



Zespół redakcyjny:

prof. dr hab. **Stefan Kruś** – redaktor honorowy; dr hab. **Jakub Gołąb** – redaktor naczelny; mgr **Mirosława Müldner – Kurpeta** – z-ca redaktora naczelnego; mgr **Magdalena Zielonka** – z-ca redaktora naczelnego, korekta; mgr **Ewa Barciszewska** – sekretarz redakcji.

Wydawca:

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

Adres redakcji:

mgr **Ewa Kępska**, ul. Żwirki i Wigury 61,
02-091 Warszawa, tel. (22) 5720-109,
e-mail:
ewa.kepska@rektorat.amwaw.edu.pl,
mziel@amwaw.edu.pl,
ebarciszewska@bibl.amwaw.edu.pl;
www.amwaw.edu.pl

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

Skład i łamanie:

Magdalena Krawczyk

Druk:

Oficyna Wydawnicza AM

Spis treści

OD REDAKCJI

Mirosława Müldner – Kurpeta

Uczni – pamiętajcie o swojej bibliotece 2

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Prof. Jan Kossakowski 3

Leszek Pączek – Słowo Rektora 4

Lutowy Senat 5

Wybrane publikacje pracowników AM 8

NAUKA

Aleksandra Banaszekiewicz – Ocena skuteczności *Lactobacillus GG* w leczeniu zaparcia u dzieci 12

Irena Bruzgo – Ocena działania nowych pochodnych kwasu ε-aminokapronowego na niektóre parametry hemostazy i aktywność enzymów proteolitycznych. Badania *in vitro* 13

Dominika Dęborska – Materkowska – Zakażenie ludzkimi wirusami herpes typu 6 i 8 u biorców allop przeszczepów narządowych 14

Marcin Dębski – Dejodynaza typu pierwszego (D1) w tkance raków piersi i w tkance niezmienniczej nowotworowo 15

Włodzimierz Krygowski – Diagnostyka różnicowa wazomotorycznych i atopowych nieżytów nosa 15

Jacek Kurzawski – Porównanie obrazu echokardiograficznego z przebiegiem klinicznym i rokowaniem u pacjentów z tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej 17

Hanna Lewandowska – Uszkodzenia poiniekracyjne mięśnia czworogłowego uda u dzieci 18

Jan Kwiatkowski – Anatomia chirurgiczna szczeliny oczodołowej górnej i szczytu oczodołu 18

Patrycja Nejman – Gryz – Wpływ inhibitora fosfodwuesterazy IV na przebieg doświadczalnej astmy atopowej – badania na modelu świnki morskiej 19

Piotr Marianowski – Zastosowanie mikrolaparoskopii w diagnostyce i leczeniu niepłodności 20

Ewa Pacholec – Anatomia nadklinowego odcinka tętnicy szyjnej wewnętrznej, a jej obrazowanie w angiografii rezonansu magnetycznego 21

Janusz Szyndler – Zaburzenia czynności unerwienia neuroprzebieżnikowego ośrodkowego układu nerwowego w modelach drgawek rozniecanych ... 22

Robert Michał Proczka – Naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu /VEGF/ w niedokrwieniu kończyn 23

Maria Joanna Turowska – Problemy stresu w pracy zawodowej anestezjologów. Próba systematyzacji i analizy 24

<i>Mariola Krawiecka</i> – Synteza N-podstawionych pochodnych wybranych izoindoli o spodziewanym działaniu farmakologicznym.....	25	<i>Artur Oręziak</i> – Wpływ przerostu lewej komory na niestabilność elektryczną serca u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.....	30
<i>Rafał Zdun</i> – Anatomia kliniczna węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej.....	26	HISTORIA	
<i>Andrzej Ziembikiewicz</i> – Ocena wyników chirurgicznego leczenia pełnościennego wypadania odbytnicy metodą tylnego umocowania do kości krzyżowej	26	<i>Irmína Utrata</i> – Henryk Fryderyk Hoyer - twórca pierwszego polskiego podręcznika histologii	28
<i>Małgorzata Andrzejewska</i> – Diagnostyka obrazowa pozawątrobowych przyczyn nadciśnienia wrotnego	27	<i>Regina Stańczyk</i> – Zeszyt egzaminacyjny profesora Grzywo- Dąbrowskiego	32
<i>Zbigniew Borkowski</i> – Operacyjne leczenie przepuklin pachwinowych metodą Shouldice'a i Lichtensteina. Prospektywne badanie randomizowane	28	<i>Barbara Czechmeszyńska</i> – Tytus Chałubiński, lekarz inauczytel akademicki XIX-wiecznej Warszawy ...	33
<i>Mariusz Gujski</i> – Histamina w chrząstce stawowej osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Badania biochemiczne, ultrastrukturalne, immunohistochemiczne.....	29	DYDAKTYKA	
<i>Łukasz Koperski</i> – Badania regulatorów dopełniacza CD55 i CD59 w raku gruczołowym przewodowym trzustki.....	29	<i>Krzysztof Włodarski</i> – Studiować, czy przyswajać aksjomaty?	36
<i>Paweł Olejnik</i> – Liczba przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych jako czynnik rokowniczy w raku jelita grubego	30	WYCHOWANIE	
		<i>Mirosława Kram, Ewa Barczykowska, Andrzej Kurylak</i> – Pielęgniarka edukatorem dziecka z chorobą rozrostową krwi i jego rodziców	38
		NOMINACJE	41
		Prof. dr hab. Jacek Malejczyk	
		KOMUNIKATY	43

OD REDAKCJI

Uczeni - pamiętajcie o swojej bibliotece

Niepostrzeżenie biblioteka uczelniana przestaje się z tradycyjnego zbioru książek i czasopism oraz zespołu czytelników w wirtualny system źródeł piśmienniczych, do których dostęp jest niemal natychmiastowy i możliwy w domu, klinice, zakładzie i w zasadzie w każdym zakątku świata. Coraz więcej tekstów przyjmuje postać elektroniczną, a Internet umożliwia łączenie się z bazami danych, w których można szybko wyszukiwać potrzebne pozycje, czytać je i drukować. Tradycyjne zbiory będą jeszcze jakiś czas dominować, ale tempo przemian jest olbrzymie i już nic tego procesu nie zatrzyma.

Nie znaczy to jednak, że funkcja biblioteki „papierowej” zaniknie. Przeciwnie, książki, czasopisma i odbitki artykułów naukowych nadal będą stanowić podstawowy materiał piśmienniczy. Czytanie na ekranie komputera bez wątpienia jest mniej efektywne niż czytanie druku. Pojawiają się specjalne wyświetlacze, które imitują papier, ale wciąż nie zapewniają one całościowego odbioru tekstów dłuższych niż kilkunastu linijek artykułu.

Światowe piśmiennictwo biomedyczne jest ogromne. Samych czasopism jest ok. trzy-

nastu tysięcy, nie mówiąc o książkach i publikacjach kongresowych. Liczba jednostek piśmienniczych sięga setek tysięcy rocznie. Dostęp do nich ułatwiają systemy baz danych. Z wieloma Biblioteka Główna AM w Warszawie podpisała umowę, ale mimo rozległości tych kontaktów nie wszystkie ważne prace do nas automatycznie docierają, nawet te publikowane przez autorów z warszawskiej AM. Nie jest to możliwe ze względu na wielkie rozproszenie redakcji, wydawców i organizatorów imprez naukowych, a ponadto niektóre bazy zamieszczają tylko streszczenia. Z tego powodu nie mamy w zbiorach wielu wartościowych prac publikowanych w czasopismach o wysokim *Impact Factor*, a nasi uczeni zapominają o konieczności dostarczania odbitek lub wersji elektronicznych swoich dzieł. Skutek jest taki, że do tych prac nie mają dostępu inni badacze ani studenci, a elektroniczna „Bibliografia publikacji pracowników naukowych AM w Warszawie” pozostaje zubożona. Biblioteka Główna AM od 1993 roku uzupełnia ten wykaz na bieżąco.

Mirosława Müldner - Kurpeta

PROF. JAN KOSSAKOWSKI - LEKARZ I TWÓRCA

17 lutego w Sali Senatu odbyła się uroczysta sesja naukowa ku czci wielkiego polskiego chirurga i kardiochirurga dziecięcego, profesora Jana **Kossakowskiego**. Z tej okazji spotkali się wychowankowie Profesora, a w ich imieniu sesję otworzył Dziekan II WL prof. Maciej **Karolczak**, przedstawiciel trzeciego pokolenia spadkobierców dzieła prof. Kossakowskiego, który w krótkim przemówieniu przedstawił Jego sylwetkę i osiągnięcia na polu kardiochirurgii dziecięcej. Następnie Rektor AM, prof. Leszek Pączek odznaczył Medalem im. dr. Tytusa **Chałubińskiego*** troje wybitnych lekarzy, uczniów prof. Kossakowskiego: prof. dr. hab. Krystynę **Wysocką**, prof. dr. hab. Kazimierza **Łodzińskiego** oraz prof. dr. hab. Jarosława **Stodulskiego**. Po wręczeniu medali rozpoczęła się sesja naukowa. Wykład wygłosiła między innymi Profesor Krystyna Wysocka, która podzieliła się wspomnieniami z długoletniej pracy w zespole prof. Kossakowskiego. Nie zabrakło także wspomnień o pozazawodowych zainteresowaniach Profesora, znanego także jako twórca sztuki. Na pierwszym piętrze budynku rektoratu otwarto wystawę rysunków i rzeźb Jego autorstwa.



Jan Kossakowski (6 maja 1900 - 14 marca 1979). Chirurg, specjalista chirurgii dziecięcej. W 1927 r. Ukończył Wydział Lekarski **Uniwersytetu Warszawskiego**. Przez pewien czas pracował na Oddziale Gruźliczym szpitala na Woli, następnie był asystentem II Kliniki Chirurgicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego (kierowanej przez **Zygmunta Radlińskiego**). Odbił kilka naukowych podróży zagranicznych. W 1937 objął kierownictwo Oddziału Chirurgicznego Kliniki Pediatricznej w Warszawie. Brał udział w kampanii wrześniowej.

W 1947 r. obronił pracę habilitacyjną „Wskazania do zabiegów chirurgicznych u noworodków i niemowląt w świetle spostrzeżeń własnych”. Rok później - jako stypendysta Fundacji Rockefellera - odbył podróż naukową do klinik francuskich i szwajcarskich. W roku 1950 został kierownikiem pierwszej w Polsce Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Warszawie. W 1951 r. otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, w 1959 r. profesora zwyczajnego. Był specjalistą krajowym w zakresie chirurgii dziecięcej. Objął także asystenturę ówczesnej II Kliniki Chirurgicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

Opracował program szkolenia i specjalizacji w zakresie chirurgii dziecięcej, przyczynił się do powstania nowych oddziałów specjalistycznych w Polsce. Zainicjował działalność Polskiego Towarzystwa Chirurgii Dziecięcej (1967 - członek honorowy), był także członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich. Przyczynił się do rozwoju badań nad chirurgią klatki piersiowej u dzieci (m.in. operacji wad wrodzonych serca).

*O doktorze Tytusie Chałubińskim prosimy czytać na str. 33

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek

Szanowni Państwo!

Za niespełna miesiąc minie 27 lat od chwili, kiedy po długiej i ciężkiej chorobie odszedł profesor Jan Kossakowski.

Profesor Kossakowski był rzadkim typem naukowca, który pracę naukową łączył z niezwykle pasją wyznaczania nowych horyzontów w specjalnościach lekarskich, które wówczas wydawały się nieco zapomniane i na uboczu ogólnych trendów medycyny. Taką dziedziną była chirurgia dziecięca. Profesor Kossakowski pchnął tę dziedzinę wiedzy na poziom dotychczas w Polsce niespotykany. Z jego inicjatywy powstało szereg oddziałów chirurgii dziecięcej w Warszawie, Szczecinie, Gdańsku, Kielcach i wielu innych miastach. Działając w warunkach chronicznego niedoboru najtrudniejszych lat odbudowy kraju ze zniszczeń wojennych i w niezwykle skomplikowanym systemie politycznym stworzył od podstaw system chirurgii dziecięcej w Polsce. Jest więc profesor Kossakowski jednym z niezwykłych wizjonerów, którzy swoją wolą i pasją dokonali rzeczy niezwykłych. Dołącza on do grona naukowców, których nazwiska są kamieniami milowymi rozwoju medycyny i nauk pokrewnych – Ludwika Pasteura, Roberta Kocha czy Kazimie-

rza Funka. Wpisuje się zatem w wielowiekową tradycję ciągłego postępu na nieznanym dotychczas nauce terytorium.

Tak samo było, kiedy objął stanowisko asystenta ówczesnej II Kliniki Chirurgicznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego i później, kiedy kierował Katedrą i Kliniką Chirurgii Dziecięcej Kliniki Pediatricznej w Warszawie. Charakteryzowała się ona stałym rozwojem różnych, coraz trudniejszych specjalności, zaś w ostatnim 10-leciu pracy Profesora w niej – szczególnym rozwojem kardiologii: przeprowadzono tam co najmniej 500 zabiegów na otwartym sercu u dzieci.

Dziś takie operacje są rutynowe. Jednak w latach 50. i 60. budziły one najwyższy podziw i szacunek – upłynęło przecież niewiele lat, kiedy zostało złamane tabu operacji na otwartym sercu – tak silne jeszcze w latach 30. ubiegłego wieku. Dziś operacje te odarte są z nimbu nowości, choć nadal lekarze ich dokonujący są w ścisłej awangardzie swojego zawodu. Są wśród nich obecni na tej sali profesorowie – kardiolog dziecięcy pani profesor Krystyna Wysocka i chirurg dziecięcy – pan profesor Kazimierz Łodziński. Oboje są uczniami i wychowankami prof. Kossakowskiego. Oznacza to, że w swojej pracy przejęli



Medale im dr. Tytusa **Chałubińskiego** z rąk JM Rektora AM, prof. dr. hab. Leszka **Pączka** odebrało troje wybitnych lekarzy, uczniów prof. Kossakowskiego: prof. prof. dr hab. Krystyna **Wysocka**, Kazimierz **Łodziński** i Jarosław **Stodulski**.



Na I piętrze rektoratu otwarta została wystawa rysunków i rzeźb autorstwa prof. Kossakowskiego.

najwyższe standardy zawodowe przekazane im przez Niego.

Hanna Krall napisała książkę „Zdażyć przed Panem Bogiem” – opowieść o innym polskim kardiochirurgu, profesorze Marku Edelmanie, ostatnim żyjącym przywódcy powstania w getcie warszawskim. Postacie profesorów Jan Kossakowski i Marka Edelmana łączy bardzo wiele – ich głównym i najważniejszym celem było zawsze ratowanie życia pacjentów – ów wyścig z czasem, z Panem Bogiem, z nieubłaganą, bezlitosną chorobą. Profesor Kossakowski swoją działalność skupił na ratowaniu najbardziej bezbronnych, najmłodszych chorych. Do dziś żyje wielu z jego dawnych pacjentów. Każdy z nich jest najdobitniejszym dowodem osiągnięć profesora Kossakowskiego. Dowodem niezwykłej woli człowieka, który zawsze miał jedną ambicję – zdażyć.

Za trzy lata, w roku 2009, będziemy obchodzili dwie rocznice: 200-lecie kształcenia

medycznego w Warszawie i 30-lecie śmierci profesora Jana Kossakowskiego. Będzie to niezwykle rok podsumowań i wyznaczania nowych planów na przyszłość. Przyszłość jednak nie może istnieć bez przeszłości, tak jak żaden naród nie może istnieć bez pamięci swojej historii. Dla nas, lekarzy, sylwetka profesora Kossakowskiego będzie zawsze drogowskazem i wzorem niezwykłej postawy życiowej – naznaczonej poświęceniem dla idei, wyznaczającej nowe horyzonty. Profesor Kossakowski pozostanie w naszej pamięci jako niezwykle wizjoner, wykraczający poza granice i ograniczenia swoich czasów. Zygmunt Krasiński, polski dramaturg epoki romantyzmu na wiadomość o zgonie Adama Mickiewicza napisał znamienne słowa: „my z Niego wszyscy”. Słowa, które odnoszą się doskonale do wspominanej postaci profesora Jana Kossakowskiego. Wszyscy korzystamy z jego dokonań.

LUTOWY SENAT

13 lutego br. odbyło się pierwsze tegoroczne posiedzenie Senatu AM. Po otwarciu obrad JM Rektor AM, prof. dr hab. Leszek **Pączek**, który im przewodniczył wręczył: akty powołań na członków Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych prof. dr hab. Januszowi **Piekarczykowi** i prof. dr hab. Piotrowi **Zaborowskiemu**; akt mianowania na stanowisko profesora zwyczajnego oraz gratulacje Ministra Zdrowia prof. dr hab. Bogdanowi **Michałowiczowi**; akty mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego prof. dr hab. Piotrowi **Ciostkowi** i dr hab. Kazimierzowi **Owczarkowi**, a także złożył gratulacje prof. dr hab. Wojciechowi **Rowińskiemu** – zwycięzcy konkursu w kategorii Lider roku 2005 w Ochronie Zdrowia – Zdrowie Publiczne.

W dalszej części obrad na pierwszy ogień poszły...

Sprawy finansowe uczelni

Kwestor AM, mgr Halina **Biernacka** wystąpiła z wnioskiem o przeniesienie na rok 2006 kilku funduszy inwestycyjnych i funduszy na zakupy środków trwałych do celów dydaktycz-

nych, które z powodów organizacyjnych nie zostały wykorzystane w 2005 r. Wniosek dotyczył zakupów inwestycyjnych oraz środków na tzw. inwestycje budowlane.

W dyskusji nad przyczynami niewykorzystania tych środków w roku ubiegłym, procedur związanych z realizacją rozmaitych zamierzeń, planowaniem zamówień publicznych i zmianami, które w tej mierze muszą nastąpić, by można było działać sprawniej, skuteczniej i zgodnie z obowiązującymi przepisami wzięli udział: prof. dr hab. Magdalena **Durlik** - Przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Finansowo - Budżetowych, która poinformowała m.in. o pozytywnej opinii Komisji w sprawie przeniesienia funduszy; prof. dr hab. Marek **Krawczyk** - Dziekan I WL, który stwierdził m.in., że „skoro niektóre jednostki nie wykorzystały środków, to może nie były im one potrzebne”; prof. dr hab. Maciej **Karolczak**, podkreślający w swym wystąpieniu sprawę zaniedbań organizacyjnych przy zakupie sprzętu niezbędnego dla prawidłowego funkcjonowania jednostek i wreszcie Kanclerz AM - mgr Bartosz **Grucza**, który poinformował o podjętych w tej kwestii działaniach i przyjętych procedurach, a tak-

że zaznaczył, że „Roczny horyzont planowania jest niewystarczający i w związku z tym należy zastanowić się nad planami obejmującymi dłuższy okres czasowy, a wtedy decyzje będą bardziej racjonalne”.

Następnie Pani Kwestor przedstawiła założenia do prowizorium planu budżetowego na 2006 r. Założenia te dotyczą przede wszystkim wzrostu funduszu wynagrodzeń (uczelnia zatrudnia 2170 osób), kosztów uruchomienia Centrum Dydaktycznego, wzrostu kwoty na stypendia doktoranckie w związku z większą liczbą doktorantów, funduszu remontowego, wzrostu funduszy dla organizacji studenckich, zakupów związanych z informatyzacją, a także nowych inwestycji. Wśród tych ostatnich najistotniejszą pozycją jest rozpoczęcie budowy biblioteki. Na ten cel planuje się przeznaczyć półtora miliona zł, w tym 321 000 zł to kwota pozyskana z darowizn. Przy założonych wyższych przychodach własnych uczelni planowany budżet zamyka się wynikiem zerowym.

JM Rektor podkreślił, iż jest to tylko prowizorium planu i może ono ulec zmianie. Wszystko zależy od dotacji, jaką otrzyma AM.

W dyskusji na temat planowanego wzrostu funduszu wynagrodzeń, który wzbudził niepokój wielu Senatorów podkreślano, że uczelni systematycznie przybywa studentów, powstają nowe jednostki organizacyjne i wszystko to wiąże się z koniecznym wzrostem zatrudnienia.

W jawnym głosowaniu Senat jednogłośnie opowiedział się za wnioskiem Pani Kwestor w sprawie zmian w Planie Rzeczowo - Finansowym na rok 2005, przesunięcia funduszy na rok 2006 i akceptacji prowizorium planu finansowego na rok 2006.

Sprawy profesorów nadzwyczajnych

Prof. A. **Górecki** poinformował Senat, że 31 marca br. upływa 5-letni okres zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego 3 osób, które nie mają tytułu profesora: dr hab. Jadwigi **Dwilewicz-Trojaczek**, dr hab. Bożeny **Tarchalskiej-Kryńskiej** i dr hab. Andrzeja **Kańskiego**. Senacka Komisja ds. Oceny Profesorów na posiedzeniu 31 stycznia br. dokonała oceny dorobku naukowego i dydaktycznego wymienionych osób i w głosowaniu tajnym jednogłośnie opowiedziała się za przedłużeniem mianowań na czas nieokreślony. Prof. Górecki poinformował też, że 28 lutego upływa

5-letni okres zatrudnienia na tym stanowisku dr. hab. Mariusza Łapińskiego, który korzystał przez 3 lata i 11 miesięcy z urlopu bezpłatnego, związanego z pełnieniem funkcji ministra zdrowia i posła. Podczas urlopu bezpłatnego stosunek pracy uległ zawieszeniu i czas ten nie podlega ocenie okresowej. O okres urlopu bezpłatnego należy więc przesunąć termin mianowania na stanowisku profesora nadzwyczajnego na czas określony. Tym samym dr hab. M. Łapiński powinien mieć przedłużone mianowanie na stanowisku profesora nadzwyczajnego do 31. 01. 2010 r.

Senat w tajnym głosowaniu opowiedział się za zatrudnieniem wymienionych osób na stanowisku profesora nadzwyczajnego na czas nieokreślony.

Sprawy I Wydziału Lekarskiego

1. Rozstrzygnięcie konkursu na stanowisko profesora nadzwyczajnego.

Senat zaaprobował zaopiniowane pozytywnie przez Radę I WL kandydatury na stanowiska profesora nadzwyczajnego: dr. hab. Anatola **Dowżenka** w Zakładzie Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Instytutu Stomatologicznego oraz dr. hab. Macieja **Skórskiego** w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej.

2. Zmiany nazw jednostek organizacyjnych

Decyzją Senatu (na podstawie pozytywnej opinii Rady I WL) zmieniono nazwy:

- I **Zakładu** Anestezjologii i Intensywnej Terapii na I **Klinikę** Anestezjologii i Intensywnej Terapii

- II **Zakładu** Anestezjologii i Intensywnej Terapii na II **Klinikę** Anestezjologii i Intensywnej Terapii

(obie ww. jednostki funkcjonują w strukturze Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii)

- Kliniki Chirurgii **Dzieci** na Klinikę Chirurgii **Dziecięcej**.

Sprawy II Wydziału Lekarskiego

1. Zmiana nazwy

Dokonano zmiany (pozytywnie zaopiniowanej przez Radę II WL) nazwy II Katedry i Kliniki Chirurgii II Wydziału Lekarskiego na II Katedrę i Klinikę Chirurgii **Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej** II Wydziału Lekarskiego.

2. Wysokość czesnego w English Division

Prodziekan II WL dr hab. W. **Koszewski** poinformował, że w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim II WL studiuje 279 osób. Są to studia 4 i 6-letnie. Większość osób korzysta z kredytów i pożyczek na opłacenie czesnego za studia. Aktualnie czesne wynosi: na studiach 6-letnich – 8 700 Euro i na 4-letnich - 10.500 Euro. Do tego dochodzi również opłata za akademik na poziomie 150-250 Euro miesięcznie. W latach ubiegłych kwoty czesnego były takie same, tylko wyrażane w USD. Zmiana płatności z USD na Euro spowodowała, iż - w związku z różnicami kursowymi - czesne wzrosło.

Pan Dziekan zwrócił się do JM Rektora oraz Wysokiego Senatu z wnioskiem, aby w roku 2006/2007 czesne utrzymać na dotychczasowym poziomie. Senat wniosek zaakceptował.

Podczas dyskusji na temat odpłatności za studia w jęz. angielskim oraz ich akredytacji JM Rektor stwierdził, iż należy zastanowić się nad rozszerzeniem tego rodzaju nauczania na innych kierunkach.

Sprawy Wydziału Nauki o Zdrowiu

1. Utworzenie Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Psychiatrycznego

2. Przekształcenie Samodzielnej Pracowni Żywienia Klinicznego w Klinikę Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego

Dziekan WNoZ, dr hab. Piotr Małkowski zwrócił się z wnioskiem do JM Rektora oraz Wysokiego Senatu o utworzenie Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, w której p.o. kierownika byłaby dr Maria Radziwoń – Zaleska oraz o przekształcenie Samodzielnej Pracowni Żywienia Klinicznego w Klinikę Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego, kierowaną przez dr hab. Marka Pertkiewicza. Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie opowiedział się za utworzeniem ww. jednostek. Sprawy personalne pozostawiono do omówienia w późniejszym terminie.

Sprawy rekrutacji

Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof dr hab. Piotr **Zaborowski** poinformował, że w styczniu br. wpłynęły do wszystkich uczelni medycznych pisma z MEN, które porządkują pewne elementy znajdujące się

w uchwałach rekrutacyjnych. Zobowiązano uczelnię do likwidacji zapisu & 2 ust.5, który dot. matury międzynarodowej, a przy kwalifikacji na specjalność „higiena stomatologiczna” do poszerzenia grona uprzywilejowanych kandydatów o laureatów trzech pierwszych miejsc na szczeblu centralnym olimpiad wiedzy przyrodniczej oraz olimpiad wiedzy i umiejętności stomatologicznych. JM Rektor zaznaczył, że dotyczy to tylko studiów pierwszego stopnia, czyli licencjackich.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie zaaprobował wniosek prof. Zaborowskiego.

Sprawy szpitali klinicznych

W tej części posiedzenia Senatorowie dyskutowali o merytorycznych i formalnych aspektach tworzenia oddziałów klinicznych na bazie szpitali miejskich, o możliwości przekazania Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. W. Orłowskiego i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. A. Grucy CMKP, a także o zarzutach prasy pod adresem niektórych szpitali klinicznych i - w związku z tym - o konieczności przeprowadzenia audytów zewnętrznych w każdym z nich. Omówiono także kwestię kontraktów szpitali klinicznych z NFZ.

Komunikaty i wolne wnioski

Na zakończenie posiedzenia pojawiły się komunikaty i wolne wnioski, m.in:

1. JM Rektor poinformował, że 05 listopada 2005 r. powstała Wyższa Mazowiecka Szkoła Zawodowa, powołana przez Władze Samorządowe Mazowsza. Szkoła ma dwa wydziały: medyczny i humanistyczny. Nie jest jeszcze znana decyzja, co do jej bazy, ale rozważana jest propozycja budynków na Ciołka, gdzie AM naucza swoich studentów i być może zostanie wyrażenie najmu. Sprawa bazy zostanie wyjaśniona po 5 marca br. Nowa szkoła - w założeniach - ma częściowo bazować na kadrze AM. W jej organizowaniu uczestniczy również CMKP.

W dyskusji na temat nowej szkoły zabrał głos m. in. prof. J. **Piekarczyk**, który wyraził nadzieję, że powstanie tej szkoły nie będzie wpływać negatywnie na funkcjonowanie AM, a nauczanie w niej ograniczy się do kierunków medycznych, których nie ma w naszej uczelni.

Senat w jawnym głosowaniu zarekomendował osobę JM Rektora AM do składu Komitetu Organizacyjnego WMSZ.

2. JM Rektor przedstawił terminarz prac związany z tworzeniem nowego statutu AM

- do 6 marca - przekazanie wydziałom do konsultacji całego projektu statutu

- 13 marca - otwarte dyskusyjne spotkanie Komisji Statutowej na temat projektu nowego statutu

- 27 marca - pierwsze czytanie statutu na posiedzeniu Senatu

- 24 kwietnia - uchwalenie statutu.

3. Prof. J. Stelmachów zaprosił wszystkich do uczestnictwa w Balu Karnawałowym AM, który odbędzie się 18 lutego br.

(na podst. protokołu z posiedzenia Senatu oprac. eb)

WYBRANE PUBLIKACJE PRACOWNIKÓW NAUKOWYCH AM W WARSZAWIE W CZASOPISMACH Z IMPACT FACTOR (IF 21.159 – IF 2.607) W 2004 R.

1. B. R. Chaitman, C. J. Pepine, J. O. Parker, J. Skopal, G. Chumakova, Jerzy **Kuch**, W. Wang, S. L. Skettino, A. A. Wolff: *Effects of ranolazine with atenolol, amlodipine, or diltiazem on exercise tolerance and angina frequency in patients with severe chronic angina: a randomized controlled trial*. JAMA, 2004; T. 291; nr 3; s. 309-316, IF ISI **21.159**

2. T. Laskus, J. Wilkinson, J. F. Gallegos - Orozco, Marek **Radkowski**, D. M. Adair, M. Nowicki, E. Operskalski, Z. Buskell, L. B. Seeff, H. Vargas, J. Rakela: *Analysis of hepatitis C virus quasispecies transmission and evolution in patients infected through blood transfusion*. Gastroenterology, 2004; Vol. 127; nr 3; s. 764-776, IF ISI **12.718**

3. A. Kowalczyk, R. K. Filipkowski, M. Rylski, Grzegorz M. **Wilczyński**, F. A. Konopacki, J. Jaworski, M.A. Ciemerych, P. Siciński, L. Kaczmarek: *The critical role of cyclin D2 in adult neurogenesis*, J. Cell. Biol., 2004; Vol.167; nr 2; s.209-213, IF ISI **12.023**

4. J. B. Young, M. E. Dunlap, M. A. Pfeffer, J. L. Probstfield, A. Cohen - Solal, R. Dietz, C. B. Granger, J. Hradec, Jerzy **Kuch**, R. S. McKelvie, J. J. McMurray, E. L. Michelson, B. Olofsson, J. Ostergren, P. Held, S.D. Solomon, S. Yusuf, K. Swedberg: *Mortality and morbidity reduction with Candesartan in patients with chronic heart failure and left ventricular sys-*

tolic dysfunction: results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials, Circulation, 2004; Vol. 110; nr 17; s. 2618-2626, IF ISI **11.164**

5. Marcin **Grabowski**, Grzegorz **Karpiński**, Krzysztof J. **Filipiak**, Grzegorz Opolski: *Images in cardiovascular medicine. Drug-induced long-QT syndrome with macroscopic T-wave alternans*, Circulation, 2004; nr 18; s. e459-e460, IF ISI **11.164**

6. T. Laskus, Marek **Radkowski**, Joanna **Jabłońska**, K. Kibler, J. Wilkinson, D. Adair, J. Rakela: *Human immunodeficiency virus facilitates infection/replication of hepatitis C virus in native human macrophages*, Blood, 2004; Vol. 103; nr 10; s. 3854-3859, IF ISI **10.120**.

7. H. Y. Lee, Y. Xu, Y. Huang, A. H. Ahn, G. W. Auburger, M. Pandolfo, Hubert **Kwieciński**, D. A. Grimes, A. E. Lang, J. E. Nielsen, Y. Averyanov, S. Servidei, A. **Friedman**, P. Van Bogaert, M. J. Abramowicz, M. K. Bruno, B. F. Sorensen, L. Tang, Y. H. Fu, L. J. Ptacek: *The gene for paroxysmal non-kinesigenic dyskinesia encodes an enzyme in a stress response pathway*, Hum. Mol. Genet., 2004; Vol. 13; nr 24; s. 3161-3170, IF ISI **8.597**

8. B. R. Chaitman, S. L. Skettino, J. O. Parker, P. Hanley, J. Meluzin, Jerzy **Kuch**, C. J. Pepine, W. Wang, J. J. Nelson, D. A. Hebert,

A. A. Wolff: *Anti-ischemic effects and long-term survival during ranolazine monotherapy in patients with chronic severe angina*, J. Am. Coll. Cardiol. 2004; T. 43; nr 8; s. 1375-1382, IF ISI **7.599**

9. J. Pannu, E. Gore - Hyer, M. Yamanaka, E. A. Smith, S. Rubinchik, J. Y. Dong, Stefania **Jabłońska**, Maria **Błaszczyk-Kostanecka**, M. Trojanowska: *An increased transforming growth factor beta receptor type I: type II ratio contributes to elevated collagen protein synthesis that is resistant to inhibition via a kinase-deficient transforming growth factor beta receptor type II in scleroderma*, Arthritis Rheum. 2004; Vol. 50; nr 5; s. 1566-1577, IF ISI **7.190**

10. Rafał **Płoski**, T. Bednarczuk, Y. Hiro-matsu.: *Distribution of TNFA haplotypes in healthy Caucasians: comment on the articles by Newton et al and Zeggini et al*, Arthritis Rheum; 2004; Vol.50; nr 6; s.2034-2035 author replay 2035-2036, IF ISI **7.190**

11. Tomasz **Świtaj**, A. Jalili, A.B. Jakubowska, N. Drela, M. Stoksik, D. Nowis, G. Basak, Jakub **Gołąb**, P. J. Wysocki, A. Mackiewicz, A. Sasor, K. Socha, Marek **Jakóbiśiak**, Witold **Lasek**: *CpG immunostimulatory oligodeoxynucleotide 1828 enhances antitumor effect of interleukin 12 gene-modified tumor vaccine in a melanoma model in mice*, Clin. Cancer Res. 2004; Vol. 10; nr 12 Pt 1; s. 4165-4175, IF ISI **6.511**

12. A. Jalili, M. Makowski, Tomasz **Świtaj**, D. Nowis, Grzegorz M. **Wilczyński**, E. Wilczek, M. Chorąży-Massalska, A. Radzikowska, Włodzimierz **Maśliński**, Łukasz **Biały**, J. Sieńko, A. Sieroń, M. Adamek, G. Basak, P. Mróz, Ireneusz W. **Krasnodębski**, Marek **Jakóbiśiak**, Jakub **Gołąb**: *Effective photoimmunotherapy of murine colon carcinoma induced by the combination of photodynamic therapy and dendritic cells*; Clin. Cancer Res. 2004; Vol. 10; nr 13; s. 4498-4508, IF ISI **6.511**

13. M. Patten, R. Maas, P. Bauer, B. Luderitz, F. Sonntag, Mirosław **Dłużniewski**, R. Hatala, Grzegorz **Opolski**, H.W. Muller, T. Meinertz: *SOPAT Investigators: Suppression of paroxysmal atrial tachyarrhythmias - results of the SOPAT trial*; Eur. Heart J. 2004; Vol. 25; nr 16; s. 1395-1404, IF ISI **5.997**

14. B. J. Gilligan, H.M. Woo, Maciej **Kosieradzki**, J. R. Torrealba, J. H. Southard, M. J. Mangino: *Prolonged hypothermia causes pri-*

mary nonfunction in preserved canine renal allografts due to humoral rejections; Am. J. Transplant., 2004; Vol. 4; nr 8; s. 1266-1273, IF ISI **5.678**

15. T. M. Miller, D. da Silva, H. A. Miller, Hubert **Kwieciński**, J. R. Mendell, R. Tawil, P. McManis, R. C. Griggs, C. Angelini, S. Servi-dei, J. Petajan, M. C. Dalakas, L. P. Ranum, Y. H. Fu, L. J. Ptacek: *Correlating phenotype and genotype in the periodic paralyses*; Neurology, 2004; Vol.63; nr 9; s.1647-1655, IF ISI: **5.678**

16. F. Stocchi, G. Arnold, M. Onofrj, Hubert **Kwieciński**, A. Szczudlik, A. Thomas, U. Bonuccelli, A. Van Dijk, C. Cattaneo, P. Sala: *Improvement of motor function in early Parkinson disease by safinamide*; Neurology, 2004; Vol. 63; nr 4; s. 746-748, IF ISI **5.678**

17. D. D'Agostino, M. Bertelli, S. Gallo, S. Cecchin, E. Albiero, P. G. Garofalo, A. Gambardella, J. M. St Hilaire, Hubert **Kwieciński**, E. Andermann, M. Pandolfo: *Mutations and polymorphisms of the CLCN2 gene in idiopathic epilepsy*; Neurology 2004; Vol. 63; nr 8; s. 1500-1502, IF ISI **5.678**

18. A. Kochański, Hanna **Drac**, D. Kabzińska, Barbara **Ryniewicz**, Katarzyna **Rowińska-Marcińska**, A. Nowakowski, I. Hausmanowa-Petrusewicz: *A novel MPZ gene mutation in congenital neuropathy with hypomyelination*; Neurology; 2004; Vol.62; nr 11; s.2122-2123, IF ISI **5.678**

19. T. Karapanayiotides, Bartłomiej **Piechowski-Jóźwiak**, G. van Melle, J. Bogousslavsky, G. Devuyst: *Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus*, Neurology; 2004; T. 62; nr 9; s.1558-1562, IF ISI **5.678**

20. Monika **Olidak**, H. Smola, M. Aumailley, F. Rivero, H. Pfister, S. Smola - Hess: *The human papillomavirus type 8 E2 protein suppresses beta4-integrin expression in primary human keratinocytes*; J. Virology; 2004; Vol. 78; nr 19; s. 10738-10746, IF ISI **5.225**

21. J. Hołowiecki, S. Grosicki, T. Robak, S. Kyrzcz-Krzemień, S. Giebel, A. Hellmann, A. Skotnicki, Wiesław Wiktor **Jędrzejczak**, L. Konopka, K. Kuliczowski, B. Zdziarska, A. Domożyńska, B. Mariańska, A. Pluta, K. Zawilska, M. Komarnicki, J. Kloczko, K. Sułek, O. Haus, B. Stella-Hołowiecka, W. Baran, B. Jakubas, Monika **Paluszewska**, A. Wierzbowska, M. Kiełbiński, K. Jagoda: *Addition of cladrib-*

ine to daunorubicin and cytarabine increases complete remission rate after a single course of induction treatment in acute myeloid leukemia. Multicenter, phase III study: Leukemia; 2004; Vol.18; nr 5; s.989-997, IF ISI 5.116

22. J. I. Arenas, J.F. Gallegos - Orosko, T. Laskus, J. Wilkinson, A. Khatib, C. Fasola, D. Adair, Marek **Radkowski**, K.V. Kibler, M. Nowicki, D. Douglas, J. Williams, G. Netto, D. Mulligan, G. Klintmalm, J. Rakela, H. E. Vargas: *Hepatitis C virus quasi-species dynamics predict progression of fibrosis after liver transplantation*, J. Infect. Dis.; 2004; Vol.189; nr 11; s. 2037-2046, IF ISI 4.481

23. Tomasz **Stokłosa**, Jakub **Gołąb**, C. Wójcik, Paweł **Włodarski**, A. Jalili, P. Januszko, Adam **Giermasz**, Grzegorz M. **Wilczyński**, E. Pleban, M. Marczak, S. Wilk, Marek **Jakóbiś**: *Increased local vascular endothelial growth factor expression associated with anti-tumor activity of proteasome inhibitor*; Apoptosis; 2004; Vol. 9; nr 2; s. 193-204, IF ISI 4.563

24. Katarzyna **Grzela**, Maciej **Łazarczyk**, Tomasz **Grzela**: *Nucleic acid-based molecular treatment of allergy*; Curr. Med. Chem.; 2004; T. 3; nr 1; s. 63-73, IF ISI 4.409

25. Katarzyna Grzela, Maciej **Łazarczyk**, Tomasz Grzela: *Protein-based strategies of molecular therapy in allergy*; Curr. Med. Chem.; 2004; T. 3; nr 1; s. 53-62, IF ISI 4.409

26. D. Gazzolo, E. Marinoni, R. Di Iorio, M. Bruschetti, Maria **Borszewska-Kornacka**, M. Lituanina, U. Majewska, G. Serra, F. Michetti: *Urinary S100B protein measurements: A tool for the early identification of hypoxic-ischemic encephalopathy in asphyxiated full-term infants*; Crit. Care Med; 2004; Vol. 32; nr 1; s. 131-136, IF ISI 4.195

27. M. Steurer, G. Gastl, Wiesław Wiktor **Jędrzejczak**, R. Pytlik, W. Lin, E. Schlogl, H. Gisslinger: *Anagrelide for thrombocytosis in myeloproliferative disorders: a prospective study to assess efficacy and adverse event profile*; Cancer; 2004; Vol.101; nr 10; s.2239-2246, IF ISI 4.017

28. Anna **Kamińska**, S. V. Strelkov, B. Goudeau, M. Olive, A. Dagvadorj, Anna **Fidziańska**, M. Simon-Casteras, A. Shatunov, M. C. Dalakas, I. Ferrer, Hubert **Kwieciński**, P. Vicart, L. G. Goldfarb: *Small deletions disturb desmin architecture leading to breakdown in muscle cells and development of skeletal or*

cardioskeletal myopathy; Hum. Genet; 2004; Vol. 114; nr 3; s. 306-313, IF ISI 4.022

29. Celina **Tomaszewicz-Libudziec**, Agata **Brzozowska**, Gabriela **Jagielska**, Jadwiga **Komender**: *Antimyocardial antibodies in anorexia nervosa*; J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry; 2004; Vol.43; nr 11; s. 1325-1326, IF ISI 3.779

30. T. Robak, J.Z. Błoński, J. Góra-Tybor, M. Kasznicki, L. Konopka, B. Ceglarek, M. Komarnicki, K. Lewandowski, A. Hellmann, K. Lewandowski, A. Moskwa, A. Dmoszyńska, B. Sokołowska, Jadwiga **Dwilewicz-Trojaczek**, A. Tomaszewska, K. Sułek, M. Calbecka: *Second malignancies and Richter's syndrome in patients with chronic lymphocytic leukaemia treated with cladribine*; Eur. J. Cancer; 2004; Vol.40; nr 3; s.383-389, IF ISI 3.694

31. Y. Vanrenterghem, J. P. van Hooff, M. Klinger, Z. Włodarczyk, J. P. Squiflet, G. Mourad, P. Neuhaus, A. Jurewicz, L. Rostaing, B. Charpentier, Leszek **Pączek**, H. Kreis, R. Chang, L. C. Paul, J. M. Grinyo, C. Short: *The effects of FK778 in combination with tacrolimus and steroids: a phase II multicenter study in renal transplant patients*; Transplantation; 2004; Vol. 78; nr 1; s.9-14, IF ISI 3.608

32. R. B. Alexander, D. L. Mann, Andrzej A. **Borkowski**, M. Fernandez - Vina, N. Klyushnenkova, J. Kodak, K. J. Probert, M. Kincaid: *Granulomatous prostatitis linked to HLA-DRB1*1501*; J. Urol.; 2004; Vol. 171; nr 6 Pt 1; s. 2326-2329, IF ISI 3.297

33. H. T. Gazda, R. Zhong, L. Long, E. Niewiadomska, J. M. Lipton, A. Płoszyńska, J. M. Zaucha, A. Vlachos, E. Atsidaftos, D. H. Viskochil, C. M. Niemeyer, J. J. Meerphol, Roma **Rokicka-Milewska**, D. Pospisilova, Wiesław Wiktor **Jędrzejczak**, D. G. Nathan, A. H. Beggs, C. A. Sieff: *RNA and protein evidence for haplo-insufficiency in Diamond-Blackfan anaemia patients with RPS 19 mutations*; Br J. Haematol.; 2004; Vol.127; nr 1; s.105-113, IF ISI 3.267

34. M. Macrea, Piotr **Pruszczyk**, A. Torbicki: *Cardiac troponin T monitoring and acute pulmonary embolism [3] (multiple letters)*; Chest; 2004; Vol.126; nr 2; s.655-656, IF ISI 3.264

35. Grzegorz **Opolski**, A. Torbicki, Dariusz A. **Kosior**, M. Szulc, B. Wozakowska-Kaplon, P. Kołodziej, P. Achremczyk: *Rate control: vs rhythm control in patients with nonvalvular*

persistent atrial fibrillation: the results of the Polish How to Treat Chronic Atrial Fibrillation (HOT CAFE) Study; Chest; 2004; Vol.126; nr 2; s. 476-486, IF ISI **3.264**

36. Witold **Lasek**, G. Basak, Tomasz **Świtaj**, A. B. Jakubowska, P. J. Wysocki, A. Mackiewicz, N. Drela, A. Jalili, R. Kamiński, K. Kozar, Marek **Jakóbisiak**: *Complete tumour regressions induced by vaccination with IL-12 gene-transduced tumour cells in combination with IL-15 in a melanoma model in mice*; Cancer Immunol. Immunother; 2004; Vol. 53; nr 4; s. 363-372, IF ISI **3.130**

37. D. Mirowska, W. Wicha, Andrzej **Członkowski**, Anna Członkowska, F. Weber: *Increase of matrix metalloproteinase-9 in peripheral blood of multiple sclerosis patients treated with high doses of methylprednisolone*; J. Neuroimmunol; 2004; Vol.146; nr 1-2; s.171-175, IF ISI **3.054**

38. R. N. Khayat, Tadeusz **Przybyłowski**, K. C. Meyer, J. B. Skatrud, B. J. Morgan: *Role of sensory input from the lungs in control of muscle sympathetic nerve activity during and after apnea in humans*; J. Appl. Physiol.; 2004; Vol.97; nr 2; s. 635-640, IF ISI **3.027**

39. T. Wysokińska, W. Janaszek, B. Bucholc, P. Górka, G. Gniadek, Janusz **Ślusarczyk**, Marcin **Rawicz**: *The prevalence of anti-rubella antibodies in women of childbearing age in Poland*; Vaccine; 2004; T. 22; nr 15-16; s.1899-1902, IF ISI **3.007**

40. Stefania **Jabłońska**, Maria Błaszczuk-**Kostanecka**: *Is superficial morphea synonymous with atrophoderma Pasini-Pierini?*; J. Am. Acad. Dermatol.; 2004; Vol. 50; nr 6; s. 979-980, IF ISI **2.971**

41. M. Zach, Andrzej **Friedman**, J. Sławek, M. Derejko: *Quality of life in Polish patients with long-lasting Parkinson's disease*; Mov. Disord.; 2004; Vol.19; nr 6; s.667-672, IF ISI **2.895**

42. A. Kochański, Hanna **Drac**, D. Kabzińska, I. Hausmanowa - Petrusiewicz: *A novel mutation, Thr65Ala, in the MPZ gene in a patient with Charcot-Marie-Tooth type 1B disease with focally folded myelin*; Neuromuscul. Disord.; 2004; Vol.14; nr 3; s. 229-232, IF ISI **2.894**

43. P. Bieńkowski, A. Rogowski, A. Korkosz, Paweł **Mierzejewski**, K. Radwańska, L. Kaczmarek, A. Bogucka-Bonikowska, Wojciech **Kostowski**: *Time-dependent changes in al-*

cohol-seeking behaviour during abstinence; Eur. Neuropsychopharmacol.; 2004; T. 14; nr 5; s. 355-360, IF ISI **2.842**

44. C. P. Smith, Piotr **Radziszewski**, Andrzej **Borkowski**, G. T. Somogyi, T. B. Boone, M. B. Chancellor: *Botulinum toxin a has anti-nociceptive effects in treating interstitial cystitis*; Urology; 2004; Vol. 64; nr 5; s. 871-875 disc. 875, IF ISI **2.782**

45. Wojciech **Feleszko**, J. Maksymiuk, G. Oracz, D. Golicka, Hanna Szajewska: *The TUBEX typhoid test detects current Salmonella infections*; J. Immunol. Methods.; 2004; Vol.285; nr 1; s.137-138, IF ISI **2.744**

46. Beata **Zakrzewska-Pniewska**, M. Styczyńska, Aleksandra **Podlecka**, R. Samocka, B. Pepłońska, Maria **Barcikowska**, Hubert **Kwieciński**: *Association of apolipoprotein E and myeloperoxidase genotypes to clinical course of familial and sporadic multiple sclerosis*; Mult. Scler.; 2004; Vol. 10; nr 3; s. 266-271, IF ISI **2.645**

47. Ł. Kraszkiewicz, M. Sosnowski, Lech **Skulski**: *Easy, inexpensive and effective oxidative iodination of deactivated arenes in sulfuric acid*; Tetrahedron; 2004; Vol.60; nr 41; s. 913-919, IF ISI **2.641**

48. Janusz **Pachucki**, D. Wang, D. Christophe, F. Miot: *Structural and functional characterization of the two human ThOX/Duox genes and their 5'-flanking regions*; Mol. Cell Endocrinol.; 2004; Vol.214; nr 1/2; s. 53-62, IF ISI **2.637**

49. A. Kochański, D. Kabzińska, A. Nowakowski, Hanna **Drac**, I. Hausmanowa - Petrusiewicz: *A axonal form of Charcot-Marie-Tooth disease with a novel missense mutation in the myelin protein zero gene*; J. Peripher. Nerv. Syst.; 2004; Vol.9; nr 1; s. 1-2, IF ISI **2.633**

50. Joanna **Matuszkiewicz-Rowińska**, Katarzyna **Skórzewska**, Stanisław **Radowski**, S. Niemczyk, A. Sokalski, Jerzy **Przedlacki**, J. Puka, M. Świtalski, Kazimierz **Wardyn**, J. Grochowski, Kazimierz **Ostrowski**: *Endometrial morphology and pituitary-gonadal axis dysfunction in women of reproductive age undergoing chronic haemodialysis - a multicentre study*; Nephrol. Dial. Transplant.; 2004; Vol. 19; nr 8; s. 2074-2077, IF ISI **2.607**.

Źródło: Baza danych Expertus – Bibliografia publikacji pracowników naukowych AM od 1993 – Biblioteki Głównej AM w Warszawie.

Oprac. A. Głombińska, A. Możdżonek, M. Strzelecka.

Szanowni Państwo. W związku z tym, że nasz miesięcznik nie ukazywał się w ubiegłym roku, a termin wydrukowania zaległych, łączonych numerów (1-3, 6-9 i 10-12) nie jest jeszcze znany, postanowiliśmy wywiązać się przynajmniej ze zobowiązań wobec doktorantów, którzy przesłali nam streszczenia swoich prac. Część tych streszczeń publikujemy poniżej i na dalszych stronach, pozostałe będą się ukazywały sukcesywnie w bieżących wydaniach MDW. Jednocześnie informujemy, że streszczenia doktorskich rozpraw Państwa: Joanny Brydak – Godowskiej, Jakuba Dobrucha, Magdaleny Kuźmy, Adama Mazurkiewicza i Jolanty Zegarskiej umieszczone zostały w numerze 1-3/2005, który – nie wydany jeszcze drukiem – obejrzeć można na stronach Biblioteki Głównej AM: www.bibl.amwaw.edu.pl.

Wszystkich Państwa przygotowujących się do obrony swoich doktoratów prosimy o przesyłanie do redakcji streszczeń tylko w języku polskim, o objętości 2 – 2,5 tysiąca znaków. Prosimy również o dostarczanie nam – w miarę możliwości – swoich zdjęć (niekoniecznie „legitymacyjnych”, ale portretowych) – w formie elektronicznej lub tradycyjnej. Adresy redakcji w „stopce” na str. 1.

STRESZCZENIA PRAC DOKTORSKICH

Ocena skuteczności *Lactobacillus GG* w leczeniu zaparcia u dzieci

Lek. Aleksandra Banaszkiewicz

promotor - dr hab. Hanna Szajewska

recenzenci: dr hab. Halina Woś, dr hab. Piotr Socha

Zaburzenia defekacji są główną przyczyną ambulatoryjnych wizyt pediatrycznych i 10-25% porad u gastroenterologów dziecięcych. Według większości zaleceń pierwszym krokiem w leczeniu zaparcia powinno być oczyszczenie jelita z zalegających mas kałowych. Dalsze postępowanie obejmuje modyfikację diety oraz stosowanie leków przeczyszczających. Obok metod konwencjonalnych stosowane są również metody behawioralne (np. biofeedback) lub kognitywne. W związku z wciąż niezadowalającą odległą skutecznością leczenia, podejmowane są próby wypracowania nowych metod terapeutycznych.

Probiotyki to preparaty lub produkty zawierające dostateczną ilość ściśle zdefiniowanych drobnoustrojów wpływających na mikroflorę określonej okolicy w organizmie gospodarza i dzięki temu wywierających korzystny efekt zdrowotny. Do najbardziej znanych należą bakterie z rodzajów *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*. Ze względu na fakt, że u chorych z

zaparciem stwierdza się zaburzenia mikroflory jelitowej wydaje się, że probiotyki mogą wywierać korzystny efekt terapeutyczny w leczeniu tego schorzenia. Dodatkowym argumentem przemawiającym za ich stosowaniem jest pobudzający wpływ probiotyków na motorykę przewodu pokarmowego.

W pierwszym etapie badania dokonano systematycznego przeglądu piśmiennictwa, aby ocenić rzeczywistą rolę probiotyków w leczeniu zaburzeń defekacji zarówno u dzieci, jak i dorosłych. W tym celu przeszukano komputerowe bazy piśmiennictwa medycznego MEDLINE, EMBASE oraz Cochrane Controlled Trials Register. Analizą objęto badania z randomizacją, wykonane metodą podwójnie ślepej próby, w których porównywano skuteczność probiotyków z placebo w leczeniu zaparcia u dzieci i dorosłych. Za pierwotny punkt końcowy przyjęto powodzenie terapeutyczne według definicji podanej przez autorów. Kryteria kwalifikacji spełniły 2 badania, którymi objęto 140

chorych w wieku od 18 do 60 r. ż. Przegląd wykazał, że *Lactobacillus casei* Shirota oraz *Escherichia coli* Nissle 1917 stosowane u osób dorosłych z zaparciem zwiększają częstość defekacji. Nie znaleziono jednak żadnych podobnych badań przeprowadzonych u dzieci, co nie pozwalało na wnioskowanie o skuteczności probiotyków w tej grupie wiekowej.

Wyniki tego przeglądu piśmiennictwa uznano za racjonalną podstawę do przeprowadzenia badania z randomizacją, metodą podwójnie ślepej próby, z placebo oceniającym skuteczność jednego ze znanych szczepów probiotycznych, *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103), w leczeniu zaparcia czynnościowego u dzieci. Badaniem objęto 84 dzieci w wieku od 2 do 16 lat z zaparciem definiowanym jako oddawanie poniżej 3 stolców w ciągu tygodnia przez ostatnie 3 miesiące. Dzieci losowo przydzielano do jednej z dwóch grup, w których codziennie przez 12 tygodni stosowano 70% laktulozę w dawce 1 ml/kg/dobę oraz (1) *Lactobacillus* GG w dawce 6×10^9 CFU lub (2) identycznie wyglądające i smakujące placebo. Pierwotnym punktem końcowym ocenianym w 12 i 24 tygodniu było powodzenie lecznicze definiowane jako oddawanie powyżej 3 stolców w ciągu tygodnia bez epizodów popuszczania stolca w 12 i 24 tygodniu. Do wtórnych punktów końcowych ocenianych w 2, 4, 8, 12 i 24 tygodniu trwania interwencji należały: (1) liczba stolców w ciągu tygodnia; (2) liczba epizodów popuszczania stolca w ciągu tygodnia; (3) liczba twardych stolców oddawanych w ciągu tygodnia; (4) liczba stolców

oddanych z wysiłkiem w ciągu tygodnia; oraz (5) odsetek pacjentów stosujących leki przeczyszczające (ocena wyłącznie w 24 tygodniu obserwacji) oraz (6) działania niepożądane. Analiza została przeprowadzona zarówno w grupach wyodrębnionych zgodnie z zaplanowanym leczeniem, jak i w grupach wyodrębnionych zgodnie z protokołem badania. Powodzenie lecznicze, definiowane jako oddawanie powyżej trzech stolców w ciągu tygodnia bez epizodu popuszczania stolca, wynosiło w 12 tygodniu w grupie LGG 72% (31/43), a w grupie placebo 68% (28/41), $p=0.7$; w 24 tygodniu odpowiednio 64% (27/42) i 66% (27/41), $p=0.9$. Różnicy znamiennej statystycznie nie stwierdzono również na żadnym z etapów stosowania interwencji w zakresie wtórnych punktów końcowych.

Wnioski:

1. Systematyczny przegląd badań z randomizacją wykazał, że dwa szczepy probiotyczne, *Lactobacillus casei* Shirota oraz *Escherichia coli* Nissle 1917, stosowane u osób dorosłych z zaparciem znamienne zwiększają liczbę wypróżnień w ciągu tygodnia. Ograniczona liczba publikacji, mała liczba pacjentów i niedoskonałości metodologiczne badań sprawiają, że wyniki mają ograniczone znaczenie.

2. W prospektywnym badaniu z randomizacją, wykonanym metodą podwójnie ślepej próby z placebo wykazano, że *Lactobacillus* GG w dawce 6×10^9 CFU stosowany łącznie z laktulozą w dawce 1 ml/kg/dobę był nieskuteczny w leczeniu zaparcia czynnościowego u dzieci w wieku od 2 do 16 lat.

Ocena działania nowych pochodnych kwasu ε-aminokaproнового na niektóre parametry hemostazy i aktywność enzymów proteolitycznych. Badania *in vitro*

Lek. Irena Bruzgo

promotor – dr hab. Krystyna Midura - Nowaczek

recenzenci: prof. dr hab. Jan Pachecka, prof. dr hab. Jerzy Pałka

Celem pracy doktorskiej było określenie wpływu trzech zsyntetyzowanych ε-aminokaproilo-α-aminokwasów:

- ε-aminokaproilo-L-norleucyny (H-EACA-L-Nle-OH)
- chlorowodorku ε-aminokaproilo-L-leucyny (HCl·H-EACA-L-Leu-OH)

- chlorowodorku ε-aminokaproilo-S-benzyl-L-cysteiny (HCl·H-EACA-L-Cys(S-Bzl)-OH) na podstawowe parametry hemostazy i na aktywność niektórych enzymów proteolitycznych *in vitro*, oraz porównanie uzyskanych wyników z odpowiednim działaniem kwasu ε-aminokaproнового (EACA).

Badane związki nie wykazywały wpływu na powstawanie i właściwości skrzepu fibrynowego, tylko H-EACA-Nle-OH w niewielkim stopniu hamowała polimeryzację monomerów fibryny. Natomiast wszystkie badane dipeptydy znacznie silniej niż EACA hamowały agregację płytek krwi, indukowaną zarówno przez kolagen, jak i ADP, co może hamować początkowy proces powstawania skrzepu. Hamowanie adhezji płytek krwi było zbliżone do działania EACA.

Na podstawie badań wpływu ϵ -aminokaproilo- α -aminokwasów na układ fibrynolityczny stwierdzono, że wszystkie badane dipeptydy hamują fibrynolityczne działanie euglobulin. Jednak tylko HCl·H-EACA-L-Cys(S-Bzl)-OH wykazywał aktywność porównywalną z odpowiednim działaniem EACA, natomiast wszystkie dipeptydy, podobnie jak EACA, nie wywierały wpływu na ich aktywność kazeinolityczną.

Badane związki nie wykazywały praktycznie

wpływu na aktywność urokinazy, przy maksymalnym stężeniu obserwowano natomiast niewielką zdolność hamowania amidolitycznego działania kalikreiny. W przypadku t-PA stwierdzono, że dipeptydy H-EACA-Nle-OH i HCl·H-EACA-L-Leu-OH aktywują amidolityczne działanie tego enzymu.

Badane związki miały bardzo słaby wpływ na aktywność proteolityczną i amidolityczną trypsyny i chymotrypsyny, nie wykazywały natomiast żadnego wpływu na działanie Katepsyny B, Katepsyny C i Katepsyny D.

Podsumowując wyniki pracy można stwierdzić, że HCl·H-EACA-L-Cys(S-Bzl)-OH jest związkiem o znacznym i specyficznym działaniu antyfibrynolitycznym, wykazującym jednocześnie wyraźną zdolność hamowania agregacji płytek krwi, co może znaleźć potencjalne zastosowanie jako lek o działaniu antyfibrynolitycznym, ograniczającym jednocześnie ryzyko komplikacji zakrzepowych.

Zakażenie ludzkimi wirusami herpes typu 6 i 8 u biorców alloprzeszczepów narządowych

*Lek. Dominika Dęborska - Materkowska
promotor – prof. dr hab. Magdalena Durlik*

recenzenci: prof. dr hab. Ryszard Grenda, prof. dr hab. Marian Klinger

Doniesienia z ostatnich kilkunastu lat wskazują na znaczącą rolę ludzkich wirusów herpes typu 6 i 8 (HHV-6 i HHV-8) w występowaniu niektórych zespołów chorobowych u osób z supresją układu odpornościowego, w tym u biorców przeszczepu narządowego. Do zakażenia tak HHV-6, jak i HHV-8 może dojść w wyniku infekcji pierwotnej lub reaktywacji zakażenia latentnego, m.in. po zastosowaniu leczenia immunosupresyjnego. Celem pracy była ocena częstości występowania zakażenia HHV-6 i HHV-8 w polskiej populacji biorców i dawców alloprzeszczepu narządowego (nerki lub nerki i trzustki) oraz ocena potencjalnych czynników ryzyka i przebiegu klinicznego zakażenia HHV-6. Prospektywnym badaniem objęto grupę 120 kobiet i mężczyzn, dobranych losowo biorców przeszczepu narządowego. Czas obserwacji wyniósł 48 tygodni. Zastosowano diagnostykę serologiczną: metody ELISA i IF pośredniej do detekcji przeciwciał w klasie IgG i IgM w surowicy dawców oraz bior-

ców przeszczepu. We wszystkich surowicach, w których potwierdzono obecność przeciwciał anti-HHV-6 w klasie IgM wykonano izolację DNA, a następnie przeprowadzono analizę DNA pod kątem obecności obydwu podtypów wirusa z zastosowaniem metody PCR w czasie rzeczywistym.

Wnioski: HHV-6 występuje powszechnie w polskiej populacji biorców przeszczepu nerki. Aktywne zakażenie wirusem ma miejsce u blisko połowy chorych i najczęściej przebiega bezobjawowo w okresie pierwszych 48 tygodni po zabiegu transplantacji. Nieprzebycie zakażenia HHV-6, niskie miano przeciwciał w klasie IgG anti-HHV-6 u biorcy nerki oraz przebycie przez dawcę narządu zakażenia HHV-6 zwiększa prawdopodobieństwo aktywnej infekcji HHV-6 po zabiegu transplantacji. Zakażenie HHV-8 z racji incydentalnego występowania nie stanowi istotnego problemu klinicznego w polskiej populacji biorców przeszczepu.

Dejodynaza typu pierwszego (D1) w tkance raków piersi i w tkance niezmiennionej nowotworowo

Lek. Marcin Dębski

promotor – dr hab. Ewa Bar - Andziak, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Barbara Jarzab, prof. dr hab. Andrzej Lewiński

Wstęp: Hormony tarczycy wpływają na procesy wzrostu, podziału, różnicowania oraz apoptozy komórek. Procesy te są zaburzone w chorobach nowotworowych. Aktywną postacią hormonów tarczycy jest trójiodotyronina, która powstaje głównie w narządach obwodowych w reakcji katalizowanej przez dejodynazę typu pierwszego. Zaburzoną jej funkcję obserwowano w różnych nowotworach, przykładowo w raku jasnokomórkowym nerki i raku tarczycy.

Cel: Wobec braku w literaturze danych dotyczących dejodynazy typu pierwszego w rakach gruczołu sutkowego u ludzi, postanowiono zbadać jej obecność na poziomie mRNA oraz aktywności enzymatycznej w tkankach pochodzących z raka sutka i w kontrolnych tkankach niezmiennionych nowotworowo.

Materiał: Zebrano 36 tkanek pochodzących z raków sutka i 36 tkanek kontrolnych sutka niezmiennionych nowotworowo. Tkanki podzielono według stopnia złośliwości histopatologicznej oraz zaawansowania klinicznego choroby.

Metody: Aktywność enzymatyczna była mierzona za pomocą pomiaru jodu radioaktywnego uwolnionego z substratu. Swoiste

mRNA dla dejodynazy typu pierwszego oceniano w reakcji Northern blot z użyciem specyficznej sondy radioaktywnej.

Wyniki: W tkankach kontrolnych stwierdzono bardzo niską lub niewykrywalną aktywność enzymatyczną dejodynazy typu pierwszego. Swoiste mRNA było obecne tylko w 2 przypadkach. W tkankach raków sutka w 29 przypadkach obserwowano podwyższoną aktywność dejodynazy typu pierwszego, a mRNA było obecne w 13 przypadkach guzów. Aktywność enzymatyczna pozytywnie korelowała z ekspresją mRNA. Wyższe aktywności obserwowano w guzach mniejszych i o niższym stopniu złośliwości.

Wnioski: Dejodynaza typu pierwszego jest wykrywalna w rakach sutka zarówno na poziomie aktywności enzymatycznej, jak i ekspresji mRNA. Regulacja jej aktywności wydaje się zachodzić na poziomie przed- i potranslacyjnym oraz w sposób odmienny w zależności od stopnia złośliwości i zaawansowania. Dejodynaza typu pierwszego jest obecna w tkance niezmiennionej nowotworowo w stopniu znikomym lub niewykrywalnym przy zastosowanej metodyce.

Diagnostyka różnicowa wazomotorycznych i atopowych nieżytów nosa

Lek. Włodzimierz Krygowski

promotor – prof. dr hab. Edward Zawisza

recenzenci: prof. dr hab. Michał Pirożyński, dr hab. Marian Modrzejewski

Nieżyty nosa wśród innych chorób górnych dróg oddechowych należą do najczęstszych przyczyn zgłaszania się chorych do lekarzy pierwszego kontaktu. Ich nawracanie jest zasadniczym powodem skierowań do poradni laryngologicznych, alergologicznych, immunologicznych. Pomimo znaczących postępów w rozumieniu mechanizmów patogenetycznych, rozpoznanie różnych typów nieżytów nosa jest w wielu wypadkach trudne. Klinicz-

na manifestacja nieżytów nosa jest podobna. Prawidłowe rozpoznanie typu nieżytu nosa jest warunkiem właściwego postępowania terapeutycznego.

Nieżyt nosa naczynioruchowy, zwany także idiopatycznym jest ciągle przedmiotem licznych badań doświadczalnych i klinicznych, ale nadal istnieją trudności z określeniem przyczyn wywołujących te zaburzenia. Rola różnych czynników w powstawaniu tego schorzenia nie

jest dostatecznie wyjaśniona. Choroba ta jest klasyfikowana jako niealergiczna na podstawie negatywnych testów poziomu IgE w surowicy krwi, ujemnych testów skórnych, braku zmian cytologicznych rozmazów z powierzchni błony śluzowej nosa. Natomiast alergiczny nieżyt nosa jest wynikiem mediowanej przez Th2 patologii, podwyższonego poziomu IgE w surowicy krwi, udziału komórki tucznej. Nieżyt naczynioruchowy nosa oraz nieżyt nosa alergiczny manifestują się podobnymi objawami (kichanie, wypływ wodnistej wydzieliny, blokada nosa, świąd błony śluzowej).

Celem pracy była ocena słuszności rozpoznawania nieżytów naczynioruchowych nosa przez lekarza laryngologa. W ocenie tej wykorzystano diagnostykę różnicową atopii opartą na wywiadzie, badaniu fizykalnym, wyniku testów skórnych, oznaczeniu stężenia całkowitego IgE, oznaczeniu stężenia alergenowo – swoistych IgE w surowicy krwi przeciwko wybranym alergenom wziewnym i pokarmowym, ocenie cytologicznej rozmazów z powierzchni błony śluzowej nosa, testach prowokacji nosowej alergenem, wykorzystujących metodykę rynomanometrii aktywnej przedniej.

Badaniem objęto 100-osobową grupę pacjentów (45 kobiet i 55 mężczyzn) w wieku od 16-74 lata (średnia wieku 31 lat), u których lekarz laryngolog rozpoznał nieżyt naczynioruchowy nosa. Do badań zakwalifikowano osoby, u których czas trwania choroby wynosił co najmniej 5 lat. Ponadto wyłoniono grupę 36 osób zdrowych, w tym 17 kobiet i 19 mężczyzn bez objawów nieżytu nosa i trudności w oddychaniu przez nos. Grupa ta stanowiła grupę kontrolną.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Zostały uporządkowane w szeregi lub szeregi rozdzielcze w przypadku mierzenia cechy ciągłej. Obliczono średnie lub średnie ważone dla szeregów rozdzielczych, odchylenie standardowe, wariancję, wartości minimalne i maksymalne. Sprawdzając, czy różnice między populacjami są statystycznie istotne, korzystano ze statystyki U dla testu dotyczącego dwóch średnich (próbka duża $n > 30$). Wyniki statystycznie istotne stwierdzono przy $p < 0,05$.

W podsumowaniu wyników badań w grupie osób chorych, wśród objawów klinicznych kichanie występowało u 43 osób (43%), wyciek z nosa u 82 osób (82%), zatkanie nosa u 94

osób (94%), świąd nosa u 63 osób (63%), świąd oczu, uszu i gardła występowały u 59 osób (59%). W badaniu przedmiotowym obejmującym wzniernikowanie przednie nosa (*rhinoscopia anterior*) obrzęk małżowin nosowych stwierdzono u 68 osób (68%), nadmierną ilość wydzieliny obserwowano u 76 osób (76%). Oceniając charakter wydzieliny: wydzielinę surowiczą (wodnistą) stwierdzono u 91% pacjentów, śluzową u 5%, mieszaną u 4% pacjentów. Odmienne od normalnego koloru zabarwienie błony śluzowej nosa stwierdzono u 89 osób (89%). Białe zabarwienie błony śluzowej występowało u 52% osób, sine u 28 %, białe-sine u 11%, żywoczerwone u 9%. Badanie podmiotowe i przedmiotowe są ważnymi elementami postępowania diagnostycznego, ale żaden ze stwierdzanych objawów nie był na tyle specyficzny, aby mógł stać się wyłącznie podstawą do rozpoznania choroby alergicznej. Stanowiło to jedną z zasadniczych przesłanek do wykonania badań uzupełniających, tj. testów alergicznych *in vivo* oraz *in vitro*. Analiza badań wykonanych *in vivo* (skórne testy punktowe) w przebadanej grupie chorych wykazała dodatnie testy skórne na przynajmniej jeden badany alergen u 63 osób (63%). Najczęstszymi uczulającymi alergenami były roztocza kurzu domowego (44%) i pyłki traw (28%). Analiza badań alergologicznych *in vitro* (IgE całkowite, IgE alergenowo-swoiste w surowicy krwi) wykazała podwyższony poziom całkowitego IgE u 44 osób (44%). Obecność swoistych przeciwciał klasy IgE w surowicy stwierdzono u 57 osób (57%). Najczęściej stwierdzano występowanie swoistych IgE przeciwko alergenowi roztocza *Dermatophagoides pteronyssinus* (35%), oraz alergenom pyłków traw (19%).

Obraz uzyskany w badaniu cytologicznym błony śluzowej nosa, odzwierciedlający skład elementów komórkowych, ich jakość i liczbę jest pomocny w różnicowaniu etiologii nieżytów nosa. W badanej grupie chorych średnia eozynofilia w wymazie cytologicznym wynosiła 42%, a średnia ilość granulocytów obojętno-chłonnych 24%.

Ustalenie roli przyczynowej danego alergenu w wywołaniu alergicznego nieżytu nosa w oparciu na danych z wywiadu, na alergicznych testach skórnych oraz badaniu poziomu alergenowo-swoistych IgE jest niekiedy trudne. Rozwiązanie tego problemu może być możli-

we dzięki zastosowaniu testów prowokacji nosowej z alergenem. Celem wykonanych prób prowokacyjnych było potwierdzenie alergicznej przyczyny nieżyty nosa. Do badań zakwalifikowano 40 osób, u których na podstawie wywiadu, testów skórnych (prick test) oraz obecności swoistych przeciwciał IgE rozpoznano alergiczny nieżyt nosa wywołany pyłkami traw lub przez roztocze kurzu domowego. W przeprowadzonych próbach prowokacyjnych wynik dodatni obserwowano u 39 osób (97%).

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Rozpoznanie nieżyty nosa nie sprawia trudności, problemem może być jedynie określenie przyczyny powodującej wystąpienie objawów chorobowych.

2. Największa trudność diagnostyki różnicowej wazomotorycznych i atopowych nieżytów nosa wynika z faktu podobieństwa objawów chorobowych (kichanie, wpływ wodnistej wydzieliny, blokada nosa, świąd błony śluzowej) występu-

jących w tych jednostkach chorobowych.

3. Pacjenci z przewlekłym nieżytem nosa powinni być zbadani przez alergologa, który powinien odróżnić te stany chorobowe i zaproponować odpowiednie leczenie.

4. Tylko uwzględnienie całości obrazu chorobowego tzn. danych z wywiadu rodzinnego i osobniczego oraz wyników testów skórnych, badań laboratoryjnych, potwierdza lub wyklucza chorobę alergiczną i uzasadnia prawidłowe zaszeregowanie badanej osoby do odpowiedniej grupy alergicznej lub niealergicznej.

5. Atopia powinna być zawsze uwzględniana w postępowaniu diagnostycznym nieżytów nosa. Jej rola ze względu na wciąż zwiększającą się liczbę zachorowań będzie stale wzrastać.

Podsumowując można stwierdzić, że nieżyt naczynioruchowy nosa jest często rozpoznawany błędnie. Lekarz laryngolog rozpoznając nieżyt naczynioruchowy nosa powinien uwzględnić możliwość istnienia u podłoża choroby cech atopii.

Porównanie obrazu echokardiograficznego z przebiegiem klinicznym i rokowaniem u pacjentów z tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej

Lek. Jacek Kurzawski

promotor – prof. dr hab. Grzegorz Opolski

recenzenci: prof. dr hab. Adam Torbicki, prof. dr hab. M. Dłużniewski

Badanie kliniczne wykonano u 88 pacjentów z rozpoznaniem w badaniu TTE tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej. Cel pracy związany był z przeprowadzeniem oceny znaczenia morfologii tej wady serca (m. in. wielkości tętniaka, oscylacji jego struktury, kierunku uwypuklenia jego ściany, obecności towarzyszącego przecieku międzyprzedsionkowego, obecności potencjalnego materiału zatorowego w obrębie tętniaka) w potencjalnej etiologii powstania zatorów tętniczych.

W badanej grupie pacjentów w przeszłości wystąpiło 13 zatorów tętniczych, w tym 12 do CUN. Wielkość struktury tętniaka, kierunek uwypuklenia jego ściany oraz jego oscylacja w przeprowadzonej analizie nie były współzależne z wystąpieniem zatoru tętniczego, chociaż nie wykluczały takiej możliwości. Nie wykazano też podobnej współzależności z rozpo-

znanym w TEE współistniejącym przeciekiem przez przegrodę międzyprzedsionkową (w każdej postaci morfologicznej).

W przeprowadzonym badaniu wykazano natomiast, że w podgrupie pacjentów z towarzyszącymi chorobami (lecz bez istotnej współzależności z rodzajem choroby) istnieje ryzyko wystąpienia zatoru tętniczego.

Przeprowadzone badanie własne pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków końcowych:

1. Przezprzełykowe badanie echokardiograficzne ma przewagę nad badaniem przezklatkowym w ocenie towarzyszącego przecieku międzyprzedsionkowego, postaci morfologicznej tętniaka oraz rozpoznaniu obecności potencjalnego sercowopochodnego materiału zatorowego.

2. Najczęściej obserwuje się występowanie

tętniaków o małych wymiarach, które wykazują ruchomość swojej struktury.

3. U pacjentów z tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej w ponad połowie przypadków współistnieje przeciek przez przegrodę międzyprzedsionkową (częściej w postaci PFO).

4. Morfologiczna postać tętniaka przegrody międzyprzedsionkowej nie wpływa istotnie na występowanie tętniczych zatorów.

5. U pacjentów z tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej ryzyko pojawienia się tętniczych epizodów zatorowych związane jest z występowaniem chorób towarzyszących.

Uszkodzenia poiniekcyjne mięśnia czworogłowego uda u dzieci

Lek. Hanna Lewandowska

promotor – prof. dr hab. Jerzy Kiwerski

recenzenci: prof. dr hab. Jan Serafin, dr hab. Robert Granowski

Zmiany bliznowate w mięśniach powstałe wskutek licznych iniekcji domięśniowych u dzieci w 1 r. ż. stanowiły do niedawna duży problem. Zwykle były to iniekcje antybiotyków. Zmieniony bliznowato m. czworogłowy uda powodował narastające ograniczenie zgięcia kolana lub wręcz zablokowanie go w wyprostie.

Materiał kliniczny przedstawiony w pracy obejmuje 70 przykurczów wyprostnych stawu kolanowego (ograniczenie zgięcia) u pacjentów leczonych w STOCER w latach 1975-1995. Wiek operowanych pacjentów wahał się w przedziale od 1 do 16 r. ż., z przewagą grupy wiekowej pomiędzy 2 a 5 r. ż. (40%). Zakres zgięcia stawu kolanowego wahał się od -15° do 90° z przewagą przedziału 0-30° (50%). Leczenie operacyjne polegało głównie na wydłużeniu m. czworogłowego uda (83%). Po okresie unieruchomienia pooperacyjnego (ok. 3 tygodni) stosowano intensywne, trwające 5-6 tygodni leczenie usprawniające.

Wyniki leczenia oceniano po zakończeniu rehabilitacji pooperacyjnej (wyniki wczesne)

oraz po kilku, kilkunastu latach po operacji (wyniki późne). Ocenie poddano zakres zgięcia kolana, zakres biernego i czynnego wyprostowania kolana oraz określono stopień lokomocji (wg własnej skali). Analizując materiał – wyniki wczesne – stwierdzono, że po leczeniu operacyjnym:

- zakres zgięcia kolana znacznie poprawił się (90 - 120° - 51,4%), co umożliwiło pacjentom poprawę lokomocji (IV° - 47,1%) tzn. możliwość chodzenia po schodach, klęku dwunożnego, przysiadu.

- lub powrócił do fizjologicznej normy (powyżej 120° - 30%), co dawało także bardzo dobrą lokomocję (V° - 28,5%) – możliwość biegania, siadania na piętach.

Ponadto analiza wyników odległych wykazała utrzymanie dobrych wyników, a nawet w kilku przypadkach dalszą poprawę zakresu ruchu stawu kolanowego.

Leczeniem z wyboru poiniekcyjnych zwłóknień mięśnia czworogłowego uda u dzieci jest operacyjne wydłużenie mięśnia uzupełnione intensywnym usprawnianiem.

Anatomia chirurgiczna szczeliny oczodołowej górnej i szczytu oczodołu

Lek. Jan Kwiatkowski

promotor – dr hab. med. Jarosław Wysocki

recenzenci: prof. dr hab. Alicja Kędzia, prof. dr hab. Jerzy Szaflik

Celem pracy była analiza rozmieszczenia struktur w obrębie tylnej części oczodołu oraz w szczelinie oczodołowej górnej. Niewielkie rozmiary tej okolicy sprawiają, że na małej

przestrzeni skupionych jest szereg istotnych struktur nerwowych i naczyniowych, związanych z narządem wzroku. Analizowano cechy morfologiczne oczodołu i szczeliny oczodoło-

wej górnej. Zbadano 100 czaszek ludzi obojga płci (46 M i 54 Ż), pochodzących z terenu Kielecczyny z okresu XII i XIII wieku, będących w dyspozycji Zakładu Antropologii Historycznej Uniwersytetu Warszawskiego oraz 100 preparatów oczodołów pochodzących ze zwłok sekcjonowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie.

Szerokość wejścia do oczodołu była istotnie większa na czaszkach męskich (42,4 mm po lewej i 42,6 mm po prawej). Także głębokość oczodołu różniła się istotnie pomiędzy czaszkami żeńskimi (46,98 mm po lewej i 46,8 mm po prawej), a męskimi (50 mm po lewej i 50,3 mm po prawej).

Obecność otworu oponowo-oczodołowego (kanału Hyrtla) stwierdzono w badanym materiale w 28% oczodołów. Podwójny otwór oponowo-oczodołowy spotkano na trzech oczodołach, a potrójny w jednym oczodole, co stanowi w sumie 4,3% materiału badanego. U kobiet otwór oponowo-oczodołowy występował w 40% czaszek, u mężczyzn tylko w 20,6%, a różnica ta była istotna.

W badanym materiale obserwowano ogromną różnorodność kształtów szczeliny oczodołowej górnej, które pogrupowano w 9 typów. W obrębie tych typów udało się wyróżnić 2 główne kategorie: typ a, charakteryzujący się wyraźnym przewężeniem w obrębie szczeliny i typ b, tego przewężenia nie posiadający. Szczeliny typu a i b różniły się szerokością, długością i powierzchnią, przy czym szczeliny typu b były znacznie mniejsze.

O ile nie obserwowano różnic w występowaniu tych typów w zależności od płci czy strony czaszki, to udało się wykazać odmienne ułożenie części miękkich w obrębie obu typów szczelin. W typie b znamienne częściej obserwowano niskie położenie żyły ocznej górnej, która była najniższą leżącą strukturą w tylnej części oczodołu (nie licząc mięśni i tkanki tłuszczowej).

O ile nie obserwowano różnic w występowaniu tych typów w zależności od płci czy strony czaszki, to udało się wykazać odmienne ułożenie części miękkich w obrębie obu typów szczelin. W typie b znamienne częściej obserwowano niskie położenie żyły ocznej górnej, która była najniższą leżącą strukturą w tylnej części oczodołu (nie licząc mięśni i tkanki tłuszczowej).

Wpływ inhibitora fosfodwuesterazy IV na przebieg doświadczalnej astmy atopowej – badania na modelu świnki morskiej

Lek. Patrycja Nejman - Gryz

promotor – dr hab. Hanna Grubek - Jaworska

recenzenci: prof. dr hab. Barbara Machnicka – Rowińska, prof. dr hab. Jan Kuś

Selektywne inhibitory fosfodwuesterazy 4-tej są nową grupą leków przeciwastmatycznych, łączących działanie przeciwzapalne z działaniem rozszerzającym oskrzela. U uczulanych albuminą jaja kurzego (OA) świnek rozwija się reakcja nadwrażliwości dróg oddechowych, jako rezultat prowokacji albuminą.

Celem przeprowadzonych na modelu świnki morskiej doświadczeń było:

- określenie wpływu rolipramu – inhibitora fosfodwuesterazy 4 na modulowanie przebiegu eksperymentalnej reakcji astmatycznej
- porównanie aktywności rolipramu i dexametazonu w odniesieniu do wybranych parametrów kaskady alergicznej: oporu płucnego, napływu białka i komórek zapalnych do dróg oddechowych oraz degranulacji mastocytów
- ocena skuteczności terapeutycznej łącznego stosowania rolipramu z dexametazonem.

Doświadczenia przeprowadzono na świnkach morskich uczulanych i prowokowanych albuminą jaja kurzego.

Uzyskane wyniki wskazują, że rolipram podany jednorazowo skutecznie ograniczał wzrost oporu oddechowego w przebiegu EAR, hamował napływ eozynofików do przestrzeni oskrzelowo-pęcherzykowej w późniejszych etapach reakcji - pomiędzy 1,5 a 24. godziną po prowokacji, a także reduktował wzrost stężenia histaminy w płynie z płukania oskrzelowo-pęcherzykowego. Rolipram nie wpływał na liczbę neutrofilów obecnych w BALF. Aktywność dexametazonu w odniesieniu do hamowania kaskady alergicznej zależała od stosowanego stężenia. Dexametazon podany dwukrotnie przed prowokacją w dawce 1,2 mg/kg skutecznie ograniczał narastanie oporu oddechowego w EAR, a także hamował napływ eozynofików, neutrofilów i limfocytów CD4⁺ do przestrzeni oskrzelowo-pęcherzykowej w póź-

kach morskich uczulanych i prowokowanych albuminą jaja kurzego.

niejszym czasie obserwacji. Dexametazon podany dwukrotnie w dawkach 4mg/kg okazał się mniej skuteczny w porównaniu z samym rolipramem i mniejszą dawką dexametazonu, szczególnie ze względu na nieefektywność w ograniczaniu narastania oporu oddechowego.

W badanym modelu zwierzęcym astmy atopowej łączne podawanie rolipramu i mniejszych dawek dexametazonu okazało się mniej korzystne terapeutycznie od oddzielnego stosowania obu leków.

Zastosowanie mikrolaparoskopii w diagnostyce i leczeniu niepłodności

Lek. Piotr Marianowski

promotor – dr hab. Paweł Kamiński

recenzenci: prof. dr hab. Stefan Sajdak, prof. dr hab. Jacek Suzin

Zgodnie z ogólną tendencją w medycynie do wprowadzania technik i zabiegów o coraz mniejszej inwazyjności, część zabiegów laparoskopowych próbuje się zastąpić metodą mikrolaparoskopii, czyli zabiegami przeprowadzanymi narzędziami o średnicy od 5 do 10 razy mniejszymi. Mikrolaparoskopia została stworzona zwłaszcza z myślą o medycynie rozrodu, albowiem idealnie spełnia oczekiwania lekarzy zajmujących się problematyką niepłodności oraz leczonych kobiet, zainteresowanych pomocą medyczną przy jak najmniejszej inwazyjności. Miniaturyzacja optyki narzędzi laparoskopowych nie zmniejsza możliwości diagnostycznych i terapeutycznych metody, może jednak stwarzać pewne ograniczenie.

Celem mojej pracy było porównanie skuteczności mikrolaparoskopii i laparoskopii w przypadkach oceny narządów miednicy mniejszej u niepłodnych kobiet, badania drożności jajowodów, elektrokauterizacji jajników w zespole policystycznych jajników oraz oceny przebiegu pooperacyjnego.

Badania zostały przeprowadzone w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie oraz w Rush Presbyterian St. Lukes' Medical Center w Chicago w stanie Illinois w Stanach Zjednoczonych, w latach 1999-2004. Dotyczyły grupy 182 pacjentek w wieku 22-39 lat (średnia wieku 32 lata) zakwalifikowanych do diagnostyki i leczenia niepłodności metodą laparoskopową.

Przeprowadzono 182 zabiegi metodą endoskopową. Wykonano 117 mikrolaparoskopii oraz 112 laparoskopii; u 47 pacjentek zabieg wykonano obiema metodami - najpierw przeprowadzano mikrolaparoskopię, a następnie

dokonywano weryfikacji za pomocą laparoskopii. U 42 pacjentek zakwalifikowanych do laparoskopii bądź mikrolaparoskopii diagnostycznej wykonywano w przeszłości histerosalpingografię w trakcie rutynowego postępowania diagnostycznego z niepłodną parą przed wykonaniem inseminacji domacicznej. W tej grupie drożność jajowodów oceniono ponownie podczas laparoskopii jedną z metod (mikrolaparoskopia n=19, laparoskopia n=23). Wyniki porównano pod kątem długości trwania zabiegu oraz zgodności wyników uzyskanych w HSG i badaniach endoskopowych. Przyjmując HSG jako badanie standardowe służące do oceny stanu drożności jajowodów ustalono wartości czułości, swoistości, ujemnej oraz dodatniej wartości predykcyjnej dla mikrolaparoskopii i laparoskopii.

We wszystkich analizowanych przypadkach czas trwania laparoskopii był znamienne statystycznie krótszy niż mikrolaparoskopii, jednak różnice liczone niejednokrotnie w sekundach nie miały żadnego znaczenia praktycznego.

W analizowanych protokołach pooperacyjnych nie wykazano różnic w ocenie narządów miednicy mniejszej oraz występujących zmian patologicznych. Wszystkie rozpoznania dotyczące nieprawidłowości (torbiele jajników, zrosty, mięśniaki macicy) były przez obu obserwatorów opisywane podobnie; różnice dotyczyły głównie szacunkowych rozmiarów zmian. U dwóch pacjentek podczas laparoskopii stwierdzono torbiele jajników, które przez obu operatorów zostały opisane podobnie.

Czułość i swoistość mikrolaparoskopii w ocenie stanu drożności jajowodów wynosiły

odpowiednio 81% i 100%, dodatnia wartość predykcyjna 100%, a ujemna wartość predykcyjna – 96%. W przypadku laparoskopii wartości te wynosiły: czułość – 90%, swoistość 100%, dodatnia wartość predykcyjna 100%, ujemna wartość predykcyjna 98.4%.

W przypadku elektrokautezy jajników u pacjentek z zespołem policystycznych jajników uzyskane odsetki owulacji oraz ciąż w ciągu roku od zabiegu były podobne; jedynym odstępstwem był średni czas trwania zabiegu, który był znamienne statystycznie dłuższy w grupie mikrolaparoskopii. Średni czas trwania oceny jamy otrzewnowej podczas mikrolaparoskopii wyniósł 6'20" (SD 45 sekund), podczas gdy zwykłej laparoskopii – 3'40" (SD 32 sekundy). Średni czas trwania oceny drożności jajowodów podczas laparoskopii wynosił 5'45" (SD 39 sekund); w przypadku mikrolaparoskopii – 7'30" (SD 49 sekund).

W grupie, w której wykonywano elektrokautezę z powodu zespołu policystycznych jajników częstość występowania owulacji w okresie 1 roku po zabiegu nie różniła się znamienne statystycznie pomiędzy obiema grupami (laparoscopia vs mikrolaparoscopia odpowiednio 72% vs. 77.7%, $p < 0.5$). Odsetki ciąż uzyskane w okresie 1 roku po zabiegu wynosiły w grupie laparoskopii 19.4%, podczas gdy w grupie mikrolaparoskopii – 20%; różnica nie była znamienna statystycznie ($p < 0.95$).

U żadnej z pacjentek nie stwierdzono konieczności podawania morfiny w przebiegu pooperacyjnym. W grupie, w której wykonano mikrolaparoskopię pacjentki wymagały średnio 1.06 dawki tramadolu na dobę (SD 0.36), podczas gdy w grupie, w której wykonywano

laparoskopię konieczne było stosowanie 2.02 dawki na dobę (SD 0.86).

W pierwszej dobie po laparoskopii 39% operowanych pacjentek wymagało podania dwóch dawek tramadolu, 35% - trzech, a 22% - jednej. Tramadolu nie podawano w ogóle u 4% operowanych kobiet. Odpowiednio w grupie, w której wykonywano mikrolaparoskopię trzech dawek tramadolu nie wymagała żadna z pacjentek, dwóch – 29%, jednej – 51%. Tramadolu nie podawano w ogóle u 20% pacjentek po mikrolaparoskopii.

W grupie, w której zabieg wykonywano metodą mikrolaparoskopii chęć opuszczenia szpitala w 1. dobie po operacji zadeklarowało 90% pacjentek, podczas gdy w grupie, w której wykonano laparoskopię – 63%.

W protokole postępowania z niepłodną parą laparoscopia jest jednym z podstawowych etapów diagnostyczno-terapeutycznych. Randomizowany przegląd piśmiennictwa pozwala wnioskować, że w ok. 50-60% są to proste, krótkie zabiegi polegające na ocenie makroskopowej narządów miednicy mniejszej. Właśnie w tej grupie pacjentek mikrolaparoscopia wydaje się być metodą z wyboru w procesie diagnostycznym. W przypadku wątpliwości diagnostycznych lub problemów związanych ze zmienionymi warunkami anatomicznymi konwersja do laparoskopii jest prosta i szybka. Możliwość przeprowadzenia zabiegu w znieczuleniu miejscowym z dodatkową sedacją sprawia, że w przyszłości ten prosty zabieg diagnostyczny powinien zająć stałe miejsce we wczesnym etapie postępowania z niepłodną parą.

Anatomia nadklinowego odcinka tętnicy szyjnej wewnętrznej, a jej obrazowanie w angiografii rezonansu magnetycznego

Lek. Ewa Pacholec

promotor – prof. dr hab. Bogdan Ciszek

recenzenci: prof. dr hab. Alicja Kędzia, dr hab. Anatol Dowżenko

1. Anatomiczne opracowanie oraz porównanie morfologii i morfometrii nadklinowego odcinka tętnicy szyjnej wewnętrznej i jej gałęzi na preparatach oraz w badaniach angio MR.

2. Porównanie wartości oceny anatomii na-

czyń wewnątrzczaszkowych w obu metodach.

Materiał anatomiczny stanowi 128 tętnic szyjnych wewnętrznych, nastrzykniętych mieszaniną żelatyny z tuszem chińskim i utrwalo-

Materiał radiologiczny stanowi 50 angiografii rezonansu magnetycznego w rekonstrukcji MIP (*maximum intensity projection* - projekcja największej intensywności) z warstwami składowymi sekwencji naczyniowych, wykonanych na aparacie wysokopoloowym (1,5T).

Na preparacie anatomicznym dokonywano pomiarów morfometrycznych odcinka nadklinowego tętnicy szyjnej wewnętrznej. Oceniano dokładnie tętnicę naczyniówkową przednią.

W badaniach rezonansu magnetycznego dokonywano pomiarów średnic, odpowiednio jak na preparatach, porównawczo na warstwach składowych sekwencji naczyniowych i na rekonstrukcjach MIP; kąty zagięcia syfonu tętnicy szyjnej wewnętrznej i bifurkacji mierzono osobno dla każdej ze stron na rekonstrukcjach MIP.

3. Zarówno w materiale anatomicznym, jak

i angiograficznym średnice tętnic są do siebie wprost proporcjonalne po obu stronach.

Tętnica naczyniówkowa przednia odchodzi od bifurkacji tętnicy szyjnej wewnętrznej w 22% przypadków po stronie prawej i 24% po stronie lewej. W badaniach angio MR nie jest widoczna w 22% po stronie prawej i 26% po stronie lewej. Może to powodować błędne jej zaliczenie przy interpretacji obrazu MR do gałęzi wczesnych tętnicy środkowej mózgu.

4. Angio MR, zwłaszcza rekonstrukcje MIP, pozwalają na ocenę morfometryczną odcinka nadklinowego tętnicy szyjnej wewnętrznej.

5. Angio MR umożliwia kompleksową ocenę przestrzenną kątów tętnicy szyjnej wewnętrznej, czego nie można uzyskać analizując materiał anatomiczny.

6. Te dwie metody oceny anatomicznej naczyń zaopatrujących mózgowie wzajemnie się uzupełniają.

Zaburzenia czynności unerwienia neuroprzekaźnikowego ośrodkowego układu nerwowego w modelach drgawek rozniecanych

Lek. Janusz Szyndler

promotor – prof. dr hab. Adam Płaźnik

recenzenci: prof. dr hab. Marek Kowalczyk, prof. ndzw. dr hab. Jan Kochanowski

Padaczka jest jednym z najczęściej rozpoznawanych schorzeń układu nerwowego. Zwierzęce modele drgawek stanowią bardzo istotne narzędzie służące do badania procesów epileptogenezy.

W badaniach eksperymentalnych szeroko stosowanymi modelami padaczki skroniowej (TLE-temporal lobe epilepsy) są: model drgawek „rozniecanych” poprzez wielokrotne podawanie podprogowych dawek pentylenetetrazolu (PTZ) oraz model spontanicznych drgawek nawracających (będących następstwem stanu padaczkowego wywołanego podawaniem litu i pilokarpiny).

W pracy przedstawiono analizę wpływu drgawek i procesów epileptogenezy na charakterystykę behawioralną, biochemiczną i neuropatologiczną zwierząt doświadczalnych w wymienionych powyżej modelach TLE.

U zwierząt z drgawkami „roznieconymi” za pomocą PTZ stwierdzono znaczne skrócenie okresu znieuruchomienia w teście uwarunko-

wanego lęku (freezing), jak również obserwowano zmniejszenie liczby epizodów wokalizacji i skrócenie czasu wokalizacji w teście opartym na pomiarze awersyjnie motywowanej wokalizacji ultradźwiękowej. U zwierząt eksperymentalnych nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w zachowaniu w teście otwartego pola, a także istotnych różnic wrażliwości na bodźce bólowe. W labiryncie wodnym Morrisa, badającym funkcję pamięci przestrzennej, stwierdzono pogorszenie procesów uczenia się i pamięci. Upośledzenie procesów pamięciowych było związane z obniżeniem stężenia kwasu glutaminowego, a także innych aminokwasów (alaniny, glicyny) w strukturach mózgu. Zwierzęta z drgawkami „roznieconymi” za pomocą PTZ wykazywały także istotne zmiany aktywności układów serotoniny i dopaminy (HVA/DA) w prążkowie, jak i serotoniny (5-HIAA/5-HT) w prążkowie, hipokampie i korze przedczołowej.

W przypadku zwierząt ze spontanicznymi drgawkami nawracającymi (po podaniach pilokarpiny), badanych w okresie międzypadowym, stwierdzono pobudzenie lokomotoryczne w teście otwartego pola, redukcję czasu znieruchomienia w teście uwarunkowanego lęku oraz skrócenie czasu wokalizacji w teście awersyjnie uwarunkowanej wokalizacji. Nie stwierdzono różnic w progu bólowym. Zmiany te przypominały zaburzenia występujące u zwierząt z drgawkami „roznieconymi” podawaniem PTZ. W analizie biochemicznej nie wykazano istotnych zmian w poziomach neuroprzekazników.

Wobec zaburzeń funkcji układu serotoninowego u zwierząt z drgawkami „roznieconymi” za pomocą PTZ wykonano analizę autoradiograficzną. Wykazano spadek wiązania [³H]-citalopramu do transportera serotoniny w rejonie CA3 hipokampa, dokumentując selektywną redukcję zakończeń serotoninowych w tej strukturze. Kolejnym etapem badań była analiza histopatologiczna, która wykazała zmiany o charakterze neurodegeneracji i proliferacji astrogleju w obu modelach eksperymentalnych. Zmiany o największym nasileniu stwierdzano w hipokampie oraz korze gruszkowatej.

Wyniki wykonanych badań wskazują na odhamowujący wpływ procesów epileptogenezy na zachowanie zwierząt w testach lęku uwarunkowanego do kontekstu oraz awersyjnie

uwarunkowanej wokalizacji ultradźwiękowej. Zaburzeniom behawioralnym towarzyszyły zmiany biochemiczne i neuropatologiczne (model rozniecania drgawek za pomocą PTZ) lub neuropatologiczne, bez wyraźnych zmian w analizie biochemicznej (model spontanicznych drgawek nawracających). Badania wskazywały także na udział układu dopaminowego, serotoninowego i glutaminianergicznego w zaburzeniach zachowania obserwowanych u zwierząt doświadczalnych.

Podsumowując:

1. Oba modele zwierzęce naśladują pewne cechy padaczki skroniowej obserwowane u ludzi: zaburzenia kognitywne, zmiany w aktywności układu serotoninowego, dopaminowego, glutaminianergicznego, a także zmiany o charakterze neurodegeneracji w strukturach mózgu.

2. Zaburzenia zachowania są prawdopodobnie spowodowane zaburzeniami aktywności mózgowych układów monoaminergicznych (serotoninowy i dopaminowy), glutaminergicznego, jak również wtórne do wywołanej drgawkami utraty neuronów i aktywacji mikrogleju.

3. Uzyskane wyniki potwierdzają użyteczność obu zwierzęcych modeli TLE, a także dostarczają dodatkowych informacji na temat ośrodkowych mechanizmów zaangażowanych w procesach epileptogenezy.

Naczyniowo-śródbłonkowy czynnik wzrostu /VEGF/ w niedokrwieniu kończyn

Lek. med. Robert Michał Proczka

promotor – prof. dr hab. Jerzy A. Polański

recenzenci: prof. dr hab. Wojciech Noszczyk, prof. dr hab. Piotr Szyber

Celem pracy jest zbadanie poziomu naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu u pacjentów z niedokrwieniem kończyn dolnych oraz ocena wpływu zastosowanego leczenia na poziom tej cytokiny. W pracy przedstawiam także wyniki doświadczalnych prób leczenia niedokrwienia drogą stymulacji neoangiogenezy.

Materiał i metoda: Badanie miało charakter prospektywny i przeprowadzone zostało na 46 pacjentach leczonych w II Katedrze i Klinice Chirurgii w okresie od stycznia 2000 roku do

stycznia 2003 roku. U pacjentów oznaczano czterokrotnie poziom naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu w surowicy krwi; przed rozpoczęciem leczenia oraz w pierwszej, siódmej i trzydziestej dobie po wdrożeniu zaplanowanej terapii. Poziom cytokiny oznaczano metodą immunoenzymatyczną ELISA zestawem R&D Systems. Pacjenci zostali podzieleni na cztery grupy. Pierwsza grupa to chorzy leczeni zachowawczo, druga grupa to chorzy poddani amputacji, trzecia grupa to pacjenci leczeni chirurgicznie, grupa czwarta to pacjenci pod-

dani eksperymentalnej terapii drogą stymulacji angiogenezy. Badanie nie miało wpływu na sposób leczenia pacjenta.

Analizowano parametry określające stopień niedokrwienia kończyn (skala Fontaine'a i Rutherforda), wskaźnik kostkowo-ramienny, dystans chromania przestankowego, występowanie bólu nocnego, spoczynkowego, martwicy/ oraz parametry morfologiczne (erytrocyty, leukocyty, hemoglobina, płytki krwi).

Wyniki: W grupie chorych leczonych zachowawczo tylko u jednego pacjenta z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych obserwowano podwyższony poziom cytokiny. W grupie drugiej, tzn. u pacjentów poddanych amputacji wyjściowy poziom naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu był silnie podwyższony i ulegał systematycznemu obniżaniu po za-

biegu. W grupie trzeciej obserwowano wzrost poziomu badanej cytokiny w siódmej dobie. Stwierdzono skuteczność transferu genetycznego u chorych poddanych terapii drogą stymulacji angiogenezy.

Wnioski: Stwierdzono, że tylko w przypadku pacjentów z krytycznym niedokrwieniem dochodzi do endogennego podwyższenia poziomu naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu, jednak wysoki poziom tej cytokiny jest czynnikiem niewystarczającym do rozwoju krążenia obocznego. Stwierdzono również, że terapia drogą stymulacji angiogenezy modyfikuje poziom naczyniowo-śródbłonkowego czynnika wzrostu i zmienia wyniki leczenia chorych z krytycznym niedokrwieniem kończyn dolnych.

Problemy stresu w pracy zawodowej anestezjologów. Próba systematyzacji i analizy

Mgr Maria Joanna Turos

promotor – prof. nadzw. dr hab. Marek Wichrowski

recenzenci: prof. dr hab. Zdzisław Rondio, dr hab. Tomasz Wolańczyk

Celem mojej pracy była próba zanalizowania oraz systematyzacji czynników stresogennych występujących w środowisku zawodowym polskich anestezjologów. Podejmując ten temat kierowałam się znikomą ilością polskich publikacji dotyczących tej problematyki oraz ich rozproszeniem, a także zupełnym nie uwzględnianiem zagadnienia w bibliografii przedmiotu.

W związku z brakiem odnośników i możliwością dokonania porównań posłużyłam się formą opisową, pozwalającą przeprowadzić próbę analizy środowiska pracy tej grupy zawodowej w możliwie najbardziej przekrojowej formie. Interesujący mnie materiał, pochodzący z różnych źródeł, został zgromadzony w trzech rozdziałach.

Rozdział pierwszy, noszący tytuł „Opis środowiska”, zawiera dwa podrozdziały podzielone na mniejsze jednostki tematyczne. Zajmuję się w nich: 1. Pojęciem i obszarem działań zawodowych anestezjologii, rozważając kolejno [1,1] genezę i funkcjonowanie terminu anestezjologia oraz jego podstawowe wykładnie słownikowe, a następnie omawiam

obszary zainteresowania zawodowego tej specjalizacji [1,2]. Drugim podrozdziałem jest 2. Społeczna, środowiskowa i prawna recepcja miejsca i roli anestezjologa, gdzie wyróżniłam [2,1] problem obecności anestezjologii w świadomości społecznej, [2,2] postrzeganie anestezjologii przez środowiska medyczne i następnie [2,3] recepcję prawną miejsca anestezjologa w zespole.

Rozdział drugi zatytułowany jest „Źródła stresu w pracy anestezjologa”. Treść zawiera cztery podrozdziały prezentujące najistotniejsze czynniki, jakie wpływają na zaistnienie tego zjawiska. Kolejno są to: 1. Ludzki błąd jako czynnik ryzyka. Ukazana w nim została kategoryczność terminu poprzedzona [1,1] uwagami pojęciowymi. Zasadniczy temat przedstawiony w dwóch częściach [1,2], błąd wewnętrzny - opisany przez trzy kategorie [1,2,1] - błąd techniczny i związane z nim zjawisko zamknięcia poznawczego, [1,2,2] - błąd ze złego osądu, [1,2,3] - błąd o charakterze normatywnym, oraz [1,3] czynniki zewnętrzne błędów obejmujący sobą dwa zagadnienia: [1,3,1] konfiguracja stanowiska pracy i

[1,3,2] stosowane leki i inne substancje chemiczne. Następnymi podrozdziałami są: 2. Infrastruktura techniczna, 3. Szkodliwości fizykochemiczne oraz 4. Zmęczenie, gdzie interesującą mnie problematykę zaprezentowałam w dwóch częściach [4,1] - faktyczny a nominalny czas pracy i jego wymiar psychologiczny oraz [4,2] - wpływ czasu pracy na rytmy chronobiologiczne

Rozdział trzeci, noszący tytuł „Skutki stresu w pracy anestezjologa” prezentuje wymierne efekty pracy w warunkach permanentnej czujności. Po wstępie omówione w nim zostały kolejno w podrozdziałach takie zagadnienia, jak: 1. Zwiększona śmiertelność, 2. Samobójstwa i wreszcie 3. Nadużywanie alkoholu oraz inne uzależnienia. W Zakończeniu - zgodnie z założoną formą opisową - przedstawiam aktualną sytuację środowiska, natomiast Wnioski zostały przedstawione w formie postulatów, których realizacja może mieć istotny wpływ na dalszy rozwój anestezjologii jako samodzielnej specjalizacji w Polsce.

Prócz formy opisowej wykorzystałam również trzy techniki badawcze:

1. obserwację uczestniczącą - w celu osobistego poznania środowiska odbyłam 8 dyżurów w pełnym wymiarze czasu pracy w Szpitalu Kolejowym w Pruszkowie latem 1997 r. Z powodu braku polskiej wersji formularzy posługiwałam się książeczką praktyk studenckich AM w Warszawie z lat 60. Kolejną obserwację,

trwającą 14 dni (w tym jeden dyżur 24-godzinny) odbyłam w lutym 2001 r. w Centralnym Szpitalu Kolejowym w Warszawie - Międzyzlesiu, wykorzystując wzorzec brytyjski (G. S. Ingram - National Snapshot of Anaesthetic Activity w: „The Royal College of Anaesthetists Bulletin” May 2000 s.10).

2. wywiady - przeprowadziłam 12 indywidualnych spotkań z anestezjologami w trzech placówkach na terenie Warszawy i okolic, różniących się wielkością oraz lokalizacją

3. ankietę, będącą własną modyfikacją środowiskową kwestionariusza Horne'a i Östberga [J. A. Horne, O. Östberg - A self - assessment questionnaire to determine morningness - eveningness in human circadian rhythms. w: „International Journal of Chronobiology” 1976,4 s.97 - 110], pozwalającego określić typ chronobiologiczny człowieka. Przeprowadzona ona została w 6 ośrodkach różniących się wielkością, na grupie 47 osób, co stanowi ponad 1% populacji polskich anestezjologów, przez co spełnia wymogi badania na grupie reprezentatywnej.

Ze względu na braki w bibliograficznym opracowaniu zagadnienia, zgromadzone przeze mnie pozycje - tak książkowe, jak i periodyczne - dotyczące interesującego mnie zagadnienia a niewyszczególnione w przypisach, umieszczone zostały w bibliografii podzielonej na część ogólną i szczegółową.

Synteza N-podstawionych pochodnych wybranych izoindoli o spodziewanym działaniu farmakologicznym

Mgr Mariola Krawiecka

promotor - prof. dr hab. Jerzy Kossakowski

recenzenci: prof. nadzw. dr. hab. Iwona Wawer,

prof. nadzw. dr. hab. Wojciech J. Szczepiek

Praca przedstawia syntezę 80 nowych aminoalkilowych i aminoalkanolowych pochodnych wybranych izoindoli, analogów buspiroinu, o potencjalnym działaniu farmakologicznym. Struktura związków została potwierdzona za pomocą widm ^1H NMR, ^{13}C NMR, IR, analizy elementarnej i dla niektórych związków wykonano rentgenostrukturę. Wybrane

związki zostały poddane wstępnym badaniom na powinowactwo do receptorów serotoninowych 5-HT_{1A} , a także wstępnym badaniom farmakologicznym w celu określenia działania sedatywnego, przeciwłękowego i przeciwdepresyjnego. Część związków została poddana badaniom przeciwwirusowym w kierunku wirusa HIV.

Anatomia kliniczna węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej

Lek. Rafał Zdun

promotor – prof. dr hab. Bogdan Ciszek

recenzenci: prof. dr hab. Aleksander Wasiutyński, dr hab. Mariusz Bidziński

Jednolity opis topografii układu chłonnego przestrzeni zaotrzewnowej jest niezbędny we współczesnej onkologii ginekologicznej. Obecnie coraz częściej zaleca się usuwanie węzłów chłonnych w celu ustalenia stopnia zaawansowania procesu nowotworowego lub też jako postępowanie terapeutyczne.

Celem pracy jest uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest liczba węzłów chłonnych w poszczególnych grupach węzłów chłonnych przestrzeni pozaotrzewnowej?

2. Czy istnieje zależność pomiędzy liczbą i wielkością węzłów chłonnych w poszczególnych grupach?

3. Czy istnieją różnice w liczbie i wielkości węzłów chłonnych u kobiet i mężczyzn?

4. Czy istnieje zależność pomiędzy wiekiem a wymiarami węzłów chłonnych?

5. Czy istniejące mianownictwo odzwierciedla rzeczywistość?

Materiał badawczy stanowiły preparaty przestrzeni zaotrzewnowych. Ogółem zbadano 50 przestrzeni zaotrzewnowych osób, które według raportów sekcyjnych zmarły z przyczyn nagłych oraz niezwiązanych z chorobą no-

wotworową i procesem zapalnym. W badanym materiale zidentyfikowano 1686 węzłów chłonnych.

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków: liniową zależność między całkowitą liczbą węzłów chłonnych lędźwiowych i biodrowych wspólnych (Y) a liczbą węzłów aortalnych bocznych (X_1) i węzłów lędźwiowych pośrednich (X_2) przedstawia wzór: $Y = 19.482 + 1.1269 * X_1 + 1.2880 * X_2$. Więcej węzłów chłonnych znajduje się do przodu od dużych naczyń, jednak stwierdzono, że zawsze należy się spodziewać węzłów chłonnych położonych do tyłu od dużych naczyń. Zaproponowany przez autora podział węzłów chłonnych lędźwiowych na: tylne, przednie, lewe i prawe jest prosty i akcentuje istnienie węzłów chłonnych leżących ku tyłowi od aorty i żyły głównej dolnej. Średnia liczba węzłów chłonnych lędźwiowych i biodrowych wspólnych wynosi 34. Liczba i wymiary węzłów chłonnych nie zmieniają się z wiekiem. Nie stwierdzono, by płeć miała jakikolwiek związek z rozmieszczeniem węzłów chłonnych. Niezbędne jest ujednolicenie terminologii anatomicznej.

Ocena wyników chirurgicznego leczenia pełnościennego wypadania odbytnicy metodą tylnego umocowania do kości krzyżowej

Lek. Andrzej Ziembikiewicz

promotor – prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski

recenzenci: prof. dr hab. Adam Dziński, prof. dr hab. Bogdan Michałowicz

Pełnościenne wypadanie odbytnicy (PWO) stanowi trudny problem terapeutyczny. Jest to choroba rzadka, dokuczliwa, występująca głównie w wieku podeszłym. Większość cierpiących na PWO to kobiety. Do chwili obecnej nie poznano dokładnie przyczyn, ani nie wyjaśniono też mechanizmu wypadania odbytnicy. Jedynym skutecznym leczeniem PWO jest leczenie chirurgiczne. Celem leczenia jest

usunięcie wypadania odbytnicy jak również usunięcie objawów towarzyszących, takich jak zaparcia i nietrzymanie stolca. W leczeniu PWO stosowanych jest wiele metod operacyjnych jedną z nich jest przezbrzuszne tylne umocowanie odbytnicy do kości krzyżowej.

Celem pracy była ocena wyników bezpośrednich i odległych rektomektomii tylnej w leczeniu PWO, jej wpływu na występowanie zaparć i

nietrzymanie stolca oraz ocena jakości życia pacjentów po operacji.

Materiał obejmował 70 chorych z jawnym, pełnościennym wypadaniem odbytnicy operowanych w Oddziale Proktologii Szpitala Śródmiejskiego w W-wie w latach 1976-2003. W badanej grupie było 62 kobiety i 8 mężczyzn w wieku od 19 do 88 lat (średnio 59,9 lat). U wszystkich wykonano przezbrzuszne umocowanie odbytnicy do kości krzyżowej, tzw. rektopexję tylną. 30(43%) pacjentów spośród 70 operowanych odpowiedziało na ankietę. Z tej grupy osobiście zgłosiło się na kontrolne badanie pooperacyjne 18(26%) pacjentów. Oceniano powikłania śródoperacyjne, częstość nawrotów, nietrzymanie stolca w oparciu na skali Wexnera, występowanie zaparć, wpływ operacji na stan zwieraczy i jakość życia pacjentów.

U 70 chorych operowanych z powodu PWO drogą przezbrzuszną wykonując tylne umocowanie odbytnicy do kości krzyżowej usunięto pełnościenne wypadanie odbytnicy u wszystkich operowanych. Nie stwierdzono zgonów i ciężkich powikłań. Żaden z bada-

nych pacjentów nie zgłosił nawrotu wypadania odbytnicy. Odsetek wszystkich powikłań śródoperacyjnych wyniósł 4%, a pooperacyjnych 8,6%. Poprawę trzymania stolca po operacji potwierdziła i udokumentowała ocena nietrzymania wg skali Wexnera, poprawę subiektywną nietrzymania stolca po operacji podało 80% operowanych. Przedoperacyjne nietrzymanie stolca po operacji stało się rzadsze i lżejsze w porównaniu do okresu, kiedy mieli pełne wypadanie. Po przebytej operacji odsetek pacjentów z zaparciem uległ nieznacznemu zwiększeniu (80% v 87%). Operacja poprzez usunięcie wypadania odbytnicy zdecydowanie poprawiła jakość życia pacjentów (ang. satisfaction level-97%).

Wnioski: Przezbrzuszne umocowanie odbytnicy do kości krzyżowej stwarza warunki na trwałe wyleczenie PWO i jest skuteczną, najprostszą i bezpieczną metodą operacyjną obciążoną małym odsetkiem powikłań i nawrotów u chorych kwalifikujących się do laparotomii. Operacja ta wyraźnie poprawia jakość życia u chorych operowanych.

Diagnostyka obrazowa pozawątrobowych przyczyn nadciśnienia wrotnego

Lek. Małgorzata Andrzejewska

promotor – dr hab. Piotr Małkowski

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Marciński, prof. dr hab. Anna Boroń - Kaczmarek

Praca poświęcona jest problematyce diagnostyki obrazowej w przypadkach rzadkich, pozawątrobowych przyczyn nadciśnienia wrotnego. Wyszczególniono nadciśnienie wrotne w przebiegu zakrzepicy żył układu wrotnego, zespołu Budda - Chiari oraz w następstwie przetok tętniczo-żylnych w układzie trzewnym.

Celem ogólnym pracy było zebranie i usystematyzowanie wiadomości o pozawątrobowych przyczynach nadciśnienia wrotnego oraz o ich obrazie radiologicznym i metodach obrazowania.

Cele szczegółowe to: ustalenie optymalnych metod wizualizacyjnych, pozwalających na rozpoznanie pozawątrobowego nadciśnienia wrotnego, ustalenie charakterystycznych objawów radiologicznych dla poszczególnych typów nadciśnienia wrotnego pozawątrobowego

oraz przedstawienie algorytmu postępowania diagnostycznego.

Praca niniejsza jest retrospektywną analizą wyników badań obrazowych w badanej grupie 456 chorych z rozpoznaniem pozawątrobowej przyczyny nadciśnienia wrotnego (w tym 397 chorych z zakrzepicą żył układu wrotnego, 41 chorych z zespołem Budda - Chiari oraz 18 chorych z przetokami tętniczo-żylnymi), u których oceniono wyniki 224 arteriografii trzewnych, 456 badań ultradźwiękowych z analizą dopplerowską, 403 tomografii komputerowych i 17 kawografii. Przeprowadzono również analizę wyników badań u 100 chorych z marskością wątroby, stanowiących grupę kontrolną.

Uzeregowano objawy typowe dla nadciśnienia wrotnego w przebiegu marskości wątroby i porównano z objawami charakterystyczny-

mi dla pozawątrobowych postaci nadciśnienia wrotnego. Spośród wszystkich objawów, ocenianych metodami wizualizacyjnymi, wybrano (na podstawie analizy statystycznej) takie, które są charakterystyczne jedynie dla zakrzepicy wrotnej, zespołu Budda-Chiariego lub przetok tętniczo-żylnych. Ocenie poddano również przydatność diagnostyczną poszczególnych metod obrazowych.

Najważniejsze wnioski. Stwierdzono, że najskuteczniejszymi i najbardziej wiarygodnymi metodami diagnostycznymi przyczyn pozawątrobowego nadciśnienia wrotnego są: ultrasonografia z dopplerowską oceną przepływów oraz wielofazowa, dynamiczna tomogra-

fia komputerowa, a angiografia trzewna jedynie w przypadkach przetok tętniczo-żylnych. Nie stwierdzono objawów patognomonicznych dla zakrzepicy układu wrotnego. Stwierdzono objawy patognomoniczne dla zespołu Budda-Chiariego oraz przetok tętniczo-żylnych. Ustalono objawy tzw. charakterystyczne, pomocne w rozpoznaniu. Pozostałe stwierdzane objawy obserwowano z różną częstością we wszystkich omawianych przypadkach nadciśnienia wrotnego.

Na podstawie przeprowadzonej analizy ustalono algorytm postępowania diagnostycznego, pozwalający na pewne rozpoznanie rodzaju pozawątrobowego nadciśnienia wrotnego.

Operacyjne leczenie przepuklin pachwinowych metodą Shouldice'a i Lichtensteina. Prospektywne badanie randomizowane*

Lek. Zbigniew Borkowski

promotor – dr hab. Rafał Paluszkiwicz

recenzenci: prof. dr hab. Edward Stanowski, prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski

Operacje przepuklin pachwinowych należą do najczęściej wykonywanych zabiegów w oddziałach chirurgii ogólnej i stanowią ok. 10-15% wszystkich operacji. Celem niniejszej pracy jest prospektywna, porównawcza ocena wyników leczenia operacyjnego dwóch grup chorych: operowanych metodą Shouldice'a w odmianie dwuwarstwowej i chorych operowanych metodą Lichtensteina.

Badano 85 pacjentów, randomizowanych z użyciem tablic liczb losowych do planowych operacji sposobem Shouldice'a i Lichtensteina, a następnie obserwowanych przez 6 miesięcy. Wyniki poddano analizie statystycznej, posługując się testami T-Studenta i χ^2 . Obie analizowane grupy pacjentów nie różniły się w sposób istotny między sobą pod względem wieku, ciężaru ciała, wzrostu, BMI (body mass index) ($p > 0,05$). Również pod względem innych analizowanych cech obie grupy były bardzo zbliżone do siebie ($p > 0,05$). Analizie poddano takie cechy, jak: płeć, charakter pracy, palenie tytoniu, ilość spożywanego alkoholu, występowanie chorób układu krążenia, chorób płuc, zaburzenia w oddawaniu moczu,

wielkość i stopień zaawansowania przepukliny w/g Nyhusa.

W 10 dobie pooperacyjnej stwierdzono w obu grupach chorych powikłania wczesne, takie jak: odczyn zapalny w ranie, zbiornik płynu tkankowego w ranie, krwiak okolicy pachwinowej. Porównanie obu grup chorych pod kątem występowania w/w powikłań pooperacyjnych nie wykazało statystycznie istotnych różnic ($p > 0,05$).

Oceniając skuteczność (po sześciu miesiącach od zabiegu) operacji wykonanej dwoma różnymi sposobami, stwierdzono jeden nawrót przepukliny wśród pacjentów operowanych sposobem Shouldice'a i jeden nawrót przepukliny operowanej sposobem Lichtensteina. Różnice te nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Analiza porównawcza materiału badawczego zawartego w niniejszej pracy pozwala stwierdzić, że operacje przepuklin pachwinowych wykonywane sposobem Shouldice'a i sposobem Lichtensteina są metodami równorzędnymi, po których wyniki, oceniane po sześciu miesiącach od zabiegu, są zbliżone.

*Streszczenie pracy doktorskiej, wykonanej w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Wyszku.

Histamina w chrząstce stawowej osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Badania biochemiczne, ultrastrukturalne, immunohistochemiczne

Lek. Mariusz Gujski

promotor – dr hab. Danuta Maślińska

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Włodarski, prof. dr hab. Wiesława Biczysko

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą chorobą zapalną, charakteryzującą się przerostem zapalnym błony maziowej i postępującą destrukcją chrząstki. Zarówno w okresie tzw. spontanicznych remisji choroby, jak i po wyhamowaniu procesu zapalnego błony maziowej przez leki, proces destrukcji chrząstki postępuje i może prowadzić do częściowej lub całkowitej niesprawności stawu. Wysunięto przypuszczenie, że proces destrukcji chrząstki jest zjawiskiem bardziej złożonym niż pierwotnie przypuszczano, tzn. że chrząstka podlega nie tylko uszkodzającym wpływom substancji powstających w ognisku zapalnym maziówki, ale że równocześnie w chrząstce toczy się endogenny proces degradacji chondrocytów.

W patomechanizmie RZS rolę odgrywać mogą również receptory TLR (ang. toll-like receptors). Potrafią one rozpoznawać w szerokim zakresie patogeny, inicjując jednocześnie produkcję działających prozapalnie cytokin i enzymów uczestniczących w destrukcji komórek. Istnieją przesłanki, że jednym z takich enzymów może być dekarboksylaza histydyny, enzym odpowiedzialny za syntezę histaminy, której receptory zlokalizowane są m.in. na błonie komórkowej chondrocytów.

Dlatego podjęto badania, mające na celu określenie stężenia i lokalizacji histaminy w chrząstce osób chorych na RZS oraz skorelowanie wyników z obecnością i rozmieszczeniem receptorów TLR, jak również odniesienie ich do obserwowanych zmian morfologicznych. Badania zostały przeprowadzone na chrząstce stawowej osób chorych na RZS. Materiał kontrolny stanowiła chrząstka osób, u których nie obserwowano żadnych dolegliwości kostno-stawowych.

Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że:

1. W większości chondrocytów w chrząstce stawowej pacjentów z RZS stwierdza się obecność histaminy, która może być w nich produkowana/magazynowana/wydzielana (?).

2. Ekspresja receptorów TLR2 i TLR4 występuje na błonach komórkowych chondrocytów pacjentów chorych na RZS, a TLR3 w błonach organelli śródplazmatycznych tych komórek.

3. Stymulacja receptorów histaminowych i receptorów TLR może odgrywać rolę w patogenezie reumatoidalnego zapalenia stawów. Ich wzajemne relacje pozostają do wyjaśnienia.

Badania regulatorów dopełniacza CD55 i CD59 w raku gruczołowym przewodowym trzustki

Lek. Łukasz Koperski

promotor – prof. dr hab. Aleksander Wasiutyński

recenzenci: prof. dr hab. Stanisław Sulkowski, prof. dr hab. Wojciech Kozłowski

Rak trzustki jest chorobą o szczególnie niepomyślnym rokowaniu. Immunoterapia przy użyciu przeciwciał monoklonalnych aktywujących układ dopełniacza wydaje się być atrakcyjną metodą leczenia mikroprzerzutów i pozostałości guza po chirurgicznej resekcji jego głównej masy. Szereg danych sugeruje, że

jedną z ważnych przyczyn niepowodzeń immunoterapii przy użyciu przeciwciał monoklonalnych jest ekspresja w komórkach raka błonowych inhibitorów (regulatorów) dopełniacza, które hamują mechanizmy cytotoksyczności zależnej od dopełniacza. Celem pracy było: 1) ocena występowania regulatorów dopełniacza

CD55 i CD59 w raku gruczołowym przewodowym trzustki. 2) określenie zależności pomiędzy obecnością powyższych białek a stopniem zróżnicowania histologicznego, stopniem zaawansowania klinicznego nowotworu oraz intensywnością nacieku zapalnego w guzie. 3) ocena zależności pomiędzy obecnością CD55 i CD59 a białkiem p53. Do badań wykorzystano materiał operacyjny 53 pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu raka przewodowego trzustki. Wycinki tkankowe utrwalano w formalinie i przeprowadzano do bloczków parafinowych w sposób rutynowy. Skrawki barwiono HE i muckykarminem oraz poddawano reakcjom immunohistochemicznym. Detekcję immunoreakcji przeprowadzano metodą peroksydazową albo fluorescencyjnie (z użyciem mikroskopu konfokalnego). Oceny ekspresji CD55 i CD59 dokonano na podstawie analizy: odsetka komórek immunododatnich, nasilenia reakcji oraz typu reakcji, czyli rozmieszczenia białek w komórce raka.

Obecność białka CD55 wykazano u 39 chorych (73,6%), natomiast białka CD59 u 30 chorych (56,6%). Przeprowadzone badania wskazują na silną zależność występowania

CD55 i CD59 od stopnia zróżnicowania histologicznego. Ekspresja badanych białek jest wysoka w rakach wysoko zróżnicowanych (G1), niejednorodna w rakach średnio zróżnicowanych (G2) i niska (lub jej brak) w rakach o niskim stopniu zróżnicowania histologicznego (G3). Wykazano istotnie wyższy odsetek komórek CD55- i CD59-dodatnich w grupie raków w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (IA i IB) niż w grupie raków w drugim stopniu zaawansowania klinicznego (IIA i IIB). W grupie raków wysoko zróżnicowanych (G1) zaobserwowano dodatnią, silną korelację pomiędzy odsetkiem komórek CD55-dodatnich, a nasileniem nacieku zapalnego w guzie. W badanej grupie stwierdzono istotną statystycznie ujemną korelację pomiędzy ekspresją badanych białek a odsetkiem komórek p53-dodatnich. W świetle uzyskanych wyników wydaje się, że raki przewodowe trzustki o niskim stopniu zróżnicowania histologicznego i wyższym stopniu zaawansowania klinicznego mogą stanowić grupę o potencjalnie lepszej odpowiedzi na immunoterapię przy użyciu przeciwciał monoklonalnych aktywujących układ dopełniacza.

Liczba przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych jako czynnik rokowniczy w raku jelita grubego

Lek. Paweł Olejnik

promotor – prof. dr hab. Ireneusz W. Krasnodębski

recenzenci: prof. dr hab. Arkadiusz Jawień, prof. dr hab. Stanisław Zajac

Celem pracy była analiza liczby przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych w preparacie operacyjnym oraz pomiarów stężenia CEA, jako czynników przydatnych i wystarczają-

cych do określenia rokowania, a także poszukiwanie uzasadnienia do stosowania ich jako czynników uzupełniających się.

Wpływ przerostu lewej komory na niestabilność elektryczną serca u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Lek. Artur Oręziak

promotor – prof. dr hab. med. Kazimierz Andrzej Wardyn

recenzenci: płk prof. dr hab. Wldemar Banasiak, prof. dr hab. Waldemar Karnafel

Rozprawa doktorska poświęcona była opracowaniu parametrów pozwalających na wyodrębnienie spośród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym tych, którzy - mimo braku stwier-

dzonych arytmii w przygodnej rejestracji 24-godzinnej EKG metodą Holtera - są zagrożeni nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu serca.

HENRYK FRYDERYK HOYER - TWÓRCA PIERWSZEGO POLSKIEGO PODRĘCZNIKA HISTOLOGII

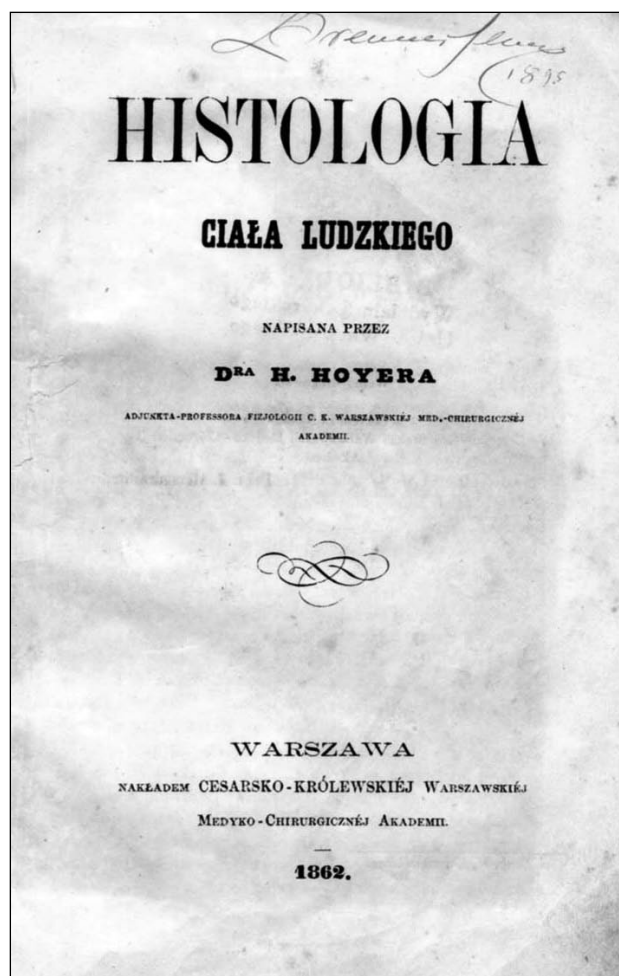
Mgr Irmína Utrata

Biblioteka Główna AM w Warszawie

W 1862 roku, w przedmowie do „Histologii ciała ludzkiego” - pomyślanej jako podręcznik dla studentów – H. F. Hoyer pisał m.in.: „dała się uczuć bardziej niż przedtem potrzeba dzieł podręcznych, obejmujących wszelkie gałęzie nauki lekarskiej. Jako wykładający Fizjologię i Histologię, miałem sobie za obowiązek, podać dzieła dotyczące się tych nauk.”¹ W tym okresie zdecydowanie brakowało istotnych medycznych wydawnictw naukowych, a stan rozwoju histologii w Polsce był znikomy. „Histologia należy do nauk nowych, jeszcze nie rozwiniętych, na każdym kroku napotykamy w niej na niedostateczne i wątpliwe doświadczenia i na pytania jeszcze wcale nie rozwiązane”.²

Henryk Hoyer nazywany ojcem histologii polskiej przyszedł na świat 26 kwietnia 1834 r. w Inowrocławiu na Kujawach (Wielkie Księstwo Poznańskie). Pochodził z rodziny dwunarodowej niemiecko-polskiej. Dziadek Emanuel oraz ojciec Ferdynand byli Niemcami prowadzącymi aptekę. Babka i matka Helena Trzcńska były Polkami, co niezaprzeczalnie miało decydujący wpływ na polskość Hoyera, jego znajomość języka polskiego oraz miłość do tego kraju. Świadczy o tym m.in. napisany w późniejszym okresie życia list „mam liczną rodzinę polską i czuję w sobie serdeczne przywiązanie do kraju, szczerą sympatię dla jego celów i dążeń, stawszysię raz jego obywatelem, znalazłszy w nim wszelkie warunki i podstawy bytu”³. Pierwsze dziesięć lat swego życia spędził w rodzinnym domu, gdzie zaznajamiał się także z tajnikami wiedzy aptekarskiej. Ojciec miał nadzieję, że syn przejmie rodzinne przedsięwzięcie i zostanie aptekarzem. Przez kolejnych dziewięć lat przebywał w Bydgoszczy ucząc się między innymi w niemieckim gimnazjum. Tu uzyskał świadectwo dojrzałości, a w 1853 r. rozpoczął studia na

Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wrocławskiego. W dwa lata później otrzymał stopień kandydata medycyny i chirurgii. W 1856 r. wyjechał do Berlina i podjął studia na tamtejszym uniwersytecie. Po zakończeniu edukacji i zdaniu egzaminów końcowych oraz po znakomitej obronie w języku łacińskim pracy, pt. „De membranae mucosae narium structura” („O budowie błony śluzowej nosa”) uzyskał w 1857 r. stopień doktora medycyny i chirurgii. Obowiązek odbycia służby wojskowej zmusił go do porzucenia na okres jednego roku pracy naukowej. W tym czasie Hoyer podjął decyzję o swoim dalszym życiu. Nie powrócił do Inowrocławia, by podtrzymywać rodzinne tradycje aptekarskie. Udał się do Wrocławia, gdzie jego dotychczasowe osiągnięcia zostały już zauważone przez znakomitego, europejskiej sławy anatoma, embriologa i fizjologa prof. Karola Reicherta, który powierzył mu asystenturę w Katedrze Fizjologii Uniwersytetu Wrocławskiego. W 1858 r. zdał państwowy egzamin lekarski, dający prawo wykonywania praktyki lekarskiej, którą zajmował się krótko, pozostając jednak przez całe życie w stałym kontakcie z lekarzami i medycyną. Hoyer miał ogromną wiedzę, rzeczowy krytycyzm i miłość do nauki. Był człowiekiem sumiennym, pracowitym, zapalonym badaczem. Przymioty te zdobyły uznanie prof. K. Reicherta, dzięki którego poparciu od 1 października 1859 r. władze Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie zdecydowały o powołaniu Hoyera na stanowisko adiunkta Katedry Fizjologii i Histologii. Młody doktor medycyny został wykładowcą fizjologii i histologii, i już w grudniu 1860 r. uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego. Wkrótce Akademia została przekształcona w Warszawską Szkołę Główną, gdzie Hoyer uzyskał tytuł profesora zwyczajnego histolo-



gii i embriologii. W tym czasie wykładał też anatomię porównawczą i anatomię człowieka na Uniwersytecie Kijowskim. Po przekształceniu w 1869 r. Szkoły Głównej w Cesarski Uniwersytet Warszawski, Hoyerowi powierzono warunkowo katedrę histologii, embriologii i anatomii porównawczej. Miał w ciągu roku nauczyć się języka rosyjskiego w stopniu wystarczającym do swobodnego prowadzenia wykładów ze swoich przedmiotów oraz uzyskania stopnia doktora w jednym z uniwersytetów rosyjskich. Oba niełatwe warunki spełnił i 13 września 1871 r. w Kijowie obronił swoją drugą pracę doktorską pt. „O nervach rogowej obłočki” („O nerwach rogówki”).

Na emeryturę przeszedł przedwcześnie z powodu wieloletniej, zaawansowanej choroby płuc i oczu. Mimo ogólnego złego stanu zdrowia, nie ustawał w pracy.

Nie sposób jest przedstawić w jednym, krótkim opracowaniu całe życie i działalność tak wielkiej postaci, jaką by Hoyer. Należy jednak podkreślić, że był twórcą tzw. warszawskiej szkoły biologicznej, wielokrotnym prezesem

Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, redaktorem naczelnym „Tygodnika Lekarskiego”, redaktorem czasopism lekarskich, jak „Pamiętnik Lekarski”, „Gazeta Lekarska”, „Medycyna”, „Krytyka Lekarska”. Dobra znajomość języka niemieckiego pozwoliła mu na umieszczanie w oryginale artykułów w czasopismach niemieckich, jak „International Monatschrift für Anatomie und Histologie” czy „Biologische Zentralblatt”. Hoyer pozostawił po sobie niezwykle gruntowne, głęboko naukowe, a nawet pionierskie prace naukowe. Stworzył ponad 100 prac pisanych w języku polskim, niemieckim i rosyjskim.

Niezwykłe jak na tamte czasy nowatorski i nowoczesny był podręcznik histologii, pt. „Histologia ciała ludzkiego”, wydany dla potrzeb edukacyjnych. Dzieło to odpowiadało wymaganiom ówczesnej nauki, nie ustępowało podobnym opracowaniom histologii w krajach zachodniej Europy. Hoyer dokonał pracy niebywalej: w trzy lata po objęciu katedry w Warszawie, przy ogromnym wysiłku wydał pierwszy polski podręcznik histologii. Będąc profesorem uniwersytetu przywiązywał ogromną wagę do pracy dydaktycznej. Prowadził ćwiczenia oraz zwięzłe, oryginalne i obrazowe wykłady, cieszące się popularnością wśród studentów. Szybko jednak zauważył brak elementarnej pomocy dla studentów i lekarzy w postaci podręczników. Właśnie z myślą o uniwersyteckiej młodzieży lekarskiej przystąpił do opracowania podręcznika z zakresu histologii. Decyzja ta stała się ogromnym wyzwaniem dla Hoyer, nie było bowiem opracowanego mianownictwa histologicznego, brakowało polskich wzorców. Pomimo wielu trudności powstała jednak praca oryginalna, zawierająca bogaty materiał badawczy. Autor napisał w przedmowie, iż „trzymał się o ile możliwości samych rozpraw oryginalnych, przestudiował sumiennie dzieła traktujące kwestje histologiczne i fizjologiczne, porównywał dokładnie zdania różnych badaczy”⁴, „krytykę opierał na własnych doświadczeniach, starał się wszystkie fakta sprawdzić i kwestje rozstrzygnąć przez dokładne poszukiwania”⁵. Książka ta spełniała rolę środka pomocniczego nauki i praktyki, była wzorem dla tego rodzaju wydawnictw. Polska histologia nie miała bowiem dotychczas takiej pozycji w swoim dorobku. Opracowania pojawiające się na rynku były „pobieżnymi wyrobami, które niby w za-

miarze popularyzowania nauki, przesuując się po niej powierzchownie, nikogo zadowolić nie mogą”.⁶

W zgromadzonym przez Bibliotekę Główną Akademii Medycznej w Warszawie księgozbiore zachował się jeden oryginalny egzemplarz podręcznika. Warto więc omówić stan zachowania oraz cechy wydawnicze dzieła wydanego przed 144 laty. Staranne przestrzeganie zasad przechowywania księgozbioru pozwoliło na utrzymanie podręcznika w dobrym stanie. Tekst, mimo pożółknięcia papieru, jest czytelny. Okładka mająca znaczenie ochronne dla bloku książki wykonana jest z tektury i wraz z grzbietem obciągnięta została ciemnobrązowym płótnem. Wzmocniono ją wklejkami (podwójne karty ochronne) sklejonymi jedną połową z wewnętrzną stroną przedniej i tylnej okładziny, drugie połowy pozostają wolne. Poszczególne arkusze książki są zszyte, a na grzbiecie oprawy naniesiony jest odręcznie, przy użyciu białej farby skrót tytułu książki, inicjał imienia oraz nazwisko autora. Na licu karty tytułowej widnieje tytuł „Histologia ciała ludzkiego”, „napisana przez Dra H. Hoyerera Adjunkta - Professora Fizjologii C.K. Warszawskiej Med.-Chirurgicznej Akademii”, miejsce wydania – Warszawa, rok wydania – 1862, instytucja wydawnicza – Cesarsko-Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia, nazwisko właściciela drukarni K. Kowalewski oraz ornament. Na górze strony tytułowej zwraca uwagę podpis Jerzego Brennera z 1895 r., co pozwala przypuszczać, iż był on jednym z właścicieli tego egzemplarza. Na odwrocie karty tytułowej znajdują się napisy uzupełniające „Wolno drukować, w z. Sekretarza Naukowego Cesarsko-Królewskiej Warszawskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii. Prof. J. Aleksandrowicz”. Karta przedtytułowa oprócz tytułu ukazuje pieczęć jednej z największych firm wydawniczo-księgarskich w Polsce w XIX – XX wieku „Gebethner i Wolf Nr 415 w Warszawie”.

Podręcznik został wpisany do inwentarza w 1948 r., otrzymał znaki własności, czyli sygnaturę oraz pieczętkę z nazwą instytucji – Biblioteka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, z którego warszawska Akademia Medyczna czerpie swój rodowód. Przed II wojną Wydział Lekarski nie miał własnej biblioteki, dopiero starania prof. dr. W. Grzywo-Dąbrowskiego – przewodniczącego Komisji Bibliotecznej Wydziału Lekarskiego doprowadziły do po-

zyskania w 1946 roku lokalu na bibliotekę w II Klinice Chorób Wewnętrznych. Trudne warunki lokalowe oraz troska o rozwój naukowy uczelni zmusiły profesora do poszukiwania korzystniejszych warunków. Biblioteka w 1949 roku została przeniesiona do części odbudowanego gmachu Zakładu Medycyny Sądowej przy ul. W. Oczuki 1 w Warszawie, w którym pozostaje do dzisiaj.

Podręcznik nie jest wielką księgą, jego format (20 x 13 cm) i liczba stron (320) stanowią o jego poręczności i wygodzie korzystania zeń w dowolnym miejscu i czasie.

Dzieło to dotyczy głównie histologii ogólnej, zawiera przedmowę, treść dzieła, czyli spis rozdziałów i podrozdziałów. Rozdział pierwszy porusza zagadnienia dotyczące komórki, drugi przedstawia podział histologii: 1. o jajkach i ciałach nasiennych; 2. o krwi i limfie; 3. o utworach nabłonkowych; 4. o utworach substancji łącznej; 5. o tkance mięsnej; 6. o tkance nerwowej oraz wstęp i dodatek: o gruczołach.

Treść książki dopełniona jest licznymi drzeworytami. Początkowo autor zamierzał „zaopatrzyć dziełko w drzeworyty podług własnych preparatów”, lecz gdy pojawiły się „nieprzewidywane trudności” autor zmuszony był „przenieść takowe z dzieł: Eckera, Koellikera, Leydiga it.d”.⁸ W podręczniku brak jest zestawienia literatury, czyli bibliografii: „Tytułów rozpraw, z których czerpałem fakta, nie przytaczałem, gdyż podług mego zdania z takiego przytoczenia korzyści nie ma, a objętość dzieła zbyt znacznie się powiększa”.⁹

Autor duży nacisk położył na opis składu chemicznego i zjawisk fizjologicznych poszczególnych tkanek, prowadząc w tym zakresie szczegółową analizę dotychczasowych badań.

Dzieło H. Hoyerera jest nie tylko zbiorem wiadomości dotyczących zewnętrznej formy tkanek, lecz pokazuje drogę, po której należy kroczyć, aby poznać sprawy życia. Tak więc H. Hoyer ma czynny udział w narodzinach polskiej histologii, a podręcznik jest także ilustracją trudności, z jakimi borykali się polscy naukowcy, by doprowadzić ją do stanu, w którym „stała się pomostem między naukami morfologicznymi i fizjologicznymi”¹⁰. Powstała rzetelna publikacja dotycząca rozwijającej się, nowej dziedziny medycyny, objaśniająca i przybliżająca zagadnienia histologii.

Pojedyncze egzemplarze pierwszego polskiego podręcznika histologii z 1862 roku zachowały się w zbiorach większości medycznych bibliotek akademickich w Polsce (Białystok, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Wrocław) oraz w zbiorach Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie, Biblioteki Narodowej i Biblioteki Uniwersyteckiej w Warszawie.

Dopiero po prawie czterdziestu latach od wydania książki Hoyera, w 1901 roku pojawił się kolejny polski podręcznik histologii. Prowadzący wykłady nadal dotkliwie odczuwali brak odpowiednich podręczników, dlatego też „pewne grono profesorów uniwersytetu Krakowskiego powzięło zamiar stworzenia zbiorowem siłami niezbędnego dzieła”¹¹. Praktyczne wykonanie wydawnictwa powierzono sędziwemu profesorowi H. Hoyerowi i wydawcy L. Dydyńskiemu. Ich zadanie polegało na „ułożeniu szczegółowego planu pracy zbiorowej, na wyjednanu odpowiedniej zapomogi od Kasy Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, na uzupełnieniu liczby współpracowników z grona lekarzy warszawskich, na porządkowaniu napływającego materiału rękopiśmiennego, na dopilnowaniu druku i należytego wykonania rysunków, na dodawaniu do rękopisów kilku drobnych uzupełnień i na ułożeniu spisu alfabetycznego”¹². Dzieło zbiorowe zdaniem redakcji nie może „przedstawiać jednolitości w opracowaniu i stylu, jaka słusznie się wymaga od pracy, skreślonej piórem jednego autora”.¹³ Tak więc każda praca zachowała charakter monografii, starano się jedynie ujednolicić słownictwo histologiczne. Pod redakcją prof. dr. H. Hoyera ukazał się nowoczesny, bardziej obszerny, liczący 561 stron, bogato ilustrowany (430 rysunków w tekście) „Podręcznik histologii ciała ludzkiego”. Dzieło zbiorowe, stworzone wspólnie przez grono lekarzy

z Krakowa, Lwowa i Warszawy, przeznaczone zostało głównie „dla oswojenia uczących się z *zasadami nauki*”.¹⁴ Na uwagę zasługuje użycie w tytule wyrazu „podręcznik”, który występuje po raz pierwszy dopiero w wydaniu z 1901 r.

Henryk Hoyer zmarł w 1907 roku w Warszawie przeżywszy 73 lat. Żegnał go świat lekarzy, który tyle mu zawdzięczał i z którym tak blisko był związany. Jako jeden z niewielu już za życia był cenionym, uznawanym przedstawicielem polskiej myśli naukowej, doczekał się wielu splendorów. Uzyskał stałą i niepodważalną pozycję wśród lekarzy i uczonych II połowy XIX i początków XX wieku.

Piśmiennictwo

1. H. Hoyer: *Histologia ciała ludzkiego*. Warszawa 1862.
2. Polski Słownik Biograficzny. Wrocław 1962-1964 t. X s. 38-40.
3. T. Dunin: Henryk Hoyer, sylwetka człowieka. *Medycyna* 1907 t. 35 nr 34 s.584-589.
4. A. Śródka: Henryk Fryderyk Hoyer jako pedagog. *Arch. Hist. Filoz. Med.* 1988 t. 51 z. 4 s. 499-508.
5. Z. Gajda: Kilka słów o Henryku Hoyerze – młodszym. *Postłowie do sesji. Arch. Hist. Filoz. Med.* 1988 t. 51 z. 4 s. 521-526.
6. H. Hoyer /red./: *Podręcznik histologii ciała ludzkiego*. Warszawa 1901.
7. J. Kapuścik: W kręgu lekarzy, uczonych i bibliofilów. Warszawa 1993 s. 269.
8. *Biogramy uczonych polskich*. Wrocław 1990 cz. VI z. 1 s. 233-238.
9. J. Jonek: Pierwszy polski podręcznik histologii. *Śląski Medyk* 1954 R. 2 nr 2 s. 5.
10. J. Komender: Henryk Fryderyk Hoyer i jego znaczenie dla rozwoju nauk medycznych. *Arch. Hist. Filoz. Med.* 1988 t. 51 z. 4 s. 479 – 481.
11. J. Pruszyński: Henryk Hoyer, jego działalność naukowa i profesorska. *Gaz. Lek.* 1908 R.XLIII nr 29 s. 637-647.

¹ H. Hoyer. *Histologia ciała ludzkiego*, Warszawa 1862

² Tamże

³ Z. Gajda: Kilka słów o Henryku Hoyerze - młodszym. *Postłowie do sesji. Arch. Hist. Filoz. Med.* 1988 t. 51 z. 4 s. 523

⁴ Tamże

⁵ Tamże

⁶ Dr Majer. „*Histologia ciała ludzkiego*” napisana przez Dra H.Hoyera Adjunkta-Profesora Fizjologii c.k. warszawskiej Med.-Chirurg.Akademii. *Przegl. Lek.* 1862 t.1

⁷ Tamże

⁸ Tamże

⁹ Tamże

¹⁰ J. Jonek: Pierwszy polski podręcznik histologii. *Śląski Medyk* 1954 R. 2 nr 2 s. 5

¹¹ H. Hoyer /red./: *Podręcznik histologii ciała ludzkiego*. Warszawa 1901 s. 1 nlb.

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

¹⁴ Tamże.

Zeszyt egzaminacyjny profesora Grzywo-Dąbrowskiego

Prof. dr hab. Regina Stańczyk¹

Okrągłe rocznice wybuchu i zakończenia II wojny światowej to właściwy czas² do przypomnienia zasług profesora Wiktora Grzywo – Dąbrowskiego w kształceniu studentów medycyny przed wojną i w czasie okupacji. Profesor był kierownikiem Zakładu Medycyny Sądowej Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Warszawskim w chwili rozpoczęcia wojny, prowadził tajne nauczanie podczas jej trwania i kierował tym zakładem po wojnie, do chwili przejścia na emeryturę.

Wśród liczного grona profesorów przypominanych przez dr. med. Stanisława Leszczyńskiego w czasopiśmie „Z Życia Akademii Medycznej w Warszawie” (nr 10 z 1999 roku) nie wspomniano o profesorze Grzywo – Dąbrowskim z prostej przyczyny – autor w chwili wybuchu wojny ukończył piąty rok studiów, które trwały wtedy pięć i pół roku, a zajęcia z medycyny sądowej, wieńczące wcześniej pobierane nauki medyczne, odbywały się dopiero na końcowym semestrze. Zanim jednak młodzież podjęła studia po wakacjach, Warszawę zajęli już Niemcy.

Kończącym egzaminem na wydziale lekarskim był egzamin z medycyny sądowej. Jego zaliczenie było podstawą do wydania przez dziekanat zaświadczenia o zakończeniu studiów i do otrzymania dyplomu lekarza. Świadom tego prof. Grzywo – Dąbrowski notował dokładnie imię i nazwisko egzaminowanego, datę egzaminu, wynik, a nierzadko także zadawane pytania. Byłam wtedy w nieco lepszej sytuacji niż koledzy z mego rocznika, ze względów rodzinnych bowiem musiałam przyspieszyć zakończenie zajęć z medycyny sądowej i psychiatrii.

Po latach, będąc już pracownikiem Akademii Medycznej i kierując tym samym, co wcześniej Profesor zakładem, znalazłam ten zeszyt w stercie papierów pod schodami „sądówki”. Ostatni przedwojenny zeszyt egzaminacyjny zaczyna się od roku akademickiego 1938/1939, pierwszy egzamin odnotowano w

nim 16 września 1938 r., a ostatni 26 sierpnia 1939 r. W tym roku akademickim, ostatnim przed wybuchem wojny, oceny z medycyny sądowej uzyskało 337 absolwentów.

Mimo wybuchu wojny i zamykania szkół wyższych przez okupanta – Profesor nadal egzaminował. W roku akademickim 1939/1940 notuje w zeszycie egzaminy od dnia 2 września 1939 r. aż do 4 maja 1940, kiedy to z powodu zakazu władz okupacyjnych „wykaz zamknięto”. W tym czasie Profesor przeegzaminował 230 absolwentów, wśród których znalazło się 35 osób z najmłodszego rocznika studiów z lat 1934-1939 (absolutorium I. 1940 podpisane przez dziekana prof. Laubera). Wszyscy oni otrzymali zaświadczenia o uprawnieniach lekarskich i zostali wpisani do Izby Lekarskiej.

Dalsze notatki Pana Profesora dotyczyły tajnego nauczania medycyny sądowej pod postacią kursów „ogładczy zwłok i prosektorów”. Kursantami byli przedwojenni studenci medycyny sądowej z różnych roczników. Pierwszy kurs trwał od 30 sierpnia do 25 września 1943 r., drugi od 14 października do 13 listopada 1943 r., trzeci od 15 kwietnia do 15 maja 1944 r. i czwarty od 22 maja do 24 czerwca 1944 r. Kursy kończone były egzaminem. Z tej formy tajnego nauczania skorzystało 40 osób.

Po upadku powstania warszawskiego Profesor, ewakuując się z domu, do torby z osobistymi rzeczami włożył też zeszyt z zapiskami o naszych egzaminach. Powróciwszy z tułaczki kontynuował swe notatki egzaminacyjne. Pierwszy egzamin odnotował 19 lutego 1945 r. i są zachowane kolejne wpisy egzaminacyjne do 28 marca 1952 r. W tym czasie zdały 1152 osoby.

Notatki Profesora miały ogromne znaczenie, często o potwierdzenia zdania ostatniego egzaminu ubiegali się zainteresowani z kraju i zagranicy. Odnaleziony zeszyt profesora Grzywo – Dąbrowskiego przekazałam do archiwum Biblioteki Głównej Akademii Medycznej przy ul. Oczki 1 w Warszawie.

¹Pani profesor Regina Stańczyk kierowała Zakładem Medycyny Sądowej w latach 1975-1986

²Tekst miał się ukazać w numerze wrześniowym 2005 MDW

TYTUS CHAŁUBIŃSKI, LEKARZ I NAUCZYCIEL AKADEMICKI XIX-WIECZNEJ WARSZAWY

Barbara Czechmeszyńska
Fundacja „Pokolenia Pokoleniom”



Dr Tytus Chałubiński sportretowany przez warszawskiego fotografa, Jana Mieczkowskiego.

„...- Dam pani leciuchny napój. Weź pani kąpiel. Po obiedzie połóż się pani i prześpij parę godzin. O ósmej popędź na uroczystość Świętej Anny i potańcz do godziny drugiej po północy” – takie zalecenie przeciwko „znużeniu, cierpieniu i nerwowości” otrzymała od Tytusa Chałubińskiego, lekarza XIX-wiecznej Warszawy, zaprzyjaźniona pacjentka. Zalecenie pomogło, ponieważ pacjentka należała do ściślego grona przyjaciół doktora, który doskonale znał jej ogólny stan zdrowia i wiedział, że tego wieczoru bez ryzyka może zastosować wobec

niej swą słynną maksymę: „Trzeba leczyć chorego, a nie chorobę”.

Młodzi Polacy, którzy w połowie XIX wieku chcieli zostać lekarzami, wykształcenie medyczne zdobywać musieli na uczelniach zagranicznych. Po powstaniu listopadowym zamknięto polskie uniwersytety w Warszawie i w Wilnie. Studia zagraniczne były w zasadzie dla Polaków niedozwolone, a ich absolwenci nie mieli prawa do prowadzenia praktyki lekarskiej. Jednak z powodu ciągłego niedostatku liczby lekarzy, każdy kto zdobył za granicą wykształcenie medyczne i zdał stosowny egzamin przed Radą Lekarską Królestwa Polskiego miał szansę na otrzymanie zezwolenia na wykonywanie zawodu. Kandydaci na przyszłych lekarzy kształcili się więc przeważnie na wileńskiej Akademii Medyko – Chirurgicznej, gdzie w języku łacińskim wykładali profesorowie dawnego Wydziału Lekarskiego zamkniętego Uniwersytetu Wileńskiego.

„W ówczesnej Warszawie środowisko lekarskie należało do środowiska zawodowej inteligencji – pisze Barbara Petrozolin - Skowrońska w książce „Tytus Chałubiński. Sylwetki Warszawskie” - Wszystkich lekarzy w królestwie obowiązywało ukończenie studiów medycznych, corocznie publikowane były imienne wykazy lekarzy uprawnionych do praktyki. Środowisko lekarskie miało piękną tradycję, sięgającą czasów Oświecenia, coraz wyższy społeczny prestiż, a także standard życia równy burżuazji. Z racji gruntownego wykształcenia, powiązanego z podróżami po wielu krajach Europy, lekarze należeli do elity intelektualnej kraju. Charakterystyczne dla tego środowiska było utrzymywanie bliskich kontaktów ze światem kultury, zainteresowanie literaturą i sztuką. Czołówka lekarzy miała na tyle wysokie dochody, że kupowano kamienice, podmiejskie pałacyki i majątki, a posiada-

nie własnego powozu było niemal regułą...”

Do grona wybitnych lekarzy i nauczycieli akademickich XIX-wiecznej Warszawy niewątpliwie zalicza się Tytus Chałubiński, który – jak większość ówczesnej młodzieży – studia medyczne rozpoczął w Wilnie, kontynuował je na wydziale medycznym i filozoficznym Uniwersytetu w Dorpacie, a następnie na wydziale medycznym Uniwersytetu w Wuerzburgu. Warszawską praktykę lekarską rozpoczął w roku 1845 pomyślnym zdaniem egzaminu przed Radą Lekarską Królestwa.

Od pierwszych lat swej praktyki Chałubiński zajmował się także kształceniem przyszłych lekarzy. Jak pisał jego uczeń, Henryk Dobrzycki, przez dziesięć lat kierowania Szpitalem Ewangelickim (do stycznia 1857 roku) „...potrafił skupić wokół siebie wszystkie młode elementy, dzieląc się z nimi chętnie wszelkimi wiadomościami, jakie zdobył na różnych wszechnicach...”.

Praca ze studentami stanowiła ważny element działalności tego niezwykle pracowitego społecznika, głównego lekarza największego warszawskiego szpitala im. „Dzieciątka Jezus” (przy Placu Wareckim), dyrektora Szpitala Ewangelickiego, członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, komitetu epidemiologicznego, radcy dworu, członka Warszawskiego Towarzystwa Dobroczyńności i honorowego członka Urzędu Lekarskiego Guberni Warszawskiej.

Gdy w roku 1857 powstała w Warszawie Akademia Medyko – Chirurgiczna, z główną siedzibą w Pałacu Staszica, Chałubiński od początku podjął się kształcenia przyszłych lekarzy. Przez sześć godzin tygodniowo wykładał studentom III kursu patologię i terapię szczegółową – jako profesor zwyczajny patologii i terapii szczegółowej chorób wewnętrznych oraz kliniki terapeutycznej, a także – od roku 1860 – jako członek senatu tej uczelni.

W roku 1869 utworzono Cesarski Uniwersytet Warszawski. Przez dwa pierwsze lata Chałubiński wykładał tam po polsku medycynę, a jego odejście z uczelni zbiegło się z wprowadzeniem języka rosyjskiego jako obowiązkowego na wykładach.

Kiedy odchodził z uniwersytetu – jak relacjonował warszawski tygodnik „Kłosa” w roku 1873 – „Uczniowie jubilatą postanowili utworzyć nagrody premiiowe imienia Chałubińskiego, udzielać się mające przez towarzystwo le-

karskie w Warszawie co lat 3 lub 4 za najlepsze dzieło treści lekarskiej lub przyrodniczej”. Ponadto „Ustawę nagrody konkursowej imienia dr. Tytusa Chałubińskiego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zatwierdziło w grudniu 1874, a pierwszym laureatem został Henryk Dobrzycki za pracę o kołtunie – pisano w „Kłosach”.

Zapoczątkowaną spontanicznie przez środowisko lekarskie XIX-wieczną tradycję przyznawania odznaczeń imienia doktora Tytusa Chałubińskiego wskrzesił dwa wieki później Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, profesor Leszek Pączek. W 2005 roku Jubileuszowym Medalem imienia Doktora Tytusa Chałubińskiego za wybitne osiągnięcia uhonorowani zostali profesorowie: Tadeusz Orłowski i Maciej Nałęcz, a w roku 2006 Marszałek Województwa Mazowieckiego, dr Adam Struzik, XIV Liceum Ogólnokształcące im. Stanisława Staszica w Warszawie i profesorowie: Kazimierz Łodziński, Jarosław Stodulski, Krystyna Wysocka oraz Czesław Szymkiewicz.

Postać i dokonania Tytusa Chałubińskiego uczczono po jego śmierci licznymi pomnikami, tablicami pamiątkowymi, jego imieniem nazwano ulice i szkoły w różnych miastach Polski, a w Warszawie przy ul. Chałubińskiego do dziś mieści się kilka budynków Akademii Medycznej. Jedną z inicjatyw, służących upamiętnieniu tego wybitnego lekarza i społecznika jest inicjatywa praprawnuka Tytusa Chałubińskiego, Andrzeja Skowrona, aby powierzyć Fundacji Pokolenia Pokoleniom rekonstrukcję zniszczonego pomnika Chałubińskiego. Pomnik ten wystawił w roku 1901 na terenie własnego Zakładu Wodoleczniczego w Zakopanem jego młodszy uczeń i przyjaciel – doktor Andrzej Chramiec.

Kazimierz Przerwa-Tetmajer w Odezwie Zarządu Towarzystwa Muzeum Tatrzańskiego napisał „Dr Tytus Chałubiński, ów wielki człowiek [...] wiedział, że [...] czego nie uratujemy dzisiaj, to na miejscu zginie i szczerze. Zmiana stosunków życia poczęła spustoszenia robić w [...] obyczajach i zwyczajach ludności [...]. Jego Muzeum Tatrzańskie, pod które wspaniałomyślnie darowała grunt najbliższa rodzina, miało być podstawą i centrum pracy nad ocaleniem od zapomnienia i zaginięcia...”

„ - Kiedy zobaczyłem rozbite szczątki pomnika, od razu poczułem, że trzeba się tym zająć, że jeszcze trochę i śladu po pomniku nie będzie – mówi Andrzej Skowron. – Zwróciłem się

o pomoc do Fundacji Pokolenia Pokoleniom. No i udało się."

Honorowy patronat nad projektem sprawują profesor Jerzy Woy – Wojciechowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i profesor Adam Myjak, rzeźbiarz, wieloletni rektor Akademii sztuk Pięknych w Warszawie. Po-



Tak wyglądał pomnik dr. Tytusa Chałubińskiego na początku ubiegłego wieku...

mnik zostanie całkowicie odrestaurowany i uroczystie odsłonięty w czerwcu br. dzięki zaangażowaniu polskiej grupy farmaceutycznej Polpharma, która sfinansowała rekonstrukcję. Prace prowadzą wydziały konserwacji i rzeźby warszawskiej Akademii Sztuk Pięknych pod kierunkiem Wiesława Procyka.



...a w takim stanie zastał go praprawnuk doktora - Andrzej Skowron

Więcej o doktorze Tytusie Chałubińskim przeczytać można w książce Barbary Petrozolin-Skowrońskiej „Król Tatr z Mokotowskiej 8”.

Głównym bohaterem książki jest „poeta życia” (jak nazwał go Sienkiewicz), najsłynniejszy lekarz dziewiętnastowiecznej Warszawy, a zarazem „odkrywca” Zakopanego, pionier taternictwa i turystyki górskiej, badacz przyrody tatrzańskiej. Przystojny, o wielkim uroku osobistym, wszechstronnych zainteresowaniach, ogromnej kulturze humanistycznej („rozwierał z taką znajomością rzeczy o wędrownie ludów lub o przyczynach upadku Rzymu, o Spinozie lub o Kancie, o Słowackim lub Polu, jak gdyby to były główne i stałe przedmioty jego myśli”), zaangażowany w sprawy ojczyzny w czasach dramatycznej

historii i trudnych wyborów – jest wybitnym, a zarazem wcale nie wyjątkowym, przedstawicielem polskiej inteligencji XIX wieku. Tłem portretu bohatera są Tatry, a także nasza historia, od czasów „nocy paskiewiczowskiej” po czasy pozytywizmu warszawskiego i neoromantycznego przełomu końca lat 80. XIX w., są nim także różne, godne uwagi, kręgi polskiej inteligencji, obok znanych lekarzy i przyrodników, pojawia się tu szereg wybitnych postaci polskiej kultury, m.in. Ignacy Jan Paderewski, Helena Modrzejewska, Henryk Sienkiewicz, Bolesław Prus, Aleksander Świętochowski, Wojciech Kossak, Stanisław Witkiewicz. Bohaterami książki są również zakopiańscy górale. Główne miejsca akcji to Warszawa, Zakopane i Tatry.

STUDIOWAĆ CZY PRZYSWAJAĆ AKSJOMATY?

Uwagi członka Komisji d/s Informacji Naukowej i Wydawnictw AM*

Prof. dr hab. Krzysztof Włodarski

W czasie ostatniego posiedzenia Senackiej Komisji d/s Informacji Naukowej i Wydawnictw w dn. 2 marca br. miałem okazję poznać tytuły prac habilitacyjnych oraz skryptów zgłoszonych do realizacji przez Oficynę Wydawniczą w roku 2006. Lista ich jest imponująco długa, zawiera ok. 95 propozycji, z których zapowiedziane prace habilitacyjne stanowią jedynie 10-12 pozycji. O ile te ostatnie nie budzą wątpliwości, to pozostałych 80 - według mego rozeznania i doświadczenia - nie znajduje pełnego uzasadnienia.

Przez wiele lat niedoborów wydawniczych skrypty stanowiły bardzo cenny wkład w dydaktykę prowadzoną w naszej uczelni. Ich powszechność nie powinna jednak usprawiedliwiać tak wielkiej liczby tych wydawnictw w chwili obecnej. Skrypty wydaje się bowiem w sytuacjach wyjątkowych, np. kiedy brak jest na rynku podręczników z danej dziedziny, gdy przedmiot jest zajęciem fakultatywnym albo stanowi temat kursu autorskiego, a więc dotyczy stosunkowo wąskiej grupy zainteresowanych studentów. Funkcja skryptów wydawanych przez naszą uczelnię jest jednak inna. W ocenie studentów, jak też - co gorsza - części naszych kolegów - nauczycieli stały się one **alternatywą** dla podręczników! Przekazywanie wiadomości z przedmiotów obowiązkowych poprzez skrypty jest dzisiaj anachronizmem. W dobie wyszukiwarek internetowych, dostępu do baz pełnotekstowych sieci bibliotek, nie wspominając oczywiście o powszechnie już dostępnych podręcznikach autorów polskich i o świetnych przekładach renomowanych podręczników zagranicznych skrypty - będące w istocie „brykami” podręczników akademickich - oduczają studentów dociekliwości i samodzielności myślenia, serwując im informacje

albo podstawowe, albo stanowiące wyraz osobistych zainteresowań autorów. Pojęcie „studiowanie” zostaje zastąpione „przyswojeniem aksjomatu”.

Podręczniki są wydawnictwami recenzowanymi zewnątrz, przez co ich treść nie może budzić kontrowersji. Skrypty nie podlegają takiej kontroli. Nosząc takie same tytuły jak podręczniki zasadniczych przedmiotów: „Chirurgia”, „Interna” czy „Pediatria”, wykorzystywane są wyłącznie przez studentów naszej Akademii Medycznej - nie innych uczelni. Czy to nie powinno budzić naszego niepokoju? Często powtarzany argument, że skrypty te są potrzebne, bo studenci chętnie je kupują, świadczy nie o wartości tych wydawnictw, czy o głodzie wiedzy studentów, lecz raczej o pragmatyzmie tych ostatnich - wiedzą oni przecież, że autorzy skryptów są jednocześnie ich egzaminatorami i pytania egzaminacyjne są układane m.in. pod kątem zawartości tych opracowań. Wydając skrypty wpadamy w pułapkę sprawdzenia celu edukacyjnego do zdania egzaminu z przedmiotu. Takie rozumienie roli skryptów, choć błędne, funkcjonuje wśród studentów. Dodatkowo jest ono usankcjonowane przez nasze zakłady i katedry, które obok podręczników umieszczają swoje skrypty na liście pozycji obowiązujących, co też tłumaczy ich wysoką sprzedaż. Z uwagi na to, że zakłady i ich pracownicy są pośrednio beneficjentami zysków ze sprzedaży skryptów, rodzić się mogą pytania dotyczące potencjalnego konfliktu interesów. Na jakiej podstawie dana katedra lub zakład uznały, że obowiązujący podręcznik jest niewystarczający i wymaga uzupełnienia? Czy uznane na świecie podręczniki pozostawiają rzeczywiście takie luki, że trzeba je uzupełniać skryptami? Jak wytłumaczyć polskim

Prof. Włodarski nie poparł uchwały Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw, akceptującej plan wydawniczy.

studentom, którzy muszą korzystać z materiałów uzupełniających, że studenci English Division uzyskują **ten sam** dyplom lekarski na podstawie innego podręcznika, napisanego i wydanego w sposób wysoce profesjonalny, oferującego ponadto dokładnie ten sam poziom wiedzy, który jest wymagany na uczelniach zagranicznych?

Niektóre pozycje, typu: „Materiały pomocnicze...” czy „Wybrane zagadnienia z...” są albo kompilacją wiedzy z podręczników, albo też zbiorem informacji nie objętych w oficjalnych, a więc zaaprobowanych przez ministerstwo dla danej dziedziny podręcznikach. Informacje w takich skryptach wykraczają często poza ich ramy i nie powinny być dla studentów - zawodowej przecież - uczelni, obligatoryjne. Dla studentów szczególnie zainteresowanych pogłębianiem danego przedmiotu, którzy pragną poszerzyć swą wiedzę w danej dyscyplinie, skrypty nie są lekturą docelową. Oni swoją wiedzę pogłębiają na podstawie materiałów źródłowych lub terminując w kołach naukowych znajdujących się przy każdej klinice lub katedrze.

Grupa skryptów obejmująca tytuły: „Wybrane zagadnienia z...” odzwierciedla specyficzne zainteresowania autorów lub redaktora i ma zastosowanie lokalne, w przeciwieństwie do podręczników obejmujących swym zasięgiem cały kraj i tematykę ogólną - nie partykularną.

Wątpliwości budzi także jednoczesne wydawanie dwóch skryptów o podobnej tematyce (np. „Fizjologiczne podstawy endokrynologii” oraz „Podstawy endokrynologii dla studentów medycyny” lub „Kompendium histologii i embriologii” i „Podstawy histologii i niektórych technik histologicznych”). Potrzeba wydania skryptów w rodzaju „Metodyki badań naukowych”, przeznaczonych dla studiów licencjackich jest dla mnie równie wątpliwa. Od licencjantów nie wymaga się przecież prowadzenia badań naukowych!

Wydawanie skryptów jest według mnie konieczne wtedy, gdy wprowadzane są nowe przedmioty, do których nie ma jeszcze podręczników. Ale to powinna być sytuacja tymczasowa i tymczasowa. Swego czasu, gdy wprowadzono nowy przedmiot „Immunologia”, skrypty zespołu dydaktycznego stanowiły jedyne dostępne studentom opracowanie. Wkrótce jednak ten sam zespół przygotował

podręcznik, który doczekał się już kilku wydań. Tak też powinno być w przypadku niektórych skryptów dla nowo powstałego Wydziału Nauki o Zdrowiu. I w tych przypadkach należałoby autorów zobligować do opracowania podręcznika lub zlecenia tłumaczenia uznanej pozycji światowej.

Skrypty mają ograniczenia edytorskie. Druk i ilustracje są średniej jakości - czarno-białe, co w przypadku np. nauk morfologicznych (histologia, histopatologia, nauki anatomiczne i inne, wykorzystujące barwy jako element istotny w diagnostyce lub w różnicowaniu zmian histopatologicznych) powinno taką publikację dyskwalifikować.

Wydawać się może, że znaczna liczba tytułów skryptów jest także wyrazem ambicji redaktorów, którym służą one do wykazania się „osiągnięciami dydaktycznymi”, dają punkty rankingowe, a więc raczej służą karierze akademickiej niż rzeczywistym potrzebom. Powszechnie wiadomo, że każdy skrypt jest automatycznie podstawą uzyskania nagrody dydaktycznej JM Rektora. Rodzi się więc pytanie, czy mnożenie tych bytów nie jest związane właśnie z tą skromną nagrodą finansową? A może zmiana kryteriów przyznawania „nagród dydaktycznych” (np. za prowadzenie porywających wykładów, opracowania książkowe i prace o charakterze monograficznym) wpłynęłaby na ograniczenie tej skryptomanii?

Podstawą decyzji o wydaniu skryptu powinny być **rzeczywiste potrzeby wypełnienia luki w dostępnym dla studentów księgozbiorze**. Skrypty omawiające znacznie lepsze, profesjonalne wydania książkowe można zastąpić **wskazówkami do ćwiczeń**, uściślającymi które rozdziały podręcznika są materiałem wymaganym oraz co jest przedmiotem ćwiczenia praktycznego. Redukowanie zaś treści podręczników do formy skryptu jest krokiem wstecz, a nie oznaką nowoczesnego zaplecza dydaktycznego!

Zmiana profilu wydawanych materiałów dydaktycznych oraz ograniczenie ich liczby to duże zmiany w polityce wydawniczej AM. Proszę jednak tę propozycję rozważyć. Naszym celem jest przecież ciągle podnoszenie rangi warszawskiej uczelni, a ta jest pochodną jakości kształcenia - nie ilości drukowanych skryptów. Propozycje wydawnicze powinny być zgłaszane i zatwierdzane *pro publico bono*, nie *pro domo sua*.

PIELĘGNIARKA EDUKATOREM DZIECKA Z CHOROBA ROZROSTOWĄ KRWI I JEGO RODZICÓW

Mirosława Kram¹, Ewa Barczykowska¹, Andrzej Kurylak²

¹*Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego AM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy*

²*Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii AM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy*

Choroby rozrostowe krwi, w tym białaczki należą do najczęstszych nowotworów występujących u dzieci w różnym wieku. Obraz kliniczny, badania laboratoryjne i obrazowe oraz histopatologiczne szpiku kostnego decydują o rozpoznaniu białaczki. Leczenie białaczki jest długie i trwa ok. 2,5 roku. Podstawową metodą leczniczą jest wielolekowa i często wysokodawkowana chemioterapia, związana z wieloma działaniami niepożądanymi (1). Największe zagrożenie stanowi obniżenie odporności ustroju. Zastosowanie nowoczesnych protokołów leczenia białaczki, w zależności od jej rodzaju, pozwala uzyskać 5-letni okres przeżycia wolnego od niekorzystnych zdarzeń u około 50-90% dzieci.

Z chwilą, gdy dziecko i jego rodzice dowiedzą się o rozpoznaniu białaczki, przechodzą przez kilka etapów w przystosowaniu się do faktu choroby. Rzeczą psychologicznie pożądaną jest przejście przez fazy: gniewu, rozpacz, targowania się - do akceptacji. Pogodzenie się z sytuacją, tym samym uwolnienie się od przykrych emocji pozwala dziecku i jego rodzicom podjąć wysiłek wypracowania strategii radzenia sobie z chorobą i obciążeniami wynikającymi z leczenia.

Już od początku pobytu w klinice dziecko i jego rodzice potrzebują bardzo aktywnego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Od pielęgniarki oczekują umiejętności elementarnej psychoterapii (2). Życzliwa i wspierająca postawa pielęgniarki niezwykle pomaga

dziecku i jego rodzicom w łagodzeniu napięć i różnych negatywnych emocji wywołanych chorobą i stosowanymi metodami leczniczymi. Dopelnieniem pomocy psychologicznej jest edukacja dziecka i jego rodziców. Zaczyna się bowiem okres stawiania pytań o chorobę, o chemioterapię i jej następstwa, okres „radzenia sobie” z chorobą.

Edukacja dziecka z białaczką i jego rodziców stanowi integralną część opieki pielęgniarskiej. Właściwie prowadzona edukacja wykracza poza proste informowanie, działania jednorazowe i okazjonalne. Aktualnie uważa się, że edukacja skuteczna to edukacja formalna, którą definiuje się jako pedagogiczne oddziaływanie na pacjenta (3). Właściwie prowadzona edukacja umożliwia pacjentowi zdobycie wiedzy o chorobie i sposobach radzenia sobie z nią (4, 5). Stąd w każdym programie edukacyjnym zawarte są: cele podejmowanych działań, treści, formy nauczania, metody, pomoce dydaktyczne, sprawdzenie skuteczności działania oraz ewaluacja. Tak rozumiana edukacja umożliwia przygotowanie dziecka i jego rodziców do współpracy w terapii, pielęgowaniu oraz - i przede wszystkim - do samoopieki podczas hospitalizacji i pobytu w domu.

Koniecznymi warunkami efektywnej edukacji jest jej prowadzenie zgodnie z najnowszymi wymogami dydaktycznymi, pozyskanie pacjenta do współpracy i umiejętne komunikowanie terapeutyczne.

Program Edukacyjny Dzieci i Młodzieży z Chorobą Rozrostową Krwi i ich Rodziców*

Temat ogólny: Przygotowanie chorego dziecka leczonego chemioterapią i jego rodziców do samoopieki w warunkach domowych.

Temat szczegółowy: Higiena osobista i otoczenia a minimalizacja zakażeń.

Opis sytuacji: U dzieci leczonych chemioterapeutykami występuje naruszenie ciągłości skóry i błon śluzowych, zaburzenie ich budowy i funkcji poprzez proces nowotworowy lub postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, co w efekcie prowadzi do zwiększonego ryzyka zakażenia.

Miejsce edukacji: Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii AM w Bydgoszczy.

Cel ogólny: Przygotowanie pacjenta do samoopieki w warunkach domowych.

Cele szczegółowe:

- dostarczenie informacji o istocie choroby nowotworowej;
- dostarczenie informacji o chemioterapii;
- zapoznanie z pojęciem zakażenia i czynnikami mu sprzyjającymi;
- poznanie zależności między chemioterapią a podatnością na zakażenie;
- zrozumienie własnych zachowań minimalizujących szerzenie się zakażeń;
- poznanie zasad prawidłowego odżywiania się w chorobie nowotworowej;
- kształtowanie nawyków higienicznych mających na celu minimalizację zakażeń;
- zdobycie umiejętności praktycznych: antybakteryjnego mycia rąk, prawidłowego mycia zębów, składu i sposobów przygotowywania posiłków;
- kształtowanie akceptującej postawy wobec choroby.

Treści programu:

- ogólne pojęcie choroby nowotworowej i jej następstw;
- chemioterapia jako podstawowa metoda leczenia w onkologii;
- objawy uboczne chemioterapii;
- naturalna odporność człowieka;
- odporność u osoby chorującej na nowotwór;
- pojęcie zakażenia;
- czynniki sprzyjające zakażeniom w oddziałach pediatrycznych;
- zapobieganie i zwalczanie zakażeń w oddziale pediatrycznym;

- chemioterapia a podatność na zakażenie;
- skutki zakażeń u dzieci leczonych cytostatykami;
- zachowania minimalizujące szerzenie się zakażeń;
- kształtowanie nawyków higienicznych mających na celu minimalizację zakażeń.

Formy edukacji:

- grupowa,
- indywidualna.

Metody edukacji:

- pogadanka;
- rozmowa;
- pokaz;
- praca z broszurami;
- ćwiczenia praktyczne.

Środki dydaktyczne:

- broszury;
- plakaty;
- zestaw do antybakteryjnego mycia rąk;
- zestaw do mycia jamy ustnej;
- środki kosmetyczne i lecznicze.

Kontrola wiedzy i umiejętności:

- nadzorowanie mycia rąk przez dzieci;
- nadzorowanie pielęgnacji jamy ustnej przez dzieci;
- test wiadomości na temat higieny osobistej dziecka i jego otoczenia;
- test wiadomości na temat odżywiania się podczas chemioterapii.

Ewaluacja

Kierowanie pytań do dzieci i ich rodziców:

1. „Co podobało mi się najbardziej?”
2. „Czego mi zabrakło?”
3. „Co mnie zaskoczyło?”

Zapisywanie odpowiedzi i poddawanie ich analizie.

Załączniki:

- Broszura „Minimalizacja zakażeń u dzieci leczonych chemioterapią”
- Instrukcja „Antybakteryjne mycie rąk”
- Plakat: „Ja i moje dziecko leczone chemioterapią”
- Ulotka: „Każde dziecko o tym wie, kotek często myje się”

Cały pakiet edukacyjny znajduje się w dokumentacji Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego. Umieszczenie go w całości przekracza ramy niniejszego artykułu.

*Program - pod kierunkiem asystentów Zakładu Pielęgniarstwa Pediatrycznego - przygotowała pięcioosobowa grupa studentów I roku kierunku Pielęgniarstwo, 2- letnich dziennych studiów uzupełniających Wydziału Nauk o Zdrowiu bydgoskiej AM, odbywająca ćwiczenia kliniczne z pielęgniarstwa wieku rozwojowego. Miejszem ćwiczeń i prowadzenia edukacji prozdrowotnej była Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii AM w Bydgoszczy.

Omówienie i dyskusja

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym obie strony biorą aktywny udział. Edukator – osoba prowadząca edukację pełni rolę doradcy, przewodnika wspierającego uczenie się; edukowani – odbiorcy, uczą się przez doświadczenie. Wybór celów: ogólnego i szczegółowych uzależniony jest od potrzeb i oczekiwań edukowanych.

Podstawową zasadą programów edukacyjnych jest eksponowanie pozytywnych wartości zdrowia, podkreślanie korzyści wynikających z terapii, uczenie pacjenta „bycia zdrowym, a nie chorym” (6,7).

Obszarami edukacji zdrowotnej są sfery ludzkiego postępowania w zdrowiu, chorobie i niepełnosprawności. W każdym z tych stanów człowiek pozostaje jednością biologiczną, psychiczną i społeczną. Stąd zakres edukacji zdrowotnej jest niemal nieograniczony i na ogół dotyczy następujących problemów: odżywiania (diety) w zdrowiu i chorobie, aktywności fizycznej, higieny osobistej i otoczenia, uzależnień, stylu życia, zapobiegania chorobie (ostrej, przewlekłej), funkcjonowania w chorobie i zdobycia umiejętności samoopieki.

B. Ślusarska i wsp. dokonali przeglądu literatury polskiej dotyczącej edukacji pacjenta w opiece pielęgniarskiej. Przejrzano i zanalizowano 139 artykułów, które ukazały się w latach 1990–2001 na łamach polskich czasopism pielęgniarskich, w materiałach zjazdowych i konferencyjnych oraz 171 prac magisterskich – wszystkie na temat edukacji zdrowotnej. Wyłoniono kilka grup tematycznych i odnosiły się one do następującej problematyki: zapotrzebowanie na poradnictwo, informacje oraz treści służące podtrzymywaniu i umacnianiu zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; ocena i samoocena badanych w zakresie wiedzy i umiejętności radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby w życiu codziennym; opinie, sądy pacjentów o realizacji działań edukacyjnych przez pielęgniarkę, roli edukacyjnej pielęgniarki; opinie i poglądy pielęgniarek o realizowanej edukacji. Tematyka prac magisterskich w obszarze edukacji zdrowotnej, przygotowanych przez studentów Wydziału Pielęgniarstwa AM w Lublinie w latach 1990 – 1998 dotyczyła m.in.: roli pielęgniarek w edukacji pacjenta; zapotrzebowania na działania edukacyjne wśród pacjentów; edukacji rodzin pacjentów (8).

Edukację zdrowotną pacjentów najczęściej przeprowadza się w oddziałach szpitalnych – przy udziale przeszkolonych pielęgniarek (9) i często kontynuowana jest ona w specjalnie utworzonych ośrodkach informacyjnych, dysponujących materiałami edukacyjnymi i programami szkoleń. Doświadczenia zebrane w wyniku szkoleń pacjentów chorych na cukrzycę, astmę oskrzelową i nadciśnienie tętnicze potwierdzają poprawę stanu zdrowia u chorych, którzy lepiej rozumieją istotę swojej choroby, zasady jej leczenia i potrafią właściwie reagować w przypadku wystąpienia określonych objawów (10).

Źródłem wszelkiego rodzaju informacji, w tym medycznych i zagadnień im pokrewnych staje się Internet. Onkologia jest dziedziną, w której infor-

macje są bardzo pożądane przez przeglądających strony internetowe pacjentów w każdym wieku. Poszukują informacji na temat choroby, możliwości jej leczenia, przewidywanego postępu schorzenia. Jednym z przykładów serwisów www jest strona Amerykańskiego Towarzystwa Rakowego. Dwanaście głównych odnośników prowadzi do podstron, zawierających m.in. porady dla rodziców dzieci chorych na raka. Jedną z nich to: Children & Cancer – strona adresowana do rodziców, którzy nie wiedzą, jak opiekować się chorym dzieckiem, jak odnosić się do niego, a przede wszystkim jak akceptować fakt, że ich dziecko jest poważnie chore.

Wnioski

1. W efekcie działań edukacyjnych pielęgniarki dziecko i jego rodzice powinni stać się aktywnymi członkami zespołu terapeutycznego.
2. Głównym celem edukacji jest przygotowanie dziecka do samoopieki w czasie hospitalizacji oraz w warunkach domowych.
3. Przekazywanie treści powinno odbywać się przy użyciu różnorodnych metod, form i środków dydaktycznych.
4. W edukacji pacjenta istotne jest, aby podstawą wszystkich informacji o zdrowiu i chorobie były najnowsze doniesienia naukowe.

Piśmiennictwo

1. Kowalczyk J. R., Samardakiewicz M.: *Dziecko z chorobą nowotworową*. Biblioteka Pediatrii t. 30, Warszawa Wyd. Lek. PZWL 1998.
2. Motyka M.: *Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarskiej*. Pielęgniarstwo 2000. 1(30) 97, 14-15.
3. Szewczyk A.: *Działania edukacyjne podejmowane przez pielęgniarkę wobec dziecka chorego na cukrzycę i jego rodziny*. Standardy Medyczne. 2002; 4, 613- 625.
4. Płaszewska-Żiwko L.: *Edukacja pacjenta*. Pielęgniarstwo 2000. 6 (29)96, 20- 22.
5. Charońska E., Janus B.: *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Pielęgniarstwo 2000. 3 (44) 99, 19- 25.
6. Woynarowska B. *Profilaktyka w pediatrii*. BP 29. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 1998.
7. Szczerbińska K.: *Jak opracować skuteczny program edukacji zdrowotnej pacjentów?*. Zdrowie i Zarządzanie. Tom II nr 6/2000, 45- 49.
8. Ślusarska B., Wysokiński M., Sadulska A.: *Edukacja pacjenta w opiece pielęgniarskiej – przegląd literatury polskiej*. Pielęgniarstwo Polskie. 2 (14) 2002, 156- 169.
9. Nadratowska I.: *Edukator medyczny na oddziale pediatricznym*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Nr 10. 2003, 4 –5.
10. Szczerbińska K.: *Edukacja zdrowotna – nowa jakość*. Antidotum. 11-12/1996, 34-39.
11. Wysocki P., Mackiewicz M., Grabarczyk P.: *Witryny internetowe – środkami wsparcia i edukacji chorych na raka i ich najbliższych – na przykładzie serwisu www Amerykańskiego Towarzystwa Rakowego*. Współczesna Onkologia. 2000, 4, 85-87.

17 listopada 2005 r. Prezydent RP nadał tytuł profesora nauk medycznych Jackowi Malejczykowi, Kierownikowi Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii, Dyrektorowi Centrum Biostruktury AM w Warszawie.

PROF. DR HAB. JACEK MALEJCZYK

Profesor Jacek Malejczyk urodził się w 1955 r. w Warszawie. W 1974 r. ukończył XLI LO im. Lelewela, a w 1979 r. studia na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie uzyskał dyplom magistra biologii. W tym samym roku został przyjęty na Studia Doktoranckie w Akademii Medycznej w Warszawie. W roku 1982 został zatrudniony w Zakładzie Histologii i Embriologii Instytutu (obecnie Centrum) Biostruktury AM, gdzie - przechodząc wszystkie szczeble kariery naukowej i dydaktycznej: specjalisty - biologa, starszego asystenta, adiunkta, Kierownika Pracowni Biologii Molekularnej Komórki, Dyrektora Studium Medycyny Molekularnej - pracuje do dziś na stanowisku Dyrektora Centrum BS AM.

Od początku opiekunem naukowym i promotorem profesora Jacka Malejczyka był prof. dr hab. Stanisław **Moskalewski**, pod którego kierunkiem wykonał i obronił z wyróżnieniem w 1986 r. pracę doktorską pt. „Wpływ wybranych środków immunosupresyjnych na odtwarzanie chrząstki przez przeszczepione syngeniczne lub allogeniczne chondrocyty”, uzyskując stopień doktora nauk przyrodniczych. W 1996 roku, na podstawie rozprawy pt. „Badania nad naturalną cytotoksycznością limfocytów przeciwko chondrocytom i komórkom stransformowanym onkogennym wirusem brodawczaka ludzkiego.” i oceny dorobku naukowego Rada Naukowa I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie nadała mu stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej - immunologii.

Profesor Malejczyk odbył kilka staży i szkoleń za granicą, między innymi w Instytucie Pasteura w Paryżu, Klinice Dermatologii Uniwersytetu Wiedeńskiego i w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Wilhelma w Münster.

Opublikowany dorobek naukowy

Obejmuje on łącznie ponad 80 publikacji, w tym ok. 60 prac oryginalnych, prace przeglądowe i monograficzne, rozdziały w podręcz-

nikach i skryptach, a poza tym - doniesienia zjazdowe. Spośród wyżej wymienionych ponad 50 artykułów opublikowano w języku angielskim, m. in. w takich czasopismach z tzw. „listy filadelfijskiej”, jak: *J. Immunology*, *Development*, *Arthritis Rheum.*, *Int. J. Cancer*, *Br. J. Cancer*, *Clin. Exp. Immunol.*, *Apoptosis*, *Clin. Orthop. Rel. Res.*, *Bone*, *J. Am. Acad. Dermatol.*, *Cell Immunol.* *Cell Transplant.*, *Int. J. Mol. Med.*, *Eye*, *Hum. Reprod.*, i w wielu innych.

IF - pow 120; liczba cytowań - ok. 500.

Główne zainteresowania naukowe, osiągnięcia badawcze

- Badania nad odtwarzaniem tkanki chrzęstnej i kostnej przez przeszczepy izolowanych chondrocytów i osteoblastów;
- Badania nad immunologicznymi właściwościami chondrocytów;
- Badania nad naturalną cytotoksycznością limfocytów przeciwko komórkom stransformowanym onkogennym wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV);
- Badania nad produkcją immunoregulacyjnych i przeciwnowotworowych cytokin przez komórki stransformowane HPV;
- Badania nad produkcją i wpływem cytokin prozapalnych na komórki nabłonka przedniego rogowki;
- Badania nad wpływem hormonów płciowych na aktywność komórek NK i produkcję immunoregulacyjnych cytokin w przebiegu cyklu menstruacyjnego i hormonalnej terapii zastępczej (HRT);

Obecna działalność naukowa to:

Badania nad etiopatogenezą endometriozy; badania mechanizmów naturalnej cytotoksyczności przeciwko chondrocytom; badania roli polimorfizmu genów w etiologii i patogenezie chorób przyzębia, brodawczaków i raków krtani, chorób narządu rodowego itp.; badania nad nowymi, potencjalnymi lekami przeciwnowotworowymi.

Programy badawcze

Do tej pory prof. Malejczyk uczestniczył w szeregu programach badawczych, m. in. kierował projektami KBN: „Rola czynnika martwicy nowotworów (TNF) i mechanizm jego działania w ograniczaniu wzrostu i regresji zmian indukowanych przez onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego.” i „Wpływ cytokin o działaniu prozapalnym na regenerację nabłonka rogówki szczura i człowieka.” i projektem finansowanym z Programu „Copernicus” Wspólnoty Europejskiej pt. „The role of genetic and immune factors in skin cancer associated with human papillomaviruses.”

Zjazdy naukowe, konferencje, wykłady

Czynny udział w zjazdach i konferencjach naukowych: 14 konferencji krajowych i 17 zagranicznych w tym:

- 6 razy jako „invited speaker” na konferencjach międzynarodowych
- 6 razy jako „invited speaker” na konferencjach krajowych
- 2 razy jako przewodniczący sesji na konferencji międzynarodowej.

Wykłady w czasie wizyt w ośrodkach zagranicznych: Instytut Pasteura w Paryżu, (Francja); Klinika Dermatologiczna im. Rudolfa Virchowa, Uniwersytet Berliński; Instytut Wirusologii Klinicznej i Molekularnej, Uniwersytet Erlangen-Nürnberg, Erlangen (Niemcy); Zakład Anatomii i Histologii Uniwersytetu w Kuopio (Finlandia); Uniwersytet Wilhelma w Münster, (Niemcy); Instytut Wirusologii, Uniwersytet Koloński (Niemcy).

Praca dydaktyczna i organizacyjna

Od początku pracy w Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii Centrum Biostruktury Akademii Medycznej Warszawie prof. Jacek Malejczyk jest czynnym dydaktykiem. Prowadzi wykłady, seminaria i ćwiczenia z histologii, cytofizjologii i immunologii dla studentów obu wydziałów lekarskich, stomatologii, farmacji i Wydziału Nauki o Zdrowiu oraz dla doktorantów i lekarzy - w ramach szkolenia podyplomowego dla specjalizujących się w okulistyce, pulmonologii, chirurgii stomatologicznej, endokrynologii i urologii. Wykłada również i prowadzi zajęcia seminaryjne oraz ćwiczenia w języku angielskim dla studentów English Division. Czynnie angażuje się w tworzenie

i unowocześnianie programów nauczania we wszystkich wyżej wymienionych dyscyplinach. Jest również autorem rozdziałów w skryptach i podręcznikach akademickich i sprawuje opiekę nad studentami - członkami Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Histologii i Embriologii. Poza tym prowadzi wykłady na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii Akademii Medycznej i Uniwersytetu Gdańskiego oraz na Szkołach Letnich organizowanych przez ten wydział.

Prof. Jacek Malejczyk był dotychczas promotorem 2 zakończonych przewodów doktorskich, magisterium i licencjatu. Wielokrotnie powoływano go na recenzenta rozpraw doktorskich.

Odegrał także dużą rolę przy powstaniu Studium Medycyny Molekularnej

Działalność organizacyjna profesora Malejczyka to również aktywność w towarzystwach naukowych, przede wszystkim w komisjach i komitetach PAN i w Polskim Towarzystwie Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, gdzie między innymi pełnił funkcje członka Zarządu Głównego i Przewodniczącego Oddziału Warszawskiego. Prof. Jacek Malejczyk był również członkiem rad redakcyjnych czasopism naukowych („Central European Journal of Immunology”, „Postępy Osteoartrologii”) i osobą czynnie zaangażowaną w organizację kursów i sympozjów naukowych, również o zasięgu międzynarodowym.

Członkostwo towarzystw naukowych

Polskie Towarzystwo Immunologiczne (członek Komisji Rewizyjnej Oddziału Warszawskiego, Wiceprzewodniczący Oddziału Warszawskiego, Członek Zarządu Głównego, Przewodniczący Oddziału Warszawskiego); Polskie Towarzystwo Biochemiczne; International Cytokine Society; European Society for Dermatological Research; Osteoarthritis Research Society International.

Nagrody

Nagrody Ministra Zdrowia - 1992, 1995, 1997 i 1998 r.; Nagrody Naukowe Rektora AM w Warszawie - 1991, 1994, 1999 i 2001 r.

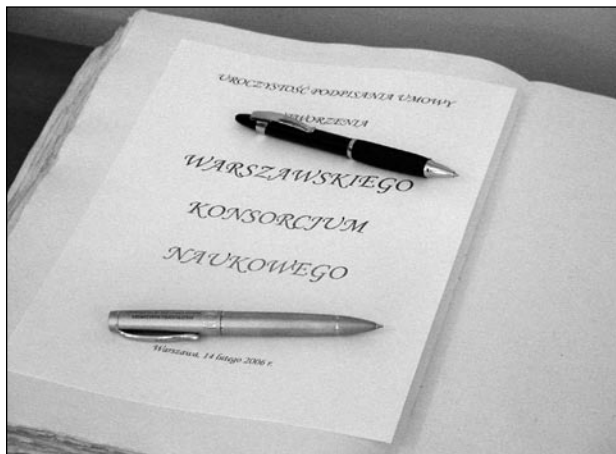
Zainteresowania pozazawodowe profesora Malejczyka to: akwarystyka, ogrodnictwo i... dwa psy.

Techno Port: co, gdzie, kiedy, jak?

Akademia Medyczna będzie współtworzyć Warszawski Park Technologiczny. Wkrótce na warszawskich Siekierkach powstanie polska „Dolina Krzemowa”. 14 lutego w za-
bytkowych wnętrzach gmachu Politechniki Warszawskiej uroczyście podpisano umowę powołującą Warszawskie Konsorcjum Naukowe. Porozumienie podpisali rektorzy warszawskich uczelni: Akademii Medycznej, Politechniki Warszawskiej, Uniwersytetu Warszawskiego, Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Polsko - Japońskiej Wyższej Szkoły Technik Komputerowych, Wojskowej Akademii Technicznej, Szkoły Głównej Handlowej, Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego oraz Prezes Polskiej Akademii Nauk i Dyrektor Ośrodka Przetwarzania Informacji. Głównym celem działalności utworzonego konsorcjum będzie integracja warszawskiego środowiska naukowego przy pracach nad rozwojem nowoczesnych technologii. Mają one wpłynąć na poprawę konkurencyjności i wizerunku Warszawy, a docelowo Polski, jako miejsca funkcjonowania gospodarki opartej na wiedzy.

„Warszawa XXI wieku to – zgodnie ze strategią rozwoju do 2020 roku – miasto, w którym potencjał naukowo-badawczy jest efektywnie wykorzystywany na rzecz gospodarczego rozwoju stolicy i regionu, przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii” – czytamy w folderze Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. A dlaczego właśnie Warszawa? Po prostu: ze względu na swój potencjał naukowy i ekonomiczny. Nasze miasto koncentruje największą w Polsce liczbę placówek naukowo-badawczych, instytucji naukowych, firm innowacyjnych i wreszcie blisko 80 szkół wyższych. Gromadzi również największą w Polsce liczbę małych i średnich przedsiębiorstw. Poza tym, jako stolica, jako ośrodek administracyjny i decyzyjny jest również w centrum zainteresowania zagranicznych inwestorów i wszelkiego rodzaju dostawców usług.

Warszawski Park Technologiczny ma być – zgodnie z zamysłem inicjatorów i zapałem



realizatorów – kompleksem gospodarczym o charakterze naukowo-przemysłowym, służącym systematycznemu stymulowaniu rozwoju nauki i gospodarki, zapewniającym warunki dla swobodnego przepływu wiedzy naukowej do praktyki gospodarczej. Ma to być miejsce rozwoju nowoczesnych technologii, generujące nowe miejsca pracy, dające impuls do powstawania i rozwoju małych i średnich przedsiębiorstw. Wręcz siłą napędową gospodarki całego regionu.

Planowana lokalizacja parku to 45-hektarowy teren na Łuku Siekierskim w okolicach Fortu Augustówka. Według pomysłodawców i twórców Parku Technologicznego - w tym miejscu są nie tylko najlepsze warunki inwestycyjno-budowlane, ale takiemu umiejscowieniu przedsięwzięcia sprzyjają również rozległe tereny zielone, które – po zagospodarowaniu – nadadzą tej miejskiej przestrzeni nową jakość, zapewnią komfort pracy zatrudnionym tam osobom i zostaną wykorzystane dla celów edukacyjnych i kulturalnych.

Podkreśla się, jak wielkie korzyści to przedsięwzięcie może przynieść Warszawie i krajowi. „Korzyści dla nauki, ponieważ stworzy środowisko innowacyjne, poprzez koncentrację w jednym miejscu naukowców i przedsiębiorców i umożliwi komercjalizację badań i wynalazków; korzyści dla gospodarki, ponieważ pobudzi rozwój przedsiębiorczości i umożliwi pełne wykorzystanie oraz transfer najnowszych technologii; korzyści dla młodzieży, absolwentów licznych warszawskich szkół wyższych, ponieważ to kilkanaście tysięcy miejsc pracy

w dziedzinach nowych technologii i usług wspierających.”

Warszawski Techno Port (bo taką nazwę ostatecznie przyjęto) ma być realizowany w dwóch etapach. Etap pierwszy to lata 2006 – 2007. W tym czasie ma nastąpić zagospodarowanie terenu, pozyskanie partnerów do realizacji projektu, budowa i uruchomienie 2 „inkubatorów technologii”, budowa pierwszych obiektów (20-30 tys m²), przygotowanie wniosków do funduszy UE. W etapie drugim, zaplanowanym na lata 2008-2015 planowana jest stopniowa zabudowa powierzchni i uruchomienie wszystkich funkcji usługowych. (gl, eb)



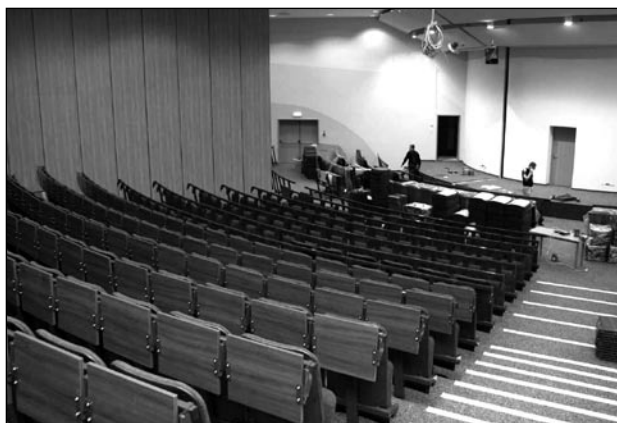
Porozumienie podpisali rektorzy warszawskich uczelni: Akademii Medycznej, Politechniki Warszawskiej, Uniwersytetu Warszawskiego, Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Polsko - Japońskiej Wyższej Szkoły Technik Komputerowych, Wojskowej Akademii Technicznej, Szkoły Głównej Handlowej, Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego oraz Prezes Polskiej Akademii Nauk i Dyrektor Ośrodka Przetwarzania Informacji.

Centrum Dydaktyczne ukończone

17 lutego w Centrum Dydaktycznym AM odbył się odbiór techniczny obiektu. Nie stwierdzono usterek technicznych, które opóźniłyby termin oddanie obiektu do użytku. Oficjalne otwarcie planowane jest na 6 kwietnia. JM Rektor AM zaprosił do udziału w uroczystości m. in. Pana Prezydenta RP profesora Lecha Kaczyńskiego i Prymasa Polski kardynała Józefa Glempa.

W salach wykładowych i seminaryjnych CD jest miejsce dla 2000 studentów. Poza tym, że rozszerzona zostanie baza dydaktyczna uczelni, będziemy mogli również korzystać z tego obiektu przy organizacji konferencji naukowych, a ponadto zarabiać na jego wynajmie - z wymierną korzyścią dla studentów i uczonych. Na razie cieszymy się nowym budynkiem i 18 lutego w pachnących nowością wnętrzach CD odbył się bal karnawałowy.





Wnętrza CD AM na razie puste, ale już niedługo będą każdego dnia mogły służyć dwóm tysiącom studentów.



Tymczasem 18 lutego w „pachnących nowością” wnętrzach CD odbył się bal karnawałowy. Na zdjęciu „Komitet Powitalny” (od lewej) pp.: Ewa Seneczko, szefowa sekretariatu Prorektorów AM, Bartosz Grucza - Kanclerz i Ewa Kępska, kierująca Działem Organizacyjnym AM.



Widać, że był to bal bardzo dynamiczny. A to dobrze rokuje przyszłości CD AM.

Pierwsze Webinarium

17 lutego w Ośrodku Szkoleniowym „Akademia Aesculap” Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu AM w Warszawie odbyła się konferencja **„Proteza stawu kolanowego Columbus”**. Otworzył i poprowadził ją prof. dr hab. Andrzej Górecki. Na program złożyły się wystąpienia: „System nawigacji Orthopilot w Polsce (prof. Andrzej Górecki, dr Marcin Kowalski, dr Maciej Uchowicz), „Różnice konstrukcyjne protezy Search Evolution i Columbus” (dr Francis Thieleman) i „Technika operacyjna protezy Columbus oraz doświadczenia kliniczne” (dr Francis Thieleman), a także transmisja z sali operacyjnej (dr Francis Thieleman, dr Marcin Kowalski, dr Włodzimierz Wiśniewski, prof. Andrzej Górecki). Po dyskusji konferencję podsumował prof. Andrzej Górecki, Kierownik Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.