



MEDYCYN DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XL

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

NR 6/2008

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Prof. dr hab. Mirosław Łuczak – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Karolina Gwarek – sekretarz redakcji

Rada Programowa i Naukowa:

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

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. 022 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl/czasopismo/index.html

Zdjęcia:

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

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
tel. 022 57 20 327, fax 022 57 20 328
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
www.wum.edu.pl/oficynawydawnicza

Nakład: 500 egzemplarzy

Spis treści:

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Redakcja „MDW”

Nagrody dla Najlepszych.....2

Uroczysta promocja doktorów i doktorów habilitowanych na I WL

Wystąpienie JM Rektora.....4

Przemówienie Dziekana I Wydziału Lekarskiego...7

Wystąpienie przedstawiciela promowanych10

Profesor Jerzy Hołowiecki

– **Doktorem Honoris Causa WUM**

Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Laudacja prof. Jerzego Hołowieckiego11

Uroczysta promocja absolwentów Wydziału Farmaceutycznego

Przemówienie prof. Andrzeja Tokarza14

Wystąpienie absolwenta studiów magisterskich....17

Przemówienie przedstawiciela promowanych.....18

Marta Wojtach

Medal „Pro Ecclesia et Pontifice”18

Karolina Gwarek

I Konferencja Naukowa CePT19

Paweł Szulczyk

Konferencja – z zagadnień elektrofizjologii.....19

Karolina Gwarek

Problemy opieki zdrowotnej – seminarium.....20

Biuro Projektów WUM

Dla kogo unijne wsparcie

i na co można uzyskać pieniądze?21

Szymon Kierat

Szpital Pluszowego Misia

otrzymał nagrodę Ministra Zdrowia23

Anna Barańczyk-Kuźma

Superhelisa 200825

Elwira Zielińska

Z Senatu WUM.....26

PRO MEMORIA

Karolina Gwarek

Wspomnienie o prof. Witoldzie Karczewskim.....30

HISTORIA

Marek Wichrowski

Konferencja „Marzec 1968 w AM”31

NAUKA

Lorentyna M. Mikulska

Pielęgnacja przetoki tętniczo-żylny u chorych

z cukrzycą insulinozależną.....37

Terminy obron prac doktorskich.....48

Nagrody dla Najlepszych

Podczas czerwcowych obrad Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się uroczystość wręczenia odznaczeń przyznanych przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej zasłużonym przedstawicielom naszej Uczelni. Wręczono również nagrody Jego Magnificencji Rektora dla wyróżniających się pracowników za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną na rzecz WUM.



Na początku uroczystości wręczono **odznaczenia państwowe przyznane przez Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego**: Złoty Krzyż Zasługi – Markowi Marcyniakowi i Wandzie Uchman, Srebrny Krzyż Zasługi – Krystynie Idzikowskiej i Wiesławowi Schubertowi, Brązowy Krzyż Zasługi – Jarosławowi Galewskiemu, Annie Gorsiak, Marioli Jałmuźnie, Małgorzacie Katz, Alicji Lassek-Dembińskiej, Hannie Mańczak, Elżbiecie Narkiewicz, Irminie Pacek, Alfredzie Szczekan i Magdalenie Zajac.

Następnie uhonorowano osoby, które na wniosek JM Rektora

prof. Leszka Pączka otrzymały **Medale Komisji Edukacji Narodowej**. Są to nauczyciele akademicy: dr Andrzej Chrzanowski, prof. Janusz Cianciara, prof. Ireneusz Krasnodębski, dr hab. Danna Samolczyk-Wanyura, prof. nadzw. Bożena Tarchalska-Kryńska, prof. Kazimierz Wardyn.

Kilkanaście osób odebrało także **odznaki honorowe „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”**, przyznane przez Minister Zdrowia Ewę Kopacz na wniosek JM Rektora. Otrzymali je: prof. Piotr Małkowski, prof. Artur Mamcarz, prof. Piotr Pruszczyk, prof. nadzw. Bolesław Samoliński,

prof. nadzw. Mirosław Szutowski oraz wieloletni pracownicy Szpitala im. Ks. Anny Mazowieckiej (prof. Maria Borszewska-Kornacka, lek. Barbara Chodzińska, prof. Krzysztof Czajkowski, Renata Górecka, Barbara Grabowska, dr Romana Krawczyńska-Wichrzycka, dr Urszula Mach, mgr Ewa Piotrowska, prof. Stanisław Radowski, Alina Rudnicka, Zofia Rupiewicz-Ostrowska, mgr Marzena Sienicka, Katarzyna Szcześniak).

„Złotą Kukulkę” odebrał prof. Piotr Pruszczyk – za pracę z największą liczbą cytowań w 2007 roku: „Cardiac troponin T monitoring identifies high-risk group of normotensive patients with acute pulmonary embolism”.

W dalszej części uroczystości Jego Magnificencja Rektor, Dziekani poszczególnych wydziałów i Kanclerz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wręczyli nagrody i dyplomy za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną na rzecz Uczelni, za rok 2007/2008. Wszystkim wyróżnionym serdecznie gratulujemy!

Pełną listę nagrodzonych opublikujemy w następnym numerze naszego miesięcznika.



Jego Magnificencja Rektor prof. Leszek Pączek z laureatami odznaczeń państwowych – przyznanych przez Prezydenta RP, Ministra Zdrowia i Ministra Edukacji Narodowej

Redakcja „Medycyny Dydaktyki Wychowania”

Uroczysta promocja doktorów i doktorów habilitowanych na I Wydziale Lekarskim

W piątek 27 czerwca w budynku „Podchorążówki” w Łazienkach Królewskich odbyła się promocja doktorów i doktorów habilitowanych I Wydziału Lekarskiego. W uroczystości uczestniczył Profesor Grzegorz Hołowiecki, który otrzymał tytuł Doktora Honoris Causa naszej Uczelni – w uznaniu za wieloletnią pracę i zasługi w zakresie hematologii, onkohematologii, transplantologii szpiku kostnego i chorób wewnętrznych.



Dyplom Doktora Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odebrał prof. Jerzy Hołowiecki

W piątkowe popołudnie, tradycyjnie już w warszawskich Łazienkach odbyło się wręczenie dyplomów doktorom i doktorom habilitowanym I Wydziału Lekarskiego. Stopień doktora habilitowanego w roku akademickim 2007/2008 otrzymało 19 osób, a doktora – 58. Podczas uroczystości nadano także tytuł Doktora Honoris Causa światowej sławy hematologowi – Profesorowi Jerzemu Hołowieckiemu. Laureat jako pierwszy w Polsce wykonał transplantację szpiku od dawcy niespokrewnionego. Jest członkiem Polskiej Akademii Umiejętności, Przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. Od wielu lat pełni funkcję Kierownika Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Śląskiego Uniwersytetu

Medycznego. Zasiada także w Komitecie badania jakości procedur transplantacyjnych i akredytacji JACIE z siedzibą w Barcelonie. Jest autorem ponad 450 publikacji naukowych, w tym opracowań oryginalnych programów leczenia białaczek i nowych metod transplantacji szpiku.

Laudację Profesora Hołowieckiego odczytał prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak – Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych WUM, sam zaś wyróżniony wygłosił wykład *Transplantacja szpiku w erze leków ukierunkowanych molekularnie*.

Uroczystość stała się również okazją do wręczenia medali „Za Zasługi dla I Wydziału Lekarskiego”, które otrzymali: prof. Jolanta Chodakowska, prof. Janusz Cianciara, prof. Teresa Goździk-Żołą-

nierkiewicz, prof. Jerzy Kiwerski, Jadwiga Szyperek.

Ponadto podczas gali gratulacje odebrali nowo mianowani profesorowie I WL. W roku akademickim 2007/2008 tytuł profesora nadany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej uzyskało ośmiu nauczycieli akademickich: prof. dr hab. n. med. Edward Franek (Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii MSWiA w Warszawie), prof. dr hab. n. med. Elżbieta Jodkowska (Zakład Stomatologii Zachowawczej WUM), prof. dr hab. n. med. Anna Kamińska (Katedra i Klinika Neurologii WUM), prof. dr hab. n. med. Paweł Kamiński (I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM), prof. dr hab. n. med. Andrzej Kwolek, (Szpital Wojewódzki w Rzeszowie), prof. dr hab. n. med. Witold Lasek (Zakład Immunologii Centrum Biostruktury), prof. dr hab. n. med. Ryszard Pacho (II Zakład Radiologii Klinicznej WUM), prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby WUM).

Na kolejnych stronach „Medycyny Dydaktyki Wychowania” publikujemy wystąpienia Jego Magnificencji Rektora i Dziekana I Wydziału Lekarskiego, wygłoszone podczas uroczystości w Łazienkach Królewskich, a także laudację Profesora Jerzego Hołowieckiego, odczytaną przez prof. Wiesława Jędrzejczaka.

Redakcja „MDW”

Jesteście najlepszą promocją Uczelni – wystąpienie Jego Magnificencji Rektora

**Panie Dziekanie,
Rektorze – Elekcie,
Panowie Ministrowie,
Wysoka Rado Wydziału,
Drogi Doktorze Honorowy,
Drodzy Doktorzy
i Doktorzy Habilitowani,
Dostojni Profesorowie,
Szanowni Goście!**

Kolejny raz spotykamy się z okazji rozdania dyplomów doktorskich i promocji habilitacyjnych I Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kolejny raz zatem świętujemy wielki sukces naszych doktorantów, habilitantów, ich promotorów i opiekunów, a także rodzin.

Wszystkim nowo promowanym doktorom nauk medycznych i doktorom habilitowanym bardzo serdecznie gratuluję.

Składam także serdeczne gratulacje profesorom tytularnym, którzy uzyskali tytuły w roku akademickim 2007/2008.

To wielki sukces dzisiaj promowanych, to także sukces i powód do dumy Państwa rodzin, oraz wielkie święto naszej Uczelni.

Drodzy Doktoranci, godnie reprezentujcie swoją Alma Mater w kraju i za granicą. Wasze sukcesy zawodowe, Wasze osiągnięcia, Wasze radości są i będą naszymi. To Wy jesteście najlepszą promocją Uczelni. Od teraz będziecie główną siłą twórczą naszego Uniwersytetu.

Dzisiaj zamykamy rok akademicki 2007/2008. W wielu uczelniach dodaje się wówczas słowa: „Uroczysta promocja doktorów i doktorów habilitowanych”, „Święto Uczelni zamykające rok akademicki”.

Na chwilę chciałbym powrócić do początku roku akademickiego 2007/2008. Przypomnę myśl zaczerpniętą z wykładu inauguracyjnego Jego Ekscelencji Księdza Arcybiskupa dra Kazimierza Nycza wygłoszonego 3 października 2007 roku. W swojej istocie wykład koncentrował się na odpowiedzi na fundamentalne pytanie: „Lekarz: zawód czy powołanie?”

Jego Ekscelencja Arcybiskup zacytował wówczas słowa Wielkiego Polaka Jana Pawła II: „(...) do zrozumienia chorego człowieka lekarzowi potrzebna jest nie tyle technika, ile jego własne sumienie, własna mądrość i bezgraniczna uczciwość. A efektywne instytucje, choć bardzo ważne i nieodzowne, nie zastąpią jednak ludzkiego serca”.

Władysław Biegański, lekarz i filozof polski (1817–1917) powiedział: „Pamiętajmy o tym, że medycyna zrodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi

były miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem”.

W 2008 roku rozpoczęliśmy przygotowania do Wielkiego Jubileuszu – 200-lecia akademickiego nauczania medycyny w Warszawie. Obchody zaplanowano na czerwiec 2009 roku, kiedy to odbędzie się Kongres Absolwentów i Wychowanków AM/WUM. W 2009 roku stanie przed gmachem Rektoratu obelisk. Napis: „Ludziom i Ojczyźnie 1809–2009”, umieszczony na surowym granitowym głazie ma nam przypominać 200 lat pracy naukowej, dydaktycznej i klinicznej, ale także dawać świadectwo naszych ścisłych powiązań z Warszawą i jej chlubną historią. Wybitny zostanie również medal pamiątkowy przedstawiający Ojców-Założycieli Wydziału Akademicko-Lekarskiego, a na awersie – herb WUM.



Drodzy Doktoranci, od teraz będziecie główną siłą twórczą naszego Uniwersytetu – powiedział JM Rektor



Uroczystość wręczenia dyplomów zamknęła rok akademicki 2007/2008

Przygotowywana *Złota Księga Medycyny Warszawskiej* będzie zawierała biografie najbardziej zasłużonych lekarzy, twórców naszej Uczelni.

Już dziś, po raz kolejny, zapraszam wszystkich absolwentów, wychowanków i przyjaciół naszego Uniwersytetu do aktywnego włączenia się w trwające przygotowania.

Jesteśmy obecnie świadkami debaty o reformie systemu nauki i systemu szkolnictwa wyższego. Cel jest jasny: wprowadzenie zobiektywizowanych i czytelnych procedur rozdziału środków finansowych na działalność badawczo-rozwojową i szkolnictwo wyższe. W odniesieniu do nauki dwa główne założenia to wprowadzenie oceny parametrycznej do oceny dorobku naukowego oraz finansowanie badań naukowych wyłącznie przez granty przyznawane w trybie konkursowym. Przypomnę, że od 2007 roku jedynym kryterium, według którego przyznawana jest nagroda naukowa rektora, jest IF (współczynnik oddziaływania).

Rolą uniwersytetów jest między innymi kształcenie kadr dla państwa. Aby taką funkcję Unii wypełniać, potrzebna jest polityka w zakresie kształcenia.

W Polsce szkolnictwo wyższe nie jest powiązane z rynkiem pracy. Według Raportu 2007 Ministerstwa Rozwoju Regionalnego „Ocena postępów Polski w zakresie spójności z Unią Europejską” liczba absolwentów kierunku medycyna i opieka społeczna jest w Polsce bardzo mała – wynosi około 3%, podczas gdy w UE sięga blisko 14%. Kierunek nauki techniczne w UE ukończyło ok. 13% absolwentów, w Polsce ok. 9%. W naszym kraju największą popularnością cieszy się kierunek biznes i administracja – ok. 34% absolwentów, w UE – 20%. Natomiast kierunek edukacja/pedagogika w UE studiowało 11% absolwentów, w Polsce ok. 16%.

W 2008 roku szkolnictwo medyczne w Polsce otrzymało 100 milionów mniej niż w 2007 roku. Już teraz kształcimy najmniej lekarzy na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej (w Luksemburgu nie ma szkoły medycznej).

Oznacza to, że za 6 lat – bo tyle trwają studia medyczne – będzie brakowało lekarzy.

Podczas zakończonej przed dwoma tygodniami Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych przyjęto uchwałę wskazującą na celowość i koniecz-

ność opracowania strategii rozwoju szkolnictwa medycznego w Polsce, uwzględniającego potrzeby kraju, ale także uwzględniającego zabezpieczenie odpowiednich środków finansowych. Projekt Uchwały zgłosił WUM.

22 marca 2008 roku nasza Uczelnia przekształciła się w Warszawski Uniwersytet Medyczny. Wróciliśmy do korzeni, do naszej 200-letniej tradycji. Przypomnę, że podnosiło się wiele głosów nawołujących do włączenia Akademii Medycznej do Uniwersytetu Warszawskiego. Taką drogę obrała uczelnia krakowska i bydgoska. Życie pokazało, że były to procesy w istocie swojej formalne, a nie realne. Uczelnia medyczna funkcjonuje jako Kolegium Medyczne Uniwersytetu i wszystkie zadania naukowe i dydaktyczne realizuje samodzielnie. Za to szpitalami klinicznymi w Krakowie zarządza filolog, a obecnie fizyk.

W 2008 roku Parlament Rzeczypospolitej Polskiej zatwierdził w budżecie państwa 530 mln złotych na budowę nowego Pediatricznego Szpitala Klinicznego. Prace funkcjonalno-projektowe już się rozpoczęły. W ciągu nadchodzących 5 lat powstanie nowoczesny, w pełni dostosowany do współczesnych standardów pięciusetłóżkowy szpital z zapleczem laboratoryjno-naukowym.

W miesiącach wakacyjnych planowane jest wmurowanie aktu erekcyjnego Nowego Centrum Bibliotecznego-Informacyjnego WUM (BIWUM).

Na 7200 metrach kwadratowych zostanie posadowiona nowoczesna, w pełni zinformatywowana biblioteka medyczna. Znajdą się tam także sale wykładowe i seminaryjne. Przewidziano ponadto miejsce na zbiory muzealne naszej Uczelni – Uczelni o 200-letniej tradycji.

Dzięki przychylności i dużej życzliwości Ministerstwa Zdro-

wia otrzymaliśmy 16 milionów na nadbudowę Centrum Dydaktycznego. Niestety na skutek cięć budżetowych państwa początek inwestycji przesunięto na 2009 rok.

We współczesnym świecie badania naukowe prowadzone są przez duże ośrodki badawcze. Nawet najlepszy naukowiec, bez dostępu do nowoczesnej aparatury i bez możliwości współpracy z innymi grupami badawczymi, prawie zawsze skazany jest na niepowodzenie. Stąd cieszy fakt, że zainicjowany i koordynowany przez nasz Uniwersytet projekt Konsorcjum Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii przebiega zgodnie z planem. Przypomnę, że za cenę 90 milionów złotych powstanie zaplecze laboratoryjno-naukowe dla naszej Uczelni. Szczególnie ważny i godny podkreślenia jest fakt, że projekt ten integruje w obszarze badawczym Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Warszawski, Politechnikę Warszawską i Polską Akademię Nauk.

Aktualnie trwają pierwsze przetargi na projekty funkcjonalno-użytkowe. Współczesna medycyna obejmuje badania od genomiki i proteomiki do cho-



W roku akademickim 2007/2008 stopień doktora habilitowanego na I Wydziale Lekarskim otrzymało 19, a doktora – 58 osób

rego człowieka. Ośrodek taki jak CePT jeszcze bardziej ułatwia te działania.

Szanowni Państwo,

Nasza uroczystość ma szczególny charakter także z innego jeszcze powodu. Tytuł Doktora Honoris Causa otrzymuje dzisiaj Professor Jerzy Hołowiecki – wieloletni Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Hema-

tologii i Transplantologii, Członek Polskiej Akademii Umiejętności. Życiorys i osiągnięcia Pana Profesora zostaną przedstawione w laudacji. Teraz przypomnę tylko jedno, ale jakże ważne osiągnięcie. Professor Jerzy Hołowiecki przeprowadził pierwszą w Polsce transplantację szpiku od dawcy niespokrewnionego. Dla setek chorych, niemających rodzinnych dawców szpiku, powstała realna szansa wyleczenia białaczki.

Laudację odczyta Wiesław Wiktor Jędrzejczak – profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Należy tu przypomnieć, że pierwszy przeszczep szpiku od dawcy rodzinnego w Polsce przeprowadził właśnie On.

Dzisiaj na podium mamy dwóch pionierów współczesnej hematologii w Polsce. Chociaż pochodzą z różnych ośrodków, od początku ściśle za sobą współpracowali. Obu Panom Profesorom składam serdeczne gratulacje.

Raz jeszcze gratuluję sukcesów wszystkim zebrany tu dzisiaj doktorom i doktorom habilitowanym, nowo mianowanym profesorom, a także ich rodzinom. Ta chwila to dla nich wielka satysfakcja i wielki powód do dumy.



W uroczystości wzięło udział kilkuset uczestników...

Teraz nadszedł Wasz czas

– przemówienie

Dziekana I Wydziału Lekarskiego

**Magnificencjo Panie Rektorze,
Szanowny Panie
Profesorze Hołowiecki,
Drodzy – nowo utytułowani
Profesorowie,
Doktorzy habilitowani,
Doktorzy nauk medycznych
Wysoka Rado, Drodzy Goście!**

Kończy się czerwiec 2008 roku. Jest to szczególny rok, gdyż 22 marca 2008 roku Akademia Medyczna w Warszawie zmieniła nazwę na Warszawski Uniwersytet Medyczny. Ogromny wysiłek społeczności akademickiej Uczelni zapewnił jej nową rangę wśród polskich szkół wyższych. Co oznacza to dla naszej Alma Mater? Nie chodzi jedynie o zmianę nazwy. Nasza Uczelnia weszła w nową erę – erę Uniwersytetu Medycznego. Można powiedzieć, że koło historii wraca na stare tory. W 1917 roku Wydział Lekarski z Oddziałem Farmaceutycznym stanowiły jeden z pięciu wydziałów nowo powstałego Uniwersytetu Warszawskiego. Dzisiaj I i II Wydział Lekarski, Wydział Farmaceutyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu i Centrum Kształcenia Podyplomowego odzyskały naszą uniwersyteckość, utraconą wbrew opinii środowiska akademickiego w 1949 roku. Podkreślali to kolejni nasi rektorzy, dziekani, podkreślała to społeczność akademicka. Jaką Uczelnią jesteśmy dzisiaj i jaką powinniśmy być w tej nowej, niektórzy powiedzą – starej epoce?

Edukacja uniwersytecka musi obejmować nowe jakości nauczania. Uniwersyteckie szpitale, uniwersyteckie centra zdrowia publicznego muszą posiadać najwyższy stopień umiejętności zawodowych i wyposażenia sprzętowego. Uniwersyteckie centra naukowe powinna cechować

nowoczesna aparatura, doskonała kadra naukowa i mistrzowska organizacja pracy badawczej.

Najlepszym potwierdzeniem naszych aspiracji są bohaterowie dzisiejszego dnia. Dzisiaj wręczymy nowym doktorom nauk medycznych ich pierwsze dyplomy ze stopniami naukowymi. Ten dzień jest także momentem, w którym nauczyciele akademicy I Wydziału Lekarskiego z rąk Rektora otrzymają nadane im przez Wydział stopnie doktorów habilitowanych. Nasi profesorowie, którzy w obecnym roku akademickim otrzymali tytuły profesorskie, odbiorą z rąk Rektora gratulacje profesorskie.

Dzień dzisiejszy ma jeszcze jeden wymiar. W dniu tym Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wręczy jednemu z najznakomitszych polskich hematologów ostatnich lat, autorytetowi o światowej sławie, wielkiemu uczonemu – Panu Profesorowi Jerzemu Hołowieckiemu – tytuł

Doktora Honoris Causa naszej Alma Mater.

Drodzy Państwo, dla największej grupy z Was, a liczba ta obejmuje 58 osób, dzień dzisiejszy jest początkiem kariery naukowej. Poświęciliście wiele dni, tygodni, miesięcy, a nawet lat, by przygotowywać znakomite prace na stopień doktora nauk medycznych. Wiele z nich uzyskało wyróżnienie. Wnieśliście, Drodzy Państwo, nowe myśli i zawarłiście w swych pracach wiele znakomitych, twórczych wniosków.

Życzę Wam, by początek kariery naukowej zaowocował kolejnym dorobkiem, bo każda praca doktorska to początek następnych badań, po latach przeistaczających się w rozprawy habilitacyjne. Serdecznie gratuluję tych osiągnięć i dziękuję za trud i włożoną pracę.

Drodzy Państwo, z przygotowaniem pracy doktorskiej wiąże się także wysiłek promotora. Nie byłoby tych dysertacji, gdyby nie znakomita kadra naukowa. Wasi



Jaką Uczelnią jesteśmy dziś i jaką powinniśmy być w tej nowej epoce? – zastanawiał się Dziekan I WL prof. Marek Krawczyk

promotorzy, którym serdecznie dziękuję za ich wysiłek, to znakomici naukowcy, od których warto się nadal uczyć.

Kolejnym szczeblem drogi naukowej jest habilitacja. Ta habilitacja, której zrobienie rzekomo jest utrudniane przez starszych pracowników nauki, zostaje dzisiaj uwieczniona dyplomem dla 19 osób. Myślę, że liczba doktorów habilitowanych na naszym Wydziale zaprzecza tezie o trudnościach w rozwoju naukowym poprzez habilitację.

Drodzy doktorzy habilitowani, musicie pamiętać, że samodzielność naukowa badacza przysparza i obowiązków, należą do nich między innymi uprawnienia do promowania nowych naukowców, a także wnikanie w kolejne tajemnice nauki.

Pragnę nowo promowanym doktorom habilitowanym powiedzieć jedno. Teraz nadszedł Wasz czas, to Wy macie przygotowywać kolejne projekty badawcze i to nie tylko te zatwierdzone przez Ministerstwo Nauki, ale także granty Unii Europejskiej. Pragnąłbym również, byście szli śladami wybitnych postaci naszego Wydziału, które osiągnęły tak wiele w rozwoju nauki i tak wiele zrobiły dla swojej Uczelni. Jeszcze raz gratuluję Wam dotychczasowych osiągnięć.

Wreszcie nowi profesorowie. To ogromna satysfakcja dla Wydziału, to wspaniałe powiększenie składu kadry naukowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o 8 osób. Proszę Państwa, Waszą mądrością naukową i postawą moralną będzie żyła ta Uczelnia przez następne lata, będziecie tworzyć jej wizerunek i konkurencyjność. Dla rozwoju własnej profesury macie wzór mistrza w naukach medycznych – Doktora Honoris Causa naszej Uczelni – prof. Jerzego Hołowieckiego. Niech ten wspaniały naukowiec, któremu dzisiaj Warszawski Uniwersytet Medyczny nadaje swoją



Dla największej części z Was ten dzień jest początkiem kariery naukowej... Pragnąłbym, byście szli śladami wybitnych postaci naszego Wydziału (fragment przemówienia prof. Marka Krawczyka)

najwyższą godność, będzie dla Was wzorem. Życzę z całego serca, byście w przyszłości, a czas szybko biegnie, byli doceniani przez senaty innych uczelni takimi samymi godnościami.

Szanowni Państwo, dzisiejsza uroczystość kończy czas pracy dziekańskiej mój i mojego Zespołu. Co daliśmy Uczelni, zilustruje tylko kilka liczb. W okresie naszej pracy dziekańskiej stopień doktora nauk medycznych uzyskało prawie 400 osób. Czy to dużo, czy mało? Nigdy nie jest tak, żeby nie mogło być więcej. Nie byłoby postępu, gdyby następny Zespół dziekański tej liczby nie powiększył. Serdecznie Państwu tego życzę.

Na liczbę prawie 400 przewodów doktorskich składa się praca całego Wydziału. Ogromne jest zróżnicowanie liczby przewodów w poszczególnych jednostkach. Są takie, których udział jest olbrzymi, tym szczególnie dziękuję, ale są również takie, które przez 6 lat wypromowały pojedynczych doktorów nauk medycznych. Jest to jedno ze zwierciadeł ich pracy, chyba nienajlepszej.

Prawie 400 przewodów doktorskich, to praca także Dzieka-

natu. Z tego miejsca chciałem podziękować szczególnie dwóm osobom: Dziekan prof. Annie Kamińskiej i mgr Lidii Otto. Ich pracę można przełożyć na godziny, których wyszłyby tysiące. Pragnę im podziękować za szczególne zaangażowanie, bez ich udziału nie byłoby tych setek przewodów doktorskich.

Upływające 6 lat to dla Wydziału, dla Uczelni 60 nowych doktorów habilitowanych i 49 profesorów. Liczba chyba niemała. Mogłoby z niej powstać kilka wydziałów lub rad naukowych. Ja cieszę się z tego, bo to jeszcze raz zaprzecza tezie o hamowaniu karier naukowych. Dokumentację i przebieg wszystkich etapów tego procesu dla ponad setki pracowników naukowych przygotowała swoją mrówczą pracą Pani Małgosia Sawicka. Ogromnie Jej za to dziękuję. Nigdy z jej ust nie słyszałem słów zniecierpliwienia, ani znużenia. Jest prawdziwym skarbem wśród pracowników naszego Wydziału.

Praca Dziekanatu to także praca prodziekanów ds. studenckich, pełnomocników dziekana i wszystkich pracowników dziekanatu, którzy stworzyli znakomity

Zespół ludzi świetnie się rozumiejących. Dziękuję Dziekanom: prof. Markowi Kulusowi, prof. Andrzejowi Kazimierzowi Wardynowi, prof. Ireneuszowi Wojciechowi Krasnodębskiemu, prof. Piotrowi Pruszczykowi. Serdecznie dziękuję za wspólną współpracę Dziekan prof. Renacie Górskiej. Wyrazy wdzięczności za pomoc i współpracę kieruję do Pełnomocników Dziekana: prof. Marka Gołębiowskiego, prof. Kazimierza Niemczyka, doc. Sylwii Słowińskiej i prof. Leopolda Wagnera. Ten Zespół to świetnie pracująca, doskonale noliwiona maszynka. Ale nie byłoby naszej pracy bez znakomitych pracowników naszego Dziekanatu – Basi Pszczółkowskiej, Danuty Boguckiej, Iwony Dybowskiej, mgr Krystyny Kijewskiej, Elżbiety Stolarczyk, Ewy Antoniak i mgr Katarzyny Kaczorowskiej. Wszystkim Paniom pięknie dziękuję.

Pragnę również serdecznie podziękować pracownikom Dziekanatu Oddziału Stomatologii – mgr Annie Furtak, Iwonie Lipce i Małgorzacie Mścichowskiej. Wyrazy szczególnego podziękowania kieruję do obecnego Kierownika Dziekanatu – mgr Joanny Kwiatkowskiej i Kierownika Dziekana-

tu Oddziału Stomatologii – mgr Magdaleny Zawady. Profesjonalna i pełna zaangażowania praca tych Pań zapewniła mnie i moim prodziekanom skuteczność oraz łatwość w podejmowaniu decyzji.

Pragnę także jeszcze raz podziękować za pracę tym Paniom, które wcześniej zakończyły swoją karierę zawodową – nieocenionej Grażynie Wyglądacz i Jadwidze Szyperek, Hannie Jekimow i Urszuli Gierałtowskiej.

Sięgnę jeszcze pamięcią 12 lat wstecz. To wtedy zaczynałem pracę w Dziekanacie. Zresztą nigdy nie myślałem, że będzie to 12 lat. W arkana sztuki prodziekańskiej wprowadzał mnie nie kto inny, jak sam Pan Zdzisław Boros, któremu za to dzisiaj, wobec wszystkich Państwa serdecznie dziękuję.

Ostatnie słowa najgłębszego podziękowania kieruję do obydwu Rektorów naszej Uczelni, z którymi przyszło mi współpracować – prof. Janusza Piekarczyka i prof. Leszka Pączka. Współpraca z Paniami była dla mnie ogromną przyjemnością i zaszczytem. Byliście dla mnie wzorami doskonałych rektorów wyższej Uczelni. To Wasza praca, to Wasz trud



W części artystycznej wystąpiła Alicja Węgorzewska, której akompaniował Tadeusz Suchocki

i kierowanych przez Was Zespołów doprowadził naszą Uczelnię do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wszystkim Państwu serdecznie dziękuję za uwagę, a 2 października tego roku zapraszam na inaugurację nowego roku akademickiego. Zacznie się nowy etap mojej pracy dla Uczelni.



Pamiątkowe zdjęcie uczestników uroczystej promocji doktorów i doktorów habilitowanych na I Wydziale Lekarskim

Trzeba się dalej rozwijać – wystąpienie Przedstawiciela Promowanych

**Jego Magnificencjo Rektorze,
Szanowny Panie Dziekanie,
Członkowie Wysokiej Rady,
Koleżanki i Koledzy,
Szanowni Państwo!**

Dostałam szczególnego wyróżnienia i zaszczytu, aby w imieniu promowanych i swoim własnym, w tak uroczystym dniu wyrazić słowa głębokiej wdzięczności. Słowa te kieruję do Jego Magnificencji Rektora prof. Leszka Pączka, Dziekana I Wydziału Lekarskiego prof. Marka Krawczyka, Zespołu Kolegium Rektorskiego, Zespołu Kolegium Dziekańskiego, Członków Rady Wydziału, pracowników Dziekanatu, a więc wszystkich osób, które swoją pracą i zaangażowaniem stworzyły nam idealne warunki do niczym nieograniczonego rozwoju.

Cny doktorancie,

Zdawszy chwalebnie egzaminy, które celem zbadania umiejętności są prawem przepisane dla tych, co dążą do osiągnięcia tytułu i dostojęstwa doktora medycyny, przyszedłeś do nas, abyśmy Cię godnością, o którą się ubiegasz, ozdobili w tym uroczystym zgromadzeniu.

Lecz pierwiej winienes złożyć przyrzeczenie, że zawsze będziesz taki, jakim nakazuje Ci być godność, którą otrzymasz, a jakim spodziewamy się, będziesz.

Przysięgnij więc, że przede wszystkim Uczelnię, w której osiągasz najwyższy stopień wiedzy medycznej, zachowasz na zawsze w pełnej szacunku i przywiązania pamięci, a sprawy jej i potrzeby w miarę sił Twoich będziesz wspomagać.

(Fragment ślubowania)

Rozwoju, który potrafi zapewnić nowoczesna, europejska Uczelnia, jednocześnie głęboko osadzona w swojej bogatej tradycji i historii.

Słowa te wyrażam w chwili szczególnej, kiedy ostatni zapis w „Księdze Historii” Akademii Medycznej w Warszawie został dokonany, a nowa „Księga Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” czeka otwarta na zapis teraźniejszych i przyszłych wydarzeń.

Słowa podziękowania i uznania kieruję do naszych Promotorów i Opiekunów, którzy pozostają z nami na wszystkich etapach pracy naukowej, począwszy od momentu powstania projektu badawczego, aż do jego obrony. Ich mądrość, doświadczenie, życzliwość, cierpliwość są stale odczuwalne, stwarzają nam poczucie komfortu pracy i bezpieczeństwa.

Ponadto, składam podziękowania Kolegom, Współpracownikom oraz Pacjentom, których udział w naszym sukcesie pozostaje nieoceniony.

Uzyskane tytuły naukowe są efektem wieloletniej, sumiennej pracy, a jednocześnie powodem do dumy, źródłem osobistej satysfakcji.

Pozostają również istotnym zobowiązaniem, naukowym długiem, który zostanie w części spłacony, wówczas gdy w odpowiednim czasie poprowadzimy projekty badawcze naszych młodszych kolegów. Pozyskane w upływającym roku akademickim tytuły i stopnie naukowe zobowiązują nas także do stałego, dalszego rozwoju naukowego i zawodowego.

Podczas dokonywania odkrycia naukowego zazwyczaj staramy się dostrzec coś, czego nikt jeszcze przed nami nie widział lub nawet nie przypuszczał, że może istnieć. W praktyce klinicznej przeciwnie,



W imieniu promowanych przemówienie wygłosiła dr hab. Katarzyna Życińska

zdarzają się momenty, kiedy marzymy o tym, aby dostrzec szczegóły, które już kiedyś wcześniej widzieliśmy, a różnorodne objawy choroby ułożyły się w jeden znajomy „wzór”, pozwalający postawić rozpoznanie.

Zatem lekarz jedną niejako półkulą mózgu, zwaną kreatywną poszukuje nowych rozwiązań, drugą zaś wypatruje powtórzeń, repetycji.

W ten oto sposób rozwija swoją sztukę lekarską – UMIEJĘTNOŚĆ.

Kończąc swoje wystąpienie, życzę Kolegom i sobie, abyśmy potrafili tę bezcenną cechę osiąść i w sobie dalej rozwijać, abyśmy godnie reprezentowali i promowali naszą Uczelnię i zawsze byli z niej dumni.

Magnificencjo, Panie Dziekanie, Szanowni Państwo!

W imieniu nowo promowanych i własnym jeszcze raz serdecznie dziękuję.

dr hab. Katarzyna Życińska

Profesor Jerzy Hołowiecki – Doktorem Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wybitne osiągnięcia naukowe i kliniczne o wymiarze światowym w hematologii i transplantacji szpiku oraz zasługi dla rozwoju badań naukowych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym były podstawą decyzji Senatu Uczelni, który 16 czerwca 2008 r. nadał prof. dr. hab. n. med. Jerzemu Hołowieckiemu godność Doktora Honoris Causa. Wyróżnienie wręczono 27 czerwca, podczas uroczystej promocji doktorów i doktorów habilitowanych I Wydziału Lekarskiego. Laudację wygłosił prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak.

Laudacja Profesora Jerzego Hołowieckiego

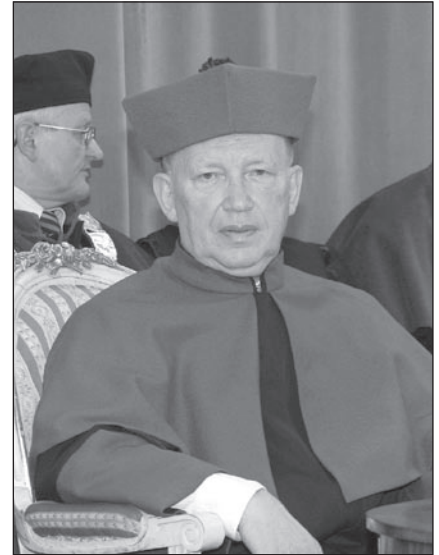
Postępowanie o nadanie zaszczytnego tytułu Doktora Honoris Causa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr. hab. n. med. Jerzemu Hołowieckiemu zostało wszczęte w imieniu społeczności akademickiej Uczelni przez Dziekana I Wydziału Lekarskiego 5 marca 2008 r. Niezwykle pozytywne recenzje dorobku i osiągnięć naukowych przedstawili Radzie I Wydziału Lekarskiego:

1. Prof. dr hab. Andrzej Hellmann – Kierownik Kliniki Hematologii Akademii Medycznej w Gdańsku.
2. Prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk – Kierownik Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. Prof. dr hab. Tadeusz Robak – Kierownik Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Hołowiecki (dla przyjaciół „Jacek”, dla obcokrajowców „Holo”) urodził się 8 maja 1937 roku w Warszawie, a dyplom lekarza uzyskał z wyróżnieniem w 1961 roku na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach i tamże, w roku 1968, otrzymał stopień doktora nauk medycznych. Następnie w tej samej Uczelni, z którą był związany przez całe zawodowe życie, uzy-

skwał w 1977 roku stopień doktora habilitowanego i wreszcie w roku 1988 tytuł profesora nauk medycznych. Specjalnościami zawodowymi Profesora Hołowieckiego są choroby wewnętrzne, hematologia i transplantologia kliniczna.

Jego kariera naukowa i dorobek są modelowe dla polskiego naukowca-lekarza, który wszystko, czego zdoła się nauczyć i co jest w stanie sam wymyślić, oferuje polskim chorym, odmieniając w wielu przypadkach ich tragiczny los. Z kolei jego osiągnięcia w Polsce nabrały międzynarodowego znaczenia, gdy okazało się, że wypracowane na podstawie jego pomysłów metody działają również gdzie indziej. Profesor Hołowiecki jest przede wszystkim wybitnym hematologiem i transplantologiem. Wybór tej dziedziny medycyny, który najbardziej zaważył na jego życiu i karierze, był (wtedy, kiedy został podjęty – w latach 60-tych) wyborem bardzo trudnym. Była to decyzja zajmowania się chorymi, którzy niemal dosłownie „umierali jak muchy”. Przeciętny chory na ostrą białaczkę żył wtedy kilka tygodni od rozpoznania. Był to więc wybór poświęcenia swojego talentu walce z nowotworami krwi – walce, która wtedy wy-



Przedstawiając profesora Hołowieckiego, przedstawiam też podsumowanie drogi, jaką przebyła polska hematologia w ciągu ostatnich 40 lat – mówił w laudacji prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

dawała się beznadziejna. Był to także wybór stałego obcowania ze strasznym i niczym nieuzasadnionym nieszczęściem często młodych ludzi i służenia im nie tylko pomocą, ale i otuchą.

Profesor Jerzy Hołowiecki zaczął pracę jako asystent w latach 1962–1963 w Zakładzie Fizjologii Śląskiej Akademii Medycznej, kontynuował ją w latach 1963–1977 – kolejno jako asystent, starszy asystent i adiunkt w I Klinice Chorób Wewnętrznych Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 1979 został docentem etatowym I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych w tej Uczelni, a w roku 1989 otrzymał stanowisko profesora nadzwyczajnego i wreszcie w roku 1992 profesora zwyczajnego, które piastował do przejścia na emeryturę w roku 2007. Od roku 1981 był kierownikiem Oddziału Hematologii I Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Śląskiej Akademii

Medycznej. Jednostka ta, bardzo rozwinięta w roku 1987, uzyskała pod jego kierunkiem status Katedry i Kliniki Hematologii. Wkrótce też została przemianowana na Katedrę i Klinikę Hematologii i Transplantacji Szpiku, obecnie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Po przejściu na emeryturę w swojej Alma Mater, Profesor Hołowiecki nadal pracuje jako ordynator w Klinice Hematologii. Ponadto w latach 1984–1987 pełnił funkcję Prodziekana Wydziału Lekarskiego, a w latach 1987–1990 Prorektora Śląskiej Akademii Medycznej.

Od 1999 roku jest też przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Oprócz zdobywania wiedzy i prowadzenia badań naukowych w Polsce, Profesor Hołowiecki odbył kilka staży zagranicznych, w tym w latach 1962/63 w Birch Hill Hospital – Rochdale i Kings College Hospital – w Londynie, w latach 1972–1973 w Universitätsklinik Kantonsspital Zurich – w Klinice Hematologii pod kierunkiem prof. P. Fricka, w latach 1974–1975 w Ludwig Boltzmann Institut for Leukemia Research and Haematology w Wiedniu pod kierunkiem prof. A. Stachera. Wreszcie w latach 1976 do 1997 odbywał corocznie dwa tygodniowe pobyty w Ludwig Boltzmann Institute for Leukaemia Research and Haematology, co było związane ze współpracą naukową w zakresie leczenia białaczek (Grupa robocza IGCI).

Profesor Hołowiecki jest autorem ponad 430 różnych publikacji, z czego 193 zarejestrowane są przez National Library of Medicine (PubMed). Pozostałe publikacje to 2 rozprawy, 24 rozdziały w podręcznikach i 10 skryptów oraz doniesienia zamieszczone w czasopismach, które nie są objęte wykazem PubMed, lub też



Dyplom Doktora Honoris Causa prezentuje Dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Marek Krawczyk

w wydawnictwach związanych z kongresami i konferencjami z zakresu hematologii, transplantologii, onkologii i chorób wewnętrznych. Prace były publikowane między innymi w tak prestiżowych czasopismach, jak „The Lancet”, „Blood”, „New England Journal of Medicine”, „Leukemia”, „British Journal of Haematology”, „Haematologica”, „Cancer”, „Bone Marrow Transplantation”, „Medical Oncology”, „Annals of Haematology”, „Leukemia Lymphoma”, „European Journal of Hematology”, „Transplantation Proceedings”, „Neoplasma”. Głównym ich tematem jest doskonalenie metod leczenia białaczek i innych nowotworów układu krwiotwórczego z wykorzystaniem nowych metod diagnostycznych, polichemioterapii i transplantacji szpiku.

Spośród bardzo licznych osiągnięć naukowych Profesora Hołowieckiego za najważniejsze można uznać opracowanie oryginalnego programu leczenia ostrych białaczek limfoblastycznych z sekwencyjnym podawaniem G-CSF, wprowadzenie do leczenia indukującego remisję w ostrych białaczkach kładrybi-

ny, opracowanie oryginalnej metody autoprzeszczepiania szpiku u chorych z ostrą białaczką limfoblastyczną, z przechowywaniem szpiku bez krioprezerwacji, wprowadzenie treosulfanu do niskotoksycznego kondycjonowania przed alloprzeszczepieniem i wykazanie skuteczności przeciwciała anti-CD20 do leczenia niedokrwistości w sytuacji niezgodności ABO między dawcą i biorcą. Ważnymi dokonaniem są także: przeprowadzenie pierwszych w piśmiennictwie badań subpopulacji limfocytów w migdałkach podniebiennych oraz węzłach chłonnych z jamy brzusznej, badania (jedne z pierwszych na świecie) wykazujące znaczenie receptorów KIR w powstawaniu choroby GVH i potrzebę ich określenia przed alloprzeszczepieniem, wykonanie pierwszych w kraju przeszczepień od niespokrewnionych dawców i rozwinięcie tej metody w polskich ośrodkach, wprowadzenie frakcjonowanego podawania antracyklin w celu zmniejszenia toksyczności, opracowanie nowych metod leczenia białaczek, chłoniaków i innych nowotworów układu krwiotwórczego.

Do największych osiągnięć organizacyjnych Profesora Hołowieckiego niewątpliwie należy utworzenie Kliniki i Katedry Hematologii i Transplantacji Szpiku Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, która stała się głównym ośrodkiem leczenia chorób krwi w regionie Śląska i uzyskała dwukrotnie ocenę najlepszego ośrodka hematologicznego i transplantacji szpiku w Polsce, a także stworzenie i rozwijanie w latach 1991–2007 programu transplantacji szpiku, w wyniku którego ośrodek katowicki stał się największym ośrodkiem transplantacji szpiku w naszym kraju i jest obecnie zaliczany do największych w Europie

– przeprowadza rocznie ponad 165 różnego typu transplantacji szpiku, wykonywanych najnowszymi metodami (łącznie do III kwartału 2007 roku – 1750). Ośrodek posiada akredytację europejską (EBMT) i akredytację amerykańską (NMDP) na wykonywanie przeszczepów i jest w procesie uzyskiwania certyfikatu jakości JACIE. Tu wykonano w 1997 roku pierwsze w tej części Europy transplantacje metodą pozytywnej selekcji. Wielkim dziełem dla polskich chorych na białaczkę było utworzenie w roku 1980 Polskiej Grupy ds. Leczenia Ostrych Białaczek (PALG), przekształconej w 2003 r. w stowarzyszenie skupiające wszystkie krajowe ośrodki hematologiczne i prowadzące programy, dzięki którym wyniki leczenia nie odbiegają od osiągniętych w najwyżej rozwiniętych krajach. PALG jest obecnie częścią Europejskiej Sieci Białaczkowej (European Leukemia Net) i ma osiągnięcia badawcze doceniane w tej strukturze.

Z praktycznego punktu widzenia dużym osiągnięciem Profesora Hołowieckiego było zorganizowanie w Polsce perspektywnych, wielośrodkowych badań nad doskonaleniem leczenia ostrej białaczki, dzięki którym znacząco poprawiły się wyniki leczenia tej choroby u dorosłych. Ogromny wpływ na rozwój kadr medycznych w hematologii miało utworzenie z jego inicjatywy w 1994 roku Polskiej Szkoły Hematologii, organizującej corocznie dwie sesje szkoleniowe kształcące polskich hematologów i współpracującej w ostatnich latach z Europejską Szkołą Hematologii (ESH).

Profesor Hołowiecki czynnie uczestniczy w działalności wielu towarzystw naukowych zagranicznych, jak: Internationale Gesellschaft für Chemo-Immunotherapie (IGCI), International Society of Haematology (ISH), European Group for Blood and

Marrow Transplantation (EBMT), American Society of Haematology (ASH) oraz polskich, jak: Polska Unia Onkologii, Polska Grupa Chłoniakowa, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polskie Towarzystwo Transplantologiczne, Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów. Ponadto w latach 2001–2002 pełnił funkcję Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii. Od 1997 roku jest Członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej ds. Transplantacji Szpiku i Przewodniczącym Zespołu ds. Transplantacji Szpiku.

W uznaniu swoich zasług Profesor Hołowiecki został odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Złotą Odznaką za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Złotą Odznaką „Zasłużony dla Rozwoju Województwa Katowickiego”. Dowodem uznania naukowego było przyjęcie go w poczet członków korespondentów Polskiej Akademii Umiejętności, a także nadanie mu we wrześniu 2007 r. godności członka honorowego Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów oraz w kwietniu 2008 r. Towarzystwa Internistów Polskich.

Prof. Hołowiecki jest też twórcą hematologicznej szkoły naukowej, która obecnie liczy 23 osoby: jednego profesora, sześciu doktorów habilitowanych oraz szesnastu doktorów.

Wspomniany na początku trudny wybór kierunku kariery zawodowej Profesora Hołowieckiego, który wydawał się decyzją beznadziejną, okazał się wyborem fascynującym i w sumie bardzo szczęśliwym. Wprawdzie (jak wszyscy hematolodzy) Profesor Hołowiecki pochował wielu swoich chorych, ale nie stało się tak, że pochowa wszystkich, jak mógł tego oczekiwać na początku swojej kariery.

Z jego znaczącym udziałem w tym okresie opracowano metody lecznicze, które były w stanie odwrócić bieg spraw. Już w latach siedemdziesiątych mógł zobaczyć pierwszych swoich ozdrowieńców, a ich liczba spektakularnie zwiększyła się wraz z wprowadzeniem przeszczepiania szpiku. Jego rola nie tylko we wdrożeniu tych metod w kierowanej przez niego Klinice, ale także w Polsce spowodowała, że w większości nie zna nawet ludzi, którym uratował życie, ani oni często nie wiedzą o tym, że gdzieś w oddali za metodą leczniczą, której zawdzięczają swoje istnienie, kryje się jego pomysł, wysiłek i to nerwowe oczekiwanie: „czy będzie działać?”, „czy się uda?”. Dzisiaj w Polsce 30 do 50% chorych na ostre białaczki osiąga nie remisję, ale wyleczenie – koniec zmagania z chorobą i powrót do życia. Ciągle jeszcze daleko do 100%, ale mimo wszystko jest to sytuacja zupełnie niewyobrażalna czterdzieści lat temu. Przedstawiając profesora Hołowieckiego, przedstawiam też podsumowanie drogi, jaką przebyła polska hematologia w ciągu ostatnich 40 lat. Jej punktami zwrotnymi były wprowadzane do Polski najnowsze metody rozpoznawania i leczenia chorób krwi. Dzięki nim droga za każdym razem stawała się szersza, gdyż stosowane metody upowszechniały się i z ratowania pojedynczych istnień ludzkich przechodziły w stadium ratowania w skali kraju dziesiątków, setek, a teraz już chyba i tysięcy ludzi. Wielka w tym rola profesora Hołowieckiego i za to wszystko wyrażamy mu dziś uznanie.

prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak
Kierownik Katedry i Kliniki
Hematologii, Onkologii
i Chorób Wewnętrznych
WUM

Uroczysta promocja absolwentów Wydziału Farmaceutycznego

14 czerwca 2008 roku wręczono dyplomy absolwentom studiów magisterskich i doktoranckich na Wydziale Farmaceutycznym WUM. Uroczystość odbyła się w stylowych wnętrzach Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II Fundacji Carroll-Porczyńskich w Warszawie.

Na początku spotkania Dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. Józef Sawicki powitał zebranych absolwentów, członków Rady Wydziału i wszystkich zaproszonych gości. Następnie przemówienie wygłosił prof. Andrzej Tokarz – Prodziekan ds. Dydaktyczno-Wychowawczych. Po odebraniu uroczystego ślubowania od tegorocznych magistrów farmacji, wręczono im dyplomy. Otrzymało je 155 osób.

Następnie ślubowanie złożyli i dyplomy odebrali doktorzy

nauk farmaceutycznych: Barbara Bobrowska (z wyróżnieniem), Karolina Dąbrowska-Balcerzak (z wyróżnieniem), Aleksandra Ellert-Miklaszewska (z wyróżnieniem), Marcin Kruk (z wyróżnieniem), Błażej Grodner, Małgorzata Konopka, Bożena Kuran, Marzena Kuras, Kinga Ostrowska, Katarzyna Paradowska i Monika Zych.

Absolwentom gratulacje złożyła mgr Alina Fornal – Prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej. Następnie w imieniu osób, które ukończyły studia magisterskie przemówienie

wygłosiła mgr Patrycja Klimek -Wierzbicka, a w imieniu promowanych doktorów – dr Błażej Grodner.

W części artystycznej spotkania koncert fortepiano wykonała Karolina Cichoń – studentka I roku I Wydziału Lekarskiego WUM, która zagrała *Etiudę Rewolucyjną* i *Balladę As-dur* Fryderyka Chopina. Na zakończenie *Gaudeamus Igitur* zaśpiewał Chór Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pod dyrekcją Łukasza Oltona.

Prawdziwy egzamin dopiero przed Wami **Przemówienie Prodziekana Andrzeja Tokarza**

*Magnificencjo Rektorze,
Panie Dziekanie,
Wysoka Rado,
Szanowni Goście,
Dostojni doktorzy
i doktorzy habilitowani
oraz
Drogie Koleżanki i Koledzy,
Absolwenci Wydziału
Farmaceutycznego!*

Każdego roku na przełomie maja i czerwca spotykamy się na uroczystości wręczenia dyplomów ukończenia studiów, tym razem po raz pierwszy na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Prawie sześć lat temu, kiedy po raz pierwszy przekroczyliście progi Akademii Medycznej jako jej studenci, byliście świeżo po jednym z najważniejszych egzaminów w życiu. Pokonaliście następne pięć i pół roku trudnych, pełnych wyrzeczeń lat studiów.



Za kilka lat z nutą szczerzej sympatii będziecie wspominać lata studenckie i tych, którzy czuwali nad Waszymi krokami – powiedział prof. Andrzej Tokarz

Mogłoby się wydawać, że moment, w którym otrzymujecie dyplom, stanowi ukoronowanie

Waszego dzieła, jak w łacińskim powiedzeniu *Finis coronat opus* – „Koniec wieńczy dzieło”. Nic

bardziej mylnego. Prawdziwy egzamin dopiero przed Wami.

Dziękuję więc za przybycie na naszą uroczystość wszystkim zaproszonym Gościom. Swoją obecnością potwierdzacie Państwo wagę i znaczenie dzisiejszego wydarzenia, jakim jest przekazanie przez Wydział Farmaceutyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w służbę społeczeństwu, 155 magistrów farmacji.

Widząc w tej sali tak liczne grono absolwentów, którym za chwilę wręczone zostaną dyplomy magistra, cieszymy się wszyscy, że wytrwaliście w podjętym przed laty postanowieniu i dziś zamykacie ten etap swego życia. Myślę, że jesteście świadomi faktu, iż dyplom magistra farmacji jest szczególnym dokumentem i że powstaje w uczelni wyższej, będącej instytucją, która umożliwia zdobycie wiedzy zapewniającej funkcjonowanie w zawodzie farmaceuty. Jednak, co należy podkreślić, tylko „umożliwia”, zwłaszcza tym, którzy wiedzę pragnęli rzeczywiście zdobyć. O ile bowiem dyplom warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego jest dobrą legitymacją formalną przy ubieganiu się o pracę, to jednak jego wartość materialna przynależna jest oddzielnie dla każdego posiadacza. Ciężar dowodu tej wartości ciąży na każdym z Was, tę wartość będziecie musieli wykazywać i pielęgnować przez całe Wasze życie zawodowe.

Biorąc pod uwagę fakt, że jesteście Państwo na początku swojej drogi zawodowej, chciałbym chwilę poświęcić temu problemowi. Praca zawodowa stanowi obecnie coraz istotniejszy element naszego życia codziennego. Pozwala nam nie tylko na niezależność i możliwość utrzymania, ale także na budowanie poczucia własnej wartości, a czerpana z niej satysfakcja jest nieraz ważniejsza od wysokości wynagrodzenia. Obecnie praca zawodowa to okazja do „wykazania się”, rozwijania własnych zainteresowań i umie-

jętności, które cenione są w naszym środowisku. O pracy pisało wielu socjologów i przedstawiciele innych dziedzin. Wszyscy oni podkreślają znaczenie jej wartości w egzystencji ludzkiej. Wyraźnie należy też zwrócić uwagę na fakt, że nie gratyfikacje materialne stanowią ostatecznie o jej wartości.

Głównym aktorami dzisiejszego sukcesu jesteście Wy sami, ale nie jedynymi. Słowa uznania kieruję również ku Waszym rodzicom. Ich udział w Waszym sukcesie jest niepodważalny i trudny do przecenienia.

Na wdzięczność zasłużyli także nauczyciele, profesorowie, którzy przekazywali Wam swoją wiedzę, którzy, chociaż często tego nie okazywali, żyli Waszymi problemami i egzaminami.

W dzisiejszym sukcesie mają także niemały udział pracownicy administracyjni, bez których funkcjonowanie Wydziału nie byłoby możliwe. Mam tu na myśli cały zespół z Dziekanatu, który dbał o porządek w dokumentacji studiów.

Drodzy Państwo!

Uroczystość promocji magistrskiej po raz kolejny odbywa się w pięknej Sali Muzeum im. Jana Pawła II Fundacji Carroll-Porczyńskich. Myślę, że aura, jaką tworzy ta wspólna oprawa historyczna wraz z galerią portretów, oddziałuje pozytywnie na wyobraźnię wszystkich tu zebranych.

Wracając zaś do historii, należy wiedzieć, że Wydział nasz liczy sobie już 82 lata, a jego dzieje ściśle są związane z historią Polski. Każdego roku staram się przypomnieć odchodzącym studentom ten fakt, łączący dzieje Wydziału z ważną postacią polskiej historii. Wszyscy jesteśmy świadomi roli, jaką odegrał w naszych dziejach marszałek Józef Piłsudski. I właśnie losy marszałka związane zostały z naszym Wydziałem, poprzez pierwszego jego dziekana prof. Władysława Mazurkiewicza. Otóż Profesor Mazurkiewicz



Dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. Józef Sawicki w czasie uroczystości wręczenia dyplomów

przyczynił się walczyć do zorganizowania ucieczki Piłsudskiego ze szpitala w Petersburgu, w którym marszałek był więziony, symulując chorobę. Były to więc czasy działalności konspiracyjnej Piłsudskiego, przed odzyskaniem przez Polskę niepodległości w 1918 roku.

Powracamy obecnie do sprawdzonych w przeszłości form samorządowych organizacji i stowarzyszeń zawodowych związanych z farmacją. W środowisku zawodowym farmaceutów bardzo ważną rolę odgrywają reaktywowane Okręgowe Izby Aptekarskie, a funkcję integracyjną wszystkich absolwentów naszego Wydziału, niezależnie od wykonywanej przez nich pracy spełniać powinno Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne oraz Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji.

Sądzę, że i Wy, Szanowne Koleżanki i Koledzy, otrzymujący dziś dyplom magistra farmacji, doceniając wagę różnorodnych problemów związanych z Waszym zawodem, jak i przeszłością kształcenia nowych pokoleń farmaceutów, zasilicie

niebawem szeregi tych organizacji i stowarzyszeń.

Wypełniając zaś do końca rolę nauczyciela, pragnę zwrócić Państwa uwagę na fakt, że słowo, które tu i teraz tak często pada – „farmaceuta” – ma relatywnie krótką historię. Dopiero bowiem powołanie dwuletniego studium uniwersyteckiego przez Komisję Edukacji Narodowej pod nazwą „Schola Pharmaceutica” pod koniec XVIII wieku w Krakowie, stworzyło możliwości, aby magistrowie farmacji (bo takie tytuły otrzymywali absolwenci) mogli podejmować poza apteką nowe społeczno-zawodowe funkcje: jako rzeczoznawcy w analizie toksykologiczno-sądowej, analizie środków spożywczych, w przemyśle, szkolnictwie wyższym i administracji państwowej. Krótko mówiąc, w roku 1783 zrodziły się w Polsce dwa nowe pojęcia i terminy: „farmacja” i „farmaceuta”, obejmujące znaczeniem szerszy, formalny i merytoryczny zakres kompetencji społeczno-zawodowych.

Drodzy nasi Absolwenci!

Opuszczacie mury Uczelni i rozpoczynacie pracę zawodową w okresie głębokich przemian dokonujących się w naszym Kraju. Zawód Wasz jednak, niezależnie od okresu historycznego i modelu ochrony zdrowia, zawsze będzie wymagał ścisłego zespolenia rozumu z uczuciem i głęboko pojętym poczuciem odpowiedzialności.

Albowiem to Wy, Drogie Koleżanki i Koledzy będziecie siłą sprawczą zarówno klimatu moralnego, jak i postępu naukowego i ekonomicznego. To Wy będziecie propagatorami postępu w dziedzinie farmacji.

Dlatego, Drogie Koleżanki i Koledzy, kiedy dopełnione będą ostatnie formalności, których wymaga prawo i akademicka tradycja, kiedy powtarzać będziecie słowa przyrzeczenia magistra farmacji, zastanówcie się, proszę,

nad sensem tego wszystkiego, co deklarujecie. Jest to swego rodzaju intercyza ślubna z zawodem, któremu należy pozostać wiernym aż do końca swych dni. Nie można bowiem zagubić tego, co jest sensem zawodu farmaceuty, a mianowicie zasady *Salus aegroti suprema lex esto* („Zdrowie chorego jest najwyższym prawem”). Wierzymy więc, że będziecie dobrą wizytówką naszej Uczelni i Wydziału, i że nie zapomnicie o Waszym powołaniu.

Studia o profilu medycznym mają to do siebie, że trwają przez całe życie. Wynika to z faktu, że wiedza w połowie zmienia się co 10 lat, dezaktualizują się poglądy, pojawiają się nowe teorie. Dlatego tak ważne jest samokształcenie i ciągle nadążanie za zmianami. Wszystko to dyktuje poczucie wielkiej odpowiedzialności za powierzone Waszej opiece ludzkie życie i zdrowie, i nadzieję, którą pokładają w Was dotknięci chorobą ludzie.

Szanowni Państwo!

Uroczysta promocja młodych farmaceutów połączona jest już tradycyjnie z wręczeniem dyplomów doktorskich i habilitacyjnych osobom, którym stopnie te nadała nasza Rada Wydziału. Z tej okazji w imieniu całej akademickiej społeczności składam naszym doktorantom szczerze gratulacje oraz serdeczne życzenia dalszych sukcesów naukowych i zawodowych. Słowa podziękowania kieruję również w stronę promotorów prac doktorskich za aktywny udział w rozwoju kadry naukowej Wydziału i innych instytucji.

Drogie Koleżanki i Koledzy!

Po zakończeniu dzisiejszej uroczystości rozstaniemy się, rozjedziecie się Państwo do różnych, często bardzo odległych miejscowości. W tym gronie być może już nigdy się nie spotkamy. Ścisłe więzy łączące Was dotąd z Uczelnią ulegną powoli rozluźnieniu. Za kilka czy kilkanaście lat z nutą szczerzej

sympatii i nostalgią (mam nadzieję) będziecie wspominać własne lata studenckie i tych wszystkich, którzy czuwali nad Waszymi krokami.

Dzisiejsze więc wydarzenie zamykające etap przygotowania do zawodu, kończy niewątpliwie najlepszy, bo o umiarkowanej odpowiedzialności, okres Waszego życia.

Ze swej strony pragnę Was zapewnić, że bramy Uczelni są nadal dla wszystkich szeroko otwarte, a w miarę posiadanych możliwości jesteście gotowi służyć Wam pomocą i wsparciem. Zapraszamy także do uczestnictwa w szkoleniu podyplomowym organizowanym na naszym Wydziale, a nade wszystko do uzyskiwania coraz wyższych stopni naukowych.

Zostaliście Państwo przez swoich nauczycieli i mistrzów świetnie przygotowani do wykonywania zawodu farmaceuty, zdane egzaminy w czołowej uczelni medycznej stosującej europejskie standardy edukacyjne mają swoją wartość i wymowę. Weźcie także pod uwagę fakt, że nowy świat, który się przed Wami otwiera, jest strukturą coraz bardziej przyjazną. Polska stanowi istotną składową polityczną i kulturową nowej i poszerzonej od roku 2004 Unii Europejskiej. Żyjemy w świecie opartym na gospodarce rynkowej, wolnym przepływie myśli i idei oraz swobodnej migracji ludzi w ramach wspólnoty.

Życzymy Wam, aby wykonywanie zawodu potwierdziło, że wybór studiów był wyborem właściwym. Pamiętajcie też, że Wasze decyzje będą decydowały o życiu i zdrowiu wielu ludzi.

Raz jeszcze wyrażając radość i dumę z powodu Waszego wielkiego życiowego sukcesu, życzę Wam wszystkiego najlepszego.

Gaudeamus Igitur, Iuvenes Dum Sumus – Cieszmy Się, Póki Jesteśmy Młodzi!

Dobro pacjentów – dobrem najwyższym!

Wystąpienie Absolwenta Wydziału Farmaceutycznego

**Szanowny Panie Rektorze,
Panowie Dziekani,
Drodzy Profesorowie,
Koleżanki i Koledzy,
Szanowni Goście!**

Już prawie sześć lat minęło, odkąd przekroczyliśmy po raz pierwszy mury tej Uczelni. Nasza przygoda z, wówczas jeszcze, Akademią Medyczną w Warszawie rozpoczęła się od egzaminów wstępnych, które wielu z nas zapamiętało jako niezwykle stresujące wydarzenie, będące jednak furtką do realizacji wielkiego marzenia – studiowania farmacji w jednej z najlepszych uczelni medycznych w kraju. Wreszcie po łzach radości przyszedł moment wspólnego odśpiewania *Gaudeamus Igitur* oraz złożenia ślubowania. Zostaliśmy oficjalnie powitani w murach naszej ukochanej Alma Mater. Otworzyła się przed nami droga – czy była ona prosta? Na pewno nie. Wśród braci studenckiej krąży znane porzekadło, mówiące o tym, że na farmacji najgorsze są pierwsze trzy lata i dwa ostatnie. Nie było lekko i dlatego też

z tym większą dumą gromadzimy się tutaj dzisiaj na uroczystości rozdania dyplomów ukończenia studiów farmaceutycznych. Jesteśmy tym bardziej szczęśliwi, że jako pierwsi opuszczamy mury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W życiu radość nierzadko miesza się ze smutkiem. Tak też jest dzisiaj. Z jednej strony odczuwamy ulgę spowodowaną faktem, że wszystkie zaliczenia i egzaminy już za nami, że nareszcie, po 5,5 roku intensywnej pracy zdobyliśmy upragniony stopień magistra, z drugiej jednak – kończy się niezwykle piękny okres w życiu każdego i każdej z nas. Nie bez żalu żegnamy się ze studencką legitymacją!

Otwierają się dziś przed nami nowe perspektywy związane z rozpoczęciem drogi zawodowej. Farmacja jako interdyscyplinarna dziedzina nauki daje wiele możliwości rozwoju, zarówno w Polsce, jak i za granicą. Część z nas zwiąże swoje losy z apteką, inni znajdą miejsce w firmach farmaceutycznych czy instytutach badawczych. Wierzę, że nasza Uczelnia dobrze przygotowała

nas do tych nowych zadań, zarówno pod względem merytorycznym, jak i etycznym. Wierzę, że jako młodzi, ambitni ludzie z chęcią podejmiemy nowe wyzwania, a także trud doskonalenia umiejętności oraz stałego poszerzania wiedzy. Niechaj dobro pacjenta będzie dla nas zawsze dobrem najwyższym.

Czujemy się niezwykle silnie związani z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, który przez 5,5 roku był naszym domem. Dom ten tworzyli niezwykle ludzie, którzy są tutaj dzisiaj z nami. Nie celebrowalibyśmy tego pięknego dnia, gdyby nie nasi ukochani profesoro- wie, wykładowcy i asystenci, którzy z niezwykłym zaangażowaniem starali się zaszcześcić w nas bakcyła wiedzy oraz ciekawość świata. Jak mówił Stefan Żeromski: „Nauka jest jak niezmierne morze. Im więcej jej pijesz, tym bardziej jesteś spragniony.” Dziękujemy Wam za Wasz trud, cierpliwość, wsparcie oraz wzorce do naśladowania. Dziękujemy również Panom Dziekanom za sprawne kierowanie sprawami Wydziału, a także pracownikom Dziekanatu, których praca jest bezcenna. Nie jest tajemnicą, że działalność naszego Dziekanatu na arenie ogólnouczelnianej od wielu lat jest oceniana wyjątkowo wysoko. Nasz sukces jest sukcesem wszystkich Państwa!

Drogie Koleżanki i Koledzy! Pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że nasze dzisiejsze spotkanie w tak liczonym gronie nie jest ostatnim, że przetrwamy wspólnie jako rocznik 2008, że za jakiś czas, podczas zjazdu absolwentów, ze wzruszeniem wspominać będziemy wspólnie przeżyte chwile, a czas, który upłynie od momentu ukończenia studiów, uznamy za wartościowy pod każdym względem. Tak więc – do zobaczenia!



Mgr Patrycja Klimek-Wierzbicka odbiera dyplom z rąk Dziekana

mgr Patrycja Klimek-Wierzbicka

Dziękujemy za stworzenie warunków do rozwoju Przemówienie Przedstawiciela Promowanych Doktorów

*Magnificencjo Panie Rektorze,
Panie Dziekanie,
Wysoka Rado,
Szanowni Państwo!*

W tym uroczystym dniu przypadł mi ogromny zaszczyt złożenia w imieniu grona wszystkich promowanych doktorów i własnym serdecznych podziękowań Wysokiej Radzie Wydziału Farmaceutycznego i Władzom Uczelni za stworzenie warunków pracy do pogłębiania naszej wiedzy zawodowej, a także za możliwość dalszego kształcenia się i rozwoju, czego owocem stało się przyznanie nam stopnia naukowego doktora nauk farmaceutycznych.

Składam szczególne podziękowania Promotorom naszych prac za to, że zechcieli podzielić się z nami swoim doświadczeniem,

oraz za troskę i życzliwość, na którą zawsze mogliśmy liczyć.

Recenzentom naszych prac dziękuję za wiele cennych uwag i wskazówek, z których, jak myślę, wyciągniemy pozytywne wnioski wysoko procentujące w przyszłości.

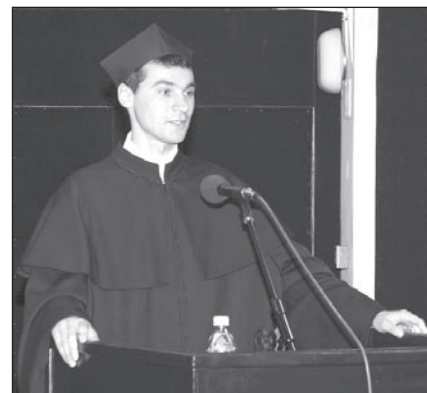
Słowa wdzięczności kieruję także do naszych rodzin, kolegów i wszystkich, którzy wspierali nas w chwilach zwątpienia, jakie każdy z nas przeżył.

Jesteśmy świadomi, że stajemy się następnym ogniwem łączącym pokolenia pracowników naszego Wydziału, i stoimy jednocześnie przed kolejnymi wyzwaniem.

Chcielibyśmy zapewnić, że zdobytą wiedzę i umiejętności będziemy starali się wykorzystywać w dalszych badaniach naukowych, jak również w nauczaniu

kolejnych pokoleń studentów naszej Uczelni. Będziemy także starali się nadal rozwijać nasze kwalifikacje zawodowe.

dr Błażej Grodner



W imieniu promowanych Doktorów Wydziału Farmaceutycznego przemówienie wygłosił dr Błażej Grodner

Medal „Pro Ecclesia et Pontifice”

Witold Płotczyk – Pełnomocnik Rektora, Koordynator projektu CePT z ramienia WUM, wcześniej pełniący funkcję Pełnomocnika Rektora ds. Centrum Biblioteczno-Informacyjnego – otrzymał Złoty Medal „Pro Ecclesia et Pontifice” przyznany przez Papieża Benedykta XVI.

Odnaczenie wręczył Arcybiskup Kazimierz Nycz 14 czerwca 2008 r. podczas uroczystości 25-lecia Chóru Archikatedry Warszawskiej.

Medal „Pro Ecclesia et Pontifice” jest najwyższym odznaczeniem kościelnym, jakie może otrzymać osoba świecka. Przyznaje się go na wniosek biskupa diecezjalnego w uznaniu zasług na rzecz dobra wspólnego osobom odznaczającym się wysoką postawą moralną. Na medalu widnieją sylwetki świętych Piotra i Pawła. Odnaczeniu towarzyszą specjalne dokumenty.

Witold Płotczyk od 40 lat śpiewa w chórach. Najpierw związany był z Warszawskim Chórem Międzyuczelnianym z Kościoła Świętej Anny, obecnie z Chórem Archikatedry Warszawskiej. Od blisko 30 lat wraz z żoną prowadzi rekolekcje małżeńskie i kursy przedmałżeńskie. Jest członkiem Akcji Katolickiej.

Gratulacje z okazji otrzymania tego wyjątkowego wyróżnienia składa Laureatowi Medalu Rektor WUM prof. dr hab. Leszek Pączek.

*Marta Wojtach
Rzecznik Prasowy WUM*



I Konferencja Naukowa CePT

W dniach 23 i 24 czerwca br. odbyła się I Konferencja Naukowa Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. Spotkanie służyło przedstawieniu osiągnięć, planów i możliwości instytucji tworzących CePT.

Konferencję otworzył JM Rektor prof. Leszek Pączek, wspominając kolejne etapy powstawania Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. JM Rektor podkreślił, że przyszłość instytucji zależy od spełnienia trzech warunków: opracowania programu naukowego, studium wykonalności i umowy konsorcjum. Czerwcową konferencja miała pomóc w realizacji pierwszego z tych zadań.

- Spotykamy się, aby przedstawić możliwości instytucji uczestniczących w projekcie, co ma ułatwić współpracę między nimi. Chcemy także omówić, w jaki sposób wykorzystamy aparaturę, zakupioną z funduszy CePT – powiedziała prof. Ewa Szczepańska-Sadowska, organizatorka spotkania, wchodząca w skład zespołu ekspertów pracujących nad programem konsorcjum.

I Konferencja Naukowa została podzielona na kilka sesji, pod-

czas których wykłady i prezentacje przedstawili naukowcy – reprezentanci instytucji tworzących CePT: PAN, Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej i naszej Uczelni. W trakcie sympozjum toczyły się również rozmowy kulturalne między uczestnikami projektu.

Szersza relacja ze spotkania w następnym numerze „MDW”.

Karolina Gwarek
Redakcja „MDW”

Konferencja – z zagadnień elektrofizjologii

W dniach 6 i 7 czerwca 2008 roku w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbyła się konferencja „Techniki elektrofizjologiczne w badaniach zjawisk bioelektrycznych od kanałów jonowych po sieci neuronalne”. Sympozjum zorganizował Zakład Fizjologii Człowieka Wydziału Farmaceutycznego WUM.

Konferencja odbyła się już po raz szósty. Poprzednie spotkanie zostało zorganizowane przez Katedrę Neurobiologii Uniwersytetu Łódzkiego, a kolejne przygotowuje w 2010 roku w Toruniu Zakład Biofizyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. To cykliczne sympozjum jest organizowane kolejno przez ośrodki uniwersyteckie, ośrodki akademii medycznych oraz ośrodki Polskiej Akademii Nauk. W związku z tym ma charakter integrujący różne środowiska naukowe i akademickie. Ponadto, ze względu na swój elitarny charakter (w warszawskim spotkaniu brało udział około 100 uczestników), konferencja ta może być organizowana przez pojedyncze zespoły naukowe i nie wymaga dużego zaplecza logistycznego. Tak więc drugą jej cechą jest to, że może odbywać się w różnych, rozproszonych geograficznie ośrodkach w Polsce.

Zadaniem konferencji jest integracja i wzmacnianie środowiska neurofizjologów, neurofarmakologów, biofizyków i fizjologów klinicznych, którzy na co dzień posługują się ważną techniką badawczą, polegającą na rejestracji aktywności kanałów jonowych i potencjałów błonowych neuronów oraz innych tkanek pobudliwych. Metody te są często łączone z metodami histochemicznymi, farmakologicznymi, immunologicznymi oraz metodami z zakresu fizjologii zachowania.

Tegoroczne spotkanie zainaugurował wykład akademicki prof. dr hab. med. Huberta Kwiecińskiego – Kierownika Katedry Neurologii WUM. Został on w całości poświęcony kanałopatiom genetycznym, immunologicznym oraz transkrypcyjnym, czyli patologiom kanałów jonowych – schorzeniom coraz częściej diagnozowanym przez lekarzy.

Konferencja była podzielona na 5 sesji: 1. Kanały jonowe błon biologicznych. 2. Badania funkcji receptorów metodami elektrofizjologicznymi. 3. Elektrofizjologia układu ruchowego. 4. Elektrofizjologia rytmów biologicznych. 5. Elektrofizjologia wyższych czynności nerwowych.

Sympozjum było ważnym wydarzeniem zdominowanym przez znakomite wystąpienia młodych naukowców, którzy przedstawili wyniki badań cechujące się bardzo wysokim poziomem metodycznym, merytorycznym i koncepcyjnym.

Materiały konferencyjne zostały opublikowane również w formie elektronicznej: http://www.wum.edu.pl/czasopismo/2008/suplement_4_2008.html

Prof. dr hab. Paweł Szulczyk
Zakład Fizjologii Człowieka WUM

Problemy opieki zdrowotnej *Healthcare, the market and the public's needs and interests*

W poniedziałek 2 czerwca br. w Warszawie zorganizowano międzynarodowe spotkanie „Healthcare, the market and the public's needs and interests”, pod patronatem Polskiej Akademii Nauk, z inicjatywy Wiceprezesa PAN prof. Andrzeja Górskiego. Seminarium zostało poświęcone prezentacji modelowych rozwiązań europejskich i amerykańskich w zakresie systemów opieki zdrowotnej i dylematom związanym z prywatyzacją służby zdrowia.



Były Minister Zdrowia dr Marek Balicki podczas wykładu

Głównym celem debaty było znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jakie warunki powinien spełniać optymalny system opieki zdrowotnej, dostosowany do lokalnych realiów krajowych? Seminarium skierowano do szerokiego grona odbiorców, zwłaszcza zaś lekarzy, administratorów służby zdrowia, dyrektorów szpitali, pracowników resortu zdrowia, polityków-parlamentarzystów, a także studentów medycyny, ekonomistów i przedstawicieli mediów.

Na seminarium składały się cztery sesje tematyczne, podczas których poruszono zagadnienia uwarunkowań społecznych i politycznych systemu opieki zdrowotnej, wpływu wolnego rynku na konkurencję w usługach zdrowotnych, reformy systemu opieki zdrowotnej z perspektywy doświadczeń

innych krajów oraz aspektów etycznych opieki zdrowotnej.

W spotkaniu wzięło udział wielu specjalistów z Polski i zagranicy. Wśród gości zagranicznych znaleźli się między innymi: M. Gregg Bloche – profesor prawa Georgetown University, doradca ds. zdrowia Baracka Obamy w czasie kampanii prezydenckiej, profesor Didier Sicard z Uniwersytetu Descartesa w Paryżu, długoletni przewodniczący Narodowego Komitetu Etycznego Francji, profesor Karl Lauterbach z Uniwersytetu w Kolonii, czołowy niemiecki ekspert ds. ekonomii służby zdrowia i poseł Bundestagu.

Spośród prelegentów z Polski w konferencji uczestniczyli zarówno przedstawiciele resortu zdrowia, jak i reprezentanci świata nauki, między innymi wiceminister zdrowia dr Marek Twardowski, były

minister zdrowia dr Marek Balicki, prof. Tomasz Hermanowski – Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego, prof. Tadeusz Tołłoczko – Rektor WUM (w latach 1990-1996).

Pod względem merytorycznym sympozjum miało bardzo wysoki poziom i zgromadziło wiele autorytetów reprezentujących odmienne stanowiska i opcje polityczne. Pozwoliło to spojrzeć na zagadnienia związane z systemem opieki zdrowotnej z bardzo szerokiej perspektywy.

Zachęcamy do zapoznania się z materiałami z konferencji, dostępnymi na stronie PAN, pod adresem: http://www.pan.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1986&Itemid=230.

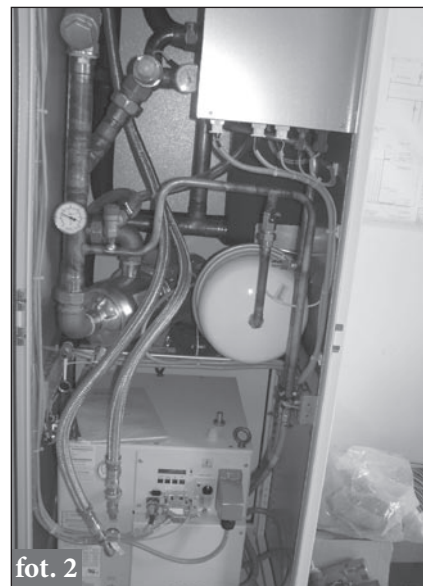
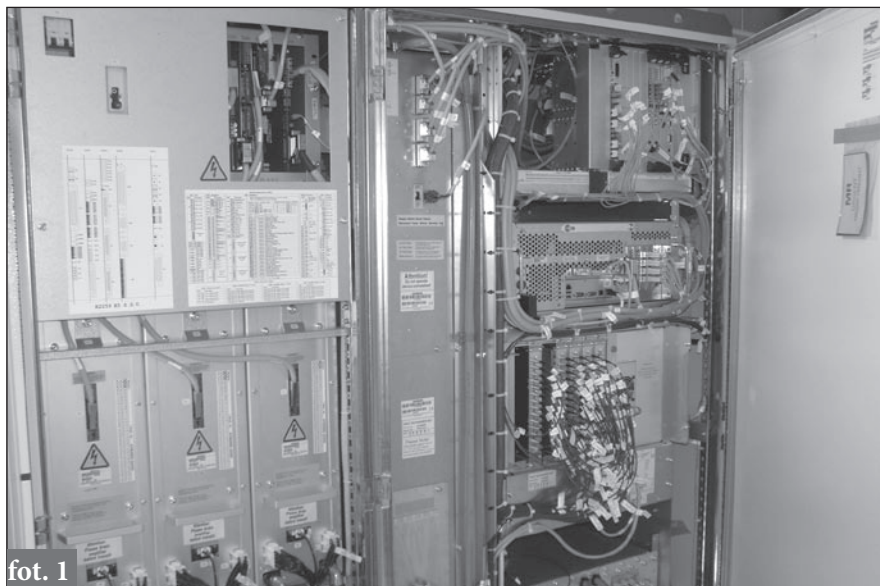
Karolina Gwarek
Redakcja „MDW”



Prof. Andrzej Górski – Wiceprezes PAN, inicjator seminarium „Healthcare, the market and the public's needs and interests”

Dla kogo unijne wsparcie i na co można uzyskać pieniądze?

Od 1 maja 2004 roku, tj. od dnia naszego wstąpienia do Unii Europejskiej, zostało zaoferowanych do wykorzystania w Polsce prawie 100 mld euro (13 mld w latach 2004-2006 i 87 mld na lata 2007-2013). Czy Warszawski Uniwersytet Medyczny wykorzystuje możliwości pozyskiwania środków? Jakie kroki należy podjąć, aby zwiększyć szansę ich otrzymania?



W celu rozdysponowania pieniędzy instytucje, którym powierzono rolę zarządzania i wdrażania funduszy unijnych, opracowały szereg wskazówek, na co i dla kogo przeznaczona jest pomoc. Przeciętnemu czytelnikowi trudno przebić się przez gąszcz przepisów, kłopot sprawia m.in. ich trudny język. Wśród dokumentów związanych z każdym programem operacyjnym znajdują się dyrektywy i rozporządzenia Rady Europy oraz ustawy, zarządzenia i rozporządzenia krajowe. Do tego należy dodać wytyczne opracowane przez instytucje zarządzające poszczególnymi programami. Żeby zrozumieć zasady kierujące jakimkolwiek programem, należy zapoznać się z co najmniej kilkunastoma dokumentami. Tak jak w wielu innych dziedzinach, trzeba poznać specyfikę ubiegania się o środki, tworzenia sprawozdań z ich wykorzystania i rozliczenia wydatków. Trzeba rozumieć sto-

sowaną w funduszach unijnych terminologię.

Pomimo przytoczonych powyżej trudności, z jakimi przeciętny Polak musi się zmierzyć na drodze do funduszy unijnych, to nie one stanowią praw-

dziwą barierę w występowaniu o środki z UE. Bariera, którą trzeba pokonać, jest panujące przekonanie o biurokratyzacji procesu aplikowania o pieniądze i o licznych wymaganiach formalnych nie do spełnienia.



Fot. 1, 2 i 3. Rezonans Magnetyczny oraz adaptowane pomieszczenia na potrzeby Pracowni Rezonansu Magnetycznego II Zakładu Radiologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W latach 2004-2006 nasza Uczelnia otrzymała dofinansowanie na realizację dwóch projektów na łączną kwotę ponad 14,6 miliona złotych. Są to projekty „Podwyższenie jakości badań naukowych, diagnostyki leczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej” oraz „Wyposażenie Laboratorium Obrazowania Biologicznego i Medycznego”.

Celem pierwszego projektu jest zabudowa bloku operacyjnego oraz laboratorium, zakup sprzętu i wyposażenia bloku, w tym zakup mikrotomografu komputerowego za kwotę blisko miliona złotych. Celem drugiego jest zakup wyposażenia i aparatury Laboratorium Tomografii Rezonansu Magnetycznego za kwotę ponad 7 milionów złotych. Projekt ten jest realizowany w ramach Centrum Zaawansowanych Technologii „Biotechnologii, Informatyki Stosowanej i Medycyny – Kampus Ochota”.

W roku 2007 rozpoczęła się tzw. nowa perspektywa finansowa, w której przyznano do uruchomienia prawie siedmiokrotnie większe środki niż w latach 2004-2006. W jej ramach funkcjonują trzy Fundusze strukturalne: Fundusz Spójności, Europejski Fundusz Społeczny i Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego. Każdy z tych funduszy jest źródłem finansowania dla różnych programów operacyjnych. Wśród nich dużą ofertę znajdują dla siebie wyższe uczelnie. Mogą ubiegać się o środki na:

- wsparcie badań naukowych w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka,
- wzmocnienie potencjału kadrowego nauki – konkursy Fundacji na rzecz Nauki Polskiej,
- współpracę sektora nauki z sektorem przedsiębiorstw w ramach Programu Innowacyjna Gospodarka,
- wsparcie infrastruktury badawczej jednostek naukowych w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka,

- wsparcie dydaktyki i nauki w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,

- wsparcie dla polskiej nauki w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko,

- wspomaganie sfery badań i rozwoju w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

Możliwości sfinansowania zadań znajdują jednostki dydaktyczno-naukowe, informatyczne, biuro karier, jak i administracja, np. w projektach finansujących podnoszenie kwalifikacji pracowników czy wprowadzanie systemów zarządzania.

Biuro Projektów WUM stara się przełamać przekonanie o niemożliwości otrzymania środków z funduszy unijnych.

Aby ułatwić przygotowanie projektu, uregulować proces akceptacji pomysłów i związać je z misją naszej Uczelni, przygotowano został Regulamin Projektów, który wszedł w życie 1 czerwca 2008 r. Zgodnie z regulaminem praca nad projektem rozpoczyna się w momencie przygotowania tzw. Inicjatywy Projektowej. Jest to prosty formularz, który po wypełnieniu należy przesłać pod adres projekty@wum.edu.pl lub złożyć na nośniku elektronicznym bezpośrednio w Biurze Projektów.

Raz w miesiącu Komisja ds. projektów analizuje przesłane Inicjatywy Projektowe i wydaje rekomendacje w sprawie ich realizacji. Zatwierdzone do realizacji Inicjatywy, po podpisaniu przez Rektora, przekazywane są do odpowiedniej jednostki kompetencyjnej, która współpracuje z inicjatorem projektu w przygotowaniu wniosku o dofinansowanie.

Inicjatywy projektowe może zgłaszać każdy pracownik Uniwersytetu. W przypadku wątpliwości lub trudności z wypełnieniem formularza, inicjator może zwrócić się o pomoc w jego przygotowaniu do Biura Projektów lub do Działu Kompetencyjnego.

Regulamin Projektów nie ma zastosowania do projektów krajowych bez wkładu własnego. Natomiast ma on zastosowanie do projektów finansowanych z funduszy strukturalnych, międzynarodowych, wewnętrznych oraz tych krajowych, które wymagają wkładu własnego.

Regulamin i formularze dokumentów są dostępne na stronach internetowych WUM lub na stronie www.fundusze-strukturalne.wum.edu.pl.

Biuro Projektów WUM



fot. 4

Fot. 4. Wnętrze sali operacyjnej w Klinice Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus przy ul. Lindleya 4 po kończącej się adaptacji

Nie strach, nie błąd, nie krzyk

– Szpital Pluszowego Misia otrzymał Nagrodę Ministra Zdrowia

SP ZOZ Kliniczny Szpital Pluszowego Misia EMSA Warszawa otrzymał już trzecią nagrodę Ministra Zdrowia. Na czym polega fenomen Szpitala? Skąd jego przewaga nad podobnymi placówkami w kraju? – zapytaliśmy dyrekcję, lekarzy i pacjentów.



Ta operacja nie mogła się nie udać. Asystował znany aktor Zbigniew Zamachowski – tym razem w roli lekarza (fot. J. Persa)



Dyrektorowi Szpitala Pluszowego Misia zadaliśmy pytanie, na czym polega sukces placówki. Zastany pod drzwiami laboratorium, komentuje krótko: – Zgrany zespół to podstawa. Cieszy mnie (dodaje pytany o laborantów), jak pracują wspólnie diagnosty i interniści, obecnie nie wyobrażam sobie pracy bez laboratorium o takim standardzie, jak nasze. Lepiej zapobiegać niż leczyć. Naszych pacjentów objęliśmy programem profilaktycznym „Przytul mnie, proszę” [finansowanym ze środków unijnych – przyp. red.]. Jest tak skuteczny, że aż trzech patologów musiało stracić pracę – kończy z przekąsem.

I faktycznie, szpital – jakby to nie brzmiało – kwitnie zdrowiem. Wszyscy pacjenci są zadowoleni,

a system administracyjny jest do tego stopnia perfekcyjny, że nasz redaktor do lekarza specjalisty dostał się po kilku minutach!

– Co Pani myśli o tym szpitalu? – pytamy przypadkową pacjentkę.

– Jest cudowny! Uratował mojego Misia. Zaraz po urodzeniu lekarze stwierdzili u niego laktozę [dziedziczną chorobę serca, zwaną także chorobą Chapmanna – przyp. red.]. Tylko tutaj podjęto się leczenia.

– Gdzie indziej odmówiono?

– Niestety. Wszędzie odsyłano nas z kwitkiem, aż w końcu trafiiliśmy do Pluszowego Szpitala. Przyjął nas miły Pan Doktor – najlepszy specjalista od takich chorób. Do tego całkiem ładniutki... – Pani uśmiecha się figlarnie.

– Skąd u Państwa taki zapał do pracy? – pytamy na zebraniu pracowniczym.



„– A Pani co myśli o szpitalu? – My tutaj tylko profilaktycznie, sam pan widzi, jak mój Miś się uśmiecha!”

To prawda, informację tę potwierdziła także lekarka (fot. J. Persa)



„Panie Michale, coś się dzieje z moim Misiem. Chyba warto byłoby to sprawdzić...” (fot. J. Persa)

- Przecież te Misie to największe skarby. Nie możemy pozostawić ich bez opieki. Obowiązuje nas etos lekarski – zauważa zabiegowiec z końca sali.

- A z czym borykacie się Państwo najczęściej? Z czym zgłaszają się pacjenci?

- Bardzo różnie – tłumaczy kierownik działu statystyki medycznej – często są to poważne choroby, nawet nowotwory złośliwe. Ale w tak trudnych przypadkach również nie możemy się poddawać – przecież te Misie to największe szczęście ich opiekunów.

Zapytani o kondycję psychiczną misiowych „rodziców”, lekarze tłumaczą: - Faktycznie, choroba bywa dla nich traumą. Na szczęście potrafimy ich wspierać – w końcu choroby są po to, aby je leczyć!

Psychiatra z drugiego rzędu ma jednak odmienne zdanie: - Panie Redaktorze, różnie to bywa. Najtrudniej jest, jeśli pacjent cierpi na wypalenie zawodowe. Rozumie Pan?! Miś na wypalenie zawodowe! Na szczęście zawsze coś poradzimy...

Szpitalowi życzymy dalszych sukcesów, a jego pacjentom – dużo, dużo zdrowia! Będziemy tu jeszcze czasem zaglądać...

„Szpital Pluszowego Misia”

to projekt edukacyjny kierowany do dzieci w wieku 4-7 lat. Akcja ma na celu zmniejszenie u nich lęku przed szpitalem i białym fartuchem. Studenci medycyny oraz studenci innych warszawskich uczelni wcielają się w rolę lekarzy i leczą misie. Niejako poprzez odwrócenie ról, gdy dziecko staje się rodzicem swojego ukochanego pluszaka, a leczenie nie dotyczy bezpośrednio jego, mamy szansę dotarcia do malucha z każdą informacją. Z doświadczenia wiemy, że dzieci bardzo chętnie angażują

się w taką zabawę, jednocześnie czerpiąc z tego niesłychanie ważną wiedzę o leczeniu i potrzebie odwiedzania lekarza w przypadku choroby. Poprzez zabawę możemy pokazać i wytłumaczyć, na czym polegają poszczególne badania, takie jak USG czy EKG, jednocześnie podkreślając, że są one bezbolesne. Bardzo często można spotkać się w przychodni czy szpitalu z płaczącymi dziećmi, które wręcz uciekają z gabinetów. Nie ma się czemu dziwić, w końcu każdy boi się tego, czego nie zna i nie rozumie. „Szpital Pluszowego Misia” daje szansę, by to zmienić. Jeśli dziecko zrozumie, że do lekarza nie chodzi się za karę, lecz po pomoc, chętniej będzie współpracowało z doktorami.

Finał akcji Szpital Pluszowego Misia EMSA Warszawa odbywa się dwa razy do roku – na wiosnę i na jesieni. W każdym finale bierze udział kilkaset dzieci i kilkudziesięciu studentów. Projekt „Szpital Pluszowego Misia” objął patronatem m.in. Rektor WUM profesor Leszek Pączek oraz Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych profesor Piotr Zaborowski.

Szymon Kierat

Europejskie Stowarzyszenie Studentów
Medycyny EMSA Warszawa



„Zgrany zespół to podstawa” (fot. J. Persa)

Superhelisa 2008

Ogólnopolski Konkurs Wiedzy Biochemicznej

W V edycji Konkursu Wiedzy Biochemicznej „Superhelisa” w rywalizacji zespołowej jedenastu uczelni medycznych w Polsce studenci I Wydziału Lekarskiego WUM zajęli II miejsce. Duży sukces odnieśli także w klasyfikacji indywidualnej, w której Joanna Przybek wywalczyła III miejsce, Rafał Wolny – IV, a Grzegorz Szparecki – XIII.



Joanna Przybek – studentka I Wydziału Lekarskiego WUM otrzymuje nagrodę z rąk prof. Juliana Świerczyńskiego – kierownika Katedry i Zakładu Biochemii AM w Gdańsku

W dniach 16-18 maja 2008 r. w Łąpinie k/Gdańska odbyła się V edycja Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy Biochemicznej „Superhelisa 2008”. Organizatorem tegorocznego konkursu była Katedra i Zakład Biochemii Akademii Medycznej w Gdańsku, kierowana przez prof. dr hab. med. Juliana Świerczyńskiego. W rywalizacji wzięło udział 11 trzyosobowych zespołów, które wraz z opiekunami przyjechały do Gdańska. Warszawski Uniwersytet Medyczny reprezentowały dwa zespoły: I Wydziału Lekarskiego i II Wydziału Lekarskiego. Pozostałe uczelnie przysłały po jednej ekipie, a były to: Akademia Medyczna w Gdańsku, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Akademia Medyczna w Lublinie, Śląska Aka-

demia Medyczna w Katowicach, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie (pomysłodawca i organizator I edycji konkursu w 2003 roku) i Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Laureatem Konkursu w 2008 roku został Szymon Nowakowski, student Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku, który zdobył 130,1 pkt, na drugim miejscu znalazła się Daria Świecka z wynikiem 129,5 pkt, również studentka gdańskiej uczelni. Na miejscach III i IV uplasowali się studenci z Katedry i Zakładu Biochemii I Wydziału Lekarskiego WUM – Joanna Przybek (129,3 pkt) i Rafał Wolny (127 pkt). Trzeciemu

przedstawicielowi I WL Grzegorzowi Szpareckiemu zabrakło tylko 2 punktów, żeby dostać się do finału.

W klasyfikacji drużynowej zwycięzcami „Superhelisy 2008” zostali studenci Akademii Medycznej w Gdańsku, organizatora tegorocznego konkursu, uzyskując łącznie 385,2 pkt. Drugie miejsce zdobył nasz Zespół, zdobywając 357,3 pkt., a trzecie – studenci z Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu z punktacją 348,8. Zespół II Wydziału Lekarskiego WUM uzyskał 285,3 pkt i zajął 6 miejsce.

Studenci reprezentujący I Wydział Lekarski WUM: Joanna Przybek, Rafał Wolny i Grzegorz Szparecki zostali zakwalifikowani do udziału w Konkursie Ogólnopolskim na podstawie bardzo wysokiej średniej z ocen (4,75) uzyskanych w ciągu całego roku akademickiego oraz w wyniku wstępnych eliminacji przeprowadzonych w Katedrze i Zakładzie Biochemii (w eliminacjach startowały 32 osoby).

Konkurs „Superhelisa” składa się z trzech etapów: I – testu (100 pytań), II – części opisowej (5 pytań), III – finału, w którym startuje dziesięciu najlepszych studentów. Wszyscy odpowiadają na te same trzy wylosowane pytania. W tegorocznym konkursie były one następujące: 1. Centralna rola acetyloCoA w metabolizmie. 2. Glukokinaza i heksokinaza – podobieństwa i różnice, rola w metabolizmie. 3. Rola wątroby i tkanki tłuszczowej we wczesnym i przedłużonym okresie głodzenia.

Uroczyste zakończenie Konkursu odbyło się w sobotę 18 maja, w godzinach wieczornych. Dzięki sponsorom (firmom Sigma-Aldrich i Ziaja) studenci – finaliści otrzymali nie tylko dyplomy i puchary, lecz także cenne nagrody w postaci wspaniałych podręczników w języku polskim i angielskim, które pozwolą na dalsze wzbogacanie ich, i tak już dużej, wiedzy. Zwieńczeniem uroczystego ogłoszenia wyników stało się ognisko, przy którym możliwa była integracja uczestników Konkursu – zarówno studentów, jak i kadry dydaktycznej polskich uczelni medycznych.



Prof. Anna Barańczyk-Kuźma
Kierownik Katedry i Zakładu Biochemii

Studenci – laureaci konkursu „Superhelisa 2008” z opiekunem dr Wojciechem Graboniem

Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 12 maja 2008 r.

1. Nominacje, gratulacje.

Jego Magnificencja Rektor złożył gratulacje:

1. Prof. nadzw. dr hab. Barbarze Górnickiej z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej.
2. Prof. nadzw. dr hab. Mirosławowi Wielgosowi z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii.
3. Prof. dr hab. Witoldowi Laskowi z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Immunologii.
4. Prof. nadzw. dr hab. Hannie Czeczot z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Biochemii.
5. Prof. nadzw. dr hab. Leopoldowi Wagnerowi z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej.

sora nadzwyczajnego w Zakładzie Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej.

6. Prof. nadzw. dr hab. Krzysztofowi Filipiakowi z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego w I Katedrze i Klinice Kardiologii.
7. Prof. dr hab. Jerzemu Leibschangowi z okazji powołania na stanowisko profesora nadzwyczajnego oraz Kierownika Kliniki Położnictwa w Szpitalu im. Świętej Rodziny.

2. Sprawa powołania Akademickiego Centrum Onkologii jako jednostki ogólnouczelnianej.

Prof. dr hab. Leszek Pączek – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przypomniał, że idea powołania Akademickiego Centrum Onkologii jako jednostki ogólnouczelnianej zrodziła się kilka lat temu.

Trzy lata temu uruchomiony został Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Na realizację programów przeciwnowotworowych wyasygnowano kwotę 250-300 milionów złotych.

Warunkiem wystąpienia o środki w ramach tego programu jest utworzenie w naszej Uczelni jednostki ogólnouczelnianej, która integrowałaby działalność dydaktyczną i badawczą jednostek w zakresie onkologii. Stworzenie Akademickiego Centrum Onkologii pozwoli na wypromowanie WUM jako znaczącego ośrodka onkologicznego w województwie mazowieckim oraz w kraju.

Pełnomocnikiem Rektora ds. onkologii w Uczelni jest prof. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak. Powołane też zostało ciało doradcze.

Statut WUM przewiduje możliwość powołania w Uczelni jednostki ogólnouczelnianej, określając procedurę i warunki jej powołania.

Zgodnie z zapisem §26 ust. 2 Statutu jednostki ogólnouczelniane tworzy, przekształca i znosi Senat na wniosek Rektora, po zasięgnięciu opinii zainteresowanych rad wydziałów.

Rady wydziałów pozytywnie zaopiniowały ideę utworzenia Akademickiego Centrum Onkologii w Uczelni. Zgodnie z opinią Biura Prawnego niezbędnym warunkiem powołania ACO jest opracowanie Regulaminu, który określi zadania, zakres działania oraz strukturę jednostki, a także procedurę wyłaniania dyrektora. Po stworzeniu takiego Regulaminu będzie można powołać w WUM Akademickie Centrum Onkologii jako jednostkę ogólnouczelnianą. Jeszcze w obecnej kadencji na p.o. kierownika tej jednostki zostanie powołany prof. dr hab. Wiesław Jędrzejczak, który zobowiązany zostanie do opracowania Regulaminu ACO. Zgodnie z procedurą Regulamin po zaopiniowaniu przez Rady Wydziału, na wniosek Rektora uchwała Senat.

JM wystąpił do Senatu z prośbą o wyrażenie opinii w sprawie utworzenia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Akademickiego Centrum Onkologii jako jednostki ogólnouczelnianej.

Senat w głosowaniu jawnym pozytywnie zaopiniował sprawę przysłego powołania ACO jako jednostki ogólnouczelnianej.

3. Uchwała Senatu w sprawie wprowadzenia ujednoliconych tekstów regulaminów obowiązujących na WUM.

Prof. dr hab. Leszek Pączek – Rektor WUM przedstawił projekt uchwały, która umożliwi ujednolicenie tekstów regulaminów obowiązujących na WUM, wprowadzonych uchwałami Senatu.

Uchwała wprowadzi jednolite teksty następujących aktów prawnych, w których uwzględniona zostanie nowa nazwa Uczelni:

1. Regulamin studiów Akademii Medycznej w Warszawie – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu AM nr 22/2007 z dnia 2 kwietnia 2007 r.

2. Regulamin studiów doktoranckich w Akademii Medycznej w Warszawie – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu nr 10/2006 z dnia 29 maja 2006 r.

3. Regulamin studiów podyplomowych w Akademii Medycznej w Warszawie – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu nr 12/2007 z dnia 5 marca 2007 r.

4. Regulamin zatrudniania nauczycieli akademickich – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu AM nr 5/2007 z dnia 12 lutego 2007 r.

5. Regulamin przyznawania nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie dla nauczycieli akademickich – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu AM nr 11/2007 z dnia 5 marca 2007 r.

6. Regulamin rozpatrywania wniosków o nagrody dydaktyczne przyznawane przez Rektora Akademii Medycznej w Warszawie – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu nr 25/2007 z dnia 21 maja 2007 r.

7. Regulamin przyznawania nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie dla nauczycieli akademickich – wprowadzony na mocy Uchwały Senatu AM nr 7/2008 z dnia 25 lutego 2008 r.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie przyjął uchwałę w sprawie wprowadzenia ujednoliconych tekstów regulaminów obowiązujących na WUM.

4. Opinia Senatu w sprawie powołania prof. nadzw. Janusza Wyzgała na stanowisko Dyrektora Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń.

Prof. dr hab. Wiesław Gliński – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem poinformował, że w dniu 24 kwietnia br. przeprowadzony został konkurs na stanowisko Dyrektora Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń. Komisja konkursowa po wysłuchaniu trzech kandydatów na to stanowisko wyłoniła w głosowaniu tajnym kandydaturę prof. nadzw. dr hab. Janusza Wyzgała na Dyrektora Szpitala.

JM Rektor wystąpił do Senatu z wnioskiem w wydanie opinii w tej sprawie.

Senat w głosowaniu tajnym wydał pozytywną opinię co do powołania prof. nadzw. dr hab. Janusza Wyzgała na stanowisko Dyrektora Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń.

5. Opinia Senatu w sprawie przedłużenia mianowania profesorom nadzwyczajnym bez tytułu naukowego, którym mija 5-letni okres zatrudnienia na tym stanowisku.

Prof. dr hab. Andrzej Górecki – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Oceny Profesorów wystąpił z wnioskiem w sprawie przedłużenia mianowania na okres 2 lat następującym profesorom nadzwyczajnym bez tytułu naukowego, którym mija 5-letni okres zatrudnienia na tym stanowisku:

1) dr hab. Dorocie Maciejewskiej – Kierownikowi Katedry i Zakładu Chemii Organicznej,

2) dr hab. Oldze Olszowskiej – Kierownikowi Katedry i Zakładu Biologii i Botaniki Farmaceutycznej,

3) dr hab. Marii Nowaczyk – w Zakładzie Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii.

Senat w głosowaniu tajnym pozytywnie zaopiniował ten wniosek.

6. Zatwierdzenie Sprawozdania Finansowego za 2007 r.

Zgodnie z informacją przekazaną przez mgr Halinę Biernacką – Kwestora WUM, Sprawozdanie Finansowe za 2007 r. zostało pozytywnie zaopiniowane przez biegłego rewidenta oraz Senacką Komisję ds. Finansowo-Budżetowych.

Senat w głosowaniu jawnym zatwierdził Sprawozdanie Finansowe za 2007 r.

7. Zmiany w „Planie rzeczowo-finansowym” Uczelni za 2007 r. zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia.

Mgr Halina Biernacka – Kwestor WUM wystąpiła o dokonanie zmian w „Planie rzeczowo-finansowym” za 2007 r., sporządzonym zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia.

W dotychczasowym załączniku do uchwały nr 46/2007 z dnia 8 października 2007 r. w sprawie uchwalenia planu rzeczowo-finansowego Akademii Medycznej w Warszawie na rok 2007 zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia, zmienionego Uchwałą nr 70/2007 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r., zaproponowano wprowadzenie następujących zmian:

- w tabeli Dział I. *Rachunek zysków i strat* wprowadza się zmiany w pozycjach:

- a) Amortyzacja – kwota 12825,8 tys. zł,
- b) Zużycie materiałów i energii – kwota 14682,8 tys. zł,
- c) Podatki i opłaty – kwota 83,5 tys. zł,
- d) Pozostałe koszty operacyjne – kwota 1243,0 tys. zł,
- e) Koszty finansowe – kwota 2404,8 tys. zł.

Senat jednogłośnie przyjął wprowadzenie proponowanych zmian w „Planie rzeczowo-finansowym” Uczelni za 2007 r.

8. Wniosek w sprawie rezerwacji środków finansowych w „Planie rzeczowo-finansowym” na 2008 r. na realizację Studium

Wykonalności w ramach projektu CePT.

JM Rektor poinformował zebranych, że realizacja projektu CePT jest na etapie umowy przedwstępnej.

Projekt i program będą złożone w grudniu z możliwością prolongaty do marca. Tymczasem inwestycja budowlana związana z CePT wymaga specjalnego toku postępowania.

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, w imieniu którego wypowiedziało się MNiSW, nałożyło na wszystkich uczestników CePT obowiązek wykonania studium wykonalności. Zgodnie z przepisami stanowi ono od 0,5% do 2,5% wartości projektu. Zakładając, że przyjmiemy maksymalną stawkę, potrzebna jest nam kwota 8 800 000 zł, WUM stanowi ¼ projektu, czyli kwota ta wynosić będzie 2 200 000 zł.

W tym roku powinien zostać rozpoczęty przetarg na przygotowanie Studium Wykonalności. Związane z tym wydatki będą kosztami kwalifikowanymi. Wejdą więc w koszt projektu. Środki, o których mowa, będą refundowane przez MNiSW, niemniej obecnie powinny być przewidziane w budżecie Uczelni.

Uczelnia będzie to prezentować w swoich sprawozdaniach jako projekt otwarty, czyli na międzyokresowym rozliczeniu kosztów. Z drugiej strony spodziewane przychody z MNiSW na refinansowanie Studium też znajdują się w przychodach przyszłych okresów, tak że w 2008 r. w sprawozdaniu finansowym nie będzie widoczny efekt tych operacji, natomiast zgodnie z ustawą o finansach publicznych Uczelnia musi mieć je ujęte w „Planie rzeczowo-finansowym”.

JM Rektor zgłosił wniosek w sprawie rezerwacji środków finansowych w „Planie rzeczowo-finansowym” Uczelni na 2008 r. z przeznaczeniem na realizację Studium Wykonalności w ramach Projektu CePT.

Senat jednogłośnie przyjął wniosek w tej sprawie.

9. Uchwała w sprawie ustalenia warunków i trybu rekrutacji na studia doktoranckie stacjonarne i niestacjonarne na rok akademicki 2009/2010.

Prof. dr hab. Maciej Karolczak – Dziekan II WL omówił przedstawiony Senatowi projekt uchwały rekrutacyjnej na studia doktoranckie stacjonarne i niestacjonarne prowadzone na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na rok 2009-2010.

Wyjaśnił, że przedstawiony projekt konsultowany był na wydziałach prowadzących obecnie studia doktoranckie. Zasady prowadzenia rekrutacji na te studia będą jednolite dla studiów doktoranckich prowadzonych we wszystkich wydziałach Uczelni.

Senat w głosowaniu jawnym uchwalił warunki oraz tryb rekrutacji na studia doktoranckie stacjonarne i niestacjonarne prowadzone na WUM w roku akademickim 2009-2010.

10. Sprawy osobowe I Wydziału Lekarskiego.

Senat pozytywnie zaopiniował powołanie:

- 1) dr hab. Andrzeja Chmury na stanowisko prof. nadzw. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej,
- 2) prof. dr hab. Piotra Fiedora na stanowisko prof. nadzw. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej,
- 3) dr hab. Ewy Osuch-Wójcikiewicz na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Klinice Otolaryngologii,
- 4) dr hab. Piotra Roszkowskiego na stanowisko profesora nadzwyczajnego w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii.

11. Zmiana nazwy Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia

na Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej.

Senat w głosowaniu jawnym pozytywnie zaopiniował zmianę nazwy dotychczasowej Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywności na Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej.

12. Sprawy osobowe II WL.

Senat pozytywnie zaopiniował przedłużenie zatrudnienia:

- 1) prof. dr hab. Anny Czech na stanowisku Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii na okres 4 lat,
- 2) prof. dr hab. Andrzeja Kokoszki na stanowisku Kierownika II Kliniki Psychiatrycznej na okres 6 lat,
- 3) dr hab. Jarosława Wysockiego na stanowisku Kierownika Kliniki Otolaryngologii i Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii na okres 6 lat.

13. Sprawa rozwoju bazy naukowej jednostek Wydziału Nauki o Zdrowiu.

Prof. dr hab. Piotr Małkowski – Dziekan WNoZ wystąpił do Senatu z wnioskiem o przyznanie środków finansowych na rozwój bazy naukowej jednostek Wydziału Nauki o Zdrowiu w wysokości ubiegłorocznego dofinansowania. Tworzone na Wydziale nowe jednostki naukowo-dydaktyczne wymagają finansowania. Istniejący dopiero od 7 lat Wydział Nauki o Zdrowiu w obecnej kategoryzacji uzyskał kategorię C. Środki na prace statutowe wynikające z tej kategoryzacji nie przekraczają 30 tys. na wszystkie jednostki. W 2007 r. Wydział uzyskał prawo do nadawania stopnia doktora. Realizacja programów naukowych (m.in. w formie prowadzonych przewodów doktorskich) niesie konieczność zwiększania nakładów na naukę.

Uzyskane dofinansowanie podzielone zostanie analogicznie do

środków statutowych, tj. zgodnie z rankingiem naukowym jednostek, proporcjonalnie do uzyskanych przez jednostkę punktów.

Senat poparł wnioski o wsparcie finansowe rozwoju bazy naukowej WNoZ w wysokości ubiegłorocznego dofinansowania.

14. Zatwierdzenie programu nowych studiów podyplomowych w zakresie analityki medycznej.

Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong – Dziekan CKP przedstawił Senatowi „Program Studiów Podyplomowych w zakresie Analityki Medycznej”.

Senat w drodze uchwały przyjął proponowany program.

Jednocześnie zobowiązał Dziekana CKP do opracowania „Regulaminu Studiów Podyplomowych” w tym zakresie.

15. Uchwała zmieniająca Uchwałę nr 1/99 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 18 stycznia 1999 roku w sprawie zakresu prac wykonywanych w ramach stosunku pracy, które mogą stanowić przedmiot prawa autorskiego oraz ustalenia maksymalnych wysokości honorariów za te prace w wynagrodzeniu wynikającym ze stosunku pracy oraz umów cywilnoprawnych.

Mgr Maciej Goławski – Kierownik Biura Prawnego WUM wyjaśnił, że zmiana Uchwały 1/99 Senatu AM z dnia 18 stycznia 1999 r. w sprawie zakresu prowadzenia prac wykonywanych w ramach stosunku pracy, które stanowią przedmiot prawa autorskiego, wprowadzona w dniu 17 marca 2008 r. Uchwałą nr 18/2008, wymaga przepisu przejściowego dotyczącego mocy obowiązywania Uchwały 18/2008.

W związku z tym zaproponowano wprowadzenie następującego zapisu w Uchwale nr 1/99 Senatu z dnia 18 stycznia 1999 roku:

Dodaje się §51 w brzmieniu: „Przepisy uchwały nr 18/2008 Senatu Akademii Medycznej w Warszawie z dnia 17 marca 2008 r. wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od dnia 1 czerwca 2008 r.”

16. Uchwała zmieniająca Uchwałę nr 27/2007 Senatu Uczelni z dnia 28 maja 2007 roku w sprawie szczegółowych zasad pobierania opłat za prowadzenie studiów odbywanych w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim II WL.

Dr hab. Waldemar Koszewski – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim II WL wyjaśnił, że zmiana Uchwały nr 27/2007 Senatu AM w Warszawie z dnia 28 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych zasad pobierania opłat za prowadzenie studiów odbywanych w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim II Wydziału Lekarskiego – dotyczy przekazania uprawnień Rektora do rozkładania czesnego na raty Prodziekanowi Oddziału Nauczania w Języku Angielskim oraz Dziekanowi II WL.

Zgodnie ze specyfiką tego Oddziału większość studentów studiuje za kredyty edukacyjne i prosi o rozłożenie tych płatności na raty. Stanowi to dodatkowe obciążenie dla Rektora. W tej sytuacji praktyczniejsze byłoby rozwiązanie, by sprawą tą zajmował się Prodziekan i Dziekan Wydziału.

Senat po przeprowadzeniu dyskusji przyjął następującą zmianę w Uchwale nr 27/2007 Senatu AM w Warszawie z dnia 28 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych zasad pobierania opłat za prowadzenie studiów odbywanych w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim II WL:

- § 5 otrzymał brzmienie:

„1. W uzasadnionych przypadkach Dziekan może przedłużyć termin wniesienia opłaty lub

wyrazić zgodę na wniesienie opłat w ratach, odrębnie za każdy semestr.

2. Od decyzji Dziekana przysługuje odwołanie do Rektora. Decyzja Rektora jest ostateczna”.

17. Opłaty za studia w języku angielskim.

JM Rektor, w porozumieniu z Kwestorem WUM, zaproponował, by opłaty za studia w języku angielskim w przyszłym roku akademickim podniesione zostały o 10% oraz by były pobierane przez Uczelnię w złotych. Zapobiegnie to występującym niedopłatom czesnego za te studia, wynikającym ze zmian kursu walut.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę podniesienia o 10% opłat za studia w języku angielskim oraz ustalenie czesnego za te studia w złotych polskich.

18. Komunikaty i wolne wnioski.

Jego Magnificencja Rektor poinformował, że w dniu 29 kwietnia 2008 roku Minister Zdrowia Ewa Kopacz podpisała decyzję w sprawie środków na remonty i inwestycje w uczelniach medycznych.

Uczelnia otrzymała wyżej wymienioną decyzję w dniu 5 maja 2008 roku.

Minister Zdrowia otrzymała 8% środków na inwestycje w uczelniach medycznych w stosunku do wnioskowanych. Jest to kwota 36 mln zł, z czego nasza Uczelnia otrzymuje 10 mln zł.

W tej sytuacji nadbudowę Centrum Dydaktycznego należałoby odłożyć do przyszłego roku. Realizacja całej inwestycji przewidywana jest na lata 2006-2010. Zamiast zaciągania kredytu, rozsądniej będzie poczekać na następną transzę środków

finansowych na ten cel w przyszłym roku.

W roku bieżącym należałoby się raczej skoncentrować na budowie Centrum Bibliotecznego-Informacyjnego. Inwestycja ta planowana jest na okres trzech lat, a otrzymane w tym roku środki finansowe pozwolą na jej rozpoczęcie.

Plany budowlane zatwierdzone zostaną w pierwszej dekadzie czerwca. Po wyłonieniu wykonawcy nastąpi rozpoczęcie prac budowlanych, które planowane jest na lipiec lub sierpień.

Uroczyste otwarcie budowy Centrum Bibliotecznego-Informacyjnego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego może nastąpić we wrześniu lub w październiku bieżącego roku.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjno-Prawne



Pro memoria

Wspomnienie o Profesorze Witoldzie Karczewskim

W niedzielę 22 czerwca w Warszawie zmarł Profesor Witold Karczewski – wybitny neurofizjolog, w latach 1991-1995 pierwszy przewodniczący Komitetu Badań Naukowych i członek Rady Ministrów.

Profesor Witold Karczewski urodził się we Lwowie w 1930 r. Studia lekarskie ukończył w warszawskiej Akademii Medycznej, następnie obronił doktorat i uzyskał habilitację. W 1971 roku został profesorem nadzwyczajnym, a w 1979 – zwyczajnym.

Przez wiele lat pełnił funkcję kierownika Zakładu Neurofizjologii i wicedyrektora ds. naukowych Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk. Był członkiem tajnego Społecznego Komitetu Nauki (1982-1989),

wspierającego polską opozycję demokratyczną, jednym z założycieli Towarzystwa Popierania i Krzewienia Nauk, następnie jego wiceprezesem (1980-81) i prezesem (1989-1992).

W roku 1991 objął stanowisko przewodniczącego Komitetu Badań Naukowych i został członkiem Rady Ministrów. Tę funkcję pełnił w składzie kolejnych czterech rządów (Jana Bieleckiego, Jana Olszewskiego, Hanny Suchockiej i Waldemara Pawlaka).

Po roku 1990 był członkiem Zespołu Ekspertów Naukowych

Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), przewodniczącym Rady Polskiej Fundacji Upowszechniania Nauki, a od 1999 roku – przewodniczącym Zespołu do spraw Etyki w Nauce. Należał również do Polskiej Akademii Umiejętności.

Od dłuższego czasu ciężko chorował na serce. Zmarł 22 czerwca tego roku w Warszawie, w wieku 77 lat.

Karolina Gwarek
Redakcja „Medycyny
Dydaktyki Wychowania”

Marzec 1968 w warszawskiej Akademii Medycznej

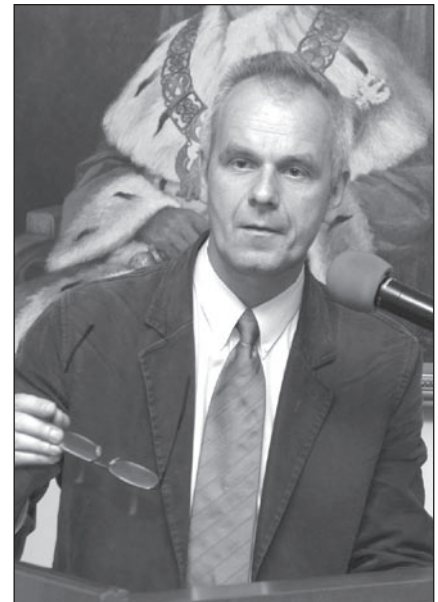
Wydarzenia marcowe stały się tematem konferencji, która miała miejsce 17 czerwca w Sali Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Inspiratorem spotkania był JM Rektor prof. Leszek Pączek. Naszym celem, przyznam, że niełatwym (a może nazbyt ambitnym), było wstępne zebranie informacji, wspomnień i rekonstrukcja historyczna wypadków sprzed czterdziestu lat. Akademia Medyczna stała się przecież jedną z kilkudziesięciu uwikłanych w wypadki marcowe uczelni, a dane źródłowe historyków dotyczące jej roli, skali represji (zwolnienia pracowników, usuwanie z kierowniczych stanowisk, relegowanie studentów) są znikome w porównaniu z historiografią na przykład Uniwersytetu Warszawskiego. Poszukując represjonowanych, natrafiłem na zaskakujące trudności. Okazało się, że ustalenie kompletnej listy zwolnionych z przyczyn politycznych jest w kilkumiesięcznym horyzoncie czasowym niewykonalne. Zestawienia, które otrzymaliśmy z Działu Personalnego WUM i z IPN nie zawierają opisu przyczyny zwolnienia danego pracownika. Lista z lat 1968-1969 obejmuje ponad czterysta nazwisk. Przyczyny zwolnienia (a właściwie jego, by tak rzec, „współczynnik polityczny”) można byłoby odnaleźć w dokumentach operacyjnych Służby Bezpieczeństwa, ale to zakłada nawet kilkuletnie myszkanie pracowników IPN w archiwach i wcale nie gwarantuje sukcesu. Z prostej przyczyny: Marzec „wybuchł” nagle, chociaż złogi historycznych przesłanek odkładały się długo, a należy do nich między innymi walka pomiędzy dwoma frakcjami w PZPR: „Natolińczykami” a resztą (słynne i brutalne określenie – „chamy i żydy”), wojna sześciodniowa

i w ogóle relacje z państwem Izrael. Wprawdzie kluczowi uczestnicy (np. „komandosi” czy też osoby klasy Leszka Kołakowskiego) podlegali inwigilacji od kilku lat, ale nie zajmowano się np. zwolnionym młodym lekarzem, portierem bądź ogrodnikiem żydowskiego pochodzenia. Jeśli postaci Włodzimierza Brusa, Krzysztofa Pomiana czy Jana Kotta były obiektem zainteresowania w różnych tzw. Sprawach Operacyjnego Rozpracowania i znamy przyczyny emigracji, to trudno powiedzieć cokolwiek o anonimowym, wyrzuconym z Wydziału Farmacji studencie drugiego roku. Represjonowani w AM nie posiadają swojego stowarzyszenia (w przeciwieństwie do wojennych ocalańców z wielu żydowskich sztetłó), a kontakty pomiędzy nimi mają charakter towarzyski i zależą od dziejowo przypadkowych czynników, takich jak grupa dziekańska, rok studiów, wydział AM.

Konstatując powyższe fakty, zbudowaliśmy czytelny, jak sądzę, schemat części merytorycznej spotkania: wypowiedź wybitnego historyka (prof. Jerzy Eisler), wspomnienia uczestników wydarzeń marcowych (dr Wojciech Celiński, prof. Hubert Kwieciński i doc. Marcin Rawicz) oraz wystąpienie autorki znakomitego, obszernego dzieła – wywiadu rzeki z represjonowanymi (Joanna Wiszniewicz, pracownik Żydowskiego Instytutu Historycznego).

Słowo wstępne konferencji ogłosili Jego Magnificencja Rektor prof. Leszek Pączek oraz Rektor-Elekt prof. Marek Krawczyk. Jego Magnificencja, witając prelegentów i przybyłych gości, powiedział między



Konferencję poprowadził prof. Marek Wichrowski

innymi: - Ideą, jaka stała u podstaw zorganizowania dzisiejszego zebrania, było odszukanie i doprowadzenie do spotkania osób – ówczesnych studentów i pracowników Akademii Medycznej w Warszawie – które brały udział w wydarzeniach Marca '68. Poznanie ich wspomnień, ocena tamtych wydarzeń z perspektywy lat i doświadczeń. Pierwsze spotkania „po latach” odbyły się już w marcu tego roku podczas odsłonięcia w Collegium Anatomicum tablicy upamiętniającej tamte dni.

Z kolei obecny Dziekan I Wydziału Lekarskiego i Rektor w następnej kadencji, prof. Marek Krawczyk zwrócił uwagę na wartość pamięci historycznej wypadków marcowych i potrzebę jej pielęgnowania. Wspominał o swoich przeżyciach, a także odwołał się do biografii dr Karola Żyto (obecnie emigranta w Szwecji), dr Wojciecha Celińskiego, dr Bronisława Pecza i prof. Huberta Kwiecińskiego.

Pierwszy referat plenarny ogłosił prof. Jerzy Eisler, dyrektor warszawskiego oddziału Instytutu Pamięci Narodowej, autor funda-



Prof. Jerzy Eisler – Kierownik IPN podczas wykładu

mentalnego dzieła *Marzec 1968. Geneza – przebieg – konsekwencje* (Warszawa 1991). Podczas wykładu skoncentrował się na kategorii obiektywizmu w badaniach historycznych. Zauważył pewien proces o wymiarze politycznym, który określił jako „walka o prawdę” versus „walka o pamięć”. Mówca wskazał na obecność dwóch przeciwstawnych tendencji, które powiązał z ową walką o pamięć. Sprawa dotyczy sporu o środowisko komandosów, skupione wokół Jacka Kuronia i Karola Modzelewskiego.

- Komandosi głoszą jednoznaczną tezę, że oto „Marzec to my” – powiedział Eisler. Niewątpliwie w genezie Marca ich rola była decydująca, ale do czasu wiecu na dziedzińcu Uniwersytetu Warszawskiego (8 marca). Po tym wydarzeniu zostali zmarginalizowani, inaczej mówiąc, zdjęto ich i wsadzono do więzienia. Stamtąd nie mogli już działać. „Trybuna Ludu” wykreowała z nich demony zła. Wobec tego sztafetę przejęli inni studenci.

Stanowisko przeciwstawne w walce o pamięć zajmuje prawica. Oto, zauważa Eisler, wierutnym kłamstwem jest twierdzenie np. „Gazety Polskiej”,

że Marzec byłby, gdyby komandosi nie istnieli. Jest to gra kontrfaktyczna, niepotwierdzona przez źródła.

Zatem w walce o pamięć zderzają się dwa fałszywe stanowiska: komandosów (w opisanym wyżej zakresie) i przedstawicieli części prawicy. Z jednej strony nadinterpretuje się znaczenie Marca, z drugiej zaś spotykamy kłamstwa w stylu: „nic się szczególnego wtedy nie stało”. Stykamy się z walką na życiorysy polityczne. Uczestnicy walki o pamięć chcą dowartościowania swoich biografii. Ma to niewiele wspólnego z walką o prawdę obiektywistycznego badacza.

Kolejne wątki wypowiedzi historyka sklasyfikowałbym następująco: (a) uwagi o młodych pokolenia marcowego (poetyckie określenie Eislera: „bunt ptaszków urodzonych w klatce”); (b) wypowiedź o istocie antysemityzmu i zmianach jego recepcji po shoah; (c) uwagi o dziejowym przenoszeniu analizowanych doświadczeń pokolenia w lata 70; (d) radykalne odrzucenie budowanych niekiedy analogii pomiędzy Marcem 68 a kontrkulturą zachodnią Maja 68, np. na Sorbonie czy w Berkeley; (e) uwagi na temat wszechogarniającego i nieprawdopodobnego wręcz kłamstwa ówczesnych środków masowego przekazu.

Po referacie historycznym, uzupełnionym przez prof. Eislera rozważaniami historiozoficznymi, zaplanowaliśmy wypowiedzi biograficzne lekarzy, uczestników tamtych zmagania o prawdę i godność. Jako pierwszy głos zabrał dr Wojciech Celiński, który w marcu 1968 r. miał dwadzieścia lat i był studentem II roku Wydziału Lekarskiego. Nie tylko nie należał do grupy komandosów, ale nawet nie znał ich osobiście wcześniej. Chodził jednak na Uniwersytecie na zebrania SODów (Studenckich Ośrodków Dyskusyjnych – z takich klubów wyrosł w latach 70. „Sigma”, o której piszę poniżej – przyp. MW). W jego rodzinie nie funkcjo-

nował antysemityzm, do przyjaciół należały osoby żydowskiego pochodzenia ukrywające się podczas wojny. Tym większym szokiem było dla niego i jego bliskich zaostrezenie kursu politycznego, notowane już w roku 1967, które miało związek ze zwycięstwem Izraela w wojnie sześciodniowej.

Podczas swojego wystąpienia dr Celiński wspominał także zdjęcie z afisza „Dziadów” i pierwsze zebrania studentów, w jakich uczestniczył (między innymi w mieszkaniu Karola Żyto), pisanie na starej maszynie ulotek i rozwieszanie ich w Collegium Anatomicum. Ciepło mówił o działaniach ówczesnego Rektora AM, prof. Bolesława Górnickiego, który ratował studentów przed relegowaniem z Uczelni, wydając im tylko nagany. Dr Celińskiego aresztowano po wiecu Władysława Gomółki, który odbył się 19 marca w Sali Kongresowej (*nota bene* jego atmosfera przypominała mu parteitag NSDAP w Norymberdze). Później trafił kolejno do Pałacu Mostowskich i XII pawilonu więzienia przy Rakowieckiej, gdzie dzielił celę z Jankiem Walcem.

Więzienia nie pojmie chyba nikt, kto nie siedział chociażby parę razy po 48 godzin. Po izolacji i śledztwie dr Celiński został wypuszczony w sierpniu 1968 roku. Dziekan Łapiński i Rektor Górnicki przywrócili go w prawach studenta. Jednak rogata dusza Pana Wojciecha kazała mu brać udział także w wypadkach 1970 roku i późniejszych, ale to już całkiem inne dzieje.

Kolejny prelegent, profesor Hubert Kwieciński, miał w czasie wydarzeń marcowych dziewiętnaście lat – dopiero co zdał maturę, „teraz” studiował drugi semestr na Wydziale Lekarskim. Studenci pierwszego roku większość zajęć odbywali na terenie Uniwersytetu Warszawskiego, w budynku, którego właścicielem jest nadal nasza Uczelnia. Ta bliskość geograficzna jest istotna. W Polsce nie próbo-

wano nawet tworzyć kampusów w anglosaskim sensie tego słowa: były niebezpieczne politycznie. Stąd atomizacja uniwersytetów. Budynek dawnego AM, a dzisiejszego WUM na Krakowskim Przedmieściu znajduje się kilkadziesiąt metrów od Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego – tam właśnie odbył się pamiętny wiec. Studenci AM zjawili się około 10 rano z dr Karolem Żyto, który ich zorganizował, mieli ulotki i petycję w sprawie Adama Michnika i Henryka Szlajfera – studentów wyrzuconych z UW. Odczytano petycję, w której nie było mowy o kwestiach etnicznych czy narodowych. Następnego dnia studenci i część nauczycieli akademickich spotkali się w Klubie Medyka i przemaszerowali na Plac Jedności Robotniczej. Po zakończeniu wiecu podzielili się na dwie grupy. Pierwsza udała się pod siedzibę wyjątkowo wrednego wówczas „Życia Warszawy”, druga przeszła pod Ambasadę Czechosłowacji, by wyrazić solidarność z Aleksandrem Dubczekiem. Jak wspominał prof. Kwieciński, podczas demonstracji złamał nogę i został ukryty w budce jakiejś zieleniarki, ta zaś poczęstowała go pomidorami.

Ktoś mógłby powiedzieć, że to tylko nieistotny szczegół, pytam jednak: czyżby? W tym dniu aresztowano przecież około stu dwudziestu studentów, a niektórych usunięto z ostatniego roku studiów. Część z nich nigdy nie wróciła na uczelnię.

Dr hab. Marcin Rawicz przedstawił relację, której głównym bohaterem był ówczesny Rektor Akademii Medycznej prof. Bolesław Górnicki. Jak wspominał, on sam jako student odegrał ważną rolę pomiędzy 11 a 13 marca, kiedy debatowano w budynku UW. Znajdował się tam Zakład Medycyny Teoretycznej, w którym zebrało się nawet do 600 osób. Studenci na znak protestu chcieli wyjść na Krakowskie Przedmieście w białych fartuchach – ot, naiwność dwudziestolatków.

Dr Rawicz po rozmowie z profesorem Trzebskim udał się z delegacją do prof. Górnickiego na Filtrową. Rektor wyraził zgodę na organizację dwóch legalnych wieców.

13 marca w gablocie Klubu Medyka władze SZSP kazały wywieścić druk, w którym dr Rawicza nazwano „parszywym żydem Rawiczem”. Jego ojciec powiedział mu wtedy: „pamiętaj, z faszystami nie walczy się z otwartą przyłbicą”. Kiedy po paru dniach ukrywania się wrócił do domu, o drugiej w nocy usłyszał pukanie do drzwi. Wbrew oczekiwaniom, za progiem nie stała milicja, ale... listonosz z telegramem od Rektora Górnickiego. Rawicz i inni studenci – uczestnicy wydarzeń marcowych – mieli o siódmej rano zjawić się u Magnificencji na Filtrowej. Tam, jak wspominał już wcześniej dr Celiński, spotkała ich jedynie nagana. – Profesor Górnicki, dowiadując się, że otrzymano listy proskrypcyjne na Uniwersytecie Warszawskim i Politechnice, i że usuwa się stamtąd studentów, w nocy przyjechał do rektoratu, wyciągnął nasze adresy, nadał do nas telegramy i udzielił rano nagany – powiedział dr Rawicz. – O 9 rano przyszło do niego dwóch oficerów SB z listą studentów, którzy mieli być wyrzuceni. Rektor Górnicki powiedział im: „Studenci zostali już ukarani. Dwa razy karać nie będę!”. Panowie poszli jak niepyszni. Okazało się, że wtedy można było się zdobyć na taką odwagę!

W tym miejscu warto podkreślić, że w przedstawianiu wydarzeń marcowych istotna jest wielowymiarowość spojrzenia. To właśnie chcieliśmy osiągnąć, zmierzając do Prawdy. Kierując się tą zasadą kolejna prelegentka, Joanna Wiszniewicz wykonała pracę trudną, żmudną i czasochłonną, ale jakże piękną – przeprowadziła wywiady z ofiarami. Mówiłem już wcześniej o jej książce *Życie przecięte: opowieści pokolenia marca*. W przedłożeniu konferencyjnym autorka skupiła się na wątku żydowskim.

Metoda sprowadzała się do heurystycznego komentarza tamtych wydarzeń, stworzonego przez rozmówców, z reguły emigrantów. Joanna Wiszniewicz zwróciła uwagę na nieuleczalną chorobę niechęci, resentymentu, wykorzenia i obcości, które to syndromy pojawiły się po względnie krótkiej fazie euforii. Jedną z jej rozmówczyń, Halina Brown, tak wspominała: – *Ja oczywiście w Marcu wciąż biegałam na uczelnię. Wolność słowa, demokracja, wypuścić aresztowanych. (...) I podobało mi się to, że wszyscy jesteśmy razem. (...) Drugiego dnia strajku z galerii sfrunęły dziwne ulotki (myśmy byli w tej słynnej, wysokiej auli Politechniki Warszawskiej (...)). Złapałam jedną, zaczęłam czytać, a ona była o Żydach. Że organizatorami protestów na Politechnice są Żydzi. (...) Ale najbardziej zaszokowało mnie, że tej kłamliwej ulotki nikt publicznie nie zdemaskował. (...) Dlaczego?!*

Potem był Dworzec Gdański, „Juden raus”, upokorzenia związane ze zrzeczeniem się obywatelstwa polskiego, urzędem celnym, łapówkami dla celników, etc. Trudno to dzisiaj zrozumieć. Pojęcie rozumienia jest jednym z najtrudniejszych w sensie filozoficznym. Akulturacja, przeniesienie „gdzie indziej”, powiedzmy ze sztetł do Australii, może fascynować antropologa, ale nie uczestnika akulturacji.

Odczyt Joanny Wiszniewicz zakończył część plenarno-referatową. Po nim nastąpiła dyskusja. Jeszcze przed jej rozpoczęciem pozwoliłem sobie na kilka osobistych uwag, które również dotyczyły tematu. Wtedy, w Marcu, byłem w pierwszej klasie szkoły podstawowej, zatem moje wspomnienia mają dziecięcą perspektywę, bądź też związane są z losami dzieci osób wygnanych.

Pierwsze wspomnienie: tata prowadzi mnie za rękę gdzieś w Warszawie (pewnie na Krakowskim Przedmieściu albo w okolicach Politechniki). Widzę mężczyznę,

który podskakuje na rogu płytki chodnikowej. Drugi stara się ją podważyć. Pytam: „Co Pan robi?”. Pada brutalna (ale zrozumiała w atmosferze tych dni) odpowiedź: „Spadaj synu”. Mężczyzna rozbija płytkę na kawałki, żeby użyć ich w wiadomym celu.

Później: lata 80. Zdarzało się, że dzieci emigrantów marcowych trafiały do grup ultralewicowych na Zachodzie: anarchistów i trockistów. W związku z tym miałem okazję je poznać, w Polsce należałem bowiem jako student do uniwersyteckiego klubu „Sigma” i ultralewicy antykomunistycznej (między innymi anarchistyczna grupa Emmanuela Goldsteina). Na działalność pozyskiwaliśmy środki z central trockistowskich na Zachodzie (paryskie LCR oraz OCI) i anarchistów (głównie przez Libertad Verlag w Berlinie Zachodnim). W kilku zachodnioeuropejskich stolicach spotykaliśmy dzieci emigrantów marcowych. Ich historie są fascynujące – jedną z nich chciałbym opisać.

Proszę wyobrazić sobie formę wykorzenia młodego mężczyzny, który jako dziecko trafił z rodzicami do Izraela, tam dorastał i stał się anarchistą. Z tego powodu odmówił służby wojskowej i prosił o azyl polityczny w kolejnych krajach europejskich. Człowiek ten zapomniał polskiego, nie nauczył się też nigdy dobrze hebrajskiego, angielskiego ani francuskiego. Poznając go, zastanawiałem się, w jakim języku myśli, skoro żaden nie jest mu naprawdę bliski.

Ktoś powie, co to za przykład, jaki ma związek z Marcem i antysemicką nagonką w naszym kraju? Omawiany przeze mnie przypadek nie jest jednak odosobniony, poznałem wiele takich osób – dzieci wykorzenionych, które Polskę znały jedynie ze wspomnień rodziców (inne przykłady zaprezentowałem również na konferencji – są one dostępne na płycie DVD z nagraniem z tego spotkania).

Podczas dyskusji podsumowującej konferencję jako pierwszy głos zabrał dr Jerzy Ziomek, który dyplom lekarza odebrał jeszcze przed wypadkami marcowymi, w 1967 roku. Odniósł się do przesładowań Polaków żydowskiego pochodzenia, jakie miały miejsce w tamtym okresie. Jak zauważył, przed Marcem antysemityzm nie istniał w Uczelni, studenci AM nie zwracali uwagi na pochodzenie etniczne swoje czy profesorów.

Z kolei prof. Ireneusz Krasnodębski mówił o własnym udziale w protestach studenckich. Nie wiecował wprawdzie 8 marca, ale później – na Politechnice. Wspominał dramaturgię i patos tamtych wydarzeń, a także niszczenie gadzinowej prasy. Przypomniał ponadto fakt, nieznan historykom – otóż w czasie wiecu do auli Politechniki przysłała delegacja z Akademii Medycznej, a sztandar naszej Uczelni wnieśli Jerzy Jastrzębski i Jacek Kobosko. Profesor podkreślił przyjaźń pomiędzy Polakami i Żydami, obecną także w jego czasach szkolnych (w Liceum nr 7 w Warszawie).

Następnie głos zabrał dr Jan Krzemiński, obecnie internista, który w latach 60-tych należał do ZSP. Wówczas wierzył jeszcze w socjalizm. Podjął decyzję o nieuczestniczeniu w manifestacji uniwersyteckiej, ale ponieważ w dniu wiecu miał się odbyć egzamin w budynku Akademii Medycznej na terenie UW, poszedł na Krakowskie Przedmieście. Wtedy uderzyło ORMO i w ostatnim momencie udało mu się ukryć w Kościele Wizytek. Przesłuchiowano go potem w więzieniu na Rakowieckiej.

Docent Rawicz uzupełnił swoją prelekcję uwagami na temat niechlubnej roli ZMS oraz wspominał, jako pierwszy z rozmówców, o pewnej technice represji. Sprawadzała się ona do mobilizowania niepokornych i wysyłania na dwa lata do zielonych garnizonów.

- Tym ludziom w sposób nieodwracalny złamano życie. Żaden

z nich nie zrobił już nic istotnego w medycynie, a wielu popadło w typowo żołnierski nałóg – powiedział dr Rawicz. - Są to bezimiennie ofiary Marca. Mnie na szczęście uratował przed wojskiem profesor Zdzisław Rondio.

Pani prof. Anna Barańczyk-Kuzma podkreśliła pozytywną rolę, jaką odegrała w tamtych dniach prof. Irena Mochnacka, biochemik. Odmówiła ona SB przekazywania list studentów nieobecnych na zajęciach – takie listy miały charakter proskrypcyjny, ujawniały bowiem nazwiska wiecujących.

Autorem ostatniej dłuższej wypowiedzi był żołnierz Zgrupowania AK Smoła-Węgrów, Pan Uchnal, który po wojnie ukrywał się przed aresztowaniem w rodzinie żydowskiej. Podkreślił znaczenie proporcji przy ocenie zdarzeń historycznych. Porównał okrucieństwo reżimu chińskiego z autorytaryzmem polskim po II wojnie światowej. Mówił także o rozstrzeliwaniach i innych niesłychanie okrutnych represjach, których świadkiem był w Chinach i w Tybecie.

Na koniec spotkania uczestnicy podkreślili konieczność rekonstrukcji listy represjonowanych i stworzenia kroniki Marca 1968 w Akademii Medycznej. Dziękując zebranym, zaznaczyłem, że badania będą kontynuowane, a odpowiedni projekt badawczy złożę w IPN.

¹ Joanna Wiszniewicz, *Życie przecięte: opowieści pokolenia marca*, Wołowiec 2008, s. 349-350.

Podziękowanie

Chciałbym wyrazić wdzięczność Pani Marcie Wojtach, Rzecznikowi Prasowemu WUM, która w niezwykle profesjonalny sposób zajęła się stroną techniczną konferencji. Dziękuję za Jej życzliwość, pomoc i kompetencje.

prof. Marek Wichrowski
Kierownik Zakładu Historii
Medycyny i Filozofii WUM

Kalendarium wydarzeń marcowych

1967

- 5 VI rozpoczyna się wojna sześciodniowa, w której Izrael pokonał państwa arabskie.
- 12 VI zgodnie z zaleceniami ZSSR, PRL zrywa stosunki dyplomatyczne z Izraelem.
- 19 VI przemówienie Władysława Gomułki na VI Kongresie Związków Zawodowych; przywódca PZPR określa polskich Żydów mianem „V kolumny”; w kolejnych miesiącach rozpoczyna się antysemicka czystka, która obejmuje początkowo wojsko, aparat bezpieczeństwa i partię.
- 25 XI na scenie Teatru Narodowego premiera „Dziadów” A. Mickiewicza w reżyserii Kazimierza Dejmka, przygotowana dla uczczenia 50. rocznicy rewolucji październikowej.
- 8, 14 XII ze względu na chorobę Gustawa Holoubka odwołano dwa kolejne spektakle, nasilają się pogłoski o niechęci władz do inscenizacji ze względu na jej rzekomy antyradziecki wydźwięk.

1968

- 5 I w Pradze nowym I sekretarzem Komunistycznej Partii Czechosłowacji zostaje Aleksander Dubczek, rozpoczyna się Praska Wiosna – próba reformy systemu i budowy „socjalizmu z ludzką twarzą”; fakt ten budzi ogromne nadzieje także u Polaków, kilka tygodni później pojawia się hasło „Cała Polska czeka na swego Dubczeka”.
- 16 I zapada decyzja o zawieszeniu wystawiania „Dziadów”.
- 30 I ostatnie przedstawienie „Dziadów” z udziałem publiczności; po spektaklu długotrwałe owacje, padają okrzyki „Precz z cenzurą”; grupa studentów PWST oraz „komandosów” formuje demonstrację, z transparentami „Chcemy prawdy Mickiewicza” i „Żądamy dal-

szych przedstawień” ponad dwieście osób udaje się pod pomnik A. Mickiewicza, gdzie składają kwiaty; po zakończeniu manifestacji milicja zatrzymuje 35 osób; 9 osób ukarano grzywnami.

- 1 II w Warszawie rozpoczyna się zbieranie podpisów pod protestem w sprawie zdjęcia „Dziadów”; w ciągu 2 tygodni zebrano 3145 podpisów.
- 2 II we wrocławskich domach studenckich w przeciągu kilku godzin pod protestem zebrano 1170 podpisów.
- 19 II Janusz Szpotański został skazany na 3 lata więzienia za „sporządzenie [...] opracowań szkodliwych dla interesów państwa”, czyli utworów satyrycznych, przede wszystkim opery „Cisi i Gęgacze”.
- 29 II nadzwyczajne zebranie oddziału warszawskiego ZLP; po burzliwej dyskusji (w której Stefan Kisielewski określił władze mianem „dyktatury ciemniaków”) przyjęto rezolucję, w której domagano się wznowienia „Dziadów”, a także protestowano przeciwko działaniom władz „zagrożającym kulturze narodowej”.
- 4 III ogłoszona zostaje decyzja o relegowaniu z UW Adama Michnika i Henryka Szlajfera; w odpowiedzi „komandosi” przygotowują wiec protestacyjny, w kolejnych dniach wielu z nich zostało aresztowanych.
- 8 III wiec na UW; w przyjętych rezolucjach domagano się zaprzestania represji, solidaryzowano się z pisarzami, żądano przestrzegania konstytucji PRL; po zakończeniu wiecu następuje interwencja przybyłego tymczasem „aktywu robotniczego”, następnie ORMO i ZOMO; szereg osób zostało brutalnie pobitych; starcia przeniosły się także poza teren UW; zatrzymano 45 osób.

- 9 III wieści o wydarzeniach na UW roznoszą się po całym kraju; do ośrodków akademickich ruszają emisariusze z Warszawy; zapadają pierwsze wyroki od 3 do 6 miesięcy więzienia dla uczestników manifestacji z 8 III; w prasie ukazują się pierwsze kłamliwe opisy wydarzeń; w auli Politechniki Warszawskiej wiec studentów, uchwalona zostaje rezolucja protestacyjna, po zakończeniu kilkutyśieczna manifestacja rozproszona przez milicję, zatrzymano 120 osób.
- 11 III w Warszawie liczne wiece i gwałtowne protesty uliczne; zatrzymano ok. 300 osób; posłowie koła „Znak” składają w Sejmie interpelację w sprawie wydarzeń; pierwsze masówki w zakładach, potępiające uczestników protestów; początek kampanii „antysyjonistycznej” w prasie; wiece i demonstracje studentów w Gliwicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, łącznie zatrzymano ponad sto osób; pierwsze analizy wydarzeń publikują „Słowo Powszechne” i „Trybuna Ludu”, w efekcie powstaje najpopularniejsze hasło Marca – „Prasa kłamie”.
- 12 III manifestacje w Częstochowie (w nocy, wywołała ją rewizja przeprowadzona przez SB w akademikach), Gliwicach (w jej rozprasaniu użyto milicyjnych psów, zatrzymano 18 osób), Poznaniu, Przemyślu; wiece w Gdańsku (wygwizdany zostaje I sekretarz KW PZPR, Stanisław Kociołek), Lublinie, Łodzi, Warszawie i Wrocławiu; wieczorem starcia z MO w Gdańsku, zatrzymano 12 osób.
- 13 III kolejne wiece w Gdańsku, Lublinie, Poznaniu, Warszawie; burzliwe manifestacje w Krakowie (milicja wdarła się do Collegium Novum UJ) i Poznaniu (zatrzymano 116 osób); w całym kraju odbywają się masówki

potępiające studentów i syjonistów, kolejne organizowane są także w następnych dniach.

- 14 III wielki wiec poparcia dla władz w Katowicach, przemawia Edward Gierek, zapowiadając „pogruchotaniekości” „pogrobowcom starego ustroju, rewizjonistom, syjonistom, sługusom imperalizmu”; kilkusetosobowy pochód studentów został brutalnie rozbity przez MO; trwają aresztowania studentów w Krakowie, w dwu domach akademickich rozpoczęto strajk okupacyjny; kolejne manifestacje w Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu; wiece w Opolu, Toruniu, Wrocławiu, podczas tych ostatnich proklamowano 48-godzinny strajk (wiec okupacyjny), który objął pięć, a następnie osiem uczelni.
- 15 III początek dwudniowego strajku na UW; niewielkie manifestacje w Częstochowie, Łodzi i Wrocławiu; starcia 20 tysięcy manifestantów (wśród nich wielu stoczniovców) z milicją w Gdańsku, zatrzymano 301 uczestników; wiec i manifestacja w Katowicach, zatrzymano 223 osoby, milicja ponownie używa tresowanych psów; w Krakowie wielotysięczny wiec i strajk absencyjny na uczelniach; początek trzydniowych zamieszek w Legnicy, w ich toku zatrzymano 133 osoby, 10 skazano na kary więzienia, 97 stanęło przed kolegiami.
- 16 III wiec na Politechnice Gdańskiej, na UŁ i UMK; manifestacje w Katowicach (zatrzymano ponad 150 osób), Radomiu (trwały dwa dni, łącznie 53 zatrzymanych) i Wrocławiu (28 zatrzymanych).
- 17 III wiec studentów w Rzeszowie; wykładowca matematyki na Politechnice Wrocławskiej, dr Ryszard Krasnodębski, rozpoczyna głódówkę na znak solidarności ze studentami.
- 18 III jednodniowy strajk studentów WSP w Opolu.
- 19 III krótkotrwały protest słuchaczy Studium Nauczycielskiego

w Jeleniej Górze; wiec i manifestacja studentów UŁ, 88 osób zatrzymano; Gomułka przemawia w Sali Kongresowej do aktywistów partyjnych, prezentując oficjalną wykładnię wydarzeń, padają okrzyki na cześć Gierka, przy fragmencie dotyczącym Żydów aktyw skanduje „śmielej, śmielej”.

- 20 III demonstracja uczniów w Tarnowie, zatrzymano 95 uczestników.
- 21 III początek dwudniowego strajku studenckiego w Łodzi, na Politechnice Warszawskiej i UW; we Wrocławiu rozpoczyna się bojkot zajęć; manifestacja uczniów w Bielsku-Białej, zatrzymano 11 osób; Episkopat przyjmuje „Słowo o bolesnych wydarzeniach”, protestując przeciwko użyciu siły, wystosowano także list do premiera Józefa Cyrankiewicza, żądając m.in. zwolnienia aresztowanych.
- 22 III z Politechniki Wrocławskiej relegowano 1553 osoby, po kilku dniach większość przywrócono na studia po podpisaniu „lojalek” i udzieleniu nagany.
- 23 III pod groźbą użycia siły władze zmuszają strajkujących na PW do przerwania protestu na kilka godzin przed jego zakończeniem.
- 25 III zapada decyzja o zwolnieniu grupy profesorów UW, na czele z Leszkiem Kołakowskim, początek czystek na uczelniach.
- 25/26 III ogólnopolskie spotkanie przedstawicieli komitetów studenckich we Wrocławiu (obecni są reprezentanci Gliwic, Krakowa, Lublina, Łodzi, Poznania, Szczecina, Torunia, Warszawy i Wrocławia), zapada niezrealizowana później decyzja o przeprowadzenie we wszystkich ośrodkach wieców w dniu 22 IV.
- 28 III ostatni wiec na UW, przyjęto Deklarację Ruchu Studenckiego, zawierającą propozycję podjęcia szeregu reform; po kilku dniach władze uczelni rozwiązały wszystkie kierunki na Wydziale Ekonomii i Wydziale Filozofii, rozwiązano także psychologię

na Wydziale Pedagogiki, w ten sposób 1616 osób relegowano z uczelni.

- 3 IV w Gdańsku rozbita zostaje grupa konspiracyjna „Gdańska Młodzieżowa Grupa Wywiadowcza”; jej przywódca, Jakub Szadaj w grudniu skazany zostanie na 10 lat więzienia, co było najwyższym wyrokiem wśród kilkuset wydanych w okółomarcowych procesach.
- 5 IV bojkot stołówek studenckich we Wrocławiu na znak protestu przeciwko represjom – aresztowaniu studentów i powoływaniu ich do wojska.
- 10-11 IV posiedzenie Sejmu, Cyrankiewicz odpowiada na interpelację posłów koła „Znak”, których brutalnie atakują inni posłowie.
- 1 V we Wrocławiu w czasie pochodu demonstracja studentów, domagających się m.in. zwolnienia aresztowanych kolegów.
- 21 VIII interwencja zbrojna Układu Warszawskiego w Czechosłowacji, uczestniczy w niej ponad 20 tysięcy żołnierzy WP; w całej Polsce liczne protesty – odnotowano dziesiątki przypadków pojawienia się ulotek i napisów na murach.
- 8 IX w trakcie centralnych dożynek na Stadionie Dziesięciolecia w Warszawie samospalenia na znak protestu przeciwko interwencji w Czechosłowacji dokonał Ryszard Siwiec.
- XII 1968 – II 1969 procesy „komandosów”, zapadają wyroki od 1,5 do 3 lat więzienia; we wcześniejszych procesach uczestników Marca wymierzano przeważnie łagodniejsze kary; Jacek Kuroń i Karol Modzelewski otrzymują karę 3,5 roku więzienia.

** Informacje zebrał i precyzyjnie zestawiał dr Łukasz Kamiński, wicedyrektor Biura Edukacji Publicznej w Instytucie Pamięci Narodowej.*

Źródło:

*Biuro Edukacji Publicznej
Instytutu Pamięci Narodowej*

Pielęgnacja przetoki tętniczo-żylniej u chorych z cukrzycą insulinozależną

lic. Lorentyna M. Mikulska

Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

* na podstawie pracy licencjackiej na kierunku pielęgniarstwo, wykonanej pod kierunkiem prof. dr hab. Piotra Fiedora z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Instytutu Transplantologii WUM w Warszawie

Wstęp

Rozwój dializoterapii jako jedynej formy leczenia nerkozastępczego w Polsce zapoczątkowało wprowadzenie w 1958 roku urządzenia do hemodializ (Alwalla). Do dnia dzisiejszego dokonał się olbrzymi rozwój w dziedzinie urządzeń do dializ, ale niezmienna pozostała konieczność wytworzenia dostępu naczyniowego, umożliwiającego w sposób powtarzalny oczyszczanie krwi pacjenta z metabolitów przemiany materii (kreatynina, mocznik). Taką możliwość daje wytworzona chirurgicznie przetoka tętniczo-żylna. Obecnie hemodializa jest najbardziej powszechną formą leczenia nerkozastępczego, obok dializy otrzewnowej i transplantacji nerki.

Pacjenci z niewydolnością nerek jako powikłaniem cukrzycy insulinozależnej stanowią największą, stale się powiększającą i najtrudniejszą grupę chorych dializowanych, z którą pielęgniarka spotyka się w swojej pracy zarówno w przychodni, jak i na oddziale szpitalnym.

Każda pielęgniarka musi znać zasady pielęgnacji i postępowania z dostępem naczyniowym, ponieważ jego właściwe utrzymanie jest bezwzględnym warunkiem wykonania i powodzenia hemodializy.

Cel pracy

Celem pracy jest:

1. omówienie prawidłowych zasad pielęgnacji i postępowania z dostępem naczyniowym ze szczególnym uwzględnieniem przetok tętniczo-żylnych:
 - a. u pacjentów przebywających na oddziałach chirurgicznych po wytworzeniu przetoki,
 - b. u pacjentów dializowanych w stacji dializ,
2. omówienie edukacji pacjenta dotyczącej samodzielnej opieki nad przetoką,
3. omówienie możliwych powikłań oraz profilaktyki i metod leczenia.

Dializoterapia i dostęp naczyniowe – rys historyczny

Dializoterapia jest metodą leczenia nerkozastępczego z wyboru, natomiast najskuteczniejszą metodą stanowi transplantacja nerek. Mimo ciągłego rozwoju tej

gałęzi medycyny, liczba alloprzeszczepów jest zbyt mała w stosunku do potrzeb. Główną przyczyną tej sytuacji jest niewystarczająca liczba dawców. Dlatego w Polsce większość pacjentów z niewydolnością nerek jest dializowana jedną z dwóch metod: dializą otrzewnową (dializą wewnątrzustrojową) lub hemodializą (dializą zewnątrzustrojową). Hemodializa jest najczęściej stosowaną metodą.

Termin „dializa” rozumiany jako „przechodzenie przez błonę półprzepuszczalną zawieszonych w roztworze substancji zgodnie z gradientem stężeń” (1) wprowadził w 1854 roku szkocki chemik T. Graham. Wykorzystał on do tego celu błonę pęcherza wołu jako błonę dializacyjną. W 1913 roku w Baltimore w Stanach Zjednoczonych grupa badaczy pod kierunkiem Abela przeprowadziła doświadczenie na psach przy użyciu skonstruowanego przez siebie pierwszego aparatu do dializ. Dowiedli oni, że w ten sposób można oczyścić zwierzętom krew z podanych wcześniej salicylanów. Jako substancję zapobiegającą krzepnięciu krwi użyli hirudyny uzyskanej ze zmiażdżonych główek pijawek. Heparynę do dializ jako pierwszy zastosował w 1927 roku niemiecki lekarz G. Hass z Giessen. On też przeprowadził pierwsze próby dializ na ludziach. Jako dostępu naczyniowego używał szklanych kaniul wprowadzanych do tętnicy promieniowej i żyły odłokciowej. W sumie wykonał 11 zabiegów, przede wszystkim ze wskazań toksykologicznych. Pionierem w dializoterapii u osób z chorobami nerek był holenderski lekarz W. Kolff. Pierwsza udana dializa, a siedemnasta z kolei, miała miejsce we wrześniu 1945 roku. Użył on do tego celu skonstruowanego przez siebie dializatora typu rotacyjnego. Błonę dializacyjną stanowił celofan używany do produkcji kiełbas, zwinięty w rurę o długości 30-40 m i mający powierzchnię dializacyjną 2,4 m². Nawinięty był na aluminiowy bęben, który obracał się z prędkością 25 obrotów na minutę. Bęben został częściowo zanurzony w płynie dializacyjnym, którego objętość wynosiła 100 litrów. W latach pięćdziesiątych Wolff pracował nad udoskonaleniem swojego aparatu, który, po modyfikacjach zespołu Hamburgera i Richeta z Francji, nazwano sztuczną nerką Necker. W 1946 roku w Szwecji Alwall skonstruował swój dializator o odmiennej konstrukcji, umożliwiającej uzyskanie ujemnego ciśnienia w przestrzeni bębna zawierającej płyn dializacyjny.

Konstrukcja Alwalla rozpowszechniła się szybko i do roku 1961 wyprodukowano 2 tysiące tego typu dializatorów. Stosowane były one także w Polsce. Pierwszą dializę w naszym kraju wykonał 8 listopada 1958 roku zespół kierowany przez dr K. Bączyka w II Katedrze Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu. W połowie lat sześćdziesiątych opracowano dializatory kapilarne. Dalsze prace nad dializatorami polegały na ich miniaturyzacji, zmniejszeniu ilości krwi potrzebnej do wypełnienia układu i zwiększeniu ich niezawodności.

Do 1960 roku dostęp naczyniowy do dializ tworzyły szklane kaniule zakończone przewodami gumowymi, każdorazowo zakładane do przeprowadzenia dializ. Ograniczało to w znacznym stopniu możliwość długotrwałego stosowania tej metody leczenia. W 1960 roku w Stanach Zjednoczonych Quinton, Dillard i Scribner opracowali metodę wytwarzania przetok zewnętrznych, polegającą na wprowadzeniu silastikowych kaniul do tętnicy i żyły. Kaniule te łączono teflonowym łącznikiem, który umożliwiał przepływ krwi od tętnicy do żyły. Metoda ta pozwalała na wielokrotne używanie tego samego dostępu. Niestety miała wiele wad: po kilkunastokrotnym użyciu przetoki dochodziło do jej zakrzepnięcia, często następowało także zakażenie przetoki, a największe niebezpieczeństwo związane było z przypadkowym rozłączeniem kaniul i gwałtownym krwotokiem.

Kolejną osobą, która miała ogromny wpływ na rozwój technik wytwarzania dostępu naczyniowych, był londyńczyk Shaldon. Zastosował on własnej produkcji cewnik wprowadzany do żyły udowej, w którym był dostateczny przepływ krwi rzędu 200 ml na minutę. „Cewniki Shaldona wielokrotnie później modyfikowano, lecz sam sposób cewnikowania dużych naczyń żylnych (udowych, szyjnych i podobojczykowych) jest do dziś metodą najczęściej stosowaną w celu uzyskania czasowego dostępu do dializ” (1). Milowego kroku w wytwarzaniu dostępu naczyniowego dokonała w 1965 roku grupa nowojorskich lekarzy (Brescia, Cimino, Appel i Hurwich), która wykonała pierwszą przetokę tętniczo-żylną na naczyniach własnych pacjenta poprzez operacyjne zespolenie bok do boku tętnicy promieniowej i żyły odpromieniowej w okolicy nadgarstka. Tak wytworzony dostęp naczyniowy umożliwiał wielokrotne nakłuwanie i powtarzalność wykonywania dializ. Do dnia dzisiejszego metoda ta ma zastosowanie w czterech modyfikacjach:

- 1) bok żyły do boku tętnicy (obecnie praktycznie nie stosowana ze względu na duże ryzyko powikłań w postaci obrzęków i niedokrwienia obwodowego),
- 2) koniec żyły do boku tętnicy,
- 3) koniec tętnicy do boku żyły,
- 4) koniec żyły do końca tętnicy.

Rodzaje dostępu naczyniowego

Warunkiem skutecznego przeprowadzenia dializy jest wytworzenie dostępu naczyniowego, a warunkiem dobrego dostępu naczyniowego jest uzyskanie odpowiedniego do potrzeb związanych z dializą przepływu krwi. Dostępy naczyniowe wykonuje się także, gdy zachodzi konieczność stosowania całkowitego żywienia pozajelitowego, w niektórych przypadkach stosowania chemioterapii, w celu wykonania plazmaferezy oraz u chorych z niedrożnymi żyłami powierzchownymi, u których istnieje konieczność powtarzania leczenia dożylnego (7).

Istnieją dwa podst. rodzaje dostępu naczyniowego:

- 1) dostęp czasowy:
 - a. cewniki żyłne,
- 2) dostęp stały:
 - a. przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych,
 - b. przetoka tętniczo-żylna z wykorzystaniem sztucznych naczyń (protez naczyniowych),
 - c. stały cewnik do dializ (permanentny).

Dostęp naczyniowy czasowy (rodzaje, pielęgnacja, powikłania)

Wskazania ze względów nefrologicznych:

- pacjenci wymagający hemodializy z powodu przedawkowania leków lub zatruc,
- pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek wymagający dializy, a nieposiadający przetoki tętniczo-żytnej lub z przetoką w okresie „dojrzwania”, bądź też z przetoką, która stanęła,
- pacjenci wymagający wykonania plazmaferezy lub hemoperfuzji,
- dializowani otrzewnowo i oczekujący na implantację nowego cewnika otrzewnowego,
- pacjenci z ostrą niewydolnością nerek,
- biorcy nerek podczas epizodów ciężkiego odrzucania nerki przeszczepionej, a wymagający wykonania hemodializy doraźnej.

Lokalizacja miejsca wprowadzenia cewnika:

- żyła podobojczykowa,
- żyła szyjna wewnętrzna,
- żyła szyjna zewnętrzna,
- żyła udowa (1, 2, 7, 10, 11).

Każda z tych lokalizacji ma swoje zalety i wady, ale także obarczona jest występowaniem różnorodnych powikłań zarówno wczesnych, jak i późnych. Niezależnie od miejsca lokalizacji cewnika występują pewne powikłania wspólne dla wszystkich położeń – są to:

- zakażenie,
- zator powietrzny,
- zakrzepica,
- zmiana położenia cewnika,

- zatkanie cewnika skrzepliną,
- zapalenie żyły,
- rozejście się rany w miejscu umocowania cewnika,
- zwężenie naczyń (uniemożliwiające późniejsze wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej),
- zaburzenia rytmu serca związane z mechanicznym podrażnieniem wsierdza,
- tamponada osierdza,
- możliwość powstania nadżerki w obrębie żyły głównej górnej (1, 2, 7, 10, 11).

Niezmiernie ważną sprawą jest prawidłowa pielęgnacja cewnika przez pielęgniarkę. Znajomość powikłań i ich objawów ułatwia świadome zapobieganie im i wczesne rozpoznanie, co ma duży wpływ na przebieg procesu leczenia. Jednym z najczęstszych powikłań związanych z cewnikiem są zakażenia. Przedstawione dane odnoszą się do zakażeń cewników w Stanach Zjednoczonych. Zarówno skala problemu (400 000 przypadków zakażeń na rok), olbrzymie koszty leczenia (1-2 mld \$ rocznie), jak i duża śmiertelność z tego wynikająca (12-25%) uzmysławiają, jak ważną sprawą jest prawidłowa pielęgnacja.

Podczas wszystkich czynności, przy których dochodzi do otwarcia cewnika (np. w stacji dializ przy podłączaniu do dializatora) pielęgniarka, a w Stanach Zjednoczonych również pacjent, musi mieć założoną na twarz maseczkę chirurgiczną. Pielęgniarka wszystkie czynności przy cewniku wykonuje w jałowych rękawiczkach z zachowaniem pełnej aseptyki. Zawsze należy zwrócić uwagę na wygląd skóry wokół cewnika. Zaczerwienienie, obrzęk, bolesność lub wyciek treści ropnej (objawy miejscowe) świadczą o trwającym procesie zapalnym. Zawsze, także gdy nie ma objawów miejscowych, należy spytać pacjenta, czy ma lub miał od czasu ostatniej dializy gorączkę lub dreszcze (objawy ogólne zakażenia). W takiej sytuacji przed rozpoczęciem leczenia pacjent musi mieć pobrane wymazy ze skóry wokół cewnika i posiewy krwi z obu kanałów cewnika (10, 11). Najczęstszą przyczyną zakażeń są bakterie powszechnie występujące na skórze: gronkowiec biały, gronkowiec złocisty i drożdżaki z grupy *Candida* (10, 11).

Pielęgnacja cewnika do hemodializ polega na:

- każdorazowej (przed zabiegiem hemodializy i po zakończeniu) dezynfekcji cewnika (na zewnątrz) i skóry wokół niego środkiem odkażającym, najlepiej nie zawierającym alkoholu, przy użyciu jałowych gazików i peanu,
- usunięciu wszelkich śladów krwi z cewnika i jego okolic,
- korki zamykające cewnik muszą być zmieniane po każdym zabiegu dializy,
- nie wolno pozostawiać otwartych zakończeń cewnika,

- zabronione jest używanie cewnika do pobrań krwi, podawania leków i płynów i.v.,
- na skórę wokół cewnika nie należy stosować rutynowo maści antybiotykowych (zwiększone ryzyko zakażeń drożdżakiem z grupy *Candida*),
- po zakończeniu dializy należy założyć na cewnik i skórę wokół niego jałowy opatrunek,
- zalecane jest unikanie stosowania opatrunków nieprzepuszczających powietrza oraz zrobionych z nieporowatych przezroczystych folii (zwiększają one ryzyko kolonizacji bakteryjnej w miejscu ujścia cewnika na skórę) (1, 2, 10, 11).

Pielęgniarka powinna także poinformować pacjenta, że należy chronić cewnik i opatrunek przed zamoczeniem. Zalecany jest prysznic przed przyjściem na dializę (stosunkowo krótki czas do wykonania nowego opatrunku), należy unikać kąpieli w wannie. Osoby z założonym cewnikiem nie mogą korzystać z basenu.

Innym groźnym powikłaniem, któremu pielęgniarka przez swoje działania może zapobiec lub znacznie zmniejszyć ryzyko jego wystąpienia, jest zakrzepica krwi w cewniku. Po każdym zabiegu hemodializy oba kanały cewnika trzeba przepłukać solą fizjologiczną (co najmniej 10 ml), następnie wypełnić ich tzw. martwą przestrzeń (*dead space*) nierozcieńczoną heparyną, zamknąć cewnik i zrobić jałowy opatrunek. Objętość tej przestrzeni różni się w zależności od długości cewnika i jego producenta, ale zawsze jest podana na końcówce kanału. Dane te powinny być umieszczone w dokumentacji pacjenta. Należy unikać podawania większej ilości heparyny niż zaleca producent, gdyż wiąże się to z ryzykiem krwawień. Przed każdym zabiegiem hemodializy heparynę trzeba odciągnąć, a cewnik przepłukać solą (1, 2, 10, 11). Metody usunięcia skrzepliny znajdującej się w cewniku zależą od ośrodka, który się tym zajmuje, ale zasadniczo są trzy:

- usunięcie mechanicznie,
- leki fibrynolityczne,
- wymiana cewnika na nowy (10, 11).

Wszystkie te działania pielęgnacyjne związane z cewnikiem mają na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań i utrzymanie funkcjonującego cewnika w czasie, w jakim jest on niezbędny dla pacjenta.

Dostęp stały (rodzaje, pielęgnacja, powikłania)

Przetoka tętniczo-żylna na naczyniach własnych pacjenta

Dializa umożliwia pacjentom ze schyłkową niewydolnością nerek przeżycie, ale przede wszystkim daje możliwość oczekiwania na alloprzeszczep nerki. Ogólna

zasada dializy polega na oczyszczaniu krwi z substancji toksycznych powstałych w wyniku przemiany materii poprzez kilkogodzinne oddziaływanie na osocze krwi pacjenta przez płyn dializacyjny (6, 10, 11). Skład elektrolitowy tego płynu jest porównywalny do składu osocza u zdrowego człowieka. W dializatorze (sztucznej nerce) krew pacjenta i płyn dializacyjny oddzielone są od siebie błoną półprzepuszczalną, która dzięki porowatej budowie umożliwia swobodne, dwukierunkowe przenikanie cząsteczek. O kierunku przenikania decyduje różnica ciśnień osmotycznych, onkotycznych i hydrostatycznych. Transport substancji przez pory (kanały filtracyjne) zachodzi na drodze dwóch procesów: dyfuzji i filtracji. Pory w błonie w zależności od jej rodzaju (kuprofanowa, polisulfonowa) mają różną wielkość i pozwalają na przenikanie cząsteczek wielkości od 5000 do 20 000 daltonów, większe cząsteczki (np. białka) nie przenikają przez błonę dializacyjną (2, 10, 11).

Nerki pełnią nie tylko funkcję wydalniczą, lecz także wewnątrzwydzielniczą i metaboliczną. Dializoterapia zastępuje tylko tę pierwszą, pozostałe funkcje są upośledzone lub ich brak. Jednak tylko czynność wydalnicza jest niezbędna do utrzymania człowieka przy życiu, dlatego dializoterapia jest efektywną metodą leczenia u pacjentów z niewydolnością nerek.

Leczenie hemodializą najczęściej rozpoczyna się przed wystąpieniem objawów mocznicy, gdy poziom kreatyniny w surowicy krwi wynosi 800-1000 mmol/l, a u chorych z nefropatią cukrzycową, chorych w podeszłym wieku i chorych po utracie przeszczepu nerki jeszcze wcześniej przy poziomie kreatyniny 450-600 mmol/l (9).

Wystarczająca do celów dializy podaż krwi jest możliwa do uzyskania tylko z tętnicy lub żył centralnych. Nakłucia tych naczyń nie są łatwe, wiążą się z możliwością wystąpienia wielu powikłań i nie można ich wielokrotnie powtarzać. Dlatego do celów dializy wytwarza się zespolenie żyły z tętnicą (czyli przetokę tętniczo-żylną), dzięki czemu uzyskuje się jej arterializację, co umożliwia wielokrotne nakłuwanie i przepływ krwi taki jak w tętnicy. Przetokę można wykonać z naczyń własnych pacjenta lub przy użyciu protezy.

Charakterystycznymi cechami dobrej przetoki są:

- przepływ krwi przez przetokę rzędu 200-600 ml/min,
- trwałość przetoki wynikająca z małej liczby powikłań związanych z jej wytworzeniem i użytkowaniem,
- minimalne prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań zagrażających zdrowiu i życiu chorego,
- łatwość wprowadzania kaniuli do światła przetoki,
- łatwość zatrzymywania krwawienia po usunięciu kaniuli z przetoki,
- dogodne dla chorego i personelu umiejscowienie przetoki,
- krótki okres „dojrzwania przetoki” (3, 12).

Do tej pory nie opracowano takiej metody wytworzenia przetoki, która spełniałaby wszystkie powyższe kryteria, ale jest też wiele czynników wpływających na długość funkcjonowania czynnej przetoki. Jednym z nich jest jej prawidłowa pielęgnacja i właściwe używanie.

Przed przystąpieniem do wykonania zabiegu wytworzenia przetoki tętniczo-żylną należy dokonać oceny układu naczyniowego, oddechowego i krążenia pacjenta. Doboru miejsca wytworzenia zespolenia dokonuje się na podstawie:

- wywiadu z pacjentem,
- badania fizykalnego,
- badania obrazowego:
 - flebografii,
 - ultrasonografii dopplerowskiej naczyń,
 - arteriografii (1, 2, 10, 11, 12),
 - pletyzmografii,
 - termografii,
 - reografii impedancyjnej (1).

Wywiad powinien dostarczyć informacji na temat:

- możliwości wystąpienia zwężeń w naczyniach krwionośnych (wcześniejsze implantacje cewników do centralnych naczyń żylnych, wprowadzenia stymulatora serca drogą układu żylnego, przebyte choroby naczyń żylnych i tętniczych, miażdżyca),
 - chorób serca i niewydolności krążenia (przetoka, szczególnie położona w wyższych częściach kończyny górnej może doprowadzić do przerostu lewej komory i niewydolności serca),
 - współistniejącej cukrzycy,
 - współistniejącej choroby nowotworowej (może ograniczyć możliwość wytworzenia stałego dostępu naczyniowego na rzecz czasowego cewnika),
 - przebytych operacji i urazów kończyny górnej, klatki piersiowej i szyi (1, 2, 10, 11, 12).
- Badanie fizykalne powinno polegać na:
- ogólnym badaniu fizykalnym pacjenta,
 - pomiarze ciśnienia tętniczego na obu kończynach górnych,
 - teście Allena (pozwala ocenić drożność żyły łokciowej),
 - porównaniu obwodów obu kończyn górnych,
 - obejrzeniu wypełnienia żył układu powierzchownego po założeniu opaski uciskowej na kończynach górnych, powodującej zamknięcie odpływu żylnego (1, 2, 10, 11, 12).

Najczęściej wykonywanym badaniem obrazowym jest ultrasonografia dopplerowska. Pozwala ona na ocenę morfologiczną naczyń, wykluczenie zwężeń i ocenę przepływu krwi w naczyniu (przepływ większy niż 80 ml/min w tętnicy ramiennej pozwala sądzić, że przetoka wytworzona na tej kończynie będzie miała odpowiedni przepływ do celu dializy). Badanie

to jest konieczne u pacjentów z obrzękiem kończyny i u których obecne jest oboczne krążenie żyłne w obrębie barku lub klatki piersiowej. Plusem tej metody jest nieinwazyjność i stosunkowo niski koszt badania (8). Arteriografia jest wskazana do wykonania, gdy w planowanym miejscu wytworzenia przetoki jest słabo lub w ogóle niewyczuwalne tętno (8). Flebografia jest badaniem inwazyjnym polegającym na podaniu środka cieniującego do układu żył obwodowych kończyny. Pozwala dokładnie ocenić żyły układu powierzchownego i głębokiego, ich drożność, przebieg i stan morfologiczny (1).

Przetoka powinna być umiejscowiona w obrębie kończyny niedominującej (lewa kończyna u osób praworęcznych, prawa u leworęcznych). Pozwala to na swobodne używanie dominującej kończyny w czasie dializ, chroni przetokę przed nadmiernym obciążeniem i zmniejsza funkcjonalne inwalidztwo pacjenta. Wytworzenie przetok rozpoczyna się od położonych jak najbardziej dystalnie naczyń (zalecane jest wytworzenie pierwszej przetoki w okolicy nadgarstka) i, w razie konieczności wytworzenia kolejnego dostępu, kierowania się ku górze. Po wyczerpaniu wszystkich możliwych do wytworzenia przetoki miejsc na kończynie niedominującej, wytwarza się kolejny dostęp na kończynie dominującej, zaczynając ponownie od nadgarstka (1, 7, 10, 11).

Zalety przetoki tętniczo-żylniej nad innymi dostęпами naczyniowymi, to:

- bardzo dobry przepływ krwi,
- mała ilość powikłań związana z zabiegiem wytwarzania,
- stosunkowo niski wskaźnik powikłań w okresie użytkowania,
- dłuższy średni czas użytkowania przetoki w porównaniu z przetokami z użyciem protez (2, 9).

Wady przetoki tętniczo-żylniej wykonanej na naczyniach własnych pacjenta, to:

- długi czas od momentu wytworzenia do pierwszego wykorzystania przetoki do dializ (4-6 miesięcy),
- trudność z wytworzeniem przetoki u pacjentów:
 - z cukrzycą,
 - z zaawansowaną miażdżycą,
 - z dużą otyłością,
 - w starszym wieku,
 - ze zniszczonymi naczyniami od licznych nakłuwań, przetoczeń (2, 9).

Pomimo tych dość licznych wad przetoka tętniczo-żylna z naczyń własnych uchodzi za najkorzystniejszą formę dostępu naczyniowego do dializ, w myśl zasady, że „najgorsza własna żyła jest lepsza od najlepszej sztucznej protezy” (9).

Zabieg wytworzenia przetoki (fot. 1, 2 na str. 47) wykonuje się najczęściej w znieczuleniu miejscowym lignocainą, „które poza działaniem przeciwbólowym

powoduje rozszerzenie układu tętniczego i żylnego oraz zwiększa przepływ przez naczynia” (7). „Ryzyko zakrzepu zmniejsza płukanie i wypełnienie roztworem fizjologicznym NaCl z heparyną odcinka tętnicy doprowadzającego do przetoki i żyły odprowadzającej przed założeniem zacisków naczyniowych. Po zdjęciu zacisków wskazane jest uwolnienie kilku centymetrów żyły z otaczających tkanek, co pozwala ją ułożyć właściwie dla przetoki. Po zdjęciu zacisków naczyniowych tylko wyczuwalny szmer naczyniowy świadczy o prawidłowym przepływie przez przetokę” (7). Naczynia zespała się metodami:

- bok tętnicy do boku żyły (metoda rzadko stosowana ze względu na duże ryzyko powikłań w postaci obrzęku kończyny i niedokrwienia obwodowego),
- koniec żyły do boku tętnicy (fot. 1, 2),
- koniec tętnicy do końca żyły (1, 2, 7, 10, 11, 12).

Najczęściej stosowaną i najlepszą ze znanych metod wytworzenia przetoki jest zespolenie tętnicy promieniowej z żyłą odpromieniową na wysokości nadgarstka (10, 11). Inne umiejscowienia to:

- na przedramieniu:
 - przemieszczenie żyły odłokciowej i zespolenie jej końca do boku tętnicy promieniowej,
 - przemieszczenie tętnicy promieniowej i zespolenie jej końca do boku żyły odłokciowej (7),
- na ramieniu:
 - zespolenie tętnicy ramiennej z żyłą odpromieniową w dole łokciowym,
 - zespolenie tętnicy ramiennej z żyłą przesywającą w dole łokciowym (tzw. przetoka gracza),
 - przemieszczenie żyły odłokciowej na ramieniu i zespolenie z tętnicą ramienną powyżej zgięcia łokciowego sposobem koniec do boku (9),
- na kończynie dolnej:
 - zespolenie żyły odpiszczelowej większej z tętnicą udową w okolicy dołu kolanowego lub w pachwinie (1, 9).

Po wytworzeniu zespolenia pomiędzy tętnicą a żyłą dochodzi do tzw. dojrzewania przetoki. Tętnica doprowadzająca krew do przetoki ulega rozszerzeniu (np. średnica tętnicy promieniowej przed operacją wynosi 2 mm, a po 4-6 tygodniach ma 4-5 mm). Przepływ krwi w żyłę znacznie wzrasta, z początkowych 20-30 ml/min do 200-300 ml/min, a w dojrzałej już przetoce wynosi ok. 600-1200 ml/min. Pod wpływem zwiększonego znacznie przepływu dochodzi do arterIALIZACJI żyły, czyli jej rozszerzenia i znacznego pogrubienia jej ścian. Dzięki temu ściana żyły wytrzymuje zwiększone ciśnienie krwi i wielokrotne nakłuwanie. Czas dojrzewania przetoki wynosi około 4-6 tygodni i po tym okresie można rozpocząć nakłuwanie przetoki (6, 9).

Pielęgnacja przetoki w okresie pooperacyjnym jest niezmiernie ważna, gdyż nawet dobrze wykonana

przetoka, ale nieprawidłowo pielęgnowana może „sta-
nąć” w krótkim czasie od jej wytworzenia.

Zasady pielęgnacji we wczesnym okresie pooperacyjnym:

1. Pozostanie w łóżku.

Pacjent w początkowym okresie (6-8 godzin) po wytworzeniu przetoki powinien pozostać w łóżku. Po wstaniu, szczególnie nagłym, może dojść do zaburzeń ortostatycznych i związanych z tym spadków ciśnienia, które są jedną z najczęstszych przyczyn „stanięcia” przetoki. Upadek w takiej sytuacji stwarza ryzyko obrażeń zarówno przetoki, jak i np. głowy (utrata przytomności > spadek ciśnienia > stanięcie przetoki). W tym początkowym okresie pacjent powinien korzystać z kaczki lub basenu. Kiedy pacjent może już wstawać, należy zalecić powolne wstawanie (z posiedzeniem na łóżku ze spuszczonej nogami i opartymi na podłodze stopami).

2. Pomiar ciśnienia.

W związku z możliwością spadków ciśnienia pacjent powinien mieć często mierzone ciśnienie. Nigdy nie wolno mierzyć ciśnienia na kończynie z wytworzoną przetoką.

3. Osluchiwanie szumu przetoki.

Pielęgniarka powinna często osłuchiwać stetoskopem szum przetoki i wyczuwać wibracje dłonią położoną na przetoce, dzięki czemu w sytuacji zaburzeń przepływu lub zatrzymania przepływu (zakrzepica) przetoki możliwa jest szybka interwencja, co zwiększa szansę jej udrożnienia. Czasami gdy wyczuwa się słabnące wibracje nad przetoką, wystarczy lekkie pomasowanie przetoki, co może poprawić przepływ.

4. Niedopuszczenie do odwodnienia.

Hipowolemia powoduje niewystarczające wypełnienie łożyska naczyniowego, co może doprowadzić do zakrzepicy przetoki i jej zatrzymania.

5. Kontrola opatrunku.

Należy sprawdzać, czy opatrunek nie przesiąka i czy wokół miejsca wytworzenia przetoki nie powstaje krwiak z wynaczynionej krwi. W tej drugiej sytuacji można położyć kompres chłodzący, pamiętając, żeby nie uciskał on przetoki.

6. Utrzymanie ręki w ewaluacji.

Często po operacji może dojść do obrzęku kończyny, chłonnokotoku (szczególnie gdy przetoka wytworzona jest na ramieniu) – ułożenie kończyny lekko uniesionej zmniejsza te dolegliwości (1, 2, 10, 11).

Zasady pielęgnacji w okresie pooperacyjnym:

1. Opatrunki powinny być zmieniane codziennie.

Ranę pooperacyjną powinno się przemywać roztworem antyseptycznym nie zawierającym alkoholu, przy użyciu jałowych gazików i peanu. Opatrunek należy wykonać z suchych, jałowych ga-

zików i okleić plastrem, nie powodując ucisku przetoki. Nie wolno zakładać opatrunków okrężnych i bandażować kończyny.

2. Przynajmniej dwa razy dziennie trzeba kontrolować szum przetoki (dotykem i osłuchiowaniem).

3. Nie należy unieruchamiać kończyny (ryzyko przykurczów w stawach).

4. Jeżeli był założony sączek, należy go usunąć w drugiej dobie od zabiegu.

5. Należy kontrolować okolicę przetoki, czy nie występuje zaczerwienienie lub obrzęk, które mogą świadczyć o stanie zapalnym.

6. Należy codziennie kontrolować temperaturę pacjenta.

7. W drugiej dobie po zabiegu pacjent powinien zacząć wykonywać proste ćwiczenia. Nie wolno jednak dopuścić do zmęczenia kończyny.

Pacjent powinien wykonać po pięć powtórzeń: zaciskania pięści, zgięć dłoni góra-dół, ruchów okrężnych dłoni, zgięć i wyprostów w stawie łokciowym, ruchów okrężnych w stawie barkowym. Do zaciskania pięści można użyć gumowej piłeczki. Ćwiczenia po kilku dniach należy wykonywać z obciążeniem do pół kilograma, np. trzymając butelkę z płynem do przetoczeń. Powinny być one wykonywane kilka razy dziennie. Ćwiczenia te sprzyjają tzw. „wyrabianiu przetoki”.

8. Przy chodzeniu pacjent powinien mieć rękę lekko zgiętą na temblaku, a gdy siedzi, ręka powinna być odwiedzona i lekko uniesiona.

9. Szwy w sytuacjach niepowikłanych należy zdjąć po 10-14 dniach.

10. Należy zwrócić uwagę na objawy mogące świadczyć o występowaniu powikłań (1, 2, 10, 11).

Zalecenia dla pacjenta dotyczące postępowania z przetoką, które pielęgniarka powinna przekazać:

- Nie wolno:
 - spać i leżeć na kończynie z przetoką,
 - dźwigać tą ręką więcej niż 5 kilogramów,
 - nosić ubrań z obcisłymi rękawami,
 - nosić zegarka, bransoletek na rękę z przetoką,
 - nosić toreb przewieszonych na przedramieniu,
 - mierzyć ciśnienia na rękę z przetoką,
 - pobierać krwi, zakładać wenflonów i podawać dożylnie leków lub płynów nie tylko do przetoki, ale na całej kończynie, na której ona jest,
 - uprawiać sportów, podczas których może dojść do urazu przetoki.
- Należy:
 - przynajmniej dwa razy dziennie przykładać dłoń do przetoki i sprawdzać szum,
 - zgłosić się niezwłocznie do lekarza, gdy nie słychać lub zmniejszył się szum przetoki, występuje zaczerwienienie, bolesność na rękę z przetoką, pojawiła się gorączka (1, 2, 10, 11).

Wszystkie te informacje pielęgniarka powinna nie tylko przekazać słownie, lecz także zapisać, gdyż pacjent może ich nie zapamiętać. Dobrze taką rozmowę przeprowadzić przynajmniej dwukrotnie, pozwoli to zarówno na zapamiętanie zaleceń, jak i zadanie przez pacjenta pytań dotyczących postępowania z przetoką. Właściwe praktyczne przeszkolenie i uświadomienie chorego ma bardzo istotny wpływ na utrzymanie prawidłowej czynności dostępu naczyniowego. Ważne, aby pacjentowi uświadomić, jak istotne jest dbanie o przetokę i jej kontrola przez niego samego.

Podstawowe zalecenia dotyczące pielęgnacji i postępowania z przetoką dla pielęgniarek:

- nie wolno pobierać krwi, podawać leków i płynów dożylnie do przetoki, jak i kończyny, na której jest ona wytworzona,
- nie wolno mierzyć ciśnienia krwi na rękę z przetoką,
- nie wolno zakładać opatrunków uciskowych, okrężnych na kończynę z przetoką (1, 2, 10, 11).

Przetoka tętniczo-żylna z wykorzystaniem protezy naczyniowej

Protezą naczyniową można zastąpić zniszczoną tętnicę lub żyłę, odtwarzając wcześniej wytworzoną przetokę lub wytworzyć całkowicie nowe połączenie tętniczo-żylnie. Obecnie najczęściej używa się protezy z politetrafluoroetyleny (PTFE), wcześniej stosowano protezy dakronowe, z żył pępowinowych (HUV), z żył wołowych (BCA) lub z żył pobranych ze zwłok. Średnica stosowanej protezy wynosi 4-8 mm (1).

Zalety przetoki z PTFE w porównaniu z przetokami z naczyń własnych pacjenta, to:

- łatwość nakłuwania,
- krótszy czas „dojrzwania”,
- dobry przepływ krwi,
- rzadkość powstawania tętniaków,
- łatwiejszy technicznie sposób wykonania zabiegu,
- rzadkość występowania nieadekwatnie dużych przepływów (2, 10, 11).

Wadami tego rodzaju przetok są:

- zwężenia powstające w miejscu zespolenia z żyłą pacjenta (rzadziej z tętnicą),
- łatwość powstawania tętniaków rzekomych w miejscach osłabionych przez wielokrotne wkłucia,
- większe ryzyko zakażenia,
- gorsza drożność,
- wysoka cena protezy z PTFE (1, 10, 11).

Ze względu na wymienione powyżej wady wytworzenie przetoki z użyciem protezy powinno być traktowane jako wtórny dostęp naczyniowy, po wykorzystaniu możliwości wytworzenia dostępu z naczyń własnych pacjenta. W Stanach Zjednoczonych 65% dostępów naczyniowych wykonywanych jest z uży-

ciem protezy. Czynnikiem wpływającym na taką statystykę są:

- płeć żeńska,
- podeszły wiek,
- niewydolność nerek będąca powikłaniem cukrzycy,
- miażdżycę tętnic kończyn dolnych,
- ograniczenie w samodzielnym poruszaniu się,
- dodatni wywiad w kierunku choroby nowotworowej i chorób wątroby (1).

Wszczepiana proteza ukształtowana jest w pętlę, w formie linii prostej lub krzywej. Przy wyborze miejsca, podobnie jak przy przetokach z naczyń własnych, pierwszą lokalizacją powinno być przedramię kończyny niedominującej pacjenta. Proteza stwarza jednak możliwość wytworzenia połączeń:

- na przedramieniu przez połączenie tętnicy promieniowej i żyły dołu łokciowego lub żyły ramiennej i żyły dołu łokciowego,
- na ramieniu przez połączenie żyły pachowej z bliższym lub dalszym odcinkiem tętnicy ramiennej,
- na udzie przez połączenie tętnicy udowej z żyłą udową lub odpiszczelową,
- na szyi przez połączenie z tętnicą podobojczykową lub pachową żyły podobojczykowej lub pachowej po stronie przeciwnej,
- w jamie brzusznej, przeszczep nadłonowy pomiędzy tętnicą udową i żyłą udową po drugiej stronie (1, 12).

Badania przed operacją (wywiad, badania fizykalne i obrazowe), a także opieka pooperacyjna i zalecenia są takie same jak przy wytworzeniu przetoki z naczyń własnych pacjenta. Różny jest natomiast czas pierwszego nakłucia przetoki. W przypadku protez można je wykonać wcześniej po zrośnięciu tunelu podskórnego i protezy, tj. po około 2-4 tygodniach (1, 2, 10, 11). Pacjenci z przetoką z wykorzystaniem protezy mają też zawsze stosowaną profilaktykę antybiotykową (1).

Najczęstsze powikłania związane z dostępem tętniczo-żylnym:

Powikłania wczesne:

- 1) niedrożność:
 - wynikająca z błędu operatora wykonującego przetokę,
 - związana z zakrzepicą spowodowaną:
 - spadkiem ciśnienia u pacjenta,
 - niewłaściwym opatrunkiem,
 - uciskiem przetoki przez pacjenta, np. podczas snu,
- 2) zakażenie:
 - związane z miejscem cięcia (szczególnie dołu pachowego),
 - związane z nieprawidłową pielęgnacją rany,
 - związane z zakażeniem protezy naczyniowej,
- 3) chłonnokotok,
- 4) uszkodzenie nerwów,
- 5) martwica skóry (1).

Powikłania późne:

1) zakrzepica (objawiająca się bolesnością, twardością i brakiem zmeru, stanowi 80% wszystkich powikłań późnych):

- powstała na skutek zwężenia naczyń,
- związana z wielokrotnym nakłuwaniem tego samego miejsca,
- związana z przerostem błony wewnętrznej i mięśniowej ściany naczynia w miejscu połączenia protezy z żyłą,
- związana z powstaniem krwaka lub tętniaka rzekomego (często u pacjentów z cukrzycą lub miażdżycą),
- związana ze zwężeniem żył centralnych powstałych po wprowadzeniach czasowego cewnika dwukanałowego do dializ,

2) niedokrwienie kończyny spowodowane najczęściej zespołem podkradania (jako następstwo odwróconego przepływu krwi w tętnicach poniżej przetoki, dotyczy szczególnie przetoki wytwarzanej techniką bok do boku i u pacjentów z cukrzycą),

3) nadciśnienie żyłne (objawiające się znacznym obrzękiem kończyny, bólem i zasinieniem):

- spowodowane uszkodzeniem zastawek i żył przesywających lub rozwojem krążenia obocznego, wywołujące wsteczny przepływ dużej objętości krwi do naczyń obwodowych kończyny,
- spowodowane odwróceniem przepływu krwi przy zwężeniach w żyłę odprowadzającej w przetokach wykonanych metodą bok do boku,
- spowodowane zwężeniem żył centralnych w następstwie stosowania centralnych cewników do hemodializ,

5) niedokrwienność wieloogniskowa mononeuropatia (objawiająca się bólem palców, osłabieniem siły mięśniowej kończyny i parastezjami):

- związana z niedokrwieniem nerwów obwodowych (powstawaniu tego powikłania sprzyja zaawansowana miażdżycza lub cukrzyca),

6) zespół kanału nadgarstka (objawiający się napadowymi parastezjami i drętwieniem, występującymi przeważnie nocą i nasilającymi się podczas dializy):

- spowodowany uciskiem nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka wywołanym nadciśnieniem żylnym, zapaleniem pochewki ścięgna zginaczy, wzrostem objętości płynu pozakomórkowego lub jako następstwo zaburzeń metabolicznych towarzyszących mocznicy,

7) zakażenie przetok tętniczo-żylnych (objawiające się bolesnością, zaczerwienieniem, naciekiem i wzmożonym ociepleniem skóry w miejscu przebiegu naczyń):

- związane z wielokrotnym nakłuwaniem przetoki do dializ i naruszeniem naturalnych barier, takich jak skóra, tkanka podskórna i krew,

- związane z nieprawidłowym, bez zachowania aseptyki, postępowaniem przy nakłuwaniu w stacji dializ,

8) tętniaki prawdziwe:

- związane z wieloletnim nakłuwaniem żyły prowadzącym do ścięcia ściany naczyń i ich tętniakowatego poszerzenia, często towarzyszą temu zmiany troficzne skóry, mogące powodować uszkodzenie przetoki, krwawienie lub jej zakażenie,

9) tętniaki rzekome (dotyczą przetok z naczyń własnych i z protez PTFE):

- związane z mechanicznym uszkodzeniem ściany naczynia spowodowanym wielokrotnym nakłuwaniem tego samego miejsca,
- związane z nieprawidłową techniką nakłuwania lub rozerwaniem, prowadzącym do zbyt dużego ubytku w ścianie naczynia,
- związane z uszkodzeniem zespolenia naczyniowego,

10) przetoka hiperkinetyczna, nadmierny przepływ przez przetokę nawet do ponad 2000 ml/min (dotyczy przede wszystkim przetok umiejscowionych na ramieniu i kończynie dolnej) powoduje przeciążenie serca z powodu nadmiernego przecieku tętniczo-żylnego (1, 2, 10, 11, 12).

Metody leczenia powikłań:

1) korekta zwężenia zespolenia polegająca na:

- endarteriektomii,
- rozszerzeniu cewnikiem balonikowym,
- wytworzeniu nowego zespolenia,

2) korekta zwężenia w obrębie żył przetoki polegająca na:

- rozszerzeniu cewnikiem balonikowym,
- wycięciu zwężonego odcinka i odtworzeniu ciągłości przetoki,

3) udrożnienie zakrzepniętej przetoki polegające na:

- usunięciu skrzepliny po otwarciu naczynia,
- wykonaniu nowego zespolenia tętniczego,
- masowaniu przetoki,
- podaniu leczenia fibrynolitycznego,

4) antybiotykoterapia przy zapaleniu w obrębie ścian naczyń przetoki,

5) zwężenie przetoki przy przetoce hiperkinetycznej,

6) podwiązanie przetoki,

7) wycięcie tętniaka przetoki (10, 11).

Stały cewnik do dializ (permanenty)

Wskazania do założenia cewnika stałego:

1) brak możliwości wytworzenia przetoki tętniczo-żylną spowodowaną zmianami w tętnicach lub zniszczeniem żył,

2) powtarzająca się zakrzepica przetoki tętniczo-żylną, zwłaszcza u pacjentów z hipotonią.

Cewniki stałe wprowadzane są do żyły szyjnej wewnętrznej. Wykonane są z poliuretanu lub gumy

silikonowej (dzięki czemu są miękkie i elastyczne). Mogą być jednokanałowe (cewnik typu Tesio) lub dwukanałowe (cewnik typu Perm-Cath), ale zawsze zaopatrzone są w mufki (dakronowe mankiety). Czasami impregnowane są antybiotykiem lub mają wbudowaną srebrną nić, która działa bakteriobójczo. Cewnik wprowadza się do 1/3 górnej części prawego przedsionka. Mufkę umieszcza się poza naczyniem, a pozostały odcinek cewnika tunelizuje się. Mufka ulega zrośnięciu z okolicznymi tkankami i przez to chroni przed dostępem bakterii przez kanał cewnika do naczynia. Cewnik może być użyty do dializy niemal natychmiast po założeniu. Podaż krwi z cewnika powinna być większa niż 200 ml/min; mniejsza może świadczyć o zagięciu cewnika lub zakrzepicy (1, 2).

Pielęgnacja okolicy wejścia cewnika wygląda jak przy cewniku czasowym. Opatrunki (jałowe) zmieniane powinny być przy każdej dializie i zawsze gdy są zabrudzone. Każde otwarcie i zamknięcie cewnika wymaga zachowania zasad pełnej aseptyki. Kanały cewnika po zakończonej dializie wypełnia się nierozcieńczoną heparyną po wcześniejszym przepłukaniu ich solą fizjologiczną. Przed rozpoczęciem dializy heparyna powinna być odciągnięta, a cewnik przepłukany solą fizjologiczną (10, 11).

Powikłania związane z cewnikiem stałym są takie same jak przy cewniku czasowym, ale dodatkowo może dojść do zakażenia tunelu cewnika.

Postępowanie i pielęgnacja przetok w stacji dializ

Zasady obowiązujące przy nakłuwaniu przetok w stacji dializ:

- 1) przy nakłuwaniu przetok należy zachować zasady antyseptyki i aseptyki, wszelkie czynności trzeba wykonywać w rękawiczkach jednorazowych; przy działaniach związanych z cewnikiem (czasowym lub stałym) muszą to być rękawiczki jałowe i maseczka chirurgiczna,
- 2) przed nakłuciem przetoki pacjent musi mieć umytą kończynę wodą i mydłem, osuszoną i odkażoną płynem dezynfekcyjnym,
- 3) trzeba sprawdzić szum przetoki i ewentualne zmiany (obrzęk, zaczerwienienie, ból),
- 4) należy spytać pacjenta, czy od ostatniej dializy gorączkował,
- 5) nie wolno nakłuć miejsca zespolenia tętniczko-żylnego i jego najbliższej okolicy,
- 6) igłę żylną należy nakłuć jako pierwszą, a tętniczą jako drugą,
- 7) igła żylna powinna być położona powyżej igły tętniczej,
- 8) przetokę należy ucisnąć jednym palcem powyżej miejsca planowanego wkłucia,

9) obie igły trzeba wkłuć zgodnie z kierunkiem przepływu krwi, co zapobiega tworzeniu się krwinków i tętniaków rzekomych; nakłuwanie w kierunku przeciwnym dodatkowo utrudnia regenerację śródbłonna i jest bezwzględnie przeciwwskazane w przetokach wykonanych na ramieniu,

10) przy nakłuwaniu przetoki z PTFE powinno się wkłuć igły zgodnie z zaleceniem firmy produkującej te naczynia,

11) bezwzględnie należy zmieniać przy każdej dializie miejsca wkłucia igieł,

12) powinno się wkłuć igły na całej długości zarterializowanego naczynia lub sztucznego naczynia,

13) nie wolno wkłuć się w to samo miejsce (wielu pacjentów preferuje tę metodę, gdyż takie nakłucia nie boją, ze względu na zniszczone nerwy), takie nakłuwanie zwiększa ryzyko powstania tętniaka rzekomego,

14) należy unikać nakłuwania żyły położonej głębiej niż 12 mm pod skórą, gdyż igła ma długość 15 mm i wkłuwana pod kątem mniejszym niż 90 stopni nie jest wystarczająco długa, aby jej końcówka znalazła się w całości w świetle naczynia,

15) po wkłuciu igieł do przetoki przykrywa się je jałowym opatrunkiem przymocowanym plastrem (nie uciskającym przetoki i nie okrężnym),

16) nie wolno przeprowadzać dializ przy użyciu przetoki niedojrzałej,

17) nie wolno nakłuć tętniaków,

18) należy zwrócić uwagę na wystąpienie początkowych objawów niewydolności przetoki: zmniejszenie szumu, drżenia nad żyłą i miejscem zespolenia, zmniejszenie przepływu krwi przez dializator (zasykanie), wzrost ciśnienia żylnego, recyrkulację >15%, obecność skrzeplin w igle, nieprawidłowe parametry biochemiczne po dializie (tzw. nieefektywna dializa zmuszająca do wydłużenia czasu dializ), trudności w nakłuwaniu,

19) trzeba obserwować pacjenta w czasie trwania dializy,

20) po zakończonej hemodializie igły z przetoki powinno się wyjmować ostrożnie, aby ostry koniec nie uszkodził śródbłonna naczyń,

21) po wyjęciu igieł krew tamuje się przez ucisk, ale tak, żeby nie zatrzymać przepływu krwi w przetoce, z ręką uniesioną ku górze (taka pozycja skraca czas tamowania krwawienia); przez cały czas tamowania musi być wyczuwalny szmer przepływu krwi,

22) przy przedłużonym krwawieniu (powyżej 20 minut) można uciskać miejsca po wyjęciu igieł spongostanem,

23) po zatamowaniu krwawienia należy założyć opatrunek (nie uciskający i nie okrężny),

24) w cztery tygodnie po założeniu przetoki można ją próbnie nakłuć cienką igłą w dniach pomiędzy dializami,

25) należy nauczyć pacjenta samodzielnego, prawidłowego tamowania krwawienia (1, 9, 10, 11, materiały ze stacji dializ, ul. Lindleya 4, Warszawa).

Problemy z dostępem naczyniowym u chorych na cukrzycę

W Polsce liczba osób dializowanych z powodu nefropatii cukrzycowej w ciągu ostatnich 11 lat wzrosła 15-krotnie. Stanowią oni ok. 19% wszystkich dializowanych (6). Duży odsetek (36%) hospitalizacji u pacjentów dializowanych związany jest z powikłaniami dostępu naczyniowego. Należy brać pod uwagę, że cukrzyca jest czynnikiem zwiększającym ilość występowania powikłań, dlatego bardzo ważną sprawą jest staranna pielęgnacja przetok u tych pacjentów. Czas funkcjonowania u nich przetok jest znacznie krótszy niż u pacjentów z innymi wskazaniami do dializ i wynosi średnio 25 miesięcy (6).

Drugą w kolejności przyczyną śmiertelności u tych pacjentów jest zakażenie związane z dostępem do dializ (dane National Kidney Foundation). Biorąc pod uwagę te dane, widać, jak ważna jest prawidłowa pielęgnacja, zapobieganie zakażeniom i powikłaniom oraz znajomość ich objawów, co pozwoli na jak najwcześniejsze ich wykrycie i podjęcie leczenia. Pięcioletni okres przeżywalności pacjentów z nefropatią cukrzycową, leczonych dializami wynosi 30%, natomiast jest on znacznie wyższy u pacjentów, u których zrobiono przeszczep narządów. Przeszczepienie nerki i trzustki jest w ich przypadku optymalną metodą leczenia, gdyż usuwa nie tylko skutek, ale i przyczynę choroby.

U pacjentów z niewydolnością nerek spowodowaną cukrzycą zaleca się znacznie wcześniejsze wytworzenie przetoki niż u pacjentów z inną przyczyną niewydolności. Powinno się ono odbyć na 6, a nawet 12 miesięcy przed spodziewaną pierwszą dializą (6). Spowodowane jest to faktem, że cewniki użyte jako pierwotny dostęp naczyniowy ulegają znacznie częściej zakażeniu u chorych z cukrzycą (6). Wcześniejsze wytworzenie przetoki zapobiegnie konieczności założenia cewnika, co zmniejszy ryzyko zakażenia. Drugą przyczyną takiego postępowania jest fakt, iż u chorych na cukrzycę istnieje wysoki odsetek pierwotnie niewydolnych przetok. Podczas pierwszej dializy użycie przetoki u tych pacjentów jest możliwe w 45,1% przypadków (6).

Cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zakrzepicy przetoki z użyciem protez naczyniowych z PTFE, dlatego National Kidney Foundation Dialysis Outcome Quality Initiative zaleca, aby przy wytwarzaniu przetok u pacjentów z cukrzycą wykorzystywać naczynia własne pacjenta. Dowiedziono, że zmniejszone jest ryzyko zgonu z powodu zakaże-

nia u chorych na cukrzycę, u których wytworzono przetokę z użyciem naczyń własnych. Przy założeniu, że ryzyko zgonu u tych pacjentów z przetoką z żyły własnej wynosi 1, to ryzyko zgonu u tych pacjentów z cewnikiem permanentnym wynosi 2,30, a z przetoką wykonaną z protezy – 2,47 (6). W Europie u 80% pacjentów z cukrzycą i wymagających leczenia dializami wykonuje się przetoki z naczyń własnych, cewnik permanentny zakłada się u 11% chorych, a przetokę z użyciem przeszczepu naczyniowego u 9%. W Stanach Zjednoczonych jest znacznie wyższy odsetek pacjentów z przetokami z PTFE niż w Europie, ale ostatnio ma tendencję zniżkową [6].

Wykazano, że drożność przetoki wytworzonej na przedramieniu u pacjentów po 65 roku życia, dializowanych kobiet i u chorych na cukrzycę jest mniejsza niż u pozostałych hemodializowanych. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest brak prawidłowego procesu dojrzewania przetoki tętniczo-żylniej, który powoduje brak wzrostu przepływu kompensacyjnego przez tętnicę promieniową. Jest to uwarunkowane zmniejszeniem podatności i elastyczności tętnicy z powodu jej zwapnień (obecność tych zmian obserwuje się w 82% przypadków) (6).

U chorych na cukrzycę po wytworzeniu przetoki występują inne powikłania niż u dializowanych bez cukrzycy (w tej grupie chorych jest to zakrzepica – u 39% i zwężenie przetoki – u 37%). U pacjentów z cukrzycą najczęstsze powikłanie stanowi niedokrwienie kończyny górnej (6). Metody leczenia tego powikłania to:

- podwiązanie przetoki,
- zmniejszenie przepływu w przetoce za pomocą operacyjnie założonego mankietu zwężającego (banding),
- przeszczep omijający z podwiązaniem tętnicy za zespoleniem tętniczo-żylnym,
- interwencja wewnątrznaczyniowa,
- sympatektomia piersiowa,
- leczenie zachowawcze.

Postępowanie alternatywne w przypadku braku możliwości wykonania hemodializy u chorego

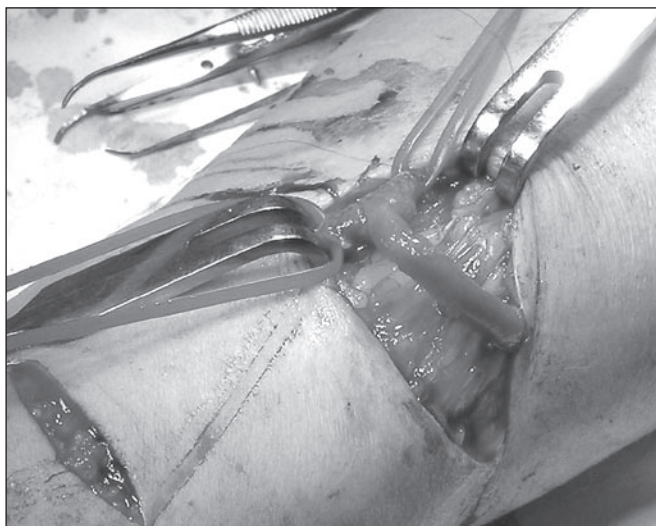
W przypadku gdy nie ma możliwości wykonania dostępu naczyniowego, a konieczność wykonania dializy jest bezwzględna, alternatywną metodą stanowi coraz częściej i efektywniej stosowana dializa otrzewnowa. Dializy takie pacjent może wykonywać samodzielnie po wcześniejszym przeszkoleniu lub w ośrodku zdrowia w miejscu zamieszkania. W praktyce jest to oddział nefrologiczny lub pielęgniarka przeszkolona w tym zakresie. Takie alternatywne postępowanie często dotyczy chorych zamieszkałych daleko od ośrodka dializ oraz dzieci.

Wnioski końcowe

- 1) Każda pielęgniarka (szpital, przychodnia, punkt pobrań) powinna posiadać podstawową wiedzę na temat prawidłowego postępowania z przetoką.
- 2) Właściwa pielęgnacja przetoki tętniczo-żylną przez pielęgniarkę ma wpływ na czynność i czas wykorzystania przetoki do dializ oraz na zmniejszenie ryzyka powikłań.
- 3) Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki zmniejsza ryzyko zakażeń przetoki u pacjentów oraz ryzyko zakażenia się personelu w przypadku pacjenta z aktywnym zakażeniem np. wirusem HBV, HCV, HIV.
- 4) Przed każdym rozpoczęciem hemodializy pielęgniarka powinna zbadać i ocenić czynność przetoki oglądaniem, obmacywaniem i osłuchiowaniem.
- 5) Edukacja pacjenta przez pielęgniarkę dotycząca prawidłowego postępowania z przetoką naczyniową ma istotny wpływ na jej czynność w odległym okresie w oczekiwaniu na przeszczep nerki.
- 6) Właściwy kontakt pielęgniarki z pacjentem oraz obserwacja pozwala na szybkie reagowanie w przypadku nieprawidłowej czynności.
- 7) Stałe szkolenie personelu pielęgniarskiego i opieka nad chorym dializowanym oraz zdobyte doświadczenie jest konieczne dla zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych pacjenta, ale przede wszystkim umożliwia przygotowanie pacjenta do transplantacji nerki.

Bibliografia

1. Chęciński P., Czekański S., Oszkiniś G., Zapalski S., Dostępny naczyniowy do dializ, wyd. medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2001 [1]
2. Daugirdas J.T., Blake P.G., Todd S., Podręcznik dializoterapii pod red. nauk. wyd. polskiego A. Książek, Wyd. Czelej Sp.z.o.o., Lublin 2003-09-07



Fot. 1. Operacja wytworzenia przetoki tętniczo-żylną, zespolenie tętnicy z żyłą

3. Garewicz R., Technika wytwarzania i ocena przydatności niektórych rodzajów podskórnych przetok tętniczo-żylnych do dializ wewnątrzustrojowych, rozprawa na stopień dr medycyny, Warszawa 1987
4. Grochowicki T., Jakimowicz T., Gałązka Z., i wsp., Wpływ cukrzycy na czynność przetok tętniczo-żylnych do dializ wytworzonych na naczyniach przedramienia. Polski Przegląd Chirurgiczny 2002, 74:536-541
5. Grochowicki T., Gałązka Z., Nazarewski S. i wsp., Analiza czynności przetok tętniczo-żylnych u chorych dializowanych z powodu nefropatii cukrzycowej, Nefrologia Diabetologia Polska, 2001,5:38-40
6. Kokot F., Frank E., Nefrodiabetologia, Via Medica, Gdańsk 2003 [10]
7. Noszczyk W., Chirurgia tętnic i żył obwodowych, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998
8. Pietura R., Przetoka dializacyjna – 10 pytań głównych, poradnik dla personelu medycznego stacji dializ
9. Rutkowski B., Dializoterapia przewodnik dla pacjentów, wyd. MakMed s.c., Gdańsk 2002
10. Rutkowski B., Dializoterapia w praktyce lekarskiej, wyd. MakMed, Gdańsk 2004
11. Rutkowski B., Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, wyd. MakMed, Gdańsk 1998
12. Szmidt J., Przetoki tętniczo-żylnie wewnętrzne do dializ wewnątrzustrojowych, rozprawa na stopień dr medycyny, Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantologii, Instytut Chirurgii AM w Warszawie, Warszawa 1978
13. Wójcicki K., Przetoka tętniczo-żylna dla celów dializy pozaustrojowej, Polski Przegląd Chirurgiczny 1983,55,1:55-60

Oświadczenie

Zgodę na wykonanie i wykorzystywanie dokumentacji fotograficznej będącej własnością lek. med. Antoniego Koźmińskiego ze szpitala w Działdowie otrzymałam w formie pisemnej po przedstawieniu niniejszej pracy od lek. med. Antoniego Koźmińskiego oraz od dr Mirosława Grzeszczyka z Ośrodka Dializ w Klinice Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii w Warszawie, przy ul. Nowogrodzkiej 59.



Fot. 2. Wytworzona przetoka tętniczo-żylna

Terminy obron prac doktorskich

I Wydział Lekarski

4 czerwca 2008 roku

godz. 12¹⁵

lek. Arkadiusz Pietrasik: *Profilaktyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych po zawale serca leczonych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej*

promotor: prof. dr hab. Grzegorz Opolski
recenzenci: dr hab. Andrzej Lekston
dr hab. Artur Mamcarz, prof. nadzw.

godz. 13⁰⁰

lek. Przemysław Krasnodębski: *Ocena gospodarki węglowodanowej w ostrej fazie zawału oraz w okresie rekonwalescencji u pacjentów z cukrzycą typu 2*

promotor: prof. dr hab. Waldemar Karnafel
recenzenci: prof. dr hab. Ida Kinałska
dr hab. Artur Mamcarz, prof. nadzw.

godz. 13⁴⁵

lek. Krzysztof Kanecki: *Ocena jakości życia zależnej od zdrowia u pacjentów z niewydolnością nerek leczonych zachowawczo lub hemodializami*

promotor: prof. dr hab. Longina Kłosiewicz-Latoszek
recenzenci: prof. dr hab. Danuta Śliwonik-Janeczko
prof. dr hab. Władysław Sułowicz

5 czerwca 2008 roku

godz. 10⁵⁰

lek. Inga Kłosińska: *Żywnienie parenteralne noworodków z ekstremalnie małą masą ciała drogą żył centralnych i obwodowych*

promotor: prof. dr hab. Maria Borszewska-Kornacka
recenzenci: prof. dr hab. Walentyna Iwaszko-Krawczuk
dr hab. Elżbieta Baryła-Pankiewicz

godz. 12⁰⁵

mgr Anna Majewska: *Przydatność kliniczna wybranych metod wirusologicznych w diagnozowaniu opryszczki narządów płciowych u kobiet*

promotor: prof. dr hab. Mirosław Łuczak
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Denys
dr hab. Paweł Kamiński, prof. nadzw.

godz. 12⁵⁰

lek. Nikola Niewęglowska: *Analiza czynników wpływających na decyzję o drodze porodu u ciężarnych po cięciu cesarskim*

promotor: dr hab. Roman Smolarczyk, prof. nadzw.
recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Jakiel
dr hab. Błażej Męczałski

godz. 13³⁵

lek. Tomasz Jarosław Szczęsny: *Ocena wybranych parametrów odporności humoralnej u chorych operowanych z powodu raka płuca*

promotor: prof. dr hab. Robert Słotwiński
recenzenci: prof. dr hab. Maria Wąsik
prof. dr hab. Stanisław Głuszek

II Wydział Lekarski

13 czerwca 2008 roku

godz. 10⁰⁰

lek. Paweł Kołodziejwski: *Ocena zastosowania klinicznego stabilizatora Dynastab K (kolano) w leczeniu złamań stawowych bliższej nasady kości piszczelowej*

promotor: dr hab. Jarosław Deszczyński, prof. nadzw.
recenzenci: prof. dr hab. Artur Dziak
prof. dr hab. Tadeusz Gaździk

godz. 11⁰⁰

lek. Iwona Pniewska: *Rola wirusów brodawczaka ludzkiego związanych z Epidermodysplasia Verruciformis (EV-HPV) w ontogenezie skórnej w populacji ogólnej*

promotor: prof. dr hab. Sławomir Majewski
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Langner
prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz

godz. 12⁰⁰

lek. Agnieszka Maździarz: *Wartość metody fotodynamicznej w diagnostyce i leczeniu chorób sromu*

promotor: prof. dr hab. Jerzy Stelmachów
recenzenci: prof. dr hab. Sławomir Majewski
dr hab. Maciej Wilczak, prof. nadzw.

godz. 13⁰⁰

lek. Ewa Surynt: *Współczesne możliwości rozpoznawania i leczenia ciąży ektopowej*

promotor: prof. dr hab. Beata Śpiewankiewicz
recenzenci: dr hab. Dariusz Szukiewicz
dr hab. Maciej Wilczak,
prof. nadzw. UM w Poznaniu

godz. 14⁰⁰

lek. Dariusz Tarwacki: *Przebieg ciąży, porodu i położu u pacjentek po endoskopowych zabiegach w obrębie jamy macicy*

promotor: prof. dr hab. Włodzimierz Sawicki
recenzenci: dr hab. Dariusz Szukiewicz
dr hab. Maciej Wilczak, prof. nadzw.