergicznego w ośrodkowej regulacji układu krążenia u szczurów szczepu Sprague - Dawley z zawałem mięśnia sercowego*

Lek. Jakub Dobruch

Katedra Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej AM

Promotor: prof. dr hab. med. Ewa Szczepańska-Sadowska

Recenzenci: prof. dr hab. med. Wojciech Kostowski,
prof. dr hab. med. Włodzimierz Buczko

Abstract

Role of central vasopressinergic system in cardiovascular regulation in SD rats with myocardial infarction.

Chronic heart failure (CHF) is well known to be associated with increased activity of the sympathetic, angiotensinergic and vasopressinergic systems. Some studies have shown that vasopressin is involved in behavioural responses to stress. The purpose of the present study was to evaluate the role of the brain vasopressinergic system in cardiovascular regulation in rats with myocardial infarction. The experiments were performed on conscious normotensive Sprague-Dawley (SD) rats divided into two groups. The rats of Group 1 were subjected to the left coronary artery ligation just beneath its origin from the aorta. Rats of Group 2 were sham operated. Rats of both groups were chronically instrumented with the left cerebral ventricle (LCV) cannula and femoral arterial catheter to monitor blood pressure and heart rate respectively during LCV administration of artificial cerebrospinal fluid

(aCSF, Series I), vasopressin (AVP, Series II) and V1 receptors antagonist (V1ANT, Series III). Each series consisted of two parts. In both groups, blood pressure and heart rate were observed for 40 minutes under resting conditions during the first part and for 10 minutes after the air jet stress during the second part. The size of infarct was verified post mortem. LCV infusion of aCSF did not influence the mean arterial pressure (MAP) and heart rate (HR) but central administration of AVP produced a significant increase in MAP in rats of both groups. Central blockade of V1 receptors evoked significant decrease of mean arterial pressure (MAP) in rats of Group 1 (LCAL) but not in rats of Group 2 (controls). In comparison to the sham groups, rats of Group 1 showed increased heart rate and pressor responses to air-jet stress. In Series 3, LCV infusion of V1 receptors antagonist largely normalized these abnormalities. LCV infusion of AVP did not influence pressor and cardiac responses to air jet stress in Group 2 and Group 1. These results provide evidence for enhanced involvement of central V1 receptors in cardiovascular regulation under resting conditions and during stress in rats with myocardial infarction.

* Streszczenie pracy doktorskiej

Streszczenie

Zwiększona aktywność układu współczulnego, układu renina-angiotensyna i układu wazopresynergicznego są cechami charakterystycznymi niewydolności układu krążenia. Celem pracy była ocena roli ośrodkowego układu wazopresynergicznego w ośrodkowej regulacji czynności układu krążenia u zwierząt z zawałem mięśnia sercowego (MI). Badania przeprowadzono na czuwających szczurach szczepu Sprague-Dawley (SD), które podzielono na dwie grupy. Szczurom z Grupy 1 podwiązano lewą tętnicę wieńcową w celu wywołania zawału mięśnia sercowego, natomiast szczury z Grupy 2 poddano operacji pozorowanej. Po upływie 4 tygodni implantowano kaniule do lewej komory bocznej mózgu (LCV), w celu podawania badanych substancji, oraz cewnik do aorty brzusznej, w celu monitorowania ciśnienia tętniczego krwi i częstości skurczów serca. Przeprowadzono trzy serie doświadczeń. W Serii 1 podawano sztuczny płyn mózgowo-rdzeniowy (aCSF), w Serii 2 wazopresynę (AVP) i w Serii 3 antagonistę receptorów V1 dla wazopresyny (V1 ANT). W każdej Serii zaprojektowano dwie części doświadczeń. W części pierwszej ob-

serwowano parametry hemodynamiczne układu krążenia w warunkach spoczynkowych przez 40 minut, natomiast w części drugiej podczas oraz po „air jet” stres. Wielkość strefy zawałowej oceniano post mortem. Ośrodkowe podanie AVP wywołało istotny wzrost ciśnienia tętniczego (MAP) u zwierząt z obu grup. Zablokowanie mózgowych receptorów V1 doprowadziło do istotnego spadku ciśnienia tętniczego wyłącznie u zwierząt z Grupy 1. „Air jet” stres wywołał większy wzrost ciśnienia tętniczego i częstości skurczów serca u zwierząt z zawałem mięśnia sercowego w porównaniu do zwierząt kontrolnych. Infuzja V1ANT znosiła te różnice. Wyniki niniejszej pracy wskazują na istotną rolę mózgowego układu wazopresynergicznego w regulacji czynności układu krążenia u zwierząt z zawałem mięśnia sercowego w warunkach spoczynkowych oraz sugerują, że za spotęgowaną reakcję układu krążenia na stres obserwowaną u zwierząt z zawałem mięśnia sercowego odpowiedzialna jest stymulacja mózgowych receptorów V1 dla wazopresyny.

Neuroprotektoryjne działanie transferazy glutationowej pi – aspekty molekularne i kliniczne*

Lek. Magdalena Kuźma**

Promotor: prof. nadzw. dr hab. Hubert Kwieciński

Recenzenci: dr hab. Grzegorz Opala, prof. nadzw. Śl. AM
prof. dr hab. Waldemar Szelenberger

Abstract**

Neuroprotective role of glutathione-S-transferase pi -molecular and clinical aspects. Preventing apoptosis, the process responsible for neuronal loss in neurodegeneration, is one of the main goals in the treatment-directed research. The cellular antiapoptotic machinery involves pathways of proved neuroprotective efficiency – extracellular signal-regulated kinase (ERK1/2) and phosphatidylinositol 3-kinase (PI-3K). Their activation is triggered by either neurotrophic or neurotoxic factors, such as neurotrophins (EGF, BDNF), excitatory aminoacids (Glu, NMDA) or DNA-damaging agents (cisplatin). Despite extensive research there is still a gap between the activation steps and the neuroprotective effect down

from both kinases. Glutathione-S-transferase (GST) is the most important enzyme involved in detoxification of electrophilic and oxidation-derived reactive compounds.

The aim of the present study was to investigate whether the protective barrier formed by GST is affected in patients suffering from amyotrophic lateral sclerosis (ALS), and whether GST pi, the main isoenzyme present in the central nervous system, is involved in neuronal survival. The studies were performed on blood (peripheral blood mononuclear cells and serum) and CSF obtained from ALS patients, as well as on rat primary cortical neuronal culture. GST (transferase and Se-independent peroxidase) activity, GST pi expression on both protein (Western blotting) and mRNA (RT-PCR) were studied.

* Streszczenie pracy doktorskiej, ** Autorka jest pracownikiem Katedry i Kliniki Neurologii AM. Część doświadczalna pracy została wykonana w Zakładzie Biochemii AM oraz w Międzynarodowym Instytucie Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie

Results. A significant decrease in both GST transferase and peroxidase activity, as well as GST pi expression was observed in peripheral blood mononuclear cells of ALS patients. It was accompanied by an increase in GST activity in serum and CSF. In cultured cortical neurons the neurotrophic factors – EGF and forskolin, but not BDNF, Glu (10 μ M) and NMDA induced GST pi expression, as well as GST transferase and peroxidase activity. KCl induced GST pi expression but not the enzymatic activity. The neurotoxic agent cisplatin decreased both GST pi expression and enzymatic activity. Interestingly, neurotoxic concentrations of Glu (100 μ M) induced both GST pi expression and the activity. The further studies proved that the EGF-induced increase of GST pi expression was mediated by ERK1/2 but not PI-3K pathway, whereas the KCl or forskolin induced increase involved activation of both pathways. The increase in the GST pi expression induced by glutamate, involved activation of either pathway.

Conclusion. The decreased expression of GST pi in ALS patients may contribute to apoptosis enhancing the process of neurodegeneration.

Streszczenie

Transferaza glutationowa (GST, EC 2.5.1.18) jest jednym z najważniejszych enzymów II fazy biotransformacji, odpowiedzialnym za inaktywację toksycznych związków elektrofilowych. Ze względu na występowanie w postaci licznych izoenzymów oraz możliwość reagowania ze znaczną ilością związków chemicznych, GST jest ważnym składnikiem endogennej bariery ochronnej organizmu. Głównym izoenzymem obecnym w mózgu człowieka jest GST pi. Poza aktywnością transferazową, GST pi wykazuje także aktywność seleno-niezależnej peroksydazy, dzięki czemu bierze udział w unieczynnianiu organicznych nadtlenków.

Stwardnienie boczne zanikowe (SLA) należy do chorób neurodegeneracyjnych o nieznanym etiologii i patogenezie. Charakteryzuje się postępującym i selektywnym ubytkiem neuronów ruchowych w rogach przednich rdzenia kręgowego przedłużonego oraz w pierwotnej korze ruchowej. Przyczyna choroby znana jest tylko u 2% chorych, u których najczęściej występuje mutacja genu dla dysmutazy ponadtlenkowej (SOD1), enzymu biorącego udział w unieczynnianiu wolnych rodników tlenowych. Wśród możliwych przyczyn SLA rozważa się rolę stresu oksydacyjnego oraz toksycznego działania związków chemicznych. Spowodowane przez te czynniki uszkodzenie komórek może prowadzić do aktywacji procesu programowej śmierci komórki - apoptozy. Uruchomieniu apoptozy przeciwdziałają ochronne szlaki przekazywania sygnałów, z których najważniejszą rolę pełnią szlaki PI-3K (kinazy 3-fosfatydyloinozytolu) oraz ERK1/2 (kinazy 1/2 regulowanej przez sygnał zewnątrzkomórkowy). Dotychczas nie zbadano, poprzez jakie czynniki kinazy PI-3K i ERK1/2 wpływają na zwiększenie przeżywalności komórek.

Celem niniejszej pracy było wykazanie, czy tworzona przez GST bariera ochronna ulega zaburzeniu u chorych z SLA, określenie związku GST pi ze szlakami przekaźnictwa sygnałów zapobiegających uruchomieniu apoptozy (ERK1/2 i PI-3K) oraz zbadanie, czy GST ma związek z przeżywalnością neuronów.

Badania prowadzono na płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi (surowicy i komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej - PBMC), pochodzących od 40 chorych z SLA, na płynie mózgowo-rdzeniowym pobranym od 30 osób operowanych z przyczyn innych niż schorzenia neurologiczne (kontrola), na krwi 35 zdrowych dawców (kontrola) oraz na pierwotnych hodowlach neuronów korowych szczura.

Oznaczono aktywność transferazową i peroksydazową GST w płynie mózgowo-rdzeniowym, surowicy oraz PBMC. Metodą RT-PCR zbadano ekspresję GST pi na poziomie mRNA, a metodą Western blottingu ekspresję na poziomie białka w PBMC oraz w pierwotnych hodowlach neuronów korowych. Ekspresję GST pi w neuronach badano pod działaniem na nie czynnikami neurotroficznymi (BDNF, EGF, forskolina, jony potasowe, niskie stężenia glutaminy i NMDA), neurotoksycznymi (wysokie stężenia glutaminy i NMDA, cisplatyna) oraz inhibitorami szlaku ERK1/2 (PD98059) i szlaku PI-3K (LY294002). Badania prowadzono przy zmiennych stężeniach stosowanych związków, przez różny okres czasu (od kilku do kilkudziesięciu godzin). Przeżywalność neuronów badano metodą wytrącania soli tetrazolowej MTT, po zahamowaniu aktywności GST lub syntezy GSH.

Stwierdzono zmiany w aktywności transferazy glutationowej oraz ekspresji izoformy pi u chorych z SLA. W jednojądrzastych komórkach krwi obwodowej wykazano obniżenie zarówno aktywności transferazowej, jak i peroksydazowej, a także spadek ekspresji izoformy GST pi na poziomie białka i mRNA. Zmiany te wskazują na istotne obniżenie tworzonej przez GST bariery ochronnej, co może prowadzić do zwiększonego narażenia chorych z SLA na toksyczne działanie związków elektrofilowych i organicznych nadtlenków. Wykazano ponadto znaczny wzrost aktywności peroksydazowej GST w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy krwi chorych z SLA. Wskazuje to na możliwość przedostawania się tego enzymu do płynów ustrojowych z uszkodzonych komórek układu nerwowego, a także z tkanek ulegających wtórnej degeneracji, np. mięśni szkieletowych.

Doświadczenia przeprowadzone na pierwotnych hodowlach neuronów korowych szczura dostarczyły informacji na temat udziału GST pi w procesie neuroprotekcji. Świadczy o nim indukcja ekspresji GST pi przez czynniki zwiększające przeżywalność neuronów - EGF, forskolinę i jony potasu. Ponadto wzrost ekspresji i aktywności GST pod wpływem wysokich, neurotoksycznych stężeń aminokwasów pobudzających - glutaminy oraz asparaginy, wskazuje na rolę GST pi w ochronie neuronów przed ekscytotoksycznością.

Badania ekspresji GST pi przeprowadzono także w obecności czynników neurotroficznych i inhibitorów szlaków ERK1/2 i PI-3K. Wykazały one, że przeciwdziałanie apoptozie w neuronach może odbywać się właśnie za pośrednictwem indukcji ekspresji GST pi. Stwierdzono, że indukowana przez EGF aktywacja szlaku ERK1/2 (ale nie PI-3K) powoduje wzrost ekspresji GST pi, natomiast indukcja ekspresji tego enzymu, spowodowana przez forskolinę lub jony potasu wymaga aktywacji obu szlaków równocześnie. Interesujące, że wysokie, neurotoksyczne stężenia glutaminy powodują wzrost ekspresji GST pi w odpowiedzi na aktywację zarówno szlaku ERK1/2, jak i PI-3K, co potwierdza ochronną rolę GST pi w procesie

ekscytotoksyczności. Ponadto zahamowanie aktywności GST lub syntezy jej substratu glutationu, poprzez prowadzenie hodowli neuronów w obecności kwasu etakrynowego lub BSO, istotnie zmniejsza przeżywalność neuronów korowych.

Otrzymane wyniki wskazują, że spadek ekspresji GST pi obserwowany u chorych na SLA może nie tylko zwiększać ich podatność na działanie związków neurotoksycznych, lecz także przyspieszać proces apoptozy i tym samym przyczynić się do wystąpienia procesu neurodegeneracji.

Wpływ śródoperacyjnej kontroli ultrasonograficznej na wczesne i odległe wyniki udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej*

Lek. Adam Mazurkiewicz

Promotor: prof. dr hab. med. Piotr Andziak

Recenzenci: prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski,
prof. dr hab. n. med. Marek Motyka

Abstract**

Objective. Efficacy of the intraoperative quality control by duplex To assess the effectiveness of duplex scan in the intra-scan during carotid endarterectomy. operative quality control during carotid endarterectomy (CEA).

Methods. A non-randomized retrospective study was performed to compare two groups. Completion intraoperative duplex scan (IDS) was performed after internal carotid artery (ICA) closure in the study group (n=40). Patients operated on earlier without intraoperative control formed the control group (n=42). The criteria for immediate revision after IDS were established. The postoperative follow-up period was 24 months.

Results. IDS revealed 18 (45%) abnormal results in the study group. Two (5%) of them required revision. Neither perioperative deaths nor intraoperative neurological complications were reported. Postoperative neurocomplications were detected in 5% of patients from the study group and in 14.28% of controls. Late neurological complications were not reported. In the non-revised group 84,26% of residual stenoses resolved during the follow-up period. Persisted residual stenoses were detected in 3

(8,52%) patients from the study group and in 5 patients (13,16%) from the control group ($p>0,05$). Recurrent stenoses were present in 3 (8.82%) patients in the study group and in 4 (10.53%) patients in the control group ($p>0,05$). Carotid occlusions were disclosed in 1 (2.94%) case in the study group and in 2 (5.26%) cases in the control one ($p>0,05$). All residual stenoses, restenoses and carotid occlusions were asymptomatic.

Conclusions. The intraoperative quality assessment after CEA by duplex scan detects morphological and functional defects. According to IDS results immediate ICA revision can be performed.

Some of the blood flow velocity accelerations disclosed intraoperatively, in majority not associated with serious morphological defects, subsided during in the follow-up period. The use of intraoperative examination is associated with a lower incidence of perioperative stroke.

Unrevised hemodynamically non-significant morphological defects are not associated with stenosis persistence or recurrence. Technical perfection during CEA and appropriate criteria for ICA revision reduce the number of technical errors and decrease revision rate.

* Streszczenie pracy doktorskiej

There was no statistically significant correlation between the intraoperative quality control during CEA and late complications.

Streszczenie

Cel pracy: Ocena wpływu śródoperacyjnej kontroli ultrasonograficznej na wczesne i odległe wyniki udroźnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Materiał i metoda: Analiza porównawcza 2 grup chorych operowanych w latach 2000–2002 z powodu zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej (tszw): grupy badanej (n=40), w której wykonywano śródoperacyjne badanie jakości udroźnienia tszw przy pomocy ultrasonografii z podwójnym obrazowaniem przepływu i grupy kontrolnej (n=42) operowanej wcześniej bez badania śródoperacyjnego. Ustalono własne kryteria rewizji tszw po badaniu śródoperacyjnym. Okres obserwacji ambulatoryjnej trwał 24 miesiące.

Wyniki: W grupie badanej nieprawidłowe wyniki badania śródoperacyjnego stwierdzono po udroźnieniu 18 tszw (45%). Na podstawie wyniku badania śródoperacyjnego podjęto decyzję rewizji 2 tszw (5% w grupie badanej i 11,1% w grupie nieprawidłowych wyników badania śródoperacyjnego). Nie stwierdzono zgonów w okresie okołoperacyjnym. W grupie badanej wystąpiło 5% wczesnych powikłań neurologicznych, w grupie kontrolnej 14,28%. Nie stwierdzono odległych powikłań neurologicznych. Spośród zwężeń resztkowych rozpoznanych w badaniu śródoperacyjnym i poddanych obserwacji odległej zniknęło 84,62%. Na koniec okresu obserwacji pozostały 3 zwężenia resztkowe w grupie badanej (8,82%) i 5 w grupie kontrolnej (13,16%) (p>0,05). Zwężenia nawrotowe rozpoznano w 3 tszw z grupy badanej (8,82%) i w 4 z

grupy kontrolnej (10,53%) (p>0,05). Między operacją a pierwszym badaniem pooperacyjnym doszło do zamknięcia 1 tszw w grupie badanej (2,94%) i 2 w grupie kontrolnej (5,26%) (p>0,05). Zwężenia resztkowe, nawrotowe i niedrożności tszw miały przebieg bezobjawowy.

Wnioski: Śródoperacyjne badanie przy pomocy ultrasonografii z podwójnym obrazowaniem jest skuteczną metodą wykrywania zaburzeń przepływu i nieprawidłowości morfologicznych w udroźnionej tszw. Na podstawie obrazu ultrasonografii śródoperacyjnej można podjąć decyzję o korekcie błędów technicznych już w czasie pierwszej operacji.

Wysokie wartości prędkości przepływu stwierdzone bezpośrednio po udroźnieniu tszw w wielu przypadkach nie miały odzwierciedlenia w zmianach morfologicznych i w większości zanikały w ciągu pierwszych trzech miesięcy obserwacji ambulatoryjnej.

Zastosowanie śródoperacyjnej kontroli jakości udroźnienia tszw wpływa na zmniejszenie ilości udarów mózgu w okresie okołoperacyjnym.

Pozostawienie nienaprawionych, nieistotnych hemodynamicznie defektów morfologicznych nie wpływa na powstanie zwężeń resztkowych lub nawrotowych. Przestrzeganie prawidłowej techniki operacyjnej i dobór właściwych kryteriów rewizji tszw na podstawie wyniku badania śródoperacyjnego powoduje wystąpienie małej ilości błędów technicznych i pozwala na odstąpienie od niepożądanych i ryzykownych rewizji.

Nie stwierdzono statystycznie znamiennej zależności wyników odległych udroźnienia tszw od zastosowania śródoperacyjnej kontroli jakości.

Ilościowa ocena ekspresji genów dla czynników wzrostu i cytokin w ścianach tętnic nerkowych przeszczepów nerki w okresie przewlekłego odrzucania u ludzi*

Lek. Jolanta Zegarska

Promotor: prof. dr hab. Leszek Pączek

Recenzenci: prof. dr hab. Ewa Żukowska-Szczechowska, prof. dr hab. med. Piotr Pruszczyk

Abstract**

Quantification of gene expression of growth factors and cytokines in the renal artery walls of chronically rejected renal allografts in humans. Cytokines and growth factors probably play an important role in neointimal formation in chronic rejection (CR), which is the leading cause of late renal allograft loss. The aim of the study was to assess gene expression of transforming growth factor beta (TGF-

β), tumor necrosis factor alpha (TNF-α), interleukin 1 beta (IL-1β) and interleukin 6 (IL-6) in walls of large-caliber arteries of chronically rejected renal allografts. Correlations between gene expression of those factors and intimal thickness or clinical data were evaluated. The material consisted of renal artery samples of kidney allografts obtained from 20 haemodialysis patients with end-stage renal graft disease due to CR, undergoing graftectomy. A control group included 32 haemodialysis patients with

* Streszczenie pracy doktorskiej

end-stage renal disease, undergoing nephrectomy. Gene expression of TGF- β , TNF- α , IL-1 β and IL-6 was measured using real-time PCR. Expression of TGF- β , TNF- α and IL-1 β mRNA in the CR group was significantly higher than in controls. No difference was detected for IL-6 mRNA. In the CR group, IL-1 α mRNA expression was significantly higher in males compared to females. A positive correlation between graft survival and IL-6 mRNA expression was detected. A negative correlation between the length of dialysis period before transplantation and IL-6 mRNA expression was observed. TGF- β mRNA was significantly higher in patients with delayed graft function than in patients with immediate function. In the control group positive correlation between the intimal thickness and mRNA expression of TGF- β and IL-1 β was detected. A negative correlation between systolic arterial blood pressure and TNF- α mRNA was demonstrated. TGF- β , TNF- α and IL-1 β play a significant role in neointimal formation in PO.

Streszczenie

Cytokiny i czynniki wzrostu odgrywają prawdopodobnie istotną rolę w powstawaniu neointymy w przewlekłym odrzuceniu (PO), które jest główną przyczyną późnej utraty nerki przeszczepionej. Celem pracy była ocena ekspresji genów dla: transformującego czynnika wzrostu β 1 (TGF- β 1), czynnika martwicy nowotworu α (TNF- α), interleukiny 1 β (IL-1 β) i interleukiny 6 (IL-6) w ścianach dużych tętnic przeszczepów nerki w okresie PO. Oceniano

zależności między ekspresją genów dla tych czynników a grubością intymy oraz parametrami klinicznymi. Materiał stanowiły fragmenty tętnic nerkowych przeszczepów nerki, uzyskane od 20 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerki przeszczepionej z powodu PO, hemodializowanych, poddanych grafektomii. Grupę kontrolną stanowiło 32 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek własnych, hemodializowanych, poddanych nefrektomii. Ekspresję genów dla TGF- β 1, TNF- α , IL-1 β i IL-6 zmierzono przy użyciu PCR w czasie rzeczywistym. Ekspresja mRNA dla TGF- β 1, TNF- α i IL-1 β w grupie PO była istotnie wyższa niż w grupie kontrolnej. Nie stwierdzono różnic w ekspresji mRNA dla IL-6. W grupie PO ekspresja mRNA dla IL-1 β była istotnie wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Wykazano wprost proporcjonalną zależność między czasem przeżycia grafu a ekspresją mRNA dla IL-6. Zaobserwowano ujemną korelację między okresem dializ przed przeszczepieniem, a ekspresją mRNA dla IL-6. Ekspresja mRNA dla TGF- β 1 była istotnie wyższa u pacjentów z opóźnioną czynnością nerki po przeszczepieniu niż u chorych z jej bezpośrednią funkcją. W grupie kontrolnej wykazano dodatnią korelację między grubością intymy a ekspresją mRNA dla TGF- β 1 oraz IL-1 β , a także ujemną korelację między ciśnieniem skurczowym a ekspresją mRNA dla TNF- α . TGF- β 1, TNF- α i IL-1 β odgrywają istotną rolę w tworzeniu neointymy w procesie PO.

Obrony prac doktorskich

W sali Senatu Akademii Medycznej w Warszawie przy ul. Żwirki i Wigury 61 odbędą się publiczne obrony prac doktorskich:

I Wydział Lekarski

17 lutego 2005 roku

godz. 11.25

mgr Patrycji Nejman – Gryz pt. *Wpływ inhibitora fosfodwusterazy IV na przebieg doświadczalnej astmy atopowej – badania na modelu świnki morskiej.*

promotor: dr hab. Hanna Grubek – Jaworska

recenzenci: prof. dr hab. Barbara Machnicka – Rowińska,
prof. dr hab. Jan Kuś

godz. 13.15

lek. Marcina Bonikowskiego pt. *Ocena skuteczności iniekcji toksyny botulinowej typu A w leczeniu spastyczności u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.*

promotor: dr hab. Andrzej Friedman, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Bogucki
dr hab. Józef Opara, prof. nadzw. AWF Katowice

godz. 14.00

lek. Marcina Dębskiego pt. *Dejodynaza tupu pierwszego (D1) w tkance raków piersi i w tkance niezmięnionej nowotworowo.*

promotor: dr hab. Ewa Bar – Andziak, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Barbara Jarzab
prof. dr hab. Andrzej Lewiński

godz. 14.45

lek. Grzegorza Plachy pt. *Polimorfizm promotora genu angiotensynogenu u chorych z pierwotnym Hiperaldosteronizmem.*

promotor: prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

recenzenci: dr hab. Jacek Przybylski, prof. nadzw. AM
dr hab. Andrzej Ciechanowicz

3 marca 2005 roku

godz. 10.35

lek. Rafała Zduna pt. *Anatomia kliniczna węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnej.*

promotor – prof. dr hab. Bogdan Ciszek

recenzenci: prof. dr hab. Aleksander Wasiutyński
dr hab. Mariusz Bidziński

godz.12.10

lek. Anny Geremek pt. *Elektrostymulacja pozaślimakowych struktur drogi słuchowej*
promotor – prof. dr hab. Henryk Skarżyński
recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Namysłowski
prof. dr hab. Mieczysław Chmielik

godz.13.00

lek. Oksany Korolkowej pt. *Ocena postępowania w zaawansowanych rakach krtani i gardła dolnego*
promotor – dr hab. Ewa Osuch - Wójcikiewicz
recenzenci: prof. dr hab. Dariusz Jurkiewicz
dr hab. Paweł Stręg

17 marca 2005 roku

godz. 10.35

lek. Liany Puchalskiej pt. *Adaptacja układu krążenia do dynamicznego wysiłku fizycznego w zależności od sposobu odpowiedzi hemodynamicznej na czynnik grawitacyjny*
promotor: prof. dr hab. Ewa Szczepańska – Sadowska
recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Nazar
prof. dr hab., Mirosław Dłużniewski

godz. 12.05

lek. Marty Wysockiej – Mincewicz pt. *Ocena zmian w obwodowym i ośrodkowym układzie nerwowym u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1*
promotor: prof. dr hab. Lech Korniszewski
recenzenci: prof. dr hab. Renata B. Wąsik
dr hab. Krystyna Sidor

14 kwietnia 2005 roku

godz.12.15

lek. Małgorzaty Piaskowskiej pt. *Badania akustyczne głosu po arytenoidektomii.*
promotor: – dr hab. Barbara Maniecka - Aleksandrowicz, prof. nadzw. AM
recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Zaleski
dr hab. Zbigniew Sonnenberg

godz.13.00

lek. Zbigniewa Borkowskiego pt. *Operacyjne leczenie przepuklin pachwinowych metodą Shouldice'a i Lichtensteina. Prospektywne badanie randomizowane.*
promotor – dr hab. Rafał Paluszkiwicz
recenzenci: prof. dr hab. Edward Stanowski
prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski

II Wydział Lekarski

11 marca 2005 roku

godz.10.00

lek. Konrada Słynarskiego pt. *Zasady optymalnego łączenia wielopotencjalnych komórek szpiku i matrycy bioresorbowalnych kwasu hialuronowego w celu wytworzenia tkanki chrzęstnej*
promotor: prof. dr hab. Sławomir Maśliński
recenzenci: dr hab. med. Paweł Małydk – Instytut Reumatologii
prof. dr hab. Artur Dziak

godz.11.00

lek. Elżbiety Łastowieckiej pt. *Ocena aktywności zawodowej i zdolności do pracy u osób z chorobą zwyrodnieniową stawów – znaczenie czynników zawodowych i pozazawodowych*
promotor: prof. dr hab. Anna Jędryka - Góral
recenzenci: prof. dr hab. Sławomir Maśliński
prof. dr hab. Henryka Małydk – Inst. Reumatologii

godz.11.45

lek. Małgorzaty Andrzejewskiej pt. *Diagnostyka obrazowa pozawątrobowych przyczyn nadciśnienia wrotnego*
promotor: dr hab. med. Piotr Małkowski
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Marciński
prof. dr hab. Anna Boroń – Kaczmarek – Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

godz.12.45

lek. Jana Płomińskiego pt. *Ocena hamocysteiny u chorych po przeszczepieniu nerki*
promotor: dr hab. Joanna Juskowa, prof. nadzw. AM
recenzenci: dr hab. med. Marek Kuch
prof. dr hab. Adam Torbicki – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc

godz.13.45

lek. Anny Pury pt. *Wirusy epidermodysplasia verruciformis w autoimmunologicznych proliferacyjnych schorzeniach skóry*
promotor: prof. dr hab. Sławomir Majewski
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Langner
prof. dr hab. Waldemar Placek – AM w Bydgoszczy

godz.14.30

lek. Beaty Młynarczyk pt. **Wpływ nowych substancji immunomodulujących na angiogenezę nowotworową.**
promotor: prof. dr hab. Sławomir Majewski
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Langner
dr hab. Romulad Maleszka – Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

7 kwietnia 2005 roku

godz.10.00

lek. Anny Galewicz – Zielińskiej pt. *Ocena odległych wyników leczenia chirurgicznego przewlekłego zapalenia zatok przynosowych z zastosowaniem techniki endoskopowej.*
promotor: prof. dr hab. Antoni Krzeski
recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Janczewski
prof. dr hab. Jacek Składzień – Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

godz.11.00

lek. Łukasza Wysieńskiego pt. *Ocena przydatności zastosowania porowatych kształtek ceramicznych i polimerowych wzbogacanych czynnikami wzrostowymi w chirurgii rekonstrukcyjnej głowy i szyi.*
promotor: prof. dr hab. Sławomir Maśliński
recenzenci: prof. dr hab. Artur Dziak
prof. dr hab. Teresa Wagner – Instytut Reumatologii

godz.11.45

lek. Tomasz Miłka pt. *Prospektywna ocena wyników leczenia ostrego zapalenia trzustki.*

promotor: prof. dr hab. Wiesław Stryga

recenzenci: prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski

prof. dr hab. Jerzy Ładny – AM w Białymstoku

godz.13.00

lek. Andrzeja Malary pt. *Multimodalne egzogenne potencjały wywołane w diagnostyce stwardnienia rozsianego.*

promotor: dr hab. Jan Kochanowski, prof. ndzw. AM w W-wie

recenzenci: dr hab. Waldemar Koszewski

prof. dr hab. Henryk Chmielewski – Uniwersytet Medyczny w Łodzi

godz.14.00

lek. Cezarego Dziewięckiego pt. *Występowanie padaczki po urazach czaszkowo-mózgowych ze stłuczeniem mózgu.*

promotor: dr hab. Waldemar Koszewski

recenzenci: dr hab. Jerzy Jurkiewicz, prof. ndzw. AM w W-wie

dr hab. Danuta Ryglewicz – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

godz.14.45

lek. Andrzeja Zaręby pt. *Uwarunkowania występowania padaczki po urazach czaszkowo – mózgowych, przebiegających z powstaniem krwiaków przymózgowych.*

promotor: dr hab. Waldemar Koszewski

recenzenci: dr hab. Jerzy Jurkiewicz, prof. ndzw. AM w W-wie

dr hab. Danuta Ryglewicz – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

21 kwietnia 2005 roku

godz.11.00

lek. Jolanty Mazurek – Kantor pt. *Ultrasonograficzna ocena dolnego odcinka macicy a przebieg porodu u kobiet po cięciu cesarskim.*

promotor: dr hab. med. Włodzimierz Sawicki

recenzenci: prof. dr hab. Anna Kwaśniewska – Akademia Medyczna w Lublinie, dr hab. med. Krzysztof Niemiec – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

godz.12.00

lek. Marcina Woźniewicza pt. *Występowanie apoptozy w łożysku i jej nasilenie w porodach przedwczesnych.*

promotor: prof. dr hab. Jerzy Stelmachów

recenzenci: prof. dr hab. Aleksander Wasiułyński, prof. dr hab. Jerzy Leibschang – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

godz.12.45

lek. Mariusza Gujskiego pt. *Histamina w chrząstce stawowej osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Badania biochemiczne, ultrastrukturalne, immunohistochemiczne.*

promotor: dr hab. med. Danuta Maślińska

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Włodarski, prof. dr hab. Wiesława Biczysko – Akademia Medyczna w Poznaniu

Z pracami można zapoznać się w Bibliotece Głównej Akademii Medycznej przy ul. Oczki 1

Fenyloketonuria – kliniczny i pielęgniariski kontekst choroby

Mirosława Kram, Edyta Górczyńska, Andrzej Kurylak

Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego
Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

Streszczenie

Fenyloketonuria (PKU) jest wrodzoną chorobą metaboliczną. Mutacja genu powoduje zaburzenia w produkcji enzymu wątrobowego hydroksylazy fenyloalaninowej (PAH). Defekt jest nieodwracalny i przekazywany w danej rodzinie w sposób autosomalnie recesywny. Wczesne rozpoznanie choroby jest możliwe dzięki obowiązkowym badaniom przesiewowym za pomocą testu Guthrie. Podstawą leczenia choroby jest ścisłe przestrzeganie diety, także regularne kontrole w poradni metabolicznej. Rodzina dziecka wymaga wsparcia informacyjnego i emocjonalnego ze strony członków zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka uczestniczy we wszystkich etapach rozpoznania i leczenia dziecka z fenyloketonurią.

Słowa kluczowe: fenyloketonuria, dieta, zadania pielęgniarki

Fenyloketonuria – PKU w swej nazwie zawiera informację, że jest zaburzeniem metabolicznym, związanym ze zwiększonym wydzieleniem w moczu produktów przemiany fenyloalaniny.

Jest chorobą uwarunkowaną genetycznie i najczęściej spotykanym oraz najlepiej poznany schorzeniem związanym z zaburzeniami przemiany aminokwasów. Jej

istota polega na tym, że w wyniku niedoboru enzymu – hydroksylazy fenyloalaninowej (PAH) wytwarzanego w wątrobie, dochodzi do zaburzenia przemiany fenyloalaniny (oznaczanej symbolem Phe) w tyrozynę (4). W konsekwencji, w surowicy dziecka pojawia się nadmierna ilość tego aminokwasu, co prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. (7).

U osób zdrowych $\frac{3}{4}$ fenyloalaniny przekształca się w tyrozynę. W PKU blokada głównych torów metabolizmu fenyloalaniny powoduje dwudziestokrotne większe jej stężenie we krwi w porównaniu z osobami zdrowymi (10). Choroba występuje u wszystkich ras i pod wszystkimi szerokościami geograficznymi.

Dziedziczenie choroby

Choroba dziedziczy się autosomalnie recesywnie. W tym typie dziedziczenia choroba ujawnia się niezależnie od płci, jedynie u homozygot, czyli w przypadku istnienia pary nieprawidłowych genów. Rodzice będący bezobjawowymi heterozygotycznymi nosicielami zmutowanego genu mogą mieć dzieci, które w $\frac{1}{4}$ będą zdrowe, w $\frac{1}{2}$ heterozygotycznymi nosicielami oraz w $\frac{1}{4}$ będą homozygotami tej cechy, czyli chorymi. Ryzyko choroby zatem kształtuje się jak 1:4.

Tabela 1. Dwie pary chromosomów z genami hydroksylazy fenyloalaninowej









Chromosomy matki		Chromosomy ojca	
 Gen zdrowy	 Gen zmutowany	 Gen zdrowy	 Gen zmutowany
			
Dziecko zdrowe	Dziecko nosiciel	Dziecko nosiciel	Dziecko chore

Tabela 2. Dobowe zapotrzebowanie na fenyloalaninę u pacjentów z fenyloketonurią w zależności od wieku

Wiek	Phe (mg/kg m.c.)
0-6 miesięcy	60-30
7-12 miesięcy	60-30
1-3 lat	30-20
4-6 lat	20-15
7-12 lat	15-10
Dorośli	10-5

Związek heterozygoty z osobą zdrową nie prowadzi do ujawnienia choroby wśród potomstwa. Połowa dzieci będzie jedynie heterozygotycznymi nosicielami tej choroby. Osobniki heterozygotyczne mogą niekiedy wykazywać niepełnoobjawowe cechy choroby, np. biochemiczne (10).

Obraz kliniczny

Noworodek chory na fenyloketonurię rodzi się pozornie zdrowy i nie manifestuje żadnych objawów klinicznych. Do wczesnych niecharakterystycznych objawów, które mogą występować w pierwszych tygodniach i miesiącach życia należą wymioty, nie powodujące jednak zahamowania przyrostu masy ciała. We wczesnym niemowlęctwie obserwowane są zmiany na skórze typu skazowego. Prawie u wszystkich dzieci przed ukończeniem 6 miesiąca życia pojawia się charakterystyczny mysi zapach. Większość dzieci jest jasnowłosych, jasnookich i o bardzo jasnej karnacji skóry. Opóźnienie rozwoju psychoruchowego narasta stopniowo. W wieku 6 - 12 miesięcy opóźnienie rozwoju umysłowego jest już wyraźnie widoczne.

W pełni rozwinięty obraz kliniczny cechuje upośledzenie umysłowe znacznego stopnia, występowanie drgawek, zaburzeń zachowania. Dość stałą nieprawidłowością jest małogłowie. Rozwój fizyczny jest u zdecydowanej większości dzieci prawidłowy (9).

Rozpoznanie – test Guthriego

Obecnie w pełni rozwinięty obraz kliniczny fenyloketonurii spotykany jest coraz rzadziej. Wprowadzenie w Polsce od roku 1965 badań przesiewowych noworodków, na podstawie metody Guthriego, umożliwiło wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia przed wystąpieniem nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (9). Przez wiele lat pobierano próbkę w 4 dobie życia dziecka, jednak po wprowadzeniu precyzyjniejszej metody ilościowej zalecane jest pobieranie krwi w 3 dobie życia, tj. po ukończeniu 48 godzin życia (5). Test Guthriego jest testem mikrobiologicznym. Używa się do niego szczepu bakterii, których wzrost jest uwarunkowany obecnością fenyloalaniny w podłożu. Dzięki temu możliwe jest oznaczanie zawartości aminokwasu – fenylo-

alaniny w pobranych na bibułkę filtracyjną próbkach krwi włósczkowej noworodków (6). Krew włósczkową pobiera się po wewnętrznej lub zewnętrznej stronie pięty. Komputerowa kontrola wszystkich etapów przesiewu, począwszy od pobrania próbek krwi do ustalenia ostatecznego rozpoznania, zastosowanie potrójnych etykiet z kodem paskowym oraz standardowych bibuł do pobierania krwi stanowią podstawę bezpieczeństwa systemu, zapobiegają „gubieniu” wyników (6).

Leczenie dietetyczne

Optymalne leczenie noworodka, u którego stwierdzono PKU powinno rozpocząć się jak najwcześniej i nie później niż 7-10 dni po urodzeniu (5). Podstawą leczenia w fenyloketonurii jest dieta, której generalną zasadą jest ograniczenie podaży fenyloalaniny. Celem leczenia dietetycznego jest takie ograniczenie podaży, aby zapobiec szkodliwemu działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, a jednocześnie zabezpieczyć minimum niezbędne dla biosyntezy białek ustroju. (6). Jedynym skutecznym postępowaniem leczniczym w PKU jest dieta niskofenyloalaninowa, ubogobiałkowa i normokaloryczna (7).

Dieta niskofenyloalaninowa. Fenyloalanina należy do aminokwasów egzogennych, a więc takich, których organizm nie potrafi sam wytworzyć, wobec tego muszą one być dostarczane do organizmu wraz z pożywieniem. Minimalna jej ilość konieczna jest do prawidłowego wzrostu, rozwoju i funkcjonowania komórek, tkanek i narządów. Wobec tego nie można całkowicie wyeliminować fenyloalaniny z diety.

Podstawową zasadą stosowania diety niskofenyloalaninowej jest utrzymanie bezpiecznego poziomu fenyloalaniny w surowicy krwi.

Tabela 3. Normy bezpiecznego stężenia Phe we krwi

Wiek	Poziom Phe
0- 5 lat	2 –4 mg%
6 –14 lat	2 – 8 mg%
> 14 lat	<12 mg%

Przebyte choroby mogą przejściowo przyczynić się do zmiany dobowego zapotrzebowania na fenyloalaninę, np. podczas biegunki, gorączki. Wówczas zwiększa się zapotrzebowanie na białko i dochodzi do zwiększenia stężenia fenyloalaniny w surowicy krwi.

Dieta ubogobiałkowa. Fenyloalanina jest składnikiem białek i dlatego dieta niskofenyloalaninowa jest zdecydowanie dietą ubogobiałkową. Dawka białka nie powinna być mniejsza od bezpiecznego poziomu jego spożycia.

Sama dieta niskobiałkowa, oparta na powszechnie dostępnych produktach spożywczych, nie wystarczy do utrzymania bezpiecznego poziomu fenyloalaniny w surowicy krwi.

Tabela 4. Zapotrzebowanie na białko, a wiek.

Wiek	Zapotrzebowanie dobowe na białko
0 – 12 miesięcy	3 – 3,5 g/kg m.c.
1 – 3 lat	25 g
4 – 6 lat	30 – 35 g
7 – 9 lat	35 – 40 g
10 – 12 lat	45 – 50 g
13 – 15 lat dziewczęta	1 – 1,3 g /kg m.c.
16 – 18 lat dziewczęta	
13 – 15 lat chłopcy	
16 – 18 lat chłopcy	

Dieta normokaloryczna. Dieta musi pokryć pełne zapotrzebowanie energetyczne zgodnie z obowiązującymi normami. Zapotrzebowanie na energię zależy od wieku, masy ciała, płci, aktywności fizycznej (7, 2).

Tabela 5. Zapotrzebowanie na energię, a wiek

Wiek	Energia kcal/osobę/dobę
0 – 6 miesięcy	370 – 810
7 – 12 miesięcy	730 – 960
1 – 3 lat	1100 – 1250
4 – 6 lat	1400 – 1600
7 – 9 lat	2000 – 2200
10- 12 lat	2200 – 2500
13 – 15 lat	2600 – 2850
16 – 18 lat	2850 - 3050

Podstawą prawidłowo stosowanej diety są specjalne preparaty lecznicze ubogofenyloalaninowe lub bezfenyloalaninowe. Preparaty te zawierają wszystkie niezbędne do budowy białka aminokwasy, pozbawione częściowo lub całkowicie fenylalaniny. Preparaty lecznicze PKU, takie jak: Lofenalac, Nofemix, Milupa PKU 1, Milupa PKU 2, Milupa PKU 3, Phenyl – free powinny pokrywać 70 – 95 % zapotrzebowania na białko. Pozostałe 30 – 5% pokrywają dietetyczne środki spożywcze PKU oraz żywność uboga w fenylalaninę (2). Do szerokiego asortymentu dietetycznych środków spożywczych PKU należą m. in. wszelkiego rodzaju pieczywo i wypieki PKU. Inne, takie jak: ryż PKU, specjalne wyroby cukiernicze – czekolady PKU, ciastka PKU i wiele innych pozwalają na urozmaicenie diety. Jednym z dietetycznych środków spożywczych, przeznaczonych dla pacjentów z PKU i łatwo dostępnym jest mąka niskobiałkowa. Chleb wypiekany z tej mąki jest jednocześnie produktem bezglutenowym. Z mąki niskobiałkowej produkowane są makarony i pieczywo oraz ciastka, które są obecne w handlu. Pieczywo i inne wyroby z mąki PKU, koszyk pełen owoców, obrane warzywa (przechowywane w lodówce) powinny być za-

wsze w domu pacjenta. Chodzi o to, aby nadchodzące uczucie głodu nie zmuszało do sięgania po niedozwolone produkty – zwykły chleb, nadziewane cukierki, wędliny itp. Rodzice i ich dziecko planując jadłospis muszą znać zawartość fenylalaniny w poszczególnych produktach i tak je dobierać, aby nie przekroczyć dopuszczalnej ilości tego aminokwasu w diecie (2).

Optymalną efektywność leczenia warunkuje kontynuacja diety przez całe życie. Każde odstępstwo od diety lub jej zaniechanie prowadzi do uszkodzenia mózgu lub jego nieprawidłowego funkcjonowania. (1).

Najbardziej istotnym elementem diety w fenylketonurii jest preparat leczniczy PKU. Stanowi 70% dobowego zapotrzebowania na białko. Ilość tłuszczu i cukru zależy od rodzaju preparatu (niektóre zawierają tłuszcz i cukier, inne nie) oraz zapotrzebowania energetycznego pacjenta. Pozostały procent zapotrzebowania dobowego na białko pokrywa żywność ubogobiałkowa, tj. wyroby z mąki PKU, owoce i warzywa. Wszystkie 3 grupy żywnościowe muszą się znaleźć w codziennym jadłospisie.

Dieta w fenylketonurii stanowi najważniejszy element terapii. Konieczna jest współpraca rodziców i dziecka

I. Produkty niedozwolone do spożycia, zawierające dużą ilość Phe to:

jajka, wędliny, mięso, ryby, drób, mleko, kefir, jogurt, pieczywo, makarony, kasze, fasola, groch, soja, orzechy, czekolada.

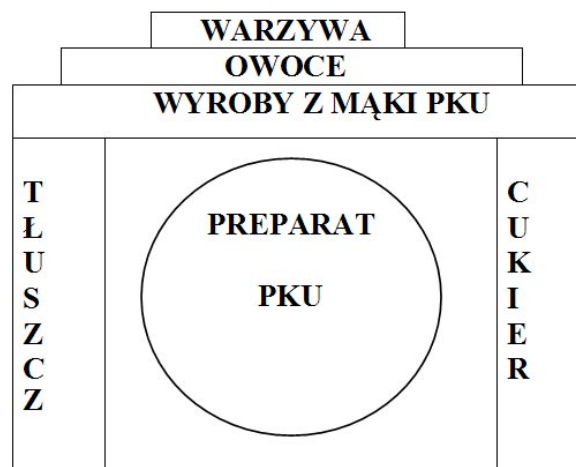
II. Produkty zalecane w ograniczonych ilościach:

masło, margaryna, warzywa z wyjątkiem ww., owoce, dżemy, powidła, ryż, wypieki z mąki z PKU.

III. Produkty dozwolone – nie zawierające Phe:

Woda, woda mineralna, coca- cola, miód, cukier, lizaki, dropsy, olej, oliwka.

z lekarzem, dietetykiem, pielęgniarką, psychologiem, pedagogiem, pracownikiem socjalnym.



Schemat udziału grup żywnościowych w diecie PKU (2).

Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń dietetycznych mogą być związane z sytuacją materialną rodziny, uwarunkowaniami psychospołecznymi, socjalnymi i emocjonalnymi (6). Chorzy na PKU lepiej przestrzegają zasad leczenia – regularnego pobierania próbek krwi na poziom Phe, prowadzenia żywieniowego dziennika samokontroli, przestrzegania restrykcyjnej diety, regularnych i częstych wizyt w poradni, jeśli uzyskują wsparcie ze strony członków zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka pediatryczna uczestniczy we wszystkich etapach rozpoznawania i leczenia dziecka z fenylketonurią.

1. Na oddziale noworodkowym do obowiązków pielęgniarki należy pobieranie próbek krwi do testu Guthriego. Test polega na ilościowym oznaczeniu fenylalaniny w wysuszonej kropli krwi, pobranej na specjalną bibułę (wspólna z przesiewem hipotyreozy). Przed pobraniem krwi włośniczkowej należy wpisać czytelnie na bibule dane dziecka. Należy całkowicie wypełnić krwią wszystkie 6 krążków, tak aby krew przesączyła się przez bibułę i nieznacznie przekroczyła granicę krążka. Bibułę przykłada się tylko z jednej strony. Następnie suszy się w temperaturze pokojowej przez około 2 godziny.

W przypadku uzyskania dodatniego wyniku dziecko zostaje wezwane do poradni metabolicznej na dalsze badania diagnostyczne w celu potwierdzenia hiperfenylalaninemii wykrytej w teście przesiewowym (11).

2. Pielęgniarka wykonująca wizytę patronażową w 1 tygodniu życia dziecka jest zobowiązana do sprawdzenia w książeczce zdrowia dziecka, czy próbka krwi do badania przesiewowego została pobrana – jeśli nie, to musi sama pobrać krew i wysłać do laboratorium (11).

3. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna:

a. Gromadzi dane o chorym dziecku poprzez:

- wywiad, rozmowę, obserwację z wykorzystaniem różnych źródeł informacji – rodziny, dokumentacji medycznej, członków zespołu terapeutycznego;
- gromadzi dane dotyczące sfery biologicznej, psychicznej i społecznej dziecka;
- ocenia warunki socjalno-bytowe rodziny;
- ocenia poziom wiedzy rodziców na temat choroby dziecka.

Zgromadzone dane są konieczne do postawienia diagnozy pielęgniarskiej. Udokumentowane dane powinny być dostępne dla lekarza rodzinnego i pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Dane muszą odzwierciedlać aktualny stan dziecka i ciągle być aktualizowane.

b. Formułuje diagnozę pielęgniarską, która określa problemy i potrzeby dziecka oraz jego rodziców. Diagnozę weryfikuje się w miarę uzyskiwania nowych informacji.

c. Planuje opiekę pielęgniarską, która zawiera:

- cele opieki dla pacjenta i jego środowiska;
- przewidywane terminy ich osiągnięć;
- określenie, kto będzie realizował poszczególne zadania (rodzice, pielęgniarka, lekarz rodzinny, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, grupa wsparcia).

d. Realizuje plan opieki zgodnie z określonymi celami w 3 obszarach działań pielęgniarskich, tj.: instrumentalnych, udzielania wsparcia informacyjnego i emocjonalnego, edukacji prozdrowotnej obejmującej kształtowanie umiejętności samoopieki i samokontroli. W opiece nad dzieckiem współpracuje także z osobami realizującymi wyznaczone w planie zadania.

e. Ocenia systematycznie stopień osiągnięcia założonych celów oraz poziom realizowanej opieki. Wyniki oceny określają satysfakcję rodziny ze sprawowanej opieki pielęgniarskiej (8).

Właściwie prowadzony proces pielęgnowania dziecka z fenylketonurią sprawia, że dziecka i jego rodzice chętniej i aktywniej współpracują z zespołem terapeutycznym. Dawanie wsparcia i motywowanie dziecka do przestrzegania zaleceń dietetycznych, niestety bardzo ścisłych, jest nieodzowne. Konieczna jest także współpraca pielęgniarki z dietetykiem w zakresie edukacji dziecka i jego rodziców odnośnie przestrzegania reżimu dietetycznego i pomocy rodzinie w doborze produktów spożywczych i przygotowywania jadłospisów dziennych i tygodniowych.

Piśmiennictwo: _____

1. Cabalska B: Fenylketonuria. Wyd. Med. PZWL Warszawa 1996.
 2. Ciborowska H.: Diety w chorobach dzieci. Wyd. „Emilia”. Kraków 1996.
 3. Coonor M. Ferguson: Podstawy genetyki medycznej. Warszawa 1998.
 4. Dworkin P. H.: Pediatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2000.
 5. Fenylketonuria – badania przesiewowe i leczenie. Medycyna Praktyczna. Pediatria. 4 (16) lipiec–sierpień 2001, 133–146.
 6. Górnicki B. Dębiec B., Baszczyński J.: Pediatria t.1. Wydaw. Lek. PZWL Warszawa 2000.

7. Mozzymas R.: Dieta w fenylketonurii. Poradnik praktyczny dla pacjentów z PKU i ich rodzin. Wydawnictwo PSPDZ I F. Wrocław 2001.
 8. Rakowska- Różewicz D.(red): Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie pediatrycznym. Wydawnictwo Czelej Lublin 2001.
 9. Sandecka E. i wsp.: Zespół fenylketonurii matczynej. Medycyna Wieku Rozwojowego. Nr 1. t. 1 1997. Warszawa IMiD, 105–115.
 10. Stryer L.: Biochemia. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1997.
 11. Woynarowska B: Profilaktyka w pediatrii. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1998.

Postępy terapii fotodynamicznej w leczeniu nowotworów

Lek. Marcin Makowski*

Zakład Immunologii Akademii Medycznej w Warszawie

Streszczenie

Terapia fotodynamiczna jest nową i obiecującą formą leczenia nowotworów. Jej efekt wynika ze współdziałania substancji fotouczulającej i światła widzialnego. Efekt przeciwnowotworowy zależy od bezpośredniego zabijania komórek nowotworowych, niszczenia unaczynienia guza i indukcji odpowiedzi immunologicznej. W niniejszym artykule opisano mechanizmy działania przeciwnowotworowego terapii fotodynamicznej i przedstawiono perspektywy rozwoju tej formy leczenia.

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe są bardzo poważnym problemem we współczesnej opiece zdrowotnej. Są drugą w skali światowej, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. Szacuje się, że w 2000 roku na nowotwory chorowało 22,4 mln osób na całym świecie, z czego nowych zachorowań było około 10 mln. Rozwój tradycyjnych metod leczenia, do których należą chirurgia, chemioterapia i radioterapia, przyczynił się znacznie do poprawienia rokowania pacjentów z chorobami nowotworowymi, jednak śmiertelność w wielu typach nowotworów jest nadal duża. Działania mające na celu zmianę tej sytuacji podejmowane są na wielu polach. Doskonalone są metody profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, ulepszane tradycyjne metody terapii, do leczenia wprowadza się nowoczesne, selektywne wobec poszczególnych komórkowych szlaków przekazywania sygnału, leki przeciwnowotworowe (Gleevec). (1) Jednocześnie coraz większe znaczenie w leczeniu nowotworów zdobywają nowe metody, takie jak immunoterapia czy terapia fotodynamiczna.

Terapia fotodynamiczna (Photodynamic Therapy – PDT) znajduje zastosowanie w leczeniu chorób nowotworowych, okulistycznych, sercowo-naczyniowych i dermatologicznych. Niniejsza praca dotyczy jedynie onkologicznych zastosowań terapii fotodynamicznej.

Mechanizm działania przeciwnowotworowego PDT

Działanie przeciwnowotworowe terapii fotodynamicznej wynika ze współdziałania trzech elementów: 1) substancji światłouczulającej (fotouczulacza), która podawana jest pacjentowi ogólnie lub miejscowo i z pewną preferencją dystrybuuje do tkanki nowotworu, 2) światła widzialnego, zazwyczaj dostarczanego z lasera o odpowiedniej długości fali za pomocą światłowodu, oraz 3) tlenu, który umożliwia

wytworzenie wolnych rodników tlenowych, niszczących komórki nowotworowe (2). Taki mechanizm działania pozwala nazywać PDT terapią przeciwnowotworową o podwójnej swoistości, natomiast oczywistą jego wadą jest brak możliwości radykalnego leczenia choroby rozsianej. Ponadto przy użyciu standardowych metod dostarczania światła niemożliwe jest leczenie nowotworów położonych w głębi narządów miękkich.

Efekt przeciwnowotworowy terapii fotodynamicznej prawdopodobnie wynika z trzech różnych procesów: bezpośredniego zabijania komórek nowotworowych, niszczenia naczyń oraz indukcji specyficznej odpowiedzi immunologicznej, skierowanej przeciw komórkom nowotworu.

Bezpośredni wpływ na komórki nowotworu

Bezpośredni wpływ terapii fotodynamicznej na komórki nowotworowe wywołany jest przez naświetlanie cząsteczek fotouczulacza, które zapoczątkowuje serię reakcji fotochemicznych prowadzących do wytworzenia reaktywnych form tlenu (reactive oxygen species – ROS), spośród których najważniejszą wydaje się być tlen singletowy. (102). Reaktywne formy tlenu powstałe w trakcie PDT utleniają liczne cząsteczki znajdujące się w komórce. Pod wpływem tlenu singletowego białka tracą aktywność enzymatyczną, ulegają fragmentacji, mogą również nabywać właściwości hydrofobowych i tworzyć agregaty (3). Pod wpływem terapii fotodynamicznej uszkodzane są również lipidy błony komórkowej oraz kwasy nukleinowe.

Uszkodzenia makromolekuł komórkowych powodują śmierć komórek nowotworowych w drodze apoptozy, czyli ściśle zaprogramowanego i kontrolowanego procesu śmierci komórki, podczas którego aktywowane są enzymy hydrolityczne, głównie proteazy i nukleazy. W wyniku PDT apoptoza może być inicjowana w wielu mechanizmach związanych z różnymi organellami komórkowymi. Mechanizm inicjujący apoptozę zależy w największym stopniu od subkomórkowej lokalizacji fotouczulacza, a co za tym idzie - pierwotnego uszkodzenia. W przypadku fotouczulaczy, które lokalizują się w mitochondrium (np. Photofrin podana 24-48h przed naświetleniem) zjawiskiem inicjującym apoptozę jest otwarcie kanału błonowego, zwanego PTPC (permeability transition pore complex), zanik przezbłonowego potencjału mitochondrium i uwolnienie z przestrzeni międzybłonowej mitochondrium cytochromu c. Kiedy cytochrom c znajduje się w cytozolu, wiąże czynnik Apaf-1 oraz prokaspazę 9. Powstały w ten

* Marcin Makowski jest laureatem Stypendium dla Młodych Naukowców Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej

sposób kompleks zwany apoptosomem ma zdolność aktywacji następnym kaspaz, które degradują wiele białek komórkowych, w tym białka otoczki jądrowej i białka związane z naprawą DNA. Aktywują również endonukleazy degradujące DNA. Dalekim skutkiem ich działalności jest śmierć i rozpad komórki na ciała apoptotyczne. W przypadku fotouczulaczy lokalizujących się w innych organellach komórkowych (np. błonie komórkowej lub lizosomach) indukcja apoptozy może być zależna od multimerizacji tak zwanych receptorów śmierci, zlokalizowanych w błonie komórkowej (receptor czynnika martwicy nowotworów –TNFR1, receptor Fas), a także od aktywacji cytoplazmatycznej sfingomielinidazy (4).

Jednocześnie należy zaznaczyć, że komórki nowotworowe w pewnych warunkach (np. niedobór glukozy) mogą ginąć w drodze nekrozy. Ponadto komórki nowotworowe, które otrzymały suboptymalną dawkę PDT mogą uruchamiać mechanizmy, które chronią je przed działaniem terapii fotodynamicznej i unikać apoptozy. Jednym z takich mechanizmów jest zwiększona ekspresja dysmutazy ponadtlenkowej, która bierze udział w rozkładaniu wolnych rodników (4).

Wpływ na naczynia krwionośne guza

Terapia fotodynamiczna wywiera efekt przeciwnowotworowy również poprzez zniszczenie unaczynienia nowotworu. Komórki śródbłonna naczyń krwionośnych są szczególnie wrażliwe na działanie terapii fotodynamicznej, ponieważ mają bezpośredni kontakt z fotouczulaczem i tlenem zawartym w krwi. Pod wpływem PDT komórki śródbłonna obumierają, co powoduje odsłonięcie błony podstawnej i ułatwia tworzenie skrzepu, a także adhezję leukocytów. Jednocześnie zwiększa się przepuszczalność naczyń, głównie małych żyłek. W wyniku tych procesów drastycznie spada przepływ krwi przez tkankę guza, co prowadzi do śmierci komórek w drodze nekrozy. Efekt ten pojawia się już podczas naświetlania guza i utrzymuje nawet przez 60 godzin (4).

Indukcja odpowiedzi immunologicznej

W wyniku terapii fotodynamicznej aktywowana jest zarówno niespecyficzna, jak i swoista odpowiedź immunologiczna. W krótkim czasie po naświetleniu w tkance guza pojawiają się nacieki składające się głównie z neutrofilów, których obecność przyczynia się do efektu przeciwnowotworowego PDT (u myszy pozbawionych neutrofilów skuteczność przeciwnowotworowa PDT jest mniejsza) (5). Do indukcji specyficznej odpowiedzi immunologicznej przyczynia się zjawisko intensywnego pochłaniania komórek nowotworowych, zabitych w wyniku działania PDT przez komórki prezentujące antygen, które następnie stymulują powstanie cytotoksycznych limfocytów T, specyficznych wobec komórek nowotworu (6).

Kliniczne zastosowania terapii fotodynamicznej

Terapia fotodynamiczna znalazła zastosowanie w leczeniu zarówno stanów przedrakowych, radykalnej terapii wczesnych postaci nowotworów, jak również w paliatywnym

leczeniu zaawansowanych nowotworów. W różnych krajach jako oficjalne wskazania do leczenia PDT zatwierdzone zostały między innymi: rak podstawnokomórkowy, rak szyjki macicy, rak oskrzela, rak przełyku, rak żołądka i inne. Do zalet terapii fotodynamicznej należą między innymi: wysoka skuteczność, niska częstość poważnych działań niepożądanych, możliwość powtarzania zabiegów (w warunkach klinicznych nie wytwarza się oporność na terapię fotodynamiczną), a w przypadku raków skóry znakomite efekty kosmetyczne (4). Jako dowód przydatności terapii fotodynamicznej w klinice onkologicznej można przytoczyć badanie porównujące skuteczność i bezpieczeństwo PDT w paliatywnym leczeniu zaawansowanego raka przełyku ze standardową terapią laserem neodymowym. W badaniu tym zaobserwowano podobną skuteczność natychmiastową obu terapii, przy czym efekt przeciwnowotworowy PDT utrzymywał się dłużej. Po leczeniu terapią fotodynamiczną zaobserwowano więcej pełnych odpowiedzi klinicznych (9 vs. 2) i zdecydowanie mniej poważnych działań niepożądanych (1% vs. 7% niepożądanych perforacji i 3% vs. 19% przerwanych zabiegów) (7). Poważną wadą terapii fotodynamicznej jest brak możliwości radykalnego leczenia zmian rozsianych, jak również długo utrzymująca się po niektórych fotouczulaczach sensytyzacja pacjentów na światło słoneczne.

Postępy terapii fotodynamicznej

Mimo że terapia fotodynamiczna jest dosyć skuteczną i bezpieczną formą leczenia nowotworów, wciąż trwają prace nad ulepszeniem tej metody. Próbuje się między innymi opracowywać nowe substancje fotouczulające, lepsze protokoły naświetlania, blokować mechanizmy obronne komórek nowotworowych i łączyć terapię fotodynamiczną z innymi metodami leczenia.

Fotouczulacze

Jednym ze sposobów na zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa PDT jest tworzenie nowych substancji fotouczulających. Klasyczne fotouczulacze są mieszaninami różnych związków, np. Photofrin – pierwszy fotouczulacz, zarejestrowany przez amerykańską Food and Drug Administration – jest mieszaniną monomerów, dimerów i oligomerów porfiryn, połączonych mostkami estrowymi i eterowymi. Powoduje to znaczne trudności w dokładnym określeniu farmakodynamiki i farmakokinetyki takich leków. Nowe fotouczulacze są już czystymi substancjami. Innym kierunkiem rozwoju fotouczulaczy jest poszukiwanie substancji, których maksimum absorpcji przypada na światło o większej długości fali. Takie światło jest słabiej pochłaniane przez tkanki, przez co możliwe jest leczenie większych i głębiej położonych guzów. Najbardziej pod tym względem zaawansowaną substancją fotouczulającą jest teksapiryna lutetu (Lutex), której maksimum absorpcji przypada na światło o długości fali 732nm (dla porównania maksimum absorpcji dla Photofrin to 630nm) (4).

Dawkowanie światła

Od kilku lat trwają prace nad zwiększeniem skuteczności działania terapii fotodynamicznej przez lepsze dawkowanie

światła. Pojawiły się doniesienia sugerujące, że frakcjonowanie światła, czyli naświetlanie guza przerywane okresami ciemności powoduje zwiększenie skuteczności terapii. Efekt ten tłumaczony jest możliwością napłynięcia do guza nowych partii fotouczulacza i tlenu, które zużywają się w trakcie naświetlania. Należy jednak zaznaczyć, że istnieją również prace, w których takiego korzystnego efektu frakcjonowania światła nie zaobserwowano. (8,9) Nie ulega natomiast wątpliwości, że lepsze efekty przynosi naświetlanie zmiany nowotworowej przez dłuższy okres czasu laserem o mniejszej mocy, niż odwrotnie - laserem dużej mocy przez krótki czas. Zjawisko to zostało potwierdzone również w naszym laboratorium (dane niepublikowane).

Zwiększanie stresu oksydacyjnego

W przebiegu terapii fotodynamicznej *in vivo*, czy to na modelach zwierzęcych, czy w klinice onkologicznej, niektóre komórki nowotworowe mogą otrzymać suboptymalną dawkę terapii fotodynamicznej (komórki położone w głębi guza otrzymują mniejszą dawkę światła, natomiast komórki oddalone od naczyń krwionośnych mają mniejszy dostęp do tlenu i fotouczulacza). W tych komórkach uruchamiane są mechanizmy chroniące przed działaniem wolnych rodników tlenowych, które umożliwiają komórkom nowotworowym uniknięcie apoptozy i w późniejszym okresie proliferację prowadzącą do wznowy procesu nowotworowego. W modelach *in vitro* i *in vivo* wykazano, że zablokowanie niektórych mechanizmów związanych z ochroną przed stresem oksydacyjnym zwiększa skuteczność PDT. Zablokowanie aktywności dysmutazy ponadtlenkowej – enzymu rozkładającego anion ponadtlenkowy powstający podczas PDT - specyficznym inhibitorem potęgowało przeciwnowotworowe działanie terapii fotodynamicznej w mysim modelu raka okrężnicy (10). Podobnie zmniejszenie zawartości zredukowanego glutationu w komórkach nowotworowych zwiększało ich wrażliwość na PDT (11).

Innym sposobem na zwiększenie stresu oksydacyjnego w komórkach nowotworowych jest zwiększenie podaży tlenu. Wykazano, że terapia fotodynamiczna w warunkach hiperoksygenacji przynosi lepsze efekty niż przeprowadzana standardowo (12). W naszym laboratorium stwierdzono, że indukowana niedokrwistość w modelu zwierzęcym zdecydowanie zmniejsza skuteczność PDT, a jej wyrównanie podaniem erytropoetyny przywraca działanie pełne przeciwnowotworowe (13). Obserwacja ta jest szczególnie ważna w kontekście częstego występowania niedokrwistości w grupie chorych onkologicznych.

Jednoczesna hipertermia

Ciekawym zjawiskiem jest potęgowanie działania przeciwnowotworowego terapii fotodynamicznej przez hipertermię. Efekt taki zaobserwowano w kilku modelach zwierzęcych. Prawdopodobnie wynika on z faktu zwiększonej wrażliwości komórek poddanych hipertermii na niedotlenienie powodowane przez terapię fotodynamiczną (14). Takie niedotlenienie w przebiegu PDT powsze-

taje zarówno na skutek bezpośredniego zużycia tlenu w wyniku reakcji fotochemicznych, jak i poprzez zniszczenie unaczynienia guza.

Zahamowanie odbudowy naczyń

Z licznych obserwacji opublikowanych w ostatnich latach wynika, że do wzrostu guzów litych konieczne jest tworzenie nowych naczyń, a terapia antyangiogenowa staje się nową, obiecującą formą terapii przeciwnowotworowej. Ponieważ w przebiegu terapii fotodynamicznej niszczone jest unaczynienie guza, bardzo obiecującą formą leczenia może być połączenie terapii fotodynamicznej z terapią antyangiogenową. Opublikowano już pierwsze obserwacje z modeli zwierzęcych, potwierdzające tę hipotezę. DMXAA – związek o potwierdzonym działaniu antyangiogenym – zwiększał skuteczność PDT w leczeniu fibrosarcoma u myszy (15). Zablokowaniem odbudowy naczyń można również tłumaczyć zaobserwowaną przez nasz zespół zdolność selektywnych inhibitorów cyklooksygenazy – 2 (COX-2) do zwiększania przeciwnowotworowego efektu PDT. Na zależny od angiogenezy mechanizm tej interakcji wskazuje brak bezpośredniego uwrażliwienia komórek nowotworowych na działanie PDT *in vitro* i fakt, że podawanie inhibitora COX-2 po PDT zwiększało skuteczność terapii *in vivo*, podczas gdy zablokowanie COX-2 przed naświetleniem guza, nie miało wpływu na wzrost guzów (16).

Zwiększanie odpowiedzi immunologicznej

Jednym z mechanizmów działania przeciwnowotworowego terapii fotodynamicznej jest indukcja odpowiedzi immunologicznej. Wydaje się, że można zwiększyć skuteczność PDT przez potęgowanie tej odpowiedzi. Doguzowe podawanie czynnika G-CSF aktywującego granulocyty zwiększało przeciwnowotworowy efekt terapii fotodynamicznej (17). Podobny efekt uzyskano łącząc terapię fotodynamiczną z podawaniem niedojrzałych komórek dendrytycznych. Warto podkreślić jest fakt rozwoju ogólnoustrojowej reakcji immunologicznej w przypadku połączenia terapii fotodynamicznej z immunoterapią komórkami dendrytycznymi (18). W cytowanym badaniu zaobserwowano nie tylko spowolnienie wzrostu guzów naświetlanych, ale również ognisk zlokalizowanych w odległym miejscu.

Inne podejścia

Skuteczność terapii fotodynamicznej próbuje się również zwiększać przez inne, czasem bardzo wyszukane metody. Jako przykład można podać ciekawe połączenie PDT z terapią samobójczą. W wyniku stresu oksydacyjnego w komórkach nowotworowych zwiększa się ekspresja białek szoku cieplnego. Udało się zwiększyć skuteczność terapii fotodynamicznej przez jednoczesne podawanie wektora kodującego gen samobójczy, którego ekspresja kierowana była promotorem dla jednego z białek szoku cieplnego (19).

Innym ciekawym podejściem jest sprzęganie cząsteczek fotouczulacza z czynnikiem wzrostu (epidermal growth

factor – EGF). W takich warunkach dzięki dużej gęstości receptorów dla czynnika wzrostu uzyskuje się wysokie stężenie substancji fotouczulającej w sąsiedztwie komórek nowotworowych (20)

Podsumowanie

W ostatnich latach zaproponowano wiele metod, dzięki którym możliwe jest zwiększenie skuteczności przeciw-

nowotworowej i bezpieczeństwa terapii fotodynamicznej. W większości są to dane pochodzące z badań na modelach zwierzęcych i wymagają jeszcze potwierdzenia w badaniach klinicznych. Wydaje się jednak, że przynajmniej część z zaprezentowanych metod ulepszenia PDT znajdzie zastosowanie w praktyce onkologicznej i przyczyni się do ograniczenia umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi oraz poprawi jakość życia pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. Parkin, D. M., Bray, F. I., and Devesa, S. S.: Cancer burden in the year 2000. The global picture. *Eur J Cancer*, 37 Suppl 8: S4–66, 2001.
2. Hsi, R. A., Rosenthal, D. I., Glatstein, E.: Photodynamic therapy in the treatment of cancer: current state of the art. *Drugs*, 57: 725–734, 1999.
3. Ochsner M.: Photophysical and photobiological processes in the photodynamic therapy of tumours. *J. Photochem. Photobiol. B* 39, 1–18. 1997
4. Gołąb J, Nowis D. i wsp.: Fotodynamiczna terapia nowotworów. *Mag. ORL*, 4, (8) 93–101, 2003
5. Dougherty, T. J., Gomer, C. et al.: Photodynamic therapy. *J Natl Cancer Inst*, 90: 889–905, 1998.
6. Jalili, A., Makowski M. et al.: Effective photoimmunotherapy of murine colon carcinoma induced by the combination of photodynamic therapy and dendritic cells. *Clin Cancer Res* 10(13): 4498–508, 2003
7. Wiedmann, M. W., Caca K.: General principles of photodynamic therapy (PDT) and gastrointestinal applications. *Curr Pharm Biotechnol* 5(4): 397–408. 2004
8. de Bruijn, H. S., N. van der Veen, et al. Improvement of systemic 5-aminolevulinic acid-based photodynamic therapy in vivo using light fractionation with a 75-minute interval. *Cancer Res* 59(4): 901–4. 1999
9. MacRobert et al.: Optimisation of illumination for photodynamic therapy with mTHPC on normal colon and a transplantable tumour in rats. *Lasers Med Sci* 17(2): 101–9. 2002
10. Gołąb J., Nowis D. et al.: Antitumor effects of photodynamic therapy are potentiated by 2-methoxyestradiol. A superoxide dismutase inhibitor. *J Biol Chem* 278(1): 407–14. 2003
11. Miller, A. C., Henderson B. W.: The influence of cellular glutathione content on cell survival following photodynamic treatment in vitro. *Radiat Res* 107(1): 83–94 1986
12. Huang, Z., Chen Q. et al.: Hyperoxygenation enhances the tumor cell killing of photofrin-mediated photodynamic therapy. *Photochem Photobiol* 78(5): 496–502. 2003
13. Gołąb, J., Olszewska D. et al.: Erythropoietin restores the antitumor effectiveness of photodynamic therapy in mice with chemotherapy-induced anemia. *Clin Cancer Res* 8(5): 1265–70. 2002
14. Kelleher, D. K., Bastian J. et al.: Enhanced effects of aminolevulinic acid-based photodynamic therapy through local hyperthermia in rat tumours. *Br J Cancer* 89(2): 405–11. 2003
15. Bellnier, D. A., Gollnick S. O. et al.: Treatment with the tumor necrosis factor- α -inducing drug 5,6-dimethylxanthenone-4-acetic acid enhances the antitumor activity of the photodynamic therapy of RIF-1 mouse tumors. *Cancer Res* 63(22): 7584–90. 2003
16. Makowski, M., Grzela T. et al.: Inhibition of cyclooxygenase-2 indirectly potentiates antitumor effects of photodynamic therapy in mice. *Clin Cancer Res* 9(14): 5417–22. 2003
17. Gołąb, J., Wilczynski G. et al.: Potentiation of the anti-tumour effects of Photofrin-based photodynamic therapy by localized treatment with G-CSF. *Br J Cancer* 82(8): 1485–91. 2000
18. Jalili, A., Makowski M. et al.: Effective photoimmunotherapy of murine colon carcinoma induced by the combination of photodynamic therapy and dendritic cells. *Clin Cancer Res* 10(13): 4498–508. 2004
19. Luna, M. C., Chen X. et al.: Enhanced photodynamic therapy efficacy with inducible suicide gene therapy controlled by the grp promoter. *Cancer Res* 62(5): 1458–61. 2002
20. Gijssens, A., Missiaen L. et al.: Epidermal growth factor-mediated targeting of chlorin e6 selectively potentiates its photodynamic activity. *Cancer Res* 60(8): 2197–202. 2000

Odwrotny transport cholesterolu i jego farmakologiczne modyfikacje

Dr Bożenna Sadurska, Marta Dąbrowska*
Katedra i Zakład Biochemii AM w Warszawie

Streszczenie

W niniejszej pracy przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat mechanizmu antyaterogennego działania HDL, związanego z odwrotnym transportem cholesterolu (RCT). Lipoproteiny o dużej gęstości i odwrotny transport cholesterolu są ważnym terapeutycznym celem w poszukiwaniu leków zmniejszających ryzyko miażdżycy.

Słowa kluczowe: lipoproteiny o dużej gęstości, odwrotny transport cholesterolu, regulacja, miażdżycyca

Wprowadzenie

Odwrotny transport cholesterolu (reverse cholesterol transport - RCT) z tkanek obwodowych do wątroby jest fizjologicznym procesem regulującym stopień progresji

miażdżycy indukowanej, m.in. przez cholesterol, opisanym pierwszy raz przez Glomseta ponad 30 lat temu (6). Główną rolę w tym procesie odgrywają lipoproteiny o dużej gęstości (HDL). RCT określa zarówno metabolizm HDL, jak i ważne przeciwmiażdżycowe działanie tych lipoprotein. W ciągu doby w komórkach obwodowych powstaje około 9 mg cholesterolu/kg masy ciała, i taka ilość musi być dostarczona do wątroby, aby wydajnie usuwać cholesterol.

W odwrotnym transporcie cholesterolu wyróżnia się 4 etapy:

1 - wpływ wolnego cholesterolu z komórek pozawątrobowych, w tym makrofagów ze ściany naczynia, przez natywne HDL zawierające apoA-I przy udziale trans-

*Studentka studiów magisterskich Wydziału Nauki o Zdrowiu AM

portera białkowego ABCA1 (ATP-binding cassette protein A1);

2 - estryfikacja wolnego cholesterolu przy udziale acylotransfazy lecytynowo-cholesterolowej (LCAT);

3 - przenoszenie estrów cholesterolu z HDL na lipoproteiny zawierające apo B i wymiana z triacyloglicerolami przy udziale białka przenoszącego estry cholesterolu CETP (cholesteryl ester transfer protein) i powrót do wątroby przez receptor LDL;

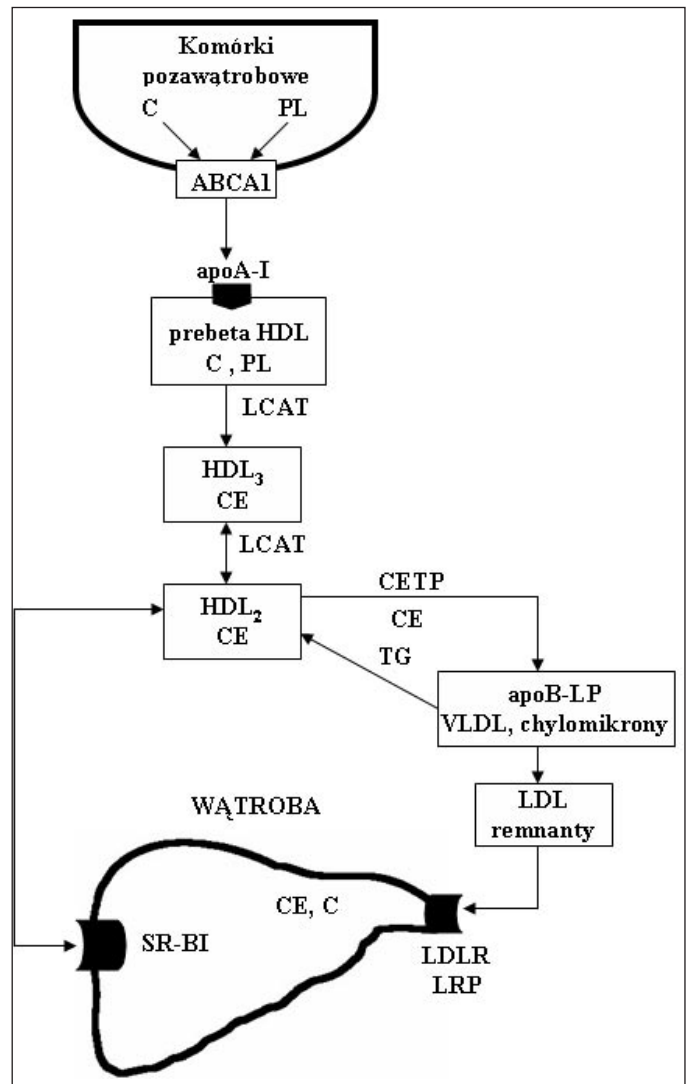
4 - selektywny wychwyt estrów cholesterolu HDL (HDL-CE) przez wątrobę przy udziale receptora zmiatającego klasy B typ I (scavenger receptor class BI SR-BI) i ostateczne wydalanie cholesterolu z organizmu w postaci soli kwasów żółciowych oraz wolnego cholesterolu (ryc. 1).

Wprowadzenie do badań nad miażdżycą technik inżynierii genetycznej i zwierząt transgenicznych stworzyło nowe możliwości badania metabolizmu lipoprotein o dużej gęstości i jego zaburzeń, prowadzących do rozwoju miażdżycy u ludzi oraz wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na patogenezę tego zaburzenia. Wynika z nich, że przerwanie jednego lub więcej etapów RCT prowadzi do przyspieszonej miażdżycy, podczas gdy zwiększona ekspresja kluczowych białek RCT wywiera działanie antyaterogenne. Zwiększając odwrotny transport cholesterolu można potencjalnie zwiększyć powrót cholesterolu z tkanek obwodowych do wątroby.

Struktura lipoprotein o dużej gęstości

HDL są wśród lipoprotein surowicy najmniejszymi cząstkami (średnica 7 – 12 nm) o największej gęstości (1,063 – 1,21 g/ml). Większość cząstek HDL ma strukturę globularną. W centrum lipoproteiny zlokalizowane są apolarne lipidy (głównie cholesterol zestyfikowany i niewielkie ilości triacylogliceroli), zaś w części zewnętrznej lipidy polarne (fosfolipidy i cholesterol niezestyfikowany) oraz apolipoproteiny. Głównym białkiem HDL jest apolipoproteina apoA-I, która stanowi około 60% wszystkich białek HDL. W mniejszych ilościach występują apoA-II (około 20%), apoA-IV, apoC, apoE i apoJ. Wiele innych białek zlokalizowanych w obrębie HDL wykazuje aktywność enzymatyczną (LCAT, hydrolaza acetylo-PAF, paroksonaza).

Jakościowe i ilościowe różnice w zawartości lipidów i białek w lipoproteinach HDL prowadzą do zróżnicowania cząstek HDL pod względem kształtu, gęstości, ładunku czy antygenowości. W mikroskopie elektronowym można zaobserwować cząstki dyskooidalne i sferyczne, w ludzkim osoczu przeważają sferyczne. Najczęściej stosowana metoda rozdzielania lipoprotein przez ultrawierwienie różnicuje HDL na dwie podstawowe podfrakcje: HDL2 i HDL3. Ze względu na skład apolipoprotein, frakcję HDL można podzielić na dwie subpopulacje: jedna zawiera tylko apoA-I (A-I HDL), druga zawiera zarówno apoA-I, jak i apoA-II (A-I/A-II HDL). U większości ludzi białko apoA-I występuje w równych ilościach zarówno w A-I HDL, jak i A-I/A-II HDL. Większość A-I/A-II HDL znajduje się w podfrakcji



Schemat udziału grup żywnościowych w diecie PKU (2).

HDL3, podczas gdy A-I HDL występuje w HDL2 i HDL3. Stosując elektroforezę na agarozie można wyodrębnić frakcje alfa, prebeta oraz gamma. Alfa HDL są to sferyczne cząstki, które zawierają podfrakcje HDL2 i HDL3, w tym subpopulacje A-I HDL i A-I/A-II HDL. Prebeta HDL, czyli nowo zsyntetyzowane cząstki HDL nie mają apolarnego centrum, zawierają jedną lub dwie cząsteczki apoA-I połączone z fosfolipidami i dlatego przyjmują strukturę dyskooidalną. Gamma HDL są dyskooidalnymi cząstkami zawierającymi apoE zamiast apoA-I (1).

Rola apoA-I

Apolipoproteina A-I, główne białko strukturalne HDL, odgrywa bardzo ważną rolę w pierwszym etapie odwrotnego transportu cholesterolu i uważana jest za antyaterogenną. Syntetyzowana jest w wątrobie i jelicie cienkim, a następnie wydzielana do osocza w celu tworzenia de novo HDL. W procesie tym apoA-I (lipid-poor apoA-I) pobiera lipidy przy udziale białka ABCA1, w wyniku czego powstają dyskooidalne cząsteczki prebeta HDL (7,18). W osoczu obecna jest również apoA-I uwalniana z alfa, kulistych cząstek A-I HDL jako produkt ich przebudowy przez czynniki osoczo-

we. ApoA-I pełni także funkcję aktywatora enzymu acylotransferazy lecytynowo-cholesterolowej, który estryfikuje wolny cholesterol na HDL, czego wynikiem jest tworzenie kulistych cząstek HDL. ApoA-I bierze również udział w ostatnim etapie odwrotnego transportu cholesterolu. Jako ligand dla receptora zmiatającego SR-BI ułatwia pobieranie estrów cholesterolu HDL przez wątrobę. Do chwili obecnej opisano u ludzi ponad 40 defektów genetycznych apoA-I, które mają różny wpływ na metabolizm HDL. Pierwszą opisaną mutacją w apolipoproteinie A-I była apoA-I Milano, której efektem jest zmniejszone stężenie cholesterolu HDL. Wysokie stężenie apoA-I w osoczu ludzi koreluje z niską zapadalnością na chorobę niedokrwienną serca (coronary heart disease - CHD). Wprowadzenie ludzkiego genu dla apoA-I myszom nadwrażliwym na aterogenną dietę powodowało wzrost frakcji HDL i zabezpieczało je przed rozwojem miażdżycy (15).

Rola ABCA1

Białko transportowe ABCA1 jest białkiem transbłonowym wiążącym ATP obecnym w wysokich stężeniach w wątrobie, makrofagach i innych komórkach tkanek obwodowych. Białko to odgrywa bardzo ważną rolę w regulacji przepływu fosfolipidów i cholesterolu przez błonę komórkową odpowiadając tym samym za metabolizm HDL (14). Podłoże molekularne tego mechanizmu nie zostało dotychczas dokładnie wyjaśnione. Na podstawie badań *in vitro* sugeruje się, że pobieranie cholesterolu przez ABCA1 jest procesem dwuetapowym. Najpierw ABCA1 pobiera przez błonę fosfolipidy, które wiążą się z wolną apoA-I tworząc dyskoidalne kompleksy fosfolipidy-apoA-I, a następnie powstały kompleks pobiera na drodze dyfuzji cholesterol z błon komórkowych, tworząc prebeta HDL.

W badaniach na transgenicznym myszom wykazano, że aktywacja transportera ABCA1 prowadzi do wzrostu poziomu HDL w osoczu, zwiększenia odwrotnego transportu cholesterolu i w rezultacie dostarczania większej ilości cholesterolu do wątroby. Zaawansowane zmiany miażdżycowe u myszy z nadekspresją ludzkiego genu ABCA1 występowały 3 razy rzadziej niż u zwierząt z grupy kontrolnej, u których nie wykazano zwiększonej ekspresji genu (2).

Głównym mechanizmem regulującym ekspresję genu białka ABCA1 jest ilość wewnątrzkomórkowego cholesterolu i oksysteroli. Cholesterol po utlenieniu do oksysteroli wpływa na ekspresję genu ABCA1 przy udziale receptorów jądrowych, będących czynnikami transkrypcyjnymi z rodziny LXR (liver X receptor), a te regulowane są przez receptory aktywujące proliferację peroksyosomów - PPAR α i PPAR γ . Wzrost aktywności ABCA1 powodują również analogi cAMP (14,15).

Mutacje w genie białka ABCA1 prowadzą do choroby Tangierskiej (Tangier disease-TD) i rodzinnego niedoboru HDL (familial HDL deficiency). Pacjenci charakteryzują się dużym niedoborem lipoprotein o dużej gęstości. U chorych z TD dochodzi do zmniejszenia wypływu komórkowego cholesterolu i fosfolipidów przy udziale apoA-

I. Ponieważ apoA-I jest niezdolna do pobierania lipidów, ulega szybko degradacji przez nerki. Pacjenci z tą chorobą charakteryzują się odkładaniem estrów cholesterolu w układzie siateczkowo-śródbłonkowym różnych tkanek, głównie w migdałkach, które mają charakterystyczną pomarańczowo-żółtą barwę (13).

Rola LCAT

Acylotransferaza lecytynowo-cholesterolowa jest syntetyzowana w wątrobie i uwalniana do osocza. Enzym ten znajduje się zarówno w cząstkach HDL o kształcie dyskoidalnym, jak i kulistym. Katalizuje estryfikację wolnego cholesterolu przenosząc reszty acylowe (głównie nienasycone) z fosfatydylocholina. Powstająca lizofosfatydylocholina opuszcza HDL i wiąże się z albuminą, estry cholesterolu pozostają zaś wewnątrz cząstki lipoproteiny. Badania na transgenicznym myszom i królikach wykazały, że ekspresja genu ludzkiej LCAT prowadzi do wzrostu cholesterolu HDL i apoA-I w osoczu. U królików karmionych dietą cholesterolową, mających CETP, nadekspresja genu LCAT powodowała zahamowanie procesu miażdżycy. Mutacje w genie LCAT prowadzą do rodzinnego niedoboru LCAT (familial LCAT deficiency - FLD) i choroby rybich oczu (fish eye disease - FED) (10). Głównym objawem klinicznym u tych chorych jest zmętnienie rogówki. W FLD obserwuje się całkowity brak aktywności LCAT w osoczu, bardzo niski stosunek CE/cholesterol całkowity, niedokrwiistość i białkomocz. Pacjenci z FED charakteryzują się częściowym niedoborem LCAT i zmniejszonym poziomem HDL w osoczu. Ostatnio w Chinach wykryto mutację w genie LCAT, która prowadzi do wzrostu ryzyka dyslipidemii i choroby niedokrwiennej serca u pacjentów (19).

Rola CETP

Białko CETP jest glikoproteiną, syntetyzowaną w wątrobie. Odpowiada za transport estrów cholesterolu z antyaterogennych lipoprotein HDL do proaterogennych lipoprotein zawierających apoB i wymianę ich na triacyloglicerole. Działanie CETP przy przenoszeniu CE z podfrakcji HDL3 do degradowanych chylomikronów i VLDL jak również do IDL i LDL ma kluczowe znaczenie dla transportu estrów cholesterolu do wątroby (8).

Deficyt CETP u ludzi prowadzi do hiperalfalipoproteinemii. Opisano rodziny (głównie w populacji japońskiej, chińskiej i kaukaskiej) z dziedzicznie uwarunkowanym niedoborem tego białka, spowodowanym mutacją genu odpowiedzialnego za jego ekspresję, u których stwierdzono podwyższoną frakcję HDL i spadek frakcji LDL cholesterolu (7). Taka konfiguracja frakcji lipoproteinowych ma, jak wiadomo, działanie antyaterogenne. Aby zbadać odwrotny efekt, czyli wpływ zwiększonej ekspresji CETP na profil lipoproteinowy osocza, uzyskano szczep myszy transgenicznym, syntetyzujących ludzkie CETP. Stwierdzono, że podwyższone stężenie CETP mogło być przyczyną hipofalipoproteinemii u ludzi. Wzrost transportu estrów cholesterolu z HDL do lipoprotein z apoB poprzez CETP jest prawdopodobnie związany z obniżeniem cholesterolu HDL u osób z hipertriglicerydemią i cukrzycą typu II.

Rola SR-BI

Białka SR-BI są acylowanymi glikoproteinami występującymi w błonie plazmatycznej komórek różnych tkanek, jednak najwięcej jest ich w błonie hepatocytów, gdzie pełnią funkcję receptorów. Uczestniczą one w selektywnym pobieraniu estrów cholesterolu, jak również fosfolipidów z podfrakcji HDL2 i dlatego odgrywają ważną rolę w regulacji odwrotnego transportu cholesterolu (17). W początkowym etapie następuje powiązanie cząstek HDL2 (głównie poprzez białko apoA-I) z receptorami SR-BI błony plazmatycznej hepatocytów, wytworzenie hydrofobowego kanału, a następnie transport CE przez tę błonę do cytoplazmy. Receptory SR-BI w odróżnieniu od receptorów rodziny LDL nie ułatwiają więc pobierania całych cząstek HDL2 na drodze endocytozy, a hydroliza estrów cholesterolu zachodzi prawdopodobnie w cytoplazmie, a nie w lizosomach. Zwiększona ekspresja białek SR-BI w wątrobie zwierząt transgenicznych powoduje obniżenie poziomu cholesterolu HDL, zaś niedobór indukuje znaczny wzrost poziomu cholesterolu w plazmie, co może prowadzić do rozwoju arteriosklerozy. Badania *in vitro* i *in vivo* wskazują, że wątrobowe geny SR-BI są regulowane przez receptory jądrowe LXR. Selektywne pobieranie estrów cholesterolu z HDL2 przez receptory SR-BI ułatwia również lipaza wątrobowa, która hydrolizuje fosfolipidy podfrakcji HDL2 odsłaniając rdzeń lipoproteiny, co umożliwia transport CE do hepatocytów. Do chwili obecnej nie wykryto u ludzi niedoboru receptorów SR-BI. Ostatnio pojawiły się doniesienia o wariacie mutacji w ludzkim genie SR-BI w populacji chińskiej, któremu towarzyszy znaczny wzrost poziomu cholesterolu HDL w osoczu, co wskazuje na bardzo ważną rolę białka SR-BI w metabolizmie HDL u ludzi.

Farmakologiczne modyfikacje RCT

Liczne badania epidemiologiczne wskazują na odwrotną zależność pomiędzy zachorowalnością na chorobę niedokrwienną serca, a poziomem cholesterolu HDL. Każdy wzrost o 1 mg/dl cholesterolu HDL zmniejsza o 2-3% ryzyko choroby niedokrwiennej serca. Ocenia się, że około 40% chorych ze wczesnymi zmianami miażdżycowymi w naczyniach wieńcowych ma niskie stężenie cholesterolu HDL. Powyższe dane przyczyniły się do wzrostu zainteresowania możliwościami farmakologicznego podniesienia poziomu cholesterolu HDL, jak również do zwiększenia antyaterogenicznej roli odwrotnego transportu cholesterolu.

Lekami stosowanymi powszechnie w terapii dyslipidemii, zwiększającymi poziom cholesterolu HDL w osoczu są niacyna, fibraty oraz statyny.

Niacyna (kwas nikotynowy) należy do najskuteczniejszych leków hipolipemicznych, podnosi poziom cholesterolu HDL o 15-35%, a także obniża poziom cholesterolu LDL i triacylogliceroli. Mechanizm działania niacyny na HDL nie jest do końca wyjaśniony. Sugeruje się, że lek ten zwiększając wewnątrzkomórkowe stężenie cAMP, aktywuje białko ABCA1 i w ten sposób zwiększa wpływ cholesterolu z komórek. Badania metaboliczne u ludzi wskazują

również na zmniejszony katabolizm apoA-I po podaniu niacyny, co w konsekwencji zwiększa RCT i wpływ cholesterolu z komórek (16).

Fibraty podnoszą poziom cholesterolu HDL o 10-20%, nieznacznie obniżają poziom cholesterolu LDL oraz w znacznym stopniu zmniejszają stężenie triacylogliceroli. Badania ostatnich lat wyjaśniły mechanizm działania fibratów na poziomie molekularnym. Leki te oddziałują na receptory aktywowane przez proliferatory peroksyosomów PPAR. Poprzez aktywację PPAR α fibraty wpływają na ekspresję pięciu podstawowych genów kodujących białka biorące udział w metabolizmie HDL, a mianowicie apoA-I, apoA-II, ABCA1, SR-BI oraz lipazę lipoproteinową. Efektem podawania fibratów jest zwiększona synteza cząstek HDL, jak i nasilony odwrotny transport cholesterolu (16).

Statyny podnoszą poziom cholesterolu HDL o 5-15%, znacznie obniżają poziom cholesterolu LDL (poprzez zahamowanie *de novo* syntezy cholesterolu), a także obniżają poziom triacylogliceroli. Mechanizm działania statyn na lipoproteiny o dużej gęstości nie został do końca wyjaśniony. Statyny, hamując *de novo* syntezę cholesterolu, mogą hamować ekspresję genu CETP w wątrobie, poprzez zmniejszenie stężenia oksysteroli regulatorów LXR. Leki te powodują wzrost apoA-I w osoczu wpływając, podobnie jak fibraty, na aktywację PPAR α . Liczne badania wykazały, że terapia statynami prowadzi także do zmniejszenia aktywności CETP zarówno w osoczu osób z normolipemią, jak i z dyslipidemią (9).

Inhibitory CETP są nową, bardzo obiecującą grupą leków w terapii przeciwmiażdżycowej. Zahamowanie aktywności CETP prowadzić może do wydłużonego okresu półtrwania HDL i w ten sposób zwiększenia dostępności biologicznej przeciwmiażdżycowo działających składników HDL, takich jak lizosfingolipidy czy enzymy antyoksydacyjne. Do tej grupy związków zalicza się torcetrapib i JTT-705. Torcetrapib (CP-529,414) powoduje nawet 70% wzrost poziomu cholesterolu HDL, przewyższając 10-krotnie wyniki uzyskiwane przy stosowaniu innych leków wykazujących podobne działanie. Przypuszcza się, że zastosowanie nowego leku razem ze statynami pozwoli osiągnąć 50% wzrost poziomu cholesterolu HDL oraz ponad 70% obniżenie poziomu cholesterolu LDL (4). Związek JTT-705 w zakończonym badaniu II fazy powodował 34% wzrost poziomu cholesterolu u ludzi (5).

Do terapii podwyższających poziom HDL u ludzi zalicza się również podawanie dożylnie apoA-I Milano w kompleksach z fosfatydylocholiną (rekombinowana apoA-I) (12), czy infuzję rekonstruowanych HDL (11).

Kolejną grupą leków podwyższających poziom cholesterolu HDL są pochodne tiazolidinedionu, stosowane w leczeniu cukrzycy typu II, zwiększające wrażliwość na insulinę i obniżające stężenie glukozy (16). Związki te są syntetycznymi agonistami PPAR γ . Aktywacja tych receptorów indukuje ekspresję genu ABCA1 przez zahamowanie receptorów LXR, co prowadzi do wzrostu frakcji HDL i zmniejszenia ryzyka miażdżycy u chorych z cukrzycą typu

II (7).

Wzrost cholesterolu HDL powodują także estrogeny, poprzez zahamowanie aktywności lipazy wątrobowej oraz wzrost syntezy wątrobowej apoA-I (16). Odwrotny transport cholesterolu stymulują podawane wraz z dietą kwasy tłuszczowe omega-3 (16) oraz fosfatydyloinozytol (PI). Badania wykazały, że podawanie przez 2 tygodnie 5,6 g PI dziennie powodowało wzrost cholesterolu HDL o 18% oraz wzrost apoA-I w osoczu. Autorzy sugerują, że fosfatydyloinozytol może mieć znaczenie terapeutyczne podobne do niacyny, przy braku skutków ubocznych (3).

Ze względu na duże znaczenie odwrotnego transportu cholesterolu w patofizjologii miażdżycy trwają intensywne poszukiwania nowych leków, których celem działania jest nasilenie tej drogi metabolicznej w organizmie człowieka.

Piśmiennictwo: _____

1. Barter P. J.: Hugh sinclair lecture: The regulation and remodelling of HDL by plasma factors. *Atheroscler. Suppl.* 2002, 3, 39-47
2. Brewer H. B., Santamarina-Fojo S.: Clinical significance of high-density lipoproteins and the development of atherosclerosis: focus on the role of the adenosine triphosphate-binding cassette protein A1 transporter. *Am. J. Cardiol.* 2003, 92, 10K-16K
3. Burgess J. W. et al.: Phosphatidylinositol increases HDL-C levels in humans. *J. Lipid Res.* 2005, 46, 350-355
4. Clark R. W. et al.: Raising high-density lipoprotein in humans through inhibition of cholesteryl ester transfer protein: an initial multidose study of torcetrapib. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2004, 24, 490-497
5. De Grooth G. J. et al.: Efficacy and safety of a novel cholesteryl ester transfer protein inhibitor, JTT-705, in humans: a randomized phase II dose-response study. *Circulation* 2002, 105, 2159-2165
6. Glomset J.A.: The plasma lecithin:cholesterol acyltransferase reaction. *J. Lipid Res.* 1968, 9, 155-167
7. Gotto A. M., Brinton E. A.: Assessing low levels of high-density lipoprotein cholesterol as a risk factor in coronary heart disease. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004, 43, 717-724
8. Le Goff W., Guerin M., Chapman M.J.: Pharmacological modulation of cholesteryl ester transfer protein, a new therapeutic target in atherogenic dyslipidemia. *Pharmacol. Ther.* 2004, 101, 17-38
9. Matrin G. et al.: Statin-induced inhibition of the Rho-signaling pathway activates PPARalpha and induces HDL apoA-I. *J. Clin. Invest.* 2001, 107, 1423-1432
10. Miida T. et al.: T13M mutation of lecithin-cholesterol acyltransferase gene causes fish-eye disease. *Clin. Chim. Acta* 2004, 343, 201-208
11. Newton R. S., Krause B. R.: HDL therapy for the acute treatment of atherosclerosis. *Atheroscler. Suppl.* 2002, 3, 31-38
12. Nissen S. E. et al.: Effect of recombinant apoA-I Milano on coronary atherosclerosis in patients with acute coronary syndromes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003, 290, 2292-2300
13. Oram J. F.: Tangier disease and ABCA1. *Biochim. Biophys. Acta* 2000, 1529, 321-330
14. Owen J. S., Mulcahy J. V.: ATP-binding cassette A1 protein and HDL homeostasis. *Atheroscler. Suppl.* 2002, 3, 13-22
15. Rader D. J.: Regulation of reverse cholesterol transport and clinical implications. *Am. J. Cardiol.* 2003, 92, 42J-49J
16. Rader D. J.: Effects of nonstatin lipid drug therapy on high-density lipoprotein metabolism. *Am. J. Cardiol.* 2003, 91, 18E-23E
17. Trigatti B. L., Krieger M., Rigotti A.: Influence of the HDL receptor SR-BI on lipoprotein metabolism and atherosclerosis. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2003, 23, 1732-1738
18. Vedhachalam C. et al.: Influence of apo A-I structure on the ABCA1-mediated efflux of cellular lipids. *J. Biol. Chem.* 2004, 279, 49931-49939
19. Zhang K. et al.: Novel P143L polymorphism of the LCAT gene is associated with dyslipidemia in Chinese patients who have coronary atherosclerotic heart disease. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2004, 318, 4-10

Realizacja przedmiotu *Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne* przez studentów II roku Pielęgniarstwa w WNoZ

Mgr Halina Cieślak

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Wydział Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie

Podstawowa opieka zdrowotna jest główną częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą zdrowym i chorym dostęp do świadczeń zdrowotnych w środowisku zamieszkania oraz w środowisku nauczania i wychowania - w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Głównym celem podstawowej opieki zdrowotnej jest zachowanie i poprawa stanu zdrowia podopiecznego oraz jego rodziny przez:

- rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych
- wykrywanie czynników zagrożenia zdrowia
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia
- profilaktykę chorób
- diagnostykę, leczenie, pielęgnowanie i usprawnianie.

Pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne jest działem pielęgniarstwa w POZ obejmującym opieką rodzinę, poszczególnych jej członków oraz osoby samotne w środowisku ich życia i zamieszkania (1).

Podstawowym celem działań pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, stanowiącym kryterium oceny jej pracy jest uzyskanie korzystnej zmiany stanu zdrowia oraz zwiększenie potencjału zdrowia poszczególnych członków rodziny. Pielęgniarka środowiskowa/rodzinna wypełnia funkcje pielęgnacyjne wobec rodziny i jej członków w środowisku ich życia i zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby, a także w hospitalizacji domowej i opiece terminalnej.

W realizacji tych zadań współpracuje z:

- lekarzem rodzinnym,
- pielęgniarką w środowisku nauczania i wychowania,
- położną środowiskową,
- pielęgniarką opieki długoterminowej,
- pracownikiem socjalnym,
- rehabilitantem,
- innymi profesjonalistami działającymi na rzecz rodziny, a także przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.

Studenci II roku WnoZ, kierunku pielęgniarstwo po zrealizowaniu treści przedmiotu Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne, odbyciu ćwiczeń - zajęć praktycznych powinni umieć:

- charakteryzować kierunki przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej w środowisku zamieszkania oraz kierunki transformacji pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego
- wyjaśniać i uzasadnić funkcje i zadania pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej
- rozpoznawać problemy zdrowotne na przykładzie osoby lub rodziny oraz zaplanować działania profilaktyczne
- dokonywać analizy i oceny skuteczności działań profilaktycznych
- charakteryzować proces pielęgnowania w środowisku i sposób prowadzenia znowelizowanej dokumentacji zgodnej z rozporządzeniem z dnia 3 VIII 2003 roku
- planować opiekę zdrowotną nad kobietą ciężarną, noworodkiem, niemowlęciem dzieckiem
- wskazywać kierunki rozwoju opieki zdrowotnej i społecznej nad ludźmi w starszym wieku
- dobierać i stosować w procesie edukacji treści i formy poradnictwa wynikające z potrzeb/ problemów, oczekiwań podopiecznych
- szerzyć wzory zachowań prozdrowotnych
- planować zakres współpracy w zespole interdyscyplinarnym
- wskazywać instytucje, organizacje, grupy wsparcia, z którymi można współpracować w ramach realizacji programów profilaktycznych.

Realizacja przedmiotu Podstawowa opieka zdrowotna i pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne odbyła się w semestrze zimowym i letnim w roku akademickim 2003/2004 w wymiarze 150 godzin wg założonego i zatwierdzonego przez władze uczelni planu studiów dziennych na kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauki o Zdrowiu.

Zajęcia dydaktyczne były podzielone na teoretyczne, które obejmowały: wykłady - 20 godzin, seminaria -10 godzin; 120 godzin przeznaczono na ćwiczenia. Z przydzielonych zajęć Zakład Pielęgniarstwa zrealizował 10 wykładów, 5 godzin seminariów i 120 godzin ćwiczeń w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej.

Pozostałe godziny dydaktyczne zostały zrealizowane przez Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych.

Celem realizacji zajęć teoretycznych było przygotowanie merytoryczne studentów do odbycia ćwiczeń w POZ i pielęgniarstwie środowiskowym/rodzinnym oraz do pracy w zespole terapeutycznym i współpracy z organizacjami aktywnymi w danym środowisku. Zrealizowane wcześniej (przed ćwiczeniami) zajęcia seminaryjne dotyczyły między innymi podstawowych czynników demograficznych, zdrowotnych i ekonomiczno-społecznych rodzin. Obecnie ww. czynniki uznaje się za główne determinanty zdrowia populacji i jednostki w każdym wieku. Decydują one o stylu życia ludzi, ich działaniach na rzecz własnego zdrowia, a także korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Kolejne zagadnienia dotyczyły zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, diagnozy pielęgniarstwa, metod pracy środowiskowej, dokumentacji pracy pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, jej obowiązków względem ludności w środowisku zamieszkania, w medycynie szkolnej, środowisku pracy, źródeł informacji o podopiecznym procesie pielęgnowania i wybranych teorii pielęgnowania mających zastosowanie względem podopiecznego w jego naturalnych warunkach zamieszkania. Studenci poznali najnowszą dokumentację pacjenta obowiązującą od 1 sierpnia 2003 w POZ, znaki graficzne informujące o strukturalnych cechach rodziny, więzach w rodzinie, chorobach i patologii społecznej. Zapoznali się również z metodą sondażu diagnostycznego (Survey studies), stosowaną przede wszystkim za pomocą techniki ankietowej i wywiadu, dokonywali analizy treści dokumentów podopiecznego w celu określenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczo-wychowawczych rodziny. Wymieniona metoda jest ogólnie przyjętym sposobem gromadzenia wiedzy o cechach strukturalnych i funkcjonalnych badanego środowiska. Służy poznaniu dynamiki zjawisk społecznych, instytucjonalnie nie zlokalizowanych, a posiadających znaczenie dla opieki pielęgniarstwa.(2)

Na przygotowanie studentów do zajęć praktycznych w POZ duży wpływ miały ćwiczenia nie tylko z podstaw pielęgniarstwa, ale także z zakresu psychologii, pedagogiki i socjologii. Podczas tych zajęć studenci poznali techniki komunikacji werbalnej i niewerbalnej, a także mogli wykorzystać poznane techniki zbierania danych. Nabyte umiejętności zostały wykorzystane przez studentów do przygotowania charakterystyki i oceny potrzeb odwiedzanego środowiska, pomocne były w rozpoznaniu i ocenie sytuacji zdrowotno-społecznej rodziny, w określeniu potrzeb zdrowotnych rodziny, a także wyznaczeniu roli edukacyjnej pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej i pielęgniarki praktyki w gabinecie zabiegowym w POZ. Umiejętności te są bardzo ważne ze względu na fakt, że świadczenia w

POZ ukierunkowane są głównie na promocję i profilaktykę zdrowotną, zapobieganie, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności, pielęgnację i edukację zdrowotną.

W realizacji powyższych zajęć wykorzystano środki dydaktyczne:

- tabele, wykazy, wykresy
- studia przypadków osoby, rodziny, grupy
- siatki centylowe, nomogramy, sprzęt, różne przybory do oceny stanu zdrowia
- przepisy prawne, dokumenty z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej
- kwestionariusz wywiadu środowiskowego/rodzinnego.

Ćwiczenia w podstawowej opiece zdrowotnej podzielono na sektory:

- opiekę pielęgniarstwa w środowisku zamieszkania
- opiekę pielęgniarstwa w środowisku nauczania, wychowania i pracy
- czynną współpracę z Ośrodkiem Pomocy Społecznej Dzielnicy Wola w Gminie Centrum.

Ćwiczenia - zajęcia praktyczne odbyły się w placówkach leczniczych Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa - Wola na zasadzie umowy zawartej pomiędzy władzami Akademii Medycznej a dyrekcją SZPZLO.

Obszarem działania pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, pielęgniarki praktyki i położnej środowiskowej/rodzinnej wraz ze studentami była część rejonu zapobiegawczo-leczniczego przychodni lekarskiej obejmującej ok. 10 tysięcy ludności. Do obowiązków pielęgniarki środowiskowej sprawującej opiekę nad ludnością w środowisku zamieszkania i studentów odbywających ćwiczenia - zajęcia praktyczne należało:

- wykonywanie zadań w zakresie opieki zdrowotnej nad podopiecznymi: rozpoznawanie i ocena sytuacji zdrowotno-społecznej rodziny, poszczególnych jej osób oraz określanie potrzeb zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób ryzyka zdrowotnego i społecznego, sprawowanie opieki nad niemowlętami od 6 tygodnia życia
- wykonywanie zabiegów leczniczych i pielęgniarstwa wynikających z planu leczenia i przeprowadzonych badań na zlecenie lekarza w domu chorego
- sprawowanie różnych form opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi, po zabiegach operacyjnych wypisanymi ze szpitala i wymagającymi dalszej opieki.

Drugi sektor realizacji ćwiczeń - zajęć praktycznych odbył się w środowisku nauczania, wychowania i pracy w liceum ogólnokształcącym i gimnazjum na terenie dzielnicy Wola. Głównymi treściami zajęć praktycznych było poznanie:

- głównych założeń opieki nad zdrowiem dziecka,
- specyfiki pracy pielęgniarki szkolnej w gimnazjum i szkole średniej.

Zajęcia dnia codziennego dotyczyły zdobywania umiejętności z zakresu:

- nabywania umiejętności komunikowania się z uczniem, jego rodzicami, personelem szkoły
- współpracy z pielęgniarką w zakresie prowadzenia badań przesiewowych uczniów szkoły podstawowej
- prowadzenia edukacji zdrowotnej wśród uczniów i nauczycieli szkoły (po wcześniejszym uzgodnieniu z nauczycielem prowadzącym zajęcia tematyki edukacyjnej i przygotowaniu konspektu zajęć)
- udzielania pierwszej pomocy potrzebującym - uczniom i nauczycielom
- wykonywania szczepień ochronnych uczniom w gimnazjum
- pomoc w załatwianiu spraw uczniów - spraw związanych ze zdrowiem w poradniach specjalistycznych w dzielnicy.

Trzecim miejscem odbywania zajęć praktycznych był Ośrodek Pomocy Społecznej dzielnicy Wola, w którym profesjonalści z zakresu psychologii, pedagogiki, socjologii, polityki społecznej i rehabilitacji czynnie współpracują z pracownikami medycznymi POZ, zwłaszcza z pielęgniarkami środowiskowymi/rodzinnymi w zakresie poradnictwa i udzielania świadczeń pielęgnacyjno-gospodarczych dla lokalnej społeczności. Pracownicy OPS świadczą pomoc w trudnych sytuacjach życiowych dla dzieci w wieku 7 – 12 lat, które:

- mają problemy w kontaktach z rówieśnikami i osobami dorosłymi
- wykazują trudności szkolne
- są w trudnej sytuacji materialnej.

Pomoc OPS dotyczy także:

- osób z zaburzeniami psychicznymi
- osób chorych na chorobę Alzheimera
- osób uzależnionych
- osób starszych, chorych z ograniczoną sprawnością, o niskim statusie ekonomicznym i intelektualnym.

Młodzież, która studiuje w Wydziale Nauki o Zdrowiu kierunku Pielęgniarstwo Akademii Medycznej często spotyka się w warunkach szpitalnych z ludźmi chorymi, którzy mają zapewnioną profesjonalną opiekę medyczną, łącznie z opieką najbliższych. W POZ poznają chorych i niepełnosprawnych w ich naturalnym środowisku bytowania. Zazwyczaj przeciętny podopieczny ma ciężkie warunki życia, zauważa się u nich niedostatek, biedę i liczne problemy w codziennej egzystencji. Najczęściej o kłopotach przeciętnych ludzi studenci dowiadują się z mediów i nie zawsze wierzą, w to co usłyszą. Odbywanie wizyt środowiskowych, zwłaszcza w środowiskach z problemami zdrowotno-socjologicznymi pozwala stu-

dentowi za pomocą wywiadów środowiskowych ocenić warunki zdrowotne, ekonomiczne i społeczne danego podopiecznego i jego najbliższych oraz zaplanować opiekę pielęgniarstwa i zakres czynności gospodarczych, adekwatnych do stwierdzonej sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej poznanego środowiska (podopiecznego i jego najbliższych), zrealizować i dokonać oceny skuteczności podjętych działań.

Studenci po zakończeniu zajęć dydaktycznych z POZ i pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego:

- znają specyfikę pielęgniarstwa rodzinnego
- znają zadania pielęgniarki na poszczególnych stanowiskach pracy w POZ w realizacji opieki nad wybraną kategorią podopiecznych/podopieczny, rodzina, uczeń, pracownik
- znają metody i zasady pozyskiwania danych o podopiecznym z uwzględnieniem jego środowiska
- potrafią przygotować charakterystykę środowiska
- potrafią realizować proces pielęgnowania
- potrafią wykonywać podstawowe świadczenia pielęgniarstwa (profilaktyczne i diagnostyczne)
- znają metody pozyskiwania podstawowych informacji, niezbędnych do oceny potrzeb społeczności
- znają metody prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej podopiecznego i jego rodziny
- potrafią wskazać system wsparcia w różnych środowiskach (zamieszkania, nauczania, pracy) oraz sytuacjach życiowych (np. bezrobocie).

Bezpośrednia praca studentów z pielęgniarkami środowiskowymi/rodzinnymi, położnymi środowiskowymi, pielęgniarkami praktyki, medycyny szkolnej, nauczycielami akademickimi w różnych warunkach (przychodnia lekarska, rejestracja, gabinet zabiegowy, poradnia położniczo-ginekologiczna, poradnia d, d1, punkt szczepień, szkoła, zakład pracy - szkoła jako miejsce pracy nauczycieli, ośrodek pomocy społecznej i dom pacjenta) zapewne przyczyniły się do zdobycia określonego na wstępie zajęć (w pierwszym dniu zajęć) zakresu umiejętności i nowego doświadczenia zawodowego. Studenci (106 osób) odbyli łącznie 596 wizyt środowiskowych u podopiecznych. Przedstawiony i zrealizowany plan nauczania z zakresu POZ i Pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego studentów II roku kształcenia jest zgodny z programem nauczania pielęgniarek, programem zawartym w Europejskiej Strategii Światowej Organizacji Zdrowia Kształcenia Pielęgniarek i Położnych.

Piśmiennictwo: _____

1. http://www.nfz-rzeszow.pl/zasady_01_3.php,s.1
2. T. Piłch: Sondaż diagnostyczny. W: Pedagogika. Red. M. Godlewski, Warszawa PWN 1974
3. Kawczyńska-Butrym /red./: Pielęgniarstwo rodzinne - teoria i praktyka. CEM, Warszawa 1997

Nowoczesność metodyki nauczania ruchu w dydaktyce rehabilitacji ruchowej

Mgr Krystyna Kasperska

Zakład Rehabilitacji AM w Warszawie, Oddział Fizjoterapii

Kierownik Zakładu: prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa

Streszczenie

Nowoczesne metody nauczania ruchu, stosowane w dydaktyce ćwiczeń ruchowych i odpowiednio zmodyfikowane dla potrzeb rehabilitacji ruchowej, wymagają nowego spojrzenia. Autorka artykułu analizuje te metody i podkreśla ich istotę oraz ogromne znaczenie we wprowadzaniu nowych form działalności, które rozwijają samodzielność i myślenie uczniów, studentów i absolwentów szkół i uczelni, pozwalając im zdobywać szeroką wiedzę. Ponadto nowoczesne formy ćwiczeń ruchowych pozwalają dostrzegać określone problemy, a także weryfikować uzyskiwane rozwiązania.

Szczególna uwaga skierowana jest również na nauczyciela, od którego fachowości, inwencji, zaangażowania i pomysłowości zależy tempo dalszego unowocześniania form i metod nauczania ruchu. Nowoczesna dydaktyka silnie akcentuje tezę, że proces kształcenia powinien być procesem nauczania i uczenia się, biorąc pod uwagę progresję i unowocześnianie metod i form ruchu.

Nowego spojrzenia wymaga również postać fizjoterapeuty (rehabilitanta), któremu sprostać może tylko ten, kto będzie ambitny, wykwalifikowany i zaangażowany w pracę. Preferowany jest obecnie model rehabilitanta wszechstronnego, łączącego w swej pracy zarówno biologiczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty zdrowia.

Autorka ukazuje również długotrwały proces wprowadzania innowacji w dydaktyce i podkreśla istotne znaczenie szybszego i pełniejszego wdrażania nowoczesnych metod w procesy dydaktyczne, co jest szczególnie ważne w dobie wejścia Polski do Unii Europejskiej.

Słowa kluczowe: metodyka ruchu, ćwiczenia w układzie ruchu, rehabilitacja

Rehabilitacja ruchowa jest dziedziną ściśle związaną z wychowaniem fizycznym, a także formą uczestnictwa w kulturze fizycznej. Obydwa te obszary łączy ciało oraz ruch, będący środkiem oddziaływania, oraz cele zdrowotne. O miejscu rehabilitacji w kulturze fizycznej świadczą nie tylko jej powiązania z metodyką wychowania fizycznego i ćwiczeniami korekcyjnymi, ale również z kreacją i rekreacją ciała. Wspólnym zadaniem wychowania fizycznego i nowoczesnej rehabilitacji jest fizjoprofilaktyka. Dzięki profilaktycznym i terapeutycznym wartościom różnych form rekreacji stosuje się ją jako środek postępowania rehabilitacyjnego.

Obecnie nazwa „rehabilitacja ruchowa” zastępowana jest często terminem „fizjoterapia”, który obejmuje większą liczbę ćwiczeń leczniczo-usprawniających w zakresie kinezyterapii, fizykoterapii i masażu [4].

Synonimem nowoczesności jest postęp, rozumiany jako dostosowanie zadań tego procesu do wymagań przyszłości. Nowoczesność, w odniesieniu do wychowania fizycznego, to według Macieja Demela, jednego z prekursorów wprowadzania w Polsce nowoczesności w metodyce wychowania fizycznego, „przeciwstawienie się wszelkim schematom i formalizmom, to zerwanie z komenderowaniem na rzecz współpracy z uczniem, to stworzenie takich sytuacji w procesie wychowania fizycznego, które dadzą możliwość wszechstronnego rozwoju wychowanka zarówno pod względem fizycznym, jak też intelektualnym i moralnym”[2].

W tym ujęciu, istotą wychowania fizycznego jest oddziaływanie na całą osobowość ucznia takimi metodami, które przygotowują go do stałej troski i dbałości o ciało. Tradycyjne „wychowanie” fizyczne, ograniczone do działań na rzecz usprawniania ciała, poszerzono więc o sferę poznawczą i sferę emocjonalną, co daje obraz współczesnego kształcenia wychowującego [1].

Nie wszystko, co nowe musi być postępowe, a tym samym nowoczesne. Nowoczesność w wychowaniu fizycznym powinna, zdaniem Macieja Demela, zawierać treści kryjące się pod następującymi hasłami, które pojawiły się już w latach siedemdziesiątych, a w osiemdziesiątych nabrały większego znaczenia.

- **edukacja permanentna** (intelektualne, sprawnościowe i emocjonalne przygotowanie młodzieży do życiowego uczestnictwa w kulturze fizycznej)
- **prospekcja** (wychowanie dla przyszłości i uczestnictwo w wychowaniu do późnej starości)
- **autoedukacja** (samokształcenie mające na celu przygotowanie jednostki w zakresie pracy nad sobą oraz samokontroli i samooceny jej efektów)
- **intelektualizacja** (wiedza o znaczeniu, sposobach konserwacji i doskonaleniu ciała)
- **humanizacja** (poszanowanie praw ucznia do jego świadomego udziału w programowaniu procesu pedagogicznej integracji z przebiegiem jego biologicznego rozwoju oraz współodpowiedzialność za jego realizację)

• **indywidualizacja** (dostosowanie środków oddziaływania dydaktyczno-wychowawczego do indywidualnych warunków psychofizycznych studenta (ucznia) [2].

Procesy kształcenia, czyli nauczania i uczenia się, są ściśle związane z metodyką danego przedmiotu, czyli szczegółowymi normami postępowania dla osiągnięcia określonego celu. Metodyka nauczania ruchu, która w latach osiemdziesiątych zyskała miano nowoczesnej, nic nie straciła obecnie na swojej aktualności. Aby dokładniej zapoznać się z jej postępowaniem, należy pokrótce prześledzić jej rozwój w powojennej Polsce.

W pierwszym 25-leciu kultura fizyczna w naszym społeczeństwie nie spełniała odpowiedniej roli. Jedną z przyczyn tego stanu był niewłaściwy system realizacji przedmiotu, jakim jest wychowanie fizyczne. Szkoła tradycyjna opierała swoją działalność na poglądach faworyzujących pamięć uczniów. Mimo iż wywodziły się one ze starożytności i szkoły średniowiecznej, ugruntowały się też w szkole XX wieku. Szkolnictwo nastawione było na cele doraźne, na pracę z młodzieżą najzdolniejszą i najzdrowszą, aby móc wykazać się sukcesami wąskiej reprezentacji szkoły (uczelnia).

Stosowano metody **reproduktywne** (odtwórcze), które opierały się na zdolnościach uczniów (pamięć i uwaga) przyswajających gotową wiedzę. Metody te polegały na ścisłym naśladowaniu nauczyciela i odtwarzaniu przez uczących pokazanego ruchu. Zajęcia prowadzono w formie autokratycznej, nakazowej. Nauczyciel komenderował uczniami, narzucał im swoje wiadomości i sposób myślenia. „Uczniowie pozostawali całkowicie w cieniu swych nauczycieli, byli bierni i niesamodzielni” [12].

W takiej szkole pomijano zupełnie metody pedagogiczne, a także przygotowanie uczniów do samodzielnego kierowania się zasadami kultury fizycznej w życiu codziennym. Nauczyciel nie kierował uczeniem się i rozwojem uczniów, a stosowanie przez niego jedynie metod odtwórczych kształtowało ich pasywną postawę wobec kultury fizycznej, którą określano jako odtwarzanie ćwiczeń ruchowych bez form rozumowania i udoskonalania.

W tym czasie, w państwach europejskich, metodyka wychowania fizycznego zaczęła się różnicować. Gwałtowne dążenia do intensyfikacji procesu przemian, różnorodności, zwiększania możliwości indywidualnego wyboru, znalazło odbicie zarówno w psychice człowieka, jak i otaczającym go środowisku. Jednocześnie dynamiczny rozwój nauk medycznych zmuszał społeczeństwo do weryfikowania tradycyjnych teorii i praktyk dydaktyczno-wychowawczych. W metodyce wychowania fizycznego niemal całkowicie zaniechano pokazu i naśladownictwa na rzecz samodzielnego poszukiwania doświadczenia i przemyślanej aktywności ruchowej, w wyniku realizacji postawionych uczniowi konkretnych zadań. Ta przemiana dokonywała się głównie na gruncie austriackiej szkoły K.Goulchofera i M.Streicher oraz wpływów niemieckich szkół rytmiki i tańca (R.Laban, R.Bode, M.Wigman, H.Medau i inni) [11].

Najbardziej radykalną metodę stworzył we Francji Jean Le Boulch. Nazwał ją psychokinetyczną. Autor eksponował w niej wszechstronne rozwijanie psychomotoryczności uczniów, samodzielność działania, samokontrolę i umiejętność współdziałania. Do tej metody nawiązał później w swych pracach R.Botwiński, opracowując metodę wielozadaniową [11]. Krytyką wychowania fizycznego 25-lecia powojennej szkoły były postulaty innowacyjne Janiny Kutzner, która, nawiązując do światowych nurtów, zaproponowała je do stosowania w szkolnym wychowaniu fizycznym [8].

Lata siedemdziesiąte, to okres burzliwych dyskusji nad ukierunkowaniem polskiej kultury fizycznej. Perspektywy rewolucji naukowo-technicznej, potrzeba przygotowania młodzieży do rozwiązywania zadań wynikających ze zmieniających się warunków życia i pracy, stawiały przed systemem szkolnym zwiększone wymagania. Wraz z zachodzącymi przeobrażeniami kraju istniała konieczność dokonywania zmian w treściach programów nauczania. Odbływały się liczne konferencje, na których propozycje unowocześnienia szkolnego systemu wychowania fizycznego przedstawiali m.in. Maciej Demel, Krzysztof Zuchoła i Andrzej Pawłucki, który wskazywał, że „wychowanie – również fizyczne – wtedy ma bowiem tylko sens, gdy towarzyszy mu świadomość tego, co się robi, oraz tego, co zamierza się zrealizować” [13].

Idee Macieja Demela, zawierające takie tendencje jak opisane powyżej: edukacja permanentna, prospekcyjna, autoedukacja, intelektualizacja, humanizacja, indywidualizacja, szkoła przedłużona i środowiskowa oraz wszechstronne dyskusje toczone w Polsce, miały znamienity wpływ na kształt nowego programu kultury fizycznej [15]. Określono wtedy również zasady ukierunkowujące dobór treści nauczania oraz organizacji kształcenia i wychowania. Dotyczyły one podmiotowego traktowania ucznia, integracji kształcenia i wychowania, łączenia teorii z praktyką, różnicowania treści i form kształcenia, jak również kształcenia ustawicznego.

W tym okresie podjęto również próby systematycznego uporządkowania metod, które byłyby stosowane w procesie wychowania fizycznego. Takiego podziału dokonali m.in.: M. Niewiadomski, W. Gniewkowski oraz S. Strzyżewski, którzy połączyli metody specyficzne dla wychowania fizycznego z metodami pedagogicznymi. Metod nauczania nie można jednak w jednorodny sposób „poszufladkować”, gdyż ich podział i klasyfikacja zależą od tego, pod kątem jakich potrzeb je rozważamy [1]. W praktyce jednak nie osiągnięto dużego postępu. Brakowało kursów doszkolających dla nauczycieli, dostatecznej ilości podręczników metodycznych, a także odpowiedniego nadzoru szkoły i dlatego wysiłki W.Gniewkowskiego w kierunku wprowadzenia do polskich szkół metody K.Gaulchofera i M.Streicher oraz metody Labana nie przyniosły efektów.

Lata osiemdziesiąte, to dalszy rozwój poglądów na metody stosowane w wychowaniu fizycznym. Zostały one podporządkowane celom i zadaniom. Dydaktyce nadano znaczenie szersze i bardziej złożone. Miała ona

przystosować uczniów (studentów) do wymogów współczesnej cywilizacji oraz jej przemian. Kolejna wersja uporządkowania metodyki przez Stanisława Strzyżewskiego polegała na zasadzie podmiotowego traktowania ucznia i motywowania go jednocześnie do intensywnego działania usprawniającego organizm. Zdefiniował on również nowe pojęcie metod wychowania w kulturze fizycznej, wychodząc z założenia, że „metody wychowania w kulturze fizycznej, to sposoby stawiania uczniów w sytuacjach zadaniowych, w których uczniowie pod kierunkiem nauczyciela dokonują zmian w strukturze własnego ciała i jego funkcjach, zdobywają wiadomości i umiejętności oraz nawyki w zakresie kultury fizycznej, a także kształtują pozytywną postawę wobec niej” [15].

O ile w poprzednich latach na uboczu pozostawała grupa metod **proaktywnych** (usamodzielniających) i **kre- atywnych**, których istotą nie było tylko dążenie do wyuczania ruchu, lecz pobudzenie uczniów do działań samodzielnych i twórczych, to w latach osiemdziesiątych znalazły one pełne uznanie. Również W. Okoń uważał, że dążenie do samodzielności jest naturalną cechą młodości, dlatego należy ją umiejętnie kształtować i rozwijać [12]. Postulowano szeroko pojętą indywidualizację zajęć, wprowadzanie naturalnych form ruchu, stawianie konkretnych zadań ruchowych do samodzielnego ich rozwiązywania, wprowadzanie muzyki i rytmu do zajęć, maksymalne i wszechstronne wykorzystywanie przyborów, stosowanie różnych form zabawowych i współzawodnictwa. Zwracano także dużą uwagę na świadomy i aktywny stosunek ucznia do zajęć, na utrwalenie wszechstronnej wiedzy z zakresu celowości stosowanych ćwiczeń oraz na samoocenę i samokontrolę. Zachęcano do zwiększania intensywności i efektywności zajęć poprzez stosowanie torów przeszkód, obwodów ćwiczebnych, zadań dodatkowych, podziału zespołu na zastępy itp.

W nowoczesnym kształceniu dydaktyka ogólna procesu nauczania wzbogaciła metodykę ćwiczeń ruchowych wprowadzając metody poglądowe, słowne, działania praktyczne oraz problemowe. Przyczynia się to znacznie do zdobywania przez uczniów szerokiej wiedzy. W ten sposób metodyka wychowania fizycznego przestaje być jedynie metodyką stosowania ćwiczeń fizycznych, lecz jest wiedzą o sposobach i formach efektywnego realizowania celów dla różnego rodzaju zadań ruchowych [15].

Postulowano zatem, aby w wychowaniu fizycznym dzieci i młodzieży kształtować również osobowość uczniów i wychowywać ich na aktywnych odbiorców kultury fizycznej także w ciągu całego życia.

Różnorodność zadań oraz złożoność procesu dydaktycznego wymagają posługiwania się wieloma metodami i formami organizacyjnymi. Każde z nich spełnia określone funkcje dydaktyczne lub wychowawcze. Stanowisko takie prezentował m.in. Z. Gilewicz, który uważał, że „budzenie czujności wychowawców przy wyborze metod wychowania fizycznego jest podstawowym obowiązkiem w obliczu faktu, że od wyboru właściwej metody postępowania zależy może prawidłowość rozwoju młodzieży, jej zdro-

wie, zaufanie do własnych sił, dzielność i wytrzymałość, w sumie składające się na kształtowanie się aktywności charakteru i postawy życiowej” [3].

Obecnie reforma oświatowa wprowadza zmiany w treściach kształcenia [6]. Zmierza się do ukształtowania wszechstronnej aktywności poznawczej i samodzielności uczniów, przygotowywania do rozwiązywania problemów, rozwijania myślenia oraz podejmowania innowacji przez uczniów, studentów i absolwentów szkół i uczelni. Jest to zgodne z założeniami idei samokształcenia i edukacji ustawicznej, stanowiących podstawową zasadę reform szkolnych.

Z procesem wychowania i kształcenia mamy do czynienia przez całe życie. Najpierw jesteśmy poddawani temu procesowi, by następnie proces ten organizować. Ogromną więc rolę spełnia nauczyciel. O poziomie nauczania i upowszechniania kultury fizycznej decydować będzie głównie jego działalność. Musi być on specjalistą zaangażowanym w pracy, o dużych walorach pedagogicznych i talencie dydaktycznym, który potrafi dokonać prawidłowego wyboru metod, aby w pełni zrealizować zamierzony cel [3]. Od jego fachowości, inwencji, pomysłowości, głębokiej wiedzy i zaangażowania oraz zwiększania świadomości młodego pokolenia, zależy tempo dalszego unowocześniania form i metod nauczania ruchu. Obowiązkiem dydaktyka nauczającego metodyki ruchu jest wdrażanie uczniów (studentów) do samokształcenia ukierunkowanego na dbałość o zdrowie, sprawność, wydolność fizyczną i intelektualną. Tak wykształceni ludzie, bardziej niż inni, będą zdawać sobie sprawę z konieczności niesienia skutecznej pomocy osobom niepełnosprawnym. W obecnej dobie potrzebny jest więc nauczyciel twórczy, który potrafi projektować i prowadzić określone innowacje, oraz skutecznie i ustawicznie pracujący nad własnym rozwojem [9].

Każdy nauczyciel, a także nauczyciel ruchu czy fizjoterapeuta, powinien realizować w praktyce nieustające doskonalenie zawodowe, nie obawiać się nowości, odrywać się od schematów w myśleniu i działaniu, rozwijać i doskonalić swój warsztat pracy.

A. Lewin uważa, że taka działalność może się przeobrazić w pracę badawczą, prowadzącą do nowych doświadczeń, twierdzi też, że „postawa badawcza nauczyciela jest drogą do działalności innowacyjnej, twórczej” [10].

Nowego również spojrzenia na cele, zadania, metody i treści kształcenia oraz leczenia ruchem wymaga medycyna naprawcza, jaką jest rehabilitacja, tym bardziej, że w ramach wejścia Polski do Unii Europejskiej wkraczamy w wiek przemian i konkurencji. Wobec faktu, że rośnie liczba ludzi starych i niepełnosprawnych, wymagających pomocy i rehabilitacji, problem ten nabiera olbrzymiej wagi społecznej.

Współczesne metody rehabilitacji zmierzają w tym kierunku, aby społeczeństwo traktowało ludzi niepełnosprawnych, tak jak ludzi zdrowych, bez nadmiernej opiekuńczości i chęci niesienia pomocy wówczas, gdy możliwe jest samodzielne wykonywanie zadań życiowych.

Dlatego dużego znaczenia nabierają te metody fizjoterapii, które polegają na naturalnych formach aktywności ruchowej człowieka, a także na rehabilitacji psychicznej i społecznej [16]. Odchodzi się od modelu fizjoterapeuty, posługującego się metodami czysto instrumentalnymi. Preferowany jest model rehabilitanta wszechstronnego, łączącego zarówno biologiczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty zdrowia [6]. Dotychczasowe określanie czasu przeżycia pacjenta aktualnie zastąpiono oceną jakości życia pacjenta. Obowiązkiem nauczyciela akademickiego jest kształcenie osobowości studentów oddziałów fizjoterapii i rehabilitacji, ich poglądów i przekonań, motywacji i cech moralnych.

W odniesieniu do fizjoterapeutów, podstawowym celem ich kształcenia jest wpajanie dbałości o własną kondycję, co pozwoli im szerzyć ruch jako profilaktykę zdrowia społecznego. W ramach stażów i praktyk zawodowych studenci powinni być ukierunkowywani na formy indywidualnej pomocy chorym i niepełnosprawnym [14].

Współczesny fizjoterapeuta to osoba, która łączy w sobie umiejętności wnikliwego lekarza i nauczyciela – pedagoga, która różnymi metodami naucza pacjenta ćwiczeń i określonych czynności oraz kształtuje jego stan emocjonalny, rozwiązuje trudne sytuacje wychowawcze oraz przygotowuje go do dalszego życia. Pomoc pacjentowi niepełnosprawnemu wymaga dużej wiedzy merytorycznej i ciągłej pracy nad sobą, co wiąże się z kształceniem ustawicznym.

Powiększająca się liczba osób niepełnosprawnych wymaga szybszego wprowadzania nowoczesnych, odpowiednio zmodyfikowanych w formie i dawkowaniu zajęć ruchowych. Ich programy powinny być indywidualnie tak dobrane, aby występujący w nich ruch był dostosowany do programu kinezyterapii w danym schorzeniu [5].

Zarówno tradycyjne metody **reproduktywne**, jak i metody **proaktywne**, oraz metody **kreatywne**, które wymagają aktywności, inwencji twórczej i pomysłów, są niezbędne i powinny przeplatać się wzajemnie w procesie nowoczesnego kształcenia fizjoterapeuty [11].

W zależności od realizacji przyjętego celu, student, a w przyszłości nauczyciel ruchu leczniczego, musi nauczyć się posługiwać odpowiednimi metodami w pracy z pacjentami. W przypadku:

I. Zadań ściśle określonych (wymagających programowania, sterowania zewnętrznego, takich jak: nauka techniki ćwiczenia, korekcja wad postawy, rehabilitacja pourazowa), stosowane są w rehabilitacji ruchowej metody **reproduktywne** (odtwórcze), gdyż dla potrzeb usprawnienia leczniczego niezbędne jest nauczenie poprawnego wykonywania ruchu. Są to:

- **metoda naśladowcza** – ściśła, - realizacja prostych zadań ruchowych, ściśle odtwarzanie ruchu.
- **metoda zadaniowa** – ściśła, - student jest wewnętrznie motywowany na osiągnięcie ściśle określonych celów, np.: nauka wzmocnienia konkretnych grup mięśniowych u danej grupy pacjentów.

W powyższych metodach wyeksponowane są: pokaz, objaśnienie, wyobrażenie i odtworzenie ruchu.

W. Gniewkowski twierdził, że wybiórcze i umiejętne stosowanie powyższych metod „chroni od niedbalsstwa ruchowego, uczy dokładności ruchu, jego estetyki i prawidłowości” [11]. W rehabilitacji często łączy się te metody z metodami zabawowymi.

- **metoda programowanego uczenia się** – student opanowuje zadania samodzielnie, na podstawie środków dydaktycznych, ściślej instrukcji, fotografii, plansz, filmów, itp. Studentowi pozostawia się pełną swobodę uczenia się. Jego samodzielność w procesie uczenia się, to najważniejsza cecha tej metody. Stosuje się tu formę zadań domowych;

II. Zadań częściowo określonych (które studenci mogą w miarę samodzielnie wykonać) wymaga się zastosowania metod proaktywnych (usamodzielniających) – studenci powinni wykonywać zadania samodzielnie, by uczyć się samokontroli i samooceny własnego działania. Są to:

- **metoda zabawowa – naśladowcza**, związana ze stosowaniem ćwiczeń gimnastycznych, przeznaczona dla dzieci młodszych (5 – 7 lat), polegająca na wywołaniu u nich określonego, myślowego obrazu przedmiotu lub zjawiska i zaleceniu naśladowania go, np.: czynności ludzi, zwierząt, postaci z bajek, a także zjawisk przyrody (grzmot, wiatr, deszcz).

- **metoda zabawowa – klasyczna**, związana z zabawami i grami ruchowymi.

- **metoda bezpośredniej celowości ruchu** - łagodne przejście od ruchów w formie zabawowej do ćwiczeń gimnastycznych z użyciem przyborów, wykonywanych metodą „ściśła”. Są to zadania w odpowiednio dobranej pozycji wyjściowej. Celem bezpośrednim dla ćwiczących jest wykonanie zadania, natomiast właściwy cel znany jest tylko prowadzącemu zajęcia. Metoda ta jest bardzo potrzebna w leczeniu usprawniającym, dokładnie określa pozycje wyjściowe do ćwiczeń, stabilizując odcinki ciała. Treści ćwiczenia ściśle określają rodzaj ruchu, amplitudę, szybkość i liczbę powtórzeń.

- **metoda programowanego usprawniania się** - podjęcie określonego programu działania (np.: na ścieżce zdrowia), wymagająca pewnej inwencji od usprawniającego się, który wszystkie decyzje podejmuje samodzielnie. Jednak muszą być one ściśle kontrolowane przez nauczyciela i odpowiednio przystosowane do poszczególnych rodzajów schorzeń.

III. Zadań problemowych, związanych z twórczym myśleniem i działaniem.

Wymagają one zastosowania : metod kreatywnych (twórczych). Są to:

- **metoda ruchowej ekspresji twórczej** - oparta na improwizacji ruchowej, czyli pozostawieniu ćwiczącym całkowitej swobody wykonywania ruchu (stworzona

przez Labana). Nie obowiązuje w niej tok lekcyjny, a jedynie logiczne uporządkowanie zadań ruchowych – zasada stopniowania wysiłku, wszechstronności ruchów, przemienności wysiłku i końcowe rozluźnienie. W usprawnieniu leczniczym jest ona bardzo przydatna dla dzieci o różnym stopniu ograniczenia sprawności fizycznej i psychicznej. Daje im możliwość wyeksponowania fantazji twórczej i przeżywania radości.

- **metoda problemowa** - studenci samodzielnie analizują i rozwiązują problemy oraz weryfikują poprawność rozwiązania w praktycznym działaniu (np. jak ułożyć program fizycznego usprawnienia konkretnej grupy pacjentów chorych na serce, jak w określonych warunkach przeciwdziałać wadom postawy, jak wzbogacić i uatrakcyjnić zestaw zabiegów zapobiegających płaskostopiu, itp.).

Nowoczesne metody nauczania ruchu niewątpliwie dużo wnoszą do procesu kształcenia, niemniej jednak nie mogą być one postrzegane jako jedyne. Nie można ich również traktować w oderwaniu od innych metod, zgodnie z zasadą, że „praca urozmaicona, wszechstronna, uwzględniająca różnorodność bodźców, środków, form i metod, daje najlepsze wyniki” [1].

Powyższe metody muszą więc łączyć się z innymi metodami - rozwijania sprawności fizycznej (powtórzeniowa, obwodowo-stacyjna, strumieniowa) jak również z metodami prowadzenia zajęć, czyli z formami nauczania. Programy metodyki nauczania ruchu powinny również uwzględniać zasady dydaktyczno-wychowawcze, które wskazują, jak powinno się nauczać. Znamy je z dydaktyki ogólnej i interpretujemy je w kontekście potrzeb i specyfiki danego przedmiotu. Są to:

- **zasada świadomości i aktywności** - świadome nauczanie czynności ruchowych, wiąże się z kształtowaniem aktywnego i twórczego podejścia do rozwiązywania postawionych zadań „co, dlaczego i jak należy robić”.

- **poglądowości** - ważna w stosowaniu ćwiczeń korekcyjnych i rehabilitacyjnych oraz w stosowaniu ćwiczeń rozwijających cechy motoryczne (jest to pokaz zadania ruchowego i objaśnienie oraz wykorzystanie pomocy dydaktycznych – fazogramy, plansze, fotografie, filmy, magnetowid, lustra).

- **dostępności (stopniowania trudności)** - zadania muszą być dostosowane do wieku, płci i możliwości ruchowych ćwiczących, należy przechodzić od zadania łatwego do trudnego.

- **indywidualizacji** - praca z zespołem musi opierać się na znajomości możliwości ruchowych i wydolnościowych jednostki, tak ważnej w grupie osób niepełnosprawnych.

- **systemowości** - poznanie logicznego uporządkowania ćwiczeń i korelacji między nimi oraz podnoszenie poziomu sprawności poprzez systematyczność w ćwiczeniach.

- **trwałości** - ugruntowanie wiedzy poprzez stosowanie takich metod, które w efekcie przyniosą utrwalenie, usys-

tematyzowanie i pogłębienie wiadomości i umiejętności [6].

Aby zajęcia ruchu leczniczego z pacjentami doprowadzić do maksymalnej skuteczności, studenci uczący się zawodu powinni zarówno teoretycznie, jak i praktycznie opanować powyższe metody i zasady.

Reasumując powyższe rozważania i analizując nowoczesność metod nauczania ruchu należy podkreślić, iż w myśl nowych tendencji pedagogicznych wprowadza się formy działalności oparte na metodach poszukujących, które pozwalają uczniom i studentom dostrzegać określone problemy, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne, a także weryfikować uzyskiwane rozwiązania. Dąży się do utrwalania umiejętności oraz rozwijania pozytywnych motywacji wobec kultury fizycznej. Szczególną uwagę zwraca się na sferę poznawczą i samodzielność rozumowania. Współczesna lekcja ruchu to właściwie rozumiana intensyfikacja, polegająca na całościowym i wielostronnym oddziaływaniu na uczniów, studentów bądź pacjentów.

Takie działania rozszerzają wiedzę i umiejętności, stwarzają sytuacje problemowe, wymagające szukania nowych rozwiązań, a jednocześnie mobilizują do aktywnego uczestnictwa w procesie dydaktycznym.

Powyższe spojrzenie na nowoczesne metody nauczania ruchu, stosowane w dydaktyce wychowania fizycznego, oraz odpowiednio zmodyfikowane dla potrzeb fizjoterapii, nie straciło nic na swojej aktualności. Niemniej jednak uwaga całego szkolnictwa powinna być skierowana na szybsze i pełniejsze wdrażanie ich w życie.

Z przykrością należy stwierdzić, że w porównaniu z krajami Unii Europejskiej świadomość potrzeby i nawyku systematycznego ruchu wśród Polaków jest bardzo niska. Dotyczy to zarówno ludzi zdrowych, jak i niepełnosprawnych. Jest to rezultatem braku rozwoju kultury fizycznej od małego dziecka, co w Europie zachodniej istniało od lat, jak również chęci, sposobów i umiejętności wprowadzania w życie ucznia nowoczesnych metod nauczania ruchu. Dotychczasowe wprowadzanie innowacji w dydaktyce było procesem długotrwałym, dlatego też koniecznością jest, aby został on znacznie przyspieszony. Wejście do Unii Europejskiej wymaga dostosowania norm, zasad i wzorów oraz programów nauczania do wymogów rynku europejskiego. Przed uczelniami stoi zadanie wykształcenia nowoczesnych specjalistów różnych dziedzin. Wymaga to stosowania procesów dydaktycznych, dających absolwentom polskich uczelni możliwości konkurencji z kolegami z państw zachodnich. Pamiętajmy, że obecni studenci, wkrótce absolwenci, będą pracować nie tylko w Polsce, ale i poza jej granicami. Aby móc nieść pomoc innym, muszą najpierw zadbać o siebie, zarówno o stronę fizyczną, jak i intelektualną. Muszą prezentować wizerunek zdrowego, sprawnego fizycznie o wysokich kwalifikacjach fizjoterapeuty/rehabilitanta. Nowoczesna dydaktyka silnie przecież akcentuje tezę, że proces kształcenia powinien być procesem nauczania i uczenia się. Wymaganiom współczesnego świata sprostać może tylko ten, kto będzie ambitny,

wykwalifikowany, zaangażowany w pracy, żądny sukcesu i nie unikający rywalizacji. Tacy fachowcy wzniosą również rehabilitację na właściwe jej miejsce, co wpłynie, mamy nadzieję, na poprawę jej wyników, a tym samym na zapewnienie większego komfortu życia niepełnosprawnym.

Przyczyniać się to może do ogólnie lepszego wizerunku Polski w oczach świata.

Piśmiennictwo: _____

1. Barczyk A., Tuszyński J. Metody i formy współczesnego wychowania fizycznego. Chowania, 1974, Nr 1
2. Demel M.: Szkice krytyczne o kulturze fizycznej. Warszawa: SiT, 1973.
3. Gilewicz Z. Teoria wychowania fizycznego. Warszawa: SiT.
4. Grabowski H.: Teoria fizycznej edukacji. Warszawa: WSiP, 1997.
5. Janiszewski M. Rekreacja ruchowa dla osób niepełnosprawnych. Łódź: Uniwersytet Łódzki, 1989.
6. Jonkisz J., Lewandowski M. Kształcenie i wychowanie w reformowanej szkole. Wrocław: AWF, 2001.
7. Kalinowski A., Zukowska Z. Metodyka wychowania fizycznego. Warszawa: WSiP, 1975.
8. Lachowicz L. Metodyka wychowania fizycznego. Gdańsk, 1991.
9. Legowicz J. O nauczycielu. Filozofia nauczania i wychowania. Warszawa: PWN, 1975.
10. Lewin A. System wychowania a twórczość pedagogiczna. Warszawa, 1983.
11. Praca zbiorowa pod red. T. Maszczaka Metodyka wychowania fizycznego. Warszawa: AWF, 1991.
12. Okoń W.: Nauczanie problemowe we współczesnej szkole. Warszawa: WSiP, 1984.
13. Pawłucki A: Nowoczesność w wychowaniu fizycznym dzieci i młodzieży. Warszawa: SiT, 1974.
14. Półturzycki J. Dydaktyka dla nauczycieli. Toruń: Wyd. Marszałek A., 1997.
15. Strzyżewski S.: Ewolucja metod stosowanych w wychowaniu fizycznym. Warszawa: IKN, 1988.
16. Wapiennik E., Piotrowicz R. Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy Warszawa: UKIE, 2002.

Ekonomika farmacji jako dziedzina wiedzy, przedmiot nauczania i specjalność na studiach

Mgr Maciej Paprocki

Zakład Farmacji Stosowanej Wydziału Farmaceutycznego AM

Kierownik: dr hab. Edmund Sieradzki

Streszczenie

Artykuł prezentuje ekonomikę farmacji jako dziedzinę wiedzy, przedmiot nauczania i specjalność na studiach. Wskazuje, że ciągle niezadowolający dostęp do leków dla wszystkich potrzebujących, nieprawidłowości w produkcji, dystrybucji i stosowaniu leków, podnoszą znaczenie i wymuszają rozwój ekonomiki farmacji. Postuluje, aby rozwój ekonomiki farmacji potraktować jako warunek

niezbędny racjonalizacji farmakoterapii, poprzez poprawę zasadności medycznej i jednocześnie zasadności ekonomicznej decyzji dotyczących farmakoterapii.

Wprowadzenie

Rozważania na temat ekonomiki farmacji przygotowane zostały w związku z propozycją utworzenia - w ramach programu nauczania dostosowanego do „Minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na



Rycina 1.



Rycina 1a

kierunku farmacja”, zatwierdzonym przez Radę Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie 29 czerwca 2002 roku - nowej specjalności (fakultatywnego bloku przedmiotów specjalistycznych na IV i V roku studiów) **farmakoekonomika** (patrz ryciny 1 i 1a) /1/.

Tekst ten należy traktować jako wstępny materiał do dyskusji nad zakresem wiedzy i przedmiotami nauczania proponowanymi do programu nowej specjalności na wydziałach farmaceutycznych. Zakres tematyczny, treści programu, a tym bardziej wymiar godzinowy projektowanych wykładów, ćwiczeń i seminariów poświęconych poszczególnym przedmiotom, a w ich ramach poszczególnym problemom, autor traktuje jako odrębne, istotne zagadnienia, wymagające odrębnego potraktowania. Odrębnych rozważań w kolejnej fazie, po rozstrzygnięciu, czemu ogólnie ma być poświęcona nowa specjalność – **farmakoekonomicznie** czy **ekonomicznie farmacji**.

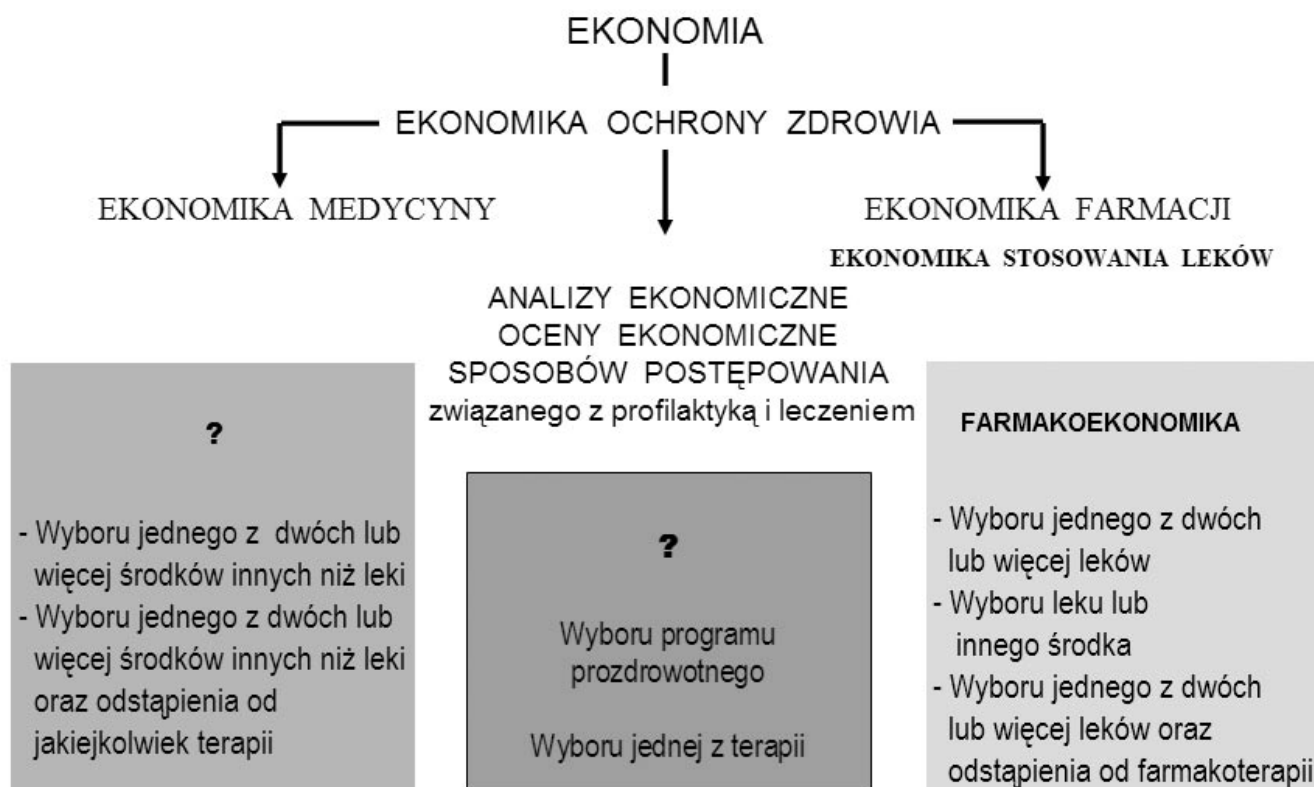
Opracowanie niniejsze prezentuje argumenty za uznaniem konieczności propagowania i rozwijania dziedziny wiedzy, jaką jest ekonomika farmacji, niezbędna do poznawania oraz rozwiązywania wielu problemów współczesnej farmacji, związanych z takimi pakietami zagadnień, jak: polityka lekowa państwa, system regulacji rynku leków czy system rekomendacji leków przez państwo (z podsystemami: rejestracji i dopuszczania do obrotu, refundacji, opracowywania i aktualizowania wytycznych farmakoterapii oraz stosowania i egzekwowania standardów farmakoterapii, w oparciu o systematyczny i powszechny monitoring tego procesu). Prezentuje też argumenty przeciw modzie na używanie pojęcia „farmakoekonomika” (nieprzypadkowo wylansowanej). Przeciw nieuzasadnionemu



Rycina 2. Schemat przedstawiający genezę farmakoekonomiki.

i nieprecyzyjnemu stosowaniu tego pojęcia - powszechnemu nadużywaniu go.

Farmakoekonomika staje się pojęciem powszechnie stosowanym: ukazują się czasopisma zawierające w tytule to słowo (Farmakoekonomika i Przegląd Farmakoekonomiczny), niektóre czasopisma mają wyodrębnione działy (rozdziały) o tej nazwie, funkcjonuje stowarzyszenie naukowe poświęcone tej dyscyplinie, planuje się utworzenie kierunku studiów Farmakoekonomika. Wskazuje się na początki tej dyscypliny - lata osiemdziesiąte XX wieku - oraz jej związek z ekonomiką (ochrony) zdrowia, z której się wywodzi.



Rycina 3. Schemat przedstawiający usytuowanie analiz farmakoekonomicznych i innych analiz ekonomicznych w obszarze ochrony zdrowia.

Sytuacja ta i przedstawiający ją w uproszczeniu na ryc. 2 schemat zmusza do refleksji nad inną dziedziną wiedzy, jaką jest „ekonomika farmacji”. Dziedziną znacznie szerszą od farmakoekonomiki i - co istotne - o znacznie większym znaczeniu, nie tylko dla farmacji i farmaceutów. O istotnym znaczeniu dla teorii i praktyki wytwarzania i dystrybucji leków oraz stosowania farmakoterapii, najpowszechniejszej ze stosowanych na całym świecie metod terapii, polegającej na użyciu leków.

Przedstawiony na ryc. 2 schemat można zaakceptować jako narzędzie ułatwiające zrozumienie oraz zapamiętanie genezy dziedziny nazwanej farmakoekonomiką, wydaje się on jednak niekompletny oraz niewłaściwy przy rozważaniach nad nazwą nowej specjalności i wyborem przedmiotów nauczania do programu studiów farmaceutycznych czy innych. Rozpatrując ten schemat w trzech aspektach: semantycznym, syntaktycznym i pragmatycznym, proponuję skorygowanie go w sposób przedstawiony na rycinie 3.

Pojawienie się pojęcia i wyodrębnienie nowej, wąskiej dziedziny wiedzy – farmakoekonomiki - kojarzone z rozwojem ekonomiki ochrony zdrowia i wzrostem znaczenia grupy kosztów ochrony zdrowia, wynikających z dynamicznie rozpowszechniającego się stosowania leków, a także wzrostu ich cen, nie zaprzecza istnieniu i znaczeniu dziedziny wiedzy, za jaką należy uznać ekonomikę farmacji.

Definicje

Analiza definicji dziedzin przytoczonych w pierwszym schemacie (ryc. 2):

ekonomii, mówiącej, że jest to nauka badająca społeczny proces gospodarowania¹,

ekonomiki ochrony zdrowia, mówiącej że to dyscyplina, która wyjaśnia charakter ekonomicznych procesów związanych z wytwarzaniem oraz wymianą dóbr i usług, znacznie bardziej złożonych w opiece zdrowotnej, aniżeli w innych działach gospodarki /2/.

Oraz farmakoekonomiki, mówiącej, że to ekonomiczna ocena leków, a ocena taka jest analizą porównawczą dwóch lub więcej leków pod względem ich kosztów i konsekwencji (porównaj poz. 3, 4, 5, 6), nasuwa dwa zasadnicze wnioski.

1 - **farmakoekonomika** to bardzo wąska dziedzina,

2 - omawiany łańcuch pojęć wymaga logicznego uzupełnienia o istotne ogniwo, jakim jest **ekonomika farmacji**, czyli dyscyplina, która wyjaśnia charakter ekonomicznych procesów związanych z wytwarzaniem (produkcja wraz z badaniami i rozwojem), dystrybucją i stosowaniem leków oraz wytwarzaniem i wymianą usług farmaceutycznych.

Kolejny wniosek, jaki nasuwa się po wymienionych, to taki, że ekonomiczna analiza, czy też ekonomiczna ocena leków, poprzedzona odpowiednią analizą ekonomiczną, służąca optymalizacji wyboru leku, związana jest ściśle

z częścią ekonomiki farmacji, jaką jest ekonomika stosowania leków. A co więcej - jedynie z częścią tej części, bo nie zajmuje się wieloma zagadnieniami z tego obszaru, chociażby różnymi problemami lekowymi, występującymi w codziennej praktyce, i ich konsekwencjami /7/.

Można też wysnuć wniosek, że bez stosowania, a na pewno nadużywania pojęcia „farmakoekonomika” można się obyć mówiąc i pisząc o analizach ekonomicznych (porównywaniu kosztów i efektów) sposobów postępowania dotyczących zastosowania konkretnych leków. Do takiego wniosku upoważnia lektura wydanej niedawno w Polsce książki Michaela F. Drummonda i wsp., zatytułowanej „Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia” (pierwsze wydanie oryginału „Methods for the Economics Evaluation of Health Care Programmes” w 1987 r., drugie w 1997 r.; pierwsze wydanie w Polsce, pod redakcją prof. dr hab. med. Jacka Splawińskiego, w 2003 r./8/.)

Pryzmat historii

Przyjmując, że farmakoekonomika ma swoje korzenie w liczeniu kosztów terapii w połowie lat 60. XX wieku, a pojęcie to pojawiło się w literaturze w 1986 roku /5/, proponuję refleksję nad początkami ekonomiki farmacji.

Śledząc najważniejsze fakty z historii światowej i polskiej farmacji (tab. 1 i 2) można wiele odległych bardzo w czasie wydarzeń kojarzyć z istnieniem i rozwojem dziedziny wiedzy, za jaką wypada uznać ekonomikę farmacji.

Utworzenie w 1977 roku przez WHO pierwszej listy „essential drugs”, rekomendującej leki podstawowe rządów państw, można uznać za światową „premierę” ekonomiki farmacji. Istotą tego przedsięwzięcia była bowiem troska o racjonalne gospodarowanie - ograniczonymi przecież - zasobami środków finansowych na zakupy i stosowanie leków.

Można też rozważyć, czy zacyzmem ekonomiki farmacji nie był szereg wcześniejszych wydarzeń w USA, zapoczątkowany ustawą o żywności, lekach i kosmetykach, przygotowywaną przez szereg lat (od 1933 roku), a wprowadzoną w życie w 1938 roku i skierowaną przeciw nieskutecznym i niebezpiecznym produktom. Ustawą wprowadzającą odrębne wymogi dla środków na receptę i środków dostępnych bez recepty, czyli OTC – „ustawiającą i nakręcającą rynek leków”, pewnie raz na zawsze.

Lata 40. przyniosły:

- nowe techniki odkrywania i wyodrębniania nowych substancji – przy badaniach nad Streptomycyną,
- decyzję Amerykańskiego Biura Patentowego, że modyfikacje chemiczne dają nowy produkt,
- nadmierne wykorzystywanie przez producentów leków ochrony patentowej do kontroli produkcji, dystrybucji i ceny wydarzenia istotne w obszarze, który nie sposób nie skojarzyć z ekonomiką farmacji.

¹ Definicji ekonomii można przytoczyć wiele – wąskich i bardziej rozwiniętych – ta dość zwięzła, a jednocześnie ogólna, pochodząca z Nowej Encyklopedii Powszechnej PWN (Warszawa 1997) wydaje się w tym miejscu pasować.

Lata 50. i 60. to czas szczytowych „osiągnięć” w pracach nad nowymi środkami leczniczymi, z przypadkiem Thalidomidu włącznie, uświadamiającym wprowadzanie do sprzedaży i stosowania nowych, niebezpiecznych produktów, bez właściwego przebadania, z chęci łatwego i szybkiego zysku – to lata wzrostu znaczenia i świadomości w obszarze ekonomiki farmacji.

Rok 1962 to wprowadzenie w życie poprawek Harrisa i Kefauera do ustawy o lekach. Wprowadzenie kontroli produkcji, badań skuteczności i bezpieczeństwa, wprowadzenie obowiązku stosowania i kontroli realizacji procedur Dobrej Praktyki Wytwarzania i Dobrej Praktyki Laboratoryjnej. Wreszcie - wprowadzenie obowiązku re-

jestracji poprzedzonej badaniami również w odniesieniu do generyków i produktów podobnych. Nowe rozwiązania spowodowały wzrost kosztów i wydłużenie czasu rejestracji – dopuszczenia do sprzedaży, a więc i czasu zwrotu nakładów na badania i promocję. Część producentów została wyeliminowana z rynku. Mocni zostali i podnosili ceny. Powstawały wątpliwości, czy zmniejszenie konkurencji było zamierzonym i pozytywnym efektem. Przytoczone analizy, działania i przeciwdziałania, obserwacje i wnioski świadczą o sporej już dojrzałości ekonomiki farmacji.

Istotnym wydarzeniem, które nasuwa się w tych rozważaniach, było na pewno opracowanie w 1816 roku pierwszego receptariusza szpitalnego w USA – Pharmacopoeia of the New York Hospital

Tabela 1. Najważniejsze fakty z historii światowej i polskiej farmacji do XX w.

ok. 3000 p. n. e.	Zielnik legendarnego Shennonga (Chiny), pierwowzór lekospisów
XVI w p. n. e.	Papirus Ebersa (Egipt) opisuje ok. 900 surowców i leków
I w n. e.	Andromachos (Rzym) opisał i udoskonalił skład teriaku (panaceum złożone z 89 składników)
II w	Galen (Rzym), autor licznych prac z zakresu medycyny i farmacji, wprowadził nowe formy leku, takie jak wyciągi i nalewki, stworzył podwaliny wiedzy o postaciach leków
VIII w	W Bagdadzie powstała pierwsza samodzielna apteka
1240	rozdział zawodów – funkcji „sztuki leczenia” i „sztuki sporządzania leków” Cesarz Fryderyk II z dynastii Hohenstaufów – król Sycylii i Włoch Południowych / cesarz rzymski narodu niemieckiego. Zapis w Konstytucjach Sycylijskich określa aptekę jako „urząd zdrowia – Officina Sanitatis” z zastrzeżeniem władzy państwowej prawa do kontrolowania „już aptekarzy”.
1248	Utworzenie apteki w Świdnicy
1433	Rektor Akademii Krakowskiej otrzymał prawo kontroli aptek krakowskich
1498	Powstanie pierwszej farmakopei miejskiej (Florencja)
1527	Zygmunt I Stary nakazał otworzyć w Gdańsku aptekę komunalną, a zlikwidować apteki prywatne
1520 - 41	Paracelsus, twórca jatrochemii dał początek chemii farmaceutycznej
1545	Utworzenie katedry farmacji na uniwersytecie w Padwie
1546	Wprowadzenie aptekarskich jednostek wagowych (Norymberga)
1633	Uchwała sejmu polskiego o wymaganiach egzaminacyjnych dla aptekarzy
1655	Powstanie pierwszej farmakopei miejskiej w Polsce (Gdańsk)
1777	Utworzenie pierwszej wyższej szkoły farmaceutycznej (Paryż)
1783	Utworzenie katedry farmacji w Krakowie
1809	Utworzenie katedry farmacji i chemii w Warszawie
1816	Powstanie pierwszego receptariusza szpitalnego – Pharmacopoeia of the New York Hospital (USA)
1819	Powstanie pierwszego naukowego towarzystwa farmaceutycznego w Polsce (Wilno)
1820	Powstanie pierwszego polskiego naukowego czasopisma farmaceutycznego „Pamiętnik Farmaceutyczny Wileński”
1860	Powstanie pierwszego polskiego receptariusza – Cz. II. Taxa, czyli Cennik lekarstw podług Farmakopei Szpitalnej. I. Prawidła ogólne pod względem oceniania lekarstw (Warszawa)

Tabela 2. Najważniejsze fakty z historii światowej i polskiej farmacji od początku XX w.

1902	Ustawa o kontroli biologicznej (USA)
1906	Ustawa o czystości produktów żywności i leków (USA)
1920	Powstanie 4 oddziałów farmaceutycznych przy wydziałach mat. – przyr. lub filoz. Uniwersytetów w Polsce
1929	Powstanie samodzielnego wydziału farmacji na Uniwersytecie Warszawskim
1938	Ustawa o żywności, lekach i kosmetykach (USA) Przeciw nieskutecznym i niebezpiecznym produktom. - Wprowadzenie obowiązku rejestracji produktów wprowadzanych do obrotu i stosowania, związanego z koniecznością przetestowania - Wprowadzenie obowiązku rozszerzonej informacji na etykietach „ostrzeżenia” - Wprowadzenie odrębnych wymogów dla środków na rp i środków dostępnych bez rp, czyli OTC
Lata 40	I Nowe techniki odkrywania i wyodrębniania n. substancji (przy badaniach nad Streptomycyną). II Decyzja Amerykańskiego B. Patentowego, że modyfikacje chemiczne dają nowy produkt. III Producenci wykorzystują ochronę patentową do kontroli produkcji, dystrybucji i ceny.
Lata 50 i 60	Szczyt „osiągnięć” prac nad nowymi środkami leczniczymi. Niektóre stany wprowadziły nawet przepisy „antysubstytucyjne” – zakaz zmian przepisane leku drastycznie zmniejszała elastyczność popytu – ceny dynamicznie rosły. Powstały duże wątpliwości dotyczące relacji pomiędzy cenami i skutecznością cudownych środków. Przypadek tragicznych skutków ubocznych stosowania Thalidomidu zrodził zarzut wprowadzania do sprzedaży n. produktów niebezpiecznych i niebadanych – z chęci łatwego i szybkiego zysku.
1962	– poprawki Harrisa i Kefauera do ustawy o lekach. Wprowadzenie kontroli produkcji. Badań skuteczności i bezpieczeństwa. Wprowadzenie obowiązku stosow. i kontrola realizacji procedur DPW i DPLab. Wprowadzenie obowiązku rejestracji poprzedzonej badaniami również generyków i produktów podobnych. Nowe rozwiązania spowodowały wzrost kosztów i wydłużenie czasu rejestracji - dopuszczenia do sprzedaży, a więc i czasu zwrotu nakładów na badania i promocję. Część producentów została wyeliminowana z rynku. Mocni zostali i podnosili ceny. Powstały wątpliwości, czy zmniejszenie konkurencji było zamierzonym i pozytywnym efektem.
1977	Pierwsza lista „essential drugs” WHO rekomendująca listę leków podstawowych rządów państw

peia of the New York Hospital (Ciekawe, że pierwszy polski receptariusz, „z cennikiem lekarstw podług Farmakopei Szpitalnej oraz prawidłami ogólnymi pod względem oceny lekarstw” powstał w Warszawie już w 1860 roku) /9/. Receptariusz to forma wytycznych stosowania leków i jednocześnie element systemu rekomendacji leków. Opracowanie takiego narzędzia kształtowania popytu na leki na pewno dotyczy obszaru ekonomiki farmacji.

Za inny ważny fakt trzeba uznać decyzję Króla Zygmunta I Starego z 1527 roku o likwidacji w Gdańsku aptek prywatnych i utworzeniu apteki komunalnej. Dziś z trudem dociera do świadomości społecznej znaczenie własności dla skutecznego zarządzania i prawda mówiąca, że prywatyzacja nie jest celem, a jedynie środkiem do celu, który należy racjonalnie stosować, że to nie jedyny sposób podnoszenia efektywności zarządzania. A już w XVI wieku mamy do czynienia z decyzjami króla - podmiotu sfery regulacji rynku leków /10/ o zmianie statusu aptek, w kontekście zmiany prawa własności. To ewiden-

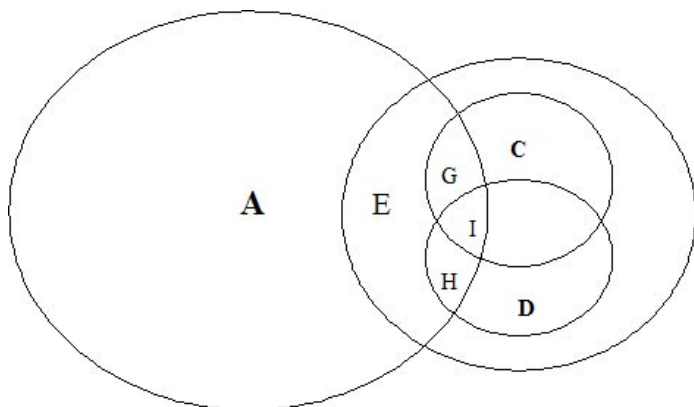
tny przykład regulacji rynku leków, a konkretnie dotyczący aptek ogólnodostępnych (tworzących w tamtym czasie jednocześnie grupę producentów), należących do podmiotów sfery podaży tego rynku. Nie powinno być więc wątpliwości, że to wydarzenie zaliczyć można do działań z zakresu ekonomiki farmacji, zapewne poprzedzonych analizą i oceną sytuacji.

Jeszcze wcześniejszym faktem, wartym odnotowania i rozważenia w tym miejscu, wydaje się przypisanie w 1433 roku prawa kontroli aptek Rektorowi Akademii Krakowskiej. Wprowadzenie instytucji kontroli, zapewne zgodnej z jakimiś kryteriami (z pierwowzorem zasad Dobrej Praktyki Wytwarzania i Dobrej Praktyki Aptecznej?) i związanej z jakimiś uprawnieniami do oddziaływania na kontrolowane podmioty (może dotkliwymi sankcjami), można chyba uznać za element regulacji rynku leków. Można więc też przyjąć, że była to decyzja początkująca działania i poprzedzona poważnymi przemyśleniami z zakresu ekonomiki farmacji.

Kontynuując rozważania na temat początków ekonomiki farmacji wypada sięgnąć do roku 1240. Rozdział zawodów – funkcji „sztuki leczenia” i „sztuki sporządzania leków”, zapisany w Konstytucjach Sycylijskich przez Cesarza Fryderyka II z dynastii Hohenstaufów – Króla Sycylii i Włoch Południowych, określenie apteki jako „urzędu zdrowia – Officina Sanitatis”, z zastrzeżeniem dla władzy państwowej prawa do kontrolowania „już aptekarzy”, wydaje się istotnym wydarzeniem. To chyba prawdziwe początki regulacji rynku leków, działań zmierzających do racjonalizacji działalności gospodarczej związanej z lekami (licencjonowanie uprawnień zawodowych i kontrola sprawowana przez państwo). Działalności w obszarze ekonomiki farmacji, na pewno nie farmakoekonomiki.

Dziedzina wiedzy i jej relacje interdyscyplinarne

W świetle przedstawionych faktów i wniosków ekonomika farmacji jawi się jako dziedzina oraz przedmiot nauczania istotny i atrakcyjny dla studentów farmacji (i nie tylko), obejmujący, zawierający niejako w sobie taką dziedzinę i przedmiot, za jaki uznano farmakoekonomikę (ryc. 4).



Ryc. 4. Obszar Ekonomiki Farmacji

- A** – Ekonomia
- B** – Ochrona zdrowia (zdrowie publiczne)
- C** – Medycyna
- D** – Farmacja
- E** – Ekonomika (ochrony) zdrowia – [obszar wspólny A i B]
- F** – Farmakologia – [obszar wspólny C i D]
- G** – Ekonomika medycyny – [obszar wspólny C i A]
- H** – Ekonomika farmacji – produkcji, dystrybucji i stosowania leków – [obszar wspólny D i A]
- I** – Farmakoekonomika – ekonomika stosowania leków – [obszar wspólny G i H]

Ekonomika farmacji [H] jako część ekonomiki (ochrony) zdrowia [E]

Wydaje się, że dziedzina określona jako „ochrona zdrowia” jest znacznie szersza od takich dziedzin jak medycyna i farmacja, które w niej są zawarte i niejako jej

służą. Można więc wnioskować, że w obrębie dziedziny określonej jako „ekonomika ochrony zdrowia” mieszczą się i ekonomika farmacji i ekonomika medycyny.

Jeśli przyznamy, że obszarem wspólnym dla medycyny i farmacji jest farmakologia (lek i jego działanie na organizm człowieka), to powiązanie tego obszaru z obszarem ekonomii daje medycyno-farmako-ekonomikę, dyscyplinę nazwaną jednak farmakoekonomiką i szczęśliwie pod tą nazwą rozwijającą się.

Zastanawiające, że używa się pojęć ekonomika farmacji i farmakoekonomika, właściwie stanowiących podobny zlepek pojęć ekonomika i farmacja, a nie używa się żadnego połączenia pojęć ekonomika i medycyna². Z opisu analiz ekonomicznych przypisanych farmakoekonomice wynika, że są to analizy porównawcze dwóch lub więcej procesów farmakoterapii, czyli zastosowania dwóch lub więcej leków. Używa się jednak w ramach farmakoekonomiki również analiz porównawczych kosztów farmakoterapii – procesu terapii przy użyciu konkretnego leku – z „innym programem zdrowotnym”. Czyli do farmakoekonomiki zaliczono również porównanie kosztów procesu leczenia, np. choroby wrzodowej żołądka, zarówno przy użyciu konkretnego leku, jak i przez proces zabiegu chirurgicznego (ze wszystkimi fazami, łącznie z przygotowaniem i rekonwalescencją).

Nasuwa się pytanie, czy inne analizy ekonomiczne, porównujące „różne programy zdrowotne” bez zastosowania leków, np. polegające na naświetlaniach lub kąpielach, czy wypalaniu lub wycinaniu, albo „programy prozdrowotne” – też powinny być przypisywane farmakoekonomice? Po chwili refleksji samo pytanie wydaje się nielogiczne. Takie analizy wydają się zdecydowanie pasować do ekonomiki medycyny (patrz rycina 3).

Obserwowany rozwój analiz ekonomicznych, skonfigurowanych jako analizy farmakoekonomiczne, i ucieczkę od łączenia medycyny z ekonomiką trudno całkiem zignorować, prowadząc rozważania o związkach bliskich sobie dziedzin wiedzy i obszarach tematycznych każdej z nich.

Nie negując rozwoju, roli i znaczenia farmakoekonomiki, na pewno profesjonalnie zaprezentowanych w cyklu artykułów zatytułowanym „Farmakoekonomika dla lekarzy” /4/, warto wskazać usytuowanie tej dyscypliny – jej związki semantyczne, syntaktyczne i pragmatyczne z innymi dziedzinami oraz związki z określonymi grupami podmiotów, wśród których niepoślednią rolę odgrywają najwięksi wytwórcy leków – koncerny farmaceutyczne. Wielkie firmy farmaceutyczne, wspierające rozwój tej dyscypliny poprzez bezpośrednie finansowanie prowadzonych analiz farmakoekonomicznych oraz zainteresowanie planowaniem, wdrażaniem i monitorowaniem, a także publikowaniem opisów takich badań przez inne, formalnie

² Książka zatytułowana „Ekonomika Medycyny”, przygotowana pod redakcją Jarosława J. Fedorowskiego i Rafała Niezankowskiego, która została wydana przez PZWL, w 2002 roku, nie jest powszechnie znana, a sam tytuł dla wielu jest zaskakujący i „dziwnie brzmiący” /11/.

niezależne podmioty.

Warto też podkreślić, a nie ukrywać faktu, że analizy farmakoekonomiczne mają niezaprzeczalnie walor dobrego narzędzia marketingowego, a szczególnie doskonałego narzędzia public relation i publicity. Może głównie z tego powodu wielcy producenci leków są skłonni w nie inwestować i popierać ich rozwój.

Specjalność (fakultatywny blok przedmiotów)

W programie nowej specjalności (fakultatywnego bloku przedmiotów specjalistycznych), nazwanej - jak staram się uzasadnić - raczej ekonomiką farmacji niż farmakoekonomiką, powinno znaleźć się szereg przedmiotów. Wprowadzeniem do bloku fakultatywnego powinien być przedmiot kierunkowy (dla całego roku) podstawy ekonomiki farmacji, z którego zajęcia powinny się zacząć przed terminem wyboru specjalności przez studentów. Tak, aby mogli oni dokonać świadomego wyboru programu, choć w zarysie zaprezentowanego przed podjęciem poważnej decyzji o profilu dalszego kształcenia (jeśli wybór specjalności ma być dokonany przez studentów III roku w maju, czyli w trakcie VI semestru, to zajęcia z przedmiotu kierunkowego, nazwanego „podstawy ekonomiki farmacji” powinny zacząć się nie później niż w trakcie V semestru). Proponowane przedmioty bloku to:

- ekonomia ogólna (potrzebne pojęcia, narzędzia, zjawiska, prawa),
- ekonomika ochrony zdrowia (otoczenie, usytuowanie problematyki ekonomiki farmacji),
- ekonomika farmacji (z wyodrębnieniem: ekonomiki wytwarzania, ekonomiki dystrybucji i ekonomiki stosowania leków),
- podstawy zarządzania (z uwzględnieniem zarządzania produkcyjno-handlowym przedsiębiorstwem farmaceutycznym [apteka, hurtownia farmaceutyczna, wytwórnia leków, laboratorium kontroli jakości] oraz zarządzania rynkiem leków przez instytucję władzy publicznej),
- podstawy marketingu – marketing farmaceutyczny (z uwzględnieniem stosownej instytucji władzy publicznej, jako podmiotu inicjującego marketing farmaceutyczny, reprezentującego interes publiczny),
- wiedza o człowieku i społeczeństwie (jako rozszerzenie psychologii i socjologii, z uzupełnieniem o elementy pedagogiki, ze względu na rolę edukacyjną farmaceutów wobec pacjentów i konsultacyjną wobec przedstawicieli innych zawodów),
- informatyczne narzędzia stosowane w farmacji (stale i dynamicznie rozwijające się rozszerzenie informatyki),
- system usług farmaceutycznych (rozszerzenie opieki farmaceutycznej i farmacji klinicznej),

Zakończenie

To problem ciągle niezadowolającej dostępności leków dla wszystkich potrzebujących tego szczególnego produktu (zarówno w państwach wysoko rozwiniętych i bogatych, jak również w tych zacofanych i biednych) podnosi znaczenie i wymusza rozwój ekonomiki farmacji. Zanie-

dbanie tej dziedziny w Polsce wydaje się być przyczyną wielu problemów związanych z produkcją, dystrybucją i stosowaniem leków, a w końcowym efekcie ze stosowaniem zbyt często nieuzasadnionej - zarówno medycznie, jak i ekonomicznie - farmakoterapii.

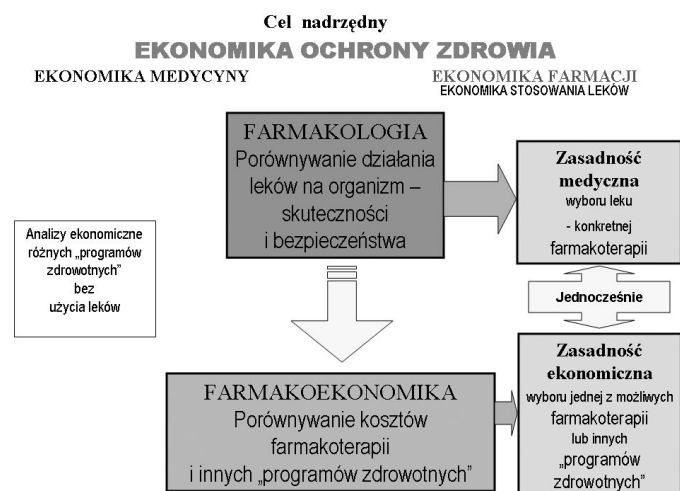
Warto przypominać, że do obszaru ekonomiki farmacji należą takie znaczące dla farmacji i farmaceutów pakiety zagadnień jak:

- polityka lekowa państwa,
- system regulacji rynku leków, z wyodrębnieniem:
 - przepisów dotyczących podmiotów występujących w sferze podaży rynku leków, a więc związanych z produkcją i dystrybucją leków,
 - przepisów dotyczących podmiotów generujących popyt na leki,
- system informacji o lekach, z takimi podsystemami jak:
 - naukowa informacja o nowych lekach,
 - ewidencja i analiza transakcji na rynku leków,
 - monitorowanie stosowanej farmakoterapii (w przekrojach przedmiotowych i podmiotowych, z eksponowaniem nieprawidłowości),
- system rekomendacji leków przez państwo, z takimi podsystemami jak:
 - rejestracja i dopuszczanie do obrotu leków,
 - refundacja leków,
 - opracowywanie i aktualizowanie wytycznych farmakoterapii,
 - oraz stosowanie i egzekwowanie standardów farmakoterapii na podstawie systematycznego i powszechnego monitoringu tego procesu.

Farmakoekonomika to obszar specjalistycznych, wysoce wysublimowanych badań – analiz porównawczych, prowadzonych przez wąskie grono specjalistów i służących bezpośrednio bardzo wąskiej grupie specjalistów. Wyniki analiz farmakoekonomicznych powinny odgrywać dużą rolę przy rozstrzygnięciach grup ekspertów decydujących o rejestracji i dopuszczeniu do obrotu leków, a także przy pracach komisji ds. negocjacji cen oraz komisji ds. refundacji (przy tworzeniu list refundacyjnych leków) /12/. Nie mogą być one narzędziem pracy dla każdego aptekarza z pacjentami przed okienkiem aptecznym, ani tym bardziej dla lekarza z kolejką chorych pacjentów, którzy muszą podejmować decyzje na podstawie znacznie bardziej przetworzonej informacji o lekach i nie mogą studiować naukowych opracowań analiz porównawczych, obarczonych opisami złożonych procedur standaryzacji czy porównywania kryteriów. Trudno też przyjąć, że analizy farmakoekonomiczne są przedmiotem zainteresowania komitetów terapeutycznych wszystkich szpitali, wiedząc jak te komitety pracują – jak słabo angażują się w racjonalizację farmakoterapii.

Niepotrzebna jest wszechobecna, powszechnie znana i szczegółowa wiedza z zakresu farmakoekonomiki, trudno więc postulować taką specjalność studiów i tworzyć rozbudowany program studiów (dla specjalności to rząd 300 godzin dydaktycznych nowych przedmiotów). Wszystko

przemawia za tym, aby podstawy farmakoekonomiki były potraktowane jako wyważony fragment programu nauczania ekonomiki farmacji.



Rycina 5.

Wyodrębnienie nowej specjalności na studiach farmaceutycznych (fakultatywnego bloku przedmiotów), nazwanej, jak postuluję ekonomiką farmacji, wydaje się dobrą

koncepcją. Warto jednak rozważyć, czy części przynajmniej proponowanego programu dla studentów farmacji tej specjalności, nie zaoferować również studentom innych specjalności. Może dostosowując do potrzeb zakres ekonomiki wytwarzania leków i zakres ekonomiki dystrybucji leków, a także ekonomiki stosowania leków, choć wydaje się, że zagadnienia z tego trzeciego obszaru tematycznego nie powinny być obce żadnemu z absolwentów wydziałów (kierunków) farmaceutycznych akademii medycznych.

Odrębną kwestią jest przydatność omawianego bloku przedmiotów dla studentów innych wydziałów, (teraz kierunków) szczególnie lekarskich. Wydaje się, że gruntowniejsze przygotowanie do korzystania z systemu rekomendacji leków mogłoby poprawić zarówno zasadność medyczną, jak i zasadność ekonomiczną decyzji lekarskich, związanych z wyborem i zlecaniem farmakoterapii. A poprawę zasadności tych decyzji, spełnienie warunku jednoczesnej zasadności medycznej i zasadności ekonomicznej farmakoterapii, trzeba uznać za cel istotny, nadrzędny (patrz ryc. 5) i wart zwiększenia nakładów sił oraz środków. Choćby z uwagi na stan naszych finansów publicznych, jeśli nie z powodu troski o stan zdrowia narodu.

Piśmiennictwo:

1. Pachecka J. Studia farmaceutyczne w Polsce w perspektywie wejścia do Unii Europejskiej. Prezentacja na posiedzeniu referatowym Oddziału Warszawskiego PTF, 09.12. 2003 r., slajd 41.
2. Getzen T. E., *Ekonomika zdrowia*, redakcja pol. K. Tymowska, PWN, Warszawa, 2000, s. 330 – 347.
3. Czech M., Orlewska E., *Słownik farmakoekonomiczny*. Unimed, Jaworzno, 2002.
4. Czech M., Pachocki R. *Farmakoekonomika dla lekarzy*. Med po Dypl. 2002,9,33.
5. Orlewska E. *Podstawy Farmakoekonomiki*. Unimed, Jaworzno. 1999.
6. Orlewska E. *Dlaczego farmakoekonomika?*. *Farmakoekonomika*. 2000, 4, s. 11.

7. Łazowski J. *Opieka farmaceutyczna*. Cz. II. *Problemy lekowe*. *Farm. Pol.* 2001, 57, 763.
8. Drummond M. F., i wsp. *Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia*, red. pol. J. Sptawński., *Via Medica*. Gdańsk. 2003.
9. Sptawński J. *Receptariusz szpitalny*. Unimed. Jaworzno. 1998. s. 8.
10. Paprocki M. *Regulowanie popytu na leki*. *Zdrowie i Zarządzanie*. 2000, 6, 50.
11. Bała M. i wsp. *Ekonomika medycyny*. PZWL. Warszawa. 2002.
12. Lis. J. *Analiza ekonomiczna w ochronie zdrowia*. *Problemy Zarządzania*, 2004. 4. 95

Ewaluacja zajęć dydaktycznych z POZ i Pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego

Mgr Halina Cieślak

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

Wydział Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie

Ewaluacja to zaplanowany, systematyczny proces o charakterze poznawczym, obejmujący projektowanie czynności badawczych, zbieranie, analizę danych dotyczących jakiegoś działania/programu, a następnie prezentowanie ich zainteresowanym (odbiorcom) [1]. Ewaluacja jest badaniem społecznym, szeroko stosowanym w procesie dydaktycznym, ponieważ pomaga ona prowadzącemu zajęcia dydaktyczne uzyskać informacje o osiągniętych celach kształcenia, oczekiwaniach i potrzebach osób realizujących zadania dydaktyczne. Ewaluacja

można być przeprowadzona przed rozpoczęciem ćwiczeń – zajęć praktycznych, w trakcie trwania ćwiczeń (ewaluacja formatywna) oraz po zakończeniu ćwiczeń (ewaluacja konkluzyjna). W swoim doniesieniu przedstawię ewaluację konkluzyjną po zrealizowanym programie kształcenia praktycznego, podsumowującym jego realizację. Istotnym celem przeprowadzonej ewaluacji było znalezienie odpowiedzi, na ile skuteczna była praca dydaktyczna nauczycieli akademickich i profesjonalistów z zakresu pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego ze

studentami podczas zajęć praktycznych w POZ, Medycynie Szkolnej i Opiece Społecznej.

Ewaluacja przedmiotu POZ i Pielęgniarstwo środowiskowe/rodzinne dotyczy konkretnych zadań dydaktycznych - organizacji i przebiegu kształcenia praktycznego zrealizowanego przez studentów II roku Pielęgniarstwa WNoZ AM w Warszawie w roku akademickim 2003/2004. Ewaluacja była przeprowadzona za pomocą ankiety własnej konstrukcji oraz oceny dokumentacji praktycznych osiągnięć studenta podczas ćwiczeń. W przedstawionej dokumentacji zawarte jest zadanie praktyczne ukierunkowane na podopiecznego i jego środowisko, w którym student przedstawia planowanie, wykonanie i ocenę swoich przedsięwzięć. W pracy tej ukazana jest współpraca studenta nie tylko z podopiecznym, ale także z rodziną i zespołem terapeutycznym POZ.

Ankieta zawierała 14 pytań zamkniętych i otwartych z możliwością rozszerzenia wypowiedzi przez studentów. Pierwsza grupa pytań dotyczyła czynności organizacyjnych ww. zajęć dydaktycznych, znajomości programu ćwiczeń, znajomości zakresu umiejętności wymaganych do zaliczenia ćwiczeń, znajomości struktury organizacyjnej poradni lekarskiej w POZ, medycyny szkolnej i opieki społecznej.

Po analizie odpowiedzi na tę grupę pytań 94% badanych studentów udzieliło pozytywnej odpowiedzi na powyższe kwestie. 6% badanych miało trudności z poznaniem programu i nie zrozumiało stawianych wymagań dydaktycznych.

Kolejna grupa pytań dotyczyła poznania dokumentacji medycznej odbiorcy świadczeń zdrowotnych w ww. placówkach szkoleniowych. 100% badanych dało pozytywną odpowiedź w powyższej kwestii. Wszyscy studenci mieli możliwość poznania dokumentacji pacjenta w poradni lekarskiej, dokumentacji ucznia i nauczyciela w szkole i podopiecznego ośrodka pomocy społecznej. Kolejne pytania ankiety dotyczyły poznania przez studenta zadań zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne, położne środowiskowe, pielęgniarki praktyki, pracowników biura obsługi pacjenta w POZ. Na 106 studentów tylko 1 osoba nie wykazała się znajomością pracy personelu terapeutycznego w POZ i pozostałych placówkach ochrony zdrowia.

Następne pytanie dotyczyło udziału studentów w realizowaniu świadczeń zdrowotnych w POZ, w medycynie szkolnej i ośrodka pomocy społecznej. Poniżej przedstawie poszczególne grupy zrealizowanych świadczeń zdrowotnych wykonanych przez studentów podczas 3-tygodniowych ćwiczeń:

- świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki
rozpoznanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych podopiecznych - 586 środowisk
prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia - 234

realizacja szczepień ochronnych - 108 podopiecznych
- świadczenia diagnostyczne - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych

w POZ - 219 środowisk
w Ośrodku Pomocy Społecznej - 336 środowisk
w medycynie szkolnej - 31 środowisk
wykonano testów przesiewowych - 237 środowisk
wykonano pomiarów i dokonano ich oceny u - 412 podopiecznych
wykonano badania EKG - 212 środowisk

- świadczenia pielęgnacyjne
przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w niepełnosprawności - 332 pacjentów

- świadczenia lecznicze
podawanie leków różnymi drogami i technikami - 586
zakładanie opatrunków - 96 osób

- świadczenia usprawniające
ćwiczenia ogólnousprawniające - 11 osób

90% badanych zapoznano się z programami profilaktycznymi realizowanymi w POZ i medycynie szkolnej, 10 % badanych nie znało programów profilaktycznych, pomimo że ich dostępność była taka sama dla wszystkich uczestników zajęć dydaktycznych w placówkach ochrony zdrowia (programy profilaktyczne były wywieszane w gablotach POZ i medycynie szkolnej). Na pytanie o ilość wizyt środowiskowych odbytych łącznie podczas trzytygodniowych ćwiczeń studenci odpowiedzieli: w OPS - 336, w POZ - 219, w szkołach - 31. Łącznie 586 odwiedzin, a średnio każdy student odbył ok.6 wizyt. Podczas odwiedzin środowiskowych realizowanych ze wskazań Ośrodka Pomocy Społecznej studenci zapoznali się z zakresem i wykonawstwem świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, świadczeń udzielanych przez fachowy personel OPS (336), ze świadczeniami gospodarczymi wykonywanymi dla podopiecznych przez wykwalifikowany personel zatrudniony przez dyrekcję OPS (224) i świadczeniami rehabilitacyjnymi wykonywanymi przez fachowy personel ochrony zdrowia (136). Ponadto studenci indywidualnie zapoznali się z bezpośrednio realizowanymi zadaniami zawodowymi na rzecz podopiecznego, zadaniami wykonywanymi przez pracowników terapeutycznych - profesjonalistów z różnych dziedzin w OPS na Woli. Studenci poznali różne środowiska podopiecznych, ich problemy zdrowotne, społeczne i ekonomiczne. Poznając dokumentację podopiecznego prowadzoną przez profesjonalistów OPS, studenci zapoznali się z różnymi formami opieki realizowanej i zrealizowanej w domu podopiecznego

Na pytanie, czy ćwiczenia w POZ były interesujące, 94% badanych studentów oceniło ćwiczenia najwyżej, przypisując w skali pięciostopniowej najwyższą ocenę 5, dla 1 osoby były to ćwiczenia średnio interesujące (ocena 3,5), dla 4 osób były to zajęcia uciążliwe, męczące i nie powinny odbywać się w porze jesienno-zimowej ze względu na „brzydką pogodę”.

Po analizie danych dotyczących dokumentacji praktycznych osiągnięć studenta uwzględniających opis

działań studenta na rzecz podopiecznego - drugiego narzędzia, które podlegało ewaluacji - wykonanie tego zadania stanowiło dla 35% studentów problem. Zrealizowanie tego zadania w praktyce wymagało wykorzystania szeregu nabytych umiejętności, a przede wszystkim wiedzy - połączonej teorii i praktyki pielęgniarstwa w procesie pielęgnowania podopiecznego. Każdy student, przed przygotowaniem dokumentacji dotyczącej procesu pielęgnowania był w środowisku podopiecznego, przeprowadzał wywiad środowiskowy z podopiecznym pod kierunkiem nauczyciela akademickiego, zadawał konkretne pytania w celu uzyskania informacji o podopiecznym i jego środowisku, informacji przydatnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa i procesu pielęgnowania. Ćwiczenia w POZ, Medycynie Szkolnej i Opiece Społecznej doskonalone były przy aktywnym współdziałaniu studenta na płaszczyźnie konkretnych zadań na każdym stanowisku

pracy w wymienionych placówkach ochrony zdrowia. Po zrealizowaniu kolejnych ćwiczeń w oddziałach szpitalnych studenci, którzy nie mieli problemów (65% badanych) zapewne ugruntują nabytą wiedzę i udoskonalią swoje wcześniej nabyte umiejętności niezbędne do przyszłej pracy zawodowej. Pozostała grupa studentów (35%) w tej kwestii zdecydowanie wymaga dalszego, może nawet indywidualnego podejścia w procesie kształcenia zawodowego. Przedstawione wyniki ankiety i dokumentacji praktycznych osiągnięć studenta w POZ i Pielęgniarstwie środowiskowym/rodzinnym są odpowiedzią na postawiony w pierwszej części doniesienia podstawowy cel ewaluacji.

Piśmiennictwo: _____

1. Niemiecko B.: Pomiar sprawdzający w dydaktyce
2. Wasyluk J.: Dydaktyka medyczna. Warszawa 1990
3. <http://belfer.univ.szczecin.pl/~edipp/ewaluacja.htm>

Realizacja przedmiotu *Podstawy pielęgniarstwa* w opinii studentów

mgr Mirella Sulewska, dr hab. n. med. Andrzej Krupienicz

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa

Wydział Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Krupienicz

Wstęp

Program kształcenia opracowany dla kierunku Pielęgniarstwo został tak przygotowany, aby zapewnić studentom jak najbardziej wszechstronne i pełne przygotowanie do zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego. Jednym z jego elementów są podstawy pielęgniarstwa - przedmiot realizowany na I roku studiów w formie wykładów, seminariów i ćwiczeń, w wymiarze 245 godzin. Wykonane w 2003 roku badania własne wykazały, że są one najważniejszym przedmiotem ułatwiającym studentom realizację zajęć praktycznych [1], a aż 86% badanych studentów stawia go na pierwszym miejscu jako przedmiot, który ma największy wpływ na wprowadzenie do zawodu pielęgniarstwa [2]. Sposób realizacji tego przedmiotu ma więc bardzo istotne znaczenie w przygotowaniu studentów do pełnienia roli zawodowej.

Cel badania

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii studentów I roku na temat realizowanych zajęć z podstaw

pielęgniarstwa w formie ćwiczeń w pracowni umiejętności pielęgniarstwa.

Materiał i metoda badania

Narzędziem badawczym był kwestionariusz własny ankiety. Rozprowadzono 220 ankiet wśród studentów I roku kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauki o Zdrowiu AM. Na zawarte w nich pytania odpowiedziało 182 (83%) studentów bezpośrednio po zakończeniu zajęć (styczeń 2005 r.). Ankieta była anonimowa i dobrowolna.

Pytania dotyczyły oceny wyposażenia pracowni ćwiczeń w fantomy, aparaturę medyczną, środki dydaktyczne, które pomogły zrealizować zajęcia w pracowni ćwiczeń pielęgniarstwa.

Ankieta obejmowała także zagadnienia dotyczące zasad oceniania studentów, wymagań stawianych im podczas zaliczania poznanych zabiegów pielęgniarstwa oraz organizacji zajęć w pracowni, badała też satysfakcję studentów z przeprowadzonych ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa. W opracowaniu danych zastosowano statystykę opisową.

Wyniki

W opinii 46% studentów pracownia ćwiczeń jest dobrze wyposażona w środki dydaktyczne. Dwadzieścia dwa procent badanych uważa, że bardzo dobrze, 23% studentów uznaje wyposażenie pracowni za dostateczne, a 9% nie ma na ten temat zdania (Tab.1).

Sześćdziesiąt cztery procent ankietowanych wyposażenie pracowni w fantomy, aparaturę medyczną ocenia dobrze, 30% bardzo dobrze, 6% dostatecznie (Tab. 2).

Czterdzieści pięć procent respondentów oceniło, że prezentowane środki dydaktyczne są bardzo przydatne do realizacji zajęć, a 55% stwierdziło, że są przydatne (Tab. 3).

Sposób zaliczania zabiegów pielęgniarskich odpowiada dziewięćdziesięciu siedmiu procentom studentów, 3% nie odpowiada (Tab. 4).

Sześćdziesiąt dziewięć procent badanych uważa, że wymagania dotyczące zaliczania zabiegów są dosyć wysokie, 17% podaje, że są średnie, dla 14% są one bardzo wysokie (Tab. 5).

Ankietowani podali (89%), że znają kryteria wpływające na ocenę wykonania danej czynności, 11% twierdzi, że nie zna takich kryteriów (Tab. 6).

Respondenci wymagania dotyczące organizacji pracy w pracowni ćwiczeń ocenili jako: bardzo wysokie (18%), dosyć wysokie (68%), średnie (14%), (Tab. 7).

Sto procent ankietowanych studentów jest zadowolonych z odbytych ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa.

Omówienie

W dostępnej literaturze nie znaleziono opracowań dotyczących opinii studentów na temat realizacji przedstawianego przedmiotu.

Wyposażenie pracowni ćwiczeń w środki dydaktyczne (foliogramy, schematy, wykresy, plansze) według ponad połowy badanych jest dobre, a nawet bardzo dobre. W opinii 94% ankietowanych wyposażenie pracowni w fantomy, aparaturę medyczną jest dobre i bardzo dobre.

Porównując uzyskane wyniki z przeprowadzonymi w roku 2003 podobnymi badaniami własnymi [2], w ocenie studentów wyposażenie pracowni poprawiło się. Wtedy tylko 20% studentów oceniało je jako dobre, a większość respondentów jako dostateczne. W roku 2003/2004 zakupiono do pracowni modele do pielęgnacji człowieka dorosłego i dziecka oraz fantom do wykonywania reanimacji. Wyposażenie pracowni uzupełniono o modele do wykonywania wstrzyknięć. Systematycznie jest zakupowany sprzęt jednorazowego użytku do wykonywania wielu zabiegów. Oceniając przydatność stosowanych środków dydaktycznych ponad połowa podała, że są one przydatne, reszta, że są bardzo przydatne. Można stwierdzić, że stosowanie środków dydaktycznych ma bardzo duże znaczenie w procesie dydaktycznym. Do oceny

Tabela 1.

Wyposażenie pracowni w środki dydaktyczne		
	N	%
bardzo dobre	40	22%
dobre	83	46%
dostateczne	42	23%
nie mam zdania	17	9%

Tabela 2.

Wyposażenie w fantomy, aparaturę medyczną		
	N	%
bardzo dobre	55	30%
dobre	116	64%
dostateczne	11	6%

Tabela 3.

Przydatność środków dydaktycznych		
	N	%
bardzo przydatne	82	45%
przydatne	100	55%

Tabela 4.

Czy studentom odpowiada sposób zaliczania zabiegów?		
	N	%
tak	176	97%
nie	6	3%

Tabela 5.

Wymagania dotyczące zaliczania zabiegów		
	N	%
bardzo wysokie	25	14%
dosyć wysokie	125	69%
średnie	32	17%

wykonania określonego zadania stosowane są kryteria dotyczące realizacji zabiegów pielęgnacyjnych, diagnostycznych czy leczniczych. Z analizy danych wynika, że studenci znają kryteria wpływające na ocenę wykonywania

danej czynności. Znane są także studentom wymagania dotyczące zaliczania zabiegów. Respondenci wskazują na dość wysokie wymagania prowadzących zajęcia. Niektórzy badani podają, że są one nawet bardzo wysokie.

Bardzo duży wpływ na sposób realizacji zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich ma właściwa organizacja pracy. Zdecydowana większość ankietowanych wskazywała, że wykładowcy mieli dosyć wysokie wymagania w tym zakresie. Na pytanie, czy są zadowoleni z odbytych ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa wszyscy podali odpowiedź twierdzącą. Studenci nie mieli uwag negatywnych na temat realizacji ćwiczeń.

Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia prowadzi ocenę jakości nauczania. W roku akademickim 2003/2004 przedstawione wyniki studenckiej oceny jakości nauczania w odniesieniu do podstaw pielęgniarstwa wskazały, że średnia ocena dla przedmiotu wyniosła 4,23 [3].

Pomimo pozytywnych opinii badanych studentów na temat realizacji podstaw pielęgniarstwa zdajemy sobie sprawę, że należy nadal udoskonalać zajęcia i wzbogacać wyposażenie pracowni, aby zapewnić realizację zajęć na najwyższym poziomie.

Wnioski

1. W opinii 94% studentów wyposażenie pracowni ćwiczeń w środki dydaktyczne, fantomy i aparaturę medyczną jest dobre lub bardzo dobre.

2. Badanym studentom odpowiada sposób zaliczania zabiegów pielęgniarskich, raczej znają kryteria wpływające na ocenę wykonywania danej umiejętności i są zadowoleni z realizacji ćwiczeń.

3. Odnotowano istotną poprawę w wyposażeniu pracowni w modele, fantomy, które ułatwiają studentom zdobywanie umiejętności wykonywania zabiegów pielęgniarskich.

Tabela 6.

Znajomość kryteriów wpływających na ocenę wykonywania umiejętności		
	N	%
tak	162	89%
nie	20	11%

Tabela 7.

Wymagania dotyczące organizacji pracy w pracowni ćwiczeń		
	N	%
bardzo wysokie	33	18%
dosyć wysokie	124	68%
średnie	25	14%

Piśmiennictwo: _____

1. M. Sulewska., A. Mikulska., A. Krupienicz.: Opinie studentów I roku kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauki o Zdrowiu AM w Warszawie o pierwszych zajęciach praktycznych w klinikach. *Med. Dydakt. Wychow.*, XXXVI, 2004 (1), s. 29–32.
2. H. Cieślak., M. Sulewska.: Opinie studentów I roku WNoZ – Kierunek Pielęgniarstwo na temat realizacji zajęć z przedmiotu „Podstawy Pielęgniarstwa”. *Med. Dydakt. Wychow.*, XXXV, 2003 (11), s. 33–35.
3. Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia AM w Warszawie. Wyniki studenckiej oceny jakości nauczania w odniesieniu do Podstaw Pielęgniarstwa. Materiały niepublikowane, przekazywane do wiadomości Władz Uczelni.

Otyłość dzieci i młodzieży. Rola terapii ruchowej w zapobieganiu otyłości

Mgr Jerzy Rudzik

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM

*Pozwólcie, aby pożywienie było
Waszym lekarstwem*
Hipokrates

Otyłość była znana społeczeństwu od najdawniejszych czasów. Człowiek wykształcił instynkt nakarmienia, aby populacja ludzka mogła przetrwać powtarzające się okresy głodu. Dzisiaj ten instynkt stał się pułapką w świecie zasobnym i sytym, do którego i my należymy. Doprowadził do tego, że znaczna część społeczeństwa ma nadwagę, a otyłość przyczynia się do narastania częstotliwości chorób cywilizacyjnych.

Dobre i obfite pożywienie jest ciągle uważane w pewnych środowiskach za dowód prosperity i stabilizacji. Tym czasem w krajach bogatych już nie palenie tytoniu, ale nadwaga i niedostatek ruchu powodować będzie najwięcej zgonów. Amerykańskie Centrum Kontroli Chorób w Atlancie opublikowało alarmujący raport o otyłości. Będzie to choroba XXI stulecia. „Otyłość przekroczyła granice etniczne i kulturowe, przekształcając się w prawdziwą epidemię” - stwierdza komunikat opublikowany przez Amerykańską Organizację Zdrowia. 130 milionów Amerykanów, czyli blisko 65% populacji ma nadwagę lub wręcz cierpi na otyłość.

Otyłość w większości przypadków jest wynikiem spożycia kalorii ponad wydatki energetyczne ustroju. Ogólna ilość tkanki tłuszczowej u osób bez nadwagi wynosi 15% masy ciała. Jako kryterium kliniczne otyłości uznano nadmiar przewyższający co najmniej o 10% masę należną. W Polsce badania otyłości przeprowadzili metodą statystyczną, opracowaną przez Nowakowskiego i Perkala, Falkiewicz i współpracownicy, i na przykładzie zbadanych 20 000 osób z Dolnego Śląska stwierdzili 21% otyłości [4]. Pokrywa się to z wynikami uzyskanymi w innych krajach.

Otyłość z przekarmienia i ze zmniejszonego wydatkowania energetycznego zalicza się do tzw. **otyłości regulacyjnej**. Wynika ona z przewagi podaży kalorii nad możliwością ich zużycia, podczas gdy pierwotnie przemiana tłuszczowa była sprawna.

Człowiek magazynuje tłuszcz w specjalnych komórkach - tzw. adypocytach. Wyglądają one jak baryłki wypchane tłuszczem. Natura sama zadbała o to, by we właściwym czasie pomnożyć ich liczbę. Nie powinniśmy jej „poprawiać” tuczając niemowlę. Z pulchnych dzieci znacznie częściej wyrastają otyli dorośli. Zagrożenie, że 3 czy 5-letnie dziecko z nadwagą będzie otyłym dorosłym, jest wyższe czterokrotnie niż w przypadku dzieci „normalnych”.

Drugą postać otyłości nazwano **metaboliczną**, gdyż u podłoża tych zaburzeń stwierdza się wypaczenie złożonego mechanizmu przemiany tłuszczowej w zakresie wchłaniania, transportu, przyswajania i wykorzystywania tłuszczu przez ustrój. Przyczyny, które prowadzą do zaburzeń metabolizmu komórkowego mogą być pochodzenia hormonalnego, enzymatycznego i neurologicznego. Większość autorów jest zgodnych, że zaburzenia czynności dokrewnych rzadko stanowią pierwotną przyczynę otyłości.

Otyłość związaną z wydzielaniem dokrewnym można ograniczyć do przypadków nadczynności kory nadnerczy. Choroby innych gruczołów wydzielania wewnętrznego, np. tarczycy także prowadzą do otyłości, w niedoczynności tarczycy dochodzi bowiem do zatrzymania wody, a nie tłuszczu.

Zmniejszenie łaknienia i obniżenia metabolizmu komórkowego prowadzi do wyniszczenia przy nie zmniejszonej lub nawet zwiększonej wadze ciała. Przyczyny otyłości w postaci zaburzeń enzymatycznych są u ludzi niełatwe do udowodnienia. Do procesów chorobowych powodujących organiczne zmiany w układzie nerwowym i wiodących do otyłości można zaliczyć: guzy okolicy podwzgórza, zapalenie mózgu, czynniki toksyczne i środki farmakologiczne.

Stan czynnościowy dwóch ośrodków podwzgórza w jądrze brzuszno-bocznym (ośrodek żarłoczności) i w jądrze brzuszno-przyśrodkowym (ośrodek sytości), decyduje o uczuciu głodu lub braku łaknienia.

Jak wynika z powyższych (jedynie zasygnalizowanych) przykładów, mechanizm nadmiernego odkładania się tłuszczu jest bardzo złożony, a obecny stan wiedzy pozwala jedynie na stwierdzenie udziału w nim czynników: środowiskowych, genetycznych, endokrynologicznych.

Niewykluczone, że otyłość ma także swą przyczynę w ludzkiej psychice. Okazuje się bowiem, że młodzi ludzie, którzy nie potrafią radzić sobie ze złością - tłumią ją w sobie lub nadmiernie uzewnętrzniają - są bardziej narażeni na nadwagę, ponieważ problemy z kontrolowaniem złości przekładają się na zaburzenia w odżywianiu. Stwierdził to zespół pod kierunkiem prof. Williama H. Muellera z Uniwersytetu Stanowego Teksasu. Jego trzyletnie badania objęły grupę 160 osób w wieku od 14 do 17 lat.

Zdarza się, że otyły człowiek miał już jako dziecko dużą wagę urodzeniową. Przeważnie jednak dziecko przekarmiane w pierwszym roku życia pokarmami węglowodanowymi traci na wadze, gdy zaczyna chodzić. Według Tannera [5] już od tego okresu zaczyna się zaznaczać dymorfizm płciowy, a mianowicie dziewczęta tracą tkankę tłuszczową podskórną wolniej niż chłopcy. Różnice są jednak niewielkie i dopiero w pierwszej fazie dojrzewania dymorfizm płciowy uwidacznia się wyraźnie. U chłopców występuje większy skok w zakresie wymiarów kości i mięśni wraz z utratą tkanki tłuszczowej, u dziewcząt wzrost kości jest niewielki, następuje natomiast znacznie większy przyrost tkanki tłuszczowej.

Wygląd dzieci i młodzieży, zwłaszcza w pierwszym okresie otyłości decyduje o tym, że otyłość jest uważana za objaw a nie za chorobę. Dzieci te wyglądają zwykle kwitnąco, są duże i silnie zbudowane, wyprzedzają rówieśników pod względem masy i wzrostu.

W przypadku znacznej otyłości nierzadkie są białe lub czerwone rozstępy skórne na ramionach, udach, piersiach i pośladkach. Często towarzyszą temu wady postawy spowodowane hiperlordozą, ustawienie „X” kończyn i płaskostopie. Ciśnienie krwi tętnicznej skurczowe bywa często w górnej granicy normy. Dłużej trwająca otyłość nierzadko doprowadza do uszkodzenia mięśnia sercowego.

Czynność układu oddechowego ulega stopniowo upośledzeniu wskutek utrudnienia ruchów klatki piersiowej i przepony z powodu nadmiernego ich otłuszczenia. Następstwem tych zmian są poważne zaburzenia oddychania, zmniejszenie rezerwy oddechowej, niewydolność wentylacyjna. Dzieci otyłe często miewają niezżyty dróg oddechowych, zwłaszcza oskrzeli.

U dziewcząt pierwsze miesiączki występują na ogół wcześniej niż przeciętnie, szybciej ustaje wzrost, otyłość ze szczególnym rozwojem piersi i miednicy nadaje im wygląd „matronowaty”. Sylwetki chłopców także zaokrąglają się. Rozwój tkanki tłuszczowej w okolicy brzucha i ud sprawia wrażenie feminizacji. Narządy płciowe zewnętrzne są prawidłowej wielkości zgodnie z wiekiem, ale ukryte w zwałach tłuszczu wydają się za małe w stosunku do zwiększonych rozmiarów ciała. Dojrzewanie następuje w prawidłowym czasie lub nieco później.

Ten pozorny niedorozwój zewnętrznych narządów płciowych jest często jedyną przyczyną zaniepokojenia ze strony rodziców dziecka otyłego. Dziecko otyłe jest niezgrabne, łatwo się męczy, nie dorównuje rówieśnikom pod względem zręczności i sprawności fizycznej, unika ruchu, staje się coraz bardziej ociężałe, leniwe i izoluje się od otoczenia. W jedzeniu i zmniejszeniu aktywności dziecko szuka obrony przed otoczeniem, przed narastającym poczuciem małowartościowości. Psycholodzy doszukują się związku przyczynowego między otyłością dziecka a nadmierną troskliwością matki (nadmierne spożywanie tłuszczów i cukrów prostych).

Na podstawie badań trwających od 1966 do 2001 roku

brytyjscy lekarze twierdzą, że obwód pasa u dzieci wzrósł średnio o 4 cm, przy czym dziewczynki grubieją szybciej niż chłopcy. Badaniami objęto 500 uczniów z 18 brytyjskich szkół.

Dzieci są najlepszym „wskaźnikiem” panującej tendencji. Badania wykazały, że ponad 80% osób nie leczonych w dzieciństwie, pozostaje otyłymi nadal i z czasem do tych powikłań dochodzą kolejne schorzenia somatyczne: choroby mózgu pochodzenia naczyniowego, cukrzyca, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, kamica, rak sutka i zawały lub udary.

Największa śmiertelność wśród otyłych od dzieciństwa przypada na okres między 20 a 30 rokiem życia. Stąd wniosek, że otyłość u dzieci i młodzieży musi być leczona jak najwcześniej.

Kiedy wydawało się, że oddziaływania regulujące diety wyznaczyły zakres terapii otyłości na dłuższy okres czasu, w piśmiennictwie światowym pojawiły się doniesienia uwypuklające rolę aktywności fizycznej [2]. Znaczenie ćwiczeń fizycznych i sportu polega na usprawnieniu i zwiększeniu procesów metabolicznych i enzymatycznych, na uruchomieniu zapasów tłuszczu, na wzmocnieniu układu mięśniowego i kostnego oraz zapobieganiu wadom postawy. Uprawianie sportu i ćwiczeń fizycznych ma też duże znaczenie psychoterapeutyczne, ponieważ usuwając kompleksy przywraca wiarę w siebie.

W jakim stopniu wysiłek fizyczny wpływa na spadek masy ciała? Jednorazowy wysiłek nie wywiera wielkiego wpływu, skoro 2-godzinny szybki marsz połączony jest ze stratą tylko 600 kcal, tj. tylu, ile przynosi jedno śniadanie. Aby pozbyć się 1/2 kg tłuszczu trzeba przebyć trasę 64 km w średnim tempie. Nie zapominajmy jednak, że codzienny 15-minutowy spacer daje w ciągu roku spadek równy 2,5 kg, a po 5 latach ubytek 12 kg.

Odpowiednio intensywne i systematyczne ćwiczenia wpływają uspokajająco na procesy metaboliczne i enzymatyczne ustroju. Regularne ćwiczenia trwale ustalają przemianę materii na wyższym poziomie, dlatego terapia ruchowa musi być nieodłączną składową leczenia otyłości. Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach wykazały, że mierne obciążenie szczurów pracą fizyczną powoduje zmniejszenie się apetytu, utrzymujące się do dwóch dni po przerwaniu pracy. W ślad za tym następuje spadek ich wagi.

Znaczący spadek ilości przyjmowanych pokarmów oraz spadek na wadze uzyskano również po umiarkowanym wysiłku u ludzi. Badaniami objęto mężczyzn w wieku 35 - 45 lat o nadwadze około 12 kg. Badani wykonali trzykrotnie w ciągu tygodnia biegi trwające około 0,5 godz. Tempo biegu nie było kontrolowane. Nie byli też poddani żadnym ograniczeniom dietetycznym. Okres eksperymentu trwał 16 tygodni. W tym czasie przeprowadzono 47 opisanych ćwiczeń. W efekcie uzyskano spadek wagi ciała średnio o około 4,5 kg. Łatwo jest obliczyć, że dla uzyskania idealnej wagi ćwiczenia takie należałoby uprawiać przez 10,5 miesiąca. Okres ten można byłoby znacznie skrócić przez

wprowadzenie ograniczeń dietetycznych. Analogiczne dane przekazali też autorzy przeprowadzający obserwacje u 11-letnich otyłych chłopców na obozie rekreacyjnym. Podczas obozu trwającego 7 tygodni zwiększano jedynie liczbę spacerów, nie wprowadzono natomiast ograniczeń dietetycznych. Każdy z badanych chłopców stracił na wadze ok. 6 kg.

Brytyjski tygodnik medyczny „The Lancet” (2001, nr 6) podaje wyniki badań zespołu naukowców Uniwersytetu w Glasgow pod kierunkiem Johna Reila. Obserwacja dotyczyła aktywności fizycznej i wydatkowania energii grupy 78 szkockich trzylatków (40 chłopców i 38 dziewcząt). Badania powtórzono, gdy dzieci miały po 5 lat. Aktywność fizyczna, intensywna i umiarkowana zajmowała dzieciom jedynie 20-25 minut na dobę. Tymczasem dzieci w tym wieku powinny przejawiać aktywność ruchową przez co najmniej 60 minut.

Połowa spośród badanych spędzała 4-6 godzin dziennie w pozycji siedzącej, głównie przed telewizorem. Szkoccy naukowcy przewidują, że za kilkanaście lat Wielką Brytanię czeka epidemia otyłości, podobna do tej, jaka aktualnie trwa w Stanach Zjednoczonych.

Wśród dyscyplin, które szczególnie dodatnio wpływają na eliminowanie zbędnego tłuszczu należy wymienić: marsze, wolny bieg (trucht), jazdę na rowerze, pływanie. **Wysiłek powinien być dostosowany do wydolności, nie do wieku ćwiczącego.** Nie może to być wysiłek zbyt mały, gdyż taki pobudza łaknienie, ale wysiłek powodujący lekki stan zmęczenia i zwiększający pocenie się, przez co stopniowo pozbawia ustrój szkodliwych związków chemicznych.

Ćwiczenia fizyczne usprawniają czynności układu krążenia i oddychania. Dzieci otyłe oddychają powierzchownie i nie potrafią koordynować oddechu z ruchem. Stąd zaleca się u nich częste odpoczynki wypełnione ćwiczeniami oddechowymi.

Wzorem wielu krajów Europy Zachodniej wskazane byłoby organizowanie obozów sportowych dla dzieci otyłych w wieku 8-18 lat. Poza racjonalną dietą i aktywnym rozkładem zajęć do 6 godzin dziennie poświęca się tam na pływanie, gry zespołowe i lekką atletykę. Po powrocie do domu kontrola nad dziećmi nie ustaje.

Prognoza, co do wyleczenia otyłości jest tym lepsza, im wcześniej rozpocznie się leczenie. Bagatelizowanie otyłości, nawet średniego stopnia w nadziei, że ustąpi ona w okresie pokwitania, grozi utrwaleniem mechanizmów

patologicznych i nawyków, utrzymaniem otyłości w wieku dojrzalym, a to z kolei prowadzi do dalszych ciężkich powikłań, a nawet zejścia śmiertelnego w stosunkowo młodym wieku.

Badania przeprowadzone w Albert Einstein College of Medicine w Nowym Jorku na grupie 90 tys. młodych kobiet wykazały, że otyłość zwiększa ryzyko zachorowania na raka okrężnicy aż dwukrotnie [10]. Grupę osób otyłych wyselekcjonowano posługując się wskaźnikiem tzw. Body Mass Index (BMI). BMI obliczane jest przez podzielenie masy ciała w kilogramach przez wzrost liczony w metrach podniesiony do kwadratu. Osoba, której BMI ma wartość powyżej 30, jest uznawana za otyłą, powyżej 25 - za mającą nadwagę.

Nowotwór okrężnicy jest drugim najbardziej niebezpiecznym rakiem w krajach rozwiniętych. Ocenia się, że każdego roku zabija ok. 500 tys. osób.

Okazuje się jednak, że i zbyt niski wskaźnik BMI jest niekorzystny. W przypadku skoczków narciarskich (którzy z przyczyn zdrowotnych nie powinni być zbyt szczupli) regulują to przepisy Międzynarodowej Federacji Narciarskiej z marca 2004 r. i nakazują, aby wskaźnik ten dla skoczka nie był niższy niż 18,5. Taką wartość BMI ma człowiek, który przy wzroście 180 cm waży 60 kg. W wypadku, gdy wspomniany współczynnik będzie niższy, czyli skoczek będzie za mało w stosunku do wzrostu, będzie musiał skakać na krótszych nartach. Ma to zapobiec nadmiernemu odchudzaniu się skoczków.

Ciągłe skupianie się na problemie nadwagi mężczy, stresuje, wymaga samozaparcia, nierzadko sporych pieniędzy. Mimo to coraz więcej Polaków znajduje w tej męce głębszy sens. Szczupła sylwetka przestała mieć wyłącznie walor estetyczny. Stała się sposobem na znalezienie atrakcyjnej pracy, zdobycie lepszego stanowiska, powodzenie w miłości. Chcesz podbić świat? Nie możesz być gruby w pasie - taką receptę mają dziś dla nastolatków współcześni kreatorzy kultury masowej. Jeśli w ślad za tym idzie popularyzowanie rekreacji, różnych form aktywności fizycznej i zasad zdrowego odżywiania, taką metodę wśród młodych ludzi należy wspierać. Z wysportowanych nastolatków rzadziej wyrosną umierający na zawał ociężali tatusiowie i otluszczone mamusie chore na cukrzycę i zwyrodnienia stawów.

Rodzice nie powinni dopuścić do otyłości swych dzieci. A najprostszą metodą jest: jedzmy, aby żyć, a nie żyjmy, aby jeść.

Piśmiennictwo:

1. Chrzanowska M.: Biologiczne i społeczno – ekonomiczne determinanty rozwoju podskórnej tkanki tłuszczowej u dzieci i młodzieży. Wyd. AWF, Kraków, 1992
2. Dawidowicz A.: Metaboliczne aspekty motoryczności człowieka. W: Wohl A. Motoryczność człowieka. Warszawa 1978
3. Graczykowska – Kaczorowska A., Gembicki M.: Badanie czynności tarczycy w otyłości, PAMW, Warszawa, 1980

4. Kłós A., Bertrand J.: Wpływ niebilansowanego żywienia na występowanie otyłości wśród młodych mężczyzn. Materiały Sympozjum Bromatologicznego, Poznań, IX, 1996
5. Tanner J.M.: Rozwój w okresie pokwitania, PZWL, Warszawa, 1963
6. Woźniak J.: Żywność a zdrowie człowieka W: Dydaktyka – Medycyna – Wychowanie, Akademii Medycznej w Warszawie, 1 – 2, 1998, s 90 – 97.

Myśl, odwaga, działanie, postęp*

Prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko

...Człowieku! Gdybyś wiedział, jaka twoja władza
Kiedy myśl w twojej głowie?,jako iskra w chmurze....

Adam Mickiewicz

Drodzy Koledzy

Jako seniora poproszono mnie, abym z okazji uroczystego wręczenia prawa praktyki lekarskiej przekazał Wam kilka najbardziej istotnych wskazówek i rad na całe Wasze przyszłe zawodowe życie. Rad udzielać można bardzo wiele. Ja postanowiłem przekazać Wam jednak jedną radę, ale o uniwersalnej wartości, mającej zastosowanie w stosunku do każdego, w każdej sytuacji i w każdym czasie.

Od dawnych już lat, a zwłaszcza w okresie pełnienia funkcji rektora naszej uczelni stale twierdziłem, że jeden wyleczony chory ma wartość odkrycia naukowego, pod warunkiem, że cały diagnostyczno–lecniczy proces nie jest postępowaniem rutynowym, lecz wymaga myślowego wysiłku. Myślenia w medycynie nie da się zastąpić zestawem instrukcji, przepisów i wytycznych, w ten bowiem sposób zahamowalibyśmy rozwój reprezentowanej przez siebie specjalności. Tylko poprzez zmagania myśli i „myślowe bitwy” tworzymy postęp. I tu przypominam sobie wypowiedź CK Norwida (cytuję z pamięci), że „...Polacy to naród, który nigdy nie wojował myślą i który nie ma żadnej wiary w siłę myśli i prawdy”. Samo to smutne stwierdzenie zmusza do zastanowienia i podjęcia wysiłku w celu usunięcia tej naszej narodowej niepełnosprawności, zwłaszcza że prawo do głupoty bywa u nas niestety czasami bardziej szanowane i przestrzegane niż prawo do myślenia.

Ponadto najbardziej istotną cechą odróżniającą człowieka od innych stworzeń jest jego zdolność do myślenia. Z tego właśnie powodu nasz ludzki gatunek zaklasyfikowano jako *Homo sapiens*.

Parmenides z Elei (540-479 pne) powiedział, że „Myśleć i być, to jedno i to samo”. Kartezjusz (1596 – 1650) stwierdził: „ Myślę, więc jestem”. Zgodzić się więc też musimy z wypowiedzią Cycerona (106-43 pne), że: *vivere est cogitare*. Tak więc życie polega na myśleniu.

Dlatego w odniesieniu do każdego aspektu i każdej dziedziny życia musimy nauczyć się myśleć. Musimy jednak nauczyć się zarówno myśleć, jak i tego, jak mamy myśleć, a nie: co mamy myśleć. Jest to bowiem jedyny sposób, aby stać się jednostką myślowo samodzielną, suwerenną i twórczą. Nie zdarzy się wówczas sytuacja, w której ktoś zapytany o opinię w jakiejś sprawie odpowiada: „Nie wiem, bo jeszcze gazety nie przeczytałem”. A gazety sterują poglądami społeczeństwa nie poprzez obiektywne

przedstawianie faktów i właściwą ich interpretację, lecz poprzez nagłaśnianie lub wyciszanie spraw, w zależności od doraźnej potrzeby. Dlatego media manipulują naszą świadomością podając w łatwostrawnej formie to, co mamy myśleć, a nie - jak mamy myśleć. Jest to bardzo efektywna i skuteczna metoda formowania czytelników na niesamodzielnych moralnie i myślowo. Tak więc nieumiejętność samodzielnego myślenia uzależnia nas całkowicie od politycznego i światopoglądowego oblicza źródła otrzymywanych informacji.

Z kolei nie mieć żadnej myśli, a potrafić ją wyrazić - to wielka, już nie tylko dziennikarska, sztuka i specjalność. Z przemówień naszych mężów stanu na ogół albo niewiele, albo dosłownie nic nie pozostaje do zapamiętania. Niektórzy z nich dodatkowo - pomimo dużych trudności w myśleniu - posiadli niezwykłą łatwość mówienia, a nawet pisania. Zdarza się jednak czasami również i nam, że tylko myślimy, że myślimy.

Myślenie i praca

Myślenie to jednak również ciągłe wypróbowywanie rzeczywistości w aktywnym, twórczym działaniu i formułowanie konstruktywnych wniosków. To pomysł bowiem jest zacznym czynem. Powtórzę tu tak precyzyjnie wyrażoną przez Norwida myśl, że: „praca to czynne myślenie - gdzie raz akcent pada na pracę, a raz na myślenie”. Ścisły jest więc związek między pracą i myśleniem. Cóż bowiem można wymyślić np. w łóżku, zwłaszcza że najbardziej lubimy i przyzwyczajeni jesteśmy do myślenia doraźnego, bez odniesienia do przyszłości.

Proces myślowy ujawnia się stawianiem pytań. Pytaniem „dlaczego?” wyrażamy poszukiwanie przyczyny. Pytanie „jak?” – początkuje natomiast postęp technologiczny. Oba te pytania w medycynie klinicznej mają niezwykle znaczenie, wynik myślenia bowiem i postępowania lekarskiego musi być nie tylko dobry, ale również nieprzypadkowo dobry. A nieprzypadkowo dobry wynik uzyskamy tylko wówczas, gdy zarówno tok myślenia klinicznego, jak i działania oparte będą na patofizjologii i zastosowaniu nowoczesnych osiągnięć technologicznych.

Odwaga myślenia, potęga myśli, sprawność działania

W medycynie ręka lekarza, a zwłaszcza ręka chirurga, tak jak „ręka artysty musi być równa jego myśli, bo jedno bez drugiego nie ma wartości” (Paul Valery). Ręka chirurga

*Okręgowa Izba Lekarska Warszawa – Wręczenie prawa praktyki 18.12. 2004

podczas operacji musi być kierowana jego myślą. Ręka lekarza wypisującego skierowanie lub receptę też musi być kierowana jego myślą. Sama myśl naukowa w medycynie klinicznej bez zastosowania i sprawdzenia uzyskanych wyników badań w praktyce byłaby jednak „pusta”. Sama medycyna praktyczna natomiast, bez myśli opartej na zdobyczach nauk podstawowych, byłaby „ślepa”. Czasy bowiem czystej empirii w medycynie, jako metody poznawczej, to zamierzchny już etap historii myśli ludzkiej i medycyny.

Wielkość Ludwika Rydygiera i jego dzieł wynikała z potęgi myśli, odwagi myślenia i sprawności działania. To stanowi w ogóle podstawę sukcesów i w chirurgii i w całej medycynie. Tworzywem, spoiwem jego twórczego działania i osiągnięć była więc myśl. Najbardziej twórcze były bowiem jego koncepcje, a współcześnie powiedzielibyśmy: naukowe hipotezy badawcze. To jego myśl doprowadzała do nowych metod leczenia i różnych rozwiązań operacyjnych w zakresie całej ówczesnej chirurgii.

Rydygier w swej odkrywczej pracy z pewnością miał wiele wątpliwości i myśli, z którymi się borykał. Można się jednak bać, ale nie można tchórzyc i rezygnować ze swoich myśli i koncepcji. Z pewnością Rydygier miał wątpliwości. Myślę, że się również bał, ale jednak nie stchórzył i wierzył w wartość swej własnej myśli. I w ten sposób myśl jego, zrealizowana jego ręką, znalazła kliniczne, powszechne potwierdzenie swej wartości.

Pomysły

Musimy nauczyć się być suwerennymi myślowo w odniesieniu do każdego aspektu życia. Musimy być odważni, zarówno w wysuwaniu wątpliwości, jak i nowych, własnych koncepcji. Z pewnością wiele cennych pomysłów studentów i lekarzy nie ujrzało światła dziennego, ponieważ ich autorzy, nie mając wiary w siebie, nie chcieli lub wprost wstydzili się je publicznie przedstawić. W ten sposób utracony został olbrzymi zasób nowych koncepcji naukowych i technologicznych. Studenci muszą być ponadto przekonani, że praca, którą w przyszłości będą wykonywali, nie może być tylko „zawodowym rzemiosłem”, lecz twórczością. Dopasować się do tego muszą metody dydaktyczne, które powinny uczyć twórczego, konstruktywnego a nie reprodukcyjnego tylko myślenia i pozorowanej aktywności.

Standardy

Gdyby w pracy lekarskiej myślenie można było zastąpić zbiorem czysto praktycznych instrukcji, przepisów i regulaminów, to medycyna kliniczna przestałaby być sztuką i nauką. Nie stałaby się nawet rzemiosłem, lecz rutynowym wyrobniactwem. Istnieją wprawdzie opracowane i szeroko propagowane standardy postępowania lekarskiego, ale w stosunku do standardów wysuwa się zarzut, że w medycynie klinicznej mamy nieskończenie więcej różnorodnych sytuacji, niż to przewidywać mogą najbardziej szczegółowe i precyzyjne opracowania. Oczywiście jest, że standardy spełniają swoje zadanie, ale tylko w odniesieniu do tzw. „procedur prostych”. W przypadku współistnienia kilku chorób u jed-

nego chorego, a także chorób o niewyjaśnionej etiologii istnieje konieczności wdrożenia „działań dedukcyjnych”, wielokrotnie wymagających odstępstw od rutynowego postępowania. Tylko odstępstwo od standardu może w takich okolicznościach warunkować diagnostyczny lub/i terapeutyczny sukces.

Standard to jednak coś więcej niż rutyna i dlatego standardów nie można traktować jak instrukcji. Standard to nie instrukcja, ponieważ postępowanie zgodne ze standardami nie zwalnia lekarza ani z odpowiedzialności, ani z konieczności oparcia swego działania na procesie myślowym, zgodnym z doświadczeniem własnym i dostępną wiedzą, które często zmuszają do odstąpienia od postępowania rutynowego. Tak więc standardy nie zabezpieczają lekarza ani przed oskarżeniami, ani przed odpowiedzialnością. Jeśli w przypadku niepowodzenia lub powikłania okaże się, że lekarz nie postąpił zgodnie z opracowanym standardem, czyni się go wprost odpowiedzialnym za niepowodzenie. Tak więc w każdym przypadku myślenie jest nieodzowne.

Standard nie gwarantuje sukcesu. Stwarza tylko największe prawdopodobieństwo jego uzyskania w określonych, prostych i jednoznacznych sytuacjach klinicznych. Bardzo często bywa i tak, że postępowanie odbiegające od standardu może okazać się bardziej skuteczne.

Rutyna

Rutyna to porządek. Rutynowe postępowanie, to zwykłe działanie szybkie i sprawne, związane z mniejszym prawdopodobieństwem popełnienia błędu w przypadkach prostych i pewnych. Dlatego rutyna jest tak atrakcyjna, a przez to powszechna. Nie wymaga dogłębnego myślenia. Najszybciej popada się w rutynę w pogoni za pieniądzem. Dlatego też i w pogoni za pieniądzem najczęściej popada się w rutynę. Ale i rutynowe działania najchętniej stosowane są w przypadkach przynoszących bezpośrednią finansową korzyść. Postępowanie wymagające dogłębnych przemyśleń w wyborze nierutynowego postępowania zawsze obarczone jest większym i nieprzewidywalnym ryzykiem, które dla oczekujących tylko finansowego zysku bywa nieopłacalne. Rutyna zwiększać może sprawność działania, ale nie tworzy postępu. Dla osób myślących kategoriami rzeczywistego postępu rutyna to myślowa beczynność i nuda niszcząca radość tworzenia, wyzwalająca poczucie naukowego niespełnienia. Rutynowe postępowanie w znikomą część pokrywa jednak społeczne zapotrzebowanie, dlatego też i w takiej aktywności znaleźć można poczucie satysfakcjonującego spełnienia. Rutynowe postępowanie może jednak również czasami wyzwalać nowe myślowe wyzwania, gdy umysł badacza dostrzeże coś niezauważalnego przez innych..

Nauczanie

Współcześnie nie wolno uczyć się - zwłaszcza medycyny - na własnych błędach. Dlatego też potrzebny jest rozległy i głęboki zasób wiedzy, którą uczelnia winna przekazać studentom we właściwym wymiarze, zgodnym ze społecznym zapotrzebowaniem i oczekiwaniem. Sama

wiedza jednakże to tylko surowiec, bez którego żaden postęp nie może się dokonać. Warunkiem postępu jest bowiem proces myślowy. Sama wiedza to jak encyklopedia, komputer czy książka telefoniczna, które bez myśli stają się bezużyteczne. Obecny stan wiedzy jest przecież rezultatem uprzednio dokonanego procesu myślowego. Powtórzę tu od lat wypowiedzaną maksymę, że: „uczyć się a nie myśleć to daremny wysiłek - myśleć a nie uczyć się może być niebezpieczne”. Dlatego też szkoły medyczne typu uniwersyteckiego powinny nie tylko przekazywać wiedzę, lecz kształcić i wprowadzać studenta na tory lekarskiego i klinicznego myślenia. Dlatego wyzwaniem naszych czasów jest przejście od szkoły uczącej do szkoły kształcącej.

Dlatego ani studenta, ani też lekarza w ramach podyplomowego ustawicznego kształcenia i sprawdzania zdobytej wiedzy nie można traktować jak dyskietki komputerowej do kodowania i ładowania, a następnie tylko odtwarzania przekazanej wiedzy. Już Seneka (Lucius Annaeus - I wiek n.e.) mówił: *Non scholae, sed vitae discimus* – uczymy się nie dla szkoły, nie na egzamin tylko, lecz dla życia, dla siebie..

Uczenie się, a więc myślenie musi być procesem nieustającym, ciągłym. Do tego potrzebna jest jednak umiejętność precyzowania myśli. Dlatego starożytni rzymianie mówili: *citius emergit veritas ex errore quam e confusione* (szybciej wyłania się prawda z błędu niż z zamieszania) oraz *Rem tene et verba sequentur* (trzymaj rzecz, a słowa same przyjdą). Po prostu trzeba wiedzieć, co się chce powiedzieć, a dopiero potem powiedzieć, co się chciało i skończyć, jak się powiedziało.

Każdy - a zwłaszcza lekarz, którego działalność oparta jest wyłącznie na zdobytym w uczelni zasobie wiedzy - kto nie wyjdzie poza rutynę, która w krótkim okresie czasu po uzyskaniu dyplomu stanie się zacofana w stosunku do aktualnego stanu nauki, staje się tylko robotem z tytułem lekarza, magistra, inżyniera, wykonującym rutynowo swe powinności. Przekonany więc jestem, że naczelnym zadaniem uczelni typu uniwersyteckiego jest nauczyć swoich studentów myśleć i z pewnością raczej rozumieć niż tylko pamiętać, oraz raczej szukać odpowiedzi na pytania „dlaczego”, niż „co”.

Jeśli studenci i absolwenci zdobędą chęć i umiejętność myślenia, to konieczność pogłębiania wiedzy, ustawicznego kształcenia się, oraz zajęcia właściwej postawy moralnej będzie logicznym i oczywistym nakazem podejmowanym jako codzienny, normalny obowiązek, a nie wyrazem okresowo podejmowanych akcji, związanych z koniecznością zdania egzaminu. To myślenie powinno być czynnikiem sprawczym naszego całego samokształcenia i samorealizacji, a nie tzw. „edukacyjne punkty”, lub inne biurokratycznie - normatywne parametry, mające stanowić dowód umysłowego wysiłku, nawet gdy jest to tylko wysiłek pozorowany. Życie ludzkie będzie takie, jak je nasza myśl ukształtuje. Biurokratycznie – buchalteryjne kryteria natomiast nigdy nie tylko nie były czynnikiem sprawczym postępu, ale ten postęp wręcz hamowały.

Wysiłek skierować należy na kształcenie rzeczywistych motywacji do samokształcenia, a nie na rozwijanie motywacji pozornych. Nie dziwi mnie, że w sytuacji, kiedy nawet ustawy mogą być na sprzedaż, producent głośno mówiących aparatów telefonicznych doprowadza do wydania ustawy o konieczności ich instalowania. Nie zaskakuje mnie więc również przyznanie „edukacyjnych punktów” za prenumeratę pism. Jest to administracyjne ułatwienie pozorowanej aktywności samokształceniowej (niezależnie od ilości przyznawanych punktów). To czytelnicy powinni wybierać i nauczyć się wybierać dobre czasopisma. Wiadomo, że to nie czytelnicy i uczący się wysunęli pomysł z „edukacyjnymi punktami” za prenumeratę i nie oni doprowadzili do jego obowiązywania. Nie w prenumeracie lokalizuje się „interes” uczących się. W oficjalnie panującym u nas systemie rynkowym to „producenci” starą metodą administracyjnego sterowania wygrali batalię pozorowaną dobrem uczącego się. Jest jednak rzeczą ważną, aby myśl nasza nie zamykała się na rzeczywistość. Do rzeczywistości też trzeba umieć się dopasowywać. Dlatego wszyscy uczący się nie powinni zaniedbywać możliwości zdobywania punktów, ale równocześnie powinni być świadomi, że to sama nauka a nie punkty stanowią dla nich rzeczywistą wartość, którą w przyszłości można będzie wymienić na pieniądze.

Egzamin

Egzamin również jest częścią procesu dydaktycznego. Pamiętam, że podczas jednego z egzaminów, kiedy się „zaciąłem”, pani profesor nie powiedziała mi „Niech pan sobie przypomni.....”, ale „Niech pan pomyśli”. Wskazówka była bardzo trafna. Problem rozwiązałem, ale dostrzegłem też głęboki sens tego egzaminacyjnego zwrotu, którym się potem posługiwałem w czasie mej akademickiej pracy. Do myślenia zmuszać należy uczących się również, a nawet zwłaszcza na egzaminie i oceniać nie zasób wiedzy, którą można zawsze znaleźć w książkach, ale umiejętność zdobywania wiedzy, zdolność do wnioskowania i wyciągania z posiadanej wiedzy praktycznych wniosków.

Nauka

Nauka wiąże się z myślami człowieka. Narzędziem nauki jest rozum ludzki, rezultatem zaś nauki jest wiedza. Mimo że zasięg nauki jest nieograniczony, to jednak nauka ma granice. Tymi granicami są... (tu prosiłbym samemu pomyśleć, czy nauka ma jakiegokolwiek granice, a jeśli tak, to jakie). Tymi granicami nauki są: kłamstwo, pozory i zło. Krańcowym przykładem zła był Mengele. Najbardziej groźnym jednak elementem dla nauki i postępu są pozory. Zło i kłamstwo w nauce szybko same się ujawniają, lub też są łatwo wykrywalne. Trudne natomiast do zdemaskowania są prace pozorowane. Ktoś powiedział, że prawda nie zrobiła tyle dobrego, ile zła sprawiły jej pozory.

Błąd – błędzić

Postęp w nauce i technologii dokonuje się nie tylko przez akumulację wiedzy. W postępie znaczącą rolę odgrywa proces myślowy prowadzący do rozpoznania i uczciwego

przyznania się do popełnionego błędu. Wielu ludzi jest w swym myśleniu i działaniu uczciwych, ale jak wszyscy, również i oni nie są bezbłądni. Dlatego zdarza się im błędzić. Ale błędzić to może oznaczać – poszukiwać. Nie można jednak trwać w błędzie. Błądzenie jest dowodem na to, że chcieliśmy i próbowaliśmy coś zrobić, czegoś dokonać. Wykrycie i rozpoznanie błędu niedostrzeganego przez innych jest odkryciem.

Kłamstwa

Jak wszystko, co dobre i piękne tak również i umiejętność myślenia może być wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem. Jesteśmy bowiem wyjątkowo sprawni myślowo w produkowaniu kłamstw. Jest to umiejętność w pełni nabyta i pieczołowicie kultywowana. Dzieci bowiem nie umieją kłamać. Uczą się tego dopiero od starszych. Powtórzę:

mamy zdolność wymyślania kłamstw, bo prawda istnieje, a tylko kłamstwa się wymyśla. Są one łatwo akceptowane, ponieważ na ogół przedstawia się je w sposób bardziej prawdopodobny od prawdy, a gorzkie prawdy bywają niechciane. Tym łatwiej więc akceptuje się ładnie i prawdopodobnie brzmiące kłamstwo. Ponadto kłamstwo staje się opłacalne. Z tego właśnie powodu nasza polityka tak bezkarnie przeżarta jest kłamstwem. Ponadto wierzyć w kłamstwo jest łatwiej niż je ujawnić i z nim walczyć.

Wnioski

Postęp wynika z wnikliwego stawiania pytań i z uczciwości w szukaniu i opracowywaniu odpowiedzi. Tak więc to wolna myśl kształtuje przyszłość. I na tym polega jej wartość.

IFMSA – to Ty, to Wy, to my!

Ewa Haładyj i Robert Fastyn

Nie wszyscy zapewne wiedzą, że IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) – Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny jest największą na świecie, działającą od 1952 roku organizacją studencką, zrzeszającą ponad 850 000 młodych medyków z 91 państw. To organizacja prowadzona przez studentów dla studentów, a jej misją jest zaoferowanie przyszłym lekarzom kompletnego wprowadzenia do światowych problemów zdrowia.

Zarząd IFMSA, wybierany raz w roku, ma siedzibę (wspólnie z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Lekarzy) w Ferney-Voltaire w Genewie.

Od 1969 roku organizacja współpracuje z WHO, a do jej partnerów należą między innymi UNESCO, UNICEF, UNIDS, UNFPA, UNHCR. Dwa razy w roku, w marcu i sierpniu, odbywają się walne zebrania członków IFMSA - tygodniowe spotkania, podczas których podpisywane są kontrakty na wymiany studenckie, opracowywane są nowe projekty, przedstawiane są sprawozdania z realizacji programów już działających. Studenci wymieniają się także wiedzą medyczną, prezentują swoje zwyczaje, kultury.

IFMSA - Poland

W Polsce organizacja działa od 1956 roku (początkowo pod nazwą PolMSIC), od 1957 roku należy do IFMSA, a osobowość prawną uzyskała w momencie zarejestrowania w Sądzie Wojewódzkim w Warszawie w kwietniu 1996 roku. W 2000 roku zmieniła nazwę na Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland, a 25 kwietnia 2003 r. została wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego jako stowarzyszenie.



Prorektor AM, prof. Leszek Pączek podczas otwarcia Konferencji „Prawne i etyczne aspekty transplantacji tkanek i narządów”

Ze względu na zakres działania cała struktura IFMSA została podzielona na Programy Stałe:

SCOME - Program Stały ds. Edukacji Medycznej (Standing Committee on Medical Education)
SCOPH - Program Stały ds. Zdrowia Publicznego (Standing Committee on Public Health)
SCORA - Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS (Standing Committee on Reproductive health including AIDS)
SCORE - Program Stały ds. Wymiany Naukowej (Standing Committee on Research Exchange)
SCOPE - Program Stały ds. Praktyk Wakacyjnych (Standing Committee on Professional Exchange)
SCORP - Program Stały ds. Uchodźców i Pokoju (Standing Committee on Refugees and Peace).

Przynależność do organizacji jest dobrowolna - każdy student medycyny i młody lekarz może stać się jej członkiem po wypełnieniu deklaracji członkowskiej. Stowarzyszenie ma oddziały we wszystkich wyższych uczelniach medycznych w Polsce i skupia w swoich szeregach ponad 800 studentów medycyny.

Organem zarządzającym IFMSA - Poland jest Zarząd Główny, na czele którego w 2005 roku stoi Ewa Haładyj, studentka IV roku II WL AM w Warszawie. Inni nasi studenci w krajowych władzach organizacji to: Magdalena Nowak (III rok, I WL) – Wiceprezydent ds. zasobów ludzkich; Małgorzata Harasim (IV rok, II WL) – Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Praktyk Wakacyjnych (studenci wyjeżdżający); Zofia Szulc (V rok, II WL) – Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Wymiany Naukowej i Marta Nowicka (IV rok, II WL) – Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS.



Prof. Zbigniew Izdebski podczas wykładu w trakcie Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland w Żaganiu

SCOPE

Program Stały ds. Praktyk Wakacyjnych jest jednym ze starszych programów stałych IFMSA i najpoważniejszym magnesem przyciągającym do stowarzyszenia nowych członków. SCOPE umożliwia studentom wydziałów lekarskich wyjazd na miesięczne praktyki wakacyjne do wielu, często bardzo egzotycznych zakątków świata.

Co roku w sierpniu odbywa się międzynarodowe spotkanie IFMSA (General Assembly), na którym poszczególne państwa podpisują kontrakty na wymianę studentów w kolejnym roku akademickim. Większość kontraktów jest dwustronna - oba podpisujące je kraje zobowiązują się do zorganizowania przyjeżdżającemu studentowi noclegów, wyżywienia, praktyki na oddziale oraz „niemedycznego” programu pobytu. Każdego roku polska organizacja podpisuje ponad 300 takich kontraktów, ale znacznie większa liczba chętnych do wyjazdu sprawia, że konieczna jest kwalifikacja, przeprowadzana w każdej wyższej uczelni medycznej.

W ramach tych praktyk studenci uczestniczą w większości prac szpitalnego oddziału. Kwestia asystowania przy zabiegach i operacjach zależy w głównej mierze od lekarzy danego oddziału, gdyż w wielu krajach niedopuszczalna jest obecność studenta przy zabiegu. Co oczywiste – zagraniczne praktyki dają możliwość pogłębiania wiedzy z danego przedmiotu, wymiany doświadczeń z innymi studentami oraz lekarzami. Są też okazją do poznania innych poglądów i metod leczenia oraz diagnostyki, stosowanych w innych krajach, a nawet do zaobserwowania przypadków chorób w Polsce nie spotykanych – np. typowo tropikalnych.

Studenci często odbywają praktykę na oddziale, który specjalizuje się w bardzo konkretnej tematyce, co daje okazję zapoznania się z najnowszymi badaniami z zakresu tego przedmiotu. Samodzielny wyjazd do innego kraju to ważne doświadczenie życiowe, a także sprawdzian umiejętności językowych. Jedną z zalet wyjazdu zagranicznego jest niewątpliwie nauka języka, głównie angielskiego, w zakresie ogólnym i medycznym. Ponadto poprzez udział w programie socjalnym student poznaje kulturę, historię i atrakcje turystyczne danego kraju.

SCORE

Program międzynarodowej wymiany naukowej SCORE (Program Stały ds. Wymiany Naukowej) charakteryzuje się indywidualnym podejściem do uczestników i ich zainteresowań. Umożliwia pogłębianie wiedzy medycznej w wybranych przez nich dziedzinach. Głównym założeniem programu jest połączenie wiedzy teoretycznej i jej praktycznego zastosowania. Studenci uczestniczą w projektach naukowych zarówno z zakresu nauk przedklinicznych, jak i klinicznych, przez okres od 4 do 8 tygodni. Podstawowym warunkiem udziału w SCORE w danym przedklinicznym projekcie badawczym jest odbycie podczas studiów kursu z dziedziny, której dotyczy wybrany projekt. Kurs powinien kończyć się egzaminem bądź zaliczeniem zdany na ocenę pozytywną. W przypadku pro-

jektów klinicznych egzamin nie jest wymagany. Ośrodek akademicki realizujący projekt zapewnia opiekuna naukowego na okres praktyk. Daje to studentom szansę poznania rozwiązań i technologii stosowanych przez najlepsze ośrodki akademickie na świecie, skorzystania z ich doświadczeń, a także uzyskania dodatkowych punktów na macierzystej uczelni.

Na praktyki SCORE mogą wyjeżdżać studenci wyższych uczelni medycznych, będący członkami IFMSA – Poland, którzy są zainteresowani pogłębieniem swojej wiedzy właśnie poprzez udział w projektach badawczych prowadzonych w klinikach na całym świecie. Pracując pod kierownictwem tutora zdobywają doświadczenie w określonej dziedzinie specjalistycznej. Te praktyki to niepowtarzalna okazja dla naszych studentów do zapoznania się z warunkami pisania i realizowania własnych projektów naukowych. W czasie wolnym uczestnicy programu mają także okazję poznania nowych ludzi i kultur, uczestniczenia w imprezach i wycieczkach organizowanych przez goszczących ich studentów.

W styczniu i lutym br. trwały kwalifikacje programów SCOPE i SCORE. Dzięki władzom naszej akademii, warszawscy studenci od pewnego czasu mogą uczestniczyć w Ogólnoświatowych Zjazdach Studentów Medycyny IFMSA, m.in. w Wenezueli i Macedonii. Spotkania te zaowocowały tym, że 66 studentów AM w Warszawie podczas najbliższych wakacji wyjedzie na zagraniczne praktyki wakacyjne i weźmie udział w projektach naukowych w najróżniejszych państwach świata, m.in. tak egzotycznych, jak Meksyk, Kostaryka, Nepal, Tajlandia, itp.

Członkowie Oddziału Warszawa IFMSA – Poland są dumni, że warszawski Program SCORE uzyskał opiekuna i patrona merytorycznego, którym zgodziła się zostać pani prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik – Dyrektor Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie.

SCORA

Zgodnie z hasłem: „Najlepszym sposobem walki z AIDS jest prewencja, a najlepszym sposobem prewencji jest edukacja” SCORA (Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS) koncentruje się na działaniach edukacyjnych, nie zapominając o bezpośrednim wspieraniu osób żyjących z HIV lub STD. Głównym obszarem zainteresowania SCORA są choroby przenoszone drogą płciową (STD), tematyka związana z zakażeniami wirusem HIV oraz antykoncepcja, prawa kobiet i przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.

W ramach obchodów Światowego Dnia AIDS w latach 2002, 2003 i 2004 IFMSA - Poland organizowało dla studentów medycyny konferencje i wykłady poświęcone problematyce AIDS, akcje informacyjne połączone z rozdawaniem ulotek i materiałów dotyczących HIV, akcje dotyczące profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową.

Projekt SCORA Exchange pozwala polskim studentom, na podstawie umowy z dziewięcioma krajami (m. in. Szwecją, Grecją i Czechami) wyjeżdżać na praktyki, których te-



Po podpisaniu projektu polsko - libańskiego dotyczącego edukacji rówieśniczej "Peer Education STOP HIV/AIDS"

matyka koncentruje się na klinicznych aspektach pracy z pacjentami zarażonymi wirusem HIV. IFMSA – Poland w ramach tego projektu gościło już kilku zagranicznych studentów. Twórcami tego międzynarodowego projektu są studenci warszawskiej Akademii Medycznej – Paweł Karaś, Paweł Gosek oraz Piotr Borzęcki (VI rok, I WL).

Dzięki pomocy Instytutu Matki i Dziecka oraz Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w 2003 roku powstał pierwszy fakultet zdrowia reprodukcyjnego, całkowicie finansowany przez UNFPA. Dzięki temu studenci mają okazję uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez wybitnych wykładowców, specjalistów z dziedziny ginekologii, seksuologii, epidemiologii, statystyki i prawa. Zajęcia dla warszawskich studentów (fakultet „Zdrowie Reprodukcyjne” jest wpisany w poczet oficjalnych zajęć naszej Akademii Medycznej) odbywają się w Instytucie Matki i Dziecka (dr hab. Tomasz Niemiec) w Warszawie. Fakultet z roku na rok cieszy się coraz większym zainteresowaniem. W ostatniej edycji z zajęć tych skorzystało 40 młodych medyków.

„Peer Education STOP HIV/AIDS” to program edukacji młodzieży szkolnej. Jest on realizowany w gimnazjach i szkołach średnich. Propaguje zasady właściwej profilaktyki STD i AIDS, a realizowany jest poprzez prezentacje prowadzone przez studentów medycyny. Zaangażowani w ten program studenci medycyny są edukatorami certyfikowanymi przez Krajowe Centrum ds. AIDS. W ramach tego programu m.in. nasi edukatorzy we wrześniu



Promocja naszego kraju podczas IFMSA General Assembly w Macedonii

2004 przeprowadzili szkolenia dla studentów medycyny w Bejrucie (Liban).

Kiedy większość studentów w związku ze zbliżającą się sesją egzaminacyjną na poważnie zasiada do nauki, członkowie IFMSA - Poland okres ten wykorzystują także na przeprowadzenie akcji, na które w ciągu roku brakuje czasu ze względu na natłok zajęć. Kilkunastu młodych adeptów sztuki medycznej w ramach ogólnopolskiego projektu Edukacji Rówieśniczej „Peer Education STOP HIV/AIDS”, realizowanego z powodzeniem w całej Polsce już od kilku lat, przeprowadziło w pięciu warszawskich szkołach lekcje, których celem było zwiększenie świadomości młodzieży związanej z tematyką HIV, AIDS i chorobami przenoszonymi drogą płciową. Mała różnica wieku pomiędzy słuchaczami i prowadzącymi zajęcia zmniejsza opory przed rozmową na tematy do niedawna uważane za tabu. Akcje mają wielką aprobatę nie tylko uczniów, ale i gron pedagogicznych poszczególnych szkół – potwierdza to fakt, że od listopada 2004 do końca stycznia 2005 r. w szkoleniach prowadzonych przez studentów AM w Warszawie wzięło udział przeszło 1000 uczniów szkół ponadpodstawowych

SCOPH

Program Stały ds. Zdrowia Publicznego zajmuje się problemami zdrowia publicznego w wielu krajach na całym świecie. SCOPH współpracuje z innymi pozarządowymi organizacjami, takimi jak WHO, UNICEF, Fundacja „Promocja Zdrowia”, Fundacja MATIO, Polska Unia Onkologii czy Fundacja Urszuli Jaworskiej. Aktualnie w wielu państwach realizowane są projekty różniące się w zależności od potrzeb lokalnej ludności, a także projekty o zasięgu międzynarodowym.

Celem niektórych z nich jest poprawa stanu zdrowia ludności wybranych wiosek w krajach trzeciego świata, gdzie studenci medycyny na zasadach wolontariatu pracują dla dobra mieszkańców. Są to tak zwane VCP, czyli Village Concept Project.

Oprócz tego istnieją Teddy Bear Hospitals, w Polsce nazywane „Szpitalami Pluszowego Misia”. Akcja ta ma na celu oswojenie dzieci z osobą lekarza. W tym celu dzieci w wieku 4-5 lat zostają zaproszone do zaimprovizowanego



Zainteresowanie Polską i naszą medycyną jest coraz większe



Wspólna podróż przyjaciół z IFMSA-Poland

szpitala, gdzie rolę lekarzy i pielęgniarek odgrywają studenci medycyny, a chorym jest ulubiony miś przedszkolaka, dziecko zaś jest rodzicem maskotki. Unikalne w skali światowej projekty to ważna cecha wyróżniająca polski SCOPH. Są wśród nich:

- warsztaty dla uczniów szkół gimnazjalnych i średnich „Zaburzenia odżywiania” – dotyczące problemów bulimii, anoreksji i otyłości;
- „Serce masz tylko jedno” – akcja skierowana do mieszkańców podkrakowskich miejscowości, mająca na celu profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych;
- „Tygodnie mukowiscydozy” – ogólnopolska akcja współorganizowana z Fundacją „Matio”;
- konferencje naukowe, gromadzące każdorazowo bardzo dużo zainteresowanych, dotyczące m. in. dylematów pojawiających się na pograniczu prawa i medycyny;
- „Psychoonkologia” – projekt łączący doświadczenia onkologii i psychologii, realizowany we współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej oraz Polską Unią Onkologii.

SCOME

Program Stały ds. Edukacji Medycznej koncentruje się na szeroko pojętej edukacji medycznej. To forum dyskusji dla studentów medycyny zainteresowanych rozwojem kształcenia medycznego. Podstawowym celem tego programu jest dążenie do jak najlepszego przygotowania studentów do przyszłego zawodu i pomoc w rozwijaniu ich zainteresowań. Jednym z priorytetowych założeń jest rozwój nauczania medycyny na świecie i wprowadzenie optymalnego systemu nauczania na wszystkich uczelniach medycznych. Poprzez dyskusję i wymianę doświadczeń studenci z całego świata starają się dostrzec zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty każdego modelu edukacji młodych medyków (tradycyjnego - obecnego na naszych uczelniach, Problem Based Learning, Evidence Based Learning oraz tzw. mieszanego) i znaleźć jak najlepsze rozwiązania. Dzięki tym doświadczeniom studenci są cenionymi i kreatywnymi partnerami w rozmowach na temat programów nauczania - zarówno dla władz swoich uczelni, jak i dla ludzi decydujących o systemie edukacji



Chwila relaksu nad Bałtykiem - Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland w Gdańsku

medycznej w poszczególnych państwach.

Jednym z celów IFMSA - Poland jest zmiana programu studiów medycznych w kierunku nauczania zintegrowanego i problemowego - PBL (Problem-Based Learning). Wiele uczelni na świecie (także w państwach należących do Unii Europejskiej) bądź naucza już w tym systemie, bądź przymierza się do wprowadzenia podobnych zmian.

Organizowane są także projekty podnoszące poziom wiedzy studentów medycyny, z których niesłabnącym zainteresowaniem cieszą się warsztaty języka migowego, Letnie Szkoły Neonatologii w Warszawie oraz konferencje naukowe. Corocznym świętem i zarazem podsumowaniem rocznych działań IFMSA - Poland są organizowane na wielu uczelniach majowe Dni Edukacji Medycznej. Latem IFMSA umożliwia swoim członkom praktyki w Ministerstwie Zdrowia.

SCORP

To Program Stały ds. Uchodźców i Pokoju. W jego ramach podejmowane są problemy uchodźców i starania o pokój na świecie, czyli działania polegające na:

- szerzeniu oświaty zdrowotnej wśród uchodźców (wykłady, dyskusje, warsztaty)
- organizacji pomocy medycznej dla uchodźców,
- opiece nad dziećmi uchodźców,
- organizacji warsztatów na temat praw człowieka oraz praw pacjenta,
- współpracy z UNHCR, „Medecins sans frontiers”, Stowarzyszeniem „Jeden Świat”,
- szerzeniu tolerancji wśród innych narodowości,
- organizowaniu kampanii przeciwko wojnie nuklearnej oraz stosowaniu min lądowych.

W Polsce jest to najmłodszy, ale szybko i prężnie rozwijający się program stały. SCORP w Polsce chciałby się zaangażować w integrację uchodźców, a poprzez kampanie informacyjne i edukacyjne starać się budować atmosferę tolerancji i zrozumienia dla ciągle rosnącej grupy uchodźców w Polsce.

Oddział Warszawa nawiązał współpracę z UNHCR, Polską Akcją Humanitarną, Ośrodkiem dla Uchodźców w Dębaku, Fundacją „Dzieci Niczyje”, Rzecznikiem Praw Dziecka oraz UNICEF.

Interesującym tematem dla SCORP jest promowanie tolerancji poprzez działalność edukacyjną, badanie tolerancji wobec innych narodów, ras, religii - Program „Tolerancja” (opracowanie ankiety badającej tolerancję wśród studentów uczelni medycznych). SCORP zorganizował m. in. wystawę plakatów na AM w Warszawie pt. „Sytuacja uchodźców w Polsce i na świecie” i przeprowadził (organizowaną przez księży Werbistów) akcję: „Okulary dla Ghany”, polegającą na zbieraniu używanych okularów dla mieszkańców Ghany oraz konferencję „Stop przemocy w rodzinie”, podczas której prof. dr Hermann Vogel, kierownik Zakładu Radiologii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu w Hamburgu oprowadzał po swojej unikatowej wystawie „Przemoc na zdjęciach RTG”. Celem SCORP jest nie tylko edukacja w gronie studentów, ale również wśród osób zawodowo pracujących w systemie opieki zdrowotnej. Dlatego SCORP rozpoczął pracę w ośrodkach dla uchodźców. Przy pomocy warszawskiego SCORA przeprowadzono szkolenie dla osób pracujących z uchodźcami na temat „Prewencji zakażeń HIV”, a w planach są wykłady z innych dziedzin medycyny dla personelu i uchodźców.

Spotkania

Rozumiejąc potrzebę nieustannej wymiany pomysłów, umiejętności i doświadczeń oraz doceniając konieczność bezpośrednich kontaktów i rolę, jaką one pełnią w prawidłowej koordynacji działań, jak i realizacji i ewaluacji projektów przedstawiciele wszystkich programów stałych z poszczególnych oddziałów IFMSA – Poland spotykają się co najmniej trzy razy do roku. Spotkania te trwają 2-3 dni i gromadzą około 30 uczestników – Lokalnych Koordynatorów Programu Stałego oraz ich asystentów. Składają się z części wykładowych i warsztatów, stanowiących dla ich uczestników zarówno pod-

sumowanie dotychczasowej działalności, jak i inspirację do dalszego działania. Umożliwiają one poznanie się działających w danym programie stałym członków oraz integrację, pozwalającą na sprawne wykonywanie działań zespołowych.

Na forum ogólnopolskim, zgodnie ze statutem, w kwietniu i listopadzie odbywają się zgromadzenia delegatów. Są to trzydniowe zjazdy przedstawicieli ze wszystkich oddziałów stowarzyszenia, mające na celu wybranie nowych władz IFMSA – Poland, posumowanie pracy za ostatnie półrocze oraz kontrolę realizacji strategii rozwoju. Czas tego spotkania, poza sesjami plenarnymi, wypełniają szkolenia i warsztaty tematyczne oraz wykłady.

Nadzwyczajne Zgromadzenia Delegatów odbywają się w miarę bieżących potrzeb, dotyczą zwykle zatwierdzenia budżetu stowarzyszenia na dany rok kalendarzowy czy też wysokości składki członkowskiej. Niejednokrotnie są one połączone z warsztatami dla prezydentów oddziałów stowarzyszenia.

IFMSA – Poland uczestniczy także w międzynarodowych zjazdach IFMSA (General Assembly), które odbywają się w marcu (March Meeting) i sierpniu (August Meeting). Są to tygodniowe spotkania gromadzące około 800 uczestników z całego świata, o charakterze wyborczo - sprawozdawczym. Wykłady, prelekcje, sesje tematyczne oraz warsztaty w obrębie programów stałych i sekcji wewnątrz IFMSA od rana do wieczora wypełniają czas uczestników. Kulminacyjnym punktem sierpniowego spotkania są wybory Zarządu IFMSA oraz podpisywanie kontraktów na praktyki w ramach programów stałych ds. Praktyk Wakacyjnych i Wymiany Naukowej na przyszły rok. GA poprzedza zwykle trzydniowe spotkanie tematyczne połączone z warsztatem dla prezydentów stowarzyszeń krajów członkowskich i trenerów. Po General Assembly gospodarz spotkania zapewnia możliwość zorganizowanego zwiedzania jego państwa.



Nad Jeziorem Ohridzkim w Macedonii, sierpień 2004 r. W górnym rzędzie: Anna Piechal (IV rok AM w Warszawie, Lokalny Koordynator Programu Stałego ds. Zdrowia Publicznego); Małgorzata Harasim (IV rok AM w Warszawie, Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Praktyk Wakacyjnych); Paweł Karaś (IV rok AM w Warszawie, SCORA Exchange); Maciej Krankowski (III rok AM we Wrocławiu, Narodowy Koordynator projektu SCORA Exchange). U dołu: Ewa Blicharska (IV rok AM w Warszawie, Sekretarz Oddziału Warszawa); Roma Lewicka (V rok AM w Poznaniu, Koordynator Ogólnopolski Projektu „Szpital Pluszowego Misia”); Robert Fastyn (IV rok, AM w Warszawie, Prezydent Oddz. Warszawa); Zofia Szulc (V rok AM w Warszawie, Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Wymiany Naukowej); Anna Janowicz (VI rok, I WL AM w Warszawie, b. Narodowy Koordynator Programu Stałego ds. Uchodźców i Pokoju); Michał Brzeziński (III rok AM w Gdańsku, b. Sekretarz Generalny IFMSA – Poland)

KONTAKT Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA – Poland. ul. Oczuki 5, 02 – 007 Warszawa, Prezydent Oddziału Warszawa IFMSA – Poland, Robert Fastyn (IV rok, I WL) 0-502-775-873 robertfast@poczta.fm, Prezydent IFMSA – Poland Ewa Haładaj (IV rok, II WL) 0-505-132-797 ehaladyj@op.pl

Europejska Rada Studentów Medycyny



European Medical Students' Council

Paweł Chomicki¹, Magdalena Restel²

1. European Medical Students' Council Vice-President 2005, Koordynator Narodowy EMSA Poland 2005/2006, Prezes Zarządu EMSA Warszawa 2004/2005
2. Sekretarz Generalny EMSA Poland 2005/2006, Sekretarz Generalny EMSA Warszawa 2004/2005

Wiek XX był stuleciem wielkich przemian – politycznych, społecznych, gospodarczych i technologicznych, okresem, w którym dokonywały się rzeczy tak niezwykle, jak i przerażające, które ukształtowały współczesną Europę i świat. Polska, po wielu trudnych dla niej latach, dopiero niedawno dostąpiła zaszczytu współtworzenia tej dynamicznie rozwijającej się Europy, ale wraz z tym przywilejem przyszły również obowiązki – konieczność przekształcenia Polski w państwo dorównujące rozwojem gospodarczym oraz społeczną i polityczną dojrzałością innym europejskim krajom.

Jednym z elementów owych przyspieszonych przemian była konieczność modernizacji i przystosowania systemu edukacji do standardów obowiązujących w zjednoczonej Europie, a swobodna wymiana doświadczeń i osiągnięć, poprzez usprawnienie współpracy między ośrodkami akademickimi, miała być podstawą do stworzenia ujednolicono systemu kształcenia.

Swoboda myśli i elastyczność poglądów były szokiem dla struktur poprzedniego systemu edukacyjnego, któremu skostniały system polityczny narzucał sposób i zakres nauczania. Droga do stworzenia systemu kształcącego ludzi rozumnych i wyposażenia ich w narzędzia pozwalające przetrwać na współczesnym rynku pracy, okazała się wyboista i wymagała przekształcenia uniwersytetów w sprawnie funkcjonujące jednostki gospodarcze. Struktura nowoczesnych uczelni, do których niewątpliwie zalicza się obecnie również nasza Alma Mater, przypomina „mini-państwo”, posiadające własny budżet, politykę administracyjną, ekonomiczną i społeczną - narzędzia sprawnego zarządzania naszym „studentkim narodem”. Podobnie jak w każdym prawidłowo funkcjonującym państwie, dążenie do osiągnięcia celu najwyższego, czyli szeroko pojmowanego dobra ogółu (w tym konkretnym przypadku - stworzenie uczelni na miarę XXI wieku) nie byłoby możliwe bez udziału samych „obywateli” - studentów.

Zadaniem zarówno przedstawicieli Samorządu Studentów, delegatów do Parlamentu Studentów RP, jak i przedstawicieli organizacji studenckich (skupiających coraz liczniejsze rzesze młodych ludzi), jest reprezentowanie opinii studentów w sprawach ich dotyczących. Funkcjonowanie każdego państwa jest bowiem możliwe jedynie dzięki

efektywnej współpracy władz i społeczeństwa. Mimo że rola studentów w tym procesie jest coraz większa, nadal ma charakter lokalny - ograniczony do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących społeczności studenckich poszczególnych uczelni. Konieczność zwiększenia wpływu przedstawicieli środowisk studenckich na tworzenie nowoczesnego, ujednolicono systemu kształcenia nabiera szczególnego znaczenia w przypadku uczelni medycznych, zarówno ze względu na szczególny charakter przekazywanej wiedzy, jak i różnorodność metod nauczania w poszczególnych krajach Europy. Struktura, której zadaniem jest zwiększenie udziału studentów medycyny w kształtowaniu przyszłości profesji medycznej, jest powołana do życia w 2004 roku Europejska Rada Studentów Medycyny (European Medical Students' Council).

Historia EMS Council...

ma już parę lat. Idea stworzenia platformy, umożliwiającej współpracę przedstawicieli Narodowych Organizacji Studentów Medycyny (NMSO – National Medical Students' Organisations) w tworzeniu wspólnego stanowiska w kwestiach dotyczących edukacji medycznej narodziła się w 2000 r. podczas Walnego Zgromadzenia EMSA (European Medical Students' Association) w Tbilisi, kiedy to ówczesny prezydent EMSA przedstawił koncepcję powołania rady reprezentującej interesy i opinie studentów medycyny w obrębie geograficznej Europy. Rada miała formować wspólne cele polityczne w sprawach dotyczących studentów medycyny oraz bronić ich praw na forum europejskim. Rok później - podczas kolejnego Walnego Zgromadzenia EMSA w Heidelbergu - przyjęto projekt stworzenia EMSA Council, lecz jeszcze kilka lat minęło zanim ustalono szczegółowe reguły, według których miała funkcjonować przyszła rada - niezależna ideowo, ale jednocześnie związana prawnie z EMSA, posiadająca silną strukturę wewnętrzną, pozwalającą jednak na swobodną dyskusję.

Spotkanie Inauguracyjne EMSA Council (EMSA Council Inaugural Meeting, London 2004), które odbyło się w sierpniu 2004 r. w Londynie, poświęcone Procesowi Bolońskiemu, miało potwierdzić gotowość studentów medycyny do aktywnego uczestniczenia w życiu politycznym Europy, a także - czy są wystarczająco dobrze zorganizowani i zjednoczeni, by bronić wspólnie swoich interesów. Jednak dopiero EMSA Council 2nd Meeting, spotkanie,

które odbyło się w Warszawie w bieżącym roku, miało zdecydować o obecnym kształcie rady.

EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005

Podczas zorganizowanego w lutym br. przez EMSA Warszawa - Oddział Lokalny Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA (FMO - Faculty Member Organization of EMSA) zjazdu, nad którym patronat honorowy objęli: Jego Magnificencja prof. dr hab. med. **Janusz Piekarczyk** - Rektor AM w Warszawie, prof. dr hab. med. **Leszek Pączek** - Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM w Warszawie oraz dr **Konstanty Radziwiłł** - Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, zmieniono nazwę rady na European Medical Students' Council (EMS Council) oraz przyjęto Statut EMS Council, zgodnie z propozycjami członków EMSA European Board - Anabeli Serranito i Tima Frenzela - dwójki niezwykłych ludzi, którzy stworzyli podstawy prawne rady.

tudiantes de Medicina, OMSIS - Ordförandekonventet för Medicine Studerande i Sverige, i in.) wybrało spośród siebie Zarząd Europejskiej Rady Studentów Medycyny (European Medical Students' Council Board) w składzie:

- **Fernando Rivas Navarro** (ES, Madrid) – EMS Council President 2005,
 - **Paweł Chomicki** (PL, Warszawa) – EMS Council Vice-President 2005,
 - **Patricia Stappers** (NL, Gröningen) – EMS Council Secretary 2005,
- decydując tym samym o strukturze rady i określając zadania poszczególnych członków Zarządu EMS Council.

Do obowiązków każdego nowo powołanego prezydenta należeć będzie: koordynowanie prac rady, przewodniczenie jej posiedzeniom, reprezentowanie EMS Council na arenie międzynarodowej oraz przygotowanie planu ramowego spotkań EMS Council.


W wypełnianiu tych zadań prezydenta wspiera wiceprezydent, który jest odpowiedzialny za koordynowanie prac związanych z przygotowaniem kolejnych zjazdów, za rekrutację nowych członków (NMSO) i utrzymywanie między nimi aktywnego kontaktu oraz za promowanie idei EMS Council w Europie. Nad prawidłowym funkcjonowaniem rady kontrolę sprawuje także sekretarz, którego zadaniem jest utrzymywanie kontaktów między EMS Council i EMSA European Board, przygotowanie posiedzeń wspólnie z komitetem organizacyjnym kraju goszczącego, prowadzenie archiwum rady oraz księgowości EMS Council.

Stworzenie szkieletu rady nie było jedynym celem obrad. Głównym założeniem spotkania była debata dotycząca **bezpieczeństwa pacjentów**. Zawarte w ostatecznym raporcie postanowienia zostały przedstawione na forum CPME (Standing Committee of European Doctors), będącego jednym z organizatorów konferencji „Patient Safety – Making it happen”, która odbyła się w Luxemburgu w dniach 4 - 5 kwietnia 2005.

CPME i EMSA

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), którego członkiem jest Naczelna Izba Lekarska, skupia reprezentatywne dla danego państwa organizacje medyczne z krajów członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a za cel stawia sobie m. in. promowanie najlepszych standardów kształcenia medycznego, praktyki lekarskiej i usług medycznych, promowanie swobodnego przepływu lekarzy oraz reprezentowanie zawodu medycznego przed instytucjami europejskimi w krajach unii.

EMSA jako organizacja zrzeszona w CPME i reprezentowana przez CPME/PWG Liaison Officer, od lat aktywnie uczestniczy w spotkaniach CPME, pełniąc rolę doradcy w kwestiach bezpośrednio związanych z edukacją przeddyplomową. EMSA ma pełne prawo głosu i uprawnienia do przedkładania dokumentów na forum CPME.



REKTOR AKADEMII MEDYCZNEJ
w Warszawie

Warszawa, 20.01.2005 r.

Szanowny Pan
Paweł Chomicki
Prezes Zarządu EMSA Warszawa


Szanowny Panie Prezesie

Z wielkim zainteresowaniem przyjąłem informację o międzynarodowym zjeździe dydaktycznym European Medical Students' Association – EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005. Bardzo serdecznie dziękuję Państwu za zaproszenie na tę konferencję. Dodam, iż propozycję objęcia honorowego patronatu przyjmuję z przyjemnością i satysfakcją.

Organizatorom oraz uczestnikom już dzisiaj pragnę życzyć sukcesu w realizacji celów tego ważnego przedsięwzięcia, a także znakomitej, twórczej atmosfery podczas planowanych konferencji i spotkań.

Gratuluję Państwu podjęcia interesującej i cennej pod względem dydaktyczno - naukowym, inicjatywy, która pozwoli na wymianę doświadczeń w dziedzinie edukacji medycznej w międzynarodowym gronie członków EMSA, reprezentujących poszczególne narodowe grupy tej organizacji. Jest to bardzo ważne wydarzenie również z punktu widzenia naszej Uczelni, służące rozwojowi tej części jej społeczności, jaką są Studenci.

Z wyrazami szacunku,



prof. dr hab. Janusz Piekarczyk
Rektor Akademii Medycznej
w Warszawie

Również w Warszawie 36 przedstawicieli najróżniejszych organizacji studenckich (m.in.: EMSA – European Medical Students' Association, IFMSA – International Federation of Medical Students' Associations, AMSA - Austrian Medical Students' Association, CEEM - Consejo Estatal de Es-

„Patient Safety – How do we become effective as doctors?”

Stworzenie dokumentu prezentującego oficjalne stanowisko studentów medycyny w kwestii bezpieczeństwa pacjentów było głównym zadaniem, którego realizacji podjęli się uczestnicy EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005. Każdy rozpoczynający pracę młody lekarz powinien bowiem nie tylko opanować niezbędną do wykonywania zawodu wiedzę, ale również mieć świadomość zagrożeń, jakie niesie praca w służbie zdrowia. Dlatego tak istotne jest określenie standardów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów oraz roli młodych lekarzy w zapewnieniu należytej opieki medycznej, a także ochrony pacjentów przed komplikacjami wynikającymi z hospitalizacji i konieczności obcowania zarówno z innymi pacjentami, jak i personelem medycznym.



Obrazy European Medical Students` Council w Sali Senatu AM w Warszawie

Debacie przewodniczyli Carl Savage i Andreas Longueville z Karolinska Institutet - ośrodka o bogatej tradycji, nie tylko w zakresie osiągnięć naukowych, ale również działalności studenckiej. W czasie czterodniowych obrad ponownie poruszono kwestię Procesu Bolońskiego - procesu ujednoczenia systemu kształcenia w uczelniach wyższych w całej Europie – i podsumowano postępy poszczególnych krajów w jego realizacji. Delegaci, analizując przypadki błędów lekarskich i niedoskonałości systemu opieki zdrowotnej, debatowali również nad koniecznością stworzenia wytycznych dotyczących procedur medycznych oraz egzekwowania ich znajomości od młodych lekarzy.

Dyskutowano też nad znaczeniem efektywnej współpracy między lekarzami, której podstawą miałyby być odpowiedni podział zadań i „zdrowe interakcje”, oparte na poszanowaniu opinii bardziej doświadczonych kolegów, konstruktywnej wymianie zdań, ale również, w wybranych przypadkach, na asertywnym stosunku do przełożonych. Komunikatywność, wyzbycie się uprzedzeń do osób niepełnosprawnych, o odmiennej orientacji seksualnej lub innym kolorze skóry, to cechy, które powinny charakteryzować każdego młodego lekarza i które zna-

cznie ułatwiają pracę w zespole, zapewniają jego sprawne funkcjonowanie, a przez to - zmniejszają ryzyko popełnienia błędu. Ocena czynników ryzyka, postępowanie zgodne z wytycznymi obowiązującymi w danym kraju lub jednostce służby zdrowia, stałe doskonalenie swoich umiejętności, dzielenie się zdobytą wiedzą z młodszymi, mniej doświadczonymi kolegami, a także dokładna analiza własnych potknięć i zdolność wyciągania wniosków z popełnionych błędów, w znacznym stopniu powinny ochronić młodych lekarzy przed popełnianiem kolejnych, a tym samym stanowić gwarancję bezpieczeństwa dla ludzi będących pod ich opieką.

Kolejną kwestią poruszaną podczas spotkania była konieczność opracowania metod radzenia sobie ze stresem i usystematyzowania godzin pracy - głównymi czynnikami negatywnie wpływającymi na **efektywność i bezpieczeństwo pracy lekarzy**. Delegaci zgodnie doszli do wniosku, że każdy młody lekarz powinien zdawać sobie sprawę z własnych psychicznych i fizycznych ograniczeń oraz mieć wiedzę na temat wpływu niedoboru snu i stresu na ich pracę. Świadomość własnych niedoskonałości pozwala bowiem zapobiegać nadmiernym przeciążeniom psychicznym. Niestety, nawet najdoskonalsze techniki relaksacyjne czy najlepszy system poradnictwa mogą okazać się nieskuteczne bez unormowania czasu pracy, dlatego wdrożenie **European Working Time Directive (europejskiej dyrektywy w sprawie czasu pracy)** powinno być obowiązkiem, a nie opcją dla pracodawców - zwłaszcza dla dyrektorów szpitali zarządzających personelem medycznym, od którego świadomych decyzji zależy ludzkie życie.

Obrady trwały od wczesnych godzin porannych do późnego wieczora - kończyły się, w zależności od dnia, ok. 19⁰⁰-21⁰⁰, więc...

...czasu na rozrywkę pozostawało niewiele.

Jednak komitet organizacyjny pomyślał o wszystkim i postarał się również zagospodarować gościom czas wolny, odpowiednio pod względem ilościowym i jakościowym. Dzięki pomocy AM mogliśmy zapewnić naszym gościom wysoki standard zakwaterowania i żywienia. Nie obyło się nawet bez iście wykwintnych akcentów - jeden z naszych kolegów - student piątego roku II WL Hubert Pawlik - zgodził się zaprezentować wszystkim ponad godzinny repertuar dobranych specjalnie na tę okazję standardów jazzowych w aranżacji na fortepian.

Doskonałym uzupełnieniem wieczornych atrakcji była część „turystyczna” zjazdu w centrum Warszawy. Mimo wyjątkowo silnego mrozu (-20°C), w radosnej atmosferze udało się zabrać naszych gości na szczyt Pałacu Kultury i Nauki, gdzie z tarasu widokowego mogli podziwiać panoramę stolicy. Uczestnicy otrzymali również bilety wstępu na wystawę „Mózg”, prezentowaną w tym czasie w murach PKiN. Wytrzymałym starczyło też czasu i zapału na ekspresowe zwiedzenie Starego Miasta, którego atmosfera wywarła na nich niezapomniane wrażenie.



Po lewej: uroczysta kolacja powitalna i Hubert Pawlik przy fortepianie; po prawej: uczestnicy zjazdu.



Zdjęcie grupowe uczestników zjazdu w holu Pałacu Kultury i Nauki, podczas zwiedzania Warszawy

EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005 dowiódł, iż my - studenci medycyny orientujemy się w życiu politycznym zjednoczonej Europy na tyle dobrze, by aktywnie w nim uczestniczyć. Zdolność do zajmowania wspólnego stanowiska w debacie nad sprawami bezpośrednio z nami związanymi świadczy o naszej dojrzałości i pozwala mieć nadzieję, że takie struktury, jak Europejska Rada Studentów Medycyny, staną się godnym partnerem specjalistów zajmujących się sprawami edukacji medycznej, podejmujących istotne dla studentów decyzje dotyczące ich kształcenia.

European Medical Students' Council 3rd Meeting odbędzie się w listopadzie 2005 w miejscowości Albufeira w Portugalii. Więcej informacji na temat aktualnych prac Rady, można znaleźć na oficjalnej stronie internetowej EMS Council: www.emscouncil.org

EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005 zostało zorganizowane przez EMSA Warszawa – Oddział Lokalny Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA, zarejestrowany od 2004 r. w AM w Warszawie, będący członkiem European Medical Students' Association EMSA, stanowiący jeden z Oddziałów EMSA Poland. Organizatorzy pragną złożyć gorące podziękowania Władzom Akademii Medycznej w Warszawie, Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, Samorządowi Studentów Akademii Medycznej w Warszawie oraz Pracownikom Rektoratu AM w Warszawie za pomoc i wsparcie. Składamy również podziękowania firmom i instytucjom: GlaxoSmithKline (oficjalny Sponsor Zjazdu), Belfer, Polska Telefonii Cyfrowa ERA GSM, Zarząd Pałacu Kultury i Nauki, Biuro Promocji Miasta Stołecznego Warszawy, Polska Organizacja Turystyczna, Stołeczne Biuro Informacji i Promocji Turystycznej za pomoc w zorganizowaniu zjazdu.

Komitet Organizacyjny EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005: President of the Organizing Committee – Paweł Chomicki, Members of the Organizing Committee – Jakub Machoń, Tomasz Napiórkowski, Magdalena Restel, Anna Rudzka, Anna Telenga, Izabela Zduńczyk, Emilia Zwierzchlewska.

Piśmiennictwo:

1. Chomicki P., Restel M.; Medical University of Warsaw; EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005 – From the Point Of View of the Organizers [EUROMEDS – Issue 02/2005; 28th February 2005; <http://www.emsa-europe.org/download/euromeds-2005-02.pdf>].
2. Rivas Navarro F.; Medical University of Madrid; EMSA Council 2nd Meeting in Warsaw – From the Point Of View of a Participant [EUROMEDS – Issue 02/2005; 28th February 2005; <http://www.emsa-europe.org/download/euromeds-2005-02.pdf>].
3. Horneff F.; Medical University of Heidelberg; Polish Night and Beer-to-wers [EUROMEDS – Issue 02/2005; 28th February 2005; <http://www.emsa-europe.org/download/euromeds-2005-02.pdf>].
4. Chomicki P.; Medical University of Warsaw – EMSA European Medical Students' Council – High Hopes for Medical Profession; [EUROMEDS – Issue 09/2004; 28th September 2004; dostępne pod adresem internetowym

- <http://www.emsa-europe.org/download/euromeds-2004-09.pdf>].
5. Schneider N. K.; Medical University of Heidelberg: Into the core of Medical Education – The birth of the first European Medical Students' Council [EUROMEDS – Issue 08/2004; 30th August 2004; <http://www.emsa-europe.org/download/euromeds-2004-08.pdf>].
6. European Medical Students' Council Statutes; <http://www.emscouncil.org>
7. European Medical Students' Association Statutes; <http://www.emsa-europe.org>
8. Chomicki P., Napiórkowski T. N., Restel M.; Medical University of Warsaw; Meeting Book – EMSA Council 2nd Meeting, Warszawa 2005; <http://www.emsacouncil.webpark.pl>]

18 stycznia 2005 Prezydent RP nadał tytuł profesora nauk medycznych Beacie Śpiewankiewicz z Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie

Prof. dr hab. Beata Śpiewankiewicz

Profesor Beata Śpiewankiewicz urodziła się 13.12.1958 roku w Warszawie w rodzinie inteligenckiej. Liceum im. Mikołaja Reja w Warszawie ukończyła z wyróżnieniem w roku 1977 i rozpoczęła studia na I Wydziale Lekarskim AM w Warszawie. Dyplom lekarza uzyskała w roku 1983. W latach 1983-1984 odbyła staż podyplomowy w Szpitalu Kolejowym w Warszawie (Międzylesie) i do roku 1987 pracowała w tym szpitalu na stanowisku asystenta oddziału położniczo-ginekologicznego. W roku 1987 uzyskała I stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii. W latach 1987-1988 była asystentem w Klinice Onkologii Ginekologicznej Centrum Onkologii w Warszawie. Od roku 1989 pracuje w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, początkowo na stanowisku asystenta, a od roku 1992 na stanowisku adiunkta. W roku 1990 uzyskała II stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii. Stopień doktora nauk medycznych otrzymała w roku 1992 za pracę pt. „Wartość histeroskopii w rozpoznawaniu przyczyn nieprawidłowych krwawień z macicy”, a w roku 1999, na podstawie oceny dorobku naukowego i przedłożonej rozprawy habilitacyjnej pt. „Ocena wartości i skuteczności operacji histeroskopowych w przypadkach patologii wewnątrzmacicznej” uzyskała stopień doktora habilitowanego medycyny. Promotorem rozprawy doktorskiej i opiekunem przewodu habilitacyjnego był prof. dr hab. Jerzy Stelmachów.

Praca naukowa

Dorobek naukowy prof. Beaty Śpiewankiewicz obejmuje 186 prac, które ukazały się drukiem, w tym 22 w czasopismach objętych Current Contents. Prace te były cytowane 15 razy. Na tę liczbę składają się 102 prace opublikowane w pełnym tekście w recenzowanych czasopismach medycznych: 77 prac oryginalnych (w tym 29 w czasopismach anglojęzycznych), 3 prace kazuistyczne, 22 prace poglądowe (w tym 4 komentarze do artykułów). Poza tym 1 rozdział w skrypcie CMKP dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu na drugi stopień specjalizacji, 10 rozdziałów w podręcznikach lub monografiach (w tym jeden podręcznik o zasięgu międzynarodowym wydany w Belgii w języku angielskim, na płycie CD-ROM). Pozostałe 73 pozycje to streszczenia i doniesienia, spośród których 37 zostało wygłoszonych w języku angielskim na zjazdach międzynarodowych (jedno wyróżnienie). Cztery spośród

33 doniesień zjazdowych przedstawianych w Polsce zostały nagrodzone przez Komitet Naukowy XXVIII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Do habilitacji opublikowała 109 prac, 77 po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego, 7 kolejnych przyjęto do druku. W 61 pracach jest pierwszym bądź jedynym autorem, a w kolejnych 64 publikacjach drugim autorem.

Powyższy dorobek naukowy liczony wg Impact Factor wynosi 21,025, w punktacji KBN 665 pkt., Index Copernicus - 525,58.

Od 1994 do 2004 roku była kierownikiem 4 tematów prac własnych, zatwierdzonych przez Senacką Komisję d/s Nauki AM w Warszawie. W latach 1995-2004 otrzymała 6 nagród - pięć z nich przyznał Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, jedną Minister Zdrowia. W roku 2002 została odznaczona Srebrnym Krzyżem Zasługi.

Przedmiotem jej szczególnego zainteresowania jest wykorzystanie metod endoskopowych w rozpoznawaniu i leczeniu patologicznych zmian w obrębie narządów płciowych kobiety. Tym zagadnieniom poświęcona jest ponad połowa publikacji. Wśród nich znajdują się pierwsze w Polsce doniesienia przedstawiające wyniki własne wykonywanego w trakcie histeroskopii zabiegu cewnikowania jajowodów przez ich ujścia maciczne oraz podwieszania macicy do powłoki brzusznej techniką laparoskopową. Innym osiągnięciem jest współautorstwo rozdziału omawiającego metody rozpoznawania raka endometrium w pierwszym na świecie komputerowym podręczniku histeroskopii wydanym w Belgii w roku 1998 na płycie CD-ROM. Za współudział we wdrożeniu do praktyki klinicznej elektroresekcji endometrium oraz w działaniach mających na celu rozpropagowanie tej metody w Polsce w roku 1996 otrzymała nagrodę Rektora AM za osiągnięcia kliniczne.



Zainteresowania zagadnieniami onkologicznymi, zapoczątkowane dwuletnim stażem w Instytucie Onkologii i kontynuowane przez 15 lat pracy w klinice, stanowiły podłoże do opracowania publikacji w tym zakresie. Dotyczą one przede wszystkim oceny wartości przedoperacyjnej, ultrasonograficznej diagnostyki różnicowej guzów miednicy mniejszej, wydolności technik obrazowania w uściśnianiu stopnia zaawansowania raka endometrium i raka szyjki macicy oraz wyników leczenia chirurgicznego w przypadkach rozrostów złośliwych.

Pozostała część prac o tematyce ginekologicznej przedstawia nabyte w trakcie pracy doświadczenia w stosowaniu między innymi hormonalnej terapii zastępczej, w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń statyki narządów płciowych i wysiłkowego nietrzymania moczu.

Publikacje dotyczące zagadnień położniczych są w większości przypadków ściśle związane z problemami klinicznymi. Omawiają znaczenie współczesnej ultrasonografii w diagnostyce prenatalnej, przebieg ciąży i porodu u pacjentek z obciążonym wywiadem położniczym, u licznych wieloródek i u rodzących po przebytych cięciach cesarskim.

Osiągnięcia zawodowe

Od roku 1992 kieruje oddziałem ginekologii i pododdziałem endoskopii ginekologicznej Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii II WL.

Odbyła dwa szkolenia w ośrodkach zagranicznych. W roku 1992 szkolenie w zakresie endoskopii ginekologicznej w Belgii, a w 1995 - we Francji. Ukończyła 4 kursy doskonalące z zakresu endoskopii ginekologicznej: 1992 - „The Laser Endoscopy” w Antwerpii, 1993 - kurs pt. „Chirurgia Laparoskopowa” zorganizowany przez Centrum Szkoleniowo-Badawcze AM w Warszawie oraz „Surgical Pelviscopy” (1994) i „Operative laparoscopy” (1995) w Bordeaux.

Od 1998 r. pełni funkcję wiceprzewodniczącej Sekcji Endoskopii Ginekologicznej PTG. Od roku 2000 jest członkiem zarządu Sekcji Chirurgii Ginekologicznej PTG. W roku 2002 Europejskie Towarzystwo Endoskopii Ginekologicznej przyznało jej tytuł eksperta w dziedzinie histeroskopii na terenie Polski. Jest członkiem komitetów naukowych dwóch czasopism medycznych – „Ginekologii Polskiej” od roku 2002 i „Przeglądu Ginekologiczno-Położniczego” od roku 2003.

Działalność organizacyjna

Należy do Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (od 1985 r.) i następujących zagranicznych towarzystw naukowych: European Society of Hysteroscopy (1990), European Society of Gynaecological Oncology (1991) i European Society of Gynaecological Endoscopy (1996).

Od roku 1999 jest członkiem Rady II WL AM w Warszawie, od roku 2000 członkiem Odwoławczej Komisji Dyscyplinarnej dla studentów AM i od roku 2002 członkiem Senackiej Komisji d/s Finansowo-Budżetowych.

Praca dydaktyczna

Dydaktyka przeddyplomowa. Zajęcia dydaktyczne ze studentami prowadzi od roku 1987. Początkowo w Klinice Onkologii Ginekologicznej Centrum Onkologii (1987-1988), a od roku 1989 w Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii II WL AM w Warszawie. Jest egzaminatorem studentów VI roku Wydziału Lekarskiego oraz Oddziału Nauczania w Języku Angielskim. W latach 1994-1996 prowadziła wykłady na kursach endoskopii ginekologicznej dla instrumentariuszek, organizowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarską.

Dydaktyka podyplomowa. Od roku 1992 (dwa razy do roku) prowadzi wykłady na kursach atestacyjnych do II stopnia specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa, organizowanych przez CMKP. Jest wykładowcą na kursach z zakresu ginekologii onkologicznej, endoskopii i chorób przenoszonych drogą płciową. Od 1993 r. (raz w roku) wykonuje pokazowe operacje na kursach laparoskopowych i histeroskopowych, organizowanych dla lekarzy ginekologów. Od roku 1994 (dwa razy w roku) jest kierownikiem administracyjnym kursów histeroskopowych, organizowanych przez CMKP dla lekarzy ginekologów po pierwszym stopniu specjalizacji. W roku 1993 i 1994 prowadziła wykłady na kursach doskonalących dla lekarzy położników i ginekologów zatrudnionych w poradniach K. Od 1995 r. wykonuje pokazowe operacje histeroskopowe na zaproszenie klinik i oddziałów położniczo-ginekologicznych na terenie Polski (w klinikach akademii medycznych w Szczecinie, Bydgoszczy, Lublinie, Katowicach, Wrocławiu oraz w szpitalach w Wałbrzychu, Radomiu, Ostrołęce, Nysie i Krakowie).

Na terenie macierzystej katedry i kliniki prowadzi indywidualne szkolenia lekarzy w zakresie endoskopii ginekologicznej (około 10 osób rocznie). Wielokrotnie brała udział jako ekspert w dyskusjach „okrągłego stołu”, przewodniczyła sesjom na konferencjach naukowych. Była członkiem 12 komitetów naukowych zjazdów PTG. Piętnastokrotnie wygłaszała referaty na zaproszenie organizatorów kongresów naukowych, w tym na dwóch za granicą (Międzynarodowe Sympozjum Endoskopii Ginekologicznej w Greifswaldzie - Niemcy i Światowy Kongres Chorób Infekcyjnych w Ginekologii i Położnictwie w Cape Town - RPA)

Szkolenie młodej kadry naukowej

Była promotorem dwóch rozpraw doktorskich obronionych w roku 2002 (jedna z wyróżnieniem) i trzech prac licencjackich z zakresu pielęgniarstwa, obronionych w Wydziale Nauki o Zdrowiu w lutym 2004. Jest promotorem 3 prac realizowanych w ramach studiów doktoranckich i będących w toku (1, 3 i 4 rok). Recenzowała 5 prac doktorskich.

Jest kierownikiem specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii 8 osób. Trzy z tych osób uzyskały już II stopień specjalizacji w roku 2003 i 2004. Pozostałych pięć jest w trakcie specjalizacji.

22 lutego 2005 r. Prezydent RP nadał tytuł profesora nauk medycznych Marii Wąsik, kierownikowi Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego AM w Warszawie

Prof. dr hab. Maria Wąsik

Profesor Maria Wąsik, absolwentka Liceum Ogólnokształcącego im. Klementyny z Tańskich Hoffmanowej w Warszawie, w 1968 r. ukończyła studia na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Warszawskiego, uzyskując stopień magistra biologii.

Praca zawodowa

Po ukończeniu studiów, od września 1968 r., podjęła pracę w Akademii Medycznej i od tego czasu nieprzerwanie pracuje w naszej uczelni, zajmując kolejno stanowiska: asystenta naukowo-technicznego, starszego asystenta naukowo-dydaktycznego, adiunkta, adiunkta habilitowanego i profesora nadzwyczajnego. Pracę rozpoczęła w Pracowni Immunologii I Kliniki Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. dr hab. Tadeusza Orłowskiego, a po utworzeniu w Akademii Medycznej Instytutu Transplantologii, w Zakładzie Immunosupresji Doświadczalnej, utworzonym na bazie Pracowni Immunologii. W tym okresie pracowała pod kierunkiem dr hab. n. med. Ewy Skopińskiej – Różewskiej, a po przemianowaniu zakładu na Zakład Immunologii Klinicznej - pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Andrzeja Górskiego.

W 1991r. objęła stanowisko kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie. Zakładem tym kieruje do chwili obecnej.

Szkolenia

W 1975 r. otrzymała trzymiesięczne stypendium firmy Sandoz Co. na szkolenie w The Department of Immunology of Swiss Institute For Experimental Cancer Research, Lausanne, Szwajcaria w zakresie immunologii nowotworów i możliwości oceny efektów cytotoksycznych limfocytów T, a w latach 1982-1983 uzyskała zaproszenie jako Visiting Senior Scientist do May and Sigmund Winter Research Laboratory, Mount Sinai Medical Center, Milwaukee, Wi. USA, gdzie odbyła 18 miesięczny staż, szkoląc się w również w zakresie immunologii nowotworów i klonowania swoiście uczulonych limfocytów T. Nabyła tam umiejętności obsługi skomputeryzowanej aparatury diagnostycznej, cytometru przepływowego i separacji subpopulacji limfocytów.

Praca naukowa

Pracując w pracowni immunologii adaptowała i wprowadziła szereg metod laboratoryjnych umożliwiających badanie zdolności tkankowej biorcy i dawcy allogenicznego nerek oraz ocenę stanu układu odporności pac-



jentów po przeszczepieniu allogenicznego nerki. W 1973 r. na podstawie rozprawy zatytułowanej „Badania nad przydatnością testów opsoninowych do oceny aktywności immunosupresyjnej surowic antytymocytarnych” uzyskała stopień doktora nauk przyrodniczych, nadany przez Radę I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej. W 1987 r. na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Sterydowrażliwość komórek K- efektorów reakcji cytotoksycznej zależnej od udziału przeciwciał (ADCC)” uzyskała stopień doktora habilitowanego nauk przyrodniczych, nadany przez Radę Naukową Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda PAN we Wrocławiu.

Pracując w Zakładzie Immunologii Klinicznej realizowała badania naukowe dotyczące oceny możliwości monitorowania odpowiedzi immunologicznej biorców allogenicznego nerek, w celu rozpoznawania i przewidywania epizodów odrzucania przeszczepu i badania oddziaływania na układ odpornościowy nowych preparatów o własnościach immunomodulujących. Rozpoczęte w Instytucie Transplantologii badania nad zmianami ilościowymi i czynnościowymi komórek odpowiedzialnych za mechanizmy obronne organizmu, uwarunkowane przez procesy fizjologiczne i patologiczne, kontynuowała i rozwinęła w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego. Poza tym w kierowanym przez siebie zakładzie rozwinęła badania nad zmianami fenotypu komórek nowotworowych i poszukiwaniem czynników rokowniczych w ostrych białaczkach wieku dziecięcego.

Wyniki prac naukowo-badawczych były prezentowane w postaci opublikowanych streszczeń na 91 zjazdach, w tym na 25 międzynarodowych, i były podstawą przygotowania 35 wykładów wygłoszonych na zjazdach krajowo-

wych i zagranicznych. Prof. dr hab. Maria Wąsik jest autorem lub współautorem 112 prac oryginalnych, z czego 72 prace opublikowała w czasopismach objętych Current Contents. Jest również autorką 5 prac poglądowych opublikowanych w czasopismach krajowych. Łączny Impact Factor - 81, 323. Współorganizowała trzy cykliczne konferencje dotyczące postępów w diagnozowaniu białaczek i chłoniaków.

Za działalność naukową otrzymała nagrodę zespołową Ministra Nauki, Szkolnictwa Wyższego i Techniki, dwukrotnie nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, dwukrotnie nagrody Sekretarza Polskiej Akademii Nauk, pięciokrotnie nagrodę zespołową Rektora Akademii Medycznej oraz nagrodę Prezesa Agencji Atomistyki i nagrodę Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Immunologicznego.

Kierując zakładem w latach 1992-1994 uzyskała grant Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, a w latach 1998-2000 była współwykonawcą programu naukowego KBN 4PO5E „Ocena apoptozy spontanicznej i indukowanej komórek nowotworowych w ostrych białaczkach u dzieci”.

Kolejne trzy programy realizowała w ramach działalności statutowej w Akademii Medycznej i następne trzy w ramach tematów własnych, finansowanych przez Akademię Medyczną. Tematy te dotyczyły oceny wartości diagnostycznej i prognostycznej oznaczania fenotypu ostrych białaczek u dzieci, oceny zaburzeń czynności układu odpornościowego w przewlekłych chorobach wieku rozwojowego oraz zjawiska chemiluminescencji w granulocytach krwi obwodowej i szpiku.

Członkostwo towarzystw naukowych

Prof. dr hab. Maria Wąsik jest członkiem: Kolegium Medycyny Laboratoryjnej, Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Polskiego Towarzystwa Cytometrii, Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej.

Dydaktyka

W okresie pracy w Instytucie Transplantologii, już jako asystent techniczno-naukowy, a następnie asystent i adiunkt pracowała ze studentami, prowadząc — w ramach nauczania chorób wewnętrznych — seminaria i ćwiczenia z zakresu immunologii chorób nerek i możliwości badania układu odpornościowego biorców oczekujących na zabieg przeszczepienia allogenicznej nerki. Na kursach dla lekarzy miała wykłady z immunologii transplantacyjnej oraz wpływu leków immunosupresyjnych na układ odpornościowy.

Zorganizowała i zaopiekowała się Naukowym Kołem Studentkim przy Zakładzie Immunologii Instytutu Transplantologii, co umożliwiło działającym w tym kole studentom udział w krajowych i międzynarodowych zjazdach nauko-

wych. Od 1991 r. do chwili obecnej organizuje i prowadzi wykłady, seminaria i ćwiczenia z analityki klinicznej dla studentów IV roku I WL i III roku II WL oraz dla Oddziału Nauczania w Języku Angielskim.

Opiekowała się łącznie sześcioma pracami magisterskimi studentów Wydziału Farmacji, kierunku „analityka kliniczna” i jedną pracą studentki z Wydziału Ekologii Wyższej Szkoły Ekologii i Zarządzania. Jest promotorem sześciu ukończonych przewodów doktorskich. Jako recenzent była zaproszona do udziału w trzech przewodach habilitacyjnych, recenzowała również 16 prac doktorskich

W swoim zakładzie organizuje staże specjalizacyjne i kursy niezbędne do zdobycia specjalizacji z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Przygotowała trzy wydania skryptu „Diagnostyka Laboratoryjna” dla studentów wydziałów lekarskich oraz brała udział w przygotowaniu skryptu „Review of Laboratory Medicine” dla studentów studiów anglojęzycznych. Ma w swoim dorobku również organizowanie indywidualnych szkoleń dla pracowników laboratoriów instytutów naukowych i innych szpitali oraz 34 wykłady na konferencjach szkoleniowych organizowanych przez towarzystwa naukowe.

Za działalność dydaktyczną otrzymała dwukrotnie Nagrodę Zespołową Dydaktyczną II stopnia Rektora AM.

Działalność lecznicza

W strukturze zakładu, którym kieruje prof. dr hab. Maria Wąsik, są specjalistyczne pracownie hematologii, biochemii, analityki ogólnej, mikrobiologii, serologii, koagulologii, immunologii, immunochemii i monitorowania leków oraz hormonów.

Pracownie te wykonują laboratoryjne badania diagnostyczne dla dzieci leczonych w SP Dziecięcym Szpitalu Klinicznym oraz dla pacjentów zgłaszających się do izby przyjęć i polikliniki. Wszystkie wykonywane badania objęte są programem kontroli jakości badań laboratoryjnych, zarówno wewnątrzlaboratoryjnym, krajowym, jak i międzynarodowym. W wyniku uczestniczenia w tych programach, zakład ma odpowiednie certyfikaty na ich wykonywanie. W ostatnim okresie szczególnie rozwinięta została pracownia immunologii komórkowej, wykonująca badania diagnostyczne szpiku u dzieci chorych na ostre białaczki oraz badania układu odporności. Wprowadzone zostały także badania techniką PCR i rozwijana jest pracownia monitorowania leków.

Dr hab. Maria Jarząbek – Chorzelska (1939-2004)

Prof. dr hab. Maria Błaszczuk – Kostanecka

W dniu 3 grudnia 2004 r. zmarła dr hab. n. med. Maria Jarząbek – Chorzelska, adiunkt Kliniki Dermatologicznej AM w Warszawie, kierownik Pracowni Immunopatologii, która całe swoje życie zawodowe i naukowe związała z tą kliniką.

Docent Maria Jarząbek – Chorzelska była z wykształcenia biologiem. Bezpośrednio po ukończeniu z wyróżnieniem studiów na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczęła pracę w Klinice Dermatologicznej. Początkowo pracowała w laboratorium biochemiczno-mikrobiologicznym pod kierunkiem prof. Ludwika Rzucidło, a w 1966 r. związała się z immunodermatologią, której pozostała wierna do końca.

Docent Chorzelska była ogromnie zaangażowana w pracę badawczą. Wspólnie z prof. T. Chorzelskim i zespołem prowadziła pionierskie badania nad autoimmunologicznymi chorobami skóry, w tym nad chorobami pęcherzowymi i chorobami tkanki łącznej. Badania te pozwoliły m. in. na wyodrębnienie nowych odmian pęcherzycy oraz na klasyfikację tocznia rumieniowatego za pomocą markerów immunologicznych. Część badań dotyczących pęcherzycy stała się tematem Jej pracy doktorskiej pt. „Badania nad cytotoksycznym działaniem autoprzeciwciał pemphigus w próbie biernego przeniesienia pęcherzycy na zwierzęta doświadczalne”, którą obroniła w 1970 roku uzyskując tytuł doktora nauk przyrodniczych.

W latach 1970 – 1980 doc. Jarząbek – Chorzelska prowadziła – we współpracy z prof. E. H. Beutnerem ze State University of New York at Buffalo – badania nad udziałem zjawisk immunologicznych w patogeniezie łuszczycy oraz, we współpracy z prof. Gerardem Orthem z Instytutu Pasteura w Paryżu, badania nad odpowiedzią humoralną u pacjentów zakażonych różnymi typami Human Papilloma Virus (HPV). Wyniki tych badań, które miały bardzo duże znaczenie poznawcze, były publikowane w prestiżowych czasopismach zagranicznych. W tym samym czasie doc. Maria Jarząbek – Chorzelska kontynuowała badania nad zjawiskami immunologicznymi w chorobach tkanki łącznej, będącymi głównym kierunkiem jej zainteresowań, doskonalila metody wykrywania przeciwciał przeciwjądrowych i wkrótce stała się ekspertem w tej dziedzinie. Jej praca pt. „Badania nad markerami immunologicznymi w chorobach tkanki łącznej”, na podstawie której uzyskała w 1987 r. tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych, może służyć jako podstawowy podręcznik dla osób zajmujących się diagnostyką immunologiczną kolagenez.



Dorobek naukowy doc. Marii Jarząbek – Chorzelskiej jest bardzo bogaty, liczy 132 prace, głównie z zakresu immunopatologii i jej zastosowania nie tylko w dermatologii, ale także w innych dziedzinach medycyny – gastroenterologii, okulistyce, kardiologii i innych. Za swoją działalność naukową doc. Maria Jarząbek – Chorzelska otrzymała nagrodę II stopnia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Nagrodę Sekretarza Naukowego PAN a także kilkakrotnie Nagrodę Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej w Warszawie.

Innym nurtem działalności doc. Chorzelskiej była praca dydaktyczna. Pod Jej kierunkiem w Pracowni Immunopatologii Kliniki Dermatologicznej szkoliło się wielu biologów i lekarzy z kraju i zagranicy, którzy obecnie prowadzą zarówno badania naukowe w dziedzinie immunodermatologii, jak i są kierownikami pracowni wykonujących badania diagnostyczne metodami, które poznali dzięki szkoleniu w ośrodku warszawskim.

Docent Chorzelska była człowiekiem niezwykle prawym i jednocześnie skromnym, usuwającym się w cień. Nie lubiła publicznych wystąpień, ale stawała w obronie ludzi, gdy uważała, że dzieje im się krzywda, a także broniła swoich poglądów, nawet gdy były niepopularne. Marysia Chorzelska była prawdziwym przyjacielem wielu z nas, na którego pomoc zawsze można było liczyć. Jej przedwczesna śmierć jest ogromnie bolesną stratą. Wierzę, że będziemy o Niej pamiętać do końca naszego życia.

Dr Zofia Bielińska (1908 – 2004)

Prof. dr hab. Henryk Kirschner

1 października 2004 r. zmarła dr med. Zofia Bielińska, emerytowany kierownik Zakładu Higieny Żywnienia Instytutu Medycyny Społecznej AM w Warszawie. Doktor Bielińska urodziła się w 1908 r. w Kielcach. Ukończyła gimnazjum w Kielcach oraz Seminarium Nauczycielskie Gospodarstwa Domowego w Warszawie. Specjalizacyjne szkolenie w zakresie gospodarstwa domowego odbyła w Kopenhadze w latach 1928 – 30. Przez kolejnych 11 lat była nauczycielką w szkołach gospodarstwa domowego w Warszawie, a później we Lwowie. Tam podjęła studia medyczne w 1944 r., które ukończyła w 1950 r. w Warszawie. W tym samym roku rozpoczęła pracę w Zakładzie Higieny Żywnienia na Oddziale Sanitarno-Higienicznym AM w Warszawie. Odegrała istotną rolę w rozwoju tego oddziału, który w latach 50. przyczynił się do wyszkolenia około 200 epidemiologów i higienistów. Dała się wówczas poznać jako człowiek o wyjątkowych walorach etyczno-moralnych, dużej wrażliwości i uczynności. Do dziś pamiętają o tym ówczesni specjaliści.

Od 1964 r. dr Bielińska pracuje w Katedrze Higieny Ogólnej AM, gdzie na stanowisku adiunkta kontynuuje działalność dydaktyczną i naukową. W 1970 r. po przekształceniu Katedry w Instytut Medycyny Społecznej AM organizuje od nowa Zakład Higieny Żywnienia, którym kieruje do odejścia na emeryturę w 1972 r. W dalszym ciągu interesuje się działalnością zakładu i całego instytutu, utrzymując stałe kontakty przez następnych 30 lat.

Działalność naukowo-dydaktyczna dr Bielińskiej skupiała się wokół zagadnień żywienia człowieka. Jej prace eksperymentalne w tym zakresie dotyczyły przemian ener-

getycznych w różnych stanach fizjologicznych i w patologii. Wiele badań poświęciła ocenom sposobu żywienia różnych grup ludności. Wyniki tych badań miały znaczenie w kształtowaniu poglądów dotyczących aktualnej sytuacji żywieniowej i niezbędnych działań w tym zakresie. Z dużym zaangażowaniem wypełniała obowiązki dydaktyczne. Zajmowała się szkoleniem przed- i podyplomowym. Była autorem lub współautorem kilkunastu podręczników i skryptów z zakresu żywienia człowieka oraz medycyny środowiskowej.



W postaci dr Bielińskiej można odnaleźć wiele cech etosu dawnej polskiej inteligencji, jak stawianie sobie wysokich wymagań, poczucie odpowiedzialności społecznej i otwarcie na potrzeby ludzkie. Miała piękną kartę z okresu okupacji niemieckiej we Lwowie, gdzie działała w ruchu podziemnym. Za ratowanie Żydów otrzymała od Instytutu Yad Vashem w Jerozolimie tytuł „Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata”. Za całokształt działalności społecznej i zawodowej została wyróżniona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Dr Janusz Kącki (1934 – 2004)

Prof. dr hab. Ewa Mayzner-Zawadzka

Prof. dr hab. Andrzej Zawadzki

W przedostatnim dniu starego roku, na historycznym warszawskim Cmentarzu Wolskim pożegnaliśmy zmarłego 27 grudnia 2004 roku doktora nauk medycznych Janusza Kąckiego - wybitnego anestezjologa, wspaniałego lekarza, człowieka o nadzwyczajnej osobowości. W tej ostatniej drodze zmarłemu towarzyszyło - obok najbliższej rodziny - ponad 500 osób: przyjaciele, koledzy, byli współpracownicy, uczniowie oraz pacjenci. Władze Akademii Medycznej w Warszawie, której zmarły poświęcił całe swoje życie zawodowe, reprezentował JM Rektor.

Odprawiający nabożeństwo żałobne przyjaciel zmarłego, ksiądz Roman Ołtarzewski sugestywnie i wzruszająco przedstawił postać doktora Kąckiego - nie tylko doskonałego specjalisty, lekarza oddanego bez reszty niesieniu pomocy

najciężej chorym, ale również, a może przede wszystkim niezwykłego człowieka.

Doktor Kącki był człowiekiem wielkiego formatu a jednocześnie nadzwyczaj skromnym, niezwykle życzliwym ludziom, dla których miał zawsze promienny uśmiech i dobre słowo. Cechująca go umiejętność taktownego docierania do najintymniejszych warstw ludzkiej psychiki zjednywała mu powszechną sympatię i uznanie, zarówno wśród pacjentów, jak i kolegów. Jak nikt potrafił dotrzeć do człowieka przerażonego rozwojem choroby, cierpieniem, ogarniętego obawami przedoperacyjnymi. Urzekał pacjentów łagodnością i dobrocią, a oni na ogół natychmiast obdarzali go pełnym zaufaniem, powierzając Mu nie tylko swoje zdrowie i życie, lecz czasu-

mi również najbardziej osobiste problemy. Nadzwyczajna fachowość i delikatność przy wykonywaniu dokuczliwych procedur medycznych umacniała chorych w przekonaniu o szczęśliwym wyborze właśnie takiego lekarza.

Środowisko medyczne bardzo wysoko oceniało doktora Kąckiego. Szkolony w najbardziej renomowanych światowych ośrodkach medycznych zasłużył na miano współtwórcy warszawskiej anestezjologii, ale niezależnie od tego miał również niekwestionowany autorytet lekarski wynikający z wyjątkowych, osobistych umiejętności kontaktów interdyscyplinarnych. Był zawsze i wszędzie - co nie jest częste - wyjątkowo uważnie słuchany. Swoje nadzwyczaj trafne opinie przedstawiał w sposób prosty, wyważony i przekonujący. Był też mistrzem łagodzenia konfliktów. W jego obecności zapadała zgoda i poszanowanie odmiennych poglądów, które jeszcze przed chwilą wzbudzały kontrowersyjne emocje.

Ten skromny klinicysta nie zabiegał o zaszczyty i tytuły naukowe, chociaż był autorem szeregu wartościowych, nowatorskich publikacji, zyskujących nagrody ministerialne i rektorskie. Nie będąc profesorem był nauczycielem wielu obecnych profesorów i stanowił dla nich wzorzec nowoczesnego specjalisty na najwyższym poziomie światowym. Jego uczniowie zawsze będą dumni ze swojego Nauczyciela i będą się starali w podobny sposób przekazywać wiedzę kolejnym pokoleniom anestezjologów.

Pogrążeni w żałobnej zadumie uczestnicy pogrzebu wysłuchali z uwagą szeregu wystąpień okolicznościowych, przedstawiających piękne karty życia doktora Kąckiego: Jego dokonania zawodowe, naukowe, organizacyjne i przede wszystkim dydaktyczne, tak ważne dla kilku pokoleń anestezjologów.

Dr n. med. Janusz Franciszek Kącki urodził się 8 marca 1934 roku w Grodzisku Mazowieckim w skromnej rodzinie pracownika elektrowni, jako najstarszy z trojga rodzeństwa. Lata wojny, na które przypadła wczesna młodość, wykształciły w Nim szacunek dla ludzkiego losu oraz uczuliły na ból i cierpienie. Z domu hołdującego tradycjom chrześcijańskim wyniósł potrzebę więzi rodzinnych, umiejętność pracy pozytywistycznej oraz umiłowanie prawdy i wiedzy, oparte na pogodzie ducha i głębokim ładzie wewnętrznym. Tymi wartościami naznaczone było całe Jego życie. Zgodnie z rodzinnymi tradycjami najważniejszy był dom, a w nim ukochana żona Sabina i córka Agata, kontynuatorka ojcowskich wyborów.

Studia w warszawskiej AM ukończył 31 grudnia 1958 roku, po czym związał się z I Kliniką Chirurgii AM, kierowaną przez najwybitniejszego polskiego chirurga okresu powojennego, prof. Jana Nielubowicza. Właśnie prof. Nielubowicz, który wywarł znaczący wpływ na życiorysy wielu lekarzy, nie tylko chirurgów, wybrał dla doktora Kąckiego anestezjologię.

Młody lekarz, marzący o karierze chirurga, mający do niej wszelkie predyspozycje, zawierzył wielkiemu chirurgowi i został anestezjologiem. Jego pierwszą szkołą pods-



taw praktycznych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii był uniwersytecki ośrodek w Leicester (Wielka Brytania), gdzie w latach 1960-61 odbył roczny staż. Po powrocie do kliniki natychmiast włączył się w niezwykle dynamiczny rozwój technik chirurgicznych. Świeżo nabyta wiedza i umiejętności były bardzo pomocne w opracowaniu technik doraźnego leczenia krwawień z przewodu pokarmowego i w przeprowadzeniu pierwszych operacji naczyniowych. Szczególną uwagę doktor Kącki skupił na bardzo złożonych problemach zaburzeń krzepnięcia i hemodynamiki, towarzyszących operacjom na żylnym układzie wrotnym. Skutkiem tych badań była nowatorska na owe czasy rozprawa doktorska: „Postępowanie anestezjologiczne w przypadkach nadciśnienia w żyłę wrotnej”, obroniona 24 września 1965 roku.

Po doktoracie, zgodnie z sugestiami prof. Nielubowicza, doktor Kącki odbył roczny staż w najlepszym w owym czasie ośrodku światowym Massachusetts General Hospital-Harvard Medical School - USA. W Departamencie Anestezjologii, kierowanym przez jednego z twórców nowoczesnej anestezjologii, wybitnego filozofa prof. H. Beechera poznał najwybitniejszych specjalistów amerykańskich. Szkolił się w zakresie anestezjologii ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z przeszczepianiem nerek. W Polsce następowała, starannie przygotowywana przez J. Nielubowicza i T. Orłowskiego era transplantologii, w której również doktor Kącki miał do odegrania ważną rolę. Znieczulał do pierwszych przeszczepień nerek i pierwszej pozaustrojowej perfuzji obcogatunkowej wątroby u człowieka, wykazując umiejętności istotnie wpływające na korzystne wyniki pionierskich zabiegów.

W pamięci piszących to wspomnienie najważniejszym osiągnięciem doktora Kąckiego pozostanie ponowne

wprowadzenie do praktyki klinicznej blokad centralnych, zaniechanych w Polsce od ćwierćwiecza ze względu na ciężkie powikłania związane z niedoskonałością stosowanych leków i technik. Doktor Kącki swoim autorytetem i perfekcyjnym opanowaniem technik regionalnych, na podstawie wiedzy i doświadczeń przywiezionych z USA, przywrócił temu rodzajowi znieczulenia należne miejsce w codziennej praktyce klinicznej. W zakresie technik regionalnych był nie tylko niedościgłym mistrzem, ale również wspaniałym nauczycielem i popularyzatorem. Zalety znieczuleń przewodowych przedstawiał na sympozjach i posiedzeniach chirurgów i urologów, przekonując do tej wartościowej formy znieczulenia. Jego wielką zasługą było upowszechnienie blokad splotu ramiennego do wytwarzania przetoki tętniczo-żyłnej u chorych z niewydolnością nerek.

Wspomniane osiągnięcia doktora Kąckiego były jedynie częścią Jego licznych dokonań. Najbardziej aktywny zawodowo okres działalności tego wybitnego anestezjologa zbiegł się w czasie z niezwykle prężnym stadium rozwoju polskiej chirurgii. Obok transplantologii doktor Kącki włączył się aktywnie w operacje naczyniowe, związane z naczyniowo-nerkowym nadciśnieniem tętniczym, endokrynologiczne, układu chłonnego oraz na wątrobie. Szczególne zasługi dotyczą leczenia chorych z zaburzeniami przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, ich przygotowania do operacji, znieczulenia i niezwykle skomplikowanego prowadzenia pooperacyjnego. Doktor Kącki założył i prowadził pierwszy w Polsce oddział miastenii w klinice prof. Hausmanowej. Mało też kto dziś pamięta, że to właśnie doktor Kącki wykonywał w 1967 roku pierwsze znieczulenia zewnątrzoponowe do porodu i cięcia cesarskiego w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym Św. Zofii, kierowanym przez dr. J. Płońskiego.

Nie sposób wymieniwać wszystkie dokonania doktora Kąckiego i określić Jego wkład w rozwój anestezjologii warszawskiej i polskiej. Był laureatem najwyższych nagród państwowych, stołecznych i uczelnianych. Pełnił

zaszczytne funkcje prezesa Oddziału Warszawskiego i sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przez 30 lat był konsultantem wojewódzkim. Przez dwie kadencje był sędzią Sądu Koleżeńskiego Okręgowej Izby Lekarskiej.

Nie do przecenienia są Jego osiągnięcia dydaktyczne. Piszący te słowa mieli szczęście być Jego uczniami i fascynacja perfekcją Mistrza nakazywała nam wątpić, czy kiedykolwiek osiągniemy podobny poziom umiejętności, takie opanowanie wiedzy anestezjologicznej, które w najtrudniejszych sytuacjach zagrażających życiu chorego umożliwia natychmiastowe podejmowanie właściwych decyzji i działań. Nie spotkaliśmy w swojej działalności zawodowej anestezjologa, który cieszyłby się większym autorytetem w środowisku zabiegowym. Był przez chirurgów powszechnie szanowany i lubiany, a nawet słuchany, co jest raczej ewenementem.

Wymieniany wielokrotnie prof. Nielubowicz uzależniał wynik leczenia chirurgicznego od osobistego udziału doktora Kąckiego i dobitnie podkreślał, że bez Jego współpracy trudno jest wyobrazić sobie właściwy rozwój chirurgii w kierowanym przez niego instytucie. Dodatkowo ten wyjątkowy człowiek wprowadzały bardzo dobrą atmosferę w zespole, promując koleżeństwo, a nawet kreując zawodowe przyjaźnie.

Doktor Kącki był wielką postacią warszawskiej medycyny, mistrzem w swoim zawodzie. Leczył tysiące pacjentów z całego świata, biednych (przez kilka lat był lekarzem więziennym) i możnych, znieczulał kardynałów i premierów. Wszystkich chorych traktował najlepiej jak potrafił, a potrafił bardzo dużo. Najlepiej wiedzą o tym Jego uczniowie, dla których był najwyższym autorytetem obok takich twórców anestezjologii warszawskiej, jak Justyna i Pokrzywnicki. Żegnając doktora Kąckiego jesteśmy wdzięczni Opatrzności Bożej, że dane nam było mieć takiego mistrza.

6 stycznia br. w Rektoracie przy ul. Żwirki i Wigury odbyło się tradycyjne, **noworoczne spotkanie rektorów i prorektorów AM** (Fot. 1). Gośćmi JM Rektora AM, prof. dr. hab. Janusza Piekarczyka (siedzi, drugi od prawej) byli prezentowani na zdjęciu, stojący od lewej: inż. Tomasz Goździkiewicz – Dyrektor Administracyjny, mgr Halina Biernacka – Kwestor, prof. prof. dr. hab. Józef Sawicki, Wiesław Gliński, Grzegorz Opolski i Leszek Pączek – Prorektorzy oraz siedzący (od lewej) byli Rektorzy AM, prof. prof. dr. hab. Jerzy Szczerbań, Tadeusz Tołoczko, Szczesny Zgliczyński i Bogdan Pruszyński.

Za bardzo dobre wyniki w nauce oraz osiągnięcia w działalności naukowej Minister Zdrowia przyznał stypendia na rok akademicki 2004 – 2005 następującym studentom naszej uczelni: Agnieszce Białek (Wydz. Farm., po V r., staż apteczny), Monice Dominiak (I WL, VI r.), Katarzynie Elżbiecie Gil (I WL, III r.), Agnieszce Karkosz (II WL, VI r.), Bartłomiejowi Kisielowi (I WL, VI r.), Aleksandrze Ładzie (Wydz. Farm., V r.), Łukaszowi Małkowi (I WL, VI r.), Dorocie Orlańskiej (II WL, VI r.), Łukaszowi Pałce (II WL, IV r.), Iwonie Rzymskiej (II WL, VI r.), Mateuszowi Śpiewakowi (I WL, VI r.), Patrykowi Tarce (WNoZ, II r. uzup.mgr, Zdrowie Publ.) i Januszowi Wieczorkowi (I WL, IV r.).

Od 9 do 12 lutego 2005 w Lillestrom k. Oslo trwały targi edukacyjne **Jobb & Utdanning 2005** (Kariera i Edukacja) – największa europejska impreza poświęcona możliwościom kształcenia na wyższych uczelniach (Fot. 2). W targach



Fot. 2. Pani konsul Danuta Szostak i pani Irena Bielicka kierownik dziekanatu II WL

uczestniczyło prawie 400 instytucji edukacyjnych (w tym około 150 spoza Norwegii), reprezentujących ponad 20 państw z całego świata, a stoiska targowe odwiedziło blisko 30 tysięcy osób.

Polskę, oprócz naszej uczelni, reprezentowały: Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Akademia Medyczna w Białymstoku.

Możliwość studiowania medycyny w języku angielskim w polskich uczelniach budziła duże zainteresowanie. Wśród osób odwiedzających była młodzież planująca swoją przyszłość, rodzice oraz przedstawiciele różnych szkół średnich, tzw. doradcy zbierający materiały dla swoich uczniów. Obecnie spośród 2000 Norwegów studiujących



Fot. 1. Noworoczne spotkanie rektorów i prorektorów Akademii Medycznej w Warszawie

MILAB Fot. 1



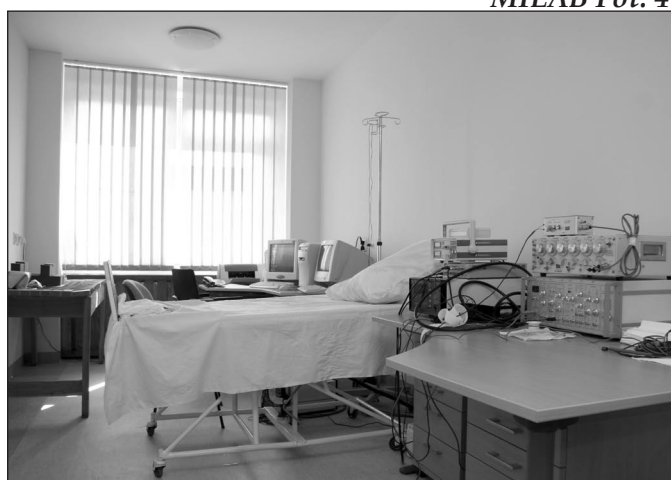
MILAB Fot. 2



MILAB Fot. 3



MILAB Fot. 4



medycynę za granicą, w Polsce uczy się 500 obywateli norweskich, na Węgrzech – również 500 osób, 100 osób – w Czechach, pozostałych 900 studentów – w różnych 20 krajach.

W naszym stoisku gościła pani konsul Danuta Szostak. Odwiedził je też pan Arne Lundemo - przedstawiciel Sonans InterStudies - zajmujący się rekrutacją kandydatów na studia w języku angielskim z państw skandynawskich i poinformował, że nabór na rok akademicki 2005/2006 w programie 6-letnim będzie zbliżony do roku ubiegłego (35 kandydatów). (ib)

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii laureatem programu MILAB Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej.

W marcu br. w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii zakończyły się prace adaptacyjne pomieszczeń laboratoryjnych do pracy doświadczalnej. Przedsięwzięcie zrealizowano w ramach projektu MILAB Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, którego Klinika była jednym z laureatów. Gruntownie odnowiono dziesięć pomieszczeń i prowadzący do nich korytarz (zdz. 1) wymieniając m.in. okna. Stworzono miejsce do czasowego przetrzymywania zwierząt laboratoryjnych (zdz. 2) z osobnym przejściem do pomieszczenia eksperymentalnego (zdz. 3). Na terenie oddziału powstała Pracownia Badań Układu Krążenia (zdz. 4), która służy do badań eksperymentalnych, jak i rozszerzonej diagnostyki kardiologicznej. Wbudowana miedziana klatka Faradaya z własnym uziemieniem umożliwia wykonywanie mikro-neurografii u ludzi – jest to nowoczesna metoda badania aktywności współczulnej.

Pragniemy wyrazić jeszcze raz wdzięczność Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej za umożliwienie realizacji przedsięwzięcia.

3 marca br. w Rektoracie AM otwarto wystawę „**Historia stomatologii warszawskiej**”, przygotowaną przez pracowników Biblioteki Głównej AM. Wystawa towarzyszyła



Świeżo wyremontowana Wypożyczalnia Studencka Biblioteki Głównej AM

II Niemiecko – Polskiemu Międzynarodowemu Sympozjum Stomatologicznemu, o którym obszernie piszemy na stronie 19

Wypożyczalnia Studencka po remoncie. W dniu 7 marca br. została otwarta po remoncie Wypożyczalnia Studencka Biblioteki Głównej AM. Studenci i pracownicy biblioteki z zadowoleniem przyjęli nowoczesne rozwiązania przestrzenne oraz cztery stanowiska komputerowe, które zdecydowanie przyspieszą obsługę użytkowników. Wypożyczalnia dysponuje ok. 40 tysiącami podręczników i skryptów dla wszystkich wydziałów naszej uczelni. Mimo że poszczególne tytuły książek są gromadzone w wielu egzemplarzach, nie wystarcza ich dla wszystkich chętnych. W roku 2004 w wypożyczalni zarejestrowano 66.347 wypożyczeń książek, a w samym styczniu 2005 r. – już 12.521 wol. Do wypożyczeń uprawnionych jest 8.131 studentów i pracowników AM, którzy mają aktualną kartę biblioteczną. Przeciętnie w ciągu roku akademickiego wypożyczalnię odwiedza ok. 112 osób dziennie, a w okresach „szczytu” – ponad 300 osób. (MM-K)

27 marca 2005 r., w wieku 88 lat **zmarła** doc. dr hab. n. med. **Halina Hattowska**, chirurg onkolog, długoletnia pracownica AM w Warszawie, współzałożycielka i pierwszy prezes Fundacji Hospicjum Onkologiczne.

W dniach 1-2 kwietnia br. w Krakowie odbędzie się **I Ogólnopolska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa „Antiallergica`2005”**, nad którą patronat naukowy objął prof. dr hab. Andrzej Steciwko z Polskiego Stowarzyszenia Medycyny Rodzinnej. W programie konferencji sesje: alergologiczna, pulmonologiczna, dermatologiczna i laryngologiczno-okulistyczna, a także sesje plakatowe i warsztaty. Prace umieszczone w sesjach plakatowych zostaną wydrukowane w dwumiesięczniku „Postępy Dermatologii i Alergologii” (KBN 2.00, Index Copernicus 2,89). Uczestnicy otrzymują **punkty edukacyjne**.

Biuro Organizacyjne: AGORA, ul. Żurawia 10-12/31 60-860 Poznań, tel/fax (61) 842-74-65, tel. 842-70-94, e-mail: agora@poczta.onet.pl www.agora-konferencje.pl

W dniach 3 - 4 czerwca br. odbędzie się konferencja pt. „The responsible conduct of research” pod patronatem Ministra Nauki, Ministra Zdrowia, Wydziału Nauk Medycznych PAN, we współpracy z Office of Research Integrity, USA. W jej programie planowane są następujące sesje:

- What constitutes responsible conduct of research
- Mentor - trainee relationships
- Data management



- Collaborative Research
- The handling of research misconduct allegations
- Authorship and publication practices
- Establishing a Responsible Conduct of Research program
- Protection of animal research subjects
- Peer review
- Protection of human research subjects

Wykładowcy, którzy dotychczas potwierdzili udział w konferencji:

- Hans-Jörg Ehni, Institute of Ethics and History of Medicine, University of Tübingen, D
- Michael J Farthing, St George's Hospital Medical School, University of London, UK
- Maciej Gajewski, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations, Geneva, CH
- Howard Gadlin, NIH Ombudsman, National Institutes of Health, USA
- R R Kishore, President, Indian Society for Health, Laws and Ethics, New Delhi, India
- Melody Lin, US Department of Health and Human Services
- Chris B Pascal, Director, Office of Research Integrity, USA
- Nicholas H Steneck, University of Michigan, USA
- Zbigniew Szawarski, The University of Warsaw, PL
- Tadeusz Tołłoczko, former Rector, The Medical University of Warsaw, PL
- John Williams, Director, Ethics Unit, World Medical Association, Geneva, CH
- David Wright, Michigan State University, USA
- Piotr Zaborowski, The Medical University of Warsaw

Więcej informacji: agorski@ikp.pl

Od 9 do 11 czerwca br. w Domu Polonii w Pułtusku trwać będzie V Polskie Sympozjum Europejskiego Towarzystwa Regionalnej Anestezji (5th Polish ESRA Zonal Symposium). Szczegółowe informacje wraz z formularzem rejestracyjnym dostępne są na stronie internetowej <http://www.anest.pl>

IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, pod naukowym patronatem prof. dr hab. Wandy Horst-Sikorskiej z ZMR poznańskiej AM, w odbędzie się w Poznaniu w dniach 29.09-01.10 2005 r. W programie zjazdu sesje: alergologiczno-pulmonologiczno-dermatologiczna; endokrynologiczno-nefrologiczna; epidemie XXI wieku; kardiologiczna; laryngologiczno-okulistyczna; neurologiczno- psychiatryczna; onkologiczna; pediatriczna; psychologiczna, reumatologiczno-gastroenterologiczna; poświęcona zdrowiu rodziny a także prewencji, profilaktyce i edukacji w praktyce lekarza rodzinnego. Planowane są sesje satelitarne, plakatowe oraz warsztaty, a uczestnicy

otrzymają punkty edukacyjne. Szczegóły – AGORA jw.

AM w Warszawie, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie im. Prof. Jana Nielubowicza kontynuuje cykl kursów kształcenia ustawicznego dla lekarzy i lekarzy dentyistów z województwa mazowieckiego. Uczestnicy otrzymają zaświadczenie o udziale w szkoleniu i uzyskaniu 7 punktów edukacyjnych, potwierdzających dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego i przyznawanych zgodnie z zasadami określonymi w rozp. Min. Zdr. z dn. 06. 10 2004 r. (Dz. U. Z 2004 r. Nr 231 poz. 2326). Konferencje (z wyj. 5 marca i 11 czerwca) odbywają się w Rektoracie AM przy ul. Żwirki i Wigury 61, sala 107, w godz. 9.00 – 16.30. Koszt udziału w jednej konferencji wynosi 100 PLN.

Harmonogram najbliższych konferencji:

1. Rak piersi – kier. nauk. prof. Edward Towpik – 8 stycznia (Nr kursu: AKP/U10/2004)
2. Kardiologia dnia codziennego – kier. nauk. prof. Jerzy Kuch – 15 stycznia (Nr kursu: AKP/U11/2005)
3. Aktualne problemy w sytuacjach nagłego zagrożenia życia – kier. nauk. prof. Andrzej Zawadzki – 22 stycznia (Nr kursu: AKP/U12/2005)
4. Stany ostre w stomatologii – kier. nauk. prof. Janusz Piekarczyk – 5 lutego (Nr kursu: AKP/U13/2005)
5. Jak lepiej rozpoznawać i leczyć cukrzycę. Jak zapobiegać powikłaniom cukrzycy – kier. nauk. prof. Jan Tatoń – 12 lutego (Nr kursu: AKP/U2/2004)
6. Zespoły bólowe kręgosłupa – kier. nauk. prof. Jerzy Kiwerski – 19 lutego (Nr kursu: AKP/U14/2005)
7. Choroby płuc – kier. nauk. prof. Jan Kuś – 26 lutego (Nr kursu: AKP/U15/2005)
8. Podstawy empirycznej antybiotykoterapii w leczeniu otwartym – kier. nauk. prof. Danuta Dzierżanowska – 05 marca (Nr kursu: AKP/U16/2005)
9. Choroby tętnic obwodowych – kier. nauk. prof. Wojciech Noszczyk – 12 marca (Nr kursu: AKP/U17/2005)
10. Wybrane zagadnienia diagnostyki i leczenia nowotworów narządu rodnego – kier. nauk. prof. Jerzy Stelmachów – 19. marca (Nr kursu: AKP/U18/2005)
11. Postępy w urologii. Współczesne zasady postępowania w podstawowych chorobach urologicznych – kier. nauk. prof. Andrzej Borkowski – 02 kwietnia (Nr kursu: AKP/U19/2005)
12. Tarczycza - 2004 – kier. nauk. prof. Janusz Nauman – 9 kwietnia (Nr kursu: AKP/U20/2005)
13. Od zakrzepicy do przewlekłej niewydolności żylniej – kier. nauk. prof. Wojciech Noszczyk – 16 kwietnia (Nr kursu: AKP/U21/2005)
14. Zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w schorzeniach jatrogennych występujących w stomatologii – kier. nauk. prof. Janusz Piekarczyk – 23 kwietnia (Nr kursu: AKP/U22/2005)

15. Wybrane standardy rozpoznawania i leczenia chorób przewodu pokarmowego – kier. naukowy prof. Jan Dzieńniszewski – 07 maja (Nr kursu: AKP/U27/2005)

16. Przewlekłe zapalenie wątroby i marskość wątroby – kier. nauk. prof. Janusz Cianciara – 14 maja (Nr kursu: AKP/U23/2005)

17. Zakażenia w praktyce pediatry i lekarza rodzinnego – leczenie objawowe czy antybiotykoterapia – kier. nauk. prof. Andrzej Radzikowski – 21 maja (Nr kursu: AKP/U24/2005)

18. Wybrane zagadnienia położniczo-ginekologiczne – kier. nauk. prof. Jerzy Stelmachów – 4 czerwca 2005 r. (Nr kursu: AKP/U25/2005)

19. Nagłe stany w stomatologii zachowawczej – kier. nauk. prof. Elżbieta Jodkowska – 11 czerwca (Nr kursu: AKP/U26/2005)

Dodatkowe informacje można uzyskać w Dziekanacie Wydziału Kształcenia Podyplomowego AM, ul. Żwirki i Wigury 61, tel/fax (22) 57-20-511.

WARUNKI PRENUMERATY

Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy zamówienia na prenumeratę miesięcznika Akademii Medycznej w Warszawie „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” na rok 2006. Zamówienie – poza liczbą zamówionych kompletów - powinno zawierać:

nazwę, adres i numer NIP **płatnika**

nazwę i adres (pocztowy) **odbiorcy** pisma

Nasze pismo jest zwolnione z podatku VAT (stawka 0%).

Cena rocznej prenumeraty miesięcznika „MDW” na rok 2006 wynosi 150 zł.

Prosimy o przekazywanie tej kwoty lub jej wielokrotności na nasze konto:

5110600076000040103000-1849

z dopiskiem : „Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” – prenumerata

Otrzymanie zamówienia i przedpłaty potwierdzimy fakturą.

Prenumeratorom gwarantujemy dostawę egzemplarzy „MDW” natychmiast po ukazaniu się kolejnych wydań.

Jednocześnie informujemy, że można zakupić niektóre archiwalne wydania naszego czasopisma, w wersji papierowej i/lub CD. Zamówienia i pytania w tej sprawie oraz wszelkich innych dotyczących prenumeraty prosimy kierować pod adresem:

„Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie” Redakcja

Akademia Medyczna w Warszawie

ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

O medycynie z uśmiechem

Aleksandra Woźnicka

Uniwersytet Warszawski, Katedra Języków Specjalistycznych

Antoni Czechow, wybitny lekarz - pisarz poczynił następujące spostrzeżenie: „Człowiek lubi porozmawiać o chorobach, a tymczasem to najmniej ciekawy aspekt jego życia”. Polemizując z Czechowem, można wyrazić nadzieję, że wszelkie schorzenia wydadzą się nam mniej przygnębiające, jeśli choć przez chwilę spróbujemy popatrzeć na nie z pewnym dystansem.

Zauważmy, że w kręgach medycznych dominuje tzw. czarny humor, który odgrywa istotną rolę terapeutyczną, ponieważ ułatwia lekarzom i pacjentom rozładowywanie ciągłego napięcia psychicznego. Przypomnijmy za Radomską, że Freud jako pierwszy docenił leczniczą funkcję żartów, które wyrażają obawy i pragnienia chorego oraz pomagają w zachowaniu równowagi psychicznej. Amerykańscy naukowcy stwierdzili, że spontaniczny śmiech wywiera korzystny wpływ na układ odpornościowy, zwiększa odporność na odczucia bólowe i poprawia nastrój pacjenta. Dlatego lekarze z Loma Linda University (California) starają się rozśmieszyć chorych onkologicznych opowiadaniem i filmami.

Chłopicki opisuje mechanizm percepcji żartu językowego. Słyszac lub czytając wyraz „lekarz”, odbiorca natychmiast aktywizuje w mózgu tzw. ramę semantyczną, tj. cały szereg skojarzeń (np. zawał, ból, karetka pogotowia, sala operacyjna). Radomska podkreśla, że grupy zawodowe (np. lekarze, policjanci) postępują zgodnie ze stereotypami społecznymi, możemy zatem bez trudu odgadnąć puentę anegdoty.

Proponujemy następującą klasyfikację różnorodnych form czarnego humoru w medycynie: aforyzmy o lekarzach; przejęzyczenia; definicje terminów medycznych; mikrodialogi - kalambury; mikrodialogi - nieporozumienia; krótkie opowiadania humorystyczne.

Jako ilustrację poszczególnych kategorii dowcipu językowego wykorzystano materiał ze źródeł polskich i rosyjskich, przy czym zastosowano uproszczoną transkrypcję wyrazów rosyjskich.

Aforyzmy. Kantowska teoria kontrastu pomiędzy oczekiwaniem a jego spełnieniem może znaleźć odzwierciedlenie w sentencjach, np.: „Co to jest medycyna? Jest to nauka, która pomaga choremu znaleźć się na tamtym świecie.” W aforystyce efekt komiczny osiąga się za pomocą rozmaitych środków językowych.

Antonimia: „Możliwości medycyny są bezgraniczne. Ograniczone są możliwości chorych.”

Stopień wyższy lub najwyższy przymiotnika bądź przysłówka: „Ciężką chorobę jest najpierw łatwo

wyleczyć, ale trudno rozpoznać. Natomiast kiedy choroba przebiega ostrzej, jest ją łatwiej rozpoznać, ale już trudniej wyleczyć.” (Machiavelli); „Najbardziej gorzkie pigułki mogą przynieść najlepszy efekt.” (John Kelly, polityk).

Paralelizm składniowy, tj. powtórzenie podobnych konstrukcji zdaniowych: „Lekarze dziwią się, jak przy takim leczeniu chorzy jeszcze żyją. Chorzy dziwią się, jak przy takich pensjach lekarze jeszcze żyją.” (Michał Żwaniecki, satyryk).

Przejęzyczenia. Ten rodzaj humoru wiąże się najczęściej z niepoprawną budową zdania:

„Pacjentka cierpi na depresję od dnia, kiedy zaczęła przychodzić do mnie na wizyty.” „Oddechu nie można wysłuchać z powodu braku fonendoskopu.”

Definicje terminów medycznych. Żarty tego typu mają charakter stricte językowy. Efekt humorystyczny osiągany jest przy wykorzystaniu podobnego brzmienia wyrazów pokrewnych. Zdaniem Buttler takie anegdoty są nieprzetłumaczalne na inne języki.

Odwołajmy się do przykładów rosyjskich. Powitanie anatomopatologów brzmi: „S dobrym morgom” (ros. morg - kostnica; niem. guten Morgen). Podobne skojarzenia nasuwa izba przyjęć (ros. prijomnyj pokoj), gdyż oczekujący na pomoc pacjent to „prijomnyj pokojnik” (ros. „pokojnik” - nieboszczyk).

Mikrodialogi – kalambury. Podobnie jak definicje terminów, ten rodzaj humoru jest nieprzekładalny na inne języki, gdyż wykorzystuje środki konkretnego systemu językowego, np. wieloznaczność wyrazu: „- Lubię ludzi otwartych - powiedział chirurg.”

Albo: „Lekarz mówi: - Nie podoba mi się pański kaszel.
- Przepraszam, panie doktorze, ale ładniej nie potrafię.”
Czy też: „Lekarz pyta: - Co panu dolega?
- Dzieci, ale do pana przyszedłem z powodu reumatyzmu.” Aby zachować sens powyższej anegdoty, nie można zmienić pytania lekarza na równoznaczny zwrot „Jak się pan czuje?”.

Homonimia: „Lekarz w czasie obchodu: - Pan ma raka, pan ma raka, pan też ma raka.

Jeden z pacjentów: - Panie doktorze, przecież wczoraj mówił pan, że mam kamienie...

- Tak, ma pan kamienie, a pod kamieniami raka.

Ten dowcip można z łatwością przetłumaczyć na język rosyjski, jednak np. po francusku rak - choroba to „cancer”, a rak - skorupiak to „ecrevisse”.

Mikrodialogi – nieporozumienia. W przeciwieństwie do kalamburów, anegdoty sytuacyjne mają charakter ogólnokomiczny, dlatego łatwo je przetłumaczyć na język

obcy. Jak już wspominaliśmy, czarny humor ma na celu pokonanie lęku pacjenta przed niewłaściwym rozpoznaniem, interwencją chirurgiczną, cierpieniem i śmiercią. Tego rodzaju żarty można podzielić na kilka grup tematycznych:

Adepci sztuki medycznej. „Lekarz mówi do stażysty: - Panie Kowalski, proszę zrobić choremu zastrzyk.

Za panem Kowalskim idzie pan Malinowski. - A pan dokąd? - pyta lekarz.

- Mam wąską specjalizację - on wie, jak robić zastrzyki, a ja wiem, gdzie kłuć.”

„Kierownik kliniki pyta początkującego lekarza: - Panie kolego, przecież pański pierwszy pacjent wyzdrowiał. Dlaczego jest pan tak załamany?

- Bo w żaden sposób nie mogę zrozumieć, dlaczego on mimo wszystko wyzdrowiał.”

Porady lekarskie. „- Panie doktorze, trudno mi oddychać.

- Ależ proszę pana, po co się tak męczyć? Proszę nie oddychać.”

Albo: „Lekarzowi zadano pytanie: - Co pan robi, kiedy ma pan grypę?

- Kaszlę.

- A co pan stosuje, kiedy ma pan katar?

- Sześć chusteczek dziennie.”

I jeszcze jeden przykład: „- Panie doktorze - skarży się staruszek. - Dzień w dzień oddaję stolec o piątej rano.

- W pana wieku to bardzo dobrze - uspokaja lekarz.

- Ale ja się budzę dopiero o siódmej!”

Przed operacją. „- Pański stan wymaga natychmiastowej operacji - komunikuje choremu lekarz w szpitalu.

- Nigdy się na to nie zgodzę! Wolę umrzeć! - wykrzykuje pacjent.

- Jedno drugiego nie wyklucza.”

„Przed planowanym zabiegiem załęczony pacjent zwraca się do lekarza: - Panie ordynatorze, czy będzie mnie pan osobiście operował?

- Tak, lubię przynajmniej raz na rok sprawdzić, czy coś jeszcze pamiętam...”

Na sali operacyjnej. „Pielęgniarka zwraca się do lekarza:

- Panie doktorze, to już trzeci stół, który pan zniszczył w tym miesiącu. Proszę nie ciąć tak głęboko.”

„- Kelner leży na sali operacyjnej i krwawi. Do sali wchodzi lekarz. - Panie doktorze, proszę mi pomóc... Ja... umieram...”

- Nie obsługuję tego stołu.”

Rokowanie. „- Będzie pan żył 80 lat - mówi lekarz do pacjenta.

- Ależ panie doktorze - ja mam 80 lat!

- A nie mówiłem?”

Krótkie opowiadania humorystyczne. Oto kilka anegdotycznych historii, które pozwalają pacjentom przewycięzać lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia. Podobnie jak mikrodialogi - nieporozumienia, można je tłumaczyć na inne języki.

„Kobieta po wypadku samochodowym trafiła do szpitala. Lekarz dyżurny bada ją i dyktuje pielęgniarce, która wypełnia historię choroby: - Złamanie prawego obojczyka. Złamanie szóstego i siódmego żebra z prawej strony. Zardrapanie na głowie... Lekarz zwraca się do pacjentki: - Ile pani ma lat?

- Dwadzieścia siedem.

- ...i wstrząśnienie mózgu z całkowitą utratą pamięci - dyktuje dalej lekarz.”

„Lekarz w szpitalu psychiatrycznym bada trzech swoich pacjentów. - Ile jest dwa razy dwa? - pyta pierwszego.

- Pięć tysięcy - pada odpowiedź.

- Ile jest dwa razy dwa? - pyta drugiego.

- Piątek - odpowiada chory.

- Ile jest dwa razy dwa? - pyta zupełnie zrezygnowany trzeciego pacjenta.

- Cztery.

- Świetnie! - wykrzykuje uradowany lekarz. - Proszę powiedzieć, w jaki sposób uzyskał pan ten wynik?

- To proste - odpowiada chory. - Podzieliłem pięć tysięcy przez piątek.”

„Pyta facet kolegę o dobrego stomatologa. Tamten mu odpowiada: - Znam świetnego, ale on jest Anglikiem.

- Spoko, spoko, poradzę sobie.

Przychodzi więc na wizytę, siada w fotelu i pokazując lekarzowi szczękę mówi: - Tu!

Dentysta wyrwał mu dwa zęby. Na drugi dzień znów spotykają się obaj faceci i pierwszy mówi: - Jakiś głupi ten dentysta. Ja mu pokazuję bolący ząb, mówię „tu”, a on wyrwa mi dwa...

- To ty jesteś głupi. „Two” po angielsku znaczy dwa...

- Aaa, było tak od razu, następnym razem coś wymyślę.

Przychodzi na drugą wizytę, siada w fotelu, wskazuje ząb i mówi: - Ten!”

Na zakończenie proponujemy anegdotę optymistyczną: „Pewien lekarz powiedział do Picassa: - Nie bardzo się znam na malarstwie, ale z punktu widzenia anatomii ludzkiej na pańskich obrazach to po prostu choroby.

- Ale będą żyli dłużej niż pańscy pacjenci - odpowiedział malarz.

Mimo żartów ze sztuki lekarskiej warto zapamiętać słowa profesora Antoniego Kępińskiego: „W medycynie najważniejszym lekarstwem jest sam lekarz.”

Piśmiennictwo:

1. Aforizmy po inostrannym istochnikam, Izdatel'stvo Progress, Moskva 1972, s. 375-377.

2. Buttler Danuta: Polski dowcip językowy, wyd. III z uzupełnieniami, PWN, Warszawa 2001.

3. Chłopicki Władysław: Humor w komunikacji językowej. W: Język a komunikacja 4, Nowe oblicza komunikacji we współczesnej polszczyźnie, red. G. Szpila, Wydawnictwo Tertium, Kraków 2002, t. I, s. 23-33.

4. Hołdys Andrzej: Poczucie humoru, czyli dlaczego warto się śmiać. Chichot neuronów. Gazeta Wyborcza 1.4.2003, dodatek Nauka.

5. Radomska Anna: Co nas śmieszy? O różnicach indywidualnych w preferencjach komizmu u ludzi dorosłych. Nowiny Psychologiczne, 3/2000, www.psychologia.edu.pl

6. Radomska Anna: Na chorobę śmiech. Charaktery, luty 2003.

7. Tumarkin I.B.: Zoloty rossypi, izd. VI, Majak, Odessa 1967, s. 236.

8. Vereshhagina Inessa, Davajte pogovorim. Teksty z życia codziennego z dialogami, wyd.I, WSIP, Warszawa 1995, s. 76-88.