



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 1-2/2003

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. – Associate Editor)

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

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)

Mgr **Mariusz Foryś**

Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

Profesor **Janusz Piekarczyk** – Rector 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, tel. 5720-109

e-mail: ewak@akamed.waw.pl i mziel@amwaw.edu.pl

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
Symposium „Medycyno, dokąd zmierzasz”	5
Wystąpienie Rektora AM	6
Wystąpienie Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego	7
<i>W. Chrostowski</i> „Umieranie i śmierć w tradycji biblijnej”	8
Promocja na II Wydziale Lekarskim	14
Wystąpienie Rektora AM w Warszawie	14
Wystąpienie Dziekana II Wydziału Lekarskiego	16
Lista wyróżnionych absolwentów, doktorów i doktorów habilitowanych	17
<i>M. Jakóbisiak</i> 10 rocznica powstania Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury	18
<i>I. Wawer, R. Rudowski</i> Informatyzacja AM	20
<i>D. Bobilewicz</i> Konferencja dotycząca aktualnych problemów diagnostyki laboratoryjnej	22
Konferencja na temat kształcenia ustawicznego lekarzy	24
Wystąpienie Rektora AM	25
Wystąpienie Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej	26
<i>K. Schreyer</i> Jaki powinien być system kształcenia ustawicznego dla lekarzy pracujących poza szpitalami i ośrodkami akademickimi?	26
Medycyna	31
<i>K. Bobrowska</i> Badania diagnostyczne w raku jajnika	31
Dydaktyka	35
<i>P. Małkowski, B. Jaroszyńska</i> Akredytacja Wydziału Nauki o Zdrowiu	35
<i>H. Cieślak, M. Sulewska</i> Podstawy pielęgniarstwa i ich znaczenie w kształceniu studentów na poziomie licencjackim	36
Targi Edukacyjne w Norwegii	37
<i>A. Zimniak</i> Festiwal Nauki na Wydziale Farmacji	38

Nauka	48
Granty Komitetu Badań Naukowych	48
Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej – Oferta dla nauki na rok 2003	55
Stypendia Fundacji Nauki Polskiej dla młodych naukowców	56
Polemiki	57
<i>G. Opolski</i>	
List do tygodnika „Wprost”	57
Nominacje	58
Prof. dr hab. A. J. Barańczyk-Kuźma	59
Prof. dr hab. B. Rymkiewicz-Kluczyńska	60
Dyr. T. Goździkiewicz	61
Historia medycyny	62
<i>T. Kocoń</i>	
Otwarcie Muzeum Zamku Ujazdowskiego i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie	62
<i>T. Kocoń</i>	
Lekarze patroni ulic Warszawy – L. Rydygier	63
Pro memoria	64
Wspomnienie o prof. Jacku Brzezińskim	64
Z życia studentów	66
<i>A. Matysiak</i>	
Kalendarium wydarzeń imprez studenckich	66
Studenckie Towarzystwo Naukowe AM w Warszawie	67
Międzynarodowa Konferencja Naukowa Młodych Medyków	68
Konferencje Studenckich Towarzystw Naukowych	70
Informacja o Stowarzyszeniu Studentów Medycyny IFMSA	71
Nowości wydawnicze	74
„Kardiologia praktyczna”	74
Kalendarz Imprez Medycznych 2003	75
Komunikaty	76

Od Redakcji

Słowo na powitanie

Pracownicy każdego szczebla Akademii Medycznej w Warszawie, studenci i sympatycy przyzwyczaili się do dwóch wydawnictw „Z Życia Akademii Medycznej” i „Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie”. Pierwsze z nich notowało kronikę zdarzeń życia codziennego, drugie zajmowało się nie tyle faktami, ile problemami ujętymi bardziej ogólnie, przypominaniem, ukazywaniem.

Z inicjatywy Władz Uczelni zespolono teraz obydwie wydawnictwa w jedno, o tytule będącym echem dotychczasowych obu.

Przedsięwzięcie nie reprezentuje więc rewolucji a kontynuację. Periodyk będzie się ukazywał co miesiąc.

Jest oczywiste, że kronika na pewno się uda, bo nie może się nie udać, z istoty rzeczy. Doniesienia problemowe będą różne: jedne zainteresują, inne wywołują dyskusję lub protest, nad jeszcze innymi Czytelnik pokiwa głową, daj Boże z wyrozumiałością. Niech one poinformują Czytelnika o czymś, czego jeszcze nie zna, niech dotrze do Niego, że jakąś prawdę już obalono, a czytający jeszcze tkwi w błędzie, niech sobie przypomni cokolwiek z pokrętnych szlaków historii, w tym i medycyny. Niech znajdzie się tu wiele mądrych treści. Jesteśmy przekonani, że nie odmówią nam dotychczasowi autorzy, chętnie powitamy nowych. Piszcie o nowościach, przypominajcie o odkurzonych starociach, pyśnijcie się ważnym, co zrobiliście, przyznawajcie się, że nie wyszło Wam tak, jak się spodziewaliście. Każda myśl, i ta świetnie uzasadniona i ta rozgorączkowana, rozsypująca się, okaże się krokiem albo kroczeniem w przód.

Redaktor Honorowy
Prof. dr hab. Stefan Kruś

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Redakcyjnego mam przyjemność przedstawić miesięcznik „Medycyna Dydaktyka Wychowanie”.

Jestem przekonany, że znajdziecie Państwo nie tylko interesujące informacje bieżące, ale również ciekawe felietony czy opracowania popularnonaukowe w zakresie medycyny. Mam nadzieję, że nie zabraknie na naszych łamach artykułów przygotowanych przez naszych wybitnych Kolegów, rzeczywistych autorytetów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Burzliwe zmiany dokonujące się w systemie służby zdrowia często skłaniają do refleksji i poszukiwania nowych autorytetów moralnych oraz odnoszenia się do etyki zawodowej. W obliczu przystąpienia do wspólnoty krajów europejskich nie od rzeczy będzie publikowanie pełnego serwisu zaleceń unijnych w zakresie medycyny, jak również opracowań o charakterze etyczno-moralnym uwzględniając zasady dobrej praktyki lekarskiej [GCP]. Biorąc pod uwagę standardy międzynarodowe konieczna jest publiczna polemika w celu dostosowania prawa polskiego do dyrektyw unijnych przed wstąpieniem Polski w skład krajów członkowskich Unii Europejskiej.

W ręce Państwa oddajemy pierwszy numer akademickiego czasopisma, którego charakter pozostaje zbliżony do wcześniejszych wydawnictw, ale mamy nadzieję, że z udziałem Państwa wspólnie rozszerzymy zakres czasopisma w części informacyjnej oraz o prace dydaktyczno-wychowawcze w następnych opracowaniach miesięcznika. Chcielibyśmy, aby pismo miało szeroki odbiór zintegrowanego środowiska warszawskiego nie tylko lekarskiego, ale aby było skierowane do całego środowiska medycznego woj. mazowieckiego. Zawartość miesięcznika będzie zależna od intelektualnego zaangażowania autorów, co powinno być źródłem inspiracji, przemyśleń i polemiki dla środowiska akademickiego.

Życzę miłej lektury,

Redaktor Naczelny
Dr hab. Piotr Fiedor

MEDYCYNÓ, DOKĄD ZMIERZASZ ?!...

(naglące zagadnienia etyczne medycyny)

Symposium dla pracowników służby zdrowia i studentów medycyny

„Where are You heading for, Medicine ?”

From 21 to 22 February of 2003, in the Rectors Senat Hall of the Medical University of Warsaw, a symposium for the Health Services and students of medicine took place. It was titled „The Hipocratic oath today... (an urgent ethical tasks in the science of medicine)” and was organized by the Priesthood of Health Service of the Warsaw Archdiocese. The ceremony was held under the honourable auspices of Primate of Poland, the Cardinal – Józef Glemp, and Rector of Medical University of Warsaw – Prof. Janusz Piekarczyk.

During the first day of the symposium, the discussion was lead by Associate professor, Jerzy Jurkiewicz, the president of the TLW. After the address of the Rector Janusz Piekarczyk, the several lectures were delivered on the following topics : „The Man and the Virtue. The anthropological basics of ethics” (Associate professor, A. Andrzejuk from UKSW), „The doctor and the patient. The partnership as a fundamental norm of medical bioethics” (priest Artur Filipowicz, M.D. from SJ-PWTW), „Is there a chance to build the universal medical ethics” (priest Wojciech Bołoz, Professor from UKSW). After the lectures, the mass was held in the Saint Jacobs Church.

During the last day of the symposium, the discussion was lead by Anna Gręziak, M.D. from The Catholic Association of Polish Physicians, and delivered speeches were mainly on the subject of Death, made by Kazimierz Szałata M.D. from UKSW, priest Waldemar Chrostowski, Associate professor from UKSW, Priest and Leszek Slipek Ph.D.

W dniach 21-22 lutego 2003 roku w Sali Senackiej Rektoratu Akademii Medycznej odbyło się sympozjum dla pracowników służby zdrowia i studentów medycyny „Przysięga Hipokratesa dziś... (naglące zagadnienia etyczne medycyny)”.

Honorowy patronat nad uroczystością objęli: Kardynał **Józef Glemp** – Prymas Polski i Rektor Akademii Medycznej prof. dr hab. **Janusz Piekarczyk**.

Organizatorami sympozjum było Duszpasterstwo Służby Zdrowia Archidiecezji Warszawskiej.

Program pierwszego dnia sympozjum przedstawiał się następująco:

Wystąpienie Rektora AM.

Dr hab. Artur Andrzejuk – UKSW „Człowiek i dobro. Antropologiczne podstawy etyki”.

Ks. dr Artur Filipowicz SJ – PWTW „Lekarz i pacjent. Partnerstwo jako podstawowa norma bioetyki medycznej.

Ks. Prof. dr hab. Wojciech Bołoz – UKSW „Czy istnieje możliwość zbudowania uniwersalnej etyki medycznej,,

Dyskusję w tym dniu prowadził doc. dr hab. Jerzy Jurkiewicz – Prezes TLW.

Mszy świętej w kościele św. Jakuba przewodniczył biskup Piotr Jarecki.

Następnego dnia dyskusję prowadziła dr Anna Gręziak – Prezes Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Uczestnicy sympozjum wysłuchali następujących wystąpień:
Dr Kazimierz Szałata – UKSW „Śmierć jako doświadczenie osoby ludzkiej”

Ks. dr hab. Waldemar Chrostowski, prof. UKSW „Umieranie i śmierć w tradycji biblijnej”

Ks. dr Leszek Slipek „Śmierć człowieka w świetle śmierci Chrystusa”

(M. Z.)



Ksiądz prof. W. Bołoz w trakcie wystąpienia

Wystąpienie Rektora AM

Prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk

Gorąco witam wszystkich Państwa przybyłych na to jakże ważne spotkanie. Serdecznie dziękuję za wybór tematyki tej konferencji. Nie ma ważniejszego tematu dla współczesnej medycyny i dla każdego z lekarzy współczesnego świata od pytań: „Dokąd zmierzasz medycyno? Jak widzicie, młodzi lekarze XXI wieku, przyszłość medycyny? Jak widzicie swoją rolę?, czy potrzebna jest nadal przysięga lekarska?”

Czy współczesny lekarz na co dzień, w swoim życiu zawodowym, pamięta o tej przysiędze, czy pamięta uroczystość, podczas której wobec zgromadzonych władz swojej Alma Mater wypowiedział te, jakże doniosłe słowa, oparte na zasadach przekazanych wszystkim lekarzom przez Hipokratesa z Kos.

W uczelni naszej od wielu już lat staramy się usilnie, aby ta właśnie uroczystość miała godny, podniosły charakter. Promocja lekarska połączona ze złożeniem przysięgi Hipokratesa to jedno z największych świąt akademickich w uczelni medycznej. Mamy nadzieję, że stanowi ono wielkie przeżycie nie tylko dla władz dziekańskich i rektorskich, ale nade wszystko dla nowo promowanych lekarzy. Jestem przekonany, że tak jest – ponieważ spontaniczne, bardzo pozytywne reakcje nowo kreowanych lekarzy o tym świadczą. Oni stojąc u progu swojej drogi zawodowej są pełni zapału... . Głośno powtarzają te ważne, brzemiennie w swojej treści zdania; czy są jednak w stanie zapamiętać je na całe życie zawodowe? Chcielibyśmy, aby tak było. Dlatego organizujemy tę uroczystość w godnej oprawie, w najpiękniejszych, a zarazem najszacowniejszych salach. Uczelnia ciągle jeszcze nie dysponuje własną aulą uczelnianą, dlatego tradycyjnie – już od szeregu lat, w I Wydziale Lekarskim promocja lekarska odbywa się w sali Filharmonii Narodowej, a w II Wydziale w Sali Wielkiej Balowej Zamku Królewskiego. Staramy się stworzyć atmosferę podniosłości, aby promowanym lekarzom uzmysłowić doniosłość chwili – nabycia praw związanych z tytułem zawodowym w bezpośrednim związku z przysięgą Hipokratesa. Towarzyszy temu osobiste wręczenie dyplomu lekarskiego każdemu z absolwentów przez rektora i dziekana wydziału z indywidualnymi życzeniami, jest to właściwie adres skierowany do każdego nowo promowanego lekarza przez władze akademickie.

Po jednej z takich uroczystości przyszła do mnie grupa absolwentów. Swoją spontaniczną wypowiedzią zrobili mi wielką przyjemność, stwierdzając że takie wydarzenie ważniejsze jest dla nich od rocznego cyklu wykładów. Powiedzieli, że czują się dowartościowani, uzmysłowili sobie kim są i że to nie szkodzi, że studia były długie, trudne i żmudne.

Są nadal w stanie, są gotowi przetrwać trudy stażu i pierwszych lat pracy, mając perspektywę pracy w tym – wybranym przez siebie zawodzie.

Tak myśli zdecydowana większość naszych absolwentów. I w ten oto sposób młodzi lekarze startują do pracy zawodowej. Czy wszyscy osiągają sukces?

Co jest sukcesem w życiu lekarza? Przede wszystkim, sukcesem tym jest niewątpliwie każdy wyleczony chory, każda ulga w jego cierpieniu. Ale czy na co dzień, tak właśnie widzimy swoje posłannictwo i czy do końca je realizujemy? Dlaczego nie każdy znakomicie wykształcony lekarz, wybitny specjalista posiada opinię dobrego lekarza. Gdzie i kiedy część z nas gubi swoje powołanie? Niekiedy tylko okresowo, po czym następuje jakaś refleksja, jakieś otrzeźwienie i powrót można powiedzieć „w worku pokutnym” do sumiennie wykonywanych obowiązków, może również ze strachu przed opinią publiczną, środowiskiem, również przed sobą samym, przed własnym sumieniem.

Po takiej głębszej refleksji indywidualnej lub zorganizowanej, jak np. dzisiejsza konferencja łatwiej zrozumieć choro i zrozumieć posłannictwo lekarza.

Niewątpliwie, dużą rolę stabilizującą skrajne postawy niektórych lekarzy mają media – dziennikarze, choć wydaje się, że cel swój osiągają niejednokrotnie w sposób obrzydliwie drapieżny, sensacyjny, przynosząc czasami więcej szkody, niż wynikałoby to z potrzeby sytuacji. Pamiętajmy jednak, że ich motywem jest przecież również własny sukces, wzrost oglądalności czy nakładu. Oglądając te programy, audycje ma się czasami wrażenie, że mniej ważne staje się sedno sprawy, dominuje sensacja. Wtedy na zasadzie odruchu, motywowani w pewnej mierze zawodową solidarnością – podejmujemy walkę, walkę do upadłego. Stojąc zresztą na straconych pozycjach, bo opinia społeczna – często – wydała już wyrok i pragnie ofiar.

Nie tylko dlatego, w pierwszej reakcji powinny paść inne słowa, słowa ubolewania, a przede wszystkim przeproszenia, a dopiero w dalszej kolejności można, a nawet należy zaznaczyć konieczność wnikliwego zbadania sprawy. Konsekwentnie doprowadzić trzeba do udowodnienia winy lub wykazania niewinności, bez których o jakichkolwiek sankcjach wobec oskarżonego mowy być przecież nie może. Wreszcie na koniec, a może nawet po zakończeniu tego typu sprawy powinna być sformułowana refleksja, wnioski, podsumowanie sprawy – niejako epilog. Po to, aby działać prewencyjnie, po uprzednim uświadomieniu sobie przyczyn za-

istniałych nieprawidłowości.

W ogóle, z naprawą systemu opieki zdrowotnej jest z pewnością tak, jak z leczeniem chorego człowieka. Leczenie jest o wiele droższe i często nie w pełni skuteczne, bo choroba poczyniła już trwałe szkody w organizmie. Tańsza i bardziej skuteczna jest profilaktyka. Tańsze i bardziej skuteczne jest też zapobieganie nieprawidłowościom, a nawet katastrofom grożącym opiece zdrowotnej w naszym kraju. Systemy naprawcze są jeszcze możliwe i muszą być wdrożone. Politycy nie mają prawa przerzucać odpowiedzialności za niewydolność systemu wyłącznie na lekarzy, na środowiska medyczne, bo tak naprawdę to w dużej części oni ponoszą odpowiedzialność za skuteczność ochrony zdrowia, szczególnie w makro skali. Ciągłe wraca im pokusa pełnego odsunięcia lekarzy od współdecydowania o kształcie systemu opieki zdrowotnej. Dyrektorami szpitali, dużych ZOZ – ów

powinni być... (tu padają nazwy różnych profesji) – głoszą organizatorzy opieki zdrowotnej, a nie lekarze, bo lekarze mają niepotrzebne dylematy moralne, a liczy się przede wszystkim wynik ekonomiczny”....

Jeżeli przyjęto by do końca taki model opieki zdrowotnej, jeżeli szpitale i przychodnie miałyby stać się przedsiębiorstwami, które muszą przynosić przed wszystkim dochód? wówczas pytanie „Medycyno dokąd zmierzasz”?! jest nadzwyczaj trafne, ale też odpowiedź na nie mogłaby być nadzwyczaj zatrważająca!

Serdecznie dziękuję organizatorom Sympozjum, że postawili to pytanie. Dziękuję w imieniu władz uczelni i Senatu Akademii Medycznej w Warszawie. Dziękuję wszystkim Państwu, którzy przybyliście dzisiaj na to ważne Sympozjum i życzę owocnych obrad.

Wystąpienie Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Dr hab. Jerzy Jurkiewicz

Jego Magnificencjo
Panie i Panowie Profesorowie
Szanowni Państwo

Zanim oddam głos zaproszonym przez Organizatorów wybitnym znawcom problemów bioetyki i deontologii lekarskiej, pragnę poruszyć kilka istotnych dla dalszych rozważań i dyskusji kwestii. Zawarte w tytule Konferencji pytanie „Medycyno dokąd zmierzasz?” jest pytaniem o przyszłość. Odpowiedzią na pytanie o przyszłość, szczególnie o przyszłość medycyny, mogą być jedynie przewidywania, prognozy, których prawdopodobieństwo zależeć będzie od czynników odnoszących się do przeszłości (skąd przychodzisz?) do teraźniejszości (gdzie jesteś?) oraz trudnych do zdefiniowania zdarzeń mogących mieć miejsce w przyszłości.

Organizatorzy, zdając sobie sprawę z ważności tak postawionych pytań, umieścili w programie podtytuł „Przysięga Hipokratesa dziś – naglące zagrożenia etyczne medycyny” odnosząc się do tekstu sprzed 2500 lat, jako punktu odniesienia i początku drogi, po której kierując się wskazaniem swojego Nauczyciela lekarze doszli do czasów współczesnych.

Autorstwo przyrzeczenia lekarskiego przypisuje się Hipokratesowi z Kos, żyjącemu w latach 460-377 p. n.e. Ten



genialny grecki lekarz stworzył na swojej rodzinnej wyspie najważniejszą szkołę lekarską antycznego świata – Asklepijon. Na obszarze znacznie przewyższającym powierzchnię kampusu Ochota stanęły wspaniałe gmachy i świątynie (Asklepiosa i Apollina), w których nauczano sztuki lekarskiej, leczono chorych, gdzie powstawały znakomite, budzą-

ce do dziś zdumienie i zachwyty rozprawy i traktaty medyczne m.in. *Prognozy Koskie i Aforyzmy*. Tu miały swój początek obserwacje i odkrycia zebrane później w Corpus Hipocraticum.

Burzliwe dzieje Grecji w następujących po sobie okresach historycznych – helleńskim, rzymskim, bizantyjskim, wreszcie otomańskim sprawiły, iż ze wspaniałych budowli pozostały tylko ruiny. Ostatecznego zniszczenia dokonali Rycerze Rodyjscy, wykorzystując marmurowe bloki i kolumny Asklepionu do budowy ogromnej twierdzy, w której bronili się przez ponad 200 lat (1310-1523) przed całą potęgą tureckiego imperium.

Trwający nieprzerwanie od wieków rozwój nauk lekarskich, powstawanie coraz to nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych sprawiły, iż dzieła Hipokratesa utraciły w większości swoją przydatność praktyczną i są obecnie przedmiotem badań i dociekań przede wszystkim historyków medycyny. Paradoksalnie z wszystkich wspaniałych dokonań Ojca medycyny najważniejszym, najbardziej trwałym okazał się krótki, zaledwie kilkudziesięciu tekst przyrzeczenia lekarskiego, zwany przysięgą Hipokratesa. Zdecydowała o tym zapewne klarowność i jednoznaczność zawartych w niej nakazów i zakazów, dodatkowo podkreślona wielokrotnie powtarzającym się słowem, nigdy”:

– „**nigdy** nikomu, ani na żądanie ani na prośbę niczyją, nie podam trucizny, ani też **nigdy** takiego sam nie poweźmę zamiaru, jak również nie udzielię **żadnej** niewieście środka poronnego”;

– „**nigdy** nie będę mną kierować rozmyślnie bezprawie ani występkiem”;

– „cokolwiek podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, a nawet poza obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczyłbym lub posłyszał, co rozgłaszane być nie potrzebuje, przechowam w milczeniu, **nigdy** nikomu nie wydając tego”.

Należy dodać do tego, iż składając przysięgę lekarz zobowiązywał się „sposób życia urządzać chorym dla ich dobra podług sił swoich i zdolności dalekim będąc od wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelakiej”, oświadczając przy tym uroczyście „do czyjegokolwiek domu wniknę, celem wejścia mojego będzie jedynie dobro chorego”.

Połączenie słowa „nigdy” z kategorią „nie zabijaj” i zobowiązaniem dbania o dobro chorego w każdej sytuacji sprawiło, iż właśnie wtedy, prawie 2500 lat temu, na maleńkiej wyspie Kos powstała definicja określająca lekarza jako tego, który nie zabija **nigdy!** i spieszy z pomocą choremu **zawsze!** Biorąc pod uwagę, iż w tamtych czasach wartość życia była niejednokrotnie niższa od ceny garści oliwek, należy sądzić, iż tego rodzaju definicja musiała, przynajmniej na początku, budzić zdziwienie, rozbawienie, czy

wręcz uchodzić za dziwactwo. Dopiero wielowiekowy, niewyobrażalny upór i konsekwencja w wypełnianiu złożonej Przysięgi przez kolejne generacje uczniów Hipokratesa sprawiły, że wizerunek lekarza jako niezawodnego obrońcy życia i zdrowia, spieszącego z pomocą każdemu cierpiącemu, bratu i wrogowi, w każdych warunkach i okolicznościach, w czasie wojny i pokoju, słowem zawsze i wszędzie, utrwalił się w umysłach i sercach ludzi w sposób niepodważalny i bezdyskusyjny. Stał się wartością trwałą i niezmienną jako oczywistość nie wymagająca uzasadnienia.

W efekcie zawód lekarza został wyodrębniony, wydzielony i wyróżniony z wszystkich innych profesji i zajęć społecznych – stał się powołaniem i sztuką. Ta wyróżniająca od innych zajęć i zawodów odrębność stała się fundamentem najważniejszej wartości naszego powołania – godności zawodu lekarza. Budowana z ogromnym wysiłkiem i poświęceniem przez wieki, była chroniona i ceniona jak skarb, jak źrenica oka, jak dobro najwyższe, jak najważniejszy przywilej i obowiązek.

I jeśli mówimy dzisiaj o nagłych zagrożeniach etycznych, jeśli z niepokojem obserwujemy narastanie tendencji i działań sprzecznych z utrwalonymi zasadami postępowania lekarskiego, to myślimy i mówimy również, a może przede wszystkim, o niebezpieczeństwie naruszenia godności zawodu, naruszenia godności naszego powołania.

Nie lekceważąc nadchodzących zagrożeń jestem, myśląc o przyszłości medycyny, umiarkowanym optymistą. Przyszłość zawodu lekarskiego to przede wszystkim ludzie; ludzie młodzi, zdolni, wrażliwi, dobrze przygotowani do pełnienia swojego świadomie wybranego posłannictwa. To oni wybiorą kierunek i wierzę, że wybiorą właściwy. W takim przekonaniu utwierdzają mnie wspomnienia i wrażenia związane z nieodległym przecież, dniem 17 stycznia 2003 roku – zebrani w najpiękniejszej sali Zamku Królewskiego absolwenci II Wydziału Lekarskiego Warszawskiej Alma Mater otrzymują dyplomy lekarskie. Chwilę wcześniej, w obecności Jego Magnificencji, Dziekana, członków Senatu, Profesorów, Przyjaciół i Rodzin powtarzają uroczyście, poważnie i radośnie zarazem, słowa Przyrzeczenia lekarskiego. Są wzruszeni, są szczęśliwi, są lekarzami. Rozbrzmiewa „Gaudeamus”, Hipokrates śpiewa razem z nami.

Za wspaniałą, powtarzaną od wielu już lat uroczystość, za wysiłek, za trud wychowania kolejnych pokoleń polskich lekarzy w zgodzie i w duchu hipokratesowej Przysięgi składam na ręce Waszej Magnificencji w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wyrazy najgłębszego szacunku, wraz ze słowami uznania i podziękowania dla całego grona Profesorów i Wychowawców Warszawskiej Akademii.

□

Umieranie i śmierć w tradycji biblijnej

Ks. prof. dr hab. Waldemar Chrostowski, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Sądzę, że z biblią związany jest jeden bardzo głęboko utrwalony stereotyp i być może, to co powiem jakoś państwa również nie tylko zadziwi, tylko skłoni do przemyślenia. Stereotyp, który dotyczy ludzkiej śmierci, dotyczy ludzkiej przemijalności, dotyczy umierania właśnie i tego przejścia na drugą stronę życia. Otóż wizerunek, zresztą utrwalany w teologii, w kościele i przez duszpasterzy, który mamy w sobie jest mniej więcej taki: Bóg stworzył pierwszą parę ludzi, Adama i Ewę, którzy byli nieśmiertelni, a ponieważ zgrzeszyli, karą za ich grzech jest śmierć. Nie byłoby tej śmierci fizycznej, której podlegamy, gdyby Adam i Ewa zachowali posłuszeństwo Panu Bogu. Śmierć więc jest tak postrzegana jako kara. Tutaj chciałbym tylko przedstawić jedną sprawę, niesłuchanie ważną, mianowicie tę, która ma związek z tak zwaną teodyceą, czyli z problemem usprawiedliwienia Boga. Otóż nie brakuje takich, którzy bez względu na to, czy się przyznają do tego czy nie, myślą sobie mniej więcej tak. To jeżeli za spożycie jednego jabłka (bo to jest dodatkowe wyobrażenie, o jabłku w biblii nie ma nic, ale tak zwykło się sądzić). Żydzi upatrywali przed chrześcijanami jeszcze inne owoce niż jabłko, ale w Europie jabłka były najbardziej popularne. Więc jeżeli przez spożycie jednego jabłka śmierć została ściągnięta na świat i ta śmierć jest karą Bożą, to kim jest Pan Bóg, który aż tak wielką karę za takie wykroczenie dał? I jak pojmować śmierć jako karę, jak się z nią zmagać, jak ją przyjąć, skoro ona nie należy do pierwotnej kondycji ludzkiej. No to rzeczywiście zmagania ze śmiercią są w jakimś tego słowa znaczeniu skazane na porażkę.

Chciałbym właśnie ustosunkować się do tego stereotypu i od niego rozpocząć swoją refleksję. Chciałbym, żebyśmy zatrzymali się na biblijnym opowiadaniu o stworzeniu świata. Proszę niech państwo zwrócą uwagę ja nie używam słowa biblijny, opis stworzenia świata, bo to nie było tak, że Pan Bóg stwarza świat, a z boku siedzi autor i opisuje to co widzi. Jest to opowiadanie o stworzeniu świata, ponieważ starożytny człowiek, ten którego to opowiadanie znalazło się na kartach biblii próbuje niejako sobie wyobrazić owego Boga Stwórcę i próbuje sobie wyobrazić same początki świata i człowieka. Zwróćmy uwagę na niektóre jego elementy, które są zazwyczaj pomijane albo bagatelizowane, a które mają ogromne znaczenie dla naszej refleksji. Otóż państwo pamiętają doskonale, że to biblijne opowiadanie jest ułożone w schemat siedmiu dni. Przy czym sześć dni Pan Bóg pracuje, a siódmego dnia odpoczywa. Oczywiście

wiemy też, że jest to schemat liturgiczny, naśladowający rytm starotestamentowego tygodnia, sześć dni pracy, siódmy dzień odpoczynku, czy później na tym samym schemacie oparte jest również chrześcijańskie przeżywanie czasu, mamy dokładnie ten sam siedmiodniowy schemat.

Przypatrzmy się niektórym szczegółom. Otóż kiedy upływały pierwsze dni stworzenia pierwszy, drugi i trzeci, w których Pan Bóg jak gdyby przygotował scenę dla tych istot, które jako istoty żywe będą zapełniać rozmaite sfery świata, to w czwartym dniu czytamy takie słowa „a potem Bóg rzekł. Niechaj powstaną ciała niebieskie świecące na sklepieniu nieba, aby oddzielały dzień od nocy, aby wyznaczały pory roku, dni i lata”. Najważniejsze dla naszej refleksji są tutaj słowa „pory roku, dni i lata”. Bóg stworzył słońce i księżyc i o słońcu i księżycu mówi się, że będą odtąd oddzielały dzień od nocy, doskonale to wiemy, że takie jest również nasze kosmologiczne wyobrażenie i dzisiaj i doskonale znamy ten związek rytmu Księżyca i Słońca z dniem i nocą, ale nas interesuje tutaj ten szczegół, który bywa przeoczony, mianowicie, aby wyznaczały pory roku, dni i lata. A więc w porządku stworzonym przez Boga były pory roku. Na terenie Palestyny, czy na Bliskim Wschodzie tych pór roku jest w zasadzie dwie: pora sucha i pora deszczowa, pora zimowa i pora letnia. W naszym klimacie tych pór jest cztery : wiosna, lato, jesień, zima, ale na jedną sprawę musimy zwrócić uwagę. Skoro istniały pory roku, to zatem w tym świecie stworzonym przez Boga jako dobry, bezgrzeszny, sprawiedliwy i wspaniały, w tym świecie istniała przemijalność, bo jakżeby inaczej pomyśleć pory roku, gdyby wszystkie były do siebie podobne. Otóż skoro nastawały po sobie pora deszczowa i sucha, skoro następowały po sobie wedle naszego tutaj sposobu życia wiosna, lato, jesień i zima, to przecież te rośliny, które zostaną stworzone, te kwiaty które zostaną stworzone, musiały podlegać procesowi vegetacji, zatem skoro była pora deszczowa i to wszystko kwitło, to musiało przekwitać, musiało ginąć, a następnie znów wracało do życia. Raj nie polegał więc na tym, że raz wyrosła gotowa trawka i taką już pozostała aż do skończenia świata.

Popatrzmy dalej. W następnym dniu, piątym, „potem Bóg rzekł, niechaj się zaroją wody od istot żywych, a ptactwo niechaj lata nad ziemią pod sklepieniem nieba”. Tak stworzył Bóg wszelkie potwory morskie i wszelkiego rodzaju pływające istoty żywe, którymi zaroily się wody oraz wszelkie ptactwo skrzydlate różnego rodzaju. Bóg widząc, że były dobre, pobłogosławił je tymi słowami. Bądźcie płodne i

mnóżcie się, abyście napełniały wody morskie, a ptactwo niechaj rozmnaża się na ziemi. Przykazanie płodności, które Bóg kieruje wobec świata żywego, również zakłada przemijalność. Gdyby było inaczej, to przecież nie byłoby następstwa pokoleń. To przecież ptak, który został stworzony przez Boga, w tym hipotetycznym początku, na początku świata, przynależałby do tej samej wieczności, do której przynależałoby następne i następne zwierze, które przyszło na świat. Otóż to jeszcze mocniej widać przy przykazaniu płodności, które dotyczy zwierząt, bo one też mają się rozmnażać, a więc u zwierząt też będzie krowa-mama i krowa-córka, czyli też będzie następstwo pokoleń. Ale nas w tym miejscu interesuje najbardziej to, co dotyczy człowieka. Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, do tych słów jeszcze wrócimy, na obraz boży go stworzył, stworzył mężczyznę i niewiastę. Mężczyzna i niewiasta to dwie strony człowieczeństwa, dwa aspekty człowieczeństwa, dwa sposoby bycia człowiekiem. I za chwilę po tym stworzeniu mężczyzny i kobiety, czytamy: po czym Bóg im błogosławił mówiąc do nich: „bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną, abyście panowali nad rybami morskimi, nad ptactwem powietrznym i nad wszystkimi zwierzętami pełzającymi po ziemi”. Na czym polega różnica między przykazaniem płodności adresowanym do zwierząt i przykazaniem płodności adresowanym do człowieka?

Otóż w przypadku człowieka przykazanie płodności ma charakter osobowy. Otóż Bóg bezpośrednio kieruje te słowa do człowieka, przez co człowiek ma udział w prokreacji, świadomy udział w prokreacji. Kiedy człowiek otrzymał dar płodności, to również otrzymał umiejętność świadomego korzystania z tego daru, ale dar płodności w moim głębokim przekonaniu, gdy czytam to biblijne opowiadanie, zakłada przemijalność. Gdyby było inaczej, to także pojmować dzieci Adama i Ewy, wnuki Adama i Ewy, prawnuki Adama i Ewy. Gdyby było inaczej, to byłibyśmy przecież w świecie mitologii greckiej albo rzymskiej, gdzie boginie i bogowie, tak czy inaczej nieśmiertelni, koniec końców okazywało się, że byli śmiertelni, bo toczyli boje, toczyli walki, ginęli, byli ranni, mieli dzieci i ta mitologia była niesłychanie rozbudowana. Myślę, że jednym z największych nieporozumień w czytaniu Pisma Świętego jest nałożenie greckich, rzymskich, innych kategorii mitologicznych na to biblijne opowiadanie, które od wszelkiej mitologii stroni. Jaka jest konkluzja tej części? Przemijalność należała od początku do bożego planu stworzenia, była jego elementem. Otóż Bóg nie stworzył człowieka nieśmiertelnym w takim znaczeniu, iżby stworzony przez Boga człowiek miał unikać fizycznej śmierci. To nie było tak, bo gdyby było w ten sposób, to umyka to wszelkiej możliwości nie tylko racjonalizacji, bo zakłada to, że Adam i Ewa raz stworzeni, żyliby w jakimś

takim mitycznym, nieśmiertelnym świecie. A ich dzieci? Przecież skoro otrzymali przykazanie płodności poprzedzające upadek, to dziecko musiało zostać poczęte, musiało się urodzić, musiało wzrastać. A potem co? Miałyby się nagle zatrzymać w rozwoju? Na jakim etapie? Wtedy kiedy miało lat czternaście, dwadzieścia pięć, siedemdziesiąt, dziewięćset, jak gdzie indziej mamy jakieś cyfry podawane? Do czego więc zmierzam, do jakiej konkluzji? Ta śmierć, której doświadczamy przynależała do bożego porządku stworzenia, tylko że człowiek inaczej ją przeżywał. To znaczy dla pierwszych rodziców ona nie była dramatem, nie była tragedią, bo oni byli przekonani i pewni, że po drugiej stronie stoi Pan Bóg. Można by to porównać w jakiejś powiedzmy sobie analogii do współczesnego doświadczenia świętych, którzy dochodzą do granicy śmierci, ale jednocześnie podchodzą do niej bez lęku, bez obawy, bez drżenia, bez trwogi, dlatego, że dla nich Bóg jest rzeczywistością tak oczywistą, jak samo życie. Otóż śmierć wtedy staje się groźna, gdy postrzegamy ją jako koniec. W moim przekonaniu człowiek nie boi się śmierci, człowiek boi się unicestwienia. Człowiek nie boi się samej śmierci jako takiej, człowiek boi się tego, że po drugiej stronie nie ma nikogo, więcej, że żadnej drugiej strony nie ma. I właśnie to rodzi w człowieku największy lęk przed śmiercią. U człowieka wierzącego, zwłaszcza u chrześcijanina może być jeszcze jedno źródło lęku, wynikające z wypaczonego obrazu Boga. Człowiek boi się śmierci, ponieważ pojmuje Boga, wprawdzie jako Ojca, ale jest to pojmowanie ojca wedle takiego wizerunku i wedle takich kategorii, że Bóg jest sędzią sprawiedliwym, który za dobre wynagradza, a za złe karze, a ponieważ każdy z nas ma coś na sumieniu, to w związku z tym postrzega siebie przede wszystkim w perspektywie zła i kary, a nie w perspektywie dobra i nagrody. Takie pojmowanie Boga dochodzi do głosu choćby w jednej z naszych najpiękniejszych pieśni: „Serdeczna Matko”, kiedy to w kościele śpiewamy: „...a kiedy Ojciec rozgniewany siecze, szczęśliwy kto się do Matki uciecze ...”. oto obraz Boga, rozgniewany Bóg, który siecze różgami tych, którzy w niego wierzą. I jeżeli człowiek utrwali w sobie taki wizerunek Boga, nic dziwnego, że śmierć staje się dla niego doświadczeniem, czy powiedzmy przyszłością, rzeczywistością niezwykle nie tylko przykrą, lecz wręcz dramatyczną. W związku z tym wychowywanie człowieka do śmierci powinno mieć jak gdyby dwa aspekty, dwie płaszczyzny. Jedna to ukazanie śmierci, jako elementu w bożym dziele stworzenia świata, odejście od tego mitologicznego wizerunku, według którego Bóg ukarał człowieka śmiercią, tak jak gdyby człowiek został stworzony jako swego rodzaju mitologiczny heros, jakiś Gilgamesz albo Zeus, albo inna postać mitologii.

Nie. Człowiek od początku podlegał przemijalności, tak jak pory roku, dni i lata. Człowieka od początku dotyczyło

następstwo pokoleń, bo otrzymał przykazanie płodności, natomiast grzech zmienił perspektywę przeżywania śmierci. Dlaczego ją zmienił? Dlatego, że wprowadził ewentualność śmierci bez Boga, albo śmierci wbrew Bogu. Bo śmierć przeżywana z Bogiem tragedią nie jest, natomiast śmierć bez Boga, albo śmierć przeciwko Bogu, może być dla człowieka wielką tragedią. Skoro tak i skoro po tej linii mogłaby pójść ta intencja powiedzmy teologiczna, religijna także w odczytywaniu opowiadania o stworzeniu świata, to musimy posunąć się dalej.

A co biblia, a co Pismo Święte ma nam do powiedzenia o umieraniu i o śmierci. Trzeba te dwie rzeczywistości od siebie odróżnić, dlatego że czasami umieranie trwa bardzo krótko, jak u człowieka, który umiera w wypadku, na zawał, czy na wylew krwi do mózgu. Umieranie może trwać minuty, godzinę najwyżej, ale bywa, że umieranie trwa bardzo długo. I w związku z tym ono też zasługuje na uwagę. Ono czasami jest jakimś aspektem starości, i wtedy dokonuje się jakby w naturalny sposób. Czasami odczytujemy je, czy traktujemy je jako przedwczesne. Proszę mi wybaczyć tę bardzo ryzykowną analogię, ale wydaje mi się, że wszystkie istoty żywe, również zwierzęta przeżywają umieranie. Przedstawię tu sytuację, który jakoś tkwi we mnie. Mianowicie nieco ponad dwa lata temu patrzyłem bardzo blisko na śmierć swojego kota. Oczywiście tego kota, w tym umieraniu nie różniły się od oczu człowieka. A wdzięczność tego zwierzęcia za bycie przy nim, dawała bardzo wiele do myślenia i wskazywała na jakąś jedność bożego planu stworzenia. Jeżeli mówimy, że człowiek jest kimś wyjątkowym, bądźmy w moim przekonaniu bardzo ostrożni. Człowiek może być kimś bardzo wyjątkowym, ale uważna obserwacja śmierci zwierząt, wnikliwie na ten temat rozeznanie pokazuje, że one też czują, że odchodzą. Jak wobec tego zachować się wobec perspektywy umierania i perspektywy śmierci? Na ten temat znajdujemy bardzo piękny tekst w księdze Kocheleta. Jest to jedna z tych ksiąg, gdzie sceptycyzmu jest sporo, a przez to samo bardzo dobrze można widzieć zawarty tam optymizm. Chodzi o dwunasty rozdział księgi Kocheleta i zawartą tam alegorię starości, umierania i śmierci. W perspektywie biblijnej, dla biblijnego człowieka śmierć jako taka nie była karą, karą stawał się sposób jej przeżywania. Jeżeli to było bez Boga, to wówczas śmierć ukazywała swoje (nazwijmy to) śmiertelne oblicze. To zatem śmierć przeżywana z Bogiem i śmierć przygotowana i umieranie podejmowane świadomie zyskuje nową jakość.

W księdze Kocheleta czytamy: „pamiętaj na swego stwórcę za dni swej młodości, zanim nastanie czas zły i nadejdą lata, o których powiesz: nie mam w nich upodobania.” Proszę popatrzeć. Wychowywanie do starości rozpoczyna się od młodości, rozpoczyna się od wczesnego okresu. Sądzę, że cywilizacja współczesna nie tylko usunęła w cień

chorobę, umieranie i śmierć, spychając chorych, umierających ludzi, a także tych, którzy zmarli spychając niejako w niebyt (o tym była mowa tutaj kilkanaście, kilkadziesiąt minut wcześniej, prawda, umieranie w samotności), ale dokonała czegoś nawet jeszcze gorszego. Mianowicie poprzez wykopywanie takich barier między poszczególnymi pokoleniami: młodzież, dorośli, starsi, zaczyna być rzadkie już nie tylko doświadczenie umierania i śmierci, ale coraz rzadsze staje się doświadczenie starości. Jeżeli dzieci i młodzież widzą starego człowieka, widzą go sporadycznie i krótko. Nie są do tego doświadczenia przygotowywani w żaden sposób, aby towarzyszyć starszym osobom i aby również sami mogli zmagać się ze swoją starością. To samo dotyczy również (choć to jest inna nieco perspektywa), cierpienia i choroby. Proszę zwrócić uwagę na przykład na przygotowanie do małżeństwa, także to, które odbywa się w kościołach. Ileż tam się mówi rozmaitych rzeczy, natomiast jak do tej pory przy żadnej okazji nie widziałem, nie słyszałem, takiego przygotowania do małżeństwa, które dwojgu młodym uświadamia, że miłość którą sobie nawzajem ofiarowują, może od nich wymagać ogromnej ofiary, ogromnego poświęcenia, np. wtedy, kiedy stanie się coś złego w ich życiu, kiedy przyjdzie na świat kalekie dziecko, o tym się nie mówi. To są tematy tabu. A jeżeli już, to bardzo sporadycznie. Narzeczonym opowiada się o rozmaitych sprawach, radościach i Bóg wie o czym jeszcze, natomiast ewentualności problemów, dramatów nie bierze się pod uwagę. Kiedy się więc rodzi chore dziecko okazuje się, że są kompletnie do tego nie przygotowani. I już do poradni więcej nie pójdą, bo skoro przedtem o tym nie słyszeli, o tej ewentualności, i nie brali tego w ogóle pod uwagę, to nie sądzą, żeby to było miejsce, w którym ktoś im rzetelnie pomoże.

Otóż w przekonaniu autorów natchnionych, autorów biblijnych, do rzeczywistości cierpienia, choroby, śmierci i starości trzeba przygotowywać się od młodości. I że to przygotowanie ma mieć charakter religijny. Nie ma skutecznej perspektywy w spojrzeniu na śmierć, skuteczniejszej niż ta, która pochodzi z uwzględnienia istnienia i bliskości Pana Boga: „pamiętaj na swego stwórcę za dni swej młodości”, zanim nastanie czas zły, starość i umieranie są czasem złym. Nie można apoteozować cierpienia jako takiego, choroby jako takiej, starości jako takiej, umierania jako takiego. To jest czas trudny, zły i smutny. Bo rozmaicie to chebrajskie słowo można na język polski przełożyć. Starość jest przedstawiana tak: zanim słońce przygaśnie oraz światło, księżyc i gwiazdy, a także chmury znów wrócą po deszczu. Używając obrazów ze świata, który nas otacza, ta alegoria przenosi obraz na poziom człowieka, jego doświadczeń i doznań. Bezgwiazdne niebo, słońce które pięknie świeci – oto jest życie człowieka zdrowego i dorosłego. Życie człowieka zdrowego i dorosłego jest takie, jak dzisiejszy dzień. Starość

jest inna. Starość jest pochmurna. Ona będzie taka, jak chmury, które znów powrócą po deszczu. Zwróćmy uwagę, że jest tu odwrócenie naturalnego porządku. Normalnie po deszczu jest pogoda. Ale w starości człowiek nie może liczyć, że ten porządek będzie dokładnie taki sam. To znaczy chmury w starości są częstsze niż owa słoneczna pogoda, która nas otacza i człowiek młody i dorosły powinien to wiedzieć, że starość ma swoją specyfikę, a więc umieranie też będzie miało swoją specyfikę. I dalej: "w dniu, w którym zadrzą strażnicy domu i zegną się silni mężowie oraz ustaną młynarki, bo ich ubędzie i zaćmią się patrzące z okien. Mamy rozmaite obrazy przeniesione do opowiadania o starości i o umieraniu. Zadrzą strażnicy domu to nawiązanie do bioder, które się będą chwiały, zegną się silni mężowie, to oczywiście nawiązanie do nóg, które słabną, ustaną młynarki, bo ich ubędzie, to brak zębów. W starożytności w szczególności sposób dotkliwy, bo sztuka uzupełniania braków w uzębieniu nie była tak rozpowszechniona, aczkolwiek bywała znana. I zaćmią się patrzące z okien, to oczywiście oczy, osłabną oczy, osłabną zęby, osłabną ręce, osłabną biodra, wszystko zacznie słabnąć. Zanim to nastąpi, pomyśl o Bogu mówi autor natchniony, przygotuj się do tego. Drzwi na ulicach zostaną zamknięte, gdy odgłos młyna przycichnie i podniesie się jak głos ptaka, zaś wszystkie śpiewające pieśni zamilkną. To znów przeniesienie obrazów z Palestyny do starszego i umierającego człowieka. Drzwi na ulicach zostaną zamknięte, otóż w starożytności, podobnie jak dzisiaj na bliskim wschodzie uchylano drzwi domów, żeby siedząc przy drzwiach słyszeć, co się dzieje.

Autor mówi: „w starości będziesz słyszał gorzej niż teraz, gdy odgłos młyna przycichnie, tj. ten odgłos, który wydaje człowiek kiedy spożywa jedzenie, kiedy gryzie zwłaszcza twarde rzeczy, kiedy nie będzie mógł gryźć, jednym słowem, będzie już musiał przyjmować inny pokarm, a jego głos podniesie się jak głos ptaka. Głos ludzi starszych jest inny niż ludzi dorosłych. Jak mówi jeden z komentatorów żydowskich często głos ludzi starszych staje się piskliwy, co jest dla innych źródłem utrudzenia. Koniec komentarza, prawda. I wszystkie śpiewające pieśni zamilkną. Człowiek będąc starszym nie będzie w stanie mówić już tak głośno, tak dobitnie jak czynił to wtedy, jak był dorosły. I dalej nawet wzniesienie budzi lęk, a droga obawę, bo zakwitnie migdałowiec i szarańcza stanie się ociężała, zaś kapary wydadzą pączki. Wzniesienie budzi lęk, człowiek starszy boi się sam chodzić, najmniejsze wzniesienie staje się znacznie większe, nie może podejść, nie może zejść, gorzej widzi, ma zachwiania równowagi. W starożytności to wszystko znano. „A droga budzi obawę” mamy tutaj nawiązanie do tego, co zwykło się nazywać agorafobią, lęk przed tłumem, przed wieloma ludźmi. Człowiek starszy woli pozostawać sam w miejscu, które dobrze zna, jeżeli się wybiera w nieznaną, to musi

mieć kogoś przy sobie, nie dlatego iż by potrzebował go fizycznie, bardziej potrzebuje psychicznie. „Zakwitnie migdałowiec, szarańcza stanie się ociężała” nie muszę wyjaśniać tutaj szczegółów tego, ale jest to nawiązanie do znacznego osłabienia możliwości płciowych człowieka, bo jedno i drugie w starożytnych umysłach było związane właśnie z wydajnością w zakresie płciowości, a więc zdanie „i kapary wydadzą pączki” jeszcze raz nawiązuje do słabnącego organizmu opisywanego za pomocą flory palestyńskiej. Pointa jest następująca: człowiek zmierza do swego wiekuistego domu, podczas gdy po ulicach krążą płaczki.

Otóż człowiek starszy jest jakby w drodze, w podróży, w której widzi swój cel, zarówno człowiek starszy, jak i człowiek umierający słyszy już odgłos płaczek. One zawsze towarzyszyły na bliskim wschodzie umierającym. To jest nawiązanie do takiego umierania, które jest świadome, bo przecież bywa jeszcze umieranie tej świadomości zupełnie pozbawione. I wreszcie zakończenie tego pięknego tekstu: „zanim zostanie przecięty srebrny sznur i złamana złota czara, dzban rozbije się u źródła, a złamany kołowrót spadnie w studnię”. Cztery obrazy śmierci. Przecięty srebrny sznur, złamana złota czara, dzban rozbity u źródła i wreszcie złamany kołowrót, który tym razem nie wyciągnie wody, bo spada w studnię.

Oto obrazy śmierci. A pointa? A pointa brzmi tak: wtedy powróci proch do ziemi, jak nim był. Zaś tchnienie życia powróci do Boga, który je dał. I ta pointa po tych przepięknych obrazach nawiązujących do fauny i flory, odkrywa nam istotę, jeżeli tak można powiedzieć naszego losu, naszego człowieczeństwa. Ciało, proch, powróci do ziemi, jak nim był, zaś duch wraca do Boga, który go dał.

Zatem ten obraz rozbitego dzbana, obraz przeciętego sznura, obraz kołowrotu który spadł, to nie jest koniec, bo duch jest własnością Boga, który go dał. Zatem śmierć staje się bramą, a nie końcem. To jest perspektywa Starego Testamentu. Perspektywa, która przygotowała czasy Nowego Testamentu. Skoro tak, to trzeci wątek w naszej refleksji, ostatni. Skąd bierze się godność człowieka? Dlaczego człowiek, tak zresztą jak i inne istoty, w jakimś głębokim tego słowa znaczeniu, ale dlaczego człowiek jest kimś wyjątkowym i dlaczego nosi w sobie pragnienie nieśmiertelności? Nie potrafimy powiedzieć, czy zwierzęta umierając mają w sobie pragnienie życia? Tego nigdy zapewne wiedzieć nie będziemy. Człowiek, przynajmniej bardzo wielu ludzi to pragnienie życia zachowuje bardzo długo.

Skąd ono się bierze? Raz jeszcze popatrzymy na to w kategoriach Starego Testamentu. Mamy tam przykazanie, które zakazuje sporządzania wizerunków Boga. I ono przynależy do dziesięciu Bożych przykazań, nie będziesz sporządzał żadnego wizerunku Boga, żadnego obrazu Boga, żadnej figury Boga, żadnego wyobrażenia Boga. Wiemy dobrze, że

do dzisiaj to przykazanie jest mocno przestrzegane w religii żydowskiej oraz w islamie. Są to religie można by powiedzieć nie anty obrazowe, tylko aobrazowe, bez obrazu. Kiedy wchodzimy do synagogi, czy wchodzimy do meczetu, tam nie ma żadnych wyobrażeń Boga. Również w kościołach wyobrażeń Boga Ojca jest stosunkowo mało, może po części i dzięki Bogu.

Natomiast wyobrażenia Jezusa są, bo stał się człowiekiem. Natomiast Bóg dał przykazanie, wydał przykazanie nie sporządzania swoich wizerunków. Ale jak mówiono w starożytności, sam Bóg pogwałcił to przykazanie. Stworzył bowiem człowieka na swój obraz, na obraz boży stworzył mężczyznę i niewiastę. W świecie stworzonym przez Boga człowiek jest jego obrazem. A co w człowieku jest obrazem boga, pytano na katechizmie? Jeżeli państwo pamiętają starsze katechizmy, być może są jeszcze w użyciu, niestety nie mam teraz do czynienia teraz z przygotowaniem dzieci pierwszo-komunijnych, ale jeszcze do niedawna na pytanie, co w człowieku jest obrazem Boga, natychmiast dziecko recytowało katechetce albo kapłanowi: rozum i wolna wola. W piśmie świętym nie ma pojęć rozum i wolna wola, w piśmie świętym jest: stworzył Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boży go stworzył. Zatem nie tylko rozum, nie tylko wolna wola, ale również cielesność człowieka jest jakimś tajemniczym odzworowaniem Boga. Nie dlatego żeby Pan Bóg był cielesny, bo Bóg jest istotą absolutnie duchową, ale cielesność człowieka umożliwia płciowość, a płciowość, zróżnicowanie płci, stoi u początku daru płodności, a z darem płodności związana jest miłość. Zatem cielesność ludzka z płciowością i miłość z tym związana, są jakimś tajemniczym odzwierciedleniem wewnętrznego bogactwa bożej miłości, tego, że Bóg jest Ojcem i Synem i Duchem Świętym. „Stwórzmy człowieka na nasz obraz”, czytamy w księdze rodzaju. I owo „nasz” było przekazywane w czasach Starego Testamentu, kiedy obowiązywał rygorystyczny monoteizm. A Żydzi, którzy w trójcę św. nie wierzą, po dzień dzisiejszy mają problemy, przeogromne problemy z wyjaśnieniem owego „nasz”.

Otóż jeżeli ludzka cielesność, jeżeli cały człowiek jest

tajemniczym odzwierciedleniem Pana Boga, jest tajemniczym odzwierciedleniem bożej miłości, to zatem umieranie i śmierć związane z cielesnością, one też powinny być przeżywane w takiej perspektywie. Sądzę zatem, że właściwe, chrześcijańskie podejście do umierania i śmierci, jest bardzo mocno związane z głębszym niż do tej pory zrozumieniem i przyjęciem misterium stworzenia, tajemnicy stworzenia oraz tej głębi objawienia, która została zawarta na kartach Pisma Świętego. Bo aczkolwiek często je czytamy, to z jego zrozumieniem i znajomością bywa gorzej. A na kartach Pisma Świętego zawarte są nie tylko głębokie intuicje ludzi, którzy przeżywali odchodzenie innych i przygotowywali się do własnego przejścia, lecz zawarte jest również to boże światło, które umożliwia godne przyjęcie owej perspektywy umierania i śmierci.

Proszę zwrócić uwagę, że zatrzymałem się wyłącznie na poziomie Starego Testamentu, dlatego, że perspektywa Nowego Testamentu i Jezusa Chrystusa, będzie jak sądzę przedmiotem następnej refleksji. Bo oczywiście to wszystko, co powiedzieliśmy o przemijalności jako składniku stworzenia, o godności ludzkiego ciała i cielesności, a zatem związanej z tym godności umierania i śmierci, w właściwym przygotowywaniu się do umierania i śmierci zanim one nadejdą, otóż wszystko to nabiera nowego znaczenia, głębszego znaczenia w świetle śmierci i zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. Zwrócę uwagę tylko państwa na jeden fakt. Mianowicie na Jezusowe wskrzeszenie. Gdyby śmierć była absolutnym końcem, niemożliwe byłoby wskrzesić człowieka. Tak jak został wskrzeszony Łazarz, młodzieniec z Naim, czy dwunastoletnia córka dworzanina. Zostali wskrzeszeni, czyli zostali przywróceni do życia. Wyrwani śmierci, takiej jaką ją znamy, ale Bóg jest panem życia i tego po tej i tego po drugiej stronie, a więc to po drugiej stronie istnieje. Ta perspektywa znalazła daleko głębszy wyraz i wymiar śmierci w zmartwychwstaniu Chrystusa i jako chrześcijanie możemy dzięki temu Stary Testament zrozumieć jeszcze głębiej, jeszcze lepiej, no ale to oczywiście rzecz na osobną refleksję.

UROCZYSTOŚĆ ROZDANIA DYPLOMÓW NA II WYDZIALE LEKARSKIM

17 stycznia 2003 r. w Sali Balowej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się uroczystość rozdania dyplomów ukończenia studiów absolwentom II WL z 2002 r., dyplomów doktorów oraz doktora habilitowanego. W całości dru-

kujemy teksty wystąpień Rektora Naszej Uczelni i Dziekana II WL oraz listę wyróżnionych studentów, doktorów i habilitantów.

Wystąpienie Rektora AM

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Panie Dziekanie, Wysoka Rado,
Wielce Szanowni Państwo.

Jesteśmy uczestnikami doniosłej uroczystości w II Wydziale Lekarskim naszej Alma Mater, uroczystości promocji lekarzy i doktorów nauk medycznych. To godne, dostojne otoczenie Sali Wielkiej, Balowej Zamku Królewskiego przywodzi na myśl stwierdzenie, że forma dorównuje w tym wydarzeniu jego treści ... i odwrotnie.

Ktoś mógłby zapytać, czy w XXI wieku, w tak stechniczonym, tak zrutyinizowanym świecie potrzebne są jeszcze takie gesty; tak pompatyczne gesty, stroje, całe to otoczenie, ceremonia?

Przecież na dobrą sprawę od kilku miesięcy posiadacie już zaświadczenia uprawniające do korzystania z przywilejów związanych z uzyskanym tytułem zawodowym czy naukowym.

Szanowni Państwo, w moim głębokim przekonaniu uroczystość ta jest potrzebna. Potrzebna jest nam wszystkim zgromadzonym w tej sali. Potrzebna jest po to, abyśmy zdali sobie sprawę z wagi tego, co wydarzyło się. Tak naprawdę dopiero za chwilę staniecie się lekarzami po wręczeniu dyplomu i złożeniu przysięgi lekarskiej. Jest to jeden z najważniejszych momentów w życiu i do końca życia musicie ten moment zapamiętać. Promocja dokona się w sposób bardzo uroczysty, wobec tak licznych świadków; władz uczelni, wydziału, wszystkich kolegów z kursu, rodzin.

Najważniejsze jednak chyba jest to, aby w pełni zaangażowana była w nią świadomość samych promowanych, abyście Państwo nie tylko wypowiedzieli słowa przysięgi, ale zdali sobie sprawę z jej treści.

Szanowni Państwo, Wy wiecie teoretycznie, a my – pracujący w zawodzie od kilkunastu czy kilkudziesięciu lat,

wiedzę swą opieramy już na doświadczeniu. Doświadczeniu, z którego wynika, że życie lekarza nie jest usłane różami, choć i te jak wiemy posiadają kolce. Nie wszyscy pacjenci są do nas uśmiechnięci, ale pacjent to osoba cierpiąca, a my bez względu na pogodę, samopoczucie czy humor, uśmiechnięci i życzliwi im być powinniśmy. Sięgając wstecz pamięcią, każdy z nas widzi w minionych latach dni radosne, słoneczne, ale pamiętamy też takie, których nie chcemy wspominać z różnych przyczyn – dni ciężkich, ponurych. A jednak, na ubiegłorocznym spotkaniu absolwentów z rocznika 1951 – było to spotkanie z okazji jubileuszu 50-lecia dyplomu, większość obecnych, chyba niemal wszyscy, jednoznacznie stwierdzili, że los obdarzył ich niebywałą szansą, jaką było przez całe ich życie zawodowe niesienie pomocy cierpiącym, zwracającym się do nich z prośbą o tę pomoc. Po 50 latach pracy zawodowej powiedzieli, że wybór zawodu był trafny, a satysfakcja z jego wykonywania ogromna. Myślę, że Państwo startujący 50 lat później – w XXI wieku, będziecie mieli dużo lepsze warunki techniczne, ale nie wiem, czy będziecie mieli łatwiejsze życie i łatwiejsze do podjęcia decyzje.

Niestety, nie mogę się z Wami umówić na spotkanie jubileuszowe za 50 lat, ale jestem przekonany, że Państwo zgodnie z uczelnianą tradycją spotkacie się i jestem również przekonany, że zdecydowana większość obecnych będzie zadowolona z wyboru zawodu.

Życzę Państwu, abyście wszyscy wzięli udział w tym spotkaniu w 2052 r.

Teraz, w okresie świątecznym – noworocznym składaliśmy życzenia, dostałem i ja wiele życzeń, a do najcenniejszych zaliczyłbym życzenia przesłane przez Profesora Stefana Wesołowskiego – byłego Kierownika Kliniki Urologicz-

nej. Profesor urodził się w sierpniu 1908 roku, nie trudno wyliczyć więc, że ukończył 94 lata, a życzenia przysłał na własnej fotografii, wykonanej w tym roku w Powsinie, na nartach biegowych. Otóż Profesor Wesołowski też wybierał kiedyś zawód, chciał zostać aktorem. Posłuchajmy krótkiej wypowiedzi Profesora:

„Po egzaminie wywieszono listę przyjętych na studia aktorskie. Moje nazwisko też tam było, ale zostało skreślone czerwonym atramentem przez dyrektora Zelwerowicza. Byłem zrozpaczony. Jak się później dowiedziałem cała komisja była za mną. Jedynie dyrektor Zelwerowicz się sprzeciwił. Powiedział, że szkoda go na aktora; cóż zostałem lekarzem”.

Pomyślmy, czemu czy komu zawdzięczamy nasz wybór kierunku studiów?

A tymczasem przed Państwem całe życie zawodowe, jak wielka niezapisana jeszcze księga. Odbyte studia to zaledwie niewielki krok, ale krok decydujący, za którym musi pójść praktyka, doświadczenie, specjalizacja i ciągle, systematyczne kształcenie, głównie już samokształcenie. Medycyna pierwszej połowy XX wieku była nieporównywalna z obecnym stanem wiedzy medycznej na przełomie stuleci XX i XXI. Przewiduje się, że ten postęp w XXI wieku będzie jeszcze bardziej dynamiczny, nie trudno wyobrazić sobie, ile wysiłku trzeba, ile staranności, aby być cały czas na bieżąco z postępem nowoczesnej chemioterapii, immunologii, genetyki ...

A jednak pomimo tego ogromnego postępu zawsze chyba zawód lekarza będzie zawodem największego zaufania publicznego, a każdy lekarz musi starać się sprostać oczekiwaniom jego pacjentów. Obok coraz bardziej skutecznych metod, najnowocześniejszej technologii i aparatury zawsze niezbędny był, jest i będzie – kontakt z chorym, zrozumienie jego problemów, pochylenie się nad jego cierpieniem.

Posłuchajcie Państwo jak rolę lekarza widzi Czesław Miłosz:

„Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy

uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdanie będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnym śmiertelników”.

Szanowni Państwo Czesław Miłosz mówi o każdej i każdym z nas, o 120 000 tysiącach ludzi w Polsce posiadających dyplom i prawo wykonywania zawodu lekarza ...

Warto wszakże również pamiętać kilka, może mniej znanych, cytatów z Hipokratesa, który powiedział: „Ze wszystkich nauk, medycyna jest najszlachetniejsza”. ... powiedział też: „Jedynym zadaniem lekarza jest leczyć i nie ma znaczenia, jakimi drogami uzyskuje pozytywny wynik”.

Ale Hipokrates powiedział także:

„Wielu jest doktorami z tytułu, ale niewielu z postępowania”.

Na słowach tego wielkiego lekarza i myśliciela oparta jest także przysięga, którą za chwilę uroczycie złożycie. Życzę Wam, abyście w swoim całym zawodowym życiu nie musieli się o nic innego martwić oprócz jej dochowania, abyście byli pozbawieni trosk, które były zawsze naszym udziałem, pierwszą z nich był zawsze niedostatek ekonomiczny. Często też musieliśmy walczyć nie tylko z chorobami – również często z przepisami utrudniającymi nam pracę.

Na koniec zwracam się z prośbą o to, abyście byli wyrozumiali dla swojej Alma Mater, która dzisiaj w świat Was rozsyła mając nadzieję, że rozślawicie Jej imię w kraju i w Zjednoczonej Europie, która otwiera przed Państwem już niebawem szeroko drzwi swoje. Życzę Państwu sukcesów w konkurencji z absolwentami setek medycznych wydziałów Europy i całego demokratycznego Świata. Powodzenia!

Ukończyliście Uczelnię, którą w pierwszych latach XIX wieku założył Stanisław Staszic, a wykładowcami byli w niej między innymi: Chałubiński, Gluźniński, Leśniewski, Choróbski, Orłowski, Paszkiewicz, Rudowski, Wesołowski, Nielubowicz i wielu najslawniejszych lekarzy – kontynuujecie ich dzieło! Życzę Państwu sukcesów w całym życiu zawodowym.

Wystąpienie Dziekana II Wydziału Lekarskiego

Prof. dr hab. Jerzy Stelmachów

Witam na kolejnej – 22 już promocji w dziejach naszego Wydziału – najważniejszych uczestników dzisiejszej Uroczystości 103 ubiegłorocznych absolwentów II Wydziału Lekarskiego, wśród których 11 osób ukończyło studia z wyróżnieniem (średnia ocen powyżej 4,5), 17 lekarzy, którzy w tym roku obronili rozprawy doktorskie i jednego doktora habilitowanego nauk medycznych. Dodam, że w ubiegłym roku dwie osoby spośród członków naszej Rady Wydziału otrzymały z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej tytuł Profesora nauk medycznych. Są nimi pani profesor Jadwiga Komender i profesor Wiesław Stryga. W ubiegłym roku Senat Akademii Medycznej w Warszawie pozytywnie rozpatrzył wniosek naszej Rady Wydziału i nadał tytuł Doktora Honoris Causa Profesorowi Antonio Onnisowi z Uniwersytetu w Padwie.

Dla tegorocznych absolwentów jest to uroczystość zamykająca pewien etap w życiu. Okres studencki, jakże przyjemny i radosny mimo niewątpliwie wyętej ciężkiej nauki, kończy się, a jednocześnie otwiera nowy etap również wyętej ciężkiej nauki w celu zdobycia specjalizacji i ciągłego podnoszenia swych kwalifikacji. Taka bowiem jest medycyna, wymagająca stałego śledzenia postępów w profilaktyce, rozpoznawaniu i leczeniu chorób. Oprócz dalszej nauki oczekujemy od Was humanizmu. Niezwykle pomocne będą w Waszym życiu zawodowym wrażliwość na cierpienie chorego człowieka, umiejętność współczucia i okazanie pokory. Przy spełnieniu tych warunków przyszłość przyniesie Wam wiele satysfakcji i wprowadzi w cudowny świat – w najpiękniejszy na świecie zawód. My, Wasi nauczyciele jesteśmy przekonani, że czekają Was wspaniałe kariery zawodowe, naukowe i osobista satysfakcja. Tego właśnie życzę Państwu z całego serca. Natomiast oczekujemy w zamian pamięci o naszej wspólnej Alma Mater, i że ciepło wspominać będziecie wszystkich nauczycieli, którzy starali się według swoich możliwości jak najlepiej przygotować Was do tego wymarzonego zawodu – zawodu lekarza.

Należą się w tym uroczystym dniu szczególnie podziękowania Waszym rodzicom i najbliższym. Im właśnie składam oprócz podziękowań za pomoc, trud i wyrozumiałość w czasie studiów gratulacje, ponieważ jest to również Państwa sukces. Bez Waszego wsparcia moralnego i finansowego uzyskanie dyplomu lekarza byłoby bardzo trudne, a czasem wręcz niemożliwe.

Dzisiejsza jakże miła uroczystość wręczenia dyplomów w przepięknej scenerii wspaniałych sal Zamku Królewskie-

go ma miejsce w szczególnym czasie, bowiem kilka tygodni temu dowiedzieliśmy się o decyzjach umożliwiających przystąpienie naszego kraju do Unii Europejskiej. Wierzę głęboko, że w 2004 roku staniemy się jej pełnoprawnym członkiem. Dla Polski jest to ogromna szansa, upatruję w tym również ogromne korzyści dla całej społeczności lekarskiej. Zdając sobie sprawę z ogromu trudności, jakie nas wszystkich czekają w okresie tych zmian, transformacji i przeobrażeń w ochronie zdrowia – myślę, że włożony wysiłek zapoczątkuje podniesieniem poziomu świadczeń zdrowotnych, jak również poprawą sytuacji materialnej pracowników – może wreszcie doczekamy się spełnienia obietnicy „podążania pieniądza za każdym pacjentem”, a nie tylko za tym, który znajdzie się w limicie ustalonym arbitralnie przez decydentów. Życzę Wam tego z całego serca, aby w przyszłości nikt Wam nie ograniczał liczby chorych, których możecie i chcecie leczyć.

Rzeczywistość początków XXI stulecia zmusza również nasze środowisko do ostrej konkurencji – oby odbywała się ona zgodnie z regułami „fair play”.

Nasza Uczelnia już od kilku lat prowadzi intensywne prace nad dostosowaniem się do wymogów Unii Europejskiej. Wydział Nasz uzyskał w roku 2000 krajową akredytację na okres pięciu lat i został rozbudowany poprzez utworzenie Oddziału Fizjoterapii. W przyszłym roku pierwsi studenci otrzymają dyplomy licencjackie na tym kierunku. Powstały nowe Wydziały, takie jak Wydział Nauki o Zdrowiu i co jest niezwykle ważne dla naszych absolwentów, Wydział Kształcenia Podyplomowego, którym kieruje Pan Dziekan Profesor **Wojciech Noszczyk**. Kończąc studia w II Wydziale Lekarskim macie Państwo możliwość podnoszenia swoich kwalifikacji w macierzystej Uczelni, utrzymując z nią kontakt przez następne lata kariery lekarskiej.

Liczne zmiany w naszej Alma Mater i jej dynamiczny rozwój zawdzięczamy niezwyklej aktywności organizacyjnej i naukowej niestrudzonego w starciach z przeciwnościami losu i biurokracją administracji państwowej i samorządowej Jego Magnificencji Rektora Akademii Medycznej w Warszawie Pana Profesora **Janusza Piekarczyka** – nieustannie dążącego do podnoszenia pozycji naszej Uczelni w kraju i na świecie.

Kierując słowa podziękowania chciałbym poprosić Pana Rektora o zabranie głosu.

Wyróżnieni absolwenci II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie w roku akademickim 2001/2002

	Średnia ocen		Średnia ocen
1. Małgorzata Nita-Nowak	4,76	7. Damian Salata	4,55
2. Maciej Łazarczyk	4,76	8. Małgorzata Miedzianowska	4,53
3. Joanna Kur	4,68	9. Wojciech Michalski	4,52
4. Anna Stadnik	4,62	10. Barbara Mazińska	4,50
5. Tymoteusz Maria Żera	4,57	11. Magdalena Olszewska	4,50
6. Iwona Radziejewska	4,55		

Doktoranci

1. Anna Pajk
2. Ireneusz Pracoń
3. Ryszard Nowak
4. Grzegorz Aderek
5. Agnieszka Timorek (dyplom z wyróżnieniem)
6. Maciej Olszewski
7. Bożena Czarkowska-Pączek
8. Piotr Dobroński (dyplom z wyróżnieniem)
9. Ewa Firląg – Burkacka
10. Bożena Buraczewska
11. Wiesława Duda – Król
12. Marek Kowrach
13. Jarosław Andrychowski
14. Dorota Włodarczyk
15. Marek Siemiątkowski
16. Dorota Nowicka (dyplom z wyróżnieniem)
17. Agnieszka Popiel

Promotorzy

- Prof. dr hab. Wiesław Jakubowski
Prof. dr med. Wiesław Jakubowski
Prof. dr med. Wiesław Jakubowski
Prof. dr hab. Wiesław Jakubowski
Dr hab. Beata Śpiewankiewicz
Dr hab. Beata Śpiewankiewicz
Prof. dr hab. Joanna Juskowa
Prof. dr hab. Maciej Czaplicki
Prof. dr hab. Walentyna Mazurkiewicz
Prof. dr hab. Jan Tatoń
Prof. dr hab. Andrzej Polubiec
Prof. dr hab. Anna Czech
Prof. dr hab. Zbigniew Czernicki
Dr hab. Kazimierz Wrześniewski
Prof. dr hab. Adam Płaźnik
Prof. dr hab. Sławomir Majewski
Prof. dr hab. Andrzej Kokoszka

Dyplom doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał dr hab. n. med. **Artur Mamcarz** za pracę habilitacyjną pt. „*Nieme niedokrwienie – częstość występowania, uwarunkowania kliniczne i prognostyczne znaczenie w trzech grupach pacjentów*”, której opiekunem był prof. dr hab. **Jerzy Kuch**.

Dziesiąta rocznica powstania Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury

Prof. dr hab. med. Marek Jakóbiśiak

Kierownik Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury

The Tenth Anniversary of the Establishing the Immunology Department of the Centre of Biostructure

The Immunology Department of the Centre of Biostructure was established in 1993, as the consequence of starting teaching immunology at The Medical University of Warsaw.

Current fields of interest of The Immunology Department and its employees cover didactic and research work. Didactic work relates to delivering lectures for students (Faculties of Medicine, Stomatology Division, Pharmaceutical Faculty) and working on manuals and publications (manual „Immunology” rewarded by The Minister of Health, many other manuals and publications in world-famous medical magazines and journals). Research work involves numerous research projects, especially in the field of experimental cancer therapy.

The personnel of The Immunology Department consists of the following scientific-didactic workers: Prof. Marek Jakóbiśiak, Associate Professor Witold Lasek, Assistant Professor Jakub Gołąb, Tomasz Świtaj, M.D., and Tomasz Stokłosa, M.D. – currently on a scholarship in USA. The engineering and technical workers are Anna Czerepińska and Elżbieta Gutowska.

By the Department, there is also The Scientific Section, combined from students of The Medical University of Warsaw, whose members are also deeply involved in the research projects and the didactic work of the department. They have been co-authors of many publications as well as they were guests to many scientific conferences, where their work was highly appreciated.

Among all the scientists of the Department, five were rewarded by the Foundation For Polish Science. The foundation granted a subsidy – for promoting and encouraging young scientists towards working on their own research projects – to members of our scientific team. Last year J Gołąb, M.D., obtained the subsidy from the „Polityka” magazine. In the ranking of all the research departments of The Medical University of Warsaw, the Immunology Department several times was awarded the first position.

The mission of The Immunology Department

In-depth devotion to work, typical to the scientific workers of the Immunology Department, may come from the fact, that, in our opinion, the most important mission for a doctor is to help patients and to prevent the diseases and sufferings. The doctor-scientist, who doesn't work with patients, must help in another way, by being as much involved in scientific researches as it is possible.

Zakład Immunologii Centrum Biostruktury został utworzony w roku 1993 w konsekwencji wprowadzenia nauczania immunologii w naszej uczelni. Z inicjatywą utworzenia zakładu występował wielokrotnie prof. dr Kazimierz Ostrowski. Zakład Immunologii powstał dzięki staraniom ówczesnych Władz Uczelni, szczególnie JM Rektora prof. dr Tadeusza Tołłoczki, Prorektora prof. dr Jana Pachecki, Dziekana I WL prof. dr Barbary Dąbrowskiej i pani Dyrektora Hanny Wilczyńskiej. Do powstania Zakładu Immunologii przyczynili się również: prof. dr Janusz Komender, prof. dr Wojciech Sawicki, prof. dr Stanisław Moskałewski i prof. dr Felicja Meisel-Mikołajczyk.

Zajęcia z immunologii prowadzimy dla studentów obydwu Wydziałów Lekarskich wraz z Oddziałem Stomatologii, w tym również dla studentów angielskojęzycznych, a także dla studentów Wydziału Farmaceutycznego. Na zaję-

ciach z immunologii zgłaszają się również studenci innych uczelni warszawskich, np. Uniwersytetu.

Pracownicy Zakładu Immunologii wraz z kolegami z innych jednostek przygotowali czterokrotnie podręcznik „Immunologia” wydany nakładem PWN w 1993, 1995, 1998 i 2002 roku. Podręcznik nasz został nagrodzony przez Ministra Zdrowia i wykorzystywany jest do nauczania immunologii w wielu uczelniach medycznych i niemedycznych, a także korzystają z niego lekarze i biolodzy. Mieliśmy propozycję wydania go w wersji angielskiej nakładem wydawnictwa McGraw & Hill, a obecnie tłumaczony jest na język ukraiński. We wszystkich wydaniach podręcznika współautorami byli najbardziej utalentowani studenci – członkowie Koła Naukowego przy Zakładzie Immunologii. W 2000 roku zespół nasz otrzymał nagrodę dydaktyczną I stopnia JM Rektora AM w Warszawie „Za wybitnie osiągnięcia dydaktyczne”.

Pracownicy Zakładu są również współautorami kilkunastu innych podręczników i książek medycznych, np. „*Histologia*” (PZWL, pod redakcją K. Ostrowskiego), „*Podstawy cytofizjologii*” (PWN, pod redakcją J. Kawiaka), „*Cytofizjologia*” (PZWL, pod redakcją K. Ostrowskiego i J. Kawiaka), „*Przeszczepy nerek*” (PZWL, pod redakcją T. Orłowskiego), „*Wielki Słownik Medyczny*” (PZWL), „*Mała Encyklopedia Zdrowia*” (PZWL), „*Wielka Encyklopedia PWN*”, „*Leki Współczesnej Terapii*” (Wydawnictwo Fundacji Büchnera).

Mimo bardzo trudnych warunków lokalowych (ciasnota pomieszczeń; antresole) Zakład Immunologii prowadzi bardzo aktywną działalność naukową, szczególnie w dziedzinie eksperymentalnej terapii nowotworów. Wyniki naszych badań publikowaliśmy w tak prestiżowych pismach jak: *Blood*, *Journal of the National Cancer Institute*, *Clinical Cancer Research*, *International Journal of Cancer*, *European Journal of Cancer*, *British Journal of Cancer*, *Journal of Biological Chemistry* i *Cancer Gene Therapy*. W ostatnim czasie zapraszani byliśmy do wygłoszenia referatów na konferencjach naukowych w Genewie, Montrealu i Nowym Jorku. We wszystkich badaniach biorą udział studenci, którzy wnoszą do naszego zespołu młodzieńczy entuzjazm i olbrzymi zapał do pracy. Są oni współautorami wspomnianych publikacji i wielokrotnie prezentowali je na konferencjach naukowych otrzymując kilkakrotnie pierwsze miejsca za swoje wystąpienia. Dzięki udziałowi studentów średnia wieku członków zespołu nie przekracza 30 lat. Zdarza się, że studenci koła naukowego prace doktorskie robią już w czasie studiów i bronią je z wyróżnieniem w kilka miesięcy po otrzymaniu dyplomu. Wielu wychowanków naszego koła naukowego przebywa aktualnie na stypendiach w bardzo dobrych ośrodkach zagranicznych, między innymi troje w Uniwersytecie Harvarda.

W prowadzonym od 1993 roku rankingu naukowym wszystkich jednostek Uczelni Zakład Immunologii uzyskał wielokrotnie (w 1993, 1995, 1998, 1999, 2000 i w 2001 roku) pierwszą lokatę. Klasyfikacja za rok 2002 nie została

jeszcze zakończona.

Spośród pracowników i wychowanków zakładu pięć osób otrzymało nagrody Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Zespół nasz, jako jeden z dwóch wśród uczelni medycznych, otrzymał z Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej w 2000 roku subsydlum dla uczonych. Ważnym kryterium przyznawania tego subsydlum było promowanie i efektywne wciąganie do pracy naukowej młodych naukowców. W ubiegłym roku natomiast dr Jakub Gołąb z Zakładu Immunologii otrzymał stypendium tygodnika „Polityka”. Powyżej wspomniane osiągnięcia nie znaczą, że nie borykamy się z trudnościami. Mamy tylko jedną pracownię, która spełnia choć częściowo warunki normalności, to znaczy znajduje się w wystarczającej wielkości pokoju z oknami. Inne pracownie mieszczą się w bardzo małych pomieszczeniach – pochodzących z podziału pierwotnych pomieszczeń. Bardzo poważnym problemem jest brak pieniędzy na badania. Ogranicza to w ogromnym stopniu nasze możliwości.

A teraz osobista refleksja. Młodzi ludzie w naszym zespole pracują z ogromnym zaangażowaniem. Zdarzało się, że nawet trzy doby – dzień i noc nie opuszczali pracowni, wychodząc tylko na zjedzenie posiłku. Dzieje się tak, między innymi dlatego, że zdajemy sobie sprawę, że najważniejszym obowiązkiem lekarza jest niesienie pomocy pacjentom i bezpośrednia walka i zapobieganie chorobom i ludzkim cierpieniom. Lekarz – naukowiec, który nie pracuje z pacjentami zaciąga pewien dług wobec społeczeństwa. Może go spłacić tylko wielkim zaangażowaniem w badania, które stawiają sobie bardzo poważne cele.

Aktualnie pracownikami Zakładu Immunologii są:

Pracownicy dydaktyczno-naukowi: prof. dr Marek Jakó-bisiak, dr hab. med. Witold Lasek, dr Jakub Gołąb, dr Tomasz Świtaj i dr Tomasz Stokłosa (przebywający obecnie na stypendium w USA).

Pracownicy inżynieryjno-techniczni: Anna Czerepińska i Elżbieta Gutowska.

Informatyzacja Akademii Medycznej

Prof. dr hab. Iwona Wawer,

Kierownik Zakładu Chemii Fizycznej, Wydział Farmaceutyczny AM

Prof. dr hab. Robert Rudowski,

Kierownik Zakładu Informatyki Medycznej, I Wydział Lekarski AM

The computerization of Medical University of Warsaw

Rectors Committee of Computer Science was initially established to give the opinions about applications send to KBN, concerning development of Internet. But it soon became more needed as a collective body responsible for more urgent issues, as building the development strategy of the computer science for Medical University of Warsaw. Its aim has also been to control its development, implementation and usage.

The concept to computerize the University consists of following areas:

1. computerization of didactics (computer rooms, computer aided lectures and laboratories)
2. distance learning
3. computerization of libraries
4. computerization of scientific and research work (database Medline, Core Biomedical Collection, Beilstein, Ecopharm)
5. computerization of University support services (rectorate, deans office, bursary, personnel, supply, inventarization)
6. computerization of medical centres (hospitals, ambulatories)
7. telemedicine (transmitting pictures at distances)
8. increasing cooperation with computer science centres of Ochota campus, mostly with ICM UW
9. development of Internet as to have fast connections with the world, from every computer networked to Medical University of Warsaw.

Rektorska Komisja ds. Informatyki powstała głównie jako ciało opiniujące wnioski o rozwój sieci Internet, kierowane do KBN. Szybko okazało się jednak, że oprócz doraźnego opiniowania rozdziału środków finansowych, ważniejsze jest tworzenie strategii rozwoju informatyki w Uczelni i konsekwentne pilnowanie, aby systemy informacyjne były właściwie rozwijane, implementowane i wykorzystywane.

W skład koncepcji informatyzacji Uczelni wchodzi:

1. komputeryzacja dydaktyki (pracownie informatyczne, komputerowe wspomaganie wykładów i ćwiczeń),
2. kształcenie na odległość,
3. komputeryzacja bibliotek,
4. komputeryzacja działalności naukowej (bazy danych Medline, Core Biomedical Collection, Beilstein, Ecopharm),
5. komputeryzacja obsługi Uczelni (rektoratu, dziekanatów, kwestury, kadr, zaopatrzenia, inwentaryzacji),
6. komputeryzacja placówek opieki zdrowotnej (szpitale, przychodnie),
7. telemedycyna (np. transmisja obrazów na odległość),
8. rozwijanie współpracy z ośrodkami informatycznymi kampusu Ochoty, przede wszystkim z ICM UW,
9. rozwój sieci Internet, szybkie łącza ze światem z każdego komputera na Uczelni.

Niestety, w każdym z tych punktów mamy do czynienia z opóźnieniem, nie tylko w stosunku do uczelni europejskich, ale i wielu krajowych, a również z mniej lub bardziej świadomymi barierami. Są to oczywiście głównie bariery finansowe – Uczelni nie stać na równoczesny zakup sprzętu i np. legalizację oprogramowania – ale są to również bariery wiedzy i bariery psychologiczne.

Bariera wiedzy, to przede wszystkim brak uświadomienia sobie konsekwencji faktu, że żyjemy w społeczeństwie informacyjnym. Wiąże się ona blisko z barierą psychologiczną, czyli niechęcią do wprowadzania nowoczesnych technik informatycznych i oporem przeciwko zmianom. Bariery te dotyczą również kadry dydaktyczno-naukowej (bariera wieku). Nie jest naszym zamiarem nawoływanie do „rewolucji pokoleniowej”, ale pracownicy uczelni muszą uświadomić sobie konieczność nowego podejścia, np. do procesu dydaktycznego i konieczność stosowania nowych technik, ponieważ epoka zeszytu w kratkę już dawno minęła.

W procesie informatyzacji nie dość, że posuwamy się zbyt małymi krokami, to jeszcze wykonany został krok wstecz. Na Wydziale Farmaceutycznym AM od 1 października 2002 realizowany jest tzw. program minimum, przyjęty przez Wydziały Farmaceutyczne celem ułatwienia procesu akredytacyjnego. W programie tym zalecono, aby w

pięcioletnim programie studiów było **co najmniej 30 godzin informatyki**. Jest to rzeczywiście absolutne minimum, aby pokazać studentom, jakie umiejętności z tej dziedziny są konieczne do opanowania. Przedmioty z minimum programowego muszą wprowadzić nowo powstające kierunki studiów i uczelnie prywatne i taki był cel jego wprowadzania. Jednak minimum to nie jest standard.

Dlaczego stołeczna uczelnia, aspirująca do roli lidera w nauce i dydaktyce, redukuje dotychczasowe 50 godz. informatyki do 30 godz. wymaganego minimum, w dziedzinie, która jest kluczem do nowoczesności i może przyczynić się do rozwoju innych dyscyplin naukowych?

Za tą decyzją musi pójść drastyczna redukcja programu i konieczność proporcjonalnej redukcji zatrudnienia informatyków. Wydaje się, że przejściowe trudności finansowe uczelni nie tłumaczą tej decyzji, rzutującej przecież na jakość kształcenia w ciągu najbliższych lat. Przyczyna leży raczej w barierze wiedzy o informatyce i przyjęciu nieuzasadnionego poglądu, że studenci są biegli w posługiwaniu się komputerem, a wobec tego informatyki nie potrzebują.

Na Wydziale Nauki o Zdrowiu, kierunku „Studia zaoczne dla pielęgniarek”, przedmiot Informatyka Medyczna został skreślony z programu nauczania począwszy od semestru letniego 2002/2003. Jak przyszłe absolventki WNZ będą sobie radziły z obsługą szpitalnych systemów informatycznych, w które wyposażana jest coraz większa ilość szpitali? Europejska Strategia Światowej Organizacji Zdrowia Kształcenia pielęgniarek i położnych zawiera moduł Informatyka w zakresie odpowiadającym 5 pkt. ECTS (European Credit Transfer System). Dla porównania – zajęcia z informatyki w wymiarze 31 godz. prowadzone dla I i II Wydziału Lekarskiego odpowiadają 2 pkt. ECTS.

Informatyka nie jest tylko nauką używania komputera! Celem nauczania informatyki na uczelni jest opanowanie umiejętności aktywnego zastosowania technik komputerowych i pakietów programowych w studiowanej dyscyplinie: medycynie, farmacji, ochronie zdrowia.

Umiejętność posługiwania się komputerem to jest minimum, punkt startowy w nauczaniu. Drugi etap – to obsługa określonych pakietów programów potrzebnych w danej dziedzinie medycyny, czy farmacji. Trzeci etap – to twórcze wykorzystanie technik komputerowych i tworzenie nowych aplikacji. Absolwenci AM to przecież elita intelektualna, która społeczeństwo informacyjne będzie kształtować.

Niestety, ciągle musimy jeszcze zaczynać szkolenie od uczenia podstaw posługiwania się komputerem, począwszy od pisania tekstów czy sposobu archiwizacji danych, ponieważ część studentów, zwłaszcza pochodzących z małych miejscowości, nie miała wystarczającego kontaktu z techniką. Jeśli takiej wiedzy nie wynieśli z domu ani z liceum,

powinna jej dostarczyć wyższa uczelnia, aby jako jej absolwenci byli dobrze przygotowani do pracy.

Podział świata na tych, którzy posiadają środki produkcji i tych, którzy wykorzystywani są w charakterze siły roboczej, skończył się wraz ze schyłkiem ery przemysłowej. W przeciwieństwie do tego, czasy obecne charakteryzuje się terminem "społeczeństwo informacyjne", opisującym przesunięcie tego, co kluczowe, ze sfery produkcji dóbr w sferę produkcji wiedzy. W konsekwencji, według wielu autorzytów, społeczeństwo przyszłości dzielić się będzie ze względu na poziom dostępu do informacji. A dokładniej, uprzywilejowaną grupą staną się ci, którzy dysponować będą większą niż inni wiedzą odnośnie tego, jak działa otaczająca ich na każdym kroku infrastruktura informacyjna. Przeciwnieństwem "wtajemniczonych" będzie liczna rzesza użytkowników, czyli tych, którzy funkcjonować będą na poziomie "interfejsu". Bez zrozumienia mechanizmów, jakie kryją się pod kolorowym kursorem na ekranie, opierać się będą na mniej lub bardziej specjalistycznej wiedzy niewielkiej grupy fachowców.

Czy opisana sytuacja jest bardzo odległa od rzeczywistości? Wydaje się, że pewien zakres wiedzy informatycznej pozwoli już dziś w sposób bardziej świadomy korzystać z narzędzi wykorzystywanych na każdym kroku, niezależnie, czy naszym miejscem pracy jest szpital, apteka czy biuro. Przykładów można przytaczać dziesiątki: obejmują one umiejętność podłączenia domowego komputera do Internetu, konfiguracji konta pocztowego, korzystania z przeglądarki, arkusza kalkulacyjnego, prostej bazy danych, edytora tekstu, tworzenia strony www, przygotowania prezentacji multimedialnej, obsługi programu wspomagającego zarządzanie firmą, albo zdalne zakupy leków dla apteki. Wszystko to są umiejętności, bez których nasze funkcjonowanie w świecie XXI wieku będzie ułomne, a zakładające podstawową wiedzę odnośnie mechanizmów funkcjonowania komputerów i Internetu. Tej wiedzy pracownicy Akademii Medycznej, jak i jej studenci mają za mało. Co więcej, rola tych umiejętności będzie w przyszłości rosła.

Nauka informatyki w opisanym tu zakresie nie wymaga oczywiście zgłębienia tajników pisania w języku maszynowym, ani nauki trybów adresowania magistrali danych. Byłaby to dla większości z nas nieprzydatne i bezcelowe. Celem jest jednak co innego – pokazanie, że istnieje spory zakres wiedzy, którą można określić mianem "zaawansowanego użytkownika" komputerów, obecnie już składającej się na niezbędny zasób umiejętności potrzebnych do funkcjonowania w warunkach nowoczesnego szpitala, firm farmaceutycznych, sieci aptek, firm dystrybucyjnych, nowoczesnych przychodni lekarskich.

Rola technik komputerowych i telekomunikacyjnych uwidacznia się w telemedycynie i teleedukacji. Znane są przykłady szkolenia lekarzy w sposób zdalny: operacja odbywa się np. w szpitalu w USA, a obserwowana jest przez lekarzy w szpitalu warszawskim, mogą oni w niemal rzeczywistym czasie zadawać pytania i komentować przebieg zabiegu. W ten sposób można konsultować trudne przypadki medyczne z terenu kraju. Konsultacji mogłyby udzielać np. specjalistyczne kliniki AM. I znowu, pełne korzystanie z takich szkoleń wymaga podstawowej wiedzy z zakresu informatyki i sprawnego posługiwania się techniką multimedialną.

Warto też zasygnalizować rolę nowoczesnych technik badawczych w farmacji: modelowania molekularnego w zastosowaniu do komputerowego projektowania leków, modelowania oddziaływań lek-receptor, medycyny molekularnej itp. Nauczanie tych technik może odbywać się w ramach studiów podyplomowych czy doktoranckich, ale elementy tej wiedzy muszą być obecne w już w toku studiów.

Wiele uczelni zagranicznych i polskich wprowadza studia przez Internet. Uniwersytet w Dundee (Szkocja) prowadzi projekt Wirtualnej Szkoły Medycznej (<http://www.ivimeds.org>), w którym bierze udział kilkadziesiąt wyższych szkół medycznych z całego świata. Ośrodek Kształcenia na Odległość (okno) Politechniki Warszawskiej działający od 2 lat oferuje zaoczne studia inżynierskie w 4-ech specjalnościach (<http://www.okno.pw.edu.pl>). Wymaga to stworzenia programów nauczania i dodatkowego finansowania tej formy studiów. Zwłaszcza na początku koszty wprowadzenia „nauczania na odległość” są bardzo duże. Jednak oczywiście są też zalety takiego nauczania, zwłaszcza wobec rozprosze-

nia terytorialnego uczelni na terenie miasta, a także oddziałów powstających w innych miastach (pielęgniarstwo WNZ – Siedlce, Radom). Widzimy konieczność powołania zespołu, który mógłby odegrać rolę stymulującą (sposób finansowania, sposób udostępniania, wybór przedmiotów czy ćwiczeń, które mogłyby być tak nauczane itp.).

Podsumowując powyższe rozważania proponujemy:

1. doceniając rolę informatyki w AM powołać (w miejsce Rektorskiej) Senacką Komisję ds. Informatyki, co dałoby możliwość stałego monitorowania procesu informatyzacji na forum, gdzie podejmowane są istotne dla uczelni decyzje.

2. konsekwentnie realizować informatyzację uczelni, np. przez automatyczne przeznaczanie 1-2% funduszy uczelnianych na ten cel;

3. zasilić kompetentnymi pracownikami Samodzielną Sekcję Informatyki AM, aby sprawnie dokonywać napraw i zakupów sprzętu, oprogramowania i budować infrastrukturę techniczną,

4. likwidować bariery prawne i organizacyjne. Nie tolerujemy nonsensów i „choroby szalonych paragrafów”; zakupienie paczki dyskietek naprawdę nie musi trwać w AM pół roku!

5. utrzymanie nauczania informatyki na Wydziale Farmacji w wymiarze 50godz., a nawet powiększenie go o dodatkowe 10 godz. z przeznaczeniem na dobre opanowanie programów aptecznych,

6. przywrócenie nauczania informatyki na Wydziale Nauki o Zdrowiu na studiach zaocznych dla pielęgniarek w wysokości 30 godz.

7. powołanie Zespołu ds. Zdalnego Nauczania w AM.

Konferencja dotycząca aktualnych problemów diagnostyki laboratoryjnej

Dr hab. Dagna Bobilewicz

W dniach 14-15 lutego odbyła się w Warszawie konferencja na temat: Polskie rutynowe laboratorium diagnostyczne w świetle systemowych rozwiązań organizacyjnych i jakościowych. Została ona zorganizowana przez zespół konsultanta krajowego ds. diagnostyki laboratoryjnej przy współudziale Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Nauki o Zdrowiu, którego kierownik dr hab. Dagna Bobilewicz jest równocześnie konsultantem krajowym. Grantu eduka-

cyjnego, umożliwiającego zorganizowanie Konferencji udzieliła firma Abbott. Celem podjętego przedsięwzięcia było zapoznanie dyrektorów dużych szpitali (przybyło ich ponad 80) z aktualnymi problemami diagnostyki laboratoryjnej, która pomimo tego, że stanowi tylko około 4-6% wszystkich wydatków na służbę zdrowia może jednocześnie być istotnym źródłem oszczędności przy założeniu zmian organizacyjnych. Restrukturyzacja laboratoriów, tworzenie

zintegrowanych obszarów roboczych w miejsce pojedynczych analizatorów, tworzenie systemu jakości jako podstawy wiarygodności wyników, udział laboratorium w interpretacji badań i współodpowiedzialność całego personelu medycznego za ostateczną informację, której nośnikiem jest wydawany przez laboratorium wynik to kolejne tematy przedstawiane tak ze strony laboratorium, jak i dyrektorów szpitali i przedstawicieli producentów aparatury i materiałów do diagnostyki *in vitro*. Ze strony ministerstwa podane zostały podstawy prawne do ustalania wymogów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych, natomiast przedstawiciele Abbotta zarówno z oddziału polskiego, jak i International Division przedstawili stan aktualny laboratoriów medycznych w krajach Unii Europejskiej, jak również wymogi, obowiązujące w Unii i związane z dopuszczaniem na rynek produktów, znajdujących zastosowanie w diagnostyce *in vitro* (znak CE). Na otwarciu Konferencji przybył podsekretarz stanu w ministerstwie zdrowia, a także prorektor AM prof. Grzegorz Opolski oraz dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu dr hab. Piotr Małkowski.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy jest to kolejna konferencja, której inicjatorem i współorganizatorem jest Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Wydziału Nauki o Zdrowiu. Poprzednia o charakterze międzynarodowym organizowana



Dr hab. D. Bobilewicz, prorektor prof. G. Opolski i dziekan dr hab. P. Małkowski.

pod auspicjami Forum of the European Societies of Clinical Chemistry i wysokim protektoratem JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr Janusza Piekarczyka była poświęcona roli badań laboratoryjnych w rozpoznawaniu i monitorowaniu chorób z autoagresji. Wzięło w niej udział w niej ponad 400 uczestników oraz 34 wykładowców z kraju i zagranicy. Konferencji towarzyszyła wystawa aparatury i sprzętu.

„System kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących”

11 stycznia 2003 r. w Sali Senackiej Akademii Medycznej odbyła się konferencja zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie we współpracy z Akademią Medyczną w Warszawie pod patronatem Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Podczas konferencji wystąpienia powitalne wygłosili:

- dr n. med. Krzysztof Schreyer – Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
- dr n. med. Andrzej Włodarczyk – Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
- prof. Janusz Piekarczyk – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie
- dr Konstanty Radziwiłł – Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej.

W trakcie obrad zebrani wysłuchali następujących referatów:

1. „Jaki powinien być system kształcenia ustawicznego dla lekarzy pracujących poza szpitalami i ośrodkami akademickimi” – dr n. med. Krzysztof Schreyer – Przewodniczący zespołu ds. utworzenia systemu kształcenia ustawicznego lekarzy indywidualnie praktykujących w Izbie warszawskiej.
2. „Kształcenie ustawiczne lekarzy z perspektywy Ministerstwa Zdrowia” – dr hab. n. med. Roman Danielewicz – Dyrektor Departamentu Kształcenia Ministerstwa Zdrowia.
3. „Od ustawicznego kształcenia medycznego do ustawicznego doskonalenia zawodowego” – dr Otmar Kloiber (Niemcy).
4. „Ustawiczne doskonalenie zawodowe w Zjednoczonym Królestwie – w stanie dziecięctwa?” – prof. Aly Rashid (EURACT) Wielka Brytania.

5. „Ustawiczne kształcenie medyczne w Czechach” – dr Józef Słowik (Czechy).
6. „Współczesne trendy kształcenia podyplomowego lekarzy poprzez Internet i możliwości zbudowania konsorcjum dla medycznych programów edukacyjnych UE.” – dr hab. med. Jakub Bodziony (Niemcy) – Prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

W trakcie dyskusji okrągłego stołu, której moderatorem był dr K. Schreyer, starano się znaleźć odpowiedzi na istotne pytania:

1. Czy kształcenia ustawiczne powinno być dobrowolne czy obowiązkowe?
2. Czy istnieje konieczność wprowadzenia konkretnych programów edukacyjnych dla lekarzy samodzielnie praktykujących?
3. Jakie reformy kształcenia mają największą wartość?
4. Jak szkolić szkolących?
5. Jaki zasięg i jakie znaczenie powinny mieć punkty edukacyjne (tzw. kredyty)?
6. Jak nagradzać za spełnienie obowiązku kształcenia ustawicznego?
7. Jak zwiększać dostępność kształcenia?
8. Jak finansować kształcenie ustawiczne?

W dyskusji uczestniczyli: Otmar Kloiber, Aly Rashid, Józef Słowik, Jakub Bodziony, Witold Lukas, Roman Danielewicz, Jacek Grygalewicz, Jerzy Kruszewski, Jacek Putz.

Wystąpienie Rektora AM

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Panie Senatorze, Panowie Prezesi,
Panie Dyrektorze, Wielce Szanowni Państwo.

Serdecznie witam Państwa w murach naszej Uczelni, wprawdzie ciasnych, ale własnych. Będziemy obradowali nad tym, jak powinien wyglądać system kształcenia ustawicznego, a może nawet doskonalenia zawodowego lekarzy.

Jesteśmy w Uczelni, która posiada olbrzymią bazę kliniczną, w postaci około 3000 łóżek szpitalnych. Baza ta powinna być wykorzystana do takiego szkolenia również. Kształcenie ustawiczne to z pewnością głównie samokształcenie oparte na literaturze, na spotkaniach – przynajmniej comiesięcznych – prowadzonych w zorganizowany sposób przez podmioty posiadające takie możliwości. Do takich niewątpliwie należą, podobnie jak na całym świecie, uczelnie medyczne i towarzystwa naukowe.

Z pewnością, potrzeba powstania takiego systemu jest dość powszechnie odczuwana; jego organizacja powinna znajdować się w kompetencjach samorządu lekarskiego, co do tego nikt w naszym środowisku nie ma wątpliwości.

Ludzie oczekują systemu nie restrykcyjnego, ale ułatwiającego doskonalenie zawodowe. Pragnę zwrócić Państwa uwagę, że jesteśmy w uczelni medycznej, która posiada znaczną bazę i wysoko specjalistyczną kadrę. Od roku posiada również strukturę w postaci Wydziału Kształcenia Podyplomowego, ta cała infrastruktura powinna – w moim przekonaniu – służyć między innymi, jako baza szkoleniowa w systemie szkolenia podyplomowego, samokształcenia i doskonalenia zawodowego. W imieniu władz rektorskich i senatu Uczelni pragnę symbolicznie przekazać środowisku medycznemu to wszystko, jako ofertę. Wyrażam jednocześnie nadzieję na rozwijanie współpracy w tym zakresie. Na podejmowanie kolejnych kroków ułatwiających i poszerzających możliwości samokształcenia przez uzupełnianie go w postaci pobytów w specjalistycznych klinikach, uczestnic-

two w wykładach prowadzonych przez autorytety naukowe i zawodowe.

Uczelnia ma wiele potrzeb, dzisiaj powiem tylko w dwu zdaniach o tych, które uczynić mogą z niej bazę szkolenia ustawicznego i podyplomowego o zasięgu regionalnym i ponad regionalnym – ogólnopolskim. Poza wszystkimi innymi aspektami, względy geograficzne powinny przesądzić o tym, że warto tutaj rozwinąć ośrodek o odpowiednich możliwościach.

Uczelnia potrzebuje dla własnych potrzeb auli na około 1000 miejsc, odpowiedniej biblioteki akademickiej oraz uzupełnienia systemu sal seminaryjno-wykładowych, które już w tych obiektach uczelni i kampusu Polskiej Akademii Nauk istnieją. My musimy, wobec nawału zadań naukowo-dydaktycznych spadających na nas – takie obiekty wybudować, chociaż brakuje nam środków. Prosimy o pomoc, aby mógł powstać ośrodek w najlepszym i w najdogodniejszym miejscu w centrum Warszawy i w centrum kraju, nie w Mikołajkach i nie w Jankach, ale tutaj, gdzie najłatwiej i najtaniej można dojechać, nawet gdy się nie posiada własnego środka lokomocji. To jest z wymienionych względów miejsce optymalne. Chcielibyśmy, abyście Państwo wszyscy te nasze plany przyjęli za własne, abyście zechcieli razem z nami budować coś, co jednocześnie łączyłoby całe medyczne środowisko, abyście poczuli się współgospodarzami i współrealizatorami tego zamierzenia.

Bardzo wysoko cenimy sobie coraz liczniejsze przejawy otwartości na współpracę szczególnie z Okręgową Izbą Lekarską. Wiele mówi się o pozytywnym lobbingu, moim marzeniem jest stworzenie takiego lobbingu na rzecz środowiska medycznego i jego żywotnych potrzeb, do których niewątpliwie należy podyplomowe doskonalenie zawodowe.

Wystąpienie Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej

Lek. med. Konstanty Radziwiłł

Kształcenie ustawiczne wszystkich lekarzy jest ich obowiązkiem zarówno moralnym, jak i wynikającym z przepisów prawa. Samorząd lekarski z jednej strony powinien pomagać lekarzom (w różnych formach) w realizacji tego obowiązku, jak również nakłaniać do tego tych lekarzy, którzy się z niego nie wywiązują.

Wynika z tego, że zadaniem samorządu jest z jednej strony dbanie o stwarzanie lekarzom odpowiednich warunków prawnych (m.in. zaliczanie wszystkich kosztów ponoszonych w związku z kształceniem podyplomowym do kosztów uzyskania przychodu osobistego), a także akredytowanie jednostek prowadzących kształcenie oraz dotowanie kształcenia (impres i osób), a z drugiej strony zorganizowanie systemu dokumentowania przez lekarzy dopełnienia obowiązku kształcenia (rozprowadzenie "indeksów" i nadzór nad zbieraniem punktów edukacyjnych) i kontrola wykony-

wania tego obowiązku. W indywidualnych przypadkach rażących przykładów lekceważenia obowiązku, okręgowe izby powinny korzystać ze stosownych uprawnień: kierować lekarzy na obowiązkowe przeszkolenie (zwłaszcza przy podejrzeniu niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną) lub wszczynać postępowanie w celu ewentualnego karania lekarza (zwłaszcza przy otwartym deklarowaniu negatywnego stosunku do obowiązku kształcenia). Nie do przyjęcia są jakiegokolwiek formy automatycznego zawieszania, czy odbierania prawa wykonywania zawodu lekarzom, którzy obowiązku nie dopełniają – należy dążyć raczej do tworzenia systemu zachęt i nagród (w tym lepszych kontraktów, wynagrodzeń) dla lekarzy wyjątkowo aktywnych i ostracyzmu środowiskowego w stosunku do opornych. □

Jaki powinien być system kształcenia ustawicznego dla lekarzy pracujących poza szpitalami i ośrodkami akademickimi?

Dr n. med. Krzysztof Schreyer

Na wstępie chciałbym wyjaśnić, dlaczego w tytule konferencji znajduje się system kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących. Termin „samodzielnie praktykujący” można zastąpić terminem „indywidualnie praktykujący”, a określa on, w kontekście naszej konferencji, lekarza pracującego poza zespołem, a więc poza szpitalem, czy instytutem, praktykującego samodzielnie, bez dozoru ordynatorskiego lub innego, właściwego danej jednostce. W warunkach polskich jest to zazwyczaj lekarz pierwszego kontaktu, czy też lekarz opieki podstawowej i oczywiście lekarz rodzinny. Nie należy mylić tego pojęcia z lekarzem „prywatnie praktykującym”. Z naszego punktu widzenia nie ma bowiem znaczenia forma zapłaty za usługi. Lekarz praktykujący samodzielnie może być oczywiście tzw. lekarzem prywatnym, albo pracować w spółdzielni lekarskiej. Obecnie w większości przypadków pracuje w przy-

chodni, albo, coraz częściej, w tzw. niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej po zawarciu kontraktu z kasą chorych. Czasem jest lekarzem zakładowym.

Skąd wywodzi się nasze szczególne zainteresowanie tą grupą lekarzy?

Od bardzo dawna lekarze samodzielnie praktykujący znajdowali się pod względem doskonalenia zawodowego w sytuacji najtrudniejszej. Tymczasem w ostatnich latach w Polsce doszło do ogromnych przemian w organizacji służby zdrowia, których ubocznym skutkiem było jeszcze większe osamotnienie tej grupy lekarzy. Nie wszyscy pamiętają, że w naszym kraju istniał system zależności rejonowego lekarza od rejonowego szpitala. System ten, w wielu miejscach zaniedbywany i zapominany, na ogół rzadko działał dobrze, ale czasem jego możliwości były wykorzystywane. Do obowiązków ordynatora rejonowego szpitala należało kontrolo-

wanie pracy lekarzy w rejonie, z którego przyjmowani byli pacjenci. Istniała nawet funkcja zastępcy ordynatora do spraw rejonu. Traktowano te funkcje i związane z nimi obowiązki mniej lub bardziej formalnie, ale w niektórych przypadkach dochodziło do ścisłego związku między oddziałem chorób wewnętrznych i lekarzami rejonowymi. Był czas, kiedy jako ordynator oddziału chorób wewnętrznych prowadziłem szkolenia lekarzy rejonowych i byłem z nich rozliczany. Z własnej inicjatywy zapraszałem też lekarzy ze swego rejonu na codzienne obchody ordynatorskie. Rzecz oczywista jedynym bodźcem i zapłatą była satysfakcja obu stron, to znaczy lekarzy szkolonych i lekarza szkolącego. Być może to właśnie było przyczyną ogólnej niedomogi systemu, o którym wspominam celowo, bo tkwiły w nim obiektywnie potencjalne możliwości. Lekarz rejonowy umiejscowiony był często w tzw. Zakładzie Opieki Zdrowotnej, w jednej jednostce organizacyjnej i pod tym samym kierownictwem co szpital. Pozwalało to nie tylko na wywieranie pewnego formalnego przymusu szkolenia, ale również umożliwiało wprowadzanie prostych ułatwień organizacyjnych (np. zastępstw w przychodniach na czas szkolenia). Jak wspomniałem działanie systemu zależało tylko od poczucia misji ordynatorów oddziałów i dobrej współpracy z dyrekcjami ZO-Zów – podstawy zdecydowanie zbyt kruche. Obecnie silniejsze czy słabsze związki lekarzy opieki podstawowej ze szpitalem zostały na ogół pozrywane.

Zupełne usamodzielnienie się lekarzy rejonowych, nazywanych obecnie lekarzami pierwszego kontaktu, spowodowało, że o swoim doskonaleniu zawodowym muszą decydować sami. W Polsce wielu pracującym samodzielnie lekarzom przemiana w służbie zdrowia dała upragniony posmak wolności. Przy pierwszym zachłyśnięciu się tą wolnością, na którą wpłynęło również zniesienie rejonów, często dało się słyszeć opinie, że na jakość pracy lekarza decydujący wpływ będzie miał rynek. Wiemy jednak dobrze, że na pacjenta w równym stopniu wpływają kwalifikacje lekarza, co jego zachowanie i osobowość. Nawiasem mówiąc prawdziwie wolny rynek został ograniczony kontraktami z kasami chorych. Powracając do lekarzy opieki podstawowej, chciałbym zwrócić uwagę, że ich dobra praca daje wyraźne efekty ekonomiczne. Nie potrafię przytoczyć obiektywnych danych liczbowych, opieram się jednak na własnych obserwacjach wieloletniego ordynatora oddziału chorób wewnętrznych, oddziału przyjmującego w swoim czasie 200 do 240 pacjentów na miesiąc. Znając lekarzy w swoim rejonie mogłem stwierdzić, że ci, którzy brali udział w szkoleniach i pozostawali w kontakcie z oddziałem wyraźnie rzadziej kierowali do szpitala swych pacjentów, śmieiej diagnozując i umiejętniej przeciwdziałając zaostrzeniom chorób przewlekłych. W warunkach braku łóżek internistycznych i niedostatku funduszy na leczenie szpitalne ma to istotne znacze-

nie. W skali regionu czy kraju zjawisko to, jak sądzę, ma znaczenie wręcz ogromne, przekładając się na pokaźne sumy wydatkowane, czy też zaoszczędzane na leczeniu szpitalnym. Rzecz oczywista udowodnienie tego odpowiednimi badaniami statystycznymi byłoby bardzo trudne, a właściwie niemożliwe.

Podkreślając wagę problemu doskonalenia zawodowego lekarza pracującego samodzielnie, czyli w większości przypadków lekarza pierwszego kontaktu, chciałbym przypomnieć, że to przeważnie on kształtuje wizerunek naszej profesji. Dbłość o jego doskonalenie zawodowe powinna więc być jednym z głównych celów działania niezależnych organizacji medycznych, przede wszystkim Izby Lekarskich.

Jest rzeczą oczywistą, że w związku z postępem wiedzy lekarz musi doskonalić swoje kwalifikacje. Znalazło to odzwierciedlenie w zapisach kodeksów lekarskich, gdzie ustawiczne kształcenie jest obowiązkiem moralnym. Wszyscy rozumiemy, że stałe kształcenie się jest środkiem do podnoszenia kwalifikacji (inaczej mówiąc jest sposobem na doskonalenie zawodowe), a ostatecznym beneficjentem tego procesu jest pacjent.

Jak się uczy lekarz praktyk?

Po pierwsze uczy się sam, wykorzystując własne doświadczenie. Nie można tego procesu lekceważyć, ale też nie można go przeceniać. W dziedzinie tak złożonej jak medycyna, doświadczenie jednostkowe, chociaż ważne, jest z pewnością niedostateczne, a czasem może nawet zwodzić na manowce, szczególnie osoby mniej krytyczne.

Lekarz praktyk korzysta z piśmiennictwa fachowego, ale paradoksalnie obecny dostęp do ogromnej ilości informacji zawartych w wielu publikacjach, przy jednoczesnym braku czasu staje się przeszkodą miast ułatwieniem.

Lekarz może korzystać z Internetu, o czym będzie mowa w trakcie tej konferencji. Powszechne korzystanie z Internetu wymaga pewnych ułatwień, a przede wszystkim posiadania odpowiedniego sprzętu; jest to bez wątpienia najszybciej rozwijająca się i przyszłościowa metoda podnoszenia kwalifikacji.

Jednym z najlepszych sposobów uczenia siebie jest uczenie innych, ale czy lekarz opieki podstawowej ma takie możliwości?

Doświadczenie dnia codziennego poparte analizą naukową mówi, że nieformalne dyskusje z kolegami, szczególnie dotyczące rozwiązywania bieżących problemów odgrywają może najistotniejszą rolę w procesie doskonalenia zawodowego, ale tych lekarzy samodzielnie praktykujących jest bardzo często pozbawiony.

Lekarz praktyk oczywiście może korzystać, i korzysta, z klasycznych form nauczania. Są to kursy, konferencje, wykłady, w Polsce często na bardzo wysokim poziomie, organizowane przez różne instytucje, trzeba wspomnieć, że dość

często sponsorowane przez firmy farmaceutyczne. Niestety ich dostępność jest dla różnych lekarzy różna. Przeszkodą może być odległość, czas, konieczność oderwania się od miejsca pracy, środki finansowe, niedostateczna informacja, albo też informacja niezbyt obiektywna.

Mam wrażenie, że przeciętny lekarz praktyk, odpowiedzialny, dobrze umotywowany, żyje z przykrym uczuciem niemożności prawidłowego spełniania obligacji moralnej kształcenia ustawicznego. Nie chcę wspominać o tych nielicznych, słabo umotywowanych, bezkrytycznych czy nastawionych do zawodu przesadnie merkantylnie.

Jeden z ekspertów Europejskiej Akademii Kształcenia Medycznego wyraził się obrazowo, że środowisku medycznym zdarzają się wprawdzie „lamparty”, jednostki samodzielne i twórcze, które zawsze dadzą sobie radę, to jednak większość członków tego zawodu jest „owieczkami”, które chętnie idą wskazaną im drogą, sumiennie i obowiązkowo wykonując swoje zadania. Właściwa większości ludzi satysfakcja z dobrze wykonywanego zadania i satysfakcja ze swej fachowości jest bowiem potężnym bodźcem do podnoszenia kwalifikacji.

Nie mam więc wątpliwości, i chyba nie ma wątpliwości nikt z państwa, że lekarzowi samodzielnie praktykującemu trzeba pomóc.

Oczywiście można z wysokości profesorskiej katedry głośić, że lekarze pierwszego kontaktu nie lubią się uczyć, że trzeba ich do tego zmuszać. Profesorskiej katedry proszę nie brać dosłownie, chciałem raczej zwrócić uwagę na łatwą postawę wyższości, częstszą wśród osób, które nie odczuły na własnej skórze wszystkich uwarunkowań, z jakimi ma do czynienia lekarz samodzielnie praktykujący. Z postawy tej wynika uproszczony pogląd, wyrażany tu i ówdzie, że aby lekarzy zmusić do nauki, wystarczy im dać tyle a tyle punktów edukacyjnych do zdobycia i potem jakoś to skontrolować. Oczywiście można tak zrobić, załatwiając formalnie sprawę kształcenia lekarzy, ale czy przełoży się to na ich rzeczywiste doskonalenie zawodowe? Na to pytanie trzeba sobie szczerze odpowiedzieć.

Ostatni Okręgowy Zjazd Lekarzy Izby Warszawskiej podjął uchwałę zobowiązującą ORL do zainicjowania prac w kierunku stworzenia systemu kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących. Nasza konferencja jest jednym z wydarzeń w ciągu działań prowadzących do tego celu.

Chciałbym zwrócić uwagę, że dzisiaj nie będziemy zajmowali się kształceniem ustawicznym i doskonaleniem zawodowym lekarzy pracujących w szpitalach. Państwo się zgodzą, że lekarze ci mają zdecydowanie lepsze możliwości szkolenia. W zakresie codziennych standardów postępowania są to dyskusje z kolegami, wspólne rozwiązywanie problemów, posiedzenia wewnątrzoddziałowe. Mają większe

możliwości poszerzania wiedzy pozarutynowej na wykładach akademickich i podczas spotkań z wybitnymi specjalistami. Istotną rolę odgrywa tu rzecz tak prosta, jak możliwość zastępowania się w pracy podczas wyjazdów na szkolenia, zjazdy i konferencje itp. Rzecz oczywista, że realizacja celów szkoleniowych jest w różnych szpitalach różna, w dużej mierze zależna od ordynatorów, ale zwracam uwagę, że podczas konkursów na ordynatorów sprawa organizacji szkoleń i osiągnięcia szkoleniowe zawsze brane są pod uwagę. Nie oznacza to, że lekceważymy problem doskonalenia zawodowego w szpitalach. Kształcenie ustawiczne jako takie stanowi jednak temat tak szeroki i tak złożony, choćby ze względu na bogactwo różnych specjalizacji, że dyskusja nad nim powinna trwać nie parę godzin, lecz wiele dni. Na razie do wszystkich specjalności można jedynie zastosować schematyczny system punktowy.

Wydaje się, że koncentracja na jednej, najbardziej tego potrzebującej, a jednocześnie dość jednorodnej grupie lekarzy pracujących samodzielnie, w zasadzie dla lekarzy pierwszego kontaktu, doprowadzić może do realnych, uchwytanych osiągnięć. Jest to łatwiejsze do przeprowadzenia w jednej, określonej dziedzinie niż w wielu na raz. Jeśli się uda, to dobre doświadczenie z pewnością pociągnie innych.

Izba Warszawska jest predysponowana do przeprowadzenia tego „eksperymentu”. Na jej terenie jest wiele instytucji zajmujących się kształceniem (m.in. AM, CMKP), dobrze działa Towarzystwo Internistów Polskich, można liczyć na zaangażowanie wielu osób, m.in. siedzących na tej sali.

Jest dla mnie rzeczą oczywistą, że Izby Lekarskie stwarzając pewne ramy organizacyjne, w sprawach merytorycznych muszą się opierać na fachowcach i to na jasno określonych zasadach.

Cały czas używam słowa „system” w odniesieniu do kształcenia ustawicznego lekarzy. Rozumiem przez to pojęcie formalną, jednolitą strukturę, zawierającą jasno określone zachęty, ułatwienia i nagrody, jak również określone restrykcje, i rzecz jasna mechanizmy kontrolne. System ten musiałby mieć pozytywny wpływ na codzienną praktykę lekarską. Bez tego założenia, a jest ono wbrew pozorom wcale nie łatwe w realizacji, nie warto podejmować żadnych szczególnych wysiłków, zadawalając się dotychczasowym stanem rzeczy. Szczególnie byłbym przeciwny łatwym rozwiązaniom formalnym, tworzonym bez dbałości o cel końcowy.

Warto tu zwrócić uwagę na problem wcielania do praktyki wiadomości zdobywanych biernie w klasycznym procesie nauczania. Wykazano, że przyswojenie nowych wiadomości nie jest równoznaczne z ich zastosowaniem w praktyce, a przecież o to chodzi w procesie doskonalenia zawodowego. Stąd konieczność wprowadzania trudniejszych, mniej rutynowych sposobów szkolenia, niestety trudniejszych do oce-

ny zewnętrznej, zwłaszcza punktowej. Jak wiadomo formalny system punktowy ma tendencję do wynagradzania za czas spędzony na wykładzie, a więc, jak mówią Anglosasi „bumps on the buttocks” (odciski na pośladkach).

Jestem przekonany, że osobny system dla lekarzy samodzielnie praktykujących jest potrzebny. Mam nadzieję, że nasza Konferencja dostarczy nam dowodów na poparcie tego stanowiska. Jeśli stanowisko to jest mylne, bezcenne znaczenie będzie miała rzeczowa, mądra argumentacja. W takim wypadku Konferencja również spełni swoje zadanie.

W chwili obecnej zakładam, że system kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących znajduje się w Izbie Warszawskiej w stadium narodzin.

Zanim przystąpimy do dyskusji o szczegółowych problemach i ewentualnych rozwiązaniach w ramach tego systemu, powinniśmy przypomnieć sobie o pryncypiach. Lekarze na świecie podczas wieloletnich dyskusji w różnych, reprezentatywnych gremiach, wypracowali zasady, które należy brać pod uwagę zajmując się organizacją kształcenia ustawicznego i ustawicznego doskonalenia zawodowego. Jednym z pierwszych, dość powszechnie znanych dokumentów jest „Deklaracja Dublińska” Europejskiej Akademii Kształcenia Ustawicznego. Znacznie później powstała Deklaracja Bazylejska, zawierająca „Zasady ustawicznego kształcenia medycznego i doskonalenia zawodowego”, opracowane przez Europejską Unię Lekarzy Specjalistów w roku 2001.

Oba te akty powtarzają cytowaną wielokrotnie prawdę, że kształcenie ustawiczne jest obowiązkiem moralnym lekarza, oraz podkreślają autonomiczność naszego zawodu w określaniu sposobów i treści kształcenia. Zawierają również wiele cennych sugestii, wynikających z doświadczeń środowisk lekarskich oraz będących rezultatem naukowej analizy procesu uczenia się ludzi dorosłych.

Sugerując państwu przeczytanie pełnego tekstu załączonej do programu Deklaracji, pozwolę sobie na podkreślenie paru punktów, ważnych dla celów naszej konferencji:

Punkt 4 : Ponieważ leży to w interesie pacjenta, każdy lekarz ma prawo do Ustawicznego Kształcenia Medycznego i powinien otrzymać nie tylko zachętę, ale i pomoc w egzekwowaniu tego prawa.

Punkt 8: Zarówno ogólna, jak szczegółowa treść Ustawicznego Kształcenia Medycznego musi odpowiadać rzeczywistemu zapotrzebowaniu i dlatego powinni ją określać praktycy medycyny.

Punkt 13: W wielu krajach stworzono zadawalający, znacznie zaawansowany system ułatwień. Powinno się go nadal rozwijać z zapewnieniem wiodącej w nim roli dla lekarzy praktyków oraz z przestrzeganiem zasady niezależności praktyków przy określaniu formy i treści Ustawicznego Kształcenia Medycznego oraz zasady dobrowolnego wyboru.

Z obszernego materiału zawartego w Zasadach Kształce-

nia Ustawicznego i Doskonalenia Zawodowego, które opracowała Europejska Unia Lekarzy Specjalistów wybrałem, dla przypomnienia, parę stwierdzeń. EUMS mówi m. in.:

Lekarze stosują indywidualne metody uczenia się i nie ma jednej, która byłaby odpowiednia dla wszystkich.

Mimo wszystko istnieje potrzeba jakiegoś ukierunkowania.

Nie należy zarzucać metod klasycznej dydaktyki, ale też należy poszukiwać skuteczniejszych metod uczenia się aktywnego – w odróżnieniu od biernego.

System punktowy w ocenie osiągnięć samokształceniowych jest pożyteczny, ale nie powinien być schematyczny i premiujący bierne uczestnictwo w wykładach.

Podkreśla się również mocno, że bez niezbędnych środków finansowych nie można oczekiwać od lekarzy realizacji odpowiedniego programu doskonalenia zawodowego. Można by to streścić twierdzeniem, że zanim od lekarzy zaczniesz się formalnie wymagać udokumentowanego szkolenia, należy je im najpierw odpowiednio ułatwić.

Obligatoryjność szkolenia ustawicznego (prócz oczywistej obligacji moralnej) przez lata napotykała na opór organizacji medycznych. Obecnie jest ona akceptowana, a decyzje w tej sprawie EUMS pozostawia niezależnym organizacjom medycznym w poszczególnych krajach.

Chciałbym zwrócić uwagę, że Europejska Unia Lekarzy Specjalistów nie ma ambicji narzucania poszczególnym krajom określonych systemów kształcenia i doskonalenia zawodowego, przyjmuje natomiast ogólną zasadę wykorzystywania inicjatyw oddolnych.

W tym sensie nasze ewentualne działania w Izbie Warszawskiej i miejmy nadzieję w innych izbach są w pełni uprawnione i miejmy nadzieję, że wpiszą się w przyszły system krajowy i europejski.

Jak zawsze największe problemy powstają wówczas, kiedy przychodzi czas przejścia od zasad do rozwiązań praktycznych. Przed wprowadzeniem tych rozwiązań musimy sobie uświadomić cel, do którego dążymy i przeanalizować środki, którymi dysponujemy, lub którymi dysponować możemy albo powinniśmy.

Naszym oczywistym celem powinno być powszechne doskonalenie zawodowe lekarzy pierwszego kontaktu, ale, jak to już parokrotnie nadmieniałem, doskonalenie rzeczywiste, owocujące korzystnymi zmianami w ich codziennej praktyce.

Natomiast o środkach, dostępnych obecnie i tych, których powinniśmy szukać, chcemy rozmawiać we własnym gronie i przyrzeć się doświadczeniom kolegów z innych krajów. Mam nadzieję, że dzisiejsza dyskusja pogłębi naszą wiedzę i ustrzeże nas przed popełnianiem wielu błędów.

Wśród pytań, na które będziemy szukali odpowiedzi, na pierwszym miejscu będzie stało pytanie o konieczność stwo-

rzenia konkretnego systemu kształcenia ustawicznego dla lekarzy pracujących samodzielnie, a w następnej kolejności, na jakich zasadach powinien opierać się ten system?

W Izbie Warszawskiej dojrzeewa idea utworzenia Ośrodka Kształcenia Ustawicznego. Nazwa nie jest istotna. Istotne jest narastające zrozumienie konieczności powstania komórki sprawnej, działającej nieustannie, posiadającej odpowiedni personel i wyposażenie.

W moim rozumieniu ośrodek taki, organizowany przez Izbę, ale współpracujący ściśle, na określonych zasadach, z towarzystwami naukowymi i innymi instytucjami zajmującymi się szkoleniem, współpracujący z władzami państwowymi i kasami chorych (Funduszem Zdrowia) mógłby do swych zadań włączyć zorganizowanie systemu kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących.

Nie przesądzając wyników naszej dyskusji, chciałbym z góry przedstawić państwu swój pogląd na główne założenia funkcjonowania takiego systemu.

System kształcenia ustawicznego dla lekarzy samodzielnie praktykujących:

Powinien być oparty na szeregu pozytywnych bodźców, ułatwień, zachęt i przywilejów oraz ostrożnie stosowanych „sankcji”. W przyszłości, kiedy jego zalety zdobędą powszechne uznanie, można będzie pomyśleć o pełnej obligatoryjności(?).

Podlegający mu lekarze w zasadzie sami określą sposób i kierunek zdobywania wiedzy i umiejętności, ale system powinien także zawierać dział szkoleń obowiązkowych, zaproponowanych przez ekspertów organizacji medycznych.

Powinien, szczególnie w dziedzinie szkoleń obowiązkowych, włączyć na jasno określonych zasadach szpitale rejonowe i powinien w dużej mierze opierać się na specjalnie

wyszkolonych w dziedzinie edukacji lekarzach szkolących (z oddziałów, ale nie tylko).

W dziedzinie kontroli samokształcenia powinien wykorzystywać dobrze opracowane punkty kształceniowe (o charakterze ogólnopolskim), ale też dokumentować i popierać rozwój kształcenia nieformalnego, w tym inicjatyw lokalnych.

Powinien mieć jasno określoną metodę i źródło wynagradzania lekarzy szkolących, szczególnie w dziedzinie programów obowiązkowych.

Powinien wykorzystywać wszelkie obecnie istniejące możliwości szkolenia, nie wykluczając inicjatyw przemysłu farmaceutycznego pod warunkiem odpowiedniego monitoringu i kontroli.

Powinien być elastyczny, z możliwością wprowadzania ulepszeń, jak również powinien wpisywać się w ogólnokrajowe, jak również europejskie zalecenia dotyczące kształcenia ustawicznego.

Dla realizacji wszystkich zadań organizacyjnych powinien być utworzony Ośrodek Kształcenia Ustawicznego. Ośrodek na wyraźnie określonych zasadach będzie ściśle, w sposób ciągły, współpracował z przedstawicielami towarzystw naukowych i innych instytucji (AM), nie wyłączając przedstawicieli Państwa i Funduszy (Kas Chorych).

Mam nadzieję, że przedstawione wyżej założenia będą okazały do wymiany poglądów między uczestnikami naszej Konferencji.

Do tytułu: „Jaki powinien być system Ustawicznego Kształcenia Medycznego dla lekarzy pracujących samodzielnie” dodaję na koniec pytanie: czy w ogóle powinien być?

Badania diagnostyczne w raku jajnika

Lek. med. Katarzyna Bobrowska

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Longin Marianowski

Diagnosis of Ovarian Cancer

Ovarian cancer is one of the most dangerous female neoplasms. Most cases are detected in late stages when the disease is disseminated beyond the ovary. Despite continuous progress in management overall treatment results remain unsatisfactory. Early diagnosis, difficult due to the lack of early symptoms, seems to be the most effective way to decrease mortality rates. Diagnostic steps were presented and current concepts on investigation methods of ovarian cancer were reviewed.

Key words: ovarian cancer, CA 125.

Streszczenie: Rak jajnika pozostaje jednym z najmniej bezpiecznych nowotworów złośliwych u kobiet. Większość przypadków wykrywanych jest późno, gdy choroba ma charakter uogólniony i jest praktycznie nieuleczalna. Pomimo ciągłego doskonalenia metod terapeutycznych, wyniki leczenia pozostają niezadowolające. Drogi do obniżenia umieralności z powodu raka jajnika upatruje się przede wszystkim w doskonaleniu metod diagnostycznych pozwalających na wykrywanie wczesnych stadiów onkogenezy. W artykule omówiono kolejne kroki diagnostyki raka jajnika i aktualne kierunki rozwoju metod diagnostycznych.

Rak jajnika jest jednym z najmniej bezpiecznych nowotworów występujących u kobiet. Jego zła sława wynika z późnej wykrywalności i niskich wskaźników wyleczeń. Brak skutecznej metody przesiewowej i bezobjawowy przebieg wczesnych stadiów procesu nowotworowego powodują, że jedynie około 25% rozpoznanych potwierdza się w I stadium zaawansowania, gdy proces ograniczony jest do jajników, a ponad 60% raków jajnika wykrywa się w wysokim (III i IV) stopniu zaawansowania klinicznego, kiedy choroba ma już charakter uogólniony i rzadko jest uleczalna. Rak jajnika zajmuje czwarte miejsce wśród przyczyn umieralności kobiet na nowotwory złośliwe, a wskaźniki przeżyć pięcioletnich, mimo ciągłego doskonalenia metod diagnostycznych i leczniczych nie uległy na przestrzeni ostatnich 30 lat znaczącej poprawie. Przy zastosowaniu obecnie obowiązujących standardów leczenia, polegających na pierwotnym zabiegu cytotoredukcyjnym z następową chemioterapią wielolekową opartą na taksolu i analogach platyny, przeżycia pięcioletnie sięgają maksymalnie 30%.

W Polsce, wg różnych źródeł, nowotwór ten stanowi 5.5 – 6.2% ogółu nowotworów stwierdzanych u kobiet i około 18% nowotworów narządu rodowego, a wskaźniki zachorowalności wykazują stałą tendencją wzrostową. Chorują głównie kobiety w wieku pomenopauzalnym, po 50 roku życia. Szczyt zachorowalności stwierdza się około roku 70.

Spośród szeregu nowotworów złośliwych mogących rozwinąć się z komórek występujących w jajniku, najliczniej reprezentowane są raki. W zależności od rodzaju nabłonka, jaki naśladują w swojej budowie histologicznej, dzieli się je na surowicze (najczęstsze), śluzowe, endometrioidalne, jasnokomórkowe, nowotwory z komórek przejściowych (guzy Brennera), nowotwory mieszane i niesklasyfikowane. Wśród nowotworów pochodzenia nabłonkowego istnieje grupa o złośliwości granicznej – borderline tumours. Guzy te, wyodrębnione jako oddzielna kategoria na początku lat dziewięćdziesiątych, mają część morfologicznych wykładników złośliwości, ale nie naciekają podścieliska. W ich budowie charakterystyczne są widoczne pod mikroskopem brodawkowate rozrosty oraz zachowana warstwowość nabłonka. Przy nieuszkodzonej torebce, guzy te klinicznie zachowują się jak zmiany łagodne, jeśli torebka ulegnie uszkodzeniu, rozrastają się wolniej niż zmiany złośliwe, mają też mniejszy potencjał do dawania przerzutów.

Jajnik może być punktem wyjścia szeregu innych zmian rozrostowych, w tym nowotworów gonadalnych (ze sznurów płciowych lub podścieliska gonad), germinalnych (z pierwotnej komórki rozrodczej embrionalnej gonady), mieszanych i przerzutowych (gł. z przewodu pokarmowego, sutka i endometrium).

DIAGNOSTYKA

W związku z brakiem wczesnych objawów klinicznych i zgłaszaniem się chorych w zaawansowanych stadiach procesu nowotworowego, kiedy szanse na trwałe wyleczenie są minimalne, na pierwszy plan wysuwa się potrzeba wczesnej diagnostyki zmian w obrębie jajników.

Mimo wysiłków, do tej pory nie udało się stworzyć dostatecznie skutecznej, taniej metody przesiewowej w kierunku raka jajnika. Podstawowe znaczenie mają rutynowe kontrolne wizyty ginekologiczne. Ich częstość powinna być dostosowana do stopnia ryzyka onkologicznego, jakie na podstawie wywiadu należy określić dla indywidualnej pacjentki.

CZYNNIKI RYZYKA

Jednym z najważniejszych czynników ryzyka jest wiek pacjentki. Ryzyko rośnie wraz z wiekiem, wskaźniki zachorowalności gwałtownie wzrastają w wieku pomenopauzalnym. Stąd, między innymi, po menopauzie istnieje ciągle potrzeba regularnych badań ginekologicznych. Ryzyko rozwoju raka jajnika wzrasta wraz z ilością owulacji w życiu kobiety. Rolę ochronną pełnią zatem ciąży i okresy laktacji oraz stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych. Protekcyjna rola tych ostatnich wzrasta wraz z czasem ich przyjmowania i utrzymuje się wiele lat po ich odstawieniu. Z kolei wzrost ryzyka występuje u nieródek i u kobiet, które nigdy antykoncepcji doustnej nie stosowały. Na nieznaczny wzrost ryzyka raka jajnika wpływają ponadto poronienia w wywiadzie oraz czynniki środowiskowe, takie jak dieta z dużą zawartością tłuszczu i białka, używanie kosmetyków zawierających talk oraz przebyte infekcje wirusowe (świnka, różyczka).

Najistotniejszy jednak jest wpływ czynników genetycznych. Opisano trzy zespoły dziedzicznego występowania raka jajnika: zespół rodzinnego występowania raka jajnika, raka gruczołu sutkowego i niepolipowaty typ raka jelita grubego (zespół Lynch II), zespół rodzinnego występowania raka jajnika i gruczołu sutkowego oraz zespół rodzinnego występowania samego raka jajnika. Genetyczna predyspozycja dziedziczna jest jako cecha autosomalna dominująca i związana jest z mutacjami w genach zwanych genami raka sutka (BRCA1 i BRCA2). Dla zespołów dziedzicznych charakterystyczne jest wczesny rozwój procesu nowotworowego (przed wystąpieniem menopauzy). Warto pamiętać, że w 50% mutacja predysponująca dziedziczna jest od ojca, do analizy wywiadu rodzinnego należy zatem włączyć krewnych II i III stopnia. Najbardziej obciążającymi cechami wywiadu rodzinnego są: obecność jakichkolwiek krewnych z rakiem jajnika, współwystępowanie raka sutka i jajnika u krewniej oraz przedmenopauzalny rak sutka u co najmniej dwóch krewnych z tej samej strony. Pacjentki z wywiadem wskazującym na obciążenia dziedziczne, powinny być kierowane do poradni genetycznych. W związku z tym, że predysponująca do rozwoju nowotworów mutacja wystę-

puje we wszystkich komórkach organizmu, do badań genetycznych mogą być wykorzystane leukocyty krwi obwodowej. U pacjentek z potwierdzonymi w testach genetycznych mutacjami w genach BRCA1 i BRCA2 należy przeprowadzać zdecydowanie częstsze kontrole onkologiczne, znaczna część autorów postuluje ponadto profilaktyczne usunięcie jajników po 35 roku życia. Jest to jednak postępowanie kontrowersyjne, zwłaszcza w świetle aktualnych badań wskazujących, że usunięcie jajników zmniejsza, lecz nie eliminuje ryzyka raka u nosicielek mutacji w genach BRCA1 i BRCA2. Pozostają one narażone na ryzyko rakowacenia otrzewnej i rozwoju raka typu jajnikowego.

OBJAWY

Raki mogą pierwotnie rozwijać się w jednym lub w obu jajnikach, na tym etapie nie dając praktycznie żadnych objawów. Jedynie jeśli ognisko pierwotne osiągnie znaczne rozmiary, mogą pojawić się objawy uciskowe w podbrzuszu, parcie na mocz i/lub odbytnicę. Na etapie, gdy proces nowotworowy rozprzestrzeni się na całą jamę brzuszną (III i IV stopień zaawansowania klinicznego wg FIGO), pacjentki mogą skarżyć się na niespecyficzne dolegliwości dyspeptyczne, zmianę rytmu wypróżnień, luźne stolce, wzdęcia lub niespecyficzne pobolewania w jamie brzusznej. Dolegliwości te często traktowane są jako związane z wiekiem i nie wzbudzają początkowo zaniepokojenia chorych. Objęta procesem nowotworowym otrzewna ma tendencję do produkcji nadmiernej ilości płynu, co prowadzi do stopniowego rozwoju wodobrzusza. Powiększanie się obwodu brzucha stosunkowo często jest pierwszym objawem skłaniającym do poszukiwania pomocy lekarskiej. Rozsiew komórek nowotworowych przez naczynia chłonne okolic przepony, doprowadzić może do gromadzenia się płynu w jamie opłucnej. Zespół objawów: guz jajnika, wodobrzusze i płyn w jamie opłucnej nosi nazwę zespołu Meigsa. W zaawansowanych stadiach pojawiają się dolegliwości bólowe i wyniszczenie. Twarz chorej może przybrać charakterystyczny wygląd z zaostroszonymi rysami (facies ovarica).

Towarzyszące guzowi jajnika objawy hiperestrogenizmu lub androgenizacji mogą wskazywać na gonadalny typ nowotworu i przyczyniać się do wykrycia go w stosunkowo wczesnym stadium zaawansowania.

BADANIE GINEKOLOGICZNE

Badaniem ginekologicznym można wykryć zmiany w obrębie przydatków. Podejrzane o złośliwość są zwłaszcza zmiany twarde, nieruchome, o nierównej powierzchni i niejednorodnej konsystencji. U kobiet w wieku rozrodczym różnicować je należy z torbielami czynnościowymi i guzami łagodnymi, które zwykle mają regularne kształty, są gładkie, elastyczne i ruchome. Poza tym należy wykluczyć zmiany zapalne, endometriozę i ciążę ektopową. Należy pamiętać, że w tej lokalizacji mogą znajdować się też zmiany pierwot-

nie wywodzące się z macicy (mięśniaki), układu moczowego, przewodu pokarmowego i struktur zaotrzewnowych. W badaniu per rectum w zaawansowanych stadiach raka jajnika można stwierdzić stożkowate, nierówne masy w zatoce Douglasa (grupy komórek nowotworowych krążące wraz z płynem otrzewnowym gromadzą się w naturalnych zachyłkach jamy otrzewnej).

BADANIA OBRAZOWE

Samo badanie ginekologiczne charakteryzuje się jednak niską czułością i swoistością, jego koniecznym uzupełnieniem są badania ultrasonograficzne narządu rodowego. W porównaniu do badań przez powłoki brzuszne, ultrasonografia przezpochwowa zapewnia lepszą ocenę morfologii jajników, wzbogacona o technikę kolorowego doplera dostarcza dodatkowych informacji o unaczynieniu guzów (w zmianach złośliwych naczynia zlokalizowane są centralnie i w związku z brakiem włókien mięśniowych charakteryzują się niskooporowymi przepływami). Podejrzenie o złośliwość nasuwają guzy lite lub torbielowato–lite, wielokomorowe, o nierównych obrysach i endo– lub egzofitycznych wyrostach, które posiadają bogate unaczynienie o niskooporowych przepływach. Postuluje się, aby badanie usg wykonywać u kobiet w okresie pomenopauzalnym 1 raz w roku.

W przypadkach wątpliwych pomocne w obrazowaniu zmian w jajnikach są mniej dostępne i droższe badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (zaletą tego ostatniego jest możliwość jego zastosowania u kobiety w ciąży). Znajdują one też zastosowanie podczas monitorowania wyników leczenia. Do kompleksowej diagnostyki różnicowej zmian w miednicy mniej pomocne mogą być urografia, badania obrazowe przewodu pokarmowego, recto– i kolonoskopia.

MARKERY

Usg jako pojedyncze badanie nie jest jednak dostatecznie swoiste, by pełnić rolę badania przesiewowego w kierunku raka jajnika. Uzupełnia się je zatem oznaczeniem markerów nowotworowych. Dla raka jajnika najistotniejszym markerem nowotworowym jest opisany w 1981 roku antygen CA 125. Podwyższenie jego wartości powyżej 30 U/ml stwierdza się u 50% chorych w stadium I i 90% chorych w II stadium zaawansowania raka jajnika. Pojedynczy pomiar poziomu CA 125 ma niską swoistość diagnostyczną, ze względu na jego podwyższony poziom w innych chorobach w obrębie narządu rodowego (endometrioza, mięśniaki macicy, zapalenie przydatków) i w układzie pokarmowym (zapalenie, marskość wątroby, uchyłkowatość jelita) oraz w niektórych stanach fizjologicznych (miesiączka, ciąża wczesna). Istotna część stanów dających wyniki fałszywie dodatnie nie występuje po menopauzie, stąd swoistość oznaczenia CA 125 jest wyższa u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Istotniejsza jednak od pojedynczego pomiaru jest dynamika

zmian jego stężenia w czasie. Wykazano bowiem, że podczas rozwoju procesu nowotworowego poziom CA 125 wykazuje tendencją wzrostową, w przeciwieństwie do innych stanów, kiedy bywa podwyższony na względnie stałym poziomie. W klinice seryjne oznaczenie poziomu CA 125 wykorzystuje się przede wszystkim do monitorowania wyników leczenia raka jajnika oraz wczesnego wykrywania wznowy. Czasem wykorzystuje się oznaczenie przeciwciał reagujących z nowotworami jajnika: Ca19-9 lub NB/70K. Pewne nadzieje na polepszenie swoistości badań przesiewowych upatruje się w uzupełniającym oznaczeniu innego markera OVX1 (antygen reagującego z przeciwciałem monoklonalnym OVX1 otrzymywanym poprzez immunizację myszy komórkami trzech różnych linii raka jajnika). Marker ten ma wyższą niż CA125 swoistość w stosunku do raka jajnika, jednak czułość tej metody jest stosunkowo niska. Stąd wskazane byłoby łączne oznaczanie obu tych markerów, na przeszkodzie temu stoją jednak trudności techniczne łączące się z oznaczeniami OVX1.

Obecnie trwają prace nad zastosowaniem jednoczesnego oznaczenia panelu markerów. Poza tym pojawiają się doniesienia o próbach stworzenia charakterystycznych wzorów białek surowicy krwi występujących w raku jajnika. Zachęcające są wstępne wyniki zastosowania komputerowej analizy modeli widm białkowych do różnicowania próbek surowicy kobiet zdrowych i chorych ze stwierdzonym rakiem jajnika.

U dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym, u których mogą występować inne typy histologiczne nowotworów jajnika, w tym nowotwory germinalne, w diagnostyce różnicowej wykorzystuje się oznaczenia innych markerów nowotworowych: AFP (alfa-fetoproteina), CEA (antygen rakowoembrionalny), dehydrogenazy kwasu mlekowego i HCG (gonadotropiny kosmówkowej).

Mimo szeregu badań nie udało się jednak stworzyć jednej powszechnie akceptowanej metody przesiewowej, w praktyce klinicznej wykorzystuje się kilka metod diagnostycznych równocześnie. Najpowszechniejsze jest połączenie badania usg z oznaczeniem poziomu antygeny CA125. Ostateczne rozpoznanie raka jajnika zawsze stawiane jest dopiero na podstawie wyniku badania histopatologicznego tkanek uzyskanych w trakcie zabiegu operacyjnego.

ZABIEG OPERACYJNY

Zabieg operacyjny, obok swojej roli terapeutycznej, stanowi równocześnie ostatnie ogniwo procesu diagnostycznego. Powinien być przeprowadzany przez doświadczony zespół w ośrodku dysponującym możliwością histopatologicznego badania śródoperacyjnego, optymalnie w wyspecjalizowanym ośrodku onkologicznym. Na jego podstawie dokonuje się ostatecznej oceny zaawansowania klinicznego nowotworu. W przypadku podejrzenia złośliwego nowotworu jajnika, obowiązuje ściśle określony protokół operacyjny.

Jamę brzuszną należy otworzyć z cięcia pośrodkowego dolnego, które w razie potrzeby przedłuża się powyżej pępka. Po nacięciu otrzewnej trzewnej pobiera się płyn wysiękowy do badania cytologicznego w kierunku obecności komórek nowotworowych. Należy odnotować ilość, barwę i charakter płynu. W razie braku wolnego płynu szeroko otwiera się jamę brzuszną i wykonuje się wymazy spod kopuł przepony oraz tzw. popłuczyny otrzewnowe (wyflukanie jamy brzusznej roztworem 0.9 % NaCl). Następnie dokonuje się dokładnej wzrokowej i palpacyjnej oceny guza (wielkość, konsystencja, ruchomość, stan torebki, stosunek do narządów sąsiednich), narządów miednicy mniejszej i całej jamy brzusznej. Szczególną uwagę należy zwrócić na stan otrzewnej ściennej i trzewnej, sieci większej, wątroby, biodrowych i okołaortalnych węzłów chłonnych oraz wyrostka robaczkowego. Ze wszystkich podejrzanych klinicznie zmian i wzrostów pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. W razie braku makroskopowych zmian na otrzewnej ściennej autorzy zalecają pobranie 12-15 wycinków (tzw. ślepa próba). Pęknięcie torebki guza podczas zabiegu operacyjnego, które automatycznie zwiększa stopień zaawansowania choroby, jest traktowane jako powikłanie i musi być odnotowane w protokole operacyjnym.

Warto podkreślić kluczową rolę, jaką pełni właściwa chirurgiczna ocena stopnia zaawansowania raka. Niedokładnie przeprowadzona, może prowadzić do zaniżenia stopnia zaawansowania choroby i rezygnacji z terapii uzupełniającej lub zastosowania nieodpowiedniego leczenia. Szacuje się, że zmniejsza to przeżycia 5-letnie o 10-15%.

PODSUMOWANIE

Rak jajnika pozostaje poważnym problemem ginekologicznym. Jedną z najważniejszych dróg do obniżenia śmiertelności z powodu tego nowotworu jest z pewnością opracowanie skutecznych metod przesiewowych pozwalających wykrywać wczesne stadia karcinogenezy jajnikowej. W chwili obecnej, mimo ciągłych poszukiwań, nie udało się stworzyć, dostatecznie czułej, specyficznej, ogólnie dostępnej i akceptowanej przez pacjentki metody diagnostycznej. W związku z tym podstawową rolę odgrywają regularne kontrole ginekologiczne połączone z okresowymi badaniami ultrasonograficznymi narządu rodowego.

Częstość badań ginekologicznych powinna być dostosowana do wieku pacjentki i obecności czynników ryzyka patologii w obrębie narządu rodowego. Standardem dla wszystkich kobiet, nawet tych, bez żadnych czynników ryzyka, powinna być coroczna kontrola ginekologiczna połączona z pobraniem wymazu cytologicznego z tarczy części pochwowej (badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy). Pacjentki w wieku rozrodczym, dziedzicznie obciążone po-

winny podawać badaniom częściej, co najmniej dwa razy w roku. Częstsze powinny być też kontrole pacjentek przyjmujących leki hormonalne, w tym doustne środki antykoncepcyjne. Wiadomo bowiem, że mimo ich ochronnego wpływu na patologie w obrębie jajnika, ich długotrwałe stosowanie wiąże się z nieznacznym podwyższeniem ryzyka patologii sutka i szyjki macicy. Kobiety w wieku pomenopauzalnym nie mogą rezygnować z regularnych corocznych badań ginekologicznych, wiedząc że właśnie w tym wieku narażone są na podwyższone ryzyko raka jajnika, trzonu macicy i sromu. Lekarz opiekujący się pacjentką, znający jej przeszłość położniczą, dolegliwości i czynniki ryzyka, podejmuje decyzje dotyczące przeprowadzania dodatkowych badań obrazowych i laboratoryjnych. Jednak to samoświadomość pacjentek i zgłaszanie się kobiet na regularne kontrole ginekologiczne odgrywa kluczową rolę we wdrażaniu wczesnej diagnostyki w kierunku nowotworów narządu rodowego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bidziński M. Zasady i sposoby chirurgicznego leczenia raka jajnika. *Ginekologia po Dyplomie* 2001; 3, 3, 16-21.
2. Carlson KJ, Skates SJ, Singer DE. Screening for ovarian cancer. *Ann. Intern. Med.* 1994; 121, 124-32.
3. Frank T.E. Identyfikacja kobiet dziedzicznie obciążonych rakiem jajnika: kto i kiedy? *Ginekologia po Dyplomie* 1999; 1,3, 53-60.
4. Frank TS, Manley SA, Olopade OP et al. Sequence analysis of BRCA1 and BRCA2: correlation of mutations with family history and ovarian cancer risk. *J Clin Oncol.* 1998; 16, 2417-2425.
5. Gadomska H. Rak jajnika – diagnostyka. *Nowa Medycyna.* 2000; 8, 39-42.
6. Lu KH, Gershenson DM. Postępowanie w granicznych nowotworach jajnika. *Ginekologia po Dyplomie.* 2001; 3, 3, 55-60.
7. Mann W. et al. Preoperative serum Ca125 levels in patients with surgical stage I invasive ovarian adenocarcinoma. *J. Natl. Cancer Inst.* 1998; 80: 208.
8. Moss C, Kaye S.B. Ovarian cancer: progress and continuous controversies in management. *Eur J Cancer* 2002; 38, 1701-1707.
9. Pisarski T. *Fizjopatologia jajnika.* Termedia, Poznań 1998; 39-72.
10. Rosenthal A, Jacobs I. Ovarian cancer screening. *Semin. Oncol.* 1998; 25, 315-325.
11. Spaczyński M. *Onkologia ginekologiczna.* Wydawnictwo medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997; 205-242.
12. Takahashi H, Chiu HC, Bandera CA et al. Mutations of BRCA1 mutations to ovarian cancer. *N Engl J Med.* 1997, 336: 1125-1130.

DYDAKTYKA

Akredytacja Wydziału Nauki o Zdrowiu

Mgr Beata Jaroszyńska

Dr hab. n. med. Piotr Małkowski

The Accreditation of The Health Science Faculty

The Health Science Faculty of Medical University of Warsaw was established in 2000 year, it consists of The Nursing and Obstetrics Division. Its aim was to start giving lectures on these subjects on the academic level and in accordance with the European standards.

At present, the Faculty offers a three-year course completion of which results in obtaining a *Bachelors degree*, for the following divisions: Nursing, Obstetrics, Dietetics and Medical Life-Saving. It also offers the extramural course for the qualified nurses and accoucheurs.

Since the beginning the course has been attended by great number of students. It has been maintaining appropriate standards of teaching, despite of the difficulties with the didactic base, organizational issues and the pressure of extended responsibilities put on the lecturers.

We are not only expecting, that our Faculty will provide our graduates the best possible background for performing nursery job – according to the European Unions requirements; we have already received confirmation that it takes place. The National Accreditation Committee of the Health Ministrys Medical Education, granted the accreditation for the Nursing and Obstetrics Divisions for the five coming years, which took place on December, the previous 2002 year.

29 maja 2000 roku decyzją Władz Uczelni i Uchwałą Senatu Akademii Medycznej nr 33 został utworzony w naszej Akademii Wydział Nauki o Zdrowiu celem kształcenia na poziomie akademickim w specjalnościach pielęgniarstwo i położnictwo. Uruchomienie Wydziału i trzyletnie studia licencjackie to świadectwo intensywnego rozwijania działalności dydaktycznej w naszej Uczelni.

9 października 2000 r. w roku akademickim 2000/2001 rozpoczęło naukę około 150 osób na kierunku pielęgniarstwo i w specjalności położnictwo.

Aby sprostać zapotrzebowaniu i oczekiwaniom społecznym, podjęto przedsięwzięcie kształcenia na poziomie akademickim i w zgodzie z europejskimi standardami, jako działanie o charakterze długofalowym. Zainteresowanie kierunkami na Wydziale Nauki o Zdrowiu wzrastało i stale rośnie, co powoduje konieczność stałego uaktualniania programów nauczania i podnoszenia jego jakości oraz jakości obsługi studentów.

Każdy kolejny rok akademicki to nie tylko rosnąca liczba studentów, lecz uruchamianie nowych kierunków oraz studiów podyplomowych i w systemie zaocznym.

Wydział Nauki o Zdrowiu prowadzi 3-letnie licencjackie studia w systemie dziennym na kierunkach: Pielęgniarstwo, Położnictwo, Dietetyka i Ratownictwo Medyczne.

Prowadzone są również studia w systemie zaocznym dla dyplomowanych pielęgniarek i położnych.

Wydział Nauki o Zdrowiu wobec tak ogromnego zainteresowania musiał sprostać nadmiernemu obciążeniu wykładowców, borykał się i nadal ma problemy z bazą dydaktyczną. Ogrom zadań dydaktycznych i organizacyjnych oraz problemy, z jakimi miała do czynienia Rada Wydziału i Władze Dziekańskie, nie wpłynęły na poziom kształcenia studentów. Konieczność zachowania misji Uczelni akademickiej, pozwoliła także na stałą, codzienną czujność władz przy opracowywaniu programów nauczania.

I tak nie tylko oczekujemy efektów w postaci **optymalnego** przygotowania absolwentów do zawodu pielęgniarstwa na poziomie wymogów Unii Europejskiej lub rozwoju potencjału naukowego w zakresie nauk o zdrowiu, ale otrzymaliśmy w grudniu 2002 roku pozytywną ocenę Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego Ministerstwa Zdrowia, **która podjęła decyzję o przyznaniu Wydziałowi akredytacji na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo na okres 5 lat.**

Wyniki akredytacji potwierdzają słuszność decyzji Władz Uczelni o uruchomieniu wyższych, licencjackich studiów w Akademii Medycznej. W tak krótkim czasie zorganizowanie nowoczesnych studiów wymagało także niezwyklej aktywności Władz Dziekańskich Wydziału Nauki o Zdrowiu.

PODSTAWY PIELĘGNIARSTWA I ICH ZNACZENIE W KSZTAŁCENIU STUDENTÓW NA POZIOMIE LICENCJACKIM

Mgr Halina Cieślak

Mgr Mirella Sulewska

Wydział Nauki o Zdrowiu

W kształtowaniu wizerunku zawodowego pielęgniarki duże znaczenie mają powszechnie uznane i przyjęte do stosowania w wielu krajach świata dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia pod nazwą: Europejska Strategia WHO Kształcenia Pielęgniarek i Położnych (1999 r.) oraz Deklaracja Monachijska Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Zdrowia (2000 r.).

Proces dydaktyczno-wychowawczy na studiach pielęgniarskich służy opanowaniu przez studentów wiadomości i umiejętności niezbędnych do pełnienia roli zawodowej określanej jako pielęgowanie.

Punktem wyjścia do rozwijania umiejętności jest charakterystyka kwalifikacyjna absolwenta zawarta w standardach nauczania dla studiów licencjackich (Rozp. MEN i Sportu z dnia 18IV 2002r-Dz.U. Nr116, poz.1004).

W programie kształcenia **Podstawy Pielęgniarsstwa** są przedmiotem kierunkowym. Realizowane są na pierwszym roku studiów w wymiarze **200 godzin – 60 godzin** stanowią **wykłady, 140 godzin – ćwiczenia**. Program Podstaw Pielęgniarsstwa przygotowuje studentów do zapobiegania chorobom i profesjonalnego pielęgowania w zdrowiu i chorobie.

Część treści kształcenia to zagadnienia uświadamiające studentom, czym jest pielęgniarsstwo i pojęcia z nim związane, jaka jest rola zawodowa pielęgniarki, proces pielęgowania jako podstawowa metoda jej pracy oraz wykorzystanie modeli pielęgowania w opiece nad pacjentem. Większa część treści programowych służy opanowaniu przez studentów praktycznych umiejętności wykonywania:

- działań
- zabiegów
- czynności oraz rozwiązywania problemów.

Zajęcia są prowadzone przez magistrów pielęgniarsstwa posiadających przygotowanie pedagogiczne.

Zdobywanie praktycznych umiejętności następuje w pracowni pielęgniarskiej, która jest wyposażona w:

- fantomy,
- modele,
- aparaturę medyczną,

- materiały opatrunkowe,
- narzędzia,
- leki,
- zestawy do wykonywania zabiegów.

Ćwiczenia odbywają się w grupach dziekańskich. **Praca w grupach wyzwala samodzielność myślenia, uczy współdziałania, liczenia się ze zdaniem innych oraz argumentowania własnego stanowiska.** W ten sposób przygotowuje studentów do przyszłej współpracy zawodowej.

Podstawą do planowania i organizacji zajęć jest wykaz umiejętności, które student ma zdobyć podczas procesu dydaktycznego.

Prowadzący zajęcia stwarza studentom optymalne warunki do osiągania celów kształcenia. Stara się ich motywować i aktywizować, rozwija w nich zdolności poznawcze, a także wdraża do samokształcenia. Szczególny nacisk kładzie na kształtowanie postaw, które wpływają na rozwój osobowości, opanowanie i doskonalenie umiejętności zawodowych.

Preferuje kształcenie oparte na **metodach problemowych i sytuacyjnych**. W procesie kształtowania umiejętności wykorzystywane są następujące metody:

- wyjaśnienie,
- omówienie,
- instruktaż,
- opis,
- pokaz,
- inscenizacja,
- symulacja,
- ćwiczenia utrwalające.

Jedną z głównych metod wykorzystywaną podczas kształtowania umiejętności jest pokaz, któremu towarzyszy wyjaśnianie.

Kształtowanie umiejętności jest realizowane w określonych etapach:

1. Określenie nazwy i znaczenia umiejętności.
2. Sformułowanie zasad postępowania na podstawie opanowanych wiadomości.
3. Pokaz prawidłowego wykonania czynności przez pro-

- wadzącego zajęcia.
4. Powtórzenie czynności przez studentów pod kontrolą nauczyciela.
 5. Nabywanie sprawności przez samodzielne ćwiczenia studentów.
 6. Samoocena.
 7. Ocena stopnia opanowania umiejętności przez nauczającego.

Stosowane metody nauczania wdrażają studentów do wykonywania zabiegów w sposób świadomy, samodzielny oraz uczą nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem i prawidłowej organizacji pracy.

W procesie dydaktycznym nauczający wykorzystuje różnorodne materiały i środki dydaktyczne:

- foliogramy,
- videoflex,
- slajdy,
- filmy dydaktyczne,
- nagrania magnetowidowe,
- przewodniki.

Wykładowcy korzystają z przygotowanych teczek tematycznych, które zawierają między innymi:

- algorytmy wykonywania zabiegów,
- schematy,
- wykresy,
- przykładowe wyniki badań.

W cyklu kształcenia ważnym elementem jest własna praca studenta, który samodzielnie kształtuje i doskonali umie-

jętności wykorzystując wskazaną literaturę, pokazy, filmy video. Opracowuje również plany, projekty zadań, eseje. W ramach samokształcenia student ma możliwość konsultacji z wykładowcą.

Bardzo ważnym etapem w procesie dydaktycznym jest ocena osiągnięć studentów.

Po zrealizowaniu poszczególnych działów każdy student podlega ocenie wyrażającej poziom przygotowania do realizacji zadań. W **ocenie** umiejętności praktycznych istotną jest **jakość wykonania, uzasadnienie dokonanego wyboru sposobu, techniki rozwiązania problemu zawodowego**. Oprócz oceny dokonywanej przez wykładowcę, ważną jest samoocena oraz ocena dokonana przez innych studentów. Do oceny wykonania zadania zawodowego stosuje się **przygotowane kryteria**, które dotyczą realizacji zabiegów pielęgnacyjnych, opiekuńczych i aseptycznych.

W nauczaniu Podstaw Pielęgniarstwa ważną jest korelacja między innymi z takimi przedmiotami jak: **psychologia, pedagogika, socjologia, zdrowie publiczne, przedmioty kliniczne oraz pielęgniarstwa specjalistyczne**.

Po zrealizowaniu treści programowych student powinien opanować wiadomości i umiejętności oraz wykazać postawy niezbędne do dalszego kształcenia w ramach pielęgniarstwa specjalistycznego oraz podczas zajęć praktycznych.

Za wyniki i jakość kształcenia odpowiedzialny jest student i nauczyciel. Ważne jest uświadomienie studentom, że łatwiej im będzie wejść w rolę zawodową i pracę z pacjentem, jeśli w czasie studiów opanują więcej umiejętności.

TARGI EDUKACYJNE W NORWEGII

Irena Bielicka, Anna Wojciechowska
Dziedzinat II Wydziału Lekarskiego

W dniach 12-15.02.2003 w Lillestrøm k. Oslo odbyły się targi edukacyjne Jobb & Utdanning 2003 – największa europejska impreza dotycząca możliwości kształcenia na wyższych uczelniach.

W ubiegłym roku w imprezie tej uczestniczyło ponad 400 instytucji edukacyjnych, w tym ponad 170 spoza Norwegii, a stoiska targowe odwiedziło 30.000 osób.

W roku bieżącym targi zorganizowano w nowym Norweskim Centrum Handlowo-Targowym; podwyżka stawek za udział w imprezie spowodowała zmniejszenie liczby wystawców zagranicznych – do 100 instytucji edukacyjnych.

Stoisko naszej Uczelni sąsiadowało z reprezentacją Po-



Targi Edukacyjne w Norwegii



Pani Konsul Anna Śmiałek-Grzyb na stanowisku AM w Killestromm w Oslo.

morskiej Akademii Medycznej w Szczecinie oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Możliwość studiowania medycyny w języku angielskim w polskich uczelniach budziła duże zainteresowanie. Wśród osób odwiedzających była młodzież planująca swoją przyszłość, rodzice

oraz przedstawiciele różnych szkół średnich tzw. doradcy zbierający materiały dla swoich uczniów.

Odwiedziła nas, między innymi, pani **Ann E. Wenger**, High School Counsellor z The International School of Stavanger, Treskeveien 3, 4043 Hafersfjord, Norway z prośbą o przysyłanie materiałów informacyjnych o naszej Uczelni do szkoły norweskiej oraz do American International School of Johannesburg, South Africa.

Ponadto w stoisku gościliśmy pracowników Ambasady R.P. w Norwegii, panią konsul **Annę Śmiałek-Grzyb** i pana **Andrzeja Sołtana** zajmującego się sprawami kultury.

Konsulat RP w Oslo ma w planach stałe rozszerzanie kontaktów z lekarzami, którzy ukończyli studia w naszym kraju, co niewątpliwie przyczyni się do dalszego i szerszego promowania naszej Uczelni na terenie Skandynawii.

Na targach był również obecny pan **Arne Lundemo**, przedstawiciel Sonans InterStudies – International Office; poinformował, że rekrutacja na rok 2003/2004 przebiega pomyślnie i obiecał skierowanie do naszej Uczelni 15-20 kandydatów z Norwegii na studia w ED.

Festiwal Nauki 2002 na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie

Dr n. farm. Andrzej Zimniak

Koordynator imprez Festiwalu Nauki na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie

Już po raz szósty odbył się Festiwal Nauki w Warszawie, tradycyjnie w drugiej połowie września (20-29.09.2002 r.). Z roku na rok przybywa instytucji naukowych, organizujących wykłady, spotkania panelowe, pokazy i lekcje – tym razem było ich 106 (przed rokiem w organizacji imprez udział brały 94 placówki). Szacunkowa liczba gości sięgnęła

50 tysięcy. Wydział Farmaceutyczny AM, uczestniczący w tym przedsięwzięciu od początku^{2,3}, czyli od 1997 roku, wystąpił – jak zwykle – z urozmaiconą ofertą, ocenioną przez dyrekcję Festiwalu jako wzorowa. Oto program naszych imprez w 2002 roku:

1. Imprezy odbywające się przy ul. Banacha 1, 02-097 Warszawa, w gmachu Wydziału Farmaceutycznego:

Klub Farmaceutów – wykłady i dyskusje panelowe.

- Czwartek 26 września: Wątroba w kieliszku
- Piątek 27 września: Substancje lecznicze z roślin transgenicznych
- Sobota 28 września: Studia farmaceutyczne a ochrona zdrowia społeczeństwa

Pokazy w laboratoriach (powtarzane 3-krotnie), sobota 28 września

- Biochemiczna diagnostyka alkoholowego uszkodzenia wątroby
- Farmakoterapia chorób nosa
- Hodowla tkanek roślin leczniczych *in vitro*
- Substancje lecznicze z grzybów hodowlanych
- Przygotowywanie tabletek i kremu z witaminami
- Ocena toksyczności środowiska przy użyciu organizmów wodnych

2. Imprezy odbywające się przy ul. Oczuki 3, 02-007 Warszawa, w Zakładzie Mikrobiologii Farmaceutycznej:

Pokaz w laboratorium (powtarzany 2-krotnie), sobota 28 września

- Nowe substancje przeciw bakteriom i grzybom

W roku 2002 gościliśmy na Wydziale w sumie 310 uczestników, z tej liczby w panelach uczestniczyło 110 gości, a w pokazach laboratoryjnych 200. Do wyboru były 2 dyskusje panelowe, 1 wykład wprowadzający w problematykę ochrony zdrowia społeczeństwa, oraz 7 cyklicznie powtarzanych pokazów w laboratoriach. Razem z powtórzeniami liczba imprez wyniosła 23. Jak zwykle, większość gości stanowiła młodzież licealna – kilka grup uczniowskich stawiało się wraz z nauczycielami, a jedna z takich naukowych wycieczek przyjechała daleko spoza Warszawy. Jednak odwiedziło nas także sporo osób w sile wieku lub starszych, ich liczbę można oszacować na średnio ok. 20-30%.

Frekwencja w roku 2002 była wyższa niż w roku ubiegłym (odpowiednio 310 i 220 osób), jednak mniejsza niż 2 lata temu (400). Wydaje się, że są to fluktuacje przypadkowe, a ogólna liczba festiwalowych uczestników ustabilizowała się, przy czym tę liczbę należy rozumieć dynamicznie, tzn. mniej więcej tyle samo ubiegłorocznych uczestników rezygnuje z udziału, co przybywa nowych z dorastających roczników. Jednakże, jak wynika z naszych ankiet, większość gości wciąż rekrutuje się spośród stałych bywalców, rokrocznie odwiedzających coraz to inne festiwalowe imprezy. Są to przeważnie ludzie młodzi (ale nie tylko), którzy interesują się stanem nauki i aktualnym frontem badań, a także kierunkami i perspektywami jej rozwoju. Cieszymy się, że wśród nich jest grupa, corocznie wiernie powracająca na Wydział Farmaceutyczny.

Nagłośnienie Festiwalu przez środki masowego przekazu było w tym roku lepsze niż w latach ubiegłych. Z zadania doskonale wywiązała się Gazeta Wyborcza, publikując w stołecznym dodatku nie tylko wyczerpujący program wraz

ze streszczeniami, ale także częste relacje. Gorzej niż ubiegłych latach było w „Wiedzy i Życiu” i „Świecie Nauki”, bo te renomowane czasopisma zrezygnowały z wydrukowania kompletnego programu. Jednakże radio stanęło na wysokości zadania (np. Radio Bis), a telewizja publiczna okazała się nad wyraz hojna, zamieszczając codzienne relacje i zapowiedzi. Taki zwrot w porównaniu z rokiem ubiegłym może być przypadkowy (nowi ludzie w redakcjach), ale także może świadczyć o docenieniu wagi wielkiej imprezy edukacyjnej, jaką stanowi Festiwal. Wartość tej imprezy trudno przecenić, zwłaszcza w okresie globalizacji, kiedy siłę społeczeństw będzie wyznaczać przede wszystkim potencjał intelektualny ich mieszkańców.

Imprezy, zorganizowane na Wydziale Farmaceutycznym, należy uznać za ze wszech miar udane. Przyciągnęły one rzeszę zainteresowanych problematyką, związaną z szeroko pojętą farmacją, w tym kandydatów na studia farmaceutyczne. Należy także podkreślić, że przeprowadzane na Wydziale wykłady, dyskusje i pokazy oraz ich zapowiedzi w środkach masowego przekazu stanowią doskonałą wizytówkę instytucji, prezentowaną nie tylko w środowisku warszawskim, ale także globalnie w sieci internetowej.

Dyrekcja Festiwalu Nauki rokrocznie wystosowuje do Dziekana Wydziału oraz do lokalnego koordynatora imprez listy z podziękowaniami, skierowanymi do wszystkich naszych organizatorów. W roku 2002 nadszedł także list od Ministra Nauki i Przewodniczącego KBN (kopię tego listu prezentujemy poniżej).

Poniżej zamieszczono opisy dyskusji panelowych i pokazów, zrealizowanych w 2002 roku na Wydziale Farmaceutycznym AM.



Minister Nauki
Przewodniczący
Komitetu Badań Naukowych
Michał Kleiber

Warszawa, 20 listopada 2002

dr Andrzej Zimniak
Wydział Farmaceutyczny AM
ul. Banacha 1
02-097 Warszawa

Szanowny Panie,

Organizowany od kilku lat przez środowisko naukowe FESTIWAL NAUKI stał się jedną z ważniejszych imprez promujących i popularyzujących naukę.

Jego znaczenie potęguje się w zestawieniu z faktem, że zarówno obywatele jak i elity naszego kraju nie dostrzegają w nauce i jej dokonaniach istotnego źródła rozwoju gospodarczego i postępu cywilizacyjnego. Ten stan świadomości może się zmienić tylko dzięki pracy i staraniom samego środowiska naukowego.

Organizacja Festiwalu Nauki jest niewątpliwie znakomitą inicjatywą służącą temu celowi, co potwierdzają coraz liczniejsi uczestnicy Festiwalu.

Zdaję sobie sprawę, że sukces ten nie byłby możliwy bez entuzjazmu, zaangażowania i ciężkiej pracy pracowników naukowych. Chciałbym więc złożyć na Pana ręce najserdeczniejsze gratulacje i podziękowania za trud włożony w organizację festiwalowych imprez.

Proszę przyjąć życzenia, aby Festiwal Nauki dalej się rozwijał przynosząc jego uczestnikom zadowolenie i inspirację płynące z obcowania z najnowszymi osiągnięciami nauki, a Państwu dostarczał satysfakcji z wykonywanej pracy.

Z wyrazami szacunku

I. Wykłady i dyskusje panelowe

Wątroba w kieliszku

Mgr Piotr Tomaszewski

Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej

Kierownik: prof. dr hab. Jan Pachecka

Spożywanie alkoholu to zjawisko tak stare jak ludzkość. Niskoprocentowe odpowiedniki wina i piwa wytwarzano już w starożytnej Babilonii, Mezopotamii, Egipcie, Chinach, Indiach, Palestynie, Grecji i Rzymie. Specjalnością Słowian od czasów przedhistorycznych były miody pitne. Mocniejsze napoje alkoholowe zaczęto wytwarzać w XI w., kiedy to we Włoszech odkryto metodę otrzymywania spirytusu przez destylację wina. Niskoprocentowe napoje alkoholowe znane są także dziś grupom etnicznym żyjącym na poziomie pierwotnym, wśród których ich sporządzanie i spożycie często wiąże się z obrzędami.

Wielowiekowa obecność alkoholu w życiu człowieka od początku współistnieje z problemem jego nadużywania. Wykazano niezbicie zależność pomiędzy dawką, częstością oraz okresem spożywania alkoholu a występowaniem zmian uszkodzeniowych wątroby, trzustki, mózgu oraz serca. Zmianom tym towarzyszy postępująca degradacja psychiczna i psychospołeczna człowieka.

Narzędziem najbardziej narażonym na toksyczne działanie alkoholu etylowego jest wątroba, ponieważ w jej komórkach miąższowych dokonuje się metabolizm tego związku. Jeden z metabolitów, aldehyd octowy, jest silną trucizną. Permanentny stan obciążenia wątroby dużymi dawkami alkoholu prowadzi początkowo do odwracalnych jeszcze zaburzeń w metabolizmie lipidów, manifestujących się powstaniem poalkoholowego stłuszczenia wątroby. W wyniku dalszego spożywania alkoholu część komórek ulega uszkodzeniu, następuje rozwój ognisk zapalnych i zachodzi proces włókniejącego zbliznowacenia. Właśnie te zmiany składają się na obraz poalkoholowej marskości wątroby. Pojawiające się w obszarze uszkodzonego miąższu liczne ogniska wzmoczonej

regeneracji zwykle nie są powodem do optymizmu, ponieważ podlegają zaburzeniom regulacji procesów podziałowych i niejednokrotnie stanowią początek pierwotnego raka wątroby. Podatność na alkoholowe uszkodzenie wątroby jest bardzo różna i zależy od szeregu czynników: genetycznych, dietetycznych i hormonalnych.

Okazuje się jednak, że alkohol etylowy spożywany w niewielkich dawkach może mieć korzystny wpływ na funkcjonowanie organizmu. Obok szeroko komentowanego wpływu na zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej (*British Medical Journal*, 1999) i udarów mózgu (*The New England Journal of Medicine*, 1999), niewielkie dawki alkoholu etylowego korzystnie oddziałują także na wątrobę, zarówno poprzez poprawę jej ukrwienia, jak i poprzez poprawę dystrybucji cholesterolu (wzrost udziału frakcji „dobrego” cholesterolu HDL w ogólnej puli lipoprotein), co skutkuje obniżeniem ryzyka rozwoju zmian miażdżycowych. Nie można jednak zapominać, że „kuracja” alkoholowa może prowadzić do uzależnienia i do skutków przeciwnych wobec zamierzonych, zwłaszcza w przypadku osób podatnych.

W ramach dyskusji panelowej przedstawiono biochemiczne mechanizmy zarówno zgubnego, jak i korzystnego wpływu alkoholu na wątrobę. Był czas na dyskusję nad zależnością między wielkością dawki i częstością spożywania alkoholu, a konsekwencjami metabolicznymi i zdrowotnymi. Przeanalizowano wpływ czynników osobniczych: wieku, płci, różnic genetycznych i dietetycznych na konsekwencje metaboliczne działania alkoholu na wątrobę. Rozważano także rolę czynników psychicznych i społecznych. □

Substancje lecznicze z roślin transgenicznych

Dr hab. Olga Olszowska

Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej

Kierownik: dr hab. Olga Olszowska

Świat roślin jest źródłem wielu cennych substancji stosowanych w lecznictwie, jak np. glikozydy nasercowe, atropina, skopolamina, a także związki przeciwnowotworowe: (paklitaksel, winkrystyna). Poszukiwania nowych, biologicznie czynnych związków pochodzenia naturalnego ciągle trwają i są stymulowane m. in. postępem wiedzy w dziedzinie etiologii wielu chorób. Liczne spośród tych związków, jak alkaloidy, saponiny, garbniki, czy terpeny zwane są metabolitami wtórnymi, ponieważ powstają jako produkty wyspecjalizowanej przemiany materii, a ich występowanie jest ograniczone tylko do niektórych grup roślin.

Uzyskanie odpowiedniego surowca roślinnego w dostatecznych ilościach nie zawsze jest łatwe. Trudności może powodować powolny wzrost roślin, ograniczenie wegetacji do określonych stref klimatycznych lub niska zawartość substancji czynnych. Uzyskiwanie tych związków na drodze syntezy chemicznej jest często nieopłacalne ze względu na ich skomplikowaną budowę, dlatego jedynym ich źródłem pozostają nadal tkanki i organy roślinne.

Rozwój metod biotechnologii roślinnej stwarza perspektywę uzyskiwania wartościowej biomasy w dostatecznych ilościach. Jedną z możliwości jest kultura *in vitro* korzeni transgenicznych zwanych też korzeniami włosnikowatymi (hairy roots). Powstają one w wyniku zakażenia komórek roślinnych bakteriami *Agrobacterium rhizogenes*. Do genomu komórki roślinnej wbudowuje się fragment DNA bakterii z plazmidu Ri (root inducing). W wyniku ekspresji genów znajdujących się w tym fragmencie zmienia się metabolizm komórki, w następstwie czego powstają korzenie, które mają charakter tumorowy i rosną szybko na pożywkach bez regulatorów wzrostu. Korzenie transformowane mogą wytwa-

zać metabolity wtórne o składzie jakościowym i ilościowym porównywalnym z rośliną macierzystą. Są stabilne genetycznie, co sprawia, że wydajność kultur w określonych warunkach hodowli utrzymuje się na stałym poziomie przez długi okres.

Dotychczas otrzymano kultury transgenicznych korzeni wielu gatunków roślin dwuliściennych oraz kilku gatunków roślin nagozależkowych. Wytwarzały one metabolity wtórne z dużą wydajnością, np. związek przeciwmalaryczny artemizyninę, alkaloidy tropanowe hioscyjaminę i skopolaminę oraz saponiny żeń-szenia. Otrzymano także wytwarzające paklitaksel kultury transformowanych korzeni dwóch gatunków cisów. Prowadzenie kultur transformowanych korzeni jest obecnie możliwe w bioreaktorach o pojemności kilkuset litrów.

Metabolity wtórne powstają w wyniku reakcji katalizowanych przez enzymy. Poznanie kolejnych etapów biosyntezy związków, izolacja enzymów, otrzymanie kodującego je cDNA i wprowadzenie go do materiału genetycznego rośliny stwarza możliwość otrzymania roślin transgenicznych o zwiększonej wydajności określonych związków lub o zmienionym składzie metabolitów wtórnych. Otrzymano np. pokrzyk wilczą jagodę o zwiększonej produkcji skopolaminy dzięki wprowadzeniu do genomu tej rośliny genu 6- β -hydroksylazy hioscyjminy. Inne rośliny będące obiektem „inżynierii biochemicznej” to np. ryż, *Catharanthus roseus*, *Rubia peregrina*, petunia.

W trakcie wykładu zostały omówione osiągnięcia i perspektywy uzyskiwania związków leczniczych z roślin transgenicznych, a następnie odbyła się dyskusja. □

Studia farmaceutyczne a ochrona zdrowia społeczeństwa

Prof. dr hab. Jan Pachecka

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Absolwenci studiów farmaceutycznych przygotowani są w szerokim zakresie nie tylko do współpracy z lekarzami w dziedzinie farmakoterapii i fitoterapii, ale także do pracy badawczej nad opracowywaniem nowych generacji farmaceutyków, nad uzyskiwaniem leków ze źródeł naturalnych,

technologią środków leczniczych i postaci leku oraz profilaktyką polegającą na korekcie modelu zachowań i odżywiania. Praca w aptece także nie ogranicza się do dystrybucji leków przepisanych przez lekarza, ponieważ stale rośnie liczba specyfików, wydawanych bez recepty. Obserwuje się

wzrost społecznego zapotrzebowania na sprzedawane „od ręki” preparaty, do których zalicza się nie tylko niektóre leki, ale także odżywki, suplementy i wyciągi ziołowe. Często ludzie cierpiący na alergię, przemęczenie, stres, nadwagę czy nawracające przeziębienia kierują się wprost do apteki, i wtedy specjalistyczna konsultacja odpowiednio przygotowanego farmaceuty jest nie do przecenienia.

Nowoczesny program nauczania farmacji uwzględnia te

wszystkie wielorakie wyzwania, jakie niesie szybki rozwój cywilizacyjny. W trakcie wykładu została zaprezentowana specyfika tego kierunku studiów i możliwości specjalizacji, a także kierunki prac badawczych, prowadzonych na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie. Na wykład przybyli głównie kandydaci na studia farmaceutyczne, którzy pytali o program nauczania i możliwości pracy po uzyskaniu dyplomu.

II. Pokazy w laboratoriach

Biochemiczna diagnostyka alkoholowego uszkodzenia wątroby

Mgr Piotr Tomaszewski

Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej

Kierownik: prof. dr hab. Jan Pachecka

Narzędziem najbardziej narażonym na toksyczne działanie napojów alkoholowych jest wątroba, która z natury swej funkcji fizjologicznej przejmuje z krwi większość etanolu, wchłoniętego z jamy ustnej, żołądka, jelit, a także płuc, dokąd jego pary dostają się z wdychanym powietrzem. W komórkach mięsnych wątroby sprawnie zachodzi proces rozkładu etanolu, niestety, niektóre produkty jego metabolizmu, jak np. aldehyd octowy, wykazują znacznie wyższą toksyczność aniżeli sam etanol. Systematyczne obciążenie etanolem prowadzi do zaburzeń w metabolizmie lipidów, których efektem jest stłuszczenie wątroby. Dalsze stałe spożywanie alkoholu powoduje trwałe uszkodzenie części komórek i rozwój ognisk zapalnych. Wtedy mówimy o marskości wątroby.

Współczesna medycyna dysponuje bogatym arsenałem biochemicznych metod diagnostycznych, pozwalających na określenie charakteru zachodzących w wątrobie zmian pato-

logicznych, oszacowanie ich rozległości i zaawansowania, a także na prognozowanie skuteczności wybranej metody leczenia. Tego rodzaju diagnostyka stanowi podstawę skutecznej terapii.

W ramach zajęć warsztatowych, stanowiących laboratoryjne zilustrowanie dyskusji panelowej „Wątroba w kieliszku”, zaprezentowano nowoczesne biochemiczne metody diagnozowania stopnia uszkodzenia komórek wątrobowych, spowodowanego działaniem alkoholu, a także przedstawiono metody oceny rezerw metabolicznych tych komórek. Do diagnozy zastosowano testy enzymatyczne. Część oznaczeń przeprowadzili sami uczestnicy pod kontrolą asystenta. Porównano wyniki uzyskane dla osób zdrowych oraz cierpiących na poalkoholowe stłuszczenie wątroby, toksyczną poalkoholową marskość oraz wieloguzkowe zmiany nowotworowe mięszu. Po pokazie odbyła się dyskusja.

Farmakoterapia chorób nosa

Mgr Sławomir Białek

Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej

Kierownik: prof. dr hab. Jan Pachecka

Dr Anna Galewicz-Zielińska

Katedra i Klinika Otolaryngologii

Kierownik: prof. dr hab. Grzegorz Janczewski

Można śmiało powiedzieć, że nos jest „największym śmietnikiem organizmu”. Bierze się to stąd, że główną jego funkcją jest oczyszczanie wdychanego powietrza, którego, bagatela, przepływa przez ten narząd 10 000 litrów na dobę! W nosie osiadają różnego rodzaju drobiny, jak kurz, pyłki kwiatowe, cząstki związków chemicznych, bakterie i wirusy, a więc pełni on rolę wielofunkcyjnego filtra, chroniącego płuca przed szkodliwym oddziaływaniem czynników zewnętrznych. Ponadto nos jest bardzo czułym indykatorem, sygnalizującym za pomocą kubków węchowych rodzaj i stężenie substancji, znajdujących się w atmosferze. Dodatkowo ogrzewa i nasycza wilgocią wdychane powietrze.

Tak eksponowana rola naraża jednak narząd powonienia na wiele schorzeń, jak katar, zapalenie, owrzodzenia lub odczyny alergiczne. Połączone z nosem zatoki, których rola dotychczas nie została przekonywująco wyjaśniona, ulegają dokuczliwym i przewlekłym zapaleniom. Te zagrożenia powinny powodować naszą szczególną dbałość o ten wysunięty przyczółek organizmu.

W razie dolegliwości trzeba przede wszystkim odpowiednio diagnozować kanały nosowe i zatoki. Najlepiej do takich badań nadaje się endoskop, czyli giętki przewód grubości sznurka, który wprowadza się do nosa lub dalej, nawet bezpośrednio do zatok. Celem tych zabiegów jest wziernikowanie nosa z zastosowaniem zminiaturyzowanego układu optycznego zespolonego ze światłowodem, dzięki któremu możliwe jest bezpośrednie oświetlenie i oglądanie powiększonego obrazu badanych struktur.

Po postawieniu diagnozy można zacząć terapię, podając specyfiki spośród siedmiu grup farmakologicznych: leki wpływające na autonomiczny układ nerwowy, leki hamujące reakcję alergiczną i zapalną, leki blokujące receptory histaminowe, chemioterapeutyki podawane ogólnie i miejscowo, leki mukolityczne, immunostymulujące lub przeciwbólowe.

Tematem pokazów było badanie kanałów nosowych przy użyciu nowoczesnego endoskopu, uzupełnione stosownym komentarzem. Następnie odbyła się dyskusja.

Hodowla tkanek roślin leczniczych in vitro

Prof. dr hab. Mirosława Furmanowa, dr Hanna Olędzka, mgr Wojciech Szypuła

Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej

Kierownik: dr hab. Olga Olszowska

Naturalnym środowiskiem bytowania roślin, z którym stykamy się najczęściej, jest gleba. Obecnie istnieje jeszcze inna możliwość hodowli roślin – w warunkach sterylnych, przy zastosowaniu pożywki agarowej zamiast ziemi. W takim przypadku mówimy o hodowli *in vitro*, czyli w szkle. Metoda ta jest m. in. stosowana do szybkiego klonalnego mnożenia roślin, tj. otrzymywania wielu okazów potomnych z tkanki jednej rośliny. Istnieje także możliwość osobnego hodowania wyodrębnionych organów i tkanek roślinnych, np. samych korzeni, zarodków lub komórek. Ponadto, zamiast roślin lub ich organów można również hodować nie-

zróżnicowaną tkankę, nazywaną *kalusem*, lub prowadzić hodowlę komórek w zawiesinie w tzw. bioreaktorach. W tkankach wyhodowanych *in vitro* występują na ogół takie same związki biologicznie czynne, jak w roślinie macierzystej, co umożliwia otrzymanie ich z pominięciem hodowli całej rośliny. Najlepsze wyniki uzyskuje się z kultury zawiesinowej w bioreaktorach, w których parametry wzrostu są kontrolowane i rejestrowane na monitorze.

Według jednej z najnowszych metod, związki lecznicze otrzymuje się z korzeni transgenicznych, tzn. mających wprowadzony obcy gen. Do modyfikacji genotypu używa

się bakterii o nazwie *Agrobacterium rhizogenes*. Organizmy modyfikowane genetycznie (GMO) otrzymywane są obecnie z bakterii, grzybów, roślin i zwierząt. Dostarczają one m.in. wielu produktów żywnościowych, obecnych na naszym rynku. Zasady postępowania regulowane są odpowiednimi przepisami, według których na opakowaniu powinna być informacja, że artykuł pochodzi z roślin zmienionych genetycznie.

Hodowla tkankowa roślin *in vitro* pozwala także otrzymywać rośliny haploidalne (z pojedynczym zespołem chromosomów), a także dokonywać fuzji protoplastów (nieobłonionych komórek) dwóch gatunków, nie dających mieszańców w stanie naturalnym. Tkanki można również zamrażać i przechowywać w temperaturze ciekłego azotu (-196°), a po powolnym rozmrożeniu kontynuować hodowlę. Można również otoczkować tkanki merystematyczne i przechowywać w stanie niezmienionym w niskiej temperaturze dodatniej.

Obecnie przedmiotem prac Katedry są różne gatunki cisa i

inne rośliny nie rosnące masowo w Polsce. Cis zawiera ok. 350 związków chemicznych, z których wiele jest trujących, natomiast jeden, zwany *paklitakselem*, wykazuje właściwości przeciwnowotworowe. Związek ten powstaje również w hodowli *in vitro*. Jego obecność stwierdziliśmy także w korzeniach transformowanych. Ponadto badanych jest kilkanaście gatunków roślin leczniczych nie występujących w Polsce.

Biotechnologia jest przedmiotem zajęć dydaktycznych i badań naukowych dwóch Katedr Wydziału Farmaceutycznego – Katedry i Zakładu Biologii i Botaniki Farmaceutycznej, która zajmuje się biotechnologią roślinną, oraz Katedry Technologii Środków Leczniczych, który zajmuje się biotechnologią mikroorganizmów. Oba wymienione działy biotechnologii, mające coraz większe znaczenie praktyczne, czekają na badaczy.

W trakcie pokazu zostały zademonstrowane hodowle tkankowe w bioreaktorach oraz hodowle roślin transgenicznnych. Nie zabrakło również czasu na dyskusję o uzyskiwaniu związków biologicznie czynnych z roślin.

Substancje lecznicze z grzybów hodowlanych

Dr Olgierd Lubiński

Katedra i Zakład Technologii Środków Leczniczych

Kierownik: prof. dr hab. Bożenna Gutkowska

Człowiek od dawna wykorzystywał substancje aktywne biologicznie, zawarte w grzybach, np. przykładano na rany chleb zagnieciony z pajęczyną, zawierający *Penicillium notatum*, hubę i sporysz stosowano do hamowania krwawień, a grzyby halucynogenne używano w obrzędach magicznych. Źródła pisane o stosowaniu grzybów pochodzą z ok. 2000 roku przed Chrystusem, a w Europie leczenie grzybami jako pierwszy opisał Hipokrates.

Ostatnio zyskuje na znaczeniu hodowla grzybów w bioreaktorach. Takie postępowanie celowe jest ze względu na postępujące zanieczyszczenie środowiska, np. podwyższony poziom pierwiastków radioaktywnych, jak cez i stront, a także zakwaszenie gleby i obniżenie poziomu wód gruntowych, co jest przyczyną coraz rzadszego występowania grzybów w naszych lasach. Grzyby hoduje się w postaci biomasy – jest to tzw. produkcja głębinowa, do której wytypowano azjatyckie gatunki grzybów ze względu na ich właściwości lecznicze, a z gatunków europejskich wybrano smardza. Uzyskany produkt może mieć nawet korzystniejsze właściwości niż grzyby rosnące w lasach ze względu na dobór optymalnych warunków hodowli. W wyniku odpowiedniego wzbogacania pożywki można wpływać na końcowy skład grzybnii, np. doświadczalnie dobrane

pożywki stanowią bogatsze źródło węgla, azotu i mikroelementów niż ściółka leśna, a wytworzona biomasa zawiera więcej białek, aminokwasów, lipidów, nienasyconych kwasów tłuszczowych i witamin niż produkt naturalny. Występują w niej także pomocne w trawieniu enzymy oraz chityna, która wiąże nadmiar cholesterolu i wpływa korzystnie na przemianę materii. Tego rodzaju wzbogacona biomasa może być stosowana np. do wytwarzania suplementów leczniczo-odżywczych.

W naszym Zakładzie udało się uzyskać optymalne zawartości organicznie związanych, a więc łatwo przyswajalnych biopierwiastków, np. żelaza, manganu, cynku, kobaltu i seleniu. W azjatyckich gatunkach grzybów występują substancje o działaniu cytostatycznym, które identyfikujemy i oznaczamy ilościowo. Szczególnie interesujące jest występowanie fitohormonów, które mogą być z powodzeniem stosowane w terapii człowieka, nie powodując znanych skutków ubocznych, typowych dla hormonów zwierzęcych.

W trakcie pokazu zostały zademonstrowane fermentory z hodowlą grzybów, a także urządzenia do wirowania, suszenia i analizowania biomasy. Odbyła się prelekcja wprowadzająca i dyskusja.

Przygotowanie tabletek i kremu z witaminami

Dr Barbara Chałasińska, mgr Anna Żebrowska-Szulc

Zakład Farmacji Stosowanej

Kierownik: prof. dr hab. Edmund Sieradzki

Tabletki paracetamolu

Tabletki zostały wprowadzone do lecznictwa w XIX wieku i obecnie są najczęściej stosowaną dozowaną postacią leku. Wyróżniamy tabletki doustne, do połykania, musujące i do sporządzania roztworów oraz tabletki do jam ciała. Otrzymuje się je przez sprasowanie jednej lub kilku substancji leczniczych z substancjami pomocniczymi, odpowiednio dobranymi do cech fizykochemicznych substancji czynnej. Substancje lecznicze w zależności od właściwości i technologii sporządzania tabletek mogą być uwalniane w różnych odcinkach przewodu pokarmowego.

W pierwszym etapie zajęć uczestnicy sporządzili granulaty złożony z substancji czynnej i substancji pomocniczych. Substancją czynną był paracetamol, związek o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym, szeroko stosowany w różnych postaciach leku, zwłaszcza u osób uczulonych na pochodne kwasu salicylowego (np. na polopiryne). W kolejnym etapie wysuszony granulaty został zmieszany ze środkami poślizgowymi, a następnie wykonano tabletki z

zastosowaniem tabletkarki uderzeniowej Korsch. Tabletki standardowo poddano badaniom: wytrzymałości mechanicznej (pomiar twardości i ścieralności), czasu rozpadu oraz pomiarom średniego ciężaru. Badania te są niezbędne dla oceny jakości tej postaci leku.

Krem kosmetyczny

Działanie kremów kosmetycznych, przeznaczonych do pielęgnacji skóry, polega na jej natłuszczeniu, nawadnianiu i odżywianiu, a rezultacie na uelastycznieniu i wygładzeniu. Wartość odżywczą kremów podnosi dodatek substancji biologicznie czynnych: witamin, aminokwasów, hormonów, enzymów, kompleksów białkowych oraz wyciągów roślinnych.

Podstawowymi składnikami kremów są: podłoża, emulgatory, środki konserwujące i substancje zapachowe oraz woda. Krem witaminowy, który otrzymano w trakcie pokazu, działa odżywczo, odmładzająco, zapobiega podrażnieniom skóry i łagodzi stany zapalne.

Ocena toksyczności środowiska przy użyciu organizmów wodnych

Dr Grzegorz Nałęcz-Jawecki

Zakład Badania Środowiska

Kierownik: prof. dr hab. Józef Sawicki

Bioindykacja jest metodą wykorzystującą jako wskaźnik organizm żywy, którego reakcja jest podstawą oceny stopnia toksyczności badanego środowiska. Organizmy testowe, zwane bioindykatorami, powinny być szczególnie wrażliwe na związki chemiczne szkodliwe dla środowiska i dla człowieka, a w celu poprawienia tych właściwości są one często modyfikowane genetycznie. Badanie przy ich zastosowaniu stanowi rodzaj alarmu, ostrzegającego przed przypadkowym bądź umyślnym skażeniem, i pozwala na ocenę całkowitej toksyczności próbki. Bioindykację można więc traktować jako wstęp do analizy chemicznej, która z reguły pozwala na wykrycie obecności tylko tych związków, których się spodziewamy.

Można wyróżnić dwa podstawowe rodzaje metod bioindykacyjnych. Pierwszy, tzw. środowiskowy, ma na celu ocenę stanu środowiska przyrodniczego oraz wpływu substancji

chemicznych, zwłaszcza pestycydów, detergentów oraz metali ciężkich, na różne organizmy żywe, drugi dotyczy głównie człowieka. Bioindykatory, specjalnie wyselekcjonowane pod kątem szczególnie wysokiej wrażliwości, wprowadzone zostały w wielu krajach do rutynowych badań wód i służą do zabezpieczenia ujęć wody pitnej przed przypadkowym bądź umyślnym zanieczyszczeniem. Jeden z takich systemów, wykorzystujący dafnie, zabezpieczał ujęcia wody pitnej w czasie olimpiady w Salt Lake City.

W biotestach, służących do badania toksyczności wody lub ścieków, stosuje się bioindykatory zwierzęce, roślinne i bakteryjne. Poniżej przedstawiamy charakterystykę pięciu testów, zaprezentowanych w trakcie pokazów w naszym laboratorium.

Test przy użyciu *Selenastrum capricornutum*. W teście wykorzystywany jest jednokomórkowy glon, należący do

gromady zielenic, rozpowszechniony w wodach słodkich. Do hodowli glonów wprowadza się badane próbki wód powierzchniowych, a następnie prowadzi się spektrofotometryczne pomiary absorbancji w zakresie widzialnym. Toksyczne oddziaływanie badanej próbki powoduje zahamowanie przyrostu glonów, co można ilościowo mierzyć w odniesieniu do próbki kontrolnej. Przeciwny efekt testowy, czyli nadmierny wzrost glonów, jest także niekorzystny, bo może świadczyć o obecności substancji biogennej, jak nawozy czy fosforany ze środków piorących. Metodyka oparta jest na normie ISO 8692:1989.

Test przy użyciu Daphna magna. Rozwielitka jest skorupiakiem żyjącym w wodach słodkich. Stanowi dobry bioindykator z uwagi na łatwość hodowli oraz dużą wrażliwość na obecność wielu substancji toksycznych, w szczególności insektycydów, na które reaguje już w stężeniach 0,0001 mg/l. Efektem testowym jest unieruchomienie organizmu. Dafnie są często wykorzystywane w układach przepływowych w stacjach zabezpieczających ujęcia wody pitnej. Metodyka została oparta na normie ISO 6341:1996.

Test przy użyciu Artemia salina. Artemia, inaczej solowiec, jest skorupiakiem żyjącym w wodach słonych. Charakteryzuje się mniejszą wrażliwością niż dafnia, lecz jego niewątpliwą zaletą jest możliwość uzyskiwania młodych or-

ganizmów z jaj przetrwalnych. Aby uzyskać wylęg Artemii, należy dzień przed wykonaniem testu umieścić jaja w specjalnej pożywce. Dzięki temu nie jest konieczne prowadzenie kosztownej, ciągłej hodowli bioindykatorów.

Test Spirotox. Organizmem testowym jest pierwotniak z grupy orzęsków – *Spirostomum ambiguum*, występujący w małych, czystych stawach. Orzęski umieszczane są w badanej próbce w płaskich naczyniach i obserwowane pod niewielkim powiększeniem (8 x). Po wpływie toksykantów komórki organizmów ulegają rozpuczeniu, tzw. lizie. Bioindykator jest szczególnie wrażliwy na metale ciężkie, fungicydy (środki grzybobójcze) i detergenty. Z uwagi na niewielkie rozmiary organizmów, reakcja przebiega szybko – oznaczenie trwa kilkanaście do kilkudziesięciu minut.

Test Microtox. Test polega na pomiarze naturalnej luminescencji (świecenia) bakterii *Vibrio fischeri*, które są zawieszone w badanej próbce. Toksyczne związki chemiczne hamują aktywność enzymów bakteryjnych, co manifestuje się obniżeniem intensywności świecenia. Jest to najszybszy test bioindykacyjny – wyniki uzyskujemy już po 5 minutach. Jego wadą jest konieczność zastosowania kosztownej aparatury, tzw. luminometru. Metodyka oparta jest na normie ISO 11348:1998.

Nowe substancje przeciw bakteriom i grzybom

Dr Bohdan J. Starościak, dr Agnieszka Laudy, mgr Izabella Maciąg

Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej

Kierownik: dr Bohdan. J. Starościak

Obecnie stosuje się wiele związków, działających hamująco lub zabójczo na chorobotwórcze bakterie i grzyby. Szerokie rozpowszechnienie antybiotyków i innych substancji przeciwdrobnoustrojowych, zarówno leków, jak i środków dezynfekcyjnych oraz konserwujących, powoduje, że te organizmy szybko zwiększają swoją oporność, np. powstały szczepy gronkowca złocistego, odporne na wszystkie znane antybiotyki. Wynika stąd konieczność ciągłego modyfikowania znanych substancji przeciwbakteryjnych oraz poszukiwania nowych. Problemy związane z tym zagadnieniem były tematem wprowadzającej prelekcji.

Następnie w trakcie pokazu zostały zademonstrowane metody badań mikrobiologicznych, stosowane do:

- oznaczania wrażliwości lub oporności bakterii i grzybów na środki przeciwdrobnoustrojowe;
- wykrywania i identyfikowania sposobów obrony drobnoustrojów;
- poszukiwań nowych substancji, naturalnych i syntetycznych, działających przeciwdrobnoustrojowo;
- oznaczania aktywności znanych i nowych substancji.

Ponadto przedstawione zostały metody genetyki molekularnej, pozwalające na wykrywanie genów oporności na antybiotyki oraz na modyfikowanie drobnoustrojów w taki sposób, aby uzyskać lepsze szczepy produkujące antybiotyki. Na koniec spotkania odbyła się dyskusja.

GRANTY KOMITETU BADAŃ NAUKOWYCH

„Poziom metaloproteinaz w surowicy krwi i ślinie pacjentów z zapaleniem przyzębia”

Lek. stom. Małgorzata Nędzi-Góra

Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS AM w Warszawie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Renata Górka

Metaloproteinazy macierzy (MMPs– Matrix metalloproteinases) to enzymy proteolityczne uważane obecnie za głównych sprawców degradacji białek macierzy zewnątrzkomórkowej tkanki łącznej. Za niszczenie kolagenu w tkankach przyzębia w przebiegu przewlekłego zapalenia przyzębia odpowiedzialne są przede wszystkim MMP-9 i MMP-8. Głównym źródłem MMP-9 (tzw. kolagenazy ślinowej) są leukocyty o jądrach wielokształtnych (komórki PMN) obecne we krwi obwodowej oraz w środowisku jamy ustnej, gdzie dostają się przez kieszonkę dziąsłową. Stężenie metaloproteinaz w tkankach przyzębia lub płynach ustrojowych może świadczyć o aktywności procesu zapalnego, ryzyku wystąpienia choroby, a także może służyć do monitorowania leczenia choroby przyzębia.

Celem pracy była ocena poziomu MMP-9 w ślinie i surowicy krwi obwodowej pacjentów z chorobą przyzębia w zależności od stanu klinicznego pacjenta poprzez porównanie stężeń MMP-9 w ślinie osób z chorobą przyzębia i w grupie kontrolnej;

analizę korelacji pomiędzy poziomem MMP-9 w ślinie i surowicy krwi osób chorych oraz poprzez analizę korelacji pomiędzy poziomem MMP-9 w ślinie oraz surowicy krwi osób chorych, a wybranymi parametrami klinicznymi stanu przyzębia.

Grupę badaną stanowiło 22 pacjentów, u których rozpoznano przewlekłe zapalenie przyzębia. Osoby te w wywiadzie nie zgłaszały współistniejących chorób ogólnych oraz nie przyjmowały żadnych leków. Dodatkowo wyodrębniono grupę kontrolną składającą się z 10 osób ze zdrowym przyzęciem.

U wszystkich pacjentów wykonano badania kliniczne stanu przyzębia za pomocą pakietu diagnostycznego Florida

Probe oraz standardowej sondy periodontologicznej WHO. Badanie to obejmowało pomiary głębokości kieszonek i stopnia utraty przyczepu łącznotkankowego (w mm) oraz obliczenie procentowych wskaźników płytki i krwawienia.

Od wszystkich osób z grupy badanej oraz kontrolnej pobrano próbki stymulowanej śliny mieszanej, a od pacjentów z zapaleniem przyzębia krew obwodową. Stężenie MMP-9 w ślinie oraz w surowicy krwi oznaczono metodą immunoenzymatyczną typu ELISA przy użyciu testów firmy R&D.

Badania wykazały znamienne wyższe stężenie MMP-9 w ślinie pacjentów z chorobą przyzębia w porównaniu do osób z grupy kontrolnej ($p < 0,05$). Wykazano również dodatnią korelację pomiędzy największą głębokością kieszonki i największą utratą przyczepu łącznotkankowego, a stężeniem MMP-9 w ślinie. Nie stwierdzono natomiast znamiennej korelacji pomiędzy stężeniem MMP-9 w ślinie i surowicy krwi, a wskaźnikami płytki i krwawienia. Nie wykazano również korelacji pomiędzy stężeniem MMP-9 w ślinie i surowicy krwi obwodowej osób chorych.

Z powyższych badań wynika, że w przebiegu zapalenia przyzębia dochodzi do podwyższenia stężenia MMP-9 w ślinie. Stężenie to jest skorelowane z wybranymi wskaźnikami klinicznymi stanu przyzębia (maksymalna utrata przyczepu łącznotkankowego i maksymalna głębokość kieszonki). W celu stwierdzenia czy stężenie metaloproteinazy w ślinie jest skorelowane z jej stężeniem we krwi obwodowej należy powiększyć grupę badaną.

Powyższe badania miały charakter badań wstępnych i są kontynuowane i rozszerzane w ramach pracy doktorskiej lek. stom. Małgorzaty Nędzi-Góry.

□

„Biologiczne i przeciwwirusowe oddziaływanie pochodnych naturalnych seskwiterpenów”

Mgr Ewa Krawczyk

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Kierownik Katedry: prof. dr hab. Mirosław Łuczak

W latach 80 – 90 zeszłego stulecia, w dobie szerzącego się AIDS oraz poważnych zakażeń wirusowych u pacjentów po transplantacjach, palącym problemem stało się poszukiwanie nowych leków przeciwwirusowych. Zainteresowanie wzbudziły nie tylko badania mające na celu otrzymanie skuteczniejszych pochodnych już stosowanych terapeutów, ale także poszukiwanie naturalnie występujących związków. Takimi związkami, znajduwanymi głównie u roślin nagozłazkowych i grzybów, są seskwiterpeny. Wykazano, że niektóre z nich mają wyraźną aktywność przeciwwirusową, a także, że ich pochodne mają niejednokrotnie silniejsze działanie. Ponadto, seskwiterpeny wykazują różnorodną aktywność biologiczną (działanie przeciwzapalne, cytotoksyczność i in.).

Z drugiej strony, od lat znany jest fakt silnych właściwości biologicznych taksolu. Taksol, początkowo uzyskiwany naturalnie z cisa *Taxus brevifolia*, a obecnie częściowo na drodze syntezy chemicznej, wykazuje działanie przeciwproliferacyjne, dezorganizując aparat mitotyczny komórki i indukuje proces apoptozy. Właściwości taksolu są wykorzystywane w medycynie, jest to uznany (zarejestrowany także w Polsce) lek przeciwnowotworowy, stosowany głównie w terapii nowotworów sutka. Ponadto, pochodne taksolu (m.in. docetaksel) również wykazują działanie przeciwnowotworowe. Są to jednak leki toksyczne dla komórek. Prawdopodobnym wydaje się, że połączenie ich cząsteczki z cząstecz-

ką seskwiterpenu może w znaczny sposób zmniejszyć poziom toksyczności.

Celem naukowym projektu jest stwierdzenie biologicznych i przeciwwirusowych oddziaływań nowych grup związków chemicznych: wielocząsteczkowych pochodnych seskwiterpenów uzyskiwanych z rosnących w Polsce grzybów z rodzaju *Lactarius* połączonych na drodze syntezy chemicznej z cząsteczką taksolu bądź jego pochodnych. Syntezy związków dokonano w Instytucie Chemii Organicznej PAN w Warszawie w zespole kierowanym przez prof. dr hab. Włodzimierza Daniewskiego. Otrzymane w ten sposób związki chemiczne są unikalne w skali światowej, nigdzie dotychczas nie opracowane, a ich właściwości biologiczne nie były dotąd nigdzie badane.

Ocena aktywności przeciwwirusowej będzie dokonana *in vitro*, na różnych liniach komórkowych i w stosunku do różnych wirusów (DNA i RNA).

Celem pracy będzie także ocena wpływu badanych związków na komórkę i jej struktury (błony komórkowe, jądro komórkowe) oraz na jej funkcjonowanie (żywołność komórek, podziały komórkowe). Ponadto planuje się zbadać wpływ testowanych związków na wybrane parametry układu immunologicznego w różnych układach doświadczalnych.

Metodyka obejmie m. in. badania i procedury wirusologiczne, cytologiczne, histologiczne, a także immunologiczne.

„Wykładniki metabolizmu kośćca u chorych na szpiczaka mnogiego”

Lek. Grzegorz Charliński

Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Szpiczak mnogi (SzM) należy do grupy tzw. dyskrazji plazmatyczno-komórkowych, chorób immunoproliferacyjnych cechujących się klonalną proliferacją komórek plazmatycznych lub limfocytów B produkujących nieprawidłowe immunoglobuliny najczęściej klasy IgG lub IgA. SzM stanowi ok. 2,5% wszystkich nowotworów i ok. 10% nowotworów układu krwiotwórczego. W odróżnieniu od innych chorób hematologicznych SzM wywiera niekorzystny wpływ na układ kostny. Patologiczne złamania w następstwie osteoporozy i/lub osteolizy są objawami charakterystycznymi dla szpiczaka mnogiego i są obserwowane u ok. 75% chorych. Destrukcja kostna w szpiczaku jest wynikiem interakcji między szpiczakowymi komórkami plazmatycznymi, komórkami zrębu szpiku, zewnątrzkomórkową macierzą i resorbującymi kość osteoklastami. Komórkami efektorowymi w destrukcji kostnej są prawidłowe osteoklasty pobudzone przez komórki nowotworowe szpiczaka. Komórki szpiczakowe mogą stymulować rekrutowanie, różnicowanie i aktywność resorpcyjną osteoklastów. Zidentyfikowano liczne cytokiny odgrywające ważną rolę w rekrutacji i aktywności osteoklastów. Do cytokin aktywujących osteoklasty należą: IL-1 beta, TNF, M-CSF, IL-11, IL-13, IL-6. Obecnie stosowane leki w terapii SzM zmieniające dynamikę metabolizmu kości mogą wpływać na czas przeżycia chorych. Do leków tych należą bifosfoniany. Są to syntetyczne analogi endogenego pirofosforanu. Wiążą się one z hydroksyapatytem w kości. Wszystkie bifosfoniany mają zdolność wiązania się z uwapnioną macierzą kostną dzięki wiązaniu P-C-P. Wiązanie to jest charakterystyczne dla wszystkich bifosfonianów. Mechanizm działania bifosfonianów polega na hamowaniu resorpcji kości poprzez hamowanie aktywności osteoklastów, ale też poprzez bezpośredni wpływ na rozpuszczanie fosforanu wapnia. Ścisłe wiązanie się bifosfonianu do powierzchni kości powoduje, że kość jest mniej dostępna dla osteoklastycznej resorpcji. Niektóre badania sugerują, że osteoklasty ulegają uszkodzeniu w wyniku zresorbowania kości zawierającej bifosfonian. W chwili obecnej brak jednoznacznych danych, że stosowanie leczenia wspomagającego bifosfonianami hamuje rozwój szpiczaka. W badaniach Lahtinena (38) po 12 miesiącach leczenia nie zauważono różnic we wskaźnikach metabolizmu wapniowego i progresji osteolizy

w porównywanych grupach (1 grupa leczona melfalan + prednisone + klodronian; 2 grupa melfalan + prednisone + placebo). Po 24 miesiącach leczenia liczba chorych z progresją osteolizy była mniejsza w grupie leczonej klodronianem. W badaniu Mc Closkeya (42) istniały dwie grupy chorych: 1 grupa leczona polichemioterapią + klodronian; 2 grupa leczona polichemioterapią. Leczenie klodronianem zapobiegało występowaniu hiperkalcemii i powodowało zmniejszenie częstotliwości występowania złamań kręgow i innych kości. W badaniu Kraj stwierdzono, że długotrwałe stosowanie klodronianu wspomagającego chemioterapię u chorych na szpiczaka mnogiego z zaawansowanymi zmianami kostnymi zmniejsza niebezpieczeństwo hiperkalcemii i łagodzi chorobę kości, ale nie przedłuża życia chorych.

Odzwierciedleniem równowagi pomiędzy aktywnością osteoblastyczną i osteoklastyczną mogą być markery oznaczane w surowicy krwi. Do wykładników aktywności osteoblastów mogąymi służyć również za czynniki prognostyczne są frakcja kostna fosfatazy alkalicznej (BAP) i C-końcowy propeptyd kolagenu typu I (PICP). Markerami destrukcji kości charakterystycznymi dla osteoklastów jest C-końcowy telopeptyd kolagenu I (ICTP). Kolagen typu I stanowi ok. 90% organicznej części tkanki kostnej; tak więc stężenia związków uwalnianych podczas jego syntezy i degradacji są wypadkową aktywności wszystkich procesów przebudowy w obrębie całego szkieletu. Oznaczanie tych parametrów pozwala na szybką ocenę tempa procesów kościotworzenia i resorpcji.

Celem pracy badawczej jest ocena wpływu bifosfonianów (klodronian) jako leczenia wspomagającego na zmniejszenie destrukcji układu kostnego, a przez to na zahamowanie rozwoju szpiczaka mnogiego. Dotychczas brak jednoznacznych danych na wydłużenie życia przy zastosowaniu bifosfonianów jako leczenia wspomagającego chemioterapię. Badaniu zostaną poddane markery aktywności osteoblastów, tj.: frakcja kostna fosfatazy alkalicznej (BAP) i C-końcowy propeptyd kolagenu typu I (PICP) oraz markery aktywności osteoklastów, tj. C-końcowy telopeptyd kolagenu typu I (ICTP). Powyższe wyniki wartości markerów zostaną zestawione z innymi danymi (wynikami badań rutynowo wykonywanymi w celu rozpoznania i monitorowania

leczenia szpiczaka mnogiego). Badanie markerów aktywności osteoklastów i osteoblastów będzie przeprowadzone po ustaleniu rozpoznania, a przed rozpoczęciem leczenia chemioterapetycznego wspomaganego leczeniem bifosfonianami i w 6 miesiącu leczenia, czyli po zakończeniu standardowego leczenia (6 kursów chemioterapii i bifosfoniany) lub po leczeniu (3 kursy chemioterapii i bifosfoniany) wspomaganym przeszczepieniem szpiku kostnego. Jak dotychczas nie udowodniono jednoznacznie, czy stosowanie bifosfonianów powoduje regresję szpiczaka mnogiego i czy wpływa na zahamowanie destrukcji kości.

W chwili obecnej badaną grupę stanowi 29 chorych na szpiczaka mnogiego bez niewydolności nerek (kreatynina < 1.5 mg%). U ośmiu chorych zastosowano leczenie chemioterapeutyczne z następczym autoprzeszczepieniem komórek macierzystych uzyskanych z krwi obwodowej. Pozostałych chorych dotychczas leczono chemioterapeutycznie. U wszystkich chorych dodatkowo stosowano leczenie wspomagające kłodronianem w dawce 900 mg *i.v.* powtarzanym co 28 dni.

U 14 chorych dwukrotnie, tj. przed rozpoczęciem i po zakończeniu leczenia pobrano surowice w celu oznaczenia wartości PICP, ICTP i BAP. U pozostałych chorych wykonano jedno pobranie surowicy w celu oznaczenia PICP, ICTP i BAP. Badania PICP i ICTP zostaną wykonane metodą radioimmunoenzymatyczną. U wszystkich chorych wy-

konano rutynowe badania w celu rozpoznania i oceniające leczenie SzM: badanie cytologiczne i histopatologiczne szpiku kostnego, immunoelektroforeza białek krwi, fenotyp nowotworowych plazmacytów, B2-mikroglobulina, stężenie wapnia i fosforanów w surowicy krwi oraz ich wydalania w dobowej zbiórce moczu, rtg kości.

Grupę badawczą ma stanowić 30 chorych. Zebranie pełnej grupy badawczej jest utrudnione z tego powodu, że znaczna część chorych hospitalizowanych z powodu SzM ma niewydolność nerek w przebiegu choroby podstawowej, a także są w III (najbardziej zaawansowanym) stadium zaawansowania klinicznego, co w zdecydowany sposób wpływa na czas przeżycia chorych. Z tych powodów przedłużono czas trwania projektu o 6 miesięcy (akceptacja KBN).

Obecnie są gromadzone i zamrażane próbki surowicy. Zaplanowane badania PICP, ICTP i BAP zostaną wykonane w tym samym czasie. Związane jest to z tym, że odczynniki, które zostaną wykorzystane do oznaczeń izotopowych PICP i ICTP są bardzo drogie (finansowanie projektu przez KBN pozwala jedynie na zakup 1 zestawu do badania PICP i ICTP) i czas ich ważności wynosi ok.3 tygodnie (krótki czas półtrwania izotopu). Jedno opakowanie odczynnika służy do wykonania badania u 30 chorych (dwukrotne oznaczenia) i u 20 osób zdrowych stanowiących grupę kontrolną (łącznie 80 oznaczeń).

„Badania porównawcze materiałów ceramicznych stosowanych do wykonywania stałych uzupełnień protetycznych bez podbudowy metalowej w ocenie klinicznej i laboratoryjnej”

Lek. stom. Przemysław Szczyrek

Katedra Protetyki Stomatologicznej IS AM w Warszawie

Kierownik Katedry: prof. dr hab. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska

W latach osiemdziesiątych wzrosło zainteresowanie systemami uzupełnień ceramicznych bez podbudowy metalowej. Dużą odpornością mechaniczną odznaczają się uzupełnienia metalowo-ceramiczne, w których część metalowa decyduje o trwałości, a napalana porcelana zapewnia estetykę. Problemy związane z konwencjonalnymi uzupełnieniami protetycznymi o podbudowie metalowej są związane z względami estetycznymi i zastrzeżeniami odnośnie biokompatybilności. Niedoskonałości estetyczne związane są z niekorzystną transparencją uzupełnień spowodowaną obecnością podbudowy metalowej. Drugim obecnie często poruszonym w piśmiennictwie problemem jest biokompatybilność uzupełnień protetycznych. Różnorodność, niewłaściwy wybór lub jakość stopów, defekty w technologii wykonywania uzupełnień mogą być przyczyną wystąpienia korozji, alergii i reakcji elektrochemicznych typu galwanicznego. Materiały ceramiczne w przeciwieństwie do konstrukcji metalowych charakteryzują się inną strukturą i właściwościami mechanicznymi. Tworzywa ceramiczne są twardymi, ale kruchymi materiałami. Podczas projektowania konstrukcji na podbudowie metalowej największą ich wadą jest zniszczenie w wyniku odkształceń plastycznych lub zmęczenia materiału. Przy projektowaniu konstrukcji ceramicznych największym problemem jest natomiast pękanie, spowodowane obciążeniami mechanicznymi lub naprężeniami cieplnymi. Materiały ceramiczne nie są tak odporne na obciążenia dynamiczne jak metale, ale ich odporność na korozję, zużycie ściernie, rozpad i rozkład są cechami stanowiącymi o ich zaletach.

Celem pracy jest określenie stopnia akumulacji płytki nazębnej na powierzchni uzupełnień stałych całkowicie ceramicznych w porównaniu z uzupełnieniami na podbudowie metalowej w badaniach klinicznych oraz analiza porównawcza właściwości fizyko-chemicznych i parametrów wytrzymałościowych 3 różnych materiałów ceramicznych.

Materiał w badaniach klinicznych będzie stanowić grupę pacjentów użytkujących uzupełnienia stałe ceramiczne (Empress, In-Ceram, Procera) oraz uzupełnienia metalowo-ceramiczne na jednoimiennych zębach tego samego łuku zębowego.

Materiał w badaniach laboratoryjnych będą stanowić krążki i belki materiałów ceramicznych (Empress, In-Ceram, Procera).

W metodyce badań klinicznych zastosuję badanie stopnia akumulacji płytki nazębnej metodą wybarwienia preparatem fuksyny i metodą fluorescencji.

W metodyce badań laboratoryjnych zastosuję następujące badania:

- badanie składu fazowego metodą X-ray,
- badanie mikrostruktury SEM – stereologia,
- badanie właściwości mechanicznych – wytrzymałość na zginanie, gęstość, porowatość, nasiąkliwość.

W wynikach badań zamierzam porównać stopień akumulacji płytki nazębnej na uzupełnieniach ceramicznych i metalowo-ceramicznych oraz porównać właściwości mechaniczne badanych materiałów ceramicznych.

□

„Badania angiogenezy w zespołach mielodysplastycznych”

Lek. Krzysztof Mądry

Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych AM w Warszawie

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Zespoły mielodysplastyczne są heterogenną grupą klonalnych chorób układu krwiotwórczego przebiegającą z nieefektywną hematopoezą oraz cytopeniami (mono, bi lub pancytopenia) we krwi obwodowej. Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących angiogenezy w zespołach mielodysplastycznych. Z badań nad angiogenezą w guzach litych wynika, że nowo tworzenie naczyń jest niezbędne do progresji guza, jego wzrostu, inwazji i powstawania przerzutów. W nowotworach układu krwiotwórczego angiogeneza, według nielicznych jeszcze danych, ma być skorelowana ze wzrostem nowotworu. Proces angiogenezy w nowotworach (w tym w mikrokrążeniu tkanki szpikowej) ma różnorokie uwarunkowania. Za najważniejsze uważa się czynniki stymulujące proliferację komórek śródbłonna, do których należą: bFGF, TGF alfa i beta, PDGF, VEGF i angiogenina. Drugą grupę stanowią czynniki produkowane przez komórki stanu zapalnego gromadzące się w wyniku stymulacji przez komórki nowotworowe: TNF alfa, IL1, IL6, IL8, G-CSF, GM-SCF. Pojawiły się doniesienia z których wynika, że VEGF mógłby być niezależnym czynnikiem prognostycznym w ostrej białaczce szpikowej. Celem naukowym projektu będzie ocena stopnia nasilenia angiogenezy w poszczególnych podtypach MDS i porównanie podtypów uważa-

nych za wczesne (RA,RARS, zespół 5q-,RCMD,RAEB z liczbą blastów <10%) z tzw. zespołami późnymi (RAEB z liczbą blastów >10% oraz RAEB t).W dalszej perspektywie intencją autora jest sprawdzenie, czy stopień nasilenia angiogenezy koreluje z rokowaniem i progresją choroby. Praktycznym celem projektu jest zbadanie, czy istnieją teoretyczne podstawy do stosowania nowych leków działających poprzez hamowanie angiogenezy: thalidomide,Su 5416 oraz przeciwciała monoklonalne anty VEGF.

Materiały i metody: grupę badaną będzie stanowić 30 chorych leczonych na zespoły mielodysplastyczne w Klinice Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych SP CSK przy ul. Banacha 1a w Warszawie. U wszystkich chorych zostaną wykonane następujące badania: badanie szpiku – cytologiczne, histologiczne i cytogenetyczne, ocena ekspresji antygenów CD31 i CD34 przy użyciu odpowiednich przeciwciał monoklonalnych w badaniu immunohistochemicznym trepanobioptatów oraz ocena ekspresji VEGF w surowicy pacjentów w chwili rozpoznania oraz 3 miesiące później metodą immunoenzymatyczną. Grupę kontrolną stanowić będzie 10 osób, chorych na chłoniaki ziarnicze lub nieziarnicze bez zajęcia szpiku kostnego. □

„Ocena gojenia złamań trzonów kości piszczelowej leczonych stabilizatorem węglowym”

Lek. Maciej Ambroziak

Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Kierownik Katedry: prof. dr hab. Andrzej Górecki

Istotą pracy jest porównawcza ocena skuteczności klinicznej nowego typu, polskiego stabilizatora zewnętrznego do łączenia odłamów kostnych w złamaniach trzonu kości goleń w porównaniu do powszechnie stosowanego stabilizatora „ZESPOL”. Wieloletnie badania mechaniczne i na zwierzętach prowadzone w Katedrze i Klinice Ortopedii i Traumatologii Akademii Medycznej w Warszawie wykazały zalety osteosyntezy z użyciem nowego systemu zespolenia złamań kości, nazwanego przez twórców – „CARBOELASTOFIX”.

Ogólną zasadą metody jest zastosowanie układu stabilizacji zewnętrznej odłamów (co minimalizuje rozległość zabiegu operacyjnego), przy użyciu płytek zbudowanych z kompozytu węgiel-żywica epoksydowa o zmiennej elastyczności zespolenia, co wpływa na przyspieszenie procesu gojenia tkanki kostnej. Celem pracy jest również ilościowa ocena zrostu kostnego umożliwiająca porównanie tempa zrostu złamania leczonego nowatorskim stabilizatorem „CARBOELASTOFIX” lub szeroko stosowanym w praktyce klinicznej metalowym, płytkowym, zewnętrznym stabilizatorem „ZESPOL”. Ilościowa ocena zrostu kostnego jest prowadzona przez określenie gęstości optycznej w szczelinie złamania, na zdjęciu radiologicznym, które po „wprowadzeniu” do komputera jest analizowane cyfrowo. Zrost kostny

oceniany jest również w badaniu klinicznym i ultrasonometrycznym zgodnie z opatentowaną metodą badania.

Zakończenie pracy, przewidywane na grudzień 2003 roku, umożliwi opracowanie instrukcji obejmującej wskazania do zabiegu, sposób wykonania operacji i metodę zwiększenia elastyczności zespolenia w trakcie gojenia złamania, oraz pozwoli na wdrożenie stabilizatora do praktyki klinicznej po uzyskaniu zgody MZ.

Przeprowadzone badanie umożliwi również wprowadzenie do życia klinicznego nowej formy oceny klasycznych zdjęć rentgenowskich oraz badania ilościowego zrostu kostnego w pomiarze bezpośredniej propagacji fali ultradźwiękowej przez szczelinę złamania.

Liczne badania prowadzone nad patofizjologią zrostu kostnego wykazały, że znacznie korzystniejsze od połączeń „sztywnych”, zapewniających tzw. „ciszę mechaniczną”, są zespolenia umożliwiające powstanie naprzemiennie działających sił dociskowych na szparę złamania, zespolenia „elastyczne”. Powstający nowy sposób osteosyntezy, jako cel stawia sobie stabilne połączenie odłamów, którego sztywność będzie najbardziej zbliżona do wartości występujących fizjologicznie (zespolenie izoelastyczne względem kości). □

FUNDACJA NA RZECZ NAUKI POLSKIEJ

Oferta dla nauki na rok 2003

Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej (FNP), uznawana za najważniejsze z pozabudżetowych źródeł finansowania nauki w Polsce, oferuje obecnie środowisku naukowemu, tak jak co roku, kilkanaście rozmaitych form (programów) pomocy – od stypendiów różnego typu poprzez subwencje na wspieranie inwestycji i modernizacji warsztatów naukowych, czy transfer osiągnięć naukowych, aż do pomocy interwencyjnej w przypadku awarii aparatury czy innych losowych wydarzeń dotyczących instytucje naukowe.

To już dwunasty rok jej działalności dla dobra nauki. Przypomnijmy, że FNP – niezależna, pozarządowa instytucja typu *non-profit* – nie korzysta ze wsparcia budżetu państwa, a środki na swą działalność uzyskuje dzięki aktywnemu lokowaniu posiadanego funduszu w instrumenty finansowe. Łącznie przekazała dotychczas nauce w różnej formie – stypendiów, subwencji, nagród – ponad 210 mln zł.

Wszystkie programy Fundacji mają charakter konkursowy, zaś dewiza, jaką się w swych działaniach kieruje, to „wspierać najlepszych, aby mogli stać się jeszcze lepsi”. Na cele statutowe w 2003 r. Fundacja przeznaczyła kwotę 24 mln zł.

Poniżej zamieszczamy skrócony przegląd tegorocznych propozycji programowych Fundacji. Bardzo bogata jest oferta stypendialna, z którą warto się zapoznać. FNP udziela też, podobnie jak w latach ubiegłych, wsparcia instytucjom modernizującym laboratoria naukowe (program MILAB), dofinansowuje też prace poprzedzające wdrożenie nowych technologii (program TECHNE).

Pełna wersja oferty programowej FNP na rok 2003 dostępna jest w postaci broszurki w biurze FNP lub jako plik pdf na stronie internetowej FNP:

www.fnp.org.pl/publikacje/pr_roczne.htm

Wszystkie informacje o zasadach konkursów, formularze wniosków oraz dane kontaktowe dostępne są na stronie internetowej FNP:

www.fnp.org.pl/programy/indx.htm

NAGRODY I STYPENDIA

Nagroda FNP

Indywidualna nagroda dla wybitnych polskich uczonych za szczególne osiągnięcia i odkrycia naukowe, przyznawana w czterech głównych dziedzinach nauki.

Kandydaci do nagród mogą być zgłaszani przez wybitnych uczonych zaproszonych przez Fundację, przez dotych-

czasowych laureatów Nagrody FNP, przez stowarzyszenia naukowe o zasięgu krajowym, mogą ich też zgłaszać we własnym imieniu grupy dziesięciu pracowników naukowych, nie pochodzących z jednej rady naukowej.

Termin zgłaszania kandydatur: **31 marca**.

STYPENDIA KRAJOWE

Stypendia krajowe dla młodych naukowców

Roczne stypendium dla najzdolniejszych młodych naukowców (do 30 lat, lub do 32 dla tych, którzy byli na urloпах wychowawczych) z dorobkiem naukowym udokumentowanym publikacjami. Stypendium można przedłużyć na drugi rok, na podstawie oceny rezultatów osiągniętych w I roku. Corocznie Fundacja przyznaje ok. stu stypendiów; w 2002 r. wysokość rocznego stypendium wyniosła 20 tys. zł.

Termin składania wniosków o stypendia na rok 2004: **31 października**. Mogą się o nie ubiegać także osoby urodzone w 1973 r.

Krajowe stypendia wyjazdowe

Finansowanie kilkumiesięcznych wyjazdów badawczych młodych naukowców z tytułem doktora (do 35 lat lub do 37 dla tych, którzy byli na urloпах wychowawczych) do wiodących ośrodków naukowych w Polsce. Wysokość stypendium, przyznawanego na okres od 1-3 miesięcy, wynosić będzie od 3000 – 4000 zł miesięcznie. Na wniosek instytucji goszczącej stypendium może zostać przedłużone, nie więcej niż o 3 miesiące.

Termin składania wniosków: 15 kwietnia.

STYPENDIA ZAGRANICZNE

Stypendia dla młodych doktorów

Stypendia dla młodych polskich uczonych (do 35 lat lub do 37 dla tych, którzy byli na urloпах wychowawczych) na odbycie podoktorskich staży (od 6 do 12 miesięcy) w najlepszych ośrodkach naukowych za granicą. Wysokość stypendiów odpowiada stypendiom typu *postdoc* na Zachodzie i wynosi średnio 2200-3000 euro miesięcznie. Po powrocie istnieje możliwość uzyskania grantu wspomagającego w wysokości do 40 tys. zł.

Termin składania wniosków: 15 marca.

Stypendia konferencyjne

Dofinansowanie kosztów udziału polskich naukowców (w wieku do 40 lat w roku składania wniosku) w zagranicz-

nych konferencjach, sympozjach i kongresach naukowych.

Wnioski należy składać w Towarzystwie Naukowym Warszawskim (zajmującym się procedurą konkursową) w terminach: do 28 lutego, do 30 kwietnia, do 30 czerwca, do 30 października.

PROGRAMY WIELOLETNIE

Program MILAB (modernizacja infrastruktury laboratoriów i pracowni)

W jego ramach można uzyskać subwencje na końcowe etapy inwestycji budowlanych, na modernizację i remonty budynków i pomieszczeń laboratoryjnych, na przeprowadzki i wyposażenie techniczne i meblowe zmodernizowanych pomieszczeń.

Konkurs przebiega w 2 etapach. Wnioski wstępne przyjmowane były do 31 stycznia. **Jednostki zakwalifikowane do 2. etapu są zobowiązane do dostarczenia uzupełnień w terminie 4 tygodni.**

Konferencje z cyklu „Fundacji dyskusje o nauce”.

W 2003 r. zorganizowana zostanie kolejna, ósma już konferencja z cyklu poświęconego istotnym problemom nurtującym środowisko naukowe. Materiały z konferencji publikowane są w serii wydawniczej pod tym samym tytułem.

Adres Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej:

02-548 WARSZAWA, ul. Grażyny 11

tel.: (22) 845 95 01, fax: (22) 845 95 05

e-mail: fnp@fnp.org.pl fnp@fnp.org.pl

Stypendia Krajowe Fundacji Nauki Polskiej dla Młodych Naukowców

The National Scholarships for the Young Scientists of Foundation For Polish Science

On 22nd of March, 2003, in the Great Hall of The Warsaw Royal Castle, the ceremony was held : young scientist, the winners of the competition „The national scholarships for the young scientists”(organized by The Foundation For Polish Science). Six hundred and thirty one candidates participated in this year eleventh edition, out of whom one hundred and eight was chosen to be rewarded with a scholarship.

Among them were three research workers from The Medical University of Warsaw: **Piotr Religa** (Department and Clinic of The Internal Diseases and Hypertension), **Cezary Szmigielski** (Department and Clinic of The Internal Diseases and Hypertension), **Janusz Szyndler** (Department of The Experimental and Clinical Pharmacology).

The ceremony was attended by the Minister of Science, The Vice– Minister of The National Education, authorities of the academies and universities, professors and invited guests. The first speech was addressed by The Chairman of The Foundation Board, Prof. Maciej W. Grabski. It was followed by the ceremony of delivering diplomas to the scholarships holders by The Chairman of The Foundation Council, Prof. Janusz Sławiński.

Another part was the speech given by The Minister of Science, Prof. Michał Kleiber. After the ceremony, guests were invited to a glass of champagne and appetizers prepared by The „Castle” Restaurant.

22 marca 2003 roku, w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie, odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów laureatom konkursu : „Stypendia krajowe dla młodych naukowców”, organizowanego przez Fundację na Rzecz Nauki Polskiej.

W obecnej, jedenastej już edycji konkursu, wzięło udział 631 kandydatów, z grona których Rada Fundacji wyłoniła 108 stypendystów. Wśród nich znalazło się troje pracowników naukowych warszawskiej Akademii Medycznej. Są to: **Piotr Religa** (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego), **Cezary Szmigielski** (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego) oraz **Janusz Szyndler** (Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej).

W uroczystości uczestniczyli między innymi : Minister Nauki, Wiceminister Edukacji Narodowej, Rektorzy i Prorektorzy uczelni, grona profesorskie i zaproszeni goście. Jako pierwszy wystąpił Prezes Zarządu Fundacji, prof. Maciej W. Grabski. Następnie miało miejsce uroczyste wręczenie dyplomów przez Przewodniczącego Rady Fundacji– prof. Janusza Sławińskiego.

Zaproszeni goście wysłuchali także wystąpienia Ministra Nauki, prof. Michała Kleibera. Po części oficjalnej uroczystości na wszystkich czekała lampka szampana oraz poczęstunek przygotowany przez Restaurację „Zamek”.

(M. S.)

POLEMIKI

Odpowiedź na artykuł wydrukowany w tygodniku „WPROST” z dn. 16 lutego 2003 r.

Redakcja tygodnika
„WPROST

Warszawa, 20.02.2003r.

Szanowni Państwo,

W związku z ukazaniem się artykułu prasowego zatytułowanego „Na złe i na najgorsze” autorstwa red. Zbigniewa Wojtasińskiego, uprzejmie proszę o zamieszczenie poniższych uwag w drodze sprostowania.

Postawione w artykule tezy i opis dramatycznej sytuacji w opiece zdrowotnej w Polsce są prawdziwe, chociaż zabrakło w nim dogłębnej analizy przyczyn tego zjawiska. Pozostawiam na boku kluczowe pytania, na które odpowiedzieć powinni polityczni decydenci, a nie lekarze (na co stać Państwo w zakresie opieki zdrowotnej? jak określić zakres procedur gwarantowanych z publicznej składki zdrowotnej? co zrobić z zadłużeniem szpitali? jak kształtować system opieki zdrowotnej w Polsce, aby zadłużenie nie pogłębiało się?), muszę jednak odnieść się do zawartych w artykule informacji, które nie w pełni odpowiadają rzeczywistości i są krzywdzące dla środowiska medycznego.

W artykule opublikowanym w tygodniku „WPROST” zamieszczono mapkę z krzykliwym tytułem „Szpitale wysokiego ryzyka” i podpisem, że zaznaczono na niej placówki, z których wpłynęło najwięcej zażaleń do Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere. Jako Prorektor ds. Klinicznych Akademii Medycznej w Warszawie muszę zaprotestować przeciwko umieszczeniu na niej Centralnego Szpitala Klinicznego (CSK) w Warszawie przy ulicy Banacha.

Trudno mówić o obiektywizmie takich danych, gdy czytelnika nie informuje się, jak ma się liczba zażaleń do liczby hospitalizowanych pacjentów. W CSK liczba ta rocznie zbliża się obecnie do 60 000 osób. Sądzę, że podobnie krzywdzące jest umieszczenie na tej liście Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie. Publikacja tak zmanipulowanych danych – bez porównania ich z liczbą hospitalizowanych – jest krzywdząca dla CSK, również w kontekście renomy, jaką cieszy się ten szpital. Polecam w tym zakresie lekturę kolejnych rankingów najlepszych oddziałów specjalistycznych różnych dziedzin, która ukazuje się – we

współpracy z krakowskim Centrum Monitorowania Jakości w Medycynie – co kilka tygodni na łamach tygodnika „NEWSWEEK”.

Paradoksalnie jednak popularność i wysoka opinia o profesjonalizmie oddziałów zlokalizowanych w CSK – w którym pełnię z resztą funkcję Kierownika Kliniki Kardiologii – przekłada się na coraz bardziej tragiczną sytuację finansową tej placówki. Pacjent ma wolny wybór szpitala. Powoduje to, że kilka dni temu, dyrekcja CSK zmuszona była podjąć decyzję o przejściowym zamknięciu szpitala i odmowie wszelkich przyjęć planowych. To, że w tych polowych warunkach udaje się nam pełnić nasze obowiązki to prawdziwy cud.

Podobna sytuacja ma miejsce praktycznie od początku reformy ochrony zdrowia i nie wprowadzenia w życie systemu referencyjności szpitali. W konsekwencji, limity wszystkich hospitalizacji i zabiegów przeprowadzanych w szpitalach klinicznych Akademii Medycznej w Warszawie zostały w 2002 roku znacznie przekroczone. Kłopot w tym, że za tzw. „nadwykonania” kasa chorych nie zapłaci. Stąd też – paradoksalny i szczególnie frustrujący ciąg zdarzeń, który można w odniesieniu do wysokospecjalistycznych szpitali klinicznych streścić prostą regułą nowego systemu: **„im częściej wybierany przez pacjentów szpital, im więcej hospitalizacji, tym gorsze warunki leczenia i większe zadłużenie placówki”**. Prostej „antylogiki” tego systemu nie opisano w artykule red. Wojtasińskiego.

Rozwiązanie problemu szpitali klinicznych – w których, w obecnym systemie chorzy mogą się leczyć z pominięciem szpitali powiatowych, miejskich – za tą samą stawkę płatną przez kasę chorych, przekroczyło już dawno skalę kompetencji władz Uczelni i Dyrekcji poszczególnych placówek.

Jak w opisanych powyżej warunkach mówić o bezpieczeństwie i jakości leczenia? Zapraszamy red. Wojtasińskiego do odwiedzenia Szpitala na Banacha, aby przekonał się, że „zaniedbania w zakresie higieny” to wynik nie złej pracy

personelu pielęgniarskiego i lekarzy, ale warunków, w których przyszło nam pracować. „Ofiary brudnych rąk personelu medycznego”, o których pisze red. Wojtasiński to tylko figura retoryczna, krzywdząca przepracowanych i źle opłacanych pracowników ochrony zdrowia. Zdajemy sobie sprawę z dramatycznej sytuacji w ochronie zdrowia, bo na co dzień w niej pracujemy. Podtytuł artykułu „*Jeżeli chcesz przeżyć w polskich szpitalach, licz tylko na siebie!*” jest zatem niewątpliwie krzywdzący dla lekarzy i wszystkich pracowników szpitala, którzy w trudnych warunkach starają się jak najlepiej wypełniać swoje obowiązki.

W zamian mogą jedynie usłyszeć słowa krytyki, przeczytać o „łowcach skór” czy szczególnej zawodowej skłonności lekarzy do picia alkoholu na dyżurach.

Atmosfera nagonki prasowej – w którą, niestety, być może wbrew intencjom autora, wpisuje się również artykuł opublikowany w Państwa tygodniku, w żaden sposób nie

pomaga rozwiązać problemów opieki zdrowotnej. Fakt opublikowania takiego artykułu w Państwa tygodniku łączy się niestety w naszej pamięci z innymi publikacjami tego typu, które równie boleśnie przyjmowaliśmy – przypomnę chociaż list do redakcji wybitnego chirurga, przedstawiciela Izb Lekarskich, byłego Rektora naszej Uczelni – prof. dr hab. med. Tadeusza Tołłoczko, który również przyjęty był tonem i wydźwiękiem publikowanych we „WPROST” tekstów. Środowisko lekarskie oczekuje, że swoją dziennikarską energię skoncentrujecie Państwo na śledzeniu przyczyn dramatycznej sytuacji w opiece zdrowotnej, a nie ich objawów. Tylko o to, i aż o to, prosimy.

Z poważaniem

Prof. dr hab. Grzegorz Opolski

Do wiadomości:

1. Redakcja miesięcznika „Z życia Akademii Medycznej w Warszawie”
2. Redakcja pisma Izb Lekarskich w Warszawie „Puls medycyny”
3. Redakcja pisma Naczelnej Izby Lekarskiej

NOMINACJE

10.12.2002 r. Prezydent RP wręczył akty nadania tytułu naukowego profesora nauczycielom akademickim naszej Uczelni:

Pani profesor **Annie Jolancie Barańczyk-Kuźma**
– kierownikowi Katedry i Zakładu Biochemii I WL,

Pani profesor **Barbarze Rymkiewicz-Kluczyńskiej**
– kierownikowi Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii I WL.

– Powołanie na stanowisko Dyrektora Administracyjnego AM
inż. **Tomasza Teodora Goździkiewicza**

Prof. dr hab. Anna Jolanta Barańczyk-Kuźma

*kierownik Katedry i Zakładu Biochemii I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1, tel. 5720–693, fax: 5720-679;
e-mail: akuzma@amwaw.edu.pl.*



Stopnie i tytuły naukowe: Akademia Medyczna w Warszawie: lek. dent.1970;

dr n. med. 1976, dr hab. n. farm., specjalność biochemia, 1987; prof. n. med. 2002.

Praca doktorska: „*Różne formy arginazy w wątrobie i nerce szczura w ontogenezie*”;

Praca habilitacyjna: „*Detoksykacja egzo- i endogennych związków fenolowych na drodze sprzęgania z siarczanami*”

Stanowiska: Akademia Medyczna w Warszawie, Wydział Lekarski, Katedra i Zakład Biochemii: asystent 1970-1973; starszy asystent 1973-1977; adiunkt 1977-1990; docent 1990-1993, prof. ndzw. 1993 – do dziś.

Stypendia i staże naukowe: Dept. of Biochem., Univ. of Kansas, USA, 1980 (1 rok); Dept. of Pharmacol., State Univ. of Groningen, Holandia, 1982; Dept. of Biochem., Univ. College, Cardiff, UK, 1983; Dept. of Pharmacol., Univ. of London, UK, 1984; Dept. of Pharm. Chem., Univ. of Kansas, USA (1 – 2 miesiące) 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1995; INSERM, Paryż, Francja, 1993; Dept. of Pathology, Univ. Perugia, Włochy, 1997; Dept. of Oncology, Univ. Milan, Włochy; 1998; Dept. of Biochem., Univ. Alcalá de Henares, Madryd, Hiszpania, 1999; Dept. of Biochem., Univ. Granada, Hiszpania, 2002.

Członkostwo w organizacjach naukowych: Polskie Towarzystwo Biochemiczne, Polskie Towarzystwo Toksykologiczne.

Działalność naukowa: Prowadzone badania dotyczą

enzymatycznych procesów biotransformacji związków endo- i egzogennych w tkankach ssaków, w stanach prawidłowych i patologicznych. Koncentrują się przede wszystkim na detoksykacji amoniaku ze szczególnym uwzględnieniem ostatniego enzymu cyklu mocznikowego, arginazy, unieczynnianiu fenoli i ich pochodnych (w tym leków), amin katecholowych i ich metabolitów poprzez sprzęganie z siarczanami, zobojętnianiu związków elektrofilowych na drodze sprzęgania z glutationem, detoksykacji organicznych i nieorganicznych nadtlenuków. Badana jest rola izoenzymów transferaz glutationowych (na poziomie ekspresji i aktywności), markerów stresu oksydacyjnego oraz antyoksydantów w patogenezie i chemioterapii nowotworów oraz schorzeń neurodegeneracyjnych. Prowadzone są badania arginazy jako potencjalnego markera choroby nowotworowej.

Publikacje: 159 pozycji, w tym 79 prac naukowych i 80 doniesień zjazdowych. Wśród prac znajdują się 53 prace oryginalne (prawie wszystkie w czasopismach posiadających IF), 4 rozdziały w książkach (w tym 2 w języku angielskim), 13 rozdziałów w skryptach (w tym 12 w języku angielskim), 2 monografie, 2 prace przeglądowe, 1 słownik wyrażeń biochemicznych (w języku angielskim), 4 artykuły.

Działalność dydaktyczna: organizacja i prowadzenie zajęć z biochemii dla studentów II-ego roku I Wydz. Lek. i studentów Oddz. Stomat., studentów I-ego i II-ego roku II

Wydz. Lek. Oddz. Anglojęzycznego (English Division, kurs 4-letni i 6-letni), studentów I roku Wydz. Nauki o Zdrowiu na kierunkach: Dietetyka, Pielęgniarstwo (Warszawa, Radom, Siedlce), Położnictwo oraz Ratownictwo Medyczne (Chemia z Elementami Biochemii) – studia dzienne, Pielęgniarstwo, Położnictwo – studia zaoczne.

Autorstwo: Dictionary of Biochemical Terms, 1996, współautorstwo i redakcja skryptów: Biochemistry: Laboratory Manual, 1998, Biochemistry – a practical guide for laboratory classes, 2001, Biochemia. Skrypt do seminariów i ćwiczeń dla studentów Oddziału Dietetyki Wydziału Nauki o Zdrowiu, 2002, Biochemia. Skrypt do ćwiczeń laboratoryjnych dla studentów I Wydziału Lekarskiego, 2002

Działalność pozanaukowa – aktualnie pełnione funkcje: kierownik Katedry i Zakładu Biochemii I Wydz. Lek. AM w W-wie (od 1999 do dziś), Uczelniany Koordynator Programów Edukacyjnych (SOKRATES-ERASMUS, CEPUS)(od 1998 do dziś), członek Senackiej Komisji ds. Dydaktyki (kadencja 2003-05), członek Senackiej Komisji ds. Nauki (kadencja 2003-05), członek Rady Naukowej Instytutu Stomatologii AM (od 2002 do dziś).

Nagrody: 10 Nagród Naukowych Rektora AM w Warsza-

wie przyznanych w latach 1976 – 1998; 4 Nagrody Dydaktyczne Rektora AM w Warszawie przyznanych w latach 1985 – 2001; 1 Nagroda Ministra Zdrowia, 2002.

Ostatnie prace oryginalne:

1. Sawicki J., Kuźma M., Barańczyk-Kuźma A. The Effect of Serotonin, its Precursors and Metabolites on Brain Glutathione-S-Transferase. *Neurochem. Res.*, 2001, 26, 469-472.

2. Poremska Z., Ząbek J., Graboń W., Rahden-Staroń I., Barańczyk-Kuźma A. Arginase Isoforms in Human Colorectal Cancer. *Clin. Chim. Acta*, 2001, 305, 157-165.

3. Poremska Z., Skwarek A., Mielczarek M., Barańczyk-Kuźma A. Serum arginase activity in postsurgical monitoring of patients with colorectal carcinoma. *Cancer*, 2002, 94, 2930-34.

4. Poremska Z., Luboiński G., Chrzanowska A., Mielczarek M., Magnuska J., Barańczyk-Kuźma A. Arginase in patients with breast cancer. *Clin. Chim. Acta*, 2003, 328, 105-111.

Prof. dr hab. Barbara Rymkiewicz-Kluczyńska

Ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi w 1959 r. Po ukończeniu stażu podyplomowego od 1963 r. do 1978 r. pracowała w Katedrze Propedeutyki Pediatrii i II Klinice Pediatricznej Akademii Medycznej w Warszawie jako doktorant, a następnie starszy asystent i adiunkt. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskała w 1967 r. po ukończeniu studiów doktoranckich i obronie rozprawy

doktorskiej pt.: „*Test tolerancji glukozy u dzieci leczonych encortonem*”. W tym czasie uzyskała specjalizację I i II stopnia z pediatrii (1963 r., 1969 r.). Od 1978 r. przeniosła się na równorzędny etat adiunkta w Centrum Zdrowia dziecka pełniąc obowiązki kierownika Poradni Endokrynologicznej; kierownika Pracowni Testów Hormonalnych; zastępcy kierownika Zespołu Endokrynologii. W oparciu o doro-



bek naukowy oraz rozprawę pt.: „*Diagnostyczne i lecznicze zastosowanie GHRH, neurohormonu uwalniającego hormon wzrostu*” w roku 1991 uzyskuje stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych nadany uchwałą Rady Naukowej Pomnika Szpitala CZD. W wyniku konkursu w 1993 r. obejmuje kierownictwo Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Akademii Medycznej w Warszawie i na wniosek I Wydziału Lekarskiego zostaje powołane przez Rektora na stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalizację z endokrynologii uzyskuje w roku 1997.

W latach 1971 – 1972 odbyła kilkumiesięczny staż klini-

czno-laboratoryjny w Clinique d'Endocrinologie et Diabete Infantile w Paryżu u prof. H. Lestradet, oraz kilkutygodniowy staż w ośrodkach endokrynologicznych w Lyonie i Montpellier.

Dorobek naukowy obejmuje łącznie 106 publikacji. Zainteresowania naukowe dotyczą szeroko pojętych zagadnień endokrynologii wieku rozwojowego. Pod jej kierunkiem 11 lekarzy uzyskało specjalizację z pediatrii, a 31 z endokrynologii. Jest promotorem 9 ukończonych doktoratów, oraz 2 przewodów doktorskich w fazie końcowej. Jest członkiem towarzystw naukowych w kraju i zagranicą. Tytuł naukowy profesora nauk medycznych otrzymała dnia 18 listopada 2002r.

Inż. Tomasz Teodor Goździkiewicz



Urodził się 1 maja 1953 w Pasłęku.

W 1978 roku ukończył studia w Akademii Rolniczo-Technicznej w Olsztynie uzyskując tytuł inżyniera-mechanika.

Następnie kontynuował studia podyplomowe z zarządzania na:

- Uniwersytecie Jagiellońskim – „Zarządzanie szkolnictwem wyższym”,
- w Wyższej Szkole Bankowości, Finansów i Zarządzania w Warszawie „Zarządzanie Zakładami Opieki Zdrowotnej”.

Ukończył również Menedżerskie Studia Podyplomowe ETOS w Warszawie w zakresie „Zarządzania Zakładami Opieki Zdrowotnej”.

Legitymuje się certyfikatem „Master of Health Administration”.

Od 1980 r. zajmował kierownicze stanowiska różnego szczebla.

W latach 1966-2003 pełnił funkcję Dyrektora Administracyjnego w Akademii Medycznej w Białymstoku.

Od 10 lutego 2003 r., po wygraniu konkursu, otrzymał stanowisko Dyrektora Administracyjnego Akademii Medycznej w Warszawie.

Za pracę zawodową odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi 1999.

Zainteresowania: fotografia, informatyka użytkowa, technika medyczna.

W imieniu Redakcji gratulujemy nominacji Profesorom naszej Alma Mater, a Panu Dyktorowi życzymy sukcesów w zarządzaniu Uczelnią.

Otwarcie Muzeum Zamku Ujazdowskiego i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie

Dr n. med. Tadeusz Kocoń

Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji

Dnia 22 lutego 2003 r o godz. 12.00 w Zamku Ujazdowskim w Warszawie odbyła się uroczystość otwarcia wystawy Zamku Ujazdowskiego i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie. Wystawa mieści się w północo-zachodniej wieży Zamku. Twórcami i opiekunami Muzeum jest Stowarzyszenie Miłośników Zamku i Szpitala Wojskowego na Ujazdowie i Centrum Sztuki Współczesnej mieszczące się w Zamku.

Stowarzyszenie powstało w 1994r. Prezesami byli prof. dr Hanna Odrowąż – Szukiewicz., prof. dr Witold Brzosko, prof. dr Edward Rużyłło, a obecnie mgr Hanna Bojczuk.

Przez wiele lat zbierano i gromadzono zabytki pisemne, portrety właścicieli Zamku, pamiątki dotyczące historii Zamku i pracy Szpitala Ujazdowskiego (szpital w Zamku mieścił się w latach 1792-1944), Wojskowego Szpitala Okręgowego w Warszawie i Szpitala Maltańskiego). Wymienione szpitale współpracowały ze sobą. W Zamku i szpitalu znajdowało się Centrum Wyszakolenia Sanitarnego ze Szkołą Podchorążych Sanitarnych. Podchorążowie byli równocześnie studentami Wydziału Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego lub Akademii Stomatologicznej i po ukończeniu Szkoły otrzymywali stopień oficerski i dyplom lekarza, lekarza stomatologii lub magistra farmacji.

Szpital zapisał się chlubnie w okresie powstań narodowych, I i II Wojny Światowej. Po wybuchu II Wojny Światowej i w czasie okupacji niemieckiej Szpital miał dużą samodzielność i leczył rannych żołnierzy z kampanii wrześniowej. Stworzono w Szpitalu oddział rehabilitacji, protezownię i możliwość nauki zawodu. Oddziałem tym kierował prof. Edward Loth. Prof. Loth i wielu pracowników Szpitala brało udział w tajnym nauczaniu medycyny. Prof. Loth i

jego współpracownicy (obecna prof. Hanna Odrowąż – Szukiewicz prowadzili w prosektorium Szpitala naukę anatomii prawidłowej dla uczestników tajnego nauczania). Szpital w czasie okupacji określano nazwą „Rzeczpospolita Ujazdowska.”

W Muzeum można obejrzeć galerię właścicieli Zamku Ujazdowskiego, pamiątki historyczne Zamku, pamiątki ze Szpitala Ujazdowskiego z czasów międzywojennych i z okresu okupacji niemieckiej, zdjęcia ze Szpitala Wojskowego Okręgowego i Szpitala Maltańskiego. Ekspozycję przygotowali p. Małgorzata Matuszewska, mgr Hanna Bojczuk, Anna Puchalska i Wojciech Krukowski. Konsultacji historycznej dokonali prof. Jolanta Putkowska, prof. Hanna Odrowąż – Szukiewicz i mgr Hanna Bojczuk.

Na otwarcie wystawy przybyli: członkowie Stowarzyszenia, dawni pacjenci Szpitala Ujazdowskiego, byli podchorążowie Szkoły Podchorążych Sanitarnych i ich rodziny, kombatanci i wielu zaproszonych gości, przedstawiciele Szpitala Wojskowego przy ul. Szaserów, i kapelan z Katedry Polowej Wojska Polskiego, W uroczystości uczestniczył poczet sztandarowy kombatantów. Sala kinowa Centrum Sztuki Współczesnej była wypełniona gośćmi.

Uroczystość otworzyła Prezes Hanna Bojczuk. Następnie przemawiali: Dyrektor Wojciech Krukowski, prof. Danysz (w imieniu Prezesa T.L.W.), prof. Dziuk (prezes Koła Lekarzy Wojskowych jako przedstawiciel Szpitala Wojskowego przy ul. Szaserów), prof. Rużyłło, prof. Szukiewicz.

Po oficjalnych przemówieniach zebrani udali się do sali wystawowej, gdzie Kapelan poświęcił...wystawę i zebrani mogli ją obejrzeć. Uroczystość zakończyła się przy szklance kawy lub herbaty.

Lekarze patroni ulic Warszawy (18) Prof. dr hab. Ludwik Rydygier

Dr n. med. Tadeusz Kocoń

Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji

Urodził się 21 sierpnia 1850 r w Dusocinie pod Grudziądzem. Zmarł nagle 25 czerwca 1920 r we Lwowie. Pochowany został jako generał, profesor na Cmentarzu Orłąt Lwowskich.

Maturę zdał w r. 1869 w Chełmnie i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim. Studiował w Gryfii (obecnie Greifswald), Berlinie i Strasburgu. Dyplom lekarza otrzymał w 1873 r. w Gryfii i rozpoczął pracę w klinice chirurgicznej. Tam też uzyskał doktorat. Następnie przeniósł się do Gdańska, a potem do Chełmna i ponownie do Gryfii. Po habilitacji przeniósł się do Jeny. Potem w Chełmnie zakupił dom, który przystosował na prywatną klinikę chirurgiczną. W klinice tej wykonał w 1880 r., jako pierwszy w świecie, wycięcie odźwiernika z powodu raka żołądka. Prawie 2 lata później wyciął odźwiernik z powodu wrzodu żołądka. Światło przeciętego żołądka zwięzonymi szwami marszczącymi zespolił ze światłem dwunastnicy.

W 1887 r. przeniósł się do Krakowa, na zwolnione miejsce kierownika Kliniki Chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim. W Krakowie zbudował klinikę chirurgiczną, a po jej ukończeniu przekazał ją profesorowi Obalińskiemu, a sam przeniósł się do Lwowa do Uniwersytetu Lwowskiego. Tu wybudował również klinikę chirurgiczną na wzór kliniki krakowskiej. Kliniką we Lwowie prof. Rydygier kierował 23 lata. Został wkrótce wybrany Dziekanem Wydziału Lekarskiego (potem jeszcze raz), a w roku 1902 Rektorem Uniwersytetu Lwowskiego.

W czasie I Wojny Światowej wyjechał ze Lwowa do Wiednia, a potem kierował Szpitalem Wojskowym w Brnie. Jego klinika w czasie wojny została przekształcona w Szpital Chirurgiczny Czerwonego Krzyża. Do Lwowa Prof. Rydygier powrócił w 1916 roku, a klinika wznowiła działalność jesienią tegoż roku. W czerwcu 1919 r. prof. Rydygier otrzymał nominację na stanowisko naczelnika służby medycznej Armii Pomorza w stopniu Generała Brygady. Wkrótce potem w dniu 15 czerwca zmarł nagle we Lwowie i został pochowany na Cmentarzu Orłąt.

Zasługą prof. Rydygiera było zorganizowanie w Krakowie w 1889 r. I Zjazdu Chirurgów Polskich ze wszystkich 3 zaborów ziem polskich. Następne Zjazdy Chirurgów Polskich odbywały się co roku w Krakowie (od 1890 do 1896 oraz w 1907). Po każdym Zjeździe ukazywały się drukiem referaty wygłaszane przez uczestników zjazdu. Rydygier wydał także podręcznik chirurgii szczegółowej o leczeniu gruźlicy stawów, a także kilka uwag o wycinaniu żołądka. Zajmował się także procesem leczenia ran. Asystentem kliniki chirurgii we Lwowie był także syn profesora : dr Antoni Rydygier. Dalsi członkowie z rodziny prof. Ludwika Rydygiera także kończyli studia lekarskie. Jeden z potomków osiadł w Ameryce Południowej. Na Jubileuszowy, pięćdziesiąty Zjazd do Krakowa został zaproszony i przybył wnuk, również prof. chirurgii wraz ze swoim synem (również młodym chirurgiem). Okazją do zaproszenia było nadanie imienia prof. Ludwika Rydygiera nowo otwartemu szpitalowi w Krakowie.

Prof. Ludwik Rydygier miał wiele odznaczeń. Od Cesarza Austrii uzyskał tytuł Radcy Dworu i Order Żelaznej Korony III Klasy. Papież w dniu 18 czerwca 1898 r odznaczył go Orderem Świętego Grzegorza. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie postanowiło przyznać mu godność Członka Honorowego, ale ówczesne władze rządowe nie wyraziły na to zgody.

Ulica Ludwika Rydygiera znajduje się na Żoliborzu, w Osiedlu Sady Żoliborskie i biegnie prawie równolegle do torów prowadząc do Dworca Gdańskiego i dochodzi do ulicy Przasnyskiej. Ulica ta do 1983 roku nosiła nazwę ulicy Juliusza Rydygiera, działacza SDKPiL, a potem KPP. Na wniosek Rady Gminy Warszawa Żoliborz została przemianowana na ulicę Ludwika Rydygiera. Imię Ludwika Rydygiera nosi w Polsce kilka szpitali i klinik. Podczas każdego Zjazdu Chirurgów Polskich jest wygłaszany wykład im. Ludwika Rydygiera.

□

PRO MEMORIA

Prof. dr hab. n. farm. Jacek Brzeziński 1934 – 2003



W dniu 3 lutego 2003 roku zmarł nagle profesor doktor habilitowany Jacek Brzeziński, kierownik Katedry Toksykologii Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie, Redaktor Naczelny czasopisma *Acta Poloniae Toxicologica*, organu Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego.

Prof. J. Brzezinski uzyskał świadectwo dojrzałości w 1952 roku w Liceum im. Wojciecha Górskiego, po czym w latach 1952-1956 odbył studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie, uzyskując tytuł magistra farmacji.

Z Wydziałem Farmaceutycznym A.M. w Warszawie związana była cała jego działalność naukowa i zawodowa. Początkowo pracował w Katedrze Chemii Nieorganicznej i Analitycznej, a od 1960 roku nieprzerwanie, do chwili śmierci, w Katedrze Chemii Toksykologicznej i Sądowej, przemianowanej w 1985 roku na Katedrę Toksykologii. Pracował w niej kolejno na stanowiskach : asystenta (1960 – 1965), adiunkta (1965 – 1977), docenta etatowego (1977 – 1987), profesora nadzwyczajnego (1987 – 1995), a od 1995 roku profesora zwyczajnego. Przez 25 lat, od 1977 roku aż do śmierci był Kierownikiem Katedry Toksykologii. Tu w 1965 roku uzyskał stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych na podstawie pracy pt. « *Zastosowanie metody fluorymetrycznej do oznaczania amfetaminy i jej metabolitu w ustroju szczura* », wykonanej pod kierunkiem prof. dr Wł. Rusieckiego.

Następnie, po latach pracy w Katedrze, odbyciu szkoleń i

staży naukowych w zakresie różnych kierunków analizy toksykologicznej w ośrodkach krajowych i w Czechosłowacji w Instytucie Toksykologii i Chemii Sądowej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Karola w Pradze i w Instytucie Technologii Rolnej w Bratysławie, uzyskał w 1973 roku stopień doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych na podstawie rozprawy pt. « *Wpływ zatruc insektycydami fosforoorganicznymi na równowagę fizjologiczną amin katecholowych w ustroju szczura* ».

W 1975 roku uzyskał specjalizację II⁰ w zakresie analityki klinicznej, wariant toksykologiczny, a w 1983 specjalizację II⁰ z toksykologii wraz z uprawnieniami do prowadzenia specjalizacji podyplomowej z toksykologii.

Działalność prof. J. Brzezińskiego nie ograniczała się do pracy naukowej i dydaktycznej w ramach reprezentowanej dyscypliny. W latach 1981 – 1987 pełnił funkcję prodziekana Wydziału Farmaceutycznego ds. dydaktyczno-wychowawczych, a w latach 1975 – 1980 zastępcy dyrektora Instytutu Biofarmacji. Ponadto brał czynny udział w pracach Senatu A.M., szeregu Komisji Senackich, ostatnio w II lokalnej Komisji Etycznej ds. Badań na Zwierzętach.

Prof. J. Brzeziński działał aktywnie również poza Uczelnią jako członek Rady Naukowej oraz Komisji Toksykologicznej Rady Sanitarno-Epidemiologicznej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej oraz uczestniczył w pracach Komitetu Chemii Analitycznej, Komitetu Ekologii Człowieka oraz Komitetu «Człowiek i Środowisko» Polskiej Akademii Nauk.

Osobny, istotny rozdział w życiu Profesora stanowiła działalność w ramach Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego. Był współorganizatorem założonej w 1966 roku Sekcji Toksykologicznej Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, pierwszej organizacji zrzeszającej toksykologów reprezentujących różne kierunki tej dyscypliny. Następnie był jednym z członków założycieli Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego w 1978 roku, a w 1981 roku zorganizował w Warszawie I Naukowy Zjazd Towarzystwa. W latach 1981–1987 był Przewodniczącym Zarządu Głównego Towarzystwa, a w 1990 roku otrzymał godność Członka Honorowego. Dzięki swojemu uporowi i zdolności w pokonywaniu przeszkód rozpoczął wydawanie od 1993 roku czasopisma Towarzystwa – *Acta Poloniae Toxicologica*, którego Redaktorem Naczelnym był przez cały czas aż do śmierci.

Skutecznie zabiegał o włączenie Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego do międzynarodowych organizacji – EUROTOX i IUTOX. Powołanie czasopisma i włączenie polskich toksykologów do tych organizacji umożliwiło szerszy kontakt z międzynarodową społecznością naukową.

Profesor był również członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego.

Ważny i znaczący jest wkład prof. J. Brzezińskiego w kształcenie i wychowanie młodzieży akademickiej. Był lubianym przez studentów i szanowanym w Uczelni nauczycielem akademickim. W okresie kierowania Katedrą stworzył zgrany zespół wzajemnie rozumiejących się i współpracujących ze sobą ludzi, stwarzając każdemu warunki do rozwoju i realizacji. Otaczał szczególną opieką młodych pracowników, magistrantów i doktorantów. Nie tylko inspirował ich twórczo, ale wraz z nimi pracował osobiście przy stole laboratoryjnym i rozwiązywał pojawiające się w toku pracy problemy.

Z wyjątkową starannością przygotowywał się do wykładów, stale modyfikując ich treść, celem udostępnienia studentom najnowszych osiągnięć toksykologii. Dążył również do zapewnienia studentom możliwości zapoznania się z nowoczesną aparaturą. Wyrazem zaangażowania w pracę dydaktyczną jest współautorstwo kolejnych wydań podręcznika akademickiego « TOKSYKOLOGIA » oraz czterech skryptów dla studentów.

Traktując pracę nauczyciela akademickiego jako misję wykształcił kadrę toksykologów, wysokiej klasy specjalistów, realizujących z powodzeniem ten zawód w różnych naukowych placówkach państwowych, urzędach decyzyjnych oraz firmach zagranicznych.

W ramach szkolenia podyplomowego przez szereg lat

organizował kursy z zakresu «Postępów toksykologii i wybranych problemów analizy toksykologicznej » dla osób specjalizujących się w toksykologii, jak również przewodniczył Komisji Egzaminacyjnej na II^o specjalizacji z toksykologii.

Prof. J. Brzeziński był promotorem i recenzentem wielu prac magisterskich i doktorskich, opiekował się przewodami habilitacyjnymi. Prowadzone przez Niego prace magisterskie uzyskiwały pierwsze nagrody na Konkursach Prac Magisterskich – Wydziałowych i Ogólnopolskich oraz na konkursie Głównego Inspektora Pracy.

Dorobek naukowy Profesora obejmuje wiele prac doświadczalnych, poglądowych, referatów i komunikatów prezentowanych na zjazdach krajowych i zagranicznych, recenzje książek i prac z zakresu problematyki toksykologicznej oraz ekspertyzy. Prowadził zaawansowane badania eksperymentalne w zakresie neurotoksykologii oraz interakcji związków chemicznych. Wyrazem uznania dla działalności naukowej i dydaktycznej są liczne nagrody Ministra Zdrowia i Rektora A.M., ostatnio w 2001 roku nagroda zespołowa II^o za pracę «*Poszukiwanie biochemiczno-molekularnych mechanizmów toksyczności ksenobiotyków z odniesieniem do układów i narządów docelowych*».

Prof. J. Brzeziński kierował również realizacją badań prowadzonych w Katedrze w ramach problemów centralnie koordynowanych, głównie w zakresie toksykologii pestycydów. Opracowane metody i testy oceny skojarzonego oddziaływania pestycydów zostały włączone do zbioru metod oceny toksykologicznej środków ochrony roślin oraz wykorzystane w opracowaniach Międzyresortowej Komisji do Spraw Aktualizacji Wykazu Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy.

Za działalność zawodową i społeczną został odznaczony wieloma odznaczeniami, między innymi Krzyżem Oficerskim i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Edukacji Narodowej, medalem «Za Zasługi dla Akademii Medycznej», odznaką «Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia».

Nagłe odejście prof. J. Brzezińskiego jest dotkliwą stratą dla nauki, kształcenia młodych kadr i zespołu, którym kierował, poświęcając wszystkie swoje twórcze pomysły i siły, tworząc plany na przyszłość, których nie zdążył zrealizować.

Odszedł Człowiek prawy, skromny, autorytet moralny, życzliwy i pomocny ludziom i taki pozostanie w naszej pamięci.

Zespół Katedry Toksykologii

Z ŻYCIA STUDENTÓW

KALENDARIUM WYDARZEŃ luty – czerwiec 2003

Zebrała Agata Matysiak, ZSSAM, www.medyk.waw.pl

LUTY

- Zaczęły się fakultety PBL – pierwsze spotkanie 19 II 2003. Spotkania odbywają się co tydzień w środy w Domu Medyka pok 201.
- 22 – 23 luty b.r. odbędą się zajęcia fakultatywne z psychologii – Dom Medyków, sala 201 (info. Samorząd Studentów)
- ostatni tydzień lutego – nowy numer *Wziernika*, czasopisma studentów Akademii Medycznej.
- 27 luty – 1 marca b. r. w hali EXPO przy ulicy Prądyńskiego odbędzie się trzydniowa impreza edukacyjna organizowana przez PERSPEKTYWY pod nazwą „Salon Uczelni Wyższych” promująca naszą uczelnię.
- 27 lutego 2003 w Klubie Medyk odbędzie się Bal Studentów Ratownictwa Medycznego.
- 28 lutego 2003 w Klubie Medyk odbędzie się impreza ostateczna. Bilety dla studentów AM 5 zł, pozostałe osoby 12 zł. Początek imprezy godz. 20.00. Atrakcyjne nagrody w konkursach.

MARZEC

- 1 marca b. r. o godz. 20.00 w restauracji Baccar dla studentów IV roku I i II Wydziału Lekarskiego oraz III roku Stomatologii odbędzie się Bal Połowinkowy.
- 1 – 2 marca b.r. zajęcia fakultatywne z psychologii, Medyk sala 201.
- 2 marca 2003 o godz. 20.00 w Klubie Medyk Bal Połowinkowy studentów III roku Wydziału Farmacji.
- 8 – 9 marca b.r. zajęcia fakultatywne z psychologii Medyk sala 201.
- Wybory do UPSAMu i Zarządów Wydziałowych.
- 15 – 16 marca 2003 zajęcia fakultatywne z psychologii Medyk sala 201.
- 28 – 30 marca b.r. kongres naukowy we Wrocławiu.
- 29 – 30 marca 2003 zajęcia fakultatywne z psychologii Medyk sala 201.
- Ostateczny termin zgłaszania się na egzamin USMLE Step I.

KWIECIEŃ

- 5 kwietnia 2003 w sali balowej Klubu Medyk odbędą się w ramach dnia otwartego dwa spotkania z kandydatami na studia. O godz. 11.00 dla kandydatów na studia: lekarskie, stomatologiczne, farmaceutyczne, fizjoterapię i analitykę medyczną. O godz. 13.00 dla kandydatów na studia: techniki dentystyczne, elektroradiologię, pielęgniarstwo, położnictwo, dietetykę, ratownictwo medyczne.
- W kwietniu planowane są także dwa wyjazdowe spotkania z kandydatami na studia: do Siedlec i Radomia. Terminy spotkań zostaną uzgodnione z dyrektorami szkół medycznych, na terenie których odbywa się zamiejscowe nauczanie naszych studentów.
- 11 – 12 kwietnia b.r. kongres naukowy Kraków.
- 12 – 13 kwietnia 2003 ostatnie zajęcia fakultatywne z psychologii Medyk sala 201.
- 25 – 26 kwietnia 2003 kongres naukowy Bydgoszcz.
- 25 – 26 kwiecień 2003 kongres naukowy Łódź.

MAJ

- 8 – 9 V 2003 kongres naukowy Białystok.
- Juwenalia studenckie.
- 9 – 10 V 2003 kongres naukowy Gdańsk.
- 16 – 17 maja b.r. na terenie Politechniki Warszawskiej odbędzie się dwudniowa impreza edukacyjna organizowana przez PERSPEKTYWY pod nazwą „Warszawski Festyn Edukacyjny”.
- 16 – 18 V 2003 Międzynarodowy Kongres Młodych Medyków Warszawa.
- 18 – 20 V 2003 kongres naukowy Poznań.

CZERWIEC

- Kurs przygotowawczy do egzaminu USMLE Step I organizowany przez II Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

KONGRESY NAUKOWE – POLSKA

MARZEC

- ▶ ostateczny termin składania abstraktów w Warszawie na międzynarodowy kongres Młodych Medyków – 14 III 2003
- ▶ 28 – 30 III 2003 Wrocław

KWIECIEŃ

- ▶ 11 – 12 IV 2003 Kraków

- ▶ 25 – 26 IV 2003 Bydgoszcz

- ▶ 25 – 26 IV 2003 Łódź

MAJ

- ▶ 8 – 9 V 2003 Białystok

- ▶ 9 – 10 V 2003 Gdańsk

- ▶ 16 – 18 V 2003 Warszawa – kongres międzynarodowy

- ▶ 18 – 20 V 2003 Poznań

STUDENCKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE AM W WARSZAWIE

Studenckie Towarzystwo Naukowe jest zrzeszeniem studenckich kół naukowych. Siedzibą Studenckiego Towarzystwa Naukowego jest Akademia Medyczna w Warszawie. Studenckie Towarzystwo Naukowe działa zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności ze statutem Uczelni i Statutem Studenckiego Towarzystwa Naukowego.

Celem Towarzystwa jest zapewnienie optymalnych warunków działania studenckim kołom naukowym, pomoc w realizowaniu prac badawczych prowadzonych w Uczelni, umożliwianie wymiany doświadczeń i prezentowania wyników własnych prac badawczych przez studentów i młodych absolwentów, zapewnienie najlepszego startu zawodowego aktywnym członkom kół naukowych. Studenckie Towarzystwo Naukowe ściśle współpracuje z działającymi na terenie Uczelni Studenckimi Kołami Naukowymi. Obecnie jest zarejestrowanych 70 Studenckich Kół Naukowych na I i II Wydziale Lekarskim, 12 na Oddziale Stomatologicznym oraz 8 Wydziale Farmaceutycznym

Towarzystwo realizuje swoje cele poprzez organizowanie konferencji naukowych, rekomendowanie swoich członków we wszystkich placówkach Służby Zdrowia, w tym Akademii Medycznej w Warszawie, ma możliwość udzielania rekomendacji w konkursach na praktyki zagraniczne, stypendia naukowe, granty na własne projekty badawcze i inne przedsięwzięcia.

Studenckie Towarzystwo Naukowe Akademii Medycznej w Warszawie od ponad dwudziestu lat organizuje Kongres Naukowy Młodych Medyków, corocznie skupia on dużą

rzyszę studentów-młodych naukowców, którzy na warszawskim kongresie naukowym stawiają swoje pierwsze kroki w karierze naukowej. Na Kongresie Naukowym Młodych -Warszawa'97 zostało przedstawionych ponad 120 prac naukowych, Kongres Naukowy Młodych Medyków-Warszawa'98 skupił ponad 150 prac naukowych. Na Kongresie Naukowym Młodych Medyków – Warszawa'99 zostało przedstawionych ponad 180 prac naukowych.

W roku akademickim 1997/1998 10 projektom naukowo-badawczym zostały przyznane środki finansowe z programu mini-grantów studenckich (po 5 w grupach A i B), w roku akademickim 1998/1999 14 projektom naukowo-badawczym zostały przyznane środki finansowe z programu mini-grantów studenckich (6 z grupy A i 8 z grupy B).

Corocznie Towarzystwo przyznaje według Regulaminu Przyznawania Złotej Odznaki STN "Złotą Odznakę STN" absolwentom oraz pracownikom naukowym Akademii Medycznej w Warszawie, ponadto nadaje tytuł "Przyjaciela STN" osobom i instytucjom, które znacznie przyczyniły się do rozwoju studenckiego ruchu naukowego.

Na bieżąco informuje wszystkich członków o działalności poszczególnych kół naukowych działających w studenckich kołach naukowych na Akademii Medycznej w Warszawie (biuletyny). Reprezentuje Studencki ruch naukowy na terenie Uczelni, jak również poza nią.

Członkiem Towarzystwa staje się automatycznie, każdy student Uczelni przyjęty do zarejestrowanego koła Naukowego, członkami Towarzystwa są także studenci pracujący indywidualnie na podobnych zasadach, jak członkowie kół naukowych, w placówkach w których koła naukowe nie

istnieją, po uprzednim indywidualnym zarejestrowaniu w siedzibie zarządu. Prawa członków Towarzystwa przysługują także wszystkim lekarzom stażystom.

Członkowie STN mają w szczególności prawo do czynnego i biernego wyboru władz Towarzystwa, brać udział w zebraniach, odczytach, konferencjach oraz innych przedsięwzięciach, korzystać z pomocy i urządzeń Towarzystwa na odrębnych zasadach ustalonych przez Zarząd. Członkowie

Towarzystwa mają obowiązek przyczyniać się do realizacji celów Towarzystwa, brać udział w zebraniach i pracach Towarzystwa, przestrzegać postanowień statutu i uchwał władz Towarzystwa.

Władzami Studenckiego Towarzystwa Naukowego są Walne Zgromadzenie, Zarząd, Komisja Rewizyjna. Kadencja Zarządu Towarzystwa i Komisji Rewizyjnej trwa rok

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Młodych Medyków – Warszawa 2003

2nd International Medical Conference for Students and Young Physicans

The conference will take place in the period of 16 to 18 May 2003, in the Rectorate of Medical University of Warsaw.

The deadline for submitting summaries is 28th March, 2003.

The application sheets will be available soon in the STNs office.

The deadline of registration fee payment is 28th March, 2003.

At the Conference, there will be groups focusing on the following areas:

- 1) Internal Medicine
- 2) Surgery
- 3) Cardiology
- 4) Gynecology and Obstetrics
- 5) The Basics of Medicine
- 6) The Pharmacy Sciences
- 7) Stomatology
- 8) Others

The registration fee amounts to 60 PLN and is obligatory for every participant.

It covers the costs of materials and the invitations for one person to the banquet.

There is also a possibility of organizing accommodation for the night by STN. In this case please contact the following address: stn@wp.pl. For further details please contact with STN s office.

Konferencja odbędzie się w dniach 16 -18 maja 2003 w Rektoracie Akademii Medycznej w Warszawie.

Ostateczny termin składania abstraktów to 28 marca 2003 roku.

Formularz zgłoszeniowy już wkrótce do pobrania w siedzibie STN.

Ostateczny termin składania opłat rejestracyjnych to 28 marca 2003 roku.

W tym roku na Konferencji planujemy następujące grupy tematyczne, w których będą prezentowane prace:

1. Interna
2. Chirurgia
3. Kardiologia
4. Ginekologia i Położnictwo

5. Nauki Podstawowe
6. Nauki Farmaceutyczne
7. Stomatologia
8. Inne.

Opłata rejestracyjna wynosi 60 PLN, pokrywa ona koszty materiałów kongresowych oraz zaproszenia na bankiet dla jednej osoby. Opłata rejestracyjna jest uiszczana przez każdego uczestnika Konferencji. Dodatkowo STN organizuje możliwość noclegu w Warszawie. W tej sprawie prosimy o kontakt: stn@wp.pl.

Więcej informacji nt. Konferencji uzyskacie w siedzibie STN.

REGULAMIN

ZGŁASZANIA PRAC WŁASNYCH *tzw. MINI-GRANTÓW* PRZEZ STUDENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

1. Wniosek może złożyć student lub grupa studentów tworzących zespół badawczy, jeśli jest/są studentami Akademii Medycznej w Warszawie i członkami Studenckiego Koła Naukowego działającego przy jednostkach Akademii Medycznej w Warszawie.

2. Opiekunem projektu może być wyłącznie osoba posiadająca dorobek naukowy upoważniająca do ubiegania się o pracę własną grupy B lub A – zgodnie z zasadami zgłaszania prac własnych w Akademii Medycznej w Warszawie w bieżącym roku. Pracownik naukowy może być opiekunem tylko jednej pracy.

3. Kierownikiem projektu może być tylko student (podać rok studiów, wydział). Jeżeli koniec realizacji projektu jest planowany po zakończeniu przez daną osobę studiów, nie może być ona kierownikiem projektu, a jedynie wykonawcą.

4. Wykonawcami projektu mogą być zarówno studenci (podać rok studiów), jak i pracownicy Akademii Medycznej w Warszawie, z tym zastrzeżeniem, iż udział pracowników naukowych w wykonywanej pracy nie powinien być większy niż 49%.

5. Wniosek w sprawie zgłoszenia pracy własnej należy złożyć w 3 egzemplarzach w siedzibie Studenckiego Towarzystwa Naukowego Akademii Medycznej w Warszawie (Dom Medyków, ul. Oczki 5, pok. 303) do 30 października każdego roku.

6. Wniosek, oprócz załącznika nr 1 do niniejszego regulaminu, winien zawierać:

A. Zgodę kierownika jednostki na wykonanie pracy.

B. Szczegółowe uzasadnienie podjęcia projektu badawczego (nie więcej niż 350 słów):

a) jasno sprecyzowany cel pracy

b) przesłanki wynikające z aktualnego stanu wiedzy uza-

sadniające podjęcie pracy

c) materiał i metodykę pracy

d) oczekiwane wyniki i ich znaczenie

C. Dotychczasowe publikacje i osiągnięcia naukowe wykonawców projektu.

D. Kosztorys projektu badawczego:

a) wynagrodzenia-pokrycie zobowiązań wobec osób biorących udział w realizacji pracy-nie więcej niż 20% kwoty planowanej

b) materiały i przedmioty nietrwałe-planowany zakup materiałów i odczynników niezbędnych do realizacji projektu

c) aparatura specjalna niezbędna do realizacji pracy

d) usługi obce-zlecenie części pracy innej jednostce-nie więcej niż 30% kwoty planowanej

e) delegacje krajowe i zagraniczne związane bezpośrednio z realizowanym tematem, w tym pokrycie kosztów przejazdu i wpisowego-nie więcej niż 20% kwoty planowanej

7. Ankietę dotyczącą tematu, harmonogramu, kierownika i wykonawców pracy stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

8. Niewypełnienie przez wnioskodawców któregokolwiek z punktów niniejszego regulaminu powoduje automatyczną dyskwalifikację pracy.

9. Wniosek po zarejestrowaniu i wstępnym zaopiniowaniu przez Studenckie Towarzystwo Naukowe Akademii Medycznej w Warszawie zostanie przekazany do rozpatrzenia Senackiej Komisji ds. Nauki.

Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą

Prof. dr hab. Wiesław Gliński

Przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Nauki

Prof. dr hab. med. Renata Górka

Konferencje Studenckich Towarzystw Naukowych

International Conference of Students' Scientific Society,

Bydgoszcz 25-26 April 2003

Deadlines

25 March 2003 – Registration Form

1 April 2003 – Abstract

Official Languages: English and Polish

Contact: stn@amb.bydgoszcz.pl

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.iweb.pl/~amb/icsss/>

Sesja SKN Położniczo-Ginekologicznych.

Bydgoszcz 17-20 września 2003 r.

kontakt: Magdalena Pasińska (magdapas@wp.pl)

VIII Ogólnopolska Konferencja Studenckich Kół Naukowych Akademii Medycznych.

Wrocław 28-30 III 2003 r.

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.stn.am.wroc.pl/konferencja/konferencja.php>

XLI Ogólnopolska VII Międzynarodowa Konferencja Studentów Medycyny w Krakowie.

Kraków 4-5 IV 2003 r.

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.cm-uj.krakow.pl/stn/>

11th International Students' Scientific Conference

Gdańsk, 9-10 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.stn.amg.gda.pl/>

Międzynarodowej Konferencji Naukowej Młodych Medyków

Warszawa, 16 -18 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://stn.medyk.waw.pl/konferencje.htm>

III Międzynarodowy Kongres Studentów Medycyny i Młodych Lekarzy,

Poznań, 18 -20 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.stn.am.poznan.pl/index.php3>

V Międzynarodowe Sympozjum Studentów i Młodych Lekarzy z Zakresu Chirurgii i Innych Specjalności Zabiegowych,

Ustroń, 2003-05-09

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.ekonferencje.pl/system/systemZstart.php3?ekonf=823>

Ogólnopolską Konferencję Naukową SKN Medycyny Ratunkowej

Wrocław, 4-5 IV 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.er.am.wroc.pl/>

I Polsko-Ukraińska Konferencja Pediatrów

Rzeszów, 11-12 IV 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.rzkonferencja.prv.pl/>

International Young Scientists Week In LSMU

Lwów, Ukraina, 1-6 IV 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.meduniv.lviv.ua/sss/iysw/>

The Leiden International Medical Students Congress

Leiden, Holandia, 14-15 III 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.limsc.nl/index1.html>

The 11th Annual of A.S.S.S Congress

Kair, Egipt, 16-19 IV 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.ausss.eg.net/Congress.htm>

International Congress of Medical Sciences for Students and Young Doctors

Sofia, Bułgaria 8-11 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.icms-bg.com/>

18th International Medical Sciences Student Congress

Istanbul, Turcja 8-11 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.obak-ssrc.org/congress/>

2nd International Students Conference on Public Health

Oslo – Norwegia, 15-16 V 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://www.med.uio.no/ism/inthel/conference/>

Letnie Warsztaty Neonatologiczne

Warszawa 26.07-5.08 2003

Wszystkie szczegóły znajdują się <http://ifmsa.globalink.org/z2.html>

Stowarzyszenie Studentów Medycyny – IFMSA

The Association of Students of Medicine IFMSA– Poland (former PolMSIC) associates students of Medical Faculties from all Medical Universities in Poland

It is a non-political, autonomous and solid non-profit organization. Working for The Association is voluntary.

It belongs to **The International Federation of Medical Students Associations (IFMSA)**, which is the biggest students organization in the world. Among its partners are: WHO, UNESCO, UNICEF, UNIDS, UNFPA, UNHCR. It is divided into several Standing Committees of the following programmes: Medical Education(SCOME),Professional Exchange(SCOPE), Public Health (SCOPH),Reproductive Health (SCORA), Research Exchange(SCORE), Refugees and Peace (SCORP).

IFMSA-Poland conducts the following projects :

- organizing foreign *internships* (annually more than 250 polish students benefits from foreign internships and foreign group of similar number of students is invited to Poland),
- organizing *professional exchange* (annually about 30 polish students take part –in this case high level of professional knowledge is essential),
- organizing projects of *Medical Education* (students works on creating and improving teaching programmes on Medical Faculties, organize National Days of Medical Education, workshops and conferences),
- organizing projects of public health (anti-nicotine and anti-alcohol campaigns, conferences about AIDS, celebrations of The World Day of Health).

IFMSA-Poland, due to its association with IFMSA, helps young physicians in developing their interests, meeting students of Medicine from the whole world, taking part in many international projects. It also gives the additional points when classifying to foreign internships and Socrates-Erasmus programme.

O Stowarzyszeniu...

Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland (dawniej PolMSIC) jest organizacją zrzeszającą studentów Wydziałów Lekarskich wszystkich Akademii Medycznych w Polsce. Jest zrzeszeniem apolitycznym, samorządnym i trwałym o celach nie zarobkowych. Stowarzyszenie opiera swoją działalność na pracy społecznej członków.

W ramach swej działalności należy do Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations). Do partnerów IFMSA należą m.in. WHO, UNESCO, UNICEF, UNIDS, UNFPA, UNHCR. IFMSA jest to największa na świecie organizacja studencka i należą do niej studenci z 84 państw poprzez organizacje krajowe. W sumie w ramach IFMSA działa 1.7 miliona młodych ludzi na świecie.

Jednym z głównych programów w ramach działalności IFMSA-Poland jest organizacja praktyk zagranicznych.

Co roku ponad 250 polskich studentów wyjeżdża na praktyki zagraniczne i tyle samo gościimy studentów z innych państw.

Drugim projektem jest wymiana naukowa. Tu ilość wyjeżdżających studentów jest dużo mniejsza – około 30, ale są to wyjazdy wymagające dużej wiedzy z danej dziedziny medycyny.

W ramach projektów Edukacji Medycznej studenci biorą aktywny udział w tworzeniu i ulepszaniu programów nauczania na Wydziałach Lekarskich, organizowane są Ogólnopolskie Dni Edukacji Medycznej, liczne warsztaty, konferencje.

W projektach zdrowia publicznego przeprowadzane są kampanie antytytoniowe i antyalkoholowe. Organizowane są obchody Światowego Dnia Zdrowia. Odbywają się liczne warsztaty i wykłady. Studenci starają się też pomóc w walce z AIDS organizując wykłady, warsztaty, konkursy oraz letnie szkoły zapobiegania AIDS i innym chorobom przenoszonym drogą płciową.

IFMSA-Poland jest organizacją pozwalającą studentom rozwinąć swoje zainteresowania zarówno medyczne jak i nie związane z medycyną.

Dzięki zrzeszeniu z IFMSA umożliwia poznanie studentów z całego świata i uczestniczenie w wielu międzynarodowych projektach. Jest to niewątpliwą korzyścią dla młodych medyków i jednocześnie przyczynia się w sposób istotny dla dobra całego społeczeństwa.

Przynależność do organizacji jest dobrowolna i każdy student medycyny i młody lekarz może stać jej członkiem po wypełnieniu deklaracji członkowskiej.

7 powodów, dla których warto zostać członkiem IFMSA-Poland

1. IFMSA to najbardziej prestiżowa i największa organizacja zrzeszająca studentów medycyny w Polsce i na świecie.

2. To dostęp do wielu ofert ciekawych szkoleń i wyjazdów krajowych oraz zagranicznych.

3. To dodatkowe punkty przy kwalifikacji na praktyki zagraniczne.

4. To dodatkowa notka we własnym cv.

5. To dodatkowe punkty w programie Socrates-Erasmus.

6. To niepowtarzalna szansa poznania studentów medycyny z całej Polski i świata.

7. To możliwość zrealizowania nawet najbardziej szalonych pomysłów...

Cała struktura IFMSA została podzielona na komitety (Standing Committee) ze względu na zakres działania:

SCOME – Standing Committee on Medical Education

Zajmuje się szeroko pojętą edukacją medyczną, organizowaniem konferencji, warsztatów mających na celu podniesienie kwalifikacji, poszerzenie wiedzy, zdobycie nowych doświadczeń przez studentów oraz ujednoczenie i ulepszenie programów nauczania na Wydziałach Lekarskich, tak aby studia jak najlepiej przygotowywały do przyszłego zawodu.

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

SCOPE – Standing Committee on Professional Exchange

Związany jest z organizowaniem wymiany studenckiej w ramach letnich praktyk zagranicznych. Co roku ponad 5000 młodych ludzi podróżuje po świecie w ramach tego programu, zdobywając doświadczenia zawodowe, poznając nowe kultury, obyczaje, nawiązując kontakty z ludźmi z całego świata.

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

SCOPH – Standing Committee on Public Health

Obejmuje wszystko, co jest związane ze zdrowiem publicznym. Organizowane są akcje uświadamiające dla ludno-

ści, podnoszące poziom edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Odbywają się kampanie walki z uzależnieniami (antytytyniowe, antyalkoholowe, antynarkotykowe). W ramach projektów SCOPH organizowane są akcje humanitarne dla ludzi szczególnie biednych i potrzebujących pomocy w sytuacjach kryzysowych. Organizowana jest pomoc konkretnym wioskom w Indiach, Sudanie, Rwandzie czy Panamie.

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

SCORA – Standing Committee on Reproductive health including AIDS

Głównym celem działania SCORA jest podniesienie świadomości i wiedzy społeczeństwa na tematy związane z wychowaniem seksualnym i chorobami przenoszonymi drogą płciową, w szczególności prewencją AIDS. Każde państwo dostosowuje swoje działania do lokalnych potrzeb (inne są one w Pakistanie niż np. w Polsce), jakkolwiek organizowane są również akcje o szerszym, międzynarodowym zakresie działania.

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

SCORE – Standing Committee on Research Exchange

W ramach programu tego komitetu organizowane są wyjazdy zagraniczne studentów w celach naukowych. Wyjeżdżają oni do innego państwa aby pisać lub kontynuować pracę naukową rozpoczętą w swoim kraju. Pod opieką znakomitych profesorów pogłębiają oni swoją wiedzę, a doświadczenie tam zdobyte będą mogli wykorzystać w swojej przyszłej pracy zawodowej, więcej »

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

SCORP – Standing Committee on Refugees and Peace

Zajmuje się problemami uchodźców i staraniami o pokój na świecie. Organizowane są wioski dla uchodźców, akcje pomocy humanitarnej, a także kampanie przeciw wojnie nuklearnej czy minom lądowym, więcej »

Zadania komitetu na rok akademicki 2002/2003 »»

Projekty

Projekt "Studenckie Centrum Pracy" powstał z myślą o studentach Akademii Medycznej, którzy chcieliby zarobić parę groszy (na podręczniki, skrypty itp.;) oraz zdobyć pewne doświadczenie w pracy mniej lub BARDZIEJ związanej z naszym przyszłym zawodem.

Na naszej stronie internetowej umieścimy oferty firm farmaceutycznych, prywatnych klinik i przychodni oraz wszystkich innych firm, które poszukują studentów (najchętniej medycyny) do różnego rodzaju dodatkowych zajęć. Studenci poszukujący pracy będą mogli dzięki "SCP" szybciej i łatwiej ją znaleźć, a spośród wielu ofert wybrać tę, która im najbardziej odpowiada.

Jeśli poszukują Państwo studenta medycyny do pracy, prosimy o skontaktowanie się z koordynatorem projektu.

A jeśli jesteś naszym studentem i poszukujesz dodatkowej pracy wypełnij [ankietę zgłoszeniową](#).

Lekcje "Profilaktyka STD i AIDS"

Program: SCORA

Koordynator: Witold Wrona (sublimat@poczta.onet.pl)

Czas realizacji: nieograniczony

Max. liczba punktów za udział w projekcie: 20

Program dotyczy profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową ze szczególnym uwzględnieniem problemu HIV i AIDS. Jest on prowadzony wśród młodzieży w gimnazjach i liceach. Program ten ma za zadanie zwiększyć wiedzę młodych osób na ww. tematy lub też potwierdzić posiadaną wiedzę i rozwiązać wątpliwości na temat zdrowia reprodukcyjnego. Cele i główne zamierzenia projektu oraz ankietę, przy pomocy której realizowany będzie program znajdują się poniżej.

Jeżeli chciałbyś wziąć udział w przygotowaniach materiałów do tego projektu, albo poprowadzić taką lekcję dla maluchów zgłoś się do koordynatora projektu.

Studenci dzieciom

Koordynator: Olga Gryniewicz grynia@esculap.pl tel. 671-73-18, 505 031 122

Czas realizacji: nieograniczony

W projekcie chodzi o pomoc dzieciom uczącym się w Szkole Podstawowej nr 327 w Warszawie. Uczniowie tej placówki to przede wszystkim dzieci z porażeniem mózgowym, w większości poruszające się na wózkach inwalidzkich. Mają różnego rodzaju i stopnia zaburzenia w sferze ruchowej (niedowład, ruchy mimowolne itp.), zaburzenia percepcji wzrokowej, słuchowej, zaburzenia mowy. Oczywiście jest więc, że dzieci te potrzebują pomocy przy wielu czynnościach dnia codziennego. Praca wolontariusza może przyjąć dwie formy:

1. w szkole
2. w domu dziecka

AD1

Jest to praca w wymiarze, jaki sami wybierzemy, ale określonego dnia tygodnia, o określonej (przez nas) godzinie, między 8 a 15 (wtedy dzieciaki są w szkole!). Obowiązki wolontariusza polegałyby na pomocy w czasie lekcji, podczas obiadu i w toalecie. Mile widziani Silni Mężczyźni!

AD2

Ta forma ma wiele zalet: większa swoboda w wyborze godzin (raczej po południu) i doborze miejsca (można wybrać rodzinę, która mieszka blisko nas). Wolontariusz pomagałby rodzicom np. w domowej rehabilitacji i umożliwił im wyjście z domu (szukamy ludzi ODPOWIEDZIALNYCH).

Bez względu na to, na którą formę się zdecydujemy, musimy dobrze to przemyśleć! Przede wszystkim nasze zobowiązanie powinno być traktowane poważnie i obejmować co najmniej cały (już nie cały) semestr. Przydałoby się też, żeby Ochotnik żywił choć odrobinę sympatii do dzieci. Powinien również być gotowy na trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem.

Jeśli mimo tych wymagań i ogromu nauki, jaki na pewno Cię czeka, chcesz pomóc – skontaktuj się z koordynatorem projektu.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

„Kardiologia praktyczna”

Mirosław Dłużniewski, Artur Mamcarz, Patryk Krzyżak

Katedra i Klinika Kardiologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie od ponad ćwierć wieku prowadzi zajęcia z kardiologii ze studentami ostatnich lat naszej uczelni. Od ponad 3 lat zespół naszej Katedry szkoli lekarzy z całej Polski w ramach Podyplomowej Szkoły Kardiologicznej.

Występując naprzeciw licznym prośbom, zarówno studentów, jak i lekarzy, w 2002 roku wystąpiliśmy z inicjatywą wydania podręcznika, który w przystępny sposób omawiałyby trudne nierzadko problemy kardiologii klinicznej. Podręcznik ten został zatytułowany – „Kardiologia praktyczna”, naszym założeniem było bowiem poruszanie problemów w bardzo przystępny sposób. Podręcznik jest bogato wyposażony w ryciny i tabele, a każdy rozdział kończymy praktycznym podsumowaniem zatytułowanym: „WARTO ZAPAMIĘTAĆ” i spisem wybranych lektur, które uzupełniają przedstawiony w opracowaniu materiał.

W 2002 roku wydaliśmy dwa tomy podręcznika: pierwszy, dotyczący diagnostyki kardiologicznej i drugi, który porusza problemy farmakologii klinicznej. To bardzo ważne i trudne zagadnienia, także dlatego, że jesteśmy świadkami ogromnego rozwoju w tym zakresie. Nowoczesne procedury diagnostyczne umożliwiają precyzyjną ocenę pacjenta i postawienie prawidłowego rozpoznania, a rozwój farmakologii klinicznej stwarza możliwość bardzo skutecznej terapii. Stoimy czasem przed trudnymi wyborami, w podręczniku przedstawiliśmy zasady postępowania w różnych sytuacjach klinicznych. Przedstawiliśmy wszystkie ważne grupy leków kardiologicznych. Jakie leki kardiologiczne są ważne? Wszystkie te, których skuteczność została udokumentowana w wielkich próbach klinicznych. Niektóre z nich wydłużają życie pacjentów, inne poprawiają jego jakość – to również ważne.

Podręcznik ten, co w naszej opinii zasługuje na szczególne podkreślenie, jest przeznaczony równocześnie dla studentów i lekarzy. To znak czasów, w których żyjemy. Dziś jest coraz mniej czasu na przygotowania do dorosłego życia lekarskiego, a konkurencja coraz większa.

Koleżanki i Koledzy Studenci!

Namawiamy Was do zainteresowania Kardiologią. To specjalizacja fascynująca już dziś, a możliwości rozwoju obiecują wiele w przyszłości. NAPRAWDĘ WARTO.

Wydawcą podręcznika jest Akademia Medyczna w Warszawie, a autorami opracowań pracownicy Katedry i Kliniki



Kardiologii. Logo Uczelni i naszej Kliniki na okładce podręcznika to wyzwanie dla zespołu opracowującego następne tomy. W planie na ten rok są dwa: „Choroba niedokrwienna serca” i „Zaburzenia rytmu serca”, problemy trudne, ciekawe, inspirujące. Zaprośiliśmy do współpracy wielu wybitnych znawców zagadnienia spoza naszej Kliniki. W przyszłym roku kolejne tomy. Chcielibyśmy przedstawić w sposób „praktyczny” całą nowoczesną kardiologię. Wiemy, że to trudne zadanie, ale mamy wiele zapału.

Wydanie podręcznika nie byłoby możliwe bez wsparcia naszych przyjaciół w realizacji tego celu. Dziękujemy firmie Schwarz Pharma za wieloletnią współpracę i wspieranie naszych inicjatyw. Firma ta rozumie, że działamy wspólnie dla dobra naszych pacjentów.

Będziemy wdzięczni za opinie dotyczące Podręcznika, który studenci, a także absolwenci mogą otrzymać nieodpłatnie w Sekretariacie Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie ul. Kondratowicza 8.

KALENDARZ IMPREZ MEDYCZNYCH 2003

- 27.02-3.03.2003 Krynica
XIV Naukowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Flebologicznego
- 7-8.03.2003 Katowice
I Polsko-Litewska Konferencja Internistyczna
- 13-15.03.2003 Kościelisko
V Konferencja Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej PTK i International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology
- 15.03.2003 Warszawa
Szkola Pneumonologii
- 22.03.2003 Łódź
IX Łódzka Konferencja Kardiologiczna
- 28-29.03.2003 Katowice
Rodzina i Opieka Zdrowotna
- 3-4.04.2003 Warszawa
Interna 2003
- 4-6.04.2003 Poznań
XXVI Sympozjon Retinologiczny
- 24-26.04.2003 Łódź
III Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej
- 25-26.04.2003 Bydgoszcz
International Conference of Students Scientific Society
- 8-10.05.2003 Kraków
Międzynarodowy Kongres Wad Zastawkowych
- 9-10.05.2003 Szczyrk
Konferencja Neurologiczna
- 9-10.05.2003 Gdańsk
XI Międzynarodowa Studencka Konferencja Naukowa
- 16-17.05.2003 Lublin
VI Lubelska Konferencja Hematol.
- 22-24.05.2003 Kielce
IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej XX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
- 22-24.05.2003 Katowice
Wiosenna Konferencja Zarządu Głównego PTK oraz Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej PTK
- 24.05.2003 Warszawa
XIV Wielodyscyplinarne Forum Osteoporotyczne
- 22-24.05.2003 Baranów Sandomierski
VI Lubelskie Dni Reumatologiczne
- 22-24.05.2003 Katowice
Wiosenna Konferencja Zarządu Głównego PTK i Zarządu Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej PTK
- 23-25.05.2003 Łódź
IX Zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
- 24.05.2003 Międzyzlesie
XIV Wielodyscyplinarne Forum Osteoporotyczne
- 30-31.05.2003 Poznań
V Konferencja Sekcji Echokardiografii PTK
- 30-31.05.2003 Zabrze
Warsztaty Kardiologii Inwazyjnej

KOMUNIKATY

W rankingu szpitali tygodnika „Newsweek Polska” w roku 2002 spośród 196 ośrodków ortopedycznych wytypowanych przez Ministerstwo Zdrowia do prowadzenia specjalizacji I miejsce, tak jak w roku ubiegłym, zdobyła **Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu AM**, kierowana przez prof. **Andrzeja Góreckiego**. (źródło: Newsweek Polska nr 3 z 19.01.03, s.87-91).

W Newsweeku nr 11 z 16.03. 2003 r. opublikowano ranking oddziałów okulistycznych. Pierwsze miejsce zajęła **Katedra i Klinika Okulistyki II Wydziału Lekarskiego AM**, kierowana przez prof. **Jerzego Szaflika**.

Biblioteka Główna AM informuje o dostępie on-line do pełnych tekstów 108 czasopism zagranicznych prenumerowanych w 2003 roku.
Więcej informacji na stronie www.bibl.amwaw.edu.pl

W dniach 23-24 czerwca 2003 r. w gmachu Rektoratu AM Biblioteka Główna AM organizuje XXII Konferencję Problemową Bibliotek Medycznych, której tematem wiodącym będzie „Rozwój zintegrowanych usług bibliotecznych”.
Więcej informacji na stronie www.bibl.amwaw.edu.pl

12-13 kwietnia 2003 w Warszawie odbędzie się konferencja naukowa "PLACEBO – DZIAŁANIE I OBECNE MIEJSCE W BADANIACH MEDYCZNYCH"

Przewodniczącym Komitetu Naukowego Konferencji jest prof. dr hab. n. med **Andrzej Górski**.

Prelegenci reprezentują największe ośrodki naukowe, międzynarodowe organizacje oraz czołowe uczelnie świata m. in.:

Harvard Medical School (USA), Uniwersytet w Getyndze (Niemcy), Medical Research Council (Wlk. Brytania), Centrum Bioetyki Narodowego Instytutu Zdrowia (USA), WHO – Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii

(Polska), Uniwersytet Wiedeński (Austria), Duke University Medical Center (USA), Sekcja Bioetyki Rady Europy, Międzynarodowa Organizacja Naukowców Medycznych, Uniwersytet w Paryżu..

Program przewiduje około 30 wykładów i prelekcji.

Językami oficjalnymi konferencji są angielski i polski. Tłumaczenie symultaniczne w wybranym języku będzie prowadzone przez cały czas trwania konferencji.

□