



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE



ISSN 0137-6543

ROK XLI

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 2/2009

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Dr hab. Izabela Strużycka – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Karolina Gwarek – sekretarz redakcji

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. Marek Krawczyk – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **prof. dr hab. Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, **dr hab. Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, **prof. dr hab. Anna Kamińska** – Prorektor ds. Kadry, **prof. dr hab. Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, **prof. dr hab. Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, **prof. dr hab. Renata Górska** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, **prof. dr hab. Jerzy A. Polański** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, **dr hab. Kazimierz Szopiński** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, **prof. dr hab. Marek Naruszewicz** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, **prof. nadzw. dr hab. Zdzisław Wójcik** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, **prof. dr hab. Zbigniew Gaciong** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 022 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
<http://mdw.wum.edu.pl>

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny WUM

Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
tel. 022 57 20 327, fax 022 57 20 328
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
<http://www.oficynawydawnicza.wum.edu.pl>
Nakład: 500 egzemplarzy

Spis treści

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

<i>Marta Wojtach</i> Podpisano list intencyjny z Samorządem Województwa Mazowieckiego.....	2
<i>Karolina Gwarek</i> Ośrodek Terapii Hadronowej powstanie w Warszawie	4
<i>Agata Klińska, Marta Wojtach</i> European Clinical Research Infrastructures Network w Polsce	5
<i>Karolina Gwarek</i> Obchody XVII Światowego Dnia Chorego.....	7
<i>Sławomir Poletajew</i> VI Czwartek Chirurgiczny	8
<i>Anna Słupik</i> Research Management Training – szkolenie dla młodych naukowców w Hamburgu.....	8
<i>Elwira Zielińska</i> Z Senatu WUM.....	9

PRO MEMORIA

<i>Redakcja „MDW”</i> Odszedł Profesor Edward Rużyłło	13
--	----

NAUKA

Streszczenia wyróżnionych prac doktorskich (<i>Michał Marchel, Dorota Wultańska,</i> <i>Małgorzata Żukowska</i>).....	14
Terminy obron prac doktorskich.....	19

Nominacje Profesorskie:

Prof. dr hab. Anna Kamińska	20
Prof. dr hab. Marek Kulus	21
Prof. dr hab. Maciej Otto	22
Prof. dr hab. Mirosław Wielgoś	24

<i>Dorota Koper, Grzegorz Senatorski</i> Udział pielęgniarki w badaniach diagnostycznych schorzeń układu krążenia.....	26
--	----

DYDAKTYKA

<i>Anna Piecuch</i> Zmiany w sposobie odbywania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece	37
--	----

KOMUNIKATY

Jubileuszowy Bal 200-lecia!.....	38
28 lat Szpitala Bródnowskiego	39

Podpisano list intencyjny z Samorządem Województwa Mazowieckiego

W środę 11 lutego Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk oraz Marszałek Województwa Mazowieckiego dr Adam Struzik podpisali list intencyjny w sprawie współpracy na rzecz rozwoju naszego regionu w obszarze ochrony zdrowia oraz kształcenia obecnej i przyszłej kadry medycznej.

– Chcemy kontynuować i rozszerzać dotychczasową współpracę z Samorządem Województwa Mazowieckiego, aby zapewnić społeczności lokalnej jak najlepszą opiekę zdrowotną – mówi Jego Magnificencja Rektor podczas uroczystości podpisania *Listu intencyjnego*. Podkreślił także, że od lat jednostki naukowo-dydaktyczne Uczelni działają w szpitalach, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Mazowieckiego. Największym szpitalem, w którym zlokalizowane są katedry naszego Uniwersytetu, jest Wojewódzki Szpital Bródnowski, gdzie działają jednostki II Wydziału Lekarskiego oraz Wydziału Nauki o Zdrowiu. Nasze kliniki funkcjonują też w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym przy ul. Wolskiej, Szpitalu przy ul. Nowowiejskiej, Szpitalu Tworzkowskim oraz w Centrum Rehabilitacji w Konstancinie.

Rektor wyraził nadzieję, że uda się dotychczasową dobrą współpracę Uczelni i Samorządu Województwa rozszerzyć o Międzyleski Specjalistyczny Szpital w Warszawie i Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej przy ul. Barskiej. Jednocześnie zapewnił Marszałka, że Warszawski Uniwersytet Medyczny będzie zawsze starał się być jak najlep-



Rektor prof. Marek Krawczyk i Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik w czasie uroczystości podpisania listu intencyjnego

szym partnerem do współpracy dla Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Z kolei Marszałek Adam Struzik zadeklarował wolę partnerstwa ze strony władz Samorządu Województwa. Podkreślił, że samorząd jest organem założycielskim 35 jednostek ochrony zdrowia, w tym 26 szpitali.

– Zależy nam na doskonaleniu naszej kadry, która w tych placówkach pracuje. Chcemy, aby były w nich prowadzone badania kliniczne. To jest możliwe dzięki współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym – mówi w czasie spotkania dr Adam Struzik.

W *Liście intencyjnym* strony określiły następujące priorytety we wzajemnej współpracy:

1. wykorzystanie bazy jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Mazowieckiego, na cele dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
2. współdziałanie kadry Uczelni w podnoszeniu jakości ochro-

ny zdrowia mieszkańców Mazowsza;

3. zwiększenie dostępu do świadczeń medycznych na wysokim poziomie dla lokalnej społeczności;
4. dążenie do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia województwa mazowieckiego poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia;
5. promocja zdrowego stylu życia wśród mazowieckiej społeczności;
6. kształcenie na europejskim poziomie kadry medycznej wszystkich szczebli.

W uroczystym podpisaniu *Listu intencyjnego* uczestniczyli, obok Jego Magnificencji Rektora i Marszałka, Prorektorzy naszej Uczelni: prof. Sławomir Majewski, prof. Marek Kulus, dr hab. Sławomir Nazarewski, Kanclerz naszego Uniwersytetu Małgorzata Kozłowska oraz Dyrektor Departamentu Zdrowia Samorządu Województwa Mazowieckiego dr Ewa Łągońska.

Marta Wojtach
Rzecznik Prasowy WUM

List intencyjny

w sprawie współpracy na rzecz rozwoju Województwa Mazowieckiego w obszarze ochrony zdrowia

Preambuła

Działając w duchu partnerstwa, strony wyrażają zamiar rozszerzenia i wzmocnienia istniejących już kontaktów w celu ich wzajemnego rozwoju na korzyść społeczności Województwa Mazowieckiego, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia i kształcenia obecnej i przyszłej kadry medycznej.

Strony deklarują, co następuje:

§ 1

Chcąc promować rozwój Województwa Mazowieckiego oraz potencjał naukowo-dydaktyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, mając na uwadze obecne uwarunkowania społeczno-gospodarcze i ekonomiczne w regionie, strony inicjują działania w obszarze ochrony zdrowia i edukacji medycznej.

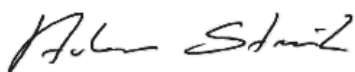
§ 2

Strony przyjmują następujące priorytety we wzajemnej współpracy:

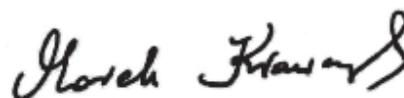
1. wykorzystanie bazy jednostek ochrony zdrowia, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Mazowieckiego, na cele dydaktyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
2. współdziałanie kadry Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w podnoszeniu jakości ochrony zdrowia mieszkańców Województwa;
3. zwiększenie dostępności świadczeń medycznych na wysokim poziomie dla społeczności lokalnej;
4. dążenie do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia Województwa Mazowieckiego poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia;
5. promocja zdrowego stylu życia wśród społeczności Województwa Mazowieckiego;
6. kształcenie na europejskim poziomie kadry medycznej wszystkich szczebli.

Podpisując list intencyjny strony wyrażają głębokie przekonanie, że podjęta przez nie inicjatywa pozwoli na bardziej racjonalne i skuteczne wykorzystywanie możliwości organizacyjnych i finansowych Województwa Mazowieckiego i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także wyzwoli potencjał i inicjatywę wszystkich osób, organów i władz, którym na uwadze leży dobro lokalnej społeczności – na rzecz zapewnienia mieszkańcom Województwa dostępu do nowoczesnego leczenia oraz ochrony życia i zdrowia. Działania te mają również na celu poprawę konkurencyjności placówek medycznych, dla których organem założycielskim jest Samorząd Województwa na rynku świadczeń zdrowotnych i doprowadzenie do wykonywania coraz bardziej specjalistycznych procedur.

Województwo Mazowieckie
w imieniu którego działa
Marszałek
Województwa Mazowieckiego



Warszawski Uniwersytet Medyczny
w imieniu którego działa
Rektor
Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego



Ośrodek Terapii Hadronowej powstanie w Warszawie

We wtorek 17 lutego Rada Zarządzająca Konsorcjum Narodowego Centrum Radioterapii Hadronowej (NCRH) zdecydowała o powołaniu Ośrodka Terapii Hadronowej przy naszej Uczelni. Placówka ta – pierwsza na Mazowszu i druga tego typu w Polsce – będzie się zajmowała kompleksowym leczeniem guzów nowotworowych.

Podstawową zaletą terapii hadronowej jest mniejsza, w porównaniu z innymi rodzajami radioterapii, liczba powikłań. Wykorzystywaną w leczeniu wiązką protonów można bowiem sterować z dużą dokładnością,

naświetlając jedynie guz, a nie zdrowe tkanki dookoła. Jest to ważne zwłaszcza w przypadku, gdy nowotwór znajduje się blisko organów o szczególnym znaczeniu dla życia chorego – dotyczy to m.in. niektórych guzów mózgu,

nowotworów oczu, guzów umiejscowionych w pobliżu rdzenia kręgowego i niektórych guzów prostaty. Terapia hadronowa daje nadzieję osobom cierpiącym z powodu tych ciężkich chorób.

W Europie istnieje jak na razie stosunkowo niewiele ośrodków stosujących tę metodę leczenia – jeden z nich powołano w 2006 roku w Krakowie. Jego zadaniem jest przede wszystkim prowadzenie leczenia nowotworów gałki ocznej. Ośrodek warszawski, powołany 17 lutego br. decyzją Konsorcjum Narodowego Centrum Radioterapii Hadronowej, będzie natomiast placówką pełnoprofelową, specjalizującą się w leczeniu różnych rodzajów nowotworów. Jeśli uda się zdobyć dofinansowanie na jego utworzenie, m.in. z funduszy unijnych, powinien powstać do 2015 roku.

Redakcja „MDW”

Konsorcjum Narodowego Centrum Radioterapii Hadronowej (NCRH) zostało powołane 13 września 2006 roku w Krakowie.

W jego skład wchodzi 10 znaczących polskich instytucji naukowych i medycznych: Instytut Fizyki Jądrowej im. Henryka Niewodniczańskiego PAN (Kraków) (instytucja koordynująca); Warszawski Uniwersytet Medyczny; Uniwersytet Warszawski; Politechnika Warszawska; Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (Oddział w Warszawie i w Krakowie); Świętokrzyskie Centrum Onkologii (Kielce); Uniwersytet Śląski (Katowice); Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica (Kraków); Instytut Problemów Jądrowych im. Andrzeja Sułtana (Świerk/Otwock).

Głównym celem NCRH jest koordynowanie badań związanych z radioterapią, fizyką medyczną, radiobiologią oraz podejmowanie działań na rzecz budowy i rozwoju infrastruktury klinicznej i naukowej dla terapii hadronowej w Polsce.

W 2007 r. Konsorcjum wystąpiło do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem o wsparcie swoich działań z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej na lata 2007-2013.

Źródło: <http://www.ifj.edu.pl/dept/no5/ncrh/?lang=pl>

Pamiętajmy o zmianie nazwy w godle Uczelni!



Ten temat poruszaliśmy już w numerze 1/2009 „Medycyny Dydaktyki Wychowania” – decyzją Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z 22 grudnia 2008 roku zmieniła się nazwa łacińska w godle naszej Uczelni – z „Academia Medica Varsoviensis” na „Universitas Medica Varsoviensis”. Zmianę tę należy uwzględnić, wykorzystując logo akademickie w materiałach informacyjnych i promocyjnych dotyczących WUM.

Pliki z logo, w jakości nadającej się do druku, są dostępne w Intranecie (<https://ssl.wum.edu.pl>) w zakładce „Materiały udostępnione przez Biuro Informacji i Promocji”, można je również otrzymać bezpośrednio od Biura Informacji i Promocji naszego Uniwersytetu.

EUROPEAN CLINICAL RESEARCH INFRASTRUCTURES NETWORK W POLSCE

W piątek 13 lutego 2009 r. w Sali Senatu odbyło się spotkanie poświęcone włączeniu Polski do *European Clinical Research Infrastructures Network*. Jego gospodarzami byli prof. Marek Krawczyk – Rektor naszej Uczelni oraz prof. Sławomir Majewski – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą.

W spotkaniu uczestniczyli: koordynator sieci *ECRIN* prof. Jacques Demotes, Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia – dr hab. Roman Danielewicz, Zastępca Attache ds. Nauki i Technologii Ambasady Francji – Guillaume Giraudet oraz czołowi reprezentanci środowisk medycznych, odpowiedzialni za realizację badań klinicznych w Polsce.

– Cieszę się, że dzięki inicjatywie naszej Uczelni niebawem, jak wszystko na to wskazuje, Polska stanie się członkiem działającej od kilku lat z powodzeniem *European Clinical Research Infrastructures Network*, a Warszawski Uniwersytet Medyczny będzie pełnił w tej sieci funkcję koordynatora krajowego – mówił Rektor, otwierając spotkanie. Podkreślił również, że Polska jest ogromnym, stale rozwijającym się rynkiem badań klinicznych: – Według raportu „Rynek badań klinicznych w Polsce 2008” przygotowanego przez firmę badawczą *PMR*, w 2010 r. wartość polskiego rynku badań klinicznych może osiągnąć 800 mln zł. Jednak, jak zaznaczyli autorzy raportu, aby tak się stało, niezbędne jest wprowadzenie w życie do końca bieżącego roku odformalizowanych wymogów procedur składania wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego. Wierzę, że tak się stanie i że kwestie formalne nie będą już stanowiły bariery w prowadzeniu badań klinicznych, tak niezbędnych dla rozwoju nauki i medycyny.

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ dr hab. Roman Danielewicz powiedział, że zna funkcjonowanie

sieci *ECRIN* w Europie i cieszy się, iż ta inicjatywa wchodzi do Polski. Zaznaczył, że pozwoli to na jeszcze ściślejszą współpracę naukowców ze Starego Kontynentu. Wyraził także zadowolenie, że projekt włączenia Polski do *ECRIN* powstał właśnie na naszej Uczelni.

Po oficjalnym otwarciu spotkania prof. Sławomir Majewski – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą – przedstawił jego program, po czym udzielił głosu prelegentom.

Dr Christine Kubiak, odpowiedzialna za zarządzanie projektem *ECRIN* z ramienia *National Institute for Health and Medical Research (INSERM)* z Francji, zapoznała zebranych z celami powołania sieci *ECRIN*, jej strukturą organizacyjną, podejmowanymi działaniami, a także licznymi realizowanymi projektami. Podkreśliła wyzwania stojące przed uczestnikami, a w szczególności: konieczność ujednoczenia prawodawstwa regulującego prowadzenie badań klinicznych w poszczególnych krajach Wspólnoty Europejskiej, potrzebę koordynacji procesu wdrażania zmian i rozbudowy infrastruktury badawczych na poziomie krajowym, stworzenia spójnego systemu finansowania badań klinicznych ze środków publicznych. Wyjaśniła zasady funkcjonowania sieci, ze szczególnym uwzględnieniem roli krajowych korespondentów, których zadaniem jest wspieranie sponsorów/instytucji koordynujących badania w poszukiwaniu ośrodków na terenie danego kraju, a także w zbieraniu dokumentacji niezbędnej do rozpoczęcia badania. Omówiła warunki, jakie

muszą spełnić kraje ubiegające się o członkostwo w *ECRIN*.

Dr Wojciech Masełbas, Prezes Stowarzyszenia na rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, przedstawił krótki rys historyczny rozwoju badań tego typu w naszym kraju, wyjaśnił, jak funkcjonuje obecnie polski system badań klinicznych, a także zaprezentował dane dotyczące prowadzenia badań sponsorowanych w latach 1996-2007. Wynika z nich m.in., że większość prowadzonych w Polsce badań dotyczy III fazy. Najwięcej realizuje się badań leków w zakresie onkologii i chorób układu krążenia. Dr Masełbas podkreślił, że pomimo podejmowanych prób dostosowania polskiego ustawodawstwa do dyrektyw unijnych nadal nie wszystkie z nich zostały przeniesione na grunt polskiego. Omówił wyniki wywiadów przeprowadzanych wśród ludności miast, w których sprawdzano skłonność do uczestniczenia w badaniach klinicznych w charakterze ochotników, a także związane z tym obawy respondentów. Wymienił najważniejsze bariery rozwoju tych badań w naszym kraju, na których czele postawił zbyt długi czas oczekiwania na otrzymanie zgody na przeprowadzenie badania, skomplikowane i trudne do spełnienia wymogi formalne oraz opodatkowanie badań.

Prof. Sławomir Majewski przedstawił najistotniejsze informacje dotyczące Ogólnopolskiej Akademickiej Platformy Medycznej, która podjęła inicjatywę rozwijania sieci *POLCRIN*. Zaprezentował podsumowanie ankiety dotyczącej potencjału badawczego jednostek

członkowskich Platformy. Wynika z niej, że większość umów na badania lekowe zawierają szpitale, podczas gdy uczelnie realizują badania kliniczne niesponsorowane o charakterze naukowym. Najwięcej badań obu typów (lekowe sponsorowane i naukowe finansowane w ramach grantów) dotyczy następujących dziedzin medycznych: onkologia, choroby wewnętrzne, neurologia i kardiologia. Wskazał potencjalne źródła finansowania działań prowadzonych w ramach ECRIN. Wymienił, zidentyfikowane przez członków Platformy, trudności związane z prowadzeniem badań klinicznych w uczelniach oraz szpitalach. Należą do nich: zbyt restrykcyjne wymogi prawne dotyczące prowadzenia badań niekomercyjnych, brak efektywnego systemu finansowania badań klinicznych na poziomie krajowym, braki w ofercie dydaktycznej w zakresie profesjonalnego monitoringu badań klinicznych.

Prof. Majewski zauważył, że w celu właściwego rozwijania badań klinicznych w Polsce konieczne jest pozyskiwanie środków z europejskich programów badawczych. Podkreślił znaczenie włączenia się w inicjatywę w 7. Programie Ramowym UE – *Innovative Medicines Initiative (IMI)*, umożliwiającą budowanie partnerstw publiczno-prywatnych między ośrodkami badawczymi a koncernami farmaceutycznymi oraz MŚP, w celu wspólnej realizacji badań klinicznych.

Dr Teresa Brodniewicz – Dyrektor ds. Naukowych w *MTZ Clinical Research* omówiła perspektywy rozwoju badań klinicznych w zakresie badań I i II fazy oraz biorównoważności. Podzieliła się z uczestnikami spotkania swoimi doświadczeniami w prowadzeniu tych badań oraz wymieniła problemy pojawiające się na poszczególnych etapach ich wdrażania, podkreślając również zalety polskiego rynku.

Dr Ewa Szkiłądź – koordynator programu szczegółowego „Zdrowie” w 7. Programie Ramowym UE przedstawiła możliwości finansowania badań klinicznych w ramach tego programu.

Podczas otwartej dyskusji, którą poprowadził prof. Jacques Demotes, podkreślano obopólne korzyści płynące z włączenia Polski w działania sieci. Przetawiono szczegółowe, konieczne do spełnienia przez Polskę warunki formalne członkostwa. Prof. Demotes zaznaczył, że jest świadomy konieczności modyfikacji dyrektyw UE regulujących prowadzenie badań klinicznych. Opisał również projekty zmian, które planuje się wdrożyć w najbliższym czasie, m.in. ułatwiające uzyskanie zgody na rozpoczęcie badań niskiego ryzyka.

Następnie prof. Wiesław Jędrzejczak podniósł kwestię nieracjonalnych wymogów stawianych w świetle prawa badaczom ubiegającym się o zgodę na przeprowadzenie niekomercyjnych badań klinicznych. Podkreślił, że badania inicjowane przez ośrodki akademickie są jedynym źródłem obiektywnego porównania skuteczności stosowania leków oferowanych przez firmy farmaceutyczne. Obecnie obowiązujące przepisy praktycznie uniemożliwiają prowadzenie takich badań, z ogromną szkodą dla społeczeństwa. Badacze, którzy mimo wszystko starają się realizować badania niekomercyjne, często uciekają się do nagięcia bądź wręcz omijania prawa. – Jest to patologia spowodowana przez chorobę, jaką jest europejska dyrektywa – spuentował prof. Jędrzejczak.

Prof. Jacques Demotes zgodził się, że obowiązująca dyrektywa stwarza zdecydowanie korzystniejsze warunki dla realizacji interesu przemysłu, aniżeli szeroko pojętego interesu publicznego. Zaznaczył, że jest to problem już dostrzeżony i poddawany dyskusji w Komisji Europejskiej.

Prof. Jędrzejczak podkreślił, że w celu sprawnej obsługi realizacji badań klinicznych niezbędne jest stworzenie właściwego zaplecza administracyjnego. Istnieje potrzeba powołania jednostek organizacyjnych w uczelniach lub szpitalach klinicznych, których pracownicy udzielaliby badaczom wsparcia na każdym etapie – od koncepcji badania do ostatecznego rozliczenia.

Prof. Demotes wyjaśnił, że jednym z podstawowych działań wdrażanych w sieciach krajowych ECRIN jest powołanie zespołów do obsługi administracyjno-prawnej badań. Powinny one oferować wsparcie w zakresie obowiązujących przepisów prawa, procedur rejestracji badań oraz uzyskania opinii Komisji Bioetycznej.

W toku dyskusji podniesiono również kwestię niewłaściwego umiejscowienia przepisów regulujących prowadzenie badań klinicznych. Obecnie wynikają one z ustawy Prawo Farmaceutyczne, podczas gdy w opinii uczestników powinna zostać stworzona specjalna ustawa o prawie medycznym lub wręcz badaniach klinicznych.

Uczestnicy spotkania zgodzili się, że przyłączenie Polski do ECRIN przyczyni się do harmonizacji polskiego prawa z dyrektywami unijnymi, wdrożenia wspólnie wypracowanych zmian legislacyjnych oraz standardów postępowania w badaniach klinicznych, na poziomie krajowym i europejskim, zwłaszcza w odniesieniu do badań niekomercyjnych. Znacznie ułatwi też nawiązywanie współpracy przy realizacji międzynarodowych wielośrodkowych badań klinicznych z udziałem Polski.

Prof. Jacques Demotes zakończył spotkanie stwierdzeniem, że po pięciu latach starań o przyłączenie Polski do ECRIN, ta perspektywa wydaje się już bardzo bliska.

Agata Klińska
Dział Współpracy z Zagranicą WUM
Marta Wojtach
Rzecznik Prasowy WUM

Obchody XVII Światowego Dnia Chorego

Światowy Dzień Chorego, który obchodziliśmy 11 lutego już po raz siedemnasty, został ustanowiony przez Jana Pawła II w 1992 r. – w odpowiedzi na płynące z wielu stron świata postulaty, aby choć jeden dzień w roku poświęcić w sposób szczególny refleksji i modlitwie za osoby cierpiące. Inicjatywie tej przyświecało kilka celów: przede wszystkim chęć duchowego wsparcia chorych w ich cierpieniu, a ponadto propagowania moralnej formacji pracowników służby zdrowia i upowszechniania idei wolontariatu w społeczności globalnej.

Centralne obchody Dnia Chorego odbywały się dotychczas co roku w jednym z sanktuariów maryjnych na świecie. W tym roku uroczystości centralnych wprawdzie nie zorganizowano, ale Papież Benedykt XVI przygotował specjalnie na tę okazję tradycyjne orędzie, skierowane do osób chorych i tych, które się nimi opiekują. Głównym tematem posłania była pomoc cierpiącym dzieciom – XVII Światowy Dzień Chorego odbywał się bowiem pod hasłem „Otoczmy troską dzieci”.

W ramach jego obchodów 7 lutego w Warszawie zorganizowano uroczystą sesję naukową pod patronatem Abp Henryka Hosera – absolwenta Wydziału Lekarskiego AM. Konferencja nawiązywała do 10-letniego działania Międzyuczelnianego Konwersatorium Etyki „Medycyna na miarę człowieka”, którego spotkania w poprzednich latach odbywały się w naszej Uczelni. Skupiało ono zarówno studentów, jak i profesorów warszawskich szkół wyższych, zainteresowanych problemami moralnymi współczesnego świata, ze szczególnym uwzględnieniem

żywo dyskutowanych problemów etyki lekarskiej. W ciągu dziesięciu lat w ramach konwersatorium zorganizowano szereg cyklicznych spotkań i sesji wyjazdowych w kraju i za granicą.

Lutową konferencję, pod hasłem „By nie zostali sami”, poprowadził dr Kazimierz Szalata z Katedry Filozofii Polskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Jej tematyka skupiała się wokół zagadnienia pomocy chorym w różnych aspektach: od opieki lekarskiej, poprzez wolontariat, diagnostykę laboratoryjną, produkcję i sprzedaż leków.

Na początku spotkania swoimi doświadczeniami w pracy z chorymi podzielił się znakomity chirurg, rektor naszej Uczelni w latach 1990-1996, prof. Tadeusz Tołłoczko. Następnie ks. Krzysztof Ukleja – dyrektor Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej omówił działalność tej organizacji na rzecz chorych. Dr Marek Krobicki przedstawił zasady współpracy kapelana szpitalnego z zespołem medycznym oraz projekt utworzenia szkoły kapelanów szpital-

nych w Krakowie. Prof. Bogdan Chazan omówił kwestię zapłodnienia „in vitro” z moralnego punktu widzenia, a zagadnienie odpowiedzialności etycznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej przedstawił dr Henryk Owczarek – prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Kwestię tę w odniesieniu do produkcji leków poruszył dr Paweł Sztwiertnia, Dyrektor Generalny ZP INFARMA.

Miłym akcentem spotkania była wypowiedź doktoranta naszej Uczelni – lek. Daniela Morończyka, który przedstawił swoje doświadczenia z pracy w wolontariacie.

Na zakończenie części naukowej sesji odbyła się dyskusja pod kierunkiem ks. Józefa Jachimczaka – Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia, z udziałem europoseł Ewy Tomaszewskiej, dr Jacka Piątkiewicza (byłego wiceministra zdrowia), ks. dr Piotra Krakowiaka (krajowego duszpasterza hospicjów) i dr Magdaleny Hoser-Chachulskiej (dyrektor Hospicjum Św. Krzyża), podczas której poruszono różne aspekty doświadczania choroby przez współczesnego człowieka.

Redakcja „MDW”



Uczestnicy konwersatorium: (od lewej) ks. Krzysztof Ukleja, prof. Tadeusz Tołłoczko, abp Henryk Hoser, dr Kazimierz Szalata, prof. Bogdan Chazan

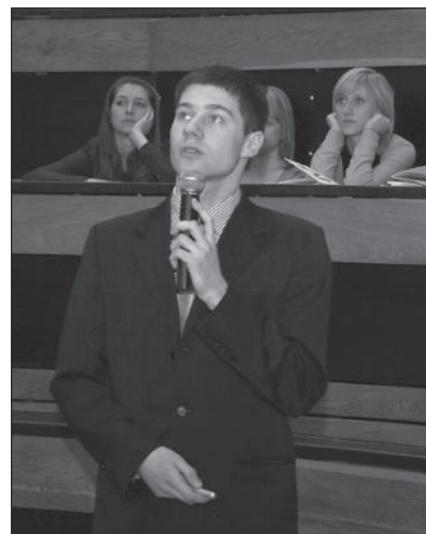
VI Czwartek Chirurgiczny

W czwartek 26 lutego w sali wykładowej im. Ludwika Paszkiewicza Centrum Biostruktury WUM odbył się VI Czwartek Chirurgiczny. Tym razem trzygodzinne wieczorne spotkanie studentów z chirurgami poświęcone zostało chirurgii laparoskopowej.

Wykłady obejmowały problematykę zastosowania laparoskopii nie tylko w chirurgii ogólnej, onkologicznej i naczyniowej, lecz także w urologii i ginekologii. Nie zabrakło przy tym wykładu na temat historii wżernikowania jamy otrzewnej, jak i pokazu wybranej operacji przeprowadzonej metodą laparoskopową, opatrzonego komentarzem. Konferencję zamknął wykład specjalny, wygłoszony przez przewodniczącego Komitetu Naukowego VI Czwartku Chirurgicznego prof. dr hab. Waldemara Kostewicza, na temat operacji wykonywanych przez naturalne otwory ciała, o wymownym tytule „Operacje NOTES (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*) – nowa metoda, nowe możliwości czy ślepa droga?”.

W obradach wzięło udział ponad 180 studentów z Gdańska, Krakowa, Łodzi, Poznania i Warszawy. W konkursie na najlepszą prezentację VI Czwartku Chirurgicznego zwyciężył kol. Michał Zając (Uniwersytet Medyczny w Łodzi), który wygłosił wykład pt. „Kluczowe momenty operacji techniką laparoskopową na przykładzie cholecystektomii oraz mankiętowej resekcji żołądka”.

Organizatorem cyklu konferencji studenckich „Czwartki Chirurgiczne” jest Studenckie Koło Naukowe działające przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. VII Czwartek Chirurgiczny odbędzie się 2 kwietnia 2009 roku. Tematem kolejnego spotkania



Zwycięzca VI Czwartku Chirurgicznego – Michał Zając z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

są urazy czaszkowo-mózgowe – serdecznie zapraszamy.

Sławomir Poletajew
Studenckie Koło Naukowe
przy Oddziale Chirurgii
Ogólnej i Naczyniowej
Międzyzyleskiego Szpitala
Specjalistycznego

Research Management Training Szkolenie dla młodych naukowców w Hamburgu

Na terenie Uniwersytetu Technicznego Hamburg-Harburg odbyło się szkolenie Research Management Training (ReMaT). Była to ostatnia edycja szkolenia zorganizowanego przez szereg instytucji zajmujących się promowaniem działalności badawczej w naukach biomedycznych, a finansowanego z programów Unii Europejskiej. Poprzednie edycje odbyły się m.in. w Zagrzebiu, Budapeszcie i Sztokholmie.

Podobnie jak wszystkie szkolenia ReMaT, tak i spotkanie w Hamburgu (2 i 3 grudnia 2008 roku) skierowane było do młodych naukowców i doktorantów prowadzących badania w dziedzinie nauk biomedycznych. Uczestnicy spotkania (26 osób) pochodzili z różnych krajów Unii Europejskiej (między innymi z Włoch, Niemiec, Szwajcarii, Estonii, Belgii, Fran-

cji i Hiszpanii). Byłam jedyną osobą z Polski.

Kierunki badań, prowadzonych przez uczestników szkolenia okazały się bardzo różnorodne – od hodowli bakterii i pasożytów, przez badania kliniczne, po projektowanie endoprotez i inżynierię tkankową. Tak zróżnicowany i interdyscyplinarny zespół umożliwił wieloaspektową dyskusję nad poruszonymi tematami.

Szkolenie odbywało się w formie seminaryjno-warsztatowej i obejmowało pięć modułów: nowoczesne prowadzenie badań i możliwości rozwoju naukowego; kierowanie interdyscyplinarnymi projektami badawczymi; pomysły, wynalazki i prawo; granty Unii Europejskiej i wykorzystywanie potencjału – eksploatacja badań i technologii. Każdy z modułów składał się z krótkiego wykładu

kształcenia należy dostosować do możliwości dzisiejszej medycyny i diagnostyki. Działania dydaktyczne powinny polegać na wdrażaniu nowych metod i programów nauczania, korelujących z rozwojem nauki.

Edukacja i nauczanie są niezbędnymi elementami rozwoju nauk medycznych oraz świadczenia wysokiej jakości usług w tym zakresie. Uczelnia dążyć będzie do osiągnięcia następujących celów w zakresie dydaktyki:

- promocji wysokiej jakości rozwiązań w prowadzonej edukacji medycznej;
- stwarzania studentom możliwości rozwoju naukowego w dziedzinie edukacji medycznej i opieki zdrowotnej;
- wdrażania „good evidence based educational practice” do programów nauczania;
- współpracy z innymi organizacjami i grupami o podobnym profilu działania.

Strategia rozwoju edukacyjnego na najbliższe lata obejmować będzie następujące działania:

- 1) Podejmowanie inicjatyw z innymi uczelniami z regionu w zakresie nowych kierunków kształcenia, w tym biotechnologii i logopedii.
- 2) Przyjęcie przez WUM procedur projektowania, doskonalenia, sprawdzania i oceny jakości oferty kształcenia w celu poprawy jego jakości.
- 3) Wdrożenie komputerowego systemu obsługi studentów oraz Zintegrowanego Komputerowego Zarządzania Uczelnią, a także wzbogacenie oferty edukacyjnej o usługi elektronicznego kształcenia na odległość.
- 4) Kontynuację programu „Uczelnia wolna od plagiatów”.
- 5) Przygotowanie Uczelni do likwidacji stażu podyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym.
- 6) Doskonalenie systemu ECTS. Rozwój i wzbogacanie stu-

diów w ramach programu SOCRATES/ERASMUS. Coraz aktywniejsze uczestnictwo studentów i pracowników w ramach europejskich programów stypendialnych.

2) Rozwój inwestycyjny.

Strategia rozwoju inwestycyjnego obejmować będzie:

- 1) Budowę Centrum Dydaktyczno-Informacyjno-Bibliotecznego (Kampus Banacha).
- 2) Rozbudowę i unowocześnienie Centrum Biostruktury WUM, w tym m.in.:
 - modernizację Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej,
 - modernizację Zakładu Anatomii Prawidłowej i Klinicznej.
- 3) Nadbudowę Centrum Dydaktycznego (Kampus Banacha).
- 4) Budowę Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (Kampus Banacha).
- 5) Budowę Szpitala Pediatricznego – inwestycja wieloletnia (Kampus Banacha).
- 6) Remont i modernizację budynków Wydziału Farmaceutycznego.
- 7) Przygotowanie projektu inwestycyjnego dla budynków (w Kampusie Banacha):
 - Kliniki Psychiatrycznej,
 - Kliniki Onkologii,
 - Kliniki Radioterapii,
 - Kliniki Leczenia Radioizotopami,
 - Kliniki Terapii Hadronowej (wspólnie z Uniwersytetem Warszawskim).
- 8) Przygotowanie projektu inwestycyjnego dla jednostek Instytutu Stomatologii (Kampus Lindleya).
- 9) Rozpoczęcie budowy Centrum Rehabilitacyjno-Sportowego, w szczególności jako bazy dydaktycznej dla Oddziału Fizjoterapii II WL.
- 10) Zakończenie inwestycji Oddziału Ratunkowego (SOR) (Kampus Lindleya) stanowiącego także bazę dydaktyczną dla studentów studiujących

na kierunku ratownictwo Wydziału Nauki o Zdrowiu.

- 11) Przygotowanie projektu inwestycyjnego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) – (Kampus Banacha).
- 12) Dokończenie remontu Domu Medyka przy ul. Oczki (Kampus Lindleya).
- 13) Podjęcie współpracy z Ministerstwem Zdrowia w sprawie funkcjonowania szpitali klinicznych.

3) Strategia rozwoju nauki.

Strategia rozwoju naukowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na lata 2008-2012 uwzględni i opiera się na założeniach reformy nauki w Polsce. Wpisuje się ona także w założenia Krajowego Programu Badań Naukowych i Prac Rozwojowych (KPBNI PRZ), przedstawione przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Komunikacie nr 22 z 30 października 2008 r.

Strategia Rozwoju Uczelni w obszarze rozwoju nauki obejmować będzie następujące kierunki działań:

- Działania zmierzające do tworzenia nowej bazy i nowej jakości badań naukowych:

- 1) W ramach projektu CEPT powstanie Centrum Badań Przedklinicznych (CBP), które będzie stanowiło bazę naukową w szczególności dla 9 jednostek naukowo-badawczych wszystkich wydziałów WUM i jednocześnie bazę dla wszystkich uczestników konsorcjum CEPT (trzech uczelni i siedmiu instytutów PAN) oraz całego środowiska naukowego. Planowane jest utworzenie 9 laboratoriów specjalistycznych dla poszczególnych jednostek naukowo-badawczych.

W ramach projektu CEPT laboratoria zgłosiły dwadzieścia osiem projektów aparaturowych. Proponowane programy badawcze wpisują się w Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka.

Do głównych projektów naukowych realizowanych we współpracy instytucji tworzących CEPT należą badania nad:

- nowymi substancjami farmakologicznie czynnymi i nośnikami leków,
- opracowaniem nowych metod i technologii skutecznych w terapii, diagnostyce i prewencji chorób cywilizacyjnych,
- opracowaniem nowych biomateriałów i technologii biomedycznych wspomaganych instrumentalnie,
- wyjaśnieniem patologii i procesów związanych ze starzeniem, w tym problemów neurodegeneracyjnych, neurologicznych, onkologicznych i mechanizmów regeneracji.

2) Warszawski Uniwersytet Medyczny jako koordynator Ogólnopolskiej Akademickiej Platformy Medycznej zaproponował na spotkaniu Rady Platformy w marcu 2008 r. przystąpienie do Europejskiej sieci ECRIN.

- **Działania zmierzające do zwiększenia pozyskiwania funduszy zagranicznych i krajowych na badania naukowe obejmować będą:**

1) Współpracę z Krajowym Punktem Kontaktowym Programów Badawczych Unii Europejskiej;

2) Usprawnienie systemu pomocy pracownikom naukowym.

- **Działania zmierzające do zmiany modelu naukowej kariery akademickiej polegać będą między innymi na:**

1) podniesieniu jakości studiów doktoranckich;

2) wspieraniu wspólnych studiów doktoranckich przez kilka jednostek, w tym Uczelni i PAN;

3) wprowadzeniu systemu elektronicznego upubliczniania dorobku naukowego nauczycieli akademickich;

4) wprowadzeniu motywacyjnej polityki wynagrodzeń;

5) wprowadzeniu jednoznacznych kryteriów awansu naukowego oraz obejmowania stanowisk kierowniczych;

6) promowaniu młodych pracowników, ubiegających się o tytuł naukowy profesora;

7) zapobieganiu nierzetelności w nauce.

- **Działania w obszarze „współpracy z zagranicą” polegać będą na:**

1) zwiększeniu wymiany naukowej studentów i pracowników naukowych w ramach programów europejskich;

2) rozszerzeniu współpracy bilateralnej z innymi uczelniami medycznymi w Europie i na świecie;

3) stworzeniu programu zapraszania wybitnych naukowców z zagranicy do udziału w konferencjach naukowych organizowanych przez WUM;

4) zwiększeniu udziału naukowców WUM w konferencjach zagranicznych.

4) Strategia rozwoju kadry.

Główne kierunki realizacji strategii w zakresie rozwoju kadry Uczelni to:

- Elastyczne dostosowanie zatrudnienia, w tym również w wymiarze jakościowym, do zmieniających się potrzeb Uczelni w zakresie dydaktyki i nauki;

- Promowanie rozwoju zawodowego przez zintegrowane programy nauczania, szkoleń i badań;

- Promowanie i wspieranie liderów naukowych tworzących programy badawcze oraz zespoły badawcze uczonych i klinicystów;

- Zwiększanie motywacji do rozwoju naukowego, przede wszystkim młodych uczonych;

- Rozwój studiów doktoranckich;

- Zwiększanie dostępności studiów dla wszystkich studentów;

- Zwiększanie oferty edukacyjnej dla studentów z innych krajów;

- Promowanie mobilności nauczycieli akademickich, studentów oraz pracowników administracyjnych;

- Doskonalenie kompetencji zawodowych pracowników administracji, zapewniających prawidłową obsługę działalności podstawowej Uczelni.

4. Powołanie Komisji Dyscyplinarnych.

Senat powołał Komisję Dyscyplinarną WUM na kadencję 2008/2012.

1) Komisja Dyscyplinarna dla Nauczycieli Akademickich:

- prof. dr hab. Krzysztof Zieleniewicz – I WL (Przewodniczący);

- prof. nadzw. dr hab. Magdalena Marczyńska – II WL (Zastępca Przewodniczącego);

- prof. nadzw. dr hab. Lidia Chomicz – Wydział Nauki o Zdrowiu (Z-ca Przewodniczącego);

- prof. nadzw. dr hab. Leopold Wagner – I WL;

- prof. nadzw. dr hab. Bożena Werner – II WL;

- prof. nadzw. dr hab. Olga Olszowska – Wydział Farmaceutyczny;

- dr Maciej Skarżyński – Wydział Farmaceutyczny;

- dr Halina Cieślak – Wydział Nauki o Zdrowiu.

2) Komisja Dyscyplinarna dla Pracowników Inżynierjno-Technicznych i Naukowo-Technicznych:

- inż. Roman Rudecki – Wydział Farmaceutyczny (Przewodniczący);

- mgr Elżbieta Jabłońska – II WL (Z-ca Przewodniczącego);

- mgr inż. Agnieszka Mikulska – Wydział Nauki o Zdrowiu (Z-ca Przewodniczącego);

- Marta Borysik – I WL;

- dr Marek Sabat – I WL;

- Barbara Mysiak – II WL;

- Ewa Ciompała - Wydział Farmaceutyczny;
- Elżbieta Drapiewska - Wydział Nauki o Zdrowiu.

3) Komisja Dyscyplinarna dla Studentów:

- prof. nadzw. dr hab. Krzysztof Filipiak - I WL (Przewodniczący);
- prof. nadzw. dr hab. Tomasz Wolańczyk - II WL (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Grażyna Sygitowicz - Wydział Farmaceutyczny (Z-ca Przewodniczącego);
- mgr Zdzisława Witkowska - Wydział Nauki o Zdrowiu;
- Karol Kobylński - student I WL;
- Ewa Grędowska - student - II WL;
- Agnieszka Kuświk - student - Wydział Farmaceutyczny;
- Marcin Sanocki - student - Wydział Nauki o Zdrowiu.

4) Odwoławcza Komisja Dyscyplinarna dla Studentów:

- dr hab. Piotr Szopiński - II WL (Przewodniczący);
- dr hab. Urszula Demkow - I WL (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Anna Kiss - Wydział Farmaceutyczny (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Sławomir Pilip - Wydział Nauki o Zdrowiu;
- Łukasz Marczak - student I WL;
- Urszula Ajdacka - student - II WL;
- Jacek Błędowski - student - Wydział Farmaceutyczny;
- Natasza Klikowicz - student - Wydział Nauki o Zdrowiu.

5) Komisja Dyscyplinarna dla Doktorantów:

- dr hab. Piotr Radziszewski - I WL (Przewodniczący);
- dr Maria Niemyjska - Wydział Farmaceutyczny (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Grzegorz Juszczak - Wydział Nauki o Zdrowiu (Z-ca Przewodniczącego);

- dr hab. Piotr Myrcha - II WL;
- lek. Barbara Sobczak - doktorant - I WL;
- lek. Daniel Śliż - doktorant - II WL;
- mgr Emilia Trzaska - doktorant - Wydział Farmaceutyczny.

6) Odwoławcza Komisja Dyscyplinarna dla Doktorantów:

- prof. Renata Górka - I WL (Przewodniczący);
- dr hab. Krzysztof Cendrowski - II WL (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Katarzyna Sykłowska-Baranek - Wydział Farmaceutyczny (Z-ca Przewodniczącego);
- dr Beata Sińska - Wydział Nauki o Zdrowiu;
- lek. Marta Suwalska - doktorant - I WL;
- lek. Anna Kurowska - doktorant - II WL;
- mgr Piotr Sułko - doktorant - Wydział Farmaceutyczny.

5. Zmiana nazwy Zakładu Anatomii Prawidłowej.

Senat pozytywnie zaopiniował zmianę nazwy Zakładu Anatomii Prawidłowej na Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

6. Ramowy Program Studiów doktoranckich.

Senat uchwalił „Ramowy Program Studiów Doktoranckich na rok akademicki 2009/2010” na naszym Uniwersytecie.

7. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

- Uczelnia zleciła wykonanie studium wykonalności dla Centrum Dydaktyczno-Biblioteczno-Informacyjnego i złożyła wniosek o dofinansowanie do Ośrodka Przetwarzania Informacji, który pełni funkcję instytucji pośredniczącej dla realizacji Programu Operacyjnego Infrastruktury i Środowiska.

- WUM jest obecnie w trakcie przygotowywania wniosku do Ministra Sportu o dofinansowanie realizacji inwestycji Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego.
- Z analizy rachunku bankowego Uczelni wynika, że nastąpiło zmniejszenie o około 10,6 mln złotych dotacji dydaktycznej przekazywanej WUM przez Ministerstwo Zdrowia. Niedobór środków finansowych spowoduje wstrzymanie planowanych remontów i zakupów dotyczących wyposażenia sal dydaktycznych (ok. 9 mln zł) oraz nieprzekazanie dotacji na zadania dydaktyczne w powiązaniu ze świadczeniami zdrowotnymi w szpitalach, w których studenci odbywają zajęcia. Wystosowane przez WUM do Minister Zdrowia pismo w tej sprawie pozostało na razie bez odpowiedzi.
- Pismo Rektora WUM przypominające kierownikom jednostek naukowo-dydaktycznych o ostatecznym terminie składania wniosków w sprawie dokonania zakupów materiałowych i sprzętu spowodowało tak duży ich napływ do Działu Zamówień Publicznych, że nastąpią trudnienia w ich realizacji. Wnioski w tym zakresie należy składać sukcesywnie przez cały rok.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjno-Prawne

W numerze 12/2008 „Medycyny Dydaktyki Wychowania” opublikowaliśmy tekst wykładu prof. Andrzeja Górskiego, w którym pojawił się błędny podpis funkcji pełnionej przez Pana Profesora - Wiceprzewodniczący PAN (zamiast: Wiceprezes PAN) oraz literówka w wyrażeniu IVF (fertilisation zamiast: fertilization). Za popełnione błędy serdecznie przepraszamy!

Redakcja „MDW”



Odszedł Profesor Edward Rużyłło...

Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy zmarłego 16 lutego Profesora Edwarda Rużyłłę – wybitnego internistę i gastroenterologa, wychowawcę wielu pokoleń lekarzy, twórcę systemu kształcenia podyplomowego kadry medycznej w kraju i zagranicą.

Profesor Edward Rużyłło urodził się 13 października 1909 roku w Kościaszynie (ziemia lubelska). Szkołę podstawową ukończył na terenie Czech, a w 1919 r. przeniósł się z rodzicami do Warszawy. Po skończeniu Gimnazjum im. Władysława IV wstąpił do Szkoły Podchorążych Sanitarnych, jednocześnie zaś podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W 1935 r., po otrzymaniu dyplomu lekarza i stopnia podporucznika pracował w Szpitalu Ujazdowskim i Szpitalu Sióstr Elżbietanek oraz w 32. Pułku Piechoty w Modlinie, był także instruktorem Szkoły Podchorążych Sanitarnych. W 1936 r. ożenił się z Aliną Zawadzka – koleżanką ze studiów na Wydziale Lekarskim, lekarzem-ginekologiem, późniejszą adiunkt Klinik Ginekologii i Położnictwa naszej Uczelni. W 1939 r. urodził się ich pierwszy syn – Witold, dziś wybitny kardiolog, pionier kardiologii inwazyjnej w Polsce, dyrektor Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie-Aninie.

Burzliwy okres II wojny światowej Profesor Rużyłło spędził na frontach Europy – we wrześniu 1939 r. na czele plutonu 13. kompanii sanitarnej 24. Dywizji Piechoty Armii Karpaty wpadł w sam środek wojennej zawieruchy. Wspólnie z kompaniami przedarł się na Węgry, gdzie został internowany. Wsławił się wówczas brawurową akcją ocalenia dwóch sztandarów pułkowych, które przewiózł do ambasady polskiej w Budapeszcie. W drodze powrotnej wpadł w ręce żandarmów i po trzytygodniowym uwięzieniu zo-

stał przewieziony z powrotem do obozu w węgierskim Komarom. Uciekł stamtąd i przez Jugosławię przedostał się do Francji. Tu otrzymał przydział do Centrum Wyszkożenia Sanitarnego jako dowódca kompanii szkolnej. Po kapitulacji Francji w 1940 r. udał się do Anglii, gdzie pracował w Military Hygiene School, a następnie był naczelnym lekarzem 14. pułku ułanów jazłowieckich i zastępcą szefa sanitarnego 1. Dywizji Pancerniej generała Stanisława Maczka, z którą w 1944 r. brał udział w walkach na froncie francuskim, belgijskim i holenderskim. Po skończeniu Wyższej Szkoły Wojennej w stopniu kapitana był (do wypadku podczas skoku spadochronowego) w Polskiej Brygadzie Spadochronowej, a w listopadzie 1944 r. został dowódcą trzystuosobowej kompanii sanitarnej Dywizji Grenadierów w Szkocji.

Po wojnie, w 1946 roku wrócił do kraju, choć decyzja ta nie była dla niego łatwa i przysporzyła mu wielu trudności ze strony ówczesnych władz. Początkowo podjął bezpłatnie pracę jako asystent-wolontariusz w II Klinice Chorób Wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus, pod kierunkiem prof. Witolda Orłowskiego. Od 1948 roku pracował w I Klinice Chorób Wewnętrznych – kolejno jako starszy asystent, następnie adiunkt i docent. W 1951 roku obronił doktorat, w 1954 uzyskał habilitację, w 1963 – otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1980 – profesora zwyczajnego.

Przez lata aktywnie zajmował się szkoleniem i organizacją nauczania kadr lekarskich – był dyrektorem Centrum Medyczne-

go Kształcenia Podyplomowego, przyczynił się także do budowy jego siedziby na Bielanach, walcząc z władzami o utworzenie zakładu badawczych. Od 1958 do 1980 roku (kiedy przeszedł na emeryturę) był kierownikiem Kliniki Gastroenterologii i Przemiany Materii CMKP. Od 1980-1983 roku pełnił funkcję doradcy ministra zdrowia Kuwejtu ds. kształcenia podyplomowego lekarzy.

Dorobek naukowy Profesora Rużyłły obejmuje ponad dwieście publikacji z dziedziny medycyny. Bardzo ciekawe i wartościowe są także jego książki z zakresu etyki i wychowania, takie jak „Etyka i medycyna”, „Lekarz – przyjaciel człowieka” czy „Rozmowy o wychowaniu”. Jak podkreślał Profesor: „Lekarz powinien być lepszy i bardziej życzliwy niż reszta społeczeństwa” – tę zasadę realizował całym swoim życiem.

Za zasługi Profesor Rużyłło był wielokrotnie wyróżniany odznaczeniami i nagrodami, zarówno cywilnymi, jak i wojskowymi, w kraju i zagranicą, między innymi Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski oraz tytułami doktora honoris causa Polskiej Akademii Medycyny i Akademii Medycznej w Poznaniu.

Profesor Edward Rużyłło zostanie w naszym wspomnieniu jako wybitny naukowiec, wychowawca wielu pokoleń lekarzy, społecznik i humanista. Cześć Jego Pamięci!

Redakcja „MDW”

Źródła: Ewa Dobrowolska: *Sagi rodzinne: Rużyłłowie. „Puls” 2003, nr 10.*
http://www.wladyslawniacy.org/nasi_seniorzy.html

Streszczenia wyróżnionych prac doktorskich

Ocena funkcji lewej komory serca u chorych z dystrofią mięśniową Emery'ego-Dreifussa

lek. Michał Marchel

I Katedra i Klinika Kardiologii

I Wydział Lekarski

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Termin obrony: 27 listopada 2008 roku

promotor: prof. dr hab. Grzegorz Opolski

recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Drożdż
prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz

Wprowadzenie

Dystrofia mięśniowa Emery'ego-Dreifussa (EDMD) jest rzadko występującą postacią dystrofii, charakteryzującą się triadą objawów: wczesnym, wyprzedzającym osłabieniem pojawiającym się przykurczy dotyczących głównie ścięgien Achillesa, stawów łokciowych i mięśni karku, stosunkowo łagodnie postępującym osłabieniem mięśni, oraz występowaniem objawów kardiologicznych związanych z zajęciem mięśnia sercowego. Nie dysponujemy obecnie pełnymi danymi na temat funkcji lewej komory u pacjentów z dystrofią mięśniową Emery'ego-Dreifussa.

Cele pracy

Celem pracy była echokardiograficzna i biochemiczna ocena funkcji lewej komory, częstości występowania istotnej dysfunkcji skurczowej i rozkurczowej lewej komory oraz określenie osoczowych stężeń markerów dysfunkcji mięśnia sercowego u pacjentów z EDMD. Ponadto podjęto próbę zidentyfikowania potencjalnych różnic w obrazie echokardiograficznym i biochemicznym między dwoma typami mutacji EDMD t. 1 i EDMD t. 2, a także określenia znaczenia biochemicznej oceny stężeń markerów dysfunkcji mięśnia sercowego oraz oceny prędkości miokardialnych i ich pochodnych (*strain* – 'odkształcenie' oraz *strain rate* – 'tempo odkształcenia') uzyskanych techniką tkankowej echokardiografii dopplerowskiej w wykrywaniu dysfunkcji skurczowej lewej komory.

Materiał i metody

Badaniem objęto 25 pacjentów z potwierdzonym genetycznie rozpoznaniem EDMD. Grupę kontrolną stanowiło 25 zdrowych ochotników dobranych pod względem wieku, płci i masy ciała. Każdorazowo podejrzenie rozpoznania potwierdzone było badaniem genetycznym. U wszystkich pacjentów wykonano badanie echokardiograficzne, poszerzone o ocenę prędkości miokardialnych, odkształcenia i tempa odkształcenia oraz oznaczenia markerów dysfunkcji mięśnia sercowego: troponiny I, CK-MB, mioglobiny, BNP, NT-proBNP oraz NT-proANP.

Wyniki

Stwierdzono wysoce znamienne statystycznie różnice zarówno w zakresie wymiarów, jak i objętości lewej komory (50,4 +/- 6,8 vs. 45,7 +/- 4,9; p=0,01 oraz 114,1 +/- 38,8 vs. 85,9 +/- 16,8; p=0,01) odpowiednio dla EDMD i grupy kontrolnej. Frakcja wyrzutowa, jak i frakcja skracania lewej komory były istotnie niższe w grupie badanej, przyjmując odpowiednio wartości 53,5 +/- 10,2% i 30,5 +/- 9,4%. Istotną dysfunkcję skurczową (EF<45%) udokumentowano u 24% (6/25) pacjentów. U 48% (12/25) pacjentów stwierdzono zaburzenia funkcji rozkurczowej lewej komory (u 3 pacjentów upośledzenie relaksacji, u 4 profil pseudonormalny, u 5 restrykcyjny). Stwierdzono znamienne wyższe średnie wartości E/E' w grupie EDMD (9,4 +/- 5,5 vs. 6,0 +/- 0,8; p=0,01) oraz istotnie niższe wartości V_{prop} w tej grupie (61,1 +/- 18,2 vs. 75,6 +/- 18,9; p=0,01) w porównaniu do grupy kontrolnej. Wymiar poprzeczny lewego przedsionka i jego objętość nie różniły się istotnie w stosunku do grupy kontrolnej. Ponadto stwierdzono istotnie statystycznie niższe prędkości skurczowego ruchu pierścienia (fala S), zarówno ocenianej w części przegrodowej (7,4 +/- 1,8 vs. 8,9 +/- 0,9; p=0,001), jak i bocznej (9,9 +/- 2,1 vs. 11,7 +/- 1,8; p=0,01). Maksymalna prędkość ruchu pierścienia mitralnego w okresie skurczu (fala S) uśredniona dla pomiarów z części bocznej i przegrodowej doskonale korelowała z wielkością frakcji wyrzutowej lewej komory (R= 0,88, p<0,0001). Uśred-

nione dla wszystkich 12 segmentów lewej komory wielkości ϵ oraz SR były istotnie niższe w grupie badanej w porównaniu do grupy kontrolnej (ϵ 8,6 +/- 3,5 vs. 12,5 +/- 3,2; $p=0,0002$; SR: 0,65 +/- 0,19 vs. 1,17 +/- 0,26; $p=0,0001$; odpowiednio dla EDMD i grupy kontrolnej). Stężenia NT-proBNP oraz NT-proANP były istotnie wyższe w grupie EDMD w porównaniu do grupy kontrolnej (161 +/- 232 vs. 41,1 +/- 31,5; $p=0,002$ dla NT-proBNP) oraz (1,42 +/- 0,96 vs. 0,75 +/- 0,15; $p=0,0002$ dla NT-proANP). Podobnie stężenia troponiny I (0,01 +/- 0,01 vs. 0,00 +/- 0,00; $p=0,05$), CK-MB (18,5 +/- 15,0 vs. 1,00 +/- 0,08; $p=0,0001$) oraz mioglobiny (273 +/- 146 vs. 37,2 +/- 21,0; $p=0,0001$). Określono punkty odcięcia dla poszczególnych parametrów, przy których z maksymalną czułością i swoistością można zidentyfikować dysfunkcję skurczową lewej komory u pacjentów z EDMD (fala S $\leq 7,65$ cm/s; $\epsilon \leq 5,94$ %; SR $\leq 0,7$ 1/s oraz troponina I $> 0,0$ ng/ml; NT-proBNP $> 54,0$ ng/ml; NT-proANP $> 1,59$ ng/ml).

Wnioski

W grupie pacjentów z dystrofią mięśniową Emeryego-Dreifussa stwierdzono istotnie więk-

sze wymiary i objętości lewej komory w porównaniu do grupy kontrolnej. Istotną dysfunkcję skurczową lewej komory stwierdzono u blisko jednej czwartej pacjentów (24%) z EDMD, istotną dysfunkcję rozkurczową udokumentowano u blisko połowy chorych z EDMD (48%). W grupie pacjentów z EDMD stwierdzono istotnie wyższe stężenia CK-MB, mioglobiny i troponiny I oraz NT-proBNP i NT-proANP w porównaniu do grupy kontrolnej. Nie stwierdzono z kolei istotnych różnic w wielkości lewej komory, stopniu nasilenia dysfunkcji skurczowej i rozkurczowej, a także stężeniach markerów dysfunkcji między podgrupami pacjentów z EDMD o różnym podłożu genetycznym. Stwierdzenie dodatnich wartości troponiny I ($> 0,0$) oraz wartości NT-proBNP powyżej 54,0 ng/ml i NT-proANP powyżej 1,59 ng/ml wskazuje na obecność istotnej dysfunkcji skurczowej lewej komory z wysoką czułością i swoistością, podobnie jak wartość uśrednionej skurczowej prędkości ruchu pierścienia mitralnego ($S \leq 7,65$ cm/s), a także pochodnych prędkości miokardialnych segmentów lewej komory: odkształcenia ($\epsilon \leq 5,94$ %) oraz tempa odkształcenia ($SR \leq 0,7$ s⁻¹) uzyskanych techniką tkankowej echokardiografii dopplerowskiej.

Udział *Clostridium difficile* w zakażeniach przewodu pokarmowego dzieci

mgr Dorota Małgorzata Wultańska

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

I Wydział Lekarski

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Termin obrony: 27 listopada 2008 roku

promotor: prof. dr hab. Mirosław Łuczak

recenzenci: prof. dr hab. Eugeniusz Małafiej

prof. dr hab. Michał Matysiak

Clostridium difficile stanowi najczęstszy i najgroźniejszy czynnik biegunek szpitalnych na świecie. Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju biegunki o etiologii *C. difficile* jest antybiotykoterapia. Zakażenie laseczką *C. difficile* może wystąpić zarówno u dorosłych, jak i dzieci. Do zakażenia przewodu pokarmowego *C. difficile* może dojść również u dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit (NZJ).

Celem tych badań było określenie udziału *C. difficile* w biegunce poantybiotykowej u cho-

rych dzieci hospitalizowanych z powodu choroby podstawowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Prof. M. Michałowicza w Warszawie, a także określenie częstości występowania zakażenia *C. difficile* u chorych dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit (NZJ), leczonych w przychodni gastroenterologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Władysława Szenajcha w Warszawie oraz charakterystyka klinicznych szczepów *C. difficile* wyhodowanych z przewodu pokarmowego dzieci na podstawie określenia profilu toksynotwórczości klinicznych szczepów *C. difficile* i oceny wrażliwości klinicznych szczepów *C. difficile* na leki stosowane w lecznictwie szpitalnym.

Badania przeprowadzono w grupie 384 chorych dzieci hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Profesora M. Michałowicza. Badania prowadzone były z zastosowaniem nowoczesnych metod diagnostycznych, zarówno testów do wykrywania toksyn A i B *C. difficile*, jak i metod biologii molekularnej. Toksyny *C. difficile* wykryto w materiale

pobranym od 233 chorych z objawami biegunki poantybiotykowej, co stanowiło 61% wszystkich badanych chorych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Prof. M. Michałowicza. Zbadano 76 szczepów *C. difficile* wyhodowanych z przewodu pokarmowego dzieci, u których wystąpiła biegunka poantybiotykowa.

Szczepy *C. difficile* (n=76) wyhodowane od dzieci hospitalizowanych w oddziałach hematologii, onkologii, nefrologii, chirurgii i patologii noworodków Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. M. Michałowicza – 59% stanowiły szczepy wytwarzające toksynę A i B (A⁺B⁺CDT⁻) *C. difficile*, 26% stanowiły szczepy nietoksynotwórcze (A⁻B⁻CDT⁻), 8% stanowiły szczepy wytwarzające toksyny A, B i toksynę binarną (A⁺B⁺CDT⁺), 7% stanowiły szczepy wytwarzające tylko toksynę B (A⁻B⁺CDT⁻).

Badania przeprowadzono również w grupie 467 dzieci leczonych w przychodni gastroenterologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Władysława Szenajcha.

Toksyny *C. difficile* wykryto w materiale pobranym od 255 chorych z przychodni gastroenterologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Wł. Szenajcha, co stanowiło 55% wszystkich badanych chorych.

Szczepy *C. difficile* (n=54) wyhodowane od dzieci leczonych w przychodni gastroenterologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Władysława Szenajcha – 57% stanowiły szczepy wytwarzające toksynę A i B (A⁺B⁺CDT⁻) *C. difficile*, 37% stanowiły szczepy nietoksynotwórcze (A⁻B⁻CDT⁻), 6% stanowiły szczepy wytwarzające tylko toksynę B (A⁻B⁺CDT⁻).

Podsumowując wyniki naszych badań, należy podkreślić, że najczęstszym czynnikiem zakażenia przewodu pokarmowego u badanych przez nas dzieci były szczepy należące do typu A⁺B⁺CDT⁻, czyli szczepy toksynotwórcze o klasycznym profilu toksynotwórczości. Toksynotwórczość tych szczepów oznaczono w testach immunoenzymatycznych, jak i w teście cytotoxyczności na komórkach linii McCoy, a potwierdzono przy użyciu metod genetycznych. Należy jednak liczyć się z faktem, że u dzieci z rozpoznaniem biegunki poantybiotykowej mogą występować szczepy toksynotwórcze posiadające trzecią toksynę, tzw. toksynę binarną (A⁺B⁺CDT⁺), a także szczepy wytwarzające tylko jedną toksynę B, należące do typu A⁻B⁺CDT⁻. Wykazanie obecności szczepów *C. difficile* wytwarzających tylko toksynę B zmusza do weryfikacji metod diagnostycznych stosowanych w naszych laboratoriach. Wyniki badań przedstawione w niniejszej pracy uzasadniają celowość

rozszerzania metod diagnozowania biegunki poantybiotykowej z podejrzeniem zakażenia *C. difficile* o najnowsze osiągnięcia diagnostyczne, jak np. testy do równoczesnego wykrywania toksyn A i B, jak też metody genetyczne.

Na uwagę zasługuje również fakt, iż nie stwierdzono wśród badanych szczepów rybotypu 027, który występuje epidemicznie u dorosłych w Europie, w tym i w Polsce.

W 64 próbkach kału od dzieci z NZJ, u 45 (70%) wykryto toksyny *C. difficile*, a w 28 (44%) próbkach wykryto laktoferynę. Jednocześnie w 22 (34%) próbkach wykryto toksyny i laktoferynę: 18 (45%) próbek od pacjentów z NZJ chorobą aktywną i 4 (17%) próbki od pacjentów z NZJ nieaktywną.

Z naszych badań wynika, że pacjenci z NZJ stanowią grupę ryzyka rozwoju zakażenia *C. difficile* oraz częstych nawrotów tego zakażenia. Ponadto zaobserwowano częstą kolonizację przewodu pokarmowego nietoksynotwórczymi szczepami *C. difficile* dzieci z NZJ.

Przeprowadzając analizę statystyczną wyników testem χ^2 stwierdzono, że w NZJ wykrycie laktoferyny w chorobie aktywnej jest istotnie statystycznie w przeciwieństwie do wyniku uzyskanego w przypadku choroby nieaktywnej ($p < 0,05$), natomiast wykrycie toksyn *C. difficile* w chorobie aktywnej i nieaktywnej okazało się nieznamiennie statystycznie ($p > 0,05$).

Wśród szczepów *C. difficile* wyizolowanych z próbek kału od dzieci nie wykryto szczepów opornych na metronidazol (MZ) i wankomycynę (VA), a wykryto szczepy o wysokiej oporności na erytromycynę (EM) (33%) i klindamycynę (CM) (27%). Należy zwrócić uwagę na wykrycie w tej pracy 6 szczepów *C. difficile* o profilu toksynotwórczości A⁺B⁺CDT⁻ opornych na erytromycynę i klindamycynę oraz posiadających gen oporności na klindamycynę *ermB*. Wśród szczepów izolowanych z przewodu pokarmowego dzieci stwierdzono również oporność na cyprofloksacynę (CI) (99%), moksyflokscynę (MX) (3%), gatyflokscynę (GA) (4%), imipenem (IP) (49%) i na tetracyklinę (TC) (5%). Wyniki naszych badań wskazują, że szczepy *C. difficile* odporne na różne antybiotyki, w tym w szczególności na: makrolidy, linkozamidy i nowe fluorochinolony, mogą szerzyć się w szpitalach pediatrycznych.

Badania wykonane i przedstawione w niniejszej rozprawie są badaniami pionierskimi w Polsce zarówno pod względem wybranej grupy badawczej, tj. pacjentów leczonych na oddziałach pediatrycznych, jak też, co należy podkreślić, pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit (NZJ).

Anatomia żył płucnych u chorych z migotaniem przedsionków i w grupie kontrolnej z prawidłowym rytmem zatokowym

STUDIUM NA PODSTAWIE SPIRALNEJ WIELORZĘDOWEJ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

lek. Małgorzata Żukowska
II Zakład Radiologii Klinicznej
I Wydział Lekarski
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Termin obrony: 11 grudnia 2008 roku
promotor: prof. dr hab. Olgierd Rowiński
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Drop
prof. dr hab. Grzegorz Opolski

Od kiedy Haissaquerra i wsp. w 1997 roku na podstawie badań elektrofizjologicznych wykazali, że migotanie przedsionków u ponad 90% chorych może być inicjowane przez ektopiczne ośrodki bodźcotwórcze umiejscowione w żyłach płucnych i że cewnikowa ablacja prądem wysokiej częstotliwości okolic ujść żylnych może eliminować te ośrodki, zainteresowanie anatomią żył płucnych znacznie wzrosło.

W ciągu ostatnich lat nastąpił dynamiczny rozwój metod ablacji ujść żył płucnych i zabiegi te stały się uznaną i coraz powszechniej stosowaną metodą leczenia migotania przedsionków, niepoddającego się konwencjonalnej farmakoterapii.

Powstanie nowych technik niefarmakologicznego leczenia migotania przedsionków zbiegło się w czasie z możliwościami bardzo dokładnego obrazowania naczyń i serca za pomocą badań angio-TK, angio-MR czy echokardiografii wewnątrzsercowej (ICE).

Przedzabiegowa, precyzyjna diagnostyka anatomii dotycząca przede wszystkim ilości, położenia oraz szerokości ujść żył płucnych ma duży wpływ na wybór odpowiedniej techniki oraz na kliniczną efektywność wykonywanych zabiegów ablacji. Poza tym uzyskane dane, dotyczące szerokości ujść żył płucnych, umożliwiają również wykrycie i ocenę występujących niekiedy, pozabiegowych zwężeń żył płucnych.

Współczesne badania przeprowadzane na ogół za pomocą najnowszej generacji aparatów TK i MR wykazały istnienie dużej osobniczej zmienności w anatomicznym układzie żył płucnych. Stwierdzono częste występowanie odmian anatomicznych

w postaci szerokich ujść wspólnych pni żylnych, jak również na ogół wąskich dodatkowych ujść żył nadliczbowych.

Liczne w ostatnim czasie publikowane badania elektrofizjologiczne wykazały natomiast, że ektopiczne pobudzenia elektryczne, inicjujące migotanie przedsionków, mogą pochodzić nie tylko z żył standardowych, ale również z żył stanowiących odmiany rozwojowe. Źródłem arytmogennych potencjałów elektrycznych są najczęściej szerokie ujścia wspólnych pni żylnych, ale mogą być również przyujściowe odcinki żył nadliczbowych. Dokładna ocena anatomii ujść żył płucnych przed zabiegami przezskórnej, cewnikowej ablacji umożliwia wyeliminowanie wszystkich patologicznych ośrodków bodźcotwórczych pochodzących z żył płucnych, co w znacznym stopniu zwiększa skuteczność zabiegów.

Głównym celem pracy badawczej dotyczącej anatomii żył płucnych u chorych z migotaniem przedsionków i u osób z grupy kontrolnej było określenie, czy u pacjentów z migotaniem przedsionków istnieje jakiś specyficzny układ anatomiczny żył płucnych, predysponujący do powstawania arytmii i odróżniający tę grupę chorych od osób z rytmem zatokowym.

W pracowni TK II Zakładu Radiologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, za pomocą badań angio-TK wykonanych 16-rzędowym SWTK (GE-Light-Speed) przeprowadzona została analiza anatomii żył płucnych i lewego przedsionka łącznie w 103-osobowej grupie pacjentów, w której 49,5% stanowili chorzy z migotaniem przedsionków, a 50,5% osoby z zatokowym rytmem serca, stanowiące grupę kontrolną. Uzyskane dane anatomiczne większości (40,8%) pacjentów z migotaniem przedsionków były wykorzystywane podczas zabiegów ablacji wykonywanych w Pracowni Elektrofizjologii I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Głównym przedmiotem analizy porównawczej w obu grupach pacjentów były:

- ilość, położenie i rodzaj ujść żył płucnych w lewym przedsionku,
- częstość występowania przyujściowych gałęzi w poszczególnych żyłach płucnych,

- ocena szerokości żył na poziomie ujść oraz dystalnie 1 cm od ujść,
- ocena kształtu ujść żylnych.

W grupie chorych z migotaniem przedsionków, składającej się z osób z napadową i przetrwalną tachyarytmią została również dokonana analiza wielkości lewego przedsionka i szerokości ujść żył płucnych w celu oceny, czy istnieje zależność między tymi parametrami. Wyniki przeprowadzonych badań nie wykazały pomiędzy pacjentami z migotaniem przedsionków a osobami z grupy kontrolnej istotnych statystycznie różnic w anatomicznym modelu żył płucnych, dotyczącym rodzaju, położenia i ilości ujść oraz w występowaniu przyujściowych gałęzi w poszczególnych żyłach płucnych.

Anatomię ujść żył płucnych u wszystkich pacjentów charakteryzowała osobnicza zmienność. Odmiany anatomiczne ujść żylnych występowały u około 43% osób z obu grup. U pozostałych 57% chorych stwierdzono układ czterech ujść żył płucnych standardowych, dwóch górnych i dwóch dolnych (LSV, RSV, LIV, RIV) (ryc. 1).

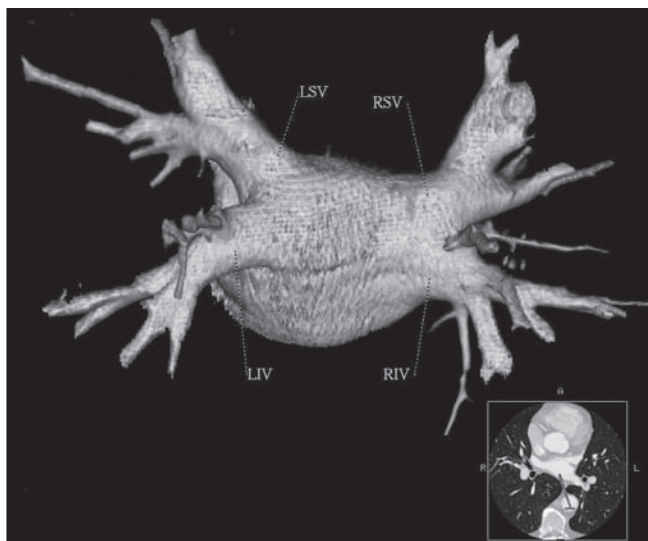
Najczęściej stwierdzaną odmianą rozwojową, dotyczącą liczby ujść, były trzy ujścia żyłne, uwidocznione u około 24,0% wszystkich badanych chorych. Odmianą anatomiczną, występującą najczęściej, dotyczącą rodzaju ujść żylnych, był wspólny pień żylny po stronie lewej (LCV), uwidaczniany u około 21% pacjentów w każdej z grup (ryc. 2).

Dodatkowe ujścia żył nadliczbowych były obecne u 17,5% wszystkich analizowanych chorych. Żyła płata środkowego (RMV) z samodzielnym ujściem do lewego przedsionka była najczęściej uwidacznianą żyłą nadliczbową (ryc. 3).

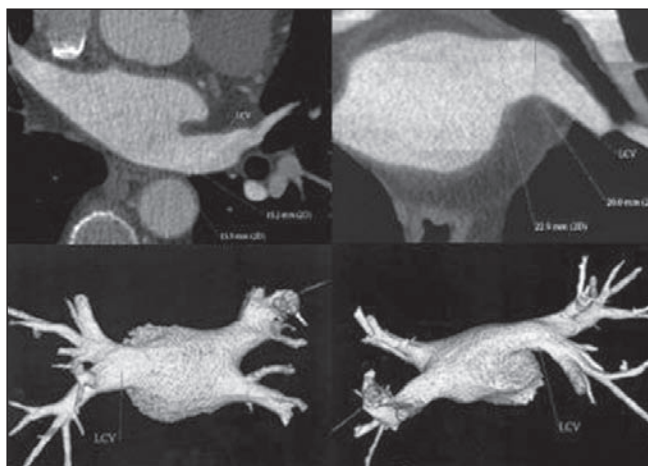
Ujścia żyłne u około 86% przypadków miały owalny kształt, wydłużony w kierunku górno-dolnym.

Analiza średnich szerokości ujść żył płucnych wykazała u chorych z migotaniem przedsionków znamienne statystycznie większą szerokość ujść żył standardowych górnych: lewej (LSV) i prawej (RSV) niż u osób z zatokowym rytmem serca. Średnia szerokość pozostałych jednoimiennych ujść żylnych nie różniła się istotnie między badanymi grupami pacjentów.

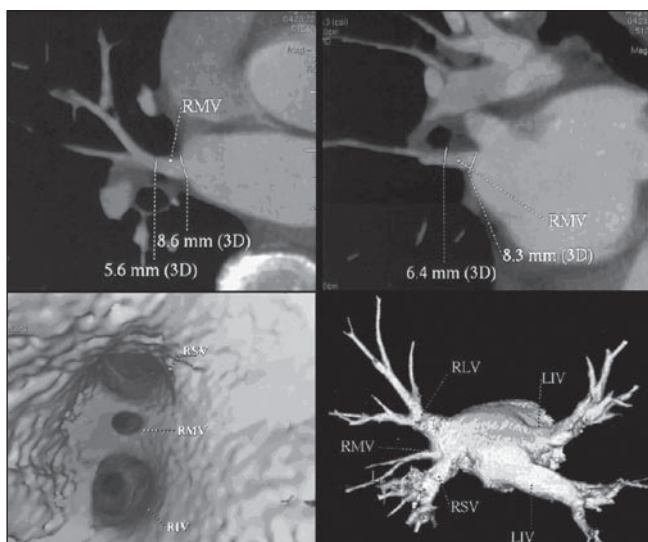
W grupie chorych z migotaniem przedsionków wykazano obecność znamiennej statystycznie dodatniej korelacji pomiędzy maksymalnym poprzecznym wymiarem lewego przedsionka a szerokością ujść żył standardowych: dolnych (RIV, LIV) oraz górnej prawej (RSV). W analizowanym przedziale wielkości lewego przedsionka od 26-53 mm (43,1 śred., 45,0 med.) nie stwierdzono takiej korelacji w przypadku ujścia żyły standardowej górnej lewej (LSV).



Ryc. 1. Obrazy VRT żył płucnych standardowych i bryły lewego przedsionka.



Ryc. 2. Wspólny pień żylny po stronie lewej (LCV) – najczęściej występująca odmiana rozwojowa ujść żylnych. Obrazy LCV w rekonstrukcji MPR (osiowej i czołowej) oraz w rekonstrukcji VRT.



Ryc. 3. Obraz RMV w projekcji osiowej, czołowej oraz w rekonstrukcji VE i VRT.

Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

12 lutego 2009 roku

godz. 12⁰⁰

lek. Marek Roik „Znaczenie rokownicze świeżo wykrytych zaburzeń gospodarki węglowodanowej u chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST leczonych pierwotną angioplastyką wieńcową”

promotor: prof. dr hab. Grzegorz Opolski
recenzenci: prof. dr hab. Hanna Szwed
prof. dr hab. Lech Poloński

godz. 13³⁰

lek. Rafał Majkusiak „Wyniki leczenia powikłań septycznych po endoprotezoplastykach stawów kolanowych”

promotor: prof. dr hab. Andrzej Górecki
recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Kwiatkowski
prof. dr hab. Paweł Małydyk

26 lutego 2009 roku

godz. 10⁰⁰

mgr Anna Przerwa-Bieniek „Immunomodulatoryjne oddziaływanie bakteriofagów na funkcje komórek układu odpornościowego człowieka w badaniach *in vitro*”

promotor: prof. nadzw. dr hab. Maria Nowaczyk
recenzenci: prof. dr hab. Antonina Urszula
Harłodzińska-Szmyrka
prof. dr hab. Maria Wąsik

*Prace doktorskie I Wydziału Lekarskiego są do wglądu w Bibliotecę
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Oczki 1 w Warszawie*

NOMINACJE PROFESORSKIE

Prezentujemy życiorysy naukowców z naszej Uczelni, którzy z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej otrzymali nominacje profesorskie: 15 grudnia – prof. dr hab. Anna Kamińska i 26 lutego – profesorowie Marek Kulus, Maciej Otto i Mirosław Wielgoś.

PROF. DR HAB. ANNA KAMIŃSKA

Przebieg pracy zawodowej



Prof. dr hab. n. med. Anna Kamińska jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, którą ukończyła w 1969 roku. Od tego czasu pracuje w Katedrze i Klinice Neurologii, dawniej AM, a obecnie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W 1974 roku ukończyła specjalizację I stopnia z neurologii, a w roku 1979 specjalizację II stopnia. Od 2005 r. była zatrudniona na stanowisku profesora nadzwyczajnego.

W Klinice Neurologii przez wiele lat pełniła funkcję ordynatora Oddziału Udarowego i Intensywnej Opieki Neurologicznej, a od 2001 roku – kierownika Pracowni Morfologii Mięśni i Nerwów Obwodowych.

Od roku 2005 do 31 sierpnia 2008 r. pełniła funkcję Prodziekana do spraw Przewodów Doktorskich I Wydziału Lekarskiego WUM. W obecnej kadencji władz Uczelni sprawuje obowiązki Prorektora ds. Kadr.

Kwalifikacje naukowe

- Doktorat w 1979 r.
- Habilitacja w 2000 r.
- Profesura w lipcu 2008 r. – nominacja odebrana 15 grudnia 2008 r.

Zagraniczne staże naukowe i szkolenia

- Stypendium Muscular, Dystrophy Association. Uniwersytet Arizony; Tuscon, Stany Zjednoczone, 1979-1980 i 1983-1984.

- Stypendium w Neurological Institute; Montreal 1990.

Główne zainteresowania naukowe i kliniczne

- Miastenia i miotonia doświadczalne.
- Dojrzewanie, regeneracja i starzenie mięśnia szkieletowego.
- Badanie metabolizmu poliamin w mięśni szkieletowym.
- Zjawisko apoptozy w mięśni szkieletowym.
- Wtrętowe zapalenie mięśni.
- Miopatie związane z gromadzeniem desminy.
- Zmiany morfologiczne w mięśniach szkieletowych w modelach doświadczalnych choroby Parkinsona.
- Zagadnienia diagnostyki i wytyczne postępowania w chorobach nerwowo-mięśniowych.
- Histopatologia i histochemia mięśnia szkieletowego.
- Miopatie wrodzone.

Dorobek naukowy

Prof. dr hab. Anna Kamińska jest autorką 61 publikacji, w tym 34 w zagranicznych czasopismach.

Łączna liczba punktów, jaką zgromadziła za opublikowane artykuły, tak zwany *Impact Factor*, wynosi 133.

Profesor Anna Kamińska była współwykonawcą dwóch grantów polsko-niemieckich (2001–2003, 2003–2005) oraz głównym wykonawcą dwóch projektów Komitetu Badań Naukowych (1989–1991, 1999–2001). Brała również udział w siedmiu międzynarodowych uniwersyteckich projektach badawczych.

Promocje i recenzje

- Promotor czterech rozpraw doktorskich.
- Kierownik specjalizacji pięciu lekarzy.
- Opiekun słuchaczki studiów doktoranckich.

Prof. Anna Kamińska jest także recenzentką takich prestiżowych czasopism, jak: „Neurology” i „Neuromuscular Disorders”.

Główne osiągnięcia, nagrody i odznaczenia

- Nagroda Ministra Zdrowia – 2004.
- Nagrody Sekretarza Naukowego Polskiej Akademii Nauk – 1975, 1978, 2005.
- Liczne nagrody zespołowe i nagroda indywidualna Jego Magnificencji Rektora naszej Uczelni.

Członkostwo w towarzystwach naukowych

- Prof. Anna Kamińska była członkiem:
- komitetów redakcyjnych takich czasopism, jak „Basic and Applied Myology” i „Lancet – Neurologia”,
 - European Society for Clinical Investigation (w latach 1980-1983 – członek Rady).
Obecnie wchodzi w skład:
 - European Neurological Society,
 - World Federation of Neurology,
 - Polskiego Towarzystwa Neurologicznego,
 - Stowarzyszenia Neuropatologów Polskich.

PROF. DR HAB. MAREK KULUS

Przebieg pracy zawodowej



Prof. dr hab. n. med. Marek Kulus w 1985 roku ukończył I Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie, uzyskując dyplom lekarza medycyny. Po odbyciu stażu w Klinikach AM w Warszawie podjął pracę na stanowisku asystenta w Klinice Hematologii, Pneumonologii i Gastroenterologii Instytutu Pediatrii warszawskiej AM.

W 1990 r. uzyskał specjalizację z pediatrii, w 1995 r. z chorób płuc, a w 2001 r. z alergologii. W latach 1998-2001 był kierownikiem Pracowni Patofizjologii Oddychania w Klinice Pneumonologii, Chorób Alergicznych i Hematologii AM. Od roku 2001 zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego. Od tego samego roku kieruje Kliniką Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego WUM.

W kadencjach 2002-2005 i 2005-2008 prof. Marek Kulus sprawował funkcję Prodziekana ds. Studentów I Wydziału Lekarskiego. W obecnej kadencji jest Prorektorem ds. Dydaktyczno-Wychowawczych.

Kwalifikacje naukowe

- Doktorat w 1991 r.
- Habilitacja w 2000 r.
- Tytuł profesora w 2009 r.

Zagraniczne staże naukowe i szkolenia

Pobył na stażu naukowym w Londynie 1991-1992; Queen Elizabeth Hospital for Children – pediatria i chirurgia dziecięca, Special Care Baby Unit Homerton Hospital – neonatologia i intensywne terapia noworodkowa, Department of Paediatric Oncology Saint Bartholomew’s Hospital – hematologia i onkologia dziecięca.

Główne zainteresowania naukowe i kliniczne

Zainteresowania kliniczne i naukowe prof. Marka Kulusa koncentrują się wokół problemów dotyczących pneumonologii i alergologii dziecięcej. Tematy podejmowane w publikacjach dotyczą w szczególności epidemiologii, patogenezy, diagnostyki i leczenia astmy u dzieci, jej wczesnego rozpoznania, jak również problematyki związanej z nadreaktywnością oskrzeli, optymalizacją diagnostyki i terapii ostrych oraz przewlekłych chorób układu oddechowego.

Dorobek naukowy

Prof. Marek Kulus jest autorem lub współautorem ok. 180 prac i doniesień zjazdowych, opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych.

Promocje i recenzje

- Promotor dwóch przewodów doktorskich i jednej pracy magisterskiej.
- Aktualnie prowadzi jeden przewod doktorski.
- Recenzent 12 prac doktorskich.

- Kierownik 6 pozytywnie zakończonych specjalizacji z pneumonologii, alergologii i pediatrii.
- Opiekun jednej ukończonej habilitacji.

Jest recenzentem grantów naukowych Ministerstwa Nauki, pisze również recenzje do specjalistycznych czasopism naukowych.

Główne osiągnięcia, nagrody i odznaczenia

- Za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną wielokrotnie wyróżniany nagrodami Rektora naszej Uczelni.
- Otrzymał nagrodę Polskiego Towarzystwa Alergologicznego im. Profesora Obtulowicza za najlepszą habilitację poświęconą tematyce alergologicznej.

Członkostwo w towarzystwach naukowych i inna działalność organizacyjna

- od 2007 r. – członek Rady Naukowej Instytutu Gruźlicy,
- członek Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN,

- członek Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Chorób Klatki Piersiowej, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego,
- członek European Academy of Allergology and Clinical Immunology, European Respiratory Society, American Thoracic Society,
- członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego,
- od 2006 r. – Przewodniczący Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego,
- członek Komisji Akredytacyjnej ds. Alergologii,
- członek rad naukowych pism: „Przegląd Alergologiczny”, „Magazyn Alergologiczny”, „Urticaria and allied problems”, a także zespołu ekspertów TVN-med i Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy,
- członek zespołu wprowadzającego nowe standardy nauczania dla kierunku lekarskiego oraz Zespołu Programowego I Wydziału Lekarskiego do spraw Nauczania Pediatrii,
- od 2002 r. – Przewodniczący Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej,
- od 2007 r. – Przewodniczący Rady Kierowników Klinik i Ordynatorów połączonych szpitali klinicznych przy ulicy Działdowskiej i Litewskiej,
- członek Rektorskiej Komisji ds. Informatyki i Rektorskiej Komisji ds. Szpitali Klinicznych i Współpracy z Regionem.

PROF. DR HAB. MACIEJ OTTO

Przebieg kariery zawodowej



Prof. dr hab. n. med. Maciej Otto w latach 1970-1976 studiował na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Aktywnie uczestniczył w pracach Studenckiego Koła Naukowego przy I Klinice Chirurgicznej (dzisiejszej Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczy-

niowej i Transplantacyjnej), z którą związał swoją karierę zawodową, naukową i karierę nauczyciela akademickiego.

Pracował, rozwijając swoje zainteresowania i zdobywając doświadczenie, kolejne stopnie specja-

lizacji i tytuły naukowe, pod kierunkiem wybitnych nauczycieli akademickich i chirurgów: prof. Jana Nielubowicza, prof. Tadeusza Tołłoczki i prof. Jacka Szmidta, kierującego obecnie jednostką, w której jest zatrudniony.

Po odbyciu stażu podyplomowego w klinikach AM, został w 1978 r. pracownikiem naukowo-dydaktycznym Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii. Pod opieką prof. Jana Nielubowicza uzyskał w 1980 r. pierwszy stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej, w 1986 r. – II stopień specjalizacji, a w 2003 r. – specjalizację z chirurgii naczyniowej.

Prof. Maciej Otto w jednej jednostce zdobywał kolejne szczeble kariery zawodowej: od stanowiska asystenta, starszego asystenta, adiunkta (od 1987 r.), aż do profesora nadzwyczajnego w 2006 r.

Kwalifikacje naukowe

- 1982 – tytuł dr n. med. na podstawie rozprawy p.t. *Technika przygotowania i badania doświadczalne uzasadniające użycie ludzkiej żyły pępowinowej jako protezy naczyniowej.*

- 1999 – tytuł dr hab. n. med., na podstawie pozytywnie ocenionego przez recenzentów dorobku naukowego i przedstawionej rozprawy habilitacyjnej p.t. *Późne powtórne operacje naczyniowe w niedrożności przeszczepów aortalno-udowych – przyczyny, metody i wyniki leczenia.*
- 2009 – nominacja profesorska.

Zagraniczne staże naukowe i szkolenia

Prof. Maciej Otto swoje doświadczenia badawcze i naukowe, zdobyte w macierzystej Klinice, poszerzał i doskonalił na licznych stypendiach i kursach w renomowanych czołowych klinikach zachodnich.

W 1985 r. odbył szkolenie w Klinice Chirurgii Uniwersytetu Alberta w Edmonton w Kanadzie pod kierunkiem prof. K.L. Bowesa; w 1991 roku – w Charing Cross w Klinice Chirurgii Naczyniowej Westminsterskiej Szkoły Medycznej Uniwersytetu Londyńskiego pod kierunkiem prof. R.M. Greenhalgha (stypendium British Council). W tym samym roku szkolił się w Houston i Chicago. W roku 1992 odbył kurs z zakresu chirurgii laparoskopowej na Uniwersytecie w Getyndze pod kierunkiem prof. H.J. Peipera i prof. G. Lepsiena, uczestniczył również w kursie podyplomowym z zakresu gastroenterologii organizowanym przez Centrum Medyczne Uniwersytetu w Amsterdamie. W 1999 r. był uczestnikiem prestiżowego kursu technik telechirurgii w Strasbourgu we Francji, organizowanego przez prof. J. Marescaux. W 2004 r. odbył kolejny kurs z zakresu technik laparoskopowych w chirurgii raka jelita grubego w Genewie. Wszystkie te doświadczenia umożliwiły mu wzięcie znamiennego udziału we wprowadzeniu i upowszechnianiu metody laparoskopowej w operacjach chirurgicznych, szczególnie w zakresie operacji nadnerczy.

Dorobek naukowy

Dorobek naukowy prof. Macieja Otto obejmuje ogółem 154 publikacje i 212 prac wygłaszanych w formie referatów lub wykładów na kongresach i zjazdach krajowych i zagranicznych. W ramach szkolenia podyplomowego wygłosił 56 wykładów na posiedzeniach naukowych i szkoleniowo-dydaktycznych. Jest ponadto autorem ośmiu monografii i rozdziałów w podręcznikach chirurgii oraz czterech komentarzy prac opublikowanych w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym” lub „Chirurgii po Dyplomie”.

Ponadto był współwykonawcą dwóch tematów badawczych w ramach grantów KBN i jednego programu badawczego w ramach grantu Unii Europejskiej. Dwukrotnie otrzymał pierwszą nagrodę na

zjazdach zagranicznych za prace dotyczące problemów wiążących się z operacjami guzów nadnercza wykonywanych metodą laparoskopową.

Promocje i recenzje

Jest promotorem trzech przewodów doktorskich. Był recenzentem pięciu rozpraw doktorskich, dwóch recenzji wydawniczych rozpraw habilitacyjnych oraz dwóch prac licencjackich.

Działalność na rzecz Uczelni

Prof. Maciej Otto aktywnie uczestniczy w życiu Uczelni. W 1984 roku był przedstawicielem niesamodzielnymi pracowników nauki w Radzie I Wydziału Lekarskiego. W latach 1991-1993 – członkiem Senatu Akademii Medycznej. Od 1993 roku jest członkiem Wydziałowej Komisji do spraw Oceny Nauczycieli Akademickich. Ponownie w latach 1996-1999 był przedstawicielem niesamodzielnymi pracowników nauki w Radzie I Wydziału Lekarskiego oraz członkiem Senackiej Komisji do spraw Nauki. Od 1999 roku jest członkiem Rady I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie oraz pełni obowiązki jednego z jej sekretarzy. Aktualnie jest członkiem Wydziałowej Komisji do spraw Oceny Nauczycieli Akademickich i Senackiej Komisji do spraw Rozwoju Kadry.

Profesor Maciej Otto angażuje się także aktywnie w pracę ze studentami – w latach 1978-1979 i 1990-1996 był opiekunem Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej. W okresie tym członkowie Koła brali czynny udział w konferencjach naukowych krajowych i zagranicznych, oraz Oddziale Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Prace naukowe prowadzone przez studentów pod jego kierunkiem były wielokrotnie nagradzane. Był przedstawicielem Kliniki w Radzie Pedagogicznej i komisjach egzaminacyjnych Uczelni oraz członkiem zespołów oceniających prace z dziedzin nauk klinicznych na Konferencjach Naukowych SKN-ów. Uczestniczył jako opiekun w letnich obozach naukowych. W 1995 roku osiągnięcia dydaktyczne prof. Macieja Otto wyróżnione zostały nagrodą Rektora Akademii Medycznej w Warszawie za pracę ze Studenckim Kołem Naukowym.

Członkostwo w towarzystwach naukowych

Prof. Maciej Otto jest aktywnym członkiem wielu znaczących stowarzyszeń naukowych, m.in. Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego

Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej, Sekcji Chirurgii Endokrynologicznej TChP, European Association for Endoscopic Surgery.

Od 2005 r. jest członkiem Zarządu Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich oraz członkiem Rady Naukowej kwartalnika „Wideochirurgia i inne Techniki Małoinwazyjne”. W latach 1989-1991 został wybrany na sekretarza Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Był członkiem Komisji Rewizyjnej Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej, a obecnie od 2008 roku jest członkiem zarządu Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej.

Brał udział w Grupie Roboczej Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, która przyczyniła się do opracowania wytycznych diagnostyki i leczenia chorych z guzem chromochłonnym i chorych z pierwotnym hiperaldosteronizmem. Dowodzi to jego wysokiej pozycji w tej dziedzinie polskiej medycyny.

Jako członek-założyciel Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej jest niekwestionowanym autorytetem w zakresie chirurgii nadnerczy. Uczestniczy w pracach grup narządowych Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej – opracowując zasady diagnostyki i chirurgii raka nadnerczy.

Dysponuje największym w kraju doświadczeniem w zakresie chirurgii guzów nadnerczy, zarówno wykonywanych techniką klasyczną, jak i laparoskopową. W dziedzinie laparoskopowych operacji nadnerczy uznawany jest za niekwestionowany autorytet chirurgii minimalnie inwazyjnej w Polsce. Jego liczne wystąpienia na zjazdach i konferencjach naukowych spotykają się zawsze z żywym zainteresowaniem i stanowią podstawę do pogłębionych dyskusji naukowych. Wyrazem potwierdzającym osiągnięcia na tym polu jest otrzymany dyplom za wkład w rozwój wideochirurgii w Polsce z okazji XV-lecia Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich.

PROF. DR HAB. MIROŚLAW WIELGOŚ

Praktyka zawodowa



Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś ukończył studia na II Wydziale Lekarskim AM w Warszawie w 1990 r. Po odbyciu stażu podyplomowego w ZOZ Żoliborz (1990-1991) rozpoczął pracę pod kierunkiem Profesora Longina Marianowskiego jako młodszy asystent w II Klinice

Położnictwa i Ginekologii warszawskiej AM, a następnie (jako młodszy asystent i asystent) w I Klinice Położnictwa i Ginekologii naszej Uczelni. W 1998 r. został adiunktem tej jednostki, a w roku 2008 objął stanowisko profesora nadzwyczajnego; od tego też czasu pełni funkcję jednego z zastępców Kierownika Kliniki. W roku 1994 uzyskał I stopień specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, a w roku 1998 – II stopień specjalizacji w tej dziedzinie. Od 2006 r. jest konsultantem wojewódzkim ds. położnictwa i ginekologii na Mazowszu. Od roku 2008 pełni funkcję Dziekana I Wydziału Lekarskiego WUM.

Przebieg kariery naukowej

- 1997 – stopień dr n. med. (temat pracy doktorskiej: *Komputerowa analiza zapisów kardiokograficznych w ciąży powikłanej chorobą hemolityczną płodu*);
- 2004 – stopień dr hab. n. med. (temat rozprawy habilitacyjnej: *Konflikt serologiczny maczyno-płodowy oraz choroba hemolityczna w wyniku immunizacji antygenami innymi niż RhD*);
- 2009 – nominacja profesorska.

Zainteresowania naukowe i kliniczne

Zainteresowania naukowe Profesora Mirosława Wielgosia skupiają się przede wszystkim wokół zagadnień związanych z patologią ciąży, perinatologią, diagnostyką prenatalną i terapią płodu oraz ultrasonografią. Jest uznanym w kraju ekspertem w dziedzinie konfliktu serologicznego (obecnie prowadzi Stołeczny Ośrodek Konfliktu Serologicznego, udzielający pomocy pacjentkom z całego kraju).

Zagraniczne staże naukowe i szkolenia

Profesor Mirosław Wielgoś odbywał szkolenia w King's College w Londynie pod kierunkiem

Profesora Kyprosa Nicolaidesa oraz w Rush University w Chicago pod kierunkiem Profesor Ewy Radwańskiej.

Posiada certyfikat Fetal Medicine Foundation, uzyskany w Londynie w 2005 roku, uprawniający do wykonywania badań ultrasonograficznych w 11-14 tygodniu ciąży, połączonych z oceną ryzyka aberracji chromosomowych. W roku 2006 prowadził autorski kurs ultrasonografii w położnictwie i ginekologii w Ghanie.

Dorobek naukowy

Jest autorem kilkudziesięciu prac naukowych, opublikowanych m.in. w renomowanej światowej literaturze („Neuroendocrinology Letters”, „Transplantation Proceedings”, „European Journal of Obstetrics and Gynecology”, „Onkologie”, „Transfusion Medicine”, „International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine”, „Ginekologia Polska” i in.), a także kilku rozdziałów w monografiach i podręcznikach. Wskaźnik *Impact Factor* z pełnych publikacji przekracza 30 punktów.

Uczestniczył również w licznych zjazdach, kongresach i sympozjach naukowych – krajowych i zagranicznych (m.in. w Buenos Aires, Londynie, San Francisco, Vancouver, Glasgow, Zagrzebiu, Barcelonie, Valencii, Rzymie, Kopenhadze, Atenach, Chicago, Lizbonie, Florencji, Turynie, Genewie, Salzburgu). Kilkukrotnie uzyskał Zespołową Nagrodę Naukową JM Rektora II i III stopnia.

Aktualnie jest kierownikiem projektu MNiSzW pt. „Monitorowanie wzrostu płodu u pacjentek z cukrzycą ciążową z uwzględnieniem wskaźników insulinooporności” oraz kierownikiem projektu własnego pt. „Ocena przydatności oznaczeń parametrów biochemicznych i ultrasonograficznych w pierwszej połowie ciąży we wczesnej diagnostyce nadmiernego wzrostu płodu”.

Promocje i recenzje

Profesor Mirosław Wielgoś jest promotorem dwóch i recenzentem trzynastu rozpraw doktorskich. Aktualnie jest opiekunem trzech przewodów doktorskich, realizowanych w ramach Studiów Doktoranckich I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Członkostwo w towarzystwach naukowych i inna działalność organizacyjna

– 2007 – Członek Rady Naukowej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie;

- 2007 – Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Perinatologii – współzałożyciel, Prezes;
- 2006 – Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 2006 – Przewodniczący Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 2006 – Wiceprzewodniczący Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 2006 – Wiceprzewodniczący Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej;
- 2005 – International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology;
- 2005 – Skarbnik Sekcji Andrologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 2003 – Wiceprzewodniczący Zarządu Sekcji Terapii Płodu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 2002-2006 – Sekretarz Zarządu Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 1998-1999 – International Society for the Study of the Aging Male;
- 1994 – Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej;
- 1992 – Polskie Towarzystwo Ginekologiczne;
- 1990-1992 – Sekretarz Zarządu Sekcji Polskiej International Physicians for the Prevention of Nuclear War;
- 1987-1992 – International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW).

Członkostwo w komitetach redakcyjnych i naukowych czasopism

- 2007 – członek Komitetu Naukowego czasopisma „Położna – Nauka i Praktyka”;
- 2007 – członek Komitetu Naukowego „Ginekologii Polskiej”;
- 2007 – członek Komitetu Naukowego „Archives of Medical Science”;
- 2006 – członek Komitetu Naukowego „International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine”;
- 2006 – członek Komitetu Naukowego „Neuroendocrinology Letters”;
- 2005 – członek Komitetu Naukowego „Clinical and Experimental Medical Letters”;
- 2005 – członek Komitetu Naukowego „Ultrasonografia w Ginekologii i Położnictwie”;
- 1999-2003 – członek Komitetu Redakcyjnego „Current Medical Literature – Położnictwo i Ginekologia”;
- 1997-2006 – członek Komitetu Redakcyjnego „Ginekologii Polskiej”.

Udział pielęgniarki w badaniach diagnostycznych schorzeń układu krążenia

lic. Dorota Koper, dr Grzegorz Senatorski

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

*„Nie wystarczy spostrzegać – trzeba interpretować,
nie wystarczy interpretować – trzeba działać.”
(L. Hirschfeld)*

Streszczenie

Profesjonalne wykonywanie czynności zawodowych zobowiązuje pielęgniarki do coraz wyższego wykształcenia. Aby dobrze wypełniać obowiązki współcześnie nakładane na tę grupę zawodową, potrzebna jest znacznie większa wiedza i doświadczenie niż jeszcze przed kilkunastu laty. Należy podkreślić, że rola pielęgniarki zmieniła się znacząco. Wynika to z coraz większej złożoności procedur medycznych, wyższych standardów leczniczych i konieczności przejmowania przez pielęgniarki licznych obowiązków dotychczas spoczywających na lekarzu. Artykuł ten jest próbą syntezy treści teoretycznych i zagadnień praktycznych z zakresu badań diagnostycznych schorzeń układu krążenia.

Pielęgniarki wykonują samodzielnie bądź współuczestnicząc w wykonywaniu wielu badań diagnostycznych u pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Do badań tych należą: pomiar ciśnienia tętniczego (Riva-Rocci; RR), pomiar czynności serca (*heart rate*; HR), pomiar częstości oddechu, pomiar masy ciała, EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa, ECHO serca, próba dobutaminowa, TILT-test, stymulacja przezprzełykowa, koronarografia, badania laboratoryjne – profil sercowy, Holter-EKG, Holter ciśnieniowy, CT klatki piersiowej, angio-CT nerek, RTG klatki piersiowej z oceną sylwetki serca.

Słowa kluczowe: choroby układu sercowo-naczyniowego, diagnostyka, udział pielęgniarki.

Pomiar ciśnienia tętniczego krwi

Jednym z podstawowych badań wykonywanych u pacjentów kardiologicznych jest pomiar RR. Wykonując go, pielęgniarka powinna przestrzegać zasad prawidłowego pomiaru RR, a wynik odnotować w dokumentacji chorego, np. na karcie gorączkowej. Konieczna jest znajomość zakresów wartości prawidłowych i wartości krytycznych RR, aby przy ich przekroczeniu przekazać komunikat lekarzowi

i/lub podjąć odpowiednie interwencje w ramach pomocy przedlekarskiej. Sytuacjami wymagającymi interwencji w zakresie omawianego parametru są nadciśnienie i niedociśnienie.

Kategoria ciśnienia tętniczego	Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]
Prawidłowe ciśnienie tętnicze	< 120	< 80
Stan przednadcisnieniowy	120-139	lub 80-89
Stopień 1 nadciśnienia tętniczego	140-159	lub 90-99
Stopień 2 nadciśnienia tętniczego	≥ 160	lub ≥ 100

Klasyfikacja ciśnienia tętniczego wg 7. Raportu JNC, 2003 r.

Zasady prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego sprowadzają się do przestrzegania następujących wymogów:

- pomiaru RR dokonujemy zawsze po minimum 5-minutowym odpoczynku i co najmniej 30-minutowej przerwie od wypicia kawy i/lub innych napojów zawierających kofeinę;
- przed dokonaniem pomiaru pielęgniarka poleca choremu przyjąć komfortową pozycję siedzącą z podparciem ramienia umieszczonego na wysokości serca i z oparciem pleców;
- pielęgniarka poleca pacjentowi zdjąć ubranie z ramienia, na którym będzie dokonywała pomiaru RR;
- pielęgniarka dobiera rozmiar mankieta właściwy dla warunków anatomicznych indywidualnego pacjenta; mankieta powinien obejmować co najmniej 80% obwodu ramienia i zakrywać 2/3 jego długości (zbyt wąski mankieta może być przyczyną zawyżania ciśnienia tętniczego i odwrotnie, zbyt szeroki – zaniżania ciśnienia tętniczego);
- w procesie badania istotne jest, aby pierwszego pomiaru RR dokonywać na obu kończynach

górnym, a następnym pomiarów – na ramieniu o wyższych wartościach RR;

- każdy pomiar powinien składać się z co najmniej dwóch oznaczeń. Jeżeli wartości ciśnienia różnią się o ponad 5 mm Hg, to należy wykonać kolejne pomiary, aż do uzyskania dwóch zbliżonych;
- należy unikać natychmiastowych powtórnych pomiarów na tej samej ręce, gdyż zbyt długi ucisk powoduje zastój żylny, który może podnosić ciśnienie aż o 20-30 mm Hg.

Trzeba zauważyć, że nawet tak proste badanie wymaga przygotowania pacjenta. Przygotowanie psychiczne polega na poinformowaniu chorego o zamiarze i celu wykonania pomiaru. Przygotowanie fizyczne to wskazanie na zdjęcie odzieży z ramienia i przyjęcie właściwej pozycji eliminującej błąd pomiaru i/lub pomoc w powyższych czynnościach. Zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta holistyczną opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu pomiaru. Wszelkie dodatkowe działania wynikać będą ze stanu klinicznego pacjenta i jego sprawności psychoruchowej. Należy pamiętać również, że obecnie chorzy często interesują się zagadnieniami zdrowotnymi, a ich ocena działań pracowników opieki zdrowotnej może być surowa, co także wpływa na skuteczność pomiarów RR.

Hipertensja (nadciśnienie tętnicze) to częsty problem, który napotyka pielęgniarka opiekująca się chorymi ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Należy zdawać sobie sprawę z zagrożeń wynikających z tego stanu i nie lekceważyć ich. Wysokie wartości RR wymagają bezwzględnej interwencji lekarza, gdyż grożą takimi powikłaniami, jak np. udar mózgu, odklejenie siatkówki oka. Dlatego też jeżeli RR skurczowe u chorego jest > 180 mm Hg bądź RR rozkurczowe > 100 mm Hg – pacjent powinien pozostawać w łóżku. Dalsze interwencje pielęgniarskie polegają na niezwłocznym poinformowaniu lekarza, który zapewne zleci jednorazową dawkę leku obniżającego RR (np. Captopril s.l.) lub zmodyfikuje dotychczasowe leczenie hipotensyjne. Ponadto niezmiernie ważna jest tu pełniona przez pielęgniarkę rola ekspresyjna. Dlatego, jeżeli zachodzi podejrzenie, że wysokie RR to wynik zadziałania silnego stresora i pacjent jest podenerwowany, należy podjąć starania złagodzenia nastroju, spróbować wyciszyć emocje pacjenta za pomocą psychoterapii elementarnej.

Hipotensja (niedociśnienie) to stan niewydolności hemodynamicznej, mogący wynikać z wielu przyczyn. Bez względu na etiologię hipotensji, pacjent zawsze powinien pozostawać w łóżku, jeśli jego RR skurczowe jest poniżej 90 mm Hg. Działania leczniczo-pielęgniarskie wynikać będą ze stanu ogólnego pacjenta oraz z przyczyn, które doprowa-

dziły do hipotensji. Niskie RR może być związane ze skrajnie złym stanem zdrowia chorego, np. w zaawansowanej przewlekłej niewydolności serca. Hipotensja współistniejąca z tachykardią jest cechą zmienną dla wstrząsu. O tym wszystkim musi pamiętać pielęgniarka, a o niskich wartościach RR poinformować lekarza. Warto też upewnić się, czy pacjent przyjmuje dostateczną ilość płynów. Hipotensja może bowiem wynikać z niedostatecznej podaży płynów i odwodnienia, co przekłada się na słabe wypełnienie łożyska naczyniowego. Wtedy zasadne jest polecenie choremu, aby więcej pił płynów obojętnych. Ponieważ do odwodnienia może prowadzić wiele przyczyn o przeciwstawnym wpływie na stężenia głównych jonów przestrzeni pozakomórkowych, zaleceniom tym musi towarzyszyć orientacja w podstawowych parametrach gospodarki wodno-elektrolitowej, aby uniknąć powikłań nieadekwatnego leczenia płynami. W celu zapobiegania hipotensji pielęgniarka powinna pamiętać o nawadnianiu chorych, szczególnie tych w podeszłym wieku, u których odczuwanie pragnienia jest obniżone.

Kolejne działania pielęgniarskie wobec pacjentów z hipotensją wynikać będą ze zleceń lekarskich. Jeśli pacjent ma niedociśnienie, wówczas lekarz być może zleci kontrolę płynów przyjętych lub nawodnienie dożylnie w celu wypełnienia łożyska naczyniowego (o ile stwierdzi, że niskie ciśnienie może mieć związek z odwodnieniem), bądź też zmodyfikuje leczenie hipotensyjne, odstawi lek, ewentualnie zmniejszy jego dawkę. Trzeba tu powiedzieć rzecz oczywistą: hipotensja może wynikać z przedawkowania leków obniżających RR. Dlatego zawsze należy sprawdzić, czy chory nie przyjmuje dodatkowych leków.

Zjawisko hipotensji ortostatycznej również należy do częstych przyczyn niedociśnienia. Występuje głównie u osób starszych oraz tych, które dużo czasu spędzają w łóżku. Uruchamianie takiego chorego powinno odbywać się stopniowo, tak aby uniknąć gwałtownej, natychmiastowej pionizacji, począwszy od siedzenia w łóżku, przez siedzenie w łóżku ze spuszczone nogami, aż do pionizacji. Tak unikamy hipotensji ortostatycznej. Ponadto u chorych, którzy dłużej pozostawali w łóżku, przed podjęciem uruchamiania i pionizacji zawsze należy skontrolować wyjściowe RR, a w przypadku jego niskich wartości zaniechać pionizacji, która w takiej sytuacji niewątpliwie zagraża upadkiem.

Pomiar tętna

Tętno (HR) to kolejny podstawowy parametr życiowy, którego pomiar jest wykorzystywany do diagnozowania chorób układu sercowo-naczynio-

wego. Podstawą monitorowania HR jest znajomość zasad i miejsc pomiaru, umiejętność oceny cech tętna, umiejętność rozpoznania tachykardii, bradykardii. $HR < 60/\text{min}$ to bradykardia, $HR > 100/\text{min}$ to tachykardia. Zakres odchyżeń standardowych dla tego parametru u osób dorosłych wynosi od 50 do 100/min. Wprawdzie obecnie w dużej mierze zarzucono ocenę cech tętna, jednak dokonując jego pomiaru pielęgniarka powinna poza częstotliwością zwracać uwagę na jego napięcie, które jest odzwierciedleniem ciśnienia tętniczego, oraz miarowość rytmu. Tętno możemy zbadać za pomocą wybranej metody:

- a) metoda palpacyjna;
- b) metoda osłuchowa (osłuchanie serca za pomocą stetoskopu);
- c) metoda elektroniczna (aparaty do jednoczesnego pomiaru RR i HR);
- d) poprzez podłączenie pacjenta do kardiomonitora.

Typowym miejscem badania tętna przy wykorzystaniu metody palpacyjnej jest tętnica promieniowa. W stanach nagłych natomiast tętno badamy na dużych tętnicach, tj. tętnicy szyjnej, udowej, ramiennej (metoda palpacyjna) oraz nad koniuszkiem serca (metoda osłuchowa i palpacyjna). Warto wspomnieć, że dla zdiagnozowania zaburzeń krążenia obwodowego tętno bada się na tętnicy: grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej i podkolanowej. Pomiarów takich dokonuje się w celu określenia zaburzeń przepływu obwodowego, wynikającego zazwyczaj z procesów miażdżycowych w tętnicach obwodowych. U pacjentów ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego w sposób szczególny mamy okazję zaobserwować wiele patologicznych cech tętna. U chorych z zaburzeniami rytmu serca, np. z migotaniem przedsionków (MP) czy też z uogólnioną miażdżycą, może występować deficyt tętna na obwodzie. Warto wówczas zastosować czulszą niż palpacyjna metodę elektroniczną. Ponadto należy pamiętać, że u osób starszych tętno mierzymy przez minutę, gdyż pomiar 15-sekundowy u tych chorych nie zapewnia wiarygodnych wyników.

Ponieważ stan emocjonalny oraz wysiłek fizyczny mogą powodować wzrost szybkości tętna, pielęgniarka powinna zalecić pacjentowi 5-minutowy odpoczynek przed badaniem. Po pomiarze czynności serca pielęgniarka odnotowuje wynik w karcie gorączkowej. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przy HR poniżej 40/min lub powyżej 140/min należy pozostawić pacjenta w łóżku i niezwłocznie poinformować lekarza. Chory z niemierną czynnością serca zwykle wymaga monitorowania (np. za pomocą telemetrii), czasem też będzie miał zakaz chodzenia (reżim łóżkowy), aż do momentu zdiagnozowania przyczyny zaburzeń

czy też ich wyrównania, np. poprzez wszczepienie kardiostymulatora lub założenie elektrody czasowej. Przygotowanie psychiczne pacjenta polega na poinformowaniu o zamiarze i celu badania. Przygotowanie fizyczne – to uwzględnienie minimum 5-minutowego odpoczynku przed pomiarem oraz polecenie, aby na czas pomiaru pacjent przyjął dogodną pozycję (siedzącą lub leżącą).

EKG spoczynkowe – elektrokardiografia

Jest to najprostsze i najczęściej przeprowadzane badanie w diagnostyce chorób serca. Elektrokardiografia spoczynkowa pozwala wykryć niedokrwienie mięśnia sercowego, świeży lub przebyty zawał serca, cechy przerostu lub przeciążenia mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu i/lub przewodzenia. Na klasyczne 12-odprowadzeniowe EKG składają się: trzy odprowadzenia kończynowe (aVF, aVL, aVR), trzy odprowadzenia dwubiegunowe (I, II, III) oraz sześć odprowadzeń przedsercowych ($V_1 - V_6$). Niekiedy istnieje potrzeba modyfikacji tej metody w postaci dalszych odprowadzeń przedsercowych ($V_7 - V_{12}$) lub odprowadzeń z nad prawej komory ($RV_1 - RV_6$).

Aparat EKG zapisuje aktywność elektryczną serca w postaci graficznego obrazu na papierze milimetrowym. Pacjent nie wymaga specjalnego przygotowania, ważne jest jednak, aby nie wykonywać badania EKG bezpośrednio po wysiłku ani w stanie zdenerwowania pacjenta, gdyż w zapisie będą wówczas pojawiały się artefakty; istotne jest też, aby pacjent w trakcie badania nie poruszał się i nie rozmawiał, ponieważ drżenia i napięcia mięśni mogą również generować artefakty, które utrudniają późniejszą interpretację zapisu i obniżają wartość diagnostyczną badania. Przygotowanie psychiczne pacjenta do badania polega na poinformowaniu o celu, sposobie i przebiegu EKG. Przygotowanie fizyczne to pomoc w ułożeniu pacjenta w pozycji zapewniającej mu wygodę i prawidłowy przebieg zapisu EKG. Zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania.

Dla prawidłowego wykonania EKG pielęgniarsce niezbędna jest zarówno wiedza teoretyczna, jak i umiejętności techniczne. Znajomość prawidłowego schematu rozmieszczenia elektrod przedsercowych i kończynowych to niezbędne minimum. Trzeba wiedzieć, jak rozmieścić elektrody w sytuacji typowej, ale także, jak to zrobić u pacjenta z amputowaną kończyną czy zniekształconą klatką piersiową. Trzeba różnicować artefakty w zapisie EKG z cechami specyficznymi, świadczącymi o patologii serca (umiejętność taką daje kurs EKG – kształcenie podyplomowe pielęgniarek).

Wykonanie badania EKG to podstawowa i bardzo ważna interwencja pielęgniarska u każdego chorego zgłaszającego ból w klatce piersiowej. W takich sytuacjach pielęgniarka wykonuje EKG oraz dokonuje pomiaru RR, HR nie czekając na zlecenie lekarza. Po dokonaniu wstępnej interpretacji wynik przedstawia lekarzowi.

Markery martwicy mięśnia sercowego (troponina, CPK, CPK-MB)

Profil sercowy badań laboratoryjnych obejmuje oznaczenie: troponiny, mioglobiny, potasu, AST/ALT, CK, CK-MB, LDH. Oznaczanie markerów martwicy mięśnia sercowego jest niezwykle istotnym badaniem pozwalającym na właściwą diagnostykę kardiologiczną.

Enzymy sercowe, nazywane markerami martwicy mięśnia sercowego, są substancjami, których aktywność we krwi wzrasta w czasie dokonywania się zawału serca. Do tych markerów należą: kinaza kreatynowa (CK), frakcja mięśniowa kinazy kreatynowej (CK-MB), również dehydrogenaza kwasu mlekowego (LDH) oraz białka aparatu czynnościowego – mioglobina, troponiny (TnT i TnI), których stężenia wzrastają. Najbardziej swoisty dla zawału mięśnia sercowego jest wzrost stężenia troponin oraz aktywności CK-MB. Istotny wzrost tych parametrów obserwuje się w ciągu pierwszych 12 godzin ewolucji zawału. Jednak do rozpoznania zawału serca potrzebne jest spełnienie dwóch z trzech poniżej wymienionych warunków:

1. obecność specyficznych zmian w EKG,
2. charakterystyczny ból zawałowy,
3. wzrost stężeń/aktywności markerów martwicy mięśnia sercowego.

Trzeba wiedzieć, że w niektórych sytuacjach ból zawałowy jest niecharakterystyczny (np. maska brzuszna zawału) lub wręcz nieobecny (np. u chorych ze współistniejącą cukrzycą – na skutek neuropatii). Zmiany w EKG również mogą być niecharakterystyczne. W takich sytuacjach oznaczenie markerów sercowych może okazać się kluczowe dla zdrowia i życia pacjenta. Badanie troponin wraz z innymi markerami sercowymi (CK, CK-MB i mioglobina) wykonuje się zwykle u pacjentów z przedłużającym się bólem w klatce piersiowej lub innymi objawami, które mogą świadczyć o uszkodzeniu serca. Najczęściej badanie troponiny powtarza się 2-3-krotnie w ciągu 6-12 godzin. Wartości referencyjne zależą od wielu czynników, takich jak wiek, płeć, metoda oznaczenia, dlatego ich interpretacji należy dokonywać po uwzględnieniu powyższych. Poziom troponiny pozostaje podwyższony przez 1-2 tygodnie po dokonaniu się zawału serca.

Badanie aktywności enzymów sercowych we krwi należy do badań biochemicznych. Pobraną krew w ilości około 4 mL odstawiamy do skrzepnięcia. Po przyjęciu zlecenia od lekarza pielęgniarka informuje chorego o celu badania, uzyskuje ustną zgodę chorego na pobranie krwi, pobiera krew, oznakowuje próbki krwi i wysyła do laboratorium wraz ze skierowaniem na badanie. Ważne, aby później uwzględnić odbiór wyników z laboratorium oraz ich wstępną przedlekarską interpretację. Działanie pielęgniarskie po odebraniu wyników z laboratorium ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy wartości troponiny, CK, CK-MB są podwyższone. Należy wówczas zalecić choremu bezwzględne pozostanie w łóżku i poinformować lekarza o nieprawidłowości w wynikach badań laboratoryjnych.

Przed każdą interwencją pielęgniarską trzeba zwracać uwagę na holistyczne podejście do chorego. Dlatego też, aby uniknąć instrumentalizacji, zawsze należy zadbać o psychiczne przygotowanie pacjenta do zabiegu, w omawianym przypadku do pobrania krwi. Pielęgniarka informuje chorego o zamiarze i celu pobrania krwi, uzyskuje ustną zgodę od chorego, po czym przystępuje do przygotowania fizycznego, prosząc pacjenta o odsłonięcie zgięcia łokciowego i przyjęcie pozycji zapewniającej mu wygodę, a jej samej ergonomiczne stanowisko pracy. Zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta całościową opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu zabiegu. Ze względu na dość często spotykane zaburzenia koagulologiczne w tej grupie chorych (leczenie dostępnymi antykoagulantami), cenną wskazówką dla pacjenta staje się informacja o konieczności przytrzymania gazika w miejscu po pobraniu krwi przez około 10 min, ewentualnie oklejeniu gazika z zastosowaniem niewielkiego ucisku.

Inne badania laboratoryjne

U pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi cennym badaniem jest oznaczenie elektrolitów, sodu i potasu we krwi. Zaburzenia elektrolitowe mogą być przyczyną poważnych, groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca. Pielęgniarka pobiera krew na zlecenie lekarza, odpowiednio oznakowuje próbkę i z załączonym skierowaniem na badanie próbkę krwi wysyła do laboratorium. Potem uwzględnia odebranie wyniku i jego wstępną przedlekarską interpretację. Oznaczanie stężeń elektrolitów we krwi należy do badań biochemicznych i próbkę krwi pobieramy na „skrzep” w ilości około 4 mL.

Innym, często wykonywanym oznaczeniem laboratoryjnym jest określanie poziomu cholesterolu we krwi. Na jego podstawie rozpoznaje się hipercholesterolemię i hipertrójglicydemię. Wyniki tego

oznaczenia wiele mówią nam o zagrożeniu układu sercowo-naczyniowego procesem miażdżycowym. Badanie należy do grupy badań biochemicznych, krew pobieramy na „skrzep”, tj. do próbki zawierającej czynnik aktywujący krzepnięcie. Ważne, aby do pobrania krwi na poziom cholesterolu pacjent pozostawał na czczo.

Kolejnym, często wykonywanym u pacjentów ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi oznaczeniem laboratoryjnym, jest wskaźnik INR. Należy do badań koagulologicznych i jest kontrolowany u pacjentów przewlekle leczonych Acenokumarem (do tej grupy chorych należą m.in. pacjenci z utrwalonym, przetrwałym MP, czy też chorzy po wszczępieniu zastawek serca). Próbkę krwi pobieramy do próbki z płynnym antykoagulantem, w tym przypadku z 3,2-procentowym cytrynianem sodu. Objętość krwi, jaką należy pobrać do badania, jest określona na próbówce. Po pobraniu krew należy delikatnie wymieszać.

Standardem jest przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do pobrania krwi, z uwzględnieniem podmiotowego podejścia do pacjenta (omówione w punkcie *Markery martwicy mięśnia sercowego*). Ponadto, analogicznie jak przy poprzednich badaniach, zadania pielęgniarki nie ograniczają się do technicznej części zabiegu, ale wymaga się, aby pielęgniarka z chwilą, gdy widzi niepokojące wyniki badań laboratoryjnych, poinformowała o tym fakcie lekarza. Trzeba wiedzieć, że wartości referencyjne INR w zależności od określonych wskazań u chorych leczonych doustnymi antykoagulantami wynoszą od 2 do 3,5-4,5 (tzw. zakres terapeutyczny) i różnią się od wartości prawidłowych u ludzi zdrowych, nieleczonych Acenokumarem.

Koronarografia (angiografia tętnic wieńcowych)

Jest to inwazyjne badanie diagnostyczne, wykonywane pod kontrolą RTG. Polega na założeniu cewnika przez tętnicę udową lub promieniową aż do serca – do tętnic wieńcowych, kolejno prawej i lewej, gdzie wpuszczany jest kontrast i uwidaczniane są zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych oraz stopień ich zwężenia. Wykonanie tego badania wymaga zwykle jednodniowego pobytu pacjenta w szpitalu. Badanie przeprowadzane jest w pracowni hemodynamiki w pozycji leżącej, w znieczuleniu miejscowym.

Koronarografia ukazując stan naczyń wieńcowych pacjenta, pozwala zaplanować skuteczne leczenie. To badanie daje odpowiedź, czy pacjent ma być leczony zachowawczo (tzw. farmakoterapia), czy też inwazyjnie [angioplastyka tętnic wieńcowych (założenie stentów), bądź operacja wszczępie-

nia pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. by-passy aortalno-wieńcowe)].

Jak już zostało powiedziane, koronarografia polega na podawaniu przez specjalny cewnik, bezpośrednio do tętnic wieńcowych, środków kontrastujących, a następnie na zapisaniu uzyskanych za pomocą promieni rentgenowskich obrazów na elektronicznym nośniku. Do wykonania koronarografii wykorzystuje się najczęściej tętnicę udową, rzadziej promieniową oraz ramienną. Pielęgniarki pracujące w oddziale kardiologii inwazyjnej zajmują się przygotowaniem stanowiska w sali zabiegowej oraz instrumentują lekarzowi podczas wykonywania badania.

Tak jak przed każdą interwencją medyczną, tak i przed koronarografią, rolą pielęgniarki jest przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do zabiegu. Przygotowanie psychiczne do koronarografii polega na poinformowaniu chorego o istocie badania, o tym, jak pacjent będzie musiał zachowywać się po badaniu (leżenie płasko, niezginanie kończyn, picie dużych ilości wody, oddawanie moczu do basenu lub kaczki); pielęgniarka powinna stworzyć poczucie bezpieczeństwa i zapewnić chorego, iż jest on pod fachową opieką, niezbędne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na przeprowadzenie badania/procedury medycznej.

Przygotowanie fizyczne polega na: wykonaniu i skompletowaniu wyników badań laboratoryjnych (morfologicznych, biochemicznych i koagulologicznych) oraz badań serologicznych (grupa krwi i czynnik Rh), wykonaniu EKG, pomiaru RR, HR, dopilnowaniu, aby pacjent ogolił samodzielnie lub też ogolenie mu obu pachwin bądź okolicy nadgarstka lewego, założeniu obwodowego wkłucia dożylnego, podaniu leków (oprócz leków moczopędnych i rozrzedzających krew) zgodnie z indywidualną kartą zleceń, przetransportowaniu chorego do oddziału kardiologii inwazyjnej.

Odrębnego traktowania wymagają chorzy z cukrzycą. Powinni znaleźć się w pierwszej kolejności na planie zabiegów w danym dniu. Standardowo pacjenci z cukrzycą otrzymują poranną dawkę insuliny, a po niej dożylny wlew glukozy (według zleceń). Do badania koronarografii pacjent musi pozostawać na czczo! Może pić! Ponadto w przeciągu 6-8 godzin po badaniu chory powinien przyjąć 1,5-2,5 litra płynów w postaci niegazowanej wody mineralnej. Ma to swoje uzasadnienie w nefrotoksyczności kontrastu radiologicznego. Celem diurezy wodnej w tym przypadku jest wypłukanie kontrastu i zapobieżenie uszkodzeniu nerek. Rolą pielęgniarki jest uświadomienie pacjenta o tym fakcie, gdyż chorzy mają tendencje do powstrzymywania się od wypicia płynów po to, aby uniknąć oddawania moczu w niekomfortowej pozycji leżącej w łóżku. U niektórych

chorych konieczne będzie założenie cewnika Foleya celem odbarczenia pęcherza moczowego.

Pacjent po koronarografii wymaga co najmniej kilkugodzinnej obserwacji, w czasie której do zadań pielęgniarki należy przede wszystkim: obserwacja opatrunku uciskowego, miejsca nakłucia tętnicy oraz obserwacja pod kątem wystąpienia ewentualnych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Po badaniu chory może uskarżać się na ból w miejscu nakłucia tętnicy. Niepokojące jest, gdy pojawia się drętwienie kończyny, jej zasinienie, ból wzdłuż nogi lub gdy noga jest oziębiona, albo też zniesione jest czucie powierzchowne – w takich sytuacjach należy wezwać lekarza. Kolejne interwencje będą tu wynikać z zaleceń lekarskich. Przykładowym rozwiązaniem problemu będzie np. wykonanie opatrunku wtórnego, gdy okaże się, że dolegliwości są wynikiem zbyt ścisłego założenia opatrunku. Po zabiegu przy wykorzystaniu nakłucia tętnicy udowej pacjent zwykle pozostaje w łóżku do ~24 godzin, utrzymując nakłutą kończynę w pozycji wyprostowanej. Opatrunek uciskowy założony w miejscu nakłucia tętnicy zazwyczaj zdejmowany jest po upływie ~8 godzin.

Choć koronarografia jest zabiegiem stosunkowo bezpiecznym, to jednak mogą zdarzyć się powikłania. Najczęściej należą do nich reakcje na kontrast pod postacią bólów głowy, nudności, odruchów wymiotnych, objawy uczulenia (wysypka, zaczerwienienie skóry, kaszel, duszność). Ponadto mogą wystąpić powikłania związane z nakłuciem naczynia tętniczego, takie jak krwiaki, krwawienia, tętniaki. W celu zminimalizowania tych powikłań ważne jest, aby pielęgniarka obserwowała, czy opatrunek uciskowy właściwie spełnia swoją funkcję, czy nie jest zbyt ścisły lub czy nie uległ przesunięciu. Inne poważne powikłania, np. zawał serca, zależą od stanu ogólnego osoby badanej i stopnia zaawansowania choroby, a ich częstość na szczęście nie przekracza 0,05%.

Obserwacja pielęgniarska ma na celu wczesne wykrywanie i szybką interwencję w przypadkach tego rodzaju powikłań u pacjentów po zabiegu koronarografii. Stałym elementem pracy pielęgniarki jest przygotowanie psychiczne i fizyczne (bliższe i dalsze) chorego do zabiegu i otoczenie go kompleksową opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania. Nie należy zapominać, że na wszystkie czynności, jakie pielęgniarka wykonuje na rzecz pacjenta, składają się dwie komponenty: instrumentalna oraz ekspresyjna.

Bilans płynów (BP)

Bilans płynów to pomiar ilościowy wody pobranej i traconej przez ustrój w czasie 24 godzin,

prowadzony w celu oceny gospodarki wodnej organizmu. U zdrowego człowieka bilans wodny powinien być zerowy, natomiast w różnych sytuacjach chorobowych celem leczenia jest uzyskanie bilansu ujemnego lub dodatniego, zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta. W prawokomorowej niewydolności krążenia mamy do czynienia z przeciążeniem łożyska naczyniowego w krążeniu systemowym. Pojawiają się wówczas obrzęki dolnych partii ciała. W tej sytuacji retencja płynów w organizmie chorego musi być zmniejszona. Ważnym elementem leczenia przewodnienia będzie ograniczenie podaży płynów. Niezwykle ważne jest kontrolowanie płynów przyjętych i wydalonych. Najpewniejszą podstawą bilansu płynów jest pomiar masy ciała. Jednak informacje o przebiegu procesu leczenia czerpać będziemy zarówno z codziennego pomiaru masy ciała, jak i z bilansu płynów. We wspomnianej sytuacji klinicznej celem terapeutycznym jest uzyskanie ujemnego bilansu płynów. Tak więc zmierzamy do tego, aby pacjent wydalil więcej płynów aniżeli przyjął. Zwykle będzie temu towarzyszyć wspomniane ograniczenie przyjmowania płynów do 1 litra na dobę.

Rolą pielęgniarki jest przygotowanie chorego do współdziałania w prowadzeniu BP, wyjaśnienie mu, na czym polega bilans płynów, w jakim celu będzie prowadzony, oraz przekonanie pacjenta o konieczności dokładnych pomiarów płynów przyjętych i płynów wydalonych. Pielęgniarka zakłada kartę bilansu wodnego, zakłada słój odpowiednio go oznakowując, informuje pacjenta o sposobie prowadzenia BP, miejscu oddawania moczu, a w razie potrzeby zakłada cewnik do pęcherza moczowego. Następnie w karcie bilansu wodnego skrupulatnie odnotowuje ilości płynów przyjętych przez chorego, z oznaczeniem godziny oraz drogi podania (p.o.; i.v.).

Prawidłowo prowadzony bilans płynów wymaga zapisania wydalonych przez chorego płynów w postaci moczu, przez skórę w formie potu, z kałem oraz przez drogi oddechowe. Uwzględnienia wymagają także stany zwiększające zapotrzebowanie organizmu na wodę, tj. wysoka temperatura otoczenia, duża wilgotność powietrza, stany gorączkowe, przyspieszona czynność oddychania, wymioty, biegunki. Co 24 godziny pielęgniarka podsumowuje objętości płynów przyjętych i wydalonych przez organizm pacjenta, a następnie określa bilans jako dodatni, ujemny lub zerowy. Straty obligatoryjne do bilansu płynów u osób dorosłych wynoszą: parowanie przez skórę 600 mL, parowanie przez drogi oddechowe 500 mL, utrata wody z kałem 400 mL. U chorych gorączkujących utrata wody przez skórę wzrasta o ~0,5 L/24 godziny wraz z każdym stopniem powyżej 37°C.

Dla zagwarantowania dokładności bilansowania gospodarki wodnej organizmu ważne jest pozyskanie pacjenta do współpracy. Jednakże w praktyce prowadzenia BP niekiedy napotykamy na trudności zdeterminowane deficytem w funkcjach poznawczych chorego. Dlatego chorzy, którzy nie pamiętają, ile wypili, lub nie pamiętają o oddawaniu moczu do słoja, wymagać będą specjalnego podejścia i większego nadzoru. Kontrolę diurezy uzyskać możemy poprzez założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego, kontrolę płynów przyjętych zaś poprzez zdeponowanie napojów ze stolika pacjenta i skrupulatne ich wymierzanie.

Pomiar masy ciała

U pacjentów z niewydolnością krążenia bardzo łatwo dochodzi do retencji wody w ustroju. Wówczas występują duże obrzęki i konieczne bywa codzienne kontrolowanie masy ciała celem obserwacji procesu leczenia. Należy przy tym pamiętać o zasadach: zawsze na czczo, zawsze bez kapci (lub zawsze w tych samych kapciach!), zawsze bez szlafroka (tylko w piżamie), a wynik odnotować w karcie gorączkowej.

Masa ciała jest istotnym parametrem, często kontrolowanym u chorych z prawokomorową niewydolnością krążenia. Zasadne jest, aby masę ciała określać nie tylko ważąc pacjenta na wadze bez ubrania i butów (tylko w piżamie), ale także na czczo (najlepiej po oddaniu moczu i stolca). Jeśli pacjent ma znacznie ograniczoną tolerancję wysiłku, do zadań pielęgniarki należy przewiezienie go wózkami do gabinetu zabiegowego celem dokonania pomiaru masy ciała na wadze stacjonarnej, lub dokonanie pomiaru masy ciała przy łóżku chorego, jeśli dysponujemy wagą przenośną. Także przed tym badaniem konieczne jest przygotowanie psychiczne pacjenta polegające na poinformowaniu o celu, sposobie pomiaru masy ciała. Przygotowanie fizyczne to pomoc w zdjęciu zbędnych ubrań, asekuracja przy wejściu na wagę, zapewnienie bezpiecznego powrotu do łóżka. Nie dość powtarzania, że zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta holistyczną opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu zabiegu/badania.

Pomiar oddechu

Pomiar oddechu ma znaczenie diagnostyczne w ocenie wydolności oddechowej pacjenta oraz w monitorowaniu stanu chorego w przebiegu chorób układu oddechowego, układu krążenia i innych. Dokonując oceny oddechu, zwracamy uwagę na: obecność oddechu, częstość oddechu, jakość oddechu, rytm oddychania. Prawidłowy oddech jest miarowy, średniogłęboki i wykonywany bez wysiłku. U osoby

dorożej częstość prawidłowa oddechu w spoczynku to: 12-20 oddechów/min. Przyspieszenie oddechów powyżej 35/min i zwolnienie poniżej 8/min jest objawem niepokojącym, grozi niedotlenieniem i wymaga intensywnego leczenia. Badanie oddechu pielęgniarka wykonuje bez wiedzy pacjenta, ponieważ gdy chory wie, że ma badany oddech, może świadomie lub nieświadomie przyspieszać lub zwalniać jego tempo. Pacjent może pozostawać w pozycji leżącej bądź siedzącej, wskazane jest, aby miał odsłoniętą klatkę piersiową.

U chorych kardiologicznych, z zaawansowaną niewydolnością serca, częstym problemem jest duszność wysiłkowa i/lub spoczynkowa oraz ściśle z tym związana ograniczona tolerancja wysiłku. U wielu pacjentów duszność występuje jako stały objaw choroby. Niekiedy jednak nasilająca się w krótkim czasie duszność (w ciągu kilku godzin) jest wyrazem dramatycznie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta. Duszność z towarzyszącymi rżeniami w płucach jest typowym objawem rozwijającej się zastoinowej niewydolności lewokomorowej. Zastój płynu w krążeniu płucnym prowadzi do przesieków i obrzęku płuc.

Jeśli pielęgniarka stwierdza u pacjenta nieprawidłowości w zakresie częstości i/lub jakości oddechów, musi odpowiednio do rozpoznanej sytuacji podjąć należne interwencje przedlekarskie, np. polecić choremu pozostanie w łóżku, zastosować pozycję półwysoką, wietrzenie sali, tlenoterapię bierną (3 L/min), a w razie braku poprawy stanu pacjenta wezwać lekarza i ewentualnie na jego zlecenie podać farmaceutyki (np. teofilinę, furosemid lub inne). Istotne jest, aby umiała rozpoznać u chorego duszność, nawet jeśli sam chory nie skarży się na nią, a w odpowiedzi na poczynione spostrzeżenia zastosować odpowiednie działania, tj. pozycję ułożeniową wspomagającą wentylację płuc (pozycja półwysoka), tlenoterapię bierną, pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a jeśli to konieczne, wezwanie lekarza. Należy pamiętać, że tlenoterapia, jaką pielęgniarka może samodzielnie zastosować (bez zlecenia lekarza), nie powinna być większa niż 3 L/min.

TILT-test

Jest to próba prowokacji stosowana w diagnostyce powtarzających się omdleń. Rolą pielęgniarki jest przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do badania. Przygotowanie psychiczne obejmuje poinformowanie pacjenta o tym, jak będzie przebiegało badanie, w jakim celu jest wykonywane, zapewnieniu, że pacjent pozostaje pod stałą profesjonalną opieką oraz że jego bezpieczeństwo nie jest zagrożone.

Przygotowanie fizyczne dotyczy następujących reguł i czynności: pacjent pozostaje na czczo, pielęgniarka zakłada obwodowe wkłucie dożylnie, zapina pacjenta do łóżka pionizacyjnego, na jego klatce piersiowej umieszcza elektrody monitora EKG, mierzy RR i HR, tzw. parametry wyjściowe, po czym zostawia pacjenta na kilka-kilkanaście minut w ciszy w pozycji leżącej, okresowo kontrolując jego stan. Następnie rozpoczyna się badanie, pionizacja chorego na łóżku i obserwacja pracy serca (EKG, RR, HR) oraz ocena świadomości chorego.

W czasie badania pielęgniarka dokonuje kilkukrotnych pomiarów RR i HR, bacznie obserwuje pacjenta, współpracuje z lekarzem, a w sytuacji, gdy w wyniku badania zostanie spowodowany incydent zasłabnięcia i/lub utraty przytomności, pielęgniarka poziomuje łóżko, zapewnia dostęp świeżego powietrza i/lub tlenoterapię bierną, podaje leki na zlecenie lekarza, kontroluje parametry życiowe.

Próba wysiłkowa/ Elektrokardiografia obciążeniowa

To nic innego, jak wykonanie EKG podczas wysiłku fizycznego. Dla zdiagnozowania choroby niedokrwiennej serca badanie to jest bardziej miarodajne niż EKG spoczynkowe. Próba wysiłkowa polega na wykonywaniu badania EKG w czasie wysiłku fizycznego dozowanego w sposób kontrolowany. Próbę tę wykonuje się na cykloergometrze lub ruchomej bieżni. W czasie dozowanego, stopniowo zwiększanego wysiłku fizycznego przyspiesza się czynność serca, podwyższa ciśnienie tętnicze, a u osób z chorobą wieńcową pojawiają się zmiany w EKG, charakterystyczne dla niedokrwienia serca.

Pielęgniarka przygotowuje pacjenta psychicznie, informując go o istocie i przebiegu badania oraz o tym, jak pacjent powinien zachować się w jego trakcie, o jakich subiektywnych odczuciach i objawach powinien informować lekarza (pojawienie się duszności, bólu w klatce piersiowej, chromania przestankowego). Pielęgniarka przygotowuje pacjenta fizycznie: zwykle przed badaniem chory może zjeść niezbyt obfite śniadanie, pielęgniarka zakłada obwodowe wkłucie dożylnie, na klatce piersiowej pacjenta umieszcza elektrody EKG, mierzy RR i HR wyjściowe (przed rozpoczęciem badania). W trakcie badania dokonuje kolejnych pomiarów RR, HR. Trzeba wiedzieć, że ból w klatce piersiowej lub odpowiednie obniżenie odcinka ST w zapisie EKG, mimo braku bólu, są wskazaniem do przerwania próby, bowiem cechy te świadczą o niedotlenieniu mięśnia sercowego. Taka sytuacja pojawić się może u pacjentów z wieloletnią cukrzycą. Oni w szczególności narażeni są na tzw. bezbólowy zawał serca.

Rolą pielęgniarki jest otoczenie pacjenta holistyczną opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania. Pod pojęciem opieka holistyczna należy rozumieć podmiotowe traktowanie chorego, jako jednostki biopsychospołecznej.

Stymulacja przezprzełykowa

Jest to badanie diagnostyczne (niekiedy lecznicze), polegające na wprowadzeniu elektrody przezprzełykowej i stymulowaniu serca, nazywane również EKG przezprzełykowym. Z racji bezpośredniej bliskości lewego przedsionka serca i przełyku w niektórych przypadkach wykorzystuje się w diagnostyce zaburzeń rytmu i przewodnictwa możliwość rejestracji elektrokardiograficznej (EKG) w bezpośredniej bliskości serca, jak również tą samą drogą stymulacji elektrycznej serca celem zdiagnozowania zaburzeń rytmu i przewodnictwa elektrycznego serca.

Badanie to umożliwia w sposób nieinwazyjny diagnostykę niektórych zaburzeń rytmu i przewodnictwa elektrycznego w sercu oraz zaburzeń ukrwienia mięśnia sercowego.

Stymulacja przezprzełykowa jest szczególnie użyteczna w diagnostyce niemierności pracy serca ze względu na możliwość uzyskania w zapisie elektrokardiograficznym wyraźnych kształtów załamek P, tzw. załamek przedsionkowych.

Standardowo przed badaniem obowiązuje przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego. Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym powierzchniowym (znieczulenie ścian gardła przed założeniem elektrody do przełyku), u dzieci przeprowadza się je w znieczuleniu ogólnym. Pacjent najczęściej badany jest w pozycji siedzącej (czasami leżącej). Do badania chory musi pozostać na czczo. Ze względu na nieprzyjemne doznania, związane z koniecznością przełknięcia elektrody, chory wymaga szczególnego przygotowania psychicznego, polegającego nie tylko na informacji o istocie i przebiegu badania, ale przede wszystkim na wsparciu i pozyskaniu pacjenta do współpracy. Ponadto pielęgniarka zakładając elektrodę, musi mieć na uwadze, że istnieje możliwość spowodowania odruchu wymiotnego.

Pielęgniarka po dokonaniu znieczulenia powierzchniowego błony śluzowej tylnej ściany gardła 1% roztworem Xylocainy w aerozolu, do jamy ustnej badanego wkłada elektrodę i prosi o jej przełknięcie, jednocześnie przesuwając elektrodę w dół przełyku, na głębokość około 32-38 cm, licząc od zębów. [Uwaga! Choć nie jest to „żelazną” zasadą, warto pamiętać, iż elektrodę najlepiej jest wprowadzać do jamy ustnej i gardła nieco lewostronnie, a nie centralnie. Wynika to z uwarunkowań anatomicznych i w wielu przypadkach może ułatwić pracę pielęgniarce, a pacjentowi

zminimalizować nieprzyjemne doznania towarzyszące przełknięciu elektrody]. Następnie elektrodę łączy z aparatem do stymulacji przezprzełykowej. Aparat ten wiąże w sobie funkcje elektrokardiografii (EKG) i zewnętrznej stymulacji serca. Konieczne jest też wcześniejsze zapewnienie dostępu żylnego (obwodowe wkłucie dożylnie). Rejestracja zapisu EKG, podobnie jak to jest przy EKG spoczynkowym, jest zupełnie niebolesna, natomiast stymulacja serca elektrodą przełykową może być odbierana przez pacjenta jako nieprzyjemne uczucie pieczenia, bólu za mostkiem lub w przełyku. Objawy te są krótkotrwałe i związane bezpośrednio ze stymulacją serca i przełyku prądem o napięciu 8-25 V i natężeniu 15-25 mA. Badanie trwa zwykle kilkanaście minut.

Po badaniu pielęgniarka informuje pacjenta o powstrzymaniu się od spożywania napojów i posiłków do czasu utrzymania się znieczulenia powierzchniowego tylnej ściany gardła (zwykle do kilkunastu minut po badaniu). Zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania. Podczas wykonywania tego badania, poza sprawnością techniczną szczególny nacisk należy położyć na komponentę ekspresyjną roli pielęgniarki.

Echokardiografia (USG serca, ECHO serca)

To bardzo cenne, nieinwazyjne, nowoczesne badanie ultrasonograficzne, mające wysoką wartość diagnostyczną. Umożliwia ocenę anatomii i czynności serca, innymi słowy, dostarcza informacji morfologicznych i hemodynamicznych. Badanie to pozwala ocenić nieprawidłowości w budowie i kinetyce serca, umożliwia wykrycie potencjalnego źródła zatorowości, np. skrzeplin w jamach serca, pozwala ocenić budowę piersiowego odcinka aorty oraz wykryć ewentualne tętniaki aorty, daje też możliwość oceny pnia płucnego i czynności zastawek serca.

Inna odmiana USG, echokardiografia metodą Dopplera, służy do oceny przepływów krwi w jamach serca. Technika ta pozwala na precyzyjne uwidocznienie nieprawidłowych przecieków wewnątrzsercowych, wynikających np. z niedomykalności zastawek. W wielu chorobach serca echokardiografia jest badaniem diagnostycznym z wyboru. Do chorób tych należą choroby zastawkowe, konsekwencje choroby niedokrwiennej serca, kardiomiopatie (rozstrzeniowa, przerostowa, restrykcyjna), nadciśnienie tętnicze, choroby osierdzia, choroby aorty, guzy serca, nadciśnienie płucne, wrodzone wady serca i inne.

Wśród wskazań do wykonania ECHO serca znajdują się podejrzenie tamponady serca, podejrzenie świeżego zawału serca, podejrzenie mechanicznych powikłań zawału serca, np. pęknięcia przegrody mię-

dzynomorowej, ostre rozwarstwienie aorty i inne. Do badania chory nie musi pozostawać na czczo. Badanie jest niebolesne. Pacjent wymaga przygotowania psychicznego, informacji o istocie i przebiegu badania. Chorzy bólowi i/lub mniej sprawni wymagają pomocy w transporcie do pracowni ECHO, zdjęciu ubrania z górnej części ciała i pomocy w przyjęciu pozycji na łóżku/kozetce (pozycja na lewym boku, pozycja na wznak). W okresie przed, w czasie badania i po jego wykonaniu, pielęgniarka dba o bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne pacjenta.

Próba dobutaminowa/ Echokardiografia obciążeniowa

Jest najbardziej popularnym farmakologicznym testem obciążeniowym. Polega na wykonywaniu serii badań ECHO serca w warunkach zmieniającego się obciążenia mięśnia sercowego, którym to obciążeniem są leki działające inotropowo dodatnio (Dobutamina), stąd nazwa „echokardiograficzna próba dobutaminowa”. Podawanie Dobutaminy we wrażliwej dawce powoduje zwiększenie zużycia tlenu przez mięsień sercowy, prowokuje jego niedokrwienie z ujawnieniem odcinkowych zaburzeń kurczliwości w obrazie echokardiograficznym.

Wskazania do echokardiograficznej próby dobutaminowej to między innymi podejrzenie choroby wieńcowej u osób niemogących wykonać wysiłku fizycznego (inwalidztwo, choroby ogólnoustrojowe), podejrzenie choroby wieńcowej u osób z nieprawidłowym spoczynkowym EKG, uniemożliwiającym ocenę niedokrwienia mięśnia sercowego, weryfikacja ujemnego lub dodatniego wyniku testu wysiłkowego niezgodnego z obrazem klinicznym, kwalifikacja do zabiegów koronarografii i inne.

Przygotowanie psychiczne pacjenta do badania polega na poinformowaniu o celu, sposobie i przebiegu procedury medycznej. Co się tyczy przygotowania fizycznego, to zazwyczaj wymagane jest, aby do badania chory pozostawał na czczo. Pielęgniarka zakłada obwodowe wkłucie dożylnie, przygotowuje dożylny wlew Dobutaminy. Następnie pomaga choremu przyjąć odpowiednią pozycję w łóżku/na kozetce. Badanie wykonuje się w pomieszczeniu wyposażonym w niezbędny sprzęt medyczny, zapewniający bezpieczeństwo chorego (zestaw p/wstrząsowy, zestaw reanimacyjny). Pielęgniarka asystuje pacjentowi, pomaga zdjąć odzież z górnej części ciała oraz przyjąć właściwą pozycję ułożeniową. W czasie badania podaje dożylnie Dobutaminę, obserwuje chorego, współpracuje z lekarzem. Dbą o bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne pacjenta, otaczając go całościową opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania.

Telemetria

Telemetria to zapis EKG przy wykorzystaniu fal radiowych. Dzięki temu badaniu w zbiorczym komputerze lekarz i pielęgniarki (zwykle na OIOK-u) mogą obserwować elektryczny zapis pracy serca kilku pacjentów przebywających w oddziale. Telemetrię zakładamy u chorych wymagających monitorowania z przyczyn takich, jak np. bradykardia, zaburzenia rytmu serca. Telemetria zakładana jest na różnie długi okres, czasem na kilka dni.

Przygotowanie psychiczne pacjenta do badania polega na poinformowaniu o celu, sposobie i istocie monitorowania pracy serca za pomocą telemetrii. Do zadań pielęgniarki należy też poinformowanie chorego o zakazie opuszczania oddziału (brak zasięgu w przekazie fal radiowych), oraz okresowa kontrola prawidłowości umieszczenia elektrod i sprawności baterii. Odpowiedzialnym zadaniem pielęgniarki jest stała kontrola zapisu EKG na monitorze zbiorczym i odpowiednie interwencje w przypadku jakichkolwiek zakłóceń czy też znamienych patologicznych cech w zapisie. Przygotowanie fizyczne pacjenta polega na przygotowaniu miejsca założenia elektrod, ewentualnym punktowym zgoleniu owłosienia na klatce piersiowej, odtłuszczeniu skóry specjalną pastą, tak aby uzyskać jak najdokładniejszy telemetryczny przekaz zapisu EKG.

Holter-EKG

To 24-godzinne badanie EKG, składające się z różnej liczby odprowadzeń, od 2 do 12. Badanie to ma bardzo istotne znaczenie, szczególnie dla wykrycia „niemego”, tj. występującego bez żadnych objawów klinicznych, niedokrwienia mięśnia sercowego, ale także w celu zdiagnozowania epizodów zaburzeń rytmu serca.

Przygotowanie psychiczne polega na poinformowaniu chorego o istocie badania, jego celach, o tym, jak chory powinien zachowywać się przez 24 godziny noszenia Holtera oraz jakie incydenty powinien odnotowywać w dzienniczku/karcie obserwacji. Choremu należy wyraźnie objaśnić, że jego aktywność życiowa podczas badania nie powinna różnić się niczym od aktywności, jaką zwykł podejmować w swoim codziennym życiu. Ponadto jasno należy wytłumaczyć, jak w odpowiednich rubrykach karty obserwacji notować incydenty, odchylenia od dobrego samopoczucia. Ważne jest, aby chory zanotował niepokojący go objaw, np. duszność, ból w klatce piersiowej, i jego charakter, godzinę, o której dany objaw wystąpił oraz jakiej aktywności życiowej towarzyszył, np. ból podczas spaceru, ból

podczas wypoczynku, duszność i kołatanie serca podczas rozmowy, niesienia zakupów, itd.

Niezwykle ważne jest właściwe przygotowanie skóry w miejscach przyklejenia elektrod. Odtłuszczenie skóry specjalnym preparatem, ewentualnie zgolenie owłosienia, a często dodatkowe umocowanie elektrod plastrem – to warunki uzyskania prawidłowego zapisu przez 24 godziny. Techniczne umiejętności pielęgniarki zawierają się w prawidłowym założeniu aparatu, we właściwym rozmieszczeniu elektrod, wpisaniu danych osobowych chorego na elektronicznym nośniku, zaś po badaniu na wczytaniu zapisu badania do systemu komputerowego, a niekiedy na wstępnym przeglądzie zapisu i wykasowaniu artefaktów nieistotnych dla postawienia diagnozy.

Holter ciśnieniowy

Monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą Holtera polega na całodobowym, automatycznym wykonywaniu pomiarów RR i HR, co 15-45 minut, przez 24 godziny. Badanie to częściej wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym, ale może też być prowadzone u chorych hospitalizowanych. Aparat zwany Holterem ciśnieniowym zakłada i programuje lekarz bądź pielęgniarka. Badanie to pozwoli wykluczyć nadciśnienie tętnicze białego fartucha oraz ocenić rytm dobowy ciśnienia.

Przygotowanie psychiczne pacjenta do badania polega na pozyskaniu chorego do współpracy, poinformowaniu o celu i czasie trwania badania. Pacjent nie wymaga specjalnego przygotowania fizycznego, a jedynie informacji, jak zachować się podczas noszenia aparatu – chory powinien prowadzić normalną aktywność życiową w ciągu dnia i z założonym aparatem udać się na spoczynek nocny.

Tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej

TK klatki piersiowej w kardiologii wykonywana jest w celu wykluczenia zatorowości płucnej (obok scyntygrafii), tętniaka rozwarstwiającego aorty, poszukiwania przyczyn NT wtórnego (koarktacja aorty). Pielęgniarka przygotowuje chorego psychicznie, informuje o zaplanowanym badaniu i jego istocie. W przeddzień wykonania badania informuje go o konieczności pozostania na czczo. Znosi skierowanie do pracowni rentgenodiagnostyki. W dniu badania zakłada obwodowe wkłucie dożylnie, a następnie zwozi chorego do pracowni diagnostycznej. Zapewnia całonocną opiekę i poczucie bezpieczeństwa psychofizycznego, obserwuje chorego przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania.

TK nerek i angio-TK nerek

U chorych kardiologicznych badania te wykonuje się w celu poszukiwania przyczyn NT wtórnego, np. guza nadnercza (TK nerek) bądź NT naczyńnionerkowego (angio-TK nerek). W przeddzień badania pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności pozostania na czczo. Znosi skierowanie do pracowni tomografii komputerowej. W dniu badania zakłada obwodowe wkłucie dożylnie oraz zawozi chorego do pracowni diagnostycznej. Wymagane jest zabranie historii choroby pacjenta do wglądu dla lekarza w pracowni TK.

Przygotowanie psychiczne pacjenta polega na poinformowaniu o celu, sposobie i przebiegu badania. Przygotowanie fizyczne to pozostawienie chorego na czczo w dniu badania, zapewnienie dostępu dożylnego oraz transport chorego do pracowni i ewentualnie pomoc w przyjęciu właściwej pozycji ułożeniowej. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa psychofizycznego, innymi słowy, otoczenie chorego całościową opieką przed, w trakcie oraz po wykonaniu badania.

Rentgen klatki piersiowej z oceną sylwetki serca (RTG kłp)

Jest to badanie obrazowe wykorzystywane w kardiologii do diagnostyki niektórych chorób serca. W obrazie RTG kłp można ocenić np. cechy zastoiny w krążeniu małym (tzw. krążeniu płucnym), zmiany przerostowe i/lub rozstrzeniowe w mięśniu sercowym (kardiomiopatia przerostowa, kardiomiopatia rozstrzeniowa), płyn w osierdziu, tamponadę serca.

Do badania RTG kłp pacjent nie wymaga specjalnego przygotowania. Nie musi pozostawać na czczo. Do zadań pielęgniarki należy natomiast dostarczenie skierowania na badanie i transport chorego do pracowni RTG. Rodzaj transportu zależy od stanu zdrowia pacjenta. Pacjent chodzący – pieszo, chory z ograniczoną tolerancją wysiłku – transport na wózku siedzącym, w razie potrzeby transport w pozycji leżącej, niekiedy umówienie RTG przy łóżku chorego. Ponadto rolą pielęgniarki jest pomoc w ułożeniu chorego do badania, obserwacja pacjenta, zapewnienie bezpieczeństwa psychofizycznego. Uwzględniając podmiotowe traktowanie chorego w żadnym wypadku nie należy zapominać o psychicznym przygotowaniu go do badania, które w minimalnym zakresie polegać ma na udzieleniu informacji o celu, sposobie i przebiegu badania.

Sądzymy, że powyższa, krótka charakterystyka roli pielęgniarki w przeprowadzaniu badań diagnostycznych u pacjentów z chorobami układu krąże-

nia przedstawia stan obecny pewnego oficjalnego przyzwolenia na to, aby pielęgniarka była aktywnym uczestnikiem w procesie diagnostyczno-leczniczym. Jednak takie czynniki, jak postęp medycyny, nowe obowiązki lekarzy, coraz to powszechniejsze wyższe wykształcenie i wybitny wzrost kwalifikacji pielęgniarek, które nie tylko kończą studia magisterskie i doktoranckie, ale sięgają po tytuły naukowe, sprawiają, że w wielu przypadkach brak uregulowań prawnych dotyczących możliwości podejmowania decyzji diagnostyczno-leczniczych w zakresie odpowiednich dziedzin pracy z chorym wydaje się anachroniczny.

Piśmiennictwo

1. Bartłomiejczyk I., Soluch L.: Diagnostyka laboratoryjna [w:] Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 2004.
2. Borys M.: Wstęp do echokardiografii [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
3. Dorywalski A.: Wada mitralna [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
4. Dorywalski A.: Wada aortalna [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
5. Grabowski M., Opolski G.: Badania dodatkowe w diagnostyce chorób układu krążenia [w:] Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 2004.
6. Grodzicki M.: Bóle w klatce piersiowej [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
7. Łada W.: Choroba niedokrwienna serca [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
8. Łada W.: Niewydolność serca [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
9. Makowiecki K.: Zaburzenia rytmu serca [w:] Łada W. (red.): Wstęp do interny. Dział Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2003.
10. Pilecki T.: Nadciśnienie tętnicze [w:] Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 2004.
11. Senatorski G., Pruszczyk P.: Echokardiografia [w:] Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B. (red.): Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa 2004.
12. Szyszkowska M.: Udział pielęgniarki w innych badaniach diagnostycznych [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Tom II: Wybrane działania pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2004.
13. Woźniak J., Wysokiński M., Kamińska M.: Pomiar, testy i badania diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): Podstawy pielęgniarstwa. Tom II: Wybrane działania pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2004.

Zmiany w sposobie odbywania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece

Anna Piecuch

Wydział Farmaceutyczny WUM

Minister Zdrowia Ewa Kopacz podpisała rozporządzenie w sprawie praktyki zawodowej w aptece. Zastąpi ono dotychczas obowiązujący Komunikat Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Nowe regulacje były potrzebne przede wszystkim dlatego, że sposób realizowania praktyki wymagał dostosowania do Dyrektywy 2005/36/EC z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Zgodnie z postanowieniami zawartymi w tym dokumencie sześciomiesięczna praktyka w aptece otwartej lub szpitalnej stanowi integralny element programu studiów magisterskich na kierunku farmacja. Jednak nie jest to jedyny powód, dla którego potrzebne były zmiany.

– Do tej pory zasady realizowania praktyki różniły się pomiędzy uczelniami, a nawet poszczególnymi aptekami – wyjaśnia Bartłomiej Wasilewski, przewodniczący „Młodej Farmacji”. Dochodziło wręcz do takich absurdów, że w pewnej aptece w Warszawie student farmacji WUM pracował osiem godzin dziennie, a inna osoba, która kończyła farmację we Wrocławiu, pracowała w tej samej placówce tylko sześć godzin. Te różnice brały się z różnej interpretacji przepisów na poszczególnych uczelniach.

Cały problem z Dyrektywą polega na tym, że angielskie słowo „pharmacist”, pojawiające się w jej treści, ma podwójne znaczenie. Oznacza ono zarówno farmaceutę, jak i aptekarza. Aptekarz jest farmaceutą, ale nie każdy farmaceuta musi być aptekarzem. Niestety polskie tłumaczenie Dyrektywy i wdrożenie jej w obecnym kształcie zrównało farmaceutę z aptekarzem, zmuszając wszystkich absolwentów farmacji do przymusowej pracy w aptece przez pół roku na rzecz prywatnego przedsiębiorcy.

W minionym roku akademickim jeden ze studentów piątego roku warszawskiej farmacji ubiegał się o stypendium doktoranckie w trzech laboratoriach europejskich. Jedynym dokumentem wymaganym przez te instytucje do przyjęcia go do pracy było zaświadczenie o liczbie punktów ECTS. Każdy student farmacji po obronie pracy magisterskiej ma zgromadzonych 300 punktów ECTS. Zgodnie z Konwencją Bolońską liczba ta jest równoznaczna z uzyskaniem wykształcenia na poziomie magistra. Student ten po obronie pracy magisterskiej zrezygnował z dalszego kształcenia w Polsce i wyjechał do Francji. Dzięki temu uniknął obowiązku odbywania praktyki w ap-

tece, jednak zapłacił za to wysoką cenę – prawdopodobnie nigdy nie otrzyma dyplomu magistra polskiej uczelni. Trudno pogodzić historię tego studenta z Dyrektywą i nowym rozporządzeniem. W rzeczywistości bowiem wszyscy studenci farmacji na stażu są „magistrami bez dyplomu”. Dyplomu nie dostaną bez ukończonej praktyki.

We wrześniu ubiegłego roku projekt rozporządzenia pojawił się na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Odzew studentów na proponowane zmiany udowodnił, że ta sprawa nie jest im obojętna i że mają wiele uwag zarówno do samego projektu, jak i do ogólnych zasad realizowania praktyki. Ministerstwo Zdrowia otrzymało aż 250 e-maili z uwagami do projektu. Większość z nich stanowiły głosy studentów.

– Zmiany wprowadzone w rozporządzeniu są krokiem w dobrym kierunku – twierdzi Bartłomiej Wasilewski. – Dokument reguluje długość godziny dydaktycznej, która ma wynosić 45 minut, oraz uniemożliwia zmuszanie studentów do pracy w weekendy, a także zakłada konieczność ustalania miesięcznego rozkładu czasu praktyki w porozumieniu ze studentem. Dzięki temu studenci mają szansę podjąć drugą, płatną pracę.

– Sprawa długości godziny dydaktycznej wywoływała wyjątkowo wiele kontrowersji. Studentów farmacji przez pięć lat studiów obowiązuje godzina akademicka trwająca 45 minut. Dopiero na szóstym roku, czyli na stażu, nagle zaczynała nas obowiązywać pełna godzina zegarowa. Naszym zdaniem było to niesprawiedliwe i świadczyło o pewnej niekonsekwencji: student odbywający praktykę nie miał pełnych praw studenckich, był również pozbawiony praw pracowniczych – podkreśla prezes „Młodej Farmacji”.

– Wrocław był jedynym wyjątkiem od reguły – dodaje Andrzej Herbuś, wiceprzewodniczący tego stowarzyszenia. – Tutaj studentów na stażu od początku obejmowała 45-minutowa godzina dydaktyczna. Nowe przepisy doprecyzowały tę kwestię. Chcieliśmy, aby w rozporządzeniu zostało wyraźnie zaznaczone, że student nie może ponosić sądowej i finansowej odpowiedzialności za popełnione błędy. Student nie pracuje w aptece na umowę o pracę i nie otrzymuje wynagrodzenia, a także nie pracuje na własnym kodzie, co często prowadzi do sytuacji, w której jest zmuszany do odpowiedzialności za błędy innych pracowników apteki. Niestety w rozporządzeniu nie znalazła się żadna informacja na ten temat.

Kolejną kwestią, która wzbudza ogromnie dużo emocji wśród studentów i była poruszana praktycznie we wszystkich mailach skierowanych do Ministerstwa Zdrowia, jest odpłatność za praktykę.

– Zintegrowanie stażu z okresem studiów oraz fakt, że nie realizujemy go w ramach umowy o pracę nie jest i nie może być uzasadnieniem dla braku wypłaty wynagrodzenia – argumentuje Bartłomiej Wasilewski. – W chwili obecnej studenci farmacji są jedynymi pracownikami apteki, którym nie płaci się za wykonywaną pracę. Nawet technicy farmaceutycy otrzymują wynagrodzenie za pracę na stażu podyplomowym. Nikt tego nie kwestionuje, ale nie powinien dziwić fakt, że studenci farmacji buntują się przeciwko dyskryminowaniu i traktowaniu ich tak, jakby po pięciu latach ciężkich studiów byli gorzej przygotowani do wykonywania czynności fachowych w aptece od techników. Naszym zdaniem argument, że technik farmaceutyczny czy lekarz odbywa staż podyplomowy, natomiast student farmacji praktykę przeddyplomową, jest nietrafiony. Uważamy, że jest to różnica czysto formalna.

Zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym studentom odbywającym sześciomiesięczną praktykę

przysługują wszystkie prawa studenckie, m.in. stypendium socjalne, stypendium za wyniki w nauce czy możliwość ubiegania się o zakwaterowanie w domu studenckim uczelni.

– Taka jest argumentacja Ministerstwa Zdrowia – wyjaśnia prezes „Młodej Farmacji”. – Nie wolno jednak zapominać o tym, że nie każdy student otrzymuje stypendium, a za miejsce w akademiku również trzeba zapłacić. Na to wszystko potrzebne są pieniądze, które do tej pory musieliśmy brać od rodziców, bo podjęcie dodatkowej, płatnej pracy w trakcie odbywania obowiązkowej praktyki było praktycznie niemożliwe.

Praktyka jest ostatnim etapem kształcenia przeddyplomowego farmaceutów.

– Naszym zdaniem można oczekiwać, że przed rozpoczęciem stażu otrzymaliśmy całą wiedzę potrzebną do podjęcia pracy w aptece – uważa Wasilewski.

– Najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie stypendium stażowego jako formy wynagrodzenia za pracę studenta farmacji podczas realizowania praktyki zawodowej – podsumowuje. – Zdajemy sobie jednak sprawę, że do tego potrzebna jest zmiana Prawa o Szkolnictwie Wyższym oraz Ustawy o Izbach Aptekarskich.



Komunikaty

Jubileuszowy Bal 200-lecia!

Karnawał już wprawdzie za nami, warto jednak przypomnieć, jak spędziliśmy go w Roku Jubileuszowym. Jest co wspominać, bowiem 14 lutego w Centrum Dydaktycznym odbył się „Bal 200-lecia”. Atrakcją wieczoru stał się m.in. tradycyjny polonez w wersji z 1809 roku, wykonany przez tancerzy w strojach z epoki.

Staropolskim obyczajem uroczysty bal karnawałowy należy rozpocząć polonezem – naszym tańcem narodowym, który już przed laty królował na dworach Rzeczypospolitej Szlacheckiej. Tradycji stało się zadość i w tym roku na Balu Jubileuszowym w Centrum Dydaktycznym młodzież z zespołu artystycznego Szkoły Głównej Handlowej zaprezentowała poloneza w wersji

z 1809 roku. Podkreślił on wyjątkową datę – 200-lecia nauczania medycyny w Warszawie, a zarazem rocznicę powstania naszej

Uczelni, której obchody właśnie rozpoczynamy.

W balu wzięło udział około stu osób, które przyjęły zaprosze-



Zabawa rozpoczęła się tradycyjnym polonezem skomponowanym w 1809 roku



Elegancja i szyk królowały w ten karnawałowy wieczór. Na parkiecie bawiło się około stu osób



Bal odbył się w Walentynki, nie zabrakło więc miłych upominków...

nie Jego Magnificencji Rektora WUM prof. Marka Krawczyka, patronującego temu miłemu wydarzeniu. Byli wśród nich m.in. Rektorzy naszej Uczelni w poprzednich kadencjach, nestorzy polskiej medycyny – profesorowie: Jerzy Szczerbań, Bogdan Pruszyński, Tadeusz Tołłoczko i Janusz Piekarczyk. Nie zabrakło także przedstawicieli obecnych władz i pracowników naszego Uniwersytetu.

W balu uczestniczyli ponadto reprezentanci innych warszawskich szkół wyższych: prof. Adam Budnikowski (Rektor Szkoły Głównej Handlowej), prof. Alojzy Szymański (Rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego), prof. Jerzy Woźnicki (były Rektor Politechniki Warszawskiej), prof. Tomasz Borecki (były Rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego), a także przedstawiciele instytucji i organizacji naukowych oraz lekarskich, m.in.: prof. Michał Kleiber (Prezes Polskiej Akademii Nauk), prof. Wojciech Kostowski (Przewodniczący Wydziału VI Nauk Medycznych PAN), dr Konstanty Radziwiłł (Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej) i dr Andrzej Wło-

darczyk (Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie).

Bal Jubileuszowy stanowił połączenie tradycji z nowoczesnością, odbył się bowiem 14 lutego, kiedy obchodzimy stosunkowo nowe w naszym kręgu kulturowym święto – Walentynki, nazywane także Dniem Zakochanych. W związku z tym nie zabrakło miłych upominków w postaci czekoladowych serduszek, którymi obdarowano uczestników balu.

Redakcja „MDW”

28 lat Szpitala Bródnowskiego

W środę 4 lutego w Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie odbyła się miła uroczystość – świętowano 28-lecie istnienia tej placówki. W obchodach jubileuszu uczestniczył Rektor prof. Marek Krawczyk, wśród gości znaleźli się również m.in. Marszałek Województwa Mazowieckiego dr Adam Struzik, Arcybiskup Diecezji Warszawsko-Praskiej ks. dr Henryk Hoser, Dziekan II Wydziału Lekarskiego prof.

Jerzy Polański oraz kierownicy katedr i klinik szpitala.

Przybyłych gości powitała Dyrektor Szpitala Bródnowskiego Teresa Bogiel, która zapoznała zebranych z osiągnięciami tej placówki na przestrzeni ostatnich czterech lat. Podkreśliła, że współautorami sukcesów są wysokiej jakości specjaliści zatrudnieni w jednostce. Szpital stanowi bowiem bazę kliniczną i dydaktyczną dla Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Instytutu Żywności i Żywnienia. W placówce działają jednostki II Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauki o Zdrowiu naszej Uczelni: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji, I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Katedra i Klinika Kardiologii, II Klinika Psychiatryczna oraz Klinika Neurologii.

Jubileuszowe spotkanie miało charakter naukowo-edukacyjny – przybyli goście mogli się bowiem zapoznać nie tylko

z osiągnięciami szpitala w zakresie rozbudowy infrastruktury, lecz także dowiedzieć się o sukcesach naukowych i stosowanych nowoczesnych metodach leczenia.

Profesor Jan Dzieniszewski – wieloletni kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych i Gastroenterologii Instytutu Żywności i Żywienia omówił zagadnienie endoskopii interwencyjnej. Profesor Mirosław Ząbek z Kliniki Neurochirurgii i Urazów Układu Nerwowego CMKP przedstawił bardzo ciekawą prezentację na temat wysoko-specjalistycznego leczenia kręgosłupa, neurochirurgii czynnościowej oraz nowych możliwości przygotowania do operacji onkologicznych. Pokaz, wzbogacony nagraniami wideo, ukazującymi stan chorych przed i po operacji, wzbudził duże poruszenie wśród zebranych. Na zakończenie tej części spotkania profesor Wiesław Jakubowski z Zakładu Ultrasonografii przedstawił „wczoraj” i „dzisiaj” tej placówki.

Uroczystość 28-lecia była jednakże przede wszystkim okazją do złożenia gratulacji – tak Dyrekcji Szpitala, jak i kierownikom poszczególnych katedr, klinik i oddziałów, którzy na co dzień służą pomocą pacjentom. Jako pierwszy słowa uznania wyraził Jego Magnificencja Rektor prof. Marek Krawczyk. Następnie Abp Henryk Hoser podkreślił duchowy wymiar służby pełnionej przez personel medyczny Szpitala. Z kolei Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik pogratulował kadrze zarządzającej i pracownikom doskonałego prowadzenia placówki

oraz przekazał okolicznościowy dyplom.

Na zakończenie warto przypomnieć w skrócie historię Szpitala. Rozpoczął on pracę 22 stycznia 1981 roku, ale plany jego budowy pojawiły się już wcześniej, na przełomie lat 60. i 70. XX wieku – w owym czasie w tym rejonie budowano bowiem wielkie osiedla mieszkaniowe, a Szpital Praski nie był w stanie zapewnić opieki rosnącej liczbie mieszkańców, nie

szym stanie byli hospitalizowani na piętrach dolnych, w stanie lżejszym – na piętrach górnych. W miarę poprawy ich zdrowia byli przenoszani na coraz wyższe piętra. Ostatecznie odstąpiono jednak od tego pomysłu i zorganizowano placówkę w sposób tradycyjny, w oparciu o oddziały i specjalności.

Nowo powstały Wojewódzki Szpital Bródnowski był jednym z większych w stolicy, liczył 820 łóżek. Ważną decyzją, mającą wpływ na jego dalszy rozwój, było zawarcie umów z Warszawskim Uniwersytem Medycznym (wtedy jeszcze Akademią Medyczną w Warszawie), Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Instytutem Żywności i Żywienia – umożliwiło to napływ wykwalifikowanej kadry lekarskiej.

Dzisiaj na Szpital Bródnowski składa

się dwanaście budynków, w których funkcjonuje kilkadziesiąt klinik, oddziałów, zakładów diagnostycznych i terapeutycznych. Ich działalność jest ściśle związana z Przychodnią Przychodnią, w której mieści się trzydzieści poradni specjalistycznych oraz Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. W ciągu 28 lat Wojewódzki Szpital Bródnowski przeprowadził blisko 490 tysięcy hospitalizacji oraz ponad 540 tysięcy porad ambulatoryjnych. W 2007 roku otrzymał certyfikat systemu zarządzania jakością, potwierdzający spełnienie wymagań normy PN-EN ISO 9001:2001 w pełnym zakresie działalności medycznej.

Redakcja „MDW”



Dyrektor Teresa Bogiel z Marszałkiem Województwa Mazowieckiego dr Adamem Struzikiem i JM Rektorem prof. Markiem Krawczykiem

tylko Pragi Północ, ale też pobliskiego Legionowa i okolicznych gmin.

Prace projektowe rozpoczęto w roku 1968, budowa ruszyła w 1973 roku. Pierwszy pawilon ukończono pięć lat później – została w nim umieszczona przychodnia przyszpitalna. W tym okresie powołano również dyrekcję Szpitala: pierwszym dyrektorem został dr Tadeusz Sikorski, który pełnił tę funkcję do 2004 r.

Początkowo miał to być Szpital „bezoddziałowy”, o progresywnej opiece nad pacjentem – tzn. przyjmowany chory nie był kierowany do konkretnego oddziału (np. kardiologii, chirurgii), ale zespół lekarski zajmował się nim w zależności od „ciężkości” jego stanu. Pacjenci w najcięż-