



# MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 3/2007

## Zespół redakcyjny:

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

## Rada Programowa i Naukowa:

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

## Wydawca:

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

## Adres redakcji:

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

## Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

## Skład i druk:

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

## Spis treści

### Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

II Konferencja Naukowa na I WL .....	2
<i>Marek Krawczyk</i>	
Słowo Dziekana .....	3
<i>Leszek Pączek</i>	
Słowo Rektora .....	5
Ogólnopolska akademicka platforma medyczna medyczna .....	7
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z Senatu .....	9
<i>Artur Kamiński</i>	
Sesja wspomnieniowa prof. A. Dziedzic-Goclawskiej	
Wystąpienie Rektora AM .....	14
<i>Piotr Pruszczyk</i>	
Sesja sprawozdawcza studium doktoranckiego I WL... ..	15

### NAUKA

<i>Agnieszka Pietrosiuk</i>	
Streszczenie habilitacji .....	17
<i>Agata Maciejczyk</i>	
Monitorowanie niepożądanych działań leków – konieczność czy dodatkowe zajęcie? .....	21
Obrony prac doktorskich .....	23

### DYDAKTYKA

<i>Jerzy Rudzik</i>	
Jak edukować człowieka do zdrowego stylu życia? .....	24

### HISTORIA

<i>Andrzej Kierzek</i>	
Związki Ignacego Baranowskiego (1833-1919) z laryngologią .....	27

### Z PRASY

<i>Magdalena Durlik</i>	
Transplantacja to najlepsza metoda leczenia .....	29

### KOMUNIKATY

Akademia Medyczna na targach edukacyjnych .....	31
Sesja naukowo-historyczna poświęcona prof. Marcinowi Kacprzakowi .....	31
<i>Katarzyna Lachowska</i>	
„Przebij się!” .....	31
Dzień otwarty w Akademii Medycznej .....	32
Wykład otwarty – Sepsa – nie tylko meningokoki .....	32
Wyniki rankingu jednostek naukowych AM .....	32

## II KONFERENCJA NAUKOWA I Wydziału Lekarskiego

14 marca 2007 r. w Centrum Dydaktycznym AM odbyła się II Konferencja Naukowa I Wydziału Lekarskiego AM organizowana przez Kolegium Dziekańskie I WL.



Dr P. Włodarski

Konferencja podzielona była na 4 sesje, a w skład każdej sesji wchodziły 4 wystąpienia zakończone dyskusją.

Pierwszej Sesji **Najnowsze osiągnięcia w naukach podstawowych** przewodniczyli: prof. dr hab. Piotr Pruszczyk, prof. dr hab. Jakub Gołąb i dr hab. Barbara Górnicka.

Prof. dr hab. Anna Kamińska, prof. dr hab. Grzegorz Opolski i prof. dr hab. Andrzej Wardyn przewodniczyli Sesji **„Postępy w diagnostyce i terapii w specjalnościach niezabiegowych”**.

Sesji **Aspekty kliniczne, diagnostyczne i terapeutyczne w specjalnościach pediatrycz-**

**nych** przewodniczyli prof. dr hab. Marek Kulus, prof. dr hab. Michał Matysiak i prof. dr hab. Maria Roszkowska-Blaim.

**Współczesne metody diagnostyczne i lecznicze w specjal-**



Dr hab. J. Wysocki



Przewodniczący I i IV sesji

Honorowy patronat nad uroczystością sprawował JM Rektor AM prof. dr hab. Leszek Pączek.

Prezentowane podczas konferencji prace uzyskały nagrody naukowe JM Rektora w 2006 r. i wręczone były 09.10.2006 r.

Konferencję otworzył Dziekan I WL prof. Marek Krawczyk, następnie głos zabrał Rektor naszej Uczelni prof. L. Pączek.



Dr J. Kowalski

**nościach zabiegowych** to sesja, której przewodniczyli prof. dr hab. Renata Górska, prof. dr hab. Krzysztof Zieniewicz i prof. dr hab. Sławomir Nazarewski.

Za udział w Sesji uczestnicy otrzymywali 3 punkty edukacyjne. (M.Z.)

## Słowo Dziekana I WL

prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk



Szanowni Państwo,

Witam Państwa niezwykle serdecznie na drugiej Naukowej Konferencji I Wydziału Lekarskiego.

Witam przede wszystkim Jego Magnificencję Rektora Akademii Medycznej w Warszawie – prof. dr hab. n. med. Leszka Pączka.

Witam Dziekana Wydziału Farmaceutycznego – prof. dr hab. n. med. Józefa Sawickiego.

Witam byłego Rektora naszej Uczelni prof. Jerzego Szczerbiana. Serdecznie witam pracowników I Wydziału Lekarskiego, w tym uczestników studiów doktoranckich.

Dzisiejsza Sesja, która jest kontynuacją tradycji naukowych spotkań pracowników I Wydziału Lekarskiego, i mam nadzieję całej Uczelni, wchodzi pomalutko do kalendarza spotkań naukowych.

Została ona przygotowana przez Kolegium dziekańskie I Wydziału Lekarskiego w składzie – prof. A. Kamińska, prof. R. Górski, prof. W. Krasnodębski, prof. P. Pruszczyk, prof. M. Kulus, prof. A. Wardyn i prof. M. Gołębiowski. Patronat nad sesją objął Jego Magnificencja – prof. Leszek Pączek, którego pomoc odczuwaliśmy tak jak w poprzednim roku – także obecnie.

Czym jest dzisiaj I Wydział Lekarski?

Według danych z czerwca 2006 r. I Wydział Lekarski miał w swojej strukturze 78 jednostek – Katedr, Klinik i Zakładów.

W załączeniu (tabela I) liczba pracowników Akademii Medycznej w Warszawie. Z zamieszczonej tabeli wynika, że spośród 1103 pracowników I Wydziału Lekarskiego (liczba obniżyła się o 37 osób), 864 to nauczyciele akademicki (liczba obniżyła się o 44 osoby), a tylko 236 to pracownicy niebędący nauczycielami akademickimi.

W roku akademickim 2005/2006 (tabela II) w I Wydziale Lekarskim było zatrudnionych 36 profesorów zwyczajnych i 29 profesorów nadzwyczajnych z tytułami naukowymi profesora. Ponadto na stanowiskach profesorów nadzwyczajnych było 23 doktorów habilitowanych i 46 doktorów habilitowanych na stanowiskach adiunktów. Całkowita liczba samodzielnych pracowników nauki w I Wydziale Lekarskim obejmowała 134 profesorów i doktorów habilitowanych.

W tabeli III przedstawiono rozwój kadry naukowej I Wydziału Lekarskiego w okresie ostatnich 5 lat. Wynika z niej, że w Wydziale przybyło 49 doktorów habilitowanych i 29 profesorów.

Tabela I. Liczba pracowników – czerwiec 2006

	Liczba pracowników	Liczba nauczycieli akademickich	Liczba pracowników niebędących nauczycielami akademickimi
Akademia Medyczna 04/05	2251	1420	829
Akademia Medyczna 05/06	2322 (+71)	1469 (+49)	853 (+24)
I Wydział Lekarski 04/05	1140	908	232
I Wydział Lekarski 05/06	1103 (-36)	864 (-44)	236 (+2)
I Wydział Lekarski	78 jednostek (Katedr, Klinik, Zakładów)		

**Dorobek I Wydziału ilustrują kolejne tabelki.**

**Srebrne Krzyże Zasługi** otrzymali: dr Hanna Drac, prof. Zbigniew Gaciong, prof. Elżbieta Jodkowska, dr Jacek Kowalski

**Medale Komisji Edukacji Narodowej** otrzymali: dr Hanna Baltaziuk-Białek, prof. Ryszarda Chazan, prof. Renata Górski, dr Mirosław Kobuz, dr Marian Pieniak, dr Aleksander Remiszewski, dr Barbara Siemińska-Piekarczyk

**Medale „Za zasługi dla Akademii Medycznej”** otrzymali profesorowie: Lech Korniszewski, Mirosław Łuczak, Stanisław Moskalewski, Grzegorz Opolski, Janusz Piekarczyk, Hubert Wanyura

**Odznakę Honorową „Za zasługi dla Służby Zdrowia”** otrzymała prof. Danuta Liszewska-Pfeifer

Spośród 1308 prac oryginalnych na dzisiejsze spotkanie naukowe wybrano 15 tych, które otrzymały nagrody Jego Magnificencji Rektora naszej Uczelni i które zostały wręczone przez Rektora prof. Leszka Pączka w październiku 2006 r.

**Tabela II.** Skład Rady Wydziału

Lp.		05/06	06/07	Różnica
1	Profesorowie zwyczajni	36	34	-2
2	Profesorowie nadzwyczajni (z tytułem)	29	29	0
3	Profesorowie nadzwyczajni (stanowisko)	23	24	+1
4	Doktorzy habilitowani	46	48	+2
	<b>Razem</b>	<b>134</b>	<b>135</b>	<b>+1</b>
	Przedstawiciele			
1	Nauczycieli akademickich	20	20	0
2	Pracowników	10	9	-1
3	Studentów	20	20	0
	<b>Razem</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>-1</b>
	<b>Razem wszystkich członków Rady</b>	<b>184</b>	<b>184</b>	<b>184</b>

**Tabela III.** Rozwój kadry naukowej I Wydziału Lekarskiego

Rok.	2000– 2006	Średnio rocznie
<b>Dr n. med.</b>	325	47
<b>Dr hab. n. med.</b>	59	9
<b>Tytuł profesora</b>	38	
<b>Stanowisko profesora zwyczajnego</b>	10	1,1
<b>Stanowisko profesora nadzwyczajnego</b>	33	5

**Tabela IV.** Dorobek naukowy

Rok	Liczba publikacji oryginalnych	Impact Factor	Liczba zorganizowanych konferencji
2003	1161	457,881	89
2004	1301	593,927	84
2005	1350	606,410	107
2006	914	527,900	90

**Tabela V.** Studia doktoranckie w I Wydziale Lekarskim

<b>02/03 – 118 słuchaczy</b>	<b>03/04 – 136 słuchaczy</b>
<b>04/05 – 152 słuchaczy</b>	<b>05/06 – 150 słuchaczy</b>
<b>06/07 – 169 słuchaczy</b>	

**14 doktorantów w roku 02/03 obroniło prace doktorskie**

**18 doktorantów w roku 03/04 obroniło prace doktorskie**

**20 doktorantów w roku 04/05 obroniło prace doktorskie**

**13 doktorantów w roku 05/06 obroniło prace doktorskie**

Rok akademicki	Liczba słuchaczy Wydział Lekarski	Liczba słuchaczy Oddział Stomatologii
I rok 2002/03	36	4
I rok 2003/04	32	6
I rok 2004/05	30	15
I rok 2005/06	28	6
I rok 2006/07	33	6
II rok 2002/03	33	4
II rok 2003/04	35	4
II rok 2004/05	28	6
II rok 2005/06	25	13
II rok 2006/07	22	6
III rok 2002/03	9	7
III rok 2003/04	32	4
III rok 2004/05	33	4
III rok 2005/06	25	5
III rok 2006/07	24	13
IV rok 2002/03	13	5
IV rok 2003/04	9	7
IV rok 2004/05	30	3
IV rok 2005/06	32	3
IV rok 2006/07	25	5
po IV roku 2002/03	4	3
po IV roku 2003/04	6	3
po IV roku 2004/05	2	2
po IV roku 2005/06	13	-
po IV roku 2006/07	26	2



**Tabela VI.** Habilitacje

	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07
Zatwierdzone przez CK	6	5	7	10	2
Nadane przez Radę Wydziału					1
Oczekujące na zatwierdzenie CK	4	7	3	2	-
Otwarte	7	5	3	4	11

**Tabela VII.** Tytuły profesora

	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07
Zatwierdzone przez CK	5	13	12	9	6
Oczekujące na zatwierdzenie na CK	-	5	2	3	4
Wszczęte	6	10	3	5	7

**Tabela VIII.** Dorobek naukowy jednostek I Wydziału Lekarskiego

Lp.		Efektywność	Ocena parametryczna całkowita
1.	1-10	49-23 pkt	88 - 737 pkt
2.	11-20	22-18 pkt	78 - 461 pkt
3.	21-30	18-15 pkt	38 - 240 pkt
4.	31-40	14 - 12 pkt	57 - 213 pkt
5.	41-50	11 - 9 pkt	60 - 163 pkt
6.	51-60	9 - 6 pkt	23 - 129 pkt
7.	61-70	6 - 4 pkt	36 - 135 pkt
8.	71-74	3 - 1 pkt	7 - 37 pkt

**Tabela IX.** Dorobek naukowy jednostek I Wydziału Lekarskiego

Lp.		Efektywność	Ocena parametryczna całkowita
1.	Kliniki Pediatriczne	44, 83 - 2, 72 pkt	236 - 67 pkt
2.	Kliniki Chorób Wewnętrznych	42, 76 - 5, 35 pkt	737 - 88 pkt
3.	Kliniki Chirurgiczne	23, 53 - 1, 17 pkt	319 - 14 pkt
4.	Kliniki Ginekologiczno-Położnicze	19, 76 - 3, 87 pkt	392 - 15 pkt
5.	Zakłady Radiologii	19, 67 - 2, 22 pkt	88 - 7 pkt
6.	Zakłady Teoretyczne	37, 41 - 4, 13 pkt	187-135 pkt
7.	Oddział Stomatologii	39, 70 - 1, 73 pkt	158-19 pkt

## Słowo Rektora na II Sesji Naukowej I WL

**Prof. dr hab. Leszek Pączek**



**Panie Dziekanie,  
Szanowni Państwo!**

Z prawdziwą przyjemnością przyjąłem zaproszenie do udziału w II Naukowej Konferencji I Wydziału Lekarskiego.

Obecność tylu znakomitych wykładowców i uczestników kongresu jest gwarancją wysokiego poziomu obrad.

To już stało się tradycją I Wydziału Lekarskiego: w grudniu Wydział i sympatycy Wydziału spotykają się na Sesji Noblowskiej, aby wysłuchać wykładów o najnowszych osiągnięciach medycyny światowej, natomiast

w marcu odbywa się sesja, na której prezentowane są osiągnięcia Wydziału.

W ostatnim numerze NEJM z 1 marca 2007, wśród trzech artykułów oryginalnych jest praca Tonetti: Treatment of Periodontitis and Endothelial Function, a w programie dzisiejszej konferencji znalazłem pracę prof. R. Górskiej i prof. G. Opolskiego na bardzo zbliżony temat, opublikowane w *J Periodontology* i *J Clin Periodontology*. Ten jeden przykład pokazuje, gdzie lokują się nasze badania.

W Polsce badania naukowe stanowią istotny problem. Według opublikowanego w lutym

bieżącego roku tzw. raportu lizbońskiego Komisji UE Polska znajduje się na ostatnim miejscu w Europie w obszarze „Badania i Rozwój”.

Według ustalonego przez Komisję Badań na Rzecz Rozwoju Nauki Rady Nauki w dniu 30 czerwca 2006 roku wykazu jednostek „Nauki medyczne” I Wydział Lekarski znalazł się w I kategorii. To cieszy. Ale szczęście nie jest pełne, nasz Wydział wyprzedziło 6 wydziałów lekarskich i 5 wydziałów farmacji.

Kadra naszej Uczelni jest młoda, 509 nauczycieli akademickich nie ma stopnia lub tytułu naukowego. Do tej grupy należy doliczyć słuchaczy studium doktoranckiego, prawie 340 osób. Oznacza to ogrom pracy, jaki na nas wszystkich czeka.

W 2005/6 roku było 105 zakończonych przewodów doktorskich (w I WL 64) i 12 przewodów habilitacyjnych (10 w I WL). Przykładowo w analogicznym okresie w Poznaniu zakończono 115 przewodów doktorskich i 19 przewodów habilitacyjnych. W Akademii Białostockiej 86 przewodów doktorskich i 11 przewodów habilitacyjnych.

Sprawa kształcenia nowych kadr akademickich należy do priorytetowej listy zadań naszej Uczelni.

Przez fakt wysokiego odsetka nauczycieli akademickich bez doktoratu/habilitacji tracimy nie tylko w rywalizacji naukowej, ale również tracimy finansowo. Przykładowo, gdyby struktura zatrudnienia nauczycieli akademickich była w naszej uczelni taka jak w Poznaniu, to budżet wynosiłby 3,6 mln więcej, a taka jak Katowic nawet 6 mln więcej. Pieniądze te mogłyby być skierowane na podwyżki pensji badania naukowe lub na jedno i drugie.

Ostatnio pokazał się ranking zakładów i klinik AM. Punkty przypisano wg takiego samego algorytmu, jaki stosuje Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i wspomniana już Komisja Badań na Rzecz Rozwoju Rady Nauki.

Według tej punktacji zostanie podzielona dotacja statutowa, którą otrzymuje Wydział.

Klinika/Zakład wypracowała x punktów, proporcjonalnie do zdobytych punktów będzie przyznana dotacja. Nie ma znaczenia, ilu pracowników inż. technicznych pracuje w zakładzie/klinice, nie ma punktów z przeniesienia.

Reguła jest prosta, ile środków Zakład/Klinika wypracowała – tyle dostanie.

Jednocześnie można stosować dodatkowe analizy, efektywności pracownika, uwzględniające cały dorobek, spoza wykazu Ministerstwa Nauki, tzw. nieparametryczny i wiele innych. Informatycy są w stanie wyliczyć dowolny ranking. Jednak podział środków jest taki, jak w całej Polsce.

Jak już wspomniałem, Polska nie jest liderem badań i prowadzenia prac rozwojowych. Stąd Rząd RP podjął plan strategiczny wykorzystania części środków strukturalnych na rozwój tego sektora.

Na „Plan Innowacyjna” Gospodarka przeznaczono 2,6 mld Euro na lata 2007–2013 na wspieranie budowy dużych obiektów infrastruktury badawczej.

Powstał projekt: Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. Projekt ten realizuje UW, PW, 6 instytutów PAN, a koordynuje Akademia Medyczna.

Na liście przyjętej przez Radę Ministrów 16.01.2006 r. znaleźliśmy się na 2 pozycji (zgłoszono ponad 50 projektów, 10 będzie realizowanych).

Przyznano nam wstępnie kwotę 100 mln Euro, z czego ¼ jest dla naszej Uczelni.

Muszę podkreślić, że bycie na liście indykatywnej oznacza prawo do złożenia końcowego wniosku. Wniosek nie podlega już procedurze konkursowej (ta już się odbyła), ale wniosek musi być w 100% poprawny formalnie i spełniać bardzo trudne założenia merytoryczne.

Mówię o CePcie dlatego, że instytucja która otrzyma grant inwestycyjny, otrzyma równowartość w grantach naukowych przyznawanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa.

W zespole roboczym naszej Uczelni znaleźli się: prof. Ewa Szczepańska-Sadowska reprezentująca Kampus Krakowski Przedmieście, prof. Jacek Malejczyk reprezentujący zakłady teoretyczne, prof. Zbigniew Gaciong reprezentujący kliniki głównie zlokalizowane w CSK Banacha i prof. Józef Sawicki reprezentujący Wydział Farmacji.

Jeżeli CePT wejdzie do realizacji, będzie to duże wsparcie badań w całej uczelni.

Na zakończenie chciałbym życzyć wszystkim uczestnikom owocnych obrad, i abyśmy mogli się spotkać w tym samym, a nawet większym gronie podczas III Konferencji Naukowej I Wydziału Lekarskiego.

# OGÓLNOPOLSKA AKADEMICKA PLATFORMA MEDYCZNA

## Cel, zadania, jednostki uczestniczące

Ogólnopolska Akademska Platforma Medyczna jest inicjatywą mającą na celu integrację i wzmocnienie środowiska naukowego polskich uczelni medycznych. Współpraca w ramach Platformy polegać będzie między innymi na:

- realizacji wspólnej strategii rozwoju dydaktyki i badań naukowych zgodnie z postanowieniami Deklaracji Bolońskiej,
- wymianie doświadczeń, wspólnych działaniach dydaktyczno-szkoleniowych i promocyjnych,
- współuczestnictwie w międzynarodowych projektach naukowo-badawczych,
- optymalizacji alokacji środków przeznaczonych na działalność dydaktyczną i naukowo-badawczą uczelni medycznych,
- prowadzeniu komplementarnych działań na rzecz realizacji rządowej polityki zdrowotnej w ścisłej współpracy z organami administracji państwowej,
- wspólnym pozyskiwaniu funduszy na rozwój uczelni.

Zainteresowanie współpracą w ramach Platformy wyraziły następujące jednostki:

1. Akademia Medyczna w Warszawie
2. Akademia Medyczna im. „Piastów Śląskich” we Wrocławiu
3. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
4. Akademia Medyczna w Gdańsku
5. Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
6. Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
7. Akademia Medyczna w Białymstoku

8. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
9. Akademia Medyczna im. Prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie.

Jednostka koordynująca prace „Platformy Medycznej” będzie wybierana na okres trzech lat spośród jednostek członkowskich. Na pierwszą kadencję wskazano Akademię Medyczną w Warszawie.

Na podstawie propozycji zgłoszonych przez uczestników Platformy wstępnie wyodrębniono 7 obszarów badawczych, w ramach których realizowane będą wspólne projekty naukowo-badawcze członków Platformy.

## Wspólne obszary badawcze

### Diagnostyka molekularna

- Patologia molekularna (Katedra Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Hematopatologia (Katedra Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Uropatologia (Katedra Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Metody molekularne w screeningu cytologicznym (Katedra Patomorfologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Wydolność systemu antyoksydacyjnego w chorobach układu nerwowego (Klinika Neurologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Badania molekularne hemochromatozy w populacji polskiej (Klinika Gastroenterologii

i Chorób Wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie).

## Nowotwory

- Nowotwory przewodu pokarmowego (Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Zakład Genetyki i Patomorfologii, Zakład Patomorfologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia AM)
- Rak piersi (Zakład Patomorfologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Zakład Diagnostyki Obrazowej AM)
- Epidemiologia, patogeneza, genetyka i immunologia chorób nowotworowych (Klinika Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego AM, Zakład Genetyki i Patomorfologii Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, Katedra Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii AM)
- Rak krtani (Zakład Patomorfologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie).

Ocena znaczenia rokowniczych niektórych markerów biologicznych wykrywanych metodami immunocytochemicznymi w mikromacierzach tkankowych raka krtani.

## Procesy starzenia

- Czynniki ryzyka wpływające na procesy starzenia (Zakład Chemii Fizycznej AM Warszawa, Katedra Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej,



- Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
- Epidemiologia, podłoże molekularne (Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej AM, Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM, Zakład Żywienia Człowieka AM, Katedra Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Możliwości terapeutyczne (Zakład Rehabilitacji AM, III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM, Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej AM)
  - Rehabilitacja w leczeniu niepełnosprawności u osób w wieku podeszłym (Zakład Rehabilitacji AM) (Klinika Neurologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Wpływ starzenia się na proces komunikacji werbalnej, Zaburzenia równowagi i zawroty głowy u pacjentów w wieku podeszłym (Klinika Otolaryngologii i Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii AM)
  - Choroba małych naczyń mózgu jako przyczyna zaburzeń funkcji poznawczych i ruchowych u osób w wieku podeszłym (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Ocena jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych (Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Choroby fibroproliferacyjne (Zakład Promocji Zdrowia IZP CM UJ).
- Czynniki środowiskowe i genetyczne a zagrożenie zdrowotne**
- Narazenie na pył jako przyczyna uszkodzenia układu oddechowego (Zakład Promocji Zdrowia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Markery dymu tytoniowego i wpływ czynników dymu tytoniowego na płód i noworodka (Klinika Neonatologii AM, Katedra i Zakład Toksykologii AM w Poznaniu)
  - Rola mikotoksykozy w poronieniach i porodach przedwczesnych (Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, Akademia Medyczna w Warszawie)
  - Wpływ zagrożeń środowiskowych na stan narządu słuchu i równowagi (Klinika Otolaryngologii i Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii AM)
  - Poszukiwanie czynników nieswoistych chorób zapalnych jelit (Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Polimorfizmy i mutacje genetyczne a występowanie chorób (Zakład Biochemii AM)
  - Dobry czy zły cholesterol (wspólny projekt 10 Akademii Medycznych)
  - Ocena rozwoju psychoruchowego dzieci z grupy ryzyka okołoporodowego (Klinika Neonatologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Neurologia dziecięca (Klinika Neurologii Dziecięcej UJ)
  - Relacje między czynnikami genetycznymi i środowiskowymi oraz ich wpływem na zdrowie (m.in. Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Higieny AM).
- Farmakologia, farmakoepidemiologia, farmakoekonomika**
- Leki innowacyjne i generyczne (Katedra i Zakład Technolo-
  - gii Środków Leczniczych AM, Katedra i Zakład Chemii Organicznej AM, Katedra i Zakład Chemii Leków, Klinika Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego AM, Zakład Cytobiologii i Histochemii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Optymalizacja skuteczności i bezpieczeństwa leków (Kraków, Katedra Farmakologii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Rola probiotyków w leczeniu chorych z encefalopatią wątroby (Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Materiały biomedyczne w zastosowaniach farmaceutycznych (Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej AM w Warszawie, Zakład Chirurgii Eksperymentalnej i Badań Biomateriałów, Akademia Medyczna we Wrocławiu)
  - Analiza farmakoterapii pacjentów pod kątem wykrywania i minimalizowania ryzyka wystąpienia problemów lekowych (Katedra Toksykologii, Pracownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Data mining – wykorzystanie narzędzi sztucznej inteligencji do poszukiwania powiązań między danymi w bazach epidemiologicznych (Katedra Toksykologii, Pracownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Wykorzystanie algorytmów uczenia maszynowego do modelowania efektu klinicznego na potrzeby analiz farmakoekonomicznych (Katedra Toksykologii, Pra-



- cownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Interakcje leków – ocena możliwości modelowania interakcji między lekami (Katedra Toksykologii, Pracownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Badanie właściwości i mechanizmu działania związków cyklicznych czynnych farmakologicznie (Katedra i Zakład Chemii Leków AM)
  - Mikrobiologia farmaceutyczna (Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej AM)
- Transplantologia**
- Medycyna transplantacyjna i regeneracyjna (Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej AM, Katedra i Zakład Chemii Leków AM, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM Warszawa 4, (Katedra Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)
  - Przewlekła nefropatia przeszczepu (Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
  - Badania nad nie embrionalnymi komórkami macierzystymi (Zakład Patologii Ogólnej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie)
- Telemedycyna i e-zdrowie**  
(Zakład Informatyki Medycznej i Telemedycyny, Akademia Medyczna w Warszawie).

---

## Z Senatu Akademii Medycznej w Warszawie w dniu 5 marca 2007 r.

**Mgr Elwira Zielińska**

*Biuro Organizacyjno-Prawne AM*

### 1. Projekt budowy nowego Szpitala Pediatricznego AM

Uczelnia podjęła starania w sprawie budowy nowego szpitala pediatricznego, którego lokalizacja przewidywana jest na terenie Kampusu Ochota w ramach zabudowy Pola Mokotowskiego. Jednostki pediatriczne i pediatriczno-zabiegowe mieszczące się w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym pracują w ciężkich warunkach lokalowych. Budynki przy ul. Marszałkowskiej 24 oraz Działdowskiej 1 są stare i wyeksploatowane. Nie spełniają standardów wymaganych przez Unię Europejską w tym zakresie.

Idea wybudowania na Polu Mokotowskim wieloprofilowego szpitala dziecięcego jako wspólnej siedziby klinik pediatricz-

nych została gorąco poparta przez Radę Ordynatorów Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego. Szpital Pediatriczny mieszczący się przy ul. Marszałkowskiej i Działdowskiej jest jedyną bazą dydaktyczną Uczelni do nauczania pediatrii w I Wydziale Lekarskim, II Wydziale Lekarskim, Oddziale Nauczania w Języku Angielskim oraz Wydziale Nauki o Zdrowiu. Możliwość pozyskania pieniędzy na budowę nowoczesnego szpitala pediatricznego pojawiła się, w ramach środków na modernizację bazy klinicznej, dydaktycznej i leczniczej. Szpital ten stanowiłby jeden z większych elementów zabudowy Pola Mokotowskiego.

W najbliższym czasie zostanie złożony do Ministerstwa Zdrowia wniosek o przyznanie środków na rozbudowę i modernizację bazy klinicznej i dydaktycznej AM. Środków tych nie będzie można pozyskać, jeżeli nie zostaną wpisane w strategię rozwoju kliniki, czy szpitala. Każda inwestycja, modernizacja czy rozbudowa,

przekraczająca pewną kwotę musi być wpisana w strategiczny plan działania danej instytucji.

Szpitaly przy ul. Marszałkowskiej i Działdowskiej też zostaną wykorzystane. Będą stanowić bazę dydaktyczną Akademii Medycznej. Należy tylko rozważyć, jakie jednostki mogłyby być tam usytuowane.

### 2. Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii

JM Rektor przedstawił informacje na temat Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii.

Plan finansowy RP na lata 2007–2013 obejmuje finansowanie w różnych obszarach. Cztery główne to:

- infrastruktura środowiska, na którą przeznaczono 580 mln euro
- gospodarka innowacyjna, na którą przeznaczono 2,6 mld euro
- kapitał ludzki 0,96 mld euro,

- regionalne programy 0,1 mld euro rocznie, łącznie prawie 700 mln w ciągu 7 lat.

Kapitał ludzki – obejmuje promowanie nauki oraz interdyscyplinarne studia doktoranckie – czyli kształcenie kadry.

Drugim priorytetem jest gospodarka innowacyjna, czyli wspieranie budowy dużych obiektów infrastruktury badawczej. W ubiegłym roku AM podjęła pewne starania, na wskutek których powstały założenia Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii. CEPT – to projekt, w którym uczestniczą Akademia Medyczna w Warszawie, Uniwersytet Warszawski z 6 jednostkami, Polska Akademia Nauk z 5 instytutami, Politechnika Warszawska z 1 jednostką. Koordynatorem jest Rektor AM w Warszawie.

W dniu 16 stycznia 2007 r. przyjęta została przez Radę Ministrów i podpisana przez Premiera Jarosława Kaczyńskiego lista indykatywna. Lista obejmuje 4 największe projekty wchodzące do programu innowacyjna gospodarka. Na pierwszym miejscu znajduje się Centrum Zaawansowanych Materiałów Technologii Politechniki Warszawskiej, na drugim Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii Akademii Medycznej. Złożono ok. pięćdziesięciu wniosków. Wśród 11 zaakceptowanych wniosków, Akademia Medyczna znalazła się na drugim miejscu. Dzięki temu, że Akademia Medyczna jest koordynatorem projektu, może otrzymać ok. 65 mln zł na budowę obiektu inwestycji trwałej, czyli budynku.

Dzięki znalezieniu się na liście indykatywnej, AM dostała prawo złożenia formalnego wniosku. Bardzo ważne jest dotrzymywanie wszystkich formalności i terminów. Wszystkie warunki są negocjowane z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Projekt można podzielić na trzy etapy:

- pierwszy to stworzenie logistyki,
- drugim etapem, będzie budowa całego projektu za 100 mln euro dla AM w Warszawie,
- trzeci etap wiąże się z zapewnieniem, że duże projekty realizowane w ramach innowacyjnej gospodarki, będą wspomagane poprzez tzw. projekty zamawiane, tzn. ci którzy zdobędą pieniądze inwestycyjne w ilości 100 mln euro, dostaną gwarancje przez 7 lat na granty zamawiane, które będą realizowane w tej infrastrukturze. Oczywiście będą musiały one spełnić formalne wymogi i inne założenia, a konsorcjum będzie musiało się z tych zagwarantowanych pieniędzy rozliczyć, np. jeżeli AM zrealizuje inwestycję CEPT w obszarze innowacyjnej gospodarki za 100 mln złotych (65 mln będzie przeznaczony na budowę i 35 mln na zakup aparatury), to dodatkowo przez 7 lat w KBN będzie zapewniona rezerwa finansowa w wysokości 100 mln zł, po którą można składać wnioski.

### 3. Wstępne wyniki ankiety naukowej za 2006 r.

Zakończony zostało zbieranie danych do ankiety zbiorczej działalności naukowej jednostek. Powstały dwa rankingi: jeden ranking na podstawie danych parametrycznych, które są oceniane przez Ministerstwo Nauki i za które AM otrzymuje środki i drugi ranking na podstawie danych nieparametrycznych. Obydwa rankingi znajdują się na stronie internetowej Działu Nauki.

Dane parametryczne i nieparametryczne mają wpływ na rozdział środków między poszczególne Wydziały AM. Istnieje propozy-

cja, aby pieniądze były rozdzielane między jednostki wg punktów parametrycznych, tzn. takich za które Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dał pieniądze.

Podział dotacji z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego pomiędzy poszczególne wydziały wygląda następująco: I Wydział Lekarski z Wydziałem Stomatologii otrzymał ok. 6 mln złotych; II Wydział otrzymał ok. 823 tys. złotych, Wydział Farmacji ok. 717 tys. złotych.

### 4. Uchwała w sprawie przyjęcia „Regulaminu przyznawania nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie nauczycielom akademickim

Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą prof. dr hab. R. Chazan przedstawiła projekt „Regulaminu przyznawania nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie nauczycielom akademickim”. W Regulaminie zawarte zostały zapisy ustalone w dyskusji na posiedzeniu Kolegium Rektorskiego w dniu 12.02.2007 r., tj.:

- nagrody Rektora mogą być przyznawane nauczycielom akademickim na pełnym etacie,
- w publikacjach wieloautorских minimalny udział w nagrodzie zespołowej nie powinien być mniejszy niż 20%.

Nagrody te nie są przyznawane doktorantom z uwagi na fakt, że są one pochodną od funduszu płac nauczycieli akademickich.

Senat w wyniku przeprowadzonej dyskusji zaproponował wprowadzenie następujących zmian w zapisach projektu Regulaminu:

- uzupełnienie tytułu Regulaminu, tak by uzyskał on brzmienie „Regulamin przyznawania

nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie nauczycielom akademickim za osiągnięcia naukowe”

- wykreślenie z punktu 13 słowa „monografie”
- wykreślenie punktu 11 w brzmieniu:” Dziekani mogą zgłosić do nagrody indywidualnej II stopnia jedną pracę habilitacyjną i jedną wyróżnioną pracę doktorską do nagrody III stopnia.

Senat większością głosów przyjął „Regulamin przyznawania nagród Rektora Akademii Medycznej w Warszawie” nauczycielom akademickim z uwzględnieniem proponowanych zmian.

## 5. Sprawa utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń przy ul. Lindleya

Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń uzyskał w tym roku fundusze na zakup aparatury medycznej w kwocie 8 mln złotych do wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Uruchomienie SOR-u wiąże się jednak koniecznością dokonania inwestycji budowlanych, takich jak dobudowanie zadanej części przyjęć z bezpośrednim wjazdem dla karetki i możliwością selekcji. Pomimo wcześniejszych zapewnień, Ministerstwo Zdrowia oświadczyło, że nie ma w 2007 r. pieniędzy na rozwój ratownictwa. W związku z tym Dyrektor Szpitala lek. Artur Tomaszewski starał się, aby wniosek na SOR został dofinansowany z innej puli pieniędzy z Ministerstwa Zdrowia. Pojawił się jednak problem. Szpital obłożony jest karą i nie dostaje funduszy z Ministerstwa Zdrowia. Dyrekcja

Szpitala ocenia konieczność dofinansowania części budowlanej na około 24 mln.

Według Dyrektora Technicznego Szpitala potrzebne jest również zakupienie systemu wentylacyjnego, klimatyzacyjnego, adaptacji pomieszczeń, zakupienie urządzeń podtrzymujących prąd. Jeżeli istniałaby możliwość wpisania SOR-u na listę inwestycji na Lindleya, Szpitalny Oddział Ratunkowy miałby szansę na realizację.

Minister Zdrowia sformułował 5 punktów mówiących o tym, jakie świadczenia mają być bezwzględnie finansowane. Lista ta nie została zaakceptowana ani przez rząd, ani przez sejm, ale najprawdopodobniej będzie funkcjonowała.

- Na tej liście znajduje się ratownictwo medyczne, którego AM nie posiada. Ratownictwo medyczne w głównej części związane jest z zawałami i udarami, dlatego powinny powstać oddziały kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii oraz oddział udarowy.
- Na drugim miejscu znajduje się onkologia, ale AM nie posiada centrum onkologii. Onkologia nie może jednak funkcjonować bez radioterapii, co skutkuje chociażby niepełnym kontraktem.
- Na trzecim miejscu znajduje się pediatria, ale znowu AM nie posiada SOR-u, dla dzieci. Tak więc szpitale i oddziały AM nie spełniają wielu z priorytetów ustalonych przez Ministra Zdrowia.

Szpitalny Oddział Ratunkowy w „Trauma Center” rozwiązywałby wiele problemów, tzn. udroźniłby środki zarezerwowane na projekty, realizowane przez Ministerstwo Zdrowia.

## 6. Sprawa wynajęcia firmom zewnętrznym, pomieszczeń Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń (Pawilon 20 A), zwolnionych przez Fundację – cel adaptacja na Zakład Rehabilitacji

Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem prof. dr hab. W. Gliński poinformował, że Fundacja działająca w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus – Centrum opuściła zajmowane pomieszczenia. Fundacja ta zajmowała się usługami rehabilitacyjnymi. Obecnie Dyrekcja Szpitala chce wynająć te pomieszczenia firmom zewnętrznym za cenę remontu pomieszczeń i świadczenia usług wspólnie z ortopedią na rzecz potrzebujących. Pomieszczenia znajdujące się w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń są w bardzo złym stanie technicznym i potrzebują remontu.

Należy zastanowić się, czy Akademia będąc właścicielem notarialnym budynku, w tym pomieszczeń, o których mowa powinna wynająć pomieszczenia firmie zewnętrznej, czy też powinna sama zagospodarować je po remoncie na własny Zakład Rehabilitacji.

Natomiast ważną sprawą jest wypracowanie odpowiedniej drogi postępowania w tym zakresie.

Z uwagi na sugestie Senatu w kierunku rozważenia możliwości zagospodarowania pomieszczeń na potrzeby Akademii Medycznej, prof. W. Gliński zobowiązał się do przeprowadzenia w tym zakresie rozmowy z Dyrektorem Szpitala.



## 7. Przyjęcie projektu Uchwały w sprawie ustalenia pensum na rok 2007/2008

Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. dr hab. P. Zaborowski przedstawił Senatowi projekt uchwały w sprawie ustalenia pensum dydaktycznego na rok akademicki 2007/2008.

Wyjaśnił, że prezentowany projekt uchwały nie zawiera zapisów dotyczących zwolnień z pensum dydaktycznego dla opiekunów grup stażystów, sekretarzy Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej, sekretarzy wydziałowych komisji rekrutacyjnych oraz kierowników studiów doktoranckich.

Wejście w życie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 22 grudnia 2006 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w uczelniach państwowych, pozwala na zawieranie z tymi osobami umów, które wiązać się będą z dodatkowym wynagrodzeniem.

### Senat zaproponował;

– uzupełnienie brzmienia ust. 2 w §2 o zdanie:” W szczególnych przypadkach o przyznaniu godzin z tytułu prowadzenia więcej niż jednego koła naukowego w danej jednostce, decyduje Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych”

– W §3 wykreślenie słowa „dodatkowy”, tak by brzmiał on:

„W przypadku prowadzenia zajęć na zwłokach, wyodrębnionych w planach studiów, stosuje się przelicznik 1,5.”

**Senat jednogłośnie zaakceptował projekt uchwały pensowej na rok akademicki 2007/2008 r. z uwzględnieniem zaproponowanych zmian.**

## 8. Uchwała w sprawie przyjęcia Regulaminu Studiów Podyplomowych

Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego **prof. dr hab. Zbigniew Gacjong** – poinformował członków Kolegium Rektorskiego, że przygotowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego „Regulamin Studiów Podyplomowych Akademii Medycznej w Warszawie”, został zaopiniowany przez prof. dr hab. Huberta Izdebskiego z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Opinia została przesłana do Centrum Kształcenia Podyplomowego w dniu 5.03.2007 r. Z opinii wynika, że istnieje potrzeba osobnego uregulowania zasad organizacji i toku studiów podyplomowych przez Senat Uczelni.

Z uwagi na fakt, że Akademia Medyczna prowadzi naukę na 17 kierunkach wraz ze specjalizacjami chodzi o to, żeby stworzyć jednolity system podejścia do wszystkich studiów podyplomowych. Stąd potrzeba stworzenia jednego ogólnego regulaminu.

Utworzenie konkretnych studiów podyplomowych uchwała Senat Uczelni. Natomiast prezentowany Regulamin Studiów Podyplomowych precyzuje, kto kwalifikuje się na studia podyplomowe, w jakim trybie kończy studia i jakiego rodzaju dokument ukończenia studiów uzyskuje. Studia podyplomowe różnią się od kursów podyplomowych tym, że mają minimum godzinowe, wynoszące ok. 170 godzin i wymagają zaliczenia, które uzyskuje się poprzez egzamin końcowy. Studia te wymagają również dokumentacji odbycia studiów poprzez odnotowanie w indeksie udziału w wykładach, ćwiczeniach itd.

Ustawa „Prawo o szkolnictwie wyższym” definiuje studia podyplomowe jako „inną niż studia wyższe i studia doktoranckie formę kształcenia przeznaczoną dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych”.

W AM nie prowadzono do tej pory studiów podyplomowych, tylko szkolenia specjalizacyjne, co było odpowiednikiem studiów podyplomowych na innych uczelniach. Można podnieść rangę szkolenia podyplomowego i nazwać go nie szkoleniem specjalistycznym podyplomowym tylko studiami podyplomowymi. Te studia będą miały np. 150 godzin programu, dwa semestry obowiązkowych zajęć, a ich słuchacz otrzyma na koniec dyplom. Tak naprawdę jest to szkolenie podyplomowe, tylko wyższej rangi.

W związku z otwarciem studiów podyplomowych otwierają się nowe nisze finansowe, dlatego też wiele uczelni posiada bogatą ofertę studiów podyplomowych.

Mec. A. Kucharska zgłosiła propozycję usunięcia paragrafu 4 z regulaminu, tj. „studia mogą być prowadzone w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym,” gdyż pojęcie studiów stacjonarnych i niestacjonarnych dotyczy wyłącznie studiów wyższych, a studia podyplomowe nie są studiami wyższymi.

**Senat podjął uchwałę w sprawie przyjęcia regulaminu studiów podyplomowych w przedłożonej wersji – bez paragrafu 4.**

## 9. Opinia Senatu w sprawie przedłużenia powołania prof. dr hab. Heleny Makulskiej – Nowak na Kierownika Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego **prof. dr hab. J. Sawicki** zwrócił się z prośbą, o powołanie prof. dr hab. Heleny Makulskiej–Nowak na stanowisko Pełnomocnika Rektora ds. Kształcenia Podyplomowego. Zazaczył, że prof. H. Makulska–Nowak prowadziła kształcenie podyplomowe na Wydziale Farmaceutycznym przez dwa lata i robiła to bardzo dobrze.

Senat po przeprowadzeniu dyskusji zdecydował, że pani prof. dr hab. Helena Makulska – Nowak będzie kontynuowała prace w zakresie szkolenia podyplomowego jako Pełnomocnik Dziekana Wydziału Farmaceutycznego.

## 10. Zmiany w Prowizorium Planu rzeczowo–finansowego na 2007 r.

Zastępca Kanclerza Akademii Medycznej w Warszawie **mgr Edyta Romanowska** zaproponowała dokonanie zmiany w załączniku nr 11 Prowizorium Planu rzeczowo–finansowego poprzez dodanie pkt. 8 w brzmieniu:

„ N i e w y d a t k o w a n e w 2006 r. środki na zakupy inwestycyjne z Funduszu Rektora (zał. 4a do Uchwały nr 36/2006 Senatu AM, poz. 6) w części, w której zostały rozpoczęte procedury zamówień publicznych w 2006 r. mogą być wykorzystane w 2007 r.”

**Senat jednogłośnie przyjął dokonanie przedstawionej zmia-**

**ny w Prowizorium Planu rzeczowo–finansowego na 2007 rok.**

## 10. Komunikaty i wolne wnioski

**JM Rektor prof. L. Pączek** poruszył sprawę Regulaminu zatrudniania nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej w Warszawie. Na skutek decyzji podjętej przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego ulega zawieszeniu punkt 26 Regulaminu w brzmieniu: „W ramach umowy o pracę na czas określony do dnia 30.06 lub w uzasadnionych przypadkach do dnia wskazanego przez kierownika jednostki organizacyjnej, zatrudnia się:

- 1) osoby, dla których Akademia jest dodatkowym miejscem pracy – zatrudnienie maksymalnie do pół etatu,
- 2) emerytowanych nauczycieli akademickich.

**JM Rektor** poinformował członków Senatu, że Akademia Obrony Narodowej, planuje stworzenie Wydziału Lekarskiego i Wydziału Ratowników Medycznych w ramach swojej Uczelni. W praktyce oznaczałoby to, że studenci tych Wydziałów byłiby kształceni w porozumieniu z AM. Porozumienie polegałoby na tym, że Akademia Medyczna zapewniłaby kształcenie w tych obszarach, gdzie Wojskowy Instytut Medyczny nie może tego zrobić. Dotyczyłoby to 60 studentów, 3 grup po 20 osób na Wydziale Lekarskim, oraz prawdopodobnie takiej samej lub równorzędnej grupy na kierunku Ratownictwo Medyczne. Gdyby doszło do realizacji porozumienia, studenci z Akademii Obrony Narodowej byłiby wydelegowani do AM na wybrane zajęcia. Obecnie, dzięki ustawie „Prawo o szkolnictwie wyższym” tego typu rozwiązanie jest dozwolone. Po zakończeniu zajęć studenci dostawaliby dyplom Akademii Obrony Narodowej. Kiedy warunki porozumienia w tym

zakresie zostaną uzgodnione, sprawa trafi pod obrady Senatu.

**JM Rektor** przekazał krótką informację na temat **Narodowego Centrum Terapii Hadronowej**. Planuje się, by w skład konsorcjum wchodziły: Uniwersytet Warszawski, Politechnika Warszawska, Polska Akademia Nauk i Akademia Medyczna w Warszawie. Dołączyły do tego dwie nowe jednostki: Kieleckie Centrum Onkologii i Uniwersytet Jagielloński. Terapia hadronowa jest najnowszym typem radioterapii. W niektórych przypadkach schorzeń nowotworowych jest ona o wiele bardziej skuteczna od innych rodzajów stosowanych terapii. W skład Narodowego Centrum Terapii Hadronowej weszliby fizycy, inżynierowie i lekarze.

W związku z tym, że AM nie ma doświadczenia w radioterapii, ani nie posiada instytutu onkologii rodzi się pytanie, czy Uczelnia powinna zajmować się tą sprawą. Jest to inwestycja przyszłościowa, która może zaistnieć w AM w 2013 roku. Trzeba się do niej przygotowywać, poprzez wykształcenie specjalistów w zakresie onkologii. Decyzja w sprawie budowy Narodowego Centrum Terapii Hadronowej ma duże szanse powodzenia, gdyż zaangażowało się w to wiele poważnych instytucji.

Przed AM stoi zadanie wykształcenia i przygotowania w ciągu 5 lat radioterapeutów. Jest to o tyle trudne zadanie, że AM nie posiada na razie ani jednego. Nie ma też odzewu na ogłoszenie zewnętrzne.

Gdyby to przedsięwzięcie doszło do skutku, trzeba by było przygotować odpowiedni system telemedycyny i system zbierania informacji o chorych z całej Polski, gdyż Narodowe Centrum Terapii Hadronowej planuje objąć swoim zasięgiem cały kraj. **JM Rektor** zaapelował do obecnych, aby zastanowili się czy AM chce przystąpić do tego konsorcjum.

# SESJA WSPOMNIENIOWA POŚWIĘCONA prof. Annie Dziedzic–Goćławskiej

**Dr n. med. Artur Kamiński**

*Zakład Transplantologii i Centralny Bank Tkanek Centrum Biostruktury AM*

10 marca 2007 r. w Sali Senatu Akademii Medycznej w Warszawie odbyła się Sesja wspomnieniowa poświęcona **prof. dr hab. n. med. Annie Dziedzic–Goćławskiej**, wieloletniemu pracownikowi, a w latach 2001–2006 Kierownikowi Zakładu Transplantologii i Centralnego Banku Tkanek Akademii Medycznej w Warszawie zorganizowana przez bliskich współpracowników i przyjaciół zmarłej Profesor.

W sesji udział wzięli: przedstawiciele władz rektorskich i dziekańskich, Minister Zdrowia i pracownicy Ministerstwa, kierownicy Zakładów i Klinik oraz pracownicy Akademii Medycznej w Warszawie, pracownicy Banków Tkanek z całej Polski oraz Instytutu Chemii i Techniki Jądrowej (ICH TJ) i Państwowej Agencji Atomistyki (PAA), z którymi to jednostkami Zakład Transplantologii współpracuje od wielu lat. W sesji otwierającej głos zabrali: prof. Leszek Pączek, Rektor Akademii Medycznej w Warszawie, Minister Zdrowia – prof. Zbigniew Religa oraz prof. Marek Krawczyk, Dziekan I Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni. W dalszej części spontanicznie wypowiadali się przybyli uczestnicy spotkania, którzy w ciepłych słowach opowiadali o współpracy z Panią Profesor, przedstawiali ciekawe, czasem zabawne zdarzenia. Wśród nich byli: dr Wojciech Zasacki, Dyrektor Szpitala Ortopedycznego w Otwocku oraz pani Barbara Galant – starszy technik Zakładu Transplantologii

Kliniki Szpitala Ortopedycznego w Otwocku, kierowanego przez dr Zasackiego. Obydwoje od wielu lat współpracują z Zakładem Transplantologii, stosując w leczeniu chorych przeszczepy tkanki kostnej przygotowywane w naszym Banku Tkanek i prowadzą odległą ocenę wyników leczenia. Pani Barbara Galant, która współpracowała z Panią Profesor przez blisko 25 lat, tj. od pierwszego dnia swojej pracy zawodowej, przedstawiła swoje prywatne, bardzo emocjonalne wspomnienia. Na zakończenie tej części posiedzenia, Pani Monika Goćławska, córka Pani Profesor, podziękowała przybyłym gościom i wykładowcom.

Po krótkiej przerwie rozpoczęła się część naukowa spotkania, w której zaproszeni wykładowcy omawiali różne aspekty pracy naukowej Pani Profesor, zarówno czysto poznawcze, jak i te mające zastosowanie w pracy klinicznej i leczeniu chorych. Osoby te, na różnych etapach swej kariery zawodowej i naukowej współpracowali z Panią Profesor Dziedzic–Goćławską. Prof. Janusz Komender, wieloletni Kierownik Zakładu Transplantologii przedstawił wykład wprowadzający, pt.: „*Kim dla środowiska naukowego jest Prof. Anna Dziedzic–Goćławska?*”. Omówił on karierę naukową i dokonania Pani Profesor, kładąc szczególny nacisk na opracowania, które znalazły zastosowanie praktyczne w dziedzinie bankowania tkanek, często w ramach współpracy międzyośrodkowej, na terenie kraju, jak i za granicą. Następnie głos zabrał prof. Kazimierz Ostrowski, wieloletni Kierownik Zakładu Histologii i Embriologii naszej Uczelni. Pod jego kierunkiem

prof. Anna Dziedzic–Goćławska rozpoczęła swą karierę zawodową w Akademii Medycznej w Warszawie. Przedstawił on jedno z zagadnień – „*Zastosowanie indukowanego radiacyjnie sygnału paramagnetycznego w badaniach osteologicznych*”, w opracowaniu którego aktywnie uczestniczyła Pani Profesor. Następnie głos zabrali pracownicy ICH TJ, prof. Jacek Michalik i dr Waław Stachowicz, którzy przez ponad 40. lat współpracują z Bankiem Tkanek w Akademii Medycznej w Warszawie w zakresie sterylizacji radiacyjnej przeszczepów tkankowych. Przedstawili oni temat: „*Centra paramagnetyczne w sterylizowanych radiacyjnie przeszczepach kostnych i ich praktyczne zastosowanie*”. Na zakończenie, uznani lekarze ortopedzi i traumatolodzy, prof. Wojciech Marczyński i prof. Andrzej Górecki podzielili się swoim doświadczeniem w zastosowaniu klinicznym przeszczepów tkanki kostnej przygotowywanych w Banku Tkanek. Prof. Wojciech Marczyński przedstawił zagadnienie pt.: „*Przeszczepy kostne zamrożone w traumatologii narządu ruchu*”, zaś prof. Andrzej Górecki omówił temat: „*Przeszczepy kostne w leczeniu rozległych ubytków tkanki kostnej*”. Oba wystąpienia pozwoliły uzmysłowić zebranych, jak ważna jest praca doświadczalna pozwalająca na optymalizację metod przygotowania przeszczepów tkankowych i dostosowania ich właściwości do potrzeb klinicznych. Ostatnim punktem Sesji wspomnieniowej, po wspólnym poczęstunku zebranych, było złożenie wieńca na grobie Prof. Anny Dziedzic–Goćławskiej na cmentarzu Solipce w Warszawie–Ursusie.



## Wystąpienie JM Rektora AM prof. dr hab. n. med. Leszka Pączka

Szanowni Państwo,

Zebraliśmy się dziś na sesji poświęconej Pani Profesor Annie Dziedzic-Gocławskiej. Są wśród nas jej współpracownicy, a także studenci i przyjaciele.

Śmierć Pani profesor wpisuje się w piękny wiersz Wisławy Szymborskiej

„O śmierci bez przesady”:

W nasze rozmowy o planach na jutro

wtrąca swoje ostatnie słowo  
... nie na temat.

Odejście każdego człowieka, zwłaszcza człowieka nauki, zawsze przychodzi za wcześnie, nie dając szansy na kontynuowanie pracy i realizację planów.

Pani profesor Anna Dziedzic-Gocławska związana była z Akademią Medyczną w Warszawie już od czasu studiów, kiedy to rozpoczęła pracę jako wolontariusz w Klinice Chirurgii Instytutu Stomatologii. Uzyskawszy dyplom lekarza, w 1966 roku rozpoczęła, pod kierunkiem prof. Kazimierza Ostrowskiego, studia doktoranckie

w Zakładzie Histologii i Embriologii AM. W roku 1984 uzyskała stopień doktora habilitowanego w I WL, pracując pod kierownictwem prof. Janusza Komendera. Tytuł profesora nauk medycznych otrzymała w roku 1992.

Przez te wszystkie lata aktywnie uczestniczyła w życiu akademickim i naukowym naszej Uczelni. Jej ogromna wiedza spowodowała, że stała się ekspertem w zakresie sterylizacji radiacyjnej i bankowania tkanek Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej w Wiedniu.

Obecnie we wszystkich najlepszych ośrodkach akademickich, tych które wyznaczają postęp w medycynie, podstawą sukcesu jest praca w zespołach interdyscyplinarnych, gdzie lekarze współpracują między innymi ze specjalistami fizyki, inżynierii, informatyki, biochemii lub genetyki.

Tak powstała nowa dziedzina, jaką jest inżynieria tkankowa. Obecnie stosowane są przeszczepy biostatyczne, sztuczna skóra, chondrocyty do regeneracji chrząstki, a w niedalekiej przyszłości całe narządy wyhodowane *in vitro* będą stosowane w terapii niewydolności jelit, trzustki i wątroby. Tymi między innymi pro-

blemami, zajmowała się Pani Profesor Anna Dziedzic-Gocławska. Jej energia, zapał i chęć działania nie osłabła nawet wtedy, gdy zmagająca się z ciężką chorobą.

Pamiętam Panią Profesor z Rady Naukowej Instytutu Transplantologii, w której przez wiele lat razem pracowaliśmy. Pracowaliśmy również przy przygotowaniu sesji naukowych Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, nie tak dawno, w 2003 i 2005 roku.

Za dwa lata będziemy obchodzili 200-lecie akademickiego nauczania medycyny w Warszawie. To 200 lat wspaniałej tradycji, wielkich osiągnięć i ciągłej pracy. Pamięć o tych, którzy przed nami tę tradycję tworzyli, wdzięczność za przekazaną wiedzę jest również naszym wielkim zobowiązaniem. Zobowiązaniem pomnażania ich dorobku. Jest także spełnieniem życzenia mistrzów minionych pokoleń, którzy pragnęli, by ich misja była kontynuowana przez następców – przyszłe pokolenia studentów, a potem lekarzy. Jestem przekonany, że tak właśnie będzie i że osiągnięcia Pani Profesor Anny Dziedzic-Gocławskiej staną się inspiracją i źródłem innych wielkich osiągnięć.

## Sesja sprawozdawcza Studium Doktoranckiego I Wydział Lekarskiego

### Prof. dr hab. Piotr Pruszczyk

Kierownik Studium Doktoranckiego I WL

Zgodnie z kilkuletnią tradycją w dniach 26–28 marca odbyła się coroczna sesja sprawozdawcza Studium Doktoranckiego I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Miejscem obrad była Aula Centrum Dydaktycznego przy ul. Trojdena.

W sesji wzięli udział zaproszeni goście: Dziekan I WL prof. dr hab. Marek Krawczyk, prodziekan ds. Oddziału Stomatologii prof. dr hab. Renata Górska, Pełnomocnik Rektora ds. Studiów Doktoranckich prof. dr hab. Mirosław Łuczak.

W ciągu trzech dni uczestnicy – przedstawiciele IV roku Studium Doktoranckiego zaprezentowali wyniki swoich prac. Prezentacje



Prof. dr hab. P. Pruszczyk



Prof. M. Łuczak i prof. A. Górecki w trakcie słuchania jednego z wystąpień

zostały pogrupowane tematycznie, i tak pierwsze dwa dni poświęcone były zagadnieniom dotyczącym nauk klinicznych zabiegowych i niezabiegowych. Trzeci dzień poświęcony był pracom doktorskim pochodzącym z Oddziału Stomatologicznego oraz Wydziału Nauki o Zdrowiu. Łącznie podczas trzydniowej sesji wystąpiło 54 osoby (44 prace z I WL, 7 prezentacji z Oddziału Stomatologicznego, 3 prace z Wydziału Nauki o Zdrowiu).

W znakomitej większości przypadków uzyskane wyniki, zastosowane opracowa-

nia statystyczne i swoboda, z jaką je przedstawiono świadczyła o wysokim poziomie merytorycznym i już posiadanym doświadczeniu w prezentacjach przed liczną publicznością. Warty podkreślenia jest to, że prawie wszyscy występujący przestrzegali limitu czasu, dzięki czemu, w moim odczuciu, sesja przebiegała bardzo sprawnie i dynamicznie. Co istotne, więk-



Wystąpienie jednego z doktorantów dotyczące „Wyników operacji rewizyjnych stawu kolanowego”

szość osób przedstawiających swoje prace ma już otwarte przewody doktorskie, co w połączeniu z zaawansowanymi pracami jest bardzo dobrym prognostykiem wskazującym na szybkie ukończenie doktoratów. Doktoranci młodszych lat uczestniczący w sesji sprawozdawczej mieli możliwość nie tylko wysłuchania poszczególnych prac, ale również okazję uczestniczenia w dyskusji.

Łącznie w sesji sprawozdawczej wzięło udział 167 doktorantów oraz 20 promotorów. Niewątpliwie udział opiekunów naukowych poszczególnych doktorantów wzbogacił spotkanie i prowadzoną dyskusję.

Podsumowując, jestem przekonany, że sesja sprawozdawcza była ważnym wydarzeniem naukowym naszego Wydziału. Jest ona dobrą okazją do prezentacji założeń, metodyki, a przede wszystkim już wykonanej pracy. Co jest nie mniej istotne, umożliwia ona zdobywanie doświadczenia w prezentowaniu i dyskusji własnych wyników

przed licznie zgromadzonym audytorium. Umiejętność ta będzie bardzo przydatna nie tylko podczas obron prac doktorskich, ale również w trakcie innych wystąpień naukowych, na konferencjach czy zjazdach.

Sesja sprawozdawcza pozwoliła na wymianę poglądów pomiędzy doktorantami i lepsze poznanie możliwości badawczych klinik i zakładów naszej Uczelni. Wszystko to może zaowocować kolejnymi aktywnościami naukowymi z udziałem różnych jednostek Akademii Medycznej.



Sesja Sprawozdawcza Studium Doktoranckiego I Wydziału Lekarskiego cieszyła się dużym zainteresowaniem słuchaczy



## Streszczenie rozprawy habilitacyjnej

### **Lithospermum canescens (Michx.) Lehm.: Alkaloidy pirolizydynowe i pochodne szikoniny, mikrozmnażanie, korzenie transformowane, właściwości biologiczne**

**Dr Agnieszka Pietrosiuk**

Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie.

Recenzenci:

**Prof. dr hab. Halina Strzelecka**

Katedra i Zakład Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii Akademii Medycznej w Warszawie.

**Prof. dr hab. Halina Wysokińska**

Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej Katedry Biologii i Biotechnologii Farmaceutycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

**Prof. dr hab. Kazimierz Głowniak**

Katedra i Zakład Farmakognozji Akademii Medycznej w Lublinie.

W ostatnim dwudziestolecu wyraźnie zwiększyło się zainteresowanie roślinami wytwarzającymi wtórne metabolity o znaczeniu terapeutycznym i użytkowym. W Europie, rośliny lecznicze i preparaty roślinne mają długą historię i tradycję. Opisanie są one w wielu narodowych farmakopeach. Pomimo przewagi związków syntetycznych, produkty naturalne, szczególnie pochodzenia roślinnego, odgrywają ważną rolę w nowoczesnej medycynie. Połączenie wiedzy o działaniu i stosowaniu tradycyjnych leków roślinnych znanych i cenionych od wieków, z wynikami najnowszych badań w tej dziedzinie może przynieść wiele korzyści medycynie i farmakologii.

Przedmiotem badań był pochodzący z Ameryki Północnej gatunek *Lithospermum canescens* (Michx.) Lehm. z rodziny Boraginaceae.

Rośliny zostały zebrane w Parkland Bot. Togo, Saskatchewan, w Kanadzie. Okaz gatunku *Lithospermum canescens* o numerze arkusza zielnikowego 94815 jest złożony w W. P. Fraser Herbarium (Saskatoon), Uniwersytetu w Saskatchewan.

*Lithospermum canescens* (Michx.) Lehm. jest

pospolitą, wieloletnią rośliną preriową, występującą na obszarach północnych Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz na południu Kanady. Roślina ta kwitnie od maja do lipca i jest szczególnie dobrze przystosowana do lekkiej struktury gleby.



Index Kewesis (1895) podaje trzy nazwy synonimiczne dla *Lithospermum canescens* Lehm.: *Batschia canescens* Michx., *Batschia conspicua* R. Br. i *Batschia sericea* Roem. & Schult. Inne źródła podają przy nazwie gatunku skróty nazwisk dwóch badaczy: Michaux i Lehmana. Wynika stąd, że Lehmann dokonał rewizji taksonomicznej tej rośliny. Gatunek, oznaczony i opisany po raz pierwszy przez wybitnego francuskiego botanika André Michaux (1749 – 1802), o starej nazwie epitetowej *Batschia canescens*, Lehmann przeniósł do nowego rodzaju *Lithospermum*.

Nazwa *Lithospermum* pochodzi z języka greckiego i oznacza „kamienne nasienie”. Określenie to odnosi się do twardych orzeszków wytwarzanych przez te rośliny. Natomiast słowo *canescens* oznacza szary, siwy, co w nomenklaturze botanicznej jednoznacznie jest z oszronionym wyglądem dojrzałej rośliny. Powszechna nazwa *Lithospermum canescens* na obszarach jego występowania to hoary puccoon. Jeszcze inna nazwa to „Indian Paint”, wynikająca z faktu, że kora na grubych korzeniach głównych, pierwotnie wytwarza czerwony barwnik, który był powszechnie używany do malowania i farbowania przez rdzennych mieszkańców Ameryki Północnej.

Roślina ta zawiera czerwone barwniki naftochinonowe oraz alkaloidy pirolizydynowe. Obie grupy metabolitów wtórnych mają istotne znaczenie fizjologiczne i ekologiczne dla roślin, ale również terapeutyczne i użytkowe dla człowieka.

Większość poznanych alkaloidów pirolizydynowych jest toksyczna. Niektóre mogą być wykorzystane jako naturalne insektycydy, środki niszczące patogeny i szkodniki roślinne. Barwniki naftochinonowe mogą być natomiast stosowane jako środki lecznicze oraz jako naturalne barwniki w kosmetyce czy też w przemyśle spożywczym i farbiarskim.



Duże znaczenie w lecznictwie mają szikonina i jej pochodne. Wykazują one działanie przeciwzapalne, antyseptyczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwzakrzepowe, immunostymulujące oraz przeciwnowotworowe.

Szikonina obok takich związków jak paklitaksel, winblastyna, winkrystyna, kamptotecyna, kolchicina, kodeina, chinina, morfina, digoksyna, diosgenina znajduje się na liście najważniejszych związków farmakologicznie czynnych pochodzenia roślinnego.

Celem pracy było:

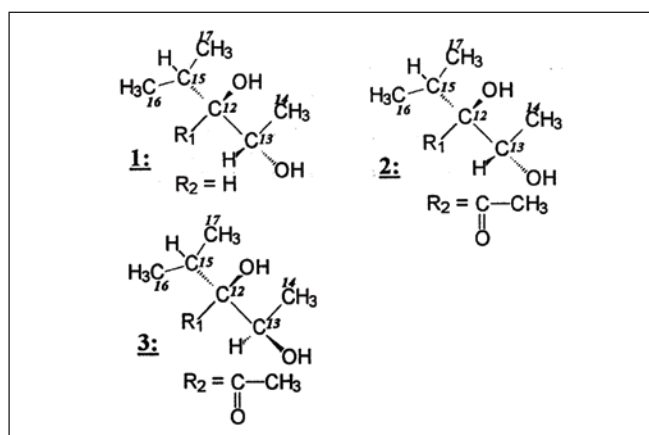
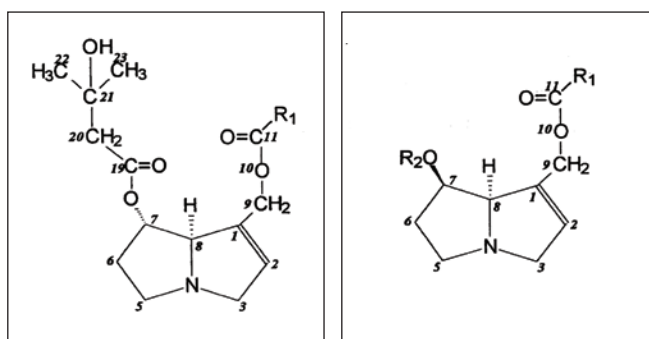
- ▶ poszukiwanie i oznaczenie struktury alkaloidów pirolizydynowych i pochodnych szikoniny izolowanych z korzeni *Lithospermum canescens* różnego pochodzenia;
- ▶ opracowanie hodowli korzeni transformowanych (transgenicznych) *Lithospermum canescens* i metody mikrorozmnażania roślin;
- ▶ badania biologiczne wyciągów z korzeni pozyskanych ze stanu naturalnego oraz badania biologiczne wyizolowanych związków.

Gatunek ten nie był dotychczas objęty takimi badaniami. Otrzymane wyniki poszerzyły wiadomości na temat gatunku *Lithospermum canescens*, alkaloidów pirolizydynowych i pochodnych szikoniny oraz ich potencjalnego zastosowania w celach leczniczych i użytkowych.

Badania eksperymentalne obejmowały kilka etapów, pierwszy dotyczył analizy fitochemicznej *L. canescens* w celu oceny surowca pod względem zawartości w nim alkaloidów pirolizydynowych i naftochinonów. Związków tych poszukiwano w korzeniach *L. canescens* różnego pochodzenia: naturalnych i transformowanych. Następnie opracowano najbardziej wydajną hodowlę korzeni transformowanych *L. canescens* i metodę mikrorozmnażania. Ostatni etap dotyczył badań biologicznych wyciągów z korzeni pozyskanych ze stanu naturalnego oraz wyizolowanych związków.

W pierwszym etapie pracy z *L. canescens* rosnącego w środowisku naturalnym wyizolowano siedem alkaloidów pirolizydynowych. Ich struktury, oznaczone metodami spektralnymi (2D-NMR) to:

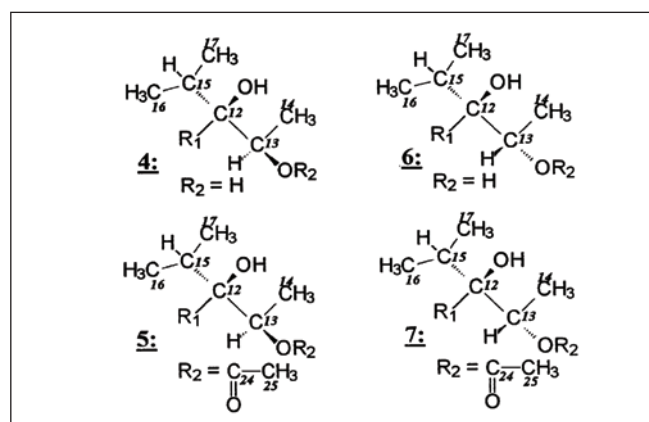
- 9-O-(–)-wirydyflorylo-retronecy-na (likopsamina) – 1,
- jej 7-O-acetylowa pochodna (7-O-acetylolikopsamina) – 2,
- 7-O-acetylo-9-O-(+)-trachelantoilo-retronecy-na (acetylointermedyna) – 3,
- 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(+)-trachelantoilo-heliotrydyna (= 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-rinderyna) – 4,
- 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(–)-wirydyflorylo-heliotrydyna

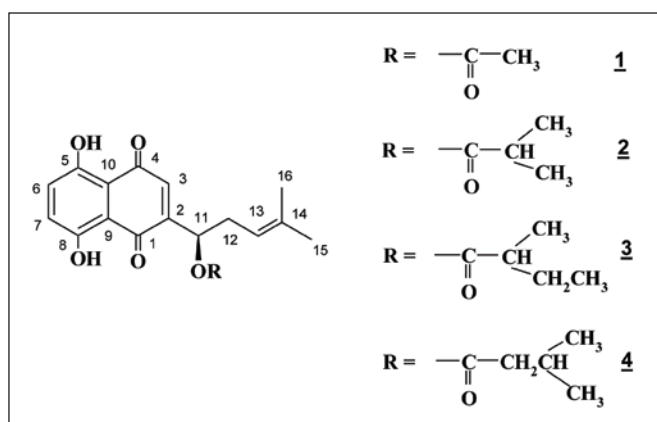


(= 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-echinatyna) – 6,

13-O-acetylo-7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(+)-trachelantoilo-heliotrydyna – 5 i 13-O-acetylo-7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(–)-wirydyflorylo-heliotrydyna – 7.

Likopsamina, acetylolikopsamina i acetylointermedyna to znane toksyczne alkaloidy charakterystyczne dla rodzajów *Anchusa*, *Borago*, *Symphytum* z rodziny *Boraginaceae* oraz rodzaju *Eupatorium* z rodziny *Asteraceae*, które po raz pierwszy stwierdzono w *L. canescens*. Należą one do alkaloidów pirolizydynowych typu retronecyny. Natomiast cztery pozostałe alkaloidy pirolizydynowe są nowymi, po raz pierwszy opisanymi w literaturze związkami. Zaproponowano dla nich nazwy kanescyna (4), kanescenina (6), acetylokanescyna (5) i acetylokanescenina (7) pochodzące od epitetu gatunkowego „canescens” badanej rośliny.





Struktury wyizolowanych estrów szikoniny: acetyloszikonina **1**, izobutyryloszikonina **2**, *a*-metylobutyryloszikonina **3**, izowaleryloszikonina **4**.

Struktury wyizolowanych alkaloidów pirolizydynowych: 9-O-(–)-wirydyflorylo-retronecyne = likopsamina 1,7-O-acetylolikopsamina – 2,7-O-acetylo-9-O-(+)-trachelantoilo-retronecyne = acetylointermedyna – 3,7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(+)-trachelantoilo-heliotrydyna = kanescyna – 4,7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(–)-wirydyflorylo-heliotrydyna = kanescenina – 6,13-O-acetylokanescyna – 5,13-O-acetylokanescenina – 7.

Korzenie *L. canescens* zawierają również pochodne szikoniny. Z frakcji barwnikowej otrzymanej po ekstrakcji surowca n-heksanem, wyizolowano i oznaczono strukturę czterech estrów szikoniny: acetyloszikoniny 1, izobutyryloszikoniny 2, *a*-metylobutyryloszikoniny 3 i izowaleryloszikoniny 4, nie stwierdzonych dotychczas w tym gatunku, ale znanych w rodzinie Boraginaceae.

Pozyskanie dużych ilości surowca roślinnego, o optymalnych zawartościach wtórnych metabolitów, z roślin rosnących w warunkach naturalnych lub z hodowli w gruncie nie jest łatwe, ze względu na coraz większe skażenie środowiska, zmienną zawartość substancji czynnych i zmienne warunki wegetacji.

Biotechnologia roślinna stwarza wielką możliwość wykorzystania komórek, tkanek, organów i całych roślin poprzez ich hodowlę w warunkach *in vitro* oraz genetyczne manipulacje pozwalające uzyskać nowe źródła pożądaných związków o znaczeniu terapeutycznym oraz użytkowym.

Kultury komórek, tkanek i organów roślinnych są komplementarne i mogą tworzyć systemy produkcji metabolitów wtórnych konkurencyjne i adekwatne do tych otrzymywanych w wyniku ekstrakcji całych roślin rosnących w gruncie. Dzięki selekcji wydajnych linii i optymalizacji warunków w hodowli *in vitro*, uzyskano akumulację niektórych związków

w ilości wyższej niż w roślinach ze środowiska naturalnego. Są wśród nich: szikonina, ginsenozydy, ajmalicyna, kwas rozmarynowy, berberyna, diosgenina. Wykorzystanie metod biotechnologicznych do celów farmaceutycznych wchodzi w zakres tzw. biotechnologii białej i zielonej.

Dalszym etapem pracy było otrzymanie biomasy roślinnej *in vitro*. Badania w hodowli *in vitro* obejmowały mikrorozmnażanie *L. canescens* oraz genetyczną transformację uzyskanych roślin mającą na celu otrzymanie korzeni transformowanych jako nowego źródła pochodnych szikoniny. *L. canescens* może być mnożony z dobrą wydajnością w warunkach *in vitro*, przez organogenezę bezpośrednią z merystemów szczytowych i bocznych oraz przez organogenezę pośrednią z tkanki kalusowej. Gatunek ten jest podatny na transformację genetyczną z *Agrobacterium rhizogenes*, w wyniku której otrzymano korzenie transformowane.

Korzenie transformowane *Lithospermum canescens* uzyskane *in vitro* produkują pochodne szikoniny: acetyloszikoninę (1,41 mg g<sup>-1</sup>), izobutyryloszikoninę (0,41 mg g<sup>-1</sup>) oraz śladowe ilości alkaloidów pirolizydynowych charakterystycznych dla tego gatunku: 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(+)-trachelantoilo-heliotrydynę (kanescynę) i 7-O-(3-hydroksy-3-metylo-butanoilo)-9-O-(–)-wirydyflorylo-heliotrydynę (kanesceninę). Związki te zostały wykryte przez mnie po raz pierwszy w korzeniach naturalnych.

Barwniki naftochinonowe gromadzone są w korzeniach roślin z rodzaju *Lithospermum*. Dlatego opracowanie, w skali laboratoryjnej, optymalnych warunków hodowli korzeni transformowanych *Lithospermum canescens* wytwarzających duże ilości pochodnych szikoniny ma duże znaczenie praktyczne. Kolejnym etapem, jest bowiem powiększenie skali hodowli przez wprowadzenie wyselekcjonowanych, wysokoproduktywnych linii korzeni do specjalnego typu bioreaktorów. Tak zaawansowana biotechnologia związków naturalnych może być wdrożona do produkcji na większą skalę.

W ostatnim etapie pracy przeprowadzono badania biologiczne frakcji barwnikowej z korzeni naturalnych *L. canescens*, związków barwnych wyizolowanych z korzeni tego gatunku: acetyloszikoniny i izobutyryloszikoniny oraz frakcji alkaloidowej zawierającej mieszaninę siedmiu alkaloidów pirolizydynowych o znanych strukturach w tym czterech nowych o ustalonych przez mnie strukturach.

Frakcja barwnikowa z korzeni *L. canescens* wykazywała silne działanie przeciwbakteryjne na bakterie Gram (+): *Staphylococcus aureus* FDA 209 P, *Staphylococcus aureus* Kg+, *Enterococcus faecalis* ATCC 8040 oraz przeciwgrzybicze na szczep drożd-

dżaka *Candida albicans* PCM 1409 PZH, porównywalne odpowiednio do działania chloramfenikolu i amfoterycyny B. Acetyloszikonina i izobutyryloszikonina wykazywały silne działanie antybiotyczne na *S. aureus* FDA 209P podobne do działania chloramfenikolu. Minimalne stężenie acetyloszikoniny i izobutyryloszikoniny hamujące wzrost *S. aureus* FDA 209P było dwukrotnie niższe od minimalnego stężenia chloramfenikolu i szikoniny oraz 10–100-krotnie niższe od MIC badanej frakcji barwnikowej i wносиło 2, 5  $\mu\text{g ml}^{-1}$ . Wynik ten świadczy o tym, że związki te mogą być odpowiedzialne za działanie przeciwbakteryjne ekstraktu z korzeni *L. canescens*.

W niniejszych badaniach wykazano po raz pierwszy wpływ acetyloszikoniny i izobutyryloszikoniny na odporność komórkową i humoralną u myszy (osobniki męskie i żeńskie linii wsobnej myszy szczepu Balb/c i F1 hybrydy Balb/c x C3H). W dostępnej literaturze nie znaleziono bowiem doniesień, na temat ich wpływu na proliferację limfocytów śledzionowych, aktywność chemokinetyczną limfocytów śledzionowych, odporność komórkową *ex vivo*–*in vivo* (aktywność limfocytów śledzionowych w lokalnej reakcji Graft-versus-Host) lub odporność humoralną *in vivo*. Wyniki badań wykazały, że działanie immunomodulujące acetyloszikoniny zależy od zastosowanej dawki. Acetyloszikonina stymulowała u myszy limfocytozależną odporność komórkową; w dawce dziennej 40  $\mu\text{g}$  działała stymulująco, a w dawce 200  $\mu\text{g}$  hamująco. Może być to związane ze stymulacją niektórych populacji komórek supresorowych w śledzionie myszy karmionych wyższą dawką acetyloszikoniny. Zjawisko to zaobserwowano we wszystkich określanych parametrach odporności komórkowej. Acetyloszikonina w dawce 40  $\mu\text{g}$  stymulowała indukcję angiogenezy immunologicznej przez limfocyty śledzionowe w reakcji Graft-versus-Host oraz aktywność chemokinetyczną leukocytów śledzionowych. Izobutyryloszikonina stymulowała odpowiedź komórkową i humoralną w dawce dziennej wynoszącej 40  $\mu\text{g}$ . Można stwierdzić, że małe dawki badanych pochodnych szikoniny stymulują, natomiast duże dawki działają supresyjnie na poszczególne parametry odporności komórkowej *in vivo*, co związane jest z różną odpowiedzią komórek systemu odpornościowego.

Interesujące wyniki uzyskano badając angiogenezę, która jest procesem wzrostu nowych naczyń krwionośnych na drodze waskulogenezy lub z istniejących naczyń. Angiogeneza ma bardzo istotne znaczenie w wielu procesach rozwojowych i naprawczych przebiegających w organizmie człowieka, ale również bierze udział w różnych stanach patologicznych, takich jak retinopatia cukrzycowa,

stany zapalne czy reumatoidalne zapalenie stawów. Ma też decydujące znaczenie we wzroście nowotworów. Każdy przyrost stałej tkanki nowotworowej jest zależny od rozwoju naczyń krwionośnych dostarczających tlenu i składników odżywczych. Powoduje to potrzebę poszukiwania leków, także pochodzenia roślinnego, które hamowałyby angiogenezę nowotworową. W pracy badano wpływ acetyloszikoniny wyizolowanej z *L. canescens* na skórną angiogenezę u myszy szczepu Balb/c indukowaną komórkami mięsaka mysiego Sarcoma L-1. Badania wykazały, że acetyloszikonina podawana myszom przez 3 dni w dawce wynoszącej 200  $\mu\text{g}$  hamowała wzrost nowych naczyń kapilarnych, natomiast w dawce niższej 40  $\mu\text{g}$  była nieskuteczna. Uzyskane wyniki wykazują, że acetyloszikonina w dawce nieprzekraczającej dawki toksycznej istotnie obniża odczyn neowaskularyzacji indukowany przez komórki nowotworowe.

Oczyszczona frakcja alkaloidowa, otrzymana z *L. canescens*, zawierająca mieszaninę siedmiu alkaloidów pirolizydynowych o znanych strukturach miała znaczący wpływ na parametry biologiczne szkodników roślinnych: przędziorka chmielowca (*Tetranychus urticae* Koch.) oraz stonkę ziemniaczaną (*Leptinotarsa decemlineata* Say), znacznie osłabiając ich rozwój.

Przędziorki traktowane frakcją alkaloidów pirolizydynowych wykazywały wysoką śmiertelność stadiów młodocianych, spadek płodności oraz długości życia samic. Wartości wskaźnika wrodzonego wzrostu populacji (rm) *T. urticae* otrzymane na liściach traktowanych alkaloidami pirolizydynowymi były niższe od tych, które otrzymano na liściach nie traktowanych frakcją alkaloidów pirolizydynowych. Wyniki te świadczą o tym, że populacja przędziorka rozwijała się znacznie wolniej pod wpływem alkaloidów pirolizydynowych wyizolowanych z *L. canescens*, które mogą działać jako środek ograniczający żerowanie roztoczy lub mogą być przekształcone w toksyczne metabolity pirolowe. Alkaloidy pirolizydynowe wyizolowane z *L. canescens* miały znaczący wpływ na parametry biologiczne *T. urticae*, gdyż znacznie osłabiły jego rozwój. W związku z tym mogą mieć one zastosowanie, np. w kontroli populacji *T. urticae* na roślinach ozdobnych.

Frakcja alkaloidowa z *L. canescens* hamuje również żerowanie *Leptinotarsa decemlineata* na roślinach użytkowych poprzez zmniejszenie zdolności trawienia i wydalania pożywienia. Może być stosowana jako środek ograniczający intensywność żerowania larw stonki ziemniaczanej na roślinach.

Wykaz publikacji, na podstawie których została przygotowana rozprawa habilitacyjna:



Wiedefeld H., Pietrosiuk A., Furmanowa M., Roeder E. (2003) *Pyrrolizidine alkaloids from Lithospermum canescens* Lehm. Z. Naturforsch. 58c, 173–176.

Pietrosiuk A., Wiedefeld H. (2005) *Shikonin derivatives from Lithospermum canescens* (Michx.) Lehm. Pharmaceutical Biology, 43 (2): 189–191.

Sykłowska-Baranek K., Pietrosiuk A., Dłuska H., Furmanowa M. (2004) *Clonal multiplication of Lithospermum canescens* (Michx.) Lehm. and *Onosma paniculatum* (Bur. and Franch). Herba Polonica, 50 (2): 55–64.

Pietrosiuk A., Sykłowska-Baranek K., Wiedefeld H., Wolinowska R., Furmanowa M., Jaroszyk E. (2006) *The shikonin derivatives and pyrrolizidine alkaloids in hairy root cultures of Lithospermum canescens* (Michx.) Lehm. Plant Cell Reports, 25 (10): 1052–1058.

Pietrosiuk A., Furmanowa M., Kropczyńska D., Kawka B., Wiedefeld H. (2003) *Life history parameters of the two-spotted spider mite (Tetranychus urticae Koch) feeding on bean leaves treated with pyrrolizidine alkaloids (PAs)*. Journal of Applied Toxicology, 23, 187–190.

Kropczyńska D., Kawka B., Pietrosiuk A., Furmanowa M., Wiedefeld H. (2004) *The effect of pyrrolizidine alkaloids on the Colorado potato beetle (Leptinotarsa decemlineata Say)*. Acta Biologica Cracoviensia Series Zoologia, 46: 83–86.

Pietrosiuk A., Kędzia B., Hołderna-Kędzia E., Wiedefeld H., Malinowski M., Furmanowa M. (2003) *Antimicrobial activity naphthoquinones from Lithospermum canescens* Lehm. Herba Polonica, 49 (3/4): 209–215.

Pietrosiuk A., Skopińska-Różewska E., Furmanowa M., Wiedefeld H., Sommer E., Sokolnicka I., Rogala E., Radońska-Leśniewska D., Bany J., Malinowski M. (2004) *Immunomodulatory effect of shikonin derivatives isolated from Lithospermum canescens on cellular and humoral immunity in Balb/c mice*. Die Pharmazie, 59 (8): 640–642.

Pietrosiuk A., Furmanowa M., Skopińska-Różewska E., Sommer E., Skurzak H., Bany J. (2004) *The effect of acetylshikonin isolated from Lithospermum canescens roots on tumor-induced cutaneous angiogenesis*. Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research, 61 (5): 379–382.

## Monitorowanie niepożądanych działań leków – konieczność czy dodatkowe zajęcie?

Dr n. farm. Agata Maciejczyk<sup>1</sup>

Kierownik Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych  
www.urpl.gov.pl

Istnieje wiele powodów, dla których warto i trzeba zbierać

<sup>1</sup> Zajmuje się monitorowaniem bezpieczeństwa farmakoterapii od wielu lat – najpierw w Instytucie Leków, a obecnie w Urzędzie Rejestracji. Brała udział w wielu konferencjach i szkoleniach, jak również w szkoleniach twinnigowych prowadzonych przez Hiszpanów oraz przez Niemców. Autorka kilkudziesięciu artykułów w czasopiśmie polskich, jak i zagranicznych. Brała także udział w pracach nad kształtem „Prawa farmaceutycznego” oraz dokumentów z nim związanych.

dane o niepożądanych działaniach leków. Tym przemawiającym do wyobraźni wszystkich jest argument, że każdy z nas (lub nasi bliscy) od czasu do czasu bywa pacjentem. Wówczas chcemy wierzyć, że zajmie się nami dobrze wykształcony lekarz, dysponujący pełną, aktualną wiedzą o lekach, które nam zaleci.

Dzięki temu będzie umiał stwierdzić, czy zaobserwowany objaw jest wynikiem schorzenia czy podanego preparatu. Większość reakcji polekowych jest mało specyficzna. W tym m.in. tkwi trudność ustalenia ich przyczyny. W takiej sytuacji łatwy dostęp do wiarygodnego źródła danych o leku może okazać się rozstrzygający.

Wiadomo, że produkt leczniczy w chwili wprowadzania go do leczenia nie jest w pełni poznany. Poprzedzające rejestrację badania



kliniczne trwają za krótko, obejmują zbyt małą liczbę osób, nie dotyczą wielu grup pacjentów (kobiet w ciąży, dzieci, osób z upośledzoną czynnością wątroby czy nerek, osób w podeszłym wieku itd.).

Przypadki kliniczne, z jakimi mają do czynienia w codziennej

pracy lekarze, są znacznie bardziej skomplikowane, niż te na podstawie których dopuszcza się lek do obrotu. I tu należy sobie zadać pytanie – skąd lekarz ma czerpać wiedzę, by podejmować właściwe decyzje?

Paradoksalnie lekarz jest zarówno źródłem, jak adresatem nowych informacji.

Nie ma innego sposobu, by poznać wszystkie właściwości leku jak wnikliwa obserwacja pacjentów, wyciąganie wniosków i dzielenie się tą wiedzą. W wielu krajach korzysta się w tym względzie także z doświadczeń farmaceutów, pielęgniarek i innych fachowych pracowników opieki zdrowotnej.

Zmudna obserwacja i kojarzenie faktów pozwala na poznanie odległych skutków terapii, interakcji lekowych, rzadko występujących niepożądanych działań czy wpływu podanego leku na osobę cierpiącą na chorobę o nietypowym przebiegu czy obciążoną wieloma dolegliwościami.

Gromadzenie jak najszerszej wiedzy ma na celu ułatwienie doboru odpowiedniego leku dla konkretnego pacjenta. Poznanie zagrożeń związanych ze stosowaniem leku, identyfikacja czynników ryzyka sprawia, że poprzez np. sformułowanie przeciwwskazań, ostrzeżeń specjalnych podajemy dany lek, grupom pacjentów, co do których jesteśmy pewni, że korzyści z zastosowania leku w jednoznaczny sposób przeważają nad zagrożeniami. Wytwórcy leków obawiają się wykrycia nowych niepożądanych działań leku, wiedząc, że może się to wiązać z jego wycofaniem lub ograniczeniem jego stosowania. Tak jest w istocie. Jednak poznanie odpowiednio wcześniej wszystkich ograniczeń zastosowania leku zapobiega występowaniu ciężkich niepożądanych działań, ponieważ w konsekwencji nie dostają go pacjenci najbardziej podatni na pojawienie się powi-

kań farmakoterapii. Większość niepożądanych objawów to reakcje, które można wytłumaczyć mechanizmem działania leków. Zrozumienie istoty takiego działania, wiedza na jego temat i pamiętanie o nim pozwala w wielu przypadkach zapobiec wystąpieniu powikłań lub przynajmniej zmniejszyć ich skutki. Szacuje się, że ponad połowy z nich można byłoby uniknąć, np. poprzez proste zmniejszenie dawki, dobór takich leków, które nie wchodziłyby ze sobą w interakcję itd.

Ani firma farmaceutyczna, ani agencja kontroli leków nie jest zainteresowana pochopnym skreśleniem preparatu z lekospisu. Wiadomo, że dla odpowiednio dobranych chorych dany lek może być cenny, chociaż przynosi szkodę innym pacjentom. Dla chorych odnoszących korzyści terapeutyczne bez doświadczenia działań niepożądanych wycofanie leku stanowi przecież stratę. Jak w większości dziedzin oceniając wartość leku i zastanawiając się nad celowością jego utrzymania w lecznictwie, trzeba wziąć pod uwagę argumenty za i przeciw. Ważne jest, by pozyskać wiarygodne dane, stanowiące podstawę przeprowadzenia analizy.

Nigdzie na świecie ogół lekarzy, farmaceutów czy pielęgniarek nie bierze udziału w monitorowaniu bezpieczeństwa stosowania leków. Szacuje się, że w najlepiej funkcjonujących systemach zgłaszanych jest nie więcej niż 10% zaobserwowanych ciężkich działań niepożądanych. Obserwujemy więc tylko niewielki fragment możliwych do uchwycenia reakcji. Ten widoczny przysłowio- wy czubek góry lodowej to i tak ogromna liczba opisów powikłań stwierdzonych u konkretnych chorych. Wystarczy przytoczyć liczbę 200 000 tysięcy przypadków, o jakie wzbogaca się rocznie centralna baza danych Światowej Organizacji Zdrowia. W tę liczbę

swój bardzo skromny wkład ma także Polska, uczestnicząca od 1972 roku w programie zbierania informacji na ten temat stworzonym przez WHO.

Monitorowanie spontaniczne, czyli wysyłanie (bez stworzonych specjalnych warunków czy dodatkowych zachęt) przez fachowych pracowników opieki zdrowotnej opisów przypadków ma wiele wad. Nie pozwala m.in. na oszacowanie częstości występowania danego działania niepożądanego, opisy przypadków często zawierają zbyt mało informacji itd. Nie wymyślono jednak bardziej efektywnej metody zbierania informacji i pozostaje ono najlepszym i najtańszym sposobem do odkrywania nowych, dotychczas nigdzie nieopisanych powikłań polekowych. Najcenniejsza jest wiedza z własnego kraju. Istnieją bowiem różnice między populacyjne tkwiące zarówno w pacjentach (np. czynników genetycznych, statusie majątkowym, sposobie życia), jak w lekarzach (np. modach stosowania konkretnych połączeń lekowych, doborze leków) i w samych lekach (np. sposobie ich produkcji). Polscy lekarze i farmaceuci w bardzo nikłym stopniu uczestniczą w zbieraniu powikłań polekowych. Całą wiedzę na ten temat czerpiemy z zagranicy. W czasie ponad 35-letniej działalności nie otrzymaliśmy ani jednego raportu, który stanowiłby podstawę do wychwycenia sygnału, czyli hipotezy o nowym, dotychczas nie wykrytym działaniu niepożądanym. Również w tej dziedzinie musimy dorównać do standardów europejskich. Osobami, które w najpełniejszy sposób mogą uczestniczyć w zgłaszaniu ndl są lekarze. To oni dysponują pełną wiedzą o stanie pacjentów i jego leczeniu. Nie można pominąć w systemie nadzoru także farmaceutów. Aptekarz może dowiedzieć się od pacjenta, że jakiś produkt spowodował niekorzyst-

ne reakcje. W przypadku stosowania leku dostępnego bez recepty, farmaceuta może być jedynym fachowym pracownikiem opieki zdrowotnej, z którym skontaktuje się chory. Wówczas kompetentna i wyczerpująca informacja, zwrócenie uwagi na przestrzeganie prawidłowego stosowania i innych zaleceń może okazać się ważąca na bezpieczeństwie.

Trudna sytuacja służby zdrowia, specyficzna organizacja pracy, brak dodatkowych środków nie stwarzają sprzyjających warunków do rozwoju tej aktywności. Najważniejsze jest dokonanie zmian w świadomości, przekonanie lekarzy, farmaceutów i pielęgniarów, że uczestnictwo w monitorowaniu niepożądanych działań leków powinno stanowić jeden z elementów ich codziennej pracy. Już na poziomie studiów medycznych należałoby poświęcić tym zagadnieniom więcej uwagi. Jest to przecież część wiedzy o leku. Nie należy się dziwić, że wiedza o powikłaniach polekowych nie jest przez nikogo chętnie

przyjmowana. Lekarz chce skutecznie i bezpiecznie leczyć swoich pacjentów. Trudno oczekiwać, by pozytywnie odnosił się do komplikacji zastosowanej terapii. To samo można powiedzieć o chorym. Firma farmaceutyczna zdaje sobie sprawę, że wykrycie nowych działań niepożądanych ograniczy stosowanie leku. A więc w najlepszym przypadku zmniejszy zyski ze sprzedaży.

Z drugiej strony nie da się podejmować racjonalnych decyzji bez pełnej wiedzy o stosowanym leku i tylko posiadanie tej wiedzy może sprawić, że korzyści z farmakoterapii przeważą nad zagrożeniami.

Analizując pojedyncze przypadki powikłań mamy do czynienia tylko z podejrzeniem związku przyczynowo-skutkowego między lekiem a reakcją. Jedynie w wyjątkowych przypadkach możemy uznać ten związek za pewny. Bardzo ważne jest zgromadzenie przynajmniej kilku podobnych przypadków, ponieważ zwiększa to prawdopodobieństwo takiego

związku. Jest to szczególnie istotne przy rozpatrywaniu nowych, nieopisanych nigdzie niepożądanych działań danego leku. Brak pewności co do związku z lekiem obserwowanej u pacjenta reakcji jest także głównym powodem zaniechania wysłania opisu przypadku. Zdając sobie sprawę wszystkie ośrodki monitorowania zwracają się do fachowych pracowników opieki zdrowotnej z postulatem „Nawet jeżeli nie masz pewności – zgłoś”. Taki apel kieruje też Urząd Rejestracji.

Wydział Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu zachęca wszystkich do zgłaszania przypadków powikłań farmakoterapii. Wszystkim zainteresowanym przesyłamy na życzenie formularze zgłoszeniowe.

Formularze te dostępne są także na stronie internetowej Urzędu Rejestracji. Stanowią także załącznik do Rozporządzenia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych.

## Obrony prac doktorskich

### I Wydział Lekarski

1 marca 2007 roku

godz. 12<sup>10</sup>

**lek. Wanda Michalska** „Wpływ procesu starzenia się organizmu na aktywność enzymów proteolitycznych”

promotor – prof. dr hab. Leszek Pączek

recenzenci: prof. dr hab. Ewa Żukowska-Szczechowska  
prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

godz. 13<sup>00</sup>

**lek. Mariusz Niemczyk** „Wpływ leków immunosupresyjnych na parametry kliniczne i ekspresję genów wybranych cytokin w komórkach jednokładowych krwi obwodowej biorców przeszczepów nerki lub wątroby”

promotor – prof. dr hab. Leszek Pączek

recenzenci: dr hab. Jadwiga Dwilewicz-Trojaczek,  
prof. nadzw. AM  
prof. dr hab. Władysław Sułowicz

godz. 13<sup>45</sup>

**lek. Aleksandra Anna Nadaj-Paklezy** „Miopatie wrodzone z dysproporcją typów włókien mięśniowych”  
promotor – dr hab. Anna Kamińska, prof. nadzw. AM  
recenzenci: doc. dr hab. Anna Jakubiec-Puka  
prof. dr hab. Wiesław Drozdowski

15 marca 2007 roku

godz. 12<sup>10</sup>

**lek. Artur Biel** „Analiza efektywności rehabilitacji u osób po rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego z użyciem przeszczepu jednej trzeciej środkowej więzadła rzepki”

promotor – prof. dr hab. Andrzej Górecki

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Kwiatkowski  
doc. dr hab. Paweł Małydyk



godz. 13<sup>00</sup>

**lek. Maurycy Jonas** „Wpływ zgodności tkankowej oraz czasu zimnego niedokrwienia na okres przeżycia przeszczepionej nerki”

promotor – dr hab. Andrzej Chmura

recenzenci: prof. dr hab. Dariusz Patrzalek  
dr hab. Sławomir Nazarewski

29 marca 2007 roku

godz. 10<sup>35</sup>

**lek. Marcin Ufnal** „Mechanizm ośrodkowego presyjnego działania IL-1 $\beta$  na układ krążenia”

promotor – prof. dr hab. Ewa Szczepańska-Sadowska

recenzenci: prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński  
prof. dr hab. Grzegorz Opolski

godz. 12<sup>10</sup>

**lek. Marta Górka** „Ocena uszkodzeń granicy skórno-naskórkowej i zaburzeń w układzie naczyniowym skóry w skórnych postaciach twardziny i liszaju twardzinowym”

promotor – prof. dr hab. Cezary Kowalewski

recenzenci: dr hab. Elżbieta Waszczykowska  
dr hab. Roman Nowicki,  
prof. nadzw. AM w Gdańsku

godz. 13<sup>35</sup>

**lek. Olga Glińska** „Ocena czynności komórek śródbłonna u chorych na łuszczycę”

promotor – prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

recenzenci: prof. dr hab. Jacek Szepietowski  
dr hab. Marek Kuch

II Wydział Lekarski

30 marca 2007 roku

godz. 12<sup>00</sup>

**lek. Anna Trzebińska** „Ocena przydatności badania ultrasonograficznego w diagnostyce zmian morfologicznych tarczycy w chorobie Hashimoto”

promotor: prof. dr hab. med. Wiesław Jakubowski

recenzenci: prof. dr hab. med. Leszek Królicki  
prof. dr hab. med. Paweł Wieczorek

godz. 13<sup>00</sup>

**lek. Piotr Nowak** „Analiza właściwości biomechanicznych i efektywności terapeutycznej stabilizatora Dynastab – N (nadgarstek) w leczeniu złamań dalszej nasady kości promieniowej”

promotor: prof. ndzw. dr hab. med. Jarosław Deszczyński

recenzenci: prof. dr hab. med. Andrzej Górecki  
prof. dr hab. med. Tadeusz Gaździk

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



Dydaktyka

## Jak edukować człowieka do zdrowego stylu życia?

**Mgr Jerzy Rudzik**

*Studium Wychowania Fizycznego i Sportu AM*

Nie ma większej wartości w życiu niż zdrowie. Przykrą jest wiadomość, że życie człowieka jest krótsze niż życie żółwia, a przy tym znaczna jego część upływa na chorobach i cierpieniach. Chociaż trudno w to

uwierzyć, aktualne podejście do zagadnień zdrowia wypracowano już w zamierzchłych czasach. Ideę zdrowego stylu życia propagowaną współcześnie należy przypisać żyjącemu 2,5 tysiąca lat temu Hipokratesowi (460–337 r. p.n.e.). Podobnie jest z innymi zagadnieniami z dziedziny kultury fizycznej, żywienia i higieny, którymi zajmowano się już w czasach antycznych. Niepo-

kojące jest jednak to, że wielkie odkrycia nauki o zdrowiu nadal pozostają niewykorzystane.

„Czego nie rozumiemy, z tego nie korzystamy”, twierdził J. W. Goethe. Na przestrzeni ostatnich stuleci priorytetem było leczenie i zapobieganie chorobom. Jednak przy całej swej wiedzy o świecie, człowiek jest często ignorantem wobec najważniejszych i najbardziej pod-

stawowych problemów dotyczących własnego zdrowia.

Edukacja do zdrowego stylu życia zajmuje coraz więcej miejsca w życiu człowieka. Jest ona kształtowaniem istoty ludzkiej, jej wiedzy, umiejętności, zdolności osądu i działania w społeczeństwie. „Edukacja” jest inwestycją przynoszącą zyski w dłuższym czasie – pozwala na sprawne pełnienie ról społecznych, zapewnia ciągłość wiedzy i kultury między pokoleniami, rozwija osobiste zdolności człowieka. Wszystkie składniki edukacji wnoszą wkład do rozwoju istoty ludzkiej, bowiem najważniejszym jej zadaniem jest umożliwienie człowiekowi kierowania własnym rozwojem. Edukacja przyjmuje za podstawę rozwoju odpowiedzialne uczestnictwo jednostek i wspólnot w życiu, umożliwia każdemu decydowanie o swoim losie, o swoim zdrowiu. Jednak ten odpowiedzialny rozwój, aby mógł zmobilizować wszystkie siły, wymaga spełnienia wstępnego warunku: każdą jednostkę należy wyposażyć w „paszport do życia”, który pozwoli jej lepiej zrozumieć samą siebie, zrozumieć innych i w ten sposób uczestniczyć we wspólnym funkcjonowaniu w społeczeństwie (2).

W procesie edukacji człowiek powinien zdobywać coraz więcej wiedzy i umiejętności. Aby spełniać swoją powinność, edukacja winna obejmować następujące aspekty kształcenia, które przez całe życie dla każdego człowieka będą filarami jego wiedzy:

- A/uczyć się, aby wiedzieć,
- B/uczyć się, aby działać,
- C/uczyć się, aby być.

Aby dać jednostce właściwy obraz świata, każdy rodzaj edukacji – rodzinnej, szkolnej, środowiskowej powinien pomagać jej w odkrywaniu samej siebie, w kształtowaniu zdrowego stylu życia. Słowem, edukacja ma

na celu pełen rozkwit człowieka w całym bogactwie jego osobowości. Edukacja dla zdrowego stylu życia wiąże się z wyrobieniem świadomości i aktywnej postawy człowieka wobec zdrowia, wobec różnych sytuacji życiowych, jak i umiejętności rozwiązywania problemów zdrowotnych.

My sami odpowiadamy za swoje preferencje, nawyki, sposób odżywiania się, a więc za wszystko, co określamy jako styl życia. Oczywiście nie wszystko, co robimy, spożywamy, tworzymy zależy tylko i wyłącznie od nas samych. Człowiek jest istotą biologiczną, psychospołeczną i duchową. W każdej z tych sfer pojawiają się różnorodne czynniki – zarówno pozytywne, jak i szkodliwe. Możemy uprawiać sport, racjonalnie się odżywiać, kłaść się spać o określonej porze, zaniechać szkodliwych używek, ale nie mamy często wpływu na jakość powietrza i wody, na dobór współpracowników, czy informacje płynące ze środków masowego przekazu. Przeciwnemu człowiekowi trudno dziś zorientować się, co jest dla jego zdrowia dobre, a co złe. Płynące niemal bezustannie informacje, rady, zalecenia zdrowotne, mają jeden zasadniczy mankament – adresowane są do wszystkich, a zatem nie uwzględniają cech indywidualnych, co sprawia, że są przez to mało prawdziwe. Jedni dobrze trawią cukry i tłuszcze, mają dobrą przemianę materii, inni nie. Jedni śpią w nocy, a pracują w dzień, drudzy odwrotnie. Tego typu odmienności i różnic można by przytoczyć wiele.

Człowiek ma szansę kształtować swoje życie według wzorów uznanych przez niego za najlepsze i wtedy, mimo że sytuacje życiowe zakłócają efekty tej autokreacji, można mówić o świadomym dążeniu i wyrażaniu uznawanych i realizowanych

wartości. „W ogóle świadomość – pisze Kierkegaard (4) – to znaczy samowiedza jest rzeczą decydującą o stosunku do samego siebie. Im więcej świadomości, tym więcej osobowości, więcej woli, im więcej woli, tym więcej osobowości” (4).

Zależnie od tego, w jakim stopniu człowiek zdolny jest do dokonywania wyborów, do działania zgodnego z nimi, sam jest twórcą własnego stylu życia, w którym wyrażone są system i hierarchia wartości. Wartością jest ludzkie życie i zdrowie. Zdrowie jest najważniejszym sprzymierzeńcem człowieka, zapewniającym radość i szczęście płynące z wszechstronnego i zgodnego z normami panującymi w społeczeństwie rozwoju możliwości jednostki. Tylko zdrowy fizycznie, psychicznie i społecznie człowiek może sprostać wymogom dnia dzisiejszego. „Dobro człowieka, jego szczęście i zdrowie – podkreśla J. Aleksandrowicz – nie dają się wydzielić, wypreparować z szerokiego kontekstu społecznego (socjosfera) i przyrodniczego (biosfera, geosfera). Sprawy jego zdrowia lub choroby, szczęścia lub cierpienia, rozstrzygają się nie tylko w jego organizmie, ale w całym najszerzej pojętym środowisku, także tym niematerialnym czy kulturowym” (1).

Każdy żywy organizm posiada zdolność do samoregulacji (3). Odbywa się to poprzez procesy adaptacyjne, które warunkują względną równowagę ustrojową (homeostazę), a ta z kolei zależy od naszej tolerancji ustrojowej na silne bodźce. Za najlepszy sposób doskonalenia autosystemów regulacyjnych uznaje się aktywność ruchową, czyli trening zdrowotny.

Aktywność ruchowa jest czynnikiem modelującym w sposób najbardziej korzystny stan morfologiczny i funkcjonalny

ustroju. Kształtuje także cechy psychiczne. Poprzez ćwiczenia fizyczne jesteśmy w stanie kierunkowo wpływać na dowolny system organizmu, a tym samym i ogólny poziom sprawności ustrojowej.

Mięśnie, do których przede wszystkim „kierowane” są ćwiczenia, nie zużywają się poprzez pracę – wręcz przeciwnie, pozostając bez pracy są mniej wartościowe (słabe). Spadek poziomu przemian energetycznych w mięśniach stanowiących 40% masy ciała, rzutuje odpowiednio na czynności innych narządów i układów. Organizm człowieka dysponuje mechanizmami unieszkodliwiającymi obce ciała biologiczne, które mogłyby naruszyć stałość środowiska wewnętrznego. Tymi mechanizmami są reakcje odpornościowe. Stanowią one jeden z najważniejszych elementów obrony organizmu przed działaniem czynników chorobotwórczych. Wysilek fizyczny wpływa w sposób istotny na aktywność czynników odpornościowych (3).

Człowiek zdrowy to nie tylko człowiek zadowolony z siebie i sytuacji, w jakiej się znajduje, a tym samym mający dobre samopoczucie, lecz przede wszystkim człowiek zdolny do rozwoju, przekształcania otoczenia i współistnienia z innymi (5).

Zainteresowanie zdrowym stylem życia jest wyrazem zmian w postawach wobec zdrowia. Proces tworzenia się tego stylu jest procesem nadawania określonej formy różnym rodzajom aktywności oraz utrwalania się względnie stałych reakcji między nimi (3). Zdrowy styl życia stanowi manifestację odrębności, jest wypadkową wielu wyborów – w przypadku dzieci dokonywanych przez rodziców, np. w kwestii odżywiania. Rodzice, posiadający złe nawyki żywieniowe wyniesione z domu rodzinnego,

preferują niezdrowy styl żywienia, prowadzący np. do nadwagi bądź niedożywienia. Właściwe przekonania zdrowotne, będące wynikiem starannej edukacji skupionej na promowaniu zdrowia i wyeliminowaniu, bądź ograniczeniu ujemnych skutków występujących czynników ryzyka (złe odżywianie, brak ruchu, nałogi, stres, brak właściwych relacji między ludźmi), są podstawą zdrowego stylu życia. Ma on największy wpływ na długowieczność.

Rodzina, będąc naturalnym środowiskiem życia dziecka, wywierając wpływ na rozwój postaw, wartości i zachowań zdrowotnych, oddziałuje nań „socializująco”. Niezależnie od tego, czy jest środowiskiem zdrowym, czy też przejawia wyraźne cechy patologii – w każdym przypadku kształtuje określony styl życia.

W tym środowisku oddziaływania wychowawcze będące procesem naturalnym i ciągłym, oparte są na wymianie emocjonalnej. Rodzice edukują dzieci całym bogactwem swej osobowości. To oni powinni wskazywać im pozytywny sens troski o własne zdrowie, tak aby mogły one w pełni wykorzystać swój potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny.

Obok rodziny zasadniczą rolę w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia pełni szkoła. To ona dostarcza uczniom wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu postaw wobec niego, tworzenia nawyków higieny, właściwego odżywiania.

Tylko współdziałanie rodziców, nauczycieli i uczniów w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie poprzez zdrowy styl życia może przynieść pożądane rezultaty.

Reasumując, należy stwierdzić, że czasy współczesne obok dobrodziejstw cywilizacyjnych niosą także zagrożenia zdro-

wotne. Wynikają one głównie ze zmęczenia, stresu, skażenia środowiska naturalnego, urazów.

Istotnymi elementami tkwiącymi u podstaw procesu edukacji do zdrowego stylu życia jest zapewnienie człowiekowi poczucia bezpieczeństwa, dostępu do oświaty i godnych warunków egzystencji. Edukacja człowieka do zdrowego stylu życia, będąc złożonym procesem pedagogiczno-społecznym, musi zająć istotne miejsce w ogólnym procesie edukacji, a jej treść powinna obejmować:

- wyrobienie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,
- umiejętność nazywania własnych problemów zdrowotnych,
- motywację do działań korzystnych dla zdrowia,
- propagowanie zdrowego stylu życia.

Wśród środowisk kształtujących zdrowy styl życia dominującą rolę odgrywa rodzina.

## Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J., Sumienie ekologiczne, WP, Warszawa 1988, s. 26.
2. Delors J., Edukacja, SOP, Warszawa 1998, s. 9 – 71.
3. Kasperczyk T., Aktywność ruchowa jako składowa profilaktyki zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem układu odpornościowego, [w:] Aktywność fizyczna w pielęgnowaniu zdrowia i terapii chorób, red. Rutowska E., AW, Lublin 1998.
4. Kierkegaard S., Bojaźń i drzenie. Choroba na śmierć, PWN, Warszawa 1982, s. 164 – 165.
5. Sicińska A., Styl życia. Koncepcje, propozycje, PWN, Warszawa 1976, s. 36, 51, 202.



# ZWIĄZKI IGNACEGO BARANOWSKIEGO (1833-1919) Z LARYNGOLOGIA

**Andrzej Kierzek**

W połowie XIX wieku z pni podstawowych medycyny, chorób wewnętrznych i chirurgii, zaczęły wyodrębniać się lekarskie specjalności. Otiatria i rynolaryngologia nie stały w tyle.

W Warszawie za początek otolaryngologii uznać trzeba rok 1881, kiedy to powstały pierwsze oddziały tych chorób: rynolaryngologiczny w Szpitalu św. Rocha, kierowany przez Teodora Herynga (1847–1925) oraz otiatryczny w Szpitalu Ujazdowskim, którego ordynatorem był Teodor Heiman (1848–1917). Wcześniej, otorynolaryngologia nie była „martwą pustynią”, jak się powszechnie mniema; chorobami wchodzącymi w jej zakres zajmowano się od początków XIX stulecia, co autor niniejszego doniesienia wykazał w swych publikacjach [1].

Jednym z warszawskich lekarzy chorób wewnętrznych był Ignacy Baranowski (1833–1919). Studiował w Dorpacie. Początkowo chciał zająć się okulistyką, lecz po nieprzychylnym przyjęciu przez lekarza naczelnego Instytutu Oftalmicznego, Wiktora Feliksa Szokalskiego, zmienił zamiar; zajął się chorobami wewnętrznymi. Wywodził się m.in. z naukowych szkół Karla Rokitansky'ego (1804–1878) i Rudolpha Virchowa (1821–1902). W Wydziale Lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej, dzięki poparciu Tytusa Chałubińskiego, wykładał semiotykę, czyli diagnostykę. W powstałym w 1869 r. Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, objął w dwa lata później Katedrę i Klinikę Diagnostyki Medycznej. W tym samym 1871 r. mianowany został profesorem nadzwyczajnym tego przedmiotu oraz na rok opuścił swoją

Katedrę, aby kierować I Katedrą i Kliniką Terapeutyczną. Wrócił jednak do niej w 1872 r. Katedrę i Klinikę Diagnostyki Medycznej prowadził do 1886 r., kiedy to zmuszony był opuścić uczelnię za jawną i zdecydowaną manifestację postawy patriotycznej. W owym okresie wykładał terapię ogólną i m.in. semiotykę chorób układu moczowego. Był przede wszystkim wybitnym znawcą chorób wchodzących w zakres kardiologii oraz fizjologii. Profesor uczył nie tylko właściwego prowadzenia wywiadu lekarskiego, dokładnego opukiwania, osłuchiwania, ale i sumienności, wyrozumiałości. Zawsze życzliwy i serdeczny, „od początku należał do tych, którzy w studencie widzieli nie ucznia, lecz uczącego się i w przyszłości kolegę”. Ludwik Czarkowski pisał po latach: „bodaj czy nie najwięcej skorzystaliśmy z tych nauk lekarza–obywatela”. Był także działaczem społecznym, oświatowym, znanym filantropem. W 1919 r., już pośmiertnie, został profesorem honorowym Uniwersytetu Warszawskiego [2]. Ignacy Baranowski miał swój wkład także w rozwój laryngologii.

W lipcu 1861 r. wysłany został przez władze Akademii Medyko-Chirurgicznej do Wiednia, aby tam m.in. zaznajomić się z laryngoskopią. Do wyjazdu nakłonił go Tytus Chałubiński, który pragnął, aby tę nową gałąź diagnostyki można było zastosować w jego klinice. Szkolił się u Ludwiga Tuercka (1810–1868) i Friedricha Semeledera. Z Semelederm skontaktował do Karol Gilewski z Krakowa. Obaj ci wiedeńscy lekarze udzielali Baranowskiemu codziennego instruktażu laryngoskopowania oraz dokrtaniowego stosowania środków leczniczych. Systematyczne wprowadzenie laryngo-

skopii do leczenia w Warszawie rozpoczęło się w 1862 r. Asystentami Baranowskiego, ze szczególnym zainteresowaniem uczącymi się posługiwać się lusterkiem krtańowym, byli Bronisław Chrostowski (1852–1923) oraz Konrad Dobrski (1849–1915). Nabierająca powagi naukowej laryngoskopia wpłynęła w znacznym stopniu na dynamiczny rozwój diagnostyki i terapii chorób krtani [3].

W styczniu 1864 r. powstał w Warszawie „Zakład Porady Lekarskiej”. Założyło go w domu hr. Zamoyskiego przy ul. Mazowieckiej kilkunastu profesorów Szkoły Głównej Warszawskiej, m.in. Baranowski, Wiktor Szokalski i Hipolit Korzeniowski oraz ordynatorów Szpitala Dzieciątka Jezus. Pacjentów z chorobami krtani konsultował Baranowski, chorych na uszy leczył Korzeniowski, który równocześnie zarządzał Zakładem. Ta lecznica dla chorych niezamożnych, w której porada kosztowała tylko 1 złoty polski (15 kopiejek), istniała nader krótko [4].

W 1867 r. Baranowski recenzował pracę Bronisława Chojnowskiego (1836–1870) „O oddechu krtaniowym (*respiratio laryngealis*)”, celem uzyskania członkostwa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Oceniał ją wysoko; proponując jednak nazwać to zjawisko akustyczne, wg Laenneca „powstające przez tarcie kolumny powietrza o ściany krtani, tchawicy i większych oskrzeli w chwili wdechu i wydechu” – „oddechem oskrzelowym”. Różnica zdań między obu lekarzami znalazła odbicie w dogłębnej, utrzymanej w eleganckim tonie polemice na łamach „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” i „Gazety Lekarskiej” [5].

Baranowski cenił wspomnianego na wstępie Teodora Herynga, który w 1875 r. został jego asystentem. Heryng był jednym z pionierów polskiej laryngologii, autorem licznych prac naukowych w kilku językach, kilku książek, autorem oryginalnej metody leczenia gruźlicy krtani łyżeczkowaniem („curretement”), która zdaniem wybitnych rynolaryngologów światowych stanowiła kamień milowy w terapii tego schorzenia. Swoje dziesięcioletnie doświadczenia w tej dziedzinie Heryng przedstawił 2 marca 1886 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, na łamach „Gazety Lekarskiej”, a potem w rok później w formie książkowej pt. „O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności”. Baranowski nierzadko konsultował pacjentów Herynga, służąc swoim internistycznym doświadczeniem. Oceny dzieła Herynga Baranowski dokonał na łamach „Medycyny”, uważając, że posiadało ono duże kliniczne znaczenie i znaczną wartość naukową. Nie oszczędził jednak Heryngowi słów krytyki, czyniąc „zarzut pobieżności, nienależytej dokładności, pomieszania dat”. Uważał, że taka praca wymagała „staranniejszego obrobienia, jaśniejszego uobrazowania tych 35 przypadków, na których czytelnik sąd swój miał oprzeć”. Dzięki jednak dokonaniom Herynga, Baranowski był przekonany, że „rokowanie (w gruźlicy krtani – przyp. A.K.) przestało być bezwzględnie złem, jakim dotąd było, – to zaś, do stosowania metody dr Herynga, sumiennego lekarza, nie tylko zachęcało, ale nawet zobowiązywało”. W 1918 r. Baranowski, wspólnie z Bronisławem Chrostowskim, Franciszkiem Giedroyciem, wszedł do komitetu jubileuszowego 50-lecia pracy naukowej Herynga, wydającego ciekawy „*Szkic biograficzny...*”, gloryfikujący jego olbrzymie rynolaryngologiczne osiągnięcia [6].

Wiele do zawdzięczenia Baranowskiemu miał Alfred Marcin Sokołowski (1849–1924), pionier polskiej ftyzjatrii oraz laryngologii. Jako początkujący lekarz został asystentem oddziału szpitalnego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Nadmierna praca w fatalnych warunkach wpłynęła na jego wątły organizm; wystąpił krwotok płucny i gorączka, symptomy nawrotu nabytej na studiach gruźlicy. Pomocna dłoń, a raczej kieszeń oraz usilna namowa Baranowskiego spowodowały, że z początkiem 1874 r. wyjechał po zdrowie do Hermanna Brehmera do Goersberdorfu (dzisiejsze Sokołowsko). Kilkuletni pobyt w tym uzdrowisku, w charakterze pacjenta, a potem zastępcy Brehmera, wpłynął zasadniczo na cały późniejszy kierunek działalności naukowej i praktycznej Sokołowskiego. W połowie lat 90. Władysław Biegański, autor dzieła „*Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych*” oraz Sokołowski, autor rozdziału tej książki „*Dyagnostyka różniczkowa chorób górnego odcinka dróg oddechowych*” zadedykowali tę pracę swojemu nauczycielowi, Ignacemu Baranowskiemu [7].

W początkach lat 90. szeroko reklamowany był sposób leczenia gruźlicy narządowej tuberkuliną Kocha. Leczenie m.in. gruźlicy krtani tym środkiem zapoczątkowano w berlińskich klinikach Krausego i Ernsta Bergmanna, gdzie m.in. Baranowski, Heryng, Zygmunt Srebrny, Odon Bujwid bywali w gronie około dwóch tysięcy lekarzy. Wysłuchiwali odczytów, bardzo zresztą powściągliwych, ostrzegających przed zbytnim optymizmem, potwierdzających raczej diagnostyczne, niż terapeutyczne znaczenie metody, ujawniającej występowanie wszelkich skrytych ognisk gruźliczych. Metodę tę w sensie terapeutycznym wkrótce uznano za szkodliwą. Baranowski przewodniczył komisji, która w styczniu 1891 r. po

8-tygodniowej pracy przedstawiła wyniki swoich spostrzeżeń opartych na 80 chorych. Na łamach „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” w 1891 r. zdał sprawozdanie ze spostrzeżeń terapeutycznych, poczynionych w Warszawie. Słusznie konstatawał, że „każdy nowy środek leczniczy, zanim zyska uprawnienie w praktyce, winien być nie tylko zbadany na drodze doświadczalnej przez eksperymenty na zwierzętach, ale nadto działanie jego na ustrój ludzki musi być sprawdzone przez spostrzeżenia kliniczne. Im dany środek ważniejszy, im działa energiczniej na ustrój, tem większą bojaźliwość w jego początkowym stosowaniu zachować należy” [8].

W 1886 r., kiedy to, jak wspomniano, zmuszony był opuścić zajmowane stanowisko profesora, zamieszczono w „Gazecie Lekarskiej” zarys jego sylwetki. „Zasług jego na polu filantropii osobistej nikt by wyliczyć nie potrafił, bo nikt ich nawet dokładnie nie zna. Ilu młodym ludziom uratował zdrowie i życie, umożliwiając im wyjazd za granicę, ilu studentom dopomógł do ukończenia studiów, tego nawet obrachować by było niepodobieństwem, tembardziej, że jak zawsze tak i tutaj robi wszystko cicho i w tajemnicy” [...] „zawsze wesoły uśmiechnięty, niesłychanie łagodny i wyrozumiały w sądach o ludziach”

– tak niezwykle ciepło i, sądząc po analizie wielu materiałów źródłowych, obiektywnie, przedstawiono człowieka, znakomitego filozoficznie wykształconego lekarza, który oprócz rozumu posiadał także szeroko otwarte serce [9].

A dzisiejsi otorynolaryngolodzy chociaż w tak minimalnym zarysie jego dokonania w zakresie chorób gardła i krtani poznać powinni.

#### PIŚMIENNICTWO

1. A. Kierzek: *Rozwój warszawskiej myśli otolaryngologicznej w XIX wieku*. Wrocław 1997, s. 278; A. Kierzek:

- Otolaryngolodzy warszawscy w XIX wieku. Wrocław 1998, s. 440.
2. M. Łyskanowski: Wydział Lekarski Szkoły Głównej (w:) Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789–1950), pod red. M. Łyskanowskiego, A. Stapińskiego i A. Śródki. Warszawa 1990, s. 225, 228; A. Śródka: Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, tamże, s. 248, 254; A. Śródka: Odrodzony Uniwersytet Warszawski, tamże, s. 263; L. Zembruski: Cesarski Uniwersytet Warszawski i jego Wydział Lekarski 1905 – 1915. Warszawa 1939, s. 577–584; L. Czarkowski: Sylwetki profesorów Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim. Arch. Hist. Filoz. Med. 1927, T. VII, s. 118–122; A. Malinowski: Prof. Ignacy Baranowski. Tyg. Illustr. 1886, T.VII, S.IV, og. zb. nr 1374, s. 82–83; P. Szarejko: Słownik Lekarzy Polskich XIX wieku. Warszawa 1994, T. II, s. 7–10; A. Śródka: Rozwój nauk podstawowych i przedklinicznych (w:) Historia medycyny, pod red. T. Brzezińskiego. Wyd. II, Warszawa 1995, s. 247–248.
  3. J. Sędziak: *Rozwój laryngologii i ryngologii u poszczególnych narodowości*. Med. Kron. Lek. 1908, R. XLVII, Nr 16, s. 380; Pamiętniki Ignacego Baranowskiego (1840–1862), pod red. A. Wrzoska. Poznań 1923, s. 13; A. Kierzek: Bronisław Chrostowski (1852–1923) – lekarz i społecznik. Zdr. Publ. 1989, T. C, Nr 1, s. 50–522.
  4. Zakład Porady Lekarskiej. Kur. Warsz. 1864, Nr 14, s. 83–84; W. Kosmowski: *Lecznice warszawskie dla przychodzących chorych w świetle liczb*. Medycyna 1905, R. XXXII, Nr 4, s. 83.
  5. I. Baranowski: Sprawozdanie z rozprawy dra Bronisława Chojnowskiego pod tytułem: „O oddechu krtaniowym (*respiratio laryngealis*)”. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1867, T. LVIII, s. 174–187; B. Chojnowski: List otwarty Dr... do Dra Baranowskiego z powodu sprawozdania z rozprawy pod tytułem „O oddechu krtaniowym”. Gaz. Lek. 1867, R.II, T.III, Nr 16, s. 251–174; J. Skoda: *Abhandlung ueber Perkussion und Auskultation*. Wien 1864, s. 102.
  6. I. Baranowski: *Uleczalność suchot gardlanych i dzieło D-ra Herynga „O chirurgicznym leczeniu suchot krtani”*. Medycyna 1887, T.XV, Nr 40, s. 645–665; Z. Srebrny: Śp. Prof. Teodor Heryng. Warsz. Czasop. Lek. 1925, T.II, Nr 11, s. 846; Dr med. T. Heryng. Przeg. Lek. 1918, R. LVII, Nr 21, s. 166; T. Heryng: O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności. Warszawa 1887, s. 62, 67, 69, 84, 86.
  7. I. Fischer: *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre*. Munchen, Berlin 1962, s. 1473; A. Sokołowski: Pamiętniki. Med. Warsz. 1930, Nr 1., s. 18 et passim; Wiad. bież. Przeg. Lek. 1895, R. XXXIV, Nr 49, s. 701.
  8. T. Ostrowska: *Robert Koch i medycyna polska*. Arch. Hist. Med. 1961, T. XXIV, Z.3, s. 295–300; Z. Srebrny: Wspomnienie o tuberkulinie. Warsz. Czasop. Lek. 1932, R. IX, Nr 12–13, s. 275–278; I. Baranowski: Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą prof. R. Kocha. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1891, T. LXXXVII, s. 1 et passim.
  9. Prof. Ignacy Baranowski. Gaz. Lek. 1886, T. VI, S.II, R. XXI, Nr 23, s. 455–458.

Z prasy



## ŚWIATOWY DZIEŃ NEREK

8 marca po raz drugi obchodzony był Światowy Dzień Nerek, którego celem jest uświadomienie ludziom zagrożeń dla tych organów powodowanych przez wpływ cywilizacji. Akademia Medyczna w Warszawie włączyła się w obchody Światowego Dnia Nerek, organizując 10 marca 2007 r. dzień otwarty w poradni przy ul. Lindleya.



Prof. dr hab. M. Durlik

Zapraszamy do przeczytania wywiadu z prof. Magdaleną Durlik, opublikowanego 8 marca 2007 r. w *Rzeczpospolitej*.

### Transplantacja to najlepsza metoda leczenia

**Prof. dr hab. med.  
Magdalena Durlik**

Dyrektor Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie

Przeszczep nerki jest najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego – przedłuża życie i poprawia jego jakość. Jest też co najmniej o połowę tańsze od dializoterapii.

Każdy pacjent z nieodwracalną niewydolnością nerek powinien być rozważany jako potencjalny biorca przeszczepu nerkowego. Zabiegu przeszczepienia nerki wykonuje się u chorego leczonego dializami albo jeszcze przed rozpoczęciem dializoterapii (przeszczepienie wyprzedzające). Nerka do przeszczepu może pochodzić

od żywego dawcy spokrewnionego z pacjentem lub od zmarłego. Polskie prawodawstwo nie zezwa-



ła na przeszczepianie narządów od żywych osób niespokrewnionych. Wybór biorcy odbywa się na podstawie programu komputerowego, według algorytmu jednolitego dla wszystkich ośrodków transplantacyjnych. Przeszczep nerki otrzymuje biorca, którego tkanki są najbardziej zgodne z tkankami dawcy oraz pacjent najdłużej oczekujący.

## Akty prawne

Aspekty prawne transplantacji reguluje znowelizowana ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Stroną organizacyjną kieruje podlegające Ministerstwu Zdrowia Centrum Organizacyjno-Koordinacyjne Poltransplant. Do jego zadań należy koordynacja pobierania i przeszczepiania narządów, prowadzenie centralnego rejestru sprzeciwów, prowadzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczep, rejestrów przeszczepień i żywych dawców. Transplantologia jest jedną z najlepiej kontrolowanych dziedzin medycyny w Polsce. Każdy pacjent jest rejestrowany, a wyniki przeszczepiania nerek trafiają do Ministerstwa Zdrowia w corocznych raportach.

## Liczby

Pierwszego udanego zabiegu przeszczepienia nerki od zmarłego dawcy dokonał 26 stycznia 1966 r. w Akademii Medycznej w Warszawie zespół kierowany przez wybitnego chirurga **prof. Jana Nielubowicza**, przy współpracy nefrologa, **prof. Tadeusza Orłowskiego**. Dziś zabiegi przeszczepienia nerki wykonywane są w 18 ośrodkach transplantacyjnych w Polsce, w tym w jednym pediatrycznym (Centrum Zdrowia Dziecka). U chorych z cukrzycą wykonuje się zabiegi jednoczasowego przeszczepienia nerki i trzustki – wówczas pacjenci nie wymagają leczenia insuliną, zahamowany zostaje postęp powikłań cukrzycy.

Do końca 2006 r. w Polsce wykonano 12 908 zabiegów przeszczepienia nerki. W 2006 r. przeszczepiono nerki łącznie 917 biorcom. To mniej niż w 2005 r., w którym przeszczepiono 1069 nerek. Średni wiek biorców nerek w Polsce wynosi około 42 lat, a czas oczekiwania na przeszczep – około 30 miesięcy. Liczba transplantacji (23,6 na milion przy zapotrzebowaniu 50 na milion mieszkańców) mieści się w średniej europejskiej, wykonujemy więcej transplantacji niż Niemcy czy Włosi, ale mniej niż Austriacy, Francuzi i Czesi. W Europie przodują Hiszpanie, gdzie liczba transplantacji wynosi około 47 na 1 mln mieszkańców.

Zwiększenie puli dawców to jedno z wyzwań medycyny transplantacyjnej. Rozwiązaniem jest lepsze pozyskiwanie nerek od dawców zmarłych oraz liczniejsze przeszczepy od dawców żywych. Odsetek transplantacji nerek od żywego dawcy jest w Polsce bardzo niski – nie przekracza 3 proc. Dla porównania – w USA wynosi ponad 50 proc., a w Szwecji i Norwegii – 40 proc. W 2006 r. jedynie w 18 przypadkach nerki pobrano od żywego dawcy. Pacjenci zgłaszani są przez stacje dializ na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie (KLO) prowadzoną przez Poltransplant. W 2006 r. w KLO zarejestrowanych było 2301 potencjalnych biorców, w tym nowych zgłoszeń odnotowano 1196.

Liczba zgłaszanych do przeszczepienia nerki chorych dializowanych jest stanowczo za niska, wynosi tylko około 8 proc., a powinna sięgać co najmniej 15 proc. Różną aktywność wykazują poszczególne stacje dializ – najlepsze zgłaszają do transplantacji nawet 25 proc. swoich chorych.

## Bariery

Przyczyny zbyt małej w stosunku do potrzeb liczby transplantacji nerek to m. in. bariery etyczne, obyczajowe, brak powszechnej ak-

ceptacji społecznej dla pobierania narządów od zmarłych, trudności organizacyjne i ograniczenia finansowe. Przeszczepienie nerki jest drogą procedurą medyczną, ale z ekonomicznego punktu widzenia o połowę tańszą niż dializoterapia. Pokonywaniu tych barier służy akcja edukacyjna, kampanie medialne prowadzone przez Poltransplant, Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, organizacje pacjentów po przeszczepieniu oraz niedawno powstała Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej. W 2006 r. powołano w Akademii Medycznej w Warszawie Studium Koordynatorów Pobierania i Przeszczepiania Narządów. Będzie ono szkoliło lekarzy i pielęgniarki dla celów medycyny transplantacyjnej.

## Wyniki

Transplantologia to dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny, w której odnotowuje się olbrzymi postęp. Przeszczepianie nerek to powszechnie uznawana, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia. Dobre, porównywalne ze światowymi, wyniki przeszczepiania nerek w Polsce to efekt m. in. pokonywania barier immunologicznych transplantacji, udoskonalenia sposobów ich przechowywania przed przeszczepieniem, rozwoju technik chirurgicznych, wprowadzania nowych skutecznych leków immunosupresyjnych oraz zapobiegania i leczenia powikłań infekcyjnych. Roczne przeżycia przeszczepu nerki wynoszą 95 proc., a pięcioletnie – 77 proc. Problemem pozostaje jednak poprawa tzw. wyników odległych, gdyż z czasem dochodzi do utraty funkcji przeszczepionej nerki i konieczności ponownego leczenia dializami lub wykonania kolejnej transplantacji. Czynniki przeszczep nerki po dziesięciu latach ma ponad połowa pacjentów.

## KOMUNIKATY

### Akademia Medyczna na targach edukacyjnych

W dniach 1-3 marca 2007 roku w Warszawskim Centrum EXPO XXI odbyła się siódma już edycja międzynarodowych targów edukacyjnych organizowanych przez Wydawnictwo Perspektywy Press.



Stoisko AM

Podczas VII Międzynarodowego Salonu Edukacyjnego Perspektywy 2007 swoją ofertę prezentowało ponad 100 uczelni wyższych z całej Polski, a także blisko 130 uczelni i instytucji edukacyjnych z 21 państw, w tym głównie z krajów europejskich. Wśród wystawców znajdowała się również Akademia Medyczna w Warszawie, którą na stoisku reprezentowali pracownicy Biura Karier, Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia oraz Biura Obsługi Działalności Podstawowej. Profesjonalną aranżację stoiska oraz materiały informacyjne zapewniło Biuro Informacji i Promocji.

W trakcie trzech dni targów nasze stoisko odwiedziło ponad tysiąc osób. Świadczy o tym liczba rozdanych broszur informacyjnych. Rozeszła się większość z 14 tysięcy wydrukowanych ulotek dotyczących rekrutacji na poszczególne kierunki i specjalności.

Największym zainteresowaniem tradycyjnie już cieszyły się kierunki lekarski i farmaceutyczny – mówi dr Henryk Rebandel z Uczelnianej Komisji Rekrutacyjnej, ale niemalże równie popularne były pielęgniarstwo i położnictwo.

Kandydaci na studia mogli nie tylko uzyskać szczegółowe informacje na temat oferty edukacyjnej i rekrutacji, ale także porozmawiać ze studentami, którzy wspólnie z pracownikami uczelni reprezentowali ją na stoisku i chętnie odpowiadali na pytania swoich młodszych koleżanek i kolegów.

### Sesja naukowo-historyczna poświęcona prof. Marcnowi Kacprzakowi

23 marca 2007 r. w sali Senatu odbyła się sesja naukowo-historyczna poświęcona pamięci prof. Marcina Kacprzaka, rektora Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1955-1962.



Wykład ilustrowano slajdami

Prof. Marcin Kacprzak był także prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej oraz reaktywatorem i prezesem Polskiego Towarzystwa Higienicznego.

Sesję pamiątkową zorganizowali wspólnie: Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, Polskie Towarzystwo Higieniczne, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

### „Przebij się!”

Katarzyna Lachowska

Biuro Karier Akademii Medycznej w Warszawie

24 marca 2007 r. w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się szkolenie dla studentów na temat planowania kariery.

Szkolenie zostało zorganizowane przez Biuro Karier w ramach wdrażania swojej misji „przygotowania i wsparcia studentów i absolwentów Akademii Medycznej w procesie planowania i realizacji kariery zawodowej”. Stanowiło kolejny etap programu „Przebij się!” realizowanego przez Stowarzyszenie Edukacja Bez Granic. Szkolenie miało charakter bezpłatny i było finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa.

Udział w szkoleniu był oferowany studentom wszystkich kierunków studiów. W grupie 42 uczestników dominowali studenci kierunków: farmaceutycznego, lekarskiego i pielęgniarstwa. Ośmiogodzinne zajęcia w formie prezentacji i warsztatów poprowadzili trenerzy posiadający wieloletnie doświadczenie w obszarze rekrutacji i selekcji kandydatów do pracy.

Program szkolenia obejmował zagadnienia analizy własnych preferencji zawodowych, trendów na rynku pracy i potrzeb pracodawców, pisania CV i listu motywacyjnego oraz przygotowania do rozmowy kwalifikacyjnej. Podczas intensywnych zajęć uczestnicy zdobyli lub pogłębili swoją wiedzę i umiejętności z powyższego zakresu. Na zakończenie wręczone im zostały dyplomy potwierdzające udział w szkoleniu.



## Dzień otwarty w Akademii Medycznej

Blisko dwa tysiące kandydatów odwiedziło w sobotę, 24 marca, warszawską Akademię Medyczną podczas dnia otwartego. W trakcie oficjalnych spotkań, jak też indywidualnych rozmów pracownicy i studenci uczelni prezentowali ofertę kierunkową i odpowiadali na pytania dotyczące rekrutacji.

Choć główne spotkanie w auli miało rozpocząć się dopiero o godz. 10, to już od wczesnych godzin porannych przed budynkiem Centrum Dydaktycznego gromadzili się kandydaci, którzy docierali tu nie tylko z Warszawy i województwa mazowieckiego, ale także z najdalszych zakątków Polski.

Punktualnie o godz. 10 rozpoczął się cykl spotkań z kandydatami, podczas których przedstawiciele uczelni opowiadali o studiach, kierunkach i rekrutacji, a także odpowiadali na pytania. Pracowników uczelni wspierali w tym zadaniu licznie przybyli, pomimo weekendu, studenci różnych wydziałów, kierunków i specjalności.

– Kandydaci najczęściej pytali o to, jakie przedmioty trzeba zdawać na maturze i na jakim poziomie – mówi jeden z przedstawicieli uczelni. – Interesowali się również tym, ile trzeba było uzyskać punktów w zeszłorocznej rekrutacji, aby zostać przyjętym na wybrany kierunek, a także ilu było kandydatów na jedno miejsce.

Z kolei obecnych w trakcie dnia otwartego studentów kandydaci pytali najczęściej o poziom trudności studiów, atmosferę na uczelni i relacje z wykładowcami.

W holu na parterze, przy głównym stoisku uczelni kandydaci mogli otrzymać ulotki zawierające informacje o rekrutacji na poszczególne kierunki studiów i specjalności, a także otrzymać na pamiątkę drobne gadżety uczelniane. Przy okazji Biuro

Informacji i Promocji rozdawało ankiety na temat tego, skąd kandydaci czerpią wiedzę o uczelni, studiach, kierunkach i rekrutacji.

– Udało nam się zebrać blisko 700 wypełnionych ankiet, z których dowiemy się nie tylko tego, z jakich źródeł informacji korzystają kandydaci, ale również, jakie czynniki decydują o wyborze uczelni lub kierunku studiów – mówi Jacek Polkowski, szef promocji AM. – Dzięki temu będziemy mogli zweryfikować nasze dotychczasowe działania marketingowe i zaplanować jeszcze bardziej skuteczne kampanie.

Uczelnia zadbała o to, aby dzień otwarty nie był wypełniony tylko oficjalnymi spotkaniami. Przez cały czas w holu na pierwszym piętrze trwały prezentacje studenckie. Przy stoiskach wydziałów studenci starali się zainteresować młodszych kolegów i w niecodzienny sposób przekonać ich do studiowania na swoich kierunkach. Przy okazji więc kandydaci mogli zbadać sobie poziom cukru, ciśnienie krwi, nauczyć się obchodzenia z noworodkiem, czy dowiedzieć, jak pomagać osobom poszkodowanym w nagłych wypadkach.

Jednak najbardziej spektakularne prezentacje mieli studenci wydziału farmaceutycznego. Przy ich stoliku, szczególnie zastawionym próbkami, zlewkami i odczynnikami chemicznymi, raz po raz wybuchały kłęby dymu i iskier, co wzbudzało zachwyt wśród ściśniętego wokół tłumu kandydatów.

Swoje stoiska wystawiły również najważniejsze organizacje studenckie – samorząd uczelniany oraz oddziały Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA oraz Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny EMSA.

## Wykład otwarty – Sepsa – nie tylko meningokoki

28 marca 2007 r., o godz. 11<sup>30</sup> w Auditorium im. Prof. Koskowskiego na Wydziale Farmaceutycznym AM przy ul. Banacha 1 dr Bohdan J. Starościk z Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie wygłosił wykład: **Sepsa – nie tylko meningokoki**.

W ciągu ostatnich miesięcy media wielokrotnie donosiły o nowych przypadkach sepsy, czyli reakcji zapalnej organizmu na zakażenie. Sepsa, zwana także posocznica, jest bardziej powszechna, niż się sądzi – umiera na nią więcej osób niż na zawał serca. W USA rocznie występuje 750 tys. przypadków sepsy, w Polsce – 30 tys.

Aby zwiększyć świadomość mieszkańców Warszawy na temat posocznicy, Wydział Farmacji Akademii Medycznej w Warszawie zorganizował wykład otwarty, w trakcie którego zostaną poruszone m.in. następujące tematy:

- jakie są czynniki zakażenia?
- jak można uniknąć zakażenia?
- dlaczego sepsa najczęściej atakuje młodzież i wojsko?
- czy sepsę wywołują wyłącznie meningokoki?

## Wyniki rankingu jednostek naukowych AM

Na stronie internetowej Uczelni ([www.am.edu.pl](http://www.am.edu.pl)) opublikowano wyniki rankingu oceniającego działalność jednostek naukowych Akademii Medycznej w Warszawie w 2006 roku. Ranking został opracowany na podstawie wypełnionych przez kierowników jednostek ankiet zbiorczych dorobku naukowego za rok 2006.

Raport dostępny jest wyłącznie z komputerów znajdujących się w sieci uczelnianej.