



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 11/2006

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Prof. dr hab. Mirosław Łuczak – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Sekretarz redakcji – vacat
Mgr Magdalena Zielonka – korekta
e-mail: magda.zielonka@am.edu.pl

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. **Leszek Pączek** – Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, 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 Górka** – 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:

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

Adres redakcji:

mdw@am.edu.pl
www.amwaw.edu.pl/biuletyn

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza AM tel. (22) 5720-327, fax (22) 5720-328
e-mail: oficyna.wydawnicza@am.edu.pl

Spis treści

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Elwira Zielińska</i>	
Z posiedzenia Senatu AM w dniu 6 listopada 2006 r. ...2	
Uroczysta promocja na II Wydziale Lekarskim4	
<i>Leszek Pączek</i>	
Słowo Rektora6	
<i>Katarzyna Lachowska</i>	
III Medyczne Targi Pracy8	
<i>Jerzy Reymond</i>	
Sesja Hirsfeldowska9	

MEDYCINA

<i>Jan Nielubowicz</i>	
Magia lekarskiego słowa 15	

NAUKA

Streszczenia prac doktorskich

<i>Piotr Tomaszewski</i>	
Wzajemne relacje stężeń ciał ketonowych oraz kwasów żółciowych we krwi pacjentów z nowotworami wątroby 23	

Obrony prac doktorskich

I Wydział i II Wydział Lekarski24	
---	--

DYDAKTYKA

<i>Anna Maria Charchuła, dr hab. Andrzej Krupienicz</i>	
Wiedza o miażdżycy a zachowania prozdrowotne studentów Akademii Medycznej w Warszawie25	
<i>Mgr Jerzy Rudzik</i>	
Pod rozważę – ku przestrodze. Stanisław Ignacy Witkiewicz – o szkodliwości palenia tytoniu.....27	

HISTORIA

<i>Bartłomiej Krzyżański</i>	
Kobiety w służbie zdrowia.....29	

PRO MEMORIA

Prof. dr hab. Wiesław Stryga30	
--------------------------------------	--

KOMUNIKATY

Nagroda ATENA 200632	
Kalendarz wydarzeń w Akademii Medycznej32	
Student Akademii Medycznej wybrany na członka Rady Wykonawczej Parlamentu Studentów RP33	
Jubileusz 50-lecia pracy zawodowej prof. Danuty Chmielewskiej-Szewczyk.....34	
Szpital Pluszowego Misia znów zaprasza dzieci	
Pół wieku idei – Obchody jubileuszu 50-lecia35	
IFMSA-Poland36	



Z posiedzenia Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 6 listopada 2006 r.

Mgr Elwira Zielińska

Biuro Organizacyjno-Prawne AM

Wręczenie odznaczeń, nagród i dyplomów uznania

Honorowym gościem posiedzenia Senatu AM był pan dr hab. **Roman Danielewicz** – Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

JM Rektor przekazał Panu dr hab. Romanowi Danielewiczowi przyznany przez Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego Srebrny Krzyż Zasługi.

Dr hab. Roman Danielewicz wręczył Pani prof. dr hab. **Małgorzacie Mironiuk** przyznaną przez Ministra Zdrowia Odznakę Honorową za Zasługi dla Ochrony Zdrowia.

JM Rektor prof. dr hab. Leszek Pączek wręczył:

Nagrodę Prezesa Rady Ministrów, panu doktorowi **Marcinowi Grabowskiemu** za rozprawę doktorską.

Dyplom uznania Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, panu profesorowi **Jakubowi Gołąbowi** za znaczące osiągnięcia naukowe.

Nagrodę Ministra Zdrowia za osiągnięcia w nauce otrzymali następujący studenci AM:

Jacek Bil, Magdalena Dudek, Wanda Gajzlerska, Katarzyna Elżbieta Gil, Eliza Grodkowska, Piotr Jurgowski, Agnieszka Kapłon, Stanisław Kowalski, Iwona Kucharska, Artur Leśkow, Beata Przybysz, Barbara Wsół, Katarzyna Zielińska.

Dyplomy za znaczące osiągnięcia sportowe w Mistrzostwach Polski Akademii Medycznych otrzymali następujący studenci AM:

Mistrzostwa w pływaniu:

Aleksandra Hryciuk, Joanna Janicka, Aleksander Kłosiewicz, Olga Sowińska, Joanna Wieczorek

Mistrzostwa w piłce siatkowej-mężczyźni II miejsce/medal srebrny/:

Bartosz Foroncowicz, Łukasz Kowalski, Jarosław Król, Jacek Małecki, Igor Parowski, Łukasz Sobociński, Artur Stefanowicz, Gracjan Suchodolski, Marcin Szeląga, Jerzy Żabiński

Mistrzostwa w piłce siatkowej-kobiety/IV miejsce/

Katarzyna Bienias, Jowita Grządkowska, Joanna Jaczewska, Hanna Jurczak, Joanna Kundzewicz, Weronika Machura, Katarzyna Michna, Aurelia Mielechow, Aldona Moreń, Magdalena Rongies, Anna Rychlik, Agnieszka Żyłka

JM Rektor przekazał wyróżnionym wyrazy uznania, gratulacje oraz życzenia dalszych sukcesów w sporcie, i w nauce oraz w życiu osobistym.

Powołanie profesorskiej Komisji nadzoru nad jakością kształcenia podyplomowego lekarzy

Dziekan Wydziału Szkolenia Podyplomowego prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** poinformował, że z uwagi na fakt, iż Uczelnia zamierza prowadzić szkolenie podyplomowe lekarzy kończące się uzyskaniem specjalizacji w zakresie zdrowia publicznego, epidemiologii i ochrony środowiska, czyli w nowych specjalnościach, w których kształcenie odbywa się poza ZOZ-ami, w jednostkach AM w Warszawie konieczne jest powołanie w ramach Uczelni – Komisji sprawującej nadzór nad jakością

działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentyistów.

Wynika to z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U nr 213, poz. 1779).

W składzie Komisji powinni znaleźć się specjaliści z danej dziedziny, która jest przedmiotem, w obrębie którego odbywa się szkolenie.

Senat uznał konieczność powołania Komisji sprawującej nadzór nad jakością działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy.

Komisja zostanie powołana jako Komisja Senacka lub Rektorska po uzyskaniu opinii prawnej w sprawie właściwego trybu jej powołania.

Utworzenie Zakładu Fizjologii Człowieka Wydziału Farmaceutycznego

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. J. Sawicki** wystąpił z wnioskiem o powołanie na Wydziale Farmaceutycznym Zakładu Fizjologii Człowieka. Inicjatywa utworzenia takiej jednostki w dużym stopniu wyszła od studentów Wydziału. Rada Wydziału poparła wniosek.

Senat w głosowaniu jawnym podjął decyzję o utworzeniu Zakładu Fizjologii Człowieka Wydziału Farmaceutycznego.

Zmiany kadrowe na II Wydziale Lekarskim

Senat pozytywnie zaopiniował wniosek zgłoszony przez Dziekana II Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. **M. Karolczaka** w sprawie powołania:

1. Dr hab. **Jarosława Wysockiego** na stanowisko Kierownika

Kliniki Otolaryngologii i Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii

2. Dr hab. **Bartosza Łoży** na stanowisko Kierownika Kliniki Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii.

Sprawy nauki w Akademii Medycznej w Warszawie

Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą prof. dr hab. **Ryszarda Chazan** omówiła najważniejsze zagadnienia związane z działalnością naukową prowadzoną przez AM w Warszawie.

Ponadto na wniosek Pani Profesor Ryszardy Chazan Senat:

- 1) Powołał do składu Senackiej Komisji ds. Nauki
 - Prof. dr hab. Lidę Chomicz,
 - Dr hab. Marka Kucha.
- 2) Powołał w skład Rady Bibliotecznej:
 - Prof. dr hab. Leszka Babłoka,
 - Prof. dr hab. Olgę Olszowską,
 - Dr hab. Piotra Kostrzewskiego,
 - Dr hab. Andrzeja Krupienicza.

JM Rektor zgłosił do Senatu wniosek o stworzenie możliwości otrzymania przez nauczyciela akademickiego więcej niż jednej nagrody, pod warunkiem, że tylko jedna będzie nagrodą pieniężną.

Nagroda naukowa Ministra Zdrowia, nie powinna wykluczać nagrody dydaktycznej Rektora.

JM Rektor stwierdził, że należałoby przyjąć zasadę, zgodnie z którą wnioski o nagrody, niezakceptowane przez Ministra, powinny być rozpatrywane w Uczelni z puli nagród Rektora.

Senat po przeprowadzeniu dyskusji zaakceptował zlikwidowanie górnego limitu liczby wniosków składanych do Ministra Zdrowia o przyznanie nagród nauczycielom akademickim AM w Warszawie.

Senat jednogłośnie zaakceptował także możliwość przyznawania nauczycielowi akademickiemu więcej niż jednej nagrody Rektora, pod warunkiem, że konsekwencje finansowe będą wiązały się tylko z jedną przyznaną nagrodą.

Informacja na temat wizyt służbowych Władz Dziekańskich II WL

Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim dr hab. **W. Koszewski** poinformował, że w ubiegłym roku akademickim Władze Dziekańskie English Division odbyły 3 wyjazdy zagraniczne, w tym:

wyjazd do Królestwa Arabii Saudyjskiej i Zjednoczonych Emiratów Arabskich, do Dubaju, do Republiki Chińskiej i Tajwanu, oraz do Indii.

W dniach 8–11 kwietnia 2006 r. miała miejsce wizyta w Królestwie Arabii Saudyjskiej, która odbyła się na zaproszenie Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego Arabii Saudyjskiej oraz Ambasadora Królestwa Arabii Saudyjskiej w Polsce.

Celem wizyty było uzgodnienie na poziomie Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego Arabii Saudyjskiej oraz Państwowej Komisji Egzaminacyjnej Arabii Saudyjskiej zasad bezpośredniej rekrutacji studentów z tego kraju na studia w ramach English Division w AM w Warszawie. Dotychczas pozyskiwanie studentów do English Division odbywało się drogą bezpośredniej rekrutacji. Wynikiem finansowym wizyty w Królestwie Arabii Saudyjskiej jest kwota około 200 000 EURO rocznie z tytułu czesnego przyjętych 20 studentów na studia w English Division w AM w Warszawie. Ponadto odnotowano oszczędność finansową w związku z wyeliminowaniem prowizji z tytułu pośrednictwa agencji edukacyjnych w rekrutacji studentów. Dotyczy to kwoty około 20 000 Euro rocznie.

Nawiązano również kontakt z polskim przedstawicielstwem dyplomatycznym na Tajwanie, bowiem z Republiką Tajwańską Polska nie utrzymuje kontaktów na poziomie ambasad.

W dalszej kolejności złożono wizytę w kolebce przedsiębior-

czości w Taj Pej. Tajwan posiada trzecie co do wielkości rezerwy dewizowe na świecie. Swoje bogactwo zawdzięcza bardzo szybkiej ścieżce wdrażania odkryć naukowych do realizacji. Panowie Dziekani mieli okazję zapoznać się z tym systemem.

W dniach 28.08 – 3.09. 2006 r. na zaproszenie Ambasady RP w Delhi złożono wizytę w Republice Indii. Celem wizyty było rozpoznanie rynku i nawiązanie współpracy bilateralnej między instytucjami edukacyjnymi Indii a AM w Warszawie oraz wyjaśnienie aktualnego statusu uznawalności dyplomów naszej Uczelni w Indiach. Dokonano również rozpoznania możliwości szerszego rekrutowania studentów hinduskich na English Division.

Zmiany w Planie rzeczowo – finansowym Uczelni

Kanclerz AM mgr **B. Grucza** poinformował, że AM otrzymała decyzję o przyznaniu Uczelni przez Ministerstwo Zdrowia dotacji w kwocie 217 805 zł w związku z nadbudową Centrum Dydaktycznego. Decyzja jest obwarowana warunkiem wydania tej kwoty do końca 2006 r.

Kanclerz zaproponował wykorzystanie części tej kwoty na przygotowanie dokumentacji technicznej. Aby zabezpieczyć tę kwotę w przypadku niewykorzystania jej do końca 2006 r., Kanclerz AM zgłosił wniosek o zabezpieczenie rezerwy w wysokości przyznanej kwoty ze środków AM na konto przyszłego roku.

Senat jednogłośnie poparł wniosek zgłoszony przez Kanclerza w sprawie zabezpieczenia rezerwy w wysokości przyznanej przez Ministerstwo kwoty ze środków AM na konto przyszłego roku, na wypadek gdyby nie udało się jej spożytkować w roku 2006.

Ponadto Senat na wniosek Kanclerza AM uchwalił następujące zmiany w Planie rzeczowo-

finansowym Akademii Medycznej w Warszawie na 2006r:

1. Zwiększa się Fundusz Wynagrodzeń Osobowych o kwotę 800.000 zł – poprzez przeniesienie tych środków z Funduszu wynagrodzeń osobowych.
2. Niewydatkowane środki na zakupy inwestycyjne służące wyposażeniu sal dydaktycznych (zał. Nr 4a do Uchwały

nr 36/2006 Senatu AM, poz. 3 i 7) w części, w której zostały rozpoczęte procedury zamówień publicznych w 2006 r. mogą być wykorzystane w 2007 r.

3. Niewydatkowane środki na zakup materiałów do dydaktyki (zał. Nr 2 do Uchwały nr 13/2006 Senatu AM, poz. 4.3) w części, w której zostały rozpoczęte procedury zamówień

publicznych w 2006 r. mogą być wykorzystane w 2007 r.

4. W Planie rzeczowo – finansowym Akademii Medycznej na 2006 r. przyjętym Uchwałą nr 13/2006 Senatu AM, załącznik nr 5 pt. „Inwestycje budowlane” uzupełnia się o pozycję V: „Nadbudowa Centrum Dydaktycznego – 217. 805 zł” (decyzja Ministerstwa Zdrowia).

Uroczysta promocja na II Wydziale Lekarskim AM

27 listopada 2006 r. w Sali Złotej Zamku Królewskiego odbyła się uroczysta promocja lekarzy, doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych nauk medycznych II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Dyplomy ukończenia studiów, po złożeniu Przysięgi Hipokratesa, z rąk Rektora naszej Uczelni prof. L. Pączka i Dziekana II Wydziału prof. M. Karolczaka otrzymało 76 osób.

Dyplom doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał **dr hab. med. Piotr Szopiński za pracę habilitacyjną pt. „Projekt, realizacja i badania stentu naczyniowego własnego pomysłu”**, której opiekunem był Pan **Profesor Wojciech Noszczyk**.



Przemawia Dziekan prof. dr hab. M. Karolczak, siedzą od lewej: prorektor prof. dr hab. J. Stelmachów, prorektor prof. dr hab. W. Gliński i prodziekan dr hab. A. Mamcarz

Dyplomy z wyróżnieniem otrzymali:

Lp.	Imię i nazwisko	Średnia za 6 lat
1.	Anna Katarzyna Kurowska /z d.Rudzka/	4, 77
2.	Magdalena Gałęcka–Wegiera	4, 74
3.	Justyna Romańska	4, 74
4.	Grzegorz Witkowski	4, 70
5.	Wojciech Ceran	4, 68
6.	Karol Król	4, 67
7.	Wojciech Król	4, 67
8.	Anna Telenga	4, 64

Tytuły doktora nauk medycznych otrzymało 27 osób. Dyplomy z wyróżnieniem otrzymali:

Doktorant	Promotor
Dr Grażyna Kuciel – Lisiecka	Prof. Jerzy Stelmachów
Dr Ewa Kurowska – Mroczek	Prof. Jerzy Stelmachów
Dr Arkadiusz Głowania	Prof. Jan Tatoń
Dr Tomasz Floriańczyk	Prof. Bożena Werner
Dr Agnieszka Cudnoch – Jędrzejewska	Prof. Ewa Szczepańska – Sadowska
Dr Iwona Gromek	Prof. Antoni Krzeski
Dr Agnieszka Pawlak	Prof. Robert Gil



Doktorzy



Rektor wręcza dyplom ukończenia studiów tegorocznej absolwentce



Doktor Halina Cieślak odbiera dyplom z rąk Dziekana

Dyplom doktora habilitowanego nauk medycznych otrzymał **dr hab. n. med. Leszek Szablewski za pracę habilitacyjną pt. „Zaburzenia dokomórkowego transportu deoksy-d-glukozy do wybranych krwinek krwi obwodowej u osób chorych na cukrzycę typu 2. Wpływ choroby i sposobu leczenia na transportery glukozy w tych komórkach”**, której opiekunem była Pani **Profesor Barbara Grytner – Zięcina**.

Tradycyjnie w programie uroczystości przewidziany był występ zespołu muzycznego grającego muzykę klasyczną. W tym roku jednak zaskoczeniem była zmiana formuły tego występu. Z inicjatywy Dziekana II Wydziału Lekarskiego, prof. Macieja Karolczaka, uroczystość uświetnił występ duo jazzowego światowej sławy: Tomasza Szukalskiego i Artura Dutkiewicza, których około dwudziesto-

minutowy recital spotkał się z gorącym przyjęciem zgromadzonych.



Uroczystość zakończył koncert jazzowy

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek

**Ekscelencjo,
Panowie Ministrowie,
Wysoka Rado Wydziału,**

**Drodzy Absolwenci,
Drodzy Doktorzy
i Doktorzy Habilitowani,
Dostojni Profesorowie
Szanowni Goście,**

Jak co roku spotykamy się na uroczystości rozdania dyplomów lekarza, a także dyplomów ukończenia studiów na kierunku fizjoterapia absolwentom II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Fizjoterapii i English Division Akademii Medycznej w Warszawie.

Studia medyczne, a następnie praca w zawodach medycznych wymaga wiele trudu i poświęcenia. Dlatego ci, którzy się na to decydują, to w większości młodzi idealisci, którzy swoje życie pragną poświęcić innym ludziom.

Już Horacy, wielki poeta starożytnego Rzymu, powiedział: *Nil sine magno vita labore dedit mortalibus* – życie nie dało śmiertelnym niczego bez wielkiej pracy. Cytat ten w szczególny sposób odnosi się właśnie do Was.

Praca w zawodzie medycznym to także wielka odpowiedzialność zarówno za siebie, jak i za swoją przyszłość, a także za waszych pacjentów. Wydaje mi się jednak, że mimo to codzienna praca pozwala zachować młodzińczy idealizm, który skierował Was na te studia. Poza tym, przynosi ona jedyną w swoim rodzaju satysfakcję i dumę.

Największy niemiecki poeta romantyczny, Johann Wolfgang Goethe, powiedział: *„Istnieją dwie pokojowe formy przemocy: prawo i przyzwoitość”*. Jeśli cho-

dzi o przedstawiciele zawodów medycznych, dodałbym do tego jeszcze trzecią formę przemocy: przymus ciągłego rozwoju i kształcenia się. Jest to wielki obowiązek, ale zarazem także przywilej. Przedstawiciele zawodów medycznych są w zasadzie jedyną grupą zawodową, która kształci się przez całe życie. W medycynie bowiem poglądy i metody leczenia dezaktualizują się, wiedza praktyczna zmienia się w połowie mniej więcej co 10 lat. Dzisiaj nie możemy powiedzieć, jakie będą standardy leczenia poszczególnych chorób już za pięć lat, kiedy będziecie Państwo zdawali pierwsze egzaminy specjalizacyjne. Nie wiemy, jak będzie wyglądała medycyna za 10 lat, gdy zaczniecie zajmować stanowiska ordynatorów i adiunktów. Dlatego tak ogromną wagę należy przywiązywać do uczenia się i krytycznego myślenia. Jestem przekonany, że znakomicie wiecie, że tylko technika chory–książka–chory przynosi odpowiednie efekty. I mam także nadzieję, że nigdy nie opuści Was zdolność do krytycznego myślenia.

Wierzę, że od przyszłego roku Ministerstwo Zdrowia zwiększy liczbę rezydentur, a także liczbę dostępnych miejsc do odbywania specjalizacji.

Z zawodami medycznymi nie są niestety związane ani sława, ani dostatek.

Żyjemy w czasach, kiedy ich przedstawicielom nie żyje się łatwo. Przykładowo w Polsce średnio pracownik pracuje 38,5 godziny tygodniowo. Za taką pracę ma wyliczoną pensję. W tej samej Polsce, przy tym samym Kodeksie Pracy, a przypomnę, że jest to Ustawa Sejmowa, lekarze pracują średnio 71,5 godziny tygodniowo. Jest to rozwiązanie niezgodne z prawem, takie jest orzeczenie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

W odpowiedzi Rząd proponuje, aby specjalnie dla lekarzy podnieść limit do 65 godzin tygodniowo.

Ale to nie tylko ciężka praca i niskie płace są powodem emigracji polskich lekarzy. Przychyłam się do opinii, że także spadek prestiżu tego zawodu stał się przyczyną szukania pracy poza granicami Polski. To smutne zjawisko.

Jak już wspomniałem, dzisiaj otrzymują dyplomy ukończenia studiów także absolwenci fizjoterapii. Ten nowy, bo działający od 2001 roku kierunek rozwija się nadzwyczaj prężnie.

W bieżącym roku zgłosiło chęć studiowania 16 kandydatów na jedno miejsce. Powstały nowe zakłady i kliniki Oddziału Fizjoterapii.

Życzę Oddziałowi i Panu Dziekanowi II WL, aby już od 2008 roku stało się możliwe otwarcie Studium Doktoranckiego Oddziału Fizjoterapii. Będzie to ukoronowaniem akademickiego nauczania fizjoterapii w Warszawie.

Nowa ustawa Prawo o Szkolnictwie Wyższym wprowadza III-stopniowy system kształcenia. Trzeci stopień to doktorat. Oznacza to, że w niektórych zawodach w UE pełne wykształcenie kończy się po obronie pracy doktorskiej.

Wszystkim tegorocznym absolwentom II Wydziału Lekarskiego życzę, abyście jak najszybciej mogli zrealizować to założenie w praktyce.

Dzisiaj również uczestniczymy w promocjach doktorskich i promocjach habilitacyjnych.

To wielki sukces naszych doktorantów, habilitantów, ich promotorów i opiekunów, a także rodzin.

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

W XVI wieku na Uniwersytecie Jagiellońskim w czasie

promocji doktorów medycyny Rektor UJ przekazywał im księgę, biret, pierścień i pocałunek z błogosławieństwem nauczyciela. Biret stanowił symbol obrońcy prawdy, pierścień symbol ślubu zawartego z nauką, księga to symbol zalecenia, aby doktor pomnażał wiedzę, ale także, aby nie polegał na cudzym zdaniu, a pocałunek oznaczał dopuszczenie do równości braterskiej wśród doktorów i profesorów. Od tamtego czasu minęło prawie 500 lat, symbole aż tak bardzo się nie zmieniły, a treść jest dokładnie taka sama.

Tegoroczni doktorzy, doktorzy habilitowani i profesorowie aktywnie przyczynili się do osiągnięć naukowych II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Fizjoterapii.

W dniu 30 czerwca 2006 roku, Komisja Badań na Rzecz Rozwoju Nauki i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego ogłosiła ranking jednostek medycznych. II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie znalazł się w I kategorii. Warto przypomnieć, że obecnie obowiązuje 5-stopniowa skala, a I-sza kategoria przyznawana jest na 4 lata. To wielki sukces Wydziału.

Pragnę w tym miejscu złożyć na ręce Pana Dziekana Profesora Macieja Karolczaka serdeczne gratulacje dla całej Wysokiej Rady i wszystkich pracowników II Wydziału Lekarskiego.

Szanowni Państwo,

Kończący się właśnie rok był dla naszej Uczelni wyjątkowy z wielu powodów.

W kwietniu tego roku oddano do użytku Centrum Dydaktyczne z aulą i pomieszczeniami dydaktycznymi dla łącznie 2000 studentów. Jest to kolejny krok mający przybliżyć nas do realizacji idei, która ma uczynić z naszej Akademii liczącą się w Europie, opiniotwórczą Uczelnię o znaczącym dorobku. Trudno było

rozpocząć ten proces bez miejsca, które w tradycji uniwersyteckiej odgrywa kapitalną rolę – bez auli, której brak dał się przez lata boleśnie odczuć. Obecnie straty te powetowaliśmy sobie zawiązką – Centrum Dydaktyczne jest niezwykle nowoczesnym, wielofunkcyjnym budynkiem, miejscem, gdzie oprócz codziennej pracy dydaktycznej mogliśmy już gościć uczestników międzynarodowych zjazdów i kongresów: Akademickich Dni Kardiologicznych organizowanych przez Katedrę i Klinikę Kardiologiczną II Wydziału Lekarskiego, Kongresu Stomatologicznego Wschód–Zachód prof. Janusza Piekarczyka. Centrum Dydaktyczne gościło także laureata Nagrody Nobla, prof. Luisa Ignarro, który wygłosił tu wykład.

Akademia Medyczna w Warszawie planuje w przyszłym roku rozpoczęcie budowy nowego Centrum Biblioteczno-Informatycznego.

Będzie to miejsce łączące funkcję tradycyjnej biblioteki z miejscem, gdzie dostęp do wiedzy będzie możliwy także za pomocą łączy i zasobów internetowych. Oznacza to dostęp do najnowszych osiągnięć i ustaleń nauki nie tylko dla naszych studentów i kadry, ale także dla wszystkich, którzy będą chcieli po tę wiedzę sięgnąć – zasoby Centrum Biblioteczno-Informatycznego będą otwarte także dla mieszkańców Warszawy.

Akademia Medyczna w Warszawie od bieżącego roku koordynuje prace nad stworzeniem Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. Jest to wspólne przedsięwzięcie naszej Uczelni, Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki oraz pięciu instytucji naukowych Polskiej Akademii Nauk.

Najnowszym, zgłoszonym także w bieżącym roku projektem

naszej Uczelni jest współtworzenie Narodowego Centrum Terapii Hadronowej. Jeżeli uda się go zrealizować, to dołączymy do wiodących ośrodków tego typu w Europie.

Ten rok dla Akademii Medycznej w Warszawie oznaczał także dostosowanie naszej Uczelni do wymogów nowego Prawa o Szkolnictwie Wyższym, czego wyrazem było przyjęcie nowego statutu Akademii.

Decyzją Senatu z dnia 25 września 2006 r. Akademia Medyczna rozpoczęła również starania o zmianę nazwy naszej Uczelni na Warszawski Uniwersytet Medyczny. Pozycja bowiem i dorobek naszej Uczelni – wyrażony m. in. w liczbie dziedzin, w których może nadawać tytuł doktora – uprawnia nas do posługiwania się mianem Uniwersytetu. Dotychczasowa nazwa Akademia wskazuje na takie uprawnienia jedynie w dwóch dziedzinach, co obniża rangę i prestiż naszej Uczelni. Wniosek w tej sprawie już złożyliśmy w Ministerstwie Zdrowia.

Za chwilę wszyscy Państwo, absolwenci, doktorzy i doktorzy habilitowani otrzymacie dyplomy opatrzone pieczęciami i podpisanymi, świadczące o tym, że posiadacie wiedzę. Ale nich to nie uspi Waszej czujności. Warto pamiętać słowa Heraklita: *Nie wystarczy dużo widzieć, żeby być mądrym*. Życzę Wam zatem, abyście byli nie tylko wykształceni, ale także mądrzy. Tego jednak Uniwersytet Medyczny nie może nauczyć.

Na zakończenie chciałbym raz jeszcze serdecznie Wam wszystkim i zebrany tu dzisiaj nauczycielom akademickim pogratulować. Gratuluję także Waszym rodzinom, które są tutaj razem z nami. Ta chwila to dla nich wielka satysfakcja i wielki powód do dumy.

III Medyczne Targi Pracy

Mgr inż. Katarzyna Lachowska

Biuro Karier Akademii Medycznej w Warszawie

16 listopada br. upłynął w Akademii Medycznej w Warszawie pod hasłem kariery. Już po raz trzeci odbyły się Medyczne Targi Pracy, tym razem w nowo wybudowanym Centrum Dydaktycznym Akademii przy ul. ks. Trojdena 2a. Wzorem lat ubiegłych impreza została zorganizowana przez Biuro Karier w trzeci czwartek listopada. Podtrzymanie tej tradycji sprzyja wpisaniu się targów na trwałe w harmonogram jesiennej edycji tego typu wydarzeń realizowanych przez szkoły wyższe w całej Polsce.

Zgodnie z założeniem przyjętym w poprzednich latach, targi były adresowane do studentów i absolwentów myślących o swojej zawodowej przyszłości. Miały na celu stworzenie im możliwości bezpośredniego poznania wybranych firm medycznych i farmaceutycznych, profilu ich działalności, przebiegu procesu rekrutacji i selekcji, a także ścieżki kariery. Odwiedzający mogli również zdobyć informację na temat aktualnych ofert praktyk, staży, pracy oraz wolontariatu.

W trzeciej edycji targów wzięło udział 22 wystawców reprezentujących branże: farmaceutyczną, lecznictwa szpitalnego, pośrednictwa pracy dla personelu medycznego w kraju i za granicą, mediów medycznych, a także wolontariatu. Poprzez atrakcyjne wizualnie prezentacje oraz obszerne materiały informacyjne przedstawiciele firm zachęcali odwiedzających do zapoznania się z ofertą rozwoju zawodowego. Swoje stoisko miało również Biuro Karier.

Według naszych szacunków, przez cały dzień targi odwiedziło około 700 osób. Dominującą gru-



pę stanowili studenci i absolwenci warszawskiej Akademii Medycznej. Jednak, co bardzo nas cieszy, zainteresowanie naszą imprezą wykazały również osoby reprezentujące uczelnie medyczne z innych miast Polski, w tym z Bydgoszczy, Krakowa czy Wrocławia. Wśród odwiedzających najwięcej było studentów i absolwentów kierunków: lekarskiego, fizjoterapii, farmacji, analityki medycznej, dietyki i zdrowia publicznego. Młodzi ludzie chętnie nawiązywali rozmowę z potencjalnymi pracodawcami. Ponadto, poszukiwali aktualnych ofert praktyk, pracy stałej i dorywczej. Dużym zainteresowaniem cieszyła się także działalność w ramach wolontariatu.

W porównaniu do lat ubiegłych obserwujemy rozwój targów, o czym świadczy przede wszystkim ponad dwukrotny wzrost liczby wystawców. Z pewnością przyczyniło się do tego poszerzenie wachlarza wykorzystanych form promocji targów w środowisku pracodawców oraz akademickim. Dużą rolę odegrała cykliczność organizacji targów oraz zainteresowanie ze strony mediów. Niewątpliwie

udogodnienie dla przebiegu imprezy stanowiła jej lokalizacja w nowoczesnym Centrum Dydaktycznym, w którym zajęcia ma codziennie wielu studentów. W przestronnym holu, co podkreślali wszyscy uczestnicy, wystawcy mogli swobodnie wyeksponować swoje stoiska, a odwiedzający porozmawiać z interesującymi pracodawcami. Poza tym dogodne godziny organizacji targów, tj. 11–16, umożliwiły ich odwiedzenie w przerwach pomiędzy zajęciami większej grupy studentów.

Pozytywne opinie na temat tegorocznych targów jeszcze bardziej motywują nas do kontynuacji tej formy działań. Przede wszystkim myślimy o większym zróżnicowaniu wystawców, tak aby ofertę dla siebie mogli znaleźć studenci i absolwenci wszystkich kierunków kształcenia na Akademii Medycznej. Innym pomysłem jest połączenie targów z panelami dyskusyjnymi. Wiąże się to z koniecznością jeszcze szerszej promocji i ugruntowania w świadomości wszystkich zainteresowanych znaczenia organizacji tego typu imprezy na uczelni medycznej.

SESJA HIRSZFELDOWSKA

28.10. 2006 r. w Zakładzie Anatomii AM odbyła się sesja naukowa połączona z odsłonięciem tablicy pamiątkowej poświęconej prof. Ludwikowi Maurycem Hirszfeldowi.

Podczas sesji wystąpili zaproszeni goście: prof. M. Krawczyk, Dziekan I WL, dr A. Włodarczyk, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej i prof. K. Jędrzejewski, Prezes PTA.

Okolicznościowe wykłady wygłosili:

dr Jerzy Reymond, który przedstawił biografię L. M. Hirszfelda,

dr hab. Jarosław Wysocki omawiający postaci warszawskich anatomów XIX wieku oraz

prof. dr hab. Bogdan Cizek, który przedstawił „Inspiracje Hirszfeldowskie w podręcznikach anatomii człowieka”.

Ludwik Maurycy Hirszfeld (1814 –1876)

Dr Jerzy Reymond

Ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radom- skiego Szpitala Specjalistycznego

Ludwik Maurycy Hirszfeld urodził się 3 kwietnia 1814 r. w Nadarzynie koło Warszawy, w ubogiej rodzinie żydowskiej. Jego ojciec pracował w rytualnej rzeźni w charakterze tzw. rzeźnika (hebr. szochet), odznaczając się techniczną zręcznością, stosowaną wiedzą talmudyczną i odpowiednim poziomem moralnym, niezbędnym do ceremonialnego przygotowania ubijanych zwierząt do spożycia przez pobożnych Żydów.

Ludwik uczęszczał do szkółki religijnej (hebr. cheder), w której uczył się tylko czytania hebrajskiego i pisania oraz modlitw. W 1825 r. ojciec otrzymał posadę szocheta w Warszawie i zamieszkał na Solcu. Tu, wśród handlarzy, rzeźników czy poganiaczy bydła, wzrastał przyszły profesor Akademii Medyko – Chirurgicznej. Młodego Ludwika ojciec gorliwie zaprawiał do swego zawodu. Syn często pomagał ojcu, przyglądał się wypatroszonym bydłom, grzebał w ich wnętrznościach, jednakże obchodziły go bardziej „stosunki anatomiczne” poszczególnych narządów ubitych zwierząt, aniżeli ceremo-

niał przygotowania ich do spożycia. Marzył o karierze lekarskiej, zawodzie, mogącym nobilitować każdego, nawet wywodzącego się z nizin społecznych. Z popularnych książek hebrajskich czerpał rozmaite wiadomości z dziedziny medycyny i wiedzy przyrodniczej, skrywając przed fanatycznym otoczeniem swoje zainteresowania naukami świeckimi. Z zamiłowaniem uczył się śpiewu oraz gry na skrzypcach.

Pod wpływem przyjaźni ze swoim rówieśnikiem Leonem Grossheitem, (który później też został lekarzem), wywodzącym się z zamożniejszej i bardziej światłej rodziny, rozwijał żądzę wiedzy, ucząc się potajemnie m.in. matematyki. W 1833 r. obaj młodzieńcy pragnący zostać lekarzami opuszczają po kryjomu Warszawę, udając się pieszo do Wrocławia, by studiować na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu. Nie wystarczyły dobre chęci, by dostać się na uczelnię bez świadectwa dojrzałości, bez egzaminów, bez żadnych dokumentów.

Młody Hirszfeld nie myślał o życiowej stabilizacji, jaką wytoczyła mu rodzina żeniąc go, by się ustatkował. Postanowił udać się do Paryża w poszukiwaniu lepszych perspektyw. W 1834 r. wyruszył w daleką podróż przez Wrocław, Lipsk, Berlin do Paryża. Całą drogę – jak opowiada P. Girsztowt w pośmiertnym wspomnieniu o profesorze – odbył pieszo i boso, nocleg znajdując

w rowach, a za pokarm używając strączków polnego grochu i zrabiając na chleb grą na skrzypcach. Przekradał się przez granice bez paszportu, bez pieniędzy. Ale dotarł wreszcie do Paryża – mimo braku funduszy, znajomości francuskiego i dachu nad głową.

Na początku swojego pobytu w Paryżu w 1834 r. Ludwik Hirszfeld utrzymywał się z gry na skrzypcach. Szczęśliwym trafem wkrótce został zatrudniony w charakterze posługacza w prosektorium École Pratique de Medicine u profesora B.M. Bourgeriego. Tu, gdzie pracował, zamieszkał też kątem, całe dnie spędzając na macerowaniu i bieleniu kości dla studentów anatomii. Niezależnie od tego drogą samokształcenia zaczął intensywnie uzupełniać braki w wykształceniu ogólnym, ucząc się fizyki, chemii, biologii, łaciny oraz francuskiego. Jako wolny słuchacz uczęszczał też na wykłady anatomii prowadzone przez profesora Bourgeriego.

Zdarzyło się bowiem podczas jednego z wykładów, że asystenci nie dostarczyli profesorowi na czas żadanego preparatu. Wówczas posługacz przyszedł z pomocą. Kiedy Bourgeri, zachwycony preparatem, dowiedział się, kto go sporządził, mimowolnie, z entuzjazmem krzyknął do audytorium: „a genoux, messieurs!” (Na kolana, panowie!). Od tego zdarzenia, które dziś nabiera wymiaru anegdoty, rozpoczęła

się droga do awansów. Najpierw Hirszfeld został preparatorem mistrza, któremu ten nie szczędził pochwał i zachęty do dalszej pracy. Później po kilku latach Bourgery polecił swojego podopiecznego, jako biegłego już anatoma, profesorowi M. J. B. Orfila, dziekanowi Szkoły Lekarskiej w Paryżu, który przyjął go na pomocnika przy wykonywaniu sekcji sądowo – lekarskich.

Prof. Orfila, wybitny farmakolog i toksykolog, zadowolony z rezultatów współpracy z Hirschfeldem, w jego imieniu jako dziekan wystąpił do ministra oświaty z prośbą o wyrażenie zgody na podjęcie przez niego studiów, i taką zgodę otrzymał.

W roku 1848, po 14 latach pobytu za granicą, Hirszfeld otrzymał stopień doktora medycyny. Miał wówczas 34 lata. Rozprawa doktorska „*Des injections capillaires*”, dotycząca nastrzykiwania specjalnym barwnikiem preparatów anatomicznych, przyniosła mu niemały rozgłos we Francji, odznaczając się nowatorstwem, gdyż torowała drogę nowym sposobom zastosowania techniki anatomicznej w medycynie.

Największym sukcesem, który odbił się głośnym echem w świecie, było pięknie wydane w 1853 r. dzieło pt. „*Nevrologie ou description et iconographie du systeme nerveux et des organes des sens de l'homme, avec leur mode de preparation*”, napisane przez Hirszfelda przy współudziale rysownika J. E. Leveillé'a.

Dzieło zostało uznane za rewelację naukową; dwukrotnie wydane we Francji, zostało też opublikowane w Anglii oraz Ameryce.

Autor zaprezentował tu rozległą wiedzę o układzie nerwowym, przedstawionym bardzo dokładnie, ujmując wszystko kompleksowo, w powiązaniu z całą skomplikowaną strukturą anatomiczną człowieka. Zawarł

również cenne uwagi fizjologiczne, omówił najlepsze sposoby preparowania.

Ogromnym atutem okazał się atlas anatomiczny (92 tablice) dołączony do dzieła, wspierający ilustracjami wywód teoretyczny. Barwne ilustracje wykonał rysownik Leveille na podstawie „wrobionych z natury okazów”, które wcześniej przygotował Hirszfeld. Po opublikowaniu dzieła przysły nagrody. Hirszfeld został laureatem Nagrody Monjou, Francuskiej Akademii Nauk, otrzymał medal Instytutu Francuskiego w Paryżu. Jak odnotował Karol Estreicher (13), wspomniana Akademia uhonorowała też autora gratyfikacją pieniężną w kwocie 15000 franków (ciekawostka: druk atlasu kosztował 20000 franków). Warto jeszcze wspomnieć, że kolejną, rozszerzoną wersją dzieła stała się wydana później w Paryżu wraz z atlasem anatomicznym (1866) „*Neurologia i aesthesiologia*” („*Nevrologie et esthesiologie, traite et iconographie du systeme nerveux et des organes des sens de l'homme, avec leur mode de preparation*”). Tablice anatomiczne, które były ozdobą tych dzieł, wielokrotnie przedrukowywano później na całym świecie; między innymi posłużyły takim autorom podręczników anatomii, jak Gegenbauer, Rauber i Kopsch, Edinger, Sobotta. Uważane za klasyczne, do dzisiaj nie straciły aktualności; wybrane ryciny znalazły miejsce w polskich podręcznikach anatomii człowieka (np. A. Bochenka i M. Reichera).

Konsekwencją ugruntowanej nagrodami sławy było zaproszenie anatoma do udziału w wydaniu 12 – tomowej zbiorowej anatomii pod redakcją prof. Bourgery'ego. Gdy redaktor prowadzący stał się w 1849 r. ofiarą cholery, jego olbrzymie dzieło dokończyli Bernard, Huette i właśnie Hirszfeld.

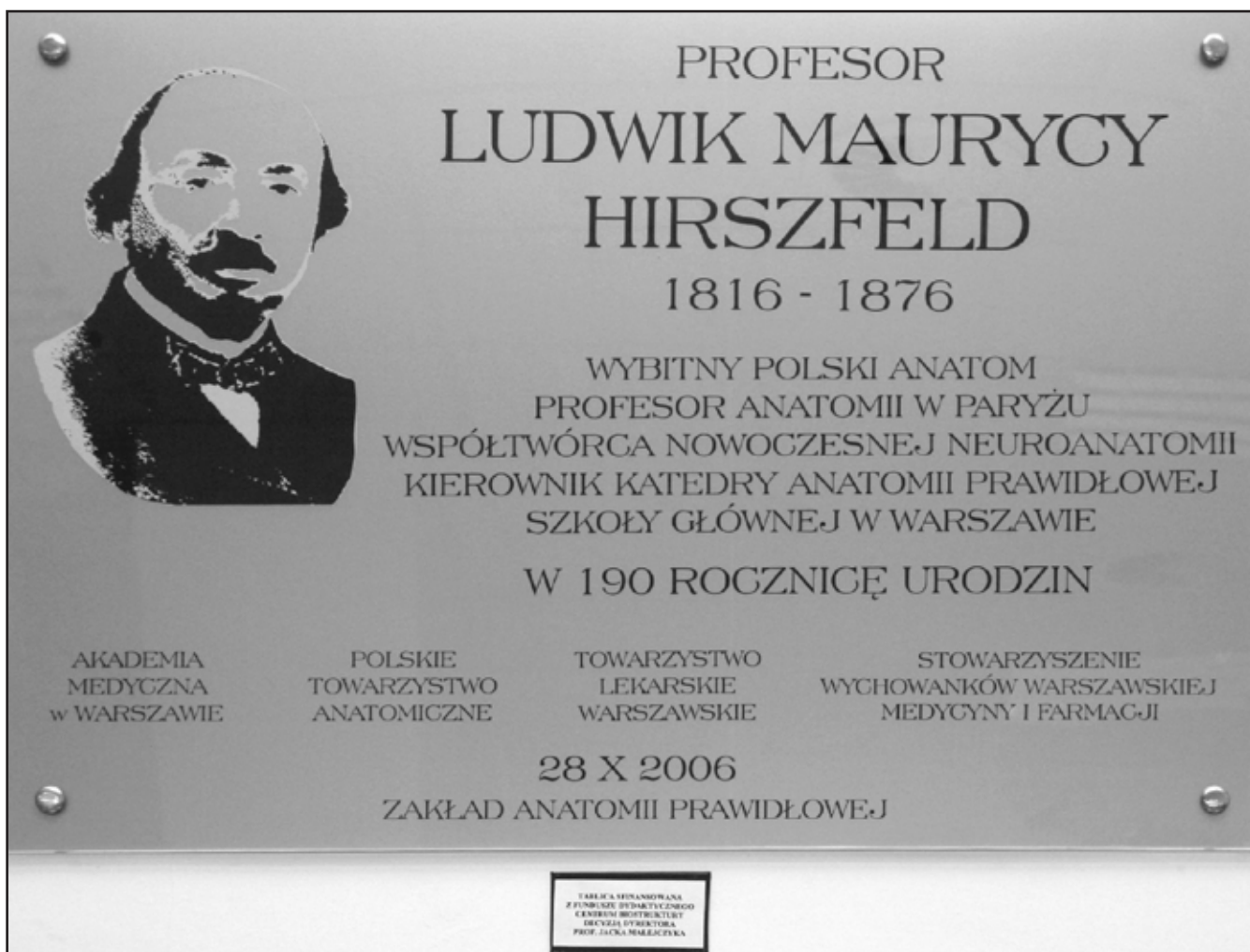
Hirszfeld przez wiele lat w Paryżu z powodzeniem wykładał anatomię opisową w École Pratique de Medicine, gdzie wcześniej był zwykłym posługaczem. Poza tym rozwijał swoją działalność jako członek Towarzystwa Biologicznego czy Towarzystwa Lekarzy Polskich w Paryżu. W roku 1857 został asystentem prof. Rostana, a nawet objął stanowisko kierownika jego kliniki w szpitalu Hôtel Dieu.

Na podstawie obserwacji i doświadczeń klinicznych publikował artykuły, w których zawierał dokładne opisy badań pośmiertnych.

Artykuł „*Tumory mózgowe diagnozowane podczas życia*” (1859 r.) poświęcił dociekaniom nad diagnozowaniem nowotworów mózgu jeszcze za życia pacjenta, co było wówczas nowością.

Wspomniany prof. Rostan zarekomendował Hirszfelda przybyłemu do Paryża prezydentowi Akademii Medyko – Chirurgicznej w Warszawie, Cycurynowi, nazywając swojego współpracownika „głową anatomów ówczesnej epoki”. Wkrótce po przyjeździe do ojczyzny Hirszfeld za ofiarowane carowi Aleksandrowi II dzieło o systemie nerwowym obdarowany został brylantowym pierścieniem.

Profesor L. M. Hirszfeld pracował jako nauczyciel akademicki w trzech uczelniach warszawskich. Rozpoczął zajęcia 15 września 1859 r. wykładem inauguracyjnym w Cesarsko-Królewskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej (formalnie nominowany na stanowisko profesora zwyczajnego 21 stycznia 1859 r. z pensją 1400 rubli rocznie). Od roku 1862, to znaczy po zamknięciu tej uczelni przez rosyjskiego zaborcę, kontynuował pracę na Wydziale Lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej, a od 1869 roku w rosyjskojęzycznym Cesarskim Uniwersytecie



Warszawskim (zarabiał wtedy 3000 rubli rocznie). Warszawski etap kariery profesora układał się od początku pomyślnie. Środowisko akademickie owacyjnie, z wielkimi honorami przyjęło w swoje szeregi przybyłego z Paryża anatoma, co podchwyciła miejscowa prasa. „Tygodnik Lekarski” wydrukował wspomniany wyżej wykład inauguracyjny profesora w Akademii Medyko – Chirurgicznej z września 1859 r., uznając go za największe wówczas wydarzenie kulturalne w Warszawie. Hirszfeld objął Katedrę Anatomii po Ludwiku Neugebauerze, zatrudnionym czasowo na okres dwóch lat (1857 – 1859).

Należy zwrócić uwagę na nowoczesną organizację zajęć z zakresu anatomii. Rozdzielono anatomię teoretyczną i praktyczną, rozciągając zajęcia ze

studentami nauk lekarskich na okres dwóch lat. Anatomie teoretyczną wykładał w ciągu roku dla studentów pierwszego kursu prof. Hirszfeld; na wykład przeznaczono 6 lekcji tygodniowo po 1 – 1,5 godziny każda. Anatomia praktyczną ze studentami drugiego kursu zajmował się adiunkt Pilcicki, pod którego kierunkiem podopieczni zobowiązani byli także do wykonania określonej liczby preparatów anatomicznych; na zajęcia praktyczne przeznaczono 6 lekcji tygodniowo po 2 godziny każda. Kierujący Katedrą prof. Hirszfeld otrzymał do pomocy przy wykładzie prosektora i pomocnika prosektora. Wszyscy razem na niezbędne potrzeby mogli wydatkować 700 rubli rocznie.

Pod względem materialnym Katedra Anatomii była dość zaobna, dobrze urządzona, dyspo-

nując bogato wyposażonym gabinetem, którego stan posiadania przez cały czas istnienia Akademii czy później Szkoły Głównej był systematycznie pomnażany. Niezbędne preparaty kupowano za granicą, wiele z nich otrzymał gabinet w darze od Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz profesora Hyrtla z Wiednia. Niezależnie od tego prosektor wraz ze swoim pomocnikiem zobowiązani byli w ciągu roku wyrobić pewną liczbę preparatów do muzeum. Za cenniejsze okazy wykonane przez studentów uczelnia wyznaczała nagrody pieniężne. Zdarzało się też, że władze uczelni, odpłacając zagraniczne wyjazdy naukowe Hirszfelda do Francji czy Anglii w roku 1862 oraz 1864, dodatkowo wyasygnowały kilkaset rubli na zakup określonej liczby preparatów i narzędzi. W ten spo-

sób gabinet anatomiczny wciąż się wzbogacał, a jego zasoby, odpowiednio rozdysponowane, stały się zarodkiem innych gabinetów: anatomii patologicznej oraz porównawczej.

Prof. Hirszfeld odnosił również sukcesy na polu dydaktycznym. Do wykładów przygotowywał się starannie, każdorazowo sporządzał odpowiednie konспекty tematyczne, realizując je w toku prelekcji punkt po punkcie – dokładnie, drobiazgowo, rzeczowo. Przyjęty sposób działania po części dyktowała konieczność. Profesor nie władał dobrze polszczyzną, dlatego pisemne opracowanie wykładu znacznie ułatwiało mu komunikację językową ze słuchaczami. Stosował różne metody nauczania. Często posługiwał się metodą poglądową i praktyczną, wykorzystując w tym celu plansze z rycinami oraz gotowe okazy anatomiczne. Sam umiał ładnie i szybko rysować, nieraz prezentując tę umiejętność przed studentami, których potrafił zaciekawić, zachęcić do zgłębiania trudnego, jak podkreślał, przedmiotu.

Do nauki anatomii opisowej w uczelniach warszawskich prof. Hirszfeld używał w początkowym okresie książek obcych autorów. Postanowił jednak opracować swój podręcznik dla potrzeb akademickich, bazując na własnych wykładach, które wcześniej przygotowywał w formie pisemnej.

Ciekawie przedstawia się historia czterotomowej „*Anatomii opisowej ciała ludzkiego*”, która ukazywała się drukiem w latach 1861 – 1870. Jako chronologicznie pierwszy wydany został 4. Tom pt. „*Układ nerwowy i przyrządy zmysłowe (Neurologia i aesthesiologia) wraz z uwagami fizjologicznymi*”. Przedstawiony tutaj materiał był zgodny z tym, jaki Hirszfeld zaprezentował w prowadzonych przez wiele lat wykładach dla studentów. Tom 3. wydrukowa-

ny został jako drugi z kolei pt. „*Opis układu naczyniowego człowieka (Angiologia) wraz z uwagami fizjologicznymi*”. Ukazał się w 1863 r. w drukarni Karola Kowalewskiego. Tom 1, trzeci z kolei, ukazał się w 1867 r. w drukarni Spółki C.D.N. (Czerwieński, Dobieszewska, Niemira) pod tytułem „*Opis układu kostnego i stawowego (Osteologia i arthrologia) wraz z uwagami fizjologicznymi*”. Wolumen liczy 656 stron. W „Przedmowie” Hirszfeld wyjaśnia, dlaczego wydawanie swojego dzieła rozpoczął od końca. Zaznacza, iż we wszystkich częściach podręcznika starał się dostosować słownictwo fachowe do wymagań Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Aby zaś ułatwić uczącym się przyswojenie trudnej nauki anatomii – jak pisze na drugiej stronie „Przedmowy”, poświęcał zawsze „wytworność stylu jasności i dokładności wyrazów... We wszystkich ścisłych naukach, styl przesadnie wyszukiwany, nie tylko nie jest ozdobą, ale utrudnia nawet pojęcie, a przez to naraża czytelnika na uszczerbek... Tamuje czasem łatwe zrozumienie ważnych szczegółów i utwierdzenie ich w pamięci”.

Kolejne 43 strony zajmuje „Wstęp” przedstawiający bardzo ciekawą historię anatomii, po czym autor skupia uwagę na omówieniu układu kostnego i stawowego człowieka, sposobów preparowania kości.

Tom 2, jako chronologicznie ostatni, czyli czwarty z kolei, podzielony został na 2 części. Część 1. „*Opis układu mięśniowego i powięziowego (Miologia i aponeurologia) wraz z uwagami fizjologicznymi*” ukazała się w drukarni Izaaka Goldmana w 1869 r. Część 2. pt. „*Opis układu trzewowego, czyli nauka o wnętrznosciach (Splanchnologia) wraz z uwagami fizjologicznymi*” wydana została w 1870 r., jak i część poprzednia, w drukarni Izaaka Goldmana.

Hirszfeld wydał „*Anatomię*” własnym nakładem. Wysokość tego nakładu oscylowała w granicach 1500 – 2000 egzemplarzy. Jedną z firm wydawniczych, co dziś jest pewną ciekawostką, w katalogu księgarskim z 1875 r. określiła cenę 15 rubli za całość (4 tomy).

Dzieło Hirszfelda spotkało się z życzliwym przyjęciem odbiorców. Pod względem merytorycznym wysoko ocenili je specjaliści, o czym świadczą bardzo pochlebne recenzje, jakie ukazały się w czasopismach, np. na łamach „Tygodnika Lekarskiego” (nr 14, 1861 r.).

Uogólniając tę część rozważań, należy podkreślić, że „*Anatomia opisowa ciała ludzkiego*” stanowi ukoronowanie dorobku naukowego L. M. Hirszfelda i jest pierwszą encyklopedią anatomiczną w polskim piśmiennictwie. Należy jednak żałować, że autor nie zrealizował zamiaru wydania polskiej wersji atlasu anatomicznego, który byłby znakomitym dopełnieniem dzieła. Z pewnością przeszkodził brak czasu spowodowany nawałem obowiązków naukowo-dydaktycznych i związanych z kierowaniem katedrą w uczelni warszawskiej. W pewnym stopniu plany zniweczyła postępująca z wiekiem utrata sił oraz zdrowia u profesora. Inny powód, być może najważniejszy, to brak odpowiednich środków finansowych (przypomnę, iż profesor poniósł ogromne koszty związane z wydaniem własnym nakładem czterech tomów podręcznika). Jak pisał Karol Estreicher: „Wyjątkowo i na ryzyko drukowali autorowie dzieł naukowych prace ścisłej umiejętności” (12). Tym samym wydawcy nie chcieli podejmować ryzyka, jeśli nie byli pewni zysku; chętnie drukowali np. słowniki, bo prenumerowały je szkoły, urzędy czy inne placówki, a najchętniej kalendarze, które rozchodziły się w dużej ilości (np. 30 000 egzemplarzy).

Profesor zjednął sobie sympatię studentów jako życzliwy, łagodnego usposobienia, a nawet pobłażliwy egzaminator. Tym odróżniał się wyraźnie od Michała Pilcickiego – prosektora, później adiunkta, nadzwyczaj wymagającego, u którego na egzaminie praktycznym z anatomii rzadko kto otrzymywał stopień dostateczny za pierwszym podejściem. Na dowód warto przytoczyć dowcipną anegdotę, którą odnotował Z. Bychowski. „Kiedy prosektor Pilcicki, z którym łączyły prof. Hirszfelda nienajlepsze stosunki, kiedyś przy egzaminie za dużo wymagał od studenta, profesor odezwał się: „Panie Pilcicki, czy pan chce, żeby on tak znał anatomię jak Hirschfeld?!”

Oprócz Hirszfelda w Akademii Medyko – Chirurgicznej wykładali uczeni tej miary, co Tytus Chałubiński (kierownik kliniki terapeutycznej), Aleksander Le Brun (chirurgia teoretyczna), Włodzimierz Dybek (wykładał patologię i terapię ogólną), Henryk Hoyer (fizjologia i histologia). Ci sami uczeni stanowili trzon Wydziału Lekarskiego Szkoły Głównej Warszawskiej, której rektorem w roku 1862 był Józef Mianowski.

Wydział Lekarski Szkoły Głównej przeżył trudny okres w związku z powstaniem styczniowym, w które zaangażowało się wielu studentów, niosąc pomoc rannym (część z nich nie ukończyła przerwanych studiów lekarskich). Rzecz godna podkreślenia – Hirschfeld należał do nielicznych w gronie profesorskim sympatyków powstania, zachęcał nawet studentów do udziału w nim. W związku z tym niewiele wówczas brakowało, żeby doszło do zamknięcia wydziału przez władze carskie, co przyniosłoby niepowetowane straty dla narodu (przed tym uchroniły uczelnię taktowne działania dyplomatyczne rektora).

Po zamknięciu Szkoły Głównej nastąpił regres w nauce. Na Wydziale Lekarskim rosyjskojęzycznego Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, który zaczął działać od 1869 roku, pozostali nieliczni profesorowie. Wydział znacznie podupadł, między innymi, dlatego, że zmniejszyła się liczba wykładów, skurczyło zaplecze dydaktyczne (np. z powodu materialnych ograniczeń w klinikach), a przez to obniżył się poziom nauczania.

Nie tylko działalność dydaktyczna, praca nad podręcznikiem anatomii czy prywatna praktyka lekarska absorbowwały profesora. Znalazł jeszcze czas na aktywną współpracę z Towarzystwem Lekarskim Warszawskim, w którego szeregi wstąpił 20 stycznia 1861 r. z rekomendacji prezesa dr. Kohlera. Równocześnie z wieloma zajęciami profesor uprawiał także publicystykę naukową, współpracując z czasopismami medycznymi, głównie „Gazetą Lekarską” – „pismem tygodniowym poświęconym wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej, farmacji i weterynarii”. Przez szereg lat był w ścisłym składzie redakcji „Gazety Lekarskiej”, obok innych ówczesnych znakomitości, takich jak Le Brun (prof. kliniki chirurgicznej), Girsztowt (prof. chirurgii teoretycznej), Mianowski (prof. wydziału lekarskiego, rektor Szkoły Głównej) czy Łuczkiwicz (redaktor naczelny).

Owocnym plonem tej pracy stały się różne publikacje, stanowiące dopełnienie rozlicznych zainteresowań i pasji badawczych prof. Hirszfelda. Najciekawsze spostrzeżenia kliniczne, które przed laty opublikował prof. Hirschfeld w Paryżu, pełniąc funkcję szefa kliniki w szpitalu Hôtel Dieu, przetłumaczył z francuskiego Henryk Dobrzycki (lekarz praktykujący w Warszawie). W 1866 r. na łamach

„Kliniki” (nr 7), czasopisma poświęconego umiejętnościom lekarskim, ukazała się publikacja pt. „*Ropień napływowo w śródpiersiu tylnym, spółniczący z jamą pajączką kanału kręgowego. Spostrzeżenia prof. L. Hirszfelda...*” Tłumacz uznał, że warto te spostrzeżenia przenieść na grunt polski w celu zastosowania w leczeniu podobnych, jakże trudnych przypadków chorób związanych z powstaniem „ropni napływowych” wewnątrz organizmu pacjentów.

Równie cenne spostrzeżenia kliniczne, dotyczące ciężkich przypadków związanych z „ropieniem napływowym w jamie brzusznej”, przyniosło tłumaczenie H. Dobrzyckiego pt. „*Ropień napływowo w jamie brzusznej, przedziurawienie pęcherza moczowego i kiszki prostej, zakrzepzył zaskórnych wewnętrznych. – Spostrzeżenia prof. Hirszfelda*”.

„*Spostrzeżenia nad nerwami macicy*” – to tytuł pierwszej publikacji polskiej prof. L. Hirszfelda, bezpośrednio niezwiązanej z doświadczeniami klinicznymi, którą wydrukował na kartach „*Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*” (nr 5, 1860 r.). Jak zaznaczył profesor, „dotąd anatomowie nie zgadzają się ani co do samego istnienia nerwów macicy, ani co do ich grubości, ani też, co do miejsca, w którym się znajdują”. Polski uczonego przedstawił różne stanowiska na ten temat, rozproszył wątpliwości, a na koniec podkreślił swój punkt widzenia.

Do wielu twórczych poszukiwań i osiągnięć profesora można dorzucić jeszcze jedno, odmienne charakterem od dotychczasowych. Chodzi o patent związany z wymyślonym przez niego narzędziem chirurgicznym, zwanym medullotomem. Medullotom to inaczej mały nożyk ruchomy, który miał się składać z niewielkiego drążka

sprężynowego, połączonego ruchomo z półtoracentymetrowym brzeszczotem prostokątnym. Tak wykonany nożyk powinien ułatwić specjalistom wykonywanie precyzyjnych cięć, chociażby podczas wydobywania mózgowia z jamy czaszkowej w celu poddania oględzinom w badaniu pośmiertnym. Potrzeba skłoniła anatoma do złożenia propozycji wykonania nożyka znanemu z wyrobu narzędzi chirurgicznych w Paryżu p. Mathieu. Ten wykonał zlecenie, jakie otrzymał drogą korespondencyjną, a następnie przedstawił narzędzie na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu 3 października 1865 r. Tym sposobem Hirszfelfd torował drogę pionierom nowoczesnej techniki w medycynie.

Hirszfelfd zajmował się również anatomią porównawczą kończyn górnych i dolnych człowieka, o czym świadczy artykuł „Porównanie szkieletu kończyn górnych z dolnymi”, który ukazał się w „Gazecie Lekarskiej” nr 37 z 1867 r. Autor skupił się na określeniu podobieństw między kończynami, dostrzegając cztery odcinki mniej więcej sobie odpowiadające: „bark odpowiada biodru, ramię – udu, przedramię przedudziu i ręka – stopie”. Problematyce kośćca ludzkiego, ściślej mówiąc kręgosłupa, poświęcona została kolejna publikacja profesora pt. „Nowy pogląd na warunki anatomiczne wygięcia kręgosłupa” („Gazeta Lekarska” nr 47, 1867 r.). Hirszfelfd wymienił trzy naturalne krzywizny kręgosłupa w płaszczyźnie przednio – tylnej: szyjną i lędźwiową, które są zwrócone wypukłością ku przodowi oraz grzbietową (miał na myśli piersiową), skierowaną w odwrotnym kierunku. Pomiął zupełnie krzywiznę krzyżową, wypukłą ku tyłowi, która istnieje już w życiu płodowym. Jak słusznie zauważył, wygięcia fizjologiczne

wzmacniają kręgosłup, ułatwiają jego funkcjonowanie.

Na łamach „Gazety Lekarskiej” w roku 1868 ukazał się obszerny artykuł w pięciu odcinkach pt. „O kanałach pachwinowych i udowych”. Autor połączył w nim problematykę właściwą anatomii opisowej ze wskazaniem dotyczącymi praktyki lekarskiej, odniesionymi do chirurgii. Dlatego napisał: „Część anatomii najbardziej zasługującą na dokładne poznanie stanowią niezaprzeczalnie kanały pachwinowe i udowe; one bowiem są powodem jednej z najgroźniejszych chorób rodzaju ludzkiego, to jest przepuklin pachwinowej i udowej, sposób leczenia, których zasada się li tylko na ścisłej znajomości szczegółów anatomicznych dotyczących ich budowy”. Profesor adresował tę publikację do chirurgów, gdyż – jak sugerował w publikacji – najskuteczniejszym sposobem leczenia wymienionych przepuklin są zabiegi operacyjne.

„Międzykrocze (perineum)” to tytuł ostatniej publikacji prasowej profesora, wydanej w kilku odcinkach poszczególnych numerów „Gazety Lekarskiej” w 1869 r. (numery: 36, 39, 40, 41). Autor adresował rozważania do miłośników anatomii oraz chirurgów, którzy mogliby zastosować w praktyce wiedzę anatomiczną na poruszony temat.

Jak wynika z omówionych publikacji prasowych, skala zainteresowań i poszukiwań badawczych profesora była szeroka – od obserwacji klinicznych i diagnozowania chorób, przez roztrząsanie różnych kwestii z zakresu anatomii opisowej oraz porównawczej, ogłoszenie patentu na wyrób narzędzia chirurgicznego, aż po umiejętne łączenie wiedzy anatomicznej z praktyką lekarską (chirurgią). Jako lekarz z powodzeniem prowadził praktykę prywatną, zwłaszcza wśród Żydów, którzy nazywali go

„generałem”. Wyjeżdżał do chorych także poza Warszawę – do Łodzi, Pińska, Witebska itd. W praktyce lekarskiej uprawiał też działalność filantropijną, na co zwrócił uwagę Henryk Kroszczor – bezpłatnie leczył i opiekując się chorymi, zepchniętymi na margines społeczny z powodu biedy. Nigdy nie zapomniał o najbliższych będąc „najlepszym synem i bratem, przykładem męża i czułym ojcem”. Szczególną troską otoczył swojego starego ojca, który przeżył ponad 100 lat.

Profesor wykładał anatomię opisową niemal do końca swoich dni. 27 maja 1875 r. zwrócił się do władz Uniwersytetu Warszawskiego z prośbą o zwolnienie go z obowiązków wykładowcy i skierowanie na emeryturę. Powodem był zły stan zdrowia, m.in. wada serca, połowiczny niedowład po lewej stronie, choroba płuc. Pomimo tego ostatni wykład wygłosił jeszcze 26 marca 1876 r.

Zmarł 10 maja 1876 roku. Jego śmierć odbiła się szerokim echem. W „Gazecie Warszawskiej” z 13 maja 1876 r. opisano ceremonię pogrzebową, w którym to sprawozdaniu mówiono o „serdecznym udziale publiczności” oraz że pomimo niepogody „Młódź akademicka, której był prawdziwym przyjacielem, niosła trumnę na barkach przez całe miasto, aż na miejsce wiecznego spoczynku”, natomiast „Przegląd Tygodniowy” nr 21 z 1876 r. pisał „dla nas ten pogrzeb uczynego Żyda, który zgromadził to wszystko, co nauką i talentem świeci w Warszawie, był triumfem cywilizacji naszego wieku nad ciemnotą i przesadami, nad nędzą i upośledzeniem ubiegłej epoki”.

Profesor L.M. Hirszfelfd pochowany został na Cmentarzu Żydowskim przy ulicy Gęsiej (dziś ul. Anielewicza) w Warszawie (kwatery 20, rząd II, miejsce 3).

2 lutego 2007 r. mija piąta rocznica śmierci prof. dr hab. n. med. Jana Nielubowicza, wieloletniego kierownika I Kliniki Chirurgii AM, dyrektora Instytutu Chirurgii AM, Rektora AM, współtwórcy transplantologii w Polsce, patrona Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

MAGIA LEKARSKIEGO SŁOWA

Jan Nielubowicz

Słowo lekarskie ma trzech adresatów: chorego, kolegę i ucznia lekarza

Profesorowi Walentemu Hartwigowi, znakomitemu polskiemu lekarzowi, twórcy nowoczesnej endokrynologii klinicznej naszego kraju, mistrzowi słowa lekarskiego, w 80. rocznicę urodzin z najlepszymi życzeniami zamiast kwiatów, wykład ten ofiarowuję.

Dzień dobry panu, co panu dolega? Jak się pan dzisiaj czuje? Te trzy krótkie zdania powtarzam codziennie od 51 lat, spotykając się z chorymi, których danym jest mi leczyć. Od wielu lat słowa te uważam za najpierwsze narzędzie mej pracy, początek wywiadu; posługuję się nimi, spełniając moje obowiązki lekarza, który: w ciągu całego życia... według najlepszej wiedzy będzie dopomagał cierpiącym i zwracającym się do niego o pomoc...

Dziś z perspektywy lat, w okresie refleksji właściwej memu wiekowi, zdaję sobie sprawę, że słowa moje nie są tylko szukaniem informacji, zdawkową grzecznością, narzędziem pracy zawodowej. Mają one także dziwną wagę i moc, których przyczyna wymyka się spod kontroli kartezjańskiego sposobu rozumowania, tak właściwego każdemu Europejczykowi. Jest to moc, która przeraża znaczenie i rzeczywisty sens wypowiedzianego lub napisanego naszego słowa. Moc ta płynie

nie tylko z przekonania chorego o wiedzy lekarza, ale także z tego, że rozmawia on z kimś, kim w jego wyobrażeniu lekarz być może. Oздrowicielem, szafarzem zdrowia, pocieszycielem. Myśl: chcę być zdrowy! ma w sobie taką samą siłę, jak: chcę żyć. Ma to swój początek w najstarszych strukturach mózgu, może diencephalon, a może nawet w tak starych częściach, jak np. archicerebellum.

Wiara w moc uzdrowicielską lekarza, słuszna czy niesłuszna, idzie bardzo daleko. Czasami mam wrażenie, że chory człowiek, nieraz dużo mądrzejszy ode mnie, wierzy, że ja jako lekarz mogę mieć wpływ na zjawiska przyrody wbrew jej prawom, jakbym miał możliwość posiłkowania się magią, tzn. jakimiś tajnymi siłami, znanymi tylko mnie. Stwarza to sytuację wyjątkowego zaufania, które chory okazuje lekarzowi. Na lekarza zaś nakłada obowiązek godnego w najwyższym stopniu wykorzystania tego zaufania, tak aby spełnić oczekiwania chorego. Jednym z bardzo ważnych narzędzi służących do tego celu jest słowo. Aby spełniło ono swe zadanie, musi być uczciwe, prawdziwe i mądre. Płynie to z osobowości lekarza i z umiejętności, które są mu wrodzone, jak też nabyte przez odpowiednie ćwiczenia i naukę.

Zastanawiałem się wielokrotnie nad przyczyną tego, że jeden lekarz robi to lepiej, inny gorzej. Doskonałość w tej dziedzinie uważa się nieraz za ta-



lent lub umiejętności aktorskie. Uważam to za niesłuszne. Aktor lepiej lub gorzej naśladuje kogoś lub też odtwarza jakąś sytuację. Posługuje się przy tym cudzymi słowami. Lekarz powinien mówić to, co sam myśli, czego się sam nauczył, co wywnioskował i co przemyślał, opierając się na dłuższym lub krótszym doświadczeniu własnym. Jego słowa są tym chętniej słuchane i tym większą mają moc przekonania, im bardziej są autentyczne, jego własne.

Czasami warto jest porównać je z doświadczeniem innych. Temu celowi służą zawarte poniżej moje uwagi na temat umiejętności, wagi, znaczenia i mocy słowa lekarskiego.

Słowo lekarskie ma trzech adresatów: chorego, kolegę i ucznia lekarza.

Słowo skierowane do chorego. Używam go, jako narzędzia mej pracy lekarskiej. Ustalając rozpoznanie, wytyczając wskazania do różnego typu leczenia, porozumiewając się z chorym w przebiegu leczenia, rozmawiając z nieuleczalnie chorym.

Rozmowy te polegają na:

- 1) zbieraniu informacji,
- 2) przekonywaniu chorego,
- 3) oddziaływaniu słowem w sytuacjach niepokoju i niedających się opanować bólów, w przewlekłej chorobie nieuleczalnie chorego, np. wobec chorego na raka.

Zbieranie informacji w czasie pierwszej rozmowy z chorym, przy ustalaniu rozpoznania, najszybciej dochodzi się do wzajemnego porozumiewania wówczas, gdy najpierw chory mówi swoim językiem wszystko, co uważa za właściwe. Jeżeli jest to nieuporządkowane chronologicznie i wyrażone innym językiem niż ten, do którego przywykłem, staram się zawsze razem z chorym ustalić kolejność, w której wystąpiły dolegliwości, jak też zrozumieć istotę skarg. Jest to łatwe z chorym młodym, nieschorowanym, wykształconym, trudne z człowiekiem starym, chorym jednocześnie na kilka chorób. Najtrudniejsze z chorym nie zrównoważonym psychicznie. W każdej sytuacji, pamiętając o tym, że rozmowa z chorym ma na celu leczenie mego rozmówcy, staram się po wstępnych zdaniach:

- 1) ustalić wspólną terminologię,
- 2) uzyskać dokładną informację co do czasu, typu promieniowania bólów, objętości krwotoku, natężenia kaszlu itp.

Bardzo ważne są krótkie, rzeczowe określenia, najlepiej wyrażone liczbami. Gdy uporządkuję wszystko i razem z chorym ustalę cały przebieg choroby,

zawsze pytam się, czy chory ma mi jeszcze coś do powiedzenia, o co, być może, zapomniałem zapytać.

Rozmawiając z człowiekiem starym, choć na pewno nie jestem w tej mierze doskonały, nie staram się okazywać zniecierpliwienia. Ludzie starzy robią wszystko wolno i wymagają nieraz kilkakrotnego powtarzania tego samego pytania. Nie unikam na ogół stwierdzenia, że czegoś nie wiem, wówczas gdy ktoś inny może to wiedzieć lepiej. Staram się mówić krótko, używając prostych, zrozumiałych dla chorego słów, nie chowając swych myśli za naukowe określenia. Staram się unikać porównań, przenośni, powtórzeń i omówień. Chory nieraz wkłada w usta lekarza różne zdania i słowa, których on nigdy nie powiedział. Staram się zawsze mówić prawdę.

Jest to rzecz szczególnie trudna w rozmowie z chorym na raka, jak też z nieuleczalnie chorym. W tych przypadkach postępuję różnie, zależnie od osobowości chorego, jego stanu psychicznego i warunków, w których się znajduje.

Chory często wierzy lekarzowi bezgranicznie i dlatego trzeba się bardzo dobrze zastanowić, jak należy sformułować prawdę, aby go ona nie przeraziła. Myślę, że winno się jednak być możliwie bliskim prawdy, mając zawsze na celu właściwy i korzystny przebieg leczenia. Trzymam się więc zasady, aby przy najgorszej nawet prawdzie pozostała choremu jakaś nadzieja na lepsze.

Bardzo ważną dla przebiegu leczenia sprawą jest to, że lekarz zna i pamięta przebieg choroby. W przychodni, przy dużej liczbie chorych, łączy się to z błogosławionym zwyczajem sporządzania w kartach choroby krótkich zapisków, które lekarz przypomina sobie przy następnej wizycie i dzięki nim łatwiej mu przeko-

nać chorego, że choroba pacjenta i sam pacjent są przedmiotem szczególnego zainteresowania i pamięci. W oddziale, w czasie obchodu, lekarz musi pamiętać, co się zdarzyło z chorym wczoraj, przedwczoraj. Musi, jak to się mówi potocznie – „znać chorych”. Dotyczy to w równej mierze lekarza leczącego, jak i ordynatora, docenta i profesora. Jeżeli lekarz nie potrafi zapamiętać tego, co się dzieje z chorym oddanym mu w opiekę i fakt ten się ujawni, to taki lekarz powinien zmienić rodzaj pracy na niekliniczną. Każdy bowiem chory – od najmłodszego do najstarszego – chce, aby on, właśnie on, był przedmiotem wyraźnego, szczególnego zainteresowania leczącego go lekarza. Jeżeli lekarz czegoś nie pamięta, niech przeczyta przed obchodem sporządzone notatki, przed wizytą prosi o przypomnienie mu sprawy przez pielęgniarkę, koleżkę, ale niech chory wie, że doktor zna jego sprawę i śledzi postępek jego leczenia.

Słowa budzące przekonanie słuszności tworzą w świadomości chorego autorytet lekarza, od którego zależy w dużej mierze samopoczucie i reżim leczenia. Autorytet ten winien być niepodważalny. Prof. Witold Orłowski zwykł mawiać, że „autorytet ma ten lekarz, który potrafi przekonać chorego, aby leżał w łóżku, pomimo że nie ma gorączki ani bólów”.

Z rozmowy dowiadujemy się często, że chory boi się tego, co z nim będzie. Jest to wynik złej i niedostatecznie jasno podanej informacji. Należy wytłumaczyć choremu, odpowiednio do jego możliwości pojmowania, jak można najwięcej o jego chorobie. Czasami, szczególnie ludziom starym, należy to powtarzać wielokrotnie. Chory musi mieć też informację odpowiednią do jego chęci – tyle, ile pragnie wiedzieć, ale w tym zakresie wszystko.

Jednemu wystarczy informacja, że wskazana jest operacja. Chory zgadza się na nią i nie pyta więcej. Inny chce wiedzieć, jaka to będzie operacja, jeszcze inny pragnie dokładnego wyjaśnienia techniki zabiegu czy podstaw teoretycznych proponowanych sposobów leczenia. Wszystkie wątpliwości należy wyjaśnić zgodnie z wolą chorego, nie bojąc się, że prawdziwa informacja może go zmartwić.

Skargi na niedostateczną informację słyszy się szczególnie często na zachodzie. U nas chorzy w szpitalach żalą się przede wszystkim na złe warunki, w których przebywają, oraz na zły, nieraz arogancki stosunek do nich personelu. Natomiast na zachodzie, np. w USA, Anglii lub Szwecji, liczne ankiety prowadzone w szpitalach wskazują wyraźnie, że najczęstszą skargą chorych jest niedostateczna informacja – przede wszystkim – co do rokowania w ich przypadku. Chorzy żalą się tam na to, że nie wiedzą, co z nimi będzie, i że nikt ich dostatecznie nie informuje, po co wykonuje się różne badania, czego się po nich oczekuje, i wreszcie, jaki dały one wynik. Wszystko to, tak u nas, jak i na zachodzie, wymaga tłumaczenia, mówienia i dobrego, mądrego słowa. Nie zawsze zgadza się to z chęciami i cierpliwością lekarzy i pielęgniarek. Dobre słowo jednak wiele w tych razach znaczy.

Przekonywanie chorego

Przekonywanie chorego dotyczy głównie wyboru lekarza, zachowania chorego, potrzeby operacji, diagnostyki inwazyjnej.

Najczęstszym pytaniem, które się zwykle słyszy w tych razach, to słowa: „a co mi to da?”. Należy wtedy wytłumaczyć choremu wszystko, wyjaśniając dokładnie i uczciwie, w jakim stopniu badanie to jest niezbędne dla dalszego leczenia, ew. operacji. Gdy chory

ma ostre bóle, gdy krwawi lub domyśla się, że sytuacja jego jest krytyczna, przekonanie go o potrzebie operacji nie jest zazwyczaj trudne. W moim życiu chirurga zdarzały się jednak trudne chwile, wówczas gdy w obawie przed niepomyślnym wynikiem operacji chory nie zgadzał się na operację uważając, że podobna sytuacja zdarzyła mu się już kilka razy w przeszłości i za każdym razem dolegliwości miały bez operacji. Najtrudniej jest jednak wówczas, gdy chory chce umrzeć. W myśl tego, co powiedziałem uprzednio, chory boi się zazwyczaj wtedy, gdy lekarz nie wytłumaczył mu dostatecznie jego choroby, istniejącego zagrożenia życia i szans wyzdrowienia. Słowa mądre i prawdziwe, wskazujące na rzeczywiste zainteresowanie się lekarza chorym, wystarczą zazwyczaj, aby chory zgodził się na operację. Uważam jednak, że w razie jakichkolwiek wątpliwości chorego przekonać go musi sam operator, mówiąc wyraźnie, że on go będzie operował, określając też dokładnie, co zamierza zrobić. Wobec drugiej sytuacji, tzn. wówczas, gdy chory chce umrzeć, stanąłem bezradny tylko dwa razy w moim życiu i do dnia dzisiejszego mam wątpliwości, czy wypełniłem mój obowiązek do końca. Pierwszy raz stary człowiek, nauczyciel, z ostrą nowotworową niedrożnością jelita i ogromnym wzdęciem, nie chciał się zgodzić na operację, napisał na kartkach umieszczonych nad i pod kołdrą „NIE”. Prosiłem, tłumaczyłem, zgodził się dopiero po 36 godzinach; umarł wskutek spóźnionej operacji. Drugi przypadek był jeszcze trudniejszy. Młody żołnierz, Tatar krymski, postrzelił się w brzuch w celach samobójczych. Myślę, że operacja byłaby go uratowała. Nie zgodził się, pomimo moich perswazji, ponawianych wielokrotnie. Nie dał się

jednak przekonać i umarł, mimo że mógł być uratowany. Jest to dla mnie bardzo trudny etycznie problem, myślę jednak, że nie mam prawa łamać woli innego człowieka, który ma wyłączne prawo decydowania o własnym losie. Inni samobójcy, których leczyłem w klinice chirurgicznej, najczęściej z podejrzanym gardłem lub przeciętymi żyłami przedramienia, godzili się zwykle bardzo szybko na operację, widząc obfite krwawienia z zadanych sobie ran.

Oddziaływanie słowem na chorego

Z niedającymi się opanować bólami. Sprawa ta była dawniej dramatycznie trudna dla lekarza i najbliższego otoczenia chorego. Obecnie, dzięki nowoczesnej anestezjologii oraz chordotomii i lobotomii, nie wymaga już takiej siły słowa jak ongiś.

W chorobie przewlekłej. Chodzi o chorych leczonych dotąd zachowawczo, jak np. z przewlekłym owrzodzeniem dwunastnicy, przewlekłą kamicą żółciową, chromaniem przestankowym, niedrożnością tętnic obwodowych, trzewnych i wieńcowych. Każdy z wymienionych chorych jest inny, ale wspólne dla nich jest to, że operacja stwarza im szansę polepszenia lub wyleczenia, narażając jednak na niebezpieczeństwo samego zabiegu. Po wielu latach i licznych przeżyciach tego typu wiem, jak dużo w tych przypadkach zależy od osobowości chorego i osobowości lekarza. Wahającego się chorego należy przede wszystkim uczciwie i dokładnie poinformować o ryzyku operacji. O ile chory o to zapyta, należy także wymienić procent śmiertelności operacyjnej, częstość powikłań. Jednocześnie należy przedstawić dokładnie historię naturalną choroby i ew. dalsze niepomyślne rokowanie bez operacji.

Znam dobrze straszny żal, który przez długi czas chirurg czuje do siebie wówczas, gdy chory dał się przekonać namowom, a wynik operacji był zły. Przekonało to mnie, jak trzeba być ostrożnym i bezstronnym w ocenie sytuacji przy ustalaniu wskazań do leczenia operacyjnego. Trzeba zawsze znaleźć czas na wiele słów potrzebnych w podobnych sytuacjach. Jeżeli ja sam mam wątpliwości, wówczas zadaję sobie pytanie: Co bym zrobił, co bym radził choremu, gdyby to był ktoś z moich najbliższych? Odpowiedź przychodzi wówczas sama.

Wobec chorego na raka.

Na sprawę tę istnieją różne poglądy. W krajach anglosaskich lekarze uważają, że choremu należy wyraźnie powiedzieć, że jest chory na raka, wymieniając jego cechy i rokowania. W krajach łacińskich zdania są podzielone. Uzewnętrznianie własnych uczuć, należące w tej strefie świata do rzeczy codziennych i wręcz oczywistych, sprawia nieraz wrażenie, że zarówno zła wiadomość, jak i informacja o nieuleczalnej chorobie, jaką jest w przekonaniu wielu osób rak, może przyczynić się do załamania psychicznego i wyraźnego pogorszenia stanu chorego. W strefie, w której ludzie posługują się cyrylicą, reakcje i poglądy są podobne, jak w krajach łacińskich. U nas przyjęło się, że choremu, jeżeli nie jest to konieczne dla dobra dalszego leczenia, nie mówimy całej prawdy. Uważam, że jest to słuszne. Ponadto odnoszę często wrażenie, że chory bardzo dobrze wie, na co jest chory, ale nie chce, aby mu odbierać ostatnią nadzieję. Nie ma jednej reguły postępowania w tych razach.

Chirurg bywa nieraz w szczególnych sytuacjach wobec istniejących wskazań do leczenia operacyjnego chorych na raka.

Istnieją, jak mi się zdaje, trzy możliwości:

1. rozpoznałem nowotwór, chory kwalifikuje się do operacji lub innego typu leczenia;
2. chory na pewno nie kwalifikuje się do operacji, bo lekarz przypuszcza, że nowotworu nie uda się usunąć w całości;
3. operacja wykazała obecność nieoczekiwanego, nieoperacyjnego nowotworu.

W tej sytuacji chory czasami nie chce się operować. Najczęstszym argumentem wśród naszych polskich chorych jest to, że „przecież nie boli”. Ludzie reagują w różny sposób na wiadomość o tym, że są chorzy na raka. Każdy jednak wymaga osobnej rozmowy i użycia bardzo rozważnych, wyważonych słów. Człowiekowi inteligentnemu należy dokładnie wytłumaczyć, gdzie znajduje się nowotwór, i co nastąpi, jeżeli się go nie usunie. Człowiek inteligentny wie, że medycyna daje pewne rzeczywiste szanse wyleczenia. Takiemu choremu należy powiedzieć, jaki jest procent szans wyleczenia lub długoletniego przeżycia. Podane liczby w procentach muszą być prawdziwe, ja staram się jednak podawać dane najkorzystniejsze. Należy też wspomnieć o możliwości powikłań pooperacyjnych, wyraźnie je wymieniając. Wobec chorego, który po stwierdzeniu, że należy go operować, nie dopomina się dokładniejszych informacji, poprzestaję na tym i operuję go. Jeżeli na moje oświadczenie nie zgadza się na operację, mówię: „Pan ma guzek, który grozi zezłośliwieniem”, a jeżeli i to nie wystarcza, mówię wyraźnie: „Pan ma raka”. Nazywam więc rzecz po imieniu, a jeżeli i to nie wystarcza, proszę chorego, aby podpisał oświadczenie o tym, że nie zgadza się na operację uprzedzony o wszyst-

kich złych skutkach odmowy. Dziwiłem się nieraz, że dopiero to ostatnie przekonywało chorego. Chory a priori nie kwalifikuje się do operacji lub wiele wskazuje na to, że jest to przypadek nieoperacyjny. Przed 30–40 laty istniało, szczególnie w klinikach wewnętrznych, przekonanie o bezwzględnej potrzebie wykonywania w tych przypadkach próbnej laparatomii albo torakotomii. Było to w owym czasie, niedoskonałej diagnostyki, w wielu przypadkach słuszne. Obecnie, wobec możliwości lepszej oceny przed operacją postępu choroby za pomocą różnego typu badań, skopii, nakłuć próbnych wykonywanych pod kontrolą USG, liczba niepotrzebnych operacji zwiadowczych jest znacznie mniejsza. Zawsze jednak, gdy istnieje nawet nieduża wątpliwość, operację należy wykonać. Ale co powiedzieć choremu przed operacją? Postępuję, jak z grupą omawianą poprzednio, z tym że argumentowanie moje co do skuteczności operacji sprawiało wiele trudności. Starałem się, aby słowa moje były prawdziwe, pomimo że nie mówiłem całej prawdy. W sytuacji gdy prawdziwe rozpoznanie nowotworu zostało ustalone dopiero w czasie operacji, mówię choremu prawdę, jeżeli wymagane jest dalsze przyczynowe leczenie uzupełniające. Zdecydowanie o tym jest bardzo trudne, wymaga dobrej znajomości chorego i koniecznych rozmów z rodziną. To ostatnie w naszych warunkach także nie jest rzeczą łatwą, ponieważ okazuje się wielokrotnie, jak chętnie, a nawet czasami wręcz ze złej woli, rodzina na własną rękę informuje chorego o wszystkim. W tej sytuacji, gdy okazuje się, że nowotwór jest nieoperacyjny, chirurg staje wobec bardzo trudnego zadania – rozmowy z nieuleczalnie chorym.

Wobec nieuleczalnie chorego.

Są to najtrudniejsze rozmowy, których staramy się w miarę możliwości unikać. Czy powiedzieć choremu prawdę, czy kłamać, chociażby nasze słowa były zupełnie nieprawdopodobne. Pytanie, na które każdy lekarz musi sobie sam odpowiedzieć. Poza tym, że jest to bardzo smutne, jest to także wyraz naszej klęski, niemożliwości wyleczenia chorego. Myślę, że nie ma na to jednej, wyraźnej odpowiedzi.

Zależy to od chorego i od lekarza. Czasami odnoszę wrażenie, że niewielu jest ludzi, którzy chcą wyraźnie usłyszeć z ust lekarza o tym, że stan ich jest beznadziejny. Chory zwykle sam o tym dobrze wie, nie wierzy w to jednak całkowicie, mając ciągle nadzieję, tłumacząc wszystko, co się z nim i dookoła niego dzieje, na swoją korzyść. Wówczas chory potrzebuje od lekarza przede wszystkim pomocy, wsparcia, dania iskierki nadziei, a także ulżenia jego dolegliwościom. Stosujemy wtedy leczenie objawowe. Wobec nieuleczalności chorego jest to leczenie jedyne. Słowo lekarza ma wówczas ogromne znaczenie. Choćbyśmy nawet – i ja, i chory – wiedzieli, że znamy złą prawdę, myślę, że nie należy jej powtarzać, przeciwnie – trzeba brać wspólnie udział w radości z objawów pozornej poprawy. Jest to zadanie bardzo trudne, ponieważ nieuleczalnie chorzy są nieraz opryskliwi, źli, rozżaleni, dopatrują się we wszystkim braku dozoru i braku dobrej chęci ze strony lekarza i personelu pomocniczego. Jest bardzo trudno rozmawiać z takimi chorymi, ale sądzę, że nie należy tego unikać. Każdy, nawet umierający, czeka na słowo troski i zainteresowania z ust lekarza. Siostrę Teresę z Kalkuty, otoczoną tłumem biednych, chorych, głodnych i umierających, zapytano kiedyś,

co jest największym nieszczęściem w życiu. Odpowiedziała: samotność. Każdy umiera w samotności.

Beznadziejnie chory, umierający w szpitalu pełnym ludzi, w chwili śmierci może być zupełnie samotny. Chyba wymaga on więcej słów i uwagi niż inni.

Jak to zrobić, jakich użyć słów, każdy z nas musi sam zdecydować. Ich treść i forma są najlepszym odbiciem osobowości lekarza.

W dobie obecnej w obrębie tej samej specjalności porozumiewamy się dobrze, używając zwykle na konsultacjach i posiedzeniach naukowych tych samych słów i określeń. Istnieje natomiast problem przy porozumiewaniu się różnych specjalistów. Dotyczy to głównie wyników badania obrazowego, które lekarz leczący otrzymuje w postaci opisów RTG, USG, EEG, EEMG itp.

Pojawiło się to wraz z postępem wiedzy. Rentgenolog, endoskopista i inni tego typu specjaliści opisują to, co widzą, zgodnie z własną interpretacją. Nie znają oni jednak całego przebiegu choroby, nie znają też historii naturalnej schorzenia, z powodu którego chory został skierowany na badanie. Rentgenolog i inni specjaliści nie zdają sobie także często sprawy z tego, że opis wykonanego przez nich badania UDP, USG, CT itd. jest przyjmowany przez niektórych, szczególnie młodszych lekarzy, za rozpoznanie nieomyślne, rozstrzygające wszelkie wątpliwości. „Przecież wszystko widać, opisano to na RTG, tomografii, komputerze itd.” Obecność kamieni widocznych w badaniu USG, OZT, owrzodzenie dwunastnicy, rak oskrzela, zanik korowo-podkomorowy opisany w obrazie tomografii komputerowej mózgu, zanik kory nerkowej widoczny

w USG itp. Rozpoznanie, podpisane przez specjalistę, mają moc magicznego wręcz przekazu. Otrzymujący nie zna się na badaniu, ale wierzy w magiczną moc aparatu.

Jak wszędzie na świecie, tak i we wspomnianych opisach zdarzają się omyłki, a nawet błędy. Zależą one od niedokładności właściwej danej metodzie badania, mogą być błędem wynikającym z mylnej interpretacji, jak też błędem zależnym od chwilowej lub trwałej niedoskonałości aparatu. Bardziej doświadczeni uważają słusznie, że wszystkie nowoczesne badania obrazowe są bezcenną zdobyczą i pomocą. Mają one rzeczywiście moc rozstrzygającą, pod warunkiem jednak, że zgadzają się z całością obrazu klinicznego i są częścią prawidłowego myślenia lekarskiego. Przykładów istnieje wiele. W najtrudniejszej dotąd sprawie ostrego dyżuru chirurgicznego, różnicowania ostrego zapalenia wyrostka z ostrym zapaleniem przydatków, specjalista USG opisuje powiększenie prawego jajnika, co uważa się za przyczynę ostrego objawów brzusznych. Młody chirurg, ulegając magii badania USG, sugerując się tym, że badający widział powiększony jajnik, nie operuje chorej, uważając, że przyczyną jej dolegliwości jest ostre zapalenie przydatków, a nie istniejące i przebiegające dość typowo kliniczne ostre zapalenie wyrostka. Specjalista USG, rozpoznając u chorego z ostrymi objawami brzuszными ostre zapalenie trzustki, przesądza o odstąpieniu od operacji, czym przyczynia się do pozostawienia bez operacji przypadku przedziurawienia żołądka. Być może specjalista USG, jak i dyżurny chirurg, nie wzięli pod uwagę tego, że powiększony jajnik (jeżeli rzeczywiście można to rozpoznać badaniem USG) nie wyłącza ostrego zapalenia

wyrostka, a przejście bólu trzewnego w ból somatyczny z przesunięciem się bolesnego punktu ma większą wartość diagnostyczną niż badanie USG. Zapomina się też czasami, że rozpoznane na podstawie USG ostre zapalenie trzustki potwierdza się tylko w 15% podczas operacji, a kamicy nerkową w czasie jej napadu można rozpoznać za pomocą USG tylko w 4%. Uwagi te dotyczą zarówno tego, który opisuje wynik badania, jak i tego, który je odbiera i wyciąga wnioski kliniczne. Opisujący musi zawsze pamiętać o wielkiej wadze i następstwach słowa, które pisze, winien przekazywać tylko to, czego jest pewien w myśl przyjętej i wprowadzonej do mojej kliniki zasady: „tak–nie–nie wiem”. Jeżeli nie wiem, tzn. obraz i liczba zależności nie są wyraźne, musi lekarz leczący szukać innego sposobu dla uzyskania potrzebnej informacji. Nie powinno się pisać sformułowań niejasnych, przypuszczeń, czegoś, co można określić wrażeniem, a nie pewnością. Otrzymujący badanie winien pamiętać, że dowód prawdy wynika tak samo z myślenia, tym razem myślenia klinicznego, jak i z tego, co się widzi, czuje i słyszy.

Aby osiągnąć największe korzyści z wyników obrazowania i innych badań dodatkowych, konieczne są częste spotkania tych, którzy opisują, z tymi którzy leczą. (U nas w Polsce odbywa się to na specjalnych zebraaniach, tzw. „kominkach”; ang. fire place discussion). W takich warunkach obie strony doceniają konieczność znalezienia niewątpliwej prawdy i, co najważniejsze, zdają sobie sprawę z konsekwencji każdego napisanego słowa. Na takim spotkaniu ten, który leczy chorych, ma też obowiązek przedstawić katamnezę każdej operacji. O wielkich korzyściach podobnej współpra-

cy przekonał się już dawno cały świat lekarski. Pierwsze nasze spotkanie tego typu zaczęliśmy z prof. L. Zgliczyńskim w roku 1960. Myślę, że w wyniku rozmów i dyskusji każda strona nabrała wielkiego szacunku do opinii drugiej strony i zrozumiała wagę przekazywanego słowa. Rentgenolodzy zbliżyli się do medycyny klinicznej. Klinicyści nauczyli się odróżniać prawdziwą wartość opisu od groźnej magii napisanego słowa.

Magia lekarskiego słowa

Nauczyciel – mistrz uczy przede wszystkim przykładem, ale także i słowem. Uczy na seminariach, wykładach, a także słowem pisany w podręczniku. Słowa naszych pierwszych mistrzów i pierwszej inicjacji pozostają bardzo głęboko w pamięci. Przekonuję się o tym obecnie, jak wiele słów, określeń, potocznych sformułowań pozostało w moim „ja” lekarskim, nawet jeszcze z czasów, gdy przed 55 laty służyłem wykładów uniwersyteckich. Uzupełnili to później mistrzowie chirurgii, których zapamiętane jedno słowo znaczyło czasami więcej niż przeczytana książka. Ku memu wielkiemu zdziwieniu dowiedziałem się od jednego z moich kolegów, który po kilkunastoletniej pracy ze swoim nauczycielem – mistrzem na zapytanie, co miało największą wartość dydaktyczną w czasie jego pracy w klinice, odpowiedział bez wahania: ranne odprawy lekarskie, na których profesor w kilku słowach oceniał, komentował lub wyjaśniał wątpliwości i zdarzenia z całodobowego dyżuru. Profesor ten starał się mówić tym krócej, im bardziej skomplikowany był praktyczny problem. Pojedyncze słowa, rzeczowe zdania najlepiej zapadają w pamięć. Także często słyszę obecnie moje własne słowa, wypowiedziane kiedyś do

moich uczniów, w ustach obecnych dojrzałych asystentów, docentów, profesorów. Rozpoznaję je, choć nie zawsze jestem z nich dumny. To ważne, i o tym każdy z nas lekarzy, niezależnie od tego, czy jest nauczycielem akademickim, czy też innego typu szefem, winien pamiętać. Młody lekarz obserwuje bacznie pracę i słowa swego szefa i bardzo pilnie słucha jego słów. Nie znosi przede wszystkim kłamstwa, fałszu, niedomówień, na które jest bardzo wrażliwy, ponieważ budzą one w nim najwyższą niechęć. Rzutuje to potem na całe jego życie lekarskie, na stosunek do kolegów, przełożonych, jak też na wartość i rzetelność jego pracy naukowej. Młody lekarz świetnie odróżnia właściwą każdemu człowiekowi omyłkę lub błąd od tendencyjnego zmieniania prawdy. O tej wrażliwości młodych winno się zawsze pamiętać i unikać wszystkiego, co nawet sprawia pozory nieprawdy. Młody dostrzega fałsz w słowie wyrażającym tendencyjną ocenę stanu chorego, w treści historii choroby, w opisie operacji. Nabiera też złego zwyczaju zapamiętywania twardej, niegrzecznych, a nawet zdawkowych słów, używanych przez szefa w stosunku do chorych. Znam docenta, który pracując przez wiele lat ze starszym kolegą, nauczył się od niego, niepotrzebnie, zbyt szybkiego wypisywania chorych ze szpitala. Jako dorosły, ordynator, postępuje nadal tak samo, uważając to za swoją zaletę, którą stara się przekazywać dalej swoim uczniom. Choć niejednokrotnie odbywa się to ze szkodą dla chorych.

Najważniejszą cechą nauczyciela-lekarza winno być to, aby każde jego słowo było prawdziwe. Każdy z nas ma swoją metodę posługiwania się słowem przeznaczonym do nauczania. Często w formie komentarzy

w czasie obchodu, operacji czy wykładu. Słowa i tworzone z nich zdania uczące powinny być:

- 1) prawdziwe i, o ile to możliwe, oparte na własnym doświadczeniu i osobistym przekonaniu;
- 2) obok cytatów czy odwoływania się do zdania innych powinny zawierać także własne zdanie nauczyciela o cytowanych poglądach;
- 3) krótkie;
- 4) ułożone w pewnym porządku, według zamierzonego planu;
- 5) wypowiedane krótkimi zdaniami i jak najlepszą polszczyzną.

Nauczycielem jest się dlatego, że posiadało się wiedzę i umiejętności, których nie ma uczeń. Nauczycielowi zawsze łatwiej uczyć tych prawd i zasad, których sam się nauczył i które zaakceptował. Siłę nauczającą ma przede wszystkim to, co jest najważniejsze dla mówiącego, co powtarzał wielokrotnie i co potrafi powiedzieć krótko. Prof. Paszkiewicz, który w pierwszych latach mojej pracy profesora rozmawiał często ze mną, mówił mi tak: Jeśli mówisz więcej, niż umiesz – to jest to zły wykład; jeżeli mówisz tyle, ile umiesz, to także jest zły wykład; dopiero gdy mówisz mniej, niż umiesz, to wykład będzie dobry i pożytek z niego duży. Przekonałem się wielokrotnie, że „mniej niż umiesz” oznacza to, co można wyrazić krótkimi i prostymi zdaniami.

Powoływanie się na innych dowodzi erudycji nauczyciela. Powinno to mieć miejsce w każdym dowodzie prawdy lub w przemówieniu. Nauczyciel musi jednak zawsze uzupełnić cytaty komentarzem własnym.

Różnorodność poglądów, które nieraz są rozbieżne, stwarza początkującemu wiele trudności. Nie mając samemu doświadczenia, chce je najpierw

przyjąć od nauczyciela. Nie dotyczy to podsumowań zjazdów i konferencji, które są pozostałością 40-letniego zniewolenia myśli ludzkiej. Myśl ta – nawet na zjazdach naukowych – winna być wówczas taka, jaką nakazywała osoba najważniejsza. Na zjazdach jednak są ludzie dorośli; każdy myśli samodzielnie, to, co słyszy, jest ważne, ciekawe, ale musi podlegać własnemu osądowi, który może być zupełnie inny niż zdanie osoby najważniejszej. Po to są zjazdy i sympozja, aby każdy wzbogacał swoje „ja” o rzeczy nowe i dobre, odrzucając złe i nieprawdziwe. Myślę, że zdania tworzące referat lub wykład winny być krótkie. To stwierdzenie także zawdzięczam prof. Paszkiewiczowi, który mówił mi wielokrotnie, że najlepsze i najlepiej uczące są krótkie zdania, w których powinno się używać wyłącznie słów „nie ma”, „jest”, „powoduje”, „zawiera” itp., po czym powinno nastąpić wyliczenie nazw sytuacji, czynności. Jest to szczególnie ważne dla piszących uniwersytecki podręcznik, jak też wygłaszających wykłady uniwersyteckie. Wartość dydaktyczną takiego układania słów przeżyłem na sobie. Wychowany w admiracji dla kultury i języka francuskiego, przez długie lata byłem przekonany, że piękne, okrągłe zdania z licznymi przykładami, przerywnikami, są szczytem doskonałości. Nauka i nauczanie języka francuskiego były dla mnie doskonałością. Wszystko zmieniło się raptownie, gdy pojechałem na dłuższy czas do USA i Anglii i gdy zetknąłem się z czymś diametralnie różnym; wszyscy mówili krótkimi zdaniami, zbudowanymi ze słów, z których każde było pełne rzeczowej treści. Zmieniłem wówczas zdanie całkowicie. Sposób nauczania przyjęty przez Anglików uważam za najlepszy, najszybciej utrwalający się w pa-

mięci i wzbudzający w odbierającym łatwość powtórzenia i rozumienia słyszanego lub czytanego tekstu. Myślę, że język angielski, jego zwięzłość, możliwość zawarcia wielu informacji w małej liczbie słów są przyczyną, dla której cały świat ludzi uczonych i uczących się mówi dzisiaj po angielsku. Imperium brytyjskie upadło, ale sposób nauczania wywodzący się z języka angielskiego podbił świat. I rzecz dziwna, wielkich mistrzów mowy – Francuzów, których słuchałem w życiu, mogę wymienić z łatwością, ponieważ każdy mówił w sposób charakterystyczny dla siebie. To np. R. Leriche, którego jeszcze słyszałem w 1955 r., R. Fontaine, Ch. Dubost, J. Patele, a z Polaków L. Hirszfeld lub B. Skarżyński. Często po takich pięknych przemówieniach nie potrafiłem sobie powiedzieć krótko, o czym była mowa. Natomiast nie umiałbym wskazać na któregoś z Anglików jako na szczególnego mówcę. Wszyscy oni mówią podobnie, doskonale, i zawsze mogę sobie odtworzyć prawie cały wykład. Prosto, krótko, rzeczowo, w sposób łatwy do zapamiętania.

Do anegdoty przeszło powiedzenie: Dopiero wtedy zaczniesz się pan dobrze uczyć chirurgii, gdy z własnej woli, z własnego wyboru, szukać pan będzie podręczników angielskich pisanych w tym języku.

Słowa i zdania podręcznika, książki, rozprawy, wykładu powinny być ułożone w pewien określony, bardzo wyraźny od początku plan. Gdy uczyłem moich docentów i starszych asystentów wykładania studentom, prosiłem ich zawsze o ułożenie przedtem planu tego, co zamierzali powiedzieć na wykładzie. Proponowałem, aby każdy wykład miał jedną z trzech form: aby był ułożony „w drabinkę”, „w jodelkę” lub „w szlaczek”. Wykład „w drabinkę”

wymienia po kolei fakty, zjawiska, bez szczególnego uzasadnienia ich zależności. Ta forma nadaje się np. do wykładu z anatomii patologicznej, w którym profesor przedstawia po kolei różne postaci morfologiczne, np. raka. Wykład „w jodełkę” przedstawia logiczny ciąg zjawisk, z których jedne wypływają z drugich lub jedne są następstwem drugich. Na przykład mówiąc o niewydolności krążenia zależnej od wady serca, przedstawiam najpierw różne typy uszkodzenia zastawek serca, potem wynikające z tego zaburzenia hemodynamiczne oraz następstwa tego widoczne w dużych i małych naczyniach różnego typu. Wynikają z tego sinica, obrzęk, puchlina brzuszna itd. W takim wykładzie staram się, aby słuchający rozumiał wzajemną zależność zjawisk, które wypływają i są zależne jedne od drugich.

Wykład „w szlaczek” winien być tak ułożony, aby każda jego część kończyła się takim samym lub podobnym wnioskiem. Na przykład przedstawiając zaburzenia krążenia obwodowego na końcu każdego obrazu klinicznego, np. niedokrwienia serca, kończyn, mózgu, należy wykazać, że wszystkie te zjawiska są zależne od zamknięcia lub zwężenia tętnicy doprowadzającej i w każdej sytuacji powstające objawy są zależne od niedokrwienia, tworząc typ „chromania mózgowego”, sercowego, kończyn itp. Wszystko zaś w istocie spowodowane jest najczęściej miażdżycą tętnic.

Szczególnie ważne i odpowiedzialne są wykłady dla studentów. Wymagają one bardzo starannego ułożenia słów i zdań, zgodnie z jasnym, dającym się bez trudu odtworzyć porządkiem faktów, obrazów lub zbieżności.

Według mego doświadczenia nawet pilnie słuchający student zapamiętuje z wykładu 2–3 rze-

czy. Jeżeli wykład jest nieuporządkowanym opowiadaniem, student pamięta najczęściej pojedyncze, anegdotyczne zdania lub określenia. Jeżeli informacje podaje się w postaci planu, to zapamiętuje się wykład znacznie lepiej i potem kiedyś w życiu każdy uzupełnia sobie brakujące, zapomniane szczegóły. Z upływem czasu i rosnącym własnym doświadczeniem zaczynają one pasować do tego planu, który się dobrze pamięta z wykładu nauczyciela.

Konieczność poprawnego mówienia po polsku nie wymaga komentarzy. Złe zdania, złe słowa, budząc uwagę słuchacza, odwracają jego pamięć i wyobraźnię od głównej treści i tez wykładu. Język polski jest bardzo bogaty w słowa. Pozbawiony przenośni, omówień, niepotrzebnych komentarzy, nadaje się do nauczania nie gorzej od angielskiego.

Na samym końcu jeszcze kilka słów o słowie pisanym, szczególnie o podręcznikach uniwersyteckich. Nasze podręczniki pisane dla studentów są złe. Autorzy tych podręczników piszą je najczęściej obłożeni innymi książkami, napisanymi nieraz w językach obcych, szczególnie po angielsku. Pisząc własny tekst, tłumaczą mniej lub bardziej dokładnie tekst angielski. Różnica języków i różny sposób myślenia sprawiają, że nieraz to, co się napisze, staje się bardzo trudne do zrozumienia, przyswojenia sobie przez studenta. Byłem przez wiele lat nauczycielem akademickim i wielokrotnie rozmawiałem o podręcznikach uniwersyteckich ze studentami. Skarżyli się oni, że polskie książki do nauki są pisane niespójnie, niezrozumiale i złym językiem. Przynosili mi jako rektorowi różne teksty prosząc, abym przeczytał tu i tam jakiś rozdział lub ustęp. Potem musiałem im

„swoimi słowami” powiedzieć krótko, o co w nich chodzi. Starałem się im udowodnić, że nie mają racji, że każda nowa nauka wymaga najpierw zapoznania się z nią, że niesłusznie wszystko krytykują. Niemniej jednak czasami, muszę się do tego przyznać, nie umiałem spełnić prośby studentów, aby wyjaśnić krótko i jasno treść myśli autora, źle tłumaczonej z języka angielskiego. Najlepszą książkę dla studentów pisze ten, kto najpierw zamknie wszystkie znane i nieznanne podręczniki i sam napisze, co o danym przedmiocie jest mu w danej chwili wiadome i jak to rozumie współczesna wiedza. Trzeba napisać tak, aby student wiedział, co jest najważniejsze. Autor niech napisze „mniej, niż wie”, potem dopiero niech otwórzy wszystkie możliwe książki i źródła, dopisując do tego, co sam napisał, tylko to, o czym rzeczywiście zapomniał.

Siła lekarskiego słowa jest wielka. Daje możliwość leczenia i nauczania. Słowo jest potrzebne lekarzowi do wykonywania zawodu, tak jak każde inne jego narzędzie. Słowo lekarskie, które wywodzi się z prawdziwej wiedzy i chęci pomóżenia choremu, ma rzeczywistą skuteczną siłę.

Pozbawione tych cech słowo lekarza staje się magią.

Przez całe moje życie lekarskie patrząc na mistrzów właściwego posługiwania się słowem, do których należał prof. Walenty Hartwig, chciałem bardzo, aby i moje słowo nie było magią.

Jan NIELUBOWICZ

Warszawa, 25 października 1990 roku

Przedruk z „Polskiego Tygodnika Lekarskiego”, 1991, t. XLVI, nr 37–39. Część VI (ost.). Części I–V zamieściliśmy w „Pulsie” nr 6, 11, 12/2003 oraz 1 i 2/2004.

Streszczenia prac doktorskich

Wzajemne relacje stężeń ciał ketonowych oraz kwasów żółciowych we krwi pacjentów z nowotworami wątroby

Mgr Piotr Tomaszewski

promotor – *prof. dr hab. Jan Pachecka*

recenzenci: *prof. dr hab. Krzysztof Zwierz* – AM w Białymstoku,
prof. dr hab. Marek Naruszewicz.

W dotychczasowej diagnostyce hepatologicznej ciała ketonowe i kwasy żółciowe wykorzystywane były niezależnie. Ewolucja wiedzy o molekularnych podstawach metabolizmu oraz oddziaływań regulacyjnych tych związków, stanowiła przesłankę do podjęcia analizy wzajemnych relacji stężeń ciał ketonowych (AcAc i 3HB) oraz kwasów żółciowych (BA) we krwi tętniczej pacjentów z nowotworami wątroby oraz w wybranych stadiach sekwencji zmian przedrakowych, prowadzonej w kontekście oceny stanu wydolności wątroby w przebiegu tych chorób. Badaniami objęto 425 pacjentów (212 kobiet i 213 mężczyzn) w wieku 17–90 lat, ze zdiagnozowanym: pierwotnym rakiem wątroby wywodzącym się z hepatocytów – HCC (grupa I); wtórnym rakiem wątroby – LMC (grupa II); alkoholowym stłuszczeniem wątroby – AFL (grupa III); alkoholową marskością wątroby – AHC (grupa IV); wirusowym zapaleniem wątroby – VH (grupa V); pozapalną marskością wątroby – PHC (grupa VI). Grupę kontrolną stanowili dawcy wątroby do transplantacji.

Stężenia AcAc, 3HB i BA we krwi tętniczej oznaczano metodami enzymatycznymi z detekcją spektrofotometryczną. Na podstawie stężeń AcAc i 3HB wyznaczano wskaźnik ketonowy – AKBR ($[AcAc]/[3HB]$) oraz całkowite stężenie ciał ketonowych – TKBC ($[AcAc]+[3HB]$).

Przeprowadzone badania wykazały, iż u pacjentów z HCC, LMC, AHC, PHC oraz VH dochodzić może do znacznego wzrostu stężenia 3HB oraz skorelowanego z nim, słabiej zaznaczonego, wzrostu stężenia AcAc we krwi tętniczej, co prowadzi do wzrostu wartości TKBC i obniżenia wartości AKBR. Towarzyszy temu istotny wzrost stężenia BA w surowicy krwi tętniczej, skorelowany ujemnie z wartościami AKBR, i współistniejący w przypadku pacjentów z HCC i LMC ze



wzrostem prawdopodobieństwa występowania powikłań świadczących o obniżeniu wydolności wątroby.

Dyskusja uzyskanych wyników na podstawie aktualnych danych zawartych w piśmiennictwie pozwala sądzić, iż u podstaw obserwowanych zależności leży znacząco nasilona β -oksydacja kwasów tłuszczowych, która dostarczając substraty dla wzmożonej ketogenezy, prowadzi równocześnie do powstawania nadmiaru $NADH+H^+$ w mitochondriach hepatocytów, co wpływa na zwiększenie udziału 3HB w uwalnianej do krwi puli ciał ketonowych. Występujące w wysokich stężeniach BA, aktywując receptor jądrowy FXR, a pośrednio PPAR α , mogą być sprawcami nasilenia β -oksydacji kwasów tłuszczowych i ketogenezy. Istotny wydaje się również wpływ BA na wzrost przepuszczalności i płynności błon mitochondrialnych, będący podstawą proapoptotycznego i pronekrotycznego działania tych związków.

Przeprowadzone badania wskazują, iż wzrost stężenia BA w krwi tętniczej, skorelowany z obniżeniem wartości AKBR, świadczy o zaburzeniach sprawności metabolicznej miększu wątroby, prowadzących do ograniczenia rezerw czynnościowych narządu, z możliwością postępującego rozwoju niewydolności wątroby.

Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

30 listopada 2006 roku

godz.10³⁵

mgr Michał Skrzycki „Izoenzymy dysmutazy ponadtlenkowej w nowotworach przewodu pokarmowego człowieka”

promotor – dr hab. Hanna Czczot

recenzenci: prof. dr hab. Maria Małgorzata Sasiadek
dr hab. Barbara Grytner-Zięcina, prof. nadzw. AM

godz.12¹⁵

lek. Franciszek Majstrak: „Ocena skuteczności prewencji wtórnej choroby wieńcowej u chorych po operacji wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych”

promotor – prof. dr hab. Kazimierz Suwalski

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Bochenek
prof. dr hab. Waldemar Karnafel

godz.13⁰⁰

lek. Sławomir Okła „Rehabilitacja głosu i mowy z zastosowaniem wszczepialnych protez głosowych u chorych po całkowitym usunięciu krtani”

promotor – dr hab. Stanisław Bień, prof. nadzw. Akademii Świętokrzyskiej

recenzenci: prof. dr hab. Grażyna Mielnik-Niedzielska
dr hab. Ewa Osuch-Wójcikiewicz

14 grudnia 2006 roku

godz.10⁰⁵

lek. Ewa Pastuszko „Ocena stężenia i aktywności metaloproteinaz macierzy zewnątrzkomórkowej (MMP-2 i MMP-9) w zapaleniach opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu”

promotor – prof. dr hab. Marek Radkowski

recenzenci: prof. dr hab. Józef Piotr Knap
dr hab. Tomasz Laskus

godz.10⁵⁰

lek. Bartłomiej Szulczyk „Zmiany plastyczne prądów jonowych Na⁺ i K⁺ w neuronach współczulnych gruczołowych po ich odnerwieniu”

promotor – dr hab. Hubert Kwieciński, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Janusz Lipski
prof. dr hab. Jacek Przybylski

godz.12¹⁵

lek. Jacek Sieńko „Ocena efektów wybranych schematów immunoterapii na ludzkich liniach komórkowych raka jajnika”

promotor – dr hab. Krzysztof Czajkowski,
prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Maria Wąsik
dr hab. Jerzy Sikora, prof. nadzw. Śląskiej AM

godz.13⁰⁰

lek. Dominik Golicki „Jakość życia pacjentów po osteoporotycznych złamaniach bliższego końca kości udowej”

promotor – prof. dr hab. Andrzej Górecki

recenzenci: doc. dr hab. Paweł Małydyk
dr hab. Jarosław Deszczyński, prof. nadzw. AM

godz.13⁴⁵

lek. Kryspin Mitura „Porównanie dwóch metod operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych – sposobem Lichtensteina i Desardy”

promotor – dr hab. Tadeusz Wróblewski

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

II Wydział Lekarski

10 listopada 2006 roku

godz.12⁰⁰

lek. Grażyna Kuciel-Lisiecka „Obecność zearalenu u kobiet ze zmianami nowotworowymi w gruczołach piersiowych”

promotor – prof. dr hab. med. Jerzy Stelmachów

recenzenci: dr hab. med. Dariusz Szukiewicz
prof. dr hab. Maciej Gąjecki

godz.13⁰⁰

mgr Halina Cieślak „Rola i miejsce pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w nowym systemie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w aspekcie przemian demograficznych, zdrowotnych i społecznych”

promotor – prof. dr hab. med. Piotr Małkowski

recenzenci: prof. dr hab. med. Maciej Karolczak
prof. dr hab. med. Antoni Czupryna

Z pracami można się zapoznać w Bibliotece Akademii Medycznej przy ul. Oczuki 1

Wiedza o miażdżycy a zachowania prozdrowotne studentów Akademii Medycznej w Warszawie

**Anna Maria Charchuła,
dr hab. Andrzej Krupienicz**

Z Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa WNoZ Akademii Medycznej w Warszawie

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów i istotną przyczyną zachorowań u kobiet w Polsce. Powodem 57,1% zgonów u kobiet powyżej 25 roku życia są choroby serca i naczyń (1,2).

Choroba wieńcowa występująca u młodych dorosłych charakteryzuje się złym rokowaniem odległym, prowadząc do niezwykle poważnych konsekwencji dla tych pacjentów, jak i całego społeczeństwa (3).

Studenci szkół medycznych będąc grupą z założenia posiadającą szeroką wiedzę o czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego powinni wyróżniać się swoimi zachowaniami prozdrowotnymi wśród ogółu społeczeństwa.

Kodeks pielęgniarski zobowiązuje pielęgniarki do inicjowania i rozpowszechniania akcji mających na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i społecznych społeczeństwa oraz do promowania zdrowia i zapobiegania chorobom (4).

Powyższe założenie zmusiło mnie do zadania pytania, czy nabyta wiedza ma wpływ na kształtowanie zachowań prozdrowotnych wśród studentek pielęgniarstwa Akademii Medycznej?

Cel badania

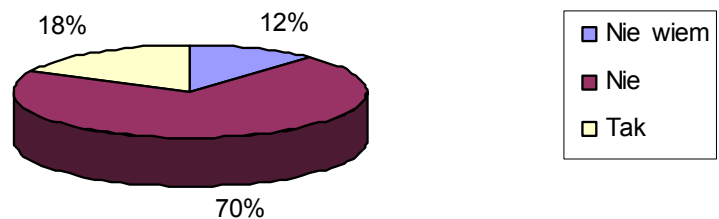
Celem przeprowadzonych badań było określenie poziomu wie-

dzy na temat miażdżycy i zachowań prozdrowotnych studentów.

Materiał i metoda badania

Badaniem objęto losowo wybraną grupę 50 studentek z Akademii Medycznej w Warszawie, kierunku Pielęgniarstwo, rok III. Badania przeprowadzono od marca do kwietnia 2006 roku. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta, która zawierała szereg pytań oceniających wiedzę studentek na temat miażdżycy, występowania wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz pytania opisujące styl życia studentek. Badania dotyczyły również sytuacji społeczno-demograficznej badanych osób.

Ryc. 1



Wyniki

Badania oceniające wiedzę studentek

Wśród przebadanych studentek wiedza na temat miażdżycy jest duża, gdyż ilość prawidłowych odpowiedzi udzielonych na poszczególne pytania wahała się od 70% do 100%. Studentki nie miały problemu z odpowiedzeniem na podstawowe pytanie „Czy miażdżycą jest chorobą tę-

nic” – (100%) prawidłowych odpowiedzi, a także wykazały dużą znajomość czynników ryzyka zagrożenia miażdżycą (98–100%) odpowiedzi.

W pytaniu „czy wartość ciśnienia tętniczego 160/90 mgHg w grupie wiekowej do 40 roku życia jest prawidłowe?” osiemdziesiąt osiem procent studentek słusznie stwierdziło, że nie jest to odpowiednie ciśnienie krwi. W opinii 8% respondentek jest to prawidłowa wartość ciśnienia krwi, a 4% nie znało odpowiedzi na postawione pytanie.

Prawidłowy poziom cholesterolu całkowitego w surowicy krwi wynosi 240 mg%/dl dla 18% studentek, dwanaście procent ankietowanych nie zna norm

prawidłowego poziomu cholesterolu. Siedemdziesiąt procent studentek uznało tę wartość za nieprawidłową.

Czy prawidłowy poziom cholesterolu całkowitego surowicy krwi wynosi 240 mg%/dl?

O dobroczynnych właściwościach tłuszczu rybiego była przekonana bardzo znaczna grupa badanych (90%), cztery procent studentek było przeciwnych, a 6% nie znało odpowiedzi.

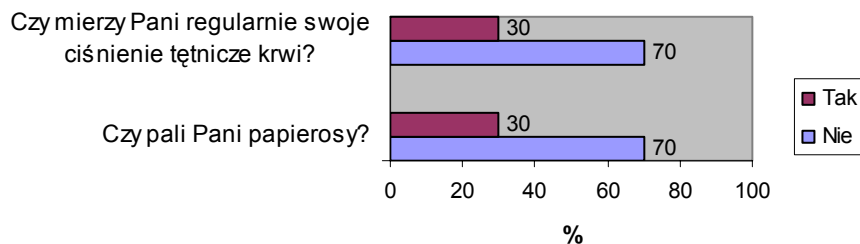
Prawie wszystkie studentki (96%), wykazały znajomość badania diagnostycznego, jakim jest koronarografia, słusznie zaznaczając, że jest to badanie obrazujące drożność tętnic wieńcowych. Cztery procent studentek nie znało dobrej odpowiedzi.

Wśród 72% ankietowanych istniało przekonanie, że na choroby układu sercowo-naczyniowego częściej chorują mężczyźni niż kobiety przed menopauzą. Dziesięć procent respondentek nie zgadzało się z tym pytaniem, zaś 18% studentek nie znało odpowiedzi na zadane pytanie.

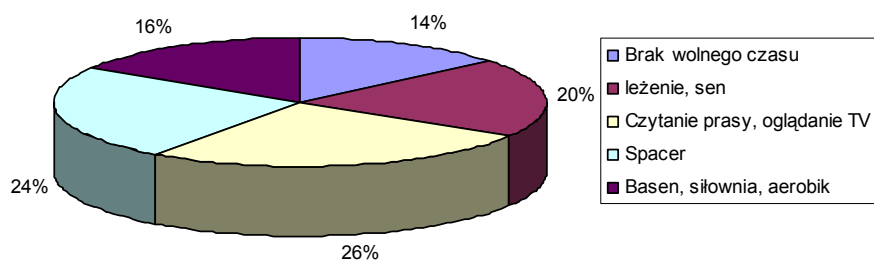
Badania oceniające zachowania prozdrowotne studentek

Własne ciśnienie tętnicze krwi kontroluje 70% respondentek.

Ryc. 2



Ryc. 3



Znajomość własnego ciśnienia i palenie tytoniu wśród respondentek.

Trzydzieści procent studentek pali papierosy. Wśród palących studentek 12% paliło już od 5 do 10 lat, cztery procent studentek zaczęło palić w trakcie studiów (od kilku miesięcy do 1 roku), zaś 14% określiło

czas trwania nałogu na mniej niż 5 lat. Dla 54% studentek liczba papierosów wypalanych na dzień wynosiła około 6–10 papierosów, trzynastą procent ankietowanych wypalało ponad 10 papierosów dziennie, zaś 33% respondentek przyznało się, że dziennie wypala mniej niż 5 papierosów.

Co 5 studentka odpowiedziała, że jej tryb życia jest bardzo stresujący (20%), pozostałe studentki określiły swój styl życia jako stresujący okresowo (80%).

W odpowiedzi na pytanie „jak często spożywa Pani warzywa i owoce?” 16% studentek wcale lub rzadko je gotowane warzywa, 18% ankietowanych raz na tydzień spożywa świeże owoce, zaś 28% surówki warzywne.

Aktywność fizyczna respondentek.

Omówienie

W dostępnych pracach naukowych mało jest publikacji opisujących zachowania prozdrowotne studentów. Poznanie wiedzy studentek na temat miażdżycy i określenie ich trybu życia pozwoli określić jak zdobyte wykształcenie kształtuje zachowania zdrowotne badanych osób.

Pytania sprawdzające wiedzę pokazały, że znajomość patofizjologii, czynników ryzyka, powikłań miażdżycy jest wśród studentek duża. Ilość prawidłowych odpowiedzi udzielonych na poszczególne pytania wahała się w granicy 70%–100%.

Moje badania potwierdziły, że zachowania prozdrowotne nie są popularne wśród ankietowanych.

W moim badaniu 30% studentek paliło papierosy. Badania przeprowadzone przez: Brzostek i współpracowników na grupie studentów z Collegium Medicum (CM) i z Politechniki Krakowskiej (PK) w latach 2003–2004 pokazały, że papierosy paliło w CM 28% ankietowanych kobiet, a w PK 17% kobiet.

W badaniu własnym 12% respondentek paliło powyżej pięciu lat, zaś 61% studentów PK i 37% CM paliło powyżej czterech lat.

W badaniu własnym 13% studentek wypalało powyżej 10 papierosów dziennie, natomiast studenci CM (25%) i PK (17%) wypalali w granicy 16–25 papierosów na dzień.

Zastanawiające jest, że pomimo wyższego poziomu wiedzy o szkodliwym wpływie dymu tytoniowego, palenie stanowi częstszy problem wśród studentów uczelni medycznych (5).

Badania nad nadciśnieniem tętniczym pokazują niską efektywność jego kontroli, gdyż w moim sondażu tylko 30% respondentek kontroluje ciśnienie tętnicze.

W programie „Mierz ciśnienie raz w roku” skuteczność kontroli ciśnienia tętniczego wśród osób w wieku 41–60 lat nie przekraczała 11% u kobiet (6).

Badania przeprowadzone przez Maliszewską wśród pacjentów Przychodni Specjalistycznej przy Instytucie Kardiologii w Aninie, pokazują, że 86% kobiet odczuwa stres związany z pracą zawodową. W moim badaniu 20% studentek określiło swój tryb życia na bardzo stresujący, a pozostałe 80% na stresujący okresowo (7).

Niepokojące jest to, że wiedza i świadomość ryzyka nie znajduje odzwierciedlenia w zachowaniach prozdrowotnych studentek.

Wnioski

1. Przeprowadzone badania wykazały, że wiedza studen-

tek na temat miażdżycy jest na wysokim poziomie.

2. Zachowania prozdrowotne nie są odzwierciedleniem tej wiedzy w życiu codziennym.

Piśmiennictwo

1. Okraska–Bylica A. i WSP.: *Czynniki ryzyka miażdżycy u kobiet*. Folia Cardiol 2006; 13; 1; 34–41.
2. Polk Donna M, Nagvi Tainem Z.: *Choroby układu sercowo–naczyniowego u kobiet*. Medycyna po dyplomie 2006; 15: 2; 111–124.
3. Cole J. H, Sterling L.S.: *Przedwczesna choroba wieńcowa: czynniki ryzyka i rokowanie*. Kardiologia po Dyplomie 2005; 4; 2: 25–32.
4. Marcinkowski J. T.: *Higiena, profilaktyka i organiza-*

cja w zawodach medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 94.

5. Brzostek T, Kulig–Fetko M, Malinowska–Lipień I, Górkiewicz M, Kowalski R.: *Wiedza o szkodliwości a problem palenia tytoniu wśród studentów wyższej uczelni medycznej i technicznej*. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3 (12): 69–72.
6. Misiura M, Szcześniewska D.: *Zachowania zdrowotne mieszkańców Warszawy*. Zdrowie Publiczne 2003; 113 (1/2): 28–36.
7. Maliszewska D.: *Występowanie czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pacjentów przychodni specjalistycznej przy Instytucie Kardiologii w Aninie*. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3 (12): 111–117.

Pod rozwagę – ku przestrodze

Stanisław Ignacy Witkiewicz – o szkodliwości palenia tytoniu

Mgr Jerzy Rudzik

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

W następstwie palenia tytoniu umiera w Europie rocznie 800 tysięcy osób. Tytoń jest główną przyczyną chorób nowotworowych, serca i płuc.

Według ekspertów WHO umieralność w Polsce rośnie – w roku 2005 ponad 55% mężczyzn w Polsce umrze przedwcześnie – tj. między 35 a 65 rokiem życia, w tym więcej niż połowa z powodu chorób tytoniowych. Z roku na rok wzrasta też umieralność kobiet z tego powodu.

Trzeba jasno powiedzieć; tytoń jest najgroźniejszym uzależnieniem Polaków, a jednocześnie niemal całkowicie bagatelizowanym. W rodzinach palaczy dzieci narażone są na bierne palenie. Uzależnione od nikotyny dzieci i młodzież łatwo ulegają bardziej dramatycznym uzależnieniom od narkotyków i alkoholu.

Stanisław Ignacy Witkiewicz, jedna z najbardziej interesujących postaci w międzywojennym dwudziestoleciu, te prawdy ogłosił z górną 60 lat temu.

Przypomnijmy: Stanisław Ignacy Witkiewicz pseud. Witkacy (1885 – 1939), malarz,

dramaturg, powieściopisarz, krytyk, filozof, współtwórca naturalizmu w sztuce – był autorem około 30 fantastyczno–groteskowych dramatów („Tumor Mózgowicz”, „Sonata Belzebuba”, „Szwecy”) oraz powieści: „Pożegnanie jesieni”, „Nienasycenie”, „Narkotyki – niemyte dusze”.

Ostatnia pozycja jest ściśle związana z poruszaną w artykule problematyką. W rozdziale „Nikotyna, alkohol...” autor zawiera swoją wiedzę o szkodliwych skutkach palenia. Ciekawe, że wiedza ta nie jest czerpana z uczonych ksiąg, fachowych artykułów, ale z własnego doświadczenia. Był on, bowiem przez 28 lat namięt-

nym palaczem, po czym rzucił palenie, dowodząc tym samym, że jest to możliwe.

Ujemny wpływ palenia tytoniu na organizm człowieka („nikotyna może być doskonałym wstępem do alkoholizmu i wszelkiego omamienia”) Witkiewicz postrzegał jako szkodliwość dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Był przekonany, że w dymie tytoniowym nie tylko nikotyna ma szkodliwe działanie. Twierdził, że równie groźny jest czad węglowy, czyli tlenek węgla. Obecnie udowodniono, że we krwi palaczy znajduje się stale kilka procent hemoglobiny tlenkowo-węglowej, która uniemożliwia transport tlenu w organizmie, działając przez to toksycznie, m.in. na centralny układ nerwowy. Zacytujmy pisarza:

„Nikotyna stwarza pewien typ mechanizmu psychicznego, który daje się zastosować do każdego innego nałogu. Człowiek palący znajduje się na tej równi pochyłej, z której w dowolną przepaść stoczyć się może...”

„Starsi zatruwają się coraz bardziej czyniąc się przedwcześnie niezdolnymi do pracy, a młodzi za ich przykładem coraz wcześniej zaczynają pić i palić, przez co zatracą się nawet uspokajające znaczenie tytoniu i alkoholu, a czas kryzysu (czas, w którym trucizny te zaczynają działać aspołecznie), przesuwa się w kierunku początku życia – następuje systematyczne skrócenie okresu wydajności ludzkiej i przedwczesne zużycie jednostek najzdolniejszych. Dlatego wzywam rodziców, aby katowali dzieci zaczynające palić, jeśli inaczej do ich przekonania przemówić nie zdołają. Ale mają prawo robić to tylko wtedy, gdy sami nigdy nie palili lub palić przestali”.

„Tymczasowość, duchowa

krótkowzroczność, potęgujący się brak wymagań od siebie i innych, płytkość we wszystkim poczynszy od filozofii, poszukiwanie najlichszego towarzysztwa – nie wymagającego żadnego wysiłku umysłowego – oto właściwości cechujące prawdziwego palacza.”

„Tysiące pretekstów znajduje zatruty nikotyną, aby usprawiedliwić to wstrętne „gnanie”, które wywołuje w nim przeklęty, bezpłodny jad (...)

Na argument, jakoby papieros ułatwiał skupienie myśli przy pracy umysłowej, Witkiewicz odpowiada:

„Zaciągnięcie się papierosem przykręca niejako lampę świadomości, toteż oświetla ona mniejszy krąg, co przedtem było w półmroku – teraz to nie w ciemności. Wskutek tego – łatwiej jest wobec mniejszego wyboru przedmiotów – skupić uwagę na jednej rzeczy, ale z drugiej strony w tej zadymionej atmosferze kontury rzeczy stają się zamglone i obrzmiałe, zatracą się jasność widzenia (...)

Nikotynista śmieje się cynicznie z własnego upadku i myśli sobie: e, jako to będzie – żyjemy tylko raz. Po co sobie czegoś odmawiać?”

Oprócz ujemnego wpływu palenia na psychikę człowieka, widzi Witkacy w paleniu przyczynę miażdżycy, szybszego starzenia się i dolegliwości gastrycznych. Zostawia je wszystkim specjalistom, „ale oni też muszą przestać palić, aby mieć sąd obiektywny i doświadczenie”.

O palących kobietach mówi: „A wy, baby – o rozum może wam nie chodzi tyle co nam, ale o piękną skórę, tak. Otóż wasze zamsze, aksamity, brzoskwinie i alabastry zmieniacie na

wyschnięte, brudne, poźółkłe szmaty. Może to wreszcie wam do rozumu przemówi, mimo, że na ogół macie go mniej niż my (...).

Niech mężowie niepalący gnębią (do tortur włącznie) żony, które palą, a żony niech zatruwają (jak to one tylko podobno umieją) w maksymalny sposób życie mężów, aż póki wszyscy nie rzucą do diabła wstrętnego nałogu”.

Walkę z paleniem tytoniu na szerszą skalę widzi Witkacy następująco:

„Twierdzę, że ogólna walka z tytoniem i alkoholem powinna przejść krótki (np. dziesięcioletni) okres systematycznych ograniczeń, po czym we wszystkich krajach Europy, bez względu na związane z tym kwestie ekonomiczne, powinna nastąpić absolutna prohibicja tych dwóch strasznych assommoirów, a straty stąd wynikłe zrekompensują się w bardzo krótkim czasie w związku ze zdrowiem psychicznym i wydajnością pracy obywateli”.

Piśmiennictwo

Witkiewicz Stanisław Ignacy: „Narkotyki – niemyte dusze”, Warszawa, PIW, 1979.

Kobiety w służbie zdrowia*

Mgr Bartłomiej Krzyżański

Do połowy XIX w. zawód lekarza to zawód męski, tak jak wszystkie zawody wymagające studiów wyższych. Wynikało to z przekonania, że kobiety z natury nie są zdolne do studiów wyższych. Jednak czas zmienia to podejście. Pierwsze kobiety mogły studiować medycynę około roku 1860 na Petersburskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej, jednak tylko przez krótką chwilę, gdyż szybko wydano carski ukaz zabraniający przyjmowania kobiet na studia. Pierwszym uniwersytetem, który na stałe rozpoczął nabór kobiet na studia medyczne był Uniwersytet w Zurychu. Szybko stał się on symbolem dążeń emancypacyjnych kobiet XIX



Anna Tomaszewicz – Dobrska

wieku. Pośród wielu tradycyjnych głosów sprzeciwu wobec dążeń kobiet, zdarzały się również wypowiedzi próbujące przekonać, że kobiety mogą wnieść nową jakość w niektóre dziedziny medycyny i nie jest do końca prawdą, że muszą one być skazane jedynie

I Adam Wrzostek, W sprawie lekarek, [w]: „Krytyka lekarska”, t. 3, 1899, nr 6, s. 191–193

na pracę jako pomoc szpitalna czy akuszerka. Adam Wrzostek staje w obronie emancypacji. Zwraca uwagę, że lekarki szczególnie przydatne byłyby w ginekologii, ponieważ wiele kobiet wstydzi się rozmawiać o swojej chorobie z lekarzem – mężczyzną, a gdy już się zgłoszą do lekarza i opowiedzą o swoim problemie, często jest za późno¹. Mogłyby też śmiało rozwijać swoją wiedzę w dziedzinie położnictwa i pediatrii.

Pierwszą Polką, która ukończyła studia lekarskie w Szwajcarii była Anna Tomaszewicz – Dobrska. W 1869 roku ukończyła wyższą pensję żeńską Paskiewiczowej, jednak jeszcze dwa lata przygotowywała się do studiów w Zurychu, które rozpoczęła w 1873. Otrzymała dyplom w 1878 r. i wróciła do Królestwa Polskiego, dokładnie do Warszawy, w celu rozpoczęcia pracy zawodowej. Jednak środowisko lekarskie Warszawy niechętnie widziało kobietę w swoim gronie. Władze w Petersburgu przez długi czas nie chciały nostryfikować jej szwajcarskiego dyplomu. Po długich staraniach, dopiero w 1880 r. zaczęła udzielać porad lekarskich specjalizując się w ginekologii i pediatrii. Nie dopuszczono jej jednak do stanowiska lekarza szpitalnego, jak również do grona członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Pomimo, że decyzję Towarzystwa skrytykowały na łamach pracy takie osobistości jak Aleksander Świętochowski, czy Bolesław Prus, decyzji nie zmieniono. W 1882 r. dzięki finansów warszawskiemu Stanisławowi Kronenbergowi objęła kierownictwo nad przytułkiem położniczym, którym kierowała aż do śmierci w 1911 roku. Parę lat po Annie Tomaszewicz – Dobrskiej karierę rozpoczęła Teresa Ciszewska.

Dyplom w Szwajcarii obroniła w 1879 r., a w 1883 zdała egzamin państwowy w Petersburgu i rozpoczęła prywatną praktykę ginekologiczną w Warszawie. Jednak i ta lekarka nie dostała zaszczytu włączenia jej do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Na ten moment trzeba było czekać do 1896 roku, gdy neurolog Elżbieta Downarowicz została jako



Stanisława Popławska

pierwsza kobieta członkinią tego Towarzystwa. Następną barierę przełamała Stanisława Popławska. Została pierwszą lekarką, która zdobyła stanowisko ordynatora. Po powrocie ze studiów w Brnie i Zurichu nostryfikowała dyplom na Uniwersytecie w Kazaniu. Długo nie mogła znaleźć pracy w Warszawie. Dopiero Zygmunt Kramsztyk zaproponował jej pracę w Szpitalu Starozakonnych. W 1906 roku została ordynatorem oddziału chorób ocznych.

Można powiedzieć, że proces emancypacji po ciężkich początkach nabrał całkiem dużego rozmachu, gdyż w 1912 r., czyli w 30 lat po rozpoczęciu tak ciężkiej praktyki prywatnej w stolicy przez

pierwszą lekarzkę, „Przewodnik Informacyjno-Lekarski” mówi już o 34 kobietach – lekarzach w Warszawie. Szczególnie na początku XX wieku dynamika emancypacji kobiet w zawodzie lekarza przybiera na sile. Społeczeństwo, jak

również współpracownicy zaczynają dostrzegać w kobietach – lekarzach równych sobie partnerów w leczeniu i pracy naukowej. Kobiety w gabinetach i szpitalach zaczynają wtapiać się w otoczenie i z czasem przestają budzić jaką-

kolwiek sensację wśród współpracowników i chorych.

***Artykuł jest fragmentem pracy magisterskiej pt. „Służba zdrowia w Warszawie w II połowie XIX wieku”.**



Pro memoria

PROF. DR HAB. WIESŁAW STRYGA (1951–2006)

Prof. dr hab. Wojciech Noszczyk



Wieska poznałem, gdy miał 17 lat. Był kolegą, a później najbliższym przyjacielem mojego najmłodszego brata. Na początku lat siedemdziesiątych często bywał w domu mojej matki, która darzyła go wielką sympatią i przez następne kilkadziesiąt lat traktowała jak syna. Wiesiek nigdy nie zapominał o Jej urodzinach i imieninach, zawsze odwiedzał Ją w święta i często w czasie choroby. Tę życzliwość i szacunek dla każdego oraz chęć służenia każdemu, kto potrzebuje pomo-

cy, wyniósł ze swego rodzinnego domu, gdzie zawsze panował spokój, ład i wzajemne zrozumienie.

Rodzicom zawdzięczał staranne wychowanie, patriotyzm i zamiłowanie do nauki, które wpajali Mu od najmłodszych lat. W 1968 r. ukończył Liceum Ogólnokształcące im. Hugona Kołłątaja i rozpoczął studia na Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W następnym roku przeniósł się na Wydział Lekarski Warszawskiej Akademii, gdzie w 1974 r. uzyskał dyplom lekarza. W czasie studiów, będąc członkiem studenckiego koła naukowego w szpitalu na Banacha, uczęszczał na wykłady i zajęcia prowadzone przez jednego z najwybitniejszych chirurgów polskich XX wieku, prof. Jana Nielubowicza. Osobowość profesora wywarła na nim olbrzymie wrażenie. Pod Jego wpływem postanowił poświęcić się chirurgii naczyniowej. Najpierw jednak musiał ukończyć staż podyplomowy, który odbył w Szpitalu Kolejowym na ul. Brzeskiej.

W 1975 r. zgłosił się z prośbą o zatrudnienie do prof. Henryka Rykowskiego, kierownika Kliniki Chirurgii Naczyniowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Wybrał tę klinikę, gdyż chciał uczyć się pod kierunkiem profesora, który był jednym

z twórców polskiej chirurgii naczyniowej. W czasie długiej rozmowy, której byłem świadkiem, profesor szczegółowo sprawdził jego wiedzę i poglądy, i obiecał Mu wystąpić o stypendium doktoranckie, które otrzymał miesiąc później.

W 1977 r. Wiesiek ożenił się z młodą i bardzo uzdolnioną lekarzką Anią, córka profesora neurologii Teofana Domżała. Stworzyli zgodną, szczęśliwą rodzinę i według zasad wpojonych przez Ich rodziców wychowali dwóch synów: Michała, który jest inżynierem, i Maćka specjalizującego się w chirurgii naczyniowej.

Następne pięć lat dr W. Stryga spędził na sali operacyjnej i w pracowni doświadczalnej. Pracował bardzo ciężko. Miesięcznie pełnił 8–10 dwudziestoczterogodzinnych dyżurów, po których rano rozpoczynał codzienne zajęcia. Po wyjściu z kliniki jeździł do pracowni doświadczalnej, gdzie na zwierzętach badał różne techniczne problemy operacji aorty. W 1979 r. zakończył badania, obronił rozprawę doktorską i kilka miesięcy później wyjechał na trzymiesięczne stypendium w Klinice Chirurgii Naczyniowej Uniwersytetu w Heidelbergu, kierowanej przez jednego z najwybitniejszych wówczas chirurgów Europy,

prof. J. Vollmara. Po powrocie zachwycony wyposażeniem niemieckiej kliniki i prowadzonymi tam badaniami pragnął jak najwięcej z poczynionych obserwacji wykorzystać w Warszawie. Nie było to łatwe. Wkrótce jednak pojawiają się propozycje zatrudnienia w nowo powstałym Szpitalu Bródnowskim, którego dyrektor obiecuje zakupienie nowoczesnej aparatury diagnostycznej i leczniczej, a kierownik powstającej kliniki Chirurgii Naczyniowej Akademii Medycznej jest gotów skorzystać z pomysłów i spostrzeżeń młodego doktora medycyny.

Od września 1980 r. dr med. W. Stryga bierze niezwykle aktywny udział w organizowaniu Kliniki. Tworzy Przychodnię Chirurgiczną i Poradnię Chorób Naczyń, której zostaje kierownikiem. Kilka miesięcy później uzyskuje II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej i rozpoczyna zajęcia ze studentami. Prowadzi również badania naukowe.

Wraz z doc. Królickim publikuje kilka pionierskich prac o zastosowaniu izotopów w rozpoznawaniu chorób naczyń oraz oryginalne prace o nowych rodzajach protez tętnicznych. W 1986 r. przebywa na miesięcznych stażach naukowych w Uniwersytecie w Toronto oraz Jefferson Hospital w Filadelfii. W momencie, gdy jest już gotów do pracy nad rozprawą habilitacyjną, sytuacja materialna i chęć zdobycia nowych doświadczeń zmuszają Go do podjęcia nowego wyzwania, jakim jest praca w Libii. Najpierw obejmuje stanowisko konsultanta chirurgii naczyniowej w Szpitalu Uniwersyteckim w Benghazii. Po kilku miesiącach otrzymuje propozycję stworzenia pierwszego oddziału chirurgii ogólnej i naczyniowej w Libii i otrzymuje nominację na pierwszego ordynatora tego oddziału. Jest bardzo aktywny, wykonuje dużo operacji zarówno z zakresu chirurgii naczyniowej, jak i ogólnej. Wspólnie z kardio-

logami wszczepia stymulatory, a z nefrologami wykonuje przetoki tętniczo-żylne do hemodializy. Bierze udział w szkoleniu studentów, prowadzi egzaminy z chirurgii, współuczestniczy w organizacji zjazdów chirurgów libijskich. Jego działalność w liście do warszawskiej kliniki bardzo wysoko ocenia polski ambasador w Libii, który podkreśla bezinteresowną pomoc udzielaną przez dr Strygę pracującym tam Polakom i szcuniek, jakim darzą Go pacjenci, lekarze i profesorowie Uniwersytetu w Benghazii.

Po trzech latach powraca do Warszawy i w macierzystej klinice obejmuje stanowisko ordynatora. Wkrótce rozpoczyna badania nad przyczynami powodującymi zarastanie miejsca zespolenia tętnicy z protezą naczyniową. W 1992 r. wyjeżdża na kilka miesięcy do Sztokholmu, gdzie w Karolinska Sjukhuset kontynuuje swoje badania. Rok później habilituje się. W ciągu następnych trzech lat publikuje kilkanaście prac dotyczących rozpoznawania i leczenia powikłań po operacjach naczyniowych. Prowadzi wykłady i inne zajęcia ze studentami i lekarzami, którzy przyjeżdżają do kliniki na różnego rodzaju szkolenia. Jest członkiem ogólnopolskiej komisji egzaminacyjnej dla lekarzy rodzinnych i sędzią Okręgowego Sądu Izby Lekarskiej w Warszawie.

W 1995 r. wygrywa konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie. Po objęciu stanowiska z typową dla siebie energią przystępuje do reorganizacji pracy w oddziale, mimo bardzo wielu dodatkowych obowiązków i różnorodnych trudności spowodowanych problemami administracyjnymi. Nie zaprzestał badań naukowych, do prowadzenia których stopniowo przekonywał również swoich asy-

stentów. Jako jeden z pierwszych w Polsce rozpoczął wewnątrzczyniowe leczenie tętniaków aorty brzusznej, wprowadzał nowe rodzaje szwów mechanicznych i metody leczenia żyłaków odbytu.

W 2003 r. dr hab. Wiesław Stryga otrzymał tytuł naukowy profesora. Dwa lata później wygrał konkurs na stanowisko kierownika I Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie. Podobnie jak przed dziesięć laty na Barskiej, tak teraz na Bródnie natychmiast przystępuje do unowocześniania kliniki. Ma wiele oryginalnych pomysłów naukowych, dydaktycznych i organizacyjnych. Asystentom przydziela nowe zadania, uatrakcyjnia program nauczania studentów, przystępuje do remontu kliniki. I właśnie wówczas, gdy osiągnął zamierzony przed laty cel i znalazł się w sytuacji umożliwiającej realizowanie śmiałych o oryginalnych planów, zaobserwował u siebie objawy choroby. Z trudem dał się namówić do przeprowadzenia badań, które potwierdziły rozpoznanie. Poddał się operacji i następnie wielomiesięcznemu leczeniu. Mimo, że doskonale zdawał sobie sprawę z rokowania, intensywnie pracował i realizował swoje plany. Trzy tygodnie przed śmiercią wziął udział w Międzynarodowym Zjeździe Chirurgów w Pradze czeskiej. Później jeszcze operował i wizytował chorych. Zmarł 10 października 2006 r.

Był dobrym mężem i ojcem, lekarzem, dla którego dobro chorego było zawsze najważniejsze, naukowcem o oryginalnych pomysłach, z których wiele udało Mu się zrealizować. Był powszechnie lubiany, miał niezwykle życzliwy stosunek do każdego i każdy, kto go poznał, natychmiast czuł się Jego przyjacielem. Był prawym, szlachetnym człowiekiem i uzdolnionym lekarzem, który kochał chirurgię.



Informacje i ogłoszenia

W dniach 8–10 listopada 2006 w Dużej Auli Politechniki Warszawskiej odbyły się XIII Krajowe Targi Książki Akademickiej ATENA 2006.

Nagrodę główną ATENA 2006 otrzymało
Wydawnictwo Lekarskie PZWL sp. z o.o.
za książkę
„CHIRURGIA”
TOM 1–2
pod redakcją

prof. dr hab. n.med. Wojciecha Noszczyka.

Laureat, prof. W. Noszczyk otrzymał statuetkę wykonaną według projektu prof. Krzysztofa Nitscha z ASP w Krakowie ufundowana przez Wydawnictwa Naukowo–Techniczne oraz nagrodę pieniężną ufundowaną przez Norhaven Paperback.

Prof. dr hab. Wojciech Noszczyk jest wybitnym specjalistą chirurgii naczyniowej, od studiów związanym z Akademią Medyczną w Warszawie. Kierownik I Kliniki Chirurgii Ogólnej II Wydziału Lekarskiego oraz Kliniki Chirurgii Naczyniowej CKMP.

Jeden z pionierów wprowadzających w naszym kraju nowoczesną chirurgię naczyniową oraz protezy naczyniowe do powszechnego stosowania.

Autor i redaktor naukowy wielu monografii, książek i podręczników z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej.

Kalendarz wydarzeń w Akademii Medycznej

Wszystkie informacje uzyskano z Biura Informacji i Promocji AM

Zapraszamy Państwa do zgłaszania wydarzeń – kongresów, konferencji, seminariów, wykładów okolicznościowych itp. – odbywających się na terenie Akademii Medycznej w Warszawie. Zgłoszenia przyjmuje Biuro Informacji i Promocji na adres biip@am.edu.pl. Prosimy o zapoznanie się z zasadami zgłaszania informacji do Kalendarza Wydarzeń.

LISTOPAD 2006

16 listopada 2006 r. (czwartek)

III MEDYCZNE TARGI PRACY

Miejsce: Centrum Dydaktyczne przy ul. ks. Trojdena 2a

Godzina: 11⁰⁰–16⁰⁰

Organizator: Biuro Karier AM

Opis: już po raz trzeci przedstawiciele instytucji i firm związanych z branżą medyczną i farmaceutyczną będą mieli możliwość zaprezentowania swojej

oferty pracy i praktyk. Udział w Medycznych Targach Pracy to okazja do bezpośredniego spotkania przyszłych pracodawców, poznania zasad rekrutacji oraz proponowanych ścieżek rozwoju zawodowego w danych specjalnościach.

Honorowy patronat nad imprezą objął JM Rektor AM prof. dr hab. Leszek Pączek.

Szczegółowe informacje: www.am.edu.pl/biurokarier

25 listopada 2006 r. (sobota)

ANTYKONCEPCJA
CZY WIESZ JUŻ WSZYSTKO?

Miejsce: Centrum Dydaktyczne przy ul. ks. Trojdena 2a

Opis: konferencja poświęcona będzie antykoncepcji i metodom naturalnego planowania rodziny. Jej celem jest pogłębienie wiedzy dotyczącej płodności i regulacji poczęć oraz kształtowanie moralnej postawy młodych ludzi. Zdrowie psycho-

fizyczne kobiet, życie dziecka poczętego, jak również troska o więzi w rodzinie wymagają zdecydowanej odpowiedzialności ze strony podejmujących intymne zbliżenie małżonków, ale jednocześnie lekarzy, do których zwracają się oni o pomoc. Dlatego główne przesłanie konferencji skierowane jest do młodych adeptów sztuki medycznej. Gośćmi będą wybitni specjaliści z zakresu medycyny i psychologii. Honorowy patronat nad konferencją objął Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa.

GRUDZIEŃ 2006

2 grudnia 2006 r. (sobota)

II KONFERENCJA DYDAKTYCZNO–NAUKOWA
HUMANISTYCZNE PODSTAWY MEDYCYNY

Miejsce: Sala Senatu Akademii Medycznej w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 61

Godzina: 9⁰⁰–13⁰⁰

Organizator: Centrum Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Warszawie

Opis: konferencja dydaktyczno-naukowa dotycząca zagadnienia etyki w medycynie. Spotkanie poświęcone będzie siedmiu cnotom lekarskim: uczciwości, prawdomówności, odpowiedzialności, zdrowemu

rozsądkowi, pokorze, niezależności sądu i szacunkowi. Uczestnicy konferencji mogą otrzymać zaświadczenia potwierdzające uzyskanie 4 punktów edukacyjnych.

Konferencję poprowadzą prof. dr hab. Piotr Zaborowski – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych Akademii Medycznej w Warszawie i prof. dr hab.

Tomasz Pasierski. Konferencja została objęta honorowym patronatem przez JM Rektora Akademii Medycznej w Warszawie prof. dr. hab. Leszka Pączka.

Informacje i zgłoszenia: Dziekanat Centrum Kształcenia Podyplomowego, ul. Żwirki i Wigury 61, pok. 511; telefaks (0-22) 57 20 511; tel. (0-22) 57 20 510, e-mail: ckp@am.edu.pl

Student Akademii Medycznej wybrany na członka Rady Wykonawczej Parlamentu Studentów RP

Przemysław Rzodkiewicz, student piątego roku Wydziału Farmaceutycznego warszawskiej Akademii Medycznej, został wybrany na członka Rady Wykonawczej Parlamentu Studentów RP. Wyboru nowych władz Parlamentu dokonano podczas zjazdu, który odbył się w sobotę, 25 listopada 2006 r.

Kandydaturę studenta Akademii Medycznej w Warszawie zgłosił zwycięzca sobotnich wyborów – nowy przewodniczący Parlamentu Studentów RP, którym został Leszek Cieśla z Politechniki Wrocławskiej. – Współpracuję z Przemkiem od dwóch lat i mogę powiedzieć, że jest jednym z najbardziej kompetentnych samorządowców w naszym kraju. Posiada ogromną wiedzę z zakresu dydaktyki w szkolnictwie wyższym. Dlatego zdecydowałem się powierzyć mu kierowanie prestiżową komisją dydaktyczną – mówi Leszek Cieśla.

– Moim głównym celem będzie stworzenie studentom możliwości realnego wpływu na jakość otrzymywanego wykształcenia – mówi Przemek Rzodkiewicz z AM. – W pla-



nach mam stworzenie wzorcowych ankiet oceniających pracę nauczycieli akademickich. Chciałbym również zaangażować się w prace Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego oraz Państwowej Komisji Akredytacyjnej – dodaje.

Parlament Studentów RP jest ogólnokrajowym przedstawicielstwem wszystkich samorządów studenckich polskich uczelni wyższych, co wynika bezpośrednio z art. 203 ustawy Prawo

o szkolnictwie wyższym. Parlament reprezentuje środowisko studenckie przed organami państwa, współdecyduje o pozycji środowiska studenckiego i polityce państwa wobec młodzieży, opiniuje akty prawne dotyczące studentów, reprezentuje blisko dwa miliony obywateli. Kadencja nowych władz Parlamentu trwać będzie dwa lata.

Szczegółowe informacje: www.dozrodla.pl

Jubileusz 50-lecia pracy zawodowej prof. Danuty Chmielewskiej-Szewczyk

25 listopada w Sali Senatu Akademii Medycznej w Warszawie odbył się jubileusz 50-lecia pracy zawodowej prof. Danuty Chmielewskiej-Szewczyk. Wśród zaproszonych gości byli m.in. Rektor AM prof. Leszek Pączek, Prorektor AM prof. Ryszarda Chazan, Dziekan I WL prof. Marek Krawczyk, Prodziekan I WL prof. Marek Kulus. W trakcie uroczystości Rektor AM wygłosił przemówienie, które zakończył miłym akcentem wręczając prof. Danucie Chmielewskiej **medal im. dra Tytusa Chałubińskiego**, przyznawany w dowód wdzięczności za wkład w rozwój naszej uczelni.

Prof. Danuta Aleksandra Chmielewska-Szewczyk w 1949 roku uzyskała świadectwo dojrzałości w liceum im. Klementyny z Tańskich Hoffmanowej. W tym samym roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, które ukończyła w 1955 r. jako absolwentka Oddziału Pediatrycznego, uzyskując jednocześnie specjalizację I stopnia w zakresie pediatrii.

Już w okresie studiów dała się zauważyć pasja naukowa Pani Profesor. Podczas studiów była członkiem Koła Naukowego przy I Klinice Chorób Wewnętrznych, a następnie Koła Naukowego przy Klinikach Pediatrii na ul. Działdowskiej.

W marcu 1957 r. Pani Profesor podjęła pracę jako asystent Kliniki Terapii Chorób Dzieci AM w Warszawie przy ul. Działdowskiej, kierowanej przez zasłużonego prof. Henryka Brokmana. Klinika ta była ważnym ogniwem nauczania pediatrii studentów medycyny, którzy w przyszłości



chcieli się poświęcić medycynie wieku rozwojowego. W tym czasie Profesor Chmielewska kontynuowała kształcenie, czego efektem była specjalizacja II stopnia w zakresie pediatrii, uzyskana w roku 1961 r., a także specja-

lizacja z alergologii, którą Pani Profesor otrzymała w 1974 r.

Pracę na stopień doktora medycyny obroniła w 1965 r. przed Radą I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie. Promotorem pracy był prof. H. Brokman.

Osiągnięcia naukowe i zawodowe Prof. Chmielewskiej zawoocowały wyjazdami na staże do Kliniki Pediatricznej w Uppsali, szwedzkiego Blood Center, Kliniki Pediatriczno–Alergologicznej w Goeteborgu. Ponadto, Prof. Chmielewska, jako *visiting professor*, była gościem w Klinice Pneumonologii Dziecięcej u prof. von der Hardta w Hannoverze.

Tytuł profesora zwyczajnego Danuta Chmielewska otrzymała w 1996 roku.

Pani Profesor jest przykładem niezwyklej konsekwencji i sukcesu zawodowego. Całe swoje życie zawodowe poświęciła Akademii Medycznej w Warszawie: w Klinice Pediatricznej naszej Alma Mater pracowała od 1957 r. nieprzerwanie przez 43 lata. Na emeryturę przeszła na początku 2001 roku. W Klinice na Działdowskiej Pani Profesor pełniła funkcje: ordynatora Oddziału Pneumonologii Kliniki Ogólnopediatricznej i kierownika Kliniki Pneumonologii i Chorób Alergicznych, kierownika I Katedry Pediatrii i kierownika 55–łóżkowej Kliniki Pneumonologii, Chorób Alergicznych i Hematologii I Katedry Pediatrii. Ponadto opiekowała

się Pracownią Immunologiczną, którą osobiście zorganizowała w latach 70–tych. Od 1964 do 2004 roku, a więc jeszcze 4 lata po przejściu na emeryturę, Pani Profesor prowadziła Przyklinikę, Konsultacyjną Poradnię Alergologiczną.

Oprócz pracy zawodowej, Pani Profesor czynnie włączyła się w życie uczelni, pełniąc w latach 1993–96 funkcję prodziekana I Wydziału Lekarskiego. Była ponadto członkiem Senatu przez okres 2 kadencji, brała też udział w pracach różnych komisji senackich. Przez wiele lat była członkiem Senackiej Komisji ds. Nauki.

Profesor Danuta Chmielewska poświęciła się także kształceniu młodych adeptów medycyny: była promotorem 4 prac doktorskich, opiekunem 1 pracy habilitacyjnej, recenzentem 12 prac doktorskich, 4 habilitacyjnych, dorobku naukowego na stopień profesora 3 osób, recenzentem wielu prac prowadzonych w ramach programów naukowych, artykułów zamieszczanych w pismach i opracowaniach specjalistycznych. Spod jej ręki wyszło ponad 100 lekarzy w zakresie specjalności będących przedmiotem zainteresowań Pani Profesor.

Prof. Chmielewska dała się poznać jako opiekun studentów i niestrudzony nauczyciel: przez ponad 10 lat była opiekunem Studenckiego Koła Naukowego wyróżnionego za prace prowadzone przez studentów. Zajmowała się także dydaktyką podyplomową w szerokim zakresie, wykładając na kursach organizowanych przez CMKP, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Wielkim osiągnięciem Pani Profesor było zorganizowanie szkoły dla rodziców dzieci chorych na astmę. Szkoła jest prowadzona do dziś.

Pani Profesor Danuta Chmielewska jest członkiem 5 towarzystw naukowych.

Opublikowała ponad 250 prac, z których większość dotyczy alergologii, chorób układu oddechowego i immunologii, ale są w tej liczbie także prace z innych dziedzin pediatrii, prace doświadczalne, kliniczne, przeglądowe, komunikaty zjazdowe wygłoszone na zjazdach zagranicznych i krajowych, opublikowane w pismach lub materiałach zjazdowych. Dwadzieścia sześć pozycji to książki, monografie, rozdziały w podręcznikach.

Szpital Pluszowego Misia znów zaprasza dzieci

Studenci AM zorganizowali akcję edukacyjną dla 400 przedшкоłaków

Idea akcji Szpital Pluszowego Misia jest prosta: poprzez zabawę przybliżyć dzieciom zawód lekarza, a także wyeliminować strach przed białym kitem.

– Wiemy, że czynności, które lekarz często zmuszony jest podjąć, nie należą do przyjemnych – mówi Halszka Kamińska, koordynator akcji – dziecku

jednak o wiele łatwiej je znieść, jeśli wie, jak i po co lekarz to robi. Temu właśnie służy nasza akcja.

Jak to działa? Pacjentem jest miś. Rodzicem – dziecko, a lekarzem – student medycyny. Dzieci przynoszą do lekarza swojego misia, który następnie jest profesjonalnie przez niego badany. – Mierzmy mu temperaturę, osłuchujemy stetoskopem, zaglądamy

do pyszczka, czasem potrzebne jest prześwietlenie – mówi Michał Zieliński, student III roku medycyny. – Na koniec misio dostaje „receptę”, a mały właściciel misia musi zmieniać mu bandażę na łapce lub codziennie wieczorem kilka razy przytulać – opowiada Michał.

Badania lekarskie są dla dzieci sporym źródłem obaw i strachu. – Aparat do mierzenia ciśnienia nie wygląda szczególnie sympatycznie

tycznie – mówi Halszka Kamińska. – Co innego, jeżeli dzieciak na własne oczy zobaczy, jak on działa i że to nie boli – dodaje.

Ale ta zabawa w lekarza służy nie tylko dzieciom. – Wielu lekarzy podczas swojej pracy ma do czynienia z dziećmi, nie będąc nawet pediatrami. Takie zabawy uczą ich właściwego podejścia do małego pacjenta i komunikacji z nim. To równie ważne, jak

właściwa terapia – mówi Halszka Kamińska.

Jesienny finał Szpitala Pluszowego Misia odbywa się już po raz czwarty. Do tej pory podczas finałów akcji organizowanych w warszawskich szkołach i domach kultury z konsultacji lekarza skorzystało ponad tysiąc pluszaków wraz z ich „rodzicami”. Rośnie także liczba studentów zaangażowanych w akcję

– w tegorocznym finale weźmie ich udział sześćdziesięcioro. O wiele więcej będzie dzieci – organizatorzy spodziewają się ponad 400 przedszkolaków!

Finał akcji Szpital Pluszowego Misia odbędzie się w dniu 29 listopada 2006 r. w Szkole Podstawowej nr 85 przy ul. Narbutta 4 na warszawskim Mokotowie, tuż przy ul. Puławskiej. Początek o godz. 9⁰⁰, koniec o 15⁰⁰.

PÓŁ WIEKU IDEI

Obchody jubileuszu 50-lecia IFMSA-Poland

18 listopada 2006 roku na Zamku Królewskim w Warszawie odbyły się uroczystości z okazji obchodów Jubileuszu 50-lecia istnienia Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland.



W początkach swojej działalności Stowarzyszenie nosiło nazwę: Komitet Koordynacyjny Studentów Akademii Medycznych (KKSAM), zaś od 1990 roku – Polish Medical Students' International Committee (PolMSIC).

Jubileuszowi patronowali: Minister Zdrowia, prof. Zbigniew Religa, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Konstanty Radziwiłł, a także wszyscy Rektorzy wyższych uczelni medycznych w Polsce.

Na uroczystości obecne były osoby, które zakładały organizację, m.in.: dr Jerzy Kossak (Gdańsk), dr Wojciech Leszczyński (Włochy), prof. Wiesław Szymański (Bydgoszcz). Swoją obec-



Dr Konstanty Radziwiłł, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

nością spotkanie zaszczytliwi byli Przewodniczący KKSAM i Prezydenci Stowarzyszenia z czasów PolMSIC oraz IFMSA-Poland. Obecni też byli przedstawiciele organizacji rządowych i pozarządowych, z którymi współpracuje IFMSA-Poland.

Podczas obchodów odznaczeni zostali Członkowie Honorowi Stowarzyszenia (z Akademii Medycznej w Warszawie odznaczonych zostało 7 osób) oraz wręczone zostały nagrody jubileuszowe „Pół wieku idei” (otrzymały je 4

osoby z AM w Warszawie).

Głównym patronem medialnym uroczystości była Telewizja Polska, a wśród pozostałych partnerów znaleźli się: „Puls Medycyny”, „Służba Zdrowia”, „Terapia”, „Gazeta Lekarska” oraz portale esculap.pl i openmedica.pl.

Uroczystość przebiegła w znakomitej oprawie muzycznej zespołu kameralnego „Camerata degli amici”.