



# MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 4/2007

## Zespół redakcyjny:

**Prof. dr hab. Stefan Kruś** – redaktor honorowy  
**Prof. dr hab. Mirosław Łuczak** – redaktor naczelny  
**Dr Dariusz Kawecki** – z-ca redaktora naczelnego  
Sekretarz redakcji – vacat  
Redakcja i korekta – mgr Karolina Gwarek,  
mgr Małgorzata Pietkiewicz

## Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. **Leszek Pączek** – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. **Ryszarda Chazan** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, prof. dr hab. **Wiesław Gliński** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Jerzy Stelmachów** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Piotr Zaborowski** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Marek Krawczyk** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Maciej Karolczak** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Waldemar Koszewski** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Józef Sawicki** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. **Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego.

## Wydawca:

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

## Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa  
tel. (022) 5720-615  
mdw@am.edu.pl  
www.am.edu.pl/biuletyn/index.html

## Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM  
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów i nie odpowiada za treść publikowanych reklam.

## Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM tel. (22) 5720-327, fax (22) 5720-328  
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

## Spis treści

### Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Grzegorz Lisicki</i>	
Doktorat Honoris Causa dla prof. Tadeusza Tołłoczko....	2
<i>Grzegorz Suwalski, Piotr Suwalski</i>	
„New Europe, New Perspectives for Atrial Fibrillation Therapy” – międzynarodowa konferencja poświęcona chirurgicznemu leczeniu migotania przedsionków .....	6
<i>Monika Tomaszewska-Kiecana, Ewa Burbicka</i>	
V Jubileuszowe Zakopiańskie Dni Kardiologiczne... 9	
<i>Karolina Gwarek</i>	
Zaburzenia Oddychania w Czasie Snu – I Interdyscyplinarna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa .....	12
<i>Piotr Zaborowski, Tomasz Pasierski</i>	
Humanistyczne podstawy medycyny. Rola dialogu w medycynie .....	15
<i>Michał Juszyński</i>	
Kongres Młodych Medyków w warszawskiej AM .....	17
<i>Dariusz Białoszewski, Anna Słupik</i>	
I Wiosna z Fizjoterapią – Cykliczne Sympozjum Studenckich Kół Naukowych.....	19
<i>Małgorzata Bernas</i>	
I Ogólnopolski, Uniwersytecki Dzień Diabetologii ...	22
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z posiedzenia Senatu AM w Warszawie .....	24

### PRO MEMORIA

Wspomnienie o prof. dr hab. Ewie Dróbeckiej-Brydak.....	27
--	----

### NAUKA

<i>Piotr Suwalski, Grzegorz Suwalski</i>	
Współczesne możliwości chirurgicznego leczenia migotania przedsionków .....	28
<i>Wiesław Wiktor Jędrzejczak</i>	
Przeszczepianie komórek krwiotwórczych .....	32
Obrony prac doktorskich .....	36

### DYDAKTYKA

<i>Karolina Gwarek</i>	
Oddział na piątkę.....	37
<i>Zbigniew Gaciong, Włodzimierz Otto, Małgorzata Kruk</i>	
Kształcenie podyplomowe w AM w Warszawie.....	39

### KOMUNIKATY

Zmiana nazwy Szpitala Klinicznego.....	42
Stypendia unijne dla młodych naukowców z AM .....	42
Akcja „Braterstwo Krwi” w Akademii Medycznej.....	42
Akcja „Szpital Pluszowego Misia”. WIOSNA 2007 .....	43

# Doktorat Honoris Causa dla Profesora Tadeusza Tołłoczko

## – motywacja do dalszego działania

**Grzegorz Lisicki**

*Rzecznik prasowy Akademii Medycznej*

*Prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko (ur. 1929). W latach 1990–1996 – Rektor AM w Warszawie. Uczestnik Powstania Warszawskiego, studia ukończył w 1952 r., doktorat obronił w 1963 r., habilitację w 1964 r., profesor zwyczajny od 1991 r., chirurg endokrynolog. Do 2000 r. wykonał największą liczbę operacji nadnerczy, przytarczyc i wyspiaków trzustki w Polsce. Autor ponad 260 prac naukowych i pierwszego w Polsce podręcznika „Podstawy Chirurgii Endokrynologicznej”. Zasłużony nauczyciel akademicki, prowadził 10 rozpraw doktorskich, 14 habilitacyjnych i aż 9 przewodów profesorskich. Kawaler ponad 30 odznaczeń państwowych i uczelnianych, członek licznych organizacji międzynarodowych.*

**Grzegorz Lisicki:** Panie Profesorze, w pierwszych słowach składam gratulacje w związku z tak zaszczytnym wyróżnieniem. Spotykamy się kilka dni po uroczystości nadania Panu Doktoratu Honoris Causa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Chciałbym zapytać, w kontekście Pana dotychczasowych osiągnięć, czy ten tytuł traktuje Pan jako zawodowe spełnienie, ukoronowanie wielu lat pracy? I czy nie doznaje Pan tego, co nazwałbym „syndromem sportowca, który wygrał dwie olimpiady” – poczucia, że już trudno osiągnąć więcej oraz płynące z tego demotywacji?

**Prof. Tadeusz Tołłoczko:** Myślę, że jest to podchwytliwe pytanie, ponieważ „być spełnionym” oznacza dojście do kresu swoich możliwości oraz brak dalszych życiowych planów, a ja mimo wszystko nadal dostrzegam szansę samorealizacji.



*Prof. Tadeusz Tołłoczko podczas uroczystości nadania tytułu Doktora Honoris Causa.*

Niewątpliwie – uzyskanie tego zaszczytnego tytułu, zwłaszcza w takiej uczelni, jak Uniwersytet Medyczny w Łodzi, jest wielkim zaszczytem. Nie uważam jednak, ażeby miało to oznaczać koniec mojej pracy, starań i planów. Jestem bowiem przekonany, że człowiek nie może żyć bez planu nawet w odniesieniu do terminem nieokreślonej przyszłości. Zrezygnować z ambicji i nie podejmować żadnych obowiązków można dopiero wówczas, gdy przestanie się już nawet starzeć. Zwłaszcza dla pracowników nauki „smak” życiowej radości i satysfakcji polega na nieustającym dążeniu do

bycia lepszym od siebie, i to niezależnie od wieku. Na tym właśnie polega samorealizacja.

W młodości byłem przekonany, że życie jest przyjemnością, potem – że jest obowiązkiem, następnie że obowiązek jest przyjemnością. Teraz uważam, że moim obowiązkiem i przyjemnością zarazem jest przekazywanie doświadczenia i wiedzy następnym pokoleniom. Również dlatego, że wnioski płynące z doświadczenia życiowego mają w coraz większym stopniu charakter uniwersalny.

Doktorat Honoris Causa jest najwyższą godnością, jaką może przyznać uniwersytet. Otrzymuje się go za twórczą myśl, twórcze działania, a także za osobistą postawę życiową. Jest on też swoistym „votum zaufania” dla wyznawanych i realizowanych w życiu wartości. I dlatego myślę, że otrzymanie tej godności stanowi raczej motywację i bodziec do kontynuowania dotychczasowej działalności, niż jest jej ukoronowaniem. Pragnąłbym, aby moje myśli i czyny były wkładem do jakże bogatej tradycji medycyny polskiej oraz godnie reprezentowały moją Alma Mater.

**Czy w takim razie nie boi się Pan Profesor, że może czyhać tu niebezpieczeństwo powielania swojej pracy, mało twórczego odtwarzania? Trudno przecież osiągnąć tyle, co Pan i wciąż dostrzegać nowe wyzwania oraz znajdować na nie siły...**

Pańskie pytanie zawiera bardzo subtelnie wyrażoną prawdę o zanikaniu możliwości twórczych w miarę procesu starzenia. Taka jest bowiem rzeczywistość, z której w pełni zdaję sobie sprawę.

Wydajność każdej pracy po osiągnięciu wartości szczytowej niewątpliwie zmniejsza się wraz z wiekiem. Nie oznacza to jednak wcale, że wyrażane myśli, nowe sformułowania nawet znanych już prawd oraz opracowania naukowych zagadnień stają się coraz mniej wartościowe. Myśli i opracowania, jako oparte na doświadczeniu i sprawdzone przez życie, mogą być bardzo nowoczesne i twórcze. Ponadto seniorów w stosunku do młodzieży cechuje przecież znacznie większa intelektualna niezależność oraz większa selektywność celów. Na ogół seniorzy trafniej też oceniają, co ważne, istotne, i lepiej odróżniają to, co jest już udowodnione, od tego, co dopiero udowodnienia wymaga. Zdają też sobie sprawę, że nie są na tyle młodzi, aby „wszystko już wiedzieć”. Często jednak na starość pojawia się pewność swojej intelektualnej doskonałości, nieomylności i wszechwiedzy na każdy temat. To na ogół seniorzy posiadają „słuszne poglądy na wszystko”, oceniając jednak raczej na podstawie własnego doświadczenia i wiedzy oraz utartych sądów, a nie na podstawie najnowszych metod badawczych. Problem polega jednak również i na tym, aby umieć odróżnić prawdziwego naukowca od jego imitacji.

Gdyby ktoś mi powiedział, że jestem na coś za stary, to zastanawiałbym się, w jakim kontekście tak twierdzi. Metrykalnym, biologicznym, intelektualnym? Kryteria kwalifikujące dla każdej z tych możliwości są przecież całkowicie odmienne. Wiek to tylko cyfra wpisana do aktu urodzenia czy paszportu i choć zupełnie nie określa twórczych możliwości jednostki, to jednak dla określonej wiekowo zbiorowości przedstawia statystyczną średnią zakresu tych możliwości. Jednak z pewnością jest wiele osób wykraczających poza granice statystyki.

Pierwsze powojenne lata były dla mnie okresem ciężkiej walki o przeżycie. Nie było co jeść. W zrujnowanym mieszkaniu również zimą nie było szyb w oknach. Po osiągnięciu wprawdzie jeszcze bardzo prymitywnego, ale już znośnego standardu życia, mając 23 lata usłyszałem w klubie sportowym AZS, że nie mogę od nowa wszczać treningów w biegu na 5 km, bo jestem już za stary, aby osiągnąć znaczące wyniki. Być „za starym” w wieku 23 lat – było to, choć dla mnie niepojęte, ale jednak niestety prawdziwe. Bardzo to przeżyłem.



*Doktorat Honoris Causa wręczył profesorowi Rektorowi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prof. Andrzej Lewiński.*

W późniejszych latach uprawiałem narciarstwo i żeglarstwo, uzyskując wyniki kwalifikujące mnie do reprezentowania swego klubu sportowego w ogólnopolskich zawodach. Dziś, z większym niż dotychczas zrozumieniem, staram się utrzymać dobrą kondycję fizyczną, gdyż jest to droga do dobrej kondycji intelektualnej.

Reasumując, myślę, że cała moja działalność powinna teraz polegać na formułowaniu myśli, na ich przekazywaniu dalej w formie publikacji i książek. Chciałbym w tym miejscu podziękować Jego Magnificencji Rektorowi

AM, że stwarza mi obecnie szansę ich wydania.

**Ale zna Pan na pewno teorię, że wiedzy przybywa w postępie geometrycznym? Nawet młodym ludziom trudno nadążyć za wszystkimi nowinkami.**

O bezobjawowym i podstępym procesie naukowego starzenia się przekonałem się na światowym Kongresie Chirurgów w Hongkongu, kiedy to bardzo młoda referentka przedstawiła wyniki swoich badań z dziedziny, w której czułem się „up-to-date”. Niestety, nie zrozumiałem ani za-

stosowanej metodyki badań, ani toku myślowego prowadzącego do przedstawionych wniosków – a więc meritum jej wystąpienia. Wtedy to sformułowałem sobie definicję, że naukowa starość zaczyna się wówczas, gdy postęp idzie szybciej niż moja percepcja. Nie zrozumiałem treści jej wystąpienia, jednak uświadomiłem sobie, że ja już Nagrody Nobla nie dostanę. Ona wprawdzie Nagrody Nobla też nie dostała, pomimo że była bardzo... przekonująca.

Trudno jest w pełni precyzyjnie określić granice starości i młodości w nauce. Młodość to



Gmach Pałacu Poznańskich w Łodzi, w którym odbyła się uroczystość.

nie tylko wczesny okres życia. Nie jest jedynie wyrazem siły, jej dużej rezerwy i perspektyw. Młodość można określić jako stan ducha, ekspresji woli, wyobraźni, emocji, żądań. Dlatego proces przyswajania wiedzy przez młodych przebiega sprawniej. Musimy być świadomi, że w danym nam na naukę czasie odkrywane są coraz szybciej, a zgodnie z fizjologią nasze procesy myślowe i percepcja ulegają zwolnieniu. Tempo rozwoju nauki sprawia zaś, że starzenie się prac naukowych następuje nawet szybciej niż starzenie się biologiczne ich autorów. To powoduje, że obecnie znaleźć się w naukowej czołówce, i potem w niej się utrzymać, jest zadaniem niezwykle trudnym, a sukces bywa zwykle zjawiskiem krótkotrwałym. Dlatego młodzież musi sobie uświadomić, że tak naprawdę najcenniejszą rzeczą, którą ma do wykorzystania i której zawsze jej będzie brakowało, jest czas. Przyjąć natomiast można, że zakres nauki i wiedzy jest nieograniczony. Do uzyskania naukowego sukcesu konieczna staje się umiejętność wykorzystania przeszłości, połączona ze zdolnością uniezależniania się od niej. Pamiętajmy też i o tym, że w cieniu wielkich drzew młode zwykle karłowacieją.

**Ma Pan spory dystans do otrzymanego wyróżnienia, ale na pewno odczuwa Pan satysfakcję z nadania Doktoratu?**

Oczywiście. Satysfakcja jest podwójna. Po pierwsze, dlatego że w ogóle zostałem zaszczycony tą godnością przez Uniwersytet. Po drugie, że na uroczystości było bardzo wielu przedstawicieli świata nauki, medycyny klinicznej, kultury i pozamedycznych dziedzin nauki i zawodów (w tym wielu Rektorów innych Uczelni), wiele znaczących, znamienitych osób. Zinterpretowałem to jako fakt, że wszyscy, którzy przybyli, jak i Ci, którzy nadesłali na ręce JM Rektora gratulacje dla mnie, zgadzają się z decyzją Uczelni. Zawsze przecież przy okazjach nadawania wszelkich odznaczeń i wyróżnień można zadać pytanie: „zasłużył, czy załatwił?”. W moim przypadku o nadanie mi godności Doktora Honoris Causa wystąpił nie chirurg, ale Rektor Uniwersytetu Medycznego, który dostrzegł i docenił moją pracę. Uzasadnia to więc w pełni moje poczucie satysfakcji. Natomiast satysfakcja z pracy, która doprowadziła mnie do Doktoratu Honoris Causa, jest podstawowym składnikiem satysfakcji życiowej w ogóle. Powiem nawet więcej – aby nasze życie stanowiło wartość

dla nas samych, musimy dążyć do samospełnienia właśnie poprzez samorealizację. Satysfakcja jest przecież jednym z głównych motorów działań człowieka. Oczywiście intelektualne wyzwania dają najczęściej tylko satysfakcję intelektualną. W takim przypadku satysfakcja to wyłącznie stan emocjonalny wyzwolony przez świadomość dowartościowania własnych dokonań. Moja satysfakcja ma jeszcze jeden niezwykle cenny i radosny wymiar, bowiem JM Rektor UM w Łodzi jako Promotor stwierdził, że Uczelnia nadaje mi tę godność również w uznaniu mojej życiowej postawy i życiowej drogi. Był to więc rodzaj „votum zaufania” dla mnie ze względu na wartości, którymi się w życiu kierowałem.

**A czy odczuwa Pan dumę? Pytam dlatego, że duma jest szczególnym uczuciem, które łatwo może przerodzić się w pychę. Zastanawiałem się, czy lekarzowi wolno odczuwać dumę, czy może powinien zwalczać to uczucie z obawy, by nie popaść w pychę?**

Niewątpliwie granica między dumą a pychą jest płynna. Wielkie umysły nauki były zawsze bardzo skromne. Toteż Ludwika Pasteura i Izaaka Newtona stać było na stwierdzenie, że nie wykorzystali swych intelektualnych możliwości do końca i pod koniec swojego życia nie czuli się w pełni usatysfakcjonowani swoimi osiągnięciami, choć niewątpliwie uświadamiali sobie wartość swych dokonań. Można więc być dumnym „dumą niewyniosłą”, satysfakcją wewnętrzną, cichą, nie okazywaną na zewnątrz.

Mój dawny nauczyciel, prof. Tadeusz Butkiewicz, był człowiekiem bardzo apodyktycznym i bardzo dbającym o swoje dostojęstwo. Jednak w najmniejszym nawet stopniu nigdy nie wiązało się to z urażeniem cudzej godności.

On po prostu szanował zarówno samego siebie, jak i innych. Jakże często współcześnie „możni tego świata” budują swoje dobre samopoczucie i mniemanie o własnej wielkości metodą deprecjonowania wartości innych i deptania cudzej godności.

Najgorszą rzeczą, jaka przydarzyć się może myślącemu człowiekowi, jest pycha wynikająca z przekonania o posiadaniu wyłączności, patentu na nieomylność i prawdę. Bardzo łatwo prowadzi to do autorytaryzmu i nietolerancji. Pycha znosi poczucie społecznej więzi, współzależności, zrozumienia istoty zespołowego sukcesu, możliwości dialogu i porozumienia.

**W wykładzie wygłoszonym na uroczystości przyznania Doktoratu, mówiąc o idei naukowej, zauważył Pan, że jest w niej także „chęć trwania i protest przeciwko śmierci”. Z kolei w „Tygodniku Powszechnym” 5 marca tego roku ukazał się wywiad z prof. Kornelem Gibińskim, który powiedział, że „problem lekarza zaczyna się wtedy, kiedy leczy tak, żeby uniknąć śmierci”. Dwóch lekarzy, dwa różne stanowiska?**

Ja osobiście nie dostrzegam sprzeczności, ponieważ treść tych stwierdzeń odnosi się do odmiennych sytuacji klinicznych. Zarówno w idei naukowej odnośnie życia człowieka, jak i w naturze ludzkiej niewątpliwie leży „chęć trwania i protest przeciwko śmierci”. Oczekiwania bywają jednak niezgodne z prawami natury. Zarówno chorzy, jak i lekarze często stają wobec nich bezradni. Powinniśmy jednak walczyć o przedłużenie życia, a nie o przedłużenie umierania. Walka o życie chorego, a więc o „uniknięcie śmierci” prowadzona musi być nawet „za wszelką cenę”. Natomiast walka ze śmiercią, również „za wszelką cenę”,

skazana jest w ostatecznym boju na niepowodzenie. Po głębokiej rozwadze i analizie, lekarz może powiedzieć: „pozwołmy choremu umrzeć”

Użyty przez Profesora Gibińskiego termin „uniknięcie śmierci” odnosić się też może do leczenia paliatywnego. W Klinice używane jest pojęcie „czasu dodanego”. „Czas dodany” to czas między zgonem chorego przy naturalnym przebiegu choroby, a odroczonym czasem zgonu po zastosowaniu leczenia paliatywnego. Chorzy mówią wówczas, że żyją na kredyt, lub określają to jako dni darowane, w ciągu których uniknęli śmierci. To jest wyrazem rzucenia wyzwania śmierci z równoczesnym pogodzeniem się z nieuchronnością jej wystąpienia.

**A jak powinniśmy kształcić tych, którzy chcieliby zostać lekarzami?**

Istnieje wiele celów uniwersyteckiego kształcenia lekarzy. W sposób najbardziej skrótowy można by je zdefiniować następująco: przekazać wiedzę, nauczyć myśleć, wpoić konieczność ustawicznego kształcenia się oraz pomóc w ukształtowaniu zasad mo-

ralnych. Wyższa szkoła medyczna powinna otworzyć studentowi horyzonty światowej myśli oraz stworzyć warunki do społecznej aktywności.

Jestem przekonany, że głównym zadaniem uczelni medycznej typu uniwersyteckiego jest nauczyć studentów raczej myśleć i rozumieć, niż tylko pamiętać. Raczej szukać odpowiedzi na pytania, „dlaczego”, niż „jak” lub „co”. Jeśli studenci zdobędą chęć i umiejętność myślenia, to konieczność zdobywania wiedzy, ustawicznego kształcenia się będzie dla nich logicznym i oczywistym nakazem, podejmowanym jako zwykły codzienny obowiązek. To samo dotyczy przyjęcia właściwej postawy moralnej. Medycyny nie wolno się uczyć na własnych błędach. Największym błędem, jaki uczelnia może popełnić, jest tolerowanie pseudonaukowego cwaniactwa. Wśród przekazywanych studentom wartości naczelną miejscem powinna zajmować naukowa i życiowa prawda.

*\* skrócona wersja wywiadu – z pełną można się zapoznać na stronie internetowej Akademii Medycznej: [www.am.edu.pl/biuletyn/index.html](http://www.am.edu.pl/biuletyn/index.html)*



Prof. Tadeusz Tołłoczko odbiera gratulacje od prof. Marka Krawczyka.

# „NEW EUROPE, NEW PERSPECTIVES FOR ATRIAL FIBRILLATION THERAPY”

## – międzynarodowa konferencja poświęcona chirurgicznemu leczeniu migotania przedsionków

**Lek. Grzegorz Suwalski,  
dr n. med. Piotr Suwalski**

*Klinika Kardiochirurgii I Katedry  
Kardiologii Akademii Medycznej  
w Warszawie*



*Prof. Kazimierz Suwalski podczas inauguracyjnego przemówienia.*

Migotanie przedsionków dotyczy coraz większej populacji współczesnych społeczeństw. Dlatego dzisiejsza medycyna potrzebuje wyraźnego przyspieszenia w tej dziedzinie. Kolejne doniesienia pokazują wciąż niedostateczną kontrolę farmakologiczną tej arytmii, która zwiększa ryzyko udaru i zgonu. W następnych latach do głosu dojdą będą techniki inwazyjne – ablacje chirurgiczne i przezskórne. Seria nowatorskich ośrodków na świecie rozpoczęła zaawansowane prace badawcze nad doskonaleniem nowych technik chirurgicznych w leczeniu migotania przedsionków. Zdecydowaliśmy się zorganizować PERSPECTIVES, by zjednoczyć w Warszawie czołowych europejskich kardiochirurgów prowadzących takie projekty.

Konferencja „Nowa Europa, Nowe Perspektywy w Leczeniu Migotania Predsionków” odbyła się w dniach 19 – 20 kwietnia 2007 r. pod patronatem JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie prof. Leszka Pączka. Została zorganizowana przez Klinikę Kardiochirurgii AM.

Pomysł takiego wydarzenia zrodził się ponad pół roku wcześniej. Początkowo nie wierzyliśmy, aby wszyscy tak znaczący na świecie naukowcy i lekarze mogli spotkać się w jednym miejscu i przedyskutować kwestie perspektyw chirurgicznego leczenia migotania przedsionków. Jednak gdy Konferencja zyskała poparcie Władz Uczelni oraz Klubu Kardiochirurgów Polskich, którzy zadeklarowali swój udział, prace organizacyjne zaczęły nabierać tempa.



*Prof. Wiesław Gliński, Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem podczas wystąpienia inauguracyjnego.*

Zaproszenie do przyjazdu oraz wygłoszenia wykładu przyjęli: prof. Friedrich W. Mohr (kierownik Kliniki Kardiochirurgii

Uniwersytetu w Lipsku oraz Dyrektor Herzzentrum w Lipsku), prof. Ulrich von Oppell (kierownik Kliniki Kardiochirurgii Uniwersytetu w Cardiff, Wielka Brytania), prof. Amiran Revishvili (kierownik Kliniki Leczenia Zaburzeń Rytmu Serca w Moskwie), prof. Hauw T. Sie (kierownik Kliniki Kardiochirurgii w Zwolle w Holandii), dr Krishna Khargii (kierownik Kliniki Kardiochirurgii w Hadze w Holandii), dr Nicolas Doll (Klinika Kardiochirurgii Uniwersytetu w Lipsku), prof. Gerhardt Hindricks (kierownik zespołu elektrofizjologów w Herzzentrum Leipzig), prof. Toomas Sulling (kierownik Kliniki Kardiochirurgii w Tallinie w Estonii).

Polska kardiochirurgia antyarytmiczna stoi na wysokim poziomie i wciąż zwiększa się liczba wykonywanych procedur tego typu. Do prowadzenia sesji naukowych zaproszenie przyjęli: prof. Marian Zembala (dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca), prof. Andrzej Biederman (kierownik I Kliniki Kardiochirurgii Instytutu Kardiologii w Warszawie), prof. Kazimierz B. Suwalski (kierownik Kliniki Kardiochirurgii Akademii Medycznej w Warszawie oraz Przewodniczący Komitetu Naukowego), dr n. med. Piotr Suwalski (Klinika Kardiochirurgii Akademii Medycznej w Warszawie).

Konferencja odbyła się w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie. Pierwszy dzień PERSPECTIVES był dniem międzynarodowych obrad. Wykład inauguracyjny wygłosił

prof. Mohr, który podkreślił dynamiczny rozwój polskiej kardiologii w ostatnich dwóch dekadach. Prof. Mohr zaznaczył również, iż początek chirurgii antyarytmicznej na świecie miał miejsce także w Warszawie, a prof. K. Suwalski jest jednym z czterech pionierów tej dyscypliny. Wykład pokazał jak mocno ugruntowana jest wiedza o skuteczności różnych metod chirurgicznego leczenia migotania przedsionków w różnych grupach pacjentów.

Sesja I poświęcona była leczeniu migotania przedsionków u pacjentów kierowanych do interwencji chirurgicznej z powodu wad zastawkowych, choroby wieńcowej i innych. Kolejni wykładowcy wskazali na konieczność, bezpieczeństwo i możliwości chirurgicznej ablacji we wszystkich grupach pacjentów kierowanych do leczenia kardiologicznego. Prześledzono wyniki osiągane poprzez zastosowanie różnych systemów i technik ablacji chirurgicznej, a także status prac prowadzonych na świecie nad nowymi rozwiązaniami technologicznymi. Szczególnie inspirujący był wykład wybitnego elektrofizjologa prof. Hindricks'a, który omówił, czym jest migotanie przedsionków i jakie powinniśmy obierać cele terapeutyczne.



Transmisja z sali operacyjnej na żywo. Dr Nicolas Doll zaprezentował pierwsze w Polsce zastosowanie systemu do krioablacji.

W trakcie trwania sesji rozpoczęła się transmisja na żywo z sali operacyjnej Kliniki Kardiologii AM, gdzie dr Doll zaprezentował pierwsze w naszym kraju zastosowanie specjalnie sprowadzonego systemu do krioablacji, wykorzystującego argon u młodego pacjenta cierpiącego od lat na utrwalone migotanie przedsionków. Zabieg został wykonany z małego dostępu (5-centymetrowe cięcie z boku klatki piersiowej), a wszyscy zebrani w auli mogli obserwować na żywo obraz z endoskopowej kamery wprowadzonej do serca pacjenta i rozmawiać z zespołem operującym.

Sesja II poświęcona była nowym perspektywom i nowym grupom pacjentów, którym współczesna małoinwazyjna kardiologia antyarytmiczna może zaproponować leczenie. Są to pacjenci z samoistnym migotaniem przedsionków, u których zawodzą inne metody leczenia. Dr Piotr Suwalski zaprezentował film z opracowanej w naszym ośrodku nowej małoinwazyjnej techniki izolacji żył płucnych z zastosowaniem bipolarnej elektrody radiofrequency. Kolejni wykładowcy przedstawili swoje propozycje i wstępne doświadczenia z tej nowej gałęzi kardiologii. Niezwykle ciekawym był unikalny wykład prof. Revishvili,



Projekcje z sali operacyjnej cieszyły się ogromnym zainteresowaniem uczestników konferencji. Na zdjęciu profesorem (od lewej): Kazimierz Suwalski, Maciej Karolczak, Wiesław Gliński.



W konferencji udział wzięli wybitni specjaliści z całego świata – na zdjęciu (od lewej) – prof. Amiran Revishvili i prof. Friedrich W. Mohr.



W drugim dniu konferencji operację na żywo przeprowadził zespół z Kliniki Kardiologii pod kierunkiem dra Piotra Suwalskiego.

który w swojej praktyce wykonuje zarówno zabiegi przezskórnej, jak i chirurgicznej ablacji migotania przedsionków.

Po obradach pierwszego dnia wykładowcy i uczestnicy wzięli udział we wspólnym joggingu (I'm in Sinus Run), który odbył się w parku na Polach Mokotowskich, a następnie mieli możliwość kontynuacji dyskusji podczas nieformalnego wieczornego spotkania w jednej z restauracji Starego Miasta.

Drugi dzień konferencji był bezpośrednio poświęcony sytuacji w polskiej kardiologii migotania przedsionków. Obie sesje zaplanowane zostały w konwencji okrągłego stołu, a każdy ośrodek wykonujący lub planujący

się wokół prezentacji kolegów kardiologów z Poznania, Szczecina, Katowic, Krakowa, Łodzi, Warszawy, Białegostoku, Bydgoszczy, Zabrza, Zamościa, Lublina. Jednocześnie trwała druga transmisja na żywo z sali operacyjnej Kliniki Kardiologii, gdzie zespół Kliniki pod kierunkiem dr Piotra Suwalskiego wykonał chirurgiczną izolację żył płucnych u pacjenta poddawanego pomostowaniu tętnic wieńcowych na bijącym sercu bez zastosowania krążenia pozaustrojowego.

Wokół auli na dwóch piętrach Centrum Dydaktycznego zaprezentowało się 18 wystawców, przedstawiających propozycje sprzętu chirur-

gicznego, kardiologicznego i leków stosowanych w terapii zaburzeń rytmu serca.

Podsumowując, Konferencja New Europe, New Perspectives for Atrial Fibrillation Therapy zorganizowana w Akademii Medycznej w Warszawie była pierwszą tego typu w Polsce i jedną z pierwszych w Europie, tak szeroko poświęconą nowym trendom w chirurgicznym leczeniu migotania przedsionków. Mieliśmy możliwość korzystania z doświadczeń i wiedzy znanych światowych i krajowych specjalistów. PERSPECTIVES na stałe wejdzie do kalendarza spotkań naukowych i organizowana będzie co dwa lata.



Dr Piotr Suwalski (z prawej) podczas jednego z wykładów.

Szczególne podziękowania należą się Władzom Uczelni za wielką pomoc i opiekę nad tym przedsięwzięciem. Z kolei bez profesjonalnej pracy Zespołu Centrum Dydaktycznego AM nie możliwe by było tak sprawne i efektywne przeprowadzenie dwóch transmisji operacji kardiologicznych, zorganizowanie bogatej wystawy i zaplecza logistycznego. Organizacja konferencji była wielomiesięcznym wysiłkiem Komitetu Organizacyjnego, w którego skład wchodził i będą wchodzić wszyscy pracownicy Kliniki Kardiologii AM oraz nasi Studenci, którym należą się wyrazy uznania.



Grupa joggingowa, w środku prof. Kazimierz Suwalski.



# V JUBILEUSZOWE ZAKOPIAŃSKIE DNI KARDIOLOGICZNE

**Lek. Monika Tomaszewska-Kiecana,  
lek. Ewa Burbicka**

*Katedra i Klinika Kardiologii,  
Nadciśnienia Tętniczego i Chorób  
Wewnętrznych II WL AM w War-  
szawie*

*W dniach 13–15 kwietnia 2007 roku, w stolicy polskich Tatr – Zakopanem, już po raz piąty odbyły się Zakopiańskie Dni Kardiologiczne. Tradycyjnie zgromadziły one liczne grono znamienitych wykładowców oraz rzeszę lekarzy z różnych regionów Polski, zainteresowanych problematyką chorób układu krążenia.*

Zakopiańskie Dni Kardiologiczne organizowane są od 2003 roku w stylowych wnętrzach hotelu „Belvedere”, położonego u wejścia do tatrzańskiej Doliny Białego. Pomysłodawcą i inicjatorem Sympozjum jest profesor Mirosław Dłużniewski, Kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Pierwsze spotkanie, które odbyło się w kwietniu 2003 roku, zgromadziło 330 uczestników, natomiast tegoroczne V Jubileuszowe Dni Zakopiańskie zaszczyliło swoją obecnością już ponad 700 lekarzy. Rosnąca z roku na rok popularność Sympozjum bez wątplenia skłania do refleksji. W czasach, gdy wielu lekarzy poszukuje samorealizacji poza granicami Polski, trudno uwierzyć, że zainteresowanie zdobywaniem wiedzy może być tak duże. Na sukces Zakopiańskich Dni Kardiologicznych składa się nie tylko zgromadzenie w Zakopanem zna-

nych i cenionych wykładowców czy dobór aktualnych tematów, ale także doskonała organizacja zjazdu, odbywającego się w malowniczej scenerii polskich Tatr.

Spotkania zakopiańskie są od kilku lat okazją do zapoznania się z aktualnymi trendami w kardiologii. Również tym razem program obfitował w ciekawe tematy. Tegoroczną innowacją (częściowo

w czasie ciąży, wadach zastawki mitralnej i niewydolności serca. Sesję poświęconą zatorowości prowadzili prof. Grzegorz Opolki i prof. Mirosław Dłużniewski. O trudnościach w rozpoznawaniu i diagnostyce tej choroby, a także o leczeniu zachowawczym mówiły dr Joanna Syska-Sumińska i dr Iwonna Grzywanowska-Łaniewska, a opcje leczenia chirurgicznego przedstawił dr Piotr Przybyłowski. Drugim, wyjątkowo ciekawym i jednocześnie



*Uczestnicy Zakopiańskich Dni Kardiologicznych podczas jednej z sesji w Sali im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.*

wymuszoną przez znaczną liczbę wykładów i uczestników) było równoległe prowadzenie obrad w dwóch salach: im. Marszałka Józefa Piłsudskiego i im. Władysława Grabskiego. Retransmisja obrad z Sali Marszałka Piłsudskiego na telebimach w dodatkowej auli pozwoliła na wzięcie w nich udziału wszystkim zainteresowanym słuchaczom.

V Jubileuszowe Zakopiańskie Dni Kardiologiczne zdominowane zostały przez kilka tematów. W pierwszym dniu Sympozjum dyskutowano o zatorowości płucnej, problemach kardiologicznych

trudnym tematem były problemy kardiologiczne kobiet w ciąży. Sesję prowadzili prof. Zdzisława Kornacewicz-Jach i prof. Mirosław Dłużniewski. W trakcie tej części Sympozjum podjęto problemy najczęstsze i najtrudniejsze w codziennej praktyce, takie jak: zaburzenia rytmu serca w ciąży, zatorowość płucna ciążarnych, wady serca i nadciśnienie tętnicze. Ekspertami w tym zakresie byli: prof. Zdzisława Kornacewicz-Jach, prof. Jacek Dubiel, prof. Piotr Hoffman, prof. Kalina Kawecka-Jaszcz. Równoległym tematem tego dnia były



W zjeździe uczestniczyło wiele sław polskiej medycyny (od lewej: prof. Mirosław Dłużniewski, prof. Lech Poloński).

wady zastawki mitralnej, o których dyskutowali kardiolog prof. Piotr Hoffman i kardiochirurg prof. Marian Zembala. Kolejna sesja dotycząca niewydolności serca zgromadziła takich specjalistów, jak prof. Jerzy Korewicki, prof. Lech Poloński oraz prof. Grzegorz Opolski. Niezwykle interesujący wykład przedstawiający problematykę nefrologiczną w niewydolności serca, wygłosił dr Piotr Rozentryt.

Drugi dzień obrad zdominowały szeroko pojęte „Nowości-Wątpliwości”, które dotyczyły leczenia hypolipemizującego, leczenia migotania przedsionków, leczenia stabilnej choroby wieńcowej oraz wpływu farmakologicznego na układ R-A-A w niewydolności serca. W trakcie tej sesji mieliśmy możliwość wysłuchania opinii prof. Mirosława Dłużniewskiego, prof. Zdzisławy Kornacewicz-Jach, prof. Barbary Cybulskiej, prof. Lecha Polońskiego, prof. Mariana Zembała, dr Piotra Przybyłowskiego, dr Karola Wierzbickiego, prof. Jerzego Korewickiego i doc. Marka Kucha. Dla zainteresowanych problemami z codziennej praktyki lekarskiej przygotowano szereg inspirujących i różnorodnych tematycznie wykładów, takich

jak: stan przednadciśnieniowy, praktyczne spojrzenie na zapis EKG, współpraca lekarza praktyka z kardiochirurgiem, leczenie skojarzone statyną i fibratem. Tak szeroką tematycznie gamę zagadnień podjęły Panie profesor: Hanna Szwed, Kalina Kawecka-Jaszcz, Barbara Cybulska, przy wsparciu znakomitych kardiochirurgów: dr Piotra Przybyłowskiego i dr Karola Wierzbickiego. Po „prowokacyjnym” wykładzie prof. Mirosława Dłużniewskiego o tym, że cholesterol LDL nie powinien być już najważniejszym celem wtórnej prewencji choroby niedokrwiennej serca, równie żywą dyskusję wzbudził wykład prof. Barbary Cybulskiej o skojarzonym leczeniu hiperlipidemii. Problemy codziennej praktyki podjęto także podczas sesji poświęconej farmakoterapii klinicznej podstawowymi obecnie lekami kardiologicznymi: statynami, fibratami, inhibitorami konwertazy angiotensyny II, sartanami i beta-adrenolitykami.

Sesje objęte wspólnym tytułem „Problemy codziennej praktyki”, przed laty zainicjowane przez prof. Mirosława Dłużniewskiego, na przestrzeni tychże lat znakomicie się rozwijają. Okazuje się bowiem, iż „dotykanie” proble-

mów zarówno codziennych, jak i praktycznych jest najbardziej cenione przez lekarzy, stąd ich niesłabnące powodzenie.

W trzecim, ostatnim dniu zakopiańskiego spotkania przedstawiono tematy niezmiernie ważne, wzbudzające burzliwe dyskusje i polemiki. W czasie sesji o retorycznie brzmiącym tytule „Jak i czy można osiągnąć trwały sukces po”. Przed trudnym zadaniem stanęli tym razem lekarze praktycy, nasi koledzy z Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, wspierani przez prof. Mirosława Dłużniewskiego. O możliwości osiągnięcia trwałego sukcesu po zawale serca mówił dr Jarosław Król, po angioplastyce naczyń wieńcowych – dr Marek Chmielewski, po pomostowaniu naczyń wieńcowych – dr Jacek Sawicki. Na temat skuteczności leczenia zabiegowego wad zastawkowych mówił dr Witold Pikto-Pietkiewicz. Polemikę z wykładowcami podjęli eksperci: prof. Barbara Cybulska, doc. Marek Kuch, prof. Lech Poloński, prof. Marian Zembala, prof. Piotr Hoffman, dr Piotr Przybyłowski. Niezainteresowani szeroko pojętą kardiologią zabiegową mogli wybrać równoległą sesję dotyczącą zespołu metabolicznego, insulinooporności i cukrzycy. O swoich doświadczeniach opowiadali wybitni znawcy tej problematyki – profesorowie: Bogna Wierusz-Wysocka i Henryk Wysocki. Cennymi spostrzeżeniami na temat leczenia chorych z cukrzycą i choroby niedokrwiennej serca podzielił się prof. Artur Mamacz, a spojrzenia kardiochirurgicznego na chorego z cukrzycą dokonał prof. Marian Zembala. Kończący tę sesję wykład dr Piotra Rozentryta dotyczył funkcji nerek u chorych z cukrzycą i chorobą niedokrwinną serca.

Cenną inicjatywą organizatorów, pod merytorycznym

patronatem profesora Mirosława Dłużniewskiego, było przedstawienie autentycznych przypadków klinicznych w formie tzw. „forum klinicznego” po każdej sesji tematycznej. Wychodząc z założenia, że wykład teoretyczny, wsparty praktyczną wiedzą wyniesioną z sal szpitalnych czy gabinetów lekarskich ma szczególną siłę dydaktyczną, organizatorzy osiągnęli niewątpliwy sukces. Wystarczy wspomnieć, iż najgorętsze dyskusje i polemiki nie tylko pomiędzy gronem profesorskim, ale także wśród słuchaczy, wywołały przykłady pacjentów „z życia wzięte”. Trudno o większą autentyczność wiedzy. W czasie Zakopiańskich Dni Kardiologicznych oprócz wykładów i sesji naukowych odbywały się także zajęcia praktyczne. W małych salach wykładowych przeprowadzone zostały interaktywne warsztaty szkoleniowe z zakresu elektrokardiografii, pod czujnym okiem doc. Marka Kucha i członków zespołu kliniki. Ćwiczenia dotyczyły oceny zmian w zapisie elektrokardiograficznym w czasie testu wysiłkowego i oceny zaburzeń rytmu serca. Duże zainteresowanie wzbudzała elektrokardiograficzna analiza pracy różnych typów stymulatorów i jak zwykle cieszące się już dużą popularnością zagadki elektrokardiograficzne.

Podsumowaniem Dni Zakopiańskich pod względem merytorycznym było przyznanie uczestnikom zjazdu 16 punktów edukacyjnych. Swoje punkty przyznało również Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i Towarzystwo Internistów Polskich.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej cennej inicjatywie. Tradycją Zakopiańskich Dni Kardiologicznych jest wykonywanie badań profilaktycznych w zakresie chorób układu krążenia wśród mieszkańców Zakopanego i okolic. Już po raz piąty

lekarze i pielęgniarki z zespołu prof. Mirosława Dłużniewskiego przeprowadzili szeroko zakrojoną diagnostykę, obejmującą badania biochemiczne (m. in. poziom glikemii, HgA1C, profil lipidowy, transaminazy), badania EKG i echokardiograficzne. Tym razem spośród zeszłorocznych uczestników badań profilaktycznych zaprosiliśmy tych szczególnie zagrożonych – z otyłością trzewną i zespołem metabolicznym. Z tegorocznych badań skorzystało około 100 mieszkańców Zakopanego. O potrzebie organizowania takich spotkań świadczą ciepłe słowa płynące od Podhalan, a także oficjalne podziękowanie Burmistrza Zakopanego Janusza Majchra, złożone na ręce organizatorów.



*Prof. Mirosław Dłużniewski – pomysłodawca i organizator Zakopiańskich Dni Kardiologicznych.*

V Jubileuszowe Dni Zakopiańskie uświetniło jeszcze jedno wydarzenie. W trakcie tegorocznego spotkania powstał Klub Wykładowców przy Podyplomowej Szkole Kardiologii. Pomysłodawca i twórca Klubu, prof. Mirosław Dłużniewski sformalizował w ten sposób istniejące już od lat więzi między wykładowcami uczestni-

czącymi w Dniach Zakopiańskich, jak i w odbywających się od wielu lat spotkaniach Podyplomowych Szkół Kardiologicznych.

Można by pomyśleć, że Zakopiańskie Dni Kardiologiczne składały się li tylko z ogromu wiedzy i wytężonej pracy, jednak organizatorzy nie zapomnieli o wypoczynku. W programie znalazł się czas na spokojny spacer po Krupówkach i bardziej aktywny po górach. Chętni korzystali ponadto z pierwszych wiosennych promieni słońca na tarasach hotelu „Belvedere”.

Nieprzypadkowo Zakopane zostało wybrane na miejsce organizacji Dni Kardiologicznych. Monumentalne, budzące respekt góry, niepowtarzalna podhalańska architektura i kultura, pozostawiają niezatarte wspomnienia i sprawiają, że do Zakopanego po prostu z przyjemnością się wraca. Wydaje się, że tegoroczne Jubileuszowe Zakopiańskie Dni Kardiologiczne można zaliczyć do udanych. Wiele przemawia za potrzebą organizowania takich spotkań także w przyszłości: sale wypełnione słuchaczami, słuchacze domagający się wiedzy, wykładowcy, których z uwagą i przyjemnością się słucha, mieszkańcy zadowoleni z goszczenia kardiologów w swoim mieście. Jeśli dodać do tego przepiękną słoneczną pogodę i ośnieżone szczyty Tatr, to realnie wydaje się, że spotkamy się znów za rok. Na szczęście prof. Mirosław Dłużniewski, kończąc tegoroczne Sympozjum, obiecał organizację kolejnych, już VI Zakopiańskich Dni Kardiologicznych.

A więc, do zobaczenia za rok pod Giewontem.

Trzymamy za słowo Panie Profesorze...

# ZABURZENIA ODDYCHANIA W CZASIE SNU

## I Interdyscyplinarna Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

**Mgr Karolina Gwarek**

Redakcja „Medycyny Dydaktyki Wychowania”

**Konferencja naukowo-szkoleniowa „Zaburzenia Oddychania w Czasie Snu” odbyła się 14 kwietnia b.r. w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie. Została zorganizowana pod patronatem Rektora AM prof. dr hab. Leszka Pączka. Konferencję poprowadzili prof. dr hab. Ryszarda Chazan i prof. dr hab. Jan Zieliński z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM.**

Konferencja miała charakter interdyscyplinarny, uczestniczyli w niej lekarze różnych specjalności. Składała się z dwóch części: w pierwszej przedstawiono zagadnienia patofizjologii i rozpoznawania Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu (ZOCS), w kolej-

nej – powikłania i następstwa, wynikające z ich nieleczenia lub leczenia w sposób niewłaściwy. W trakcie spotkania szczególnie



Konferencję nt. Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu objął patronatem Rektor AM prof. Leszek Pączek.

nacisk położono na tematy związane z Obturacyjnym Bezdechem Podczas Snu.

Na początku konferencji wygłosił nt. neurobiologii snu wygłosił prof. dr hab. Waldemar Szelenberger z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej AM. Przedstawił

on zarówno zagadnienia fizjologii snu, jak i skutki jego niedoboru. Podczas konferencji prof. Szelenberger omówił również różnorodne przyczyny senności dziennej, która stanowi jeden z głównych objawów OBPS. Ciekawe prezentacje na temat tej choroby przedstawili również lekarze z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM. Prof. dr hab. Jan Zieliński wygłosił referat nt. mechanizmów i patofizjologii tego schorzenia,

a prof. dr hab. Ryszarda Chazan – prezentację pt. „Klasyfikacja, klinika i diagnostyka Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu”.

Zaburzenia Oddychania w Czasie Snu są stosunkowo młodą dziedziną medycyny – zaczęto je rozpoznawać dopiero pod koniec lat 60 ubiegłego wieku. W ostatnim dziesięcioleciu udowodniono jednak, że ZOCS występują o wiele częściej, niż dotychczas przypuszczano – stwierdza się je u 5–20% populacji. Najczęstszą ich postacią jest OBPS. Prof. T. Young i wsp. przeprowadzili w Stanach Zjednoczonych badania na grupie 602 osób w wieku od 30 do 60 lat i wykazali, że u 2% kobiet i 4% mężczyzn można rozpoznać tę chorobę. Wyniki badań epidemiologicznych w Polsce wykazały, że na OBPS choruje 17% mężczyzn i 6% kobiet. Jeśli weźmie się pod uwagę liczbę mieszkańców – można się spodziewać, że w naszym kraju jest ok. 450 tysięcy osób dotkniętych tym problemem.



Spotkanie prowadzili prof. Ryszarda Chazan i prof. Jan Zieliński z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM.

OBPS polega na powtarzających się wielokrotnie w czasie nocnego snu przerw w oddychaniu (bezdechów). Bezpośrednią tego przyczyną jest zapadanie się miękkich części w obrębie gardła. Chorym zapada się podniebienie miękkie, język cofa się w głąb gardła, może również dojść do zapadania się innych części w jego obrębie. Powoduje to najpierw zmniejszenie, a następnie całkowite zamknięcie światła tego odcinka dróg oddechowych, co przejawia się właśnie bezdechem. Pomimo wielu badań, do tej pory nie udało się jednoznacznie ustalić przyczyny, która prowadzi do powstawania tego typu zaburzeń. W grę wchodzi jednak przede wszystkim 2 grupy czynników:

- nieprawidłowości anatomiczne występujące na poziomie gardła i/lub nosa. U wielu osób cierpiących na OBPS można stwierdzić skrzywienie przegrody nosowej, powiększenie migdałków podniebiennych oraz języka. Istotnym czynnikiem, który może wpływać na drożność gardła jest także otyłość, prowadząca do odkładania się tłuszczu w okolicach gardła i szyi,

- zaburzenia nerwowej regulacji mięśni zaopatrujących gardło. Bezpośrednio po zaśnięciu dochodzi do obniżenia napięcia mięśni języka, podniebienia miękkiego i gardła. Zjawisko to u osób zdrowych nie powoduje żadnych niekorzystnych następstw, ale u chorych na OBPS, jeśli dodatkowo występuje np. skrzywienie przegrody nosa lub bardzo powiększone migdałki podniebienne, prowadzi do bezdechów.

Następstwem trwających od kilkunastu do kilkudziesięciu sekund bezdechów są krótkotrwałe niedotlenienia krwi i przebudzenia. Z kolei zła jakość snu jest przyczyną poważnych zaburzeń czynności centralnego układu nerwowego i zaburzeń regulacji



Konferencja miała charakter interdyscyplinarny – uczestniczyli w niej lekarze różnych specjalności.

hormonalnej. Podczas konferencji na ten temat wypowiedzieli się specjaliści: wykład o powikłaniach neurologicznych u osób



Rektor AM, prof. Leszek Pączek w czasie inauguracyjnego przemówienia.

cierpiących na OBPS wygłosił prof. dr hab. Hubert Kwieciński z Katedry i Kliniki Neurologii AM, natomiast dr Marta Kumor (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM) przedstawiła prezentację pt. „Zaburzenia endokrynologiczne w przebiegu OBPS”.

Osoby chorujące na OBPS cierpią również z powodu zabu-

rzeń sfery emocjonalnej i czynności poznawczych. Te czynniki wpływają niekorzystnie na ich życie osobiste i zawodowe. Jedną z najdrastyczniejszych konsekwencji upośledzenia związanego z OBPS są wypadki komunikacyjne, spowodowane zaśnięciem chorego za kierownicą. Problem ten omówił dr Tadeusz Przybyłowski (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM), zaś referat na temat stanu emocjonalnego, funkcji poznawczych i jakości życia u chorych na OBPS przedstawiła dr Małgorzata Farnik, reprezentująca Śląską Akademię Medyczną w Katowicach.

OBPS może wystąpić w każdym momencie życia, od okresu noworodkowego aż do późnej starości. Częstość jego występowania rośnie wraz z wiekiem. Jednak choroba ta niejednokrotnie dotyka także dzieci, szczególnie w wieku od 3 do 5 lat – jest to często wynikiem powiększenia migdałków, zwłaszcza trzeciego. Podczas konferencji prezentację poświęconą temu zagadnieniu przedstawił prof. dr hab. Marek Kulus, Kierownik Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego AM.

Stwierdzone zostało ponadto rodzinne występowanie OBPS, o czym mówił dr Krzysztof Byśkiniewicz, reprezentujący Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM.

Wśród klasycznych objawów OBPS wymienia się: chrapanie, znacznie nasiloną dzienną senność oraz obecność bezdechów potwierdzonych przez partnera. Często objawy OBPS dzieli się także na dzienne i nocne. Do objawów dziennych należą: uczucie niewyspania i zmęczenia po przebudzeniu, bóle gardła, wysychanie śluzówek, osłabienie potencji\libido, osłabienie funkcji poznawczych, nadmierna drażliwość, skłonność do reakcji depresyjnych.

Wśród objawów nocnych wymienia się najczęściej: głośnie i nieregularne chrapanie, bezdechy obserwowane przez domowników, nadmierne pobudzenie ruchowe w czasie snu, niespokojny sen, koszmary senne, trudności w zasypianiu, częste wybudzenia, nadmierną potliwość, zwiększone oddawanie moczu w nocy oraz napadową duszność podczas snu.

Co do leczenia OBPS, najskuteczniejszą i najczęściej używaną metodą terapii jest leczenie za pomocą protezy powietrznej (CPAP). Przywraca ono choremu możliwość normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Okazało się także, że leczenie za pomocą CPAP zmniejsza chorobowość i umieralność z powodu nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej. Dr Kazimierz Byśkiniewicz zapoznał uczestników konferencji z zagadnieniami tej metody terapii.

Istnieją także inne sposoby wykorzystywane w leczeniu OBPS. Chirurgiczna poprawa drożności górnych dróg oddechowych jest często wstępem do leczenia CPAP, rzadziej samodzielnym postępowaniem likwidującym chorobę.



*Prof. Jan Zieliński wygłosił wykład nt. mechanizmów i patofizjologii OBPS.*

Referat na ten temat wygłosił dr Jarosław Balcerzak z Kliniki Otolaryngologii AM. Niezłe efekty daje również zastosowanie protez nazębnych u chorych na OBPS, o czym mówił dr Piotr Korczyński (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM).

Chorzy na OBPS często cierpią na otyłość. Istnieje silna korelacja między wskaźnikiem masy ciała a stopniem ciężkości tej choroby. Wynika z tego konieczność redukcji masy ciała, stosowania diety, zmiany trybu życia, a często także wsparcia farmakologicznego. Niestety, osiągnięcie sukcesu terapeutycznego u chorych na OBPS jest niezmiernie trudne. W przypadkach krańcowo ciężkiej otyłości do zaburzeń oddychania w postaci bezdechów dołącza się hipowentylacja pęcherzykowa, która prowadzi do hiperkapnicznej niewydolności oddychania. Wówczas w leczeniu choroby potrzebne jest skuteczniejsze niż za pomocą CPAP wspomaganie wentylacji płuc przy użyciu respiratora. Zagadnienie leczenia otyłości u chorych na OBPS przedstawiła prof. dr hab. Anna Czech (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii AM).

W ciężkich, niejednokrotnie groźnych dla życia przypadkach otyłości, istnieje możliwość obniżenia masy ciała za pomocą zabiegów operacyjnych, które zmniejszają objętość żołądka. Wyniki takiego działania u chorych na OBPS bywają często spektakularne, o czym mówił dr hab. Rafał Paluszkiwicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM).

W Polsce badania chorych na OBPS są prowadzone od ponad 10 lat. W skali całego kraju do niedawna największą liczbę pacjentów przyjmowały dwie pracownie: jedna w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc oraz druga w Klinice Pneumonologii AM w Warszawie. Są to niewątpliwie ośrodki o największym doświadczeniu w tym zakresie. Jednak począwszy od pierwszej połowy lat 90-ych rozwijały się także inne placówki, zajmujące się diagnostyką i leczeniem OBPS. Obecnie również chorzy mieszkający w Krakowie, Łodzi, Białymstoku, Wrocławiu, Katowicach, Bydgoszczy, Poznaniu, Lubinie mają ułatwiony dostęp do diagnostyki i leczenia przy podejrzeniu Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu. Rozpoznawanie i terapia w przypadku OBPS i innych zaburzeń oddychania są jednak w Polsce ciągle jeszcze niedostateczne. Za mało istnieje ośrodków, które zajmują się chorymi i posiadają odpowiednią aparaturę diagnostyczną. Konieczny jest więc szybki rozwój tej dziedziny medycyny.

*\* Artykuł powstał w oparciu o teksty wykładów zamieszczone w piśmie „Pneumonologia i Alergologia Polska” 04.2007, tom 75, suplement 1. Za konsultację i pomoc merytoryczną serdecznie dziękuję również prof. dr hab. Janowi Zielińskiemu z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii AM.*

# HUMANISTYCZNE PODSTAWY MEDYCyny

## Rola dialogu w medycynie

**Prof. dr hab. Piotr Zaborowski<sup>1</sup>,  
prof. dr hab. Tomasz Pasiński<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM

<sup>2</sup>Sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W dniu 16 kwietnia 2007 roku odbyła się III Konferencja z cyklu „Humanistyczne podstawy medycyny” p.t. „Rola dialogu w medycynie” – zorganizowana przez Akademię Medyczną w Warszawie przy współpracy Komisji Języka Medycznego i Nauk Przyrodniczych Rady Języka Polskiego PAN.



*Prof. Piotr Zaborowski omówił zagadnienie uświadomionej zgody pacjenta na udział w leczeniu.*

Konferencję otworzył JM Rektor Akademii Medycznej w Warszawie – prof. dr hab. med. Leszek Pączek, podkreślając ogromne znaczenie umiejętności kontaktowania się lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych

z chorymi. Język jest narzędziem porozumienia, ale niewłaściwie użyte słowa mogą także ranić. Przewodniczący Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk – prof. Andrzej Markowski przedstawił z werwą i błyskotliwym poczuciem humoru bardzo szeroki zakres działalności Rady, czuwającej nad jakością języka polskiego w wielu dziedzinach naszego życia m.in. w polityce, duszpaństwie, medycynie. Wyraził także radość z powodu nawiązania współpracy z Akademią Medyczną. Referaty wprowadzające współorganizatorów Konferencji, prof. Piotra Zaborowskiego (Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM) i prof. Jana Doroszewskiego (przewodniczącego Komisji Języka Medycznego RJP) na temat komunikacji medycznej w różnych krajach Europy, USA i Japonii, dotyczyły znaczenia odniesień kulturowych w procesie porozumiewania się między ludźmi. Przedstawiono w nich różne sposoby porozumiewania się lekarzy z pacjentami i ich rodzinami w za-



*Konferencję „Rola dialogu w medycynie” otworzył Rektor AM, prof. Leszek Pączek (na zdj. od lewej, obok Prorektor Jerzy Stelmachów).*

leżności od relacji i siły więzi rodzinnych, przekonań religijnych, a także tradycji społecznych.

Prof. Zbigniew Szawarski – znakomity etyk i filozof, mówiąc o problemach związanych z komunikacją medyczną, dokonał bardzo interesującego podziału sytuacji, w których problemy te się pojawiają. Wykazał, że niektóre problemy etyczne oraz jakość kontaktu lekarza i pacjenta w dużej mierze różnią się w zależności od tego, czy choroba, z jaką przychodzi pacjent, jest ostra, czy przewlekła. O języku jako środku porozumienia, mówiła



*Referat wygłoszony podczas konferencji towarzyszyła ożywiona i burzliwa dyskusja.*



Prof. Tomasz Pasierski (na zdj. z lewej) podjął temat informowania chorego o ryzyku związanym z leczeniem.

prof. Renata Grzegorzczkova – znany językoznawca i członek Rady Języka Polskiego. W szczególności zwróciła uwagę na relacje pomiędzy semantycznym znaczeniem niektórych pojęć medycznych a możliwością bardzo różnego psychologicznego odbioru ich znaczenia w trakcie rozmowy z chorym. Ten niezwykle ważny wątek kontynuował w swoim wykładzie „Rozmowa lekarza z pacjentem: wzajemne zrozumienie” prof. Jan Doroszewski. Przedstawił model komunikacji z różnym rozłożeniem akcentów rozmowy lekarza i chorego w kolejnych fazach ich kontaktu, np. w czasie prowadzenia wywiadu zmierzającego do rozpoznania choroby, a potem w czasie wyjaśniania sposobu leczenia, kiedy większą aktywność w zadawaniu



Czy kultura wpływa na sposób porozumiewania się z pacjentem? – tę kwestię poruszył prof. Jan Doroszewski.

pytań i objaśnianiu sytuacji ma pacjent. Kolejny mówca – twórca polskiej szkoły diabetologicznej prof. Jan Tatoń, przedstawił swoje doświadczenia z wieloletniej praktyki angażowania chorych z cukrzycą do współpracy w procesie leczenia, a także wyniki stworzonego wespoleklnicznym, unikatowego i coraz szerzej obecnie stosowanego systemu aktywnej edukacji klinicznej chorych. W p r o w a d z i ł również bardzo interesujące pojęcie „pedagogiki medycznej”. Prof. Piotr Zaborowski omówił zagadnienie uświadomionej i poinformowanej zgody chorego na udział w leczeniu. Pokazał, jaki wpływ na

prawną ważność takiej zgody ma stan psychiczny chorego, jego poczucie zagrożenia i strachu, wreszcie zakres informacji przekazywanych przez lekarza i sposób ich przedstawienia. Poruszył także znaczenie prostoty i zrozumiałości języka rozmowy z pacjentem dla podejmowania przez chorego właściwych decyzji i wyborów. Doc. Paweł Łuków z Katedry Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego zaprezentował niezwykle interesującą analizę wpływu różnic w sposobie pojmowania i doświadczania choroby przez pacjenta i lekarza na jakość ich wzajemnego komunikowania się oraz na uświadomioną zgodę. Przedstawił przykłady na to, w jaki sposób odmiennosc

sytuacji egzystencjalnych lekarza i chorego może negatywnie wpływać na jakość zgody pacjenta na postępowanie medyczne. W kolejnym wykładzie prof. Tomasz Pasierski skupił się na problemie informowania chorego o ryzyku związanym z leczeniem, dokonał również opisu takich sytuacji. Udowodnił, że pojmowanie samego ryzyka oraz wynikające z tego skutki dla chorego i skuteczności jego leczenia są zależne nie tylko od subiektywnego poczucia zagrożenia pacjenta, ale przede wszystkim od postawy lekarza i zrozumienia przez niego podłoża lęku i obaw chorego. O komunikacji



Uczestnicy konferencji „Rola dialogu w medycynie” (na zdjęciu od prawej: prof. Mirosław Łuczak, mgr Joanna Gotlib, dr Henryk Rebandel).

pacjenta z pielęgniarkami mówiła prof. Anna Doboszyńska (kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego AM). Na przykładzie słynnych przedstawicieli kształtujących ten zawód, od Florence Nightingale rozpoczynając, wskazała na znaczenie ciągłego kontaktu i bliskości bycia z chorym oraz zrozumienie jego najbardziej podstawowej potrzeby, jaką jest poczucie bezpieczeństwa.

Wszystkim referatom towarzyszyła bardzo ożywiona i wielowątkowa dyskusja, która, jak podkreślili w podsumowaniu profesorowie Doroszewski i Zaborowski, dziękując uczestnikom za udział w Konferencji, bardzo wzbogaciła jej treść.



## Kongres Młodych Medyków w warszawskiej AM

**Michał Juszyński**

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego IVth International Scientific Congress of Medical Students and Young Doctors Warsaw 2007; Przewodniczący Zarządu Studentckiego Towarzystwa Naukowego Akademii Medycznej w Warszawie*

**W warszawskiej Akademii Medycznej po raz kolejny odbył się Międzynarodowy Kongres Młodych Medyków. Od kilku lat idea tej imprezy jest przeglądem dorobku badawczego studentów i absolwentów wyższych uczelni medycznych. W ramach Kongresu odbywa się konkurs na najlepsze prace naukowe. Tegoroczne spotkanie Młodych Medyków było wyjątkowe pod wieloma względami – wzięło w nim udział aż kilkuset uczestników zarówno z Polski, jak i innych krajów, zaprezentowali oni także rekordową liczbę prac.**

W dniach 27–29 kwietnia br. na Akademii Medycznej w Warszawie odbył się IVth International Scientific Congress of Medical Students and Young Doctors Warsaw 2007. Jest on organizowany od wielu lat. Już jako „Ogólnopolski Kongres Młodych Medyków” przyciągał rzesze wybitnych studentów akademii medycznych z całej Polski. Z roku na rok liczba uczestników była coraz większa. W ostatnim czasie, w odpowiedzi na rosnące zainteresowanie studentów z zagranicy, Kongres przybrał charakter międzynarodowy – w takiej formie odbył się już po raz czwarty. W tym roku gościliśmy uczestników z niemalże wszystkich polskich uczelni medycznych, a także z Chorwacji, Ukrainy i Białorusi, zaś nadesłane prace pochodziły m.in. z Holandii, Turcji i Iranu.

Każdego roku na rozpoczęcie Kongresu z niecierpliwością czekają wszyscy studenci pracujący w kołach naukowych, którzy chcą zaprezentować swoje osiągnięcia kolegom zajmującym się podobną tematyką oraz poddać je wnikliwej ocenie niezależnych jurorów. Członkowie jury powoływani są osobno dla każdej sesji tematycznej spośród sław warszawskiej medycyny i reprezentują praktycznie wszystkie medyczne ośrodki naukowe stolicy.

Podczas tegorocznego IV Kongresu odbyła się rekordowa liczba 18 sesji tematycznych. Cztery z nich zorganizowano po raz pierwszy. Były one poświęcone alergologii i pulmonologii, hematologii i onkologii, chirurgii stomatologicznej oraz transplantologii. Okazały się zupełnie unikatowe na tle innych sesji organizowanych w ramach rozmaitych światowych konferencji studenckich. Większość spotkań tematycznych podzielono na dwie części: ustną i plakatową. Można było zatem wykazać się umiejętnościami w zakresie różnych technik przedstawiania prac. Po prezentacjach toczyły się bardzo burzliwe dyskusje, a jury wychwytywało wszelkie niedociągnięcia, by następnie w miłą i pouczający sposób wskazać mło-



*Organizatorzy Kongresu Młodych Medyków podczas rejestracji uczestników.*



*Część plakatowa sesji stomatologicznej – prezentacja prac.*



*Członkowie jednej z komisji podczas sesji kardiologicznej.*

dym naukowcom drogę do dalszego doskonalenia się.

Rekordowa liczba prac (285), uczestników (440) i sesji skłoniła organizatorów do wydłużenia tegorocznego spotkania Młodych Medyków do 3 dni. Budynek Rektoratu, w którym od wielu lat



Laureatom poszczególnych sesji nagrody wręczali: prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak (z lewej) i prof. Piotr Zaborowski.



W ramach Kongresu wyróżniono kilkadziesiąt osób.



Pochwałom i gratulacjom nie było końca...

odbywa się ta impreza, nie był w stanie w tym roku pomieścić wszystkich zainteresowanych i dlatego część sesji przeprowadzono w Centrum Dydaktycznym Akademii. Łącznikiem między budynkami maszerowały tłumy gości, pragnących choćby przez chwilę uczestniczyć w najciekawszych i najważniejszych wydarzeniach Kongresu.

Jednakże spotkanie Młodych Medyków nie składało się tylko

z wystąpień studentów. Było również wspaniałą okazją do spotkania ze sławami polskiej medycyny i poznania mnóstwa fascynujących ludzi o podobnych zainteresowaniach, choć często skrajnie różnych pomysłach na ich realizację. Podczas IV Kongresu uczestnicy mogli między innymi wysłuchać bardzo ciekawego wykładu, który wygłosił gość specjalny – profesor Wiesław Wiktor Jędrzejczak, wybitny lekarz i naukowiec, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii. Poruszył on bardzo aktualny, choć wciąż kontrowersyjny temat przeszczepiania szpiku. Nic dziwnego, że po jego prezentacji nastąpiła niezwykle ekscytująca dyskusja. Zresztą, w czasie trwania imprezy, korytarze i sale, w których odbywały się sesje, nieustannie grzmiały od rozmów, służących wymianie doświadczeń, spostrzeżeń i poglądów. Doskonałą okazją do bliższego poznania i dalszych ciekawych dyskusji były też przepyszne wspólne obiady w budynku Rektoratu.

Kongresowi towarzyszyły również warsztaty. Doskonale przygotowani, pełni energii i poczucia humoru instruktorzy z Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA – Poland uczyli między innymi, jak nawiązać kontakt z najmłodszymi pacjentami, oswajali także uczestników z groźnymi narzędziami chirurgicznymi.

Jednak dla wielu najbardziej niezapomnianą częścią Kongresu pozostaną imprezy towarzyszące. W tym roku także w tej kategorii pobiliśmy rekord. Odbyła się nie jedna, ale aż dwie imprezy. W piątek elegancki bankiet zorganizowano w klubie „Opium” przy Placu Teatralnym. Goście bawili się na parkiecie otoczonym czerwonymi aksamitami i motywami dalekowschodnimi, zaś w małej salce można było swobodnie położyć się na kanapach niczym w starych palarniach opium. Duże wrażenie zrobił na wszystkich bar z wielkim posągiem Buddy.

Sobotnie „closing party”, choć już nie tak eleganckie, na długo zapadnie wszystkim w pamięć. W dobrze znanym warszawiakom klubie „Medyk”, nieopodal Collegium Anatomicum, dzięki nieocenionej pomocy Samorządu Studentów naszej Akademii, mieliśmy możliwość wyśpiewać, co nam leży na sercu podczas imprezy karaoke, a potem tańczyć na parkiecie do białego rana.

Niedzielną uroczystość rozdania nagród laureatom Kongresu uświetnił swoją obecnością Professor Piotr Zaborowski, Prorektor ds. Dydaktyczno – Wychowawczych. Wygłosił on krótkie przemówienie i wręczył wraz z profesorem Jędrzejczakiem dyplomy i nagrody wszystkim wyróżnionym osobom. Podczas ceremonii przyznano również Złote Odznaki Studenckiego Towarzystwa Naukowego zesłorocznym absolwentom, najbardziej zasłużonym dla rozwoju studenckiego ruchu naukowego. Pochwałom i gratulacjom nie było końca. Zwycięzcy otrzymali książki i prenumeraty czasopism ufundowane przez sponsorujące kongres wydawnictwa.

Tegoroczne spotkanie Młodych Medyków pozostanie na długo w pamięci wszystkich uczestników. Na szczęście kolejna edycja – miejmy nadzieję, że jeszcze lepsza – odbędzie się już za rok.

# I WIOSNA Z FIZJOTERAPIĄ

## Cykliczne Sympozjum Studenckich Kół Naukowych

**Dr Dariusz Białoszewski<sup>1</sup>,  
Anna Słupik<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> p.o. Kierownika Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL, opiekun SKN Fizjoterapii, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Sympozjum

<sup>2</sup> Przewodnicząca SKN Fizjoterapii, Wiceprzewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Sympozjum

Studenckie Sympozjum Naukowe „I Wiosna z Fizjoterapią” zostało zorganizowane przez Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie wraz z działającym przy nim Studenckim Kołem Naukowym Fizjoterapii przy znaczącej pomocy Władz Dziekańskich II WL. Sympozjum to ma się odbywać co rok w kwietniu w Warszawie i obejmować w głównej mierze zagadnienia związane z rehabilitacją osób starszych. Do czynnego udziału w Sympozjum, objętym patronatem Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii i Polskiego To-

warzystwa Rehabilitacji, wspieranym przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne i Polskie Towarzystwo Balneologii i Medycyny Fizykalnej oraz odpowiednich konsultantów krajowych, zaproszono studentów zrzeszonych



Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr Dariusz Białoszewski wita zaproszonych Gości i uczestników I Wiosny z Fizjoterapią.

w kołach naukowych polskich uczelni prowadzących kierunek fizjoterapia. Organizując to spotkanie, jego sesję główną przeznaczaliśmy na prezentację prac poświęconych problematyce rehabilitacji osób w tzw. III okresie życia. Oprócz tego przewidzieliliśmy sesję obejmującą tematy spoza tego zakresu.

Sympozjum odbyło się 27 kwietnia br. w Auli Centrum Dydaktycznego Akademii Medycznej. Przebiegało pod auspicjami Dekady Kości i Stawów WHO, a Patronat Honorowy objął JM Rektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr hab. med. Leszek Pączek. Obrady zgromadziły aż 460 uczestników czynnych i biernych z 11 krajo-

wych uczelni wyższych: akademii medycznych, akademii wychowania fizycznego i uczelni niepaństwowych. W Radzie Naukowej Sympozjum zasiedli wybitni specjaliści w dziedzinach: rehabilitacji medycznej, fizjoterapii, ortopedii i geriatryi, w tym Prezesi w/w towarzystw naukowych i krajowi konsultanci niektórych wymienionych dziedzin medycyny. Gościliśmy również władze uczestniczących w Sympozjum uczelni.

Wygłoszono 31 referatów, opisujących wieloaspektowo zadania i zastosowanie szeroko pojętej rehabilitacji pacjentów po 65 roku życia. Uczestnicy Sympozjum z wielkim zainteresowaniem wysłuchali prac podejmujących różnorodną problematykę, dotyczącą poprawiania wydolności osób w podeszłym wieku (m.in. poprzez sport i rekreację) oraz zmniejszania niepełnosprawności w tej grupie pacjentów.

Sympozjum otworzył Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego – dr n. med. Dariusz



Prof. Maciej Karolczak, Dziekan II Wydziału Lekarskiego przemawia podczas otwarcia Sympozjum.



Prof. Ryszarda Chazan, Prorektor AM, otwiera w imieniu JM Rektora AM Sympozjum i odczytuje list skierowany do uczestników obrad.

Białoszewski. Uczestników przywitani również Prorektor prof. dr hab. med. Ryszarda Chazan w imieniu JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie – prof. dr hab. med. Leszka Pączka, Dziekan II Wydziału Lekarskiego – prof. dr hab. med. Maciej Karolczak, Prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii – mgr Marek Kiljański oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji – dr med. Marek Krasuski. I Wydział Lekarski AM reprezentował jego Prodziekan prof. dr hab. Kazimierz Wardyn.

Moderatorami Sesji I – „Rehabilitacja w geriatrici” byli: dr hab. med. Krystyna Książczowska-Orłowska (Przewodnicząca), dr n. med. Marek Krasuski, prof. nadzw. dr hab. med. Artur Mamcarz i dr n. med. Piotr Majcher. Atmosfera przed prezentacjami była początkowo napięta, ale wkrótce wszyscy się rozluźnili, co w znacznej mierze było zasługą prowadzących sesję. Zostały w niej zaprezentowane 23 prace dotyczące różnych aspektów fizjoterapii u osób w wieku podeszłym – profilaktyki, aktywności ruchowej, zastosowania różnych form leczenia, rozwiązywania problemów, na jakie napotyka fizjoterapeuta w niektórych jednostkach chorobowych oraz specyfiki kontaktu z osobami starszymi. Sesja

została zakończona długą i interesującą dyskusją.

Moderatorami Sesji II – „Tematy wolne” byli: prof. dr hab. med. Jerzy Kiwerski (Przewodniczący), prof. nadzw. dr hab. med. Joanna Juszkowa, dr n. med. Piotr Majcher i dr n. med. Dariusz Białoszewski. W sesji tej zostało zaprezentowanych 8 prac dotyczących różnych dziedzin fizjoterapii.

W Sesji III zaproszeni specjaliści przedstawili półgodzinne wykłady. Zagadnienia dotyczące specyfiki rehabilitacji osób w III okresie życia omówiła doc. dr hab. med. Krystyna Książczowska-Orłowska, a problematykę związaną z praktycznymi aspektami psychologii wieku podeszłego ciekawie zaprezentował prof. dr hab. med. Andrzej Kokoszka.

Symposium miało charakter konkursu. Dla autorów prac wyróżnionych dyplomami ufundowano wartościowe nagrody książkowe oraz zapewniono, po odpowiednim przygotowaniu edytorskim, opublikowanie nagrodzonych doniesień w liczących się czasopiśmie naukowych, które objęły patronat medialny nad I Wiosną z Fizjoterapią. Po zakończeniu Sesji III nastąpiło rozdanie nagród i wyróżnień dla najlepszych prac. Wręczali je doc. Krystyna Książczowska-Orłowska i prof. Jerzy Kiwerski. Komitet Naukowy Symposium przyznał:

1. I Nagrodę dla Emilii Lewczuk za pracę: „Rola rehabilitacji w zapobieganiu upadkom chorych na osteoporozę” (SKN Fizjoterapii i Instytut Reumatologii w Warszawie),



Prezentacje tematów podczas I Sesji. Pierwszy referat wygłasza kol. Tomasz Chomiuk z SKN Fizjoterapii AM w Warszawie.



Pracę prezentuje kol. Cecylia Wierzbowska z wrocławskiej WSF (II Nagroda Główna).

2. II Nagrodę dla zespołu autorów: Cecylii Wierzbowskiej (Wyższa Szkoła Fizjoterapii we Wrocławiu), Krzysztofa Bieganowskiego (Uniwersytet Rzeszowski), Michała Hadała (University of Valencia, Spain) i Nievesa De Bernardo Tejedor (Universidad Cardenal Herdera, Valencia, Spain) za pracę: „Urazowość i postępowanie fizjoterapeutyczne u żeglarczy biorących udział w regatach 32 America's Cup”,



Napięcie przed rozpoczęciem prezentacji rośnie. Jak się uda?



Uczestnicy Sympozjum w Auli Centrum Dydaktycznego, w pierwszym rzędzie dr hab. Krystyna Książkowska-Orłowska, w drugim od lewej: dr Marek Krasuski, prof. Jerzy Kiwerski i prof. Krzysztof Galus.



Sesja Tematów Wolnych. Siedzą od lewej: prof. Jerzy Kiwerski – Przewodniczący, prof. Joanna Juszkowa, dr Piotr Majcher. Przemawia dr Dariusz Białoszewski.

**3. III Nagrodę dla: Anny Słupik, Michała Dwornika, Emilii Zych i Dariusza Białoszewskiego za pracę: „Wpływ aplikacji kinesiotapingu na aktywność bioelektryczną mięśnia obwodowego przysrodkowego a wiek podeszły – doniesienie wstępne” (SKN Fizjoterapii i Zakład Rehabilitacji OF II WL).**

Komitet Naukowy wyróżnił ponadto:

- Katarzynę Malik i Katarzynę Broczek za pracę: „Usprawnianie ruchowe osób w podeszłym wieku przebywających w domu opieki społecznej” (Studenckie Geriatryczne Koło Naukowe przy Klinice Geriatrii i Klinika Geriatrii AM w Warszawie),
- Agnieszkę Kwiatkowską i Anitę Kruczyńską za pracę: „Próba oceny wpływu wieku, płci oraz stopnia zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej na sprawność chorego po udarze niedokrwiennym mózgu – doniesienie wstępne” (SKN „Cerebellum” przy Klinice Neurologii II WL AM w Warszawie),
- Annę Słupik, Katarzynę Ziębę i Emilię Lewczuk za pracę:

„Występowanie zaburzeń snu i obniżonej jakości życia u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – doniesienie wstępne” (SKN Fizjoterapii, Instytut Reumatologii w Warszawie).

W czasie, kiedy uczestnicy Sympozjum słuchali z zainteresowaniem wykładów, poza Aulą toczyło się życie organizatorów – praca w recepcji, drukowanie brakujących certyfikatów i podziękowań, liczenie punktów zdobytych przez poszczególne prace i w końcu druk dyplomów. Komitet Organizacyjny stale wspierali inni członkowie Koła, zarówno ci doświadczeni już w organizacji kongresów, jak również uczący się dopiero pracy w naszym zespole.

Sympozjum przebiegało w miłej, niemalże rodzinnej atmosferze i uzyskało bardzo dobre opinie ze strony Rady Naukowej, przybyłych Gości i uczestników zarówno pod względem wartości naukowej, jak i organizacyjnej.

Należy podkreślić, że nie byłoby to możliwe bez ogromnej pomocy i zaangażowania Kolegów z naszego Koła Fizjoterapii, którzy nie tylko przygotowali 12 ciekawych prac, ale także czynnie włączyli się w organizację Sympozjum. Serdecznie im za to dziękujemy.

Na koniec trzeba zaznaczyć, że było to pierwsze w Polsce tej rangi studenckie wydarzenie naukowe poświęcone fizjoterapii, które zostało zorganizowane przez akademię medyczną. Mamy nadzieję, że zaproponowany przez nas cykl sympozjów wpisze się na stałe do kalendarza najważniejszych corocznych spotkań polskich studentów i nauczycieli fizjoterapii.



Studenci ze SKN Fizjoterapii podczas pracy w Recepcji Sympozjum.

# I OGÓLNOPOLSKI, UNIWERSYTECKI DZIEŃ DIABETOLOGII

– sukces medycyny i naszej Uczelni

**Dr Małgorzata Bernas**

*Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II WL AM w Warszawie*

**I Ogólnopolski, Uniwersytecki Dzień Diabetologii odbył się 28 kwietnia 2007 roku w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie. Była to wieloetapowa konferencja naukowo-dydaktyczna obejmująca 6 tematycznych sympozjów. Uczestniczyło w niej aż 436 lekarzy, a także wielu studentów AM. Organizatorem Dnia Diabetologii był Komitet Organizacyjno-Naukowy pod przewodnictwem prof. dr hab. med. Anny Czech oraz Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego AM w Szpitalu Bródnowskim. Patronat honorowy konferencji objął JM Rektor AM – prof. zw. dr hab. med. Leszek Pączek.**

Tematyka I Uniwersyteckiego Dnia Diabetologii kompleksowo ujmowała problemy „Optymalnej praktyki i badań naukowych w dziedzinie diabetologii” – zajmowała się implementacją postępów badań doświadczalnych i klinicznych do praktyki opieki diabetologicznej. Jest to problem o olbrzymim znaczeniu, chociaż ciągle niedoceniany przez organizatorów i polityków opieki zdrowotnej. Wystarczy stwierdzić, że obecnie – wg WHO – na świecie jest ok. 240 milionów osób z cukrzycą, a prognoza przewiduje, że liczba ta zwiększy się do 340 milionów w ciągu 25 lat. Przewlekłe, narządowe powikłania, głównie

w zakresie układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, a także narządu wzroku i nerek dotyczą w sumie większości osób z długotrwałą cukrzycą. Choroba ta powoduje – wg WHO – ok. 2,9 milionów zgonów rocznie i zajmuje 5-te miejsce na liście głównych przyczyn zgonów na świecie. Pacjenci z cukrzycą są bardzo znaczącą, specjalną grupą nie tylko w przychodniach diabetologicznych i poradniach opieki rodzinnej, ale także w poradniach i klinikach kardiologicznych, okulistycznych, nefrologicznych, położniczych, chirurgii i neurologii. Konieczne nakłady finan-



*Prof. Jan Tatoń – jeden z organizatorów I Ogólnopolskiego, Uniwersyteckiego Dnia Diabetologii.*

sowe na opiekę diabetologiczną w szerszym ujęciu pochłaniają 6–10% całości nakładów na opiekę zdrowotną w USA, krajach Unii Europejskiej, a także w Polsce.

Z tego względu program I Ogólnopolskiego, Uniwersyteckiego Dnia Diabetologii w Akade-

mii Medycznej dotyczył zarówno problemów diabetologicznych, jak i najważniejszych dziedzin, które zajmują się powikłaniami cukrzycy w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nefrologii, okulistyki i położnictwa.

Na początku konferencji Prodziekan Jerzy Stelmachów (w zastępstwie Rektora AM) przedstawił w syntetycznej formie zarys działalności rozwojowej Akademii Medycznej w Warszawie w zakresie nauki i dydaktyki. Na uczelni kształci się obecnie około 10.000 studentów na 11 kierunkach. Akademia rozbudowuje szeroki program badawczy, między innymi pod postacią zaawansowanego już projektu budowy i organizacji wielkiego ośrodka badań podstawowych i przedklinicznych.

Po wystąpieniu Prodziekana rozpoczęła się część konferencji poświęcona problematyce diabetologicznej – szczegółowy program wykładów obejmował 6 sympozjów:

## **1. Historia, współczesność i perspektywy rozwoju diabetologii, epidemiologiczna prognoza cukrzycy, obciążenia medyczne i społeczne.**

Moderatorem tej części konferencji był prof. zw. dr hab. med. Jan Tatoń. Przedstawił on wykład obrazujący historię badań nad cukrzycą, która obejmuje aż 3500 lat. Osobno omówił historię rozwoju diabetologii w środowisku warszawskim, która przybrała formę odrębnej „szkoły” myśli i działań. W tym także sympozjum dr med. Paweł Luźniak

podsumował badania wskazujące na pandemiczny charakter występowania cukrzycy na świecie i w Polsce oraz społeczne i ekonomiczne konsekwencje tego faktu.

**2. Następne sympozjum dotyczyło patofizjologicznych podstaw leczenia cukrzycy**

– jego moderatorem była prof. dr hab. med. Anna Czech. Referenci: prof. dr hab. med. Jan Tatoń, dr med. Małgorzata Bernas, dr med. Zofia Szczeklik-Kumala i dr med. Arkadiusz Głowania krytycznie omówili patofizjologię dkomórkowego transportu glukozy, a także patofizjologię układu wyspowego trzustki z zastosowaniem do planowania algorytmów insulinoterapii.

**3. W trzecim sympozjum wykłady objęły tematykę nowych leków i metod leczenia cukrzycy**

– moderatorem była dr med. Małgorzata Bernas. Referenci – prof. Anna Czech, dr med. Roman Kaczorowski, dr med. Mariusz Jazik i dr Adam Stefański (gość z Pomorskiej AM) szczegółowo przedstawili metaanalizę współczesnej wiedzy o leczeniu farmakologicznym cukrzycy, która może być wykorzystana w nowych algorytmach leczenia cukrzycy typu 2, w terapii zespołu metabolicznego oraz nadciśnienia tętniczego u osób z cukrzycą, a także w insulinoterapii.

**4. W ramach następnego sympozjum zajęto się problemami nefrodiabetologii.**

Na początku został przedstawiony wykład autorstwa prof. zw. dr hab. med. Leszka Pączka na temat szans prewencji nefropatii cukrzycowej w formie – obecnie – całego kierunku

badawczego i praktycznego – nefroprotekcji. Następnie prof. Janusz Wyzgał omówił niejako drugi kraniec zagadnień nefropatii cukrzycowej, a mianowicie zastosowanie metod transplantacyjnych w diabetologii. Obydwa wykłady były świadectwem, że diabetologia w warszawskiej AM interesuje specjalistów z wielu katedr, klinik i zakładów oraz tworzy wspólną linię badań – spontaniczny program uczelniany.

**5. O tym fakcie świadczyło również 5-te sympozjum dotyczące oftalmodiabetologii.**

Wykłady, bardzo dobrze opracowane merytorycznie i praktycznie wygłosiły: dr med. Magdalena Ulińska, dr med. Anna Borucka oraz dr med. Iwona Partyka z Katedry i Kliniki Okulistyki II Wydz. Lek. AM – pod kierunkiem prof. zw. dr hab. med. Jerzego Szaflika. Były to prezentacje, które objęły przekrojowo całość kształt powikłań cukrzycy w obrębie narządu wzroku.

**6. Następne, 6-te sympozjum dotyczyło zagadnień ciąży i cukrzycy, optymalnej opieki nad kobietami z cukrzycą w okresie ciąży oraz nad noworodkami matek z cukrzycą.**

Wykłady oparte były w dużej mierze na wieloletnim doświadczeniu Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych oraz Ginekologii Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego – pod kierunkiem prof. zw. dr hab. med. Jerzego Stelmachowa. Wykładowcami były: dr med. Beata Osuch, dr med. Magdalena Klemińska-Nowak z Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych oraz dr med. Izabela Rażna z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego.

Prof. zw. dr hab. med. Jerzy Stelmachów i prof. zw. dr hab. med. Anna Czech podkreśliły ważne znaczenie planowej współpracy położniczo-diabetologicznej, która jest praktykowana w formie Ośrodka Planowania Rodziny i Opieki nad Ciężarnymi Chorymi na Cukrzycę w Szpitalu Bródnowskim w Warszawie.

Dyskusja prowadzona po wykładach wniosła wiele uzupełnień do przedstawianej tematyki. Bardzo korzystnie o Uniwersyteckim Dniu Diabetologii w warszawskiej AM wyrażali się również uczestniczący w nim studenci.

I Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii w naszej Uczelni był nowym typem konferencji naukowo-dydaktycznej. Stworzył możliwość zintegrowanej prezentacji badań i doświadczeń wielu katedr i zakładów AM w zakresie diabetologii, ukazał też szanse, jakie niesie współpraca w zakresie diabetologii w skali akademickiego środowiska medycznego w Warszawie i w warszawskiej Akademii. Wykłady oparte były o zasady „Evidence Based Medicine”. Autorzy przedstawili poszczególne tematy w świetle własnych przemyśleń i badań prowadzonych w ramach Akademii.

**Organizatorom: prof. dr hab. Annie Czech, prof. dr hab. Janowi Tatonowi, zespołom Katedr Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II WL, Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii AM, Kliniki Okulistyki II WL, Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobietych oraz Ginekologii Onkologicznej AM pod patronatem JM Rektora prof. dr hab. med. Leszka Pączka udało się odnieść znaczący sukces ważny tak dla Uczelni, jak i dla medycyny.**

# Z posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Warszawie

2 kwietnia 2007 r.

## Mgr Elwira Zielińska

### Biuro Organizacyjno-Prawne AM

JM Rektor w II rocznicę śmierci Jana Pawła II przypomniał, że aula Centrum Dydaktycznego AM nosi nazwę – „Veritatis Splendor”, co znaczy „blask prawdy”. Słowa te pochodzą z encykliki Jana Pawła II, która mówi, że człowiek jest wartością największą i najważniejszą. Uczelnia uczciła w ten sposób pamięć naszego wielkiego rodaka.

### 1. Wręczenie aktów mianowania i powołania.

JM Rektor wręczył akty mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego następującym osobom:

- dr hab. Arturowi Mamcarzowi z III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii II WL,
- dr hab. Andrzejowi Krupieniczowi z Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa WNoZ,
- dr hab. Annie Doboszyńskiej z Zakładu Pielęgniarstwa Klinicznego WNoZ,
- dr hab. Markowi Pertkiewiczowi z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego WNoZ,
- dr hab. Januszowi Wyzgałowi z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego WNoZ.

JM Rektor powołał na stanowisko Kierownika Kliniki Neurologii Wydziału Nauki o Zdrowiu prof. dr hab. Andrzeja Friedmana.

### 2. Uchwalenie Regulaminu Studiów.

Prof. dr hab. Piotr Zaborowski – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych przedstawił Senatowi Uczelni projekt „Regulaminu Studiów w Akademii Medycznej w Warszawie”, który został przegłosowany i przyjęty.

### 3. Uchwałę Senatu zatwierdzono recenzję dotyczącą dorobku Profesora Andrzeja Seyfrieda – kandydata do nadania tytułu Doktora Honoris Causa przez Akademię Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego.

Recenzent dorobku prof. dr hab. Andrzeja Seyfrieda – prof. Jerzy Kiwerski, kierownik Katedry i Kliniki Rehabilitacji I Wydziału Lekarskiego AM, przedstawił sylwetkę profesora oraz jego osiągnięcia naukowe. Podkreślił, że jest on autorytetem na skalę międzynarodową w zakresie patofizjologii i rehabilitacji schorzeń reumatycznych. Jego dokonania dydaktyczne i naukowe budzą uznanie środowiska naukowego w kraju i zagranicą, co uzasadnia wydanie pozytywnej opinii o jego dorobku. Senat zatwierdził pozytywną recenzję wydaną przez prof. Jerzego Kiwerskiego o dorobku naukowym prof. Andrzeja Seyfrieda.

### 4. Zatwierdzenie programu Studiów Podyplomowych dla Koordynatorów Przeszczepiania Narządów.

Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego zgłosił wniosek o zatwierdzenie progra-

mu Studiów Podyplomowych dla Koordynatorów Przeszczepiania Narządów, prowadzonych przez AM w Warszawie. Studia te kierowane są do osób posiadających tytuł lekarza medycyny, magistra lub licencjata. Program obejmuje 99 godzin nauczania w trybie zaocznym, w tym: 46 godzin stanowią wykłady, 41 seminarium i 12 godzin ćwiczenia. Senat zatwierdził program Studiów Podyplomowych dla Koordynatorów Przeszczepiania Narządów.

### 5. Zmiana nazwy Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń.

Prof. dr hab. Wiesław Gliński poinformował, że dyrektor Artur Tomaszewski wystąpił z wnioskiem w sprawie zmiany nazwy Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń na „Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń Wielonarządowych”. Skrócona nazwa Szpitala nie ulegnie zmianie. Zmiana nazwy ma na celu podkreślenie traumatologicznego profilu tej placówki. Da to szansę na rozszerzenie działalności, tj. przyjmowanie pacjentów z urazami wielonarządowymi, a tym samym otworzy większą możliwość pozyskiwania środków finansowych na tego typu działalność. Senat w głosowaniu jawnym uchwalił zmianę nazwy Szpitala.

### 6. Wprowadzenie zmian w Statucie Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus.

Dyrektor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Artur Tomaszewski wystąpił z prośbą o doko-



nianie zmian w Statucie Szpitala dotyczących:

- wprowadzenia nowej nazwy, tj. „Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych”,
- zmiany numeru KRS-u zgodnie z nowym wpisem sądowym,
- wydłużenia kadencji Przewodniczącego Rady Ordynatorów z jednego roku do trzech lat.

Senat zatwierdził proponowaną zmianę w Statucie Szpitala.

### **7. Omówienie Uchwały Rady I Wydziału Lekarskiego podjętej 7 marca 2007 r. w sprawie zarzutów stawianych Kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych.**

W dniu 5 marca 2007 r. ukazała się w mediach informacja dotycząca zarzutów stawianych prof. dr hab. Wiesławowi Wiktorowi Jędrzejczakowi, kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych – przypomniał prof. Marek Krawczyk. Zarzuty dotyczyły zastosowania przez niego niewłaściwych działań leczniczych, wskutek których nastąpił zgon pacjenta. Informacja ta została sporządzona w oparciu o materiały przekazane przez firmę „Medigen”, która zajmuje się typowaniem dawców szpiku. Na posiedzeniu Rady I Wydziału Lekarskiego 7 marca br. prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak przedstawił przebieg wydarzeń i poinformował, że pacjent leczony był prawidłowo, tj. w taki sposób, na jaki pozwalała w danej chwili sytuacja, wiedza medyczna i nauka. Nie było możliwości dokonania przeszczepu szpiku kostnego, możliwy był jednak przeszczep krwi pępowinowej. Efekt przeszczepienia był pozytywny. Nie był to też zabieg o charak-

terze pionierskim, jak sugerują media. Zabiegi tego typu, chociaż nieliczne, były już wykonywane. Przeszczep ten pomógł pacjentowi na okres 3 miesięcy. Jego zgon był wynikiem powikłań niezwiązanych z przeszczepieniem krwi pępowinowej. Zgon nastąpił z powodu innych powikłań, które zawsze mogą wystąpić przy przeszczepianiu narządów, a szczególnie szpiku, gdy organizm pacjenta po leczeniu chemioterapią jest osłabiony. Identyczne wnioski wysunęła Komisja powołana przez Ministra Zdrowia do zbadaania sprawy.

Rada I Wydziału Lekarskiego AM na wniosek Kolegium Dziekańskiego, podjęła 7 marca 2007 r. uchwałę będącą wyrazem protestu przeciwko niesłusznie stawianym profesorowi Wiesławowi Wiktorowi Jędrzejczakowi zarzutom.

Prof. Marek Krawczyk – Dziekan I WL, zobowiązany został przez Radę swojego Wydziału do przekazania w/w uchwały JM Rektorowi, Senatowi Uczelni, Ministrowi Zdrowia, Przewodniczącemu Naczelnej Izby Lekarskiej, Przewodniczącemu Okręgowej Rady Lekarskiej oraz Dyrektorowi SP CSK.

### **8. Lustracja pracowników AM w Warszawie.**

Zmiana ustawy „lustracyjnej” dotycząca ujawnienia informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów wzbudza liczne kontrowersje – poinformował Senat prof. Jerzy Stelmachów.

W myśl ustawy z obowiązku złożenia oświadczenia lustracyjnego zwolnione są osoby zatrudnione na stanowisku wykładowcy i asystenta, a także te urodzone po 1 sierpnia 1972 r. W naszej Uczelni obowiązkiem tym objętych jest blisko tysiąc osób. Konsekwencją niezłożenia oświadczenia jest

nawet zwolnienie z zajmowanego stanowiska. Każdy pracownik AM podlegający obowiązkowi lustracyjnemu powinien złożyć oświadczenie osobiście w Kancelarii Tajnej Uczelni. Osoba, która złoży w/w dokument, otrzyma odpowiednie zaświadczenie.

Do 8 maja 2007 r., planowane jest zebranie wszystkich oświadczeń lustracyjnych od pracowników AM podlegających temu obowiązkowi. Uczelnia w ciągu tygodnia przekaże je nadrzędnej instytucji, prawdopodobnie będzie to Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego lub Ministerstwo Zdrowia, a następnie zostaną one przekazane do Instytutu Pamięci Narodowej.

JM Rektor poinformował, że wraz z wejściem w życie zmiany ustawy w sprawie obowiązku lustracyjnego ukazała się uchwała Senatu Uniwersytetu Warszawskiego krytykująca tę regulację. Podobna reakcja miała miejsce na Uniwersytecie Jagiellońskim. Wystosowany też został apel do Trybunału Konstytucyjnego o opublikowanie w czerwcu ostatecznego rozstrzygnięcia na temat zgodności ustawy lustracyjnej z Konstytucją RP. Jeśli Trybunał Konstytucyjny zajmie stanowisko w tej sprawie, stwierdzając niezgodność ustawy lustracyjnej z Konstytucją, listy sporządzone przez IPN nie będą mogły zostać opublikowane. Jeśli jednak to nastąpi, pierwsze listy IPN ukazać się prawdopodobnie 15 sierpnia br.

### **9. Zmiany organizacyjne na II Wydziale Lekarskim.**

Senat pozytywnie zaopiniował utworzenie na II Wydziale Lekarskim w Zakładzie Niewydolności Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej w ramach Katedry i Kliniki Kardiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych – Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny.

### 10. Zmiany organizacyjne na Wydziale Nauki o Zdrowiu.

Senat pozytywnie zaopiniował utworzenie na Wydziale Nauki o Zdrowiu – Zakładu Immunologii i Żywienia.

### 11. Sprawy osobowe:

1) Przyznanie „Medali za zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie.”

Senat przyznał „Medal za Zasługi dla Akademii Medycznej w Warszawie” następującym osobom:

- Janowi Krzysztofowi, Naczelnikowi Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego,
- mgr Helenie Rokickiej, Dyrektor Domu Pracowników Służby Zdrowia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Warszawie.

2) Przedłużenie mianowań profesorom nadzwyczajnym nie posiadającym tytułu naukowego, którym mija 5-letni okres zatrudnienia na tym stanowisku.

Senat wyraził zgodę na przedłużenie mianowania następującym profesorom nadzwyczajnym, nieposiadającym tytułu naukowego, którym mija 5-letni okres zatrudnienia na tym stanowisku:

- profesorowi nadzwyczajnemu dr hab. Markowi Kulusowi na okres 2 lat do 30 kwietnia 2009 r.,
- profesorowi nadzwyczajnemu dr hab. Janowi Kochanowskiemu na okres 2 lat do 30 kwietnia 2009 r.

3) Zmiany sekretarzy w składach Komisji Senackich.

Senat powołał:

- Panią mgr inż. Ewę Kaczmarek na sekretarza Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry,
- Panią Iwonę Cieślukowską na sekretarza Senackiej Komisji ds. Oceny Profesorów.

### 12. Nowe schematy organizacyjne Akademii Medycznej w Warszawie.

Senat pozytywnie zaopiniował przedstawiony przez Kanclerza AM nowy:

- „Schemat organizacyjny Akademii Medycznej w Warszawie”.
- „Schemat organizacyjny administracji centralnej Akademii Medycznej w Warszawie”.

Senat zobowiązał Kanclerza do dostosowania struktury organizacyjnej jednostek administracji do nowego schematu oraz opracowania jednolitego tekstu „Regulaminu Organizacyjnego Akademii Medycznej w Warszawie”.

### 13. Kształcenie studentów kierowanych do AM przez Ministerstwo Obrony Narodowej.

Prof. Piotr Zaborowski zgłosił wniosek w sprawie podjęcia przez Senat Uczelni uchwały dotyczącej zawarcia porozumienia z Wojskowym Instytutem Medycznym na prowadzenie w AM jednolitych studiów na kierunku lekarskim dla podchorążych korpusu medycznego Wojska Polskiego. Zgodnie z art. 31 ust. 2 i 3 ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym”, Uczelnia może w trybie porozumienia z innymi uczelniami, a w szczególności z instytucjami naukowymi tworzyć wspólne jednostki.

Poza obecnym limitem na kierunku lekarskim, Uczelnia miałaby dodatkowo 60 studentów stacjonarnych. Koszty ich kształcenia w całości pokrywać będzie Ministerstwo Obrony Narodowej.

JM Rektor podkreślił, że uchwała będzie miała charakter kierunkowy. W momencie stworzenia projektu w/w porozumienia, sprawa ta wróci na posiedzenie Senatu. Zostaną przeprowadzone też szczegółowe ustalenia z dziekanami.

Prof. Marek Krawczyk oraz prof. Maciej Karolczak zadeklarowali chęć prowadzenia tych studiów w oparciu o bazę I i II WL.

Senat Akademii Medycznej w Warszawie wyraził zgodę na zawarcie przez Uczelnię porozumienia z Wojskowym Instytutem Medycznym i na prowadzenie jednolitych studiów magisterskich dla podchorążych korpusu medycznego Wojska Polskiego na kierunku lekarskim.

### 14. Projekt utworzenia bazy klinicznej dla Wydziału Nauki o Zdrowiu na terenie Szpitala Ursynowskiego.

Prof. Piotr Małkowski poinformował o planowanej budowie szpitala na Ursynowie, tzw. „Szpitala Południowego”. Inwestycja finansowana będzie przez Prezydenta Warszawy. Profesor Piotr Małkowski wystąpił z wnioskiem o wyrażenie przez Senat zgody na wystąpienie do Prezydenta m. st. Warszawy z propozycją umieszczenia w „Szpitalu Południowym” klinik Wydziału Nauki o Zdrowiu. Jest to próba zdobycia bazy klinicznej dla Wydziału.

Wiceprezydent Warszawy wyraził wstępne poparcie dla tej inicjatywy. Umieszczenie klinik AM w „Szpitalu Południowym” podniesie zdaniem stołecznych władz rangę tego Szpitala, da też gwarancję wysokiego standardu leczenia.

Senat jednogłośnie poparł wniosek prof. Piotra Małkowskiego w sprawie oficjalnego wystąpienia Uczelni do władz m. st. Warszawy o umieszczenie w przyszłym „Szpitalu Południowym”, którego budowę planuje się na terenie Ursynowa, jednostek Wydziału Nauki o Zdrowiu.

### 15. Nowe stawki czesnego w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim.

Dotychczasowe stawki czesnego w English Division wynosiły za studia 6-letnie i rok przed-

medyczny – 8.700 euro rocznie a za studia 4-letnie – 10.400 euro rocznie, o czym poinformował dr hab. W. Koszewski. Ustalona kilka lat temu wysokość stawek spowodowała realne obniżenie wpływów. Powodem jest spadek wartości dolara i euro w stosunku do złotówki. Propozycja nowych stawek w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim wyniosła za studia 6-letnie i rok przed-medyczny – 10.000 euro rocznie,

z kolei za studia 4-letnie – 13.000 euro rocznie. Stawki konsultowano zarówno z władzami dziekańskimi II WL i Kwestorem. Mają też wstępną akceptację większości kontrahentów English Division. Senat wyraził pozytywną opinię w sprawie wprowadzenia zaproponowanych stawek czesnego.

#### 16. Informacje.

W związku z ustaniem finansowania przez Ministerstwo

Obrony Narodowej wojskowych etatów w uczelniach wyższych, major Radosław Zięba 31 marca 2007 r. przestał pełnić funkcję Kierownika Studium Medycyny Katastrof Akademii Medycznej w Warszawie. Wszystkie zadania dydaktyczne przewidziane planem na br. akademicki, wykonane zostaną przez dwóch pozostałych oficerów i trzech pracowników Studium.

Pro memoria



## Wspomnienie o prof. nadzw. dr hab. Ewie Dróbeckiej-Brydak

W dniu 03.04.2007 r. odeszła prof. nadzw. dr hab. Ewa Dróbecka-Brydak – wieloletni, zasłużony pracownik Katedry i Kliniki Okulistyki I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Pani Profesor ukończyła I Wydział Lekarski warszawskiej AM w 1963 r. i po odbyciu stażu rozpoczęła pracę w Katedrze i Klinice Okulistyki, z którą związała całe swoje zawodowe życie, kolejno na stanowiskach: starszego asystenta, adiunkta, profesora.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w 1972 r. na podstawie rozprawy „Ocena czynności siatkówki w wysokiej krótkowzroczności” – promotorem jej pracy była prof. dr hab. Zofia Falkowska. Habilitowała się w 1991 r. na podstawie pracy „Ocena narządu wzroku u chorych po przeszczepieniu nerki”. Opiekunem habilitacji był prof. dr hab. Tadeusz Kęćik. W 1967 r. uzyskała I stopień specjalizacji z okulistyki, a w 1972 r. II stopień specjalizacji.

Pani Profesor odbyła staże naukowe w Klinikach Okulistycznych w Gandawie i Rotterdamie oraz w Harvard Medical School i Herman University w USA. Jej zainteresowania naukowe ogniskowały się wokół diagnostyki elektrofizjologicznej chorób oczu, stanów zapalnych przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej, stanu narządu wzroku po przeszczepach narządów. Przez 30 lat kierowała Pracownią Elektrofizjologiczną Kliniki.

Pani Profesor była bardzo aktywna w pracy na rzecz zarówno Akademii Medycznej, jak i środowiska okulistycznego. Wchodziła w skład Rady I Wydziału Lekarskiego oraz Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu, Rady Pedagogicznej oraz licznych

komisji akademickich. Trzykrotnie była Przewodniczącą Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, należała także do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i Sekcji Zapobiegania Ślepotcie i Rehabilitacji Słabowidzących. Pełniła ponadto funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki. Jej dorobek naukowy obejmuje ponad 80 prac, dwa rozdziały w książkach oraz atlas okulistyczny.

Pani Profesor była oddana studentom i osobom odbywającym specjalizację, służąc im swoim doświadczeniem. Była promotorem dwóch doktoratów oraz opiekunem wielu specjalizacji z okulistyki na I i II stopień. Została trzykrotnie wyróżniona nagrodami Jego Magnificencji.

Pozostanie w pamięci pracowników Katedry i Kliniki Okulistyki jako świetny diagnosta i oddany pacjentom, chętnie służący radą młodszym kolegom lekarzom.



**Kierownik i Pracownicy  
Katedry i Kliniki Okulistyki  
I Wydziału Lekarskiego**

# Współczesne możliwości chirurgicznego leczenia migotania przedsionków

**Dr n. med. Piotr Suwalski,  
lek. Grzegorz Suwalski**

*Klinika Kardiochirurgii I Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie*

## 1. Wstęp

Migotanie przedsionków jest najczęstszą istotną klinicznie arytmią serca, występuje w ogólnej populacji u 0,4%, zaś w grupie powyżej 60 roku życia – czyli najliczniejszej grupie pacjentów wszystkich niemal oddziałów dla dorosłych – występuje częściej niż u jednego na stu chorych. Z kolei w ośrodkach kardiochirurgicznych od 40–60% pacjentów leczonych z powodu wady zastawki mitralnej cierpi z powodu migotania przedsionków. Rośnie w szybkim tempie częstość występowania tej arytmii u innych chorych kierowanych do leczenia kardiochirurgicznego – z chorobą niedokrwinną serca czy wadą zastawki aortalnej.

Ma ona znaczący wpływ na jakość życia pacjentów, ale przede wszystkim związana jest z kilkukrotnym wzrostem śmiertelności, ryzyka udaru mózgu, czy wystąpienia niewydolności serca, co ukazują już wczesne „klasyczne” badania (np. Framingham Study). W ostatnich latach udowodniono na dużych grupach pacjentów, iż to negatywne zjawisko dotyczy nie tylko populacji ogólnej, ale również pacjentów po operacji kardiochirurgicznej. Arytmia powoduje również trudne do przeszacowania nakłady finansowe w lecznictwie, a także istotne obciążenia ekonomiczne dla konkretnego pacjenta.

Niedawno opublikowano dużą obserwację epidemiologiczną dotyczącą wpływu migotania przedsionków na rokowanie chorych poddanych leczeniu kardiochirurgicznemu w perspektywie 25-letniej. Materiał ponad 46 tysięcy chorych pochodził z Cleveland Clinic, a wyniki wyraźnie pokazały, iż migotanie przedsionków nie jest tylko markerem, wskaźnikiem przypisanym do najciężej chorych pacjentów, jest także czynnikiem znacząco pogarszającym rokowanie odległe. Autorzy wyraźnie i konkretnie podsumowują, że u każdego chorego z migotaniem przedsionków poddanego operacji kardiochirurgicznej należy – jeśli to możliwe – wykonać zabieg chirurgicznego leczenia migotania przedsionków (1).

Pod koniec lat 80-tych ubiegłego stulecia w kardiochirurgii, poprzedzone wieloletnimi badaniami elektrofizjologicznymi, pojawiły się nowe idee

leczenia migotania przedsionków, które stały się podstawą do chirurgicznego i inwazyjnego leczenia MP w obecnej postaci. „Złoty standard”, jakim stała się operacja „labiryntu” (ang. „Maze”) Cox’a – ze względu na swoją ogromną skuteczność do dziś największa spośród wszystkich metod, odegrała istotną rolę w powstaniu obecnych chirurgicznych i inwazyjnych sposobów leczenia MP.

Ze względu na wysoką skuteczność, ale i dużą inwazyjność oraz poziom trudności operacji zaistniała potrzeba jej modyfikacji. Zbiegło się to w czasie z szybkim postępem w dziedzinie elektrofizjologii i technologii medycznej. Przede wszystkim cięcia chirurgiczne zastąpiono technikami ablacyjnymi – wytwarzaniem blizn w obrębie przedsionków serca za pomocą różnych źródeł energii, jak prąd częstotliwości radiowej, niskie temperatury, mikrofały, ultradźwięki, czy laser. Nowe urządzenia pozwoliły nie tylko na ablację „od wnętrza” – wsierdziową, ale także „od zewnątrz” – nasierdziową, w tym na bijącym sercu i z zastosowaniem metod małoinwazyjnych i endoskopowych.

## 2. Rys historyczny

Jedną z pierwszych koncepcji chirurgicznego leczenia migotania przedsionków było wytworzenie korytarza między węzłem zatokowo-przedsionkowym i przedsionkowo-komorowym. Chirurgiczna izolacja tej drogi kierowała pobudzenia bezpośrednio z jednego węzła do drugiego. Procedura korytarzowania, zapewniając miarowy rytm komór, nie eliminowała jednak migotania przedsionków. Stało się oczywiste, że aby wyeliminować problem powikłań zatorowo-zakrzepowych oraz uzyskać prawidłową funkcję hemodynamiczną, konieczne jest pobudzenie całego mięśnia przedsionka przez węzeł zatokowo-przedsionkowy. Jedynym rozwiązaniem wydawało się chirurgiczne wytworzenie „ślepych zaułków” przewodzących pobudzenie również do tych części przedsionka, które leżały poza wspomnianym pasmem mięśniówki łączącym oba węzły. Stworzono teorię labiryntu dróg przewodzenia, obejmującego swym obszarem całą powierzchnię przedsionków, do którego dostać się można było jedynie poprzez węzeł zatokowo-przedsionkowy, a jak na prawdziwy labirynt przystało, prowadziło z niego tylko jedno wyjście, a mianowicie – węzeł przedsionkowo-komorowy. Wkrótce tę teorię udało się wcielić w życie i stworzono procedurę chirurgiczną nazwaną „labiryntem” („MAZE procedure”).

Zabieg „labiryntu” po raz pierwszy wykonał J. Cox w 1987 roku. W ciągu kilku następnych lat procedura ta przeszła kilka modyfikacji dotyczących w szczególności przebiegu linii cięć w obrębie przedsionków. Obecnie za ogólnie przyjętą uważa się modyfikację trzecią (MAZE III). W Polsce pierwszą operację korytarzowania wykonał w 1993 roku prof. Kazimierz Suwalski. Kilka dni później prof. Suwalski przeprowadził pierwszą w Polsce operację „labiryntu” – MAZE III (2; 3).

Zatem procedura „labiryntu” umożliwia propagację fizjologicznego pobudzenia z węzła zatokowo-przedsionkowego do węzła przedsionkowo-komorowego, przy jednoczesnym pobudzeniu całej mięśniówki przedsionków z wyłączeniem usuniętych uszek oraz odizolowanych żył płucnych. Tak więc technika ta wyklucza powstanie i podtrzymywanie migotania przedsionków bez względu na ilość pętli macro-reentry odpowiedzialnych za to zjawisko.

Skuteczność operacji MAZE sięgała 98% przy zachowanej funkcji transportowej przedsionków przekraczającej 93%. Jednak dlaczego mimo tak doskonałych wyników nie stała się ona złotym standardem i obecnie jest wykonywana niezwykle rzadko? Była to procedura wymagająca technicznie i czasochłonna. Ze względu na konieczność przedłużenia czasu zaklemowania aorty i krążenia pozaustrojowego zwiększała ryzyko wystąpienia groźnych powikłań w okresie okołoperacyjnym (4). Obecnie nie sprostaby jeszcze innym wymaganiom, a mianowicie ze względu na konieczność stosowania krążenia pozaustrojowego, zatrzymania akcji serca oraz otwarcia obu przedsionków nie może być rutynowo wykonywana u pacjentów, których podstawowym wskazaniem do operacji jest na przykład choroba wieńcowa czy wada aortalna.

### 3. Metody współczesne

Kierunek rozwoju chirurgii migotania przedsionków wyznacza przede wszystkim zmniejszenie inwazyjności procedur, techniczne ich uproszczenie, możliwość szerokiego upowszechnienia oraz dostosowanie do wszystkich grup pacjentów, w tym również leczonych operacyjnie bez stosowania krążenia pozaustrojowego.

Nowoczesne koncepcje chirurgicznego leczenia migotania przedsionków czerpią z badań elektrofizjologicznych przeprowadzonych w latach 90. opisujących podstawy patomechanizmu tej arytmii. Dowodzą one istotnej roli żył płucnych jako głównej lokalizacji ognisk arytmogennych, a także podkreślają ich znaczenie w podtrzymywaniu migotania przedsionków (5; 6; 7).

Logiczną konsekwencją tych odkryć było wynalezienie technik izolacji żył płucnych, co wiąże się z bardzo dobrymi wynikami u pacjentów z napaadowym migotaniem przedsionków i wyraźnie gorszymi u chorych z przewlekłym migotaniem przedsionków (8).

Publikacje Hindriksa i Kottkampa spowodowały pojawienie się pojęcia „modyfikacji substratu”. Kardiolodzy ci uzyskali bowiem bardzo dobre wyniki szczególnie w grupie pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków, wytwarzając jedynie serię linii ablacyjnych w lewym przedsionku bez izolowania żył płucnych (9). Wydaje się zatem, że optymalny wzór linii stanowić powinien syntezę obu idei – izolacji żył płucnych i modyfikacji substratu. Tak też wygląda większość schematów linii wykonywanych w lewym przedsionku od strony wsierdza.

I tak ostatnie lata przynoszą szeroki wachlarz rozwiązań technologicznych. Linie ablacyjne wykonywać można za pomocą różnych energii – prądu o częstotliwości radiowej (radiofrequency), niskich temperatur (krioablacja), mikrofal, energii lasera czy ultradźwięków (10; 11). Założenia elektrofizjologiczne wymagają spełnienia przez nowe urządzenia dwóch podstawowych warunków – przezścienności i ciągłości wykonywanych linii ablacyjnych, a ocena bezpieczeństwa i ryzyka powikłań stosowania nowych metod jest pierwszym etapem badań.

Dzisiaj można wykonywać ablację chirurgiczną zarówno wykorzystując dostęp wsierdziowy – np. podczas operacji naprawy czy wymiany zastawki mitralnej – jak i nasierdziowy – bez otwierania jam serca, na przykład podczas operacji pomostowania tętnic wieńcowych na bijącym sercu. Techniki nasierdziowe czekają na ostateczne ustalenie ich miejsca w terapii. Ponieważ są one mniej inwazyjne wiąże się z nimi duże nadzieje. W ośrodku autorów udało się przeprowadzić pierwsze w naszym kraju operacje chirurgicznego leczenia migotania przedsionków właśnie technikami nasierdziowymi z wykorzystaniem różnych źródeł energii – nasierdziowa krioizolacja żył płucnych (2002 r.) oraz nasierdziowa izolacja żył płucnych przy pomocy bipolarnej elektrody radiofrequency (2003 r.) (12; 13).

Należy zaznaczyć, iż techniki chirurgicznego leczenia migotania przedsionków współgrają z ogólnym trendem ewolucji kardiochirurgii, czyli z rozpowszechnieniem technik małoinwazyjnych. Zgromadzono już szerokie doświadczenie w przeprowadzaniu operacji pomostowania tętnic wieńcowych oraz naprawy lub wymiany zastawki mitralnej poprzez ograniczony dostęp chirurgiczny – kilkukilkunastocentymetrowe cięcia. Dlatego konstruuje się urządzenia umożliwiające wykonanie linii ablacyjnych również podczas tych zabiegów (14).

Ale to nie koniec! Stosowanie robota w kardiologii jest już powszechnie znane (rysunek 1). Wykorzystując niewielką urazowość metod endoskopowych oraz wysoką skuteczność takiego postępowania,

Skuteczność metod chirurgicznego leczenia migotania przedsionków jest dobrze udokumentowana. Nadrzędną rolę odgrywa obserwacja odległa, gdyż wyniki badań obejmujących zaledwie kilka lub kilkanaście tygodni w aspekcie leczenia tej arytmii – niezależnie od wyboru metody – nie powinny być brane pod uwagę.

Odległa obserwacja wyników leczenia utrwalonego migotania przedsionków za pomocą unipolarniej elektrody radiofrekwencji u 200 pacjentów poddanych chirurgii zastawki mitralnej pokazuje, że dwuletnia skuteczność takiego postępowania przekracza 80% (19).

Zastosowanie krioabblacji z kolei udokumentował Doll i wsp., osiągając w 6-miesięcznej obserwacji rytm zatokowy u 74% operowanych.

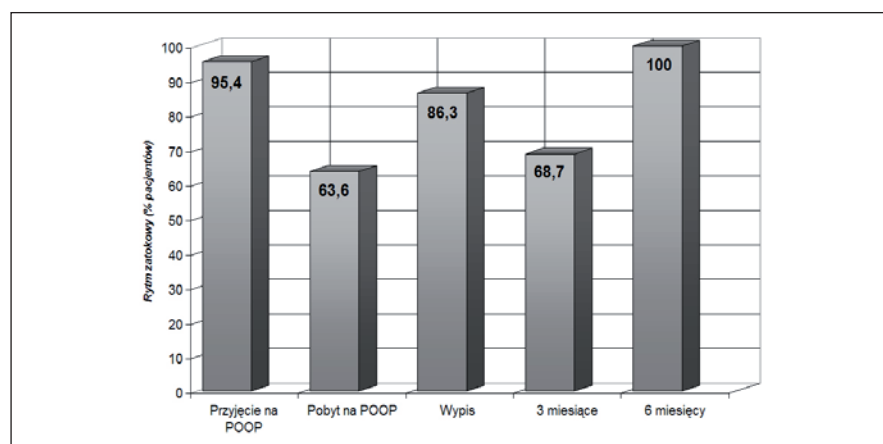
Prospektywne randomizowane badanie z zastosowaniem mikrofal jako źródła energii do wykonywania linii ablacyjnych przeprowadzili Shuetz i wsp. Po 12-miesięcznej obserwacji uzyskali oni rytm zatokowy u 80% swoich pacjentów (20).

Zgromadzony przez nas materiał potwierdza wysoką skuteczność technik epikardialnych w leczeniu napadowego migotania przedsionków (21).

#### 4. Algorytm „warszawski”

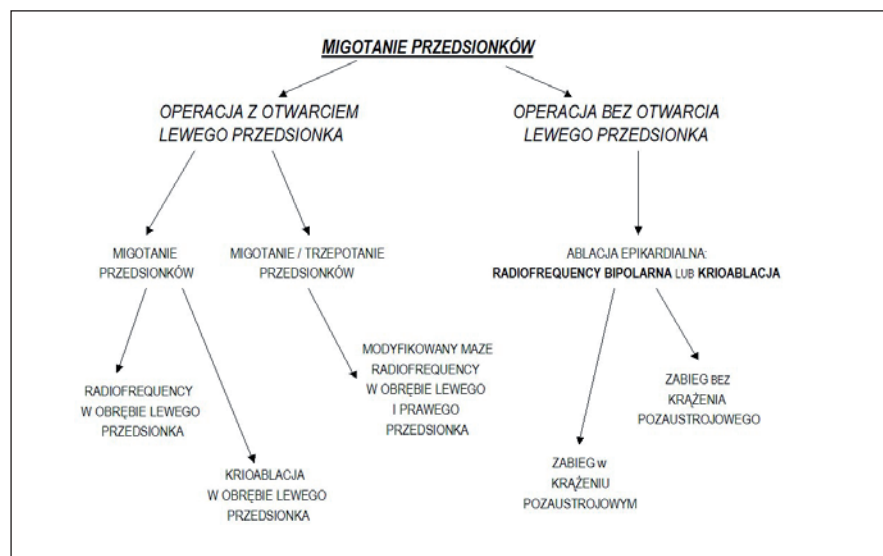
W Klinice Kardiologii I Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie opracowano schemat chirurgicznego postępowania antyarytmicznego. Algorytm „warszawski” funkcjonuje w oparciu o możliwość przeprowadzania zabiegów chirurgicznego leczenia migotania przedsionków za pomocą różnych źródeł energii (radiofrekwencji, krioabblacji) oraz wykorzystuje nowe rozwiązania technologiczne (abblacja bipolarna i unipolarna radiofrekwencji, krioaplikatory własnej konstrukcji). Algorytm został zaprojektowany w ten sposób, aby swoim zasięgiem terapeutycznym objąć wszystkich chorych z migotaniem przedsionków kierowanych do leczenia kardiologicznego (schemat 1).

Nowym wyzwaniem dla kardiologa jest leczenie samoistnego migotania przedsionków. Mało inwazyjna abblacja samoistnego migotania przedsionków dwu-



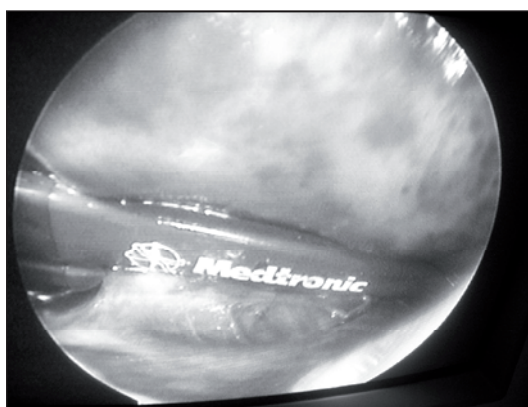
**Tabela 1.** Wyniki abblacji nasierdziejowej u pacjentów z napadowym migotaniem przedsionków (Suwalski et al. *Ann Thorac Surg* 2006).

przeprowadzane są zabiegi chirurgicznego leczenia migotania przedsionków za pomocą robota, u pacjentów, u których arytmia stanowiła jedyne wskazanie do takiego postępowania – „lone fibrillation” (15; 16). Jeszcze wcześniej w Klinice Kardiologii w Lipsku zgromadzono szerokie doświadczenia w chirurgicznym leczeniu migotania przedsionków technikami małoinwazyjnymi właśnie jako alternatywę dla innych metod leczenia – farmakoterapii i metod przezskórnych. Zabiegi te przeprowadzono w grupie 116 chorych z napadowym migotaniem przedsionków. W odległej obserwacji jednorocznej wykonano 7-dniową analizę elektrokardiograficzną metodą Holtera i u 99% tych pacjentów stwierdzono stabilny rytm zatokowy (17; 18).



**Schemat 1.** Algorytm „warszawski” chirurgicznego leczenia migotania przedsionków.

biegunową elektrodą RF z zastosowaniem technik endoskopowych. Polega na obustronnej izolacji żył płucnych za pomocą dwubiegunowej elektrody prądu częstotliwości radiowej bez zastosowania krążenia pozaustrojowego i bez sternotomii – jedynie poprzez dwa kilkucentymetrowe nacięcia klatki piersiowej. Do zabiegu stosuje się zestaw torakoskopowy, jako wspomaganie wizualne dla operatora. Zabieg wymaga około 2-godzinnej anestezji i okresowej wentylacji jednego płuca. Dodatkowo zaszywa się uszko lewego przedsionka oraz przecina więzadło Marshalla.



**Ryc. 1.** *Małoinwazyjna abłacja samoistnego migotania przedsionków dwubiegunową elektrodą RF z zastosowaniem technik endoskopowych.*

## 5. Podsumowanie

Współczesne nieinwazyjne metody leczenia MP nie dają oczekiwanych wyników, szczególnie w obserwacji odległej. Z kolei 'klasyczny' „labirynt” był bardzo skuteczny w eradykacji MP, jednak jego inwazyjność, wysoki poziom trudności i pewien odsetek powikłań zahamowały jego popularyzację. Wprowadzenie licznych modyfikacji uprościło i upowszechniło procedurę chirurgicznej abłacji MP, choć w tej dziedzinie jest jeszcze wiele do zrobienia.

Chirurgia migotania przedsionków jest dziedziną stale zwiększającą dynamikę swojego rozwoju. Rozpoczął się czas szerokiego upowszechniania tych metod i włączania nowych ośrodków do grupy mogących zaoferować postępowanie antyarytmiczne swoim pacjentom bez względu na podstawowe wskazanie do operacji oraz wybór techniki zabiegu, bo jest to możliwe, bezpieczne i wysoko skuteczne. Jest to możliwe przede wszystkim dzięki szybkiemu postępowi technologicznemu i urzeczywistnieniu szeregu koncepcji urządzeń do chirurgicznej abłacji oraz rozwojowi elektrofizjologii migotania przedsionków.

## 6. Piśmiennictwo

1. Quader M.A., McCarthy P.M., Gillinov A.M. et al.: Does preoperative atrial fibrillation reduce survival after coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1514–24.
2. Suwalski K., Pytkowski M., Majstrak F. i wsp.: Operacyjne leczenie migotania przedsionków metodą wytworzenia korytarza (Corridor Procedure). *Pol Przegl Chir* 1994; 3: 383–388.
3. Suwalski K., Pytkowski M., Majstrak F. i wsp.: Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków metodą wytworzenia

korytarza (Corridor Procedure). *Kardiolog* 1994; 40: 459–462.

4. Cox J.L., Schuessler R.B., D'Agostino H.J. Jr et al.: The surgical treatment of atrial fibrillation. (III) Development of a definitive surgical procedure. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1991; 110: 569–583.

5. Haissaguerre M., Jais P., Shah D.C. et al.: Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med* 1998; 339: 659–66.

6. Sueda T., Nagata H., Shikata H., Orihashi K., Morita S., Sueshiro M., Okada K.,

Matsuura Y.: Simple left atrial procedure for chronic atrial fibrillation associated with mitral valve disease. *Ann Thorac Surg*. 1996; 62: 1796–1800.

7. Melo J., Adragao P., Neves J., Ferreira M.M., Pinto M.M., Rebocho M.J., Perreira L., Ramos T.: Surgery for atrial fibrillation using radiofrequency catheter ablation: assessment of results at one year. *Eur J Cardio-thorac Surg*. 1999; 15: 851–855.

8. Melo J.Q., Andragao P., Neves J., Ferreira M., Timoteo A., Santiago T. et al.: Endocardial and epicardial radiofrequency ablation in the treatment of atrial fibrillation with a new intra-operative device. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 2000; 18: 182–186.

9. Hindricks G., Mohr F.W., Autschbach R., Kottkamp H.: Antiarrhythmic surgery for treatment of atrial fibrillation—new concepts. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1999; 47 Suppl 3: 365–69.

10. Doll N., Meyer M., Walther T., Mohr F.W.: A new cryoprobe for intraoperative ablation of atrial fibrillation. *Ann Thorac Surg*. 2004; 77: 1460–2.

11. Venturini A., Polesel E., Cutaia V. et al.: Intraoperative microwave ablation in patients undergoing valvular surgery: midterm results. *Heart Surg Forum* 2003; 6: 409–12.

12. Suwalski P., Majstrak F., Kurowski A. i wsp.: Epikardialna izolacja żył płucnych przy użyciu krioprobki u pacjentów z migotaniem przedsionków – doniesienie wstępne. *Folia Cardiol* 2003; 10: 381–5.

13. Suwalski P., Majstrak F., Suwalski G. i wsp.: Pierwsze w Polsce doświadczenia w chirurgicznym leczeniu migotania przedsionków z zastosowaniem irygowanej bipolarnej elektrody do abłacji prądem o częstotliwości radiowej. *Folia Cardiol* 2004; 1: 373–7.

14. Saltman A.E., Rosenthal L.S., Francalancia N.A., Lahay S.J.: A completely endoscopic approach to microwave ablation for atrial fibrillation. *Heart Surg Forum* 2003; 6: E38–41.

15. Argenziano M., Williams M.R.: Robotic atrial septal defect repair and endoscopic treatment of atrial fibrillation. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2003; 15: 130–40.

16. Gerosa G., Bianco R., Buja G., Di Marco F.: Totally endoscopic robotic-guided pulmonary veins ablation:

- an alternative method for the treatment of atrial fibrillation. Eur J Cardiothorac Surg 2004; 26: 450–452.
17. Mohr F.W., Fabricius A., Falk V, Autschbach R., Doll N., von Oppell U., Diegeler A., Kottkamp H., Hindricks G.: Curative treatment of atrial fibrillation: Acute- and mid-term results of intraoperative radiofrequency ablation of atrial fibrillation. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123: 919–27.
  18. Doll N., Kiaii B., Bucarius J., Kornherr P., Krakor R., Walther T., Gummert J.F., Fabricius A.M., Mohr F.W.: Intraoperative left atrial ablation (for atrial fibrillation) using a new Argon cryo catheter. Early clinical experience. Ann Thorac Surg 2003; 76: 1711–5.
  19. Sie H., Beukema W., Elvan A. et al.: Long-term results of irrigated radiofrequency modified Maze procedure in 200 patients with concomitant cardiac surgery: six years experience. Ann Thorac Surg 2004; 77: 512–517.
  20. Shuetz A., Schulze C.J., Sarvanakis K.K et al.: Surgical treatment of permanent atrial fibrillation using microwave energy ablation: a prospective randomized clinical trial. Eur J Cardiothorac Surg 2003; 24: 475–480.
  21. Suwalski P., Suwalski G., Doll N. et al.: Epicardial beating heart „off-pump” ablation of atrial fibrillation in non-mitral valve patients using new irrigated bipolar radiofrequency technology. Ann Thorac Surg. 2006 Nov; 82(5): 1876–9.

## Przeszczepianie komórek krwiotwórczych

**Prof. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak**

*Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie*

**Przeszczepienie (transplantacja)** komórek krwiotwórczych jest to zabieg polegający na pobraniu tych komórek (np. szpiku) od dawcy, ich odpowiedniej preparatyce poza organizmem, odpowiednim przygotowaniu (kondycjonowaniu) biorcy, podaniu mu tych komórek i utrzymaniu go przy życiu do czasu podjęcia przez przeszczepione komórki skutecznej czynności krwiotwórczej.

Natomiast **przeszczep (transplant, graft) krwiotwórczy** jest to zawiesina komórek krwiotwórczych, będąca przedmiotem zabiegu przeszczepienia. Przeszczepienie szpiku jest zabiegiem z zakresu inżynierii komórkowej.

**W zależności od dawcy wyróżniamy przeszczepy:**

- **autologiczne** (dawcą komórek do przeszczepu jest sam chory),
- **izogeniczne** (od bliźniaka jednojajowego),
- **allogeniczne** (w którym dawcą jest druga osoba, zwykle brat lub siostra chorego albo odpowiednio dobrana osoba niespokrewniona),
- **kсенogeniczne** (dawca i biorca należą do różnych gatunków).

**Istnieje kilka rodzajów allogenicznych dawców szpiku:**

- **syngeniczni** (dostępni tylko dla bliźniąt jednojajowych),
- **allogeniczni: rodzeństwo identyczne w HLA** (przy obecnej wielkości rodzin dostępne tylko dla 20% chorych),
- **allogeniczni: rodzinni o mniejszej zgodności** (dostępni dla dodatkowych 5%),

- **allogeniczni: rodzinni haploidentyczni** (dostępni dla wszystkich chorych, ale prawie niewykorzystywani),
- **allogeniczni: niespokrewnieni identyczni w HLA** (dostępni dla 40–80% chorych zależnie od ocenianej populacji),
- **allogeniczni: niespokrewnieni o mniejszej zgodności** (dostępni dla wszystkich chorych).

**Istota zabiegu:**

Pobranie i przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych, jako tych komórek, które są zdolne po przeszczepieniu odtworzyć układ krwiotwórczy.

**Źródła krwiotwórczych komórek macierzystych do przeszczepienia**

- szpik: uzyskiwany drogą aspiracji z kołców biodrowych tylnych,
- krew obwodowa: komórki macierzyste są uzyskiwane za pomocą cytoaferezy po podaniu cytokin, a u osób chorych (przeszczepienia autologiczne) także cytostatyków,
- krew pępowinowa: krew obwodowa noworodka pozostawiona w sznurze pępowinowym i łożysku naturalnie bardzo bogata w komórki macierzyste, ale dostępna w ograniczonej ilości.

**Historia przeszczepiania szpiku w Polsce**

Historia nowożytnego przeszczepiania szpiku w Polsce liczy sobie ponad 20 lat. Pierwsze (i pierwsze udane) przeszczepienie allogenicznego szpiku wykonali w 1984 roku Wiesław Wiktor Jędrzejczak i wsp. Rok później ten zespół przeprowadził pierwsze (i pierwsze udane) przeszczepienie autologicznego szpiku.



W 1996 Hołowiecki i wsp. dokonali pierwszego (i pierwszego udanego) przeszczepienia allo-genicznego szpiku od niespokrewnionego dawcy, zaś w 1996 Lange i Jędrzejczak wykonali pierwsze (i pierwsze udane) przeszczepienie allogenicznej krwi pępowinowej.

### Rodzaje kondycjonowania

Wymienia się kilka rodzajów kondycjonowania:

- **Mieloablacyjne**
  - z napromienieniem całego ciała,
  - wyłącznie farmakologiczne.
- **Niemieloablacyjne**
  - z mielosupresją,
  - bez mielosupresji (tylko immunoablacja).

### MOBILIZACJA

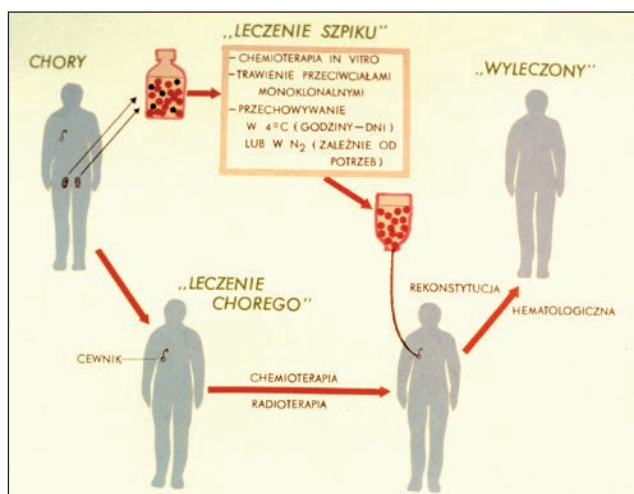
Jest to zabieg polegający na spowodowaniu wydostania się do krwi dużej liczby krwiotwórczych komórek macierzystych, wykonywany za pomocą cytokin (najczęściej G-CSF) i/lub podania dużych dawek cytostatyków niemieloablacyjnych (np. cyklofosfamid).

### Przechowywanie komórek krwiotwórczych

- krótkoterminowe (do 5 dni) – zawiesina komórek w pożywce,
- długoterminowe w temperaturze  $-80^{\circ}\text{C}$  (zamrażarka – miesiące)  $-196^{\circ}\text{C}$  (ciekły azot – lata) – w roztworze hiperosmotycznym uzyskiwanym dzięki dodaniu 5–10% DMSO (dwumetylosulfotlenku), którego się zwykle nie usuwa po rozmrożeniu i podaje choremu,
- w Banku Komórek Krwiotwórczych.

### Przygotowanie biorcy – kondycjonowanie

Kondycjonowanie jest to zabieg przygotowania biorcy przeszczepu komórek krwiotwórczych do



Ryc. 1. Schemat przeszczepienia autologicznego szpiku.

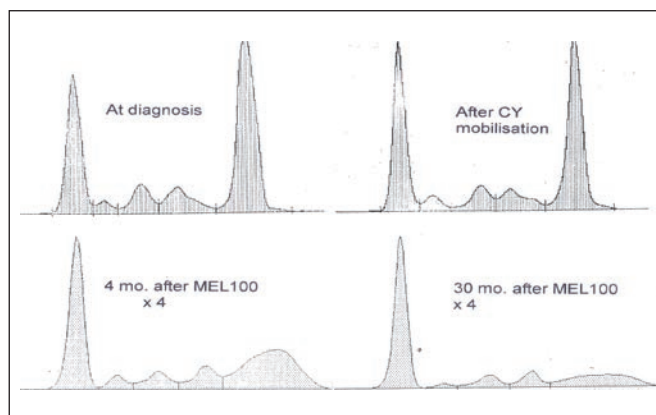
ich przeszczepienia, standardowo złożony z mieloablacji i/lub immunoablacji, który bezpośrednio poprzedza przeszczepienie.

### MIELOABLACJA

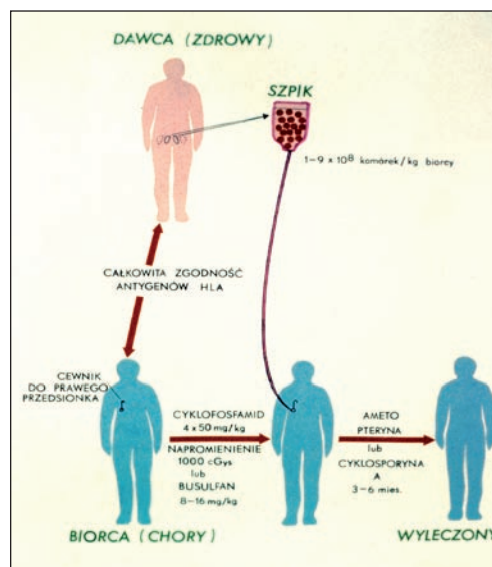
To zabieg zniszczenia układu krwiotwórczego biorcy wraz z jego ewentualnymi chorobami (np. białaczką), wykonywany za pomocą cytostatyków mieloablacyjnych (busulfan, melfalan, tio-tepa, pochodne nitrozomocznika np. BCNU) lub napromienienia całego ciała dawką 1000–1500 cGy zazwyczaj frakcjonowaną.

### Typowy schemat zabiegu przeszczepienia autologicznych komórek macierzystych uzyskanych z krwi obwodowej PBSCT

- mobilizacja;
- pobranie komórek z krwi obwodowej za pomocą separatora i ich przechowanie;

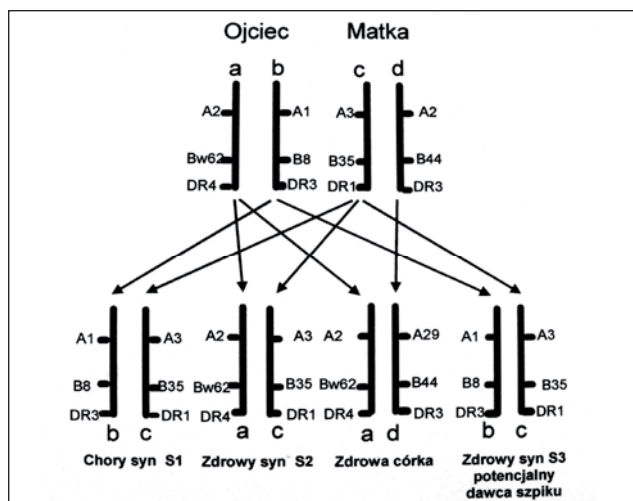


Ryc. 2. Przypadek 62-letniego chorego na szpiczaka – IgG  $\lambda$  leczonego pierwszorazową mobilizacją i kondycjonowaniem MEL100 x 4 oraz przeszczepieniem.



Ryc. 3. Schemat zabiegu przeszczepienia allogenicznego szpiku.

- kondycjonowanie;
- doba przerwy;
- podanie komórek przez centralny cewnik żylny;
- utrzymanie biorcy przy życiu podczas odnowy krwiotworzenia i jej ewentualne wspomaganie, na przykład cytokinami.



Ryc. 4. Dobór rodzinnego dawcy szpiku w układzie HLA.

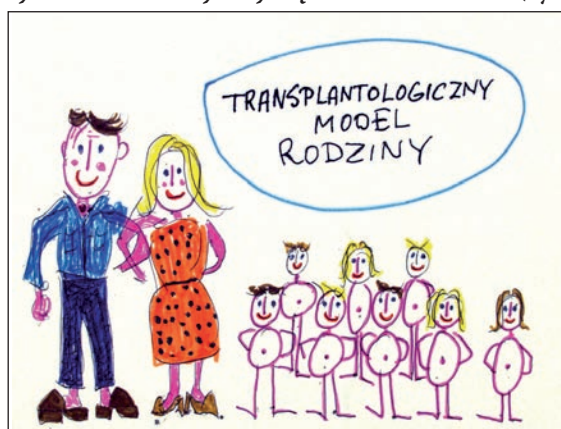
#### Typowy schemat zabiegu ABMT

- pobranie szpiku i jego przechowywanie;
- kondycjonowanie; dzień przerwy,
- podanie szpiku przez centralny cewnik żylny;
- utrzymanie chorego przy życiu podczas odnowy układu krwiotwórczego i jej ew. wspomaganie np. cytokinami;
- kontrola ambulatoryjna ew. leczenie nawrotu choroby.

#### Klasyczna allotransplantacja

- leczy głównie megachemio- (radio-) terapia;
- celem przeszczepienia komórek od dawcy jest uratowanie życia po leczeniu nieodwracalnie niszczącym szpik chorego,
- komórki dawcy mogą dodatkowo wywierać wpływ przeciwnowotworowy,
- powikłaniem jest choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvH od ang. Graft versus host).

Nie tylko nam marzyłaby się taka rodzinka...(ryc. 5.)



#### Co robić, jeśli jej nie ma?

- Rejestry niespokrewnionych dawców szpiku: komputerowe bazy danych o antygenach zgodności tkankowej zdrowych ochotników obejmujące na świecie 11,1 mln osób.
- Banki krwi pępowinowej: placówki przechowujące wytestowane pod względem tkankowym i infekcyjnym jednostki krwi pępowinowej obejmujące na świecie 250 tys. jednostek (dane z 2007 r.).

#### Jak się poszukuje dawcy niespokrewnionego?

- chory wytestowany w HLA jest zgłaszany do ośrodka transplantacyjnego (AM Katowice, DCTK Wrocław, AM Poznań, AM Gdańsk, AM Warszawa);
- ten ośrodek zgłasza chorego do „Poltransplantu”, który wystawia zlecenie na poszukiwanie dla ośrodka poszukującego (DCTK, IHiT Warszawa, Medigen, AM Katowice, AM Warszawa);
- ośrodek poszukujący dobiera dawcę i zawiadamia ośrodek transplantacyjny, który porozumiewa się z „dysponentem dawcy”, uzgadnia pobranie i przesłanie materiału transplantacyjnego;
- ośrodek transplantacyjny dokonuje przeszczepienia.

#### Autologiczna krew pępowinowa

- ryzyko 1/20,000, że dana osoba zachoruje na chorobę wymagającą przeszczepienia szpiku;
- jeśli nawet, to będzie wymagać przeszczepienia allogenicznego, a nie autologicznego;
- główne wskazania do przeszczepień autologicznych są u starszych dorosłych;
- materiał przechowywany w banku nieposiadającym akredytacji nie może zostać przeszczepiony zgodnie z prawem, czyli nie nadaje się do wykorzystania;
- potrzeba 3 ml/kg biorcy, a objętość jest ograniczona, metod hodowli ciągle nie ma, a jeśli się pojawia, nie będą dotyczyć komórek przechowywanych przez lata w zamrożeniu;
- na świecie wykonano tylko kilka zabiegów przeszczepienia takiej krwi z marnym skutkiem;
- podsumowując: bankowanie autologicznej krwi pępowinowej nie szkodzi, ale też nie ma istotnej przydatności.

#### Typowy schemat przeszczepienia allogenicznych komórek krwiotwórczych

- dobór biorcy i dawcy w zakresie HLA,
- kondycjonowanie biorcy: BuCy: busulfan 16 mg/kg i cyklofosamid: 2 x 60 mg/kg lub 4 x 50 mg/kg lub TBI (4 x 250 cGy)–Cy,
- pobranie komórek krwiotwórczych od dawcy: szpik lub PBSC,

- przeszczepienie,
- odnowa krwiotworzenia ewentualnie wspomagana cytokinami,
- zapobieganie i zwalczanie choroby PPG.

### Jednoczesne przeszczepienie trzech jednostek krwi pępowinowej u dorosłego

- Próba skorygowania niedoboru komórek w pojedynczej jednostce tej krwi.
- Niebezpieczeństwo oddziaływań każdej z jednostek oddzielnie z biorcą, a dodatkowo ich wzajemnych oddziaływań.
- Jeśli będzie działać rozwiązanie problemu braku allogenicznych dawców szpiku.

### Miniallotransplantacja (2)

- I etap: allotransplantacja po kondycjonowaniu jedynie immunoablacyjnym: cel – ustanowienie chimeryzmu i tolerancji biorcy na komórki dawcy;
- II etap: podanie komórek odpornościowych dawcy (DLI) celem spowodowania „odrzucenia” przez nie nowotworu biorcy.

### Miniallotransplantacja (3)

- ze względu na mniejszą toksyczność około-przeszczepową opcja lecznicza dla chorych po 60-tce i w gorszym stanie ogólnym;
- inne wskazania niż klasyczna allotransplantacja: chłoniaki o niskim stopniu złośliwości, zespoły mielodysplastyczne, być może guzy lite np. rak nerki.

### Rodzaje wskazań do przeszczepiania allogenicznych komórek krwiotwórczych wg EBMT

- rutynowe (standardowe, metoda lecznicza z wyboru),
- opcja kliniczna (w ramach badań klinicznych – metoda standardowa dla wybranych chorych, wymagane raportowanie zabiegów do EBMT, co dotyczy w Polsce wszystkich zabiegów)
- rozwojowe: będące przedmiotem doświadczeń klinicznych,
- na ogół nierekomendowane (większość danych wskazuje na albo duże ryzyko albo na małą skuteczność, ale jeśli chory nie ma innych opcji mogą się wraz z lekarzem zdecydować na zabieg tzw. „ratunkowy”).

### Wskazania do przeszczepienia allogenicznych komórek krwiotwórczych zależą od:

- rozpoznania,
- stanu zaawansowania,
- wieku i stanu ogólnego,
- obecności schorzeń towarzyszących,

- zdolności pacjenta do współpracy,
- rodzaju kondycjonowania,
- źródła komórek krwiotwórczych,
- rodzaju komórek krwiotwórczych,
- rodzaju dawcy.

### Zdolność pacjenta do współpracy

- Szanse pacjenta zależą nie tylko od lekarzy, ale także od tego, czy będzie on drobiazgowo przestrzegał zaleceń dotyczących higieny i sposobu życia w okresie rekonwalescencyjnym.
- Pacjent wypisywany do bezdomności po udanym zabiegu nie ma szans.
- Zwłaszcza po zabiegach niemieloablacyjnych szanse pacjenta zależą od opieki w późnym okresie po przeszczepieniu.

### Obecność schorzeń towarzyszących:

- trzeba być bardzo zdrowym mając śmiertelną chorobę, aby być w stanie przeżyć przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych,
- jednak sytuacja jest taka, że zwłaszcza doświadczony zespoły podejmują większe ryzyko dając szansę chorym dyskwalifikowanym gdzie indziej.

### Wiek i stan ogólny

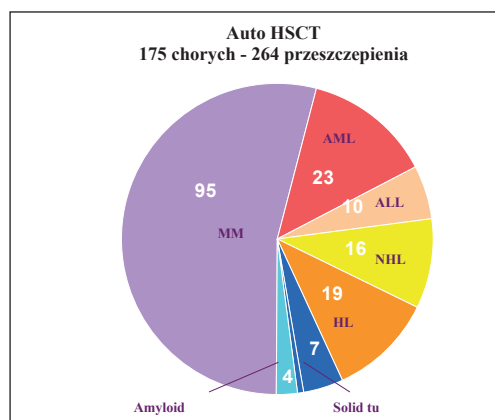
- Obecna górna granica wieku dla przeszczepień allogenicznych po kondycjonowaniu mieloablacyjnym to 60 lat, a dla przeszczepień po kondycjonowaniu niemieloablacyjnym to 70 lat, ale dotyczy to dawców identycznych w HLA.
- Mniej zgodni dawcy – niższa granica wieku.
- Chodzi o wiek „biologiczny”, a nie metrykalny.

### Rozpoznanie i stan zaawansowania choroby

- Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych to „pływająca brzytwa” – brzytwa, której chwyta się tylko tonący, ale która, chociaż go porani, może utrzymać go na powierzchni.
- Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych jest straszną metodą leczniczą, niewiele tylko mniej straszną od chorób, które leczy, jest najdalej idącą ingerencją lekarza w organizm człowieka.

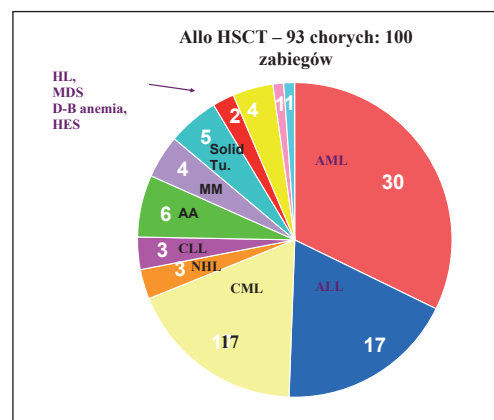
### Istotne zastrzeżenie

- Podane wskazania stale ewoluują, więc mają znaczenie jako otwierające drogę do rozpatrywania zastosowania tej metody leczniczej u danego chorego.
- Ostateczną decyzję po rozważeniu wszystkich za i przeciw oraz przygotowaniu chorego do zabiegu podejmuje kierownik zespołu transplantacyjnego.



Ryc. 9. Wskazania do wykonania zabiegów przeszczepiania autologicznych komórek krwiotwórczych w Klinice Hematologii i Onkologii AM w Warszawie.

AML – ostra białaczka szpikowa; ALL – ostra białaczka limfoblastyczna; NHL – chłoniaki niezłaziarniste; HL – ziarnica złośliwa; Solid tu – guz lity; Amyloid – amyloidoza; MM – szpiczak mnogoci; CML – przewlekła białaczka szpikowa; CLL – przewlekła białaczka limfatyczna; AA – aplazja szpiku; MDS – zespół mielodysplastyczny; D-B anemia – niedokrwistość Diamonda Blackfana; HES – zespół hypereozynofilowy.



Ryc. 10. Wskazania do wykonania zabiegów przeszczepiania allogenicznych komórek krwiotwórczych w Klinice Hematologii i Onkologii AM w Warszawie.

## Obrony prac doktorskich

### I Wydział Lekarski

19 kwietnia 2007 roku

godz. 10<sup>35</sup>

**lek. Łukasz Sawionek:** „Wpływ nadciśnienia tętniczego i cukrzycy na przekrwienie czynnościowe w nerwie kulszowym u szczura”

promotor – prof. dr hab. Jacek Przybylski  
recenzenci: prof. dr hab. Bogna Małgorzata Szerega-Przestaszewska  
prof. dr hab. Witold Juzwa

godz. 12<sup>05</sup>

**lek. Agnieszka Gardyszewska:** „Wyniki operacyjnego leczenia zmian nowotworowych okolicy anogenitalnej u biorców alloprzeszczepu narządowego”

promotor – prof. dr hab. Piotr Fiedor  
recenzenci: prof. dr hab. Włodzimierz Baranowski  
prof. dr hab. Leszek Pączek

godz. 12<sup>50</sup>

**lek. Katarzyna Luterek:** „Wpływ leczenia wewnątrzmacicznego w chorobie hemolitycznej na stężenie NT-proBNP w surowicy płodu”

promotor – dr hab. Mirosław Wielgoś  
recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Drews  
dr hab. Krzysztof Filipiak

godz. 13<sup>35</sup>

**lek. Zbigniew Morawski:** „Analiza przebiegu porodu w wodzie”

promotor – dr hab. Mirosław Wielgoś  
recenzenci: prof. dr hab. Tadeusz Laudański  
dr hab. Krzysztof Czajkowski,  
prof. nadzw. AM

26 kwietnia 2007 roku

godz. 12<sup>05</sup>

**lek. Andrzej Folga:** „Chorzy z niewydolnością serca uprzednio niediagnozowaną lub nieoptymalnie leczoną – znaczenie poszczególnych czynników prognostycznych w obserwacji odległej”

promotor – dr hab. Krzysztof Filipiak  
recenzenci: dr hab. Zbigniew Kalarus  
dr hab. Artur Mamcarz, prof. nadzw. AM

godz. 12<sup>50</sup>

**lek. Karolina Świtaj:** „Ocena przydatności metod molekularnych w wykrywaniu i różnicowaniu zarażeń *Toxoplasma gondii* na przykładzie nowej metody genotypowania”

promotor – prof. dr hab. Piotr Zaborowski  
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Płucienniczak  
prof. dr hab. Mirosław Łuczak

godz. 13<sup>35</sup>

**lek. Marcin Paciorek:** „Obturacyjny Bezdech Podczas Snu u pacjentów pracujących w trybie zmianowym”

promotor – prof. dr hab. Ryszarda Chazan  
recenzenci: prof. dr hab. Władysław Pierzchała  
płk prof. dr hab. Tadeusz Płusa

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

# Oddział na piątkę

**Mgr Karolina Gwarek**

Redakcja „MDW”

*Oddział Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego liczy sobie pięć lat. Jest najmłodszym oddziałem tego typu w kraju. Realizuje kształcenie na bardzo wysokim poziomie, co potwierdza otrzymana w tym roku akredytacja. O dniu dzisiejszym i przyszłości Oddziału rozmawiamy z profesorem Janem Pachecką, Prodziekanem ds. tego kierunku na Akademii Medycznej w Warszawie.*

**Karolina Gwarek: Jakie były początki Oddziału Analityki Medycznej na warszawskiej AM?**

**Prof. Jan Pachecka:** W 2002 roku JM Rektor Janusz Piekarczyk powierzył mi, jako ówczesnemu dziekanowi Wydziału Farmaceutycznego, zadanie zorganizowania studiów na kierunku „analityka medyczna”. W niektórych miastach w Polsce oddziały kształcące specjalistów w tym zakresie zostały utworzone już w latach 70-tych. Jednak w Warszawie długo takiej jednostki nie mieliśmy, na studiach farmaceutycznych była tylko specjalność „analityka kliniczna”. W lipcu 2002 roku Rada Wydziału Farmaceutycznego, a następnie Senat AM podjęli uchwałę o utworzeniu nowego Oddziału. Już trzy miesiące później pierwsi studenci rozpoczęli naukę na tym kierunku. Choć jesteśmy najmłodszym wydziałem analityki medycznej w kraju, wysoki poziom realizowanego przez nas kształcenia potwierdza otrzymana w tym roku akredytacja, która umożliwi nam dalsze prowadzenie studiów. Zgodnie z opinią Państwowej Komisji Akredytacyjnej nasza uczelnia spełnia wszystkie wymagania

kadrowe, programowe i organizacyjne, a także posiada odpowiednią bazę materialną do prowadzenia nauki na kierunku „analityka medyczna”. Poziom tych studiów odpowiada podstawowym kryteriom jakościowym. Sukcesem jest również to, że uczymy zgodnie z najwyższymi standardami. Te osiągnięcia nie byłyby możliwe bez ogromnego zaangażowania wszystkich nauczycieli akademickich, realizujących nauczanie na naszym Oddziale. Szczególną rolę w organizacji zajęć odegrała Ewa Skarżyńska, adiunkt Katedry Biochemii i Chemii Klinicznej, Przewodnicząca Rady Pedagogicznej kierunku analityka medyczna.

**Historia Oddziału Analityki Medycznej jest stosunkowo krótka. Czy są już pierwsi absolwenci?**

Dwa lata temu mieliśmy pierwszych licencjatów. Wielu z nich na egzaminie dyplomowym osiągnęło bardzo dobre wyniki. W dodatku wszyscy chętni do kontynuowania nauki pozytywnie przeszli kwalifikację na uzupełniające studia magisterskie i dotrwali aż do piątego roku. W tej chwili przygotowują się do obrony prac magisterskich. Przynajmniej część z nich ma już zagwarantowane zatrudnienie, kilkoro zamierza starać się o przyjęcie na studia doktoranckie. Muszę przyznać, że z dużą satysfakcją obserwowałem, jak ci młodzi ludzie rozwijali się w czasie studiów. Już po trzech latach nauki były to dojrzałe, w pełni ukształtowane osoby, dobrze przygotowane do wykonywania swojego zawodu.

**Czym można się zajmować po skończeniu tych studiów?**

Absolwenci Oddziału Analityki Medycznej mogą pracować m.in. w laboratoriach szpitalnych,

bankach krwi, stacjach sanitarno-epidemiologicznych, a także w rozmaitych instytucjach badawczych, jednostkach kontrolno-pomiarowych i laboratoriach z dziedziny biologii i genetyki medycznej, higieny, kontroli i badania żywności, ochrony środowiska oraz ochrony zdrowia. Po przeszkoleniu pedagogicznym mogą również uczyć w szkołach. Na pytanie, czy każdy absolwent znajdzie pracę w swoim zawodzie, nie ma oczywiście jednoznacznej odpowiedzi. Jednak przygotowanie w czasie studiów daje wszystkim dużą szansę na zatrudnienie. Absolwenci mają także możliwość ciągłego doskonalenia. Podczas studiów staramy się wpoić studentom świadomość, że uczyć trzeba się przez całe życie. Analityka medyczna jest bowiem dziedziną, w której stale pojawiają się innowacje i zmiany, co stanowi efekt burzliwego rozwoju nauk biomedycznych i chemicznych.

**Program studiów opiera się raczej na teorii czy praktyce?**

Studia zachowują element teoretyczny, przy dominującym udziale wiadomości i umiejętności praktycznych. Studenci uczestniczą z jednej strony m.in. w takich zajęciach, jak fizjologia, biochemia, biologia z genetyką, z drugiej – w zajęciach z zakresu praktycznej nauki zawodu, analityki ogólnej oraz technik pobierania materiału. Zasadnicze umiejętności w swojej dziedzinie zdobywają także w ramach wszystkich przedmiotów zawodowych. Poza tym odbywają praktyki w bardzo zróżnicowanych placówkach, m.in. w Centrum Onkologii przy ul. Roentgena, w Instytucie Matki i Dziecka, w szpitalach MON i MSWiA. Zależy nam na tym, aby każdy absolwent po skończeniu studiów mógł

być pełnoprawnym pracownikiem laboratorium, tzn. żeby w miejscu pracy nie musiał już przechodzić okresu przyuczenia.

### **Czy studenci mają możliwość specjalizacji i dalszego szkolenia?**

Na kierunku „analityka medyczna” nie ma specjalności, program obejmuje zajęcia obligatoryjne dla wszystkich studentów. Zajęcia fakultatywne są tylko ich uzupełnieniem. W jakimś stopniu specjalność wybiera się na etapie wykonywania pracy magisterskiej. Część osób przygotowuje np. prace z zakresu hematologii, inne z zakresu biochemii klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej. Pewną formą rozwijania własnych zainteresowań jest także istniejące w Oddziale Studenckie Koło Naukowe DiagMed, którego członkowie mogą pracować w różnych Zakładach, zajmować się różnymi zagadnieniami. Możliwości specjalizacji pojawiają się w ramach studiów podyplomowych. Absolwenci analityki medycznej mogą doskonalić się w wielu dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej.

### **Podobno w nowym roku akademickim na Oddziale Analityki Medycznej szykują się duże zmiany?**

Zmieniamy między innymi tryb nauczania. Przez pięć lat kształcenie na tym kierunku obejmowało 3 lata studiów licencjackich i 2 lata studiów uzupełniających magisterskich. Jednak rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 14 czerwca ub. roku przywraca jednolitość studiów. Od dłuższego czasu występowała o to prodiękani wszystkich oddziałów analityki medycznej w Polsce.

### **Dlaczego pojawiła się konieczność zmiany toku studiów?**

W starym trybie nauczania absolwenci studiów licencjackich

mieli być przygotowani do pracy w laboratorium. Dlatego zajęcia rozkładały się asymetrycznie – w 3 pierwszych latach było ich bardzo dużo, a na IV i V roku niewiele. Na studiach licencjackich studenci odbywali 2 miesiące praktyki – można ją było zrealizować po I lub II roku. Rzeczywistość wyglądała jednak tak, że po I roku studenci nie byli w ogóle przygotowani do praktyk, ponieważ posiadali jedynie znajomość przedmiotów podstawowych. Muszę jednak przyznać, że przynajmniej pod jednym względem studia licencjackie były dobre – już po ich ukończeniu można było podjąć pracę zgodnie z wykształceniem.

### **Czy w nowym roku akademickim zwiększy się limit przyjęć na Oddział Analityki Medycznej?**

Liczba studentów, których możemy przyjąć, jest określana przez Ministerstwo Zdrowia. Dotychczas na studia licencjackie przyjmowaliśmy 50 osób – ma to zostać utrzymane po ujednoczeniu trybu nauczania. Zainteresowanie maturzystów naszym kierunkiem jest coraz większe – w zeszłym roku o jedno miejsce ubiegało się 3 kandydatów. Cieszy mnie, że z każdym rokiem na studia dostają się coraz lepsi absolwenci szkół średnich.

### **Do tej pory rozmawialiśmy wyłącznie o sukcesach Oddziału. Czy zdarzają się także jakieś trudności?**

W każdym miejscu od czasu do czasu pojawiają się problemy. Na szczęście większość z nich udaje nam się na bieżąco rozwiązywać. Istnieje jednak kwestia, z którą nie możemy sobie poradzić – chodzi o wymianę międzynarodową w ramach programu Socrates-Erasmus. Nasi studenci nie bardzo mogą w niej uczestniczyć, ponieważ obejmuje ona wyłącznie oso-

by, które studiuje na tych samych kierunkach – a w Europie takiego kierunku nigdzie, poza Polską, nie ma. Jesteśmy jedynym krajem, w którym prowadzi się studia przeddyplomowe w zakresie analityki medycznej. Wszędzie kształcenie na kierunku diagnostyka laboratoryjna realizuje się w ramach studiów podyplomowych. Naszą wielką bolączką jest więc to, że nie możemy pomóc studentom, ponieważ nie mamy równorzędnego partnera do przeprowadzenia wymiany. Możemy tylko mieć nadzieję, że inne uczelnie UE uruchomią kierunek podobny do naszego.

### **Jak postrzega Pan dalszy rozwój Oddziału Analityki Medycznej?**

Dobrze byłoby, gdyby nasz Oddział miał kilka własnych jednostek, służących zarówno do kształcenia podstawowego, jak i zawodowego studentów oraz prowadzenia badań naukowych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej. W tej chwili korzystamy z uprzejmości Dziekanów innych Wydziałów i organizujemy zajęcia dla studentów w różnych placówkach Akademii. W edukacji studentów analityki medycznej biorą więc udział specjaliści z różnych katedr, zakładów i klinik AM. Za ich życzliwość i pomoc pragnę Wszystkim gorąco podziękować. Z przyjemnością wysłuchuję życzliwych opinii pracowników Akademii o naszych studentach – o ich wzorowym podejściu do pracy, dużych zdolnościach i umiejętnościach. Tych słów miło się słucha, ale dopingują one również do dalszej, owocnej pracy. Co do planów na przyszłość – chciałbym, aby udało nam się wykształcić własną kadrę naukową. Jest to oczywiście kwestia czasu. Z pewnością przynajmniej część naszych absolwentów zwiąże swoje dalsze losy z Oddziałem Analityki Medycznej i zasili grono jego pracowników naukowych.

# Kształcenie podyplomowe w Akademii Medycznej w Warszawie

**Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong,  
dr hab. Włodzimierz Otto,  
mgr Małgorzata Kruk**

*Centrum Kształcenia Podyplomowego AM*

Wiedza i praktyka medyczna ulegają stałym przeobrażeniom, a kolejne odkrycia weryfikują obowiązujące poglądy i wymuszają zmianę dotychczasowych metod postępowania czy terapii. Powyższe stwierdzenie, brzmiące niezwykle banalnie, znajduje się jako obowiązkowa preambuła we wszystkich podręcznikach medycznych, których autorzy zobowiązują następnie czytelnika do sięgnięcia po najnowsze źródła przed wykorzystaniem przedstawionej wiedzy w praktyce. Uzyskanie dyplomu lekarza, lekarza dentystry czy magistra farmacji nie oznacza uzyskania pełnych kompetencji do wykonywania zawodu. Także uzyskanie tytułu specjalisty nie zwalnia od stałego i dalszego doskonalenia zawodowego.

## **Kształcenie podyplomowe – sytuacja w Polsce i Unii Europejskiej**

Ustawa o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21 poz.204 art.18 pkt.1) oraz kodeks etyki lekarskiej (rozdział IV, art.56) uznają, że „lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego” i obowiązuje go „stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych”. W późniejszym rozporządzeniu z 6 października 2004 r. (Dz.U. Nr 231, poz.2326)

Minister Zdrowia ustala, że lekarz dopełnia obowiązku zawodowego, jeśli uzyskuje w okresie rozliczeniowym wynoszącym 48 miesięcy co najmniej 200 punktów edukacyjnych. W powyższym akcie prawnym określone zostały także sposoby realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego i odpowiadająca im liczba punktów edukacyjnych.

Unia Europejska ogłosiła 20 października 2001 roku „Deklarację Bazylejską” (<http://www.uems.net>), w której określa podstawowe założenia stałego doskonalenia zawodowego (CPD, Continuing Professional Development). Pod tym pojęciem rozumie się wszelkie przedsięwzięcia edukacyjne, które uaktualniają, rozwijają i wzmacniają wiedzę, umiejętności i postawy lekarza w trakcie jego życia zawodowego. Zatem droga zawodowa lekarza to studia, po których przychodzi okres szkolenia podyplomowego pozwalający na uzyskanie kwalifikacji zawodowych, a następnie stałe doskonalenie się. Tym samym doskonalenie zawodowe rozpoczyna się od pierwszego dnia w szkole medycznej i trwa do pierwszego dnia emerytury. Podobny szlak rozwoju profesjonalnego przechodzą przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych.

Europejska Unia Specjalistów Medycznych (UEMS, Union Européenne des Médecins Spécialistes/ European Union of Medical Specialists), organizacja, która zajmuje się regulacjami dotyczącymi specjalizacji medycznych w obrębie UE, traktuje realizację CPD jako wyraz odpowiedzialnej postawy etycznej lekarza, zostawiając w gestii krajów członkowskich kwestie obowiązku realizacji i dokumento-

wania doskonalenia zawodowego. W „Deklaracji Bazylejskiej” podkreśla się, że głównym celem tego procesu jest osiągnięcie najwyższych standardów jakości usług medycznych. UEMS postuluje, aby w obrębie krajów członkowskich UE powstawały instytucje sprawujące nadzór nad procesem szkolenia podyplomowego.

W Polsce rejestrację godzin szkolenia poszczególnych lekarzy prowadzą okręgowe izby lekarskie, które mają także rozliczać ich z realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. Zgodnie z obowiązującym w naszym kraju prawem, szkolenia dla przedstawicieli zawodów medycznych mogą prowadzić organy samorządu lekarskiego, szkoły medyczne, towarzystwa naukowe i inne podmioty (np. prywatne firmy). W ostatnich dwóch przypadkach konieczne jest złożenie wniosku do Naczelnej Rady Lekarskiej i uzyskanie zgody na prowadzenie działalności edukacyjnej.

## **Centrum Kształcenia Podyplomowego – miejsce w strukturze naszej Uczelni**

W 2002 roku został powołany Wydział Kształcenia Podyplomowego, jego twórcą i pierwszym dziekanem był prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk. Zgodnie z nową ustawą o szkolnictwie wyższym, w 2006 roku Wydział został przekształcony w Centrum Kształcenia Podyplomowego. Jest ono strukturą międzywydziałową, zapewniającą realizację szkolenia podyplomowego prowadzonego przez jednostki organizacyjne uczelni. Zgodnie ze statutem AM, Centrum posiada kierownika i zastępcę, którym przysługują,

odpowiednio, tytuł i uprawnienia dziekana i prodziekana, wybieranych przez Kolegium Elektorów na posiedzeniu, na którym dokonuje ono wyboru prorektorów. Centrum Kształcenia Podyplomowego posiada także radę naukową, w jej skład wchodzi profesorowie i doktorzy habilitowani delegowani przez dziekanów, odpowiednio po dwóch z każdego wydziału.

Centrum uczestniczy w prowadzeniu szkoleń organizowa-

nych przez jednostki Akademii Medycznej, a obejmujących kursy obowiązkowe, ujęte programami specjalizacji, kursy doskonalące oraz specjalne szkolenia i sympozja prowadzone przez Centrum Kształcenia Podyplomowego.

2006 r.) organizowanych jest w takich dziedzinach jak: anesteziologia i intensywne terapię (11), chirurgia ogólna (15), medycyna rodzinna (11), okulistyka (13), ortopedia i traumatologia ruchu (12), położnictwo i ginekologia (114), kardiologia (10), chirurgia szczękowo-twarzowa (10). W 2006 r. najwięcej osób brało udział w kursach z zakresu chirurgii ogólnej (420), chorób wewnętrznych (405), ortopedii i traumatologii

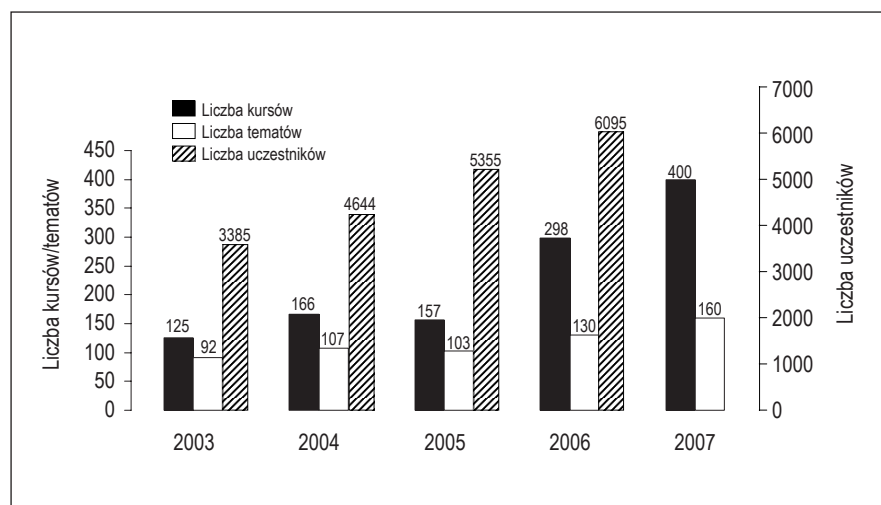
W 2005 r. odbył się pierwszy kurs dla diagnostów laboratoryjnych specjalizujących się w laboratoryjnej diagnostyce medycznej. Rok później zostało przeprowadzonych 5 kursów z tego zakresu, a także 3 kursy dla osób specjalizujących się w laboratoryjnej transfuzjologii medycznej. W 2007 r. zaplanowane są wszystkie dotychczas organizowane szkolenia oraz poszerzenie oferty o 8 kursów dla osób specjalizujących się w mikrobiologii medycznej.

Od 2004 r. prowadzona jest w Uczelni specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego, a od 2005 r. specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego. Każda ze specjalizacji trwa 18 miesięcy. Dotychczas w szkoleniach tych wzięło udział 37 osób. Kolejny nabór na obie specjalizacje planowany jest na 2007 r.

Ponadto Uczelnia prowadzi kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych. Pierwsze szkolenia zostały zorganizowane w 2005 r. Oferta dostępnych szkoleń jest cały czas rozszerzana. Na 2007 r. zaplanowanych jest 11 szkoleń, w tym 6 w nowych, wcześniej nie oferowanych dziedzinach. Kursy trwają od 3 tygodni do 4 miesięcy, w każdym może uczestniczyć ok. 20 osób.

## Kształcenie ustawiczne dla lekarzy, lekarzy dentyków i farmaceutów

Od wielu lat w Uczelni prowadzone są kursy doskonalące dla lekarzy i lekarzy dentyków. W ostatnich latach zyskały one na znaczeniu, w związku z wprowadzeniem rozporządzenia Ministra Zdrowia o obowiązku doskonalenia zawodowego. Od 2004 r. Centrum Kształcenia Podyplomowego AM w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, rozpoczęło organizację specjalnych



Ryc. 1. Kursy prowadzone przez jednostki Akademii Medycznej w Warszawie.

ruchu (491), rehabilitacji medycznej (361), kardiologii (931) i promocji zdrowia (522).

Od 2005 r. zostało wydzielone kształcenie specjalizacyjne dla farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Dla farmaceutów prowadzone są kursy w ramach specjalizacji aptecznej podstawowej i uzupełniającej. W przypadku specjalizacji podstawowej pełen cykl obowiązkowych szkoleń rozłożony jest na 3 lata – 240 godzin kursów. Szkoląca się grupa każdego roku odbywa 4 – 5 kursów trwających od 1 do 4 dni.

Specjalizacja uzupełniająca trwa dwa lata, obejmuje 10 szkoleń trwających 125 godzin. Obecnie w kursach biorą udział 4 grupy osób odbywających specjalizację (po 2 na specjalizacji podstawowej i uzupełniającej). Na jesieni planowany jest kolejny nabór.

Od 2005 r. zostało wydzielone kształcenie specjalizacyjne dla farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Dla farmaceutów prowadzone są kursy w ramach specjalizacji aptecznej podstawowej i uzupełniającej. W przypadku specjalizacji podstawowej pełen cykl obowiązkowych szkoleń rozłożony jest na 3 lata – 240 godzin kursów. Szkoląca się grupa każdego roku odbywa 4 – 5 kursów trwających od 1 do 4 dni.

## Kursy specjalizacyjne

Akademia Medyczna w Warszawie prowadzi kursy do specjalizacji w większości specjalności lekarskich i dentystrycznych. W ostatnich latach wzrasta zarówno liczba samych szkoleń, jak i uczestników. Wynika to zarówno z faktu, że stale rozszerzana jest oferta dostępnych kursów, jak i z tego, że organizowane są dodatkowe terminy niektórych szkoleń, w celu zapewnienia miejsc dla wszystkich chętnych.

Najwięcej szkoleń (dane za



jednodniowych szkoleń, adresowanych przede wszystkim do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, które umożliwiają im zdobycie najbardziej aktualnej wiedzy związanej z różnymi działami medycyny. Dotychczas organizowane były m.in. kursy z zakresu: nadciśnienia tętniczego, diabetologii, kardiologii, psychiatrii, chorób przewodu pokarmowego, raka piersi, chorób żył, okulistyki, pneumonologii, endokrynologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii.

Od 2005 r. oferta tego typu szkoleń została rozszerzona o kursy adresowane do lekarzy dentyków, cieszące się szczególnym zainteresowaniem. W każdym szkoleniu uczestniczy po kilkaset osób. W największym kursie brało udział ponad 800 słuchaczy.

Każdego roku Uczelnia organizuje lub współorganizuje kilkadziesiąt różnego typu kursów doskonalących. W 2006 roku liczba ta przekroczyła 100 (115). Na przestrzeni ostatnich lat kilkakrotnie wzrosła też liczba uczestników tych szkoleń. W 2003 r. wynosiła ona 2353, w 2006 r. tylko w szkoleniach dla lekarzy i lekarzy dentyków wzięło udział 8420 uczestników.

Kursy doskonalące dla farmaceutów organizowane są w Uczelni od wielu lat. Od 2005 r. prowadzone są w ramach szkolenia ciągłego dla farmaceutów. Każdego roku organizowanych jest ok. 60 kursów z ok. 20 różnych tematów, w których bierze udział blisko 3000 uczestników rocznie.

W jednostkach AM prowadzone są też szkolenia wewnętrzne dla pracowników tych placówek, szpitali, doktorantów i stażystów. W styczniu 2006 r. Uczelnia po raz pierwszy rozpoczęła rejestrowanie udziału lekarzy i lekarzy dentyków w tych posiedzeniach. W pierwszym rozliczonym cyklu szkoleń (od stycznia do czerwca 2006 r.), odbyło się 399 kursów, w których uczestniczyło 759 le-

karzy i lekarzy dentyków. Każdy z nich brał udział w średnio 7 szkoleniach.

## Studia podyplomowe

W 2007 r. w Uczelni zostały otwarte studia podyplomowe koordynatorów przeszczepiania narządów. Studia trwają jeden semestr i obejmują 99 godzin zajęć. Adresowane są przede wszystkim do absolwentów wydziałów lekarskich i wydziałów pielęgniarstwa, głównie do młodych lekarzy i pielęgniarek ze szpitali terenowych, w których pobiera się narządy od zmarłych. Najczęściej są to lekarze oddziałów intensywnej opieki, pielęgniarki z tych oddziałów, neurologi lub chirurdzy. Zasadniczym celem, dla którego organizowane są te studia, jest wyszkolenie grupy pracowników ochrony zdrowia, zatrudnionych w szpitalach terenowych, gdzie znajdują się potencjalni dawcy.

Do pierwszej edycji studiów zgłosiło się 32 słuchaczy. Na jesieni planowane jest rozpoczęcie drugiej edycji, a także uruchomienie kolejnych studiów podyplomowych, przygotowujących do prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej. W tym przypadku mają one trwać dwa semestry (ok. 190 godzin zajęć), podczas których słuchacze będą mogli zapoznać się z następującą tematyką:

- zagadnienia prawne w sektorze usług zdrowotnych,
- podstawy finansów dla sektora usług zdrowotnych,
- zasady rachunkowości,
- podstawy księgowości,
- zarządzenie w ochronie zdrowia,
- public relations w ochronie zdrowia,
- podstawy marketingu w sektorze ochrony zdrowia,
- wprowadzenie do badań klinicznych.

## Konferencje Centrum Kształcenia Podyplomowego

Od 2006 r. pod patronatem Centrum Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Warszawie organizowane są konferencje pod hasłem „Humanistyczne podstawy medycyny”. Wykłady na nich prowadzą znane osoby związane ze światem medycyny, etyki, a ostatnio także z Rady Języka Polskiego PAN. Konferencje odbywają się dwa razy do roku. Trzy dotychczasowe konferencje były poświęcone następującym tematom:

- Problemy etyczne w nauczaniu medycyny i praktyce lekarskiej
- Siedem cnót lekarskich
- Rola dialogu w medycynie

Konferencje te cieszą się coraz większym zainteresowaniem wśród słuchaczy, którzy chętnie uczestniczą w prowadzonych w ich trakcie dyskusjach. W pierwszej konferencji wzięło udział niespełna 100 osób, podczas ostatniej poszczególnych wykładów wysłuchało ok. 200 uczestników. Kolejna konferencja planowana jest na jesień.

Na jesieni Centrum planuje rozpoczęcie organizacji kolejnego cyklu konferencji, tym razem będą one adresowane do kierowników oddziałów zabiegowych z całej Polski. Pierwsza z nich zaplanowana na październik zostanie poświęcona urazom czaszkowo-mózgowym.

## Rola Akademii Medycznej w Warszawie w szkoleniu podyplomowym

Akademia Medyczna w Warszawie pełni główną rolę w szkoleniu specjalizacyjnym i pospejalizacyjnym w regionie Mazowsza, a w niektórych dziedzinach także w skali całego

kraju. W szpitalach klinicznych Uczelni szkoli się 25% wszystkich osób odbywających specjalizację w całym województwie. Jednostki uczelni zapewniają miejsca dla staży podyplomowych, specjalizacyjnych

i kierunkowych we wszystkich dyscyplinach lekarskich i stomatologicznych. Na niektórych kierunkach (transplantologia, hipertensjologia) nasza Uczelnia jest jedyną placówką oferującą takie szkolenie w województwie.

Podstawowym celem Centrum Kształcenia Podyplomowego jest wspieranie i pomoc jednostkom naszej Uczelni w realizowaniu rozwoju zawodowego na rzecz środowiska medycznego w regionie i całym kraju.



## Komunikaty

### Zmiana nazwy Szpitala Klinicznego przy ulicy Lindleya

W kwietniu b.r. Senat Akademii Medycznej przegłosował propozycję zmiany nazwy jednego ze swoich szpitali. Obecny Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń, znajdujący się przy ulicy Lindleya 4, zmieni nazwę. Szpital Uniwersytecki Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych to propozycja tejże nazwy. Dzięki tym modyfikacjom placówka stanie się pierwszym w Warszawie kompleksowym centrum urazowym, które przyjmować będzie ofiary katastrof – kolizji kolejowych, wypadków lotniczych, jak również karamboli samochodowych. W zamyśle ma stać się centrum dostosowanym do potrzeb ratownictwa medycznego. Autorzy pomysłu chcą stworzyć placówkę, która będzie udzielać pomocy większej liczbie poszkodowanych. Plan ten jest realizowany w ramach współpracy Akademii Medycznej w Warszawie oraz Zarządu Miasta Stołecznego Warszawy. Nie bez przyczyny zdecydowano, że Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych będzie szpital przy Lindleya. Jego położenie było jedną z głównych przesłanek decyzji (sąsiedztwo Dworca Centralnego, skrzyżowanie Alei Jerozolimskich i Chałubińskiego).

Chociaż oficjalna zmiana nazwy szpitala nastąpi wraz ze zmianą nazwy Akademii Medycznej w Warszawie, to już dziś Centrum przygotowuje się do działalności ratowniczej.

(mgr Małgorzata Pietkiewicz)

### Stypendia unijne dla młodych naukowców z warszawskiej AM

Co miesiąc 3 tysiące złotych przez cały rok, w takiej wysokości doktoranci mieli otrzymywać stypendia na swoje badania. Projekt badawczy pod wspólną nazwą „Innowacje w medycynie” wypadły bardzo dobrze, sam projekt miał kosztować 378 tysięcy złotych a składał się z 10 prac badawczych. Pieniądzy jednak młodzi naukowcy nie zobaczą. Powodem jest Ministerstwo, które najpierw odwlekło wybór rekomendowanych przez Urząd Marszałkowski o dofinansowanie projektów, a następnie zmieniło kryteria ich oceny, usiłując w ten sposób przeformować słabsze z nich. – Zaskakujące jest to, że Ministerstwo wspiera polską naukę, promując słabe projekty, kosztem bardziej wartościowych – mówi Grzegorz Lisicki, rzecznik AM. – To wspinała zachęta do pracy naukowej – dodaje z ironią.

Na dodatek resort żadnej z zainteresowanych uczelni,

w tym Uniwersytetu Warszawskiego i Politechniki Warszawskiej o zmianach w kryteriach oceny projektów nie poinformował. Należy dodać, że pieniądze na stypendia miały pochodzić z unijnej kasy.

(mgr Małgorzata Pietkiewicz)

### Krew to najlepszy lek – akcja „Braterstwo Krwi” w Akademii Medycznej

Studenci Wydziału Nauki o Zdrowiu zorganizowali 23 kwietnia publiczną zbiórkę krwi. Akcja odbyła się we współpracy z Europejską Fundacją Honorowego Dawcy Krwi – „Krewniacy” oraz Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Zbiórkę przeprowadzono w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej przy ulicy Księcia Trojdena 2a. W sali nr 142 przygotowano specjalne stanowiska, gdzie wszyscy chętni mogli oddać krew po wcześniejszej kwalifikacji lekarskiej.

– Krew jest darem życia, którym niezwykle łatwo możemy podzielić się z innymi – mówi Michał Bieńkowski, jeden z organizatorów akcji, student III roku WNoZ. – Każdego dnia szpitale w całej Polsce wysyłają sygnały o trudnościach w zaopatrzeniu w ten drogocenny lek. Dlatego tak ważne było dla nas, aby do

oddawania krwi zachęcić jak najwięcej osób – zarówno studentów i pracowników Akademii, jak i wszystkich innych chętnych.

„Obsługą techniczną” akcji zajęli się pracownicy Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Natomiast „Krewniacy” dostarczyli plakaty, materiały i gadzety oraz ułatwili organizatorom kontakt z RCKiK. W zbiorce wzięło udział kilkadziesiąt osób.

– Akcje krwiodawstwa od-



Publiczna zbiórka krwi w Akademii Medycznej.

bywały się już na Akademii Medycznej, ale nigdy we współpracy z „Krewniakami” – twierdzi Michał Bieńkowski. – Chcielibyśmy, żeby organizowano je u nas częściej. Powinien to być długofalowy program. Krwi brakuje przecież wszędzie, a ten problem nasila się szczególnie w okresie wakacyjnym. Dlatego tak ważne jest, by propagować jej pozyskiwanie. W końcu nie ma lepszego leku niż krew.

(mgr Karolina Gwarek)

## Akcja „Szpital Pluszowego Misia” Finał WIOSNA 2007

Organizowany przez studentów warszawskiej Akademii Medycznej szósty finał akcji „Szpital Pluszowego Misia” odbył się

17 kwietnia 2007 r. Został zorganizowany w Szkole Podstawowej nr 23 na Ochocie, zgromadził 70–studentów i prawie 400 dzieci z warszawskich przedszkoli.

Projekt realizowany przez studentów z Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA, jest skierowany do dzieci w wieku przedszkolnym, które, trafiając do lekarza, są najwrażliwszymi i z pewnością najbardziej wymagającymi pa-

cjentami. Nowe otoczenie, nieznanne twarze, niewyjaśnione i często przerażająco wyglądające sprzęty oraz czynności – wszystko to sprawia, że dziecku trudno jest uwierzyć, że to, co się wokół niego dzieje, jest dla jego dobra... Zaufanie małego pacjenta jest w proce-

sie leczenia sprawą fundamentalną. Szpital Pluszowego Misia ma pokazać dziecku, że „ten pan w białym fartuchu” wcale nie jest straszny, że potrafi szeroko się uśmiechać, wyjaśnić wszystko, co robi a przede wszystkim, chce i może pomóc. W szpitalu pacjentem jest miś lub inna ukochana zabawka, z którą zjawia się dziecko i której towarzyszy przez cały czas trwania procesu diagnostycznego – leczniczego jako rodzic lub opiekun. Każdym dzieckiem zajmuje się tylko jeden z lekarzy, w których wcielają się studenci, co dodatkowo sprzyja budowaniu ciepłej i opartej na zaufaniu więzi między przedszkolakiem a jego „panem doktorem”.

„Pluszowy Szpital” studenci budują raz w semestrze akademickim – zwykle na dużej sali gimnastycznej bądź w ośrodku kultury – wszystko w porozumie-



niu z Urzędem Dzielnicy, w której akurat odbywa się akcja. Już sam wygląd tej „jednodniowej placówki” ma za zadanie oswoić dzieci, które ją odwiedzą – ściany obite kolorowymi materiałami, mnóstwo radosnych plakatów i dziecięcych rysunków, na wyznaczających osobne gabinety stołach – specjalne „misiowe” recepty, skierowania, wyniki badań, a nawet oryginalne pieczętki. Oczywiście w całym tym kolorowym zamęcie nie ginie wymiar profesjonalny – „Pluszowy Szpital” wyposażony jest w aparaty do RTG, EKG i USG (ten ostatni zmontowany z modelinowej głowicy i laptopa, na ekranie którego dzieci mogą, podczas badania misia, obejrzeć jeden z wielu filmów z autentycznymi projekcjami USG). Prawdziwą chlubą szpitala jest blok operacyjny, na którego trzech salach pluszowym pacjentom wykonuje się mniej i bardziej skomplikowane operacje – od nastawiania złamanych łapek (najczęściej przy upadkach z regałów), do wszczepiania zgubionych przy zabawie serc, rozprawiania się z nowotworami rajstop, a nawet przyszywania urwanych uszu, nosów i głów. Aby zachować jak najpełniejsze podobieństwo do rzeczywistych szpitalnych porządków, Szpital Pluszowego Misia ma także własną rejestrację, a nawet poczekalnię, w której studenci z Wydziału Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego z niesamowitą wręcz



*W tym szpitalu pacjentem jest miś, a dziecko jego opiekunem.*

wprawą i wyczuciem przygotowują dzieci do spotkania z lekarzami, rozmawiając o zdrowiu, wspólnie rysując i organizując proste zabawy ruchowe.

Ze swojej strony muszę powiedzieć, że Szpital Pluszowego Misia jest projektem przyciągającym ogromne ilości wspaniałych ludzi, którzy mimo sesji, kolokwiów i mnóstwa zaliczeń, znajdują czas na oddanie kawałka siebie innym. A jest to niewątpliwie niezwykle cenny kawałek, bo mieści się w nim pełen zrozumienia uśmiech, opiekuńcze i czujne oko, wielka dawka żywej i zwrotnej wyobraźni, mnóstwo poczucia humoru, a na tym wszystkim okrasa z siły, mądrości i autorytetu. To niepojęte, jakie cuda robią z nami, dorosłymi już przecież ludźmi, ci mali-mądrzy; niesamowite, jak nas otwierają, uczą nie tylko patrzeć, ale widzieć rzeczy ważne, odkrywać swoje prawdziwe talenty. Nie widziałam jeszcze na tej akcji studenta, który by zawiódł, nie nawiązał kontaktu z dzieckiem, nie widziałam też żadnego, który by się po kolejnym uleczonym misiu, choćby bezwiednie, nie uśmiechnął. Widziałam za to wielu, którzy, po wcześniejszym zarzekaniu się, że „pediatria to nie ich dziedzina”, w trakcie akcji przybie-

gali do mnie z wypiekami na twarzy tylko po to, żeby powiedzieć, że właśnie wyleczyli misia „Kropkę”, który „zjadł tyle cukierków, że aż mu w nogi poszło...”. To piękne patrzeć potem na tych ludzi na zajęciach z pediatrii i widzieć, z jaką łatwością radzą sobie z przeła-

maniem oporów i rezerwy małego pacjenta.

Drugą i nie mniej jasną stroną projektu są właśnie ci „mali mądrzy ludzie”, którym chcemy udowodnić, że nie muszą się bać ani szpitala, ani białego fartucha. Ich wyobraźnia zdumiewa, zaangażowanie – rozczula, a uśmiech na ich buziach – po prostu uskrzydla. Każde „oswojone” z nami dziecko to wielki sukces – tym bardziej, że, jak donoszą nam po kolejnych Finałach wychowawcy przedszkolni i rodzice – dla wielu dzieci wizyta w przychodni przestaje być horrorem, a lekarz

„najgorszym wrogiem”. Mnie osobiście najbardziej rozczulił przypadek chłopca, który bał się lekarza tak bardzo, że nawet przy wizytach domowych uciekał i chował się do szafy w swoim pokoju. Natomiast po odwiedzinach w Szpitalu Pluszowego Misia, sam wybiegł na spotkanie pani doktor, krzycząc: „proszę pani, a mój miś był w szpitalu i miał jedną bakterię!”. A gdyby i tego było mało, dowiadujemy się również, że dzieci, zainspirowane wizytą w Szpitalu Pluszowego Misia zakładają w przedszkolach swoje własne medyczne kąciaki i gabinety lekarskie... Kto wie, może rośnie nam nowe pokolenie studentów medycyny...?

Wszystko to sprawia, że Szpital Pluszowego Misia naprawdę uzależnia. Kolejny Finał odbędzie się jesienią 2007 r., a ja, ze swojej strony, mogę tylko powiedzieć, że czekam na niego z prawdziwą niecierpliwością. Zdecydowanie jest to jeden z tych projektów, robionych z ludźmi i dla ludzi, które dają największą satysfakcję.

*(Halszka Kamińska, Koordynator  
Lokalny TBH – EMSA)*



*Uczestnicy akcji „Szpital Pluszowego Misia”.*