



# MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXVI

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 5/2004

## Zespół redakcyjny (Editorial Staff)

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

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

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

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

Mgr **Małgorzata Sieradzka** (Asystent Red. Nacz., tłumaczenia – Assistant Editor, Translation)

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)

Mgr **Mariusz Foryś**

## Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Wydawca:

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

Adres internetowy: [www.amwaw.edu.pl](http://www.amwaw.edu.pl)

## Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:

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

e-mail: [ewak@akamed.waw.pl](mailto:ewak@akamed.waw.pl) i [mziel@amwaw.edu.pl](mailto:mziel@amwaw.edu.pl)

## Dokumentacja fotograficzna:

Dział Fotomedyczny AM

## Prawa autorskie zastrzeżone

## Skład tekstu, druk i oprawa

Zakład Wydawniczo-Poligraficzny, 02-830 Warszawa, ul. Gawota 13 A

# Spis treści 5/2004

<b>Od Redakcji</b>	3
<b>Z Życia AM</b>	4
<b>Ranking jednostek AM</b> .....	4
<i>A. Górski</i>	
<b>Konferencja: Bakteriofagi – teraźniejszość i przyszłość</b> .....	7
<b>Medycyna</b>	10
<i>K. Niemczyk, K. Bieńkowska, A. Woźniak</i>	
<b>Metody rehabilitacji osób z upośledzeniem słuchu</b> .....	10
<b>Nauka</b>	14
<i>J. Karski</i>	
<b>Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego w świetle przepisów i doświadczeń Unii Europejskiej</b> .....	14
<b>Obrony prac doktorskich</b> .....	22
<i>A. Bogucka-Bonikowska</i>	
<b>Preferencja słodkiego smaku jako marker uzależnienia od alkoholu etylowego i opiatów</b> ...	23
<i>P. Bodera</i>	
<b>Działanie przeciwutleniające, radioprotekcyjne a struktura izoflawonów i ich pochodnych glikozydowych</b> .....	24
<b>Dydaktyka</b>	25
<i>J. Kowalski</i>	
<b>XL Konkurs Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym AM</b> .....	25
<i>J. Tatoń</i>	
<b>Nasi studenci medycyny zasługują na głęboką reformę studiów lekarskich</b> .....	28
<b>Nominacje</b>	34
<b>P. Nyckowski</b> .....	34
<b>L. Bablok</b> .....	37
<b>Pro memoria</b>	38
<b>Prof. Chrościcki</b> .....	38
<b>Komunikaty</b>	39

## Od Redakcji

Od 2004 r. miesiąc maj nabrał innego znaczenia w naszej świadomości. Dawniej kojarzył się z pierwszomajowym świętem – dniem wolnym od pracy, oficjalnymi paradami i sloganami: Niech żyje 1 maja! Proletariusze wszystkich krajów łączcie się!

Od tego roku ten dzień niesie ze sobą nadzieje i optymizm. Przystąpienie Polski do struktur Unii Europejskiej daje nadzieję na pełne zaakceptowanie polskiego środowiska naukowego i możliwość rozwinięcia współpracy z ośrodkami akademickimi w zjednoczonej Europie.

Wielu pracowników naukowych naszej Uczelni współpracuje od dawna z liczącymi się jednostkami naukowo-dydaktycznymi w Europie, jak również bierze udział w programach europejskich.

Nadzieja na współpracę dotyczy głównie realizacji po-

trzeby wspólnej polityki zdrowotnej oraz regulacji ubezpieczeń zdrowotnych, co umożliwi łatwiejszy dostęp do świadczeń medycznych o standardzie europejskim. Praca J.B. Karskiego nt. regulacji polityki zdrowotnej w krajach UE, wprowadza w te zagadnienia.

Optymizm budzić mogą nowe badania i technologie, które może otrzymać nauka polska, jak również odkrycia, którymi może podzielić się na forum międzynarodowym.

Badania nad bakteriofagami, zapoczątkowane w Instytucie PAN im. Ludwika Hirszfelda, są jednym z takich odkryć. Praktyczne wykorzystanie wyników badań nad bakteriofagami w klinice przybliży artykuł prof. Andrzeja Górskiego, nawiązujący do konferencji, która odbyła się w Akademii Medycznej w Warszawie pod hasłem Bakteriofagi: terażniejszość i przyszłość.

# Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

## Ranking jednostek AM Punktacja za 2003 r.

### I Wydział Lekarski

LP	KOD	NAZWA JEDNOSTKI	PKT. PARAM. OGÓŁEM	PKT. NIEPAR. OGÓŁEM	OGÓŁEM PKT. PAR + DO 100% NIEPAR.	OSTATECZNY WSKAŹNIK PKT/ OS
1	1M19	Zakład Immunologii	1 433,00	55,00	1 488,00	496,00
2	1W21	Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	958,00	212,50	1 170,50	195,08
3	1M9	Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej	2 342,00	528,00	2 870,00	176,07
4	1W23	Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	1 289,00	259,00	1 548,00	147,43
5	1M24	Zakład Immunopatologii Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych.	428,00	8,50	436,50	145,50
6	1W63	Klinika Neonatologii	203,00	204,50	406,00	135,33
7	1W33	Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci	712,00	338,00	1 050,00	131,25
8	1WR	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Kardiologii	1 207,00	915,00	2 122,00	124,82
9	1S13	Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Inst. Stomatologii	519,00	97,00	616,00	123,20
10	1MH	Zakład Medycyny Rodzinnej	114,00	8,00	122,00	122,00
11	1M4	Katedra i Klinika Dermatologiczna	2 087,00	444,50	2 531,50	120,55
12	1W22	Klinika Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii	1 049,00	132,50	1 181,50	118,15
13	1M6	Katedra i Klinika Rehabilitacji	506,00	201,00	707,00	117,83
14	1S112	II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	322,00	391,50	644,00	112,00
15	1WW	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieków Rozwojowego	285,00	42,00	327,00	109,00
16	1WT	Klinika Otolaryngologii Dziecięcej	303,00	235,50	538,50	107,70
17	1S14	Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia	234,00	196,50	430,50	107,63
18	1M7	Katedra i Klinika Urologiczna	728,00	434,00	1 162,00	105,64
19	1WS	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego	1 730,00	179,00	1 909,00	103,75
20	1W12	II Zakład Radiologii Klinicznej	488,00	180,00	668,00	95,43
21	1W9	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej	960,00	273,50	1 233,50	94,88
22	1WC	Katedra i Klinika Neurologii	1 503,00	401,50	1 904,50	91,78
23	1M15	Katedra i Zakład Histologii i Embriologii	1 735,00	50,00	1 785,00	91,54
24	1WP	Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych	650,00	172,00	822,00	91,33
25	1WB	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby	1 113,00	209,00	1 322,00	88,13
26	1M14	Zakład Biologii Ogólnej i Parazytologii	531,00	122,00	653,00	87,07
27	1M17	Zakład Transplantologii i Centralny Bank Tkanek	292,00	190,00	482,00	80,33
28	1MG	Zakład Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii	505,00	194,00	699,00	77,67
29	1WU	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii	604,00	595,00	1 199,00	74,94
30	1MA	Katedra i Zakład Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej	1 058,00	82,00	1 140,00	73,55
31	1W61	II Klinika Położnictwa i Ginekologii	401,00	509,50	802,00	72,91

Z życia Akademii Medycznej w Warszawie

LP	KOD	NAZWA JEDNOSTKI	PKT. PARAM. OGÓŁEM	PKT. NIEPAR. OGÓŁEM	OGÓŁEM PKT. PAR + DO 100% NIEPAR.	OSTATECZNY WSKAŹNIK PKT/ OS
32	1WF	Katedra i Klinika Otolaryngologii	676,00	515,00	1 191,00	72,18
33	1W34	Klinika Pneumonologii, Chorób Alergicznych i Hematologii	588,00	198,50	786,50	71,50
34	1WG	Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii	486,00	221,00	707,00	70,70
35	1W11	I Zakład Radiologii Klinicznej	158,00	122,50	280,50	70,13
36	1M20	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	657,00	252,50	909,50	69,96
37	1WO	Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii	464,00	408,50	872,50	67,12
38	1M8	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	165,00	25,00	190,00	63,33
39	1W13	Zakład Medycyny Nuklearnej	180,00	115,50	295,50	59,10
40	1WE	Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	455,00	507,00	910,00	55,15
41	1WN	Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii	581,00	78,50	659,50	54,96
42	1S18	Zakład Stomatologii Zachowawczej	386,00	319,00	705,00	54,23
43	1W62	Klinika Endokrynologii Ginekologicznej	93,00	255,00	186,00	53,14
44	1W44	Klinika Diabetologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych	524,00	52,00	576,00	52,36
45	1S2	Klinika Otolaryngologii – Oddziału Stomatologii	210,00	130,00	340,00	52,31
46	1M11	Zakład Anatomii Patologicznej	815,00	94,50	909,50	50,53
47	1M22	Klinika Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych	296,00	88,50	384,50	48,06
48	1M31	Zakład Higieny	115,00	346,50	230,00	46,00
49	1MC2	II Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii	336,00	121,00	457,00	45,70
50	1WK	Katedra i Zakład Biochemii	510,00	175,00	685,00	45,67
51	1MF	Zakład Informatyki Medycznej	164,00	206,00	328,00	43,73
52	1MB	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	535,00	34,50	569,50	42,19
53	1WJ	Katedra i I Klinika Psychiatryczna	368,00	214,00	582,00	38,80
54	1W51	I Klinika Położnictwa i Ginekologii	344,00	263,00	607,00	35,71
55	1W8	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia	214,00	324,00	428,00	35,67
56	1S15	Zakład Ortodontji	132,00	174,00	264,00	33,00
57	1WA	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej	253,00	129,00	382,00	31,83
58	1S12	Katedra Protetyki Stomatologicznej	257,00	487,00	514,00	31,15
59	1M21	Klinika Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych	122,00	96,00	218,00	31,14
60	1WD	Katedra i Klinika Okulistyki	185,00	120,00	305,00	30,50
61	1S113	Zakład Chirurgii Stomatologicznej	150,00	194,00	300,00	30,00
62	1M5	Katedra i Klinika Neurochirurgii	126,00	49,00	175,00	29,17
63	1WI	Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii	292,00	159,50	451,50	28,22
64	1W7	I Katedra i Klinika Kardiochirurgii i Chirurgii Ogólnej Dzieci	176,00	70,50	246,50	27,39
65	1M32	Zakład Opieki Zdrowotnej	71,00	30,00	101,00	25,25
66	1WM	Klinika Chorób Wewnętrznych i Nefrologii	316,00	45,00	361,00	24,07
67	1MC1	I Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii	161,00	373,50	322,00	23,00
68	1S111	I Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	45,00	132,50	90,00	22,50
69	1M12	Zakład Anatomii Prawidłowej	330,00	139,00	469,00	18,04
70	1S19	Zakład Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej	26,00	42,00	52,00	17,33
71	1S16	Zakład Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej	80,00	30,50	110,50	13,81
72	1WH	Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii	102,00	94,50	196,50	13,21
73	1S17	Zakład Stomatologii Dziecięcej	47,00	74,50	94,00	12,53

## II Wydział Lekarski

LP	KOD	NAZWA JEDNOSTKI	PKT. PARAM. OGÓŁEM	PKT. NIEPAR. OGÓŁEM	OGÓŁEM PKT. PAR + DO 100% NIEPAR.	OSTATECZNY WSKAŹNIK PKT/ OS
1	2W6	Katedra i Klinika Kardiologii	1 008,00	185,00	1 193,00	119,30
2	2WH	Zakład Diagnostyki Obrazowej	434,00	107,50	541,50	108,30
3	2M11	Instytut Wenerologii	950,00	66,50	1 016,50	107,00
4	2W4	Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii	639,00	334,00	973,00	97,30
5	2WF	Katedra i Klinika Okulistyki	368,00	154,00	522,00	74,57
6	2M8	Zakład Epidemiologii Instytutu Medycyny Społecznej	263,00	30,00	293,00	73,25
7	2WA	Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii	538,00	151,00	689,00	62,64
8	2W1	I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej	350,00	201,00	551,00	55,10
9	2WG	Klinika Ortopedii i Rehabilitacji	139,00	54,50	193,50	48,38
10	2WE	Klinika Neurologii	109,00	116,00	218,00	43,60
11	2M2	Katedra i Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej	313,00	63,50	376,50	39,63
12	2MD	Zakład Radiologii i Radioterapii Pediatrycznej	184,00	128,50	312,50	39,06
13	2M5	Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego	182,00	107,00	289,00	36,13
14	2M6	Klinika Kardiologii Wieków Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej	107,00	137,00	214,00	35,67
15	2M7	Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego	123,00	130,00	246,00	35,14
16	2WC	II Klinika Psychiatryczna	185,00	75,00	260,00	34,67
17	2M4	Klinika Chorób Zakaźnych dla Dorosłych Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych	92,00	43,00	135,00	33,75
18	2MB	Zakład Psychologii Medycznej	90,00	46,00	136,00	19,43
19	2F1	Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii	37,00	27,50	64,50	16,13
20	2W3	II Katedra i Klinika Kardiologii i Chirurgii Ogólnej Dzieci	70,00	10,00	80,00	16,00
21	2W5	III Klinika Chorób Wewnętrznych	44,00	30,00	74,00	14,80
22	2W2	II Katedra i Klinika Chirurgii	56,00	147,00	112,00	11,20
23	2MC	Zakład Historii Medycyny i Filozofii	16,00	7,00	23,00	5,11

## Wydział Farmacji

LP	KOD	NAZWA JEDNOSTKI	PKT. PARAM. OGÓŁEM	PKT. NIEPAR. OGÓŁEM	OGÓŁEM PKT. PAR + DO 100% NIEPAR.	OSTATECZNY WSKAŹNIK PKT/ OS
1	FW14	Zakład Badania Środowiska	370,00	16,00	386,00	96,50
2	FW27	Zakład Analizy Leków	293,00	31,00	324,00	81,00
3	FW28	Zakład Chemii Fizycznej	676,00	83,00	759,00	58,38
4	FW24	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	335,00	37,50	372,50	41,39
5	FW21	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	347,00	100,50	447,50	40,68
6	FW12	Katedra i Zakład Bromatologii	140,00	41,00	181,00	36,20
7	FW11	Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej	389,00	177,50	566,50	34,33
8	FW23	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej	371,00	27,00	398,00	33,17
9	FW13	Katedra i Zakład Toksykologii	117,00	30,00	147,00	29,40
10	FW3	Zakład Farmakodynamiki	137,00	66,50	203,50	25,44
11	FW15	Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	181,00	21,50	202,50	25,31
12	FW22	Katedra i Zakład Chemii Leków	259,00	21,00	280,00	20,00
13	FW25	Katedra i Zakład Farmakognozji	145,00	40,50	185,50	18,55
14	FW29	Zakład Farmacji Stosowanej	112,00	61,00	173,00	14,42
15	FW26	Katedra i Zakład Technologii Środków Leczniczych	66,00	17,50	83,50	5,66

## Wydział Nauki o Zdrowiu

LP	KOD	NAZWA JEDNOSTKI	PKT. PARAM. OGÓŁEM	PKT. NIEPAR. OGÓŁEM	OGÓŁEM PKT. PAR + DO 100% NIEPAR.	OSTATECZNY WSKAŹNIK PKT/ OS
1	NZC	Samodzielna Pracownia Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych	235,00	315,00	470,00	94,00
2	NZI	Zakład Biologii Medycznej	126,00	30,00	156,00	78,00
3	NZB	Zakład Zdrowia Publicznego	216,00	24,00	240,00	68,57
4	NZH	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	145,00	62,00	207,00	51,75
5	NZME	Zakład Biofizyki i Fizjologii Człowieka	376,00	84,50	460,50	51,17
6	NZF	Zakład Żywienia Człowieka	64,00	66,00	128,00	23,27
7	NZD	Samodzielna Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia	24,00	26,00	48,00	12,00
8	NZA	Zakład Pielęgniarstwa	41,00	55,50	82,00	8,63
9	NZE	Zakład Geriatrii Klinicznej	8,00	99,50	16,00	8,00
10	NZG	Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej	0,00	0,00	0,00	0,00

## Konferencja: Bakteriofagi – terażniejszość i przyszłość

**Dnia 3 marca 2004 r. w sali wykładowej Kliniki Ortopedii AM odbyło się zebranie naukowe pt. Terapia bakteriofagowa: terażniejszość i przyszłość. Tematem zebrania były najnowsze doniesienia związane z badaniami nad bakteriofagami, które przedstawili zaproszeni prelegenci. Poniżej prezentujemy artykuł Pana Prof. Andrzeja Górskiego, będący podsumowaniem poruszanych kwestii.**

*Prof. dr hab. Andrzej Górski  
Instytut Transplantologii AM*

7 marca br. przypadła 50 rocznica śmierci prof. Ludwika Hirszfelda: lekarza, uczonego i humanisty, który swymi zasługami i całym życiem trwale wpisał się do historii polskiej nauki i medycyny. Mój referat jest przedstawiany na kilka dni przed tą rocznicą, chciałbym zatem poświęcić go Jego pamięci. Jest to uzasadnione tym bardziej, że rocznica ta kojarzy się także ze spektakularnym wzrostem zainteresowania bakteriofagami (fagami).

Prof. Hirszfeld zapoczątkował badania nad nimi zaraz po wojnie. Było to we Wrocławiu, w Zakładzie Mikrobiologii

AM, a następnie badania były kontynuowane przez prof. Ślopka w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, noszącym obecnie imię Prof. Hirszfelda, i przez niego utworzonym. Tak więc to właśnie prof. Hirszfeld zainicjował badania będące zarzewiem „renesansu Instytutu” (*Science 2002,298,72*).

Jak wiadomo, jednym z wyzwań współczesnej medycyny jest lawinowo narastający problem odporności bakterii na wszelkie dostępne antybiotyki co sprawia, że niektórzy eksperci uważają, że praktycznie weszliśmy już w „erę przed-

antybiotykołą”. Czołowe periodyki światowe alarmują, że przemysł farmaceutyczny – w obliczu wzrastającego ryzyka niepowodzenia i narastających kosztów – wycofuje się z badań nad nowymi antybiotykami (*Nature* 2003,425,225; *Lancet* 2003,362,1726). Co więcej, ostatnio opublikowano dane sugerujące wzrost zapadalności na nowotwory złośliwe pod wpływem antybiotykoterapii (*JAMA* 2004,291,827).

W tej sytuacji obserwujemy niewiarygodny wzrost zainteresowania fagoterapią; w okresie ostatnich lat, a nawet miesięcy, praktycznie wszystkie czołowe periodyki biomedyczne zamieszczają opracowania sugerujące konieczność prowadzenia dalszych badań nad fagami pod kątem możliwości ich zastosowania klinicznego. Jakkolwiek trudno jednoznacznie przesądzać w tej chwili, czy i kiedy to nastąpi na szerszą skalę, warto podkreślić, że perspektywy takie większość ekspertów ocenia jako optymistyczne (dalsze szczególności są zawarte na stronie:

<http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/phages/phages.html>)

Warto podkreślić zupełnie unikalną pozycję polskich dokonania w tej dziedzinie, co najlepiej określa *Science* stwierdzając, że prace Instytutu im. L. Hirszfelda są „najważniejszymi anglojęzycznymi publikacjami w dziedzinie fagoterapii” (*Science* 2002,298,728).

Skuteczność terapii fagowej została wykazana na różnych modelach zwierzęcych, przy czym sugerowano jej wyższą skuteczność w porównaniu do antybiotykoterapii. Fagi mogą też być stosowane u zwierząt jako profilaktyka zakażeń, zaś w przemyśle spożywczym do częściowej dezynfekcji warzyw i owoców. Co ważne, nie stwierdzono praktycznie żadnych efektów ubocznych podawania fagów ani u zwierząt, ani u leczonych chorych. Nie jest to zaskakujące, jako że fagi są wszędobylskie, będąc najbardziej rozpowszech-



Prof. Ludwik Hirszfeld

nionymi tworamami zdolnymi do wykazywania cech życiowych w przyrodzie: występują w ziemi, wodach (nawet w wodach termalnych, które przecież od czasów antycznych są uważane za działające prozdrowotnie), żywności (np. jogurty, kiszona kapusta – kto wie, w jakim stopniu sugerowane prozdrowotne działanie tych produktów nie zależy właśnie od fagów?). Występują w ślinie, przewodzie pokarmowym (gdzie w stolcu stężenie kolifagów osiąga czasem bardzo wysokie poziomy). Przeciwnicy fagoterapii ignorują zatem oczywisty fakt, że zasada się ona w gruncie rzeczy na przywracaniu odpowiednich proporcji pomiędzy patogenem (bakterie), jego naturalnym antagonistą (fagi) z jednej strony, zaś z drugiej naturalnymi siłami odpornościowymi organizmu. Stwierdzono, że przekroczenie pewnego progu tolerancji obciążenia bakteriami powoduje zgon zwierząt doświadczalnych (których układ odpornościowy nie jest w stanie poradzić sobie z tak masowym atakiem patogenów), podczas gdy podanie fagów w tych warunkach pozwala na redukcję liczby bakterii do poziomu zdolności naturalnych sił odpornościowych organizmu (dzieje się tak w szczególności w ostrych zakażeniach). Z tego m.in. powodu powstawanie bakterii opornych na fagi nie musi bynajmniej oznaczać niepowodzenia fagoterapii, jak długo liczba tych opornych bakterii jest kompatybilna ze zdolnością układu odpornościowego do ich eliminacji. Co więcej, fagi – w przeciwieństwie do antybiotyków – mogą ewoluować i przez to dostosowywać się do uodparniających się na nie bakterii, przewyciężając w ten sposób ich fagooporność. Co więcej, powstawanie fagooporności może być wręcz pożyteczne. Po pierwsze, fagooporne bakterie mają mniejszą zdolność kolonizowania gospodarza. Po drugie, w niektórych przypadkach receptory fagowe dla bakterii warunkują zdolność fagów do przenoszenia genów wirulencji bakterii, zatem oporne na fagi bakterie mogą utracić swą patogenność dla człowieka. Paradoksalnie zatem fagi można by teoretycznie używać w terapii właśnie do uzyskania populacji bakterii na nie opornych, które utraciłyby jednocześnie zdolności chorobotwórcze. W konkluzji należy stwierdzić, że powstawanie bakterii fagoopornych nie tylko nie musi być tożsame z niepowodzeniem terapii, lecz w określonych warunkach może wręcz sprzyjać jej powodzeniu.

Jak wspomniano, w/w strona internetowa podsumowuje dotychczas uzyskane wyniki kliniczne. W ostatnim okresie rozpoczęliśmy badania kliniczne i doświadczalne również na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus (nawiasem mówiąc, ma on wspaniałe tradycje w tej dziedzinie, jako że tu właśnie w czasie ostatniej wojny wyleczono fagami Marię Dąbrowską, o czym wspomina ona w swoich pamiętnikach – *Maria Dąbrowska: Dzienniki Powojenne 1945-65, Czytelnik, 1997*). Prowadzone są one obecnie w Klinice Ortopedii i Traumatologii Ruchu Prof. A. Góreckiego, a w najbliższym



czasie w Klinice Urologii Prof. A. Borkowskiego. Prowadzimy również w szpitalu wstępne badania skuteczności fagów w zwalczaniu nosicielstwa patogenów bakteryjnych.

Nasze ostatnie badania koncentrują się wokół możliwości oddziaływania fagów na komórki eukariotyczne – w dotychczasowych badaniach nad fagami ten aspekt był praktycznie pomijany. Nasza hipoteza jest przedstawiona na stronie:

[www.medimmunol.com/content/2/1/2](http://www.medimmunol.com/content/2/1/2)

Uzyskane dotychczas wyniki eksperymentalne zdają się potwierdzać przedstawione w niej założenia. Nasze wstępne badania sugerują, że fagi mogą hamować zdolność do tworzenia przerzutów przez komórki nowotworowe, jak również wpływać hamująco na wzrost guza pierwotnego *in situ* (szczególnie działanie wykazuje tu otrzymany przez nas mutant HAP1). Fagi mogą również wywierać istotne działanie immunomodulacyjne – np. fag *E. coli* (T4) hamuje odpowiedź humoralną i powoduje przedłużenie przeżycia alloprzeszczepu skóry u myszy. Fagi nie wykazują zdolności aktywacji czynnika transkrypcyjnego NF kappa B, mogą jednak neutralizować indukujący ten czynnik wpływ patogennych wirusów (te ostatnie wyniki potwierdzają wcześniejsze dane z piśmiennictwa dot. możliwości interferencji fagów z patogennym oddziaływaniem niektórych wirusów – np. herpes i HBV.). Tak więc celowe są badania nad fagami jako potencjalnym lekiem antywirusowym.

Jak wynika z powyższego, w ostatnich latach otworzyły się zupełnie nowe możliwości zastosowania fagów w medycynie. Z jednej strony trwają badania nad formalnym wpro-

wadzeniem ich do terapii klinicznej w zwalczaniu lekoopornych zakażeń\*. Z drugiej strony nasze prace nad oddziaływaniem fagów z komórkami układu odpornościowego i nowotworowymi otwierają zupełnie nowe pola badawcze i perspektywy terapii fagowej.

Badania te stawiają także na porządku dziennym pytanie o rzeczywiste znaczenie fagów w przyrodzie:

*It is generally accepted that bacteria may be pathogenic or probiotic; the latter can generate immune signals which protect the human body against other pathogens. This could be a more universal phenomenon and may also apply to what have been termed simply bacteriophages hitherto.*

*While further studies are needed to substantiate or dismiss these claims, confirmation of our hypothesis that phages bind to the mammalian cells would pave the way for exciting novel studies on the true place and role of phages in nature and their possible role in our defense against internal and external enemies.*

(Górski et al., Med. Immunol 2003,2:2)

*\*We, like many others, believe there is sufficient scientific justification to study and develop the use of bacteriophage for therapy and prophylaxis. BR Levine, JJ Bull. Population and evolutionary dynamics of phage therapy. Nature Rev. Microbiol. 2004, 2, 166.*

Dalsze piśmiennictwo na w/w stronie internetowej oraz u autora.

## Metody rehabilitacji osób z upośledzeniem słuchu

Mgr Katarzyna Bieńkowska<sup>1,3</sup>, mgr Agnieszka Woźniak<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. Kazimierz Niemczyk<sup>1</sup>

1) Katedra i Klinika Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie

2) Akademia Pedagogiki Specjalnej, Zakład Logopedii

3) Oddział Laryngologiczny Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie

### Abstract

#### Methods of rehabilitation of patients with hearing loss

The authors present therapeutic methods in rehabilitation of patients with hearing disorders. The assumptions of those methods have been carefully presented. The final aim of therapy is to create communication system. The most common method of doing it, is the auditive-verbal method based on hearing training.

**Key words:** hearing disorders, therapeutic methods

### Streszczenie

Omówiono metody terapeutyczne stosowane w rehabilitacji osób z zaburzeniami słuchu oraz szczegółowe założenia każdej z tych metod. Końcowym celem każdego sposobu postępowania jest wytworzenie systemu komunikacji. Najbardziej rozpowszechnionym sposobem postępowania jest metoda audytywno-werbalna, bazująca na wychowaniu lub treningu słuchowym.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia słuchu, metody terapeutyczne

### Wprowadzenie

Problem głuchoty i niedosłuchów jest poważnym problemem społecznym i od wieków starano się znaleźć jak najlepsze metody jego leczenia. Problem ten ściśle związany jest z niemożnością lub utrudnieniami w nabywaniu języka, który jest wyznacznikiem naszego człowieczeństwa. Słuch, według wielu badaczy, pełni nadrzędną rolę wśród zmysłów, którymi dysponuje człowiek. Bódźce akustyczne docierają do nas z każdej strony, nawet wtedy, gdy nie widzimy źródła dźwięku. Nie możemy nawet wyobrazić sobie stanu, kiedy nie docierają do nas żadne dźwięki. Można zamknąć oczy, zgasić światło i nic nie widzieć, ale zawsze słyszymy. Ze względu na udział słuchu w procesie rozwoju dziecka oraz na trudności wynikające z jego uszkodzenia, zwrócono uwagę na wczesną stymulację uszkodzonego słuchu.

Dzięki coraz lepszym zdobyczom techniki, jakimi są nowoczesne metody operacyjne, cyfrowe aparaty słuchowe oraz implanty ślimakowe, zwiększyły się możliwości pomocy osobom niedosłyszącym. Przy prawidłowym wyborze metody oraz konsekwentnie i systematycznie prowadzonej terapii

słuchowej i językowej możliwe jest osiągnięcie kompetencji komunikacyjnej.

W kraju coraz szersza jest sieć specjalistycznych ośrodków terapii, w których dzięki interdyscyplinarnej współpracy audiologów, protetyków słuchu, surdologopedów oraz pedagogów i psychologów prowadzona terapia przynosi oczekiwane skutki. Najważniejszym z nich jest niewątpliwie dążenie do osiągnięcia samodzielności życiowej osób z uszkodzonym słuchem, a co za tym idzie zmniejszenie kosztów społecznych związanych z procesem rehabilitacji osoby niepełnosprawnej.

Ponieważ problem niedosłuchów, zarówno wcześniej, jak i późno pojawiających się, stanowi ważny problem kliniczny i społeczny, a wybór metody determinuje powodzenie, przedstawiono metody terapii stosowane obecnie w Polsce.

W ogólnym zarysie metody podzielić można na [za: Krakowiak, 2002]:

- audytywno – werbalne (słuchowo – słowne, jednozmysłowe)
- oralne (ustno – słuchowe, wielozmysłowe np. werbo – tonalna)
- fonogesty
- system językowo – migowy
- komunikacje totalna
- bilingwizm (metody dwujęzyczne).

Osobnym problemem, który nie jest przedmiotem opisu poniższej publikacji, jest wybór metody odpowiedniej dla danej osoby, jej możliwości słuchowych, komunikacyjnych oraz intelektualnych. Należy jednak podkreślić, że sukces w stosowaniu którejkolwiek z opisanych metod uwarunkowany jest ścisłą współpracą i jednomyślnością osoby zainteresowanej.

sowanej, specjalistów, domowników oraz środowiska edukacyjnego.

### **Metoda audytywno – werbalna**

Początki tej metody sięgają czasów, kiedy nie stosowano jeszcze aparatów słuchowych.

W XIX w., Barczy na Węgrzech, Kroiss w Niemczech oraz małżeństwo Ewing w Anglii wykorzystywali drogę słuchową w procesie usprawniania osób z niedosłuchem. W latach 60. XX w, Van Uden zwrócił uwagę na wczesny i indywidualny trening, wspierany wychowaniem rytmiczno – muzycznym.

W latach 60. i 70., w wyniku rozpowszechnienia aparowania osób z uszkodzonym słuchem, wzrosło zainteresowanie metodą wychowania słuchowego. Założenia tej metody, czyli „nauczenie słyszenia z pomocą aparatów słuchowych bez formalnego czytania z ust czy innych manualnych sposobów komunikowania [za: Csanyi; 1994] wprowadzali również terapeuci z USA oraz Kanady. W Europie najbardziej znaną przedstawicielką, aktywnie włączającą w proces usprawniania także rodziców, była Schmid-Giovannini. Dzięki jak najwcześniejszemu objęciu dziecka i jego rodziny całościowym programem wychowania słuchowego, osiągała doskonałe rezultaty, nawet u osób z głębokim niedosłuchem.

Podstawowe założenia metody dotyczyły rozwijania mowy biernej, stworzenia podstawowego zasobu słownictwa oraz wykształcenia umiejętności porozumiewania się za pomocą mowy. Aby dziecko mogło dojść do tego etapu, niezbędne jest jak najwcześniejsze wprowadzenie wychowania słuchowego. Ma ono na celu „stymulowanie istniejącego, zawężonego pola słuchowego, rozwijanie i udoskonalanie zdolności do akustycznego odbierania i różnicowania, a ponadto wykształcenie zdolności do przetwarzania odbieranych dźwięków mowy” [za Csanyi, 1994].

*Wychowanie słuchowe* odnosi się do procesu usprawniania dzieci, u których uszkodzenie słuchu wystąpiło przed momentem kształtowania się mowy (niedosłuch prelingwalny). Jeżeli zaś czynnik uszkadzający działał po okresie rozwoju mowy lub u osób dorosłych (niedosłuch postlingwalny), mówimy o treningu słuchowym. Podstawą treningu słuchowego są wspomnienia mowy (bazuje się na słuchowych śladach wyrazów). Ćwiczenia polegają na przywołaniu w pamięci wrażeń akustycznych. Niezbędne jest stymulowanie mowy w taki sposób, aby zapobiec cofaniu się umiejętności werbalnego porozumiewania się lub, jeżeli do tego doszło, przywrócenia potrzeby i sprawności mówienia.

Wychowanie słuchowe jest możliwe dzięki wczesnemu (przed 8 miesiącem życia) zaaparatowaniu dziecka. Właściwa stymulacja dźwiękowa prowadzona w sposób ukierunkowany i intensywny, daje szansę zapobiegnięcia negatywnym skutkom utraty słuchu. Jest to szczególnie ważne, biorąc pod

uwagę fakt, że na ten czas przypada okres wzmożonej gotowości mózgu do uczenia się i jego plastyczności oraz nabywania nowych umiejętności.

Założeniem zwolenników tej metody jest koncentrowanie się na tym, co dziecko słyszy za pośrednictwem aparatów oraz na stymulowaniu resztek słuchowych, a nie zaś na tym, jaki ma wynik audiogramu (ubytek słuchu). „Wychowanie słuchowe traktowane jest jako proces, pod koniec którego odbieranie dźwięków stanie się częścią osobowości dziecka z uszkodzonym słuchem. Najważniejszym celem jest przygotowanie dziecka do życia w środowisku osób słyszących”.

Jak już wcześniej wspomniano, proces usprawniania tą metodą odbywa się przede wszystkim w środowisku rodzinnym. Logopeda prezentuje tylko pewne zachowania, wprowadza i pomaga, zaś efekt zależy od pracy opiekunów. Mowa matki jest najważniejszym bodźcem akustycznym dla dziecka, dlatego od najwcześniejszych miesięcy, mama powinna przemawiać do dziecka. Ważne jest dostosowanie cech prozodycznych głosu, takich jak: melodyjność, śpiewność, odpowiednia modulacja.

Zadaniem matki jest „zalewanie dziecka” dźwiękami oraz mową. Już od pierwszych dni powinna konsekwentnie wzmacniać pozytywnie każdą jego reakcję dźwiękową i zainteresowanie bodźcami zewnętrznymi. Świadomie otaczamy dziecko wszelakimi dźwiękami, uwrażliwiając na nie, zwracając uwagę na ich źródło oraz na nazwę. Rozpoczynamy od przedmiotów, które spotykamy w najbliższym otoczeniu, takich jak: odkurzacz, pralka, telefon, pukanie do drzwi, pojazdy, instrumenty oraz czynności, odgłosy zwierząt. Praca z dzieckiem powinna odbywać się w atmosferze zabawy, w naturalnym środowisku. Istotne jest dostosowanie ćwiczeń, poziomu wymagań do wieku i umiejętności słuchowych dziecka.

Właściwie prowadzone wychowanie słuchowe, zawierające kolejne etapy (od dźwięków naturalnych do dźwięków mowy) wykształca w dziecku umiejętność różnicowania dźwięków, rozpoznawania cech, takich jak: wysokość, natężenie, długość, itp.

Jedną z ważniejszych metod w wychowaniu słuchowo – werbalnym, przeznaczoną dla dzieci w wieku 2 – 4 lat jest prowadzenie pamiętnika, w którym znajdują się wszystkie miłe i ważne dla dziecka wydarzenia, najlepiej o silnym zabarwieniu emocjonalnym (np. urodziny, wizyta u babci, w Zoo, w parku, itp.). Na ich podstawie rozszerzamy słownictwo, łączymy je z już poznanym. Na rysunkach powinny znajdować się wyrazy dźwiękonaśladowcze oraz proste słowa (imię dziecka, mama, tata, dom, itp.), na podstawie których będzie można później bazować podczas nauki czytania. Pamiętnik jest dużą pomocą w sytuacji utrwalania i powtarzania pojęć. Pozwala on na wspólną zabawę w teatrzyk, odgrywanie ról, zapowiadanie nadchodzących wydarzeń,

wspominanie już przeżytych, itp. Dzięki emocjonalnemu za-  
barwieniu przedstawianych sytuacji, dziecko z dużą przyje-  
mnością korzysta z tej formy kształtowania i rozwoju mowy.

#### **Metody oralne:**

1. ustno – słuchowe, wielozmysłowe

W założeniach metoda ta ma wiele cech metody audy-  
tywno – werbalnej, podstawowym jej założeniem jest tren-  
ing słuchowy. Jednakże niedobory percepcji słuchowej wy-  
równywane są przez odczytywanie mowy z ust oraz posługi-  
wanie się naturalnymi gestami i mimiką. Często stosuje się  
wczesną naukę czytania.

2. werbo – tonalna [W. Fleis, 2002].

Wyodrębniamy ją, ponieważ w Polsce trwają prace nad  
jej dostosowaniem. Pod tą nazwą funkcjonuje praktyczne  
zastosowanie systemu werbo – tonalnego w terapii niesły-  
szących, stworzonego przez Petera Guberinea w latach 60.  
XX wieku. System opiera się na badaniu percepcji mowy  
przez mózg posługując się logotomami (syllabami pozbawio-  
nymi sensu) jako bodźcami.

W metodzie werbo – tonalnej ciało jest głównym odbior-  
cą dźwięków oraz informacji zakodowanych w ruchach (ge-  
stach, mimice, zachowaniu), co jest szczególnie ważne w  
przypadkach głębokiego ubytku słuchu. Ruch towarzyszy  
rytmowi zdania i stanowi podkreślenie pauz, taktu oraz  
akcentów. Ponieważ informacje te zawarte są w niskich  
częstotliwościach (poniżej 20 Hz), specjalnie opracowana  
aparatura werbo – tonalna pozwala na percepcję słuchową  
wibracji dźwiękowych, a nie tylko wibracji rytmicznych.

Zastosowanie metody werbo – tonalnej w praktyce wy-  
maga użycia aparatury, która pozwala na celowe wyeliminowa-  
nie pewnych określonych częstotliwości i przekazuje  
dźwięki bardzo niskie (odbierane przez ciało). Urządzenia  
wspomagające to: audiometr werbo – tonalny, aparat SU-  
VAG, który pozwala na optymalne wykorzystanie resztek  
słuchowych, transmisję niskich częstotliwości (poniżej 10  
Hz) oraz eliminację częstotliwości niepotrzebnych, wibrator  
(sprzyja percepcji rytmów: muzycznego, ciała oraz elemen-  
tów suprasegmentalnych mowy) oraz podłoga wibrująca  
(przydatna w pracy z niemowlętami).

Szczególnie przydatne wydają się być te elementy meto-  
dy, które wykorzystać można do pracy z niemowlętami.  
Trwające eksperymenty z zastosowaniem tej metody w pra-  
cy z osobami z uszkodzonym słuchem ukazują ją raczej jako  
metodę wspomagającą proces terapii. Wymaga ona nie tylko  
wykwalifikowanej kadry, lecz także sporych nakładów fi-  
nansowych związanych z zakupem specjalistycznej aparatury.

#### **Fonogesty – Cued Speech [Krakowiak, 1995]**

Metoda wspomagająca kształcenie umiejętności odczyty-  
wania mowy z ust. Stosowanie fonogestów ułatwia odróż-  
nianie i identyfikację wizualnych segmentów mowy w spo-  
sób analogiczny do słuchowego odróżniania i identyfikacji

segmentów akustycznych oraz umożliwia dokładne spo-  
strzeżenie struktury fonemowej języka. Praktyczne zastoso-  
wanie metody opiera się na płynnym używaniu specjalnie  
opracowanego systemu gestów (8 układów palców i 5 loka-  
cji dłoni umiejscowionych na twarzy) wspomagających słu-  
chanie, odczytywanie mowy z ust i prawidłowe mówienie.

Jej niewątpliwą zaletą jest (przy nabyciu wprawy zarów-  
no przez odbiorcę, jak i nadawcę komunikatu) możliwość  
pełnego zsynchronizowania gestów pomocniczych z mówie-  
niem, a co za tym idzie zachowanie płynności oraz wszy-  
stkich cech prozodycznych mowy (akcentu, intonacji, pauz  
oraz czasu trwania sylab i zmiany tempa). Układy dłoni  
pozwalają na prawidłowe odczytywanie mowy z ust, jednak  
bez mówienia pozbawione są całkowicie sensu. Konsekwen-  
cją prawidłowo stosowanej metody jest nabycie pełnej kom-  
petencji języka narodowego zarówno w mowie (docelowo  
bez użycia fonogestów), jak i w piśmie.

W Polsce metoda opracowana została przez prof. Kazi-  
mierę Krakowiak w 1984 roku i od tej pory jako system  
edukacyjny stosowana jest z powodzeniem w kilku ośrodkach.

#### **Język migowy**

W sytuacjach, gdy osoba niesłysząca z różnych przyczyn  
nie chce, bądź nie może opanować języka fonicznego, wpro-  
wadzony zostaje język migowy. W szczególności dotyczy to  
dzieci rodziców z wadą słuchu, którzy sami migają, bądź  
tych, którzy prowadzeni metodą oralną nie przejawiają efe-  
któw usprawniania, zaś mowa w postaci fonicznej nie roz-  
wija się. W takiej sytuacji język migowy staje się podstawo-  
wą formą komunikacji, na bazie której można budować ję-  
zyk foniczny, a następnie wprowadzać naukę czytania i pisa-  
nia. [za: Anczykowską – Lefik i Żegnałek].

Język migowy jest to „zespół środków stosowanych przez  
osoby niesłyszące w porozumiewaniu się pomiędzy sobą i z  
osobami słyszącymi, obejmujący właściwe danym środowi-  
skom słownictwo – zbiór społecznie wytworzonych i obo-  
wiązujących znaków migowych oraz reguły określające ich  
użycie” [za Szepankowskim, 1999]. Różni się on od języka  
fonicznego występującego na danym terenie. Cechuje się  
własną morfologią, składnią oraz słownictwem. Poszczegól-  
ne wyrazy i krótkie zwroty są określane przez migowe znaki  
ideograficzne. Ich uzupełnieniem są znaki daktylograficzne,  
na które składa się alfabet palcowy, oznaczające poszczegól-  
ne litery alfabetu, liczebniki, itp. Dzięki nim możemy zwró-  
cić uwagę na końcówki fleksyjne wyrazów, skróty wyrazo-  
we, nowe pojęcia. Alfabet palcowy często współwystępuje z  
językiem migowym, uzupełniając jego w istotne cechy.

Języki migowe posiadają własną strukturę pozycyjno –  
przestrzenną. Wyrazy w zdaniu są nieodmiennie, zaś stosun-  
ki między nimi wyrażane są poprzez odpowiedni szyk. Poroz-  
zumiewanie się tą metodą polega na odpowiednim użyciu:

znaków ideograficznych, wtrąconych gestów oraz mimiki. Uzupełnieniem całości są znaki ideograficzne. Jego największą różnicą jest kanał przekazu, gestowo – wzrokowy, nie zaś głosowo – słowny oraz to, że znaki migowe nie mają odpowiednika w piśmie, istnieją tylko w chwili przekazywania informacji.

Specyficzną odmianą języka migowego jest język migający, łączący w sobie słownictwo języka migowego oraz gramatykę języka narodowego. Umożliwia on zachowanie szyku gramatycznego i końcówek fleksyjnych danego języka fonicznego (np. j. polskiego). Stosuje się go zawsze z językiem mówionym, dzięki czemu możliwe jest uczenie pisma osoby, która nie mówi.

#### **Komunikacja totalna**

Jest to koncepcja wykorzystująca odpowiednie słuchowe, migowe i ustne sposoby komunikacji z głuchymi i wśród głuchych, dla zagwarantowania skutecznego porozumiewania się [Korzon, 1998]. Oparta na założeniu, że w komunikowaniu się z niesłyszącymi należy stosować wszystkie dostępne środki i metody. W praktyce posługuje się: mową ustną i wyraźną artykulacją, odczytywaniem mowy z ust, wykorzystaniem resztek słuchowych poprzez systematyczny trening, systemami ustno – manualnymi i manualnymi (daktylografią, systemem językowo – migowym i klasycznym językiem migowym, a także mową ciała, gestami naturalnymi, mimiką, i pantomimiką) oraz pismem i systemami graficznymi (rysunkiem, piktogramami, systemem Bliss).

W założeniach celem komunikacji totalnej jest stworzenie niesłyszącemu dziecku warunków do wypowiadania się w sposób spontaniczny i akceptowany przez otoczenie w jak najmniej stresujący sposób.

W metodzie tej, podobnie jak w pozostałych, zaleca się używanie aparatów, implantów i systemów FM w celu wykorzystania resztek słuchowych. Często jednak równoczesne stosowanie różnych środków przekazu zastępuje percepcję słuchową.

Przeciwnicy stosowania tej metody zarzucają jej, że wykorzystanie różnych źródeł informacji i posługiwanie się wieloma środkami przekazu na raz, nie umożliwia opanowania w pełnym zakresie języka oraz wprowadza chaos lingwistyczny. Jednakże wyboru tej metody dokonuje się najczęściej u dzieci z wadami sprzężonymi, u których istnieje ryzyko, że brak możliwości komunikacyjnych spowoduje deprecjację osobowości oraz nieodwracalne zaburzenia

emocjonalne. Zarówno osoby prowadzące terapię tą metodą (najczęściej w szkole specjalnej), jak i rodzice powinni bięgle posługiwać się językiem migowym oraz innymi środkami wspomagającymi porozumiewanie się.

#### **Literatura:**

1. Csanyi Yvonne, *Stuchowo – werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
2. *Domowa Klinika Rehabilitacji*, Wspomaganie rozwoju mowy i umiejętności komunikacyjnych dziecka z wadą słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
3. Fleiss W, *Edukacyjna metoda werbo-tonalna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu*. W: *Audiofonologia XXI*, 2002.
4. Korzon Aniela, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, Wydawnictwa Naukowe WSP, Kraków 1996.
5. Krakowiak Kazimiera, *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*. W: *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, T 9., Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995.
6. Krakowiak Kazimiera, *O korzyściach z używania fonogestów*. W: J. Kobosko (red.) *Bliżej życia. Materiały dla rodziców dzieci i młodzieży z wadą słuchu*. Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek człowiekowi”, Warszawa 1999.
7. Lowe Armin, *Wychowanie słuchowe. Historia, metody, możliwości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1995.
8. Schmid – Giovannini Susanna, *Rady i wskazówki dla rodziców i wychowawców dzieci z uszkodzonym słuchem*, Polski Komitet Audiofonologii, Warszawa 1995.
9. Schmid – Giovannini Susanna, *Ćwiczenia słuchowe dla dzieci w wieku 1 – 6*, Polski Związek Głuchych, Szczecin 1988.
10. Szczepankowski Bogdan, *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
11. Praca zbiorowa pod red. Joanny Kobosko, *Bliżej życia, Materiały dla rodziców dzieci i młodzieży z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa 2001.

## Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego w świetle przepisów i doświadczeń Unii Europejskiej

Dr Jerzy B. Karski \*

Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu AM

Kierownik: Prof. dr hab. med. Jerzy Szczerbań

### Abstract

#### Local self-governments health policy in the light of european union regulations and experiences

Following characteristics of investigated region contains issues connected with demographic, social and health status, as well as regional activities directed to development of health.

The research has been focused on assignments concerning public health policy undertaken and not undertaken by local self-government. Research on diagnose of concern and involvement of territorial self-governments in the health policy in the light of European Union regulations and experiences, has been the main part of the study. Analysis of the situation allowed to describe necessary steps to be undertaken by local self-governments to improve health status of the community. In the end of the study conclusions and suggestions are presented, as well as results of local self-governments activities in the field of health policy.

**Key words:** health policy, health status.

### Wprowadzenie do zagadnień polityki zdrowotnej

Pierwsza część pracy wprowadza w problematykę polityki zdrowotnej, jej pochodzenia i rozwoju oraz umiejscowienia w zmieniających się realiach ogólnopolitycznych i społeczno-gospodarczych w Polsce i państwach Unii Europejskiej.

Na wstępie dokonano przeglądu piśmiennictwa, co pozwoliło na ocenę aktualnego stanu wiedzy na temat zdrowia publicznego, które ze względu na wieloaspektowy charakter stanowiło od początku domenę zainteresowania wielu dyscyplin naukowych i zawodów.

Niemniej, kwestią, która nie została dotychczas jednoznacznie i ostatecznie rozstrzygnięta, jest jego definicja. Ciekawym fenomenem jest także fakt, że próby zdefiniowania zdrowia publicznego były znacznie wcześniejsze, aniżeli powstanie oficjalnej definicji zdrowia podanej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia w 1946 r.<sup>1</sup>

Jedną z pierwszych definicji zdrowia publicznego, która

do dnia dzisiejszego nie straciła na aktualności, przedstawił w 1920 r. C-E.A. Winslow z Uniwersytetu w Yale.

Według tego autora "zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa, ukierunkowana na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia".<sup>2</sup>

W opracowaniach Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) opisujących ideę zdrowia dla wszystkich, politykę zdrowia publicznego definiowano jako<sup>3</sup> „określenie celów prowadzących do poprawy sytuacji zdrowotnej, wśród nich celów priorytetowych i głównych kierunków działań służących ich realizacji”. W późniejszych opracowaniach ŚOZ, politykę zdrowotną definiowała jako „formalną deklarację przyznają-

\*Streszczenie pracy habilitacyjnej

<sup>1</sup>Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia została ustanowiona w dniu 22 lipca 1946 r. w Nowym Jorku. W imieniu Rzeczypospolitej Polskiej podpisał ją Prezydent RP w Warszawie w dniu 20 kwietnia 1948 r. Oryginalny tekst Konstytucji w tłumaczeniu na język polski został zamieszczony w Dzienniku Urzędowym z 1948 r. (Dz. U. z dnia 29 grudnia 1948. Nr 61. poz.477).

<sup>2</sup>Winslow C-E, A *Untilled Field of Public Health*

<sup>3</sup>Szczerbań J. *Tendencje rozwoju zdrowia publicznego*

cają priorytet sprawom zdrowia i określającą cele zdrowotne, która tworzy określone zobowiązania dla różnych instytucji, w tym także dla instytucji rządowych”.

W ostatnich dziesięcioleciach coraz powszechniej uznaje się promocję zdrowia<sup>b</sup>, za jedną z głównych aktywności zdrowia publicznego. Celowe byłoby więc bardziej zdecydowane uwzględnienie promocji zdrowia w definiowaniu zdrowia publicznego. Dlatego, zdaniem autora niniejszej pracy, użycie tego terminu w definiowaniu zdrowia publicznego prowadziło do znacznego jej uproszczenia. Nie wykluczając dalszej dyskusji na ten temat, można by przyjąć, iż zdrowie publiczne to nauka i sztuka promowania zdrowia oraz organizowania działań medycznych i społecznych zapewniających wczesną diagnozę, leczenie, rehabilitację i opiekę socjalną z dążeniem do jak najszerszego zaangażowania polityków, decydentów, środowisk naukowych, organizacji pozarządowych i społeczeństwa do udziału w tworzeniu i realizowaniu polityki zdrowotnej.

Przed przystąpieniem do omówienia czasu powstania pojęcia zdrowia publicznego i jego rozwoju zwrócono uwagę na istniejącą dwutorowość działalności w tej dziedzinie, gdyż z jednej strony jest to polityka zdrowotna, a z drugiej aktywność społeczna leżąca u podstaw zdrowia publicznego jako nauki.

Po szerokim omówieniu rozwoju pojęcia zdrowia publicznego autor skupił się na przedstawieniu rozwoju polityki społecznej w UE od wczesnych lat powojennych, aż do Traktatu Amsterdamskiego. Rozwój ten miał charakter wyjątkowo dynamiczny i doprowadził do powstania podmiotów o charakterze ustawodawczym (Parlament Europejski, Rada), wykonawczym (Komisja Europejska, Europejski Bank Inwestycyjny), doradczym (Komitet Społeczno-Ekonomiczny, Komitet Regionów), kontrolnym (Rzecznik Praw Obywatelskich), sędziowskim (Trybunał Sprawiedliwości).

Wartym podkreślenia zjawiskiem jest fakt, że w ostatnich latach zdrowie w polityce społecznej UE zaimuje coraz częściej pozycję centralną. Najlepszym tego przykładem jest Decyzja Nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 września 2002 r. przyjmująca program działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego (2003-2008)<sup>4</sup>.

W Polsce pierwsze przejawy polityki społecznej wystąpiły w Konstytucji 3 Maja z 1791 r. kreującej nowy model państwa. Jednak ze względu na trwające lata zaborów, do 1918 r. o rozwoju polityki społecznej nie mogło być mowy.

Dopiero w latach 1918 – 1926 wprowadzono nowe ustawodawstwo socjalne, wpisano prawa socjalne do Konstytucji w 1921 r. i ratyfikowano kilkanaście konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy<sup>5</sup>.

Następnie, po zakończeniu drugiej wojny światowej, zarówno w Manifeście PKWN, jak i w Konstytucji z 1952 r. zamieszczono szereg haseł dotyczących polityki społecznej, które miały przede wszystkim charakter propagandowy. Po okresie dalszych wydarzeń historycznych i przemian, w wyniku transformacji ustrojowej w 1989 r. doszło do wpisania do nowej Konstytucji szeregu praw socjalnych. W 1997 r. nastąpiła częściowa ratyfikacja Europejskiej Karty Socjalnej z 1961 r.

Według obecnego stanu wiedzy, *polityka społeczna* to działalność państwa, samorządów i organizacji pozarządowych, której celem jest poprawa położenia materialnego, asekuracja przed zagrożeniami życiowymi i wyrównywanie szans życiowych grup społecznych ekonomicznie i socjalnie najslabszych. Działalność ta oznacza z jednej strony prowadzenie bieżących działań osłonowych, a z drugiej wiąże się z zapobieganiem powstawaniu zagrożeń społecznych. Polityka społeczna jest ponadto wynikiem analiz i opracowań naukowych. Zadaniem nauki o polityce społecznej jest, z jednej strony, diagnoza bieżącej sytuacji socjalnej, z której politycy chętnie instrumentalnie korzystają, z drugiej strony, nauka o polityce społecznej, wykorzystująca swój interdyscyplinarny dorobek, wyraźnie dystansująca się od doraźnego postrzegania rzeczywistości.

Wartym podkreślenia jest fakt, że każda kwestia społeczna ma swój wymiar lokalny, dlatego tak istotne jest zwrócenie uwagi na samorząd terytorialny jako lokalny podmiot polityki społecznej<sup>6</sup>. Państwo nie jest w sposób scentralizowany zadowolająco zaspokajać potrzeb lokalnych. Niezbędna decentralizacja władzy oznacza więc przekazanie jej uprawnień na szczebel organizacji terenowej. Obowiązującym aktem prawnym w Polsce w tej dziedzinie jest ustawa o samorządzie terytorialnym z dnia 8 marca 1990 r., z późniejszymi zmianami.

Kolejnym zagadnieniem jest sytuacja zdrowotna ludności w Polsce i w państwach UE. W porównaniach posłużono się – ogólnie uznanymi za podstawowe – miernikami zdrowia, jak czas trwania życia, wskaźniki zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz zewnętrznych przyczyn zgonów i wskaźniki umieralności niemowląt.

<sup>b</sup>Według definicji ŚOZ (1996) – Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli na uwarunkowaniach zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia.

<sup>4</sup>Pełen tekst tłumaczenia *Decyzji Nr 1786* na jęz. polski znajduje się w książce JB Karskiego – 2003 – *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wybrane zagadnienia. Wyd. CeDeWu, Warszawa

<sup>5</sup>Ustawa z 17 marca 1921 r. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Konstytucja Marcowa) – (Dz. U.R.P., nr 44, poz.267; nr 79, poz. 550; nr 101, poz, 935)

<sup>6</sup>A. Kurzynowski *Miejsce ochrony zdrowia w krajowej i lokalnej polityce społecznej*

Zagadnieniem, któremu poświęcono w dalszej kolejności wiele uwagi, są zadania samorządu terytorialnego wobec zdrowia publicznego. Zwrócono m. in. uwagę, że wzorcem dla regulacji prawnych zagadnień samorządu terytorialnego była Europejska Karta Samorządu Terytorialnego z dnia 15 października 1985, ratyfikowana przez Polskę w 1993 r.

W świetle tej Karty, społeczności lokalne mają w zakresie określonym prawem – pełną swobodę działania w każdej sprawie, która nie jest wyłączona z ich kompetencji lub nie wchodzi w zakres kompetencji innych organów władzy.

Proces budowy samorządu lokalnego w Polsce zapoczątkowany przez utworzenie w 1990 r. gmin, był kontynuowany i zaowocował daleko idącą decentralizacją polegającą na wprowadzeniu w 1998 r. kolejnych szczebli samorządu terytorialnego – powiatu i województwa. Przyjęły one fundamentalne założenia, które legły u podstaw samodzielności samorządu terytorialnego na wszystkich jego szczeblach, a mianowicie – osobowość prawną jednostek i wyposażenie ich we własne mienie oraz oparcie nadzoru nad samorządem terytorialnym wyłącznie na kryterium zgodności z prawem.

Zwrócono jednak uwagę na fakt, że wraz z wprowadzeniem w życie nowych jednostek samorządu terytorialnego oraz zasad decentralizacji zadań i kompetencji, w ustawach samorządowych nie określono precyzyjnie roli samorządu w systemie ochrony zdrowia. Nie wydaje się bowiem wystarczające wskazanie, iż do zadań poszczególnych jednostek samorządu należy ochrona i promocja zdrowia. Niejasne obowiązki jednostek samorządu terytorialnego oraz brak instrumentów zapewniających realizację zadań i ponoszenie odpowiedzialności utrudniają wywiązywanie się samorządu terytorialnego z obowiązków w zakresie ochrony zdrowia o charakterze lokalnym. Na mocy reformy ustrojowej jednostki samorządu terytorialnego przejęły uprawnienia organu administracji rządowej, który m. in. utworzył np. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego przejęły więc funkcję organizatorską i stały się „organami założycielskimi”, jednakże niezapewnienie środków finansowych na wykonywanie tej funkcji, uniemożliwia jednostkom samorządu terytorialnego wywiązywanie się z roli organu założycielskiego większości publicznych zakładów.

Obok przeniesienia zadań i obowiązków z organów administracji rządowej na organa jednostek samorządu terytorialnego, z dniem 1 stycznia 1999 r. zmieniono system finansowania zakładów opieki zdrowotnej, a właściwie tylko podstawowego płatnika. Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym przejęły kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Nietrafność rozwiązań powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz sprzeczność wielu przepisów z Konstytucją RP potwierdził również Trybunał Konstytucyjny (wyrok

z dnia 7 stycznia 2004 r.).

W następnej części pracy, przed omówieniem badań własnych i ich wyników, zaprezentowano województwo mazowieckie jako przedmiot tych badań. W charakterystyce ujęto takie zagadnienia, jak ludność i jej strukturę oraz sytuację społeczną i stan zdrowia społeczeństwa, zwracając uwagę także na dotychczasowe działania na rzecz zdrowia.

Przy wyborze regionu, w którym badanie własne miało być przeprowadzone kierowano się kryterium, aby był to region jak najbardziej reprezentatywny dla całego kraju. Jak wynika z wstępnej charakterystyki ogólnej, opisu sytuacji społecznej i zdrowotnej oraz charakteru działań na rzecz zdrowia mieszkańców – region mazowiecki może być uznany za reprezentatywny dla całego kraju (nie tylko największy obszar i największa liczba mieszkańców o podobnym przekroju demograficznym i społecznym jak w całej Polsce, lecz także o zbliżonych wskaźnikach wojewódzkich do średnich krajowych).

**Badania własne.** Drugą i zasadniczą częścią pracy są badania własne. Na wstępie dokonano uzasadnienia i omówienia celu badania, który wynikał z ogólnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego śledzonej przez wiele lat i poznanej przez autora dzięki jego uczestnictwu w licznych gremiach dyskutujących to zagadnienie.

Autor doszedł do wniosku, iż, wobec trudności, jakie występują w obszarze realizacji zadań samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony i promocji zdrowia określonych w tzw. ustawach samorządowych, niedostatecznej znajomości prawa UE odnoszącego się do polityki i strategii zdrowia publicznego, istnienia problemów związanych z kształtowaniem przez samorządy polityki zdrowotnej zgodnie z zasadami przyjętymi w UE oraz niedostatków piśmiennictwa i odpowiedniego systemu informacji w języku polskim, (które stanowią warunek właściwego opracowywania planów skutecznej realizacji zadań zdrowia publicznego prowadzących do poprawy i utrzymania dobrego stanu zdrowia społeczeństwa) – niezbędne jest podjęcie działań bardziej skutecznych, a więc lepiej zorganizowanych i właściwie ukierunkowanych. Powyższe argumenty zdecydowały o wyborze tematu pracy.

Przyjmując tezę, iż stan zdrowia społeczeństwa polskiego, w tym również województwa mazowieckiego, wiąże się z istnieniem trudności w określaniu i realizacji zadań przez samorząd terytorialny w dziedzinie zdrowia publicznego, określono cel pracy składający się z: oceny stanu zdrowia społeczeństwa polskiego na tle społeczeństw krajów UE, a następnie określenie działań prowadzących do uzyskania poprawy sytuacji zdrowotnej w Polsce; analizy znajomości i stopnia dostosowania samorządu szczebla lokalnego w Polsce do prawa UE w dziedzinie polityki zdrowotnej; ułatwienia zapoznania się samorządów z prawem UE dotyczącym



polityki zdrowia publicznego (oraz odpowiednimi przepisami polskimi) w celu umożliwienia określenia różnic i ustalenia zadań w zakresie realizacji polityki zdrowia publicznego na różnych poziomach samorządu terytorialnego w Polsce, a także przedłożenie uwag i zaleceń dotyczących zadań i zasad formułowania polityki zdrowotnej samorządu terytorialnego w Polsce.

*Metoda i materiał badawczy.* Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety własnej rozesłanej do gmin i powiatów województwa. Badanie obejmowało okres od czerwca do sierpnia 2003 r. Ankieta adresowana do powiatów i gmin zawierała identyczny zestaw 36 pytań i składała się z trzech części dotyczących; (1) znajomości i realizacji przepisów prawa polskiego w dziedzinie ochrony zdrowia; (2) znajomości przepisów UE w obszarze zdrowia publicznego; oraz (3) oceny lokalnej sytuacji zdrowotnej i możliwości jej poprawy. Czwartą część stanowiła anonimowa metryka, w której wypełniający ankietę określali swoją płeć, wiek, wykształcenie, zajmowane stanowisko i poziom badanego samorządu terytorialnego (gmina, powiat). Na 42 istniejące w województwie powiaty uzyskano zwroty ankiet wypełnionych przez 34 jednostki samorządowe tego poziomu oraz przez 61 samorządów poziomu gminnego tych i innych powiatów. Łącznie uzyskano informacje z terenu ponad 80% powiatów województwa uznając je za reprezentatywne dla całego województwa mazowieckiego.

*Omówienie wyników badania.* Badanie ankietowe samorządów powiatowych i gminnych województwa mazowieckiego w roku poprzedzającym przystąpienie Polski do UE dostarczyło informacji na temat wiedzy, działań i potrzeb samorządów w zakresie polityki zdrowia publicznego. Wypełnione przez samorzady kwestionariusze ankiety pozwoliły na uzyskanie informacji na temat wiedzy i działań samorządów terytorialnych w dziedzinie polityki zdrowotnej; znajomości zadań wynikających z przepisów i programów UE w obszarze zdrowia publicznego; oraz wpływu powyższych czynników na sytuację zdrowotną społeczności lokalnej oraz możliwości jej poprawy.

*Polityka zdrowotna w samorządach terytorialnych.* Wyniki badania wskazują na dobrą orientację zarówno samorządów powiatowych, jak i samorządów gminnych (około 75 – 90% badanych samorządów), jakimi zagadnieniami zajmuje się lub powinna zajmować polityka zdrowotna. Uzasadnia to uznanie odpowiedzi na dalsze pytania ankiety za kompetentne.

W okresie trzech lat poprzedzających badanie ankietowe autora, w większości ankietowanych samorządów powiatowych podejmowano uchwały dotyczące problematyki zdrowotnej. Natomiast większość samorządów gminnych tematyki tej nie podejmowała. Ogólnie można stwierdzić, że wśród problematyki uchwał podejmowanych przez samorzady powiatowe i gminne dominowała problematyka roz-

wiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, do której samorzady były zobligowane przez odpowiednie ustawy oraz związane z nimi rozporządzenia wykonawcze władz wojewódzkich.

Samorzady, które nie podejmowały uchwał dotyczących problematyki zdrowotnej, najczęściej jako przyczyny podawały brak środków finansowych, uznanie innych potrzeb społecznych za ważniejsze oraz brak kompetentnych osób do realizacji tego rodzaju działań.

Większość badanych samorządów wykazała ograniczoną wiedzę i umiarkowaną aktywność w zakresie realizacji celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ).

*Orientacja samorządów terytorialnych w zakresie przepisów UE dotyczących zdrowia publicznego.* Analiza odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie wykazała, iż pomimo obfитоści informacji dostarczanych na temat UE w okresie przed i w czasie przeprowadzania badania, głównie przez media krajowe, zadeklarowana wiedza samorządów na temat roli i zadań głównych instytucji UE, jest umiarkowana. O ile deklarowana znajomość roli i zadań Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej była względnie szeroka, to deklaracja wiedzy na temat roli i zadań Rady Europy była najbardziej ograniczona. Ponadto, spośród samorządów, które zadeklarowały znajomość roli i zadań trzech omawianych instytucji europejskich tylko 1/3 samorządów, dokonała prawidłowego ich opisu.

Podobnie, większość badanych samorządów odpowiedziała negatywnie na pytania dotyczące znajomości art. 129 Traktatu z Maastricht i art. 152 Traktatu Amsterdamskiego. Jedno z następnych pytań dotyczyło decyzji Nr 1786, obecnie najistotniejszej dla zdrowia publicznego i dotyczącej programu działań na lata 2003 – 2008. Okazało się, że decyzję tę znał tylko jeden samorząd powiatowy i 5 samorządów gminnych.

Część trzecia ankiety dotycząca „oceny sytuacji zdrowotnej społeczności lokalnej i możliwości jej poprawy” zawierała dwie grupy pytań. Pierwsza nie wymaga komentarza, gdyż zawierała pytania wprost o ocenę sytuacji zdrowotnej społeczności lokalnej. Natomiast druga grupa pytań wiązała się tematycznie ponownie z normami prawnymi UE i ich możliwym wpływem na stan zdrowia społeczeństwa polskiego oraz nawiązywała do dotychczasowej i przyszłej współpracy z państwami członkowskimi UE. Z tych względów ocenę wyników badań przedstawiono w dwóch grupach: lokalną ocenę sytuacji zdrowotnej oraz oczekiwania i możliwości poprawy sytuacji zdrowotnej poprzez członkostwo w UE i współpracę z innymi krajami.

*Lokalna ocena sytuacji zdrowotnej.* Analiza uzyskanych odpowiedzi na pytania zawarte w tej grupie wykazała, że tylko pojedyncze ankietowane samorzady udzieliły odpowiedzi negatywnej na pytanie, czy znają sytuację zdrowotną

społeczności lokalnej. Jednak tylko jedna trzecia odpowiedziała zdecydowanie „tak”. Pozostałe samorządy (około 70%) odpowiedziały niepewnie – „znam, lecz niewystarczająco”.

Rodzaje chorób i zaburzenia stanu zdrowia, jakie zdaniem samorządów twierdzących, iż znają sytuację zdrowotną, najczęściej występują na ich terenie, to choroby układu krążenia, nowotwory, choroby mięśni i stawów określane najczęściej jako „zwyrodnienie stawów” oraz cukrzyca. W dalszej kolejności wymieniano choroby układu trawienno-oddechowego oraz choroby psychiczne i alkoholizm.

W odpowiedzi na pytanie, jakie zdaniem respondentów są przyczyny istniejącego stanu zdrowia mieszkańców na ich terenie, najczęściej wymieniano: nieodpowiedni styl życia, zły sposób odżywiania i ubóstwo oraz brak odpowiedniej edukacji zdrowotnej. W dalszej kolejności odpowiedzialnością za istniejący stan zdrowia obarczono brak dostępu i złą organizację służby zdrowia. Na ogół samorządy wykazały dość dobrą orientację, co do rodzajów działań, jakie należałoby podejmować, w celu poprawy istniejącej sytuacji zdrowotnej. Wymieniono ich dość znaczną liczbę.

Zasadnicze czynniki utrudniające wprowadzenie odpowiednich działań na rzecz zdrowia, zdaniem większości (ponad 85% odpowiedzi) samorządów to – łatwy do przewidzenia – ogólny brak środków finansowych w budżetach samorządów. Niemniej, ponad połowa samorządów, za przyczynę istniejącego stanu zdrowia uznała „złe ustawodawstwo w zakresie polityki zdrowotnej”, zaś jedna trzecia niedostatku działań w zakresie polityki zdrowotnej dopatruje się w „złym ustawodawstwie dotyczącym kompetencji samorządów różnych szczebli”.

*Oczekiwania i możliwości poprawy sytuacji zdrowotnej poprzez członkostwo w UE i współpracę z innymi krajami.*

Zdecydowanej poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego po przystąpieniu Polski do UE spodziewa się blisko połowa samorządów powiatowych (43,8%) i ponad jedna trzecia (36,1%) samorządów gminnych. Definitywnie ujemnego wpływu przystąpienia Polski do UE na sytuację zdrowotną spodziewa się jeden samorząd powiatowy i dwa samorządy gminne. Ponadto, ponad jedna piąta samorządów stwierdziła, że sytuacja zdrowotna może się poprawić tylko w pewnych zakresach. Istnienie takiej sytuacji można w pewnym stopniu wiązać z propagandową kampanią przedakcesyjną, lecz przede wszystkim z brakiem miarodajnej wiedzy na temat szans korzystania z pomocy unijnej oraz potrzeby własnego zaangażowania i własnych możliwości w tym zakresie. Jak wynika z analizy dalszych odpowiedzi zarówno samorządy powiatowe, jak i gminne dostrzegają pozytywny wpływ członkostwa Polski w UE pod warunkiem usunięcia lub ograniczenia czynników utrudniających swobodne działania samorządów.

Analiza danych zgromadzonych za pomocą ankiety wykazała również, że około połowa samorządów powiatowych i gminnych stwierdziła ogólnie, iż chciałaby zdobyć wiedzę i informacje na temat rozwiązań prawnych i doświadczeń UE w zakresie polityki zdrowotnej. Oczekiwanie swoje sprecyzowało jednak tylko 9 samorządów powiatowych i 28 samorządów gminnych.

W ostatniej części ankiety odpowiedzi charakteryzowały autorów informacji udzielanych w imieniu samorządów. Blisko połowa respondentów należała do grupy wiekowej 41-50 lat i ponad połowa posiadała wykształcenie wyższe. Ponadto, blisko jedna trzecia zajmowała stanowiska kierownicze w badanych samorządach. Już te cechy pozwalają sądzić, że ankiety były wypełniane przez osoby kompetentne. Jeżeli jeszcze doda się, że ponad połowa respondentów wypełniając ankietę była zatrudniona na stanowisku specjalisty lub inspektora, a więc stanowiskach wymagających również pewnego doświadczenia i wiedzy, to wiarygodność charakterystyk badanych samorządów nie powinna budzić zastrzeżeń.

*Uwagi ogólne.* Zmiany społeczno-polityczne oraz ściśle z nimi związane zmiany ekonomiczne, jakie zaszły w ostatniej dekadzie w Polsce i na świecie nie mogły pozostać bez wpływu na stan zdrowia społeczeństwa polskiego. Polityka zdrowotna jako jeden z zasadniczych elementów polityki społecznej musiała znaleźć się w orbicie prowadzonych reform. Samorząd terytorialny otrzymał konkretne zadania, które mają zapewnić zrównoważony rozwój społeczny, m. in. poprzez poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnych.

*Wyniki badania własnego w perspektywie krajowej.* Jak wynika z analizy przeprowadzonych badań własnych, aktywność samorządów województwa mazowieckiego w zakresie polityki zdrowotnej ustanawianej i realizowanej na własnym terenie w okresie ostatnich trzech lat była umiarkowana. Blisko połowa samorządów stanowiła takie prawo, jednak wśród tematyki uchwał podejmowanych przez samorządy powiatowe i gminne dominowała problematyka, do której samorządy były zobligowane przez odpowiednie ustawy. Niemniej podejmowano także uchwały, np. w sprawie realizacji zadań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, prewencji chorób układu krążenia, a także w sprawie realizacji gminnego programu promocji zdrowia. Ciekawi jednak fakt, że w odpowiedziach dotyczących powodów niepodejmowania takich uchwał, zaraz za brakiem środków finansowych wymieniano najczęściej jako przyczynę to, iż były „inne potrzeby oceniane jako ważniejsze”. W żadnym przypadku nie określono jednak tych innych potrzeb.

Na trzecim miejscu wymieniano jako przyczynę, brak osób kompetentnie przygotowanych do realizacji zadań z zakresu polityki zdrowia publicznego.

Polityka zdrowotna nie jest tworzona ani realizowana w

dostatecznym stopniu przez samorząd terytorialny w Polsce, nie tylko z powodu braku znajomości i zrozumienia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa lokalnego przez polityków i decydentów oraz z powodu braku odpowiedniej znajomości odnośnych przepisów polskich w tym zakresie, lecz także z powodu znikomej znajomości takich przepisów obowiązujących w państwach członkowskich UE, pomimo obfitości informacji, licznych dyskusji medialnych oraz faktu przystąpienia Polski do grona tych państw w najbliższym czasie. Tak więc już w tej chwili rodzi się podstawowy wniosek z przeprowadzonego badania, iż szeroka i intensywna edukacja polityków, decydentów i pracowników samorządów powiatowych i gminnych w zakresie polskich i unijnych przepisów związanych z polityką zdrowia publicznego jest zadaniem priorytetowym.

*Wyniki badania własnego w perspektywie europejskiej.* Wyniki przeprowadzonego własnego badania ankietowego wskazują, że przeważająca liczba samorządów, szczególnie gminnych, wyraziła optymistyczną opinię na temat poprawy sytuacji zdrowotnej po przystąpieniu Polski do UE. Około jedna trzecia jednak wyraziła optymizm umiarkowany twierdząc, że poprawa nastąpi, lecz tylko w pewnych zakresach. Można z niewielkim ryzykiem przyjąć, że opinie dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczeństwa po przystąpieniu Polski do UE stanowią odbicie proporcji entuzjastów i sceptyków tego procesu w całym polskim społeczeństwie. Z drugiej strony panujące w kraju ogólne niezadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej może dodatkowo wzmacniać nadzieje, że społeczeństwo polskie może tylko zyskać, jeżeli Polska dołączy do obecnych 15 państw unijnych.

O nierównym poziomie wiedzy samorządów na temat przepisów i doświadczeń UE w dziedzinach dotyczących polityki zdrowotnej świadczyć może również orientacja samorządów, co do obowiązku przestrzegania „czterech swobód”. Tym razem połowa badanych samorządów wykazała znajomość nie tylko Konwencji z Schengen dotyczącej swobody przemieszczania się osób, lecz także pozostałych swobód. Oprócz bardzo nielicznych zastrzeżeń i uwag krytycznych, większość wypowiedzi samorządów przemawiała za oczekiwaniem pozytywnego wpływu wprowadzenia takich swobód w Polsce. Pojedynczy obywatel oraz społeczeństwo polskie doświadczane problemami funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w kraju, w omawianych swobodach dostrzega przede wszystkim możliwość zwiększenia zakresu i dostępności do świadczeń zdrowotnych, nie tyle w Polsce, co w innym państwie członkowskim.

W innej, dość istotnej kwestii, badane samorzady prawie jednogłośnie wypowiedziały się za koniecznością prowadzenia zintensyfikowanych szkoleń w tych zakresach. Chcą objąć takim szkoleniem nie tylko własnych pracowników,

lecz także sugerują prowadzenie tego rodzaju edukacji dla pracowników administracji rządowej, instytucji i zakładów, a także dla organizacji pozarządowych, uczniów, studentów i obywateli, a więc praktycznie dla wszystkich. Od kilku lat przedstawiciele wielu polskich samorządów powiatowych i gminnych utrzymywało i utrzymuje kontakty z samorządami w państwach członkowskich UE. Kontakty te nie były i nie są zjawiskiem powszechnym, lecz prawie wszyscy respondenci widzą potrzebę ich kontynuowania i poszerzania, szczególnie po przystąpieniu Polski do UE. Z chwilą powstania takich możliwości wielu przedstawicieli samorządów wymienia prawie wszystkie obecne państwa członkowskie UE jako te, które chcieliby odwiedzić lub odbyć staże celem zapoznania się z funkcjonowaniem tamtejszych samorządów, szczególnie w zakresie organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych oraz opracowywania i realizacji polityki zdrowia publicznego.

W pracy podano kilka przykładów działań i istniejących problemów w dziedzinie polityki zdrowotnej na poziomie lokalnym w państwach członkowskich Wspólnoty i omówiono pokrótce zasadnicze problemy tego rodzaju w Danii, Holandii, Niemczech, Włoszech, Luksemburgu i Wielkiej Brytanii.

**Wnioski.** Przeprowadzone badanie samorządów terytorialnych na poziomie powiatu i gminy województwa mazowieckiego na jeden rok przed formalnym przystąpieniem Polski do UE potwierdziło w znacznym stopniu tezę postawioną przed badaniem, iż samorząd terytorialny ma trudności w określaniu i realizacji zadań w dziedzinie zdrowia publicznego na własnym terenie. Analiza zebranego materiału badawczego wykazuje, że dane na temat 80% powiatów województwa uzyskane bezpośrednio z powiatów lub pośrednio, poprzez gminne jednostki samorządowe stanowią znaczący zasób informacji i wiedzy pozwalający na sformułowanie następujących wniosków ogólnych i szczegółowych.

Wśród *wniosków ogólnych* wymieniono m.in. te, które wskazywały iż:

1. Wyniki badania samorządu terytorialnego województwa mazowieckiego oraz porównanie danych statystycznych dotyczących innych województw, mogą stanowić podstawę do ich uogólnienia w skali kraju;
2. Zestawienie przykładów organizacji i polityki zdrowia publicznego w wybranych państwach UE i w Polsce dowodzi istnienia różnic zarówno pomiędzy poszczególnymi państwami unijnymi, jak i w stosunku do istniejącej w tym zakresie sytuacji w Polsce.
3. Znajomość przepisów UE dotyczących polityki zdrowia publicznego przez samorzady jest znacznie ograniczona.
4. Prawie wszystkie samorzady chętnie skorzystałyby z możliwości zapoznania się z funkcjonowaniem samorządów

w państwach UE poprzez zorganizowane wyjazdy i wymianę doświadczeń z innymi państwami po formalnym przystąpieniu Polski do UE.

Wśród *wniosek szczegółowych* wymieniono m. in. te, które wskazywały iż:

1. Tylko niektóre samorządy terytorialne posiadają teoretyczną znajomość głównych celów i zadań polityki zdrowotnej;

2. Realizację celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia utrudnia brak umocowania ustawowego tego Programu;

3. Samorządy za główne przyczyny złej sytuacji zdrowotnej uważają nieodpowiedni styl życia i ubóstwo, a na następnym miejscu wymieniają złe funkcjonowanie systemu udzielania świadczeń zdrowotnych;

4. Na terenie samorządów prowadzi się działalność profilaktyczną i edukacyjną, jednak głównie w dziedzinach określonych rozporządzeniami wynikającymi z odpowiednich ustaw (dotyczących np. narkomanii, palenia tytoniu i nadużywania alkoholu);

5. Samorządy dopatrują się możliwości zwiększenia lokalnej aktywności w dziedzinie polityki zdrowia publicznego w rozszerzeniu kompetencji i podziału zadań pomiędzy samorządami różnych poziomów, w tym głównie dotyczących warunków wykorzystywania dochodów własnych;

6. Większość samorządów stoi na stanowisku, iż przystąpienie Polski do UE będzie miało pozytywny wpływ na sytuację zdrowotną społeczeństwa polskiego.

*Uwagi dotyczące sposobu realizacji wniosków.* Ze względu na fakt, iż polityka zdrowotna stanowi integralną część polityki społecznej, realizacja wniosków będzie wymagała w pierwszym rzędzie ostatecznego określenia polityki społecznej w skali kraju. Przystąpienie Polski do UE w znacznym stopniu ułatwia to zadanie, jednak wśród autonomicznych obowiązków państw członkowskich znajduje się również organizacja systemu opieki zdrowotnej, która nie podlega harmonizacji. Konieczność zapewnienia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia w definiowaniu i wdrażaniu polityki i działań Wspólnoty wynika z litery Traktatu o UE. Drugim elementem stwarzającym możliwość uzyskania poprawy sytuacji w dziedzinie stanowienia i realizacji polityki zdrowia publicznego w skali kraju jest szerokie i rzeczywiste podjęcie tego rodzaju zadań przez powołany w 2002 r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Trzecim elementem stwarzającym możliwość osiągnięcia poprawy w zakresie zdrowia publicznego w skali kraju jest szeroka realizacja programu działań w dziedzinie zdrowia publicznego zawartego w Decyzji Nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 września 2002 roku przyjmującej program działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003 – 2008. Postulowane przez samorządy terytorialne rozszerzenie ich kompetencji poprzez zmianę ustaw i rozpo-

ządzeń dotyczących samorządów terytorialnych przy równoczesnym wroście informacji i wiedzy stwarza również znaczne zwiększenie możliwości poprawy w zakresie tworzenia i realizacji polityki zdrowotnej na odpowiednich poziomach samorządów.

Przechodząc do propozycji bardziej szczegółowego przedstawienia sposobu realizacji wniosków wynikających z przeprowadzonego badania gminnych i powiatowych jednostek samorządowych województwa mazowieckiego w zakresie tworzenia i realizacji polityki zdrowotnej w świetle przepisów i doświadczeń UE, należy uważać za konieczne **podjęcie w najbliższym czasie niżej wymienionych działań:**

1. Prezentowane przez Światową Organizację Zdrowia, a następnie Unię Europejską programy i projekty oraz uchwały, decyzje i zalecenia przygotowane na podstawie wiedzy i wieloletniego doświadczenia innych krajów stanowią ważne źródła pozwalające na uzupełnienie wiedzy decydentów i polityków na poziomie samorządów poprzez prowadzenie dobrze zorganizowanych cykli szkoleń w tym zakresie. Kadra zdolna do prowadzenia tego rodzaju szkoleń może pochodzić ze Szkół Zdrowia Publicznego, Wydziałów Nauki o Zdrowiu działających przy akademiach medycznych, z innych szkół wyższych, w których programy nauczania obejmują problematykę zdrowia publicznego oraz z Ministerstwa Zdrowia. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego oprócz roli instytucji przygotowującej interdyscyplinarne programy edukacyjne oraz roli edukatora, powinien w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia pełnić również funkcje organizatora i koordynatora tego rodzaju szkoleń, które odbywałyby się w kilku ośrodkach w kraju.

2. Ustanowienie Państwowego Monitoringu Zdrowia, który służyłby jako jednorodne źródło informacji dotyczących zdrowia, bez potrzeby konstruowania systemu monitoringu wyników i realizacji celów operacyjnych dla każdej wersji NPZ. W przyszłości Państwowy Monitoring Zdrowia mógłby być rozbudowany i połączony z Państwowym Monitoringiem Środowiska, co w sposób naturalny łączyłoby monitorowanie zasadniczych czynników tak ściśle powiązanych ze sobą w oddziaływaniu na zdrowie człowieka.

Wyniki stałego i połączonego monitoringu zdrowia pozwoliłyby na organizację szybkich działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się zagrożenia i ograniczających podatność ludzi na działanie czynników szkodliwych.

Monitoringowi musi towarzyszyć niezawodny, rzetelny i szybki system informacji, który zapewniałby instytucjom państwowym i samorządowym oraz obywatelom wiedzę nie tylko na temat powstałych zagrożeń zdrowia, lecz także wskazywałby metody przeciwdziałania, które zostały opracowane wcześniej przez odpowiednie ośrodki naukowe, m.in. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

3. Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia w definiowaniu i wdrażaniu wszystkich polityk i działań Wspólnoty będzie możliwe również w Polsce, m.in. po uruchomieniu systemu monitoringu oraz systemu szybkiego i zdecydowanego reagowania na zagrożenia zdrowotne, pamiętając jednak nie tylko o drastycznych i nagłych zagrożeniach fizycznych, chemicznych czy bakteriologicznych, lecz także o zagrożeniach zdrowia związanych z przemianami społecznymi i gospodarczymi. Zarówno zagrożenie wzrostu informacji, jak i problem zagrożeń wynikający ze stylu życia oraz ubóstwa, a więc czynników ściśle powiązanych z uwarunkowaniem zdrowia, był niejednokrotnie podnoszony przez samorządy, które wymieniały je jako główne przyczyny istniejącego stanu zdrowia społeczeństw lokalnych.

4. Potrzeby i możliwości opanowywania zagrożeń, powstawania i skutków chorób układu krążenia zostały przedstawione w opracowanym przez Instytut Kardiologii Narodowym Programie Ochrony Serca. Jak wskazują wyniki badań własnych działania wynikające z tego programu są podejmowane przez szereg samorządów w kraju.

5. Opanowywaniu narastających zagrożeń zdrowia w postaci wzrostu liczby zachorowań na nowotwory złośliwe ma służyć opracowany przez Instytut Onkologii i Unię do walki z Rakiem – Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Jak wynika z badań własnych działania edukacyjne i profilaktyczne w postaci organizacji badań przesiewowych są podejmowane przez szereg samorządów w kraju.

6. Zapobieganie i zwalczanie głównych przyczyn zgonów, do których należą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe i urazy, wymaga zwrócenia większej uwagi na organizację i koordynację działań w zakresie urazowości. O ile organizacja i koordynacja działań w dziedzinie profilaktyki, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji w chorobach układu krążenia i chorobach nowotworowych, jak już wyżej wspomniano już istnieje, to urazami (i wypadkami) zajmuje się szereg różnorodnych instytucji działających praktycznie w izolacji. Utworzenie Krajowego Centrum Zapobiegania Urazom i Zwalczenia Następstw Wypadków powinno znacznie zmniejszyć liczbę zgonów możliwych do uniknięcia poprzez odpowiednią organizację działań i edukację, pozwalając również na lepsze wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na te cele. Projekt takiego Centrum autor niniejszej pracy przygotował kilka lat temu i zadanie

jego zorganizowania zostało (na wniosek autora) zamieszczone w 10 celu operacyjnym NPZ. Jak wynika z przeprowadzonego obecnie badania własnego, pewne próby zapobiegania urazom są podejmowane przez samorządy terytorialne.

7. Problem finansowania działań w zakresie zdrowia publicznego musi być rozwiązany jednoznacznie. Działania z zakresu zdrowia publicznego, muszą być finansowane przez państwo bez względu na skalę wprowadzonych do systemu ochrony zdrowia mechanizmów rynkowych regulujących sposób finansowania świadczeń medycznych.

Praca oryginalna zawiera 102 strony z licznymi tabelami i wykresami oraz 6 aneksów i 79 pozycji piśmiennictwa.

#### Literatura

1. Holland W., Mossilanos W. *Polityka zdrowia publicznego w krajach Unii Europejskiej*. Warszawa, Ignis.
2. Karski J. B. *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa, CeDeWu.
3. *Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*. Dz.U. Nr 33, poz. 232 z dnia 23 lipca 1952 r.
4. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Dz. U.R.P. nr 44poz. 267; nr 79, poz.550, nr 101; poz. 935.
5. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*. Dz. U. z dnia 16 lipca 1997, nr 78, poz. 483.
6. *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*. Dz. U. z dnia 29 grudnia 1948. Nr 61 poz. 477.
7. Kurzynowski A. *Miejsce ochrony zdrowia w krajowej i lokalnej polityce społecznej*. Materiały Krajowej Konferencji Naukowej „Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w procesie integracji”. Warszawa 22-23 marca 2002 r. Arkusz-Druk.
8. Szczerba J. *Tendencje rozwoju zdrowia publicznego*. Materiały Krajowej Konferencji Naukowej „Wyzwania i zagrożenia zdrowotne w procesie integracji”. Warszawa 22-23 marca 2002 r. Arkusz –Druk
9. Winslow C-E.A. *Untilled Field of Public Health*. Modern Medicine, vol. 2, s. 183
10. *Wojewódzki plan zdrowotny woj. mazowieckiego, 2003*. Oprac. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 16 czerwca 2003 r. Dz.U. 2003, nr 115, poz. 1087).

## Obrony prac doktorskich

Dziekan I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że:  
W dniu **13 maja 2004 roku** w sali Senatu w Gmachu Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury 61 w Warszawie odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:

**godz.10.15**

**Lek. Ewy Bałkowiec-Iskra** pt. *Wpływ uszkodzenia układu dopaminergicznego na rozwój i przebieg doświadczalnego autoimmunologicznego zapalenia mózgu i rdzenia.*

promotor – prof. dr hab. Andrzej Członkowski  
recenzenci: dr hab. Urszula Fiszer, prof. nadzw. w CMKP  
prof. dr hab. Marek Kowalczyk

**godz.14.00**

**Lek. Adama Fangrata** pt. *Wykorzystanie techniki PCR-RFLP oraz HPLC w identyfikacji prątków z rodzaju Mycobacterium.*

promotor – prof. dr hab. Ryszarda Chazan  
recenzenci: prof. dr hab. Renata Jankowska  
prof. dr hab. Zofia Zwolska

**godz.11.15**

**Mgr Ewy Krawczyk** pt. *Biologiczne i przeciwwirusowe oddziaływanie pochodnych naturalnych seskwiterpenów i taksolu.*

promotor – prof. dr hab. Mirosław Łuczak  
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Denys  
prof. dr hab. Krzysztof Włodarski

**godz.14.45**

**Lek. Jacka Ziółkowskiego** pt. *Ocena skuteczności leczenia immunosupresyjnego u biorców allogennego ortotopowego przeszczepu wątroby.*

promotor – prof. dr hab. Leszek Pączek  
recenzenci: prof. dr hab. Ewa Żukowska-Szczechowska  
prof. dr hab. Janusz Cianciara

**godz.13.15**

**Lek. Agnieszki Kamińskiej** pt. *Współwystępowanie zakażeń HBV, HCV i HIV – konsekwencje epidemiologiczne i patogenetyczne.*

promotor – dr hab. Marek Radkowski, prof. nadzw. AM  
recenzenci: dr hab. Gajane Martirosian  
prof. dr hab. Kazimierz Madaliński

W dniu **20 maja 2004 roku** w sali Senatu w Gmachu Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury 61 w Warszawie odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:

**godz.12.15**

**Lek. Agnieszki Marii Samsel** pt. *Wykorzystanie skaningu laserowego do pomiaru grubości rogówki.*

promotor – dr hab. Dariusz Kęcik, prof. nadzw. AM  
recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Czechowicz-Janicka  
dr hab. Marek Gerkowicz, prof. nadzw. AM  
w Lublinie

**godz.13.45**

**Lek. Barbary Ewy Suchońskiej** pt. *Stężenia bilirubiny we krwi pępowinowej jako wczesny wskaźnik wystąpienia hiperbilirubinemii noworodków.*

promotor – prof. dr hab. Longin Marianowski  
recenzenci: prof. dr hab. Ewa Helwich  
dr hab. Romuald Dębski, prof. nadzw. CMKP

**godz.13.00**

**Lek. Małgorzaty Brodeckiej** pt. *Wyniki leczenia operacyjnego zezów skośnych w materiale własnym.*

promotor – dr hab. Dariusz Kęcik, prof. nadzw. AM  
recenzenci: prof. dr hab. Alina Bakunowicz-Łazarczyk  
prof. dr hab. Mirosława Grałek

Dziekanat II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że w dniu 28 maja 2004 roku w sali Senatu, Rektorat Akademii Medycznej w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61 odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:

**godz.12.00**

**lek. Agaty Kusz – Rynkun** pt. *Przebieg choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy z uwzględnieniem tendencji do zaniżania zjawiska sezonowości – w oparciu o retrospektywną analizę wyników badań endoskopowych w okresie 1994-2001.*

promotor: Dr hab. med. Wojciech Łada

recenzenci: Dr hab. med. Mirosław Jarosz

Dr hab. Grażyna Rydzewska, prof. ndzw.

Akademii Medycznej Świętokrzyskiej

**godz.13.45**

**lek. Pawła Mierzejewskiego** pt. *Charakterystyka i interakcje procesów dożylnego samopodawania morfiny i kokainy u szczurów.*

promotor: Prof. dr hab. Wojciech Kostowski

recenzenci: Prof. dr hab. Edmund Przegaliński

Instytut Farmakologii PAN w Krakowie

Prof. dr hab. Sławomir Maśliński

**godz.13.00**

**lek. Agnieszki Jarosz** pt. *Niekonwencjonalne biochemiczne wskaźniki ryzyka miażdżycy u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca.*

promotor: Dr hab. Grażyna Nowicka

recenzenci: Prof. dr hab. Jerzy Kuch

Prof. dr hab. Barbara Cybulska

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

---

*Lek. med. Anna Bogucka-Bonikowska\**

*Promotor: Dr hab. med. Przemysław Bieńkowski*

*Recenzenci: Prof. dr hab. med. Adam Płaźnik*

*Dr hab. med. Marcin Ziółkowski*

## **Preferencja smaku słodkiego jako marker uzależnienia od alkoholu etylowego i opiatów**

### **Summary**

#### **Sweet taste preference as a risk marker of alcohol or opioid dependence**

A number of animal studies suggests a positive relationship between preference for sweet substances and alcohol or opioid self-administration. Thus, the main aim of the thesis was to answer the question: is increased sweet taste preference a marker of alcohol or opioid dependence in humans. For this aim, two studies have been carried out in which taste responses in 32 male alcoholics, 28 methadone-maintained opioid-dependent men and healthy control subjects were compared. In both experiments the groups did not differ in terms of their taste responses. The results of the studies suggest, that increased sweet taste preference is not a marker of alcohol or opioid dependence in humans.

---

\*Streszczenie pracy doktorskiej

**Streszczenie**

Wyniki badań przedklinicznych wskazują na istnienie związku między preferencją słodkich roztworów a spożywaniem etanolu lub opiatów. Głównym celem pracy była weryfikacja hipotezy: wzmożona preferencja smaku słodkiego może być markerem uzależnienia od alkoholu etylowego lub opiatów. W tym celu przeprowadzono 2 badania, w których porównywano odpowiedzi smakowe u 32 mężczyzn uzależ-

nionych od alkoholu, 28 mężczyzn uzależnionych od opiatów w trakcie leczenia substytucyjnego metadonem oraz w odpowiednio dobranych grupach kontrolnych. W obu badaniach nie stwierdzono różnic w odpowiedziach smakowych pomiędzy badanymi grupami. Uzyskane wyniki sugerują, że preferencja smaku słodkiego nie jest markerem uzależnienia od alkoholu lub opiatów.

*Lek. Paweł Boder\**

*Promotor: Prof. dr hab. Iwona Wawer*

*Recenzenci: Prof. dr hab. Jan Pachecka*

*Prof. dr hab. Jan Oszmiański*

*Zakład Chemii Fizycznej AM*

## **Działanie przeciwutleniające, radioprotekcyjne a struktura izoflawonów i ich pochodnych glikozydowych**

**Summary**

The objective of the study was the investigation of the radioprotective activity of certain isoflavones as an additional feature, so far non-described in the literature, and their abilities to eliminate free radicals. A study model was presented, where the influence of flavonoid on kidney cell culture (GMK) in the environment of radioactive technetium can be evaluated, using stable study parameters. Additionally, the correlations of observed parameters with structural descriptors have been analyzed, to prove the similarity of isoflavones to tyrosine kinase inhibitors.  $^{13}\text{C}$  NMR spectroscopy have been used to search bioactive conformation in solution and solid state and the theoretical methods of quantum chemistry.

The practical aim of the study was to find a common plant which can be a cheap source of isoflavones, especially formononetin, and finally to serve for the production of nutraceutical agent, which can be useful in calming the side effects of radiotherapy i.e. the treatment with ionizing radiation.

**Streszczenie**

Celem pracy było zbadanie radioprotekcyjnego działania wybranych izoflawonów jako ich dodatkowej cechy, nie opisywanej dotychczas w literaturze oraz ich właściwości wymiatania wolnych rodników. Przedstawiono własny model badawczy, w którym przy zachowaniu stałych parametrów doświadczalnych można ocenić wpływ flawonoidu na hodowlę tkankową komórek nerki (GMK), prowadzoną w środowisku promieniotwórczego technetu. Dodatkowo analizowano powiązania obserwowanych właściwości z para-

metrami strukturalnymi, aby udowodnić podobieństwo izoflawonów do inhibitorów kinazy tyrozynowej. Do poszukiwań bioaktywnej konformacji zastosowano metody spektroskopii  $^{13}\text{C}$  NMR w roztworze i ciele stałym oraz metody teoretyczne chemii kwantowej. Celem praktycznym pracy było znalezienie rośliny rozpowszechnionej w Polsce, która może być tanim źródłem izoflawonów, zwłaszcza formononetyny, a ostatecznie posłużyć do produkcji nutraceutyku, który mógłby być pomocny w łagodzeniu ubocznych efektów radioterapii.

\*Streszczenie pracy doktorskiej



## DYDAKTYKA

# XL Konkurs Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie

*Prof. dr hab. Józef Kowalski*

*Katedra i Zakład Farmakognozji AM*

Z inicjatywy i przy aktywnym udziale Samorządu Studentów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie zorganizowany został XL Wydziałowy Konkurs Prac Magisterskich. Z ramienia Władz Wydziału opiekę nad organizacją i przebiegiem Konkursu sprawował prodziekan, prof. dr hab. Józef Kowalski.

W skład Jury powołanego przez Radę Wydziału weszli: prof. dr hab. Józef Kowalski (przewodniczący), prof. dr hab. Bożenna Gutkowska, prof. dr hab. Wacław Kołodziejcki, prof. dr hab. Jan Pachecka, prof. dr hab. Józef Sawicki, prof. dr hab. Edmund Sieradzki,

prof. dr hab. Mirosław Szutowski, prof. dr hab. Andrzej Tokarz, mgr Ryszard Seidel (przedstawiciel Fundacji Rozwoju Wydziału Farmaceutycznego), dr hab. Helena Makulska-Nowak, dr Anna Goldnik, dr Joanna Guzewska, dr Maria Niemyjska, dr Bohdan Starościak, dr Zofia Suchocka (sekretarz), dr Zofia Szrajber, stud. Michał Wachol.

Na Konkurs wpłynęły 34 prace magisterskie wykonane w roku akademickim 2002/2003, które ze względu na zróżnicowaną problematykę badawczą zakwalifikowano do 11 grup tematycznych. W ocenie, prowadzonej systemem punktowym przez 3 osobowe zespoły dla każdej grupy tematycznej, uwzględniono następujące elementy: celowość podjęcia tematu pracy, opracowanie teoretyczne z uwzględnieniem piśmiennictwa krajowego i zagranicznego, dobór i opis metodyki badań, poprawność dyskusji wyników oraz układ, formę i szatę graficzną pracy.

Na podstawie uzyskanej punktacji, Jury Konkursu wyłoniło laureatów w następujących grupach tematycznych:

- W grupie tematycznej **„Synteza leków”**:

I miejsce – **Mgr Magdalena Żemajtys** pt. „Synteza i badanie pochodnych indolu o potencjalnej aktywności przeciwnowotworowej”.

Opiekun pracy – dr Maria Niemyjska.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Doroty Maciejewskiej.

II miejsce ex aequo

**Mgr Przemysław Paweł Chudy** pt. „Synteza 2-{4-[4-(2-pirydylo)piperazylo]-4,5-dihydro-3aH-imidazolo[1,5-a]chinolino-1,3-dionu”.

Opiekun pracy – dr Andrzej Chodkowski;

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Technologii Środków Leczniczych pod kierunkiem prof. dr hab. Bożeny Gutkowskiej.

**Mgr Piotr Rudzki** „Próby bezpośredniego jodylowania arenów”.

Opiekun pracy – dr inż. Barbara Krassowska – Świebocka;

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Doroty Maciejewskiej.

- W grupie tematycznej **„Lek pochodzenia roślinnego”**

I miejsce – **mgr Dagmara Głąb-Sasin**

„Hamowanie aktywności metalopeptydaz przez wyciągi z ziela wierzbowki kiprzyicy oraz przez wybrane związki polifenolowe”.

Opiekun pracy – mgr Anna Kiss;

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji pod kierunkiem prof. dr hab. Józefa Kowalskiego.

II miejsce ex aequo

**Mgr Ewa Skrzypińska** „Wpływ warunków przechowywania na trwałość olejku grapefruitowego, olejku drzewa herbacianego, olejku manuka i olejku kanuka”.

Opiekun pracy – prof. dr hab. Józef Kowalski i dr inż. Iwona Konopacka-Brud;

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji oraz w FSZ Pollena – Aroma pod kierunkiem prof. dr hab. Józefa Kowalskiego.

**Mgr Lidia Kołodziejczyk** „Poszukiwanie paklitakselu w tkankach *Taxus cuspidata* Sieb. et Zucc. hodowanych in vitro i w igłach tego gatunku”.

Opiekun pracy – dr Hanna Olędzka i mgr Dorota Gajdzis-Kuls:

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Biologii i Botaniki Farmaceutycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Olgi Olszowskiej.

**Mgr Ewa Jaroszyk** „Poszukiwanie pochodnych szikoni-ny i alkaloidów pirolizydynowych w korzeniach transformowanych *Lithospermum canescens* Lehm”.

Opiekun pracy – dr Agnieszka Pietrosiuk;

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Biologii i Botaniki Farmaceutycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Olgi Olszowskiej.

- W grupie tematycznej „**Biotechnologia grzybów**”

I miejsce – **Mgr Maria Mania** „Akumulacja selenu przez kultury komórkowe *Grzybni Lentinus edodes*”.

Opiekun pracy – dr Jadwiga Turło.

II miejsce ex aequo

**Mgr Piotr Tyrcha** „Optymalizacja warunków hodowli i analiza grzybni *Laetioportus sulphureus*, gatunku o właściwościach znajdujących zastosowanie w medycynie”.

Opiekun pracy – mgr Magdalena Felczak

**Mgr Joanna Kocot** „Wpływ prekursorów na biosyntezę witaminy B<sub>12</sub> przez komórkowe kultury grzybni *Lentinus edodes*”.

Opiekun pracy – dr Jadwiga Turło.

III miejsce ex aequo

**Mgr Paweł Olędzki** „Optymalizacja warunków hodowli *Grifolia fondosa* na podłożach agarowych, płynnych i stałych z uwzględnieniem produktów odpadowych przemysłu spożywczego”

Opiekun pracy – mgr Magdalena Felczak.

**Mgr Ilona Kopeć** „Ocena zawartości lentinanu w hodowli komórkowej gatunku *Lentinus edodes*”

Opiekun pracy – dr Jadwiga Turło.

Wszystkie prace w grupie „**Biotechnologia grzybów**” wykonano w Katedrze i Zakładzie Technologii Środków Leczniczych AM w Warszawie pod kierunkiem prof. dr hab. Bożenny Gutkowskiej.

- W grupie tematycznej „**Biotechnologia roślin**”

I miejsce – **Mgr Anna Przetacka** „Badanie wpływu eli-  
cytorów biotycznych oraz prekursora witanolidów – 24-  
metylenocholesterolu na zawartość witaferyny A w pędach  
zielonych *Withania somnifera* (L.) Dun z hodowli in vitro”.

Opiekun pracy – mgr Dorota Gajdzis-Kuls.

II miejsce – **Mgr Anna Pytlewska** „Wpływ jasmonianu metylu i chitozanu na biosyntezę alkoholi poliizoprenoidowych w kulturze zawieszinowej *Taxus baccata* L.”

Opiekun pracy – prof. dr hab. Olga Olszowska.

Obydwie prace wykonano w Katedrze i Zakładzie Biologii i Botaniki Farmaceutycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Olgi Olszowskiej.

- W grupie tematycznej „**Farmacja stosowana**”

I miejsce – **Mgr Katarzyna Pańkowska** „Opracowanie technologii otrzymywania iniekcyjnych preparatów indometacyny”.

Opiekun pracy – dr Maria Ciszewska-Jędrasik.

II miejsce – **Mgr Marta Tomicka** „Zastosowanie spektroskopii NMR do badania struktury tabletek otrzymanych metodą stałych rozprożeń”.

Opiekun pracy – dr Janusz Zagrodzki

III miejsce – **Mgr Małgorzata Grzebalska** „Zastosowanie hialuronianu sodu w kroplach do oczu”.

Opiekun pracy – mgr Anna Szulc.

Wszystkie prace w grupie tematycznej „Farmacja stosowana” wykonano w Zakładzie Farmacji Stosowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Edmunda Sieradzkiego.

- W grupie tematycznej „**Bioanaliza**”

I miejsce – **Mgr Monika Pawłowska** „ Wpływ białek RhoA i Rac1 na migrację i morfologię komórek *Amoeba proteus*”.

Opiekunowie pracy – dr hab. Maria Jolanta Redowicz i prof. dr hab. Liliana Konarska.

Pracę wykonano w Instytucie Biologii Doświadczalnej PAN i w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

II miejsce – **Mgr Beata Petrykowska** „Izolacja wielolekoopornych pałeczek Gam – ujemnych z próbek gleby. Wstępna charakterystyka zgromadzonej kolekcji szczepów – badania identyfikacyjne oraz oporności na wybrane antybiotyki i chemioterapeutyki”.

Opiekun pracy – dr Bohdan Starościak.

Pracę wykonano w Zakładzie Mikrobiologii Farmaceutycznej pod kierunkiem dr Bohdana Starościaka.

III miejsce ex aequo

**Mgr Marta Gąsiorowska** „Wstępne badania tkanek twar-  
dych zęba metodą mikrospektroskopii w podczerwieni”.

Opiekun pracy – mgr Joanna Kolmas.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Wacława Kołodziejskiego.

**Mgr Michał Kaza** „Analiza wybranych mikrocystyn na podstawie składu aminokwasowego przy użyciu HPLC z detekcją fluorymetryczną”.

Opiekun pracy – dr Grzegorz Nałęcz-Jawecki.

Pracę wykonano w Zakładzie Badania Środowiska pod kierunkiem prof. dr hab. Józefa Sawickiego.

- W grupie tematycznej „**Analiza leków**”

I miejsce – **Mgr Katarzyna Sobieraj** „Identyfikacja i oznaczanie zanieczyszczenia występującego w substancji czynnej – tropikamidzie metodą HPLC”.

Opiekun pracy – dr Zdzisława Stefanowicz.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Wacława Kołodziejskiego.

II miejsce – **Mgr Piotr Polcyn** „Badania famotydyny metodą voltamperometrii zmiennoprądowej prostokątnej”.

Opiekun pracy – prof. dr hab. Zbigniew Fijałek.

Pracę wykonano w Zakładzie Analizy Leków pod kierunkiem prof. dr hab. Zbigniewa Fijałka.

III miejsce – **Mgr Joanna Lewandowska** „Walidacja metody oznaczania tropikamidu i występującego w nim zanieczyszczenia metodą HPLC”.

Opiekun pracy – dr Zdzisława Stefanowicz.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej pod kierunkiem prof. dr hab. Wacława Kołodziejskiego.

- W grupie tematycznej „**Analiza kliniczna**”

I miejsce – **Mgr Magdalena Jop** „Profil kwasów tłuszczowych w puli fosfatydyloetanolaminy surowicy krwi pacjentów z alkoholową chorobą wątroby”.

Opiekun pracy – mgr Grażyna Tomaszewska-Kubiak.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

II miejsce – **Mgr Joanna Nowak** „Porównanie wzrostu komórek podścieliska szpiku kostnego u pacjentów z ostrymi białaczkami”.

Opiekunowie pracy – prof. dr hab. Wiesław Jędrzejczak i dr Grażyna Sygitowicz.

Pracę wykonano w Klinice Hematologii i Onkologii pod kierunkiem prof. dr hab. Wiesława Jędrzejczaka i w Kate-

drze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej AM pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

- W grupie tematycznej „**Biologia molekularna**”

I miejsce – **Mgr Joanna Ramiączek** „Badanie interakcji genisteiny i jej pochodnej ze stosowanymi w terapii lekami przeciwnowotworowymi w warunkach in vitro, wobec komórek niedrobnokomórkowego raka płuc H460”.

Opiekunowie pracy – mgr Joanna Popiołkiewicz i mgr Sylwia Lewandowska-Pachecka.

Pracę wykonano w Samodzielnej Pracowni Cytometrii Przepływowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego pod kierunkiem dr n. med. Janusza Skierskiego oraz w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

II miejsce – **Mgr Agnieszka Pulczyńska** „Zastosowanie łańcuchowej reakcji polimeryzacji (PCR) do wykrywania pacjentów z obniżoną aktywnością cytochromu CYP2D6”.

Opiekun pracy – dr hab. Jacek Łukaszkiewicz.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Biochemii i Chemii Klinicznej AM w Warszawie pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

- W grupie tematycznej „**Farmakologia i toksykologia**”

I miejsce – **Mgr Anna Juś** „Ocena działania małych dawek  $\beta$ -funaltreksaminy i naloksonu na anaglezję endomorficzną na SHR”.

Opiekun pracy – dr hab. Helena Makulska-Nowak.

Pracę wykonano w Zakładzie Farmakodynamiki pod kierunkiem prof. dr hab. Witolda Gumułka.

II miejsce – **Mgr Katarzyna Wakulińska** „Oznaczanie fluoksetyny i norfluoksetyny w osoczu zwalidowaną metodą HPLC do celów terapii monitorowanej depresji endogennej”.

Opiekun pracy – mgr Agnieszka Zielińska.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej pod kierunkiem prof. dr hab. Jana Pachecka.

III miejsce – **Mgr Katarzyna Kosińska** „Oznaczanie aktywności  $\beta$ -galaktozydazy i -glukuronidazy we frakcji lizosomalnej podwzgórza szczurów kontrolnych i zatrutych chlorkiem kadmu”.

Opiekunowie pracy – mgr Magdalena Bamburowicz-Klimkowska i mgr Marcin Koterak.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Toksykologii pod kierunkiem prof. dr hab. Mirosława Szutowskiego.

- W grupie tematycznej „**Varia**”.

I miejsce – **Mgr Katarzyna Węglowska** „Ocena sposobu żywienia studentów pierwszych trzech lat studiów Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie w roku akademickim 2002/2003”.

Opiekun pracy – prof. dr hab. Regina Olędzka.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Bromatologii – Kierownik prof. dr hab. Andrzej Tokarz.

II miejsce – **Mgr Anna Szczepańska-Chudy** „Ocena sposobu żywienia studentów lat starszych i doktorantów Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie w roku akademickim 2002/2003”.

Opiekun pracy – prof. dr hab. Regina Olędzka.

Pracę wykonano w Katedrze i Zakładzie Bromatologii AM w Warszawie, Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Tokarz.

III miejsce – **Mgr Katarzyna Barbara Czerwiecka** „Nadciśnienie tętnicze jako jeden z elementów opieki farmaceutycznej nad pacjentem”.

Opiekun pracy – dr Włodzimierz Hudemowicz.

Pracę wykonano w Zakładzie Farmacji Stosowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Edmunda Sieradzkiego.

Finał Konkursu odbył się w dniu 4 marca 2004 r. Uroczystość otworzył student V roku farmacji Piotr Sułko, który przywitał przybyłych gości, Jurorów, pracowników Wydziału i wszystkich uczestników Konkursu.

Następnie przewodniczący Jury, prof. dr hab. Józef Kowalski przedstawił Jurorów i przypomniał kryteria oceny prac i zaprosił laureatów z poszczególnych grup tematycznych do zaprezentowania w dziesięciminutowych wystąpieniach założeń i wyników swoich prac. Sposób prezentacji oraz wartość merytoryczna pracy podlegały ocenie Jurorów.

Po wysłuchaniu wszystkich prezentacji Jury wyłoniło trzech laureatów XL Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich. Nagrody otrzymali :

I nagroda – **mgr Joanna Ramiączek**

autorka pracy w grupie tematycznej „Biologia molekularna”

II nagroda – **mgr Magdalena Żemajtys** –

autorka pracy w grupie tematycznej „Synteza leków”.

III nagroda – **mgr Katarzyna Węglowska**

autorka pracy w grupie tematycznej „Varia”.

Laureatom i pozostałym uczestnikom Konkursu wręczono dyplomy oraz nagrody pieniężne i rzeczowe ufundowane przez JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie, Fundację Rozwoju Wydziału Farmaceutycznego, Glaxo Smithkline, Medi Media.

Na zakończenie przewodniczący Jury złożył gratulacje laureatom i pozostałym uczestnikom Konkursu, a nauczycielom akademickim i studentom życzył wielu udanych prac magisterskich w następnym roku.

## **Nasi studenci medycyny zasługują na głęboką reformę studiów lekarskich**

### **Pilne i oczekiwane zmiany w ujmowaniu dydaktyki na wydziałach lekarskich**

*Prof. zw. dr hab. med. Jan Tatoń,*

*Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Akademii Medycznej w Warszawie;*

#### **Abstract**

##### **Medical studies should be reformed for the benefit of students**

High schools are in the process of continuous reforms and adaptation to new demands and social environment. The future tendencies of developing educational systems were included in UNESCO's reports. They suggest, that reconstruction of educational systems should involve development of their democratic character and flexibility. Democratic education depends on its accessibility and continuity. Flexibility comes from different educational needs and changing environment of living, which demands critical thinking and making good decisions.

Didactic methods should also be changed. According to the prognosis, access to computers, laboratories and new, audio-visual

methods of learning will become common for all students and, therefore, will revolutionize the process of learning. Changes in forms and organization of learning will include: integration of subjects, self-learning and new attitude towards evaluation system.

**Key words:** medical studies, process of learning.

Opóźnienie jakiegokolwiek kraju w zakresie przygotowania kadr bezpośrednio wpływa na zmniejszenie jego potencjału gospodarczego. Ekonomiczna i społeczna wartość wykształcenia nieustannie rośnie. Przykładem są kadry lekarskie, które przekształcono w przedmiot konkurencji w skali międzynarodowej. Dzieje się tak zapewne dlatego, że inwestycje w oświacie są najbardziej długoterminowe, ich efektywność ekonomiczna rozkłada się na dziesiątki lat.

Planowanie kształcenia kadr jest niewątpliwie jednym z najważniejszych środków inwestycji w sprawy przyszłości. Szkoły wyższe ciągle przechodzą okresy reform i adaptacji zarówno do nowych potrzeb, jak i możliwości społecznych. Należy przewidywać dalsze wzrastanie ich roli w życiu kraju, regionów, miast. Jednocześnie zwiększać się będzie naturalne powiązanie uczelni z nurtem nauki światowej, upowszechni się forma nauczania ustawicznego.

Kierunki zmian w szkolnictwie, które stają się bardzo aktualne *można by podsumować następująco:*

(1) wszyscy kwalifikujący się intelektualnie i moralnie do studiów młodzi ludzie będą uzyskiwać miejsca w szkolnictwie wyższym,

(2) wymogi w czasie studiów będą się zwiększać aż do wyrównania poziomu światowego,

(3) proces reformy organizacyjnej odbywać się będzie ciągle i z coraz większym udziałem młodzieży,

(4) naukę uzna się za jedną z najważniejszych społecznie sił produkcyjnych, odpowiednio do tego zapewni się uczelniom możliwości pełnego rozwoju,

(5) rozwój całego szkolnictwa będzie ulegać integracji z rozwojem naukowo-kulturowym oraz społecznym – wiązać się będzie coraz ściślej z postępem naukowym i jednocześnie praktyką gospodarczo-społeczną.

Przyszłościowe tendencje rozwoju szkolnictwa i wychowania podsumowano – między innymi – na arenie międzynarodowej w Raportach UNESCO. Dane raportów są nadal aktualne.

Sugerują one, iż zasady przebudowy dotychczasowych systemów szkolnych powinny powiększać ich demokratyczność (powszechność) i elastyczność (wielostopniowość i wielokierunkowość).

*Demokratyczność kształcenia.* Do osiągnięcia tego celu konieczne jest zapewnienie uczniom i studentom równego startu szkolnego, przystosowanie treści i metod kształcenia do rzeczywistych zainteresowań i potrzeb jednostek, a oprócz tego reorganizacja całego systemu kształcenia i wychowania zgodnie z postulatami ciągłości.

*Ciągłość kształcenia.* Na rzecz ciągłości kształcenia i wychowania przemawia naturalna obserwacja, wskazująca, że człowiek świadomie lub nieświadomie uczy się przez całe swoje życie, odnosząc przy tym najwięcej korzyści wskutek wpływów, jakim podlega ze strony swego otoczenia, oraz oddziaływań, jakie sam podejmuje wobec środowiska, w tym przede wszystkim zawodowego. Wychowanie ustawiczne nie będzie się właściwie nigdy kończyć. Ludzie będą się uczyć w stosownym dla każdej jednostki tempie, znikną egzaminy, nastawione na tzw. selekcję negatywną, dużego znaczenia natomiast nabiorą bodźce i wybory pozytywne. W procesie kształcenia eksponowane będzie samodzielne zdobywanie wiedzy. Obecnie mniej lub bardziej mechaniczne przekazywanie informacji powinno ulec ograniczeniu. Nastąpią przemiany, które przekształcą człowieka w „istotę uczącą się”, szkołę wyższą w placówkę organizującą samodzielne uczenie się, a nauczyciela w przewodnika i konsultanta studentów.

*Elastyczność kształcenia i indywidualizacja.* Elastyczność jest logiczną konsekwencją ciągłości kształcenia. Potrzeby intelektualne i zainteresowania ludzi mają charakter dynamiczny, zmieniają się, pogłębiają i rozszerzają zarówno pod wpływem rozwoju psychofizycznego, jak nauki i pracy zawodowej. W tych okolicznościach ani programy kształcenia, ani metody, środki i formy ich urzeczywistniania nie mogą być sztywne, istnieją one bowiem w dużej mierze w samym człowieku. Ta cecha systemu kształcenia powinna najskuteczniej wyzwalać istniejące w jednostce wartości i możliwości.

Ponadto za pomocą często stosowanych dotąd mało elastycznych metod i środków kształcenia, nie można programowo wychowywać ludzi myślących samodzielnie i krytycznie, przygotowanych do działania w warunkach nowych i trudnych, wymagających umiejętności twórczego przewidywania zdarzeń, podejmowania optymalnych decyzji, wreszcie operatywnego posługiwania się już posiadaną wiedzą w celu zdobywania nowej. A z takimi przecież warunkami zaczynamy mieć do czynienia coraz wyraźniej. Chcąc im sprostać, trzeba dysponować bogatymi zasobami wiedzy i umiejętnościami; te zaś można współczesnemu człowiekowi zapewnić tylko przez taki system kształcenia i wychowania, którego podstawę stanowi dobrze przemyślana, całościowa strategia dydaktyczno-wychowawcza. Jeżeli akceptuje się ideę permanentnego, ogólnego systemu kształcenia, to należy podejmować działanie w dwu kierunkach.

– wewnętrznych reform i ciągłego polepszania istniejących systemów kształcenia,

– poszukiwania innowacji, alternatyw i nowych możliwości (środków).

Kształcenie kadr lekarskich i personelu pomocniczego jest przedsięwzięciem bardzo drogim, powinno się więc zawsze, kiedy to jest możliwe, unikać podziału i dążyć do zespolenia powiązanych programów nauczania, zespołów nauczających i środków. Odbywać się to może na przykład przez wprowadzenie wielozawodowych schematów kształcenia różnych członków zespołów służby zdrowia. Takie schematy, stosujące międzydyscyplinarne zasady kształcenia, powinny być integrowane z miejscową służbą zdrowia i w ten sposób powiązane z wszystkimi instytucjami, służącymi rozwojowi profilaktyki i lecznictwa. Zamiast koncentrować się głównie w szpitalu, nauczanie powinno obejmować pozaszpitalną służbę zdrowia oraz ideę całościowego zdrowia, powinno brać pod uwagę rodzinę – jako najmniejszą jednostkę niepodzielną w problemach zdrowia, ponadto kształcenie powinno się częściej odbywać w środowisku, w którym członkowie przyszłych zespołów służby zdrowia będą pracowali.

Systemy kształcenia w służbie zdrowia będą zapewne tworzone na podstawie następujących zasad:

- (1) integracja szkolenia przed- i podyplomowego,
- (2) obniżenie barier zawodowych między różnymi zawodami w służbie zdrowia,
- (3) strategia związków odnowy środowiska z rozwojem zdrowia indywidualnym, rodziny i społeczeństwa,
- (4) wykorzystanie jednostek usługowych służby zdrowia w procesie kształcenia,
- (5) rozwój kształcenia przy użyciu środków technotronicznych, przeznaczonego początkowo dla „tych, którzy są zainteresowani”,
- (6) kształcenie „fazowe” – skierowane na czasowe wykonywanie specjalistycznych funkcji związanych z ochroną zdrowia – z możliwością przekwalifikowania się na czynności innej fazy; charakterystyka tej zasady to sekwencja okresów i poziomów kształcenia oraz rodzajów pracy zawodowej.

*Metody dydaktyczne.* Przyjmując założenie, że lekarz przystępuje do pracy w 25 roku życia, a kończy pracę zawodową w 65 roku życia, to okres jego pracy zawodowej trwa 40 lat. W ciągu tego czasu, jak to wynika z obliczeń ekonomicznych, wymienia się około 87% produktów i technologii przemysłowych. Dotyczy to także produktów i technologii medycznych, a więc leków, narzędzi diagnostycznych, technik badawczych, stosowanych w naukach medycznych i w ochronie zdrowia. Można także stwierdzić, że absolwentowi medycyny pod koniec jego pracy zawodowej przydaje się tylko około 13% wiadomości i umiejętności, nabytych w czasie studiów.

Świat zawodowy, w którym zapewne będzie obracał się lekarz w niedalekiej przyszłości, charakteryzować się będzie

następującymi cechami: (1) integracja międzydyscyplinarna nauki, (2) integracja nauki i praktyki, (3) naukowo uzasadniona organizacja pracy oraz (4) rachunek ekonomiczny.

Pojawiają się nowe specjalizacje lekarskie i zmieniają swój charakter i zakres obecnie istniejące. Dlatego lekarz musi mieć zdolności do przekwalifikowania się, do usuwania ze swego zasobu wiedzy, przeszkadzających postępowi elementów i nabywaniu tych, które z punktu widzenia postępu mają znaczenie bardziej pozytywne.

Wynika z tego, że celem kształcenia musi być: (a) pewien zasób aktualnej wiedzy, umiejętności i sposobów zachowania się i reakcji zawodowych, (b) wytwarzanie twórczej postawy wobec zmian, jakie zachodzą w medycynie i środowisku.

Istnieje cały ciąg mniejszych, codziennych zdarzeń społecznych i zawodowych, w których lekarz albo jest aktywnym uczestnikiem, albo osobą hamującą postęp. Szybki postęp techniczny polaryzuje bardzo szybko postawy lekarskie; mogą one być względem życia społecznego albo negatywne, albo pozytywne. Warunkiem aktywnej postawy lekarza jest ustawiczne kształcenie. Nie mamy na myśli doskonalenia formalnego. System kursowy doskonalenia może mieć znaczenie tylko wtedy, kiedy pomaga, pobudza do doskonalenia indywidualnego.

*Środki przekazu.* Studia przeddyplomowe na pewno powinny się znacznie udoskonalić. Zmieniają się również uczelnie, reprezentujące ten typ studiów. Uczelnie lepsze ilościowo wzrosną, nastąpi koncentracja sił i środków. Zostaną opracowane bardziej efektywne metody kształcenia i bardzo rozwiną się techniczne (technotroniczne) środki nauczania. Każdy student będzie miał własny wideomagnetofon i komputer osobisty, tak jak obecnie ma pióro. Egzaminacje stracą obecny charakter, a funkcje profesorów staną się bardziej doradcze, niż egzaminacyjne. Część studiów będzie się odbywać samodzielnie poza uczelnią (w terenie, za granicą) przy stałym kontakcie z doradcami (profesorami) i stałym dostępie do materiałów źródłowych.

Szkoły wyższe są lub będą powszechnie wyposażone i „nasycone” sprzętem, służącym do magazynowania, przekazywania i rozpowszechniania olbrzymiej masy informacji, przy czym dostęp studentów do tych informacji będzie bardzo łatwy, niemal natychmiastowy. Radio, telewizja, sieć łączności telefonicznej, radiokomunikacyjnej, satelitarnej powiążą wyższe uczelnie nie tylko na terenie Polski, ale również z ośrodkami naukowymi za granicą. Urządzenia dalekopisowe, telekopiujące, magnetofony, komputery dydaktyczne, laboratorium językowe będą dostępne wszystkim studentom. Treść zbiorów bibliotechnicznych będzie magazynowana w pamięci wielkich komputerów. Powstaną specjalne ośrodki, produkujące materiały instruktażowe i szkoleniowe, które zapisane i skopiowane na taśmach magnetycznych, będą rozpowszechniane w całym kraju.

Odpowiednio do tej techniki powinny być dostosowane budynki uczelni.

*Formy i organizacja nauczania.* W tym zakresie przewidywać można następujące problemy:

1. *Obecne formy* (wykłady, ćwiczenia, egzaminy) prowadzone są według merytorycznie dowolnych, ale tradycyjnie schematycznych programów. Przeżywają one kryzys, jako że nie są dostosowane do zasadniczego celu kształcenia, to znaczy do rozwijania zdolności samodzielnego uczenia się i myślenia oraz postępowania w pełni zgodnego z potrzebami społecznymi. Należy przewidywać, że zmienione odpowiednio do celów nauczania i upowszechniania innych form przekazu metody te powrócą jako ważne sposoby indywidualnego kontaktu nauczyciela i studenta. W dyskusjach nad przyszłymi formami preferowane jest nauczanie studentów w małych grupach, dobranych według zdolności i cech osobowych. Grupa taka powinna uczyć się samodzielnie i przechodzić indywidualne i zbiorowe zajęcia praktyczne pod podwójnym kierownictwem – stałego opiekuna oraz specjalistów poszczególnych dziedzin, działających w sposób zintegrowany. Zajęcia musiałyby się odbywać według ogólnie przyjętego programu, ale intensywność i czas studiów byłyby określone możliwościami grupy. Konieczny jest przy tym nacisk na samodzielne rozwiązywanie zadań praktycznych, za których wykonanie studenci ponosiliby pełną odpowiedzialność.

2. Zarówno nauczyciele, jak i studenci muszą znać dokładnie *ostateczny cel* studiów i poszczególne ich etapy. Zarówno dla nauczających, jak i studentów musi być w każdej chwili jasne, jaką rolę w całości odgrywa aktualnie studiowane zagadnienie. Jedną z coraz ważniejszych dróg, prowadzących do stworzenia odpowiedniego przepływu informacji wewnątrz uczelni, jest umożliwienie studentom szerokiego i rzeczywistego udziału w jej zarządzaniu i funkcjonowaniu.

3. *Związki między uczelnią a społeczeństwem.* Istnieje konieczność wytworzenia skutecznego systemu przepływu informacji pomiędzy organizatorami kształcenia studentów i społeczeństwem. Ocena społeczna umiejętności lekarza musi stanowić sprzężenie zwrotne w kontroli skuteczności procesu dydaktycznego.

4. *Integracja podmiotowa.* Coraz większy nacisk należy zwrócić na integrację pionową przedmiotów, szczególnie przedmiotów podstawowych i klinicznych oraz chirurgii i chorób wewnętrznych. Wydaje się, że integracja poszczególnych zagadnień powinna się dokonywać wokół nauki o chorobach wewnętrznych. Na każdym z etapów nauczania student winien dostrzegać nie tylko indywidualny, ale i społeczny sens zagadnienia. Nabierają tu znaczenia metody epidemiologiczne i inne umiejętności, wchodzące w zakres zainteresowań medycyny społecznej, które należy łączyć z

podstawowymi umiejętnościami lekarskimi. W celu ścisłego związania studenta ze środowiskiem jego przyszłej pracy, kształcenie powinno odbywać się nie tylko w zakładach uczelni, ale także w terenowych jednostkach ochrony zdrowia.

5. Niezbędna jest dalsza praca nad *ujednoczeniem wymagań i metod egzaminacyjnych* w skali uczelni i kraju. W tym celu ważne byłoby wprowadzenie:

(a) jednolitych, standaryzowanych wymagań egzaminacyjnych,

(b) rozszerzenie obiektywnych, ilościowych metod egzaminacyjnych.

*Wydaje się celowe powołanie państwowej komisji, która z jednej strony zajęłaby się określaniem wymagań, a z drugiej – opracowaniem i stosowaniem obiektywnych form egzaminacyjnych w skali krajowej.*

6. Samokształcenie (doskonalenie metod studiowania). Przede wszystkim jednak należy położyć nacisk na doskonalenie metod uczenia się, a nie nauczania. Problem doskonalenia metod przeznaczonych dla wielkich zbiorowości jest bardzo skomplikowany. Jak go rozwiązać w przyszłości? W przyszłości system uczenia stanie się bardziej luźny, zindywidualizowany. Czy student położy większy nacisk na wykłady, lekturę, czy laboratorium, będzie to zależne przede wszystkim od niego samego i jego doradcy. Pomogą mu w tym w przyszłości bogate środki techniczne (np. dostęp do wielu bibliotek krajowych i zagranicznych za pomocą nowoczesnych środków łączności i komputerów). Studia będą mogły być przyspieszone lub opóźnione. Nie będzie sztywnego nakazu odbycia obowiązkowej liczby wykładów lub seminariów. Profesor będzie starszym towarzyszem studenta w jego wielkiej, intelektualnej przygodzie zdobywania wiedzy. Egzaminy będą polegały nie na ocenie ilości przyswojonych informacji, ale na określaniu stopnia organizacji zdobytej wiedzy w umyśle studenta.

W obecnym systemie studiów aktualne jest powiedzenie Abrahama Lassa: „Uczenie się zostało pozbawione radości”. W przyszłości radość uczenia – być może – powróci.

7. *Ocena jako metoda nauczania.* Cele nauczania powinny być sprecyzowane tak operatywnie, tak szczegółowo, jak to jest tylko możliwe z uwzględnieniem specyfiki tematu i tempa uzupełniania wiedzy. W pewnych przypadkach można przyjąć „postępowanie wzorcowe”. Cały wydział powinien rozważyć, co jest celem studiów – nauczania i zajęć praktycznych w każdym przedmiocie, powinien to wszystko zaakceptować, a następnie podać do wiadomości studentom, wszystkim nauczycielom, oddziałom itd. z odpowiednimi szczegółowymi wyjaśnieniami. Cele nauczania powinny uwzględniać wszelkie aspekty ogólnej wiedzy naukowej, kształcenie zawodowe i rozwój osobisty.

Testy, sprawdzające wiedzę, biegłość i sprawność zawodową, powinny być stosowane:

(a) jako sposób uczenia się (samodiagnozy) dla studentów,  
(b) jako bieżący egzamin dla określenia kwalifikacji (świadectwo) albo wybitnych umiejętności, ważnych dla przyszłej kariery,

(c) jako ocena jakości nauczania realizowanego na wydziale medycznym i w jego oddziałach.

Zakładając, że wymagania wstępne przy przyjmowaniu studentów są podobne i że zatem mają oni równe możliwości, można porównywać wydziały medyczne różnych uczelni.

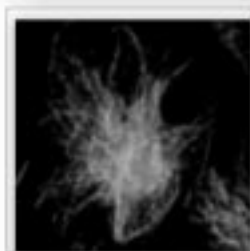
Testy powinny być stosowane często w wielu przedmiotach nauczania ze względów podanych wyżej w punkcie (a), dla przyczyn zaś podanych w punktach (b) oraz (c) – rzadziej. Specyfika danego przedmiotu oraz sposób nauczania i uczenia się go decydują, jak rozłożyć testy w czasie. Należy z całym naciskiem podkreślić, że testy są tylko jedną z wielu pomocniczych metod dydaktycznych i to obciążoną wieloma wadami. Powinny być one stale uzupełniane indywidualnym kontaktem nauczyciel – student.

Student powinien mieć możliwość wykazania podczas egzaminu stopnia opanowania wymaganej wiedzy i wymaganych umiejętności bez względu na to, jak i kiedy się uczył i jak go uczono. Nie dotyczy to zajęć praktycznych, koniecznych podczas studiów medycznych. Jeżeli to możliwe, powinno się pozwolić studentom na podejmowanie dodatkowych studiów lub pracy w ramach programu, aby w ten sposób rozbudzać zainteresowanie naukowe oraz, dopuszczając osobiste szkolenie, rozwijać osobowość.

#### Literatura

1. Faure E. i wsp. *Uczyć się, aby żyć*. Raport Międzynarodowej Komisji ds. Rozwoju Edukacji UNESCO. Warszawa 1975, PWN.
2. *Hospitals in the 1980s*, Amer. Hosp. Association. Chicago III, 1977.
3. Jarmark S. *Komputery w dydaktyce szkoły wyższej*. Warszawa 1979, PWN.
4. Januszkiewicz F. *Technologia kształcenia w szkolnictwie wyższym*. Warszawa 1978, PWN.
5. Millis J. S. *Rational policy for medical education and its financing*. National Found for Medical Education. New York, 1971.
6. Okoń. W. *Elementy dydaktyki szkoły wyższej*. Warszawa 1973, PWN
7. Pastwa M. *Kształtowanie struktury organizacyjnej szkoły wyższej*. Warszawa 1978, PWN.
8. Tatoń J. *Medycyna w USA*. Warszawa 1967, PZWL.
9. Tysarowski W. i wsp. (red.) *Role of medical schools in delivery of health care system*. Symposium: 1-20 November, 1977, North Carolina Medical School. Dział Wydawnictw AM w Poznaniu, 1978.
10. *Zmiany w szkolnictwie wyższym w wybranych krajach Europy Zachodniej 1975-78*. Informacja Ekspresowa, 1979, 4 wyd. Instytutu Polityki Naukowej, Postępu Technicznego i Szkolnictwa Wyższego, Warszawa, Łódź.





**Leica**  
MICROSYSTEMS

*Nowoczesne urządzenia laboratoryjne służące do kompleksowego przeprowadzania i przygotowywania preparatów do badań mikroskopowych.*



GF MICROSYSTEMS Sp. z o.o.  
ul. Górki 12, 60-204 Poznań  
tel. (061) 663 26 95 fax. (061) 663 28 42  
[www.gfmicrosystems.pl](http://www.gfmicrosystems.pl)

## NOMINACJE

**5 marca 2004 r. Prezydent RP nadał  
tytuł naukowy profesora nauk medycznych**

**Pawłowi Nyckowskiemu**  
z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM

**16 marca 2004 r. Prezydent RP nadał  
tytuł naukowy profesora nauk medycznych**

**Leszkowi Bablokowi**  
z I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii

### **Prof. dr hab. n. med. Paweł Nyckowski**



Prof. dr hab. Paweł Nyckowski urodził się 18.07.1961 w Warszawie.

W latach 1976 – 1980 był uczniem Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Mickiewicza w Warszawie. Studiował na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1980 – 1986, uzyskując średnią oceną końcową 4,46.

W 1989 r. zdał egzamin na I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej.

W 1990 r. otrzymał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie pracy: „*Pobieranie i przechowywanie lewego płata wątroby do transplantacji*”, której promotorem był prof. dr hab. med. Marek Krawczyk.

W 1993 r. uzyskał II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej.

W 1997 r. obronił pracę habilitacyjną – „*Zastosowanie ultrasonografii śródoperacyjnej w chirurgii wątroby i dróg żółciowych*” (opiekun – Prof. dr hab. med. Marek Krawczyk).

W 2003 r. – specjalizacja z transplantologii klinicznej.

#### **Przebieg pracy zawodowej**

1981 Wolontariusz – Pomocnik Asystenta w Zakładzie Anatomii Prawidłowej AM

1981 – 1983 Praca w Studenckim Kole Naukowym przy Oddziale Chirurgicznym Szpitala Grochowskiego w Warszawie.

1983 – 1986 Praca w Studenckim Kole Naukowym przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby (w latach 1985-1986 – przewodniczący Koła).

1986 – 1987 Staż podyplomowy w Klinikach Akademii

Medycznej i Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

1987 – 1988 Młodszy wykładowca i wykładowca w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby kierowanej przez Prof. Jerzego Szczerbana.

1987 – 1988 Nauczyciel chirurgii ogólnej w Liceum Pielegniarskim.

1989 – 1992 Asystent w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby kierowanej przez Prof. Andrzeja Karwowskiego.

1991 – miesięczny staż w zakresie chirurgii laparoskopowej w Szpitalu Saint Joseph w Charleroi (Belgia)

1993 – 30.05.2003 Adiunkt w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby

1990 – 1999 Konsultant Kliniki Kardiologii AM (Prof. T. Kraska)

1991 – 1992 Stypendium Asocjacji Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji – 6-miesięczny staż w Centre Hepato-Biliaire szpitala Paul Brousse w Paryżu kierowanym przez Prof. Henri Bismutha

1992 – kurs chirurgii laparoskopowej organizowany przez firmę Olympus w CSK AM w Warszawie.

1994 – 10-dniowe seminarium z videochirurgii zakończone zdaniem egzaminem i uzyskaniem akredytacji French Society of Digestive Surgery – Strasbourg, IRCAD

1995 – 1996 Stypendium Uniwersytetu Ludwika Pasteura w Strasbourgu – 6-miesięczny staż w Centre de Chirurgie Viscerale et Transplantation Szpitala Hautepierre w Strasbourgu pod kierownictwem Prof. Daniela Jaeck'a i Prof. Philippe Wolfa

Od 1986 – Czynny udział w 52 kongresach naukowych (24 krajowych i 28 zagranicznych)

1999 – tygodniowy pobyt w Klinice Chirurgii i Transplantacji Wątroby w Bordeaux (prof. J.Saric)

2000 – tygodniowy pobyt w Klinice Chirurgii w Monte Carlo (prof. C. Huguet)

2000 – tygodniowy pobyt w Klinice Chirurgii w Rennes (prof. J. Champion, prof. Karim Boudjema).

1.06.2003 – Profesor nadzwyczajny w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM w Warszawie.

#### **Praca dydaktyczna**

Studenci

– prowadzenie zajęć z anatomii prawidłowej pod kierunkiem Dr Romana Chruścikowskiego,

– prowadzenie zajęć (ćwiczenia, seminaria) z chirurgii ogólnej ze studentami V i VI roku,

– organizacja w roku 1994 i pomoc w organizacji w innych latach egzaminu testowego z chirurgii ogólnej dla studentów VI roku, udział w komisjach egzaminacyjnych,

– opieka nad Studenckim Kołem Naukowym przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby w latach 1993-1995, w

tym okresie dwukrotna nagroda za prezentowane przez Koło na posiedzeniach Studenckich Kół Naukowych prace.

#### **Specjalizanci i specjaliści**

– wykłady w ramach kursów doskonalących organizowanych przez CMKP dla ordynatorów oddziałów chirurgicznych i chirurgów przygotowujących się do egzaminów na II stopień specjalizacji,

– wykłady w ramach kursów szkoleniowych dla średniego personelu medycznego,

– praca ze stażystami odbywającymi staże podyplomowe i specjalizacyjne,

– opiekun specjalizacji z chirurgii ogólnej (lek. Piotr Skura).

Doktoranci i doktoraty

– opiekun dwóch zakończonych i jednego otwartego przewodów doktorskich.

#### **Praca naukowa**

Główne zainteresowania, kierunki i osiągnięcia

*Diagnostyka i leczenie skojarzone nowotworów żołądka (15 lat doświadczeń w pracy w zespole kierowanym przez Prof. Krawczyka)*

Udział w opracowaniu cyklu diagnostyki przedoperacyjnej u chorych z guzami żołądka, udział w leczeniu operacyjnym chorych, udział w opracowywaniu taktyki postępowania chirurgicznego w zależności od budowy histologicznej nowotworu, jego lokalizacji i zaawansowania, współpraca w analizowaniu różnych technik odtwarzania ciągłości przewodu pokarmowego.

*Diagnostyka i leczenie chorych z pierwotnymi i przerzutowymi guzami wątroby (15 lat doświadczeń w pracy w zespole kierowanym przez Prof. Krawczyka)*

Udział w opracowaniu cyklu diagnostyki przedoperacyjnej oraz w przygotowaniu taktyki postępowania u chorych z guzami pierwotnymi w wątrobie marskiej i prawidłowej.

Udział we wprowadzeniu chemoembolizacji do leczenia guzów pierwotnych, opracowanie zasad monitorowania pooperacyjnego chorych z nowotworami jelita grubego, badania nad anatomią segmentów naczyniowych wątroby, udział w opracowaniu zasad resekcji tkanki wątrobowej, współpraca we wprowadzaniu nowych technik do resekcji wątroby (nóż ultradźwiękowy, koagulacja argonowa).

*Przeszczep wątroby (praca w zespole zajmującym się transplantacją od roku 1986)*

Udział w opracowaniu techniki pobrania wątroby w ramach pobrań wielonarządowych, opracowanie techniki redukcji pobranej wątroby, udział w badaniach nad unaczynieniem tętniczym wątroby, uczestnictwo w pobraniach, czynny udział w większości przeprowadzonych w Klinice transplantacji wątroby.

Chirurgia laparoskopowa (11 lat doświadczeń w pracy w zespole kierowanym przez Prof. Krawczyka)

Udział we wprowadzaniu techniki, czynny udział w pierwszej wykonanej przez polski zespół operacji, współudział w upowszechnianiu metody, prace nad zapobieganiem powikłaniom podczas operacji laparoskopowych.

Ultrasonografia śródoperacyjna w chirurgii wątroby.

Wprowadzenie nowej techniki, opracowanie zasad badania, badania nad ultrasonograficzną anatomią wątroby, ocena przydatności metody w leczeniu operacyjnym różnych chorób wątroby i dróg żółciowych.

#### Publikacje

– 145 prac opublikowanych:

105 prac oryginalnych, z czego:

59 po złożeniu pracy habilitacyjnej,

20 prac (17 po habilitacji) opublikowano w renomowanych czasopiśmie anglojęzycznych)

25 prac oryginalnych zamieszczono w pamiętnikach kongresowych (15 po złożeniu pracy habilitacyjnej)

18 prac opublikowano w formie streszczeń w renomowanych czasopiśmie zagranicznych

6 prac poglądowych (3 po złożeniu pracy habilitacyjnej)

11 prac kazuistycznych (4 po złożeniu pracy habilitacyjnej)

– 108 doniesień i komunikatów zjazdowych (30 po złożeniu pracy habilitacyjnej)

– 21 rozdziałów w podręcznikach i monografiach (13 po habilitacji).

Łączny wskaźnik IF za lata 1995 – 2001 – 30,241

Liczba cytowań za lata 1997 – 2002 – 86

Autor tłumaczenia rozdziału Atlasu Chirurgii Onkologicznej.

#### Publikacje między innymi w:

*Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Polskim Przeglądzie Chirurgicznym, Urologii Polskiej, Acta Endoscopica Polona, Ultrasonografii Polskiej, Hepatologii Polskiej, Polskim Tygodniku Lekarskim, Chirurgii Polskiej, Polskim Merkuryszu Lekarskim, Gastroenterologii Polskiej, Medical Science Monitor, Annals of Transplantation, HPB Surgery, Surgical Endoscopy, The British Journal of Surgery, Gastroenterology, Hepato-Gastroenterology, Transplantation Proceedings*

#### Finansowane prace naukowe

1. Współwykonawca naukowego, wieloosrodkowego programu "Skojarzone leczenie raka żołądka" (grant KBN).

2. Kierownik zakończonego w roku 1998 naukowego projektu badawczego "Postęp w chirurgii wątroby i dróg żółciowych poprzez zastosowanie śródoperacyjnej ultrasonografii" (grant KBN).

3. Kierownik zakończonego w roku 2003 naukowego projektu badawczego „Optymalizacja wyników przeszczepienia wątroby poprzez standaryzację techniki chirurgicz-

nej, korygowanie zaburzeń metabolizmu, oraz prewencję powikłań leczenia immunosupresyjnego” (grant KBN).

4. Działalność statutowa.

#### Praca w Uczelni

– od roku 1998 członek Rady I Wydziału Lekarskiego, od 2003 sekretarz Rady,

– od 2003 członek Senackiej Komisji ds. Lecznictwa i Współpracy z Regionem,

– Członek Komisji Wydziałowej ds. zatrudniania nauczycieli akademickich.

Członkostwo w towarzystwach naukowych

Towarzystwo Chirurgów Polskich.

Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, od roku 2001 członek Zarządu Głównego PTT – skarbnik.

Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne (w latach 1998-2002 członek zarządu Oddziału Warszawskiego PTG – sekretarz).

#### Nagrody i wyróżnienia

– Nagroda III stopnia JM Rektora AM za pracę doktorską pt. "Pobieranie i przechowywanie lewego płata wątroby do transplantacji" – 1990,

– Nagroda zespołowa MZiOS za podręcznik "Cholecystektomia laparoskopowa" – 1993,

– Nagroda zespołowa MZiOS za osiągnięcia dydaktyczne w roku 1996,

– Nagroda Zespołowa Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za przeszczepianie wątroby w roku 1997,

– Nagroda Zespołowa Ministra Zdrowia za monografię „Nowotwory przewodu pokarmowego” – 2003.

#### Działalność lecznicza

– leczenie chorych z nowotworami żołądka, przełyku i trzustki, z guzami dróg żółciowych, z jatrogennymi uszkodzeniami dróg żółciowych,

– diagnostyka i leczenie chorych z pierwotnymi i przerzutowymi guzami wątroby,

– kwalifikacja chorych do przeszczepu wątroby,

– udział w pobraniach wielonarządowych i transplantacjach wątroby.

– prowadzenie ostrych dyżurów chirurgicznych w Klinice (od roku 1993 samodzielnie)

– konsultant Kliniki Kardiologii AM od roku 1990

– praca w specjalistycznej przychodni przyklinicznej

– konsultacje dla chorych z guzami wątroby

– 1992-1993 – nadzór nad pracą Izby Przyjęć CSK AM przez 6 miesięcy, jako pełniący obowiązki kierownika tej placówki

– 2000 – Ordynator Oddziału Intensywnej Terapii Chirurgicznej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby

– 2001 i nadal – ordynator jednego z oddziałów w Klinice.

## Prof. dr hab. n. med. Leszek Bablok



Prof. dr hab. n. med. Leszek Bablok ukończył studia medyczne na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie w 1963 r. Po odbyciu obowiązkowego 2-letniego stażu podyplomowego w latach 1965 – 1967 r. został asystentem w Zakładzie Endokrynologii Klinicznej. Od 1967 r. do 1999 r. pracował w I Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie, najpierw jako asystent, później adiunkt.

Od listopada 1999 r. do chwili obecnej, zajmuje w tejże Klinice stanowisko profesora nadzwyczajnego AM.

Specjalizację I stopnia z zakresu położnictwa i ginekologii pod kierunkiem prof. dr hab. med. Zbigniewa Sternadla uzyskał w 1971 r., a II stopnia – w 1975 r.

W 1973 r., po obronie pracy pt. *Ocena czynności hormonalnej jąder w hypogonadyzmie hypogonadotropowym*, Rada I Wydziału Lekarskiego AM nadała mu stopień naukowy doktora nauk medycznych.

W 1995 r., na podstawie dorobku naukowego oraz rozprawy habilitacyjnej pt. *Ocena osi przysadka mózgowa – jądro w azoospermii* otrzymał stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w specjalności położnictwo i ginekologia.

16 marca 2004 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nauk medycznych.

Prof. dr hab. n. med. Leszek Bablok jest autorem 136 publikacji naukowych opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych, w tym 110 prac oryginalnych. 27 prac zostało opublikowanych w języku angielskim, a 11 prac zostało opublikowanych w czasopismach znajdujących się na liście filadelfijskiej. Jest on współredaktorem monografii pt. *Andropauza*. Dopełnieniem dorobku naukowego prof. Babłoka jest 111 doniesień zjazdowych.

Zainteresowania naukowe profesora koncentrują się na diagnostyce i terapii niepłodności małżeńskiej w połączeniu z zastosowaniem technik wspomaganego rozrodu oraz na

diagnostyce i leczeniu zaburzeń hormonalnych jąder od dzieciństwa do starości.

Głównym tematem jego zainteresowań są zaburzenia hormonalne związane z niepłodnością męską oraz ocena, jakie badania hormonalne i testy czynnościowe układu przysadka mózgowa – jądro, mogą pomóc w postawieniu dokładnego rozpoznania oraz określić sposoby postępowania terapeutycznego.

Obecnie zajmuje się problemami związanymi z oceną ukrwienia jąder badanymi techniką dopplerowską w różnych stanach niepłodności męskiej i w zaburzeniach hormonalnych jąder. Wzrost oporu w tętnicach jądrowych wiąże się ze zmianami degeneracyjnymi kanalików krętych. Drugim zainteresowaniem badawczym jest próba określenia przydatności oznaczania VEGF i cytokin w niepłodności męskiej i w zaburzeniach hormonalnych jąder.

Profesor Leszek Bablok otrzymał wspólnie z dr hab. Zygmuntem Janczewskim nagrodę Sekretarza Naukowego PAN za cykl prac poświęconych cechom nasienia w okresie dojrzewania. Otrzymywał wielokrotnie nagrody naukowe Rektora Akademii Medycznej oraz nagrodę naukową Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

W 1986 r. został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi a w 2001 r. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Na forum Uczelni Profesor Bablok pełni funkcję Przewodniczącego Rady Bibliotecznej Biblioteki Głównej AM oraz jest członkiem Wydziałowej Komisji ds. Zatrudnienia Nauczycieli Akademickich.

Praca dydaktyczna to przede wszystkim nauczanie położnictwa i ginekologii studentów VI roku I Wydziału Lekarskiego. Zorganizował zajęcia fakultatywne z diagnostyki i terapii niepłodności małżeńskiej. W ramach szkolenia podyplomowego jest opiekunem specjalizacji młodych lekarzy z zakresu położnictwa i ginekologii. Jest również wykładowcą na obowiązkowych kursach w ramach specjalizacji z zakre-

su położnictwa i ginekologii wykładając tematy związane z niepłodnością małżeńską oraz andrologią.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Andrologicznego (członek założyciel), Towarzystwa Biologii Rozrodu (członek założyciel), Interna-

tional Society of Andrology (ISA), International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology (FIGIJ) i International Society for the Study of The Aging Male (ISSAM). Jest zastępcą Redaktora Naczelnego *Ginekologii Polskiej* oraz członkiem Komitetu Naukowego *Reproductive Biology*.

## PRO MEMORIA

### Prof. dr hab. Antoni Chrościcki (1910-2004)



Wybitny pediatra, nestor kardiologii dziecięcej. Urodził się 16 sierpnia 1910 roku w Wierchniudzińsku, we wschodniej Syberii.

Po powrocie z rodzicami do kraju ukończył szkołę średnią i zdał konkursowy egzamin do Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie, którą ukończył w 1938 roku. W 1939 r. brał udział w działaniach wojennych.

Był jeńcem wojennym w Sannikach, Gostyniu, Gostyninie, Łodzi oraz Ostrzeszowie (Stallag XXI). Do stolicy wrócił 20 lipca 1940 r. W czasie okupacji pracował w Klinice Pediatrycznej i Szpitalu Ujazdowskim. Był też żołnierzem Armii Krajowej.

8 grudnia 1944 roku został wraz z żoną, dr Emilią Paderewską - Chrościcką, aresztowany przez NKWD i wywieziony do Stalinozorka.

Wrócił 8 grudnia 1945 roku. Ponownie pracę w Klinice Pediatrycznej, kierowanej przez prof. Mieczysława Michałowicza, podjął w 1946 roku. W ciągu prawie 34 lat praco-

wał tam nad rozwojem nowej specjalności, jaką wówczas była kardiologia dziecięca. Nie ominęły ich jednak represje ze strony władz politycznych. Jego żona za swoje przekonania kilkakrotnie była karnie usuwana z pracy, natomiast profesor przez szereg lat musiał oczekiwać na zatwierdzenie tytułu profesora nadzwyczajnego.

W roku 1950 na polecenie pierwszego dyrektora Instytutu Matki i Dziecka prof. R. Barańskiego zorganizował i 10 lat prowadził Zakład Patofizjologii, składający się z pracowni kardiologicznej, pneumologicznej, neurologicznej i żywienia. Ogłosił ponad 160 prac z zakresu historii medycyny i etyki lekarskiej. Głównym kierunkiem badań była przedchirurgiczna diagnostyka, leczenie i postępowanie rehabilitacyjne u dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Był promotorem lub recenzentem 76 prac doktorskich w tej specjalności. W 1950 r. zorganizował pierwszą w kraju poradnię kardiologiczną dla dzieci, którą prowadził przez 38 lat. Był odpowiedzialny za nabór pacjentów, szczegółową

diagnostykę wad wrodzonych serca, postępowanie kardiologiczne w okresie pooperacyjnym oraz kontrolę wyników odległych.

Przez 25 lat był konsultantem, a później także kierownikiem Ośrodka Naukowo-Badawczego w Sanatorium Dziecięcym w Polanicy Zdroju, który miał 80 łóżek dla dzieci przed operacjami i po operacjach serca. Tam odbywały się co 4-5 lat Ogólnopolskie Dni Kardiologii Dziecięcej.

Odbył kilka pobytów szkoleniowych za granicą. W 1953 roku założył Sekcję Kardiologiczną PTP, która była współorganizatorem kilkunastu sympozjów oraz 150 posiedzeń naukowych w Warszawie. Był członkiem, a później przewodniczącym Komisji egzaminacyjnej, gdzie ponad 50 pediatrów uzyskało specjalizację z kardiologii.

Po przejściu na emeryturę w 1980 roku przez 10 lat był konsultantem Zespołu Problemowego Kardiologii w CZD. Konsultował Dzieci w Białymstoku, Lublinie, Rzeszowie oraz Szczecinie, gdzie przez 2 lata jeździł co miesiąc na „Kominki kardiologiczne”. Był członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych, m.in. w latach 1970-1974 Królewskiego Towarzystwa Medycznego w Londynie.

Od 1992 r. był członkiem Związku Sybiraków oraz posiadał uprawnienia kombatanckie za udział w działaniach wojennych oraz przynależność do Armii Krajowej.

Był członkiem współzałożycielem Sekcji Obrony Życia PTL oraz Zrzeszenia Lekarzy Katolików, a także członkiem Komisji Historycznej PTP oraz Komisji Etyki i Deontologii Warszawskiej Izby Lekarskiej i Centrum Zdrowia Dziecka, członkiem Seniorów Warszawskiego Towarzystwa Naukowego oraz członkiem honorowym Europejskiego Towarzystwa Kardiologów Dziecięcych, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz towarzystwa chirurgów Dziecięcych.

W dniu 25 marca 1993 r. Ks. Prymas Kardynał Józef Glemp uroczyście odznaczył go złotym medalem „Zasłużonemu w posłudze dla Kościoła i Narodu”.

Zmarł 17 kwietnia 2004 roku.

---

Na podstawie własnoręcznego życiorysu profesora opracowała Mirosława Müldner-Kurpeta

## KOMUNIKATY

Dnia **22 maja 2004 r.** w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II Fundacji Carroll-Porczyńskich przy Placu Bankowym 3/5 w Warszawie, odbędzie się **uroczysta promocja dyplomów** magistra farmacji, doktora i doktora habilitowanego.

---

### Wybory do Zespołu Nauk Medycznych (P05) Ministerstwa Nauki i Informatyzacji (V kadencja)

– Na członka Zespołu został wybrany prof. dr hab. Andrzej Członkowski z Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej AM.

– Do składu Sekcji: Nauki Kliniczne Niezabiegowe (P05B) została powołana prof. Maria Nowaczyk z Zakładu Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii AM.

---

W dniach **8-15 maja** br. z okazji Tygodnia Bibliotek, w gmachu Rektoratu AM Biblioteka Główna zorganizowała **wystawę starych podręczników** medycznych z przełomu XIX i XX w.

## OFERTA REKLAMOWA

### Cennik reklam w *Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie*

Koszty zamieszczenia reklamy w formacie A-4 wynoszą:

Miejsce zamieszczenia reklamy	Cenaza miesiąc
Okładka strona 2 lub 3	500 zł*
Wkładka wewnętrzna	350 zł*
Wkładka w suplemencie	350 zł*
Suplement 2 i 3 str. okładki	1 000 zł

\*Przy opłacie za pół roku z góry **udzielamy 25% rabatu**, a za całoroczną reklamę **25% rabatu + dodatkowo jedna reklama gratis!**

Bezpośredni kontakt w powyższej sprawie prosimy kierować do Pani mgr Ewy Kępskiej , tel. (22) 5720-109, faks 5720-169.

W sprawach związanych z wystawieniem faktury proszę kontaktować się z Panią mgr Magdaleną Zielonką, tel. (22) 824-37-88, faks 824-38-18.

## WARUNKI PRENUMERATY

Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy zamówienia na prenumeratę miesięcznika Akademii Medycznej w Warszawie *Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie* na rok 2004.

Nasze pismo jest zwolnione z podatku VAT (stawka 0%).

Cena rocznej prenumeraty 1 egzemplarza miesięcznika wynosi 159, – zł.

Uprzejmie prosimy o przekazywanie tej kwoty lub jej wielokrotności na nasze konto:

**BPH PBK S.A. Oddział Warszawa**

**Nr konta: 5110600076000040103000-1849**

**Z dopiskiem: „Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie”**

Otrzymanie przedpłaty potwierdzimy fakturą. Jeżeli Państwo nie mogą dokonać przedpłaty prosimy o składanie zamówień na adres :

**„Medycyna.Dydaktyka.Wychowanie” Redakcja**

**Akademia Medyczna w Warszawie**

**Ul. Żwirki i Wigury 61**

**02-091 Warszawa**

Prosimy o podanie w zamówieniu numeru NIP i adresu płatnika. Po otrzymaniu zamówienia prześlemy fakturę. Gwarantujemy terminową dostawę egzemplarzy.

Istnieje możliwość zamawiania numerów archiwalnych czasopisma w cenie 20,-zł (wersja na CD).