



Zespół redakcyjny:

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

Wydawca:

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

Adres redakcji:

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

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

Skład i łamanie:

Magdalena Krawczyk

Druk:

Oficyna Wydawnicza AM

Spis treści

OD REDAKCJI

Ewa Barciszewska

Medice, cura te ipsum! 2

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Leszek Pączek

Medyczny Nobel 2005 – Słowo Rektora 3

Przemysław Bieńkowski

Cyfrowy nos – czym pachnie medyczny
Nobel 2004 5

Andrzej Kukwa

Aplikacje kliniczne badań nad zmysłem
węchu 9

Jan Dzieniszewski

Zamiast wykładu – redakcyjna rozmowa
nt. medycznego Nobla 2005 12

Srebrny jubileusz

Szpitala Bródnowskiego 14

Leszek Pączek

Słowo Rektora 15

Teresa Maria Bogiel

Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy
– misja społeczna Wojewódzkiego
Szpitala Bródnowskiego 16
Nasi z pierwszej setki 18

NAUKA

Obrony prac doktorskich 19

MEDYCYNA

Tadeusz Tołłoczko

Zdrowie „dobrem wspólnym wszystkich
obywateli”, czyli o specyfice medycyny
polskiej 21

DYDAKTYKA

Michał Fidecki, Marta Jakubowska,

Elżbieta Jodkowska

Nauczanie problemowe PBL – przyszłość
nauczania stomatologii i medycyny? 31

Mirosława Kurpeta

Lekarski poradnik językowy – serwis dla
lekarzy i studentów 34

WYCHOWANIE

Jerzy Rudzik

Dekalog zdrowego stylu życia 37

Z ŻYCIA STUDENTÓW

Magdalene Restel, Paweł Chomicki

Zabawa w lekarza to mądra zabawa 39

SĄ WŚRÓD NAS...

Ewa Barciszewska

Waldemar Kosiorek – artysta „z donosu” 44

PRO MEMORIA

Joanna Ciecierska

Marian Kwiatkowski (1943 – 2005) 46

KOMUNIKATY..... 50

OD REDAKCJI

MEDICE, CURA TE IPSUM!

11 lutego obchodzimy Światowy Dzień Chorego. Dzień, jak co dzień. Od początku świata ludzie chorują, cierpią, umierają. A lekarze są po to (dlatego), by ich leczyć, ulżyć im w cierpieniu, złagodzić śmiertelną traumę. Ale moment do rozmyślań jest szczególny, bo dziś 30 stycznia – minęło niespełna 48 godzin od chorzowskiej katastrofy i ludzkiej tragedii. Może właśnie dlatego, może właśnie dziś warto zastanowić się nad sobą? Nad „misją” lekarza?

Ilekoć czytam lub słyszę wystąpienia rektorów, dziekanów „na okoliczność” wręczenia dyplomów lekarskich – mam dreszcze. Takie „pozytywne”. Bo przecież: misja, powołanie, zaszczyt, nieważne pieniądze, nie wyjeżdżacie za granicę, jesteście potrzebni tu i teraz i... kolejne frazesy. Pewnie reaguję zbyt emocjonalnie, ale nie znoszę fikcji.

Panie, Panowie lekarze! Bardzo długo studiowaliście, na te studia poświęciliście mnóstwo czasu – nie zmarnujcie go. Jesteście teraz lekarzami, doktorami, ale nie panami życia i śmierci. Pamiętajcie, że to pacjent jest podmiotem Waszej zawodowej drogi. I chociaż za dbanie o jego zdrowie i życie dostajecie grosze, to i jedno i drugie warte jest znacznie więcej. Jedno i drugie jest bezcenne.

Pamiętajcie też, że nie każdy pacjent jest idiotą, podobnie jak nie każdy krewny pacjenta. Obserwowałam parę miesięcy temu scenę, gdy na oddział przywieziono nieprzytomnego, starszego pana. Córka chorego przez długą chwilę usiłowała bezskutecznie poinformować dyżurnego lekarza, na co choruje ojciec i co mogło być bezpośrednią przyczyną jego stanu. Ponieważ nikt jej nie słuchał, w końcu tupnę-

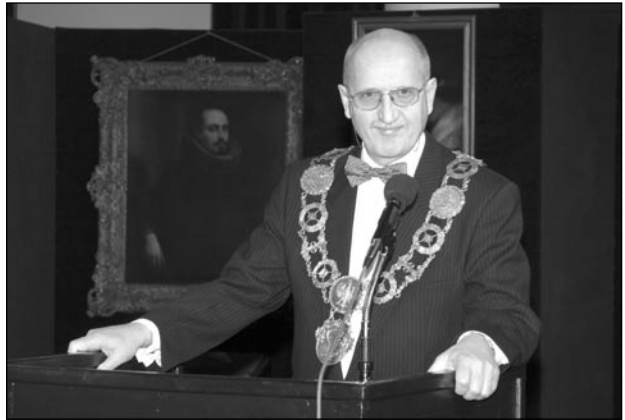
ła i krzyknęła: jestem lekarzem! Poskutkowało. A gdyby była weterynarzem, inżynierem, sekretarką albo księgową? Czy należałoby *a priori* przyjąć, że jej wiedza o chorobie ojca jest w tym momencie zupełnie bezużyteczna?

I jeszcze jedno. Są pacjenci przemądrzali, pacjenci wiecznie żądający zainteresowania własną osobą i chorobą, pacjenci złośliwi, nieprzyjemni, wręcz nieznośni. Cóż, w niecodziennej sytuacji, jaką na pewno jest pobyt w szpitalu, pewne nienajlepsze cechy charakteru mogą się nasilać, strach przed nieznanym może pacjentowi dyktować zachowania, do których kiedy indziej by się nie posunął, których za jakiś czas będzie się wstydził. Ale to jeszcze nie powód, by „karać” go brakiem zainteresowania, strofować, ignorować jego potrzeby. Kiedy trafiłam do szpitala z powodu dziwnych skoków ciśnienia tętniczego i podczas niedzielnego obchodu (jak wiadomo w niedzielę w szpitalu nic się nie dzieje) poprosiłam lekarza o jego zmierzenie (bo bałam się o swoje zdrowie i czułam się w tej sytuacji bezradna), usłyszałam lekceważącą uwagę, że ... to nie jest konieczne. Może i nie było, ale ile kosztuje głupie zmierzenie ciśnienia? Ile kosztuje spokój pacjenta? Co i kiedy jest konieczne? Pacjent myśli o swojej chorobie przez całą dobę! Myśli o niej, czyta, i wie częstokroć więcej niż lekarz. Obserwuje swój organizm, bo to jest cały jego świat. Jego kosmos.

Lekarzu, doktorze, profesorze!!! – pamiętaj, że nie jesteś szefem chorego, ale jego Aniołem Stróżem. Nie ciesz się władzą nad chorym – słuchaj jego opowieści.

Ewa Barciszewska

Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny otrzymali w 2005 r. **J. Robin Warren i Barry J. Marshall z Australii** za odkrycie bakterii *Helicobacter pylori* (Hp) i ustalenie jej roli w zapaleniu błony śluzowej żołądka oraz w rozwoju choroby wrzodowej.



Po raz czwarty Sesję Noblowską zorganizował prof. dr hab. Marek Krawczyk

Tradycyjnie uroczystą sesję poświęconą Noblistom zorganizował Dziekan I Wydziału Lekarskiego* prof. dr hab. Marek Krawczyk (fot. obok). Sesja była czternastą z kolei i odbyła się 12 grudnia 2005 r. w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II przy Placu Bankowym. Zaproszeni goście wysłuchali „Gaude Mater Polonia” w wykonaniu chóru AM pod dyrekcją p. mgr Beaty Herman i następnie wystąpień: Dziekana I WL, prof. dr hab. Marka Krawczyka oraz JM Rektora, prof. dr hab. Leszka Pączka. Były też dwa bardzo ciekawe wykłady: prof. dr hab. Stanisława Konturka pt. „Sylwetki tegorocznych noblistów oraz podstawowe aspekty działania *Helicobacter pylori* na żołądek” i prof.

dr. hab. Jana Dzieniszewskiego pt. „Kliniczne aspekty zakażenia *Helicobacter pylori*”. Sesję zakończył mini-recital fortepianowy **Artura Słotwińskiego**. Recital króciutki, ale „intensywny” - nie zabrakło w nim bowiem Bacha, Mozarta, Rachmaninowa, Chaczaturiana i kolędy „Bóg się rodzi!”.

Większość tekstów z ubiegłorocznej „Sesji noblowskiej” będą Państwo mieli okazję przeczytać pod koniec tego roku w specjalnym wydawnictwie I WL. My publikujemy to wszystko, co udało nam się dla Państwa zdobyć, a więc wystąpienie JM Rektora, wykłady sesji ubiegłorocznej i redakcyjną rozmowę z prof. Dzieniszewskim. (eb)

Organizatorami Sesji Noblowskich byli wcześniej Dziekani I WL: prof. dr hab. Andrzej Karwowski (1991 – 1995) i prof. dr hab. Wiesław Gliński (1996 – 2001).

Medyczny Nobel 2005 - Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek

Szanowni Państwo.

Spotykamy się dziś z wyjątkowej okazji. Już po raz 104 w Sztokholmie Komitet Noblowski przyznał najsłynniejsze, najbardziej prestiżowe, a także najbardziej pożądane nagrody naukowe świata. Od samego początku, od roku 1901, przyznawane są w dziedzinie fizyki, chemii, fizjologii i medycyny, literatury oraz działalności na rzecz pokoju. Nagrody Nobla są najwyższym wyróżnieniem dla każdego naukowca, oznaczają wpisanie do Panteonu



najwybitniejszych umysłów ludzkości i, nie wahajmy się użyć tego słowa, nieśmiertelność imienia. Na zawsze. Są symbolem triumfu ludzkiego umysłu nad materią.

Wielka i chwalebna tradycja przyznawania nagród z dziedziny fizjologii i medycyny ma dla nas, ludzi związanych z naukami medycznymi, szczególne znaczenie. Każde z wyróżnionych dotąd osiągnięć jest bowiem kamieniem milowym w rozwoju medycyny i nauk pokrewnych. Takim „kamieniem milowym” było między innymi odkrycie insuliny, streptomycyny, budowy kwasów nukleinowych, a także funkcji chromosomów w procesie dziedziczenia.

W 2005 roku Komitet Noblowski uhonorował dwóch naukowców: **Barry’ego Marshalla** i **Robina Warrena** za udowodnienie, że powstawanie wrzodów żołądka jest spowodowane zakażeniem bakterią *Helicobacter pylori*.

Przez 30 lat uważano, że źródłem tej choroby jest stres lub zła dieta. Panowało powszechne przekonanie, że kwas żołądkowy uśmierca wszystkie drobnoustroje i dlatego nikt nawet nie przypuszczał, że choroba wrzodowa jest spowodowana przez infekcję. Jednak Robin Warren, anatomopatolog z Perth w Zachodniej Australii stwierdził, że na świeżo pobranych z żołądka wycinkach tkanki, pod warstwą śluzu, szczególnie w miejscach, gdzie stwierdzano stany zapalne, występuje bakteria. W 1983 roku udało się ją wyhodować i nazwano ostatecznie *Helicobacter pylori*. Dalszy ciąg historii badań znany i będzie on jeszcze przypominały w czasie dzisiejszej sesji.

Bakterią *Helicobacter* zarażony jest średnio co drugi człowiek na Ziemi, a częstość zakażenia wzrasta wraz z wiekiem. W populacji 40-latków zarażona jest co piąta osoba. W krajach rozwijających się, w tym także w Polsce i innych krajach Europy środkowowschodniej, infekcja Hp występuje dużo częściej u osób w wieku młodszym – zakażony jest co drugi dwudziestolatek i aż 90% osób sześćdziesięcioletnich!

Na dzisiejszej uroczystości jest z nami dwóch znamienitych gości: prof. Jan Dzieniszewski oraz prof. Stanisław Konturek. Profesor Dzieniszewski jest profesorem Akademii Medycznej w Warszawie, a także członkiem **Komitetu Epidemiologii i Zdrowia Publicznego PAN, Przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła**, autorem



*Sylwetki tegorocznych Noblistów oraz podstawowe aspekty działania *Helicobacter pylori* na żołądek przedstawił prof. dr hab. Stanisław Konturek*

podstaw naukowych żywienia w szpitalach, a także wielu książek i publikacji propagujących zagadnienia zdrowotne wśród społeczeństwa.

Pan Profesor wygłosi wykład pt. „Kliniczne aspekty zakażenia *Helicobacter pylori*”.

Profesor Stanisław Konturek przybył specjalnie na naszą uroczystość z Krakowa, na zaproszenie Dziekana I Wydziału Lekarskiego, prof. Marka Krawczyka. Pan Profesor wygłosi dziś wykład „Sylwetki tegorocznych Noblistów oraz podstawowe aspekty działania *Helicobacter pylori* na żołądek”.

Pozwolą Państwo, że przedstawię naszego gościa. Profesor Konturek to Rektor Collegium Medium UJ, doktor *honoris causa* Akademii Medycznej w Białymstoku, znakomity naukowiec, wybitny gastrolog, dyrektor Instytutu Fizjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także laureat dorocznej nagrody Fundacji na rzecz Nauki Polskiej w dziedzinie medycyny, członek Komitetu Nauk Fizjologicznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Akademii Umiejętności, autor i współautor 930 prac naukowych, w tym 850 oryginalnych w zakresie doświadczalnej i klinicznej gastroenterologii. Jest także redaktorem i autorem jedynej w kraju podręcznika „Gastrologia i Hepatologia Kliniczna”, który doczekał się 7 wydań i cały czas jest aktualizowany. Wymienienie wszystkich osiągnięć i zasług Pana Profesora zajęłoby dużo czasu. Jednym z obszarów, na których profesor Konturek skupił swą naukową aktywność, było zagadnienie choroby wrzodowej żołądka. Długo czas w badaniach nie zwracano uwagi na fakt „cytoprotekcji”, czyli zdolności obronnej komórek pokrywających błonę śluzową żołąd-

ka i dwunastnicy, a koncentrowano się przede wszystkim na określeniu czynników uszkadzających. Profesor Konturek i jego zespół z Instytutu Fizjologii UJ wykazał, że utrzymanie integralności błony śluzowej żołądka i jelit jest wynikiem wzajemnej równowagi między czynnikami uszkadzającymi i obronnymi.

Picasso powiedział: „Ja nie szukam, ja znajduję”. Słowa te równie dobrze mógłby wypowiedzieć profesor Konturek. Lista jego odkryć w badaniach nad Hp jest imponująca. Obejmuje między innymi wykazanie, że głównym czynnikiem ryzyka w rozwoju zaburzeń wydzielniczych żołądka u ludzi zakażonych przez Hp jest zahamowanie uwalniania somatostatyny, a także opracowanie nieinwazyjnego testu oddechowego, opartego na wykorzystaniu zdolności Hp do rozkładu znakowanego węgla C¹⁴. Metoda ta jest opatentowana.

Profesor Konturek odkrył także, że po eradykacji bakterii wzrasta uwalnianie czynników wzrostowych, co prowadzi do przyspieszenia procesu gojenia się owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych.

Ponadto odkrył, że długotrwała infekcja Hp i towarzyszący jej wzrost poziomu gastryny prowadzą początkowo do proliferacji komórek nabłonkowych błony śluzowej żołądka i jelita grubego, ale z czasem ta hiperproliferyacja

przechodzi w atrofię z apoptozą i dysplazją, a w końcu w zmiany nowotworowe.

Kierowany przez profesora Konturka zespół wykazał także, że w Polsce infekcja dotyczy nie tylko żołądka, ale również jamy ustnej, szczególnie kieszonek dziąsłowych i płytek nazębnych.

123 lata temu Robert Koch odkrył, że za rozwój gruźlicy odpowiada bakteria. W tym samym czasie dr Garze z Bazylei wtarł we własne ramię olbrzymią ilość bakterii uważanych za Ludwika Pasteura za przyczynę ropienia i gdy jego ciało pokryło się wrzodami zawołał z triumfem: „teraz wiem, że prawdziwą przyczyną wrzodów i czyraków jest mikrob!”

Tegoroczna Nagroda Nobla może wpłynąć na prowadzone wcześniej badania, szczególnie dotyczące mechanizmów prowadzących do rozwoju miażdżycy, pewnych chorób nowotworowych, reumatoidalnego zapalenia stawów czy wielu innych schorzeń, gdy udział lub współdziałanie czynników infekcyjnych wydaje się wysoce prawdopodobne.

Od czasów Pasteura i Kocha zidentyfikowano większość chorób zakaźnych. Teraz może się okazać, że podręczniki interny trzeba będzie pisać na nowo i że lista chorób zakaźnych jest dłuższa niż uważaliśmy dotychczas.

Cyfrowy nos – czym pachnie medyczny Nobel 2004

*dr hab. Przemysław Bieńkowski**

Przyznanie w 2004 r. Nagrody Nobla amerykańskim badaczom – Lindzie **Buck** i Richardowi **Axelowi** – zwróciło uwagę biologów i lekarzy na zmysł powonienia, zmysł „zapomniany” i rzadko wykorzystywany do celów diagnostycznych.



*Docent Przemysław Bieńkowski jest kierownikiem pracowni w Zakładzie Farmakologii i Fizjologii Układu Nerwowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W 1995 r. ukończył studia w II WL AM w Warszawie. Doktoryzował się w roku 1997, a w roku 2001 otrzymał habilitację na podstawie pracy pt. „Behawioralna charakterystyka zjawiska głodu i nawrotu picia w zwierzęcych uzależnieniach od alkoholu etylowego”. Był stypendystą Uniwersytetu Yale i Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Główne kierunki badań dr. hab. Bieńkowskiego to: neurofarmakologiczne mechanizmy uzależnień od substancji psychoaktywnych; fizjologia i farmakologia układu nerwowego; zmiany wrażliwości zmysłów chemicznych – smaku i powonienia w chorobach ośrodkowego układu nerwowego.

Zmysły służą organizmowi do odbierania i przetwarzania informacji o otaczającym go świecie. Węch, wraz ze zmysłem smaku, pozwala na lepszą orientację w środowisku chemicznym. Jednak w odróżnieniu od zmysłu smaku, zmysł powonienia umożliwia tę orientację również na odległość, tj. bez bezpośredniego kontaktu ze źródłem informacji. Możliwość odbierania i analizy bodźców zapachowych zapewnia wielu gatunkom ewidentną przewagę ewolucyjną. W sprzyjających warunkach cząsteczki zapachowe niosą informacje o źródłach zagrożenia lub korzyści odległych o wiele kilometrów, a odbieranie wrażeń węchowych nie zależy bezpośrednio od pory dnia i ilości światła (co uniezależnia organizm od zmysłu wzroku). Zapachy ostrzegają przed drapieżnikiem, pożarem, zepsutym pokarmem, uruchamiają odpowiednie reakcje unikania. Z drugiej strony zapachy zachęcają do poszukiwania źródeł pokarmu. Istotną rolą obu zmysłów chemicznych jest kontrola zachowań społecznych, w tym zachowań terytorialnych, rozrodczych i interakcji matka – dziecko. Rola bodźców zapachowych w zachowaniach społecznych człowieka jest wciąż przedmiotem kontrowersji, choć wydaje się bezsporne, że zapach matczyne mleka jest traktowany jako „sygnał bezpieczeństwa” i może kształtować wybory dietetyczne w życiu dorosłym.

Człowiek należy do organizmów mikrosomatycznych, a więc takich, które opierają swoje podstawowe relacje ze światem zewnętrznym na zmysłach innych niż zmysł węchu. Pomimo to podstawowe funkcje zmysłu powonienia są wspólne dla człowieka i innych ssaków. Nie zmieniła się również organizacja głównych połączeń między ośrodkami węchu i innymi regionami układu nerwowego. Tak pierwotna, jak i wtórna kora węchowa mają liczne połączenia z układem limbicznym i dlatego zapachy są względnie łatwo kojarzone z reakcjami emocjonalnymi. Często doświadczeniem są dla wielu z nas miłe wspomnienia wyzwalane pod wpływem określonego zapachu.

Postęp, jaki dokonał się w ciągu ostatnich kilkunastu lat w badaniach nad funkcjonowaniem zmysłu powonienia jest imponujący. Liczne połączenia ośrodków węchu z ośrodkami emocji i motywacji (kora przedczołowa, ciało migdałowate, prążkowie) stały się uzasadnieniem dla poszukiwań wśród reakcji na zapa-

chy markerów chorób układu nerwowego, w tym zaburzeń psychicznych i neurologicznych o dużym znaczeniu społecznym (depresja, schizofrenia, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera). Perspektywy wykorzystywania badania węchu w praktyce klinicznej przełożyły się z kolei na rozwój badań nad wszystkimi etapami wpływu informacji węchowej – od nabłonka węchowego do ośrodków węchowych w korze.

Tegoroczni Nobliści przyczynili się przede wszystkim do rozszyfrowania zagadki interakcji cząsteczek zapachowych z zakończeniami nerwów węchowych i możliwości odczuwania przez ssaki zapachów milionów różnych chemicznie cząsteczek. Zgodnie z werdyktem Komitetu Noblowskiego Linda Buck i Richard Axel zostali wyróżnieni za odkrycie „receptorów węchowych i organizacji zmysłu węchu”. Zasadą tegorocznych Noblistów było odkrycie rodziny receptorów dla substancji zapachowych i scharakteryzowanie podstawowych zasad przetwarzania informacji przez neurony nabłonka węchowego (I neuron drogi węchowej) i opuszek węchowych (II neuron drogi węchowej). Z badań Lindy Buck i Richarda Axela wynika, że rozpoznawanie zapachów nie różni się zbytnio od przekazywania sygnałów chemicznych między komórkami w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym. Rozpoznawanie zapachu cynamonu i działanie katecholamin na mięsień sercowy wpisuje się w ten sam schemat transmisji: pobudzenie receptorów związanych z białkami G → aktywacja cyklicznej adenylowej → wzrost stężenia cyklicznego AMP → zmiany funkcji komórki nerwowo-zmysłowej nabłonka węchowego lub komórki mięśniowej serca.

Początki badań nad zmysłem węchu były jednak trudne. Chociaż już w 1536 r. Massa opisał nerwy węchowe (cyt. za Doty, 2003), to do połowy XVII w. Anatomowie i fizjologowie byli przekonani, że wrażenia zapachowe są konsekwencją wnikania powietrza i cząsteczek zapachowych przez jamy nosowe bezpośrednio do mózgu. W 1655 r. Schneider zanegował ten pogląd stwierdzając, że błona śluzowa w górnej części jam śluzowych jest wrażliwa na zapachy. Trzeba było czekać kolejnych 200 lat, żeby Schulze (1856 r.) przedstawił pierwszy dokładny opis komórek tworzących nabłonek węchowy, tj. komórek nerwowo-zmysłowych, komórek podstawnych i komórek podporo-

wych. Ten sam badacz uznał rzęski komórek nerwowo-zmysłowych (neuronów węchowych) za faktyczne zakończenia nerwów węchowych

Na dokładne opisy rozmieszczenia nabłonka węchowego w jamach nosowych trzeba było czekać do przełomu XIX i XX w., kiedy to Brunn (1892 r.) zlokalizował nabłonek węchowy u czterech mężczyzn w wieku od 30 do 45 lat, a Read (1908 r.) opisał nabłonek węchowy u rocznego dziecka oraz u mężczyzny „w wieku od 30 do 40 lat”.

Dziś wiadomo, że jamy nosowe dorosłego człowieka zawierają dwa rodzaje nabłonka – nabłonek wielorzędowy urzęsiony, będący odpowiednikiem nabłonka oddechowego dolnych dróg oddechowych oraz nabłonek zmysłowy (węchowy), nie mający odpowiednika w innych regionach organizmu. Nabłonek ten zawiera wyspecjalizowane komórki nerwowo-zmysłowe – dwubiegunowe neurony węchowe o niezmielinizowanych aksonach – stanowiące I neuron dróg węchowych. Z tego punktu widzenia nabłonek węchowy jest bardziej „wypustką” ośrodkowego układu nerwowego niż tkanką nabłonkową w tradycyjnym rozumieniu.

Aksony komórek nerwowo-zmysłowych przesyłają informacje do ośrodkowego układu nerwowego tworząc kilkanaście nici węchowych, określanych mianem nerwów węchowych (I nerw czaszkowy). Dendryt neuronu węchowego kieruje się ku powierzchni nabłonka węchowego, gdzie tworzy strukturę zwaną kolbką węchową (pęcherzyk węchowy). Od kolbki węchowej odchodzi od 5 do 12 rzęsek węchowych, które swą budową przypominają schemat spotykany na poprzecznych przekrojach rzęsek nabłonka oddechowego (jedna para centralnych mikrotubul + 9 par mikrotubul obwodowych). Jednak w odróżnieniu od rzęsek nabłonka oddechowego, rzęski węchowe nie mają zdolności ruchu i nie mogą przesuwając wydzieliny śluzowo-surowiczej, produkowanej przez gruczoły nosowe. Rzęski węchowe spoczywają w wodnym środowisku jam nosowych, wśród mikrokosmków komórek podporowych, dzięki czemu mogą wchodzić w bezpośredni kontakt z substancjami zapachowymi, rozpuszczonymi w wydzielinie gruczołów nosowych.

Rzęski neuronów węchowych były kiedyś uważane za właściwe „receptory” węchowe. Odkrycia Lindy Buck i Richarda Axela zasadniczo zrewidowały ten pogląd. Dziś wiadomo, że

to struktury białkowe zatopione w błonie lipidowej rzęsek pełnią rolę receptorów *sensu stricto*. Receptory te wchodziły w interakcje z substancjami zapachowymi na tej samej ogólnej zasadzie, na której w interakcje z chemicznymi przekaźnikami układu nerwowego wchodziły receptory adrenergiczne czy serotonergiczne. Receptory ośrodkowego układu nerwowego charakteryzuje jednak znaczna swoistość – receptory adrenergiczne nie reagują na fizjologiczne stężenia serotoniny. Jak receptory węchowe mogą „wyczuwać” obecność milionów substancji o różnej budowie chemicznej? Jak układ nerwowy może rozróżniać około dziesięć tysięcy zapachów? (Odczuwamy znacznie więcej zapachów niż faktycznie rozróżniamy lub rozpoznajemy). Istnienie wielu tysięcy genów dla wielu tysięcy różnych receptorów węchowych nie wydawało się Buck i Axelowi możliwe w świetle szacunkowych danych na temat liczby genów u ssaków.

Odkrycia z lat 80. XX wieku wzmacniały przekonanie Noblistów o konieczności poszukiwania receptorów węchowych wśród genów kodujących receptory metabotropowe przypominające ogólnym schematem budowy klasyczne receptory neuroprzekaźników. Bezpośredni wpływ na odkrycia Buck i Axela miało doniesienie Jonesa i Reeda z 1989 r. o istnieniu specyficznego dla węchowych komórek zmysłowych białka G (G_{olf}). Wraz z doniesieniami o występowaniu w neuronach węchowych cyklicznej adenylowej i o szybkich zmianach stężenia cAMP pod wpływem substancji zapachowych dawało to solidne podstawy do przypuszczeń, że za aktywacją kaskady popularnego II przekaźnika stoją zakotwiczone w błonie lipidowej receptory białkowe. Jak się okazało, przypuszczenia te nie były pozbawione podstaw.

W 1991 r. Axel i Buck opublikowali pracę, od której zaczęło się mozolne rozszyfrowywanie tajemnicy rozróżniania tysięcy zapachów. Nobliści opisali na łamach prestiżowego czasopisma „Cell” rodzinę mysich genów kodujących białka receptorowe, które według – jak się okazało – słusznych założeń Autorów mogły pełnić funkcję receptorów węchowych. Receptory opisane przez Axela i Buck charakteryzowały się podobnym, właściwym dla receptorów metabotropowych związanym z białkami G, schematem budowy – miały zewnątrzkomórkowy N-koniec i siedem domen transbłonowych.

W późniejszych latach Buck i Axel – pracując już osobno – opublikowali wiele fundamentalnych prac, które nadały ich odkryciu właściwy wymiar. Dziś wiadomo, że kręgowce różnią się, i to znacznie liczbą receptorów węchowych. Ryby mają ich około stu, a badane początkowo przez Noblistów myszy – około tysiąca. Człowiek, utraciwszy część genów dla receptorów węchowych w toku ewolucji, mieści się ze swoimi 300 aktywnymi receptorami w środku stawki. W pojedynczej komórce nerwowo-zmysłowej ekspresji ulega tylko jeden spośród kilkuset genów dla receptorów węchowych. („Stężenie” receptora węchowego w błonie rzęski węchowej sięga 1000-2000 cząstek na μm^2). Można więc powiedzieć, że istnieje tyle typów neuronów węchowych, ile receptorów węchowych ma dany gatunek. Komórki zmysłowe posiadające dany podtyp receptora wysyłają swoje aksony do jednego kłębuszka opuszki węchowej. Zachowana jest w ten sposób przestrzenna organizacja informacji węchowej.

Jak jednak kilkaset receptorów zapewnia rozróżnianie wielu tysięcy zapachów? Odpowiedź – potwierdzona wynikami badań tegorocznych Noblistów – jest względnie prosta. Choć receptory węchowe kodowane są przez 1-3% genomu ssaków, to wobec bogactwa chemicznego otaczającego nas świata jest to wciąż zbyt mało, by pozwolić sobie na rozrzutność w stylu „jedna substancja – jeden receptor”. Poszczególne receptory węchowe wiążą więc całe klasy związków chemicznych. I odwrotnie – dana substancja zapachowa rzadko kiedy wiąże się z jednym tylko receptorem węchowym. Zwykle pobudzeniu ulega kilka receptorów, a w związku z tym kilka typów komórek nerwowo-zmysłowych, choć z różną siłą, przekazuje informację do kilku kłębuszków węchowych (teoretyczna liczba kombinacji pobudzanych receptorów węchowych sięga u człowieka 2^{300}). W nabłonku węchowym, a potem w opuszkach węchowych tworzy się więc unikatowy wzorzec pobudzenia – wzorzec przypisany określonymu zapachowi. Jeszcze bardziej skomplikowane konstelacje pobudzenia receptorów i kłębuszków węchowych powstają przy wdychaniu mieszaniny różnych substancji zapachowych. Wzorzec pobudzenia odpowiednich kłębuszków opuszki węchowej jest następnie analizowany, a w odpowiednich warunkach także zapamiętywany przez korę

węchową. Młodsze filogenetycznie regiony kory – zakręty czołowe i oczodołowe – „łączą” wrażenia węchowe z doznaniem smakowymi, wzrokowymi i słuchowymi, co jest wykorzystywane przez smakoszy zwracających uwagę nie tylko na smak i zapach, ale także na towarzyszące posiłkowi doznania wzrokowe i słuchowe.

Czas pokaże, na ile wyniki badań Lindy Buck i Richarda Axela zostaną wykorzystane w praktyce. Biorąc pod uwagę zastosowania rynkowe, można sobie wyobrazić „inteligentne” perfumy, działające na wybrane receptory węchowe, czy dostosowywanie zapachu żywności i kosmetyków do indywidualnego wzorca ekspresji receptorów węchowych. Zastosowania medyczne mogą obejmować wprowadzenie dodatkowych kopii genów kodujących receptory węchowe w celu wzmocnienia słabnącego z wiekiem zmysłu powonienia. Zbliżoną strategię można zastosować w chorobach prowadzących do postępującego osłabienia funkcji zmysłu węchu, a wtórnie – do istotnego obniżenia jakości życia pacjentów (choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane).

Ponieważ osłabienie węchu jest jednym z pierwszych objawów niektórych schorzeń neuropsychiatrycznych, można przewidywać dalszy rozwój badań nad testami diagnostycznymi, które pozwoliłyby na odpowiednio wczesne wykrycie samej choroby lub określenie ryzyka zachorowania. Testy takie mogłyby być oparte na badaniu funkcji zmysłu powonienia oraz stanu szlaków węchowych (liczba receptorów węchowych, struktura nabłonka, objętość opuszek węchowych). Warto w tym miejscu wspomnieć, że prowadzone są już badania nad zmianami w nabłonku węchowym w kontekście wczesnego rozpoznawania choroby Parkinsona i schizofrenii.

Piśmiennictwo

1. Buck L. B. (2004) The search for odorant receptors. *Cell* 116, 117-119.
2. Buck L. B., Axel R. (1991) A novel multi-gene family may encode odorant receptors: a molecular basis for odorant recognition. *Cell* 65, 175-187.
3. Doty R. L. (2003) *Handbook of Olfaction and Gustation*. Marcel Dekker, Inc., New York – Basel.

4. Jones D. T., Reed R. R. (1989) Golf: an olfactory neuron specific-G protein involved in odorant signal transduction. *Science* 224, 790-795.

5. Malnic B., Hirono J., Sato T., Buck L. B. (1999) Combinatorial receptor codes for odors. *Cell* 96, 713-723.

6. Mombaerts P., Wang F., Dulac C., Chao S. K., Nemes A., Mendelsohn M., Edmondson J., Axel R. (1996) Visualizing an olfactory sensory map. *Cell* 87, 675-686.

7. Nakamura T., Gold G. H. (1987) A cyclic nucleotide-gated conductance in olfactory receptor cilia. *Nature* 325, 442-444.

8. Pace U., Hanski E., Salomon Y., Lancet D. (1985) Odorant-sensitive adenylate cyclase

may mediate alfactory reception. *Nature* 316, 255-258.

9. Ressler K. J., Sullivan S. L., Buck L. B. (1994) Information coding in the olfactory system: evidence for a stereotyped and highly organized epitope map in the olfactory bulb. *Cell* 79, 1245-1255.

10. Sklar P. B., Anholt R. R., Snyder S. H. (1986) The odorant-sensitive adenylate cyclase of olfactory receptor cells. Differential stimulation by distinct classes of odorants. *J Biol Chem* 261, 15538-15543.

11. Vassar R., Ngai J., Axel R. (1993) Spatial segregation of odorant receptor expression in the mammalian alfactory epithelium. *Cell* 74, 309-318.

Aplikacje kliniczne badań nad zmysłem węchu

*Prof. dr hab. Andrzej Kukwa**

Węch jest zmysłem potrzebnym do rozpoznawania i analizy środowiska powietrznego, głównie dla oceny jakości wdychanego powietrza, a przede wszystkim dla sygnalizacji zagrożeń, a także rozkoszy, które w ten sposób zaznaczają swoją obecność w niewidocznym środowisku gazowym. Jamy nosa są najbardziej dystalną częścią układu oddechowego, są wysłane nabłonkiem oddechowym – *regio respiratoria* i węchowym – *regio olfactoria*, z bardzo zróżnicowaną budową drobnowidową.

Nabłonek w obrębie górnych dróg oddechowych jest zróżnicowany, w obrębie nosa bowiem, zatok i nosogardła jest nabłonkiem wielorzędkowym migawkowym: są to zatem komórki walcowate, ułożone w postaci jednej warstwy na błonie podstawnej, która oddziela ją od warstwy podśluzowej lub od *lamina propria*. Kolejną grupę komórek stanowią komórki walcowate nieurzęsione, komórki kubkowe i komórki podstawne.



I tak komórki kubkowe są to komórki z elementami gruczołowymi – wydzielniczymi, kuleczki śluzu są produkowane w ich części powierzchniowej. Wszystkie komórki walcowate są pokryte rzęskami – jest ich ok. 300-400 na powierzchni pojedynczej komórki. Te mikrokosmki znacząco, wielokrotnie powiększa-

*Prof. dr hab. Andrzej Kukwa jest od 1989 r. kierownikiem Kliniki Otolaryngologicznej w Oddziale Stomatologii I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, od 1998 r. na stanowisku profesora. Absolwent I Wydziału Lekarskiego warszawskiej AM (1965 r.), doktoryzował się w roku 1971, habilitację uzyskał w 1974, a tytuł naukowy profesora w 1990 r. Główne kierunki badań profesora Andrzeja Kukwy to: chirurgia podstawy czaszki; badania nad zaburzeniami snu z bezdechami OSAS; metody chirurgicznej rekonstrukcji porażonej twarzy; techniki chirurgicznej rekonstrukcji szpary głośni; badania nad zmianami wrażliwości zmysłów chemicznych - smaku i powonienia.

ją powierzchnię nabłonka i chronią go przed wysychaniem. Ssaczy zmysł węchu rozpoznaje i rozróżnia ogromną liczbę cząsteczek zapachowych. Detekcja każdego z nich odbywa się w neuronach węchowych będących w obrębie nabłonka węchowego. Okolica węchowa w jamie nosa zajmuje łączną powierzchnię ok. 5 cm² i jest wysłana nabłonkiem węchowym, w którym znajdują się receptory węchowe.

Proces powonienia rozpoczyna się wówczas, kiedy cząstka zapachowa wraz z masą wdychanego powietrza dostanie się do wnętrza jamy nosa i dotrze do okolicy węchowej neuronów w nabłonku węchowym. Zetknięcie się cząsteczki zapachowej z powierzchnią neuronu, na której są receptory spolegliwe dla jego pobudzenia, inicjuje transdukcję – kaskadę przemian, w konsekwencji której błona pobudzonego/uległego neuronu staje się przewodnią dla sygnału, który po wnikięciu do komórki z chemicznego bodźca zostaje zamieniony na sygnał elektryczny i jako taki jest przekazywany dalej do opuszki węchowej, gdzie zostaje przełączony na drugi neuron i przekazany dalej do CNS. Niezwykle istotnym elementem w tym ogniwie jest to, że każda cząsteczka zapachowa stymuluje specyficzną grupę neuronów. Inaczej mówiąc – każdemu rodzajowi cząsteczek zapachowych ulegają tylko pewne, określone grupy neuronów nabłonka oddechowego. Odpowiednio ukształtowany sygnał z neuronów opuszki jest przekazywany dalej do kory węchowej i do innych współśrodków, w tym między innymi do ośrodków limbicznych, gdzie powstałe po stymulacji wrażenia generują stosowne przy tym emocje. Percepcja zapachu jest interpretacją mózgowego wzoru, powstałego wraz z innymi odczuciami, pochodzącymi często również z innych zmysłów.

Homo sapiens jako noworodek jest makrosomikiem, a w wieku dojrzałym staje się **względny mikrosomikiem**. W czasie życia ontogenicznego bowiem człowiek nie nabywa nowej masy receptacji neuronów węchowych – podlegają one jednak ciągłej regeneracji.

Możliwość odnowy komórek węchowych z komórek podstawowych daje nam w chwili obecnej możliwość wykorzystania ich jako komórek macierzystych **pluripotencjalnych** do odnowy neuronów w innych miejscach organizmu.

Jak zaznaczono: podobnie jak zmysł sma-

ku pozwala poznać środowisko wodne, tak węch ostrzega i służy nabywaniu doświadczeń (i ostrożności!) w poruszaniu się w coraz bardziej zanieczyszczonym, zagrożonym dla przeżycia i pomnożenia gatunku środowisku gazowym.

Z uwagi na pewną – jak się wydaje – pierwotną swoistość i małą uniwersalność węch jest jednym z najstarszych (obok smaku) zmysłów, a różnorodność jego możliwości polega na ogromnej plastyczności: zdolności uczenia się coraz to nowych kombinacji odczuć.

W obrębie obu jam nosa jest kilka wyspecjalizowanych rodzajów unerwienia:

- układ percepcji węchowej zaopatrywanej przez nerw węchowy;
- układ czucia somatycznego zaopatrywanego przez nerw trójdzielny;
- układ eferencji naczyniowej i wydzielniczej;
- układ lemieszowo-nosowy, nazywany dodatkowym nerwem węchowym.

Każda porcja wdychanego powietrza – w ilości ok. 500 ml u dorosłego w ciągu dnia, a 300-400 ml podczas snu – jest przygotowywana do oddychania na drodze: oczyszczania z ok. 90-92% zanieczyszczeń nieorganicznych i organicznych, polegającego na ich neutralizacji, a przy tym i na bakteriobójczym działaniu lizozymu.

Wdychane powietrze jest w nosie ogrzewane do ok. 32° C, przy czym kierunek jego przepływu jest odwrotny w stosunku do przepływu krwi, co ułatwia i udoskonala termoregulację. Zmiana ruchu laminarnego na turbulentny znacznie spowalnia przepływ powietrza przez nos, a przy tym pozwala na nawilżanie każdej jego porcji do 90-92%. Proces przechodzenia powietrza przez nos polega w pewnej mierze na jego uzdatnieniu. Wnętrze jamy nosa - przy tym i udział węchu jest znaczący w zabezpieczeniu układu oddechowego na zasadzie odruchów obronnych: w postaci zwiększonego wydzielania śliny, śluzu i zabezpieczania go w postaci kaszlu, kichania z możliwością połączeń w postaci odruchów z innymi narządami i układami. Nie tylko z tych powodów nie zwracamy zbyt wielkiej uwagi na symptomatologię związaną z powonieniem i zaburzeniami w przypadku niedoskonałości w obrębie jego aktywności.

Niezwykle rzadko pacjenci zgłaszający się do laryngologa jako główną swoją dolegliwość

wymieniają zaburzenia węchu. A do niezwykłości należy kiedy nie zapytany pacjent ujawnia, że zaobserwował postępujące upośledzenie węchu. Zwykle tego nie zauważa bądź nie stanowi to dla niego istotnego problemu. Jednak czasami w prostej skardze do lekarza może być zawarta wielka epopeja:

- ja nie czuję zapachów...
- oni się ze mnie śmieją, a ja nie mogę sobie z tym poradzić...
- jestem pozbawiony/a tylu wrażeń...
- boję się, że się zatruję, że nie ostrzegę dziecka, którego pilnuję...

itp., itd. To niejednokrotnie ogromne studium, nie tylko dla laryngologa!

W praktyce klinicznej zaburzenia węchu – dysosmie dzielimy na: wrodzoną i nabytą, a tę ostatnią na ostrą i przewlekłą.

Dla powstania odpowiedniego wrażenia powonienia niezbędne jest spełnienie warunków: dobrego przewodzenia, dobrej percepcji, dobrego kojarzenia i zapamiętywania, a przy tym i odpowiedniego dostępu do zgromadzonej pamięci; wraz z pamięcią zapachu.

Zaburzenia przewodzenia są związane w największej mierze z upośledzeniem drożności nosa, spowodowanym zwykle skrzywieniem przegrody lub zmianami rozrostowymi w jego obrębie.

Dysosmia: hyposmia, microsmia, anosmia. Anosmia częściowa może dotyczyć kilku lub całej grupy zapachów. Hyperosmia występuje często u osób z nieleczoną padaczką lub w przebiegu innych chorób CUN. Parosmia: cacosmia, phantosmia występuje zwykle jako halucynacje węchowe. Zaburzenia percepcji węchu występują też często w chorobach Alzheimer'a i Parkinsona.

Do badań rutynowych a nawet przesiewowych można stosować tzw. TT (test trzech): kofeina, tytoń, cynamon – KTC. W bardziej zaawansowanych opracowaniach, nawet klinicznych – jak to ma miejsce i w naszym przypadku – są stosowane bardziej zaawansowane testy, przynajmniej tzw. Smell Identification Test.

Ocena zaburzeń węchu jest szczególnie istotna w schorzeniach, w których dominuje demencja. Są one często pierwszym symptodem choroby i nawet na kilka lat wyprzedzają inne jej objawy, dlatego postępujące upośledzenie węchu – zwłaszcza o typie uszkodzenia centralnego – powinno wzmocnić naszą czujność w tym względzie.

Skargi pacjenta dotyczące ilościowego ubytku powonienia należy każdorazowo potraktować z wielką uwagą i dokładnie ocenić wszystkie, poszczególne ogniwa układu. Obwodowe uszkodzenie węchu jest najczęściej związane z upośledzonym dostępem cząsteczek zapachowych do receptora, wynikającym z uszkodzenia nabłonka węchowego albo upośledzonej drożności nosa. Rutynowe badanie laryngologiczne jest często niewystarczające i należy je wspomóc badaniem z użyciem powiększenia, najlepiej endoskopu, oraz badaniami obrazowymi, a niejednokrotnie badaniem cytologicznym. Należy przy tym pamiętać, że chorzy z zaburzeniami węchu nie mogą pracować w zawodach takich jak: kucharz, piekarz, strażak, kiper produktów żywnościowych, nie mogą obsługiwać urządzeń gazowych.

Zaburzenia węchu są coraz częściej traktowane jako wczesny marker chorób neurodegradacyjnych (w chorobie Parkinsona, Alzheimer'a) oraz w chorobach psychicznych (schizofrenia, depresja). Podwyższenie progu węchowego i zaburzenia identyfikacji zapachów są wczesnym czynnikiem prognostycznym rozwoju choroby Alzheimer'a u pacjentów z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi. Dlatego biopsja nabłonka węchowego wydaje się ważnym badaniem diagnostycznym, a nawet prognostycznym.

Linda B. Buck jest osobą wszechstronnie wykształconą, uzyskała bowiem stopnie naukowe w zakresie psychologii, mikrobiologii oraz immunologii. Jest współautorką wielu prac, a przy tym prawdopodobnie i pomysłów. Przez kilka lat pracowała w pracowni prof. Richarda Axela, pod jego kierunkiem uzyskała stopień naukowy Ph.D. w zakresie immunologii. Wówczas i w oparciu na jej badaniach w tym zakresie wspólnie opublikowali pracę, której treść stała się podstawą dalszych badań nad zagadnieniami percepcji zapachów.

Zamiast wykładu

Rozmowa redakcyjna z prof. dr. hab. Janem Dzieniszewskim

- Jak wielka jest skala zakażenia *Helicobacter pylori* na świecie i w Polsce ?

To zakażenie jest niezwykle rozpowszechnione i dotyczy wszystkich regionów świata. Badania epidemiologiczne wykazały, że od 20 do 90% populacji na świecie jest zakażone tym drobnoustrojem. Częstość zakażenia *Helicobacter pylori* jest związana głównie ze statusem socjalno-ekonomicznym populacji. W krajach biednych (Azja, Afryka, Ameryka Południowa) waha się od 80 do nawet 100%, zaś w krajach o wysokim stopniu rozwoju ekonomicznego (Europa Zachodnia, Ameryka Północna, Australia) od 20 do 40%. Polska należy do krajów o wysokim odsetku zakażenia *Helicobacter pylori*. Ostatnie badania ogólnopolskie potwierdziły tę sytuację. W populacji dzieci i młodzieży odsetek zakażonych wynosi ok. 20 – 30% i narasta z wiekiem, w populacji dorosłych sięga ponad 82%. Z tych danych wynika, że w Polsce liczbę zakażonych można szacować na 20 – 25 milionów osób.

- W jaki sposób można uleć zakażeniu i jak tego uniknąć.

Głównym rezerwuarem bakterii *Helicobacter pylori* jest najprawdopodobniej człowiek, chociaż znane są szczepy kolonizujące inne ssaki. Wedle dzisiejszej wiedzy zakażenie to szerzy się drogą kontaktów międzyludzkich, szczególnie we wczesnym dzieciństwie. Przypuszcza się, że *Helicobacter pylori* przenoszony jest za pośrednictwem wydzielin i wydaliny, a zakażenie następuje drogą ustną. *Helicobacter pylori* może być wydalany z kałem i przebywać w formie przetrwalnikowej w wodzie, stąd też przyjęto hipotezę, że może być to także droga przenoszenia zakażenia *Helicobacter pylori*, zwłaszcza w krajach o niskim statusie socjo-ekonomicznym. Możliwe jest to zwłaszcza u małych dzieci (np. wymiana zabawek trzymanych uprzednio w ustach). U dorosłych, np. pomiędzy małżonkami, ryzyko przenoszenia zakażenia istnieje, lecz wydaje się być niewielkie. Zachowanie podstawowych zasad higieny jest najlepszym elementem profilaktyki.



- Jakie zagrożenie z zakażenia tym drobnoustrojem wynika dla człowieka?

Helicobacter pylori poprzez odpowiednią strukturę błony komórkowej i specyficzne adhezyny ma powinowactwo wyłącznie do nabłonka typu żołądkowego. Charakterystyczną cechą tej bakterii jest zdolność do wydzielania dużych ilości enzymu ureazy, który odpowiada za rozkład mocznika krwi do jonu amonowego i wody. Powoduje to alkalizację środowiska wokół bakterii i pozwala na ich przeżycie w niesprzyjających warunkach niskiego pH w żołądku. Bakteria ta wywiera niekorzystny wpływ na otaczające ją tkanki poprzez wydzielane toksyn. Do najważniejszych z nich należą: wspomniana ureaza i cytotoksyna wakuolizująca (Vac A). Cytotoksynie wakuolizującej towarzyszy białko Cag A. Nie wszystkie szczepy *Helicobacter pylori* wykazują eks-

presję genów Cag A i Vac A, ale zakażenie tą bakterią zawsze powoduje zmiany zapalne w błonie śluzowej żołądka (głównie w części przedodźwiernikowej) oraz odpowiedź immunologiczną - miejscową i ogólną - organizmu. Następuje aktywacja limfocytów B (wzrost IgG i IgA), limfocytów T (uwalnianie interleukiny-2, interleukiny-8, TNF α), oraz pobudzenie aktywności neutrofilów i monocytów (wzrost wydzielania histaminy, interleukiny-1, interleukiny-6, interleukiny-8, interferonu, prostaglandyny E₂). Reakcja immunologiczna zakażonego organizmu nie jest jednak w stanie wyeliminować tych bakterii z błony śluzowej żołądka i dlatego przebywają one w nim przez bardzo długi okres, najczęściej przez całe życie gospodarza. Powoduje to szereg zmian patologicznych w błonie śluzowej żołądka. Istotne dla kierunku rozwoju tych zmian znaczenie ma lokalizacja zakażenia *Helicobacter pylori* w żołądka. Zakażenie zlokalizowane głównie w antrum, poprzez hamowanie wydzielania somatostatyny i wzrost wydzielania gastryny powoduje wzmożone wydzielanie HCl, obniżenie pH w dwunastnicy i w konsekwencji powstanie ognisk metaplastji żołądkowej w śluzówce dwunastnicy. W ogniskach metaplastji żołądkowej w dwunastnicy implantuje się *Helicobacter pylori*, co sprzyja powstawaniu owrzodzeń dwunastnicy. Natomiast zakażenie obejmujące cały żołądek (pangastritis) uszkadza komórki wydzielające HCl i nie wywołuje podwyższonego wydzielania żołądkowego. Powoduje to - poprzez fazę przewlekłego zapalenia - zapalenie zanikowe i owrzodzenie żołądka, a u części chorych powstawanie ognisk metaplastji jelitowej (ze względu na stale podwyższone pH w żołądku), rzadziej z ogniskami dysplazji, i u małej liczby chorych prowadzi do powstania raka żołądka typu jelitowego lub chłoniaka typu MALT.

- Dlaczego nie wszyscy zakażeni mają wrzody żołądka i dwunastnicy?

Zależy to od reakcji organizmu na zakażenie. Nie są znane wszystkie czynniki, które powodują określony kierunek zmian patologicznych u osób zakażonych. Wykazano, że mogą o tym decydować takie czynniki, jak: patogenność szczepu *Helicobacter pylori*, szczególnie obecność genów vac A i cag A w genomie bakterii, osobnicza reakcja gospodarza na zakażenie oraz czynniki genetyczne i różne czynniki środowiskowe, a zwłaszcza dieta, która

może modyfikować środowisko śródżołądkowe, np. poprzez małe spożycie warzyw i owoców lub duże spożycie soli kuchennej. Podnosi się również znaczenie zakażenia *Helicobacter pylori* w niektórych schorzeniach poza przewodem pokarmowym (w rozwoju miażdżycy, reumatoidalnym zapaleniu stawów, trądziku różowatym).

- Co robić, gdy już doszło do zakażenia?

Zgodnie z obecnie przyjętymi zasadami (Polski Konsensus 2004, Konsensus Europejski - Maastricht 2005) nie wszystkie przypadki zakażenia *Helicobacter pylori* są wskazaniem do leczenia. Zgodnie z Polskim Konsensusem 2004 są one następujące: (1) Wrzód dwunastnicy. (2) Wrzód żołądka. (3) Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy w wywiadzie. (4) Przebyta operacja z powodu choroby wrzodowej. (5) Dyspepsja czynnościowa - (przy braku poprawy lub nawrocie po leczeniu standardowym). (6) Zapalenie żołądka (zmiany nasilone z aftami). (7) Resekcja żołądka z powodu wczesnego raka. (8) Rak żołądka w rodzinie (do II° pokrewieństwa). (9) Zmiany przedrakowe (wielogniskowe zapalenie zanikowe, metaplastja, dysplazja). (10) Polipy gruczolakowate i hiperplastyczne żołądka (po ich usunięciu endoskopowym). (11) Chłoniak żołądka typu MALT. (12) Choroba Menetriera. Nie jest wskazaniem do leczenia zakażenie *Helicobacter pylori* u osób bezobjawowych, ale może być prowadzone na życzenie pacjenta.

- Jak prowadzi się leczenie zakażenia *Helicobacter pylori* u osób dorosłych?

W wyborze leków przeciwbakteryjnych ważna jest znajomość częstości występowania pierwotnej oporności szczepów *Helicobacter pylori* na antybiotyki. W Polsce oporność ta na metronidazol wynosi od 49 do 69%, a na klarytromycynę ok. 15%. Pierwotna oporność *Helicobacter pylori* na amoksycylinę praktycznie nie istnieje. Biorąc pod uwagę te elementy zaproponowano następujące schematy 7-dniowej kuracji potrójnej: (1) PPI (inhibitor pompy protonowej w dawce konwencjonalnej 2 razy na dobę) + amoksycylina - 1000 mg 2 razy/dobę, + klarytromycyna - 500 mg 2 razy/dobę. (2) PPI + klarytromycyna - 250 mg 2 razy/dobę, + metronidazol - 500 mg 2 razy/dobę. (3) PPI + amoksycylina - 1000 mg 2 razy/dobę + metronidazol - 500 mg 2 razy/dobę. Konsensus Polski 2000 rekomen-

duje wybieranie jako pierwszego rzutu leczenia schematu zawierającego amoksycylinę i klarytromycynę, lub amoksycylinę i metronidazol.

Takie postępowanie terapeutyczne zapewnia osiągnięcie eradykacji zakażenia *Helicobacter pylori* w 80 - 90% przypadków.

- Czy i jakie mogą być negatywne skutki leczenia ?

Objawy niepożądane w czasie leczenia eradykacyjnego występują stosunkowo często (od 15 do 30%). Należą do nich zaburzenia smaku (1-15%), nudności (3-10%), wymioty (1,5-4%), ból w jamie brzusznej (1-3%) oraz biegunka (4-8%). Trzeba się także liczyć z możliwością rozwoju rzekomobłoniastego zapalenia jelit, wywołanego przez *Clostridium difficile* (około 1%). Eradykacja *Helicobacter pylori* może u niektórych chorych spowodować wystąpienie, wcześniej nieobecnych, objawów choroby refluksowej żołądkowo-przełykowej z nadżerkowym zapaleniem przełyku włącznie. Należy także brać pod uwagę narastanie oporności nabytej bakterii na antybiotyki (również i tych drobnoustrojów, które wywołują np.

zakażenia poza przewodem pokarmowym, co może utrudniać w przyszłości leczenie innych schorzeń).

- Jakie znaczenie dla praktyki klinicznej ma odkrycie przez Barry`ego J. Marshalla i J. Robina Warrena związku przyczynowego pomiędzy zakażeniem *Helicobacter pylori* a chorobą wrzodową, a następnie niektórymi nowotworami żołądka ?

Stwierdzenie zależności pomiędzy zakażeniem *Helicobacter pylori* a wymienionymi chorobami żołądka i dwunastnicy spowodowało zupełnie inne podejście terapeutyczne w tych schorzeniach. Dzięki usunięciu zakażenia udaje się zmniejszyć nawrotowość roczną we wrzodzie dwunastnicy do kilku procent (przy ok. 70% w poprzednich okresach). Zwiększyła się również skuteczność wyleczenia z wrzodu żołądka, chociaż nie tak spektakularnie, jak we wrzodzie dwunastnicy. Wiele przypadków chłoniaka żołądka typu MALT leczy się poprzez eradykację zakażenia *Helicobacter pylori*. Istnieje szansa, że uzyska się dalszy spadek zachorowań na raka żołądka typu jelitowego.

SREBRNY JUBILEUSZ SZPITALA BRÓDNOWSKIEGO

18 stycznia br. w Teatrze Polskim w Warszawie odbyły się uroczyste obchody 25-lecia Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego, zainaugurowane dzień wcześniej uroczystą mszą, odprawioną przez Biskupa Diecezji Warszawsko - Praskiej, Sławoja Leszka Głódzia. Program obchodów był niezwykle urozmaicony. Rozpoczęła je jubileuszowa konferencja naukowa koordynowana przez profesora Jana Tatonia, a zatytułowana „25 lat lecznictwa, badań naukowych i nauczania medycyny w Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim”. Konferencję poprzedziły dwa wykłady wstępne: pani mgr inż. Teresy Marii Bigiel – Dyrektor WSB pt. „Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy – misja społeczna Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego” i profesora Jerzego Stelmachówa, Prorektora AM – „Wojewódzki Szpital Bródnowski jako partner Akademii Medycznej i innych instytucji naukowych”.

W dalszej kolejności odbyły się trzy dyskusje panelowe. Moderatorem pierwszej, zatytułowanej „Rozwój interny i jej podspecjalności” była pani profesor Anna Czech. Na dyskusję złożyło się sześć wystąpień: „25 lat działalności i rozwoju interny i medycyny chorób metabolicznych (diabetologia) w Szpitalu Bródnowskim” prof. Anny Czech; „Rozwój i perspektywy Katedry i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie w Szpitalu Bródnowskim” profesora Mirosława Dłużniewskiego; „Rozwój gastroenterologii i klinicznej nauki o żywieniu człowieka” profesorów Mirosława Jarosza i Jana Dzieniszewskiego; „Rozwój medycyny nuklearnej i rezonansu magnetycznego” prof. Leszka Królickiego; „Nowoczesna psychiatria w Szpitalu Bródnowskim: system opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi i program psychodiabetologiczny” profesora Andrzeja Kokozki i „25 lat działalno-

ści Oddziału Neurologicznego Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego” pani doktor Danuty Filipczak.

Druga dyskusja panelowa pt. „Rozwój chirurgii i jej podspecjalności” moderowana była przez profesora Wojciecha Noszczyka, który omówił „Rozwój chirurgii ogólnej i naczyniowej”. Następnie „Rozwój Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii” przedstawił dr Krzysztof Przybylski, a „Osiągnięcia Kliniki Neurochirurgii i Urazów Układu Nerwowego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Szpitalu Bródnowskim” – profesor Mirosław Ząbek. Dwa kolejne wystąpienia podczas tej dyskusji to: profesora Jarosława Deszczyńskiego „Działalność lecznicza, dydaktyczna i naukowo-badawcza Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji AM w okresie 1980 – 2005” i doktora Antoniego Osmólskiego „Rozwój otolaryngologii w Szpitalu Bródnowskim”.

„Rozwój ginekologii, położnictwa i neonatologii” to tytuł trzeciej dyskusji panelowej, której moderator – profesor Jerzy Stelmachów zaprezentował „Rozwój ginekologii i położnictwa

w Szpitalu Bródnowskim”. Osiągnięcia katedry w zakresie ginekologii omówiła pani prof. dr hab. Beata Śpiewankiewicz, rozwój oddziału położnictwa – profesor Włodzimierz Sawicki, a „25 lat neonatologii w Wojewódzkim Szpitalu Bródnowskim” – pani doktor Małgorzata Mirowniuk.

Całą konferencję w wystąpieniu zatytułowanym „Wojewódzki Szpital Bródnowski – 25 lat działalności” podsumował profesor Jan Dzienszewski, a po przerwie nastąpiła część oficjalna, której ukoronowaniem było wręczenie odznaczeń i wyróżnień. Wieczorem jubileuszowi goście mogli obejrzeć wyreżyserowany przez pana Andrzeja Łapickiego spektakl na kanwie mało znanej komedii Aleksandra hr. Fredry „Od Przemyśla do Przeszowy”, pod współczesnym tytułem. „EuroCity”.

Poniżej prezentujemy „Słowo Rektora” z okazji srebrnego jubileuszu, wykład wstępny p. Dyrektora WSB oraz garść danych zaczerpniętych z wystąpień wygłoszonych podczas dyskusji panelowych, które obrazują tylko niewielką część osiągnięć WSB. (eb)

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek

Panie Ministrze, Panie Marszałku, Szanowne Panie, Szanowni Panowie!

Spotykamy się dziś na uroczystych obchodach 25-lecia Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego. Za cztery dni, 22 stycznia minie dokładnie 25 lat od chwili, kiedy przez drzwi nowo otwartego szpitala przeszli pierwsi pacjenci.

Potrzeba wybudowania szpitala na Bródnie była paląca. Rejon Warszawy, w którym zaplanowano nową placówkę zamieszkiwało w 1981 roku prawie 600 tysięcy ludzi. Otwarcie Szpitala Bródnowskiego spowodowało, że poziom opieki medycznej dla wszystkich mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy znakomicie się podniósł. Pierwszym dyrektorem Szpitala Bródnowskiego został okulista, doktor Tadeusz Sikorski.

Z opieki medycznej nie korzystali wtedy i nie korzystają teraz wyłącznie warszawiacy. Poszczególne kliniki, oddziały, poradnie i

pracownie diagnostyczne służą także pomocą pacjentom z województwa mazowieckiego i województw ościennych. Świadczy to dobitnie o roli, którą Szpital Bródnowski pełni w systemie ochrony zdrowia na Mazowszu.

Szpital dysponuje prawie 700 łózkami na 13 oddziałach. W ciągu 25 lat działalności hospitalizowano w nim 399.000 pacjentów i udzielono 4 630 000 porad ambulatoryjnych. Szpital rozwija się: otwarto wyremontowany Szpitalny Oddział Ratunkowy, służący pacjentom w nagłych przypadkach i ofiarom wypadków.

Szpital, oprócz misji ratowania zdrowia i życia, pełni także misję edukacyjną: ze względu na nowoczesne wyposażenie i zaplecze diagnostyczne oraz wysokokwalifikowaną kadrę dydaktyczną stał się ośrodkiem nauczania dla studentów II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Pracują tu liderzy medycyny polskiej, profesorowie: Wojciech

Noszczyk, Jerzy Stelmachów, Jan Tatoń, Jerzy Kuch, Mirosław Dłużniewski, Anna Czech.

O randze Szpitala Bródnowskiego w systemie ochrony zdrowia świadczy także pełnienie przez niego funkcji szpitala wojewódzkiego. Lekarze tej placówki czuwają nad zdrowiem setek tysięcy mieszkańców Mazowsza, którzy zjeżdżają do szpitala w nadziei odzyskania zdrowia.

Szanowni Państwo. Z okazji nadchodzącego jubileuszu 25-lecia Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego składam na ręce pani dyrektor Teresy Marii Bogiel najserdeczniejsze gratulacje. Życzę także pani dyrektor i zespołowi szpitala dalszych sukcesów w pracy.

Nadzór nad szpitalem sprawuje Marszałek Województwa Mazowieckiego, pan doktor Adam Struzik, jego urząd, który jest także organem założycielskim Szpitala Bródnowskiego.

Z okazji święta szpitala mam zaszczyt i przyjemność wręczyć panu marszałkowi doktorowi Adamowi Struzikowi Medal imienia Tytusa Chałubińskiego. Jest to medal szczególnie, przyznawany wyjątkowo. Tytus Chałubiński był profesorem Wydziału Akademicko – Lekarskiego w XIX wieku, szczególnie zasłużonym dla naszej Alma Mater.

Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy – misja społeczna Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego

mgr inż. Teresa Maria Bogiel

Dzieje Szpitala Bródnowskiego splatają się ściśle z historią całej dzielnicy. Chociaż szpital od początku istnienia miał status szpitala wojewódzkiego, to w przeważającej mierze służył mieszkańcom Bródna, Legionowa i przyległych gmin. Lokalizacja szpitala budowanego od podstaw w tej części Warszawy (rejon północno-wschodni) była bardzo uzasadniona, ponieważ ta część miasta w latach 60. ubiegłego stulecia była wielkim placem budownictwa mieszkaniowego, a nie miała żadnego zaplecza szpitalnego. Szpital Praski nie był w stanie zapewnić opieki wzrastającej populacji tej części Warszawy. Ponadto bardzo szybko rosła liczba mieszkańców Legionowa, które nie miało (i do dziś nie ma) własnego zaplecza szpitalnego.

22 stycznia 1981 r. przyjęto pierwszego pacjenta do leczenia szpitalnego, chociaż jeszcze nie wszystkie kliniki i oddziały były gotowe do pełnej pracy diagnostycznej i leczniczej. Proces organizowania i wyposażania oddziałów szpitala został zakończony w lipcu 1981 r. W chwili uruchomienia szpital miał 802 łóżka, rozmieszczone w 14 oddziałach oraz izbę przyjęć. Przychodnia przyszpitalna dyspono-

wała 27 poradniami specjalistycznymi, a w jej skład weszły ponadto dwie przychodnie wojewódzkie (gastrologiczna i cukrzycowa).

Dwadzieścia pięć lat pracy Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego to okres bardzo wyczerpanych działań dążących do stworzenia nowoczesnego i na wysokim poziomie merytorycznym zakładu diagnostyczno-leczniczego.

Wdrażana od 1999 r. reforma służby zdrowia stworzyła konieczność wprowadzenia nowych zasad zarządzania i organizacji szpitali. Niezbędne stało się wprowadzenie metod organizacji i zarządzania uwzględniających ekonomiczne aspekty działalności, racjonalizację gospodarki finansowej oraz obiektywne analizy efektywności. Wprowadzenie w życie tych zasad odbywało się w trudnych warunkach finansowych. Jednocześnie stawiane były coraz wyższe wymagania dotyczące obiektów szpitala pod względem ich stanu technicznego i wyposażenia.

Po 25 latach działalności budynku szpitala, wyposażenie i aparatura medyczna są w znacznym stopniu wyeksploatowane i zdekaptalizowane. Bezwzględnie konieczne jest więc przeprowadzenie szeroko zakrojonych prac

remontowych i modernizacyjnych, uzupełnienie i wymiana aparatury oraz sprzętu medycznego. Szpital projektowany w końcu lat 60. ubiegłego wieku nie spełnia w znacznej mierze nowych wymogów sanitarnych, technicznych i funkcjonalnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z czerwca 2005 r. Dlatego potrzebne jest opracowanie kompleksowego programu, obejmującego zakres prac modernizacyjnych i dostosowawczych, dotyczących istniejących sieci instalacyjnych (wodnej, kanalizacji, gazu, ogrzewania i energii elektrycznej). Program dostosowawczy musi również określić szczegółowy zakres prac modernizacyjnych i adaptacyjnych w oddziałach, pracowniach i zapleczu technicznym. Może się to wiązać z koniecznością zmiany w usytuowaniu poszczególnych komórek organizacyjnych. Ze wstępnego rozpoznania zakresu prac dostosowawczych wynika też potrzeba przebudowy i modernizacji bloku operacyjnego, oddziału intensywnej terapii, apteki szpitalnej i szpitalnego laboratorium. Szpital będzie musiał doprowadzić liczbę łóżek do wielkości wynikających z normatywów powierzchniowych oraz wymogów sanitarnych. Przeprowadzenie i wdrożenie tych prac pociągnie za sobą znaczne skutki finansowe.

Istniejąca struktura specjalistyczna winna być utrzymana. Należy też utrzymać współpracę z Akademią Medyczną, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i instytutami, dla których WSB stanowi bazę kliniczną.

Poważnym problemem w najbliższych latach będzie konieczność wymiany i modernizacji aparatury diagnostycznej i operacyjnej. Pomimo że ostatnio udało się wymienić część wyposażenia, jednak wobec szybkiego starzenia się aparatury i konieczności zabezpieczenia potrzeb wynikających z postępu medycyny klinicznej oraz dostępności do nowoczesnej diagnostyki niezbędne będą środki finansowe do realizacji tego zadania.

Istotnym problemem, bez rozwiązania którego nie będzie możliwa racjonalna działalność szpitala, jest wdrożenie kompleksowej informatyzacji. Dziś w naszym szpitalu funkcjonują wycinkowe programy informatyczne, które nie są włączone do sieci i nie obejmują wszystkich aspektów działalności, takich jak dokumentacja medyczna pacjentów, gospodarka lekami i materiałami medycznymi, działalność pracowni diagnostycznych.

Trudnym zadaniem, wymagającym znacznego wysiłku będzie poprawa dostępności, jakości i efektywności świadczeń medycznych. Wiąże się to z koniecznością racjonalizacji i stałej analizy kosztów szpitala oraz udziału całej załogi w celowym i oszczędnym gospodarowaniu posiadanymi środkami. Wprowadzenie szczegółowych zasad racjonalizacji poszczególnych procedur (rozpoczęte w latach ubiegłych) musi być kontynuowane i stale aktualizowane.

Największym jednak osiągnięciem całego zespołu pracowników szpitala jest stała gotowość i praca na rzecz chorych. W okresie 25-lecia w Szpitalu Bródnowskim hospitalizowano ponad 400 tys. chorych, a w Przychodni Przyszpitalnej wykonano ponad 5 milionów konsultacji specjalistycznych.

Wojewódzki Szpital Bródnowski od lat jest bardzo dobrze znany nie tylko mieszkańcom Mazowsza, ale i wielu innym – z całego kraju. Na wysokie uznanie i dobre imię szpitala pracował przez lata cały personel tego wieloprofilowego, wysokospecjalistycznego ośrodka. Mimo ogólnie odczuwalnych w służbie zdrowia problemów finansowych, a zwłaszcza wobec braku środków na inwestycje, Szpital Bródnowski potrafi dobrze radzić sobie w tej trudnej dla nas wszystkich rzeczywistości.

Doktoraty i habilitacje w klinikach Szpitala Bródnowskiego

Doktoraty (łącznie 168): diabetologia – 17 (A. Czech – 5; J. Tatoń – 12); **gastrologia** – 5 (J. Dzieniszewski – 3, M. Jarosz – 2); **psychiatria** – 4 (A. Kokoszka – 2, B. Łoza – 2); **chirurgia** – 38 (P. Andziak – 2, P. Ciostek – 2, W. Stryga – 3, W. Noszczyk – 31); **położnictwo i ginekologia** – 21 (Z. Kietlińska – 3, B. Śpiewankiewicz – 3, W. Sawicki – 4, J. Stelmachów – 11); **diagnostyka obrazowa** – 32 (E. Bażko – 1, W. Jakubowski – 26, L. Królicki – 6); **kardiologia** – 21 (M. Dłużniewski 5, J. Kuch – 16); **ortopedia** – 22 (A. Dziak – 16, J. Deszczyński – 3, A. Patryn – 3); **neurochirurgia** – 6 (W. Mazurowski – 3, M. Ząbek – 3); **neurologia** – 2 (B. Stroińska – Kuś).

Habilitacje (18): diabetologia – 1; **gastroenterologia** – 1; **ginekologia** – 2; **neurochirurgia** – 1; **kardiologia** – 3; **chirurgia** – 6; **diagnostyka obrazowa** – 4. (dane z wystąpienia prof. Jerzego Stelmachowa).

„Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego powołano w 1981 roku w nowo otwartym Szpitalu Bródnowskim. (...) Średnia liczba chorych hospitalizowanych w klinice wynosiła około 1800 rocznie. Stanowi to 45 tysięcy hospitalizacji w ciągu 25-lecia. Z tej liczby około 25% stanowią chorzy na cukrzycę. Z kliniką ściśle związana jest działalność Wojewódzkiej Przychodni dla Chorych na Cukrzycę. Obejmuje ona ciągłą opieką diabetologiczną prawie 3000 chorych, a także świadczy konsultacje dla chorych z innych regionów. Przeciętnie rocznie udziela się **ponad 12 000 porad diabetologicznych**. Otwarto także „Szkołę dla Osób z Cukrzycą”, dysponującą odrębnym lokalem, programem i zespołem edukatorskim.” (fragment wyst. prof. Anny Czech).

„Ostatni rok to ponad 3,5 tysiąca chorych diagnozowanych i leczonych w Klinice Kardiologii, to około tysiąca koronarografii i zabiegów na naczyniach wieńcowych, prawie 300 wszczepionych stymulatorów i 200 badań elektrofizjologicznych, to trzy i pół tysiąca badań echokardiograficznych i ponad tysiąc badań wysiłkowych oraz ponad 12 tysięcy konsultacji i chorych w Poradni Kardiologicznej. (z wyst. prof. M. Dłużniewskiego).

„Poza działalnością leczniczą Klinika (Chorób Metabolicznych i Gastroenterologii Instytutu Żywności i Żywienia – red.) prowadzi działalność naukową w zakresie związków pomiędzy nieprawidłowym żywieniem a chorobami przewodu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów złośliwych oraz badań nad rolą zakażenia *Helicobacter pylori* w rozwoju choroby wrzodowej i raka żołądka.” (z wyst. prof. prof. M. Jarosza i J. Dzieniszewskiego).

„W ciągu 25 lat w Klinice (Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej – red.) hospitalizowano ok. 85 tys. chorych, spośród których operowano ponad 50 tys. osób. W przychodniach (chirurgicznej i naczyniowej) leczono ok. 450 tys. chorych. Wykonywano w klinice wszystkie operacje wchodzące w zakres chirurgii ogólnej i naczyniowej. Pierwszą operację tętniaka aorty brzusznej przeprowadzono w 1981 r., udrożnienie tętnicy szyjnej wewnętrznej w 1985 r., endoskopowe przecięcie żył przeszywających w 1989 r., laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego w 1992 r. (z wyst. prof. W. Noszczyka).

NASI Z PIERWSZEJ SETKI

Pracownicy Akademii Medycznej w Warszawie na liście 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia

W styczniowym numerze dwutygodnika „Puls Medycyny” (1/2006) ukazała się kolejna lista rankingowa 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia w 2005 roku. Lista – opracowywana przez ten największy polski dwutygodnik lekarski (nakład ponad 36 000 egzemplarzy) - już czwarty raz z rzędu klasyfikuje najbardziej znane i uzna-

ne autorytety polskiej medycyny, organizacji ochrony zdrowia i dziedzin paramedycznych. Zespołowi 10 ekspertów przedstawiany jest zbiór ponad 300 osób, spośród których typują pierwszą setkę, oceniając kandydatów według skali od 0 do 10 punktów w czterech kategoriach: osiągnięcia i dokonania w 2005 roku; reputacja zawodowa; kontakty, sieć powiązań

i wpływów; siła publicznego oddziaływania.

Ranking tworzony jest według łącznej ilości uzyskanych punktów, przy czym – w przypadku równej ilości punktów, decydują punkty z kategorii: osiągnięcia i dokonania w 2005 roku.

Pierwsze, drugie i trzecie miejsce w rankingu zajęli odpowiednio: Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia – Jerzy Miller oraz dr Konstanty Radziwiłł – Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. W tegorocznym rankingu, wśród wybranej setki najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia znalazło się też 9 profesorów naszej AM.

Są to na pozycjach:

16 – prof. dr hab. Grzegorz Opolski, Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Warszawie, Prorektor ds. klinicznych AM ubiegłej kadencji, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, przewodniczący Rady Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POL-KARD;

27 – prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko, były Rektor AM w Warszawie, były Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Naczyniowej i Transplantacyjnej AM, przewodniczący Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk;

47 – prof. dr hab. Zbigniew Gaciong, Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrz-

nych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii AM w Warszawie, Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego AM w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych;

60 – prof. dr hab. Wojciech Rowiński, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Instytutu Transplantologii AM w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej;

73 – prof. dr hab. Marek Krawczyk, Dziekan I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby;

84 – prof. dr hab. Ewa Mayzner-Zawadzka, Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

85 – prof. dr hab. Jacek Szmidt, Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej AM w Warszawie;

90 – prof. dr hab. Wojciech Noszczyk, były Dziekan Wydziału Kształcenia Podyplomowego AM w Warszawie, były Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie;

98 – prof. dr hab. Janusz Cianciara, Dyrektor Instytutu Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, Kierownik Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych AM w Warszawie. (kf)

NAUKA

OBRONY PRAC DOKTORSKICH

Dziekan I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie uprzejmie zawiadamia, że w sali Senatu w gmachu AM przy ul. Żwirki i Wigury 61 odbędą się publiczne obrony rozpraw doktorskich:

16 lutego 2006 roku

godz. 11.05

Lek. Joanny Mączewskiej pt. *Ocena przydatności śródoperacyjnej sondy scyntylicyjnej w diagnostyce lokalizacyjnej chorobowo zmienionych przytarczyc.*

promotor – prof. dr hab. Leszek Królicki

recenzenci: prof. dr hab. Eugeniusz Dziuk, prof. dr hab. Jacek Szmidt

godz. 11.45

Lek. Dariusza Chmielewskiego pt. *Ocena wyników kompleksowego leczenia choroby Pageta kości.*

promotor – prof. dr hab. Andrzej Górecki

recenzenci: dr hab. Marek Tałałaj, prof. nadzw. CMKP, dr hab. Paweł Małydk

godz. 13.05

Lek. Anny Potulskiej pt. *Zaburzenia połykania w chorobie Parkinsona.*

promotor – dr hab. Andrzej Friedman, prof. nadzw. AM

recenzenci: dr hab. Urszula Fiszer, prof. nadzw. CMKP, dr hab. Andrzej Bogucki, prof. nadzw. UM w Łodzi

godz. 13.45

Lek. Dariusza Koziorowskiego pt. *Rola ferrytyny w patogenezie choroby Parkinsona.*

promotor – dr hab. Andrzej Friedman, prof. nadzw. AM

recenzenci: dr hab. Zofia Zarębska, dr hab. Grzegorz Opala, prof. nadzw. Śląskiej AM

godz. 14.30

Lek. Piotra Gryglasa pt. *Porównanie wpływu leków hipotensyjnych antyadrenergicznych na sprawność psychomotoryczną pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym.*

promotor – prof. dr hab. Piotr Pruszczyk

recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, prof. dr hab. Tomasz Pasierski

2 marca 2006 roku

godz. 10.40

Mgr inż. Kamilli Blecharz – Klin pt. *Wpływ standaryzowanego wyciągu miłorzębu japońskiego (Ginkgo biloba) na procesy uczenia i konsolidacji pamięci u szczurów.*

promotor – dr hab. Ewa Widy – Tyszkiewicz

recenzenci: prof. dr hab. Halina Strzelecka, prof. dr hab. Marek Kowalczyk

godz. 11.30

Lek. Katarzyny Wajs pt. *Historia naturalna ospy prawdziwej od XVIII wieku na terenie ziem polskich i w Polsce*

promotor – prof. dr hab. Mirosław Łuczak

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Śródka, prof. dr hab. Piotr Zaborowski

godz. 13.05

Lek. Wojciecha Androsiuka pt. *Dynamika i topografia czynności bioelektrycznej mózgu podczas snu fizjologicznego.*

promotor – prof. dr hab. Waldemar Szelenberger

recenzenci: dr hab. Katarzyna Rowińska – Marcińska, prof. dr hab. Zbigniew Nowicki

godz. 13.45

Lek. Moniki Nojszewskiej pt. *Ocena zajęcia ośrodkowej części układu słuchowego w chorobie Parkinsona z zaburzeniami funkcji poznawczych.*

promotor – dr hab. Katarzyna Rowińska – Barcińska

recenzenci: prof. dr hab. Waldemar Szelenberger, dr hab. Grzegorz Opala, prof. nadzw. Śląskiej AM

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

ZDROWIE „DOBREM WSPÓLNYM WSZYSTKICH OBYWATELI”,

CZYLI O SPECYFICE MEDYCYNY POLSKIEJ*

Prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko

Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej AM

Jeden z zasadniczych aspektów „specyfiki medycyny polskiej” bardzo precyzyjnie wyraził Jan Paweł II mówiąc: *W genetycznie i historycznie uwarunkowaną mentalność, obyczajowość i moralność Polaków - lekarzy wpisany jest duch ofiary i poświęcenia, społecznej sprawiedliwości oraz godności człowieka i jego wolności. „Krzyk biednych” nie jest jednak powszechnie słyszany.*

Swoistość pojęć

Wstępując do Unii Europejskiej znaleźliśmy się w obszarze wielonarodowych, a więc i odmiennych tożsamości. Do wzajemnego jednak porozumienia potrzebne jest jednakowe zrozumienie powszechnie używanych zwrotów i słów.

Przed laty na kongresie w Orlando podałem następujący przykład odmiennego rozumienia znaczenia tych samych słów i określeń. Farmer polski rozmawia z farmerem z Teksasu: -Ja mam taką farmę, że potrzeba mi prawie dwóch godzin, ażeby ją obejść dookoła. Farmer z Teksasu odpowiada: - A ja mam taką farmę, że jak rano siądę na konia, to do wieczora nie dojadę do jej końca. Zaskoczony farmer polski odpowiada: - Gdybym miał takiego konia, to bym go zastrzelił.

Przypomnę art. 1 naszej konstytucji: „Rzeczpospolita Polska jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli” i art. 68, „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze

środków publicznych”. Myślę, że nie tylko dla farmera z Polski i z Teksasu, ale i dla ministra zdrowia USA i Polski treść tych konstytucyjnych ustaleń oznaczałaby w praktyce zupełnie co innego, pomimo że konstytucja nie ma charakteru deklaracji, lecz stanowić ma normę prawną.

Przykłady można mnożyć. U nas cynizm nazywa się pragmatyzmem, a oszustwo taktuje się jako wyraz politycznego talentu. Człowiek uczciwy to taki, który nie popełnił żadnego przestępstwa. Człowiekiem uczciwym nazwiemy u nas również takiego, w stosunku do którego dowody przestępstwa nie zostały ujawnione.

Przeczytałem niedawno, że w parlamencie brytyjskim przebywała grupa posłów z sejmowej Komisji Sprawiedliwości. W trakcie rozmowy jeden z naszych polityków zadał pytanie: „Jak duży problem w Zjednoczonym Królestwie stanowi korupcja wśród sędziów i jak się ją zwalcza?” Zdezorientowani gospodarze poprosili o wyjaśnienie. Po prostu nie rozumieli czegoś, co nas specjalnie nie zadziwia.

Myślę, że na całym świecie pojęcia demokracji, prawa, bezprawia, sprawiedliwości, równości, dobra wspólnego, uczciwości, przyzwoitości, oznaczają co innego dla rządzących i rządzonych i również zupełnie co innego dla bogatych i biednych. Istota sprawy polega jednak na stopniu rozbieżności tych trudnych do rozumienia pojęć.

Europejskość

Chcielibyśmy, aby nasza polskość w świecie wielonarodowych i państwowych tożsamości

*Wystąpienie podczas Konferencji Komitetu „Polska w Zjednoczonej Europie” przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk; „Polska w Zjednoczonej Europie. Substrat ludzki i kapitał społeczny”, Zamek Królewski, Sala Koncertowa, Warszawa 27 października 2005 r.

była wartością. Chodzi o to, by stając się Europejczykiem nie przestać być Polakiem, polskim lekarzem z poczuciem wartości własnej kultury, obyczajów i naukowego dorobku. Ale stając się Europejczykami musimy też umieć dostrzec i być świadomym aktualnej ekonomicznej demobilizacji i demograficznej recesji Europy, zanikania zasad międzynarodowej i społecznej solidarności z równoczesnym narastaniem tendencji odśrodkowych. Rodzi się tu pytanie, czy UE stać będzie na ekonomiczną, a więc i medyczną solidarność z niebogatymi nowymi członkami wspólnoty?

Na ile więc realistyczne jest określenie A. Zagajewskiego, że „Europa to pełna uroku fikcja”? Rozważenia wymaga również myśl Nelsona Rockefellera, iż „Przyjaźń, która opiera się na interesach, jest lepsza niż interesy bazujące na przyjaźni”. Zastanawia też znaczenie UE bez wizji budżetu, a więc aktualnie bez wizji przyszłości. Na bieżąco dostrzegamy również realizację doraźnych, egoistycznych interesów krajów dominujących.

UE stwarza jednak swym członkom niezwykle możliwości gospodarcze, a w następstwie tego również naukowe i kulturowe. Unia rozwija się pomimo ujawniających się i widocznych sprzeczności, a nawet konfliktu interesów. Pomimo wyliczonych wątpliwości UE daje jednak znamienne duże szanse promocji interesów zarówno państwom członkowskim, jak i całej Europie, również w zakresie ochrony zdrowia.

Pojęcie polskości

Problem określony tytułem mego wystąpienia można też wyrazić pytaniem: czy istnieje gen polskości (pomijam problemy etniczne) i czy ma on przyszłość już nie tylko w światowej, europejskiej, ale nawet polskiej medycynie?

W historii pojęcie polskości zmieniało się w wyniku osobistych i narodowych doświadczeń. Przed wojną w moich rodzinnych stronach „nad Niemnem”, w wielonarodowościowym regionie polskość związana była z wiarą katolicką, ale nade wszystko za Polaka uważany był ten, którego ojcowie i dziadowie brali udział w powstaniu styczniowym 1863 roku. Polskość nie kojarzyła się z przywilejem, lecz z obowiązkiem, ofiarą, ale też i poczuciem historycznej krzywdy, związanej z konfiskatą dóbr i zsyłką. Od 1939 roku polskość po raz kolejny

była tu, tak jak i w całym kraju, śmiertelnym obciążeniem. Oznaczała katogę i śmierć „... tam gdzie zima Kołyma”.

Mówiąc o specyfice medycyny polskiej w aspekcie naszej przynależności do UE zacytuję myśl Cypriana Kamila Norwida:

Naród składa się nie tylko z tego, co wyróżnia go od innych,

lecz i z tego, co go z innymi łączy.

Zacytuję też myśl Witolda Gombrowicza, że: *Nie będziemy narodem prawdziwie europejskim, póki nie wyodrębnimy się z Europy, gdyż europejskość nie polega na zlaniu się z Europą, lecz na tym, aby być jej częścią składową, specyficzną i nie dającą się niczym zastąpić.*

Ale czy gen polskości jest na tyle silny, że nadal nic jej nie grozi, od początku bowiem transformacji ustrojowej pojęcie polskości również uległo radykalnej zmianie i po raz pierwszy chyba w historii pojawiło się w publicystyce pytanie: „czy warto być Polakiem?”.

Nie ulega wątpliwości, że Polsce potrzebni są Polacy, ale ujawnia się pytanie, czy Polska jest potrzebna wszystkim współczesnym Polakom - w tym również polskim lekarzom i pielęgniarkom? Czy Polska, jako ojczyzna, jest zdolna zapewnić wszystkim realizację konstytucyjnie zagwarantowanych praw i czy chce, może i potrafi być ojcowskim opiekunem wszystkich Polaków? Czy są może obywatele „niepotrzebni”?

Gen polskości został bardzo barwnie przedstawiony w naszej literaturze, takie bowiem postaci jak Horeszko z Sopicą, Domeyko z Doweyką, Cześnik z Rejentem, Kargul z Pawlakiem to „panie dobrodzieju” czy też „mocium panie”- to są wszystko „sami swoi”. Ich cechy mają odzwierciedlenie we współczesnym życiu społecznym, a więc i w medycynie. I dlatego tak często realizowana jest zasada, że „ja wcale nie chcę być lepszy od ciebie, ale zrobię wszystko, abyś był gorszy ode mnie”. A ponadto jakże często wszyscy są niezadowoleni z tego, co robią inni, zwłaszcza gdy im się to udaje.

Na ile myśl apostoła polskości - Norwida (zacytuję z pamięci): „...jest grzechem Polaków... Grzechem społeczności nie wojującej nigdy myślą i nie mającej żadnej wiary w siłę myśli i prawdy”- jest nadal aktualna?

Ale w ramach pewnej odrębności, w odniesieniu do samych tylko narodowych wieszczów,

z pobytu przed laty w Weimarze pozostał mi w pamięci przekaz, że nawet dwaj wielcy niemieccy, „konkurujący” z sobą poeci Goethe i Schiller założyli jednak „intelektualny sojusz”, polegający na wzajemnym wspieraniu się i poprawianiu osobistych, poetyckich projektów. To oni wspólnie stworzyli „klasyzm weimarski”. Mimo że byli konkurentami, to chcieli i potrafili ze sobą współpracować.

Mentalność wielu ludzi, a w tym również ludzi nauki, bardzo trudno znosi cudze osiągnięcia, tak jak ich organizm nie toleruje obcego białka. To w piśmiennictwie zachodnim natknąłem się na łaciński zwrot mający obrazować panujące tam właśnie stosunki: *Postquam docti prodierunt, boni desunt* („Gdy pojawili się uczeni, zabrakło szlachetnych”).

Przez wiele lat żyłem w czasach, w których mogłem wybrać tylko socjalizm. W przeciwnym wypadku uznawany byłem za wroga ludu. Współcześnie nastały czasy, w których wybrać i chwalić mogą tylko kapitalizm i wolny rynek. W przeciwnym wypadku uznany zostanę za oszołoma, a przez ekonomicznych mędrców po prostu za durnia. Ponadto, jeśli współcześnie ktokolwiek u nas tylko wspomni o biedzie, to natychmiast desygnowany jest na malkontenta, frustrata i nieudacznika. A ja, jak tylko sięgam pamięcią wstecz, w 60 powojennych lat, to przypominam obie „trudne i ciężkie czasy”, które w Polsce były „od zawsze”. Ale te trudne czasy zawsze miały być „przejściowe”. Wmawiano nam, że cierpimy niedostatek, bo pracujemy dla dobra naszych dzieci i wnuków.. Dziś natomiast dowiadujemy się, że to właśnie my obecnie żyjemy na koszt naszych dzieci i wnuków, a do tego wobec nich coraz bardziej się zadłużamy. Zresztą nie tylko wobec nich, mimo że wielu bezrobotnych wnuczków żyje z emerytury babci, która z kolei i tak nie miałaby za co kupić sobie lekarstwa. A w ramach tej niezwykle troski o przyszłe pokolenia dowiadujemy się też, że co piąte dziecko chodzi do szkoły głodne. Ta niezwykła wprost troska jest specyficznie naszą, bo gdzie indziej nie spotykana. Zastanawia mnie, czy co najmniej w tym tylko aspekcie nie istnieje „zagrożenie polskośći przez współczesną polskość”.

Pojęcie medycyny

Trudno jest bezproblemowo poruszać się na pograniczu nauk ścisłych, biologii, nauk kli-

nicznych, psychologii, sztuki, rzemiosła, magii, przesądów, prawa, organizacji i ekonomii. Najważniejszymi elementami charakteryzującymi medycynę danego kraju są jej dostępność i standard. Standard jest wiernym odbiciem kultury, cywilizacji, stanu ekonomicznego danego kraju. Natomiast dostępność do świadczeń medycznych jest dodatkowo wynikiem obowiązujących kryteriów moralnych, społecznej solidarności oraz przepisów prawnych. Zależą one jednak zawsze od relacji: na co stać państwo, i na co stać obywatela, a ponadto w bardzo precyzyjny sposób odzwierciedlają rzeczywisty stosunek ekipy rządzącej do rządzonych.

Podobno przed bitwą pod Borodino Kutuzow wydał następujący rozkaz: „Sanitarny i wsielaka innaja swołocz pajdziot w zadu”. Określenie to wyraża myśl, że w tej strefie geograficznej i politycznej, a chyba też i kulturowej ochrona zdrowia znajduje się w „zadu” hierarchii spraw publicznych. Myślę, że w zakresie oceny życia i zdrowia obywateli jako wartości znaleźliśmy się w orbicie wpływów mentalnych tego regionu. No bo dlaczego u nas, „lwów i tygrysów ekonomicznych Europy” finansowanie ochrony zdrowia jest znamienne niższe, niż w krajach sąsiadujących, które podobno zazdroszczą nam dynamiki ekonomicznego wzrostu?

Medycyna i nauka

O polskości i o narodowej specyfice w medycynie można było mówić tylko wówczas, gdy stosowane metody oparte były wyłącznie na empirii, nawet bez statystycznego opracowywania uzyskiwanych wyników. Zwyczaj, przesady, zabobony, nadawały medycynie narodowy i regionalny charakter. Medycyna oparta na nauce ma natomiast charakter uniwersalny. Suma kątów w trójkącie oraz wynik tabliczki mnożenia jest wszędzie jednakowy. Mamy do czynienia z globalizacją, oznaczającą „amerykanizację”. Niedawno przeczytałem reklamę: *Dworek staropolski na amerykańskiej licencji*. Tak więc czy z medycyną nie jest podobnie?: *Medycyna polska na amerykańskiej licencji???*

W rozwiniętych krajach działalność naukowa wchodzi w codzienność i dlatego zaciera się różnica między działalnością naukową a lekarską. U nas aktywność naukowa z zakresu medycyny klinicznej polega w dużej mierze na

zasypywaniu przepaści cywilizacyjnej i pielęgnowaniu zdolności naukowego, klinicznego myślenia. Dzięki temu polska medycyna kliniczna utrzymuje się w peletonie europejskiego świata nauk klinicznych, a niektóre specjalności w czołowie.

Ale czy tak wspaniałe osiągnięcia medycyny sprawiają, że ochrona zdrowia społeczeństwa automatycznie staje się coraz lepsza? Postęp w klinicznej medycynie powoduje, że rozpoznania choroby ustalane są częściej, bardziej powszechnie, wcześniej i bardziej precyzyjnie, a leczenie jest bardziej skuteczne. Następtwem jednak tego postępu jest wzrost kosztów ochrony zdrowia.

Tak więc ochrona zdrowia, jako coraz bardziej kosztowna, jest coraz bardziej elitarna, a więc i coraz mniej dostępna. Zdrowie obywateli staje się więc u nas „wartością klasową”, zwłaszcza wobec narastającego, ekonomicznego rozwarstwienia społeczeństwa. Trzeba być coraz bardziej majątnym, by zapewniać sobie zarówno większe szanse bycia zdrowym, jak i większe szanse wyzdrowienia będąc chorym. A wiadomo, że bieda, wyzwala chorobę, a choroba z kolei prowadzi do jeszcze większej biedy. W ten sposób tworzy się tzw. *circulus vitiosus* – błędne koło, którego sam biedny obywatel nie jest w stanie przerwać. To błędne przerwać może tylko dobra gospodarka.

Medycyna polska i nauka

Zgodnie z Krajowym Programem Ramowym opracowanym przez MNiI wśród 9 strategicznych obszarów badawczych na pierwszym miejscu wymienione jest „Zdrowie” z sześcioma kierunkami badawczymi. Cały ten obszar badawczy odpowiada aktualnym celom strategicznym polityki naukowej i społecznej UE. Interesujące jest, że mimo panowania (i promowania) zasad wolnego rynku w gospodarce, opracowywanie i realizacja tych programów badawczych z założenia nie podlega ani regulom naukowej gry wolnorynkowej, ani też nie pozostaje w rękach samych tylko uczonych. „Współuczestnikiem procesu decyzyjnego jest rząd jako twórca polityki naukowej.” - A rząd to znaczy ktoś, a nie rynek naukowy. Wynika to z niewystarczających zasobów finansowych.

Ale czy ten tok rozumowania nie znajduje zastosowania również w odniesieniu do ochro-

ny zdrowia również borykającej się ze skutkami niedofinansowania. Wyrazić należy przekonanie, że Krajowy Program Ramowy przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności nauki polskiej, jak i liczby patentów wdrażanych do praktyki.

UE – Ochrona zdrowia

European Commissioner for Health and Consumer Protection za podstawowy cel swego działania w ramach strategicznego zadania „Good Health for All” uznał promocję zdrowia oraz wyrównanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Realizację tej maksymy określono jako „major challenge”. Dbałość o zdrowie obywatela jest więc jedną z najcenniejszych europejskich wartości. I z tego chociażby tylko powodu warto być członkiem europejskiej społeczności.

Przed nami więc niezwykle trudne zadanie: musimy dostosować tok naszego myślenia o polityce zdrowotnej do reprezentowanego przez Komisarza ds. Zdrowia. Komisarz ten zwraca uwagę na konieczność zmiany poglądu, że wydatki związane z ochroną zdrowia to nie są koszty, lecz wydatki inwestycyjne. W długofalowej polityce krajów dawnej UE „zdrowie” ustawiane jest jako czynnik promujący rozwój gospodarczy.

Zgodnie z obliczeniami ekonomistów z WHO wydłużenie czasu przeżycia o 10% powoduje przyrost dochodu narodowego o 0,35% rocznie. Wydatki na ochronę zdrowia są więc „cost effective”.

U nas finansowanie ochrony zdrowia traktowane jest jako wydatek związany z koniecznością „łatania dziur”, a nie jako długoterminowa inwestycja, zwłaszcza że poszerza się obszar biedy. W 1996 r. poniżej minimum egzystencji żyło 4,3 proc. Polaków. W 2000 r. już dwa razy więcej. Obecnie to 11,7 proc. Ale zdrowie społeczeństwa i obywateli jest również wartością ekonomiczną. Aby się o tym przekonać, wystarczy tylko zachorować. Funkcjonowanie ochrony zdrowia jest najlepszą ilustracją tego, jak funkcjonuje całe państwo i cała sfera publiczna.

Promocja zdrowia

Przyjmuje się, że styl i warunki życia są zasadniczym determinantem zdrowia o wartości

przeszło 50%. Medycyna naprawcza natomiast zaledwie w około 10% jest czynnikiem decydującym o zdrowiu. Tak więc w ramach dbałości o zdrowie społeczeństwa poprawa warunków życia stanowi zasadniczy cel prozdrowotnego działania władzy, a na przykładzie UE poprawa warunków życia ludzi to zadanie nie tylko moralne, ale ekonomiczne i polityczne.

Jak niepojęty dla ludzi władzy bywa postulat godnych warunków życia poddanych dowodzi fakt, że w historii trzeba było go realizowano nawet na drodze rewolucji. Przykładem toku rozumowania niech tu będzie powiedzenie Marii Antoniny: „jak nie mają chleba, to niech jedzą ciastka”.

Politycy i ekonomiści natomiast na problem pomocy biednym, w tym również biednym dzieciom patrzą u nas w kategorii „kosztów”, a nie wspólnego, publicznego i państwowego obowiązku, stwarzającego szanse na przyszłość poprzez wykorzystanie wielkiego potencjału ludzkiego. Wszelkie natomiast koszty, w ramach oszczędności podlegają cięciu na rzecz innych potrzeb, takich jak np. finansowanie partii politycznych wydających społeczne pieniądze np. na billboardy, które oglądają głodne dzieci.

Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że wydatki na ochronę zdrowia są zawsze wielkim obciążeniem finansowym dla budżetu każdego państwa, a zwłaszcza w kraju o niskiej wydajności pracy, małych dochodach, dużych malwersacjach, największej w krajach UE korupcji i rosnącym zadłużeniu. Ale nawet dla gospodarki USA wydatki na ochronę zdrowia - wprawdzie niepomierne większe - też są ciężkostrawne.

Reasumując: największym i rzeczywistym zagrożeniem zdrowotnym dla społeczeństwa jest ubóstwo, bez względu na rozwój gospodarczy danego kraju oraz publikowane statystyki. Zacytuję tu wypowiedź prof. Z. Bauma, że „PKB jest globalnym megakłamstwem”, jeśli się przyjmie ten czynnik za miernik społecznego dobrobytu.

Największa bieda w Polsce „ma twarz dziecka”

Biednych dzieci jest więcej niż biednych dorosłych. Wśród setki polskich dzieci trzydziścioro żyje w rodzinach wspieranych przez

pomoc społeczną. Wg danych Polskiej Akcji Humanitarnej koszt jednego posiłku dziecka oszacowano średnio na 2,04 zł. – to znacznie mniej niż koszt odżywienie więźnia.

Dane GUS: *Podobnie jak w 2003 r. 1/3 gospodarstw domowych musiała zrezygnować z wizyt u stomatologa, mimo że istniała taka potrzeba. W ok. 1/5 rodzin na skutek trudności finansowych zrezygnowano z wizyt u lekarza, a ponad 1/5 rodzin zmuszona była do rezygnacji z badań specjalistycznych lub zabiegów rehabilitacyjnych. Zdaniem 1/3 gospodarstw domowych brak pieniędzy nie pozwolił im na realizację recept bądź wykupienie zalecanych leków.*

Finansowanie ochrony zdrowia

Permanentnie niewystarczające finansowanie ochrony zdrowia dowodzi, że to już nie tylko rząd, ale państwo nie zdaje egzaminu w zakresie ochrony zdrowia obywateli. Dowodzi to albo słabości państwa, albo/i niezrozumienia przez rządzące partie znaczenia zdrowia dla jego – państwa – siły.

Chory żąda, sędzia egzekwuje, a zasady deontologiczne każą walczyć o zdrowie i życie chorego „za wszelką cenę”. Stąd też pytanie, jakie stawia lekarzowi prokurator: „Czy wszystkie szanse zostały wykorzystane dla ratowania zdrowia powoda/powódki...?” Obowiązek ten przekształca się następnie w nakaz „walki ze śmiercią”, również „za wszelką cenę”. Żądania te polski lekarz ma spełnić za 1/5 – 1/10 finansów przyznawanych w krajach zachodnich. Skoro mam pieniądze tylko na „malucha”, to nie mogę mieć mercedesa.

Zastanawiający jest też tok myślowy decydentów, którzy - jako monopolisci - zmuszają szpitale publiczne do kontraktowania usług poniżej ponoszonych kosztów. To już nie jest błąd myślowy, ale faryzeizm, lub wprost myślowy bzik.

Brak równowagi między finansowaniem a obowiązkami

W pewnym okresie mojego zawodowego życia dobrym lekarzem - dla administratora - był ten, na którego nie było skarg. To wystarczało, aby otrzymać premię. Dziś menadżerowie (do-

póki sami nie zachorują) uważają, że dobrym lekarzem jest ten, kto nie przekracza budżetu. Za resztę nie ponoszą odpowiedzialności. Dlatego na ochronę zdrowia spadają coraz to nowe obowiązki bez równoczesnego ich finansowania. Lekarza natomiast od zawsze obowiązuje zasada, że „tylko to, co najlepsze, jest wystarczająco dobre dla mego chorego”

Współcześnie dla menadżera chory jest tylko argumentem finansowym, jednostką obliczeniową, w ośrodkach prywatnych dodatkowo konsumentem, o którego trzeba dbać, bo płaci (gdyby nie płacił, to by się nim nie zajmowano). Brak równowagi między zadaniami a finansowaniem zupełnie nie jest wkomponowany w mechanizm zarządzania. A przecież niedobór finansowy musi się gdzieś zmaterializować w postaci mało precyzyjnej, lub opóźnionej, a nawet spóźnionej diagnozy, zastosowania nienowoczesnej aparatury. Czy ktokolwiek słyszał, aby kiedykolwiek osądzono decydentów za skutki niedofinansowania ochrony zdrowia?

Dylematy lekarskiego sumienia

Lekarz udzielać pomocy musi, w każdych warunkach, nawet w tych stworzonych przez państwo, a więc i w warunkach nie odpowiadających ustalonym optymalnym standardom, np. standardom wyposażenia. Tak więc specyficzną polską cechą jest stworzenie pozorów - gwarantowanej szeregiem urzędowych aktów - pełnej opieki leczniczej, bez zapewnienia możliwości realizacji tych zadań.

Specyficzną polską cechą jest również to, że - pomimo iż chorym nie wystarczają - pozory te wystarczają jednak decydentom. Polska organizacja ochrony zdrowia nie uwzględnia dylematów lekarskiego sumienia. A im mniej jest pieniędzy, tym więcej dylematów moralnych rozwiązywać musi lekarz. To brak finansów zastawia na lekarzy moralne pułapki, w które niestety czasem wpadają.

Koszyk odpowiedzialności

Dlaczego nie ma „koszyka świadczeń”? Nie precyzując zawartości koszyka z łatwością można zrzucić na lekarzy, jako na obarczonych powinnościami etyki zawodowej, odpowiedzialność za konieczność „dawania wszystkim, zawsze i za darmo”. Jest

rzeczą oczywistą, że zobowiązania moralne nie są jednak w stanie w całości zapobiec skutkom finansowych braków.

Ponadto, jeśli do gwarantowanego koszyka włożymy wszystkie zabiegi ratujące zdrowie i życie i wszystkie zagrożenia, to znajdą się tam najbardziej kosztowne świadczenia. Natomiast na zabiegi „pełnopłatne” nie będzie stać co najmniej 20 - 30% obywateli. Wszystkie zgłaszane projekty prywatyzacyjne wyrzuciły tę grupę obywateli nie tylko z rozważań, ale i z pamięci. Najwygodniej jest o nich nie pamiętać, bo przemilczenia są najbardziej wymowne, a brak pamięci bywa opłaczalny.

Zadłużenie

Minister Zdrowia podaje, że dług na koniec ubiegłego roku wynosił 6 mld zł. Czasami, podczas gorących dyskusji pada pytanie: 6 czy 60 mld zł? Wprowadzie dług publiczny wynosi już prawie 450 mld zł, a przez okres ostatniej kadencji sejmiku zadłużenie wzrosło o 136 mld zł. Obsługa tego długu kosztować będzie wg ustawy budżetowej 26 mld zł - czyli prawie tyle, ile wynoszą wydatki na finansowanie ochrony zdrowia.

Specyfika

– spostrzeżenia własne – Limit

Bardzo specyficzną cechą naszej medycyny jest obecnie limit. Ustalanie limitów w ochronie zdrowia oznacza, że „społeczeństwo powinno się rodzić, żyć, chorować i umierać zgodnie z ustalonym przez urzędy limitem”. Dlaczego NFZ ustala limit przyjęć i procedur? Ponieważ sam ma ograniczoną ilość pieniędzy, a nieograniczoną liczbę i chorych i świadczeń, które musi sfinansować.

W obecnej organizacji ochrony zdrowia zastosowanie ma więc „gospodarka niedoboru”, a taka gospodarka z założenia nie może być ani sprawiedliwa, ani bilansowana, ani skuteczna, ani też „cost – effective”. To pieniądze są najbardziej wydajnym regulatorem zarówno dostępu do jak, i jakości opieki zdrowotnej.

Wojna i koc

W latach 60. na prywatnym spotkaniu u kuzyńców w Londynie prof. gen. Marian Kukiel opo-

wiedział następującą anegdotę: Podczas wojny żołnierz polski zwraca się do szefa kompanii i mówi - szefie, zimno mi jest – dajcie mi jakiś koc. Szef odpowiada: czyś ty zgłupiał, jest wojna, skąd ja ci wezmę koc. Argument był nie do odrzucenia. Żołnierz angielski natomiast zareagowałby następująco: – to jak wy chcecie wygrać wojnę, jak ja nie mam koca!. Dziś ja się zapytam: jak my mamy wygrać wojnę o zdrowie społeczeństwa, jeśli są limity.

Leczenie bezdomnych obywateli polskich

Pan profesor Andrzej Zoll, jako Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę ówczesnemu premierowi, że obowiązujące ustawodawstwo nie daje podstaw do refundowania kosztów leczenia bezdomnych obywateli polskich. Tak więc wszystkie instancje legislacyjne państwa, łącznie z Izbą Rozwagi – jak się ją nazywa - zapomniały o konieczności leczenia tych, którym opieka lekarska jest najbardziej potrzebna.

Krótko: ta grupa obywateli naszego kraju została wyrzucona nawet z pamięci naszych „mężów stanu”, a liczba osób żyjących w warunkach odpowiadających kryterium ubóstwa zwanego „minimum egzystencji” uległa w ciągu ostatnich 10 lat podwojeniu i w 2004 roku wynosiła 12% (niektórzy podają 30%).

Baba u lekarza

Bardzo dużo jest dowcipów z cyklu „przychodzi baba do lekarza”. Nie jest jednak dowcipem, gdy zgodnie z zacytowanymi danymi GUS „odchodzi baba od lekarza lub kontuaru w aptecę” – lub gdy zamiast baby przychodzi dziad do lekarza i mówi, że „baba już nie przyjdzie”.

King's Fund College

W okresie pracy w zespole medycznym KBN, będąc w Londynie spotkałem się z Anglikiem - kolegą z dawnych lat. Był on aktualnie członkiem zespołu przyznającego granty w dużej i prestiżowej instytucji. W bardzo luźnej rozmowie spytałem go; „jak wy przydzielacie granty?”. Uśmiechnął się i udając zdumionego tak prostym pytaniem odpowiedział z typowo angielskim poczuciem humoru: „*Jak to jak?*

Najpierw sobie, a potem sprawiedliwie”.

Mimo że dalsza rozmowa miała przebieg bardziej merytoryczny, to pomyślałem sobie: jakie byłyby u nas praktyczne skutki takiego, przeciw nie abstrakcyjnego, choć żartobliwie wypowiedzianego toku rozumowania? Po pierwsze, gdyby u nas członkowie – kolejno - zespołu, komisji i sekcji dokonali rozdziału pieniędzy zgodnie z wypowiedzianym założeniem, to dla reszty ubiegających się o granty zostałyby do podziału suma symboliczna. Po drugie, podział nawet tej „resztki” dokonany by u nas został nie według zasady „sprawiedliwie”, ale „po równo”. Odważę się jednak sformułować powszechne prawo, że im mniej jest pieniędzy do podziału, tym większa jest presja do pozamerytorycznej weryfikacji wniosków.

Improwizacja

Swoistą cechą naszej służby ochrony zdrowia, wynikającą z niedofinansowania, jest niezwykła zdolność jej pracowników do improwizacji. Zawsze bowiem czegoś brakuje. Improwizacja z zasady jednak obarczona jest ryzykiem błędu. Z tego właśnie powodu w bogatych krajach żadnej improwizacji nie ma, a wynik np. operacji musi być nie tylko dobry, ale też nie może być tylko przypadkowo dobry. Musi być pewny i powtarzalny.

Najprostszy przykład z dawnych czasów. Przy zakupie np. cewników jednorazowego użytku padało rutynowe pytanie: ile razy można je sterylizować i zastosować. Improwizacja wymaga inwencji, pomysłowości! W ten sposób zmniejsza się zakres niemożności i beznadziejności, rezygnacji i bezczynności. Improwizacja jest bardzo przydatna w warunkach wojennych, a czasie pokoju - w przypadku niedofinansowania.

Technologia

Niestety, ale w odniesieniu do technologii medycznej jesteśmy tylko rynkiem zbytu. Lekarze polscy z zadziwiającą łatwością potrafią tropić i wykrywać nowe możliwości technologiczne, z wielką odwagą, ale i doskonałością i szybko wdrażać je do praktyki codziennej. W krajach bogatych bardzo dużo się narzeka, że technologia oddala lekarza od chorego i dehumanizuje oblicze medycyny. Ma to szczególnie znaczenie w krajach wysoko uprzemysłowio-

nych. W Polsce natomiast tego typu narzekania przypominają mi sytuację, w której syty ostrzega głodnego przed szkodliwością obżarstwa. Tak więc dehumanizacja medycyny u nas nie osiągnęła jeszcze szczytu czyli... dna.

Medycyna niekonwencjonalna - przesady, zabobony

Podobno kiedyś Albert Einstein miał powiedzieć, że „podkowa przynosi szczęście”. – I pan wierzy w takie zabobony – zapytał rozmówca? „Oczywiście, że nie, ale podobno jak się nie wierzy, to też to działa” – odparł uczony. Niewątpliwie medycyna niekonwencjonalna na całym świecie pomaga ludziom zdrowym czuć się lepiej. Tym lepiej, im więcej zapłacą. W tej dziedzinie nie dostrzegam specyfiki polskiej. Ponadto czasami bliższa jest ludziom idea uzdrawiania niż leczenia. I rzeczywiście. Wszyscy oczekują cudu leczniczego, ekonomicznego, politycznego.

Chory – lekarz – administracja

Przed laty na światowym kongresie International Hospital Federation w Lozannie w dyskusji powiedziałem, że jako chirurg mam dwóch wrogów. Są to bakterie i administracja. Wobec bakterii nie jestem jednak bezbronny, ponieważ mam antybiotyki. Audytorium złożone z wysokiej rangi organizatorów służby zdrowia bardzo żywiłowo i radośnie przyjęło tę moją krytyczną ocenę ich zawodowej aktywności. Podsumowując obrady Przewodniczący Kongresu Joint Commission for Hospital Accreditation powiedział też, że każdy kongres uznać należy za udany, jeśli uczestnicy zapamiętają co najmniej dwie nowe myśli. Za jedną z tych myśli uznał moją wypowiedź stwierdzając, iż wszyscy powinni zrozumieć i zapamiętać, że „oni (klinicyści) są dla chorych, a my jesteśmy dla nich”.

Ten tok rozumowania u nas nie funkcjonuje. Wynika to z faktu, że na zachodzie do szpitala wraz z lekarzem przychodzi chory, a za chorym idą pieniądze. Chory i lekarz stają się więc osobami pierwszoplanowymi. U nas są limity, a „ponadlimitowanych chorych” za karę trzeba samemu finansować. Przyjąć muszę, ale NFZ mi nie zapłaci. Specyficzny sposób zarządzania. Niepubliczny szpital takich pro-

blemów nie ma. Finansowanie szpitala zależy od formalnej i nieformalnej operatywności dyrektora szpitala. To dyrektor jest „nośnikiem”, a więc i dyspozytorem uzyskanych przez siebie pieniędzy.

Obowiązek moralny a zarobki

Problem poruszam w związku z masową zarobkową emigracją. Jak wynika z badań opinii publicznej lekarze cieszą się u nas wysoką pozycją społeczną. Muszą się natomiast „cieszyć” bardzo niskimi zarobkami.

To jaskrawy kontrast w stosunku do polityków i parlamentarzystów, ale zobowiązania moralne pracowników ochrony zdrowia są cynicznie wykorzystywane w polityce płacowej. Niech jednak zawód lekarza i pielęgniarki stanie się polską specjalnością i polskim (bardzo cennym) artykułem eksportowym. Starzejąca się Europa będzie dramatycznie potrzebować lekarzy i pielęgniarek już za 5-10 lat. A nawet potrzebuje ich już teraz.

Środowiskowy kodeks etyczny

Jeśli uznamy, że środowiskowa opinia publiczna to niepisany kodeks etyczny, kształtujący normy zawodowego i obywatelskiego zachowania, to tak jak i w innych zawodach w całym kraju, tak i w środowisku medycznym ten mechanizm regulacji życia społecznego u nas w zasadzie nie funkcjonuje.

Korupcja

Nie jestem w stanie odpowiedzieć na podstawowe pytanie, w jakim stopniu postawa współczesnego lekarza w Polsce jest wynikiem jego osobistego wyboru, a na ile wynikiem mechanizmów warunkujących wykonywanie zawodu oraz jakości życia i pracy, a w skrócie mówiąc: wynikiem niedostatku lub nawet biedy. W ochronie zdrowia zjawisko korupcji i pozorowanej lub rzeczywistej wdzięczności bywa trudne do odróżnienia.

Red. E. Cichocka podaje za GUS, że w 2003 roku pacjenci zostawili w szpitalach „dowody wdzięczności” wartości 60 mln zł. Zatem jeden „statystyczny” pacjent dawał około 17 zł, a co sześćdziesiąty - 1000 zł.

Można przyjąć, że korupcja w Polsce zaczęła się od 17,5 mln USD – czyli około 60 mln

zł. A więc to tyle, ile wynoszą wszystkie korupcyjne machinacje w całym kraju w ochronie zdrowia ciągu roku. (Średni kurs USD = 3.2542). Problem „wpisowego” warunkującego przyjęcie na leczenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej pozostaje zawsze niewątpliwym przestępstwem. Szara strefa stanowi w kraju 27 proc. produktu krajowego brutto.

Solidarność – społeczeństwo – państwo

Od XIX w. w samą ideę państwa wkomponowana jest zasada społecznej solidarności. Ludzie łączą się w rozmaite organizacje, związki, korporacje i państwo po to, by trzymać się razem, wspólnie się bronić, chronić, współpracować i wzajemnie sobie pomagać, a nie na sobie, lub państwie żerować. Mechanizmy rynkowe, tak bardzo dynamizujące rozwój gospodarczy, wyrugowały z codziennego życia istotę takich wartości, jak solidarność, wiarygodność, prawda, sprawiedliwość społeczna, a nawet współczucie i przyzwoitość. Solidarności społecznej można oczekiwać co najmniej w tak istotnej dla człowieka sprawie, jaką jest jego zdrowie. Solidarność wyszła z mody i okazuje się, że dla niektórych społeczna solidarność poza hasłami albo nigdy nie była potrzebna, albo już być potrzebna przestała. Nawet dla mediów, które żyją ze skandali, fakt, że co piąte dziecko – a więc przyszłość narodu i państwa – idące do szkoły jest głodne – nie jest skandalem.

Organizacja ochrony zdrowia w Polsce

Wielokrotnie w bardzo trudnych sytuacjach, w jakich była ochrona zdrowia lub jej pracownicy, słyszeć można było, że ani sejm, ani premier, ani minister, ani żaden dyrektor „nie jest stroną” – a więc tak, jakby nie było osoby, czy instytucji odpowiedzialnej. Ochrona zdrowia była „bezpańska”. „Stroną” dla chorego był tylko lekarz.

Z pewnością specyficzna jest u nas sytuacja, w której prywatne jednostki oferują swoje usługi w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Standardy

W praktyce zespoły opracowujące standardy procedur medycznych nie znają nawet wysokości finansowania, do jakiego powinny być dopasowane. Najczęściej wyrażają one możliwości diagnostyczno – lecznicze przy zachodnioeuropejskim lub amerykańskim stopniu finansowania. Powoływanie się na standardy to tworzenie pozorów nowoczesności z piętnem nie tylko „science fiction”, ale również występku. Jeśli finansowanie nie wystarcza na pokrycie i realizację opracowanych standardów, to trzeba albo zwiększyć finansowanie, albo obniżyć standardy. U nas ani finanse nie są zupełnie dopasowane do standardów, ani standardy do finansów.

Globalizacja - Rynkowa ochrona zdrowia

Globalizacja jest jedynym specyfikiem” zapobiegającym izolacji, ale oprócz globalizacji produkcji, rynków i banków potrzebna jest globalizacja zasad uczciwości, sprawiedliwości, równości szans, praw i nadziei.

Reformy

Dotychczas ochrona zdrowia sama się reformowała metodą prób i błędów. Ochrona zdrowia jest taka, jaka jest gospodarka. Jest częścią gospodarki. Toteż czy można mówić o reformie ochrony zdrowia bez doktryny zharmonizowanej z wizją państwa? Reformy ochrony zdrowia muszą być harmonijnie dopasowane do kompleksowych reform gospodarczych i finansowych, polityki socjalnej, zasad moralnych w dystrybucji finansów i ustalaniu priorytetów.

Jednookie spojrzenie, nawet ekspertów od poszczególnych zagadnień, np. ubezpieczeń czy prywatyzacji, nie jest w stanie uwzględnić złożoności problemu, zwłaszcza że za tymi problemami ukrywane bywają również ich (ekspertów) osobiste interesy. Propagowane są też takie rozwiązania, które prowadzą w kierunku powstania dwóch systemów ochrony zdrowia – publicznego dla biednych i „bogatego” dla bogatych (K.Radziwiłł – Menedżer Zdrowia 2005, 7:75)

Ratowanie ochrony zdrowia przez „samą siebie” przypomina mi opowiadanie barona von

Múnchausena, który topiąc się w bagnie sam się uratował wyciągając się za własne włosy. Problem jednak polega na tym, że nasza ochrona zdrowia jest łyśa i goła. Nie ma żadnych rezerw, a oznacza to, że jeżeli ma coś, to najwyżej perukę.

Niestabilność polityczna jest u nas przeszkodą w przeprowadzeniu skutecznych reform, ponieważ dotychczas po wyborach tylko zwycięzcy miewali racje. W okresie uprzedniej kadencji sejmu mieliśmy siedmiu ministrów zdrowia, a od powołania NFZ 1 kwietnia 2003 r. – ośmiu prezesów. Byliśmy też obserwatorami telewizyjnych seriali, które wprost sugerowały, że przywódcy kraju miewają trudności w zrozumieniu racji stanu i w odróżnieniu dobra wspólnego od osobistego.

Jedna z biblijnych przypowieści mówi, że Bóg radził Żydom, aby wybierając nowego lidera pamiętali, że musi on nie tylko umieć wydawać zarządzenia, ale również o nich dbać. Zastanawiając się nad jakością wybieranej przez nas władzy nie można jednak zapominać o przestrodze Andrzeja Frycza Modrzewskiego, który los państwa uzależnił od stanu moralnego wszystkich obywateli.

Czy samo myślenie ekonomiczne w ochronie zdrowia wystarcza?

Czy człowiek ciężko chory, bezrobotny, niesprawny, stary, ułomny „wart” jest w ogóle jakiegokolwiek leczenia? Chorzy ci przecież nie tylko nie zwiększają PKB, ale są bezproduktywnymi konsumentami budżetu. Z punktu widzenia rachmistrza - ekonomisty ta grupa obywateli to tylko balast dla budżetu. Współcześnie prawa rynku dynamizują i optymalizują życie gospodarcze, lecz nie tworzą i nie uruchamiają moralnych kryteriów i postaw, zwłaszcza w odniesieniu do tak podstawowej dla człowieka wartości, jaką jest życie.

Ale „Człowiek” – „Homo” -, to nie tylko producent lub konsument PKB. Człowiek to „Misterium”. Czesław Miłosz powiedział: „Dla człowieka sytego i głodnego życie ma taką samą wartość”. Prawa rynku natomiast najsprawniej gwarantują realizację praw konstytucyjnych i

praw człowieka, ale pod warunkiem, że jest bogaty.

Dlatego myślenie ekonomiczne musi zawierać ogromną miarę solidarności, humanitaryzmu i etyki. Prawa rynku muszą być podporządkowane prawom człowieka. W przeciwnym wypadku stworzony zostanie system „niehumaniczny”, w pełnej alienacji od człowieka

Same kłopoty

Mamy kłopoty ze zrozumieniem i poczuciem dobra wspólnego i wspólnoty. Mamy kłopoty z wzajemnym zrozumieniem i zaufaniem. Mamy kłopoty ze zrozumieniem sprawiedliwych nierówności. Mamy kłopoty z odróżnieniem dobra i zła. Mamy kłopoty ze zwykłą przyzwoitością. Mamy więc... (nawiążę tu do cytowanej myśli Norwida) kłopoty z myśleniem. Tak więc dlatego mamy to, co mamy. A to, co mamy, jest tylko skutkiem.

Kato Starszy

Niestety, ale powszechna krytyka teraźniejszości jest u nas nie tylko modna, ale i w dużej mierze usprawiedliwiona. I tu znów, jak Kato Starszy, który w senacie rzymskim powtarzał stale „Caeterum censeo Carthaginem delendam esse”*, tak i ja w każdym publicznym wystąpieniu powtarzam, że „kto ma żyć, a kto ma umrzeć, współcześnie zależy nie od lekarzy, a od polityków i ekonomistów”.

T. Garton Ash powiedział, że Polaków cechuje pesymizm intelektu, ale optymizm woli. Ażebym zdefiniować naszą rolę w Europie, sami musimy zrozumieć, jakie reprezentujemy wartości i wady. Trzeba krytycznie myśleć, ale optymistycznie działać. Wszystko, co przedstawiłem, to nie są ani „gorzkie żale”, ani „daremne żale, próżny trud, bezsilne złorzeczenia” - to tylko niepełny wykaz stojących przed nami zadań, których musimy być świadomi, bowiem musimy „ino tylko chcieć” wykorzystać ten nasz genetycznie uwarunkowany optymizm woli.

„A poza tym uważam, że Kartagina powinna być zburzona.”

NAUCZANIE PROBLEMOWE PBL – PRZYSZŁOŚĆ NAUCZANIA STOMATOLOGII I MEDYCYNY?

Michał Fidecki⁽¹⁾, Marta Jakubowska⁽²⁾, Elżbieta Jodkowska⁽¹⁾

¹⁾ Zakład Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie.

²⁾ Katedra i Zakład Ortopedii Szcękowej i Ortodoncji AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Streszczenie: Pobyt autorów pracy na Uniwersytecie Dentystycznym w Malmö był okazją poznania nowoczesnej metody nauczania stomatologii, wprowadzonej tam przed kilku laty - Problem Based Learning. Zebrane doświadczenia i poczynione obserwacje zainicjowały dyskusję dotyczącą adaptacji i uwzględnienia metody w programie dydaktyki akademii medycznych.

Problem Based Learning jest systemem nabywania wiedzy teoretycznej, polegającym na rozwiązywaniu zagadnień problemowych. Program nauczania jest realizowany na podstawie odpowiednio dobranych przypadków klinicznych. Są one tak wyselekcjonowane, że ich analiza pozwala na przyswojenie wymaganego zakresu wiedzy stomatologicznej i ogólnolekarskiej.

Metoda PBL rozwija umiejętność krytycznego myślenia, komunikacji i pracy w grupie. Jednocześnie powoduje, że większa odpowiedzialność za proces kształcenia spoczywa na studencie. W tej metodzie nie chodzi tylko o przekazywanie wiedzy, lecz przede wszystkim o wykształcenie umiejętności samodzielnego, efektywnego uczenia się, niezbędnej w praktyce przyszłego lekarza stomatologa z uwagi na potrzebę nieustannego dokształcania się.

Celem naszej pracy jest przedstawienie zalet i wad metody PBL oraz rozpoczęcie dyskusji na temat możliwości i korzyści z wprowadzenia jej elementów do systemu kształcenia w naszych uczelniach.

Słowa kluczowe: nauczanie problemowe, model kształcenia, stomatologia.

Wyniki badań wskazują, że w ciągu 10 lat praktyczna wiedza medyczna podwaja się, dezaktualizują się poglądy i metody leczenia. Wynika z tego wniosek, iż w ciągu całego życia zawodowego należy kilkakrotnie zmienić całkowicie naszą wiedzę oraz sposoby leczenia. Obecne standardy kształcenia podyplomowego na kierunkach medycznych podkreślają potrzebę wykształcenia zdolności samodzielnego uczenia się. Nasuwa się pytanie, czy obowiązujące metody nauczania przygotowują nas na takie zmiany? Czy w studentach można wykształcić mechanizmy Long Life Learning?

Problem Based Learning jest metodą nauczania, która polega na rozwiązywaniu zagadnień problemowych. Została ona stworzona na podstawie wyników badań psychologicznych, które dowodzą, że najważniejszą rolę w efektywnym procesie uczenia się odgrywają trzy czynniki:

- aktywacja posiadanej wiedzy,
- podobieństwo przedstawianych informacji do okoliczności ich zastosowania,
- opracowanie zapamiętanych wiadomości.

Najefektywniejsze przyswajanie nowych informacji zachodzi wtedy, gdy można je odnieść do posiadanej już wiedzy, wpisać w istniejący w umyśle system skojarzeń i pojęć. Istotne jest również urealnienie, uprawdopodobnienie omawianych zagadnień, tak by przedstawiany problem był jak najbardziej zbliżony do sytuacji, w której zdobyta wiedza będzie przywoływana i stosowana. Skuteczność procesu zapamiętywania jest większa także wtedy, gdy proces ten ma charakter aktywny, czyli

gdy zdobywana wiedza jest opracowywana w sposób graficzny lub przekazywana w trakcie dyskusji.

Metoda PBL realizuje w praktyce liczne teorie poznawcze: „kontekstualną”, gdy prezentowana wiedza przedstawiana jest w kontekście jej praktycznego zastosowania, ułatwiając zapamiętywanie abstrakcyjnych, teoretycznych informacji; bądź „odkrywcą”- gdy nauczanie zagadnienia ma formę problemu, który stymuluje do poszukiwania rozwiązań, co aktywuje uczącego się.

Najistotniejsze cechy metody PBL to:

- analiza problemów prezentowanych w postaci przypadków klinicznych jako sposób na przyswajanie nowych wiadomości,
- integracja podstawowych nauk biologicznych z wiedzą kliniczną,
- rozwój umiejętności niezależnego myślenia,
- rozwój zdolności długofalowego uczenia się,
- wspieranie samodzielności i odpowiedzialności w zdobywaniu wiedzy,
- nauczanie prowadzone w małych grupach.

W metodzie PBL studenci nie przygotowują wiadomości przed analizą zagadnienia - najpierw prezentowany jest problem, dopiero potem zdobywane są informacje, które umożliwią jego rozwiązanie.

Prezentowany przez nas model funkcjonuje na Wydziale Stomatologii Uniwersytetu w Malmö. Studenci dwa razy w tygodniu mają spotkania w grupach 6-8 osobowych, w celu opracowania jednego zagadnienia problemowego. Wśród studentów wybierany jest przewodniczący sesji i sekretarz. W sesji bierze również udział nauczyciel, który pełni rolę opiekuna naukowego grupy. Nie uczestniczy on czynnie w dyskusji, lecz jest przewodnikiem udzielającym wskazówek, sugestii, naprowadzającym dyskusję na właściwy tor. Nigdy nie udziela gotowych odpowiedzi. Co ciekawe, przez ostatnie cztery semestry studenci omawiają problemy samodzielnie.

Problemy są przedstawiane w formie opisu przypadków klinicznych spotykanych w praktyce stomatologicznej. Każdy problem jest opracowywany według następującego schematu złożonego z sześciu kroków:

1. prezentacja i definiowanie problemu,
2. konstruowanie hipotez,
3. formułowanie kluczowych pojęć,

4. gromadzenie potrzebnych wiadomości,
5. synteza zdobytej wiedzy,
6. dyskusja trafności hipotez.

Sesja pierwsza (kroki 1 - 4)

Krok pierwszy: przedstawienie tematu, definiowanie problemu.

Przykładowa prezentacja problemu może przebiegać następująco: studenci otrzymują zdjęcie pacjentki, na którym widoczne są obrzęknięte i zaczerwienione dziąsła w okolicy zębów siecznych szczęki. Do tego dołączony jest następujący komentarz: „Pacjentka zaobserwowała krwawienie z dziąseł wokół zębów przednich szczęki podczas szczotkowania zębów.”

Definiowanie problemu koncentruje się na ustaleniu jego istoty. W naszym przypadku można sformułować następujące pytania: Dlaczego dziąsła krwawią? Dlaczego są zaczerwienione i obrzęknięte w tym właśnie miejscu?

Krok drugi: Konstruowanie hipotez.

Studenci próbują sformułować hipotezy dotyczące możliwych rozwiązań problemu. Ta część spotkania ma formę „burzy mózgow”. Przykładowa hipoteza może brzmieć: „Ilość płynu tkankowego i krwi wzrasta w tym rejonie w związku z obecnością mikroorganizmów”, albo: „Pacjentka używa niewłaściwej szczotki do mycia zębów”. Istnieje pełna swoboda formułowania myśli, które są zapisywane przez wcześniej wybranego sekretarza sesji.

Krok trzeci: Formułowanie kluczowych pojęć.

Sprecyzowanie kluczowych pojęć związanych z danym przypadkiem (np. mechanizm reakcji zapalnej, etiopatogeneza zapaleń, zjadliwość bakterii, metody szczotkowania) ma na celu wyznaczenie zakresu wiedzy, której przestudiowanie pozwoli znaleźć wiadomości potrzebne do weryfikacji hipotez.

Po tej części studenci kończą sesję w danym dniu. Czas jej trwania nie przekracza trzech godzin. Następnie studenci gromadzą wiadomości, które pomogą im udzielić odpowiedzi na pytania postawione w czasie dyskusji (**krok czwarty**). Tygodniowy plan zajęć skonstruowany jest w ten sposób, że uwzględnia czas na samodzielną naukę. Do każdego zbioru problemów proponowana jest lista lektur, zawierająca piśmiennictwo ułatwiające znalezienie potrzebnych informacji. Studenci korzystają zarówno z literatury szwedzkiej,

jak i anglojęzycznej. W przypadku, gdy jakieś zagadnienia są szczególnie interesujące lub wyjątkowo trudne i wymagają dodatkowych wyjaśnień, studenci mają możliwość zasięgnięcia opinii specjalistów z odpowiednich dziedzin, którzy omawiają te zagadnienia na specjalnych seminariach. W ciągu roku odbywa się tylko kilka wykładów, część z nich na życzenie studentów.

Sesja druga (kroki 5 i 6)

Krok piąty. Synteza zdobytej wiedzy - w trakcie tego spotkania studenci wymieniają się zebranymi informacjami

Krok szósty. Dyskusja nad trafnością postawionych hipotez - tworzony jest plan postępowania klinicznego.

Wiedzę zdobytą na spotkaniach problemowych i seminariach studenci mogą od razu wykorzystać w praktyce na zajęciach przedklinicznych i klinicznych. W programie nauczania studenci już od drugiego semestru pierwszego roku mają kontakt z pacjentami na zajęciach praktycznych. Zwiększa to motywację do nauki i umożliwia weryfikację zdobytej wiedzy w praktyce. I tak omawiając na zajęciach teoretycznych przypadki kliniczne dotyczące chorób przyzębia, dyskutują o etiopatogenezie zapaleń, mechanizmach destrukcji i reparacji tkanek, zasadach diagnostyki radiologicznej, biologicznych efektach promieniowania, a równocześnie na zajęciach klinicznych uczą się badać i diagnozować proste przypadki choroby przyzębia, wykonywać zdjęcia rentgenowskie, stosować znieczulenie miejscowe. Niezwykle ważną rolę weryfikującą zdobytą wiedzę i umiejętności praktyczne studentów odgrywają półgodzinne spotkania po zajęciach klinicznych, podczas których studenci mogą omówić i przedyskutować problemy oraz wątpliwości związane z przeprowadzonym właśnie leczeniem. Mają także możliwość dokonania oceny swoich umiejętności. W miarę wzrostu złożoności problemów wzrasta też zakres umiejętności praktycznych. W związku z tym, że kliniki zorganizowane są zgodnie z powszechnie panującą zasadą integracji, studenci starszych lat otaczają pacjentów kompleksową opieką, przeprowadzając w czasie zajęć w jednym zakładzie wszystkie niezbędne, przewidziane programem studiów procedury.

W ciągu semestru omawianych jest 20 problemów, które łącznie stanowią spójne rozwinięcie jakiegoś ogólnego zagadnienia. Nasz

przykładowy problem jest częścią kursu zatytułowanego: „Diagnostyka i leczenie prostych przypadków chorób przyzębia u dorosłych”.

Program nauczania konstruowany jest na zasadzie spirali - najpierw wprowadzane są bardzo podstawowe pojęcia, które są utrwalane i po jakimś czasie znów powraca się do tych samych zagadnień w bardziej złożonej formie, stopniowo rozszerzając wiedzę. Ma to na celu wykształcenie u studentów i przyszłych stomatologów umiejętności kompleksowego podejścia do opieki nad pacjentami. Nauczanie kliniczne także jest zintegrowane - nie ma podziału na oddzielne przedmioty czy kliniki - przykładowo w czasie ósmego semestru studenci omawiając problemy związane z kompleksową opieką stomatologiczną nad dziećmi, młodzieżą i dorosłymi zdobywają wiedzę z zakresu pedodontyki, ortodontyki, pediatrii, nauk społecznych i podstawowych nauk biologicznych. Charakter integracyjny pracy w klinikach wpaja się od początku edukacji, w czasie gdy studenci stomatologii przez sześć tygodni odbywają zajęcia wspólnie z higienistkami i technikami.

Cały 5-letni program nauczania skonstruowany jest w ten sposób, by zintegrować wiedzę z różnych dziedzin stomatologii, przedmiotów ogólnomedycznych (choroby zakaźne, farmakologia) i podstawowych nauk biologicznych (biochemia, fizjologia) zarówno na poziomie kursu, jak i poszczególnych problemów. Dużą wagę przywiązuje się do nauk społecznych, jak psychologia i socjologia. Studenci zobowiązani są też podczas swojej pięcioletniej edukacji do napisania przynajmniej trzech prac naukowych.

Przygotowaniem programu kształcenia na dany semestr zajmuje się zespół asystentów różnych specjalności, którzy konstruują plan danego kursu, formułują zagadnienia problemowe, określają formę zajęć praktycznych i metod oceny oraz komponują listę piśmiennictwa. Wyszczególniony zakres wiadomości teoretycznych i umiejętności praktycznych niezbędnych do zaliczenia kursu jest prezentowany studentom na początku każdego semestru. Zaliczenie odbywa się na koniec każdego semestru, ma ono formę pisemną lub ustną. Dokonywana jest również ocena umiejętności praktycznych w systemie zaliczony/niezaliczony. Istotny wydaje się też fakt, że nauczyciele i opiekunowie są przygotowani

pedagogicznie do prowadzenia zajęć ze studentami.

Metoda PBL rozwija umiejętność krytycznego myślenia, komunikacji, pracy w grupie. Jednocześnie powoduje, że większa odpowiedzialność za proces kształcenia spoczywa na studencie. W tej metodzie chodzi nie tylko o przekazywanie wiedzy - ma ona na celu przede wszystkim wykształcenie u studenta umiejętności samodzielnego, efektywnego uczenia się i zdolności krytycznego, niezależnego myślenia, co jest niezwykle ważne w dzisiejszym świecie natłoku informacji i ciągłych zmian.

System PBL doskonale sprawdza się w wielu uczelniach na świecie, dlatego też warto się zastanowić nad możliwościami wprowadze-

nia jego elementów do tradycyjnego systemu stosowanego w polskich akademiach medycznych.

Piśmiennictwo

1. Albanese M. A., Mitchel S. Problem-based Learning: A review of Literature on Its Outcomes and Implementation Issues. Acad Med. 1993; 68:52-81.

2. Rohlin M., Petersson K., Svensater G. The Malmö model - a problem based learning curriculum in undergraduate dental education. Eur J Dent Educ. 1998; 2:103-114.

3. Tatoń J. Nasi studenci zasługują na głęboką reformę studiów lekarskich. Med. Dydak. Wychow., 2004, 5:28 - 32.

LEKARSKI PORADNIK JĘZYKOWY - SERWIS DLA LEKARZY I STUDENTÓW

Mgr Mirosława Kurpeta

Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Warszawie

Lekarski Poradnik Językowy to interaktywna baza poświęcona pisaniu tekstów i językowi polskiemu, zwłaszcza medycznemu. Zawiera schematy prac naukowych, ujednolicone wymagania wobec artykułów przeznaczonych do druku w czasopismach biomedycznych opracowane przez Grupę Vancouver, skróty nazw czasopism biomedycznych z całego świata dla osób przygotowujących publikacje naukowe, poradnik, jak przygotować prace do publikacji, a także poradnik e-mailowy, dotyczący poprawności językowej.

Serwis oferuje również mały słownik ortograficzny skrótów, słownik skrótów informatycznych - Babel oraz słownik błędów trudnych do zrozumienia - parady pleonazmów, tautologii i paradoksów, a także bazę licznych, zwiezłych artykułów omawiających problemy językowe.

Baza proponuje punktowane testy oceniające umiejętności z zakresu ogólnej poprawności językowej i ortografii. Baza istnieje od 1998 roku, jest stale aktualizowana, uzupełniana i zmieniana. Autor koncepcji serwisu i

prowadzący (nieodpłatnie) jego obsługę dr n. med. **Piotr Müldner-Nieckowski** udzielił ok. 13 tys. porad i odpowiedzi na tysiące e-maili. Do 1.05.2005 w bazie zalogowało się 222 887 internautów, w tym również z zagranicy. Baza miała bardzo dobre recenzje w prasie codziennej i komputerowej (m.in. „Gazeta Wyborcza”, „Enter”, „Rzeczpospolita”, „PC Komputer”). Jest zalecana także jako pomoc dla redaktorów wydawniczych i czasopism naukowych. Adres serwisu „Lekarski Poradnik Językowy”: www.bibl.amwaw.edu.pl/lpj

* * *

W polskim Internecie istnieje kilka poradników językowych, z których do najważniejszych należą:

Poradnia Językowa Wydawnictwa Naukowego PWN - slovniki.pwn.pl/poradnia/, Telefoniczna i Internetowa Poradnia Językowa Uniwersytetu Warszawskiego - www.poradniajezykowa.uw.edu.pl, Poradnia Językowa Instytutu

Filologii Polskiej Uniwersytetu Wrocławskiego – www.poradniajezykowa.uni.wroc.pl, Internetowa Poradnia Językowa Instytutu Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego – www.poradniajezykowa.us.edu.pl, Frazologia.Pl – www.frazeologia.pl i – co nas najbardziej interesuje – najstarszy z nich Lekarski Poradnik Językowy – www.bibl.amwaw.edu.pl/lpj.

Każdy z tych poradników różni się metodą działania i zakresem tematycznym.

Poradnia Językowa PWN zbiera listy respondentów, grupuje je i zaprasza jednego ze znanych językoznawców do odpowiedzi na konkretny temat, po czym udziela odpowiedzi na stronie internetowej. Jest to poradnia, z której korzystają głównie ludzie z wyższym wykształceniem, czytani, redaktorzy, pisarze, a nawet językoznawcy. PWN jest uważany za najlepsze źródło wiedzy o poprawności językowej.

Poradnia Uniwersytetu Warszawskiego nie reaguje na pytania natychmiast, telefon jest dostępny 1 godz. dziennie, w czasie wakacji poradnia jest zamknięta. Nie stosuje się tu systemu „pytanie – odpowiedź”, ale grupuje gotowe odpowiedzi alfabetycznie w obrębie tematów językoznawczych. Pozwoliło to stworzyć rodzaj słownika problemów.

Poradnie Uniwersytetu Śląskiego i Uniwersytetu Wrocławskiego swoją budową przypominają forum dyskusyjne. Jest to platforma moderowana przez językoznawców tych uniwersytetów. Odpowiedzi na pytania ukazują się zwykle po tygodniu.

Na nieco podobnej zasadzie działa serwis frazeologia.pl. Forum dyskusyjne jest otwarte dla wszystkich pytających i udzielających odpowiedzi, ale jest pod kontrolą stale dyżurującego językoznawcy, który koryguje wypowiedzi. Forum to jest obudowane tekstami podręcznikowymi dotyczącymi frazeologii. Jest to serwis, do którego pozostałe poradniki odsyłają respondentów zainteresowanych frazeologią.

Zupełnie inny charakter ma nasz Lekarski Poradnik Językowy, który istnieje od 1998 r. na stronach Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Warszawie – www.bibl.amwaw.edu.pl/lpj.

Serwis ten doczekał się licznych recenzji prasowych, a korzystają z niego nie tylko Polacy, ale także respondenci z całego świata.

Oprócz tematyki typowo językoznawczej zajmuje się licznymi problemami związanymi

z pisanem tekstów naukowych i literackich, nazewnictwem biomedycznym i przygotowaniem prac do publikacji. Zagadnienia te są powiązane systemem linków i opatrzone artykułami specjalistycznymi oraz słownikami online.

Zakres serwisu zawiera się w treści menu. Na pierwszym miejscu znajdują się

- porady

Respondenci zadają pytania przez pocztę elektroniczną i otrzymują odpowiedzi pod swoim adresem emailowym w ciągu kilku godzin do kilku dni, w zależności od pory dnia i roku.

Pytania dotyczą problemów językowych, bywają też prośby o rozstrzygnięcia lekarskie.

Jednak porad lekarskich serwis nie udziela. Nie odpowiada się także na listy z prośbą o pisanie tekstów. Możliwe jest natomiast ułatwienie redagowania gotowych prac do publikacji. Jeśli problemy w pytaniach się powtarzają, odpowiedzi są grupowane i pojawiają się w drugim dziale serwisu.

- repliki

Co prawda spektrum respondentów jest niezwykle szerokie, ale przeznaczenie serwisu wynika z jego nazwy: jest on adresowany do przedstawicieli nauk przyrodniczych, szczególnie lekarzy, których interesuje poprawność języka – w tym semantyka – a nie teoria lingwistyczna.

Większość respondentów żąda rozstrzygnięć kategoriycznych. W związku z tym udzielane w replikach odpowiedzi mogą na językoznawcach sprawić wrażenie, że nie są kompletne. Jeśli istnieje potrzeba teoretycznego rozbudowania odpowiedzi, w serwisie umieszcza się artykuł na ten temat w dziale

- artykuły

Dział ten zawiera krótkie, ale treściwe prace dotyczące tak zagadnień językowych ogólnych, jak i bardzo szczegółowych, a więc informacje i o istocie przekładu z języka obcego, i o pisowni partykuły „nie” z imiesłowami. Dział

- jak pisać

został oparty na wytycznych Międzynarodowej Konferencji Redaktorów Czasopism Naukowych, zwanej grupą Vancouver. Przytoczono oryginał angielski tych wytycznych, czyli tzw. kodeks dobrych obyczajów, ale całość przetłumaczono na język polski i opatrzone bogatymi komentarzami. Jak wynika z recep-

cji tego działu, korzysta z niego większość polskich czasopism medycznych i biologicznych, redaktorów i autorów prac naukowych. Standard ten upowszechnił się na całym świecie, a w Polsce dzięki Lekarskiemu Poradnikowi Językowemu.

Jednym z istotnych problemów autorów prac lekarskich na całym świecie jest standard skrótów tytułów czasopism. W ciągu 7 lat istnienia LPJ udoskonalono słownik tych skrótów na tyle, że jest on traktowany przez czasopiśmiarstwo i autorów prac całego świata jako zbiór wzorcowy. Istotnym dodatkiem do tego działu jest artykuł przedstawiający schematy prac naukowych biomedycznych.

W dziale

- słowniki

obok wspomnianego słownika skrótów nazw czasopism, umieszczono słowniczek popularnych skrótów używanych w języku polskim oraz unikatowy zbiór tautologii i pleonazmów, czyli błędów semantycznych w połączeniach wyrazów, takich jak:

schodzić na dół, wracać z powrotem, okres czasu, akwen wodny, nadal kontynuować itp. Słownik ten zawiera szczegółowe objaśnienia, na czym ten typ błędu polega. Ponadto w dziale występuje „Babel” - anglosaskich skrótów stosowanych w informatyce, co okazało się bardzo pożyteczne dla autorów prac, w których jest mowa o informatyce w zastosowaniu do nauk przyrodniczych.

Niezależnie od głównych działów językowych na stronie głównej serwisu pojawiają się informacje o najczęstszych błędach w polszczyźnie. Mają one budowę wyskakującego okienka, w którym internauta może znaleźć poprawną wersję zwrotu, wyrazu lub interpunkcji. Co do interpunkcji, na stronach zamieszczono tabelę spójników złożonych, w których stosuje się cofanie przecinka, np., *mimo że, tym bardziej że, tak jak, pod warunkiem że*, itp. Tabelę uzupełniono przykładami, w których formy te nie są spójnikami złożonymi.

Bardzo często odwiedzaną stroną LPJ jest **- „Zbiór Bzdur”**.

Jej istotną cechą jest uświadomienie odbiorcy, jakiego typu błędy językowe można popełniać, nie znając znaczenia słów, albo bez talentu próbując konstruować metafory po-

etyckie. Zderzenie nieporadnych sformułowań z oficjalnym, naukowym lub sprawozdawczym stylem zawsze wywołuje uśmiech. Autor stron i jego respondenci dostarczyli mnóstwa pociesznych wypowiedzi sprawozdawców sportowych, polityków, publicystów, autorów prac naukowych. Szczególnie ci ostatni, zamknięci w swoich gabinetach, zapominają, że skróty myślowe stosowane na co dzień w praktyce naukowej odżywają jak humor z zeszytów szkolnych, kiedy są publikowane, np.: *sezonowość spożycia ludności wiejskiej w województwie krakowskim, czy niektóre problemy farmakologicznego leczenia alkoholików w świetle doświadczeń własnych*.

Przykłady błędów tego rodzaju pochodzą nie tylko z języka polskiego, zdarzają się więc wszystkim. „Zbiór bzdur” służy nie tylko jako satyra językowa, ale - jak wynika z naszych doświadczeń - ma duże znaczenie dydaktyczne.

Również taki cel przyświecał, kiedy tworzone dwa proste

- testy językowe - ogólny i ortograficzny

Zostały one skonstruowane w taki sposób, żeby uświadomić internaucie, jakiego typu błędy najczęściej widuje się w języku polskim. Wyniki tekstów pozostają do wiadomości „zdających”, dlatego nie wywołują stresu i nie zniechęcają do doskonalenia znajomości języka.

Ze strony głównej LPJ użytkownik może wejść na stronę, która szczegółowo i klarownie omawia poprawność maszynopisu komputerowego. Jak wiadomo, w redakcjach czasopism i wydawnictwach bardzo często ocenia się nadesłane prace najpierw na podstawie ich wyglądu zewnętrznego i poprawności składu. Strona ta pozwala nauczyć się podstaw maszynopisania.

Z powyższego przeglądu wynika, że jest to wszechstronny poradnik - zarówno dla specjalistów, jak i początkujących. Liczba odwiedzin (303.317 w dniu 27. 07. 2005 r.) wskazuje, jak bardzo taki poradnik jest potrzebny. Autor koncepcji i jednocześnie prowadzący te strony - dr n. med. Piotr Múldner-Nieckowski jest lekarzem i językoznawcą.

DEKALOG ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

mgr Jerzy Rudzik

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

Wiedza o samym sobie

Oznacza to konieczność zrozumienia podstawowych zasad funkcjonowania organizmu w takim stopniu, aby człowiek umiał ocenić stan swojego zdrowia, prawidłowo interpretować różne dolegliwości i - co najważniejsze - aby posługując się tą wiedzą umiał uprawiać strategię zdrowego stylu życia, realizować przedsięwzięcia wyprzedzając chorobę, nie dopuszczać do zachorowań - przewidywać, nie tylko unikać choroby, ale wspomagać zdrowie.

Utrzymanie sił obronnych organizmu

Chcąc utrzymać barierę immunologiczną na wysokim poziomie należy:

- nie dopuszczać do takich zachowań, które mają bezpośredni wpływ na obniżenie bariery immunologicznej (palenie papierosów, alkohol, narkotyki, lekomania),
- realizować procedury wzmacniające nasze siły obronne (właściwe odżywianie, systematyczna aktywność fizyczna, hartowanie ciała),
- umiejętnie postępować podczas chorób i dolegliwości, by nie tylko nie spowodowały one niekorzystnych następstw, ale aby wykorzystać je do wzmocnienia organizmu,
- doskonalić umiejętności wykorzystania naszych sił psychicznych (różne techniki autopsychoterapii).

Nadużywanie leków

Wiele stosowanych pochopnie leków, często profilaktycznie, nie pomaga, a wręcz osłabia układ odpornościowy. Do patologii tego zjawiska przyczyniają się zarówno lekarze, jak i chorzy. Ci pierwsi z pośpiechu i pod presją pacjentów, drudzy głównie z braku wiedzy i wyobraźni.

Utrzymanie wszechstronnej aktywności fizycznej

Współczesny człowiek bardzo oddalił się od natury, która od każdej istoty wymaga zachowania pełnej gotowości i nieustannej walki o byt, a więc demonstrowania siły, szybkości i wytrzymałości. W świecie człowieka możli-

wości respektowania praw natury są znacznie ograniczone, choć zakodowane genetycznie potrzeby wciąż dają znać o sobie.

Najbardziej naturalną płaszczyzną tych reakcji jest aktywność fizyczna realizowana w normie wynikającej z obiektywnych biologicznie potrzeb. Intensywność ruchu zawsze należy odnieść do wydolności fizycznej organizmu, a nie do wieku kalendarzowego. Ruch jest wtedy skuteczny, gdy realizowany jest w odpowiedniej częstotliwości, intensywności i objętości. Tak powstał optymalny wzór aktywności fizycznej, tj. 3 x 30 x 130, który oznacza, że każdy człowiek, a szczególnie niepracujący fizycznie powinien ćwiczyć co najmniej 3 razy w tygodniu, co najmniej 30 minut, a ćwiczenia powinny być na tyle intensywne, by tętno wynosiło 130.

Dodać należy, że najwartościowsze są wysiłki wytrzymałościowe (różne formy marszu, trucht, bieg, narciarstwo biegowe, pływanie, jazda na rowerze).

Prawidłowe odżywianie się

Hipokrates pouczał: „Pozwólcie, aby pożywienie było waszym lekarstwem”. Odżywianie nie polega na zaspokajaniu łaknienia, lecz powinno być składnikiem życia. Każdego dnia musimy dbać, by nie dopuścić do przyrostu wagi naszego ciała, by niepostrzeżenie nie znaleźć się w gronie osób otyłych, kiedy już potem nie wystarcza sama dieta i ruch. „W większości przypadków otyłość jest wynikiem spożywania kalorii ponad wydatki energetyczne ustroju. Nadmiar spożywanych tłuszczów i cukrów prostych zawartych w mięsie, słodkich napojach, herbacie, kawie, ciastkach, lodach... przyczynia się do nadwagi i otyłości prowadzącej do powstania wielu schorzeń somatycznych, takich jak choroby mózgu pochodzenia naczyniowego, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, kamica, rak piersi i zawały lub udary.” (4).

Chcąc stracić np. 1500 kcal (po spożyciu bigosu, szynki, słodkiej kawy lub budyniu), trzeba byłoby biegać przez 2 godziny lub przez 4 godziny chodzić. Jeśli nie podejmiemy takiego

wysiłku, to każde kilkaset kalorii przyniesie nam 90-100g dodatkowego tłuszczu odłożonego w tkance tłuszczowej brzucha, ud, bioder.

Hartowanie się

Chodzi tu o świadome, planowe poddawanie swego ciała (i psychiki) różnego rodzaju bodźcom, czasem nawet ekstremalnym, by wzmocnić się, przygotować do sytuacji trudnych, uodpornić się na oddziaływanie w sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej. Nie tylko chronić przed „inwazją”, ale wzmocnić rozumiany holistycznie pozytywny potencjał zdrowia.

Opanowanie umiejętności walki ze stresem

H. Seyle (5) użył terminu „stres” do określenia stanów napięcia. Można je podzielić na: niepokój, adaptację, stan wyczerpania. Pojęciu stresu nie można przypisywać znaczenia wyłącznie negatywnego, bo taki jest dopiero bodziec, który przekracza granicę indywidualnej wytrzymałości konkretnego człowieka. Stres umiarkowany jest korzystny dla organizmu - wzmacnia go, podnosi jego próg adaptacji, reaktywności.

Wyeliminowanie nałogów

Chodzi tu przede wszystkim o nikotynizm, alkoholizm i różne odmiany narkomanii (choć na dobrą sprawę można do tej listy dopisać wszystkie trwałe przyzwyczajenia, które obniżają poziom zdrowia, np. lekomanie, obżarstwo, lenistwo, przesiadywanie przed telewizorem, nadmierne spożycie używek itp.). Podstawowym kluczem do sukcesu jest motywacja. Porzucenie nałogu musi przynieść temu, kto taką decyzję podejmuje, odpowiednią nagrodę. Może nią być: uznanie ludzi, poprawa stanu zdrowia, satysfakcja z własnej silnej woli, uprawianie fascynującego zajęcia. Najskuteczniejszą czynnością prowadzącą do zwiększenia motywacji jest aktywność fizyczna, która - systematycznie prowadzona - przynosi także rezultaty zdrowotne.

Życzliwość - nie zawiść

Jednym z wymiarów zdrowia jest zdrowie społeczne. Cóż to oznacza w praktyce? Zdrowym społecznie jest ten, kto czyni dobro, jest życzliwy wobec innych, zna wartość pojęć: tolerancja, kompromis i posługuje się nimi w praktyce. Jednocześnie jest asertywny, czy-

li ma poczucie własnej wartości, jest pewny siebie, potrafi powiedzieć „nie”, wtedy gdy narusza się jego interesy lub godność, budzi zaufanie, można na nim polegać. Ludzie tego pokroju nie starają się szkodzić innym (którzy np. odnieśli sukces) w nadziei, że w ten sposób sprowadzą ich do własnego poziomu. „Niech nie śpią tak spokojnie, gdy ja spać nie mogę” - by zacytować wiersz Leopolda Staffa.

Zachowanie postawy *copingowej*

Zewnętrzny wyraz takiej postawy (*coping* - dawanie sobie rady w życiu) są w społecznościach wielu krajów lapidarne słowa jak *o.k.*, *all right*, *ça va* czy *va bene*. Ludziom wypowiadającym te słowa - zakłęcia nie zawsze wiedzie się dobrze, nie wszystko u nich jest o.k., ale demonstrując takie optymistyczne postawy wzmacniając się psychicznie, tworzą w oczach innych swój obraz bardziej pozytywny niż jest w rzeczywistości. Są wtedy odbierani jako ludzie sukcesu, którym się powiodło. Z takimi warto trzymać, warto robić interesy i zabiegać o ich przyjaźń. Takim ludziom łatwiej żyć niż tym, którzy - często nie mając po temu racjonalnych powodów - narzekają na wszystko, roztracają wokół siebie atmosferę nieudacznictwa i wszelkich możliwych nieszczęść. Taka postawa odstrasza ludzi, a i samemu można sobie wmówić to, czego w rzeczywistości nie doświadczamy. Atrybutem szczęścia nie zawsze jest bogactwo, uroda i zdrowie, ale aktywność życiowa, chęć pokonania trudności, ciągła ciekawość świata, ludzi, samego siebie.

Popatrzmy na nasze otoczenie. Czyż nie dostrzegamy wcale niemałej grupy interesujących, twórczych, pełnych życiowej energii ludzi? Nie unikniemy błędów i niepowodzeń, uczmy się na nich, bo - jak powiedział Stanisław Lem - „Nie doceniamy twórczej roli błędu jako podstawowej kategorii życia”.

Piśmiennictwo

1. Grobel J., Wasilewski D.: *Zaburzenie odżywiania się - jeszcze jedno uzależnienie*, Terapia, 1998, 3.
2. Kłos A., Bertrand J.: *Wpływ niezbilansowanego żywienia na występowanie otyłości wśród młodych mężczyzn*. Materiały Sympozjum Bromatologicznego, Poznań, wrzesień 1966
3. Popielski K.: *Człowiek - wartości - sens*. Studia z psychologii egzystencji, Lublin 1966, KUL
4. Woźniak J.: *Przystosowawcze zdolności organizmu do warunków środowiska*, Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie, 2000, 1-2, s. 124-132
5. Seyle H., *Stres życia*, Warszawa, 1963, PZWL

ZABAWA W LEKARZA TO MĄDRA ZABAWA

Magdalena Restel, Paweł Chomicki



SZPITAL PLUSZOWEGO MISIA
TEDDY BEAR HOSPITAL
WWW.TBH-EMSA.WEBPARK.PL

Niewątpliwie każdy przyszły lekarz na pewnym etapie edukacji zawodowej ma chwile wątpliwości w słuszność idei, które przyświecały mu przy podejmowaniu tych niezmiernie fascynujących, choć wymagających studiów. Trzy lata nauk przedklinicznych to czas, w którym szlachetna idea niesienia pomocy innym szybko niknie w zawłóściach wiedzy medycznej. Wielu z nas doświadcza wówczas poczucia niespełnienia - jako student medycyny i jako przyszły lekarz. Zajęcia kliniczne bowiem, które miały być dopełnieniem nauk teoretycznych, często nie spełniają pokładanych w nich nadziei. Głównie dlatego, że wymagają od adeptów sztuki lekarskiej spojrzenia na pacjenta z innej niż dotychczas strony, a mianowicie każą analizować objawy, a nie chorobę, jako szeroko pojętą utratę zdrowia z wszelkimi tego konsekwencjami. Mimo wiedzy i zapału perspektywa samodzielnego zbadania pacjenta, przeanalizowania najbardziej prawdopodobnych przyczyn jego dolegliwości, zaproponowanie badań diagnostycznych i wdrożenie kompleksowego leczenia wzbudza wiele obaw i poczucie nieprzygotowania do stawienia czoła takiemu wyzwaniu. Istnieje jednak metoda, która nie tylko pozwala na odzyskanie wiary w sens naszych działań, ale również przypomina czasy, gdy świat poznawaliśmy za

pomocą kolorów, dźwięków i dotyku. To Teddy Bear Hospital (Szpital Pluszowego Misia TBH-EMSA). Mimo uśmiechu, jaki wśród niektórych mógłby wzbudzać pomysł doskonalenia umiejętności klinicznych przy użyciu tak prostej metody, jak zabawa, TBH może okazać się narzędziem bardzo skutecznym.

Szpital Pluszowego Misia

jest międzynarodowym projektem, realizowanym oficjalnie od 2001 roku przez EMSA (European Medical Students' Association) oraz IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) na całym świecie. Głównym założeniem przedsięwzięcia jest zmniejszenie u dzieci w wieku przedszkolnym lęku przed lekarzem i szpitalem, a metodą wykorzystywaną przez organizatorów jest zamiana ról - dzieci wcielają się w „rodziców”, pacjentem zaś jest miś lub inna przytulanka. Studenci z kolei pełnią rolę lekarzy, których zadaniem jest dokładna „ocena stanu zdrowia” pluszaka, przy wykorzystaniu zarówno zdobytych w czasie studiów medycznych umiejętności, jak i dostępnych „badań dodatkowych”, których nie może dziś zabraknąć w żadnej jednostce opieki zdrowotnej, w tym również w „Szpitalu Pluszowego Misia TBH-EMSA”.

Geneza projektu

nie jest do końca znana. Prawdopodobnie pomysłodawcami przedsięwzięcia byli skandynawscy studenci medycyny, świadomi lęku, jaki wzbudzają w małych pacjentach białe fartuchy i wszelkie działania, które - choć obiektywnie celowe i niezbędne w procesie diagnostycznym - dla dzieci zdają się być karą za przewinienia, których nie popełniły.

W Polsce Szpital Pluszowego Misia po raz pierwszy zorganizowany został w 2002 przez EMSA Lublin. W późniejszym okresie inicjatywę podjęły również komitety lokalne IFMSA Poland oraz EMSA Warszawa - Oddział Lokalny Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA w Akademii Medycznej w War-



szawie. Pierwszy „Szpital Pluszowego Misia TBH-EMSA, Finał Wiosna 2005” organizowany w ramach działalności statutowej EMSA Warszawa, odbył się 17 marca 2005 w Natolińskim Ośrodku Kultury i udział nim wzięło ponad 200 dzieci z sześciu ursynowskich przedszkoli oraz 52 studentów warszawskiej AM. Inauguracyjna akcja, zakończona sukcesem, który przerosł nasze najśmielsze oczekiwania, stała się wzorcem do przeprowadzenia kolejnych. 14 maja tego samego roku, na zaproszenie Zarządu Samorządu Studentów AM w Warszawie, EMSA Warszawa zorganizowała na Polach Mokotowskich



Nadzwyczajny Finał Akcji „Szpital Pluszowego Misia TBH-EMSA”

w ramach Wioski Akademickiej, podczas imprezy głównej Juwenaliów Warszawskich 2005. Tym razem przez cały dzień gościliśmy wszystkie dzieciaki, jakie przybyły z rodzicami do Wioski Akademickiej (w sumie ponad 120 dzieci), a opiekę nad nimi sprawowało ok. 30 studentów naszej Alma Mater. Kolejnym

przedsięwzięciem był jesienny TBH-EMSA, który przeprowadziliśmy 13 grudnia 2005 w Szkole Podstawowej nr 220 w centrum Warszawy. Przedświąteczna akcja spotkała się z jeszcze większym zainteresowaniem, zarówno ze strony przedszkoli, jak i przyszłych lekarzy - tym razem „wyleczyliśmy” ponad 300 pluszaków.

Wraz z dynamicznym rozwojem TBH-EMSA, wyraźnie wzrosło też zainteresowanie mediów akcją - po wiosennym finale w „Ekspresie Wieczornym” ukazał się artykuł *Przytulenie na receptę*, opisujący jego przebieg, natomiast akcja „Jesień 2005” odbiła się szerokim echem w różnorodnych audycjach radiowych, m.in. Programu 3 Polskiego Radia, Radia „Zet”, „Tok-FM”, „ESKA”, a także w artykułach *Przychodzi miś do doktora* „Życia Warszawy”, *Misie do leczenia* „Gazety Wyborczej”, *Klinika pod pluszowym misiem* „Rzeczpospolitej” oraz we wzmiankach informacyjnych w kilku innych gazetach studenckich i w ... „Poradniku Domowym”.

Mimo że Szpital Pluszowego Misia wydaje się być niczym innym, jak tylko zabawą, to jednak przygotowania do realizacji tego projektu wymogły na koordynatorach spory

Wysiłek organizacyjny

Przed wszystkim uczestników akcji trzeba przygotować do pracy z dziećmi. Każde wydarzenie tego typu poprzedza spotkanie informacyjno - szkoleniowe, podczas którego doświadczeni organizatorzy Szpitala Pluszowego Misia mogą podzielić się wrażeniami z poprzednich akcji i choć w niewielkim stopniu przygotować kandydatów na „pluszowych” lekarzy do czekającego ich wyzwania. Szkolenie obejmuje również warsztaty z zakresu postępowania z dziećmi w wieku przedszkolnym, prowadzone przez studentów pedagogiki i psychologii, podczas którego zaznacza się, iż gwarancją sukcesu w zdobywaniu zaufania jest szczerłość, cierpliwość, uśmiech i umiejętność zainteresowania dzieci naszymi propozycjami, a także aktywne włączenie ich w przedsięwzięcie.

Akcja

poprzedzona jest wizytą studentów psychologii w przedszkolach, podczas której dzieci mogą podzielić się doświadczeniami związanymi z dotychczasowymi wizytami u lekarza,



pobytem w szpitalu, skojarzeniami i obawami związanymi z chorobami czy kontaktem ze środowiskiem medycznym. Gry, zabawy i pogadanki to kolejne metody stosowane w celu zminimalizowania strachu przed czekającym dzieci spotkaniem z „lekarzem”.

Podczas akcji, aby zapewnić właściwą pomoc zarówno naszym niezwykłym „pacjentom”, prezentującym równie niezwykle objawy, jak i „rodzicom” ciekawym wszystkiego, należało stworzyć warunki jak najbardziej zbliżone do panujących w prawdziwej przychodni lekarskiej lub szpitalu. Wybór miejsca, które mogłoby przetrwać inwazję rozbrzykanych czter- i pięciolatków, to istotny element przedsięwzięcia. Sale gimnastyczne lub lokalne ośrodki kultury stanowią idealne rozwiązanie przede wszystkim dlatego, że przystosowane są do przyjęcia dużej grupy przedszkolaków. Co więcej, aby móc choć w niewielkim stopniu zapanować nad niesfornym tłumem mniejszych od nas o połowę szkrabów, należało zadbać również o odpowiednią strukturę organizacyjną szpitala. Dlatego też przybyłe z okolicznych przedszkoli dzieci odprowadzane były najpierw do poczekalni, gdzie pod opieką pań przedszkolank, studentów pedagogiki i psychologii, mogły bawić się, rysować i wysłuchać czytanych im bajek.

Gdy nadchodził czas badania, dzieci udawały się ze swoim misiem do rejestracji, w której rozpoczynał się trudny dla nas proces zdobywania ich zaufania i przekonywania, że również tu mogą czuć się bezpiecznie i że zrobimy wszystko, co w naszej mocy, by wyleczyć ich pluszaki. Następnie dzieci wraz ze swoimi „dziećmi” udawały się do stanowisk pełniących rolę gabinetów lekarskich.

Po zebraniu wywiadów i dokładnym badaniu

(przy użyciu wszelkich dostępnych „atrybutów” lekarza), misie wraz ze swoimi opiekunami kierowane były do „pracowni badań dodatkowych” w celu poddania się zleconym przez nas badaniom: USG, EKG czy zdjęciu RTG.

W przypadku niekorzystnych wyników badań diagnostycznych misie kierowane były w trybie pilnym na salę operacyjną, gdzie w asyście „rodziców” oraz „lekarzy prowadzących” poddawano je skomplikowanym zabiegom i operacjom, takim jak np.: nastawienie złamanego ogonka, usunięcie puszki sardynek z brzuszka, czy uwolnienie połkniętych dwóch sikerek. Po wizycie, każdy „rodzic” dostał zalecenia dotyczące dalszej pielęgnacji chorego misia, np. regularne przytulanie pluszaka lub masowanie obolałej łapki przez dwa kolejne dni.

Alternatywną formą Szpitala Pluszowego Misia jest

„ambulating TBH”

- akcja na świeżym powietrzu, w której uczestniczyć mogą wszystkie chętne dzieci. Podczas „ambulating TBH” oprócz dużego namiotu, w którym misie poddawane są zabiegom diagnostycznym i leczniczym, dzieci mogą również zwiedzić wnętrze karetki pogotowia ratunkowego oraz wziąć udział w prezentacji podstawowych zabiegów reanimacyjnych, dokonanych oczywiście na misiach.

Zaletą tego rodzaju przedsięwzięcia jest możliwość zaangażowania prawdziwych rodziców w proces przełamywania strachu dzieci przed białym fartuchem, a także obalania mitów, które pielęgnowane są przez samych dorosłych, a które również negatywnie wpływają na relacje dziecko-lekarz.

Idea Szpitala Pluszowego Misia, zakładająca iż przez zabawę można przekonać dzieci, że

lekarze nie są potworami

w białych kitlach, ujmuje prostotą założenia. Bo czy jest lepszy sposób, by zmniejszyć lęk przed szpitalem niż zapoznanie dzieci z zasadami jego funkcjonowania?



Przybranie roli „rodzica” pozwala dziecku na poznanie pracy lekarza z bliska, ale z bliska bezpiecznego, podczas zabawy bowiem to nie ono jest obiektem badania, które często odbierane jest przez małych pacjentów jako nieprzyjemne, lecz pluszak, któremu „mama/tata” towarzyszy przez cały czas pobytu w „szpitalu”.

Co więcej, sam „rodzic” zostaje włączony w zawiły proces leczniczy – podczas objaśniania poszczególnych procedur ma możliwość osłuchania własnego serca za pomocą stetoskopu, asystowania podczas zabiegów operacyjnych na pluszakach, a także zapoznania się z działaniem aparatu rentgenowskiego, ultrasonografu czy elektrokardiografu. Zastosowana metoda pokazuje dzieciom, że nasz biały, sterylny świat, oparty jest na takich samych zasadach, jak ten, który znają dzieci. Co więcej, przekonuje przedszkolaków, że choroba, a przede wszystkim walka z nią, są nieodłącznymi elementami naszej codzienności i niekoniecznie muszą być przykrym doświadczeniem.

Szpital Pluszowego Misia to nie tylko dzieci, lecz również wszyscy ci, dzięki zaangażowaniu i wyobraźni których każde przedsięwzięcie realizowane w ramach projektu Teddy Bear Hospital okazuje się wielkim sukcesem i triumfem nad lękiem małych pacjentów wobec nas - przedstawicieli profesji medycznej. Oprócz możliwości wykorzystania dotychczasowej wiedzy oraz umiejętności praktycznych, podczas TBH

studenci uczą się również pracy w zespole

- zdolności wręcz niezbędnej w ich przyszłej praktyce lekarskiej.

W czasie badania, „lekarze” muszą dowieść nie tylko swojego profesjonalizmu, ale również wykazać się dużą pomysłowością, np. w różnicowaniu przyczyn bólu brzuszka u szopa pracza lub w uwidocznianiu zapalenia uszka przy wykorzystaniu obrazu echokardiograficznego. Praca z dziećmi to także sprawdzian cierpliwości i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, jakimi może być płacz dziecka lub odmowa współpracy z jego strony.



Akcja wzbudza w studentach pozytywne odczucia i pragnienie realizowania się w roli lekarza, który nie podchodzi przedmiotowo do pacjenta jako „zespołu objawów”, lecz także lekarza pełnego zrozumienia dla cierpienia chorych, świadomego ich potrzeb nie tylko fizycznych, ale i emocjonalnych.

Podsumowanie

Szpital Pluszowego Misia konsoliduje środowiska medyczne poprzez bezinteresowną wspólną pracę nie tylko przyszłych lekarzy, lecz także przedstawicieli wszystkich profesji medycznych, które już w niedalekiej przyszłości stanowiąc będą zespół kliniczny. Akcja daje pełne podstawy do ugruntowania nowej rzeczywistości polskiej medycyny opartej na sprawnej współpracy interdyscyplinarnej, która jest dobrze zaplanowana, skutecznie realizowana i której celem jest dobro najwyższe - dobro pacjenta.

Poprzez pierwotne kształtowanie poglądów na rolę profesji medycznej w społeczeństwie, my, jako przyszli lekarze, kształtujemy psychi-



kę i poglądy młodych ludzi, którzy w niezbyt odległej przyszłości staną się naszymi potencjalnymi pacjentami. W świetle specyficznej pozycji zawodu lekarza i sytuacji służby zdrowia w obecnej świadomości polskiego społeczeństwa, akcja może mieć szczególnie ważne znaczenie, jeśli chodzi o zmianę nastawienia do nas - lekarzy. Poprzez nasze działania, podejmujemy wyzwanie walki ze stereotypami i mitami na temat medycyny, które pokutują od lat w świadomości ludzi i jesteśmy przekonani, że poprzez swoistą „pracę u podstaw” możemy zmienić naszą przyszłość zawodową.

Piśmiennictwo

1. Madaj A.; „Przychodzi miś do lekarza”; [Studentkie ABC; 2/2006].
2. Chomicki P., Restel M.; Medical University of

Warsaw; „Teddy Bear Hospital - Polish Autumn Final, Warszawa 2005” [EUROMEDS - Issue 01/2006; January 2006; dostępne pod adresem internetowym <http://www.emsa-europe.org>].

3. Błaszkiwicz A. „Misie do leczenia”; [Gazeta Wyborcza; nr 290 (4993); 14 grudnia 2005].

4. Sijka A. „Klinika pod pluszowym misiem”; [Rzeczpospolita; nr 291 (7280); 14 grudnia 2005].

5. Przewoźniak M. „Przychodzi miś do doktora”; [Życie Warszawy; 14 grudnia 2005].

6. Chomicki P., Restel M.; Medical University of Warsaw; „Teddy Bear Hospital in Warszawa, Polish Spring Final 2005” [EUROMEDS - Issue 03/2005; 31st March 2005; dostępne pod adresem internetowym <http://www.emsa-europe.org>].

7. Kochhar S., French S., Vlad I.; „Teddy Bear Hospital”; [Student BMJ; June 2004; dostępne pod adresem internetowym <http://www.studentbmj.com/search/archive2004.php>].

Akcja „Szpital Pluszowego Misia TBH-EMSA” jest stałym projektem EMSA Warszawa - Oddziału Lokalnego Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA w Akademii Medycznej w Warszawie.

Koordinacją projektu w latach 2004-2006 zajmowali się:

Paweł Chomicki - Prezes Zarządu EMSA Warszawa 2004-2006

Magdalena Restel - Sekretarz Generalny EMSA Warszawa 2004-2006

Monika Nowakowska - Koordynator Lokalny TBH-EMSA Warszawa 2004-2006

Tomasz Jakutowicz - Asystent KL TBH-EMSA Warszawa 2004/2005

Halszka Kamińska - Asystent KL TBH-EMSA Warszawa 2005/2006

Paulina Rychlewska - Studentka MIS MaP UW (kierunek wiodący - psychologia)

Patronat honorowy nad akcją objęli dotychczas:

JM Prof. dr hab. med. Leszek Pączek - Rektor AM w Warszawie

JM Prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk - Rektor AM w Warszawie w latach 1999-2005

Prof. dr hab.med. Piotr Zaborowski - Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM w Warszawie

Prof. dr hab.med. Maciej Karolczak - Dziekan II WL AM w Warszawie, Kierownik II Katedry i Kliniki Kardiologii Dzieci AM w Warszawie

Prof. dr hab.med. Andrzej Radzikowski- Kierownik Kliniki Gastroenerologii i Żywnienia Dzieci I Katedry Pediatrii AM w Warszawie

Ryszard Raczyński - Mazowiecki Kurator Oświaty

Andrzej Machowski - Burmistrz Dzielnicy Ursynów, Urząd Miasta Stołecznego Warszawy

Dzielnica Śródmieście Miasta Stołecznego Warszawy

Aktualne informacje dotyczące TBH-EMSA Warszawa, zdjęcia z poszczególnych akcji oraz film promocyjny można znaleźć na oficjalnej stronie internetowej projektu www.tbh-emsa.webpark.pl.

ARTYSTA Z „DONOSU”

Gdy po wejściu w „Google” wpiszą Państwo imię i nazwisko szefa Działu Administracyjno-Gospodarczego „Rektorat”, czyli hasło „Waldemar Kosiorek”, to co wyskoczy? No, proszę spróbować i kliknąć potem na „rzemiosło artystyczne”. I co? Kto by się spodziewał... Ja też osłupiałam, więc czym prędzej – żeby dojść do siebie – zadzwoniłam.

Kiedy to się Panu porobiło?

Co? A... to. Zawsze to miałem.

No to co Pan tutaj robi od świtu do nocy zamiast balować i cieszyć się sławą, jak inni artyści?

Tak wyszło. Na życzenie rodziców skończyłem samochodówkę, potem nie dostałem się na ASP, trafiłem do wojska, no i wszystko ułożyło się trochę inaczej niż bym chciał.

Jednak ktoś w końcu Pana odkrył...

Nie ukrywałem się specjalnie, więc nie było to bardzo trudne. Po prostu szef – Stefan Fabisiaś – „doniósł” na mnie rektorowi Pruszyńskiemu.

A mógłby Pan trochę rozwinąć tę myśl?

Wszystko zaczęło się od 200-lecia nauczania medycyny w Warszawie – w 1989 r. Uczelnia organizowała w związku z tym imprezę w PKiN i w paru salach, łącznie z Kongresową trzeba było zrobić jakiś wystrój. Zawodowiec zażądał zbyt dużej kwoty, szef – jak wspomniałem – napomknął o mnie, a pan rektor Pruszyński

zaryzykował, zaufał mi, no i zrobiłem te dekoracje.

Skąd szef wiedział o Pana zdolnościach?

Po prostu wiedział, bo zawsze coś robiłem kolegom i koleżankom w prezencie. Teraz, w tym budynku jesteśmy anonimowi, ale na Filtrówce pracowaliśmy jak w rodzinie i dużo o sobie nawzajem wiedzieliśmy. Tu odizolowano nas trochę od siebie i ta „akademicka rodzina” się rozpadła.

Pana twórczość ma bardzo szerokie spektrum. Od statuetek, przez malarstwo olejne po duże rzeźby. Co robi Pan sam, a co tylko projektuje?

Kiedy tylko mam możliwość – wszystko robię sam. Na przykład z pierwszą propozycją zaprojektowania statuetek zwrócił się do mnie prof. Opolski. Zrobiłem model, skontaktowałem się z odlewnią... a jak już człowiek pozna technologię, to potem to idzie. I z metalowego odlewu jest większa satysfakcja niż z kawałka wyrzeźbionego drewna. Bo na dłużej zostaje.

To dla Pana nie tylko hobby...

Nie ukrywam, że czasami także dodatkowa praca i dodatkowe źródło dochodu.

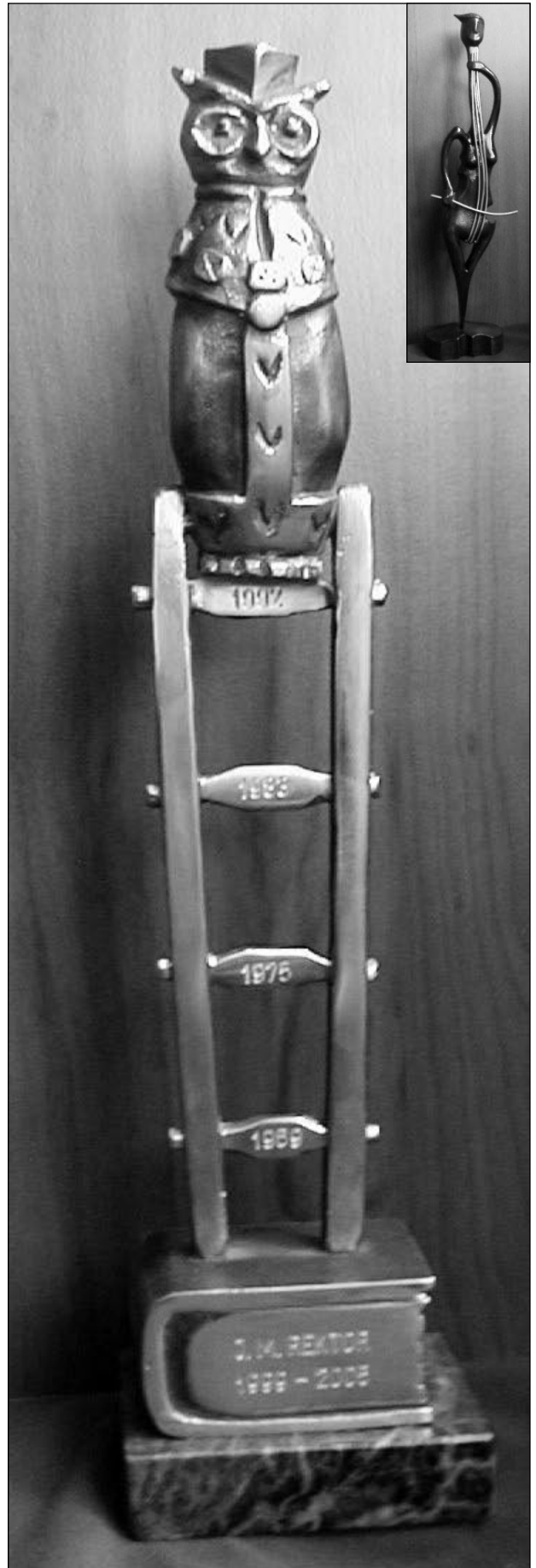
Mało Panu pracy na co dzień? Wydaje mi się, że szefowanie działowi gospodarczemu jest wystarczającym obciążeniem.

Zawsze znajdę w ciągu dnia chwilę na moją pasję. A kiedy mam jakiś wyjątkowy pomysł, to nic innego się nie liczy i nie ma takiej siły, która by mnie zatrzymała. No, chyba że brak kasy. Ale kiedy jest sponsor – można poszaleć.



*Brązowy Krzyż Zasługi wręcza p. Waldemarowi Kosiorkowi
przedstawiciel Prezydenta RP,
p. Edward S. Szymański*

Rozmawiała Ewa Barciszewska



MARIAN KWIATKOWSKI (1943-2005)*

Mgr Joanna Ciecierska, Studium Języków Obcych AM



21 sierpnia 2005 roku zmarł pan mgr Marian Kwiatkowski. W latach 1979-2004 – przez 25 lat – pełnił funkcję kierownika Studium Języków Obcych Akademii Medycznej w Warszawie.

Urodził się 16 sierpnia 1943 r. w Noskowie koło Płońska. W 1962 r.

ukończył Liceum Pedagogiczne w Gostyninie. W latach 1962–1968 studiował filologię rosyjską na Uniwersytecie Warszawskim i uzyskał tytuł magistra. W 1973 roku ukończył Studium Podyplomowe w zakresie filologii rosyjskiej na UW. W latach 1967–1974 pracował w XXXV LO im. Bolesława Prusa w Warszawie, a w latach 1974–1979 był starszym asystentem w Instytucie Programów Szkolnych Ministerstwa Oświaty.

W 1979 r. został kierownikiem Studium Języków Obcych Akademii Medycznej w Warszawie i starszym wykładowcą języka rosyjskiego. Jego związki z Akademią Medyczną w Warszawie trwały bardzo długo, ponad ćwierć wieku, bo jeszcze przed 1979 rokiem współpracował z nią jako lektor języka rosyjskiego.

Był doskonałym nauczycielem, bardzo lubił uczyć i bardzo lubił pracę z młodzieżą, która tę życzliwość i zainteresowanie odwzajemniała i wysoko ceniła jego profesjonalizm. Myślę, że wielu z Państwa przekonało się o tym osobiście uczestnicząc podczas studiów w lektoracie prowadzonym przez pana mgr Kwiatkowskiego. Nawiazywał ze swoimi uczniami i studentami trwałe przyjaźnie, często zapoczątkowane jeszcze w latach pracy w liceum. Pięć z Jego uczniów ukończyło rusycystykę, co świadczy o tym, że nie tylko świetnie przygotował je do studiów, ale i zaraził swoją pasją zawodową. Kilkunastu uczniów uczestniczyło w olimpiadach języka rosyjskiego. Studenci AM, których uczył, zajmowali wysokie miejsca w akademickich turniejach znajomości języka rosyjskiego i „wiedzy o Kraju Rad”. Był też jurorem centralnych olimpiad języka rosyjskiego dla szkół średnich.

Był bardzo dobrym organizatorem i managerem. W latach jego pracy Studium Języków Obcych coraz bardziej się rozwijało, bo i coraz bardziej rozwijała się Akademia Medyczna. Zwiększała się liczba studentów, godzin nauczania języków obcych i lektorów. W okresie pełnienia funkcji kierownika SJO przez mgr. Mariana Kwiatkowskiego lektorzy byli awansowani na stanowiska wykładowców i starszych wykładowców i zdobywali doświadczenie na konferencjach i kursach metodycznych w kraju i za granicą. Wprowadzano nowe programy dydaktyczne, w opracowaniu których uczestniczył. W 1989 r. został powołany do zespołu dydaktycznego ds. nauczania języków obcych w akademiach medycznych przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej. Brał aktywny udział w życiu Akademii Medycznej. Przez cały okres pełnienia funkcji kierownika SJO był członkiem Rady Pedagogicznej dla I roku I Wydziału Lekarskiego. W latach 1999-2002 był Senatorem i członkiem Senackiej Komisji ds. Finansów.

Jego działalność nie ograniczała się do Studium Języków Obcych Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 1989-92 był wykładowcą języka rosyjskiego w SGH, a od roku 1996 pracował w Wyższej Szkole Ekonomiczno-Informatycznej w Warszawie, gdzie zorganizował Studium Języków Obcych, którym kierował nieomal do ostatniej chwili.

Był autorem artykułów o tematyce medycznej zamieszczanych w czasopiśmie „Język rosyjski” i współautorem antologii poezji rosyjskiej „Stichi moi”. Był też członkiem - założycielem Polskiego Towarzystwa Rusycystycznego i pełnił funkcje w jego władzach. Uczestniczył w pracach Biura Kongresowego MAPRJAŁ, przygotowującego III Kongres tego Międzynarodowego Stowarzyszenia Wykładowców Języka Rosyjskiego i Literatury, który odbył się w 1976 roku w Warszawie.

Odnaczony Brązowym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej. Otrzymał też nagrody Rektora Akademii Medycznej w Warszawie.

Od paru lat dzielnie zmagał się z ciężką chorobą i wszyscy wierzyliśmy, że już ją przezwyciężył. Niestety, tak się nie stało.

*Wspomnienie przedstawione 12 X 2005 r. na posiedzeniu Rady I Wydziału Lekarskiego



2 stycznia br. **Kancelerzem AM** został p. mgr Bartosz Grucza. Nowy Kanclerz urodził się w 1973 r. w Warszawie, gdzie z wyróżnieniem ukończył Liceum im. A. Dobiszewskiego. Po studiach na kierunku „zarządzanie i marketing” w Szkole

Główniej Handlowej uzyskał w 1997 r. dyplom magistra zarządzania (z wynikiem bardzo dobrym). Ukończył również 4 lata studiów (1993 - 1996 r.) na Wydziale Prawa i Administracji UW, gdzie specjalizował się w prawie gospodarczym. Wśród licznych form zawodowego doskonalenia i poszerzania kwalifikacji, jakim od tamtego czasu się poddał warto wymienić przede wszystkim Kurs dla Kandydatów na Członków Rad Nadzorczych w Spółkach Skarbu Państwa, zakończony egzaminem Ministerstwa Skarbu Państwa (1998 r.) i Podyplomowe Studium Zarządzania Projektami (SGH, 2004 - 2005 r.).

Pan Bartosz Grucza ma bardzo bogate i cenne doświadczenie zawodowe, również na wyższych stanowiskach kierowniczych. Był m.in. zarządcą komisarycznym dużego przedsiębiorstwa państwowego działającego w branży motoryzacyjnej, członkiem zarządu spółdzielni mieszkaniowej, wiceprezesem zarządu spółki realizującej projekty konsultingowe w zakresie restrukturyzacji organizacyjnych, biznes planów i analiz strategicznych. Od 1996 r. do momentu podjęcia zatrudnienia w AM był prezesem zarządu spółki realizującej m.in. projekty ze środków pomocowych UE, a od roku 2000 jest asystentem w Katedrze Zarządzania w Gospodarce SGH – specjalistą od zarządzania strategicznego, operacyjnego i zarządzania projektami. Ponadto jest m.in. ekspertem wsparcia merytorycznego projektów IW EQUAL (kieruje wsparciem programu o łącznym budżecie pow. 178 mln Euro) i członkiem *Capacity Building Group* przy Komisji Europejskiej w Brukseli – grupy ekspertów doskonalących wdrażanie środków europejskich.

Pan Bartosz Grucza biegle włada językiem angielskim i francuskim. Wśród swoich pozazawodowych zainteresowań wymienia: muzy-

kę (gra na gitarze klasycznej), teatr, podróże i fotografię. Zainteresowane Czytelniczki informujemy, że nowy Kanclerz jest żonaty i ma dwoje dzieci. (eb)

* * *



13 stycznia **Rektor Akademii Medycznej** w Warszawie, prof. Leszek Pączek i **Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego** gen. bryg. prof. Jan Podgórski podpisali **List Intencyjny w sprawie współpracy** przy realizacji misji rozwijania i doskonalenia metod i jakości nauczania w zakresie nauk medycznych oraz badań naukowych i profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

Pola współpracy, które będą miały szczególne znaczenie, to:

- kształcenie przed- i podyplomowe w różnych dziedzinach medycyny klinicznej oraz nauk o zdrowiu;
- wzajemne wykorzystanie potencjału intelektualnego, leczniczego i badawczego dla poprawy stanu zdrowotności społeczeństwa i jego wydzielonych grup;
- uruchomienie w WIM klinik bądź zakładów Akademii Medycznej;
- stworzenie warunków do nawiązania współpracy międzynarodowej w zakresie realizacji statutowych działań stron z wykorzystaniem środków UE;
- współdziałanie w zakresie realizacji zadań związanych z bezpieczeństwem państwa. (gl)

* * *

Już niedługo nasi studenci będą mogli wyjeżdżać na studia do Turcji. 20 stycznia

2006 Akademia Medyczna gościła delegację Uniwersytetu w Stambule. Gośćmi Rektora prof. Leszka Pączka byli: Rektor Uniwersytetu w Stambule – prof. dr Mesut Parlak, Prorektor – prof. dr Seckin Dindar i Konsul Ambasady Turcji – p. Salih Sen.

Rektor Pączek przedstawił Akademię Medyczną w Warszawie i zaoferował różne formy współpracy, m.in. wymianę studentów i nauczycieli akademickich w ramach Programu Socrates/Erasmus, a także innych komponentów programu SOCRATES: Leonardo da Vinci, Grundtwig i Minerva. Rektor przedstawił również możliwość studiów lekarskich w ramach English Division.

Strona turecka wyraziła głębokie zainteresowanie współpracą i zaprosiła z rewizytą delegację naszej uczelni.

W najbliższym czasie nastąpi podpisanie umowy bilateralnej w ramach Programu Socrates/Erasmus pomiędzy Uniwersytetem w Stambule a Akademią Medyczną w Warszawie dla Wydziałów Lekarskich i Oddziału Stomatologicznego AM. Oznacza to, że w najbliższych latach do AM w Warszawie zawita grupa studentów z Turcji, powiększając grono obcokrajowców studiujących na naszej uczelni. (gl)

* * *

JM Rektor AM objął **patronat** nad

1. Konferencją „Pomóż się ocalić. Wczesna diagnostyka chorób nowotworowych”, organizowaną przez Ewę Haładaj, Przewodniczącą Koła Naukowego przy Klinice Hematologii AM. Termin konferencji: 25. 03. 2006 r.;

2. Kongresem „Akademickie Dni Kardiologiczne”, organizowanym przez prof. dr. hab. Mirosława Dłużniewskiego, Kierownika Katedry i Kliniki Kardiologii AM w Warszawie w terminie: 11-14 maja 2006 r. (gl)

* * *

Fundacja na rzecz Nauki Polskiej ogłosiła wyniki czternastego konkursu, w wyniku którego przyznano **stypendia młodym uczonym**. Wśród laureatów są młodzi badacze z naszej uczelni (choć niektórzy pracujący poza Akademią Medyczną). W tym roku stypendia otrzymali:

- lek. **Zenon Huczek**, działający naukowo w I Katedrze i Klinice Kardiologii,

- dr n. med. **Rafał Kamiński**, który przez wiele lat pracował w Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury,
- dr n. med. **Tomasz Świtaj**, również pracujący w Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury,
- mgr inż. **Piotr Woźniak**, doktorant w Zakładzie Biofizyki.

Ponadto przedłożenia stypendiów na drugi roku uzyskali:

- dr **Monika Ołdak** z Zakładu Histologii i Embriologii,
- lek. **Marcin Makowski** z Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury.

W kolejnych numerach naszego biuletynu zamieścimy informacje dotyczące największych osiągnięć młodych badaczy oraz zarys ich planów naukowych na najbliższe lata.

Serdecznie gratulujemy laureatom i trzymamy kciuki za kolejne sukcesy naukowe. (jg)

* * *



Fundacja na rzecz Nauki Polskiej – program wspierania nauki w 2006 r.

Co roku Fundacja na rzecz Nauki Polskiej realizuje kilkanaście programów adresowanych do naukowców wszystkich dziedzin. Oferta programowa obejmuje: konkurs o Nagrodę FNP, uznawaną za najważniejszą w Polsce wyróżnienie za osiągnięcia naukowe, różne programy o charakterze stypendialnym, skierowane przede wszystkim do młodych uczonych oraz kilka innych programów wieloletnich, przeznaczonych dla zespołów i instytucji naukowych.

W programie na rok 2006 Fundacja wprowadziła **znaczące zmiany** w stosunku do lat ubiegłych. M. in. zakończono realizację programów MILAB i TECHNE. Ubieganie się o środki fundacji na modernizację bazy laboratoryjnej będzie odąd możliwe w niewielkim zakresie w **programie NOVUM**, który został wprowadzony w miejsce zlikwidowanego programu SUBIN.

W 2006 r. FNP uruchamia dwa programy skierowane do młodych uczonych. Pierwszy – **POWROTY**, adresowany jest do badaczy powracających do kraju po zagranicznym stażu podoktorskim, drugi – **FOCUS**, do uczonych będących na etapie tworzenia własnego zespołu badawczego.

Realizacja jednego z celów statutowych FNP, jakim jest wspieranie rozwiązań aplikacyjnych, będzie się obecnie odbywała w ramach rozpoczynającego się w 2006 r. **programu INNOWATOR**. Zmiany objęły także program TRANSLACJE, którego cele będą realizowane jako rozszerzenie programu MONOGRAFIE.

W piętnastym roku swej działalności FNP zamierza przeznaczyć na wspieranie nauki **22,7 mln zł**. Wszystkie programy mają charakter konkursowy w myśl dewizy: „*wspierać najlepszych, aby mogli stać się jeszcze lepsi*”.

Poniżej niektóre tegoroczne propozycje programowe FNP.

Stypendia krajowe

Stypendia krajowe dla młodych uczonych – program START. Roczne stypendium dla najzdolniejszych młodych naukowców (do 30 lat, lub do 32 dla tych, którzy byli na urlopiach wychowawczych) z dorobkiem naukowym udokumentowanym publikacjami. Corocznie FNP przyznaje ok. stu stypendiów; w 2005 r. wysokość rocznego stypendium wyniosła 20 tys. zł. Stypendium można przedłużyć na drugi rok, na podstawie oceny rezultatów osiągniętych w pierwszym roku. Termin składania wniosków o stypendia na rok 2007: **do 31 października 2006 r.**. Mogą się o nie ubiegać osoby urodzone w 1976 r. i później.

Krajowe stypendia wyjazdowe – program WSPÓŁPRACA KRAJOWA. Finansowanie kilkumiesięcznych wyjazdów badawczych młodych naukowców z tytułem doktora (do 35 lat lub do 37 dla tych, którzy byli na urlopiach wychowawczych) na staże do wiodących ośrodków naukowych w Polsce. Wysokość stypendium, przyznawanego na okres od 1 do 3 miesięcy, wynosi od 4000 – 5000 zł miesięcznie. Na wniosek instytucji goszczącej stypendium może zostać przedłużone, nie więcej jednak niż o 3 miesiące. Termin składania wniosków: **do 15 kwietnia**.

Subsydia dla powracających – program POWROTY (Homing). Dwuletnie (z możliwością przedłużenia) subsydia dla młodych badaczy powracających z dłuższego (ponad 9 miesięcy) zagranicznego pobytu naukowego, przyznawane w celu poprawy warunków ich pracy w kraju poprzez udoskonalanie ich warsztatów badawczych oraz wspieranie nawiązanej przez nich międzynarodowej współpracy naukowej. Fundacja przyzna w 2006 r.

nie mniej niż 6 subsydiów w wysokości co najmniej 53 tys. zł rocznie. Subsydium obejmuje imienne stypendium laureata oraz środki subwencyjne na kontynuację współpracy zagranicznej oraz na realizację projektu badawczego.

Termin składania wniosków: do 30 kwietnia.

Subsydia na tworzenie zespołów naukowych – program FOCUS. Trzyletnie subsydia służące młodym badaczom będącym na początkowym etapie budowania własnego zespołu naukowego oraz posiadającym liczący się dorobek naukowy w wybranej, corocznie określanej przez Fundację sferze badań naukowych. W roku 2006 będzie to modelowanie matematyczne procesów biologicznych.

Fundacja przyzna do pięciu subsydiów, które wypłacane będą przez trzy kolejne lata. Wysokość jednego subsydium wyniesie 240 tys. zł (80 tys. zł rocznie). Na kwotę subsydium składają się: część stypendialna dla laureata i współpracujących z nim doktorantów i młodych doktorów, część subwencyjna na finansowanie: zakupów, podróży służbowych, wymiany osobowej z zagranicą, kosztów konferencji itp. oraz środki przeznaczone na koszty administracyjne i techniczne. Laureaci programu będą mogli, w ramach zamkniętego konkursu, ubiegać się o dodatkowe środki finansowe (grant) na udoskonalenie warsztatu badawczego. Suma środków przeznaczonych na granty w tegorocznej, pierwszej edycji programu wynosi 2 mln zł. Termin składania wniosków upływa 15 października.

Stypendia dla emerytowanych uczonych – program NESTOR. Finansowanie kilkumiesięcznych (do 4 miesięcy) wyjazdów emerytowanych, lecz nadal aktywnych zawodowo uczonych do wybranych krajowych placówek badawczych w innym mieście. Z wnioskiem o przyznanie uczonemu stypendium powinna wystąpić jednostka zapraszająca, po uprzednim uzgodnieniu z osobą zainteresowaną celem, terminu i okresu trwania stypendium. Wysokość stypendium wynosi 5000 zł miesięcznie. Strona goszcząca zobowiązana jest do pokrycia kosztów zakwaterowania osoby zapraszonej. Wnioski można składać w 2 terminach: **do 31 marca i do 15 listopada**.

Stypendia zagraniczne

Stypendia dla młodych doktorów – program KOLUMB. Stypendia dla młodych pol-

skich uczonych (do 35 lat lub do 37 dla tych, którzy byli na urlopach wychowawczych) na odbycie podoktorskich staży (od 6 do 12 miesięcy) w najlepszych ośrodkach naukowych za granicą. Wysokość stypendiów odpowiada stypendiom typu *postdoc* na Zachodzie i wynosi średnio 2200-3000 euro (lub równowartość tej kwoty w innej walucie) miesięcznie. Fundacja pokrywa ponadto koszty podróży stypendysty i jego współmałżonka, o ile zamierza on przebywać ze stypendystą co najmniej przez połowę okresu trwania stypendium, pokrywa także koszty ubezpieczenia stypendysty w czasie pobytu za granicą. Po powrocie do kraju stypendyści mogą ubiegać się o przyznanie **grantu wspomagającego** w wysokości do 40 tys. Termin składania wniosków: **do 15 marca**.

Stypendia na kwerendy za granicą – program KWERENDA. Finansowanie wyjazdów uczonych ze stopniem doktora na zagraniczne kwerendy biblioteczne i archiwalne, służące realizacji oryginalnych prac badawczych. Wysokość stypendium zależy od miejsca jego realizacji i wynosi średnio 2200 euro miesięcznie (lub równowartość tej kwoty w innej walucie). Termin składania wniosków: **do 15 września**.

Stypendia konferencyjne. Dofinansowanie kosztów udziału polskich naukowców (w wieku do 35 lat) w zagranicznych konferencjach, sympozjach i kongresach naukowych. Wnioski należy składać w Towarzystwie Naukowym Warszawskim /www.tnw.waw.pl/, zajmującym się procedurą konkursową w terminach: **do 28 lutego, do 30 kwietnia, do 30 czerwca, do 30 października**.

Wspieranie modernizacji warsztatów naukowych

Program NOVUM. Nowy program, zastępujący realizowany przez FNP w latach ubiegłych program subwencji interwencyjnych SUBIN. Subwencje przeznaczone będą na wsparcie wyjątkowych inicjatyw o istotnym znaczeniu dla nauki w Polsce – takich, które nie mogą uzyskać dofinansowania z innych źródeł, a zarazem nie są objęte pozostałymi programami Fundacji.

Wnioski przyjmowane są **bez ograniczeń terminu**.

Wspieranie transferu technologii Program INNOWATOR (szkolenia i pomoc we wdrożeniach). Program skierowany

do doktorantów i młodych doktorów, ma za zadanie wspierać wdrożenia innowacyjne. Będzie realizowany z jednej strony poprzez szkolenia zaznajamiające naukowców z funkcjonowaniem mechanizmów rynkowych i zasadami działalności biznesowej, z drugiej – poprzez pomoc doradczą i finansową w przygotowaniu innowacyjnych projektów na wczesnym etapie komercjalizacji. Realizacja programu będzie się odbywać w trzech etapach.

Termin składania wniosków do I etapu konkursu: **15 maja**.

Programy współpracy międzynarodowej

Polskie Honorowe Stypendium Naukowe im. Aleksandra von Humboldta. Stypendium dla wybitnych niemieckich uczonych na prowadzenie badań w Polsce. Stypendia przyznawane są na okres od 4 do 12 miesięcy, na pobyt w jednym lub – w uzasadnionych przypadkach – w większej liczbie ośrodków naukowych. Wysokość stypendium w 2006 r. wyniesie równowartość 3 tys. euro miesięcznie. Pobyt w Polsce może być realizowany w kilku turach w ciągu kolejnych trzech lat od daty przyznania stypendium. Kandydatów zgłaszać mogą tylko uczeni polscy, **w terminie do 30 września**.

Stypendia dla naukowców zagranicznych na badania w Polsce. Przeznaczone są dla naukowców z zagranicy, głównie z krajów Europy Środkowowschodniej, zainteresowanych prowadzeniem badań w Polsce. Wnioski należy składać wyłącznie w Kasie im. Mianowskiego /www.mianowski.waw.pl/, która prowadzi konkurs, w terminie **do 31 października**.

Pełna wersja oferty programowej FNP na rok 2006 dostępna jest w postaci broszurki w biurze FNP lub jako plik PDF na stronie internetowej Fundacji: <http://www.fnp.org.pl/aktualnosci/documents/Progr2006www.pdf>

Wszystkie informacje o zasadach konkursów, formularze wniosków oraz dane kontaktowe zamieszczone są w dziale Aktualne programy FNP na stronie internetowej Fundacji:

http://www.fnp.org.pl/programy_aktualne/aktualne_programy.html

FNP, 02-548 Warszawa, ul. Grażyny 11, tel. (0 22) 845 95 01, fax: (0 22) 845 95 05, e-mail: fnp@fnp.org.pl

(eb)