



MEDYCYNĄ DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

Nr 11/2003

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 Forys**

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 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 i mziel@amwaw.edu.pl

Dokumentacja fotograficzna:

Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone

Skład tekstu, druk i oprawa

Zakład Wydawniczo-Poligraficzny, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3

Tel/fax 864 36 44, e-mail:drukarnia@druk.waw.pl

Spis treści

Od Redakcji	4
Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie	5
Uroczyste posiedzenie Senatu AM	5
<i>J. Piekarczyk</i>	
Przemówienie JM Rektora AM	5
Odznaczenia i nagrody	7
<i>Zofia Rajtar–Leontiew</i>	
Jubileusz 90-lecia Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci	12
Przemówienie JM Rektora AM	14
Regulamin przyznawania medalu im. profesora dr. n. med. Władysława Szenajcha .	16
<i>J. Persa</i>	
Polsko-niemieckie Sympozjum Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	18
Przemówienie Rektora AM	18
<i>J. Wereszczak-Wzorek</i>	
Z Życia Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM	19
Obrony prac doktorskich	20
Medycyna	21
<i>J. Kwiatkowski, J. Reymond, J. Wysocki</i>	
Zespół szczeliny oczodołowej górnej jako manifestacja różnych stanów patologicznych	21
Nauka	27
<i>J. Wyzgał</i>	
Cukrzyca po przeszczepieniu narządów unaczynionych	27
<i>G. Kwolek</i>	
Wpływ anandamidu na układ krążenia szczura	31
<i>A.Górski</i>	
Biotechnologia bakteriofagowa w zwalczaniu lekoopornych zakażeń bakteryjnych	32
Dydaktyka	33
<i>H. Cieślak, M. Sulewska</i>	
Opinie studentów I roku WNoZ – kierunku Pielęgniarstwo na temat realizacji zajęć z przedmiotu „Podstawy Pielęgniarstwa”	33

Wychowanie	36
<i>Cz. M. Szczepaniak</i>	
Uskrzydleni cierpieniem (3)	36
Z życia studentów	38
<i>D. Białoszewski</i>	
Obóz Naukowy Studenckiego Naukowego Koła Fizjoterapii – Fizjoterapia w geriatrici	38
Nowości wydawnicze	40
<i>J. Szmidt</i>	
Podstawy chirurgii	40
Komunikaty	41
IV Międzynarodowe Dni Fizjoterapii we Wrocławiu	41
Informacja o prenumeracie	42

Od Redakcji

Listopad to miesiąc ważnych wydarzeń. Kolejna rocznica Odzyskania Niepodległości, Dzień Edukacji Narodowej. Nasza Uczelnia przypomniała je na uroczystym posiedzeniu Senatu, na które zaproszono wyróżniających się pracowników. W numerze drukujemy nazwiska osób odznaczonych i nagrodzonych podczas tej uroczystości.

W tym roku po raz pierwszy wręczono nagrodę im. Profesora Józefa Brudzińskiego ufundowaną przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla najlepszej rozprawy doktorskiej w roku akademickim 2002/2003.

Akademicką tradycją jest pamięć o tych, którzy tworzyli historię Uczelni, historię medycyny, jednym z nich był pan profesor Stefan Wesołowski, student Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, aktywny członek Klubu Medyków, lekarz, twórca polskiej urologii, długoletni kierownik Kliniki Urologicznej.

W trakcie uroczystego zebrania Senatu JM Rektor w imieniu społeczności akademickiej złożył panu profesorowi z okazji 95. rocznicy urodzin najlepsze życzenia. Jubilat w świetnej formie, tryskający energią, sypiący dowcipami, przyjmował życzenia, gratulacje, kwiaty.

Dziewięćdziesiąt lat temu, 8.11.1913 roku, otwarto sfinansowany w całości przez Fundację Zofii Szlenkierówny nowoczesny szpital dla dzieci im. Karola i Marii na warszawskiej Woli. Piękny gest Zofii, która mając zaledwie 31 lat niemal cały majątek przeznaczyła na budowę i wyposażenie Szpitala, nadając mu imiona zmarłych rodziców, przetrwał do dziś, w postaci Szpitala Klinicznego im. Prof. W. Szenajcha. Pierwszym naczelnym lekarzem szpitala był profesor Józef Brudziński, w późniejszych latach prof. Władysław Szenajch, imienia którego medal także przyznano w tym roku po raz pierwszy ludziom i instytucjom zasłużonym dla pediatrii i szpitala.

Historia medycyny wplata się nierozzerwalnie w historię narodu i kraju.

Mirosława Müldner-Kurpeta
Z-ca Redaktora Naczelnego

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Uroczyste posiedzenie Senatu AM

Dnia 17 listopada odbyło się uroczyste posiedzenie Senatu z udziałem zaproszonych gości: Edwarda Szymańskiego, sekretarza stanu w Kancelarii Prezydenta RP, Romana Danielewicza, dyrektora Departamentu Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia, odznaczonych i nagrodzonych

przedstawicieli społeczności akademickiej naszej Uczelni.

Gościem specjalnym uroczystości był profesor Stefan Wesołowski, światowej sławy urolog, długoletni kierownik Kliniki Urologicznej AM, który obchodził jubileusz 95. rocznicy urodzin.

Przemówienie JM Rektora AM

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Z wielką przyjemnością i osobistą satysfakcją pragnę Państwu podziękować jako najlepszym pracownikom naszej uczelni za osiągnięty sukces w minionym roku akademickim. Chciałbym powiedzieć, że dzięki Państwa wysiłkom, staraniom, dzięki Państwa ciężkiej całorocznej pracy uzyskaliśmy rezultat stanowiący zarazem to, co można uznać za optimum naszych możliwości i powinności wobec Alma Mater. Może na co dzień nie zawsze zdajemy sobie sprawę z tego, że to co robimy, codzienny nasz trud, dążenie do jakiejś perfekcji, należyta staranność i zapobiegliwość – dają obraz sukcesu lub jednak nie do końca spełnionych oczekiwań.

Są przecież różne oczekiwania, różne wobec siebie i wobec innych, w tym wobec naszych podwładnych i naszych przełożonych. Można też zapytać, czy jesteśmy równie krytyczni i równie wymagający w stosunku do siebie samych, jak w stosunku do innych, do swoich współpracowników, do pracowników swoich działów na równi z pracownikami innych działów? Czy potrafimy się cieszyć z sukcesów nie tylko własnych? Czy stać nas na równie konstruktywny wysiłek, co konstruktywną krytykę i czy ta krytyka jest zawsze konstruktywna. Nie musimy na szczęście brać przykładu z polityków żyjących od wyborów do wyborów. Jeżeli przegrywają, to przechodzą do opozycji, bynajmniej nie zawsze konstruktywnej. W polityce widzi się często, wyłącznie interes partyjny, grupowy, ponad interes społeczny. Warto rozważyć, ilu polityków kieruje się po prostu zasadą „pro publico bono”? W odczuciu większości z nas – „szarych obywateli Rzeczypospolitej”, zjawiska te jawią się zazwyczaj w skali spotęgowanej – w ujęciu i interpretacji środków masowego przekazu. Bo przecież, na co dzień nie zawsze zdajemy sobie sprawę z tego, że mimo woli jesteśmy biernymi konsumentami, odbiorcami tego, co umiejętnie sączy się

nam „do głowy” z tak zwanego „lufcika telewizyjnego, a także z gazet i czasopism !”

Ale powróćmy do naszego podwórka. To nic złego, nic zdrożnego, wręcz przeciwnie, jeśli potrafimy dobrze sprzedać, to co udało nam się osiągnąć, Ponieważ osiągnięty sukces, jako sumę naszego wysiłku, pomysłowości i kreatywności trzeba umieć wydobyć, ukazać i udowodnić „postawić go na świeczniku, a nie chować pod kocem”. Musimy mieć tę świadomość, że wszyscy uzależnieni jesteśmy od naszego zbiorowego wyniku; działań organizacyjnych, naukowych, dydaktycznych. Nasz sukces jest proporcjonalny do tych składowych, choć nie jest wprost proporcjonalny, bo istnieją ciągle tak zwane algorytmy, jak zaklęcia, magiczne, tajemnicze siły trudne do przewidzenia, bo nie zawsze oparte są na logice. Trzeba mieć duże doświadczenie, dodatkowy zmysł, zmysł przewidywania, aby wpływać pozytywnie na tok wydarzeń i sumę rezultatów sprowadzających się w gruncie rzeczy do dotacji dydaktycznych, naukowych i własnych środków; wypracowanych zarówno w dystansie rocznym, dwu-trzy letnim, jak i długoterminowym 5-10 letnim.

Tak, Szanowni Państwo obecnie potrzeba nam patrzeć daleko do przodu, nie w dystansie kadencji, terminów określonych naszymi indywidualnymi datami rozpoczęcia i przewidywanego zakończenia kariery, lecz uczelni i naszych jednostek: katedr, klinik, zakładów.

Dla mnie osobiście, bardzo ważne wydaje się być to, aby nie dać podstaw do stwierdzenia, np. takiego ... „*Jego wyobraźnia była jak skrzydła strusia – umożliwiała mu bieg, lecz już nie lot.*”

Natomiast moim marzeniem jest to, abyśmy mogli przynajmniej w jakimś stopniu, identyfikować się ze stwierdze-

niem: „*Nie może być dobre dla mrówki to, co jest złe dla mrowiska*”. ...

Serdecznie Państwu dziękuję za to, że dbacie Państwo o nasze „Mrowisko” – bo cóż byśmy znaczyli bez niego! Pozwólcie Państwo, że wszystkim laureatom dzisiejszych nagród zadedykuję dwa wersety z bajek Kryłowa; zastrzegając, że nie dostrzegam w nich absolutnie jakichkolwiek podtekstów ... i prosiłbym abyście Państwo również się ich nie doszukiwali...

„Kukułka chwali koguta śpiew?

Bo kogut chwali kukułkę” ...

oraz

„Orłom trafi się lecieć i niżej od kwoki,

Ale kura nie wzleci nigdy pod obłoki”.

Wielce Szanowni Państwo, przypadł nam wielki zaszczyt i honor uczestniczenia w dniu dzisiejszym, w jakże pięknym jubileuszu. Jubileuszu 95-lecia urodzin Prof. zw. dr hab. med. Stefana Wesołowskiego. Dziękujemy za to, że przybył Pan Profesor na dzisiejszą uroczystość i że możemy złożyć wyrazy najwyższego uznania za dzieło Pańskiego życia, złożyć podziękowanie za wszelkie dobro, którego od Pana Profesora doznaliśmy. W imieniu własnym, władz Uczelni, Senatu i całej społeczności akademickiej, składam Panu Profesorowi serdeczne podziękowania za wychowanie wielu pokoleń lekarzy, a przede wszystkim specjalistów w dziedzinie urologii; za wychowanie wielu znakomitych profesorów urologii, którzy kontynuując dzieło swojego mistrza dalej rozwijają tę specjalność w naszej uczelni i w Polsce.

Dziękuję za to, że Pan, Panie Profesorze identyfikował się z naszą uczelnią, mało tego, był z nią niezwykle silnie zawsze związany, zawsze obecny z nami podczas ważnych wydarzeń. Mamy ciągle w pamięci wypowiedzi Pana Profesora podczas doniosłych uroczystości, wypowiedzi pełne głębokich treści, wypowiedzi emocjonalne, zawsze zaangażowane, dodające otuchy, wzbudzające refleksje, przepełnione humanizmem. My wszyscy byliśmy i jesteśmy beneficjentami Pana głębokich przemyśleń.

Wydaje mi się, że ja także, a może nawet w szczególności sposób, ponieważ obdarowany zostałem przez Pana Profesora szczególnymi pamiątkami z obecnej doby i sprzed lat. Pana Wspomnienia ... są fascynujące. Przeczytałem je przed kilkoma miesiącami, ale ciągle mam przed oczyma i ten dom murowany w Załuskach i Gimnazjum w Dubnie, a szczególnie opis egzaminu dojrzałości przed Wizytatorem z Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i jego finał, który otworzył Panu drzwi do studiów uniwersyteckich i dalszej kariery.

Panie Profesorze, gdzie dzisiaj są tacy ludzie, jak ten Wizytator, jak Pana nauczyciele z gimnazjum w Dubnie, z

lat 20-tych, ale co gorsze mógłbym również zapytać, gdzie są tacy ludzie, jak moi nauczyciele z Gimnazjum Staszica w Lublinie z lat 60-tych?

Wielce Szanowny Panie Profesorze, dziękuję w imieniu nas wszystkich za to, że te wspomnienia powstały, że je Pan napisał!

Ale nade wszystko dziękuję za te dziesiątki lat Pana pracy lekarskiej, naukowej i dydaktycznej. Jestem przekonany, że byłby Pan równie genialnym zawodowym aktorem, ale my dziękujemy Opatrzności, że Pana kariera jako lekarza i nauczyciela akademickiego stała się udziałem społeczności naszej uczelni.

Panu Profesorowi dziękuję za to, że rozliczne talenty, jakimi został Pan obdarowany pomnożył Pan wielokrotnie, aby mogli z ich obfitości czerpać wszyscy, którym tak jak nam dane było znaleźć się w zasięgu Pańskiego oddziaływania.

Panie Profesorze, Dostojny Jubilacie uprzejmie proszę o przyjęcie serdecznych gratulacji z okazji Pańskiego Jubileuszu oraz życzeń zdrowia i wszelkiej pomyślności.

Niech Panu zawsze towarzyszy wdzięczność tych, których Pan kształcił i wychowywał, a także wdzięczność chorych, którym Pan śpieszył z pomocą i ulgą w cierpieniu. Dziękuję serdecznie!

Pragnę serdecznie powitać Pana Ministra Edwarda Szymańskiego z Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej, który przybył, aby razem z nami cieszyć się z powodu nadania członkom naszej społeczności niezwykle wysokich odznaczeń państwowych, orderów oficerskich i kawalerskich dla naszych nauczycieli, Profesorów, byłych Rektorów, Dziekanów i kierowników jednostek. Serdecznie gratuluję także naszym pracownikom, których praca została wysoko oceniona przez Pana Prezydenta, w związku z czym zostaliście Państwo odznaczeni Złotymi i Srebrnymi Krzyżami Zasługi. Pana Ministra serdecznie prosimy o wręczenie tych wysokich odznaczeń państwowych.

Jest wśród nas również grupa osób odznaczonych pięknym odznaczeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu – Medalem Komisji Edukacji Narodowej. Jest to najwyższe odznaczenie, jakie może uzyskać nauczyciel, również nauczyciel akademicki za swoją ciężką i odpowiedzialną pracę dydaktyczną i wychowawczą.

Serdecznie gratuluję wszystkim Państwu – odznaczonym wysokimi odznaczeniami państwowymi i resortowymi.

Dziękuję najuprzejmiej za przyjęcia zaproszenia i przybycie na dzisiejszą uroczystość Panu Ministrowi Edwardowi Szymańskiemu, dziękuję także Panu Dyrektorowi Romanowi Danielewiczowi z Ministerstwa Zdrowia.

Dziękuję Wszystkim Państwu za uczestnictwo w tym uroczystym posiedzeniu Senatu Akademii Medycznej w Warszawie.

ODZNACZENIA I NAGRODY

Odznaczenia

Na wniosek Jego Magnificencji Rektora Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej przyznał:

Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski

- Prof. dr. hab. n. med. **Elżbiecie Domańskiej-Janczewskiej**
- Prof. dr. hab. n. med. **Arturowi Dziakowi**
- Prof. dr. hab. n. med. **Aleksanderowi Dubrzyńskiemu**
- Prof. dr. hab. n. med. **Grzegorzowi Janczewskiemu**
- Prof. dr. hab. n. med. **Kazimierzowi Ostrowskiemu**

Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski

- Dr. n. med. **Hannie Baltaziuk-Białek**
- Prof. dr. hab. n. med. **Krystynie Sidor**
- Prof. dr. hab. n. med. **Wiesławowi Jakubowskiemu**

Złoty Krzyż Zasługi

- Prof. dr. hab. n. med. **Annie Barańczyk-Kuźma**
- Prof. dr. hab. n. med. **Ryszardzie Chazan**
- Dr n. med. **Romanie Krawczyńskiej-Wichrzyckiej**
- Prof. nadzw. dr. hab. n. med. **Bożenie Tarchalskiej-Kryńskiej**
- Prof. dr. hab. n. med. **Mirosławowi Dłużniewskiemu**
- Prof. dr. hab. n. med. **Maciejowi Karolczakowi**
- Prof. nadzw. dr. hab. n. med. **Wojciechowi Ładzie**
- Dr. hab. n. med. **Piotrowi Małkowskiemu**



Odznaczeni Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski: prof. dr hab. Elżbieta Domańska-Janczewska, prof. dr hab. Artur Dziak, prof. dr hab. Aleksander Dubrzyński

Srebrny Krzyż Zasługi

- **Irenie Bielickiej**
- Mgr **Barbarze Koziarkiewicz**
- Dr. hab. n. med. **Waldemarowi Koszewskiemu**
- Dr. hab. n. med. **Zdzisławowi Wójcikowi**

Nagrody

Nagrody Ministra Zdrowia przyznane z inicjatywy JM Rektora

Nagroda indywidualna:

- Prof. nadzw. dr hab. n. chem. **Wacław Kołodziejski**

Nagrody zespołowe:

- prof. dr hab. n. med. **Hubert Kwieciński**, dr hab. n. med. **Anna Kamińska**, dr n. med. **Beata Zakrzewska-Pniewska**
- prof. dr hab. n. med. **Zbigniew Gaciong**, prof. dr hab. n. med. **Waldemar Olszewski**, lek. **Maria Bojowska**, dr n. med. **Krzysztof Bojakowski**, dr **Michał Maksymowicz**, dr **Piotr Religa**
- prof. dr hab. n. med. **Wiesław Gliński**, prof. dr hab. n. med. **Edward Rudzki**
- prof. dr hab. n. med. **Marek Krawczyk**, prof. dr hab. n. med. **Jerzy Stelmachów**, dr hab. n. med. **Waldemar Kostewicz**, dr hab. n. med. **Beata Śpiewankiewicz**, dr n. med. **Małgorzata Serafin-Król**, dr n. med. **Maciej Kielar**, dr n. med. **Bogusław Najnigier**

- prof. dr hab. n. med. **Grzegorz Opolski**, prof. dr hab. med. **Lech Poloński**, dr n. med. **Krzysztof Filipiak**

Nagrody indywidualne I za osiągnięcia i szczególne zaangażowanie w czasie pełnienia funkcji zostały przyznane:
PROREKTORZY

- prof. dr hab. n. med. **Leszek Pączek** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych
- prof. nadzw. n. farm. **Józef Sawicki** – Prorektor ds. Kadr

Nagrody zespołowe I^o

DZIEKANI

- Prof. dr hab. n. farm. **Jan Pachecka** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
- Dr hab. n. med. **Piotr Małkowski** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu
- Prof. dr hab. n. med. **Wojciech Noszczyk** – Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego

PRZEWODNICZĄCY SENACKIEJ KOMISJI

- prof. dr hab. n. med. **Renata Górka** – Przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Nauki
- prof. dr hab. n. med. **Janusz Cianciara** – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Rozwoju Kadry
- prof. dr hab. n. med. **Andrzej Członkowski** – Przewodniczący Senackiej Komisji Statutowej
- prof. dr hab. n. med. **Aleksander Dubrzyński** – Przewodniczący Senackiej Komisji Bioetycznej
- prof. dr hab. n. med. **Andrzej Górecki** – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Oceny Profesorów
- prof. dr hab. n. med. **Piotr Zaborowski** – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Dydaktyki

Nagrodę specjalną Rektora Akademii Medycznej w Warszawie – Złotą Kukulkę 2003 za prace, które zostały przyjęte ze szczególnym zainteresowaniem przez międzynarodowe środowisko naukowe otrzymał prof. dr hab. n. med. **Stanisław Moskalewski**.



Rektor AM wręcza nagrodę „Złota Kukulka 2003” profesorowi Stanisławowi Moskalewskiemu

I Wydział Lekarski

Nagrody zespołowe organizacyjne I^o

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Ireneusz Krasnodębski**
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Marek Kulus**
- prof. dr hab. n. med. n. med. **Hubert Wanyura**
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Kazimierz Wardyn**
- prof. dr hab. n. med. **Marek Gołębiowski**

Nagroda naukowa I^o

- dr n. med. **Jakub Gołąb**

Nagrody zespołowe naukowe II^o

- prof. dr hab. n. med. **Irena Niebrój-Dobosz**, dr hab. n. med. **Katarzyna Rowińska – Marcińska**, dr n. med. **Anna Kostera-Pruszczyk**, dr n. med. **Teresa Nowak-Michalska**, prof. dr hab. n. med. **Barbara Emeryk-Szajewska**, lek. **Beata Szyluk**, mgr **Jolanta Świtalska**
- prof. dr hab. n. med. **Mirosław Łuczak**, dr filoz. **Marta Wróblewska**, dr hab. n. biol. **Maria Nowaczyk**, dr **Monika Kasprzycka**, dr hab. n. med. **Witold Lasek**, lek. **Tomasz Świtaj**, lek. **Jacek Sieńko**
- prof. dr hab. n. med. **Stanisław Moskalewski**, dr n. med. **Anna Iwan**, dr n. med. **Anna Hyc**
- dr n. med. **Anna Ratajska**, dr **Monika Źarska-Dużyńska**
- dr n. med. **Anna Zawadzka-Krajewska**, dr n. med. **Katarzyna Grzela**, dr n. med. **Tomasz Grzela**, dr hab. n. biol. **Grażyna Korczak-Kowalska**
- prof. dr hab. n. farm. **Anna Barańczyk-Kuźma**, prof.

dr hab. n. med. **Zofia Poremska**, mgr biol. **Magdalena Mielczarek**

- prof. dr hab. n. med. **Anna Członkowska**, dr hab. **Danuta Ryglewicz**, dr **Tadeusz Mendel**, lek. **Beata Tarnacka**, mgr **Grażyna Gromadzka**, lek. **Maciej Niewada**
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Joanna Matuszkiewicz – Rowińska**, prof. dr hab. n. med. **Kazimierz Ostrowski**, lek. wet. **Grażyna Małecka**, dr n. med. **Jerzy Przedlacki**
- prof. dr hab. n. med. **Magdalena Durlik**, dr n. med. **Zbigniew Gałązka**, dr n. med. **Tadeusz Grochowicki**, lek. med. **Tomasz Borkowski**, lek. **Mikołaj Wojtaszek**
- prof. dr hab. n. med. **Paweł Szulczyk**, dr n. med. **Rafał Rola**

Nagrody indywidualne naukowe III^o

- dr n. przyr. **Iwonna Rahden-Staroń**
- prof. dr hab. n. med. **Andrzej Borkowski**

Nagrody zespołowe naukowe III^o

- prof. nadzw. dr hab. n. farm. **Jerzy Kossakowski**, dr n. chem. **Elżbieta Hejchman**, mgr chem. **Mariola Krawiecka**, mgr chem. **Magdalena Pakosińska-Parys**,
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Maria Roszkowska-Blażim**, dr n. med. **Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska**, dr **Antoni Jędrzejowski**, dr **Paweł Dyras**, mgr **Barbara Gałązka**, **Danuta Lis**

- lek. **Łukasz Biały**
- dr **Hanna Gregorek**, dr **Jan Kowalski**, lek. stom. **Maciej Zaremba**
- dr n. med. **Piotr Dobroński**
- prof. dr hab. n. med. **Lech Korniszewski**, dr n. med. **Wiesław Mikołajczyk**, lek. **Dorota Gieruszczak – Białek**, lek. **Agata Skórka**
- dr hab. n. roln. **Anna Czczot**, mgr **Małgorzata Podsiad**, mgr biol. **Michał Skrzycki**
- dr hab. n. med. **Hanna Szajewska**
- lek. **Maciej Łazarczyk**, mgr **Justyna Niderla**
- prof. dr hab. n. med. **Maria Wierzbička**, dr n. med. **Elżbieta Dybiżbańska**, dr hab. n. med. **Franciszek Szatko**, prof. **Paul Erik Petersen**, prof. **Isuf Kalo**
- prof. dr hab. **Wojciech Kostowski**, dr n. med. **Michał Biały**, dr **Józef Beck**
- prof. dr hab. n. med. **Antoni Krzeski**, dr n. med. **Dorota Kapiszewska-Dzedzej**, lek. **Iwona Jakubczyk**, lek. **Norbert Górski**
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Elżbieta Mierzwińska – Nastalska**, dr n. med. **Ewa Adamczyk – Sosińska**, dr n. med. **Krystyna Rusiniak – Kubik**
- dr hab. n. med. **Hanna Grubek – Jaworska**
- prof. dr hab. n. med. **Bogdan Pruszyński**, dr n. med. **Andrzej Cieszanowski**, mgr **Wojciech Szeszkowski**

Nagroda indywidualna dydaktyczna I^o

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Tadeusz Bączkowski**

Nagrody zespołowe dydaktyczne I^o

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Barbara Maniecka-Aleksandrowicz**, prof. dr hab. n. med. **Ludwika Sikorowa**, dr hab. n. med. **Joanna Fruba**, dr hab. n. med. **Ewa Osuch-Wójcikiewicz**, dr hab. n. med. **Anna Skowrońska-Gardas**, lek. **Elżbieta Szwejda**, prof. dr hab. n. med. **Grzegorz Janczewski**, prof. dr hab. n. med. **Jacek Szmidt**, prof. dr hab. n. med. **Wiesław Biczysko**, prof. dr hab. n. med. **Stanisław Bień**, prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Szyfter**, prof. dr hab. n.

med. **Witold Zatoński**, dr hab. n. med. **Wojciech Golusiński**, dr n. med. **Antoni Bruzgielewicz**, dr n. med. **Piotr Chęciński**, dr n. med. **Sławomir Nazarewski**, dr n. med. **Tomasz Zatoński**, lek. **Jerzy Piotrowski**.

- dr n. med. **Małgorzata Brzozowska**, dr n. med. **Paweł Krajewski**, dr n. med. **Marcin Fudalej**
- dr n. med. **Barbara Siemińska – Piekarczyk**, dr n. med. **Elżbieta Młynarska-Zduniak**, dr n. med. **Danuta Samolczyk – Wanyura**, dr n. med. **Maciej Jagielak**, lek. stom. **Michał Szałwiński**.

Nagrody indywidualne dydaktyczne II^o

- prof. dr hab. n. med. **Teresa Goździk-Żołnierkiewicz**
- prof. dr hab. n. med. **Wacław Droszcz**
- prof. dr hab. n. przyr. **Barbara Grytner-Zięcina**

Nagrody zespołowe dydaktyczne II^o

- prof. dr hab. n. med. **Maciej Czaplicki**,
- dr n. med. **Jędrzej Michalec**,
- dr n. med. **Ryszard Hanecki**
- lek. **Janusz Gołębiwski**

Nagrody indywidualne dydaktyczne III^o

- dr n. med. **Ewa Jankowska-Steifer**
- mgr **Mirosława Müldner-Kurpeta**
- lek. **Marcin Grabowski**

Nagrody zespołowe dydaktyczne III^o

- prof. dr hab. n. med. **Anna Dziedzic-Gocławska**, dr n. med. **Artur Kamiński**
- dr n. med. **Ewa Swoboda-Kopec**, dr n. przyr. **Anna Sawicka-Grzelak**, dr n. med. **Beata Sokół-Leszczynska**, dr n. med. **Alicja Rokosz**, dr n. farm. **Andrzej Młynarczyk**
- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Michał Matysiak**, dr n. med. **Katarzyna Krenke**, dr n. med. **Agnieszka Krauze**, dr **Elżbieta Stańczak**, dr **Anna Wojtowicz**, dr **Alicja Siwicka**, mgr **Jolanta Zbrożek**

II Wydział Lekarski

Nagrody zespołowe organizacyjne I^o

PRODZIEKANI

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Joanna Juskowa**
- prof. dr hab. n. med. **Maciej Karolczak**
- prof. dr hab. n. med. **Jerzy Polański**

Nagrody zespołowe naukowe I^o

- prof. dr hab. n. med. **Stefania Jabłońska**, prof. dr hab. n. med. **Sławomir Majewski**

Nagroda zespołowa naukowa II^o

- prof. dr hab. n. med. **Wiesław Jakubowski**, dr **Iwona Sudół-Szopińska**

Nagroda zespołowa naukowa III^o

- prof. dr hab. n. med. **Maria Wróblewska-Kałużewska**, dr hab. n. med. **Bożena Werner**, dr n. med. **Agnieszka Biejat**, dr n. med. **Anna Tarnowska**, lek. med. **Krzysztof Godlewski**

Nagroda zespołowa dydaktyczna I^o

- dr n. med. **Artur Cedro**, dr n. med. **Klaudiusz Papier-ski**, lek. **Katarzyna Lipiec-Hałdyś**, lek. **Paweł Holas**, lek. **Ludwik Bryła**, lek. **Krzysztof Gmurkowski**

Nagroda indywidualna dydaktyczna III^o

- prof. dr hab. n. med. **Andrzej Kokoszka**

Wydział Farmacji

Nagroda zespołowa organizacyjna I:

- Prof. nadzw. dr hab. n. farm. **Józef Kowalski**

Nagroda indywidualna naukowa I:

- dr n. chem. **Andrzej Zimniak**

Nagroda zespołowa naukowa I:

- Prof. nadzw. dr hab. n. chem. **Iwona Wawer**, mgr **Maciej Pisklak**

Nagroda naukowa zespołowa II:

- prof. nadzw. dr hab. n. farm. **Dorota Maciejewska**, dr hab. **Krzysztof Miruda – Nowaczek**, mgr **Damian Dziok**
- Prof. nadzw. dr hab. n. farm. **Mirosław Szutowski**, mgr farm. **Marcin Łukasik**
- dr n. farm. **Franciszek Herold**, dr n. chem. **Jerzy Kleps**
- dr hab. n. przyr. **Lidia Chomicz**, dr hab. n. med. **Piotr Fiedor**, dr n. farm. **Bohdan Starościak**, lek. stom. **Dorota Szubińska**, lek. **Paweł Zawadzki**
- dr n. farm. **Grzegorz Nałęcz-Jawecki**

Nagroda zespołowa naukowa III :

- prof. dr hab. n. farm. **Ryszard Paruszewski**, dr n. farm. **Paweł Jaworski**, mgr farm. **Iwona Winiecka**
- prof. dr hab. n. farm. **Mirosława Goleniewska -Furman**, dr n.farm. **Joanna Józefowicz**, dr n.farm. **Hanna Ołędzka**
- prof. dr hab. n. chem. **Lech Skulski**, dr n. farm. **Paweł Kaźmierczak**, mgr **Agnieszka Zielinska**, mgr **Maciej Sosnowski**
- dr n. przyr. **Joanna Guzewska**, dr n. farm. **Agnieszka Pietrosiuk**, mgr biol. **Anita Śliwińska**, mgr farm. **Natalia Urbańska**, mgr biol. **Wojciech Szypuła**

Nagroda zespołowa dydaktyczna I

- dr n. farm. **Jadwiga Turło**, dr n. farm. **Marzenna Klimaszewska**, dr n. farm. **Andrzej Chodkowski**, dr n. farm. **Jacek Stefanowicz**, dr n. farm. **Olgierd Lubiniński**, mgr farm. **Tomasz Słowiński**, mgr farm. **Marrek Król**

Nagroda indywidualna dydaktyczna III

- dr n. farm. **Ewa Skarżyńska**

Wydział Nauki o Zdrowiu

Nagroda indywidualna dydaktyczna III

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Bożena Tarchalska-Kryńska**

Nagrody zespołowe organizacyjne I

- prof. nadzw. dr hab. n. med. **Jacek Przybylski**
- dr hab. n. med. **Bolesław Samoliński**

Nagroda zespołowa dydaktyczna II :

- dr n. przyr. **Danuta Szelenbaum-Cielecka**
- dr n. farm. **Bożenna Sadurska**
- dr n. med. **Jolanta Godlewska-Jędrzejczyk**
- mgr inż. **Joanna Heropolitańska-Janik**
- mgr inż. **Anna Ukleja**
- mgr inż. **Beata Sińska**
- dr hab. n. med. **Zdzisław Wójcik**
- dr n. med. **Wojciech Maciak**



Nagrodę otrzymuje prof. dr hab. Jacek Przybylski

Pracownicy administracji i obsługi

Mgr Halina Biernacka, Irena Bielicka, mgr Lucyna Domańska-Włodarczyk, mgr Danuta Fiejdasz, mgr Mariusz Foryś, mgr Barbara Gardynik, Alina Gołota, Grażyna Halicka, mgr Ewa Kępska, Waldemar Kosiorek, mgr Barbara Koziarkiewicz, mgr Danuta Lewandowska, Wiesława Maciejewska, mgr Elżbieta Mirosz, mgr Elżbieta Olszewska, mgr Ewa Raczycka, Grażyna Ryńska, Grażyna Wyglądacz, Anna Zabielska, mgr Magdalena Zielonka, Iwona Berson-Zajdel, Urszula Buczyńska, Iwona Cieślukowska, Dariusz Mirosz, Małgorzata Sawicka, Jadwiga Szyperek, mgr Ewa Balcerkiewicz, Barbara Bertel, Krystyna Bugajska, Ewa Byliniak, Mariola Dybowska, Urszula Gierałtowska, Helena Gront, mgr inż. Jacek Hajkowski, Zofia Hechner, Zofia Hoch, Anna Jaro-

szczyk, Leonarda Kantarska, Małgorzata Karolak, Ewa Kmieć, mgr Małgorzata Kruk, Małgorzata Laudencka, Anna Łapkiewicz, Małgorzata Paszkowska, Sławomira Rola, Jadwiga Stachowicz, mgr inż. Bogusław Staszczyk, Zofia Szymańska, Elżbieta Włodarczyk, Jolanta Wójtowicz, Agnieszka Zabuska, Irena Wiśniewska, Aleksandra Zadrużna, Joanna Zakrzewska, mgr Ewa Znamińska-Seneczko, Teodozja Bombalska, Krzysztof Czuba, lek. Anna Dąbrowska, inż. Danuta Gacka, Marek Jarecki, Michalina Józwiak, Jadwiga Koszewska, Antonina Kotyła, Barbara Pawłowska, Dariusz Piechnik, Teresa Rozbicka, Grażyna Sobolewska, Krystyna Stępniewska, Marian Śledź, Małgorzata Ślusarska, Leszek Urbankowski, Jolanta Wasilewska, Ewa Żakieta.

Pracownicy naukowoci i inżynierjno-techniczni

dr n. biol. Aleksandra Safianowska, dr n. fiz. Jolanta Siemińska, Irena Ambroziak, Krystyna Brzychey, mgr Ewa Gansiniec, mgr Anna Gierczak, Krzysztof Gralik, Elżbieta Gutowska, mgr Iłona Joniec, Regina Kotkowska, Małgorzata Kowalczyk, Marzena Kozłowska, Bogusława Krajewska, mgr Grażyna Krajewska-Brzywczy, Mieczysław Kuleta, Jolanta Kuligowska-Augustyniak, Barba-

ra Lothammer, Andrzej Łukawski, dr n. med. Anna Majcher, Stanisława Majcherek, lek. Beata Młynarczyk, Barbara Mysiak, Krystyna Monarska, Michał Pietruszka, Anna Podbielska, Iwona Rusinowicz, Andrzej Stępnowski, mgr inż. Ewa Sołowiej, Elżbieta Tkacz, Zofia Truchlińska, Izabella Tyszka, Beata Tyszkiewicz, mgr Ewa Usarek, Urszula Wróbel, Iłona Zelting

Pracownicy biblioteczni

Mgr Anna Kot, Anna Możdżonek, mgr Jadwiga Szugajew, mgr Barbara Wójcik

*Oprac. Iwona Cieślukowska
Dział Spraw Pracowniczych*



Rektor AM gratuluje profesorowi Stefanowi Wesółskiemu

Nagroda im. Józefa Brudzińskiego

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie informuje, iż nagrodę im. Prof. Józefa Brudzińskiego przyznano za najlepszą rozprawę doktorską w roku akademickim 2002/2003. Nagrodę wręczył prezes TLW, dr hab. Jerzy Jurkiewicz. W skład Kapituły nagrody wchodzi:

1. Prof. dr hab. Leszek Pączek
2. prof. dr hab. Renata Górska
3. dr n. med. Anna Kamińska
4. prof. dr hab. Maciej Czaplicki

- **Tomasz Olesiński:** „Ocena możliwości wykonania częściowej labiryntektomii z zachowaniem słuchu u zwierząt doświadczalnych”. Promotor: dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk
- **Piotr Artur Dobroński:** „Odległe wyniki anatomiczne i czynnościowe wytwarzania pochwy z uszypułkowanego płata pęcherza moczowego w zespole Mayera-Rokitanskyego–Kustera–Hausera”. Promotor: prof. dr hab. Maciej Czaplicki.

Jubileusz 90.olecia Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci Fundacji Zofii Szlenkierówny (1913-2003)

Prof. dr hab. n. med. Zofia Rajtar-Leontiew

W Sali Senatu AM w Warszawie przy ul. Żwirki i Wigury 61 w dniu 21.11.2003 r. odbyły się uroczystości związane z Jubileuszem 90 lat pracy szpitala im. Karola i Marii Dla Dzieci. Kontynuatorem i spadkobiercą tradycji „dobrej roboty” w leczeniu, nauce, dydaktyce i działaniach społecznych jest szpital przy ulicy Działdowskiej noszący od 1985 roku imię prof. Władysława Szenajcha.

W ramach jubileuszu odbyła się promocja monografii szpitala pt. „Ocalić od niepamięci” ilustrowana archiwalnymi fotografiami, wystawa książek i czasopism z biblioteki i czytelników szpitala, uratowanych od zagłady przez pracowników i ludność Woli po powstaniu warszawskim.

Działało stoisko pocztowe z okolicznościowym datownikiem przedstawiającym exlibris w/w zbiorów. Exlibris ten z wizerunkiem Eskulapa stał się znakiem jubileuszu i posłużył też jako rewers medalu wybitego na cześć prof. Szenajcha /ryc. str. 17/. Medal ten wręczono pierwszym 14 odznaczonym: zasłużonym pediatrom, pielęgniarkom, pracownicy działu żywienia i wydawnictwu medycznemu. Datownik, specjalna karta pocztowa i znaczki były miłą atrakcją dla uczestników jubileuszu, szczególnie dla filatelistów.



*Prof. dr hab. n. med.
Zofia Rajtar-Leontiew*

Równocześnie w gablotach wystawowych zaprezentowano fotografie-portrety zasłużonych i znanych pediatrów związanych swoim życiem i pracą ze Szpitalem Jubilatam. Wśród nich był też portret założycielki i dyrektorki pierwszej szkoły szpitalnej w Warszawie i drugiej (po Gdańsku) w Polsce – a było to 50 lat temu.

Zanim odbyło się spotkanie pokoleń i konferencja naukowa p.t. „Szpital dla Dzieci Wczoraj-Dzisiaj-Jutro” dotycząca nie tylko przeszłości, ale także trudnej przyszłości akademickich szpitali pediatrycznych przy ulicy Działdowskiej i Marszałkowskiej, przypomniano, iż szpital budowany był tylko 3 lata. Natomiast

obiecane jeszcze w 1946 roku szpitala dla dzieci (który miał zastąpić zniszczony w czasie wojny akademicki szpital dla dzieci,) jak nie było, tak nie ma, ponieważ nigdy nie było właściwego czasu na realizację przedsięwzięcia.

Kiedy we Włoszech Ojciec Pio wystąpił z inicjatywą budowy szpitala dla cierpiących także miał wszystko i wszystkich przeciw sobie. Jego kapitałem był tylko „jeden złoty pieniążek” i wiara w słusność działania. Wbrew przeciwnościom szpital w San Giovanni Rotondo powstał i jest obecnie



najnowocześniejszym, najlepiej wyposażonym i znanym na całym świecie, a praca w nim poczytywana jest za zaszczyt.

My też zaproponowaliśmy skarbonkę. Wrzucając do naszej skarbonki nazwanej „skarbonką Ojca Pio” 2 monety – złotą i srebrną – przysłane z zagranicy przez emerytkę, chcemy przełamać „czas niemożności” i zapoczątkować skuteczne wreszcie działania na rzecz budowy tak przecież bardzo potrzebnego nowego, akademickiego szpitala na miarę XXI wieku, takiego jakim przed laty był Szpital im. Karola i Marii.

Szpital ten „w poczuciu potrzeby społecznej i dla uczczenia pamięci zmarłych swych rodziców” został przez fundatorkę Zofię Szlenkierównę otwarty i oddany do użytku 8.11.1913 roku. Był on zlokalizowany na działce o powierzchni 11 256 m² między ulicami Leszno-Młynarską – Żytnią – Karolkową na Woli. Było to 9 budynków (8 pawilonów i 1 budynek gospodarczy), wszystkie otoczone zielenią.

Założenie użytkowe opracował dr Józef Polikarp Brudziński, a projekty wykonał i realizacji dopilnował architekt Czesław Domaniewski, profesor Politechniki Warszawskiej.

Był to nie największy, ale najbardziej nowoczesny, najlepiej wyposażony i zorganizowany szpital dziecięcy w Polsce, Europie i świecie. Dawany był za wzór i przykład do naśladowania, co udokumentowano w Liber Visitorum. W dwudziestoleciu międzywojennym był traktowany jako wizytówka Warszawy i Polski. Był zwiedzany i pokazywany licznym delegacjom z całego świata. Pierwszy dyrektor szpitala i, od 1915 roku Rektor UW, uczynił szpital miejscem szkolenia studentów i lekarzy.

Oznacza to, że szpital ten już od 88 lat jest kuźnią polskich pediatrów. Od początku istnienia zatrudniany personel był mieszanką różnych narodowości i wyznań, a kobiety – lekarki stanowiły 50% personelu, co w tym czasie było ewenementem na skalę światową.

Od początku istnienia szpitala zorganizowano w specjalnie na ten cel przeznaczonych pomieszczeniach bibliotekę z czytelnią, sprowadzając do nich książki i czasopisma z całej

go świata. Tu powstawały prace naukowe o wartościach nieprzemijających, opracowano i opisano objawy oponowe (Brudziński), rolę bakterii kwasu mlekowego w chorobach przewodu pokarmowego. Prace te drukowane równocześnie po polsku i w językach obcych były podstawą dysertacji doktorskich w uczelniach medycznych Anglii, Szwajcarii, Włoch i Rosji. Tu pracowali pierwsi twórcy pism pediatricznych oraz towarzystw medycznych (PTP, P.T. Sz.) polskich i międzynarodowych. Wywodzący się z tego miejsca lekarze dali podstawy higienie szkolnej w Polsce, oświacie sanitarnej i profilaktyce. Wprowadzili jako pierwsi szczepienia i odczyny diagnostyczne oraz praktyczną bakteriologię kliniczną i badania rentgenowskie.

Szpital był pierwszą bazą szkoleniową dla pielęgniarek z nowo utworzonej szkoły zawodowej (WSP) oraz Czerwonego Krzyża i wprowadził do pracy z dziećmi osoby wyłącznie legitymujące się dyplomem pielęgniarskim. Po raz pierwszy w Polsce wprowadzono tu kartę gorączkową, zorganizowano całoroczny oddział niemowlęcy na internie i chirurgii, równocześnie tworząc kuchnię mleczną, wydającą odpowiednie mieszanki także ambulatoryjnie. W 1922 roku „u Karola i Marii” jako gospodarza odbył się I Zjazd Ogólnopolski Pediatrów z udziałem władz państwowych i przedstawicieli świata nauki.

Inicjatorami skutecznego wprowadzenia do konstytucji w 1921 roku artykułu zabezpieczającego prawa matki i dziecka byli pracownicy tego szpitala. Po raz pierwszy na świecie w szpitalu utworzono etat pielęgniarki społecznej, opracowano dla niej ramy działania i tu wprowadzono wykłady z medycyny społecznej. Wymiar obowiązkowych płatnych urlopów zależny był od lat pracy i wynosił od 2 do 6 tygodni, a pracę nocną kobiety wykonywały tylko do 40 roku życia. Zatrudniony na etacie lekarz zakładowy dbał o zdrowie personelu, decydował o badaniach kontrolnych, czuwał nad żywieniem zbiorowym i organizacją ćwiczeń sportowych na powietrzu, na własnym terenie. Stąd przed II wojną światową wyszedł postulat utworzenia lekarza rodzinnego – odrębnego dla dzieci i młodzieży do lat 18 i drugiego dla dorosłych. Niestety idea ta nigdy nie doczekała się właściwej realizacji. Ten szpital jako pierwszy wprowadził magistra farmacji do apteki wewnątrzszpitalnej, co zdecydowanie zmieniło dostępność do leków w ciągu doby.

Niezależnie od czasu, w którym przyszło żyć, w tym szpitalu najważniejszy był zawsze człowiek, nie mury i dlatego jego personel umiał się wszędzie znaleźć i zaprezentować z najlepszej strony. Umieli pracować w każdym miejscu świata i w różnych okolicznościach na zasadzie dobrej pracy a nie „łzawego miłosierdzia” (Szenajch). Do 1944 roku (do Powstania Warszawskiego) w oddziałach szpitala leczono 60 000 dzieci, a ambulatoryjnie 600 000.

Od początku istnienia, mimo, że był to szpital dziecięcy,



Fragment wystawy okolicznościowej



Zofia Szlenkierówna

to czynnie służył powstańcom, ludności cywilnej i rannym okupantom. 6 sierpnia 1944 roku personel szpitala oraz chory i ranni zostali wyrzuceni ze szpitala i „w marszu śmierci” dotarli do szpitala Wolskiego na Płockiej 26.

Tutaj w tragicznych warunkach, przy stałym zagrożeniu śmiercią i terrorze psychicznym personel zorganizował pracę ratując wielu osobom życie. Po upadku powstania, 20.10.1944 r. ewakuowano szpital do Włodzimierzowa koło Piotrkowa Trybunalskiego, gdzie w przydzielonym budynku żydowskiej szkoły letniej od nowa zorganizowano oddziały, łącznie z chirurgią i ambulatorium. Leczono dzieci, ludność cywilną i okoliczną partyzantkę.

Po 14 miesiącach tułaczki wrócono do Warszawy, ale już nigdy na swoje dawne miejsce. W nowym miejscu, przy ulicy Działdowskiej pierwsze łóżka oddano pacjentom w lutym 1946 roku. Kolejne, przy wydatnej międzynarodowej pomocy w 1947 roku, a oficjalnie szpital, jeszcze im. Karola i Marii dla Dzieci, otwarto w połowie roku 1948.

W 1950 roku Wydział Lekarski UW stał się Akademią Medyczną, a szpital przy Działdowskiej otrzymał nr 2 i powstał w nim Oddział Pediatriczny, którego zadaniem było szybkie wykształcenie pediatrów, aby uzupełnić wyniszczone przez wojnę kadry. Ośrodek po wojnie przodował w dydaktyce i w takich dziedzinach jak choroby infekcyjne, pulmonologia, hematologia, gastroenterologia, alergologia, cukrzyca, kardiochirurgia, immunologia kliniczna.

Będąc pionierem wielkich i nieprzemijających wartości, szpital od czasu Powstania Warszawskiego, niezależnie od swoich osiągnięć, zawsze był usuwany w cień i zagrożony likwidacją. Argumenty likwidacyjne były różne i nie zawsze poważne. Były trzy plany rozbudowy szpitala i budowy obok nowego, kilkupiętrowego gmachu, ale do realizacji ich nie dochodziło. Niezależnie od tego, jak potoczą się dalsze losy Szpitala Jubilata, jedno jest pewne : TAKIEGO DZIEDZICTWA NIE WOLNO ROZTRWONIĆ.

Przemowienie JM Rektora AM

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Pani Profesor, Wysoki Senacie,
Dostojni Goście, Wielce Szanowni Państwo,

Spotykamy się dzisiaj w tym uroczystym zgromadzeniu, aby świętować jubileusz 90-tej rocznicy powstania Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci Fundacji Zofii Szlenkierówny. Szpital ten otwarto 8 listopada 1913 r. w Warszawie na Woli, ponieważ była to najuboższa dzielnica Stolicy. Rozlo-

kowany został w 9 nowoczesnych pawilonach, posiadał 100 łóżek i był najnowocześniejszym szpitalem pediatricznym w Polsce, a także jednym z najlepiej zorganizowanych szpitali w Europie. Był wzorową jednostką tego typu, odwiedzaną przez liczne wycieczki i znakomitości życia publicznego.

Stał się ważnym miejscem dla rozwoju medycyny, polskiej medycyny w przeddzień odzyskania przez nasz kraj niepodległości, po 120 latach niewoli.

Możliwe stało się to dzięki szczodrości fundatorki Zofii Szlenkierówny, która wyłożyła na ten szczytny cel olbrzymią sumę około 100 mln złotych. Stał się najnowocześniejszą bazą leczniczą, naukową i dydaktyczną w Polsce, bazą dydaktyczną dla studentów medycyny, odrodzonego dwa lata później – w 1915r., Uniwersytetu Warszawskiego i jednej z najnowocześniejszych szkół pielęgniarstwa. Szpital powstał dzięki niezwykle gestowi dobroczynności, który był akceptowany przez ówczesnych zaborców, powstał w zgodzie z ówczesnym prawem, które dopuszczało taką możliwość. Te 100 mln. nie było opodatkowane, ponieważ środki przekazywane na takie cele opodatkowane wówczas nie były....

„Szpital – ogród”, „szpital – model”, opisywany jako „przykład najlepszych osiągnięć uwzględniających cele medyczne, wygodę użytkownika, nowoczesność i piękno architektury”.

Powstanie tego obiektu i jego doskonała organizacja możliwe były dzięki talentowi organizatorskiemu i olbrzymiej wiedzy prof. dr. Józefa Polikarpa Brudzińskiego, twórcy nowoczesnej polskiej pediatrii oraz Sekcji Polskiej Międzynarodowego Towarzystwa Pediatrycznego, a później Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, autora wielu publikacji naukowych w dziedzinie pediatrii. Doktor Brudziński był człowiekiem wielkiego serca i wielu talentów – pełnił najwyższe funkcje w ówczesnej Warszawie – piastował stanowisko prezydenta Warszawy, był współtwórcą i pierwszym rektorem odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego.

Wielka szkoda, że ten wybitny lekarz, społecznik i uczyony zmarł w 2 lata później, okrywając wielkim żalem świat medycyny i nauki. Zmarł w przeddzień, u progu odzyskania niepodległości o której marzył i o którą walczył, ale równocześnie budował, budował gmachy szpitali w Łodzi i Warszawie, był ekspertem na skalę międzynarodową w zakresie szpitalnictwa.

Potrafił połączyć olbrzymią wiedzę teoretyczną z praktyką lekarską, i jednocześnie pogodzić je z intensywną działalnością społeczną. Był znakomitym naukowcem i na owe czasy nowoczesnym menadżerem.

Aby szpital trwał nadal, aby się dalej rozwijał potrzebni byli jego następcy, wśród nich był Władysław Szenajch – wieloletni dyrektor szpitala, a także Prof. Bogdanowicz i wielu innych.

Jubileusz, którym dane jest nam dzisiaj radować się i świętować, to rocznica z niezwykle piękną i skłaniającą do refleksji historią w tle.

Najogólniej rzecz ujmując, jest to historia o trwaniu i o ciągłości, o 90-cio letnim istnieniu szpitala. Jednak być może w większej mierze jest to historia o dziejach pewnej misji (idei) społecznej oraz grupy ludzi z nią związanych. Ich losy i dzieło zapisały jedne z najwspanialszych kart w historii polskiej pediatrii.

Jak gorzko uczą dzieje naszego kraju, trwanie zawsze było u nas nadzwyczaj deficytową wartością, nie inaczej jest z tym Jubileuszem. Ciągłości istnienia Szpitala Karola i Marii dla Dzieci Fundacji Zofii Szlenkierówny, nie przerywają I i II Wojna Światowa. Dopiero upadek Powstania Warszawskiego, powoduje, że kontynuuje on swoją działalność we Włodzimierzowie, po przejściu przez dramat ewakuacji personelu wraz z rannymi i chorymi. By ostatecznie, choć w tymczasowej siedzibie, móc odrodzić się w roku 1947 pod nowym adresem przy ulicy Działdowskiej 1/3.

Zapewne, ta Konferencja towarzysząca jubileuszowi pozwoli nieco odsłonić meandry powojennej historii Szpitala, Szpitala kilku imion i dwóch adresów. A jednak wciąż tego samego – podążającego za przesłaniem swojej fundatorki: „Nie mury stanowią o wartości instytucji, lecz człowiek, jej *spiritus movens* stanowi wartość pracowników”.

Tak jak już wspomniano, szpital otrzymał nową, tymczasową siedzibę. Tymczasową po dziś dzień....

Myszę, że wielu z nas ma marzenia, ja osobiście do tych osób należę i chciałbym, aby w naszej uczelni zaistniał na nowo nowoczesny szpital pediatryczny, ponownie najnowocześniejszy w Polsce!

Jestem przekonany, że jest to możliwe. Naszym wielkim poprzednikom winni jesteśmy zjednoczenie wysiłków i w ciągu najkrótszego z możliwych dystansu czasowego doprowadzenie tego przedsięwzięcia do celu. Stać nas na to, podobnie jak stać na to społeczeństwo naszego miasta. Proponuję, abyśmy obok innych starań wykorzystali jeszcze raz możliwość akcji dobroczynnej, zanim pomysły parlamentarzystów lub innych reformatorów życia publicznego tej szansy nam nie zabiorą !

W trakcie oficjalnej inauguracji działalności Szpitala, po wojnie, prof. W. Szenajch zacytował słowa św. Franciszka : „trzy najpiękniejsze rzeczy na świecie to kwiaty, gwiazdy i oczy dziecka”. Dzieło i zasługi Szpitala na Działdowskiej to nade wszystko, wyrażające ufność i poczucie bezpieczeństwa – oczy wielu tysięcy małych pacjentów szpitala, którzy na przestrzeni 9-ciu dekad trafili do niego, przezwyciężając choroby, ratując życie.

Wiem, że nasza okolicznościowa konferencja przypomni ważne daty i fakty, a co najważniejsze przywoła pamięć o ludziach, ich wspaniałym dorobku, pasji, a nierzadko – heroizmie. Zabiorą głos Ci, którzy pomogą nam obejrzeć się

wstecz, tak aby raz jeszcze uświadomić sobie, z jak ważną i znaczącą – dla nas, dzisiaj – historią obcujemy.

Mnie, jako urzędującemu rektorowi Akademii Medycznej, która jest kontynuatorką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, wypada pochylić czoła przed wszystkimi, którzy ciężko zapracowali swoimi: talentami, pasją i wytrwałością – na to, iż możemy celebrować ten wspólny jubileusz wspólnie. Mogąc uczynić to tutaj i dzisiaj, a w szczególności – razem z państwem, obecnymi i byłymi – choć na zawsze związanymi ze swoim szpitalem – pracownikami, czuję się głęboko wzruszony i zaszczycony. Bo to przecież nie kto inny, tylko Państwo jesteście twórcami, tego, co zwykło zwać się genius loci Szpitala Karola i Marii, obecnego Klinicznego Szpitala na Działdowskiej im. Wł. Szenajcha.

Szpitala – legendy, w najlepszym z możliwych tego słowa znaczeniu.

Szanowni Państwo sądzę, że będę wyrazicielem wszystkich zebranych i całej społeczności naszej Alma Mater dziękując komitetowi organizacyjnemu dzisiejszej uroczystości za to, że doszła ona do skutku.

Dziękuję w szczególny sposób pani prof. Zofii Rajtar – Leontiew – Przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego, która dała z siebie wszystko, aby „ocalić od niepamięci” Szpital im. Karola i Marii dla Dzieci Fundacji Zofii Szlenkierówny i ludzi, którzy przyczynili się do jego powstania i do powstania nowoczesnej pediatrii polskiej w drugiej dekadzie XX wieku.

Gorąco Państwu za to dziękuję i życzę dalszego dynamicznego rozwoju pediatrii – dziedziny w naukach medycznych, której poświęcili Państwo swoje wysiłki, starania i talenty.

Regulamin przyznawania medalu im. prof. dr. n. med. Władysława Szenajcha

1. Medal przyznaje Kolegium Honorowe (zwane dalej Kapitułą) mające swą siedzibę w szpitalu im. Wł. Szenajcha (lub sukcesora), na swym dorocznym posiedzeniu zwoływanym przez Przewodniczącego.

2. Przewodniczący Kapituły wybierany jest spośród jej członków, na okres 2 lat, zwykłą większością głosów.

3. W skład Kapituły wchodzi: Dyrektor Szpitala, wszyscy Kierownicy Klinik oraz jeden przedstawiciel delegowany przez Radę Społeczną Szpitala.

4. Decyzje kapituły zapadają zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej składu.

5. Medal im. Prof. Wł. Szenajcha przyznawany jest osobie, która wykazała się wybitnymi osiągnięciami naukowymi i/lub dydaktycznymi w zakresie szeroko pojętych nauk pediatrycznych, a także wybitnym organizatorom szpitalnictwa pediatrycznego. Medal można przyznać instytucji szczególnie zasłużonej we wspieraniu działalności służącej dzieciom.

6. Wnioskowanie o przyznanie medalu jest procedurą otwartą, dostępną zarówno dla członków kapituły, jak i dla każdej osoby spoza Kolegium Honorowego.

7. Kapituła prowadzi rejestr przyznawanych medali.





Odznaczeni medalem im. W. Szenajcha

Kapituła:

1. mgr Małgorzata Kalińska
2. prof. dr hab. Lech Korniszewski
3. dr med. Piotr Kostrzewski
4. prof. dr hab. Andrzej Radzikowski
5. prof. dr hab. Zofia Rajtar– Leontiew
6. nacz. pielęgniarka Bożena Ściegłińska
7. prof. dr hab. Marek Kulus

Odznaczeni medalem im. Wł. Szenajcha:

1. Danuta Chmielewska – Szewczyk
2. Danuta Galuba

3. Andrzej Jaczewski
4. Irena Kobusz
5. Irena Krzeska
6. Ewa Kutrzebska
7. Halina Ludwiczak
8. Maria Ochocka
9. Alicja Symonides
10. Józefa Trochim
11. Hanna Tymowska– Umińska
12. Wydawnictwo Borgis
13. Tadeusz Zalewski
14. Barbara Zawirska-Roefler

Polsko-Niemieckie Sympozjum Chirurgii Szczękowo-Twarzowej

Mgr Jacek Persa

Biuro Obsługi Władz Uczelni AM

W dniu 14 listopada 2003 r. w sali Senatu Akademii Medycznej odbyła się Polsko-Niemiecka Konferencja Naukowa Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Organizatorem tego ważnego wydarzenia naukowego była Katedra Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Instytutu Stomatologii.

Na konferencję jako prelegentów zaproszono dwóch wybitnych niemieckich specjalistów w zakresie chirurgii szczękowej: profesora Jörga Wiltfanga (Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie) z Frierdrich –Alexander –Universität Erlangen-Nürnberg oraz profesora Matthiasa Peutena (Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie Städtisches) z Klinikum Karlsruhe. Na konferencję przybyło liczne grono chirurgów szczękowych z całej Polski, które z uwagą śledziło prezentacje niemieckich profesorów.

Konferencję otworzył JM Rektor AM prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, Kierownik Katedry Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Warszawie, wygłaszając wystąpienie wpro-

wadzające w zagadnienia poruszane podczas konferencji. Następnie prof. Jörg Wiltfang wygłosił swój wykład nt.: „Dystrakcje szczęki i żuchwy w wadach morfologicznych”; który wzbogacała bogato ilustrowana prezentacja multimedialna. Profesor Matthias Peuten przedstawił wykład pt.: „Augmentacja szczęki przy użyciu materiałów kościozastępczych i mesh’a”. Oba wykłady były wzbogacone bogatą prezentacją multimedialną.

Po wystąpieniach odbyła się sesja plakatowa przedstawicieli klinik chirurgii szczękowej poszczególnych ośrodków naukowych.

Spotkanie zakończyła sesja poświęcona tematowi: „Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych w 2004 r. w zakresie chirurgii szczękowo – twarzowej”, w której wzięli udział profesorowie i kierownicy klinik chirurgii szczękowo-twarzowej z całej Polski oraz specjaliści wojewódzcy.

Przemówienie JM Rektora AM

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Witam serdecznie Szanownych Państwa na kolejnej już edycji Polsko-Niemieckiego Sympozjum Chirurgii Szczękowo-Twarzowej.

W ubiegłym roku gościliśmy Panów Profesorów: Prof. Joachima Muhlinga oraz Prof. Bodo Hoffmeistera. Dzisiaj, również przyjechali do nas z interesującymi wykładami Prof. Jörg Wiltfang, kierownik Kliniki Chirurgii Czaszko-Szczękowo-Twarzowej w Kolonii oraz Prof. Matthias Peuten z Karlsruhe – znakomici chirurdzy szczękowi z Niemiec.

Jak wiemy nasze dzisiejsze spotkanie zagrożone było perspektywą strajku generalnego kolei, na szczęście został on dosłownie w ostatniej chwili odwołany. Warto przy tej okazji powiedzieć, że nasze kolejne międzynarodowe, dwustronne spotkanie niemiecko-polskie planowane jest w Niemczech. Bezpośrednio po dopięciu spraw organizacyjnych zawiadomimy państwa o warunkach uczestnictwa. Miej-

scem spotkania będzie Berlin z uwagi na łatwość dojazdu z Polski.

Planujemy do 30 referatów i wykładów zarówno wybitnych wykładowców z Niemiec, jak i uczestników konferencji z Polski. Jest z nami dzisiaj Pan Marian Rogowski, któremu bardzo wiele zawdzięczamy.

Korzystając z nadarżającej się okazji pragnę Państwa poinformować o tym, że od wiosennej sesji egzaminacyjnej ulegnie zmianie, aktualizacji i nowelizacji bank pytań z chirurgii szczękowo-twarzowej. Oczywiście, przedtem pytania te zostaną opublikowane w czasopiśmie o zasięgu ogólnokrajowym, np. w „Czasopiśmie stomatologicznym”.

Chciałbym jednocześnie zakomunikować, że skonstruowany został ostatecznie nowy program specjalizacji w zakresie chirurgii szczękowej. Program ten jest opublikowany na stronie internetowej CMKP. W okresie przejściowym posiada aż 8 wersji nieznacznie różniących się pomiędzy

sobą w zależności od specjalizujących się, którymi mogą być lekarze bezpośrednio po studiach, bądź posiadający już specjalizację w zakresie chirurgii ogólnej, otolaryngologii, chirurgii stomatologicznej. Naturalnie, założeniem jest uzyskanie tak samo dobrze wykształconego specjalisty chirurga szczękowo-twarzowego, bez względu na kolejność uzyskiwanych specjalizacji, a tym samym nieco indywidualny, osobisty tok specjalizacji. Akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia specjalizacji posiadają obecnie wszystkie Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej akademickich uczelni medycznych w Polsce oraz niektóre Oddziały Chirurgii Szczękowej. Jak wiemy, program specjalizacji obejmuje określony zakres umiejętności praktycznych, wyrazem ich zdobycia jest osobiste wykonanie określonej palety zabiegów, sprawdzeniem jest oczywiście egzamin praktyczny.

Jak Państwo wiedzą, program specjalizacji obejmuje, a jednocześnie stawia wymagania odbycia kursu prowadzącego oraz kursów podstawowych objętych programem. Kursy te, oczywiście mogą być rozłożone na cały okres 5-6 lat specjalizacji. Na rok 2004, kursy te zostały zaplanowane i odbędą się zgodnie z programem opublikowanym na stronie internetowej CMKP. Nie wiem, czy wszyscy Państwo wiedzą już o tym, że przyjęta została uchwała NRL o kształceniu ustawicznym, niezależnie od statusu naukowego i zawodowego wszyscy będziemy poddani jej rygorom.

Cieszę się, że mogę, podobnie jak w latach ubiegłych zaprosić Państwa do udziału w comiesięcznych konferencjach naukowo-szkoleniowych odbywających się w tej sali

już od 3 lat. Organizatorem tych posiedzeń jest Akademia Medyczna w Warszawie, a w szczególności sposób Katedra Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Przypominam, że najbliższe spotkanie odbywa się 18 listopada we wtorek o 12.00.

Spotkania te, poza programem naukowo-szkoleniowym, stanowią swoiste ogólnopolskie forum wymiany informacji w gronie specjalistów w chirurgii szczękowo-twarzowej i specjalności pokrewnych.

Witam jeszcze raz naszych dzisiejszych wykładowców, witam także wszystkich uczestników, witam kierowników Klinik Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Zakładów Chirurgii Stomatologicznej z całej Polski. Witam naszych gości, w tym władze uczelni Akademii Medycznej w Warszawie, władze dziekańskie. Serdecznie witam też kierowników klinik i zakładów innych specjalności: Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej i Przyzębia, Ortodoncji, Protetyki, Otolaryngologii.

Nasze cykliczne spotkania, takie jak to dzisiejsze, ale również bieżąca współpraca, bieżące porozumiewanie się kierowników jednostek w ostatnim okresie jest coraz bardziej ożywione, na co mają wpływ nieustające reformy służby zdrowia, które oczywiście dotyczą również naszej specjalności. Dlatego również dzisiaj zapraszam wszystkich konsultantów wojewódzkich i kierowników klinik na spotkanie, które poświęcone będzie akceptacji propozycji kontraktów na świadczenia zdrowotne w 2004 r. Weźmie w nim udział Dyrektor Andrzej Krupa z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z Życia Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego w Akademii Medycznej

Mgr Janina Wereszczak-Wzorek

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM

Oddział Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie po raz pierwszy w historii uczelni rozpoczął nauczanie fizjoterapii, w systemie 3-letnich studiów licencjackich i 2-letnich studiów magisterskich (Uchwała Senatu Nr 22 z dnia 25 czerwca 2001 roku) w roku akademickim 2001/2002.

Powstanie Oddziału Fizjoterapii w Akademii Medycznej spowodowane było potrzebami środowiska oraz nowym, całościowym i holistycznym spojrzeniem na pacjenta i jego potrzeby.

Rozwój cywilizacji i postęp w medycynie przyczyniają się do przedłużenia życia współczesnego człowieka. Dynamicznie narastająca technizacja życia, zanieczyszczenie powietrza, wody i pożywienia, niewłaściwy sposób odżywiania, stosowanie używek, nadużywanie leków – wszystko to stwarza dodatkowe, ujemne czynniki wpływające na zdrowie człowieka, co wpływa z kolei na zwiększenie się liczby tzw. chorób cywilizacyjnych.

Współczesne warunki życia, które jednostronnie przeciążają układ ruchu, obniżają tym samym jego możliwości po-

dołania obciążeniom w pracy zawodowej oraz w życiu codziennym. W związku z tym wydaje się, że medycyna powinna szukać nowych sposobów kompleksowego leczenia, włączając w to leczenie fizjoterapeutyczne.

Nie dziwi więc fakt, że w Akademii Medycznej rozpoczęto szkolenie fizjoterapeutów podczas 3-letniego kursu licencjackiego z możliwością studiów magisterskich.

Fizjoterapia rozwija się w Polsce bardzo dynamicznie. Powstaje wiele ośrodków specjalistycznych wysokiej klasy. Rolą fizjoterapeuty jest branie udziału w leczeniu wcześniej zdiagnozowanego chorego, na zasadzie pełnej współpracy i partnerstwa z lekarzem.

Realizowany program kształcenia fizjoterapeutów w AM określają m.in. proponowane przez Radę Szkolnictwa Wyższego minimalne wymagania programowe. Cały cykl nauczania obejmuje trzy bloki przedmiotów:

- podstawowe i kliniczne nauki medyczne
- nauka przedmiotów fizjoterapii
- nauki kształcenia ogólnego i humanistycznego.

Nauczyciele prowadzą zajęcia według nowoczesnych metod nauczania (m.in.: metodą PBL – Problem Based Learning).

Dokładamy wszelkich starań, aby kształcenie było na poziomie norm Unii Europejskiej, tak aby dyplom fizjoterapeuty był uznawany w innych krajach Europy.

W bieżącym roku akademickim 2003/2004 zajęcia dydaktyczne dla studentów I, II i III roku studiów Fizjoterapii będą prowadzone w Zakładzie Rehabilitacji przy ul. Solec 57.

Zajęcia praktyczne z chorymi, odbywające się po trzecim semestrze, będą prowadzone w klinikach i specjalistycznych ośrodkach rehabilitacyjnych.

Przy Oddziale Fizjoterapii aktywnie działa studenckie koło naukowe. Efektem tej działalności był tegoroczny, dwutygodniowy obóz naukowy pod hasłem : Fizjoterapia w geriatricii. Relację z tego obozu prezentujemy na kolejnych stronach.

Rozwój nauk medycznych, zapobieganie chorobom lub łagodzenie ich przebiegu i skutków, profilaktyczna fizjoterapia, kompleksowa rehabilitacja, dbałość o wzrost świadomości pacjentów, to wyzwania dla nauczycieli i studentów fizjoterapii kształcących się na poziomie akademickim w naszej Uczelni.

Obrony prac doktorskich

Dziekana II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że w **dniu 28 listopada 2003 roku** w sali Senatu Rektoratu Akademii Medycznej w Warszawie przy ul. Żwirki i Wigury 61, odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:

godz.12.00

lek. Maria Orzeszko

Witaminy antyoksydacyjne, a przewlekłe zapalenie trzustki

promotor: Dr hab. med. Mirosław Jarosz

recenzenci: Prof. dr hab. Wojciech Noszczyk

Prof. dr hab. Krzysztof Linke

godz.13.00

lek. Małgorzata Ryżko-Skiba

Ocena stanu odżywienia chorych w szpitalach w Polsce

promotor: Dr hab. med. Mirosław Jarosz

recenzenci: Prof. dr hab. Bruno Szczygieł

Prof. dr hab. Krzysztof Linke

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

Zespół szczeliny oczodołowej górnej jako manifestacja różnych stanów patologicznych

Lek. Jan Kwiatkowski¹

Lek. Jerzy Reymond²

Dr hab. med. Jarosław Wysocki³

¹Oddział Okulistyki Radomskiego Szpitala Zespolonego

²Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Zespolonego

³Zakład Anatomii Prawidłowej Akademii Medycznej w Warszawie

Summary

Superior orbital fissure on the relatively small area contains considerable number of important neural and vascular structures, which traverse the fissure on their course from orbit to skull cavity or vice versa. It makes all the pathologic changes in the vicinity of the fissure to manifest in certain and prominent way. The superior orbital fissure syndrome is characterized by: paralysis of all eyeball movement, ptosis, exophthalmos, immobilization and dilatation of pupil, anaesthesia of skin of front and superior eyelid, absence of corneal reflex, and pain deep in the orbit. This syndrome, coexisting sometimes with the orbital apex syndrome, may be a clinical manifestation of several serious pathological processes, existing in orbit or in cranial cavity. All these situations always demand thorough diagnostic, keeping in mind real threaten for organ of vision. The authors describe topographical anatomy of the superior orbital fissure, considering with particular notion anatomical conditions of symptomatology of the superior orbital fissure syndrome.

Słowa kluczowe: szczelina oczodołowa górna, anatomia, patologia

Key words: superior orbital fissure, anatomy, pathology

Streszczenie

Szczelina oczodołowa górna na stosunkowo niewielkiej przestrzeni zawiera szereg ważnych struktur nerwowych i naczyniowych, przebiegających pomiędzy jamą czaszki a oczodołem. Sprawia to, że zmiany chorobowe w tej okolicy manifestują się w sposób wyraźny. Zespół szczeliny oczodołowej górnej charakteryzują: porażenie ruchów oka, opadnięcie powieki, wytrzeszcz, unieruchomienie i rozszerzenie źrenicy, znieczulenie skóry czoła i powieki górnej, brak odruchu rogówkowego, silny ból w głębi oczodołu. Zespół ten, współwystępujący niekiedy z zespołem szczytu oczodołu, może być kliniczną manifestacją szeregu patologii toczących się w oczodole lub w jamie czaszki. Sytuacje te wymagają zawsze starannej i wnikliwej diagnostyki, z uwagi na zagrożenie dla narządu wzroku.

Autorzy omawiają anatomie topograficzną szczeliny oczodołowej górnej i sąsiedztwa, zwracając uwagę na anatomiczne uwarunkowania symptomatologii zespołu szczeliny oczodołowej górnej.

Wprowadzenie

W obrębie każdej z okolic ciała są miejsca szczególne, w których zbiegają się liczne ważne struktury, a których uszkodzenie powoduje wystąpienie wyraźnie sprecyzowanych dolegliwości, układających się w objawy chorobowe lub zespoły tych objawów, stanowiące poważny problem kliniczny. Do takich miejsc w obrębie głowy należy szczelina oczodołowa górna. Większość struktur związanych z prawidłowym funkcjonowaniem narządu wzroku – najważniejszego zmysłu człowieka – wchodzi lub wychodzi z oczodołu właśnie przez szczelinę oczodołową górną lub przez kanał wzrokowy. Pozostałe połączenia oczodołu z dołami i jamami sąsiednimi, choć ważne, są jednak drugorzędne. Szczelina oczodołowa górna, z racji nagromadzenia szeregu struktur na małej powierzchni, jest miejscem, w którym nawet niewielka zmiana chorobowa prowadzi do poważnych zaburzeń funkcji. Znajomość topografii tej okolicy, jej anatomii i patologii jest istotna nie tylko dla lekarzy okulistów, czy chirurgów szczękowo-twarzowych, ale także dla lekarzy innych specjalności.

Anatomia topograficzna oczodołu

Struktury oczodołu topograficznie układają się w trzech piętrach (1, 2, 3, 4, 5). W obrębie piętra górnego, położonego pomiędzy stropem oczodołu a stożkiem mięśniowym, leżą Nieliczne naczynia i nerwy, takie jak: nerw błoczkowy, biegnący po górnej krawędzi mięśnia skośnego górnego, nerw czołowy, leżący na powierzchni górnej mięśnia dźwigacza powieki górnej oraz nerw i naczynia łzowe, leżące na górnej krawędzi mięśnia prostego bocznego. Piętro środkowe oczodołu wyznacza stożek mięśniowy, utworzony przez mięśnie przyłączone do pierścienia Zinna. Leżą tu najważniejsze struktury oczodołu – tj. oko (gałka oczna i nerw wzrokowy) i większość jego narządów dodatkowych. Piętro dolne znajduje się pomiędzy stożkiem mięśniowym a dnem oczodołu. Zawiera ono mięsień oczodołowy Mullera (mięsień gładki), nerw i naczynia podoczodołowe, nerw jarzmowy, a także żyłę oczną dolną. Oczodół wysłany jest okostną (periorbita), która przez kanał wzrokowy i szczelinę oczodołową górną przechodzi w oponę twardą jamy czaszki.

Stożek mięśniowy oczodołu tworzą mięśnie proste oraz mięsień dźwigacz powieki górnej. Pierścień ścięgnisty wspólny, utworzony przez okostną oczodołu i oponę twardą jamy czaszki, zwany pierścieniem Zinna, leżący w szczycie oczodołu otacza otwór oczodołowy kanału wzrokowego i przyśrodkowo leżący odcinek szczeliny oczodołowej górnej (2, 3, 5, 6). Szósty z mięśni oka – mięsień skośny dolny, rozpoczyna się samotnie na brzegu podoczodołowym szczęki i nie korzysta z pierścienia Zinna. Pierścień ścięgnisty wspólny jest ukształtowany jako dwa półpierścienie (7). Półpierścień górny stanowi przyczep mięśnia prostego górnego, dolne zaś ograniczenie to przyczep prostego przyśrodkowego, dolnego i bocznego. Mięsień skośny górny zaczyna się powyżej pierścienia Zinna, na skrzydle mniejszym kości klinowej. Pierścień ścięgnisty jest ściśle złączony z okostną oczodołu i oponą twardą, otaczającą nerw wzrokowy. Pierścień jest umocowany do trzonu kości klinowej, do skrzydła większego oraz do skrzydła mniejszego. Na dolnej krawędzi skrzydła większego kości klinowej znajduje się często specjalny twór służący za miejsce umocowania pierścienia w jego bocznej części (3). Twór ten nazywany jest kolcem mięśnia prostego bocznego (5, 8).

Nerw wzrokowy stanowi oś stożka mięśniowego, przebiegając od oczodołowego otworu kanału wzrokowego do bieguna tylnego gałki ocznej. W obrębie oczodołu nerw wzrokowy leży luźno, otoczony tkanką tłuszczową i łączną. Od góry krzyżują go: żyła oczna górna, tętnica oczna i nerw nosowo-rzęskowy. Na bocznej części obwodu nerwu wzrokowego leży zwój rzęskowy, jego korzenie i gałęzie. Na bocznym obwodzie nerwu wzrokowego w obrębie szczytowej części oczodołu leżą także: nerw nosowo-rzęskowy i żyła oczna górna. Bocznie od nich znajduje się początkowy

odcinek mięśnia prostego bocznego (3).

Tętnica oczna jest głównym źródłem zaopatrzenia tętniczego oczodołu i oka. Tętnica oczna wchodzi do kanału wzrokowego, leżąc w nim bocznie, a następnie poniżej nerwu (3). Po wejściu do oczodołu tętnica leży pomiędzy nerwem wzrokowym a nerwem okoruchowym i odwodzącym. W dalszym odcinku swojego przebiegu tętnica krzyżuje od góry nerw wzrokowy, przechodząc na jego stronę przyśrodkową i biegnąc dalej po przyśrodkowej ścianie oczodołu. Oddaje ona szereg gałęzi do nerwu wzrokowego, gałki ocznej, mięśni oka i gruczołu łzowego (1, 2, 4, 5). Otwór oczodołowo-oponowy (foramen meningo-orbitale), który mieści zespolenie pomiędzy tętnicą oponową środkową a tętnicą oczną, leży w skrzydle większym kości klinowej, w bezpośrednim sąsiedztwie szczeliny oczodołowej górnej, a czasami łącząc się z tą szczeliną (1, 4, 9). Otwór ten, a częściej – stosunkowo długi kanał kostny – znany jest jako kanał Hyrtla, występuje według różnych autorów od 6 do 49% (9, 10, 11). W niezwykle rzadkich przypadkach cała tętnica oczna odchodzi od gałęzi czołowej tętnicy oponowej środkowej. Wchodzi ona wtedy do oczodołu przez szczelinę oczodołową górną (12).

Żyła oczna górna jest jedną z trzech głównych żył narządu wzroku i jednym z głównych elementów topograficznych oczodołu (2, 5, 13). W przebiegu żyły wyróżnia się trzy odcinki topograficzne: w odcinku pierwszym żyła biegnie pod stropem oczodołu, ponad stożkiem mięśniowym; w odcinku drugim leży w stożku mięśniowym oka, krzyżując od góry nerw wzrokowy; w trzecim odcinku żyła wychodzi spod mięśnia prostego górnego, biegnie ku tyłowi i nieco w bok razem z nerwem łzowym i naczyniami łzowymi, dochodząc do szczeliny oczodołowej górnej. W szczelinie żyła leży bocznie od przyczepów mięśnia prostego górnego i prostego bocznego. Następnie żyła na pewnym odcinku biegnie w kierunku przyśrodkowym, wzdłuż szczeliny, krzyżując od dołu elementy nerwowe pierścienia Zinna i uchodząc do przednio-dolnego odcinka zatoki jamistej. Zatoka jamista stanowi tylną granicę oczodołu w zakresie szczeliny oczodołowej górnej, tak że wszystkie nerwy, wchodzące drogą tej szczeliny do oczodołu, są jednocześnie składnikami zatoki jamistej. Sąsiedztwo z tętnicą szyjną wewnętrzną powoduje, że tętniaki odcinka przyklinowego tej tętnicy mogą powodować objawy zespołu szczeliny oczodołowej górnej (14).

Nerw oczny wchodzi do oczodołu już podzielony na trzy gałęzie: nerw czołowy, łzowy i nosowo-rzęskowy (1, 2, 3, 5). Nerw czołowy oraz jego gałęzie leżą blisko siebie i nerwu błoczkowego; nerw nosowo-rzęskowy jeszcze w zatoce jamistej oddziela się od obu wspomnianych nerwów i wchodzi do oczodołu w pobliżu przyśrodkowego bieguna szczeliny oczodołowej górnej. Nerw łzowy leży w obrębie

szczeliny oczodołowej górnej w bezpośrednim sąsiedztwie żyły ocznej górnej, a w oczodole biegnie w sąsiedztwie jego bocznej ściany, wzdłuż brzegu górnego mięśnia prostego bocznego. Nerw bloczkowy znajduje się po przyśrodkowej stronie nerwu czołowego, wraz z nim przebiegając przez szczelinę oczodołową górną, po czym w oczodole oddala się od niego, kierując się na górny brzeg mięśnia skośnego górnego, do którego wnika. Gałąź górna nerwu okoruchowego w pierścieniu ścięgniście biegnie poniżej przyczepu mięśnia prostego górnego, krzyżuje nerw wzrokowy bocznie i po osiągnięciu dolnej powierzchni mięśnia prostego górnego przebija go, unerwiając ten mięsień i dźwigacz powieki. Gałąź dolna nerwu okoruchowego po wejściu do oczodołu biegnie po bocznym brzegu mięśnia prostego dolnego, oddając gałęzie do tego mięśnia oraz do mięśnia skośnego dolnego i do prostego przyśrodkowego (3, 15). Nerw odwodzący leży w obrębie pierścienia ścięgniście przyśrodkowo od nerwu nosowo-rzęskowego, pomiędzy gałęziami nerwu okoruchowego. Następnie kieruje się w stronę bocznej ściany oczodołu i dochodzi do przyśrodkowej powierzchni mięśnia prostego bocznego, do którego wnika.

Anatomia topograficzna szczeliny oczodołowej górnej i kanału wzrokowego

Szczelina oczodołowa górna jest podzielona na wyraźnie od siebie oddzielone składniki, czyli przedziały topograficzne. Niektórzy autorzy wyróżniają dwa przedziały (6, 15), inni trzy (3, 7, 17). Według koncepcji zakładającej dwa przedziały topograficzne w obrębie szczeliny wyróżnić można:

- część górną, albo górno-boczną, zawierającą nerw bloczkowy, łzowy, czołowy i żyłę oczną górną;
- część dolną, albo przyśrodkową, zawierającą górną i dolną gałąź nerwu okoruchowego, nerw nosowo-rzęskowy i nerw odwodzący. Leży tu także korzeń czuciowy i korzeń współczulny dla zwoju rzęskowego. Żyła oczna dolna może przebiegać przez pierścień ścięgniście lub częściej – go omijać (3, 16).

Podział ten wynika przede wszystkim z samego kształtu szczeliny, bowiem w większości przypadków można wyróżnić w niej wąską i długą część boczną oraz szeroką, a krótką część przyśrodkową (8, 18, 19). Usytuowanie struktur w obrębie szczeliny jest dość stałe; strukturą leżącą najbliżej przyśrodkowej krawędzi szczeliny jest gałąź górna nerwu okoruchowego, najbliżej krawędzi górnej leży nerw bloczkowy, a najbliżej dolnej – nerw odwodzący (6).

Według koncepcji zakładającej trzy przedziały, sektor boczny odpowiada wąskiej części górno-bocznej szczeliny i prowadzi nerw bloczkowy, czołowy i łzowy oraz żyłę oczną górną. Sektor centralny odpowiada pierścieniowi ścięgniście wspólnemu i zawiera gałąź górną i dolną nerwu okoru-

chowego oraz nerw nosowo-rzęskowy i nerw odwodzący oraz korzenie zwoju. Sektor dolny leży poniżej pierścienia wspólnego i jest głównie wypełniony tkanką tłuszczową; biegnie tu żyła oczna dolna (20). Według Ettla (7) żyła oczna górna biegnie w przedziale centralnym, jednak nikt inny nie potwierdza tego spostrzeżenia, poczynionego na podstawie analizy obrazów MRI.

Kształt szczeliny oczodołowej górnej charakteryzuje się znaczną zmiennością. W klasycznych podręcznikach jest on opisywany jako trójkątny albo jako przypominający łaskę, albo kij golfowy (1, 4). Shapiro i Janzen dokonali szczegółowej klasyfikacji szczeliny oczodołowej górnej pod względem kształtu, wyróżniając 6 typów (19), a Sharma (8) wyróżnił tych typów 9. Najczęstszym typem jest szczelina szeroka w części przyśrodkowej i wąska w bocznej (56%). Długa, wąska szczelina na całym jej przebiegu występuje w 12%, stożkowa w 11%, a w kształcie hantli, tj. z rozszerzeniem na obu jej końcach, w 12% (21). Na uwagę zasługuje to, że nierzadko zdarza się pneumatyzacja skrzydła mniejszego kości klinowej i ścian kanału wzrokowego, co powoduje, że stany zapalne komórek sitowych tylnych mogą szerzyć się na struktury w nich zawarte (18). Szczelina oczodołowa górna może łączyć się z otworem okrągłym, tworząc znany z anatomii zwierząt *foramen orbito-rotundum*. Ten stan występuje u człowieka w 12 tyg. życia płodowego (21).

W piśmiennictwie można znaleźć niewiele danych na temat wielkości szczeliny oczodołowej górnej, ale wiadomo, że jej wymiary wykazują dość dużą zmienność. Szczelina oczodołowa górna tworzy mniej lub bardziej trójkątne pole o wysokości 20-22 mm (3, 6, 15, 21). Istotne znaczenie kliniczne mają także pewne odległości, charakteryzujące głębokość położenia szczeliny oczodołowej względem ważnych punktów topograficznych oczodołu. Odległość pomiędzy otworem nadoczodołowym, a punktem środkowym szczeliny oczodołowej górnej wynosi 40 – 45,7 mm. Odległość pomiędzy otworem sitowym tylnym, a tym punktem wynosi natomiast 14.6+/-2.8 mm. Od szwu czołowo-jarzmowego jest szczelina oddalona średnio o 34, 3 – 37,7 mm (22, 23).

Patologia szczeliny oczodołowej górnej

Procesy patologiczne toczące się w sąsiedztwie złącza oczodołowo-czaszkowego cechuje szczególnie bogata symptomatologia (7 2000). Wśród nich wymienia się zespół szczytu oczodołu i zespół szczeliny oczodołowej górnej oraz zespół zatoki jamistej. Zespół szczytu oczodołu dotyczy nerwów: II, III, IV, V₁ i VI, zespół szczeliny oczodołowej górnej nerwów: III, IV, V₁ i VI, a zespół zatoki jamistej wynika z uszkodzenia nerwów: III, IV, V₁, V₂, VI i splotu współczulnego tętnicy ocznej (24). Zespół szczeliny oczodołowej górnej i zespół szczytu oczodołu występują zazwyczaj łącznie (26).

Zespół szczeliny oczodołowej górnej, opisany przez Hirsfelda w roku 1859 charakteryzują (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34):

- porażenie ruchów oka
- opadnięcie powieki
- wytrzeszcz
- unieruchomienie i rozszerzenie źrenicy
- znieczulenie skóry czoła i powieki górnej
- brak odruchu rogówkowego
- ból w głębi oczodołu.

Opadnięcie powieki górnej w tym zespole jest wynikiem porażenia mięśnia tarczowego Muellera, unerwionego współczulnie (34).

Zespół szczeliny oczodołowej górnej wraz z zespołem szczytu oczodołu może mieć różnorodną etiologię, stąd diagnostyka uwzględniać musi cały szereg możliwych patologii (35). W piśmiennictwie można znaleźć tak różnorodne przyczyny wystąpienia omawianego zespołu, jak: jednoczesne wystąpienie porażenia nerwów: III, IV, V₁ i VI w neuropatii cukrzycowej, obrzęk śluzakowaty w przebiegu nadczynności tarczycy, zespół Tolosa-Hunt (granulocytarne zapalenie zatoki jamistej), powikłania zapalenia zatok klinowej i komórek sitowych w przebiegu infekcji grzybiczej u pacjentów sterydozależnych, nowotwory okolicy zagałkowej, krwiaki pourazowe mięśni oka, krwiaki zagałkowe, krwiaki czy infekcje zatoki jamistej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, czy infekcje w okolicy zagałkowej, ziarniak Wegenera, histiocytoza X, schwannoma szczytu oczodołu, czy złamania kości twarzo- i mózgowo-czaszki, a nawet ciała obce oczodołu penetrujące do zatoki jamistej przez szczelinę oczodołową górną. Niektóre z objawów zespołu szczeliny oczodołowej górnej mogą też być powodowane przez kostniaki skrzydła mniejszego kości klinowej. Opisano także umiejscowienie się w szczelinie oczodołowej górnej przerzutu raka płaskonabłonkowego skóry twarzy, czego konsekwencją był zespół szczeliny oczodołowej górnej (26, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40).

Ważnym elementem w ostatecznym rozpoznaniu jest badanie radiologiczne szczeliny oczodołowej górnej, bowiem erozja brzegów szczeliny, widoczna w obrazie RTG jest ważnym wskaźnikiem patologii w tej okolicy (18). Poszerzenie szczeliny oczodołowej górnej spotykamy w uszkodzeniach natury naczyniowej, guzach przysadki, oponiakach, guzach oczodołu, tak miejscowych (chłoniakomięsak, naczyniaki, cysty dermoidalne, tłuszczaki, pseudoguzy), jak przerzutowych (mięsaki, raki, chłoniaki), retikuloendoteliozie (choroba Handa-Schullera-Christiana), torbielach, czy innych patologii środkowego dołu (18). Z kolei zwężenie szczeliny występuje w: mukowiscydozie, innych stanach zapalnych zatok sitowych, chorobie Pageta, osteopetrozie, guzach cechujących się osteogenezą (np. oponiaki), czy przerzu-

towe nowotwory osteoblastyczne, a nawet talasemia, bowiem w tym przypadku występuje ekspansja śródkościa (18).

Osobnego omówienia wymaga zespół szczeliny oczodołowej górnej jako konsekwencja urazów, przebiega on bowiem stosunkowo skrycie, maskowany przez dramatycznie niekiedy wyglądające uszkodzenia twarzy. Pourazowy zespół szczeliny oczodołowej górnej zdarza się rzadko: w około 1% złamań twarzoczaszki (34). Nerwy zawarte w tej szczelinie, podczas przemieszczeń odłamów kostnych w przebiegu złamania, a także podczas narastania krwiaka pourazowego, mogą być uciskane i pociągane przez pierścień ścięgnisty (27, 28, 30, 33). Zespół szczeliny oczodołowej górnej może być elementem złamań czołowo-oczodołowo-nosowych, które z kolei zaliczane są do złamań górnego piętra twarzoczaszki (26). Do zespołu szczeliny oczodołowej górnej dochodzi, gdy linie złamań zbiegające się po stropie oczodołu, omijając kanał nerwu II, obejmują tylko szczelinę oczodołową górną i uszkadzają jej zawartość. W przypadkach uszkodzeń umiejscowionych w obszarze szczeliny oczodołowej górnej, rozchodzą się dalej i obejmują jednocześnie kanał nerwu II, powodując zespół szczytu oczodołu (26). W tym zespole do wyżej opisanych objawów dochodzi znaczne upośledzenie ostrości wzroku lub jednostronna ślepotą. Zespół szczeliny oczodołowej górnej występuje niekiedy w obrazie klinicznym złamań Le Fort II lub III, albo złamań jarzmowo-szczękowych (33, 34, 41, 42, 43).

Szczególnością wśród złamań oczodołu zajmują złamania, przebiegające z wgłobieniem jednej ze ścian oczodołu, nazywane złamaniami *blow-in* (44, 45). Złamania takie, choć nie wywołują wielkich deformacji twarzy, mogą jednak powodować poważne objawy, takie jak pęknięcie gałki ocznej, uraz nerwu wzrokowego, czy zespół szczeliny oczodołowej górnej (26, 46, 47, 48, 49). Złożone złamania ściany bocznej oczodołu, powodujące zespół szczeliny oczodołowej górnej spotykane są jednak rzadko i zazwyczaj nie powodują one objawów neurologicznych, a ograniczenie ruchomości gałki ocznej wynika z obecności krwiaka i obrzęku (45, 50).

W przypadku stłuczeń, obrzęków i krwiaków, wyleczenie następuje bez interwencji chirurgicznej, w pozostałych sytuacjach konieczne jest leczenie operacyjne (27, 26, 34, 51). Generalnie prognoza jest dobra, mimo ciężkich objawów (27, 28, 31, 33, 34).

Dostęp operacyjny do okolicy szczeliny oczodołowej górnej jest możliwy od strony oczodołu lub od strony jamy czaszki (3, 15, 20, 49). Czołowo-skroniowa jarzmowo-oczodołowa kraniotomia jest częstą drogą dojścia operacyjnego do oczodołu. W kombinacji z innymi głębokimi osteotomiami stwarza nawet możliwość eksploracji tylnego dołu czaszkowego, dzięki resekcji szczytu piramidy. w tym nawet do

tętnicy podstawnej. Dotarcie do szczeliny oczodołowej górnej oraz szczytu oczodołu jest również możliwe z dostępu endoskopowego przez środkowy przewód nosowy (52). W zależności od rodzaju występujących uszkodzeń kostnych oraz charakteru towarzyszących im powikłań, leczenie tych złamań wymaga specjalistycznego postępowania. Należą do nich: rekonstrukcja kości sklepienia czaszki, odbudowa stropów i górnych brzegów oczodołów oraz ich pozostałych ścian i brzegów, rekonstrukcja uszkodzeń kostnych powstałych w obszarze górnego masywu twarzy (26).

Z przedstawionego przeglądu piśmiennictwa wynika, że szczelina oczodołowa górna ma kluczowe znaczenie w szeregu schorzeń narządu wzroku. Dokładna znajomość jej anatomii jest niezbędna tak dla lekarzy radiologów, jak okulistów i chirurgów szczękowo-twarzowych.

Literatura

1. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka T.III*, PZWL Warszawa 1993, 186-187.
2. Duke-Elder S.: *System of ophthalmology; Normal and abnormal development*. Vol. III/2. Kimpton, London 1964.
3. Natori Y., Rhoton A.L.: *Transcranial approach to the orbit: microsurgical anatomy*. J Neurosurg 1994, 81, 78-86.
4. Williams P., Bannister L.: *Grays Anatomy*. 38 th ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, 1995, pp: 555, 560, 571.
5. Wolff E.: *Anatomy of the eye and orbit*. 4 wyd., H.K. Lewis, London 1958.
6. Govsa F., Erturk M., Kayalioglu G., Pinar Y., Ozer M.A., Ozgur T.: *Neuro-arterial relations in the region of the optic canal*. Surg. Radiol. Anat 1999, 21, 329-335.
7. Ettl A., Zwrtek K., Daxer A., Salomonowitz E.: *Anatomy of the orbital apex and cavernous sinus on high-resolution magnetic resonance images*. Surv. Ophthalmol. 2000, 44, 303-323.
8. Bissaria K.K., Kumar N., Prakesh M., Sharma P.K., Agarwal P.P., Lakhtakia P.K., Premesagar I.C.: *The lateral rectus spine of the superior orbital fissure*. J. Anat. 1996, 189, 1-24.
9. Georgiou C., Cassell M.D.: *The foramen meningo-orbitale and its relationship to the development of the ophthalmic artery*. J. Anat. 1992, 180, 119-125
10. Mysorekar V.R., Nandedkar A.N.: *The groove in the lateral wall of the human orbit*. Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. 1967, 101, 814-827.
11. Santo Neto H., Penteado C.V., de Carvalho V.C.: *Presence of a groove in the lateral wall of the human orbit*. J. Anat. 1984, 138, 631-633.
12. Liu Q., Rhoton A.L.: *Middle meningeal origin of the ophthalmic artery*. Neurosurgery 2001, 49, 401-406.
13. Cheung N., Mc Nab A.A.: *Venous anatomy of the orbit*. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2003, 44, 988-995.
14. Sadasivan B., Ma S.H., Dujovny M., Ausman J.I., Zamorano L., Dragovic L.: *The anterior cavernous sinus space*. Acta Neurochir. (Wien) 1991, 108, 154-158.
15. Morard M., Tcherekayev V., de Tribolet N.: *The superior orbital fissure: a microanatomical study*. Neurosurgery 1994, 35, 1087-1093.
16. Bergin D.J.: *Anatomy of the eyelids, lacrimal system and orbit*. W: Mc Cord C.D., Tanenbaum M. (Eds.): *Oculoplastic surgery*. 2-nd ed., Raven Press, New York 1987, p. 46-47
17. Johnston T.B., Davies D.V., Davies F. (eds.): *Grays Anatomy*. 32-ed., Longmans, Green & Co LTD, London 1958.
18. Shapiro R., Robinsn F.: *Alterations of the sphenoidal fissure produced by local and systemic processes*. J. Anat. 1967, 151, 255-257.
19. Shapiro R., Janzen A.H.: *The normal skull; a Roentgen study*. P.B. Hoeber Inc., New York 1960.
20. Natori Y., Rhoton A.L.: *Microsurgical anatomy of the superior orbital fissure*. Neurosurgery 1995, 36, 762-775.
21. Kornblum K., Kennedy G.R.: *Sphenoidal fissure: anatomical, roentgenological and clinical study*. Am. J. Roentgenol. & Radiother. 1942, 47, 845-858.
22. Hwang K., Baik S.H.: *Surgical anatomy of the orbit of Korean adults*. J. Craniofac. Surg. 1999, 10, 129-134.
23. Karkaras P., Bozkir M.G., Ouz O.: *Morphometric measurements from various reference points in the orbit of male Caucasians*. Surg. Radiol. Anat. 2002, 24, 358-362
24. Miller N.R.: *Walsh and Hots clinical neuroophthalmology* Vol. 2. 4 and Wilkins, Baltimore 1985, 672-673.
25. Del Balso A.: *Radiographic evaluation of maxillofacial trauma*. W: 25 A., (eds.) Maxillofacial imaging. WB Saunders, Philadelphia 1990, 35-128.
26. Wanyura H.: *Złamania szkieletu czaszkowotwarzowego*. W: Kryst L. (red.): *Chirurgia głowy i szyi*. PZWL, Warszawa 1996, ss: 150-155.
27. Bowerman J.E.: *The superior orbital fissure syndrome complicating fractures of the facial skeleton*. Brit. J. Oral Surg. 1969, 7, 1-13.
28. Ferguson J.W.: *An unusual skull fracture*. Brit. J. Oral Surg. 1974, 12, 244-246.
29. Ghobrial W., Amstutz S., Mathog R.H.: *Fractures of the sphenoid bone*. Head Neck Surg. 1986, 8, 447-455.
30. Hedstrom J., Parsons J., Maloney P.L., Doku H.C.: *Superior orbital fissure syndrome*. Report of case. J. Oral Surg. 1974, 32, 198-201.
31. Robinson B.C., Jarrett W.J.: *Superior orbital fissure syndrome with Bells palsy: report of case*. J. Oral Surg. 1973, 31, 203-206.
32. Pogrel M.A.: *The superior orbital fissure syndrome:*

Report of case. J. Oral Surg. 1980, 38, 215-217.

33. Sieverink N.P., van der Wal H.G.: *Superior orbital fissure syndrome in a 7-year – old boy*. Int. J. Oral. Surg. 1980, 9, 216-220.

34. Zachariades N., Vairaktaris E., Papavassiliou D., Papademetriou I., Mezitis M., Triantafyllou D.: *The superior orbital fissure syndrome*. J. Maxillofac. Surg. 1985, 13, 125-128.

35. Cheng A.C., Sinha A.K., Kevau I.H.: *Superior orbital fissure syndrome in a latent type 2 diabetic patient*. P. N. G. Med. J. 1999, 42, 10-12.

36. Bikhazi N.B., Sloan S.H.: *Superior orbital fissure syndrome caused by indolent Aspergillus sphenoid sinusitis*. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1998, 118, 102-104.

37. Cockerham K.P., Cockerham G.C., Stutzman R., Hidayat A.A., Depper M.H., Turbin R.E., Kennerdell J.S.: *The clinical spectrum of schwannomas presenting with visual dysfunction: a clinicopathologic study of three cases*. Surv. Ophthalmol. 1999, 44, 226-234.

38. De Keizer R.J., Padberg G.W., de Wolff-Rouendaal D.: *Superior orbital fissure syndrome caused by intraorbital spread of a cutaneous squamous cell carcinoma and not detected on computed tomography and magnetic resonance imaging*. Jpn. J. Ophthalmol. 1997, 41, 104-110.

39. Thakur V., Nema H.V.: *Osteoma of the lesser wing of the sphenoid*. Eye Ear Nose Throat Mon. 1969, 48, 619-621.

40. Erly W.K., Carmody R.F., Dryden R.M.: *Orbital histiocytosis X*. AJNR Am. J. Neuroradiol. 1995, 16, 1258-1261.

41. Lakke J.P.: *Superior orbital fissure syndrome*. Arch. Neurol. 1962, 7, 51-61.

42. Rohrich R.J., Hackney F.L., Parikh R.S.: *Superior*

orbital fissure syndrome: current management concepts. Craniomaxillofac. Trauma 1995, 1, 44-48.

43. Ukleja Z, Kazmierczak H. *Superior orbital fissure syndrome treated by rhinosurgical decompression*. Klin. Oczna 1982, 84, 389-390.

44. Dingman R.O., Natvig P.: *Surgery of facial fractures*. W.B. Saunders, Philadelphia 1964, 234-235.

45. Yoshioka N., Tominaga Y., Motomura H., Muraoka M.: *Surgical treatment for greater sphenoid wing fracture (orbital blow-in fracture)*. Ann. Plast. Surg. 1999, 42, 87-91.

46. Antonyshyn O., Gruss J.S., Kassel E.E.: *Blow-in fracture of the orbit*. Plast. Reconstr. Surg. 1989, 84, 10-20.

47. Campiglio G.L., Signorini M., Candiani P.: *Superior orbital fissure syndrome complicating zygomatic fractures*. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg. 1995, 29, 69-72.

48. Gruss J.S., Hurwitz J.J.: *Isolated blow-in fracture of the lateral orbit causing globe fracture*. Ophtal. Plast. Reconstr. Surg. 1990, 6, 221-224.

49. Stabile J.R., Trokel S.M.: *Increase in orbital volume obtained by decompression in dried skulls*. Am J Ophthalmol 1983, 95, 327-331.

50. Złomaniec J., Krupski W., Bryc S.: *Złamania oczodołów w obrazowaniu 3D tomografii komputerowej*. Ann. Univ. Mariae. Curie. Skłodowska [Med] 1998; 53, 45-51

51. Giaoui L., Lockhart R., Lafitte F., Girard B., Chikani L., Fleuridas G., Bertrand J.C., Guilbert F.: *Traumatic superior orbital fissure syndrome: report of 4 cases and review of literature*. J. Fr. Ophtalmol. 2001, 24, 295-302.

52. Alfieri A., Jho H.D.: *Endoscopic endonasal approaches to the cavernous sinus: surgical approaches*. Neurosurgery 2001, 49, 354-360.

Cukrzyca po przeszczepieniu narządów unaczynionych

Dr n. med. Janusza Wyzgał*

Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii AM

Summary

Post-transplant diabetes mellitus (PTDM) is one of the main complications observed in patients after allogenic transplantation. The incidence of PTDM in transplanted patients about 9 – fold higher than in general population without transplantation.

The reported incidence of PTDM varied in different years due to different diagnostic criteria used in the diagnosis of diabetes. In the sixties (where the serum glucose concentration > 140 mg/dl was considered as diagnostic for DM) the incidence of PTDM was reported at approximately 40 – 60% while in the era of cyclosporin – based regimen the incidence fell to 5 – 40%. Nowadays the rate of new cases of PTDM is observed at 3 – 19%.

In the study conducted at the Transplantation Institute the incidence of DM detected *de novo* in the group of organ recipients was at 12%.

According to the American Diabetes Association (ADA) the PTDM, like other types of diabetes, should be diagnosed using the criteria approved by the WHO in 1999 year for general population. These criteria, that were used in the presented study, are as follows:

- Fasting serum glucose concentration > 126 mg/dl repeated twice at 2 different days
- 2 – h serum glucose concentration > 200 mg/dl after oral administration of 75 g glucose
- casual serum glucose concentration > 200 mg/dl (casual defined as any time of day without regard to time since last meal)

PTDM, besides hypertension and hyperlipidemia, is considered to be one of the major risk factors for the development of cardiovascular disease and microvascular complications in transplanted patients. The importance of this problem is well reflected by the difference in the 12 – year graft survival rate observed in organ recipients with DM compared with those who did not develop DM after transplantation (48 – 70%).

The aim of this study was:

- to determine and verify the impact of various risk factors for PTDM
- to specify the character of posttransplantation disorders in glucose metabolism
- to establish the impact of PTDM on graft and patient survival
- to find the possibility to modify the risk factors for PTDM

1301 patients after organ transplantation, who have been under medical care in the outpatient service at the Transplantation Institute in Warsaw, were taken into consideration in the study.

The patients who died early after transplantation, as well as those, who got transferred to other transplantation centers, were not recruited into the study.

Eventually the studied group included 312 patients, 156 out of which developed DM what makes the incidence of PTDM at 12%.

In the presented study several important risk factors for the development of PTDM were observed: male gender, HLA A3, a family history of DM, increased body weight rather than the BMI alone, tacrolimus – based immunosuppressive regimen, HCV infection in transplanted liver. In this study patients with PTDM developed more frequently hypertension, they had higher serum levels of triglycerides in the period before the onset of diabetes. The rate of acute rejection episodes in this group was higher compared with the non diabetic transplant controls. The rate of acute rejection episodes in this group was higher compared with the non diabetic transplant controls. The PTDM group presented worse graft function and higher levels of proteinuria in one year observation. Tacrolimus – based therapy lead to higher peripheral insulin resistance and hyperinsulinemia compared with cyclosporin – based regimen insulin resistance and hyperinsulinemia compared with cyclosporin – based regimen.

We have demonstrated in our study that the diabetogenic effects of tacrolimus may be reversed by converting patients from tacrolimus to cyclosporin. The medication switch from tacrolimus to cyclosporin leads to the increase of C – peptide level and

* Streszczenie pracy habilitacyjnej

the clinical regression of glucose metabolic disorders.

Peripheral insulin resistance, hyperinsulinemia, dyslipidemia as well as hypertension, are all well determined factors associated with cardiovascular disease and they may greatly increase the CVD morbidity and mortality for transplanted patients. The proper management of those risk factors and the right treatment of PTDM may considerably influence the life expectancy and life quality in transplanted patients.

Cukrzyca *de novo* po przeszczepieniu stanowi główne powikłanie po transplantacji narządów. Wpływa istotnie na skrócenie życia pacjentów i przeszczepionych narządów. W latach sześćdziesiątych dotyczyła 40 – 60% pacjentów, z chwilą wprowadzenia cyklosporyny częstość tego powikłania spadła do 5 – 40%. Obecnie jej częstość szacuje się na 3 – 19%.

Zgodnie z wytycznymi ADA rozpoznanie cukrzycy po przeszczepieniu opiera się na ustalonych przez WHO w 1999r. kryteriach, tak jak dla ogólnej populacji:

- dwukrotne stwierdzenie glikemii na czczo 126 mg/dl
- glikemia 2 godziny po doustnym podaniu 75g glukozy 200 mg/dl
- dwukrotne stwierdzenie glikemii 200 mg/dl w próbkach krwi pobranych o dowolnej porze.

Różni się to od obowiązującej w latach sześćdziesiątych definicji rozpoznania cukrzycy przy wartości glikemii 140 mg/dl.

Czynnikami predysponującymi do rozwoju zaburzeń gospodarki węglowodanowej w naszej populacji okazały się być: płeć męska, HLA A3, obciążający wywiad rodzinny, narastanie wagi ciała bardziej niż BMI, wczesna hiperglikemia, immunosupresja oparta na takrolimusie, zakażenie HCV po przeszczepieniu wątroby.

Pacjenci z cukrzycą po przeszczepieniu mają częściej nadciśnienie, stwierdza się u nich wyższe stężenie trójglicerydów przed rozpoznaniem cukrzycy. Cukrzyca wiąże się z częstszymi procesami odrzucania, gorszą funkcją przeszczepionego narządu i wyższym białkomoczem.

Schemat oparty na takrolimusie powodował większą insulinooporność i hyperinsulinemię od cyklosporyny. Diabetogeny mechanizm takrolimusa może być odwrócony przez korzystną reakcję konwersji tego leku na cyklosporynę. Wynikiem zmiany leczenia jest wzrost stężenia peptydu C, a wg kryteriów klinicznych, ustąpienie zaburzeń gospodarki węglowodanowej.

Stwierdzona hyperinsulinemia, insulinooporność, zaburzenia lipidowe oraz nadciśnienie tętnicze stanowią istotne czynniki ryzyka powikłań sercowo – naczyniowych.

Cukrzyca potransplantacyjna jest jednym z głównych powikłań występujących po przeszczepieniu narządów allogenicznych. W porównaniu z populacją ludzi bez przeszczepienia narządu cukrzyca ta występuje około 9 razy częściej. W latach 60-tych dotyczyła od 40 do 60% biorców, w erze cyklosporyny (od 1978r.) nastąpił jej spadek od 5 do 40% (1,

2). Obecnie częstość cukrzycy po przeszczepieniu szacuje się na – od 3 do 19% (3, 4). W badaniach własnych stwierdziliśmy częstość cukrzycy *de novo* po przeszczepieniu u 12% biorców. Cukrzyca po przeszczepieniu stanowi jeden z głównych czynników ryzyka, poza nadciśnieniem i hyperlipidemią, powikłań sercowo-naczyniowych. Wagę tego zjawiska obrazuje fakt, że 12 – letnie przeżycie przeszczepu u biorców z cukrzycą wynosi 48%, w porównaniu z 70% pacjentów bez cukrzycy (5).

Celem pracy była:

1. Identyfikacja i ocena wpływu poszczególnych czynników ryzyka prowadzących do rozwoju cukrzycy po transplantacji
2. Określenie charakteru zaburzeń gospodarki węglowodanowej rozwijających się po przeszczepieniu
3. Ocena wpływu rozwijającej się cukrzycy na czynność przeszczepionego narządu i losy biorcy
4. Próba ustalenia metod modyfikacji niektórych z możliwych czynników ryzyka.

Analizie poddano 1301 pacjentów pozostających stale w obserwacji Poradni Nefrologicznej Instytutu Transplantologii oraz poddanych przeszczepieniu nerki, nerki i trzustki oraz wątroby w okresie 1.01.2000 – 31.12.2002. Do oceny nie brano pod uwagę pacjentów, którzy zmarli we wczesnym okresie po przeszczepieniu, ani tych, którzy zostali przeniesieni do innych ośrodków.

Transplantacje nerek oraz nerek i trzustek wykonywane były w: Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej A.M. – kierowanej przez prof. Jacka Szmida i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej – kierowanej przez prof. Wojciecha Rowińskiego. Przeszczepienia wątroby wykonywane były w: Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby AM – kierowanej przez prof. Marka Krawczyka i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej – kierowanej przez prof. Wojciecha Rowińskiego.

Z grupy tej wybrano 312 pacjentów, wśród których :

- 75 miało rozpoznaną cukrzycę przed przeszczepieniem (grupa I)
- 156 rozwinęło cukrzycę po przeszczepieniu (grupa II)
- 81 pacjentów po przeszczepieniu stanowiło grupę kontrolną, tj. losowo wybranych pacjentów, u których nie stwierdzono cukrzycy przed, ani po przeszczepieniu (grupa III).

Otrzymane wyniki wskazują na 12% częstość cukrzycy

de novo po przeszczepieniu. Uwagę zwraca natomiast narastająca częstość pojawiania się cukrzycy w ostatnich 3 latach. O ile w latach 1985 – 1999 wynosiła ona 1 – 9%, o tyle w trzech ostatnich latach zwraca uwagę wyraźny wzrost częstości do 13,4%. Wprowadzenie do immunosupresji cyklosporyny w połowie lat 80-tych nie zmieniło istotnie zapadalności na cukrzycę po przeszczepieniu. W ostatnich 3 latach pojawił się natomiast coraz szerzej stosowany takrolimus. W grupie pacjentów z cukrzycą *de novo* cyklosporyna w skojarzeniu ze sterydami stanowi 60,9%, a takrolimus łącznie ze sterydami 34,6%. W ostatnim okresie dominuje tendencja do wczesnego odstawiania sterydów i stosowania schematów bez steroidów. Ta dysproporcja na korzyść pierwszego leku wynikała z większej powszechności stosowania cyklosporyny (blisko 800 osób) w stosunku do takrolimusa (około 200 pacjentów). Przy schemacie opartym na cyklosporynie cukrzycę rozpoznawano po 41–52 miesiącach, natomiast przy takrolimucie po 8–27 miesiącach. Istotnie szybciej też cukrzyca rozwijała się po zastosowaniu w indukcji ATG lub Zenapax/Simulect (OR =1,6).

Podobnie istotnie częściej cukrzycę po przeszczepieniu rozpoznawano u pacjentów płci męskiej ($p < 0,05$).

Analizując częstość loci układu HLA – stwierdziliśmy istotnie częstsze występowanie ($p < 0,05$) A3 w grupie pacjentów z cukrzycą po przeszczepieniu w porównaniu z grupą kontrolną.

Wysoka częstość dodatniego wywiadu rodzinnego wśród pacjentów z cukrzycą przed przeszczepieniem i *de novo* (14,6% i 8,3% odpowiednio) potwierdza rolę predyspozycji genetycznej w powstawaniu zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Potwierdzeniem jest istotna różnica ($p < 0,05$) w porównaniu z grupą kontrolną.

W analizowanych grupach obserwowano wyraźny przyrost masy ciała po przeszczepieniu. Przeciętnie sięgał on 15%. Natomiast nie stwierdzono istotnych różnic w wartościach BMI pomiędzy pacjentami z cukrzycą po przeszczepieniu i pacjentami bez tej choroby (25,87 3,86 i 24,39 4,27).

Zarówno w grupie z cukrzycą przed przeszczepieniem, jak i wśród pacjentów z cukrzycą po przeszczepieniu i w grupie kontrolnej stwierdzono wysoką częstość nadciśnienia tętniczego – odpowiednio 94,6, 92,3, 92,6%. Przewaga nadciśnienia w grupie I stanowi źle rokujący czynnik, predysponujący do rozwoju powikłań sercowo – naczyniowych. W grupie z cukrzycą *de novo* nadciśnienie wystąpiło zarówno przed rozwojem, jak i po rozpoznaniu cukrzycy.

Zwrócono uwagę również na wysoką częstość użycia blokerów w analizowanych grupach – 62, 78, 88%. Różnice jednak nie są istotne. Zauważyć należy natomiast, że pacjenci z cukrzycą częściej leczeni byli ACEi, w porównaniu z grupą kontrolną – 45,1 i 32,6, a 30,6%. Średnia liczba leków hipotensyjnych stosowana w analizowanych grupach nie

różniła się istotnie – 1,88, 2,18, 1,94.

Podobnie do predysponującej roli nadciśnienia tętniczego, analizie poddano wpływ gospodarki lipidowej na rozwój cukrzycy. W analizie stężenia cholesterolu nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami – 222 49, 225 55, 218 41 mg/dl. Zwraca uwagę natomiast istotnie wyższe stężenie trójglicerydów w grupie II ($p < 0,05$) przed rozpoznaniem cukrzycy w porównaniu z grupą kontrolną – 222 132 i 163 73 mg/dl.

W analizie częstości infekcji CMV w ocenianej populacji stwierdza się wyraźnie większą zapadalność w grupie I – 40%. 32% częstość w grupie III daje wyraz rozpowszechnieniu tej infekcji w ogólnej populacji pacjentów po przeszczepieniu.

Stwierdzono wyraźnie większą częstość odrzucania – 51,3% ($p < 0,05$) w grupie pacjentów z cukrzycą *de novo* w porównaniu z grupą kontrolną. Jednocześnie wysokie wartości stwierdzono w grupie I – 37,3%. Stwierdzono jednocześnie istotnie niższą dawkę sterydów stosowaną przy odrzucaniu w grupie I w porównaniu z grupą kontrolną – 2,25 1,61, 3,14 2,29 g. Obserwowano nie tylko gorszą czynność nerki przeszczepionej w grupie pacjentów z cukrzycą *de novo*, ale i jej istotne stopniowe pogarszanie. Wartości te różniły się istotnie w porównaniu z grupą kontrolną – 1,77 1,09 i 1,59 0,53 mg/dl ($p < 0,05$).

Oceniając średni białkomocz w badanej grupie, stwierdzono wyższe jego stężenie wśród pacjentów z cukrzycą *de novo* po roku obserwacji – 0,34 0,64 g/d. Nie różniło się to istotnie od białkomoczu stwierdzanego w grupie kontrolnej.

W analizie stwierdzono wyższe wartości stężenia cyklosporyny – 404 137 ng/ml w grupie pacjentów z cukrzycą po przeszczepieniu, we wczesnym okresie po transplantacji, w porównaniu z grupą kontrolną. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w średnim stężeniu takrolimusa w obu grupach w analogicznym okresie.

W grupie I jedynie 15 pacjentów po skutecznym przeszczepieniu nerki i trzustki nie wymagało leczenia hipoglikemizującego. Natomiast 52 osoby wymagały leczenia insuliną. W grupie II aż 97 osób wymagało leczenia insuliną, a jedynie 60 osób leczenia doustnego. Mimo intensywności leczenia, kontrola glikemii w oparciu na średnich wartościach hemoglobiny glikolizowanej w grupie z cukrzycą *de novo* były najwyższe – 7,5 2,2 %.

Oceniając funkcję wewnątrzwydzielniczą trzustki oznaczeniem stężenia peptydu C wykazano istotnie wyższe wartości – 5,7 4 ng/ml u pacjentów z cukrzycą po przeszczepieniu, w porównaniu z grupą kontrolną – 3,4 2,4 ng/ml. Niższe wartości w grupie I – 2,8 2,6 ng/ml odzwierciedlają przewagę cukrzycy typu I wśród tych pacjentów. Jednocześnie zaobserwowano, iż w grupie kontrolnej schemat immu-

nosupresji oparty na takrolimusie powoduje istotnie wyższe stężenie peptydu C – 4,4 2,2 ng/ml w porównaniu ze schematem opartym na cyklosporynie – 2,1 1,8 ng/ml.

Okolo 73% pacjentów poddanych przeszczepieniu w okresie okołoperacyjnym rozwija hyperglikemię. Stwierdzono istotnie częstsze jej występowanie ($p < 0,05$) w grupie pacjentów z cukrzycą *de novo*.

Stwierdzono również, iż wczesna hiperglikemia, występująca po przeszczepieniu wiązała się z większą predyspozycją do procesów odrzucania ($p < 0,05$) (OR = 1,8). Prowadzi do zaburzeń lipidowych – stężenie trójglicerydów w grupie pacjentów z cukrzycą *de novo* istotnie różni się od grupy kontrolnej – 252 162 mg/dl i 159 65 mg/dl ($p < 0,05$) (OR = 1,6). Powoduje większą tendencję do nadciśnienia tętniczego oraz istotnie wyższego białkomoczu – 0,45 0,79 w porównaniu z grupą kontrolną – 0,21 0,38 g/d (OR = 2,1) jako wyrazu przewlekłej nefropatii. Wpływała również na istotne pogarszanie funkcji przeszczepionej nerki (OR = 1,2).

Wczesna hiperglikemia w toku przeprowadzanej analizy okazała się być markerem rozwoju hyperinsulinemii – stężenie peptydu C w grupie z cukrzycą *de novo* w porównaniu z grupą kontrolną różni się istotnie – 5,8 4,5 i 3,1 2,3 ng/ml. Właściwa kontrola glikemii we wczesnym okresie po przeszczepieniu, unikanie podaży glukozy, jak też insulinoterapia mogą zapobiec postępowi przewlekłej nefropatii oraz powikłaniom sercowo-naczyniowym w późniejszym okresie.

W analizowanej 37 osobowej grupie po przeszczepieniu wątroby cukrzyca *de novo* wystąpiła u 14,74% pacjentów. Dominującym schematem immunosupresji był takrolimus w skojarzeniu ze sterydami – 100%. Nieco szybciej cukrzycę po przeszczepieniu rozpoznawano wśród pacjentów płci żeńskiej – średnio po 2 miesiącach. Nie uwzględniano w analizie tej grupy wpływu układu HLA ze względu na brak danych, jednak w kwalifikacji do transplantacji wątroby nie jest to wymagane.

Podobnie do ogólnej populacji analizowanych pacjentów stwierdzono wpływ obciążającego wywiadu rodzinnego w grupie chorych z cukrzycą.

Przyczyną niewydolności wątroby wśród pacjentów z cukrzycą *de novo* najczęściej było zakażenie HCV – 52% i marskość poalkoholowa – 35%. Wystąpienie cukrzycy nie wpływało istotnie na pogarszanie funkcji przeszczepionego narządu.

Stosowanie FK 506 powodowało istotnie wyższą insulinoporność – 8,77 4,13 (OR = 1,5) i hyperinsulinemię – 26,36 14,38 U/ml (OR = 1,14) w porównaniu do cyklosporyny – 5,75 2,09 i 23,22 40,52 odpowiednio.

Stwierdzona insulinoporność, hyperinsulinemia, towarzysząca hypertrójglicydemia oraz wysoka częstość nadciśnienia tętniczego sugerują duże podobieństwo cukrzycy *de novo* do typu II.

Diabetogeny mechanizm FK 506 może być odwrócony przez korzystną reakcję konwersji tego leku na cyklosporynę. Wynikiem zmiany leczenia jest wzrost stężenia peptydu C – z 4,8 2,78 na 11,17 5,18 ng/ml, a klinicznie ustąpienie zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Obserwacja ta wskazuje, że FK 506 wywiera również hamujący wpływ na uwalnianie przez trzustkę insuliny.

W analizowanej populacji nie udało się udowodnić korzystnego wpływu odstawienia sterydów na gospodarkę węglowodanową. Wynika to z faktu, że dopiero w ostatnim okresie zaczyna dominować tendencja do stosowania schematów bez sterydów. Grupa ta jest jeszcze zbyt mała.

Cukrzyca po przeszczepieniu pogarszając istotnie funkcję nerki przeszczepionej, będąc powodem narastającego białkomoczu, zwiększonej częstości nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych, kojarząc się z narastaniem wagi stwarza konieczność właściwego leczenia tych zaburzeń, a przede wszystkim uzyskania zadawalającej kontroli glikemii, w tym doboru schematu immunosupresji z ograniczeniem sterydów.

Stwierdzona insulinoporność, hyperinsulinemia, zaburzenia lipidowe oraz nadciśnienie tętnicze, stanowią istotne czynniki ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych w populacji pacjentów z cukrzycą *de novo* (8).

Literatura

1. Starzl T.D., Marchiovo T.L., Rifkind D. *Factor in successful renal transplantation*. Surgery 1964, 56, 293 – 298.
2. Jindal R.M., Sidner R.A., Milgrom M.L. *Post-transplant diabetes mellitus; the role of immunosuppression*. Drug Safety 1997, 16, 242 – 257.
3. Basari N., Aman H., Adiku W., Baragdar A., Bonatero I., Nezabuddin N. *Diabetes mellitus after renal transplantation*. Transplant. Proc. 1992, 24, 1780 – 1782.
4. Rao M., Jakob C.K., Shastny J.C.M. *Post-renal transplant diabetes mellitus; a retrospective study*. Nephrol. Dial. Transplant. 1992, 7, 1059 – 1063.
5. Lindholm A., Albrechtsen A., Frodin L. *Ischemic heart disease – major cause of death and graft loss after renal transplantation*. Transplantation 1995, 60 (5), 451 – 456.
6. *Raport of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Diabetes Care 2000, 23 (supp 1), S4.
7. Montori V.M., Velosa J.A., Basu A. *Posttransplant diabetes: A systematic review of literature*. Diabetes Care, 2002, 25, 583.
8. Weir M.R., Fink J.C. *Risk for posttransplant diabetes mellitus with current immunosuppressive medications*. Am. J. Kidney Dis. 1999, 34, 1.

Wpływ anandamidu na układ krążenia szczura

Lek. Grzegorz Kwolek*

Zakład Fizjologii Doświadczalnej AM w Białymstoku

Promotor: Prof. dr hab. Barbara Malinowska

Recenzenci: Dr hab. Ewa Chabielska

Prof. dr hab. Andrzej Członkowski

Summary

The aim of present study was to investigate the cardiovascular effects of anandamide in rats. Anandamide is known as the endogenous agonist of cannabinoid receptors. Recent data have shown that it can also activate vanilloid VR1 receptors.

In the urethane-anaesthetized rats intravenous injection of anandamide and its stable analogue, methanandamide leads to rapid short-lasting decrease in heart rate which is accompanied by the decrease in blood pressure (phase I). This response is subsequently followed by an increase in blood pressure (phase II). Finally the prolonged decrease in blood pressure was observed (phase III). The first two phases are also observed after injection of capsaicin, the vanilloid VR1 receptor agonist.

In order to explain the mechanisms responsible for the changes in cardiovascular parameters induced by anandamide, methanandamide and capsaicine, the following ligands were used: the cannabinoid CB₁ receptor antagonist SR141716A, selective and nonselective vanilloid VR1 receptor antagonists capsazepine and ruthenium red, respectively.

The results indicate that the first phase induced by anandamide, methanandamide and capsaicin is inhibited by capsazepine and ruthenium red in dose-dependent manner. The second phase is attenuated by ruthenium red and nonselective 1/2-adrenoceptor antagonist propranolol. The second phase is also diminished in the pentobarbitone-anaesthetized rats and in the pithed rats anaesthetized by urethane or pentobarbitone. Capsazepine and nonselective antagonist of endotheline ET_A/ET_B receptors tezosentan do not modify this response either. SR 141716A inhibited the third phase but do not affect the phases I and II. Furthermore the bilateral adrenalectomy failed to affect the anandamide-induced changes in cardiovascular parameters.

In summary, the present work confirm that anandamide influences the circulatory system by the following mechanisms: (1) rapid decrease in heart rate and blood pressure (phase I) is related to activation of vanilloid VR1 receptors located on sensory neurons in the heart; (2) the mechanism of phase II, sensitive to propranolol is probably related to the activation of sympathetic system and it still requires further clarification; (3) the prolonged hypotension (phase III) is related to activation of cannabinoid CB₁ receptors.

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu anandamidu na układ krążenia szczura. Anandamid jest endogennym agonistą receptorów kannabinoidowych. Doniesienia ostatnich lat dowodzą, że może on wywierać swoje działanie również za pośrednictwem receptorów waniloidowych VR1.

W doświadczeniach wykonanych na szczurach uśpionych za pomocą uretanu wykazano, że dożylnie podanie anandamidu oraz jego odpornego na działanie enzymów hydrolitycznych analogu – metanandamidu prowadzi do wyraźnego spadku częstości akcji serca, któremu towarzyszy nagły, trwający kilka sekund spadek ciśnienia krwi (faza I). Następnie, częstość akcji serca wraca do wartości wyjściowych a ciśnienie krwi istotnie wzrasta powyżej wartości podstawowej (faza II). Na końcu obserwuje się długotrwałą hipotensję (faza III). Dwie pierwsze fazy występują także po podaniu agonisty receptorów waniloidowych VR1 kapsaicyny.

W celu wyjaśnienia mechanizmów odpowiedzialnych za obserwowane zmiany w układzie krążenia, oprócz wymienionych powyżej trzech agonistów zastosowano antagonistę receptorów kannabinoidowych CB₁ SR 141716A oraz specyficznego i niespecyficznego antagonistę receptorów waniloidowych VR1, odpowiednio kapsazepinę i czerwień rutenową.

W przeprowadzonych doświadczeniach wykazano, że faza I wywoływana za pomocą wszystkich wymienionych agonistów hamowana jest w sposób zależny od dawki przez kapsazepinę i czerwień rutenową. Do osłabienia fazy II dochodzi w obecności czerwienu rutenowej oraz nieselektywnego antagonisty receptorów β_1/β_2 -adrenergicznych propranololu. Jest ona ponadto zmniejszona u szczurów uśpionych pentobarbitem oraz u zwierząt odrdzienionych, uśpionych uretanem lub pentobarbitem. Kapsazepina oraz nieselektywny antagonist receptorów endotelinowych ET_A i ET_B

* Streszczenie pracy doktorskiej

tezosentan nie modyfikują fazy II. Z kolei antagonistą receptorów kannabinoidowych CB₁ – SR 141716A hamuje fazę III, a nie modyfikuje dwóch pierwszych. U szczurów uśpionych poddanych dodatkowo obustronnej adrenalectomii, nie zauważono żadnych zmian we wpływie anandamidu na układ krążenia.

Podsumowując wyniki niniejszej pracy należy stwierdzić, że anandamid wpływa na układ krążenia za pośrednictwem następujących mechanizmów: (1) gwałtowny spadek często-

ści akcji serca i ciśnienia krwi (faza I) zachodzi w wyniku aktywacji receptorów waniloidowych VR1 zlokalizowanych na zakończeniu włókien czuciowych w sercu; (2) mechanizm wrażliwej na działanie propranololu fazy II zależny jest prawdopodobnie od aktywności układu współczulnego i wymaga dalszego wyjaśnienia; (3) przedłużona hipotensja (faza III) związana jest z pobudzeniem receptorów kannabinoidowych CB₁.

Biotechnologia bakteriofagowa w zwalczaniu lekoopornych zakażeń bakteryjnych

Prof. dr hab. Andrzej Górski

Zakład Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii AM

W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania bakteriofagami w terapii lekoopornych zakażeń; najlepszą tego oznaką są liczne pozycje piśmiennictwa ilustrujące ten fakt:

Lancet 2000, 356, 1418

Lancet 2001, 357, 938

Science 2002, 298, 728

Biodrugs 2002, 16, 728

Lancet Infect Dis 2003, 3, 394

Nature Rev Drug Disc 2003, 2, 489

Jednocześnie ukazują się liczne prace podkreślające konieczność znalezienia alternatywy dla antybiotyków z powodu lawinowo narastającego problemu lekooporności.

Bardzo spektakularnym tego przykładem jest artykuł z *Nature* 18 września 2003 (2003, 425, 225):

Drug companies snub antibiotics as pipeline threatens to run dry.

Warto zacytować tylko pierwsze i ostatnie zdania:

Major drug companies are pulling out of antibiotic development – and their timing couldn't be worse, a leading meeting on infectious disease was told this week...

But Martin Sprinklee, vice-president of product development with Bayer in West Haven, Connecticut, admitted that the industry's pleas for special treatment may receive little sympathy: „there is a perception that the industry has made unethically high returns on sales in the past”, he said.

W tym kontekście warto wspomnieć o naszej ostatniej hipotezie sugerującej, że oprócz swego znanego działania antibakteryjnego fagi mogą wykazywać zdolność do interakcji z komórkami ssaków. (1) W przypadku interakcji z komórkami układu odpornościowego może to prowadzić do

różnych efektów immunomodulacyjnych (w zależności od typu faga). Wykazaliśmy, że np. fagi na *E.coli* mogą wywierać potencjalnie użyteczne klinicznie działania immunosupresyjne (2).

W październiku 2003 Ministerstwo Nauki przyznało naszemu zespołowi grant zamawiany z dziedziny BIOTECHNOLOGIA: *Biotechnologia bakteriofagowa w zwalczaniu lekoopornych zakażeń bakteryjnych i potencjalne możliwości jej zastosowania w klinicznej immunosupresji i onkologii*. Będzie on realizowany wspólnie przez Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN i Zakład Immunologii Klinicznej IT naszej Uczelni.

Od paru miesięcy Katedra i Klinika Ortopedii naszej Uczelni prowadzi badania nad skutecznością fagów w leczeniu lekoopornych zakażeń.

Warto też zacytować Marię Dąbrowską: *Dzienniki powojenne 1945-1965, Czytelnik, 1997, str. 329*):

Doktor Czubalski uratował mi życie, kiedy w roku 1942... chorowałam niebezpiecznie na ropne zapalenie miedniczek nerkowych bakterią coli. Wypadek był wyjątkowo złośliwy i po półtoramiesięcznym pobycie w klinice uniwersyteckiej (dawny Szpital Dzieciątka Jezus) lekarze tamtejsi, zresztą doskonali, zwątpili w możliwość utrzymania mnie przy życiu... Doktor Czubalski... wyleczył mnie zaczawszy od czterokrotnej transfuzji krwi, a następnie stosując bakteriofagi...

1. Górski A, Dąbrowska K, Światała-Jeleń K, Nowaczyk M.: et al. *Med. Immunol.* 2003, 2:2, www.medimmunol.com/content/2/1/1

2. Górski A, Nowaczyk M, Weber-Dąbrowska B.: et al. *Transplant Proc.* 2003, 35, 2372.

Opinie studentów I roku WNoZ – kierunek Pielęgniarstwo na temat realizacji zajęć z przedmiotu „Podstawy Pielęgniarstwa”

Mgr H. Cieślak, mgr M. Sulewska

Zakład Pielęgniarstwa

Wydział Nauki o Zdrowiu AM

Wstęp

Podstawy Pielęgniarstwa to część treści kształcenia zawodowego na kierunku Pielęgniarstwo, poświęcona poznaniu przez studenta zakresu zadań i opanowaniu umiejętności niezbędnych w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego w odniesieniu do wszystkich kategorii pacjentów.

Na zajęciach tych student powinien poznać ogólne zasady postępowania, techniki i metody pracy z pacjentem. Istotną część zagadnień stanowią elementy przygotowania studenta do współudziału w diagnozowaniu i terapii. W celu dobrego przygotowania studenta do tych zadań istotne znaczenie ma sposób realizacji tego przedmiotu.

Wśród studentów I roku kierunku Pielęgniarstwa przeprowadzono badania. Punktem wyjścia do opracowania narzędzia badawczego były treści zawarte w opracowaniu pt.: „Podstawy Pielęgniarstwa i ich znaczenie w kształceniu studentów” (Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie, Vol. XXXV(1-2), 2003). Przedmiotem zainteresowania były takie zagadnienia, jak: wyposażenie pracowni, stosowanie metod kształcenia, wykorzystywanie środków dydaktycznych, ocenianie studentów przez prowadzących zajęcia i inne.

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii studentów na temat realizowanych zajęć z Podstaw Pielęgniarstwa (ćwiczenia w pracowni umiejętności pielęgniarskich).

Materiał i metoda badania

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety jako narzędzia. Ankietę przeprowadzono wśród 105 studentów kończących I rok kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w roku akademickim 2002/2003 ze skutecznością 100%.

Badania realizowano w okresie 10-14 kwietnia 2003 roku, po odbyciu i zaliczeniu zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich. Ankieta była anonimowa. Przystąpienie do

badania było dobrowolne. Każdemu biorącemu udział w badaniach zagwarantowano dyskrecję.

Ankieta obejmowała zagadnienia dotyczące:

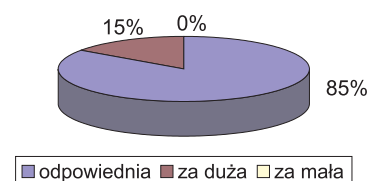
- opinii na temat liczebności studentów w grupie ćwiczeniowej,
- ustalenia hierarchii przedmiotów realizowanych na I roku studiów mających największy wpływ na przygotowanie do zawodu,
- oceny wyposażenia pracowni umiejętności pielęgniarskich w fantomy, aparaturę medyczną, – środki dydaktyczne i ich przydatność w procesie kształcenia,
- stosowanych metod i form kształcenia,
- oceniania studentów,
- oceny organizacji realizowanych zajęć.

Wyniki

1. Liczba osób w grupie

85% studentów uważa, że liczba osób w grupie dziekańskiej na ćwiczeniach /10-12/ jest odpowiednia, 15% badanych uważa, że jest za duża (ryc. 1). Biorąc pod uwagę wypowiedzi ww. respondentów należy przyjąć, że wskazana liczba osób w grupie pozwala prawidłowo, efektywnie realizować zajęcia w pracowni umiejętności pielęgniarskich.

Liczba osób w grupie na ćwiczeniach



Ryc. 1. Źródło: badania własne

2. Ocena ważności przedmiotów

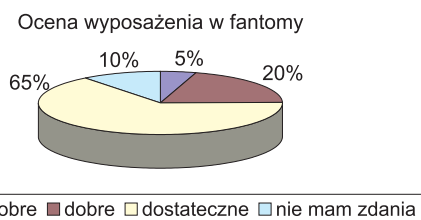
W przypadku drugiego zagadnienia uzyskane dane wskazują, że 86% badanych stawia Podstawy Pielęgniarstwa na I miejscu jako przedmiot, który ma największy wpływ na przygotowanie do zawodu pielęgniarskiego. Na II miejscu

jest anatomia, którą wymienia 69% studentów. Psychologia znalazła się na III miejscu – wskazało ją 35% badanych. IV miejsce przypadło pedagogice – wskazało ją 33% badanych.

3. Wyposażenie pracowni w fantomy i aparaturę medyczną

Ocena dotycząca wyposażenia pracowni wskazuje, że jest za mało fantomów. Tylko 20% studentów wyposażenie w fantomy ocenia jako dobre, 5% jako bardzo dobre. Większość – 65% respondentów ocenia wyposażenie w fantomy jako dostateczne (ryc.2).

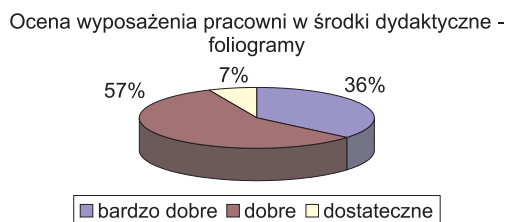
Jeżeli chodzi o wyposażenie w aparaturę medyczną, większość respondentów uważa, że jest dobre – tak myśli 55% badanych studentów. 23% ocenia je jako bardzo dobre, a 15% jako dostateczne. 7% badanych nie miało zdania na ten temat.



Ryc. 2. Źródło: badania własne

4. Wyposażenie pracowni w środki dydaktyczne

Wyposażenie pracowni w różne środki dydaktyczne /foliogramy, schematy, wykresy, plansze/ według 57% badanych studentów jest dobre, 36% badanych stwierdziło, że bardzo dobre, tylko 7% oceniło wyposażenie jako dostateczne (ryc.3).

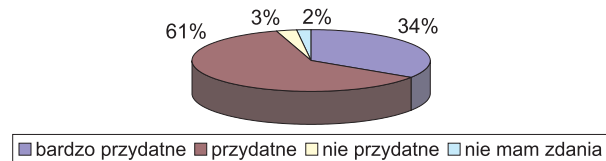


Ryc. 3. Źródło: badania własne

4. Ocena przydatności środków dydaktycznych

Odrębnym zagadnieniem była ocena przydatności stosowanych środków dydaktycznych. Respondenci ocenili, że prezentowane środki dydaktyczne są przydatne do nauczania czynności pielęgnarskich – tak stwierdziło 61% studentów. 34% oceniło je jako bardzo przydatne, 3% osób jako nieprzydatne, a 2% badanych nie miało na ten temat zdania (ryc.4).

Ocena przydatności stosowanych środków dydaktycznych



Ryc. 4. Źródło: badania własne

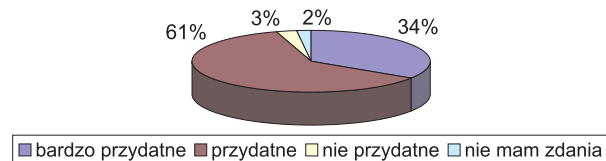
5. Ocena metod kształcenia

Kolejna analiza zebranych danych dotyczy metod kształcenia. W opinii studentów najczęściej stosowanymi metodami kształcenia są:

- pokaz – wskazuje 66% badanych studentów
- ćwiczenia – 30%
- instruktaż – 21%
- metoda inscenizacji – 21%
- metoda symulacyjna – 18%
- pogadanka – 14%
- dyskusja – 14%.

Po zrealizowaniu każdego działu studenci podlegają ocenie wyrażającej poziom przygotowania ich do realizacji zadań zawodowych. 99% studentom odpowiada sposób zaliczania zabiegów pielęgnarskich (ryc.5).

Ocena przydatności stosowanych środków dydaktycznych



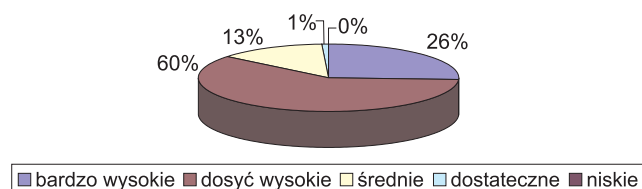
Ryc. 5. Źródło: badania własne

6. Ocena wymagań dotyczących zaliczania zabiegów

96% badanych zna kryteria, według których jest dokonywana ocena umiejętności wykonywania zabiegów, tylko 4% badanych osób nie zna takich kryteriów.

60% studentów uważa, że wymagania dotyczące zaliczania /jakości wykonania zadania, techniki rozwiązania problemu zawodowego/ są dosyć wysokie, 26% badanych osób uważa, że są bardzo wysokie, w opinii 13% badanych średnie, a tylko 1% badanych ocenia je jako dostateczne (ryc. 6).

Ocena wymagań dotyczących zaliczania zabiegów

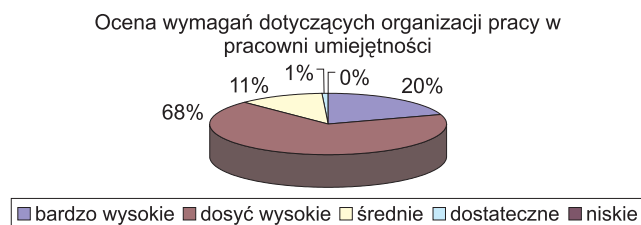


Ryc. 6. Źródło: badania własne

7. Ocena wymagań dotyczących organizacji pracy

Bardzo duży wpływ na sposób realizacji zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich ma właściwa organizacja pracy.

Z zebranych danych wynika, że 68% respondentów oceniło wymagania nauczającego dotyczące organizacji pracy w pracowni jako dość wysokie, 20% badanych jako bardzo wysokie, 11% jako średnie, a tylko 1% jako dostateczne (ryc. 7).



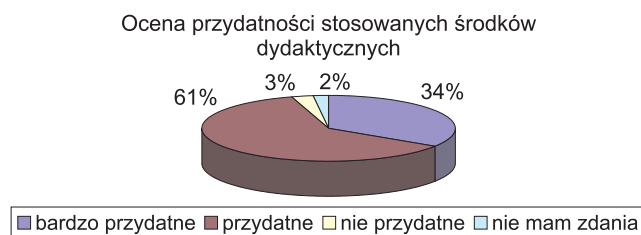
Ryc. 7. Źródło: badania własne

8. Waga ćwiczeń z Podstaw Pielęgniarstwa dla kontynuowania kształtowania umiejętności zawodowych

Po zrealizowaniu treści programowych z Podstaw Pielęgniarstwa student powinien opanować umiejętności przydatne do dalszego kształcenia.

W opinii 64% badanych studentów ćwiczenia z Podstaw Pielęgniarstwa przygotowują ich w 75% do kontynuowania kształtowania umiejętności zawodowych na zajęciach praktycznych, 17% badanych uważa, że są przygotowani w 50%, 15%, że aż w 100%, natomiast 2% uważa, że w 25%. 2% badanych nie ma zdania na temat wpływu zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich na dalszą edukację zawodową.

94% studentów uważa, że odbyte ćwiczenia dają szerszy pogląd na praktykę zawodową, tylko 6% badanych ma inne zdanie (ryc. 8).



Ryc. 8. Źródło: badania własne

9. Zadowolenie z zakresu zdobytej wiedzy

Na pytanie: Czy studenci są zadowoleni z zakresu wiedzy i umiejętności zdobytych podczas ćwiczeń? 98% badanych odpowiedziało twierdząco.

Grupie 2% badanych zajęcia nie dały zadowolenia. Młodzież z tej grupy wprowadziłaby zmiany dotyczące:

- zwiększenia ilości godzin z zakresu pierwszej pomocy,
- zakupu większej ilości nowoczesnego sprzętu,
- realizacji zajęć w godzinach porannych,
- wprowadzenia tzw. wejściówki do odbywania ćwiczeń,
- wprowadzenia dodatkowych godzin zajęć tematycznych z podstaw pielęgniarstwa w warunkach naturalnych, np. w oddziałach szpitalnych.

Wnioski

W opracowaniu przedstawione zostały wyniki oceny dotyczące opinii studentów I roku na temat realizowanych zajęć z podstaw pielęgniarstwa. Uzyskane wyniki pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

Liczebność grup dziekańskich na ćwiczeniach **była odpowiednia**, co umożliwiło efektywne prowadzenie zajęć.

Wyposażenie pracowni **w fantomy było niedostateczne**, brakowało także sprzętu jednorazowego użytku do wykonywania wstrzyknięć oraz innych zabiegów.

Prowadzący zajęcia wykorzystywali **szereg środków dydaktycznych**, które studenci ocenili jako bardzo przydatne w procesie kształcenia.

W opinii większości studentów nauczyciele stosowali duży wachlarz metod kształcenia, co może być wyrazem sprośności wyzwaniom realizowanego programu. Najczęściej stosowanymi metodami były: **pokaz, ćwiczenia, instruktaż, metoda inscenizacji, metoda symulacyjna, pogadanka czy dyskusja**.

Studenci znali kryteria wpływające na ocenę wykonywania zadania. Pomimo niedostatecznej ilości różnego sprzętu medycznego, pozytywnie ocenili organizację pracy w pracowni umiejętności pielęgniarskich i prowadzone zajęcia.

Postulat studentów **dotyczący zakupu nowoczesnego sprzętu** i realizacji zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich został uwzględniony w planie studiów na rok **2003/2004 i już jest realizowany**.

Literatura

1. Pielęgniarstwo Polskie nr 2 (12). Dział Wydawnictw Uczelnianych AM Poznań, 2001.
2. Suchodolski B.: *Pedagogika*. PWN, Warszawa 1985.
3. Ustawa o szkolnictwie wyższym z dn. 12.09.1990., Dz. U. z dn. 27.09.1990.

Uskrzydleni cierpieniem (3) Rick Hansen

Czesław M. Szczepaniak

Masz obowiązek ocalić własne marzenia
Amadeo Modigliani

21 marca 1985 roku wyruszył z Vancouver w podróż dookoła świata na wózku inwalidzkim Rick Hansen. Zamierzał przejechać przez pięć kontynentów. Przy okazji odwiedzić 34 państwa. W sumie: przebyć około 40 000 kilometrów nie dotykając stopami ziemi. Z Kanady udał się do USA, Meksyku. Podróż po Europie rozpoczął od Irlandii, potem była Anglia, Francja, Belgia, Holandia, RFN, Dania, Szwecja, Finlandia. We wrześniu 1985 roku jechał przez terytorium Polski. Był pierwszą osobą niepełnosprawną na świecie, która w tak nietypowy sposób objechała nasz glob.

Warto w tym miejscu wspomnieć znaczące wyczyny sportowe osób niepełnosprawnych. Oto kilka faktów z ostatnich lat.

W 1984 roku Jeff Keith wystartował do gigantycznego biegu z Bostonu (nad Atlantykiem) do Marina de Rey (nad Pacyfikiem). Pokonał 5300 kilometrów w ciągu 10 miesięcy. Miał 22 lata. Od 11 lat amputowaną nogę. Biegł nie dla rekordu, ale... chciał zwyciężyć siebie samego i swoją niepełnosprawność. Udowodnić, że dla takich jak On, nie wszystko jest stracone.

Donald Redewald, 66-letni sparaliżowany pilot amerykański, pułkownik sił lotniczych USA (należał do słynnego dywizjonu transportowego *Latający tygrys*). W roku 1984 na maleńkim samolocie *Piper Camarcho* obleciał, w czasie prawie 180 godzin, z zachodu na wschód kulę ziemską. Po wylądowaniu przesiadł się z powrotem na wózek inwalidzki, do którego jest przykutym od 1956 roku.

W roku 1978 37-letni N. Croucher z Londynu wszedł na liczący prawie 7000 m.n.p.m. szczyt Huascarán w Andach. Warto wiedzieć, że Croucher w wieku 19 lat stracił obie nogi w wypadku kolejowym. Od tamtego czasu porusza się za pomocą protez. Na koncie swych sukcesów ma niejednego wyczyn alpinistyczny. Na Huascarán wspiął się pierwszy spośród 7-osobowej ekipy alpinistycznej.

Francuz Patrick Segal, amputacja obu kończyn dolnych, w wieku 20 lat odbył szereg podróży przez świat na wózku inwalidzkim. Opisał swoje peregrynacje w książce, za którą otrzymał nagrodę *Naisons de la Presse*.

W latach 1985-1986 byliśmy świadkami gigantycznej podróży Ricka Hansena. Ten niezłomny Kanadyjczyk pochodzi z Williams Lake w British Columbia. W 15 roku życia, w wyniku wypadku samochodowego, doznał paraliżu obu nóg. Po intensywnej rehabilitacji, wrócił do czynnego uprawiania sportu na wózku inwalidzkim, jako trener i zawodnik. Rozpoczął studia na wydziale wychowania fizycznego Uniwersytetu British Columbia i jako jedyny z niepełnosprawnych w historii tego wydziału, ukończył go. Od lat jest czynnym sportowcem w Kraju Klonowego Liścia. W 1983 roku otrzymał tytuł najlepszego sportowca Kanady wespół z zawodowym hokeistą Wayne'em Gretzkym. Jest zwycięzcą ponad 19-tu międzynarodowych maratonów w Kanadzie, USA, Japonii, Australii. Zdobył wiele medali na Igrzyskach Panamerykańskich oraz na olimpiadzie dla ludzi niepełnosprawnych. Brał udział w XXIII Olimpiadzie w Los Angeles, startując w maratonie na 1500 metrów dla inwalidów na wózkach.

* * *

W 1974 roku Rick Hansen marzył, będąc rekonwalescentem, o podróży na wózku inwalidzkim dookoła świata. Po cichu liczył, że po rehabilitacji powróci z powrotem do życia. Dopiero w 1983 roku wraz z przyjaciółmi uwierzył, że dopnie swego marzenia. Don Adler (uroczy chłopak, o niekłamanej spontaniczności) powiedział podczas konferencji prasowej w Warszawie (1985 r.), że był obecny przy tragicznym wypadku Ricka. Razem jechali samochodem.

Bardzo mu zależało, aby taka podróż się odbyła, choć wielu myślało, że *Rick is crazy*. Stało się tak, jak postanowili. Cała ekipa udała się na miejsce wypadku, które było startem do tej gigantycznej wyprawy. Przez całą podróż Rickowi Hansenowi towarzyszyli: Tim Frick (trener i menager, o tajemniczym uśmiechu i dobroci), Don Adler (pomocnik), Lee Ginson (pomocnik), Amanda Blackmore (fizjoterapeutka, która *uśmiecha się po etrusku, to jest oczyma i kącikami ust, gdy reszta twarzy jest nieruchoma*), Nancy Thompson (pilot, road menager). Całe zaplecze techniczne

składało się z samochodu campingowego, który jechał bezpośrednio za Rickiem Hansenem i wyposażony był w znaki ostrzegawcze. Za wózkiem jechał także rowerzysta. Spali w naczepie mieszkalnej marki *Ford*. Uskrzydłony Kanadyjczyk pokonywał dziennie 112 kilometrów w trzech etapach: 6.-9.30 40 kilometrów; godz. 11.30-15 także 40 kilometrów; godz. 17-20 około 33 kilometrów. Swoją podróżą chciał zwrócić uwagę całego świata na los ludzi niepełnosprawnych, na ich możliwości i chęć uczestnictwa w normalnym życiu społecznym. Poza tym chciał zgromadzić fundusze na: badania dotyczące chorób rdzenia kręgowego; rehabilitację; rozwój sportów uprawianych przez ludzi niepełnosprawnych. Pragnął uświadomić ludziom, jak ogromną sprawą jest sport i rekreacja w procesie rehabilitacji. Udało Mu się zebrać na te cele około 10. milionów dolarów.

Do mety dotarł jesienią 1986 roku. W tym czasie w Vancouver odbywała się międzynarodowa wystawa transportu i komunikacji *EXPO 86 Man in Motion World Tour (Poruszający się człowiek)*.

* * *

Rick Hansen już na samym początku wyprawy przeżył dramat, gdy na trasie zaskoczył Go śnieg z deszczem. Pogoda spłatała Mu figła. Poza tym nabawił się kontuzji. Udało Mu się jakoś wykurować i jechać dalej. Przed siebie.

Na polskich etapach wzruszyła Go reakcja, z jaką spotkał się w Aleksandrowie Kujawskim. Na Jego przyjazd czekało ponad 1000 osób. Młodzież i dzieci biegły przez kilka kilometrów za Nim, jakby chciały powiedzieć: jedź dalej! *Takie chwile* – mówił podczas konferencji prasowej – *wzmacniają go i uskrzydłają*.

Pomimo najróżniejszych trudności, wierzył, że dojedzie do mety. *Będę kontynuował podróż tak długo, dopóki będę mógł podnieść ręce do góry* – mówił.

Rick Hansen doskonale zdawał sobie sprawę, że przeciętny niepełnosprawny ma kłopoty z wydostaniem się z domu na ulicę. Swoją podróż dedykował zdrowym ludziom całego świata. Zasygnalizował wielki problem ludzi niepełnosprawnych rządów poszczególnych państw. Swoją podróż traktował jako misję w sprawie ludzi niepełnosprawnych, którzy stanowią około 14% populacji ludzkiej. Zawsze uważał, że podróż ta służy wielkiej sprawie. Było to nie tylko Jego zwycięstwo, ale... też tych pięciu osób, którzy z Nim wyruszyli na tak długą trasę. Dobrze słowo należy się także tym wszystkim, którzy otworzyli swoje granice, aby inni zobaczyli. Tylko ZSRR nie zezwolił Mu na przejazd przez Sowiety. Ówczesni decydenci uważali, że w Kraju Rad problem ludzi niepełnosprawnych nie istnieje. Te 34 państwa o różnych orientacjach politycznych i nastawieniu do siebie, współpracowały ze sobą. Wyprawa Kanadyjczyka łagodziła niesnaski między nimi. Kruszyła nienawiść. Wzmacniała nadzieję.

Rick Hansen był wcieleniem problemów niepełnosprawnych, jakie od lat nurtują ich na całym świecie. Ruszając w tę tak heroiczną podróż uświadomił mieszkańcom *globalnej wioski*, że żyją wśród nas ludzie niepełnosprawni. Człowiek ma prawo być niepełnosprawnym, chorym, upośledzonym etc.

Rick Hansen o ciepłych oczach i niebywałej charyzmie, i pasji.

Rick Hansen udowodnił na własnym przykładzie, że tacy jak On, mają marzenia nie z tej ziemi, które można spełnić przy niewielkiej pomocy ludzi dobrej woli.

Niesamowite!

Niepełnosprawny, a tak Go daleko zaniósł. Takim ludziom, jak Rick Hansen, nawet sprzyja wiatr w... oczy!

Z ŻYCIA STUDENTÓW

Obóz Naukowy Studenckiego Naukowego Koła Fizjoterapii: Fizjoterapia w geriatrici. Uwagi o sposobach kształcenia

Dr Dariusz Białoszewski

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM

W lipcu 2003 roku odbył się Obóz Naukowy Studenckiego Naukowego Koła Fizjoterapii. Fakt ten miał znaczenie podwójne : był to pierwszy obóz naukowy na Oddziale Fizjoterapii warszawskiej Akademii Medycznej, jak również po raz pierwszy zaproponowano studentom taką formę pracy z niepełnosprawnymi.

Zajęcia we współpracy z wieloprofilowym, olsztyńskim Ośrodkiem Rehabilitacyjno – Mieszkaniowym z Domem Opieki Społecznej prowadzono pod hasłem : Fizjoterapia w geriatrici. Koncentrowano się na codziennej, wielogodzinnej pracy z pacjentami geriatricznymi przy zachowaniu stałych zespołów terapeutycznych gwarantujących ciągłość obserwacji klinicznej. W trakcie zajęć, w kontaktach z pacjentami, poza typowymi zadaniami rehabilitacyjnymi pojawiał się szereg problemów natury psychologicznej. Dotyczyły one zwłaszcza sposobu dotarcia do pacjentów, zachęcenia ich do współpracy i skłonienia do samodzielnego podejmowania ćwiczeń usprawniających. Problemy te były rozwiązywane na bieżąco podczas wspólnych, popołudniowych spotkań klinicznych. W niedługim czasie zaobserwowano narastającą skuteczność prowadzonych zajęć, związaną między innymi z coraz większym zaangażowaniem się obu stron w holistycznie pojmowaną rehabilitację.

Zaskakująco szybko zaczął następować proces zaprzyjaźniania się młodych fizjoterapeutów z ich pacjentami. Nastąpił efekt samonapędzającego się systemu. Świadczy to o ogromnym zapotrzebowaniu na tego rodzaju program dydaktyczny. Studenci obserwując codzienne drobne sukcesy terapeutyczne i proces „otwierania się” się swych podopiecznych, utwierdzali się w celowości i przydatności klinicznej prowadzonych zajęć. Pacjenci zaś, widząc efekty współpracy, angażowali się w nią niepostrzeżenie coraz bardziej. Trzeba podkreślić, że znakomicie ułatwiała pracę

przyjazna atmosfera stworzona przez Kierownictwo i personel medyczny Ośrodka.

Z czasem problematyka zajęć i praca z pacjentami zaczęła się coraz częściej pojawiać w prywatnych rozmowach pomiędzy studentami, a opowieści o sukcesach i ciekawych, wesołych chwilach w pracy z podopiecznymi wypełniły niejedno spotkanie towarzyskie.

Patrząc na znakomite efekty prowadzonego programu należałoby się zastanowić nad koniecznością szerszego wprowadzania do praktyki dydaktycznej zajęć opartych na częstym kontakcie studentów z tym samym pacjentem. Nic tak bowiem nie daje poczucia satysfakcji, nie mobilizuje do doskonalenia warsztatu klinicznego i wyznaczania nowych horyzontów wiedzy, jak obserwowana skuteczność własnej pracy.



Ryc. 1. Uczestnicy Obozu Naukowego OLSZTYN – 2003 Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii wraz z personelem Ośrodka Rehabilitacyjnego i najstarszym – 87 letnim pensjonariuszem.

ODLEŻYNY I ODPARZENIA

AntiKubit®



NATURALNY BALSAM PRZECIW ODLEŻYNOM I ODPARZENIOM z olejkami drzewa herbacianego

- Zapobiega powstawaniu odleżyn i odparzeń
- Łagodzi podrażnienia i stany zapalne
- Nadaje skórze właściwą elastyczność, gładkość i wilgotność
- Wspomaga proces terapii i rekonwalescencji
- Nie brudzi bielizny
- pH neutralne dla skóry
- Pojemność 110 ml i 500 ml

NOWOŚCI WYDAWNICZE

Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chirurgii ogólnej

Pod redakcją Jacka Szmidta oraz Zbigniewa Grucy, Marka Krawczyka, Jarosława Kuźdźała, Pawła Lampego, Jerzego Polańskiego

Rok wydania: 2003 r., Wydawca: Medycyna Praktyczna T. 1

Planowany termin ukazania się 2. tomu – początek 2004 r.

Jest to pierwszy od 20 lat polski podręcznik obejmujący całość chirurgii ogólnej, przeznaczony dla lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie. Pod redakcją prof. dr hab. n. med. Jacka Szmidta, zespół 210 autorów, reprezentujących wszystkie ośrodki akademickie w Polsce opracował 54 rozdziały, składające się na liczący prawie 2500 stron podręcznik.

Dotychczasowa wiedza z dziedziny chirurgii ogólnej była zawarta w wielu podręcznikach, które ze względu na swoją różnorodność i brak jednolitego konsensusu mogły bardziej zasiać wątpliwości, niż usystematyzować posiadaną wiedzę. Przedstawiane poglądy były często sprzeczne ze sobą, autorzy nie opierali się na źródłach ogólnie uznawanych za obiektywne, lecz przedstawiali własne wyniki i metody. Prof. Szmidt podjął się niewdzięcznego zadania usystematyzowania aktualnej wiedzy. Wysoko postawiony cel okazał się trudny, ale nie niemożliwy do osiągnięcia. Dzięki nadzwyczajnemu wysiłkowi całego Zespołu Redakcyjnego udało się pogodzić odmienne poglądy odległych ośrodków akademickich i wybitnych specjalistów w wielu szczegółowych dziedzinach. Dzięki temu powstało unikatowe dzieło, które jeszcze przez wiele lat będzie wykładnikiem wiedzy z dziedziny chirurgii ogólnej. Każda podstawowa dziedzina medycyny posiada podręcznik, który jest „biblią”, źródłem wiedzy obiektywnej, nie podważanej przez innych autorów. Wydaje się, że takim podręcznikiem w chirurgii stanie się opisywana książka.

„Podstawy chirurgii” uzyskały rekomendację Konsultanta Krajowego oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich jako podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej. Książka może być polecana jako podstawowe źródło wiedzy dla chirurgów, szczególnie przed różnego rodzaju egzaminami specjalizacyjnymi.

Z niecierpliwością oczekujemy na 2. tom, który ma się pojawić na początku roku 2004.



KOMUNIKATY

IV Międzynarodowe Dni Fizjoterapii obiektywne Metody Kontroli Procesu Fizjoterapii

Mgr Janina Wereszczak -Wzorek

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego AM

W dniach 23 – 24 maja 2003r. odbyły się IV Międzynarodowe Dni Fizjoterapii we Wrocławiu. Organizatorzy zaprosili wybitnych specjalistów fizjoterapii z kraju i zagranicy.

Patronat honorowy objął :

- Dyrektor Departamentu Spraw Społecznych – Władysław Sidorowicz.
- Rektor Akademii Wychowania Fizycznego – prof. dr hab. Tadeusz Koszycz
- Rektor Wyższej Szkoły Fizjoterapii – dr n. med. Andrzej Bugajski.

Tematem wiodącym tej konferencji były metody kontroli procesu fizjoterapii. Podkreślano, jak szczególnie dużego znaczenia zarówno dla nauki, jak i dla praktyki klinicznej nabiera obiektywna ocena uzyskanych efektów leczenia. Istotą tej oceny jest umiejętność porównania stanu pacjenta przed i po leczeniu, lub też określenie przydatności zastosowanej metody w porównaniu z innymi.

Wprowadzeniem do tematyki obrad były referaty programowe przedstawione w sesji plenarnej, a ich kontynuację stanowiły sesje tematyczne. Istotnym uzupełnieniem były prace prezentowane w sesji tematów wolnych i podczas sesji plakatowej.

Obrady otworzył dr Helmut Kern wystąpieniem pt. „New physical methods for the rehabilitation of denervated muscles”.

Następnie referaty programowe wygłosili:

- Prof. dr hab. n. med. Stanisław Rudnicki – Polska koncepcja rehabilitacji kardiologicznej.
- Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wall – Ocena stanu czynnościowego narządu ruchu w świetle postępów w ortopedii i traumatologii.

– Prof. dr hab. Marek Woźniewski – Potrzeba i możliwości obiektywizacji wyników fizjoterapii onkologicznej.

– Prof. dr hab. n. med. Aleksander Kabsch – Biomechaniczne i biocybernetyczne aspekty postawy ciała człowieka.

W wyżej prezentowanej Konferencji Naukowej z Zakładu Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II Wydziału Lekarskiego brała czynny udział mgr Monika Lewandowska, która przygotowała pracę pt. „Wstępna ocena ćwiczeń ruchowych po przeszczepieniu allogennej nerki” zakwalifikowaną przez Komitet Naukowy Konferencji do ustnego jej przedstawienia.

Udział w IV Międzynarodowych Dniach Fizjoterapii wzięli także: mgr Izabela Korabiewska, mgr Janina Wereszczak-Wzorek oraz kierownik Zakładu prof. nadzw. dr hab. Joanna Juskowa.

Wygłoszony referat na temat ćwiczeń ruchowych chorych po udanym przeszczepieniu allogennej nerki i ocena ich sprawności fizycznej z poprawą jakości życia codziennego, spotkał się z żywym zainteresowaniem.

W dyskusji zwrócono uwagę na potrzebę podobnych prac klinicznych, z uwagi na to, że zastosowane metody badań i ćwiczeń w układzie ruchu u chorych po przeszczepieniu nerki chociaż ogólnie znane, nie są powszechnie stosowane, a w przypadku transplantologii stanowią nowy kierunek ich wykorzystania.

Prezentowana przez Zakład praca została w całości wydrukowana w kwartalniku Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii – „Fizjoterapia”.

INFORMACJA O PRENUMERACIE

Uprzejmie informujemy, że przyjmujemy zamówienia na prenumeratę czasopisma 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.

Jednocześnie informujemy, że kontynuowanie wysyłki naszego czasopisma w roku przyszłym uwarunkowane jest opłaceniem faktury.