



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXIX

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 5/2007

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Prof. dr hab. Mirosław Łuczak – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Karolina Gwarek – redakcja i korekta
Mgr Małgorzata Pietkiewicz – redakcja i korekta

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:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. (022) 5720-615
e-mail: mdw@am.edu.pl
www.am.edu.pl/biuletyn/index.html

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

Skład i druk:

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

Spis treści

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Bożena Werner, Tomasz Floriańczyk, Izabela Janiec</i> 42 Spotkanie Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Dziecięcej	2
<i>Edyta Krzych-Fałta</i> Warszawskie Dni Nauki o Zdrowiu	5
<i>Wojciech Maselbas</i> Wybory Władz Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce	7
<i>Anna Barańczyk-Kuźma</i> Ogólnopolski Konkurs Wiedzy Biochemicznej „SUPERHELISA 2007”	8
<i>Elwira Zielińska</i> Z posiedzenia Senatu AM w Warszawie	10

NAUKA

<i>Jan Tatoń</i> Zwyciężyć cukrzycę	15
Obrony prac doktorskich	24
<i>Andrzej Folga, Agnieszka Gawecka, Anna Maria Celińska, Karolina Świtaj</i> Streszczenia prac doktorskich	25

HISTORIA

<i>Marek Krawczyk</i> Dzieje I WL AM w Warszawie (1809-2006)	29
---	----

Z ŻYCIA STUDENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

<i>Karolina Gwarek</i> Student w Parlamencie	37
<i>Grażyna Sygitowicz</i> Analityka Medyczna na 11 Pikniku Naukowym Radia „BIS”	39

KOMUNIKATY

Promocja absolwentów Wydz. Farmaceutycznego	41
Walka o indeks AM	41
Drugie spotkanie stomatologów	42
Proper Medical Writing	42
Teatr Akademii Medycznej	42
Medykalia 2007	43
VIII Międzynarodowy Kongres PTT	44

42 Spotkanie

Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Dziecięcej, Warszawa 2007

prof. dr hab. Bożena Werner
dr Tomasz Floriańczyk
lek. Izabela Janiec

Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej
AM w Warszawie

Doroczny Zjazd Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Dziecięcej stanowił przegląd aktualności z tej dziedziny medycyny. Program zawierał wykład honorowy prof. Shakeel Qureshi z Londynu, trzy sesje *State of art* (leczenie hybrydowe wad serca, późne problemy po operacjach Fontana, arytmie), sesje satelitarne na temat metod leczenia ubytków przegrody międzykomorowej, wrodzonej koarktacji aorty, nadciśnienia płucnego, nowych metod wizualizacji wad serca i oceny funkcji komór serca, a ponadto sesje abstraktowe, plakatowe oraz wystawę sprzętu medycznego.

W dniach 16–19 maja 2007 r. w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie, odbyło się 42 spotkanie Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Dziecięcej (AEPC – Association for European Pediatric Cardiology). Doroczny kongres Towarzystwa jest najważniejszym naukowym i dydaktycznym wydarzeniem dla rzeszy kardiologów dziecięcych. Najnowsza myśl naukowa przybliża również lekarzy innych specjalności. W warszawskim kongresie udział wzięło 540 osób (AEPC liczy około 800 członków), w tym 85 Polaków, którzy przedstawili 39 prac, wygłosili 5 wykładów plenarnych i przewodniczyli 18 sesjom.

Konferencja rozpoczęła się szkoleniem *teaching course*, którego tematem były problemy opieki nad dorastającą młodzieżą i młodymi dorosłymi z wrodzonymi wadami serca. Dużo uwagi poświęcono procesowi przekazania pacjenta pediatrycznego z wrodzoną wadą serca pod opiekę kardiologów dla dorosłych. Dyskutowano nad organizacją opieki nad młodymi dorosłymi po operacjach kardiochirurgicznych i leczeniu metodami kardiologii interwencyjnej wrodzonych wad serca. Przedstawiono stany zagrożenia życia, przyczyny i sposoby zapobiegania nagłej śmierci sercowej. Szczegółowo omówiono schorzenia aorty, z wyodrębnieniem problemów u pacjentów z zespołem Marfana, zagadnienia niewydolności serca u dorosłych z wrodzonymi wadami serca, w tym prawokomorowej niewydolności serca u pacjentów po korekcji zespołu Fallota i czynnościowej korekcji przełożenia wielkich pni tętniczych. Dużo uwagi poświęcono problemom ciąży, jakości życia i aktywności fizycznej.

Podczas uroczystej inauguracji kongresu nadano tytuł honorowego członka AEPC profesor Krystynie Kubickiej, wieloletniemu kierownikowi Kliniki Kardiologii Dziecięcej IP CZD. Wykład inauguracyjny „*Mannheimer Lecture*” poświęcony problemom opieki kardiologicznej u dzieci w krajach o niskim dochodzie narodowym, wygłosił profesor Shakeel Qureshi. Niespodzianką było przybycie na ceremonię otwarcia córki profesora Edgara Mannheimera, studentki medycyny ze Sztokholmu oraz adoptowanej córki pani Annette Mannheimer,



Prof. Wanda Kawalec otwiera obrady 42 Spotkania AEPC

która zaszczyliła zgromadzonych koncertem na skrzypcach. Ponadto uroczystość uświetniły występy grupy MoCarta.

Drugi dzień obrad rozpoczęły spotkania grup roboczych AEPC. Tematem wiodącym Sekcji Kardiologii Interwencyjnej były sukcesy i niepowodzenia w pediatrycznych pracowniach hemodynamicznych. Sekcja Obrazowej Diagnostyki Kardiologicznej dyskutowała nad osiągnięciami w dziedzinie echokardiografii, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej i badaniami molekularnymi. Natomiast Sekcja Pediatrycznej Intensywnej Opieki Kardiologicznej zaprezentowała strategię optymalnego przed i pooperacyjnego postępowania u dzieci z zespołem niedorozwoju lewego serca.

W kolejnych dniach kongresu, Sekcja Kardiologii Płodowej obradowała nad nowymi technikami kardiologicznego obrazowania u płodu oraz przedstawiła wstępne wyniki europejskich badań nad blokiem serca u płodu. Sekcja Zaburzeń Rytmu Serca i Elektrofizjologii przygotowała sesję, poświęconą leczeniu dzieci za pomocą wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów. Tematem obrad



Córki prof. Edgara Manheimera

Sekcji Kardiochirurgicznej były problemy u pacjentów ze złożoną atrezią płucną. Sekcja Genetyki Wrodzonych Wad Serca zajęła się aspektami genetycznymi w wadach zastawkowych, a Sekcja Anatomiczna przygotowała niezwykle interesującą sesję poświęconą kardiomiopatiom. Prof. G. Thiene z Padwy wyraził pogląd, że w klasyfikacji kardiomiopatii niesłusznie wyróżnia się kardiomiopatię nadciśnieniową i niedokrwienną, gdyż nie są one spowodowane pierwotną chorobą mięśnia serca. Omówiono również obszernie

najnowszą wiedzę na temat arytmogenicznej kardiomiopatii prawej komory i izolowanego niescalenia lewej komory serca.

Program naukowy kongresu był bogato wypełniony wykładami plenarnymi, sesjami abstraktowymi i plakatowymi. Po raz pierwszy w historii spotkań AEPC wprowadzono moderowane sesje plakatowe, podczas których dyskutowano nad wiodącymi zagadnieniami z różnych dziedzin kardiologii dziecięcej.

Największe wrażenie na uczestnikach wywarły sesje *State of art*. Czwartkowa sesja była poświęcona innowacyjnym zabiegom hybrydowym u dzieci. Metoda ta polega na jednoczesnym leczeniu wrodzonych wad serca kardiochirurgicznie oraz za pomocą kardiologii interwencyjnej. Nowością było zaprezentowanie pracowni do zabiegów hybrydowych, wyposażonej dodatkowo w stanowisko do kardiologicznego rezonansu magnetycznego, pozwalające na bieżącą ocenę leczenia hybrydowego nie tylko za pomocą tradycyjnej fluoroskopii, ale również obrazowania NMR.

W czasie piątkowej sesji kompleksowo omówiono zagadnienia operacji wrodzonych wad serca u dzieci metodą Fotana oraz przedstawiono odległe wyniki leczenia.



Prof. Krystyna Kubicka odbiera tytuł honorowego członka AEPC



Dr Doris Ehringer-Schetitska z *Gottfried von Preyer'sches Kinderspital* w Wiedniu i prof. Bożena Werner w czasie galowego obiadu w Zamku Królewskim w Warszawie

Pod względem dydaktycznym bardzo cenna była prezentacja *Cardio-Replica*, podczas której uczestnicy podzieleni na małe grupy, mogli dokładnie obejrzeć anatomię niektórych wrodzonych wad serca na modelach gipsowych, a także symulacje komputerowe przedstawiające ich ontogenezę. Omówiono między innymi różnice anatomopatologiczne zespołu Fallota i odejścia wielkich pni tętniczych z prawej komory serca.

Na konferencji wiele uwagi poświęcono nadciśnieniu płucnemu w populacji pediatrycznej, co odzwierciedla problematykę tego zagadnienia w codziennej praktyce. Zwracano uwagę, że brakuje jednoznacznych wytycznych diagnostycznych i terapeutycznych u dzieci, a obecne w dużej mierze bazują na zaleceniach dla dorosłych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2004 roku. Skuteczność nowych leków: wziewnych analogów prostacykliny, sildenafilu czy bosentanu dotychczas była badana na niewielkich grupach populacji dziecięcej.

Należy zauważyć, że obrady przebiegały w konstruktywnej naukowej atmosferze, a burzliwe dyskusje sprzyjały zaangażowaniu uczestników w sesje. Program socjalny podczas kongresu był imponujący. Galowy obiad w Zamku Królewskim uświetnił koncert muzyki dawnej w wykonaniu zespołu *Il tempo*. Spotkanie młodych członków AEPC (*Junior Members*) odbywało się w jazzowym klubie *Tygmont* przy dźwiękach bluesowo-jazzowego zespołu *Kadabra*. Do grona *Junior Members* dołączyli w tym roku lekarze, zatrudnieni w Klinice Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej Akademii Medycznej w Warszawie: lek. Izabela Janiec, lek. Radosław Pietrzak i dr n. med. Tomasz Floriańczyk. Są oni jedynymi Polakami – młodymi członkami, być może za ich przykładem zgłoszą się następnymi lekarze. Dla młodych członków AEPC stale organizuje kursy i warsztaty dydaktyczne na bardzo atrakcyjnych warunkach, co owocuje znakomitym wyszkoleniem młodych lekarzy, a także ich integracją ze środowiskiem medycznym Zjednoczonej Europy. Po zakończeniu kongresu, w sobotę część uczestników pojechała na wycieczkę do Żelazowej

Woli i wysłuchała koncertu chopinowskiego w kościele w Brochowie. Ponadto zorganizowano wycieczkę przed konferencją (Kazimierz Dolny/Janowiec) oraz po konferencji (Kraków/Wieliczka).

Komitet Organizacyjny kongresu, którego przewodniczącą była prof. Wanda Kawalec (sekretariat naukowy: prof. Grażyna Brzezińska-Rajszyś, prof. Bohdan Maruszewski, członkowie komitetu: prof. Jacek Białkowski, doc. dr hab. n. med. Katarzyna Bieganowska, prof. Waldemar Bobkowski, dr hab. n. med. Piotr Burczyński, dr n. med. Janusz Czarnecki, dr hab. n. med. Joanna Dangel, dr hab. n. med. Joanna Książyk, dr n. med. Anna Turska-Kmieć, prof. Jadwiga Moll, prof. Bożena Werner) zebrał wyrazy wielkiego uznania za znakomitą organizację oraz wysoki poziom naukowy spotkania.

Od powstania Towarzystwa w 1963 roku w całej jego historii zaszczyt organizacji spotkania powierzono polskim kardiologom dziecięcym tylko raz – w 1972 roku. Wybór Polski jako organizatora kongresu dowodzi rosnącej rangi polskiej kardiologii dziecięcej na forum międzynarodowym.



Uczestnicy 42 Spotkania AEPC licznie zgromadzeni w auli

WARSZAWSKIE DNI NAUKI O ZDROWIU

– I Studenckie Sympozjum Naukowe

11–12 maja 2007

mgr Edyta Krzych-Fałta

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych AM w Warszawie

W dniach 11-12 maja 2007 r. w auli wykładowej Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się I Studenckie Sympozjum Naukowe „Warszawskie Dni Nauki o Zdrowiu”, zorganizowane przez Koło Naukowe i Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych AM. Honorowy patronat nad sympozjum objęli: prof. dr hab. Zbigniew Religa – Minister Zdrowia RP, prof. dr hab. Piotr Zaborowski – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM w Warszawie oraz prof. dr hab. Hanna Gronkiewicz-Waltz – Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy.

W inauguracyjnej części konferencji uczestników powitali: prof. Bolesław Samoliński i Rzecznik Ministerstwa Zdrowia dr Paweł Trzciniński. Do zebranych zwrócił się również prof. Piotr Zaborowski, który życzył wszystkim udanej debaty oraz podkreślił znaczenie zagadnień nauki o zdrowiu dla medycyny. W ciekawy sposób omówił kwestię profilaktyki chorób. Jak stwierdził, w tradycji zachodniej od wieków dominuje postawa zmagania się lekarza z chorobą pacjenta. Obecnie wiadomo jednak, że profilaktyka jest znacznie bardziej ekonomiczna, a w dodatku z reguły mniej ryzykowna od terapii. Lekarz niemyślący o profilaktyce jest nie tylko nie-

nowoczesny, ale i źle wykształcony. Dlatego zagadnienia nauki o zdrowiu, w tym zwłaszcza profilaktyki chorób, mają dziś decydujące znaczenie.

Po krótkim wstępie prof. Zaborowskiego, rozpoczęła się właściwa część sympozjum, obejmująca:

- wykłady, które wygłosili prof. dr hab. Bolesław K. Samoliński, prof. dr hab. Jerzy Szczerbań, prof. dr hab. Teresa B. Kulik, prof. dr hab. Zdzisław Wójcik, dr hab. Andrzej Starczewski, dr inż. Barbara Piekarska,
- konkurs studenckich prac naukowych, w którym zmierzyło się 23 uczestników – studentów wydziałów nauki o zdrowiu w akademiach medycznych w Polsce.

W pierwszym dniu konferencji (11 maja) jury w składzie: dr inż. Barbara Piekarska, dr n. med. Mariusz Gujski oraz Mi-

chał Bieńkowski przyznało trzy miejsca:

• **miejsce I:**

– Aleksandra Chojnacka i Justyna Filipowicz (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Zdrowie Publiczne) za pracę „Styl życia nastolatków. Studium porównawcze na przykładzie młodzieży gimnazjalnej”,

• **miejsce II:**

– Anna Gasińska i Beata Piłka (Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, kierunek Dietetyka) za pracę „Antyoksydanty w żywności kontra stres oksydacyjny”,

• **miejsce III:**

– Agnieszka Kicman, Ilona Laskus, Andrzej Młynarczyk, Mirosław Łuczak (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek



W Sympozjum uczestniczyli m.in. prof. Zdzisław Wójcik, prof. Jerzy Szczerbań i prof. Piotr Zaborowski

Zdrowie Publiczne) za pracę „Wykrywanie drobnoustrojów alarmowych”.

W drugim dniu konferencji (12 maja) jury przewodniczyli dr hab. Jerzy B. Karski i dr n. soc. Paweł Trzciniński. Wyróżniono:

• **miejsce I:**

– Łukasz Strączek, Adrian Rode, Magdalena Szulc (AM we Wrocławiu, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Zdrowie Publiczne) za pracę pt.: „Analiza zabezpieczenia miasta Wrocławia przez wyjazdowe zespoły ratownictwa medycznego”,

– Agnieszka Samolińska, Baszar El-Helou, Urszula Koszczuk (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zdrowie Publiczne) za pracę pt.: „Skuteczność redukcji masy ciała u osób otyłych objętych programem edukacyjno-odchudzającym, przeprowadzonym przez studentów drugiego roku Dietetyki AM w Warszawie 2006”,

– Katarzyna Ulańska, Justyna Romanowska, Barbara Baranowska (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Położnictwo) za pracę pt.: „Wybory zawodowe podejmowane przez studentów kierunku Położnictwo Wydziału Nauki o Zdrowiu”,

– Ewelina Napieralska (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu) za pracę pt.: „Plany i perspektywy zawodowe studentów poznańskich uczelni w kontekście predyspozycji do występowania depresji”.

• **miejsce II:**

– Dawid Sikora, W. Cezary Włodarczyk (Uniwersytet Jagielloński, Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania) za pracę pt.: „Czy możliwy jest brak lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia?”,

– Monika Kalińska, Ewa Dmoch-Gajzlarska, Grażyna Bączek (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Położni-



W organizację konferencji zaangażowali się studenci AM (na zdjęciu z mgr Edytą Krzych-Faltą)

ctwo) za pracę pt.: „Wpływ wyczerpanego uprawiania gimnastyki artystycznej na zdrowie i prokreację kobiet”,

– Ilona Laskus, Agnieszka Kicman-Gawłowska (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Zdrowie Publiczne) za pracę pt.: „Programy profilaktyczne na przykładzie powiatu otwockiego”.



Prof. Bolesław Samoliński przedstawił wykład nt. środowiskowych warunków chorób alergicznych błony śluzowej nosa

• **miejsce III:**

– Alicja Krauze, Katarzyna Dworacka (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Zdrowie Publiczne) za pracę pt.: „Szanse rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce a opinie mieszkańców Warszawy i Zamościa”,

– Michał Bienkowski, Adam Lusawa, Antoni Grzanka (AM w Warszawie, Wydział Nauki o Zdrowiu, kierunek Zdrowie Publiczne) – „Electronic Medical Records (EMR) – elektroniczny zapis medyczny, porównanie wybranych systemów na świecie”.

Uzupełnieniem programu konferencji była impreza integracyjna z licznymi atrakcjami, zorganizowana w Klubie Medyka.

Warszawskie Dni Nauki o Zdrowiu były pierwszym tego typu przedsięwzięciem w skali kraju, kierowanym do studentów wydziałów nauki o zdrowiu polskich akademii medycznych. Dzięki dużemu zainteresowaniu ze strony uczestników kontynuacja naszego cyklu spotkań odbędzie się w najbliższej przyszłości przy współpracy z Akademiami Medycznymi w Lublinie i we Wrocławiu.

Wybory Władz

Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce

dr Wojciech Masełbas

Prezes Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce

W dniu 24 maja 2007 r. w Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się Walne Zebranie Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce.

Stowarzyszenie istnieje od 1998 roku. Jest organizacją typu *non-profit* reprezentującą osoby, organizacje i przedsiębiorstwa, które zajmują się problemem badań klinicznych leków. W jego skład wchodzi przedstawiciele polskich i zagranicznych sponsorów badań klinicznych (firm farmaceutycznych), organizacji prowadzących badania na zlecenie (CRO, SMO), członkowie komisji bioetycznych oraz reprezentanci środowisk medycznych, naukowych i akademickich. Organizacja działa zgodnie z ustawą o stowarzyszeniach oraz zatwierdzonym statutem. Jej celem jest propagowanie wiedzy na temat badań klinicznych leków i Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP) w polskim środowisku medycznym i naukowym. W tym celu organizowane są liczne warsztaty poświęcone problematyce GCP i monitorowaniu bezpieczeństwa leków oraz spotkania branżowe i dyskusje dotyczące jakości w badaniach klinicznych.

Walne Zebrania Stowarzyszenia organizowane są raz do roku. Ostatnie spotkanie było szczególnie, gdyż wiązało się z wyborami nowych władz organizacji. Zostało ono także uświetnione wykładami znamienitych gości. Jako pierwszy wystąpił Daniel Gralak –

Dyrektor Departamentu Wytwarzania Głównego Inspektora Farmaceutycznego, który przedstawił aktualne wymagania dotyczące przywozu badanego produktu leczniczego z obszaru Wspólnoty, importu z państw trzecich, magazynowania oraz dystrybucji produktu leczniczego z przeznaczeniem do badań klinicznych.

Jako drugi z zaproszonych gości przemawiał dr Marek Czarkowski, Przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Komisje bioetyczne to niezależne ciała powoływane m.in. przez samorząd lekarski oraz akademie medyczne do opiniowania projektów badawczych (eksperymentów medycznych, badań klinicznych) z udziałem ludzi. Staraniem dra Czarkowskiego udało się wreszcie powołać instytucję, która w zamierzeniu skoordynuje działalność polskich komisji bioetycznych – Ośrodek Bioetyki. Ośrodek powołał samorząd lekarski (Naczelna Rada Lekarska) w lutym br. W kwietniu została powołana Rada Ośrodka (w jej składzie znalazł się Prezes NRL, dr Konstanty Radziwiłł) oraz jej Przewodniczący (dr Czarkowski). Jednym z pierwszych wymiernych działań Ośrodka jest uruchomienie strony internetowej, zawierającej m.in. przydatne teksty przepisów, wytycznych i publikacji związanych z bioetyką badań i eksperymentów. Kolejnym działaniem zapowiedzianym przez dra Czarkowskiego jest stworzenie vademecum dla komisji bioetycznych na temat opiniowania procesu uzyskiwania świadomej zgody uczestników badań i eksperymentów oraz związanych z nim dokumentów i formularzy. Członkowie Stowarzyszenia mają nadzieję na bardzo dobrą współ-

pracę z Ośrodkiem – wola wsparcia, pomocy i wspólnego działania została zadeklarowana na Walnym Zebraniu.

Ostatni wykład należał do dra Jean-Pierre Tassignon, prezesa European Forum for Good Clinical Practice, wykładowcy i egzaminatora szkoleń z medycyny farmaceutycznej. Dr Tassignon przedstawił wizję współpracy wielu środowisk w planowaniu i prowadzeniu badań klinicznych, nie wykluczając organizacji pacjentów oraz organizacji *non-profit*, jaką jest Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce.

Po wykładach odbyły się wybory nowych władz Stowarzyszenia. Zarząd kadencji 2007–2010 stanowią: Wojciech Masełbas (Prezes), Piotr Iwanowski (Wiceprezes), Grzegorz Bukato (Skarbnik) oraz członkowie – Katarzyna Milczarek, Marcin Ossowski, Beata Rygiel-Żbikowska, Anna Szeniawska.

Najbliższe działania, które zostaną podjęte staraniem nowego zarządu, to przygotowanie drugiego wydania podręcznika „Badania kliniczne – organizacja, nadzór, monitorowanie”, który był pierwszą tego typu publikacją w Polsce. Dzięki integrowaniu działań sponsorów i organizacji prowadzących badania na zlecenie (CRO), Stowarzyszenie ma nadzieję jeszcze skuteczniej wpływać na podwyższanie jakości i efektywności badań prowadzonych w Polsce, przy jednoczesnym wspieraniu inicjatyw zmierzających do zwiększenia bezpieczeństwa farmakoterapii.

Szczegółowe dane na temat Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce można znaleźć na stronie www.gcpl.org.pl

Ogólnopolski Konkurs Wiedzy Biochemicznej Studentów Wydziałów Lekarskich

„SUPERHELISA 2007”

prof. dr hab.

Anna Barańczyk-Kuźma

Kierownik Katedry i Zakładu
Biochemii I Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej
w Warszawie

W dniach 21–22 maja odbył się, zorganizowany przez Katedrę i Zakład Biochemii I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie – Ogólnopolski Konkurs Wiedzy Biochemicznej Studentów Wydziałów Lekarskich „SUPERHELISA 2007”. Była to czwarta edycja Konkursu, który po raz pierwszy w 2004 r. zorganizował Zakład Biochemii i Chemii Pomorskiej AM, a w kolejnych latach Katedra i Zakład Biochemii AM w Poznaniu i Zakład Biochemii Coll. Med. w Bydgoszczy. Konkurs składał się z trzech etapów: etap I – test zawierający 100 pytań, na które należało odpowiedzieć w czasie nie dłuższym niż 100 min, etap II – część pisemna składająca się z 5 pytań przekrojowych i trwająca 50 min, oraz etap III, podczas którego dziesiątka finalistów odpowiadała na te same 3 pytania, wylosowane uprzednio przez jednego z uczestników – czas odpowiedzi nie mógł przekroczyć 15 min. Wszystkie pytania, na które odpowiadali studenci, zostały wybrane z puli pytań przesłanych wcześniej do naszego Zakładu przez kierowników zakładów biochemii uczelni, biorących udział w Konkursie. W IV edycji Konkursu udział wzięło 13 trzyosobowych zespołów (39 studentów), którzy przyjechali wraz z opiekunami. Z przyjemnością pragnę zaznaczyć, że po raz pierwszy w Konkursie uczestniczyli studenci II Wydziału Lekarskiego naszej

Akademii. Etap I zdali wszyscy studenci – najwyższą uzyskaną liczbą punktów było 91 (uzyskał ją student z Collegium Medicum UJ w Krakowie). Najniższa liczba punktów wyniosła 64. Przedstawicielki naszego I Wydziału Lekarskiego – Aleksandra Sobota, Aleksandra Zawiaślak i Agata Muła – w klasyfikacji indywidualnej zajęły ex aequo 8 miejsce, uzyskując 82 punkty, a w klasyfikacji zespołowej 6 miejsce. Do etapu II-ego przeszli więc wszyscy studenci, spośród których komisja składająca się z opiekunów poszczególnych zespołów wyłoniła 10 finalistów. Po I i II etapie w sumie uzyskali oni od 100 do 109 pkt. Wśród nich znaleźli się studenci z UM w Łodzi, ŚAM w Zabrze, Coll. Med. w Krakowie, Coll. Med. w Bydgoszczy, 2 studentki z AM w Gdańsku, dwoje studentów z UM w Poznaniu, studentka AM we Wrocławiu i nasza reprezentantka Aleksandra Zawiaślak. Dwie pozostałe przedstawicielki naszego Wydziału nie weszły do finału, chociaż zajęły 11 miejsce, uzyskując po 99 punktów każda.

Laureatami IV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy Biochemicznej Studentów Wydziałów Lekarskich „SUPERHELISA 2007” w klasyfikacji indywidualnej zostali:

- *I miejsce* – **Katarzyna Puźniakowska** z UM w Poznaniu (131, 375 pkt).
- *II miejsce* – **Malwina Pietrzykowska** z UM w Łodzi (129, 375 pkt).
- *III miejsce* – **Kamil Kurza** z ŚAM w Zabrze (129, 125 pkt).

W klasyfikacji zespołowej I miejsce zajęli studenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu,

II miejsce studenci z Gdańska a III miejsce z UM w Łodzi. Tym razem nasz zespół „ustąpił” zdobyte w ubiegłym roku II miejsce kolegom z Gdańska, zajmując miejsce IV, tym samym wyprzedził kolegów z 9 pozostałych Wydziałów Lekarskich.

Dzięki pomocy Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych prof. dr hab. Piotra Zaborowskiego oraz sponsorów, którymi były firmy Merck Sp. z o.o. i Sigma-Aldrich Sp. z o.o., mogliśmy wręczyć nagrody laureatom oraz upominki wszystkim uczestnikom Konkursu. W uroczystości zakończenia Konkursu, podczas której laureaci i finaliści otrzymali dyplomy i nagrody, udział wzięł Prodziekan I Wydz. Lek. prof. dr hab. Kazimierz Wardyn.

PYTANIA KONKURSOWE II ETAP (pisemny):

1. Fenyloalanina i tyrozyna – przemiany do związków czynnych biologicznie (reakcje, wzory), bloki metaboliczne i ich skutki.
2. Transport tlenu we krwi i czynniki wpływające na ten proces.
3. Znaczenie metabolizmu glukozy w erytrocytach.
4. Synteza triacylogliceroli w wątrobie i tkance tłuszczowej (reakcje, wzory) – podobieństwa i różnice.
5. Modyfikacje potranskrypcyjne mRNA eukariontów.

III ETAP (ustny):

1. Znaczenie glikolizy w procesach anabolicznych.
2. Powstawanie i wykorzystywanie fragmentów jednowęglowych.
3. Modyfikacje potranslacyjne białek.

Klasyfikacja zespołowa po I etapie:

Miejsce	Uczelnia	Punktacja
1.	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	254
2.	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	253
3.	Collegium Medicum UJ w Krakowie	248
4.	Śląska Akademia Medyczna w Katowicach	248
5.	Akademia Medyczna w Gdańsku	247
6.	Akademia Medyczna w Warszawie I WL	256
7.	Collegium Medicum w Bydgoszczy	244
8.	Akademia Medyczna we Wrocławiu	238
9.	Akademia Medyczna w Lublinie II WL	233
10.	Uniwersytet Wojskowo-Medyczny w Łodzi	220
11.	Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie	218
12.	Akademia Medyczna w Warszawie II WL	209
13.	Akademia Medyczna w Lublinie I WL	205

Finaliści (n=10)

Lp.	Nazwisko i imię	Uczelnia	I etap	II etap	I + II
1.	Pietrzykowska Malwina	UM w Łodzi	90	19	109
2.	Kurza Kamil	ŚAM w Zabrze	90	18	108
3.	Puźniakowska Katarzyna	UM w Poznaniu	89	18	107
4.	Wybraniec Maciej	CM w Krakowie	91	13	104
5.	Stampor Justyna	CM w Bydgoszczy	90	13	103
5.	Woliński Kosma	UM w Poznaniu	87	16	103
7.	Gajda Aleksandra	AM w Gdańsku	86	16	102
8.	Janusiak Marta	AM w Gdańsku	87	13	100
8.	Kijewska Aleksandra	AM we Wrocławiu	83	17	100
8.	Zawiślak Aleksandra	AM W-wa IWL	82	18	100

Klasyfikacja zespołowa – ostateczna:

Miejsce	Uczelnia	Punktacja
1.	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	348,5
2.	Akademia Medyczna w Gdańsku	336,5
3.	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	318,4
4.	Akademia Medyczna w Warszawie I WL	316,5
5.	Śląska Akademia Medyczna WL w Zabrze	313,1
6.	Collegium Medicum UJ w Krakowie	301,6
7.	Collegium Medicum w Bydgoszczy	299,5
8.	Akademia Medyczna we Wrocławiu	295,5
9.	Akademia Medyczna w Lublinie II zespół	275,0
10.	Uniwersytet Wojskowo-Medyczny w Łodzi	253,0
11.	Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie	245,0
12.	Akademia Medyczna w Warszawie II WL	240,0
13.	Akademia Medyczna w Lublinie I zespół	231,0

Z Senatu Akademii Medycznej

21 maja 2007 r.

mgr Elwira Zielińska

Biuro Organizacyjno-Prawne AM

1. Informacje.

Prof. dr hab. Wiesław Gliniński poinformował o:

- powołaniu prof. dr hab. Wojciecha Rowińskiego na reprezentanta Światowego Towarzystwa Transplantacyjnego,
- uzyskaniu przez I i II Wydział Lekarski akredytacji na kolejne 5 lat.

2. Uchwała Senatu w sprawie przyjęcia „Regulaminu rozpatrywania wniosków o nagrody dydaktyczne przyznawane przez Rektora AM”.

Projekt „Regulaminu rozpatrywania wniosków o nagrody dydaktyczne przyznawane przez Rektora AM” przedstawił prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Dydaktyki.

Zgodnie z projektem Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, z wnioskiem o przyznanie nagrody dydaktycznej może wystąpić Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Rektor Uczelni. W przypadku nagród Rektora praca powinna być zaopiniowana przez dwóch recenzentów, w tym jednego spoza AM. W przypadku wniosków zgłoszonych przez inną organizację, przedstawiciele środowisk akademickich lub związki zawodowe, wymóg posiadania recenzji nie obowiązuje. Zapis pkt 4 projektu Regulaminu mówi, że nagrody JM Rektora mogą być przyznawane wyłącznie pracownikom Akademii Medycznej w Warszawie. Pozostałe osoby mogą otrzymać jedynie dyplom za osiągnięcia dydaktyczne. Dotyczy to także doktorantów.

Profesor Mirosław Dłużniewski zwrócił się z prośbą do Senatu o rozważenie możliwości przyznawania doktorantom AM również nagród pieniężnych.

Z uwagi na fakt, że źródłem finansowania nagród Rektora są środki pochodzące z odpisów na fundusz wynagrodzeń, nie ma możliwości wykorzystania ich dla doktorantów. W tej sytuacji należałoby rozważyć sprawę stworzenia w przyszłości oddzielnego funduszu na nagrody dla doktorantów.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie przyjął „Regulamin rozpatrywania wniosków o nagrody dydaktyczne przyznawane przez Rektora AM”.

3. Zatwierdzenie sprawozdania finansowego Akademii Medycznej w Warszawie za rok 2006.

Prof. dr hab. Magdalena Durlik – Przewodnicząca Senackiej Komisji ds. Finansowo-Budżetowych poinformowała, że Komisja ta w dniu 14.05.2007 r. wyraziła pozytywną opinię w sprawie przyjęcia sprawozdania finansowego AM za 2006 r.

Sprawozdanie to zostało zbadane przez niezależnego rewidenta, który orzekł, że przedstawione w nim informacje dotyczące sytuacji majątkowej i finansowej Uczelni są rzetelne. Dokument sporządzony został na podstawie ksiąg rachunkowych prowadzonych zgodnie z zasadami rachunkowości. Jest on zgodny z przepisami prawa i postanowieniami Senatu AM.

Senat w drodze Uchwały zatwierdził sprawozdanie finansowe Uczelni za 2006 r.:
- z zyskiem bilansowym netto w wysokości 3.771.919,03 zło-

tych, który w całości został przeznaczony na fundusz zasadniczy Uczelni,
- z sumą bilansową w wysokości 963.151.411,38 złotych.

4. Nagrody Ministra Zdrowia za działalność naukową w roku 2006.

Prof. dr hab. Jerzy Stelmachów – Prorektor ds. Kadr poinformował, że opóźnienia w procedurze typowania w AM nagród Ministra Zdrowia związane są z brakiem regulaminu ich przyznawania przez Ministra. Nie zostały bowiem wydane jeszcze regulacje w tym zakresie. Kandydatury do nagród wytypowane zostały według dotychczas obowiązującego regulaminu Ministra Zdrowia. Proponuje się przyjęcie rozwiązania, by w stosunku do wniosków wytypowanych przez AM, które nie zostaną zakwalifikowane do nagrody Ministra, uruchomiona została procedura przyznania nagród Rektora pierwszego stopnia. Z uwagi na fakt, że nie wpłynęła jeszcze dotacja z Ministerstwa Zdrowia, nie można też określić wysokości nagród. Wzorem lat ubiegłych proponuje się przeznaczenie 60% z puli nagród na nagrody naukowe i 40% na nagrody dydaktyczne.

Prof. dr hab. Waclaw Kołodziejcki – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Nauki przedstawił 3 wnioski do nagrody Ministra Zdrowia.

5. Nagrody Ministra Zdrowia za działalność dydaktyczną w roku 2006.

Prof. dr hab. Wiesław Gliniński – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem wyjaśnił, że podobnie jak w przypadku nagród naukowych,

wytypowane przez AM wnioski dydaktyczne, które nie uzyskają nagrody Ministra Zdrowia, zakwalifikowane zostaną do nagród Rektora pierwszego stopnia.

Prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski – Przewodniczący Senackiej Komisji ds. Dydaktycznych przedstawił 3 wnioski do nagród dydaktycznych Ministra Zdrowia.

Wniosek o nagrodę zespołową:

Cykl 3 książek pt.: „*Metaboliczne leczenie choroby niedokrwiennej serca*”, „*Leki beta-adrenolityczne w przewlekłej niewydolności serca*”, „*Kardiologia sportowa*”

Prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski

Dr hab. Artur Mamcarz

Dr hab. Marek Kuch

Dr Wojciech Braksator

Dr Joanna Syska-Sumińska

Dr Andrzej Światowiec

pozostałe osoby

Monografia pt. „*Zakażenia układu moczowego*”

Prof. dr hab. Kazimierz Wardyn

Dr Katarzyna Życińska

Lek. Małgorzata Olędzka-Oręziak

Lek. Tomasz Rusinowicz

pozostałe osoby

Monografia pt. „*Ostre zespoły wieńcowe – atlas elektrokardiograficzny*”

Dr Marcin Grabowski

Prof. dr hab. Grzegorz Opolski

Dr hab. Krzysztof Filipiak

pozostałe osoby

Wnioski o nagrodę indywidualną:

Monografia pt.: „*Ultrasonograficzny atlas sutka*”

Prof. dr hab. Wiesław Jakubowski

Książka „*Leczenie farmakologiczne osteoporozy u kobiet w okresie pomenopauzalnym i u mężczyzn po 50 r. ż. Postępowanie w osteoporozie. Część 3*”

Dr hab. Jerzy Przedlacki

Podręcznik pt.: „*Stymulacja serca*”

Dr Andrzej Krupienicz

W tym za utworzenie i opracowanie ogólnopolskiego programu kształcenia na kierunku dietetyka – prof. dr hab. Bruno Szczygieł.

Senat w głosowaniu tajnym pozytywnie zaopiniował przedstawione wnioski o nagrody naukowe Ministra Zdrowia.

6. Sprawy osobowe:

Senat pozytywnie zaopiniował:

1. Wniosek prof. dr hab. Józefa Sawickiego – Dziekana Wydziału Farmaceutycznego w sprawie powołania dr hab. Tomasza Hermanowskiego na funkcję kierownika oraz stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Farmakoekonomiki.

2. Wniosek prof. dr hab. Piotra Małkowskiego – Dziekana Wydziału Nauki o Zdrowiu w sprawie:

– powołania dr hab. Zdzisława Wójcika na stanowisko profesora nadzwyczajnego oraz Kierownika Zakładu Żywnienia Człowieka WNoZ,

– powołania prof. dr hab. Roberta Słowińskiego na Kierownika Zakładu Immunologii i Żywnienia.

7. Sprawa utworzenia na terenie Uczelni palarni – w świetle przepisów Prawa Pracy.

Zgodnie z art. 233 Kodeksu Pracy pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom odpowiednie urządzenia higieniczno-sanitarne. Zapis ten uszczegółowiony został w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy art. 40-42 rozporządzenia definiują sposób przystosowania powierzchni administrowanych przez pracodawcę do celów palarni. Zgodnie z tymi regulacjami na każdego pracownika najliczniejszej zmiany powinno przypadać

co najmniej 0,1 m² powierzchni podłogi w palarni. Powierzchnia poszczególnych pomieszczeń przeznaczonych na palarnię nie powinna być mniejsza niż 4 m². W przypadku budynku Rektoratu przy przyjęciu, że na jego terenie może przebywać maksymalnie 300 osób, powierzchnia palarni powinna wynosić 30 m². Instalacja wentylacyjna musi spełniać wymogi wysokiej wydajności, z 10-krotną wymianą powietrza na godzinę.

Odpowiednie pomieszczenia przystosowane do wymogów palarni powinny znajdować się w każdym obiekcie wykorzystywanym i eksploatowanym przez pracodawcę.

Z uwagi na fakt, że Uczelnia administruje dużą liczbą budynków, na terenie których należałoby zorganizować palarnie oraz ze względu na wysokie wymagania, jakim powinny one odpowiadać, realizacja tego zadania rodzi spore koszty dla Uczelni. Senat odłożył decyzję w tym zakresie.

8. Komunikaty i wolne wnioski.

Ireneusz Rudnicki – Przewodniczący NSZZ „Solidarność”, w imieniu Komisji Zakładowej NSZZ, zwrócił się do JM Rektora z pisemnym apelem o podjęcie decyzji w sprawie podwyżki wynagrodzeń dla pracowników Akademii Medycznej w Warszawie w bieżącym roku akademickim. Uzasadnione jest to tym, że:

- ostatnia podwyżka, obejmująca wszystkie grupy zawodowe AM miała miejsce w 2005 r.;
- inflacja w ostatnich dwóch latach wyniosła odpowiednio: w 2005 r. 2,1% i w 2006 r. wzrosła o kolejny 1% oraz o 1,6% w styczniu, o 1,7% w lutym i o kolejne 2% w marcu br.;

- koszty utrzymania w Warszawie znacząco wzrosły (dotyczy to m.in. kosztów zakupu mieszkań lub ich wynajęcia);
- średnie przeciętne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w I kwartale 2007 r. wzrosło do 2709 zł;
- liczba kształconych studentów wzrosła kilkakrotnie przy nieznacznym wzroście zatrudnienia;
- pracownicy zostali dodatkowo obciążeni procedurami dostosowanymi w zwią-

ku z włączeniem Polski do struktury UE;

- następuje systematyczny odpływ fachowych pracowników i coraz większe trudności w zdobyciu potrzebnej wysoko wykwalifikowanej kadry we wszystkich grupach zawodowych.

Władze Uczelni, mając świadomość, że Akademia z uwagi na niskie zarobki pracowników staje się mało atrakcyjnym miejscem pracy, poparły wniosek NSZZ „Solidarność” i zobowiązały się

do podjęcia starań o realizację podwyżek.

Mgr Bartosz Grucza – Kanclerz AM stwierdził, że z podjęciem decyzji o podwyżkach należy zaczekać do czasu otrzymania przez Uczelnię dotacji z Ministerstwa Zdrowia. Algorytm, według którego wyliczona zostanie dotacja, ma mieć charakter stały. Będzie to mogło stanowić podstawę do przyjęcia pewnej strategii zatrudniania i podnoszenia wynagrodzeń w AM w perspektywie kilkuletniej.

Z Senatu Akademii Medycznej 28 maja 2007 r.

mgr Elwira Zielińska

Biuro Organizacyjno-Prawne AM

1. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia – gościem Senatu AM.

Posiedzenie Senatu zaszczylił swoją obecnością dr Jarosław Pinikas – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. JM Rektor prof. dr hab. Leszek Pączek powitał go w imieniu Władz Uczelni.

2. Świadectwa Akredytacji.

Na podstawie oceny programu nauczania medycyny i jego realizacji na I i II Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, Komisja Akredytacyjna Akademickich Uczelni Medycznych KRAUM uchwałą z dnia 30 marca 2007 r. udzieliła akredytacji na okres 5 lat. JM Rektor uroczystie wręczył Świadectwa Akredytacji:

– prof. dr hab. Markowi Krawczykowi – Dziekanowi I Wydziału Lekarskiego,

– prof. dr hab. Maciejowi Karolczakowi – Dziekanowi II Wydziału Lekarskiego.

JM Rektor AM prof. dr hab. Leszek Pączek złożył jednocześnie na ręce Dziekanów I i II Wydziału Lekarskiego gratulacje oraz życzenia dalszych sukcesów w pracy zawodowej.



JM Rektor prof. Leszek Pączek pogratulował Dziekanowi I WL prof. Markowi Krawczykowi otrzymania akredytacji

3. Strategia Rozwoju Uczelni.

JM Rektor dokonał prezentacji na temat strategii rozwoju Akademii Medycznej w Warszawie. Zwrócił uwagę na dynamiczny wzrost liczby studentów AM w ostatnich latach: z 4 tys. w 2000 r. do 10 tys. w chwili obecnej. Liczba nauczycieli akademickich wzrosła o 12%, w różnych proporcjach na poszczególnych wydziałach. Przy tak intensywnym rozwoju Uczelni, związanym ze zwiększoną ilością realizowanych zadań, poziom zatrudnienia w grupie pracowników administracji nie uległ znacznej zmianie – wzrósł jedynie o 1%.

Następnie JM Rektor omówił plany inwestycyjne Uczelni:

- **Centrum Biblioteczno-Informacyjne.**

Założeniem władz AM jest to, aby obiekt miał charakter ogólnodostępny, a także spełniał funkcję centrum informacyjnego dla mieszkańców Warszawy, Mazowsza i całej Polski.

- **Nadbudowa Centrum Dydaktycznego.**

Ma ona dla Uczelni ogromne znaczenie z punktu widzenia zwiększenia bazy dydaktycznej AM.

- **Udział Uczelni w konsorcjum Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii.**

W ramach Konsorcjum planowane jest wybudowanie centrum naukowego. W Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii skupione zostaną jednostki teoretyczne AM, zlokalizowane dotychczas przy ul. Krakowskie Przedmieście, a także tzw. „czwarta kostka” Wydziału Farmaceutycznego.

- **Budowa Szpitala Pediatrycznego.**

Z uwagi na bardzo zły stan techniczny szpitali mieszczących się przy ul. Działdowskiej i Marszałkowskiej, istnieje potrzeba budowy Szpitala Pediatrycznego ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym oraz neonatologią.

- **Budowa bloku operacyjnego i modernizacja chirurgii w SP CSK przy ul. Banacha.**

- **Rozważenie możliwości przeniesienia Kliniki Psychiatrycznej z bazy obcej do bazy AM.**

- **Budowa wielopoziomowego parkingu oraz realizacja remontów w jednostkach AM.**

- **Udział AM w inicjatywie tworzenia nowoczesnego Centrum Terapii Hydrokowej.**

Centrum Terapii Hydronowej to inwestycja o dużym znaczeniu



JM Rektor wręczył Świadectwo Akredytacji Dziekanowi II WL prof. Maciejowi Karolczakowi

nie tylko dla AM, ale także dla kraju. CTH stanowić ma bowiem ogólnodostępne centrum leczenia nowotworów z najnowocześniejszą technologią o wysokiej skuteczności.

- **Budowa Centrum Rehabilitacyjno-Sportowego.**

Stanowiłoby ono bazę dla Oddziału Fizjoterapii oraz zapewniło wszystkim studentom AM dobre warunki do uprawiania sportu.

- **Konsorcjum – Biotechnologia, Informatyka i Medycyna (BIM).**

W ramach środków z Konsorcjum BIM planowany jest zakup wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego.

JM Rektor poinformował także o możliwości uzupełnienia bazy dydaktycznej AM w drodze zakupu od władz Województwa Mazowieckiego budynku przy ul. Ciołka 27 w Warszawie.

Dr Jarosław Pinkas – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wyraził uznanie dla dokonania i osiągnięć Akademii Medycznej. Władze Ministerstwa Zdrowia dostrzegają i doceniają te starania. Wyrazem tego jest wysokość tegorocznej dotacji przeznaczonej dla AM w Warszawie, która stanowi 108% dotacji z roku ubiegłego. To ogromny sukces

JM Rektora oraz Senatu AM. Jak stwierdził dr Jarosław Pinkas – jest to wynik mądrej polityki, podążającej za algorytmem podziału środków, prowadzonej przez Władze Uczelni. W ramach środków resortowych planuje się w tym roku doposażyć Szpitalny Oddział Ratunkowy w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych przy ul. Lindleya 4 w Warszawie. Jest to dla Ministerstwa Zdrowia inwestycja priorytetowa, podobnie jak finansowanie rozwoju ratownictwa medycznego.

Dr Jarosław Pinkas zapewnił także, że Ministerstwo Zdrowia będzie wspierać starania Uczelni w tworzeniu nowoczesnego centrum pediatrycznego, mając świadomość, że stan bazy pediatrii w Warszawie jest dramatyczny.

Ministerstwo planuje także utworzenie w każdej uczelni medycznej w kraju centrum urazowego (tzw. traumacenter) w ramach środków unijnych.

W związku z poruszeniem przez prof. M. Dłużniewskiego problemu podejmowania przez zdolnych absolwentów AM pracy zagranicą, Wiceminister Pinkas wyjaśnił, że obecnie nie ma możliwości dokonania znaczących podwyżek wynagrodzeń



Gościem Senatu AM był dr Jarosław Pinkas – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

w służbie zdrowia. Wyraził jednocześnie ubolewanie z powodu jej trudnej sytuacji. Fakt opuszczania przez absolwentów AM kraju wiąże się również z wysokim poziomem kształcenia na kierunkach lekarskich. Skutkuje to atrakcyjnością absolwentów naszych uczelni medycznych dla pracodawców na Zachodzie. Należy mieć nadzieję, że lekarze ci wrócą kiedyś do kraju z dodatkowym doświadczeniem zawodowym.

4. Uchwały Senatu Akademii Medycznej w Warszawie.

Senat podjął uchwały w następujących sprawach:

1. „Uchwałę w sprawie szczegółowych zasad pobierania opłat, trybu i warunków zwalniania z całości lub części opłat w zakresie odpłatności:

- za studia niestacjonarne,
- za powtarzanie zajęć z powodu niezadowolających wyników w nauce,
- za studia i szkolenia dla cudzoziemców prowadzone w języku polskim,
- za prowadzenie kursów do kształcących”.

2. „Uchwałę w sprawie wprowadzenia zmian w Statucie Akademii Medycznej w Warszawie”, w tym m.in. wprowadzenia:

- „Regulaminu konkursu: zasady i tryb przeprowadzania konkursów na stanowiska kierowników jednostek organizacyjnych Akademii oraz ordynatorów-kierowników klinik i ordynatorów-kierowników oddziałów klinicznych”,
- „Regulaminu Wyborów w Akademii Medycznej w Warszawie”.

3. „Uchwałę Senatu w sprawie określenia zasad pobierania opłat

za studia prowadzone w Oddziale Nauczania w Języku Angielskim”.

4. „Uchwałę w sprawie zasad i trybu postępowania rekrutacyjnego na pierwszy rok studiów w roku akademickim 2008/2009”.

5. „Uchwałę w sprawie wprowadzenia zasad udzielania zgody na dodatkowe zatrudnienie lub podjęcie działalności gospodarczej przez nauczycieli akademickich”.

Ponadto Senat pozytywnie zaopiniował wprowadzenie „Regulaminu Organizacyjnego Akademii Medycznej w Warszawie”.

5. Komunikaty i wolne wnioski.

- Prof. dr hab. Zbigniew Gaciong poinformował Senat Akademii Medycznej w Warszawie o trwającym w SP CSK przy ul. Banacha strajku lekarzy.

Senat wyraził zrozumienie dla płacowych żądań lekarzy, podkreślając jednocześnie, że strajk nie powinien wpływać na realizację podstawowych obowiązków Uczelni, jakimi są prowadzenie badań naukowych oraz realizacja zadań dydaktycznych.

- JM Rektor poinformował, że złożone przez pracowników AM oświadczenia lustracyjne zostały przesłane przez Uczelnię do IPN.



JM Rektor przedstawił strategię rozwoju Akademii Medycznej

Zwyciężyć cukrzycę

Wizja koniecznych i pilnych przekształceń i nowych wartości dla bardziej skutecznej diabetologii – Polska i świat



prof. dr hab. Jan Tatoń

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II WL AM w Warszawie, Centrum Diabetologii w Szpitalu Bródnowskim w Warszawie

Dedykacja

Kilkanaście lat temu przebywająca w Klinice pacjentka z cukrzycą typu 1 – Katarzyna Ćwik z Nowego Sącza zadała nam pytanie, dotyczące przyczyn jej choroby i trudności życiowych, jakie ona powoduje, w formie wiersza:

Dlaczego?

*Dlaczego zamykasz oczy na świat?
Może to dzień narodzin Twych rozpoczął drogę łez.*

*Idąc po cierniach, myślę o puchu,
Otwieram serce, spuszczaając powieki,
Dotykam światła, żyjąc w ciemnościach nocy.
Wyruszam w drogę;
Przed siebie wciąż krocząc z głową wzniesioną ku słońcu,*

*Do raju wieczności,
Po iskrę światła, uciechy z duszy.*

*Nie, już nie podążam, zostaję w tyle,
Z oczu płyną łzy i spadają, jak perły srebrne;
Biją na alarm!!!*

Dlaczego?

W tym pięknym wierszu odzwierciedla się cała problematyka konieczności pilnych przeobrażeń w praktycznej diabetologii, jeśli ma ona lepiej spełniać swoje zadania. **Niniejsze opracowanie jest także próbą odpowiedzi na pytania z powyżej przedstawionego wiersza pacjentki.**

Cukrzyca, a wraz z nią diabetologia, jest obecnie w większości państw świata jednym z głównych problemów opieki zdrowotnej zarówno pod względem medycznym, jak i społeczno-ekonomicznym (1). Stwarza to nowe wyzwania.

Odpowiedzią może być tylko nowa wizja diabetologii, jej szybkie i głębokie przemiany. Pierre Lefévre, przewodniczący Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (IDF), bardzo obrazowo mówił, że „okręt

Titanic już żegluje, góra lodowa czeka – jeśli nie zmieni kursu, katastrofa jest nieunikniona” (2). Słowa te dotyczą diabetologii i pojmowania jej roli we współczesnych i przyszłych społeczeństwach świata.

Zmiany są konieczne i pilne

Jak zmienić we właściwym kierunku merytoryczny i organizacyjny kurs diabetologii w Polsce w nadchodzących latach? Spróbujmy odpowiedzieć na to pytanie, spoglądając na problemy tak z perspektywy ogólnej, jak i wieloletniego, własnego doświadczenia w kraju i zagranicą. Odpowiedź można by podzielić na 6 wątków. Oto one:

1. Niedocenywanie roli olbrzymich obciążeń medyczno-społecznych epidemii cukrzycy w działaniach opieki zdrowotnej.
2. Absolutny priorytet dla pierwotnej i wtórnej prewencji cukrzycy i jej powikłań.
3. Medyczne i ekonomiczne znaczenie wysokiej jakości leczenia cukrzycy, monitorowanie jakości i akredytacja.
4. Pożądane cechy procesu opieki diabetologicznej.
5. Systemowe ujęcie i struktura opieki medycznej dla osób z cukrzycą.
6. Globalizacja problemów cukrzycy.

Problemy są oczywiste, kierunki działań ustalone, realne działania jednak opieszale, co przynosi straty ludziom i państwu. Opracowanie niniejsze jest wezwaniem do pilnej zmiany.

Szanse pierwotnej prewencji cukrzycy

Udowodniono, że jedyną drogą zmniejszenia negatywnej roli cukrzycy jest jej pierwotna prewencja, zwłaszcza w odniesieniu do cukrzycy typu 2, wtórna prewencja odnosząca się do powstawania powikłań oraz racjonalna emancypacja społeczna osób z cukrzycą. Wczesne intensywne leczenie cukrzycy jest działaniem, które przynosi te efekty zarówno w skali indywidualnej, jak i społecznej; oszczędza jednocześnie nakłady finansowe dzięki zmniejszeniu kosztownych potrzeb leczniczych w zakresie powikłań (12, 13). Takie podejście, mające na celu intensyfikację rozpoznawania i leczenia cukrzycy, musi stać się w Polsce rutyną.

Szanse wtórnej prewencji

Szczególnie dużo danych wskazujących na to, że lepsze wyniki leczenia cukrzycy w bardzo istotny sposób obniżają zapadalność na przewlekłe, tak groźne i kosztowne powikłania, dostarczyły badania Diabetes Control and Complications Trial (DCCT – USA)

– Nathan i wsp.; United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS – Anglia) – Turñera i wsp.; badania Stockholm Diabetes Study – Reinhard i wsp.; badania Kumamoto (Japonia) – Okhubo i wsp., i inne (3, 4, 12, 13, 14). Problemy te ilustrują **tabela 1, 2, 3, 4, 5**.

Tabela 1. Prognoza liczby osób z cukrzycą typu 2 w milionach na świecie, wykazujących objawy zespołów przewlekłych powikłań cukrzycy w r. 2000 i przewidywanie na 2025 r. – dane szacunkowe WHO, King H. i wsp., 2001 (wg 8).

Powikłanie	Rok	
	2000	2025
Retinopatia	85	98
Nefropatia	20	44
Neuropatia	43	90
Nadciśnienie tętnicze	52	110
Makroangiopatia tętnic obwodowych	27	57

Tabela 2. Występowanie zespołów angiopatii cukrzycowej w kohorcie 658 chorych na cukrzycę typu 1 leczonych w Wojewódzkiej Przychodni Diabetologicznej w Warszawie (bad. własne, 2004, niepublikowane).

Typ angiopatii	%
retinopatia ogółem	54,4
nefropatia	15,2
choroba niedokrwienna serca	12,9
choroba naczyniowa mózgu	1,3
choroba naczyniowa kończyn dolnych	7,8

Tabela 3. Częstość występowania poszczególnych zespołów angiopatii cukrzycowej w kohorcie 1100 osób z cukrzycą typu 2 leczonych w Wojewódzkiej Przychodni Diabetologicznej w Warszawie (bad. własne, 2004 r., niepublikowane).

Typ angiopatii	%
retinopatia ogółem	31,4
nefropatia	4,1
choroba niedokrwienna serca	35,6
choroba naczyniowa mózgu	19,2
choroba naczyniowa kończyn dolnych	11,2

Tabela 4. Częstość występowania czynników ryzyka miażdżycy w kohorcie 1100 osób z cukrzycą typu 1 (bad. własne, 2004, niepublikowane).

Czynnik ryzyka	Częstość występowania (%)
Nadciśnienie tętnicze	29,8
Hipercholesterolemia	41,7
Hipertriglicydemia	20,4
Otyłość	10,4
Palenie tytoniu	43,7

Tabela 5. Prewencja wtórna – priorytet realizacyjny. Skuteczna kontrola hiperglikemii mierzona zmniejszeniem odsetka HbA_{1c} wybitnie obniża częstość późnych powikłań cukrzycy. Odsetki przedstawiają wielkość obniżenia zapadalności na różne rodzaje powikłań pod wpływem lepszego leczenia cukrzycy, które odzwierciedla spadek HbA_{1c}.

	Typ 1 DCTT 1	Typ 2 Kumamoto	Typ 2 UKPDS 3
HbA _{1c}	9 → 7%	9 → 7%	8 → 7%
Retinopatia	63%	69%	17-21%
Nefropatia	54%	70%	24-33%
Neuropatia	60%	–	–
Choroby sercowo-naczyniowe	41%	52%	16%

Wyniki tych badań upoważniają do sformułowania nowych, bardziej ambitnych celów prewencji i leczenia cukrzycy, takich jak:

- osiągnięcie przez osobę z cukrzycą długości życia odpowiadającej średniemu okresowi życia populacji ogólnej;
- uzyskanie przez osobę z cukrzycą takiej jakości życia, która pozwoli jej na zbudowanie poczucia własnej wartości oraz na odczuwanie satysfakcji z życia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym;
- eliminacja inwalidztwa, zwiększenie sprawności i normalizacja stylu życia.

Tak sformułowane cele wymagają wprowadzenia do opieki diabetologicznej wielu nowych wartości, kryteriów i metod. Tymczasem badania diabetologów, w tym także prowadzone przez wiele lat własne badania i oceny, dobitnie wskazują, że jakość opieki medycznej i społecznej dostępnej w praktyce osobom z cukrzycą jest niewystarczająca i musi ulec pilnej intensyfikacji. Jest to konieczne i jednocześnie wymagające wielu nowych wysiłków.

Niestety, coraz liczniejsze dowody takiego stanu rzeczy nie są we właściwy sposób wykorzystywane przez instytucje, kształtujące politykę zdrowotną w tym zakresie, przez gremia polityczne, społeczne, menedżerskie, ekonomiczne, a także przez niektórych organizatorów lekarskiego środowiska w Polsce. Łatwo wyliczyć, jak znaczne są z tego powodu straty ludzkie i ekonomiczne. Należy zdecydowanie dążyć do zmian przez oparcie działań w zakresie umacniania diabetologii na dowodach (12, 13).

Prewencyjne i ekonomiczne znaczenie wysokiej jakości wyników leczenia cukrzycy

W tym zakresie, poniżej przedstawiono wyniki badań zespołu Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii AM w Warszawie, dotyczących

niektórych klinicznych i społecznych uwarunkowań jakości opieki diabetologicznej w Polsce. Mają one charakter prospektywny, wieloośrodkowy i randomizowany. Oceniają medyczne, organizacyjne i społeczne czynniki kształtujące jakość opieki diabetologicznej w grupie 1294 osób z cukrzycą typu 1 (17,9%) i typu 2 (78,5%), wybranych losowo z 18 ośrodków zajmujących się leczeniem cukrzyicy w 3 geograficznie odmiennych regionach Polski. Średni wiek badanych wynosił $60,6 \pm 14,5$ lat, a czas trwania cukrzyicy – $12,1 \pm 8,6$ lat. Mężczyzn było 54,9%, a kobiet 45,1%. Jakość opieki diabetologicznej mierzono za pomocą ujednoliconych mierników zawartych w „Karcie Oceny Jakości”. Stwierdzono, że ogólne badanie przedmiotowe wykonano u 90,7%, badanie stóp u 91,7%, a badanie dna oczu u 87,6% pacjentów. Badanie HbA1c wykonano u 79,3%, lipidów u 56,3% oraz mikroalbuminirii tylko u 19,1% osób.

Odsetek pacjentów, którzy uzyskali wyniki leczenia odpowiadające kryteriom Europejskiego Towarzystwa Badania Cukrzyicy (EASD) wynosił: 1) w odniesieniu HbA1c – 21,3%, glikemii – 17,8%, lipidów 11,1% i 12,8% w zakresie ciśnienia tętniczego krwi. Średnia wartość HbA1c wynosiła 7,53%. Obecność retinopatii stwierdzono u 59,2%, nefropatii u 10,7% oraz niedokrwiennej choroby serca u 41,9% badanych. Za pomocą metody wieloczynnikowej regresji logistycznej wykazano, że osoby, które lekarz zbadał przynajmniej 2 razy w ciągu roku, miały dwukrotnie większą szansę uzyskania lepszych wyników leczenia. Wyższe wykształcenie i dochody miesięczne przekraczające 760 PLN były również warunkiem uzyskania lepszych wyników leczenia. Prawdopodobieństwo uzyskania właściwej opieki diabetologicznej w instytucjach podstawowej opieki zdrowotnej było aż o 95% mniejsze aniżeli w odniesieniu do instytucji diabetologicznych. Jakość leczenia w istotny sposób zależała także od miejsca zamieszkania pacjenta. Powyższe wyniki wskazują na niską jakość badania i leczenia osób z cukrzycą, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej.

Kto więc w Polsce należy do grupy osób z cukrzycą narażonych na najgorszą jakościowo opiekę diabetologiczną?

W tym zakresie przedstawiono również wyniki własnych badań (tab. 6).

Osoby, niemające opieki diabetologicznej dostatecznej jakości, to przede wszystkim ludzie w starszym wieku, dłużej chorujący na cukrzycę, leczeni insuliną, u których lekarz nie wykonał nawet badania fizykalnego, z północnych regionów Polski, z niskim wykształceniem i dochodami poniżej minimum socjalnego. Niestety grupa ta jest liczna (16).

Tabela 6. Kliniczne i społeczne czynniki kształtujące jakość leczenia cukrzyicy w Polsce – 2006 r. (6). OR – stosunek szans: wartości poniżej 1,0 oznaczają zmniejszenie szansy, a powyżej jej zwiększenie.

Czynnik	OR	95% min	95% CI	P
Płeć żeńska	1,40	1,04	1,89	< 0,005
Wiek	0,98	0,97	0,97	< 0,05
Okres trwania cukrzyicy	0,97	0,94	0,99	< 0,01
Leczenie insulina	0,28	0,20	0,40	< 0,001
Badania fizykalne	2,32	1,22	4,44	< 0,05
Leczenie w jednostce opieki podstawowej	0,05	0,02	0,14	< 0,001
Region Polski Północnej	0,43	0,66	1,39	< 0,001
Edukacja dietetyczna	1,83	1,30	2,59	< 0,001
Wykształcenie co najmniej średnie	1,46	1,06	2,01	< 0,05
Dochód miesięczny > 760 PLN	1,58	1,13	2,19	< 0,01

Źródło: Głowania I., pr. dokt., AM w Warszawie, 2006 r. (15).

Udowodniono (3, 4, 12, 13, 14), że polepszenie jakości wyników leczenia przynosi nie tylko korzyści ludzkie i medyczne, ale także duże oszczędności ekonomiczne dla systemu opieki medycznej. Pojawia się mniej powikłań – koszty się zmniejszają.

Ograniczanie zapadalności na choroby skojarzone z cukrzycą za pomocą polepszenia wyników jakości wyrównania cukrzyicy i leczenia wieloczynnikowego

Wspólnym podłożem przyczynowym dla cukrzyicy i skojarzonych z nią chorób, zwłaszcza kardiologicznych, nefrologicznych, okulistycznych – z jednej strony jest podłoże genetyczne, a z drugiej „toksyczność” hiperglikemii, która działa uszkadzająco na wszystkie tkanki i komórki. Stąd zasada terapeutyczna – jeśli leczysz cukrzycę, normalizując zaburzenia metaboliczne, a przynajmniej osiągając dobry wskaźnik stężenia hemoglobiny glikowanej – np. poniżej 6% – oddalasz ryzyko chorób skojarzonych i powikłań. Cel pierwszy to hemoglobina poniżej 6%, drugi to rozwój programów organoprotekcyjnych u osób z cukrzycą. Jest to element dodatkowy prewencji powikłań za pomocą leków różnego typu, które w tych stanach można stosować np. statyny, inhibitory enzymu konwertującego, blokery angiotensyny II. Obecnie na świecie standardem we wszystkich rozwiniętych krajach,

np. w przypadkach chorób sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą jest terapia wieloczynnikowa, działająca na jak największą liczbę patogennych elementów choroby jednocześnie (8).

Udowodniono, że intensywne leczenie cukrzycy istotnie zwiększa szansę prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego, a także ich powikłań – również w okresie po interwencjach kardiologicznych. Specjalne leczenie organoprotekcyjne – szansę tę istotnie zwiększa.

W wielu badaniach udowodniono, że leczenie cukrzycy o lepszej jakości wyników daje także, np. już w 3-letniej perspektywie znaczne obniżenie kosztów leczenia. Zmniejsza się bowiem zapadalność na powikłania cukrzycy, których leczenie jest kosztowne. I odwrotnie – niedostateczne jakościowo leczenie metaboliczne cukrzycy zwiększa zapadalność na powikłania cukrzycy i generuje duże, dodatkowe koszty. Lepsze leczenie cukrzycy jest tańsze (8, 20).

Zewnętrzna kontrola jakości opieki diabetologicznej

Konieczne jest pilne wprowadzenie do praktyki zewnętrznych badań jakości wyników leczenia cukrzycy. Jest to spowodowane kilkoma okolicznościami, jak:

- 1) zwiększenie się zapadalności i chorobowości z powodu cukrzycy w Polsce i na świecie do poziomu 4-6% populacji;
- 2) wysokie koszty opieki nad chorymi na cukrzycę, która pochłania już 6-8% państwowych budżetów ochrony zdrowia w krajach europejskich;
- 3) organizowanie tej opieki w różnych układach – państwowym, prywatnym, w systemie opieki podstawowej i specjalistycznej;
- 4) wykazanie, że intensywne leczenie hipoglikemizujące jest działaniem zmniejszającym zapadalność na kosztowne powikłania cukrzycy, jak retinopatia, nefropatia i neuropatia cukrzycowa, a prawdopodobnie także miażdżyca tętnic wieńcowych, mózgowych i kończyn dolnych. Możliwości w tym zakresie ilustruje przykład badań własnych. Przeprowadzono je w ogólnokrajowym układzie w 1996 i 1997 r., uzyskując możliwość analizy każdego miernika jakości zapisanego w „Karcie Podstawowych Informacji – Diabcare”. Kartę tę wypełnili w wybranych do badań ośrodkach lekarze wspólnie z pacjentami zgłaszającymi się na planową wizytę do poradni.

W regionalnych, wojewódzkich lub dzielnicowych poradniach oraz w ośrodkach opieki podstawowej w 1997 r. wypełniono 4062 karty II. Użytkowano w ten sposób możliwość oceny: HbA1C,

glikemii na czczo, cholesterolu całkowitego, HDL cholesterolu, triglicerydów, kreatyniny, dobowej albuminurii i białkomoczu, BMI, ciśnienia tętniczego krwi i oftalmoskopii. Efektywność uzyskiwania danych zależała od rodzaju wskaźnika. Była ona większa od 90% w odniesieniu do danych klinicznych, wynosiła 54,12% dla HbA1C, 45% dla białkomoczu. Średni wiek badanych wynosił 50,6±19,6 roku, czas trwania cukrzycy – 10,6±4,2 roku, BMI – 27,2±10,9 kg/m². Średni poziom HbA1C wynosił 7,98±1,7%. Wszystkie wskaźniki analizowano w odniesieniu do wieku, płci, typu cukrzycy i typu leczenia. Osobno scharakteryzowano różne poziomy opieki, warunki edukacyjne, socjalne. Uzyskiwanie danych było najwyższe w regionalnych ośrodkach, a najniższe w ośrodkach medycyny podstawowej. Średni poziom biomedycznych wskaźników oceniany dla całego kraju różnicował ośrodki o wystarczającym poziomie jakości leczenia i ośrodki, które takiego poziomu nie osiągały. Jest ich zbyt wiele.

Podobnie jak intensyfikacja prewencji i leczenia cukrzycy, również monitorowanie jakości wyników leczenia (np. w odstępach rocznych) powinno być szeroko wprowadzone do praktyki. Jego standaryzacja i upowszechnienie mogłoby stanowić drogę do ulepszenia wyników leczenia cukrzycy (21, 22, 23, 24).

Takie oceny mogłyby stanowić także podstawę akredytacji lekarzy i instytucji medycznych w zakresie leczenia cukrzycy i upoważnienia do szerszych kontraktów z NFOZ. Obok zewnętrznej oceny jakości rozwijać należy też samoocenę tego aspektu opieki medycznej.

Pożądane cechy procesu opieki diabetologicznej

Diabetologia może odegrać nową rolę, jeśli sama będzie szybciej rozwijać nowe, lepsze wartości, podwyższać poziom jakości leczenia, zmieniać styl organizacyjny (7, 8). Poniżej przedstawiono 8 definicji różnych aspektów wartości pilnie potrzebnych w diabetologii w Polsce.

1. Diabetologia oparta na dowodach.

Określenie to odnosi się do przyjęcia za podstawę kształtowania opieki diabetologicznej zasad medycyny opartej na dowodach (Evidence Based Medicine) oraz definicji i technik weryfikacji badań klinicznych ujętych w systemie Cochrane Collaboration (1, 4). Z natury rzeczy standardy medyczne powinny wykorzystywać takie metodyczne ujęcie. Zakłada się, że przed przyjęciem oceny, wniosku lub zalecenia, dokonuje się obiektywnej analizy sposobu ich uzyskania. Na podstawie analizy EB-DMC można ustalić siłę dowodową ocen, wniosku lub

zalecenia, oceniając ją za pomocą poziomu siły przekonującej określonej literami: A – dla najwyższego poziomu pewności dowodów, B – dla wysokiego prawdopodobieństwa, ale jednak niepełnej siły dowodów, oraz C – dla niższych poziomów wartości dowodów opartych tylko na empirii.

Medycyna oparta na dowodach odrzuca w ten sposób znaczenie niesprawdzonej intuicji, subiektywnego doświadczenia klinicznego, a także te podstawy patofizjologiczne, których znaczenie dla zrozumienia konkretnych chorób lub sytuacji nie zostało udowodnione. Podkreśla natomiast rolę wyników systematycznych badań klinicznych i terapeutycznych, randomizowanych, opartych na właściwej liczbie przypadków i jakości obserwacji (12, 13, 25, 26).

Schemat oceny badań i ich opisów według kryteriów medycyny opartej na dowodach, można ująć w formie kilku rodzajów analiz metodologicznych. „Złotym standardem” jest randomizowane badanie kontrolowane (RCT – Randomized Controlled Trial), polegające na losowym przydziale do grupy badanej lub kontrolnej oraz ukryciu kodu randomizacji. W hierarchii ważności badań w medycynie kolejne miejsca zajmują: duże badanie RCT, małe badanie RCT, nierandomizowane (non-RCT) badanie z równoległą grupą kontrolną, non-RCT z „historyczną” grupą kontrolną, badanie kohortowe, badanie kliniczno-kontrolne, rejestr, opis serii przypadków, na końcu opis pojedynczego przypadku. Wyniki badań prospektywnych mają pierwszeństwo w hierarchii przed badaniami retrospektywnymi. Należy odpowiedzieć na pytania: jak długo trwała obserwacja, jakie były kryteria pierwotnego wykluczenia przed rozpoczęciem badania, jaki odsetek pacjentów wykluczono z badania w trakcie jego trwania i z jakich powodów, jaki jest zakres dokumentacji śmiertelności, jak opisano czynniki zakłócające i w związku z tym, czy wykonano analizy w warstwach, czy uwzględniono w wyniku wiek, a także jak dokładna jest analiza statystyczna.

2. Diabetologia naukowa.

Należy dążyć do podnoszenia poziomu jakości leczenia cukrzycy przez dynamiczne wprowadzenie zarówno do praktycznej diabetologii, jak i do sfery polityki zdrowotnej państwa, samorządów, a także organizacji pozarządowych, wszystkich bezpośrednich, naukowych wartości medycznych oraz organizacyjno-ekonomicznych (3, 4, 6).

Przykładem jest szybki naukowy postęp diabetologii i opieki diabetologicznej w Europie i na całym świecie.

Osiągnięcie to dotyczy szczególnie:

- badań i postępów w zakresie wyjaśniania np. molekularnych aspektów etiologii i patogenezы różnych form cukrzycy; wskazują one np., że obecnie obowiązująca klasyfikacja cukrzycy musi się wkrótce zmienić;
- intensyfikacji diagnostyki, prewencji i leczenia cukrzycy – do praktyki wprowadzono wiele nowych parametrów i metod diagnostyki, udowodniono obiektywną rolę korekt w stylu życia w prewencji cukrzycy oraz prewencyjną rolę intensyfikacji leczenia cukrzycy w odniesieniu do powikłań;
- usprawnień i upowszechnienia edukacji terapeutycznej, samokontroli i partnerstwa w relacjach lekarz-pacjent w procesie leczenia, a także w społecznej emancypacji diabetologii i osób z cukrzycą;
- intensyfikacji współpracy międzynarodowej i międzyrodzinkowej w zakresie badań epidemiologicznych, organizacyjnych i społecznych;
- sformułowania prognozy zapadalności na cukrzycę na świecie, tworzenia programów prewencyjnych i uświadamiania społeczeństwa i polityków co do wagi problemu cukrzycy – choroby pochłaniającej w wielu krajach około 10% wydatków na opiekę zdrowotną.

3. Diabetologia edukacyjna.

Definicję i rolę diabetologii edukacyjnej przedstawia **tab. 7** i **ryc. 1**.

Edukacja terapeutyczna pacjentów jest fundamentem i warunkiem wdrożenia samokontroli, indywidualizacji leczenia oraz udziału pacjenta w procesie leczenia. Bez właściwej edukacji racjonalne leczenie cukrzycy jest niemożliwe (27, 28).

Tabela 7. Diabetologia edukacyjna – warunek wdrożenia postępów nauki do opieki medycznej, prewencji leczenia, oszczędzania kosztów.

- Edukacja terapeutyczna jest profesjonalnym sposobem komunikacji między lekarzem, instytucją opieki diabetologicznej a pacjentem, jego rodziną i grupą społeczną.
- Umożliwia aktywny i racjonalny udział pacjenta w procesie leczenia i samokontroli.
- Dokonuje się w ten sposób integracja działań pacjentów, ich rodzin oraz diabetologów, pielęgniarek i edukatorów medycznych, psychologów i wszystkich innych.

Ryc.1. Zależność między poziomem edukacji osoby z cukrzycą a poziomem kontroli metabolicznej cukrzycy.

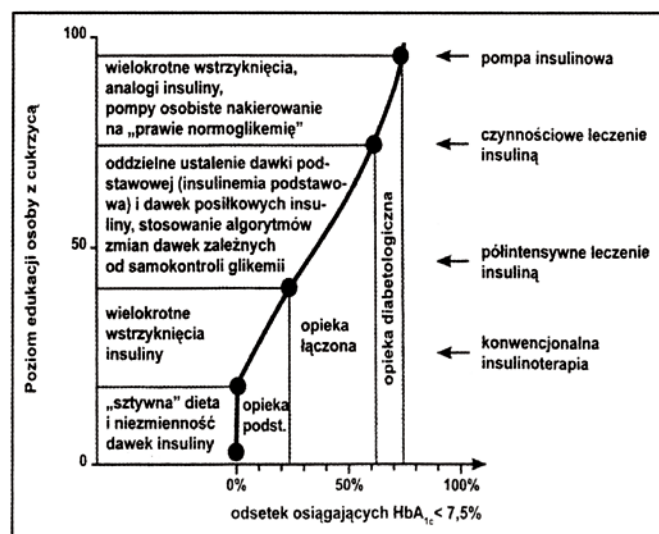


Tabela 8. Rozwój diabetologii edukacyjnej jest misją Towarzystwa Edukacji Terapeutycznej oraz II Ogólnopolskiej Konferencji – 2/3.06.2006 w Warszawie.

	Diabetologia edukacyjna
Pacjent	wiedza, umiejętność, motywacja, zmiany behawioralne, autonomia stylu życia, liberalizacja,
Zespół leczący	indywidualizacja celów leczenia medycznego, dążenie do prawie normoglikemii, zapobieganie powikłaniom, minimalizacja niepożądanego działania leczenia, wzmacnianie psychiczne,
Uwarunkowania ekonomiczne	zmniejszenie liczby dni hospitalizacji, ograniczenie chorobowości, inwalidztwa, umieralności, zwiększenie sprawności społecznej i zawodowej.

4. Diabetologia systemowa i holistyczna.

Przewlekła choroba zawsze wymaga zharmonizowanych działań technicznych i humanistycznych. Przykładem takich potrzeb jest opieka diabetologiczna. Osoba z cukrzycą potrzebuje, obok wszystkich skutecznych interwencji technicznych, stałego wsparcia i wspomaganie osobowości. Podejście holistyczne koordynuje wszystkie te aspekty skutecznej i dobrze odczuwalnej przez pacjenta opieki (ryc. 2).

Tabela 9. Psychospołeczna definicja cukrzycy określona przez 6 zadań życiowych pacjenta.

1. Określenie potrzeb psychospołecznych i edukacyjnych w celu ułatwienia kompleksowego nauczania zachowań i stylu życia, ograniczających negatywne wpływy cukrzycy.
2. Wytworzenie pozytywnej motywacji, ulepszenie zrozumienia siebie i innych, dążenie do wykreowania aktywnej postawy wobec zmiany wartości życiowych.
3. Zwiększenie odporności psychospołecznej i zdolności ograniczenia wpływu cukrzycy na karierę społeczną.
4. Przeciwdziałanie lękowi, depresji, zmęczeniu, frustracji.
5. Nabycie pełnej sprawności w samokontroli cukrzycy i regulacji dawek leków.
6. Ukształtowanie osobowości zdolnej do spełniania ról społecznych, do osiągnięcia dobrej jakości życia i emancypacji, do zwalczania dyskryminacji.

W tym zakresie można wymienić następujące, szczególne sposoby oddziaływania:

- a) planowe i przystosowane do życiowych potrzeb pacjenta przekazanie odpowiedniego zasobu wiedzy, umiejętności oraz motywacji,
- b) wytworzenie nowych wartości życiowych, nowych celów i planów emancypacji społecznej, zgodnych z potrzebami zintensyfikowanego leczenia cukrzycy,
- c) mobilizacja rodziny i przyjaciół pacjenta wokół jego spraw,
- d) zorganizowanie warunków do modyfikacji stylu życia, wytworzenie atmosfery i stylu współpracy i partnerstwa oraz wzajemnego zaufania i dobrej komunikacji między pacjentem i zespołem leczącym (3, 7, 9, 10, 11).

Połączenie wiedzy biologicznej oraz humanistycznego podejścia do życia i potrzeb przewlekle chorego pacjenta jako indywidualności zwiększa także jego zdolność do radzenia sobie ze stresem oraz do realizacji życiowych planów. Przeciwdziała zaburzeniom emocjonalnym i depresji, polepsza staranność w realizacji zaleceń lekarskich.

Wiele doświadczeń i obserwacji wskazuje, że rozwiązywanie problemów pacjenta tylko za pomocą metod technicznych, bez uwzględnienia duchowej i kulturowej sfery życia osób leczonych, nie jest w pełni skuteczne w polepszaniu jakości życia, będącej w dużej mierze składnikiem subiektywnym, zależnym od osobowości pacjenta.

5. Diabetologia społeczna.

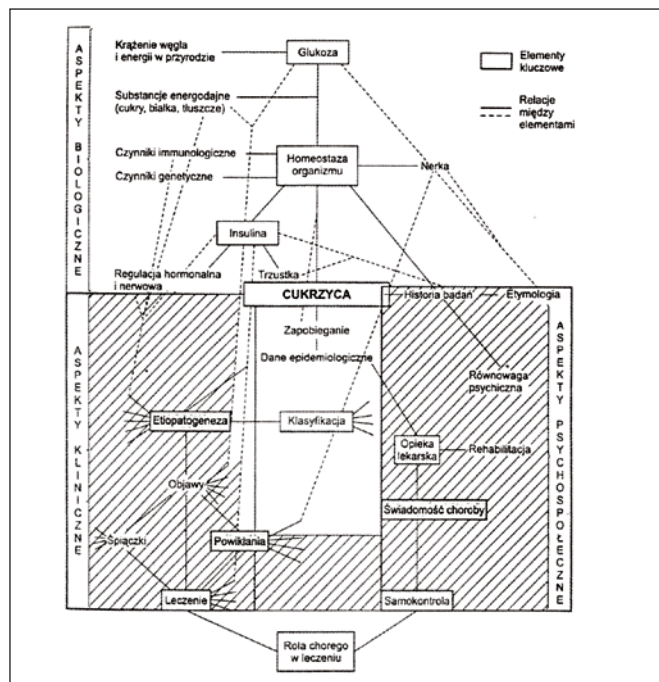
Międzynarodowa Federacja Cukrzycowa (1) zdecydowanie dąży do udostępnienia pełnej opieki diabetologicznej wszystkim potrzebującym, organizowania pomocy dla grup i środowisk, które mogą nie uzyskać odpowiedniej jakości opieki diabetologicznej oraz usuwania nierówności społecznych w kontroli zagrożeń dla zdrowia (3, 12, 13).

Te problemy mają szczególnie silny wpływ na sferę badań i działań o charakterze socjologicznym.

Wymienić tu należy wyniki badań i rozwój:

- 1) epidemiologii opisowej i analitycznej,
- 2) organizacji i systemów leczenia cukrzycy,
- 3) ekonomiki opieki diabetologicznej,
- 4) populacyjnej farmakoterapii i oceny jakości wyników leczenia,
- 5) metodologii i upowszechniania prewencji,
- 6) w zakresie oceny wpływu środowiska społecznego, a więc poziomu zatrudnienia, dochodów i klasy (warstwy) społecznej na wyniki leczenia i długość życia,
- 7) w zakresie zmian roli lekarza i organizatorów oraz roli samych pacjentów w procesie prewencji i leczenia, uznanie partnerskiej roli osób z cukrzycą i ich rodzin, opartej na profesjonalnej edukacji terapeutycznej.

Ryc. 2. Do celów prewencji i leczenia cukrzycy w praktyce konieczne jest integrowanie różnych składowych części pojęcia cukrzycy – holizm. Poniżej przedstawiono to zagadnienie w sposób graficzny.



Powyższe opinie dotyczą w dużej mierze stosunków pomiędzy osobami chorymi na cukrzycę a społeczeństwem, działających w obydwóch kierunkach.

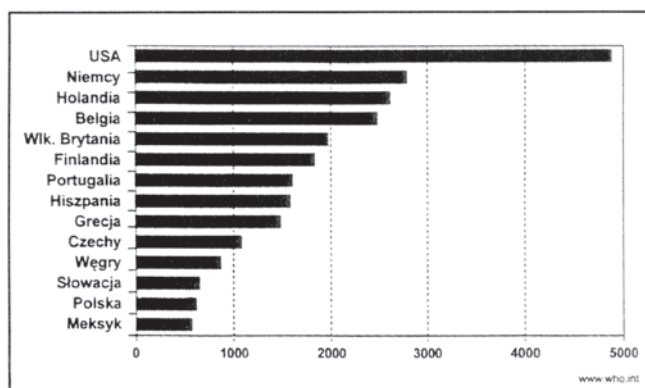
Opierają się one na metodologii epidemiologicznej, socjologicznej i statystyce, z pełnym wykorzystaniem informatyki, odnoszą się do wszystkich faz życia człowieka i naturalnej historii cukrzycy oraz do społecznych regulacji pozycji społecznej, wykształcenia, pracy zawodowej i bezrobocia, poziomu dochodów, zakresu pomocy społecznej i praw społecznych przewlekle chorych, w tym osób z cukrzycą, gwarancji i regulacji prawnych zdrowia, życia rodzinnego, możliwości integracji osoby z cukrzycą ze społeczeństwem, a także do ograniczeń dyskryminacji i depriwacji społecznej osób z cukrzycą (5).

Rozwiązywanie społecznych problemów dotyczących prewencji, leczenia i rehabilitacji jest w Polsce, podobnie jak na całym świecie, koniecznością warunkującą zmniejszenie obciążeń wynikających z cukrzycy.

6. Diabetologia organizacyjna i polityczno-ekonomiczna.

Epidemiczność występowania, wpływ na całość struktury chorobowości, wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie cukrzycy powodują, że wymaga ona aktywnego i planowego działania środowisk politycznych i administracyjnych. Jest ono niedostateczne. Ilustruje to ryc. 3.

Ryc. 3. Wydatki z budżetu różnych państw na leczenie (w USD, rocznie na 1 mieszkańca).



W tym zakresie można by zaproponować w Polsce stosowanie pożądaných, z medycznego punktu widzenia zasad, takich jak:

- merytoryczne i jawne planowanie zmian, oparcie decyzji na dowodach i przewidywaniu skutków,
- wykazanie umiejętności w zakresie technologii wprowadzania zmian, prewencji dezorganizacji i jej społecznych kosztów,
- organizowanie społecznej i medialnej oceny, zapewnienie udziału diabetologów w organach samorządowych,
- jawność ekonomicznych warunków opieki diabetologicznej, przewidywanie stanu finansowego,

wskazywanie na jego bliskie i odległe skutki, żądanie zwiększenia nakładów państwowych, – łączenie nakładów państwowych z nakładami ze źródeł pozarządowych.

W organizacyjnym rozwoju diabetologii dużą, pozytywną rolę odegrać może jej prywatyzacja, a także powstawanie prywatnych, samodzielnych poradni i oddziałów we współpracy z instytucjami społecznymi i państwowymi. Wszystkie one muszą spełniać postulat wysokiej, kontrolowanej jakości.

7. Diabetologia moralna.

Zasady diabetologii opartej na dowodach, a także holistycznej i edukacyjnej uznają zdrowotne, psychiczne i społeczne dobro pacjentów za sens swoich działań. Dotyczy to nie tylko lekarza i przedstawicieli innych zawodów biorących udział w opiece nad chorymi na przewlekłą, niewyleczalną chorobę – cukrzycę, ale także większych grup zawodowych. Oto jak formułuje swoje stanowisko w tej sprawie American College of Physicians i American Society of Internal Medicine – Ethics and Human Rights Committee (Ann Int Med., 2002, 136-396-402):

„Towarzystwa naukowe i zawodowe, które przyjmują wsparcie materialne od przemysłu, powinny być świadome potencjalnego ryzyka utraty niezależności sądów w sprawach medycznych i konfliktu interesów. Z tego względu muszą rozwinąć i stosować jasny sposób postępowania, który zapewni utrzymanie niezależności poglądów i zasad zawodu lekarskiego, informowania o źródłach wsparcia w celu utrzymania klinicznych standardów i zaufania społecznego” (tłum. własne).

Jest oczywiste, że tego rodzaju postawę ułatwiłoby bardziej aktywne wspieranie działalności uczelni, towarzystw i lekarzy przez władze państwowe. Domaga się tego podstawowy dokument opieki diabetologicznej w Europie – Deklaracja z ST. Vincent (8).

8. Diabetologia historyczna.

Wiele działań w zakresie opieki diabetologicznej ma silne uwarunkowanie historyczne – światowe i lokalne. Reprezentowane są one, między innymi, przez zawodowe życiorysy nestorów diabetologii. Przykłady tych dążeń i osiągnięć są ważne dla kształtowania szansy dalszego rozwoju opieki diabetologicznej w Polsce (9).

Do rozwoju opieki diabetologicznej w istotny sposób przyczyniają się także opinie i zalecenia międzynarodowych organizacji naukowych i zawodowych, takich jak Międzynarodowa Federacja Cukrzycy (IDF), Europejskie Towarzystwo Badań Cukrzycy (EASD), Amerykańskie Towarzystwo Cukrzycowe (ADA) oraz różnych organizacji krajowych (3, 4, 8).

Globalizacja problemów cukrzycy – wezwania do ulepszeń ze strony organizacji międzynarodowych

Według szacunku WHO z 2003 r., do 2025 r. liczba chorych na cukrzycę zwiększy się do ok. 330 mln, czyli o 72%. To zagrożenie dla populacji, systemów opieki zdrowotnej poszczególnych krajów – medyczne, społeczne, polityczne, ekonomiczne. Wyzwanie dla medycyny. W skali ogólnosiwiatowej cukrzyca stanowi piątą przyczynę zgonów.

Z tych właśnie powodów cukrzyca stała się problemem nie tylko osób chorych i medycyny, ale organizacji o globalnym zasięgu. Ostatnio znajduje to niezwykle wyraz w specjalnej „przeciwcukrzycowej” Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych z 20 grudnia 2006 r. Rezolucja ta promuje akcje prewencyjne na całym świecie w formie światowych dni poświęconych diabetologii we współpracy z Międzynarodową Federacją Cukrzycową (IDF). Zobowiązuje też państwa członkowskie ONZ do intensyfikacji narodowych programów walki z cukrzycą w zakresie prewencji cukrzycy, ulepszania jakości wyników leczenia, hamujących epidemiczne nasilenie powikłań cukrzycy i chorób z nią skojarzonych. Poniżej przedstawione zostały cytaty z tej Rezolucji, ważne dla wprowadzenia zmian w diabetologii.

W Polsce konieczne jest opracowanie nowego, ulepszanego, szerszego programu ogólnopolskiego, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej i Unii Europejskiej. Należy szczególnie uwzględnić takie kierunki działań, jak postulat przyjęcia przez Sejm „ustawy diabetologicznej” – ustawa na wzór ustawy onkologicznej, do walki z zagrożeniem cukrzycą i chorobami z nią skojarzonymi.

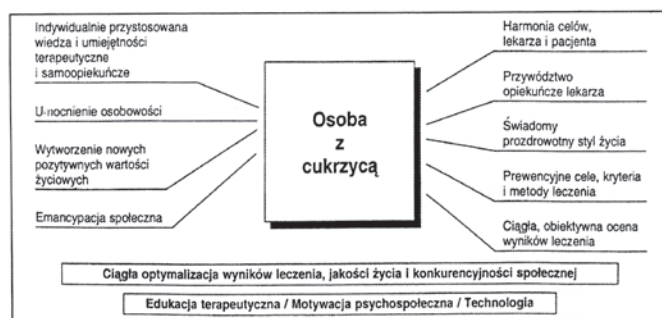
Umożliwiłaby ona takie konieczne zmiany, jak:

- 1) bezpośrednie zjednoczenie działania lekarzy i pacjentów,
- 2) wprowadzenie nowych planów prewencji cukrzycy,
- 3) wytworzenie sieci centralnych i regionalnych ośrodków medyczno-edukacyjnych,
- 4) stały monitoring jakości leczenia,
- 5) specjalne programy dla dzieci, ciężarnych, z powikłaniami oraz dla wsi,
- 6) praktykowanie standardów, reforma edukacji diabetologicznej dla lekarzy, przebudowa statutów i działalności towarzystw diabetologicznych,
- 7) upowszechnienie metod intensywnego leczenia,
- 8) radykalne zwiększenie roli Stowarzyszenia Pacjentów,
- 9) przyjęcie zasady swobodnego dostępu, bez osobnego skierowania chorych na cukrzycę do ośrodka diabetologicznego, który decyduje o miejscu dalszego leczenia na podstawie medycznych wskazań,
- 10) ustanowienie nowego zawodu edukatora chorych,

- 11) organiczne łączenie działań opieki specjalistycznej i podstawowej (system łączony),
- 12) rozumienie faktu, że cukrzyca obecnie jest trzecim po niedokrwiennej chorobie serca i nowotworach „zjadaczem” zdrowia i budżetu,
- 13) utrzymanie kontroli państwa nad leczeniem cukrzycy – refundacja, wymogi jakościowe,
- 14) równoległy udział opieki niepublicznej i prywatnej na zasadzie kontroli jakości i cen,
- 15) zapewnienie odpowiedniego udziału lekarzy i osób w kształtowaniu systemu leczenia,
- 16) wykorzystanie światowych osiągnięć w Polsce, podejście holistyczne, zorientowane na pacjenta, wytworzenie atmosfery zrozumienia, współpracy i przyjaźni między wszystkimi środowiskami kształtującymi opiekę diabetologiczną.

Bez pełnego przyjęcia powyżej opisanego, opar- tego na dowodach i doświadczeniach programu nie można skutecznie ograniczać pandemii cukrzycy. W środowisku Akademii Medycznej w Warszawie dąży się do takiego podejścia – **ryc. 4**.

Ryc. 4. Warszawska doktryna ciągłej, całościowej, partnerskiej, prewencyjnie ukierunkowanej opieki diabetologicznej.



W tym zakresie poszukuje się sojuszników – wskazanie na to jest celem niniejszego opracowania.

Piśmiennictwo

- 1) Diabetes Atlas, wyd. 2, International Diabetes Federation, Bruksela 2003.
- 2) Lefébrve P.: porozumienie osobiste, 2006.
- 3) Pickup J.C., Williams G.: Textbook of Diabetes, t. 1 i 2, Malden (USA), Blackwell Publ., 2003, rozdz.: 5, 6, 7, 70, 71.
- 4) DeFronzo R.A., Ferranini E., Keen H., Zimmet P. (red.): International Textbook of Diabetes mellitus, Chichester etc., John Wiley and Sons, wyd. 3, 2004, rozdz. 2, 62, 75, 90, 101, 102, 108, 109, 115, 116.
- 5) Roglic G., Unwin N., Bennett P.H. i wsp.: The Burden of Mortality Attributable to Diabetes, Diabetes Care 2005, 28; 2130-5.
- 6) Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003, 26, 3160-3167.
- 7) Decode Study Group on the behalf of the European Diabetes Epidemiology Study Group, Is fasting glucose sufficient to define diabetes? Epidemiological data from 20 European Studies. Diabetologia 1999, 42, 647.
- 8) Tatoń J., Czech A. (red.): Diabetologia, tom I i II, PZWL, Warszawa, 2001.

- 9) Rewers M., Krzętowski A.: Epidemiologia cukrzycy typu 1 [w]: Cukrzyca, (Sieradzki J. red.), t. 1, r. 5, 151-169.
- 10) Czech A., Luźniak P., Tatoń J., Łaz H., Wargin W.: Chorobowość z powodu upośledzenia glikemii na czczo, upośledzenia tolerancji glukozy oraz cukrzycy w populacji Warszawy; zestawienie z dystrybucją wieku, płci i masy ciała. Med. Metabol. 2000, IV, 1, supl., 73-4.
- 11) Janeczko D.: Epidemiologia cukrzycy typu 2 [w]: Cukrzyca, (Sieradzki J. red.), t.1, r. 6, 170.
- 12) Gerstein H.C., Haynes R.B.: 2001, Evidence – Based Diabetes Care, BC Decker Inc., Hamilton, London.
- 13) Williams R., Herman W., Kinmouth A.L., Warcham N.J.: The Evidence Base for Diabetes Care, Chichester etc., John Wiley and Sons, 2002.
- 14) Okhubo Y., Kishikawa H, Araki E i wsp.: Intensiva insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. Diabetes Res. Clin. Pract.1995, 28, 103-17.
- 15) Głowania I.: Praca doktorska, AM w Warszawie, 2006.
- 16) Czech A., Głowania I.: Kto i dlaczego nie ma szansy uzyskania poprawnej opieki diabetologicznej w Polsce?, Medycyna Metaboliczna, 1/2007, 12-21.
- 17) Tatoń J.: Powikłania cukrzycy, PZWL, Warszawa, 1995.
- 18) Tatoń J.: Miażdżycza – zapobieganie w praktyce lekarskiej, PZWL, Warszawa, 1996.
- 19) Tatoń J., Czech A., Opolski G., Zembala M. (red.): Cukrzycowe choroby serca, Gdańsk, Via Medica, 2005.
- 20) Gilder T.P., O`Connor P.J. i wsp.: The Cost to Health Plans of Poor Glycemic Control. Diabetes Care 1997, 20, 1847.
- 21) Vaughan N.J.A. for the Audit Working Group of the Research Unit of the Royal College of Physicians and British Diabetic Association and the Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne: 1994, Measuring the outcomes of diabetes care. Diabet. Med. 11, 418.
- 22) Czech A.: Standardy w opiece diabetologicznej, wyd. Polfa-Tarchomin, Warszawa 1997.
- 23) Colvell J.A.: Cukrzyca – nowe ujęcie diagnostyki i leczenia, Urban and Partner, Wrocław 2004.
- 24) Williams R., Tuomilehto J., Bark S. (red.): The Economics of Diabetes Care, Blackwell Science Ltd. UK, Oxford 2000.
- 25) Williams R.: Diabetes and quantifying the burden for patients and health – care systems [w]: Betteridge D.J. (red.): Diabetes – current perspectives, Dunitz, 2000.
- 26) Global Strategic Plan to raise Awareness of Diabetes. International Diabetes Federation, Bruksela 2003.
- 27) Czech A.: Edukacja terapeutyczna – nowe cele, definicje i oczekiwania w ulepszeniu wyników prewencji i leczenia przewlekłe chorych – przykład diabetologii. Med. Metab. 2005, 2; 14-22.
- 28) Tatoń J., Czech A.: Podręcznik edukacji terapeutycznej w cukrzycy – nauczanie samoopieki, PWN, Warszawa 2000.
- 29) Wilson A.E., Home P.D. for the Diabetes Audit Working Group of the Research Unit of the Rogal College of Physicians and the British Diabetic Association: 1993. A dataset to allow exchange of information for monitoring continuing diabetes care. Diabetes, Met, 10, 378.
- 30) Dodson P.M., Barnett A.H., O`Gara M.G.: Opieka łączona w leczeniu cukrzycy. Via Medica, Gdańsk 1999.
- 31) Renders C.M., Valk G.D., Griffin S.J. i wsp.: Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient and community settings: a systematic review. Diabetes Care 2001, 24, 1821-1833.
- 32) Medycyna Metaboliczna: Kultura opieki medycznej – wykłady, streszczenia doniesień oryginalnych w programie II Ogólnopolskiej Konferencji Towarzystwa Edukacji terapeutycznej „O nową jakość, wartość i styl opieki medycznej dla osób z cukrzycą”, Nr 2/2006, Warszawa, 2/3.06.2006.

Obrony prac doktorskich

I Wydział Lekarski

17 maja 2007 roku

godz. 10⁴⁰

lek. Agnieszka Gawecka „Immunomodulacyjny wpływ emulsji tłuszczowych stosowanych w żywieniu pozajelitowym noworodków urodzonych przedwcześnie”

promotor – prof. dr hab. Maria Borszewska-Kornacka
recenzenci: prof. dr hab. Ryszard Lauterbach
doc. dr hab. Piotr Socha

godz. 12¹⁰

lek. Anna Maria Celińska „Ocena stężenia cytokin prozapalnych w plazmie nasiennej nieplodnych mężczyzn”

promotor – dr hab. Ewa Barcz
recenzenci: prof. dr hab. Ewa Skopińska-Różewska
prof. dr hab. Grzegorz Jakiel

godz. 13⁰⁰

lek. Magdalena Hamer-Słynarska „Ocena przydatności cytologii złuszczeniowej błony śluzowej nosa w diagnostyce i terapii nieżytów górnych dróg oddechowych”

promotor – dr hab. Bożena Tarchalska-Kryńska,
prof. nadzw. AM
recenzenci: prof. dr hab. Dariusz Jurkiewicz
prof. dr hab. Andrzej Kukwa

godz. 13⁴⁵

lek. Piotr Palczewski „Ocena przydatności klinicznej obrazowania metodą rezonansu magnetycznego w diagnostyce przedoperacyjnej chorych z guzem Klatskina”

promotor – prof. dr hab. Marek Gołębiowski
recenzenci: doc. dr hab. Urszula Grzesiakowska
prof. dr hab. Paweł Nyckowski

30 maja 2007 roku

godz. 10⁰⁵

mgr Magdalena Mielczarek-Puta „Izoenzymy arginazy w diagnostyce pierwotnego raka jelita grubego i przerzutów do wątroby”

promotor – prof. dr hab. Anna Barańczyk-Kuźma
recenzenci: prof. dr hab. Maria Wąsik
prof. dr hab. Bogdan Szukalski

godz. 10⁵⁰

mgr Joanna Bogdanowicz „Badania nad identyfikacją mikroaberracji chromosomowych z zastosowaniem technik cytogenetyki molekularnej”

promotor – prof. dr hab. Jacek Zaremba
recenzenci: prof. dr hab. Janusz Limon
prof. dr hab. Lech Korniszewski

godz. 12¹⁰

lek. Krystian Pawelec „Wpływ nowej metody przechowywania trzustki z użyciem perfluorocarbonu adenozyiny na czynność izolowanych wysp trzustkowych”

promotor – prof. dr hab. Piotr Fiedor
recenzenci: dr hab. Marek Durlik
dr hab. Zbigniew Gałązka

godz. 13⁰⁰

lek. Krystyna Kizler-Sobczyk „Metody rekonstrukcji małżowiny usznej i przewodów słuchowego zewnętrznego w leczeniu wad rozwojowych”

promotor – prof. dr hab. Andrzej Kukwa
recenzenci: dr hab. Józef Jordan,
prof. nadzw. AM w Gdańsku
prof. dr hab. Kazimierz Niemczyk

31 maja 2007 roku

godz. 10³⁵

lek. Agnieszka Gawrońska „Ocena skuteczności stosowania probiotyków w leczeniu czynnościowych bólów brzucha u dzieci”

promotor – prof. dr hab. Hanna Szajewska
recenzenci: dr hab. Halina Woś,
prof. nadzw. Śląskiej AM
dr hab. Krzysztof Fyderek

godz. 12¹⁰

lek. Anna Kaczyńska „Nieinwazyjna identyfikacja osób z resztkowymi skrzeplinami tętnic płucnych po sześciomiesięcznym leczeniu przeciwzakrzepowym ostrej zatorowości płucnej”

promotor – prof. dr hab. Piotr Pruszczyk
recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Drożdż
dr hab. Marek Kuch

godz. 13⁰⁰

lek. Hanna Rywik „Znaczenie naturalnej cytotoxyczności komórkowej w twardzinie układowej i chorobie Raynauda”

promotor – prof. dr hab. Maria Błaszczuk-Kostanecka
recenzenci: prof. dr hab. Anna Romicka
dr hab. Anna Woźniacka

Prace doktorskie znajdują się do wglądu w Bibliotece Akademii Medycznej przy ul. Oczki 1 w Warszawie

Streszczenia wyróżnionych prac doktorskich

KWIECIEŃ 2007

„Chorzy z niewydolnością serca uprzednio niezdiagnozowaną lub nieoptymalnie leczoną – znaczenie poszczególnych czynników prognostycznych w obserwacji odległej”

lek. Andrzej Folga

promotor: *dr hab. Krzysztof Filipiak*

recenzenci: *dr hab. Zbigniew Kalarus*

dr hab. Artur Mamcarz, prof. nadzw. AM

Niewydolność serca (NS) charakteryzuje wysoka śmiertelność roczna. Poszukiwane są nowe markery niekorzystnego rokowania oraz metody monitorowania, mogące poprawić opiekę nad pacjentami z zaawansowaną NS. Celem pracy była prospektywna obserwacja grupy pacjentów z nowo zdiagnozowaną, zaawansowaną NS, dotąd optymalnie nieleczonych, nieotrzymujących leków beta-adrenolitycznych i/lub inhibitorów konwertazy angiotensyny wraz z obserwacją zmian markerów biochemicznych (NT-proBNP, CA125) podczas leczenia.

Cele szczegółowe obejmowały:

- 1) Ocenę wpływu poszczególnych czynników biochemicznych i klinicznych u chorych z uprzednio nieoptymalnie leczoną lub nieleczoną NS na 12-miesięczne rokowanie.
- 2) Ocenę znaczenia prognostycznego osoczowych stężeń NT-proBNP oraz CA125 i ich zmian w trakcie terapii.

Metodyka: badaniem objęto 65 pacjentów poniżej 75 roku życia, hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Działdowie (średni wiek 60,34 +/- 9,54 lat) z rozpoznaniem NS (frakcja wyrzutowa lewej komory $\leq 40\%$), z objawami klinicznymi w II-IV klasie NYHA, dotychczas nieoptymalnie leczonych. Badanie echokardiograficzne, elektrokardiograficzne, pobranie surowicy celem oznaczenia NT-proBNP, CA125 oraz innych badań biochemicznych wykonywano na początku badania oraz w 3, 6 i 12-miesięcznej obserwacji. W trakcie rocznej obserwacji optymalizowano leczenie, dążąc do uzyskania maksymalnie tolerowanych dawek leków, zmniejszających ryzyko zgonu w tej grupie. Jako punkty końcowe obserwacji przyjęto: zgon z dowolnej przyczyny oraz wystąpienie MACE (zgon sercowo-naczyniowy, zgon pozasercowy, udar, zawał mięśnia sercowego, hospitalizacja z po-

wodu obrzęku płuc lub zaostrenia NS do IV klasy NYHA, potrzeba rewaskularyzacji wieńcowej, potrzeba przeszczepu serca, wszczęcia kardiowertera-defibrylatora).

Wyniki:

- 1) W obserwowanej populacji pacjentów z zaawansowaną, dotąd nieoptymalnie leczoną NS, śmiertelność całkowita po roku od wdrożenia standardowej terapii wyniosła 16,9%. Wszystkie obserwowane zgony miały charakter sercowo-naczyniowy.
- 2) W przeprowadzonej wieloczynnikowej analizie regresji logitowej, niezależnymi czynnikami ryzyka zgonu były: jednoczesne podwyższone wyjściowe stężenia NT-proBNP i CA125 (oba > mediany, OR=492,9; p=0,006), niewydolność nerek (OR=19,4; p=0,024), index masy lewej komory (LVMindex <171,46g/m²; OR=18,0; p=0,034), zbyt małe obniżenie się stężenia CA125 w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia (<mediany dla grupy; OR=17,9; p=0,032); niezależnymi czynnikami ryzyka wystąpienia MACE było: jednoczesne podwyższone stężenia NT-proBNP i CA125 (OR=48,6; p=0,001), niewydolność nerek (OR=10,0; p=0,020), LVMindex <171,46 g/m² (OR=8,55; p=0,028).
- 3) Grupa z wyjściowymi podwyższonymi NT-proBNP i CA125 rokowała gorzej, w porównaniu do grupy z podwyższonym jednym z tych markerów. Najlepiej rokowali chorzy z wyjściowymi stężeniami zarówno NT-proBNP, jak i CA125 poniżej mediany. Podobne czynniki ryzyka stwierdzono w modelach prognostycznych innych punktów końcowych.

Wnioski:

- 1) Pomimo postępu farmakoterapii, NS nawet optymalnie leczona, obciążona jest nadal złym rokowaniem.
- 2) Niezależnymi czynnikami ryzyka zgonu w badanej populacji po roku były: jednoczesne podwyższone wyjściowe wartości NT-proBNP i CA125 (oba > mediany), niewydolność nerek, obniżony LVMindex w badaniu echokardiograficznym (< mediany) oraz niekorzystne zmiany stężeń CA125 w pierwszym okresie po wdrożeniu leczenia (obniżenie < mediany dla grupy).
- 3) Zarówno NT-proBNP, jak i CA125 okazały się istotnymi markerami prognozowania punktów końcowych w badanej populacji. Oba markery: CA125 i NT-proBNP wykazują wysoką, uzupełniającą się wartość prognostyczną w NS. Ścisła obserwacja zmian ich stężeń w ciągu 3 miesięcy od wdrożenia leczenia, wnosi istotne wskazówki co do prognozowania niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

„Ocena przydatności metod molekularnych w wykrywaniu i różnicowaniu zarażeń *Toxoplasma gondii* na przykładzie nowej metody genotypowania”

mgr Karolina Świtaj

promotor: **prof. dr hab. med. Piotr Zaborowski**

recenzenci: **prof. dr hab. Andrzej Płucienniczak**
prof. dr hab. Mirosław Łuczak

Toxoplasma gondii jest obligatoryjnie wewnątrzkomórkowym pierwotniakiem, powszechnie zarażającym organizmy stałocieplne w różnych warunkach klimatycznych. Jest nią zarażonych ponad miliard osób na świecie. Człowiek zaraża się najczęściej na drodze pokarmowej poprzez spożycie surowego lub niedogotowanego mięsa, zawierającego cysty tkankowe z *Toxoplasma gondii* lub poprzez spożycie pokarmu zanieczyszczonego oocystami wydalonymi przez kota. Zараżenie może również zostać przekazane w czasie ciąży z matki na płód i poprzez transplantacje.

U zdecydowanej większości osób toksoplazmoza ma przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Na poważne następstwa narażone są szczególnie osoby z osłabioną odpornością komórkową (chorzy z AIDS, chorzy na białaczkę, osoby po przeszczepach narządów), u których może dojść do uogólnionej postaci zarażenia lub zapalenia mózgu obciążonego dużą śmiertelnością. Następstwem zarażenia prenatalnego może być poronienie lub uszkodzenie wielonarządowe, wady ośrodkowego układu nerwowego, uszkodzenie wzroku.

Odrębną postacią toksoplazmozy jest postać oczna, która może być następstwem zarówno zarażenia wrodzonego, jak i nabytego po urodzeniu. Przebiega ona w postaci nawracającego zapalenia naczyń i siatkówki. Choroba dotyczy osób bez ewidentnych cech niedoborów odporności, co sugeruje, że w patogenezie toksoplazmozy obok stanu odporności organizmu gospodarza istotne znaczenie mogą mieć również czynniki zjadliwości *T. gondii*. Analiza genetyczna szczepów hodowlanych pozwoliła na wyodrębnienie spośród nich różnych typów, odznaczających się różną zjadliwością na modelach zwierzęcych. Znaczenie zjadliwości *T. gondii* u człowieka nie zostało ustalone. Problematyczna jest również diagnostyka toksoplazmozy w oparciu o metody hodowlane i serologiczne, stąd poszukuje się nowych metod diagnostycznych w oparciu o techniki szybko rozwijającej się biologii molekularnej. Celem badań była ocena możliwości zastosowania metod molekularnych zarówno do wykrywania, jak i różnicowania zarażeń *T. gondii* w próbkach klinicznych.

W pierwszym etapie badań ustalano, która z sekwencji *T. gondii* (spośród następujących: genów B1, GRA6, hsp70 i sekwencji 529 i NTS2), będzie optymalną podstawą testu molekularnego. Po wstępnych doświadczeniach do dalszych badań wybrano sekwencję NTS2 występującą w genomie *T. gondii* w 110 kopiach i odznaczającą się polimorfizmem pojedynczych nukleotydów (SNPs). W opracowanej metodzie oznaczano 7 pozycji SNP za pomocą minisekwencjonowania. Aby wykazać możliwości różnicowania szczepów *T. gondii* za pomocą opracowanej metody, przeprowadzono genotypowanie polimorficznych szczepów hodowlanych *T. gondii*. Uzyskane wyniki wykazały, że metoda jest poprawna i pozwala na różnicowanie szczepów *T. gondii*.

W celu oceny przydatności klinicznej przeprowadzono oznaczenia w próbkach krwi obwodowej pacjentów Kliniki Chorób Odzwierzęcych i Tropikalnych. W badaniach wzięli udział pacjenci z postacią oczną i węzłową toksoplazmozy oraz osoby w grupach odniesienia. Wśród pacjentów z aktywną toksoplazmozą oczną (61 osób) genotyp *T. gondii* oznaczono w 53 próbkach (86,9%), wśród pacjentów z nieaktywnymi zmianami na dnie oka (12 osób) wynik dodatni uzyskano w przypadku 6 próbek (50%), natomiast wśród pacjentów z toksoplazmozą węzłową (6 osób) we wszystkich próbkach (100%). Wzór oznaczonych SNPs sekwencji NTS2 we wszystkich próbkach klinicznych odpowiadał typowi I *T. gondii* (szczepy zjadliwe).

Wśród oznaczeń w grupach odniesienia spośród pacjentów z aktywną oczną postacią toksoplazmozy (7 osób) otrzymano jeden wynik fałszywie dodatni, natomiast w grupie osób z limfadenopatią o etiologii innej niż toksoplazmozowa (2 osoby) i w grupie zdrowych ochotników (21 osób) nie wykryto materiału genetycznego *T. gondii*.

Wyniki badań wykazały, że techniki molekularne mogą znaleźć zastosowanie w konstruowaniu testów diagnostycznych zarażeń *T. gondii* i opracowana metoda, oparta o badanie polimorfizmu w regionie NTS2, jest przydatna do genotypowania szczepów *T. gondii* zarówno hodowlanych, jak i oznaczanych w bezpośrednich izolatach z próbek klinicznych.

Wykazano, że w przypadkach ocznej postaci toksoplazmozy przy pomocy opracowanej metody materiał genetyczny *T. gondii* można wykrywać w oparciu o izolaty uzyskane bezpośrednio z krwi obwodowej, co jest bezpieczniejsze i wygodniejsze niż wykorzystywanie w tym celu płynów i tkanek oka.

Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że w przebadanej grupie pacjentów bez cech upośledzenia odporności, postać węzłowa i oczna toksoplazmozy związana jest ze zjadliwymi szczepami *T. gondii* typu I.

MAJ 2007

„Immunomodulacyjny wpływ emulsji tłuszczowych stosowanych w żywieniu pozajelitowym noworodków urodzonych przedwcześnie”

mgr Agnieszka Gawecka

promotor: *prof. dr hab. Maria Borszewska-Kornacka*recenzenci: *prof. dr hab. Ryszard Lauterbach**doc. dr hab. Piotr Socha*

Niedojrzałość przewodu pokarmowego noworodków urodzonych przedwcześnie, a zwłaszcza z bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała sprawia, że w pierwszym okresie życia wymagają one stosowania żywienia pozajelitowego. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe wykazują między innymi wpływ na funkcjonowanie układu immunologicznego.

Celem badania było porównanie wpływu dwóch emulsji tłuszczowych stosowanych w żywieniu pozajelitowym: Ivelipu opartego na oleju sojowym oraz Clinoleicu na bazie oliwy z oliwek na: tolerancję emulsji tłuszczowej w oparciu o parametry gospodarki lipidowej oraz stężenie bilirubiny; produkcję cytokin TNF- α , IL-6, IL-10 przez komórki jednojądrzaste krwi obwodowej bez stymulacji i po stymulacji przeciwciałem monoklonalnym anti-CD3; dystrybucję limfocytów T, B, NK oraz stan aktywacji monocytów w oparciu o ekspresję markerów błonowych: CD3, CD4, CD8, CD56, CD19, CD32, CD11a, CD54, CD14, HLA DR, CD25, CD18, CD16, CD86; częstość występowania dysplazji oskrzelowo-płucnej, retinopatii wcześniaczej, martwiczego zapalenia jelit, zakażeń wtórnych i posocznicy oraz krwawień dokomorowych i okołodokomorowych.

Badaniem objęto noworodki urodzone <32 t.c. i z m.c. <1500g, które randomizowano metodą podwójnie ślepej próby do dwóch grup badawczych, otrzymujących jedną z emulsji tłuszczowych. Tolerancję emulsji tłuszczowych oceniano w oparciu o lipidogram surowicy. Wpływ emulsji tłuszczowych na poziom żółtaczk oceniano na podstawie stężenia bilirubiny całkowitej i związanej w surowicy krwi. Przed włączeniem do żywienia emulsji tłuszczowej oraz w 14 dobie oznaczano syntezę cytokin przez komórki jednojądrzaste krwi obwodowej bez i po stymulacji przeciwciałem anti-CD3 oraz ekspresję receptorów powierzchniowych.

Z grupy 44 noworodków, 38 ukończyło badanie (18-Clinoleic, 20-Invelip), średni wiek ciążowy wynosił odpowiednio 27 \pm 2 vs. 27 \pm 1, a urodzeniowa masa ciała 936 \pm 218 vs. 924 \pm 221. W obu grupach badanych nie zanotowano nieprawidłowości w lipidogramie surowicy krwi, jednak w grupie noworodków otrzymujących emulsję na bazie oliwy z oliwek, zanotowano statystycznie znacznie wyższe stężenia cholesterolu (159 \pm 19,89 mg%

vs. 128 \pm 8,85 mg%, $p < 0,0126$) oraz LDL (103, 36 \pm 8,85 mg% vs. 78,87 \pm 7,59 mg%, $p < 0,0342$). W obu grupach badanych stężenia bilirubiny całkowitej i związanej nie wykazywały różnic.

Synteza cytokin przed włączeniem emulsji lipidowych w obu grupach była podobna i nie wykazywała istotnych statystycznie różnic. Po zastosowaniu emulsji lipidowych nie wykazano w obu grupach różnic statystycznych w produkcji TNF α , IL-10 bez i po stymulacji anti-CD3. Synteza IL-6 bez stymulacji wykazała w obu grupach (jedynie w grupie noworodków, u których stosowano emulsję na bazie oleju sojowego) statystycznie znamiennej wzrost ($p < 0,05$). Po stymulacji przeciwciałem anti-CD3 stwierdzono znamienne wyższe stężenie IL-6 w grupie otrzymującej emulsję sojową (394 \pm 53 vs 220 \pm 65 pg/ml, $p < 0,05$).

Poziom ekspresji antygenów powierzchniowych przed włączeniem do żywienia emulsji tłuszczowych w obu grupach badanych, był podobny. Po 14 dniach stosowania emulsji tłuszczowych w obu grupach badanych stwierdzono wzrost odsetka populacji limfocytów T CD3+, CD4+ oraz CD8+, a także wzrost ekspresji HLA-DR, CD54, CD18, CD14, CD25 na monocytach. W grupie noworodków, u których stosowano emulsję na bazie oliwy z oliwek, po 14 dniach odnotowano statystycznie znacznie wyższą gęstość fluorescencyjną CD11a (8,43 \pm 0,75 vs 4,74 \pm 0,60, $p = 0,0014$). W grupie noworodków, u których stosowano emulsję na bazie oleju sojowego, stwierdzono statystycznie znacznie wyższy odsetek komórek z ekspresją cząsteczki CD86 (66,83 \pm 4,94 vs. 37,33 \pm 6,99, $p = 0,0023$).

Częstość występowania dysplazji oskrzelowo-płucnej, martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, wylewów dokomorowych i okołodokomorowych nie różniła się w obu grupach. Częstość występowania zakażeń wtórnych również nie wykazała różnic, jednak odsetek zakażeń był wyższy w grupie noworodków otrzymujących emulsję na bazie oleju sojowego.

Obie emulsje tłuszczowe charakteryzowały się dobrą tolerancją i nie powodowały zaburzeń w lipidogramie surowicy, ani nie nasilały poziomu żółtaczk. Emulsja tłuszczowa na bazie oleju sojowego może nasilać reakcję zapalną poprzez wpływ na syntezę prozapalnych cytokin oraz zwiększanie ekspresji prozapalnych antygenów powierzchniowych. Emulsja na bazie oliwy z oliwek wydaje się w mniejszym stopniu modyfikować funkcjonowanie układu immunologicznego.

Żadna z emulsji tłuszczowych nie wykazała korzystniejszego wpływu na częstość występowania dysplazji oskrzelowo-płucnej, martwiczego zapalenia jelit, wylewów dokomorowych i okołodokomorowych. W grupie noworodków, u których w żywieniu stosowano emulsję na bazie oleju sojowego, uwagę zwracał wyższy odsetek zakażeń wtórnych, jednak różnica ta nie była statystycznie znamienne. Konieczne są jednak dalsze badania na większej liczbie pacjentów, potwierdzające taką zależność.

„Ocena stężenia cytokin prozapalnych w plazmie nasiennej niepłodnych mężczyzn”

mgr Anna Maria Celińska

promotor: *dr hab. Ewa Barcz*

recenzenci: *prof. dr hab. Ewa Skopińska-Różewska*
prof. dr hab. Grzegorz Jakiel

Niepłodność męska stanowi duży problem diagnostyczny i terapeutyczny. Jedną z ważnych przyczyn upośledzenia płodności są stany zapalne przebiegające w obrębie męskich gruczołów dodatkowych, które odpowiadają za prawie 15% przypadków męskiej niepłodności. Zapalenie męskich gruczołów dodatkowych wydaje się być związane ze zmniejszoną gęstością nasienia, zmniejszoną liczbą i ruchliwością plemników, a także ze zmianami w poziomach markerów zapalenia w plazmie nasiennej.

Odczyn zapalny jest elementem związanym z wieloma rodzajami odpowiedzi immunologicznej. Procesy immunologiczne między innymi obejmują migrację białych krwinek do miejsca reakcji zapalnej w związku ze zjawiskiem chemotaksji oraz sekrecję cytokin, które są niezbędne w celu przekazywania sygnałów pomiędzy komórkami immunokompetentnymi. Naciek leukocytarny odpowiedzialny jest również za zaburzenie równowagi między pro- i antyoksydantami, co w konsekwencji prowadzi do nadmiernej produkcji wolnych rodników tlenowych i w wyniku tego do objawów klinicznych w postaci upośledzenia płodności. Wydaje się również, że oprócz niezależnej produkcji cytokin prozapalnych oraz nadmiaru reaktywnych form tlenu, istnieje również współzależność między nasileniem stresu oksydacyjnego a obecnością cytokin prozapalnych.

Postawienie prawidłowego rozpoznania, a tym samym wdrożenie adekwatnego leczenia w tych przypadkach, nastręcza duże trudności ze względu na niedoskonałe metody diagnostyczne. Ponadto dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że infekcje w obrębie męskiego układu rozrodczego mają często przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy.

Założenia: Celem pracy była ocena stężenia cytokin prozapalnych w plazmie nasiennej niepłodnych mężczyzn i ocena ich znaczenia w diagnostyce niepłodności męskiej.

Materiał i metody: Badaniem objęto 107 mężczyzn diagnozowanych w Poradni Andrologicznej, działającej przy I Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie.

Pacjenci poddani byli rutynowemu badaniu andrologicznemu, a następnie badaniu poddano próbki nasienia wg standardów WHO z 1999 roku.

Spośród tej grupy pacjentów wyodrębniono w pierwszym etapie 4 podgrupy ze względu na seminologiczne parametry nasienia (normospermia – 15 mężczyzn, asthenoteratozoospermia – 44 mężczyzn, oligoasthenoteratozoospermia – 20 mężczyzn oraz azoospermia – 12 mężczyzn).

W drugim etapie badania pacjentów podzielono ze względu na obecność lub brak leukocytospermii w badaniu seminologicznym.

W plazmie nasiennej, uzyskanej z pozostałej części nasienia, oznaczano stężenie cytokin prozapalnych (IL-1 β , IL-6, IL-8 oraz IL-18) metodą ELISA.

U każdego pacjenta dodatkowo pobierano krew, w celu oznaczenia stężenia prolaktyny oraz testosteronu w celu wykluczenia zaburzeń hormonalnych, mogących mieć wpływ na ekspresję badanych cytokin.

Wyniki: Poziomy testosteronu i prolaktyny w obrębie analizowanej grupy, mieściły się w granicach normy.

Wykazano wyższe stężenie IL-8 w plazmie nasiennej mężczyzn z asthenoteratozoospermia oraz oligoasthenoteratozoospermia. Jednocześnie wykazano istnienie zależności między stężeniem IL-1 β oraz IL-6, a odsetkiem plemników nieruchomych w grupie mężczyzn z asthenoteratozoospermia, oraz ujemną korelację między stężeniem IL-6 a odsetkiem plemników charakteryzujących się ruchem postępowym wolnym w tej grupie mężczyzn.

Stwierdzono również znamienne statystycznie korelację między stężeniem IL-1 β oraz IL-18 a odsetkiem plemników o nieprawidłowej budowie w grupie mężczyzn z oligoasthenoteratozoospermia.

Zwiększone stężenie IL-1 β , IL-6, IL-8 oraz IL-18 w plazmie nasiennej mężczyzn z leukocytospermia oraz korelacja między stężeniem IL-1 β , IL-6 oraz IL-18 z liczbą leukocytów w nasieniu w tej grupie mężczyzn wskazuje na bezpośredni związek tych cytokin z mobilizacją nacieku zapalnego w męskim układzie rozrodczym.

Wnioski: Uzyskane wyniki wskazują na znaczenie badanych cytokin dla powstawania patologii nasienia, prowadzących do upośledzenia płodności. Wydaje się, że największe znaczenie ma oznaczanie tych cytokin w przebiegu stanów zapalnych męskiego układu rozrodczego.

Na podstawie przeprowadzonych badań wydaje się, że oznaczanie stężenia wybranych cytokin prozapalnych może stanowić cenne uzupełnienie diagnostyki zapaleń męskich gruczołów dodatkowych.

Wykład przedstawiony podczas XXI Zjazdu

Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, Wrocław, 25 maja 2007 r.

Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809-2006)



prof. dr hab. Marek Krawczyk

Dziekan I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie

kiedy do stolicy przybył Henryk Loelhoeffel, dziad znakomitego polskiego historyka Joachima Lelewela. Został on sprowadzony jako nadworny lekarz króla Augusta III oraz w celu nauczania chirurgii. Nauczanie zaczął bardzo niezręcznie, bowiem na ul. Podwale urządził teatr anatomiczny, w którym nauczał anatomii podczas sekcji zwłok przestępców, co nie spotkało się z aprobatą społeczeństwa.

W Warszawie, która miała wówczas 70.000 mieszkańców, było w 1750 r. jedynie 3 lekarzy i 10 cyrulików. Wobec tej trudnej sytuacji do Polski w 1743 r. przyjechał Wawrzyniec Mitzler de Kolof, który na wzór innych krajów chciał w Polsce założyć kolegia lekarskie. W latach 1752–53 przygotował odpowiednie założenia, które nie spotkały się z przychylnością.

Kolejne próby powołania *Collegium Medicum* prowadzono w latach stanisławowskich, także z udziałem obcokrajowców – Wilhelma Ritscha – 1765 i 1768 r. oraz Jana Fryderyka Herrenschand de Greng – 1767 r.

Liczba lekarzy w tym czasie w Polsce nieco zwiększyła się, ale przede wszystkim o kształcących się na Uniwersytecie w Wiedniu.

W 1773 r. z inicjatywy króla Stanisława Augusta Poniatowskiego powołana została przez Sejm Komisja Edukacji Narodowej. Na początku jej działalności nie było w Rzeczypospolitej ani jednego wydziału lekarskiego. Reaktywacja nauczania lekarzy zaczęła opierać się na takich

uczelniami, jak: Akademia Wileńska, szkoła lekarska w Grodnie, Akademia Lekarska w Krakowie i Uniwersytet we Lwowie.

W tym czasie aktywność edukacyjną w Warszawie rozpoczęli dwaj lekarze – Walenty Gagatkiwicz i Paweł Czempiński, którzy z polecenia władz miejskich założyli szkołę przy Szpitalu Św. Łazarza.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

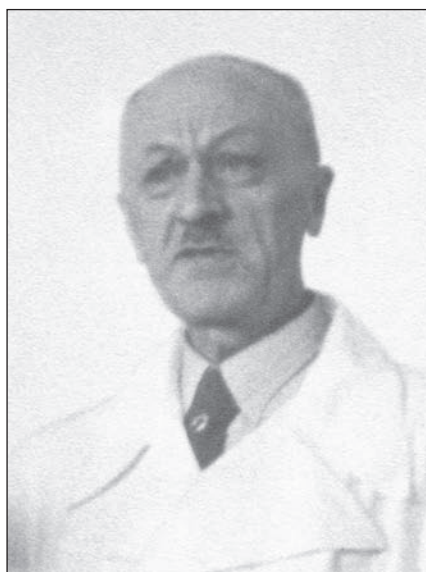
Wiek XVII i XVIII

W XVII i XVIII wieku nastąpił wyraźny upadek medycyny w Polsce. Zauważalne to było przede wszystkim w takich uczelniach, jak Akademia Krakowska, w której Wydział Lekarski był jedynym kształcącym lekarzy w Polsce. Młodzi ludzie zainteresowani medycyną musieli wyjeżdżać po naukę poza granice kraju.

Istniejące w tym czasie inne uczelnie, w tym Akademia Wileńska i Akademia Lwowska nie miały wydziałów lekarskich. Co prawda był Wydział Lekarski przy Akademii Zamojskiej, ale tak naprawdę istniał tylko *de nomine*.

W tej sytuacji lekarzami w Polsce byli cudzoziemcy lub Polacy, którzy zdobywali wykształcenie poza granicami. W większości leczyli oni na dworach królewskich lub magnackich, a społeczeństwo musiało korzystać z pomocy przyuczonych cyrulików lub po prostu szarlatanów.

Początki nauczania medycyny w Warszawie datują się od 1736 r.,



Ryc. 3.

Najwybitniejszymi uczniami tej szkoły byli Józef Czekierski i Franciszek Brandt, późniejsi profesorowie warszawskiego Wydziału Akademicko-Lekarskiego.

W 1802 r. został w Warszawie powołany Instytut Położniczy, którego pierwszym dyrektorem został Józef Czekierski, Christian Taute, a następnie Franciszek Brandt.

W 1807 r. Komisja Rządząca uznała za konieczne powstanie szkoły lekarskiej, tworząc Dyрекcję Lekarską, ale pomysł ten został zrealizowany dopiero w 1809 r. Dokładnie 19 września 1809 r. został wydany w Dreźnie dekret królewski, który powołał Wydział Lekarski. Dziekanem został Hiacynt Dziarkowski. Oprócz tego powołano Radę Ogólną Lekarską, której zadaniem była między innymi kwalifikacja do wykonywania praktyki lekarskiej oraz uzyskiwania stopni naukowych lekarskich i farmaceutycznych. Na czele Rady stał August Wolff.

Wydział Akademicko-Lekarski (1809–1816)

Dziekanem Szkoły Lekarskiej został wspomniany już Hiacynt Dziarkowski, współpracujący z takimi osobami, jak Józef Czekierski, August Wolff, Franciszek Brandt i Józef Celiński.

W nr 83 „Gazety Korespondenta” ukazało się 17 października 1809 r. ogłoszenie o powstaniu „Szkoły Lekarskiej”, której otwarcie nastąpiło 15 listopada 1809 r. Szkoła mieściła się w domu pojezuickim przy ulicy Jezuickiej 4.

W tym czasie istniejąca Izba Edukacyjna w Księstwie Warszawskim mianowała 18 grudnia 1809 r. Stanisława Staszica na Prezesa Wydziału Akademicko-Lekarskiego.

Uroczysta Inauguracja Szkoły Lekarskiej, podczas której Stanisław Staszic i Hiacynt Dziarkowski przestawili kierunki naucza-

nia obejmujące nauki medyczne, chirurgiczne oraz farmację, odbyła się 7 czerwca 1810 r. Takie połączenie tych trzech kierunków było pewnym *novum*, ale miało zapewnić kompleksowe kształcenie przyszłych absolwentów.

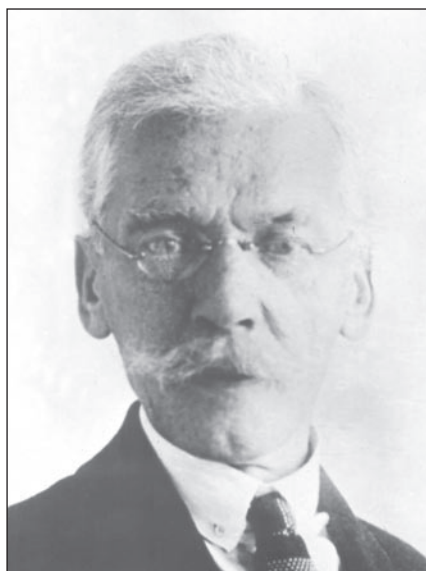
Pierwsi wykładowcy podjęli się dydaktyki bezpłatnie. Problemów było wiele, w tym także brak polskich podręczników. Profesorów czekała pionierska praca przygotowania wszystkiego od początku, w tym polskiej terminologii lekarskiej.

Wykładowcami zostali: Franciszek Brandt – anatomia; Józef Celiński – chemia i farmacja; Józef Czekierski – chirurgia; Hiacynt Dziarkowski (dziekan) – fizjologia i patologia; Jan B. Freyer – farmakognozja, receptura; Jakub Hoffman – botanika, zoologia i mineralogia; August Wolff – terapia ogólna i szczegółowa; Stockersheim – fizyka i Adam Zabellewicz – psychologia.

Ważnym wydarzeniem było uznanie przez Towarzystwo Warszawskie Przyjaciół Nauki na posiedzeniu 6 stycznia 1811 r. F. Brandta, J. Czekierskiego, J. Celińskiego i A. Wolffa profesorami Wydziału Akademicko-Lekarskiego. Był nim już Hiacynt Dziarkowski. Następnie za godnych członkostwa w Wydziale uznano Jana B. Freyera i A. Zabellewicza.

Edukacja młodych medyków według ustalonego programu miała trwać osiem semestrów. Ustalono również pięć egzaminów dyplomowych: z anatomii i fizjologii; z patologii; z chemii i farmacji; z higieny i medycyny sądowej; z kliniki terapeutycznej lub chirurgicznej. Dydaktyka oprócz domu pojezuickiego odbywała się w Instytucie Położniczym, w Szpitalu Św. Rocha przy Krakowskim Przedmieściu i w Szpitalu Św. Łazarza.

W 1809 r. początkowo liczba studentów wyniosła – 44 w naukach lekarsko-chirurgicznych i 14 w naukach farmaceutycznych,



Ryc. 4.



Ryc. 5.

a następnie wzrosła do 87. Pierwsze dyplomy wydano 30 grudnia 1813 r. Otrzymało je 18 absolwentów.

Wydział Lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1816-1831)

Z historii naszego kraju wiemy, że Królestwo Polskie zostało proklamowane 20 marca 1815 r. Panujący wówczas Car Aleksander I 19 listopada 1816 r. wydał dokument ustanawiający w Warszawie Szkołę Główną pod nazwą Królewskiego Uniwersytetu. W jego skład miała wejść dawna Szkoła Prawa i Szkoła Lekarska. 31 grudnia 1816 r. została mianowana Rada Ogólna Uniwersytetu, która miała zarządzać Uczelnią. Przewodniczącym Rady został Stanisław Staszic, a jednym z jej członków dziekan Szkoły Lekarskiej – prof. Hiacynt Dziarkowski. Statut Uniwersytetu zatwierdzono 15 lutego 1818 r.

Włączony do Uniwersytetu Wydział Lekarski kształcił studentów wg dwóch schematów: 1) lekarzy „wyższych” – magistrów, przyjmowanych na studia po maturze, których zajęcia trwały 5 lat, a absolwenci mogli ubiegać się o stopień doktorski; 2) lekarzy „niższych” – chirurgów I i II rzędu, akuszerów, okulistów i aptekarzy, przyjmowanych na studia po ukończeniu klasy czwartej w Szkole Wojewódzkiej, których kształcenie trwało 3 lata.

Od 21 grudnia 1828 r. nowe zarządzenie ujedyniło przyjmowanie na studia – odtąd wszystkich obowiązywała matura i pięcioletni okres edukacji. Natomiast kończąc studia, zależnie od wyników w nauce można było uzyskać jedynie licencjat medycyny, stopień wyższy, czyli magistra medycyny lub najwyższy magistra medycyny i chirurgii. Te dwa ostatnie stopnie zobowiązywały do ubiegania się o doktorat.

Na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który zaczął funkcjonować 1 lutego 1817 r., zapisało się 52 słuchaczy.

Wykłady prowadzili między innymi: Franciszek Brandt i Jan Stummer – anatomię; Józef Celiński – farmację; Józef Czekierski i Franciszek Ksawery Dybek – chirurgię; Hiacynt Dziarkowski (dziekan) – patologię ogólną; Jan B. Freyer – materię medyczną; Klemens Nowicki – okulistykę; Bogumił Maurycy Woyde – polycję lekarską.

22 listopada 1817 r. profesor Hiacynt Dziarkowski przeszedł w stan spoczynku, a dziekanem Wydziału Lekarskiego został Jan B. Freyer.

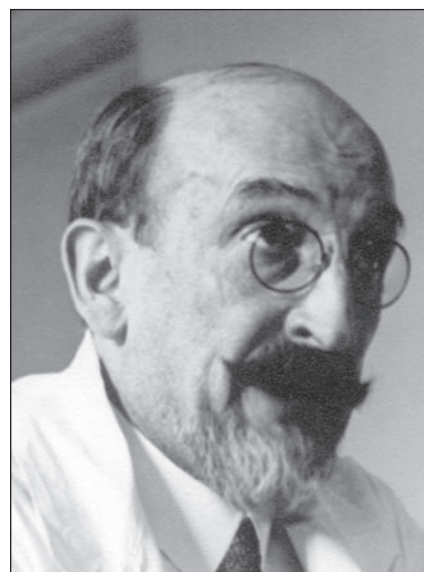
Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego mieścił się nadal w dawnym miejscu przy ul. Jezuickiej. Do budynku ze Szpitala Św. Rocha przeniosły się Kliniki: Terapeutyczna i Chirurgiczne oraz Klinika Położnicza z Instytutu Położniczego.

Królewski Uniwersytet Warszawski wydał w czasie swojego funkcjonowania: 61 dyplomów magistra medycyny i chirurgii; 30 lekarza; 33 chirurga I i II stopnia; 165 magistra farmacji i farmaceuty.

Po powstaniu listopadowym rozkazem cara z 19 listopada 1831 r. Uniwersytet Warszawski i inne wyższe uczelnie zostały zamknięte.

Wydział Lekarski Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie (1857-1862)

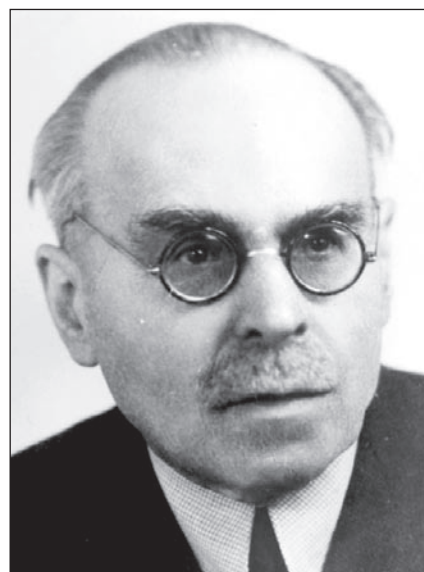
W 1832 i 1835 r. wzorem wileńskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej próbowano uzyskać zgodę na otwarcie identycznej uczelni w Warszawie. Niestety, nie uzyskano akceptacji. Studenci kształcili się wówczas poza granicami kraju. Jediną ostoją medyków w Warszawie było Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Towarzystwo to zostało założone



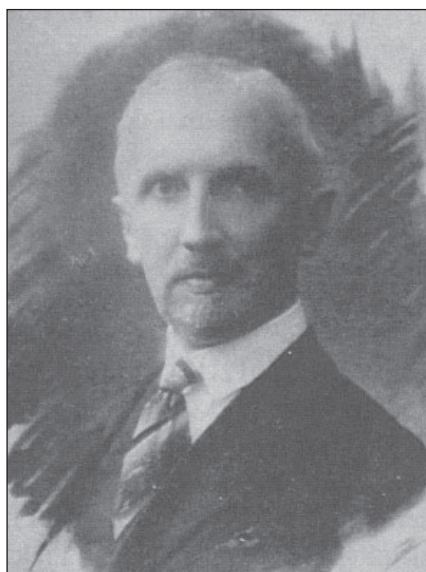
Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 8.



Ryc. 9.

6 grudnia 1820 r. przez Augusta Wolffa, Franciszka Brandta, Józefa Czekańskiego i Bogumiła M. Woydego. Ten ostatni został Prezesem. Towarzystwo dbało o wymianę myśli lekarskiej i nadzorowało poziom lekarzy oraz rozpoczęło w 1837 r. wydawanie czasopisma pt. „Pamiętnik Towarzystwa Warszawskiego Lekarskiego”. Kolejnym pismem o charakterze praktyczno-naukowym był założony w 1847 r. „Tygodnik Lekarski”.

W tym czasie istniała Rada Ogólna Lekarska, w której skład weszli profesorowie byłego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu. Rada Lekarska kontrolowała stan higieniczny kraju, ale i stan wiedzy lekarskiej.

Braki w personelu zmusiły ówczesne władze administracyjne kraju do otwarcia w 1835 r. przy Szpitalu Ujazdowskim Warszawskiej Szkoły Felczerów Cywilnych. W 1840 r. powstała także Szkoła Weterynarzy przy ul. Jezuickiej 73 i Szkoła Farmaceutyczna przy ul. Jezuickiej 4. Działał także kształcący akuszerki Instytut Położniczy.

Potrzeby były tak duże, że car Aleksander II 4 czerwca 1857 r. zatwierdził powstanie **Cesarsko-Królewskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej**. Szkoła Farmaceutyczna weszła jako Wydział Farmaceutyczny w skład Akademii. W Pałacu Kazimierzowskim przy Krakowskim Przedmieściu 26/28 1 października 1857 r. nastąpiło uroczyste otwarcie Akademii, która przyjęła 252 kandydatów. Zajęcia zaczęto prowadzić w gmachu szkół jezuickich. We wrześniu 1858 r. na potrzeby Uczelni przygotowano Pałac Staszica. Uczelnią zarządzał Prezydent, którym 10 stycznia 1858 r. został Fiodor Cycurin. W końcu roku akademickiego powołano ciało kolegialne nazywane Konferencją, które kierowało Akademią. Sekretarzem Konferencji został A. Janikowski.

W 1859 r. w Warszawie było

wiele rozruchów studenckich na tle politycznym. Fiodor Cycurin na rzecz A. Janikowskiego zrzekł się Prezydentury, a Uczelni groziło zamknięcie. Dydaktyka trwała do 31 lipca 1862 r., kiedy to dotychczasowa Akademia weszła jako Wydział Lekarski w skład Szkoły Głównej.

Akademia wykształciła 413 lekarzy, 184 farmaceutów, a tytuły doktora medycyny uzyskało 10 osób.

Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej (1862-1869)

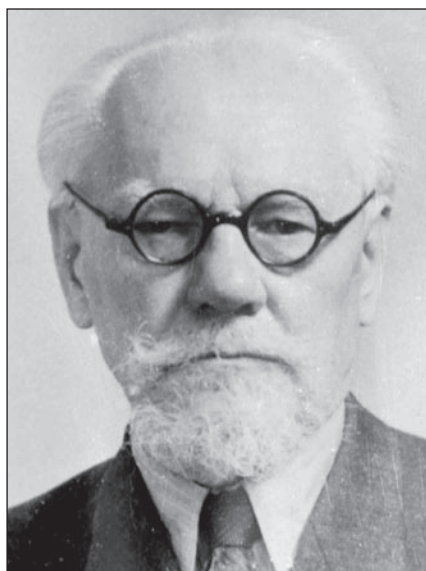
25 listopada 1862 r. otwarto w Warszawie Szkołę Główną z Wydziałem Lekarskim. Dzięki niemu Wydział Lekarski został Aleksander Le Brun.

Wykładowcami byli: Aleksander Le Brun (dziekan) – chirurgia; Tytus Chałubiński – Klinika Terapeutyczna; Władysław Tyrchowski – Klinika Akuszerstwa; Antoni Kryszka – materia lekarska; Teofil Wisłocki – medycyna sądowa; Włodzimierz Dybek – patologia; Wiktor Feliks Szokalski – okulistyka; Ludwik M. Hirsfeld – anatomia; Polikarp Girsztowt – chirurgia; Henryk F. Hoyer – fizjologia i histologia oraz wielu innych.

Powstanie styczniowe w 1863 r. ponownie spowodowało wahania w funkcjonowaniu Uczelni. Wielu studentów zaangażowało się jako sanitariusze i nie wróciło na studia. Uczelnia szczęśliwie przetrwała, choć część profesorów została pozbawiona funkcji, w tym Rektor.

W 1864 r. korzystne było przeniesienie klinik chirurgicznych, chorób wewnętrznych i oftalmologicznej do nowoczesnego szpitala, jakim był Szpital Św. Ducho.

Niestety, 20 czerwca 1869 r. car Aleksander II zlikwidował Szkołę Główną i powołał Cesarski Uniwersytet Warszawski z urzędowym językiem rosyjskim.



Ryc. 10.



Ryc. 11.

Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1869-1915)

Cesarski Uniwersytet Warszawski miał pełne piętno rusyfikacyjne, które powodowało próby przeciwstawiania się sytuacji. W efekcie w latach 1899, 1901 i 1905 Uniwersytet był zamykany.

Wydział Lekarski miał 22 katedry. Kliniki mieściły się w Szpitalu Dzieciątka Jezus, Św. Ducha, Św. Jana Bożego i Św. Łazarza.

Wykładowcami byli początkowo polscy profesorowie z dawnego Uniwersytetu, ale z upływem czasu Wydział Lekarski został całkowicie zrusyfikowany z bardzo płynną i mało wartościową kadrą.

Wydział Lekarski odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego (1916-1939)

15 sierpnia 1915 r. Rosjanie opuścili Warszawę. Wielu wspaniałych Polaków starało się możliwie szybko przywrócić polskie wyższe Uczelnie. Utworzono Komisję Uniwersytecką z czterema podkomisjami, w tym Podkomisją Lekarską, na czele której stał prof. Józef Brudziński. Warszawa była wówczas zajęta przez Niemców. Władze niemieckie 25 października 1915 r. zatwierdziły tymczasowy Statut Uczelni, a Rektorem został prof. Józef Brudziński. Uniwersytet otwarto 15 listopada 1915 r. Powołano trzy Wydziały, ale na Wydziale Przyrodniczym jedynie utworzono Oddział Przygotowawczo-Lekarski. Dopiero dzięki działalności Rektora J. Brudzińskiego i profesorów Leona Kryńskiego oraz Edwarda Lotha po 10 miesiącach – 24 sierpnia 1916 r. powstał Wydział Lekarski odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego. Pierwszym dziekanem Wydziału Lekarskiego był kierownik I Kliniki Chirurgicznej prof. Leon Kryński.

Tak naprawdę normalizacja pracy na Wydziale zaczęła się po obronie Warszawy, czyli po

15 sierpnia 1920 r., gdyż do tej pory wielu pracowników Wydziału i studenci brali udział w działaniach wojennych.

W styczniu 1921 r. zorganizowano uroczystą inaugurację roku akademickiego.

Działyły następujące Katedry, Kliniki i Zakłady:

- Propedeutyka Lekarska – prof. Józef Brudziński i prof. Alfred Sokołowski,
- Katedra i Zakład Anatomii Opisowej (do dzisiaj przy ul. Chałubińskiego 5) – prof. Edward Loth,
- Katedra i Zakład Fizjologii – prof. Franciszek Czubalski,
- Katedra i Zakład Histologii i Embriologii – prof. Mieczysław Konopacki,
- Katedra i Zakład Chemii Fizjologicznej – prof. Jakub Parnas,
- Katedra i Zakład Farmakologii Eksperymentalnej – prof. Jerzy Mosakowski,
- Katedra i Zakład Serologii i Mikrobiologii – prof. Roman Nitsch,
- Katedra i Zakład Higieny – prof. Szymon Dzierzgowski,
- Katedra i Zakład Patologii Ogólnej i Doświadczalnej – prof. Franciszek Venulet,
- Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej – prof. Józef Hornowski,
- Katedra i Zakład Medycyny Sądowej – prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski,
- Katedra i Zakład Historii i Filozofii Medycyny – prof. Franciszek Giedroyc,
- Katedra i Zakład Biologii – prof. Józef Ejsmond.

Ponadto w obrębie Wydziału było 12 katedr i klinik mieszczących się w różnych budynkach szpitalnych, kierowanych przez wielu znakomitych klinicystów.

Tak powołany Wydział Lekarski istniał do czasu wybuchu II wojny światowej, a 5 innych profesorów było przed i po wojnie Rektorami Uniwersytetu Warszawskiego.



Ryc. 12.



Ryc. 13.

W archiwum Głównej Biblioteki Lekarskiej zachowało się zdjęcie z posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z 1937 r. z oryginalnymi podpisami jej członków. Dziekanem Wydziału był wówczas prof. Adam Czyżewicz.

Tajny Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego (1939-1944)

Po kapitulacji Warszawy Rada Wydziału Lekarskiego pod przewodnictwem prof. Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego odbywała nieoficjalne spotkania, na których ustalano, jak kontynuować tajne

nauczanie. Prof. Ludwik Paszkiewicz i Witold Eugeniusz Orłowski przedstawili opcję nauczania na tajnych kompletach w obrębie dawnych pomieszczeń przedwojennego Wydziału Lekarskiego.

Edukację rozpoczęto już w październiku 1939 r.

Jesienią 1941 r. powstało Studium Lekarskie, którego kierownikiem naukowym na mocy tajnej uchwały konspiracyjnej Rady Wydziału Lekarskiego został prof. Marian Grzybowski. Wykłady odbywały się w prywatnych mieszkaniach.

Równocześnie w roku akademickim 1940/41 tajna Rada Wydziału Lekarskiego podjęła decyzję o utworzeniu pozornie legalnych studiów medycznych – powstała 14 marca 1941 r. Prywatna Szkoła Zawodowa dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego dr. Jana Zaorskiego, mająca kształcić przyszłych lekarzy, a oficjalnie kierowników kolumn dezynfekcyjnych, laborantów itp. Szkoła przeżywała bardzo trudne chwile, gdyż Niemcy oceniali stopień nauczania jako zbyt wysoki.

Dnia 1 września 1943 r. Studium Lekarskie zostało przemianowane na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Dziekanem wybrano prof. Witolda Gądzikiewicza. Na Wydziale było zarejestrowanych 445 osób.

Częścią tajnego Wydziału Lekarskiego były też konspiracyjne studia medyczne w getcie warszawskim. Powstała w dniu 11 maja 1941 r. Szkoła Juliusza Zweibauma, w której pracował także Ludwik Hirszfeld. Przez Szkołę tę przewinęło się 500 słuchaczy.

Tajna Rada Wydziału Lekarskiego 25 marca 1944 r. dziekanem wybrała prof. Witolda Eugeniusza Orłowskiego, który wraz z Adamem Czyżewiczem i Józefem Grzybowskiem przygotowywali Wydział do jego natychmiastowego uruchomienia.

Po upadku powstania warszawskiego studenci kontynuowali naukę w szpitalach ewakuowanych z Warszawy do Milanówka, Brwinowa i Grodziska Mazowieckiego. W listopadzie 1944 r. na

Pradze powstał Wydział Lekarski odradzającego się Uniwersytetu Warszawskiego z dziekanem prof. Tadeuszem Butkiewiczem.

Wydział Lekarski i I Wydział Lekarski w latach 1944–2006

Jak powszechnie wiadomo, po Powstaniu Warszawskim lewobrzeżna Warszawa była całkowicie zrujnowana. Reaktywowanie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego po wojnie zaczęło się w Szpitalu Przemienienia Pańskiego (znanym również jako Szpital Praski), znajdującym się w prawobrzeżnej Warszawie, wtedy ewakuowanym na ul. Boromłowską. Szpital funkcjonował przez cały okres wojny, zatrudnieni byli w nim wybitni lekarze dydaktycy z przedwojennego Wydziału Lekarskiego, m.in. docenci: Zdzisław Michalski, Aleksander Domaszewicz oraz doktorzy: Kazimierz Anusiak i Ireneusz Roszkowski. Właśnie oni, widząc ogromne zainteresowanie chętnych do studiowania medycyny (m.in. przedwojennych studentów medycyny, tych po tajnych



Ryc. 14.

wojennych kompletach) cierpliwie, pokonując wiele przeszkód ze strony władz PKWN spowodowali, iż 1 listopada 1944 r. rozpoczęto nauczanie medycyny dla III, IV i V kursu. W latach 1945-47 dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego był prof. Franciszek Czubalski.

W tym czasie do stolicy zaczęli powracać profesorowie i asystenci, którzy rozpoczęli mozolne odtwarzanie swoich katedr, klinik i zakładów. Należy dodać, iż z dwudziestu trzech przedwojennych profesorów Wydziału Lekarskiego wojnę przeżyło zaledwie jedenastu.

W latach 1948/1949 Wydział Lekarski zatrudniał jednak już:

- 29 – profesorów czynnych,
- 5 – profesorów tytularnych,
- 5 – zastępców profesorów,
- 27 – docentów,
- 149 – adiunktów i asystentów,
- 22 osoby prowadziły wykłady zlecone.

Oprócz trudności kadrowych borykano się z ogromnymi problemami, nazwijmy je, lokalowymi. Leżące w gruzach budynki Wydziału zaczęto dopiero odbudowywać, w czym nie miały udziału kadra naukowa i studenci medycyny. Indeks studenta medycyny Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego był powielany w języku łacińskim.

Pierwszym po wojnie odbudowanym budynkiem Wydziału był istniejący w tej samej formie architektonicznej do dzisiaj – gmach Zakładu Medycyny Sądowej.

W 1949 r. w skład Wydziału Lekarskiego włączono Oddział Stomatologii.

W związku z ówczesną tendencją przekształcania uniwersyteckich wydziałów lekarskich w samodzielne akademie medyczne, podlegające Ministerstwu Zdrowia, los ten podzielił razem z innymi wydziałami lekarskimi w kraju także warszawski Wydział.

1 stycznia 1950 r. na zrębach dotychczasowego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego powstała Akademia Lekarska, której 3 marca tegoż roku nadano nazwę Akademii Medycznej. Nie obyło się bez głosów protestu, które pojawiały się także wcześniej. Szesnastu profesorów Wydziału, zatrudnionych w ramach Uniwersytetu, podpisało list w sprawie *in integrum universitas*. Fakt ten miał wpływ co najwyżej na to, iż rektorem nowej uczelni został dotychczasowy Rektor Uniwersytetu Warszawskiego – prof. Franciszek Czubalski, a pierwszym dziekanem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie – prof. Marcin Kacprzak.

Próby powrotu do koncepcji uniwersyteckich wydziałów lekarskich poczyniono w 1957 r., gdy na ogólnopolskiej naradzie rektorów i dziekanów przedstawiciele Akademii Medycznych Krakowa i Poznania zaproponowali, by wyższe szkolnictwo medyczne przeszło pod opiekę Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego. Zdecydowana większość uczestników narady opowiedziała się za pozostawieniem akademii w dotychczasowej formie.

Dzieje Wydziału Lekarskiego tylko w ramach Akademii Medycznej mają już 57-letnią historię. W tym czasie przybierały nowe kliniki i zakłady, zmieniała się infrastruktura, nastąpiło wiele zmian organizacyjnych i kadrowych – wszystkich nie sposób omówić nawet w zwięzłej formie.

Wracając do lat pięćdziesiątych, należy dodać, iż początkowo właśnie w ramach Wydziału Lekarskiego zajmowano się kształceniem podyplomowym lekarzy.

Wobec dużej śmiertelności niemowląt i dzieci w 1950 r. w obrębie Wydziału utworzono Oddział Pediatryczny, który istniał do 1970 r. i wykształcił około 2000 lekarzy-pediatrów.

W 1972 r. Oddział zastąpiono powstającym Instytutem Pediatrii, według zasad reorganizacji – na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 1 kwietnia 1970 r. W jej wyniku na Wydziale Lekarskim powstało dziewięć Instytutów, począwszy od Instytutu Wenerologii, potem Biostruktury, Nauk Fizjologicznych, Radiologii, Medycyny Społecznej, Stomatologii, Chirurgii, Położnictwa i Ginekologii.

W latach 1955–1970 główną bazę kliniczną Wydziału Lekarskiego stanowiły cztery szpitale: Państwowy Szpital Kliniczny nr 1, 2, 3 i 4. Mieściły się w nich podstawowe kliniki Wydziału Lekarskiego, jednak warunki te nie zapewniały godziwych możliwości kształcenia studentów, nie mówiąc o leczeniu chorych. Jedną z ważniejszych inwestycji Akademii Medycznej było wybudowanie Centralnego Szpitala Klinicznego, który rozpoczął działalność w 1975 r. Szpital ten, w którym mieści się większość klinik I Wydziału Lekarskiego, jest jednym z największych szpitali w Polsce, dysponującym znakomicie wykształconą kadrami lekarską i pielęgniarską.

Od 1975 r., tj. od momentu powstania II Wydziału Lekarskiego, dotychczasowy Wydział Lekarski Akademii Medycznej nosi nazwę I Wydziału Lekarskiego. Pierwszym dziekanem I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie został prof. Leszek Kryst.

Dziekani Wydziału Lekarskiego w latach 1944 do dzisiaj:

- prof. Tadeusz Butkiewicz 1944–1945,
- prof. Franciszek Czubalski 1945–1947,
- prof. Antoni Dobrzański 1947–1949,
- prof. Marcin Kacprzak 1949–1953,
- prof. Witold Sylwanowicz 1953–1958,

- prof. Ireneusz Roszkowski 1958–1960,
- prof. Jan Raczyński 1960–1965,
- prof. Zdzisław Łapiński 1965–1969,
- prof. Zbigniew Bochenek 1969–1972,
- prof. Andrzej Trzebski 1972–1975,
- prof. Leszek Kryst 1975–1978,
- prof. Bruno Szczygieł 1978–1981,
- prof. Janusz Komender 1981–1984,
- prof. Zbigniew Szreniawski 1984–1987,
- prof. Grzegorz Janczewski 1987–1990,
- prof. Andrzej Karwowski 1990–2002,
- prof. Wiesław Gliński 1996–2002,
- prof. Marek Krawczyk 2002–do dzisiaj.

Od 1950 r. do dzisiaj Wydział Lekarski ukończyło blisko 20 tysięcy studentów.

Stopień doktora habilitowanego do końca 2006 r. uzyskało 436 osób, oprócz nich w okresie, gdy nadawano stopień docenta – otrzymało go 217 osób. Stopień doktora nauk medycznych 2417, wliczając stopnie kandydata nauk medycznych, przyrodniczych – 124 oraz w zakresie biologii medycznej otrzymało – 64 doktorantów. Razem 2605 osób.

Obecnie, w 2007 r. na I Wydziale Lekarskim zatrudnionych jest 868 nauczycieli akademickich, w tym:

- 36 – profesorów zwyczajnych;
- 36 – profesorów nadzwyczajnych z tytułem profesora;
- 25 – profesorów nadzwyczajnych ze stopniem doktora habilitowanego;
- 460 – adiunktów, w tym z tytułem naukowym 6, ze stopniem naukowym doktora habilitowanego – 52, ze stopniem doktora nauk medycznych – 402;

230 – asystentów, w tym ze stopniem doktora nauk medycznych – 42, bez stopnia naukowego – 188;

44 – starszych wykładowców, w tym ze stopniem doktora nauk medycznych – 21, bez stopnia naukowego – 23;

33 – wykładowców, w tym ze stopniem doktora nauk medycznych – 5, bez stopnia naukowego – 28;

1 lektor, 2 instruktorów i 1 asystent naukowy.

Rada I Wydziału Lekarskiego liczy w 2007 r. 184 członków, w tym 34 profesorów zwyczajnych, 29 profesorów nadzwyczajnych z tytułem, 24 profesorów nadzwyczajnych ze stopniem doktora habilitowanego, 48 doktorów habilitowanych, 20 przedstawicieli nauczycieli akademickich, 9 przedstawicieli pracowników i 20 studentów.

Wśród wspaniałych postaci Wydziału nie sposób wyliczyć wszystkich nazwisk ważnych dla rozwoju medycyny w Polsce i na świecie, dla przykładu wymienię Józefa Czekierskiego, Wiktora Szokalskiego, Tytusa Chałubińskiego, Polikarpa Girsztowta, Ludwika Paszkiewicza, Edwarda Lotha, Antoniego Leśniowskiego, Witolda Eugeniusza Orłowskiego, Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego, Mariana Grzybowski, Adama Grucę, Jana Nielubowicza, Tadeusza Orłowskiego i wielu, wielu innych.

Piśmiennictwo:

1. Ostrowska T.: *Dzieje studiów lekarskich w Warszawie (1789–1944)* W: *Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809–2006)*. Red. Marek Krawczyk. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2007, str. 4–36.
2. Celnik H.: *Wydział Lekarski i I Wydział Lekarski w latach 1944–2005*. W: *Dzieje I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1809–2006)*. Red. Marek Krawczyk. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2007, str. 37–115.

3. Manicki J., Dziewulski W., Górski A., Hanecki M., Karwowski A.: *Dzieje Uczelni Medycznych w Warszawie w latach 1944–1960*. PZWL, 1968.

4. Łyskanowski M., Stapiński A., Śródka A.: *Dzieje nauczania medycyny i farmacji w Warszawie (1789–1950)*. PZWL, 1990.

Spis rycin:

Ryc. 1. Prof. Józef Brudziński – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1915–1917.

Ryc. 2. Prof. Leon Kryński – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1916–1917.

Ryc. 3. Prof. Jan Mazurkiewicz – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1921–1922.

Ryc. 4. Prof. Franciszek Krzyształowicz – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1924–1925.

Ryc. 5. Prof. Mieczysław Michałowicz – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1930–1933.

Ryc. 6. Prof. Jerzy Modrakowski – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w roku 1939.

Ryc. 7. Prof. Franciszek Czubański – Rektor Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1947–1950.

Ryc. 8. Prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w 1939 r.

Ryc. 9. Prof. Witold Gądzikiewicz – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1943–1944.

Ryc. 10. Prof. Witold Eugeniusz Orłowski – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w roku 1944.

Ryc. 11. Prof. Tadeusz Butkiewicz – Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w latach 1944–1945.

Ryc. 12. Prof. Marcin Kacprzak – pierwszy Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie – lata 1949–1953.

Ryc. 13. Prof. Leszek Kryst – pierwszy Dziekan I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie – lata 1975–1978.

Ryc. 14. Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w roku 1937 – Dziekan prof. Adam Czyżewicz.

Student w Parlamencie

mgr Karolina Gwarek

Redaktor „Medycyny Dydaktyki Wychowania”

W listopadzie ubiegłego roku Przemysław Rzodkiewicz, student V roku Wydziału Farmaceutycznego warszawskiej Akademii Medycznej, został wybrany do Rady Wykonawczej Parlamentu Studentów RP. Obecnie jest jej Wiceprzewodniczącym oraz przedstawicielem Parlamentu Studentów w Komisji Zdrowia Sejmu, kieruje także Komisją Dydaktyki PSRP. Mimo licznych obowiązków, znalazł dla nas czas i opowiedział nam o swojej pracy w Parlamencie oraz działalności w Samorządzie Studentów AM.

Karolina Gwarek: Czym zajmuje się Parlament Studentów RP?

Przemysław Rzodkiewicz: Jest to organizacja zrzeszająca wszystkie samorządy studenckie w Polsce. W praktyce pełni ona rolę „związku zawodowego studentów” i reprezentuje ponad 2 miliony ludzi w naszym kraju. Opiniuje dotyczące ich akty prawne, walczy o ulgi komunikacyjne i podatkowe dla nich, ułatwia pozyskiwanie środków finansowych dla uczelni, samorządów i organizacji studenckich, wspiera działania zmierzające do podniesienia poziomu kształcenia, reformy programu i toku studiów. Parlament współdecyduje o pozycji środowiska studenckiego i polityce państwa wobec niego.

– Czy ma także wpływ na decyzje państwowe?

– Parlament ma swoich przedstawicieli w Komisjach Sej-

mu i Senatu i aktywnie uczestniczy w pracach organów władzy publicznej. Nasze opinie są często uwzględniane przy tworzeniu rozporządzeń państwowych, które dotyczą studentów. Współpracujemy także z Radą Główną Szkolnictwa Wyższego i Konferencjami Rektorów, a proponowane przez nas poprawki bardzo często wchodzi w skład opracowywanych przez nie opinii aktów prawnych.

– Od jak dawna współpracuje Pan z Parlamentem Studentów?

– Od 2005 roku, zaczynałem w Komisji ds. Szkolnictwa Wyższego, gdzie byłem pełnomocnikiem ds. farmacji, następnie zostałem Przewodniczącym Komisji, w której zajmowałem się m.in. opiniowaniem różnych aktów prawnych dotyczących studentów wyższych uczelni medycznych. W listopadzie ubiegłego roku zostałem wybrany do Rady Wykonawczej Parlamentu, a więc znalazłem się w ścisłym Zarządzie tej organizacji. Obecnie jestem jej Wiceprzewodniczącym.

– W ramach Parlamentu przewodniczy Pan również Komisji Dydaktyki.

– To stosunkowo „młoda” Komisja, której zadaniem jest m.in. wspomaganie merytoryczne i organizacyjne samorządów studenckich w kwestiach związanych z nauczaniem i jakością kształcenia. Proces Boloński wymusza aktualnie na uczelniach tworzenie nowych standardów w nauczaniu. Obecnie muszą one opracować wewnętrzne systemy zarządzania jakością kształcenia. Staramy się wspierać samorządy w przygotowywaniu tego typu rozwiązań. Zadaniem Komisji jest również promocja założeń Procesu Bolońskiego. Niestety nie wszyscy jeszcze rozumieją, na czym on polega – Komisja Dydaktyczna ma być bazą wiedzy na ten temat. Staramy się, by wiadomości dotyczące tej kwestii były ogólnodostępne. W tym celu organizujemy m.in. konferencje, na których członkowie samorządów mogą się spotkać, wymienić informacjami i doświadczeniami w tym zakresie. Komisja Dydaktyki współpracuje ponadto z organami państwa, które zajmują się jakością kształcenia:



Członkowie Parlamentu Studentów w czasie wyjazdu na konferencję w Krakowie

z Państwową Komisją Akredytacyjną, Radą Główną Szkolnictwa Wyższego, z Konferencją Rektorów Akademickich Szkół Polskich



Wybory nowych władz Parlamentu Studentów RP (listopad 2007 r.)

oraz Fundacją Rektorów Polskich. Naszym wspólnym osiągnięciem jest m.in. przygotowanie publikacji „Studia dwustopniowe a potrzeby rynku pracy i wymagania Procesu Bolońskiego. Pożytki dla studentów, pracodawców i uczelni”, która ma wskazywać w konkretny i praktyczny sposób, jak prawidłowo prowadzić takie studia.

– Jakie cele stawia Pan przed Komisją w przyszłości?

– Chciałbym, żeby stała się ona gremium, które kreować będzie opinie i rozwiązania dotyczące kwestii kształcenia. Zależy mi, żeby były to rozwiązania przydatne i korzystne nie tylko dla studentów, ale także dla całego środowiska związanego ze szkolnictwem wyższym. Ważnym celem, jaki stoi przed Komisją, jest także budowa odpowiednich narzędzi do wymiany informacji i poglądów na temat kształcenia. W tej chwili pracujemy nad stworzeniem portalu w całości poświęconego zagadnieniom dydaktycznym, który będzie dostępny na stronie internetowej Parlamentu Studentów.

– Z jakich swoich osiągnięć jest Pan najbardziej dumny?

– Jestem bardzo zadowolony z działalności na Akademii

Medycznej, która trwa praktycznie od pierwszego roku studiów. Zaczynałem w Samorządzie Studentów Wydziału Farmacji. Równocześnie prowadziłem działalność informacyjno-wydawniczą: moim pierwszym projektem było czasopismo studentów Wydziału Farmaceutycznego „Farmazone”, które założyłem i którym przez pewien czas kierowałem. Potem współpracowałem z pismem uczelnianym „Galen” i znalazłem się w Samorządzie Studentów AM – w 2005 r. zostałem jego Przewodniczącym.

– Jak Pan sądzi, o co przede wszystkim powinni „walczyć” studenci Akademii, jakie cele przed sobą stawiać?

– Tym, na co powinni zwracać wielką uwagę, jest jakość kształcenia na Uczelni, ponieważ od tego, jakie będą mieli wykształcenie, zależy to, jaką będą mieli potem pozycję na rynku pracy – krajowym i międzynarodowym. Ważne, żeby nie traktowali zajęć jako sposobu na zaliczenie punktów ECTS i odpowiedniej liczby godzin, ale żeby podchodzili do nich z chęcią uzyskania wiedzy. Jeżeli ta wiedza nie jest w odpowiedni sposób przekazywana, powinni o tym poinformować samorząd lub dziekana. Studenci muszą zwracać uwagę na to, jak prowadzone są zajęcia, ale ważne też, żeby wymagali i dawali od siebie jak najwięcej. Jest to podstawą tego, by nasza Uczelnia zajmowała wysokie miejsce w rankingach, i abyśmy my, jako jej absolwenci, mieli gwarancję na odniesienie zawodowego sukcesu.

– Jak powinna się układać współpraca studentów z władzami i profesorami?

– Jesteśmy studentami Akademii Medycznej, więc musimy reprezentować sobą odpowiedni poziom. Musimy

odnosić się z szacunkiem do profesorów, ale podczas „pertraktacji”, które dotyczą konkretnych, dobrze umotywowanych i ważnych dla studentów spraw, powinniśmy zachowywać się jak równorzędny partner i jasno przedstawiać cele, które chcemy osiągnąć. Ważne jest to we wszystkich kontaktach, także z władzami, niezależnie od tego, czy są to władze uczelni, czy np. przedstawiciele Ministerstwa. Nie możemy też zapominać o trudnej sztuce kompromisu, który czasem jest konieczny, aby osiągnąć porozumienie. Wówczas możemy liczyć na to, że dyskusja przyniesie odpowiednie efekty.

– Jakie plany ma Pan po skończeniu studiów?

– Najważniejsze jest dla mnie stworzenie rodziny oraz stabilizacja zawodowa. Niemniej aktywność społeczna daje mi wiele satysfakcji, więc na pewno poza pracą zawodową w dalszym ciągu będę udzielał się społecznie. Chciałbym też mieć jakieś wspólne pole działania z moją Uczelnią – być może nadal związane z kwestiami dydaktycznymi.



Przemysław Rzodkiewicz – Wiceprzewodniczący Parlamentu Studentów

Analityka Medyczna na 11 Pikniku Naukowym Radia „BIS”

dr Grażyna Sygitowicz

Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej AM w Warszawie

Przełom maja i czerwca to czas wielu rodzinnych spotkań na świeżym powietrzu, najczęściej podczas pięknej, słonecznej pogody. Tym razem warszawiacy mieli okazję uczestniczyć w spotkaniu naukowym. 11 Piknik Naukowy został zorganizowany na Rynku Nowego Miasta i Podzamcza 26 maja 2007 r. przez Polskie Radio „BIS”.

Piknik Radia „BIS” jest jedną z największych imprez plenerowych o tematyce naukowej. Jego celem jest upowszechnianie wiedzy o różnych dyscyplinach nauki poprzez interesujące eksperymenty i prezentacje. Komisja Europejska wyróżniła Piknik jako niezwykle ciekawy europejski projekt ostatnich lat, propagujący naukę w społeczeństwie.

Hasło przewodnie tegorocznej edycji Pikniku – „Matematyka i my”, ściągnęło na Nowe Miasto i Podzamcze ponad 180 instytucji naukowych z 20 krajów świata. Gościem specjalnym imprezy była Unia Europejska. Wszystkie instytucje biorące udział w Pikniku przygotowały niezwykle ciekawe pokazy i prezentacje, które cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem. Wśród instytucji naukowych nie zabrakło również Akademii Medycznej w Warszawie.

Koło Naukowe DiagMed studentów Oddziału Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego AM, aktywnie wzięło udział w 11 Pikniku Naukowym „Matematyka i my”, przedstawiając swój program

pt.: „Człowiek w liczbach”. Wcześniej, podczas formalnego zgłoszenia udziału w imprezie, powołano na Oddziale Analityki Radę Programową 11 Pikniku Naukowego, w której skład wchodził: prof. dr hab. Jan Pachecka, dr Grażyna Sygitowicz oraz studenci Koła Naukowego DiagMed: Katarzyna Leś, Maciej Janiak, Paweł Kozłowski i Wojciech Zabłocki. Na koordynatora, odpowiedzialnego za zorganizowanie pokazów i współpracę z organizatorami (Polskie Radio BIS) wybrano dr Grażynę Sygitowicz. Organizatorzy Pikniku umieścili Oddział Analityki Medycznej na Podzamczu w namiocie nr 136, pomiędzy Fundacją Rozwoju Kardiologii w Zabrzcu (namiot nr 135) a Warsztatami Analiz Socjologicznych (namiot nr 137).

W ramach programu „Człowiek w liczbach” Koło Naukowe DiagMed przygotowało następujące pokazy i prezentacje w ośmiu grupach tematycznych:

1. CZŁOWIEK W LICZBACH – prezentacje multimedialne

(„W jakim tempie żyje człowiek” i „Człowiek w liczbach”) przybliżyły zainteresowanym ciekawostki związane z ludzką anatomią i fizjologią; fizjologiczną mikroflorą człowieka oraz możliwościami jej zachwiania – ewentualnymi zakażeniami. W tej grupie tematycznej dużym zainteresowaniem wśród odwiedzających namiot Analityki Medycznej cieszył się również pokaz struktury DNA i RNA (modele), ze szczegółowym ich omówieniem.

2. MAPA SMAKOWA – SMAK CZŁOWIEKA W LICZBACH – w tej grupie tematycznej zwrócono uwagę na podstawowe smaki, takie jak: słodki, słony, gorzki, kwaśny oraz umami, których odczuwanie jest związane z określoną lokalizacją receptorów smakowych na błonie śluzowej języka. Zainteresowani mieli możliwość sprawdzenia konkretnego smaku podczas przygotowanych dla nich pokazów doświadczalnych.

3. LABORATORIUM WCZORAJ I DZIŚ – podstawowym celem prezentacji multimedialnej



Studenci Oddziału Analityki Medycznej przygotowali dla uczestników Pikniku wiele ciekawych doświadczeń

był szczegółowy przegląd metod, począwszy od historycznych po aktualnie stosowane we współczesnym, dobrze wyposażonym, pełnoprofilowym laboratorium diagnostycznym. Piknikowiczom pokazano na ekranie komputera, jak wygląda wyposażenie takiego laboratorium i jakie badania laboratoryjne mogą być w nim wykonywane.

4. LABORATORIUM EKSPERYMENTALNE – w tej grupie tematycznej studenci zwrócili uwagę na czynniki ryzyka występowania kamicy moczowej i żółciowej. Zainteresowani mogli uczestniczyć w pokazie analizy składu chemicznego kamieni nerkowych (różnicowanie kamieni pod względem zawartości wapnia, magnezu, szczawianów, fosforanów itd.). Kamienie nerkowe i żółciowe można było również obejrzyć pod mikroskopem biologicznym firmy Nikon, co spotkało się z dużym zainteresowaniem.

5. HEMATOLOGIA – ta szczególnie dziedzina diagnostyki laboratoryjnej przyciągnęła bardzo wielu zainteresowanych. Współczesne, w pełni zautomatyzowane metody wykorzystywane w hematologii, a na Pikniku przedstawione w postaci prezentacji multimedialnej, powinny być

połączone z oceną mikroskopową. Zainteresowani uczestniczyli w pokazach mikroskopowej analizy preparatów z rozmazów krwi prawidłowej, bądź różnych przypadków hematologicznych (mikroskop stereoskopowy firmy Nikon). Powstawanie oraz wędrówkę różnych rodzajów krwinek w płynach ustrojowych można było również prześledzić na ekranie komputera, w przygotowanej prezentacji multimedialnej.

6. PARAZYTOLOGIA – to kolejna dziedzina diagnostyki laboratoryjnej, której poświęciła uwagę Analitka Medyczna na tegorocznym Pikniku. W przygotowanych folderach informacyjnych zostały zawarte istotne dane o podstawowych pasożytach człowieka, ich cyklach rozwojowych oraz gatunkach najczęściej spotykanych u ludzi. Zainteresowani mieli możliwość obejrzenia form utrwalonych (tasiemiec nieuzbrojony) oraz mikroskopowej identyfikacji pasożytów (mikroskop firmy Nikon).

7. ZESPÓŁ METABOLICZNY – studenci uczestniczący w tej prezentacji przygotowali dla Piknikowiczów ankietę, w której zwrócono uwagę na ryzyko występowania zespołu metabolicznego w populacji polskiej, co cieszyło się ogromnym zainteresowaniem.

W namiocie Analitki Medycznej umożliwiono odwiedzającym, zbadanie niektórych czynników zagrożenia tym zespołem – pomiary BMI, W/H, ciśnienia krwi oraz przygodnej glikemii.

8. CHOROBY PŁUC A PALENIE TYTONIU – namiot Analitki Medycznej zapraszał również do rozmowy i skorzystania z możliwości określenia poziomu tlenu węgla w powietrzu wydychanym. Zachęcano także do zapoznania się z opracowanymi ulotkami informacyjnymi, związanymi z rzuceniem palenia. Palenie tytoniu jest jedną z najważniejszych, usuwalnych przyczyn śmierci współczesnego człowieka, stąd też uświadamianie ludzi na tego typu imprezach naukowych wydaje się być godne polecenia i może przynieść niewymierne korzyści zdrowotne.

Wszystkie pokazy, prezentacje Koła Naukowego DiagMed, obejmujące różne dziedziny diagnostyki laboratoryjnej wraz z jej praktycznymi aspektami spotkały się z ogromnym zainteresowaniem osób odwiedzających Piknik. Zainteresowani mogli uzyskać szczegółowe wyjaśnienia dotyczące omawianych zagadnień, a opuszczając namiot Analitki Medycznej, otrzymywali ulotki informacyjne na ten temat. Szczególnie dużym zainteresowaniem cieszyły się zagadnienia biologii molekularnej, hematologii laboratoryjnej, parazytologii mikroskopowej oraz laboratoryjnych wskaźników zdrowia. W tych prezentacjach brało aktywny udział 27 członków Koła Naukowego DiagMed.

Z wypowiedzi osób uczestniczących w 11 Pikniku Naukowym w Warszawie można sądzić, że zakończył się on pełnym sukcesem. Wszyscy odwiedzający namiot nr 136 byli przekonani, że pierwsze wystąpienie studentów Analitki Medycznej na forum publicznym dobrze przysłużyło się promocji ich kierunku studiów oraz Uczelni.



Obserwacje mikroskopowe cieszyły się powodzeniem wśród starszych i młodszych Piknikowiczów

Uroczysta promocja absolwentów Wydziału Farmaceutycznego

W niedzielę, 20 maja 2007 r., w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie odbyła się uroczysta promocja magistrów farmacji i doktorów nauk farmaceutycznych – absolwentów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie.

Podczas uroczystości dyplomy otrzymało 175 magistrów (w tym 7 z wyróżnieniem: Wanda Gajzlerska, Aneta Grochowska, Agnieszka Koziorowska, Anna Malik, Magdalena Stolarczyk, Piotr Tazbir i Paweł Widomski), 8 doktorów nauk farmaceutycznych (Joanna Herold, Anna Kiss,



Agnieszka Pietrosiuk i Piotr Wroczyński).

W uroczystości udział wzięli przedstawiciele władz Uczelni: prof. dr hab. Wiesław Gliński – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr hab. Józef Sawicki – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prodiakani – prof. dr hab. Jan Pachecka, prof. dr hab. Andrzej Tokarz, prof. dr hab. Mirosław Szutowski, a także członkowie Rady Wydziału Farmaceutycznego.

Wśród zaproszonych gości byli m.in.: Joanna Święchowicz z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, Małgorzata Szelachowska – Mazowiecki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, dr Zbigniew Niewójt – Zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego, dr n. farm. Włodzimierz Hudemowicz – Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz Waldemar Firek – Dyrektor Biura Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie.



Po zakończeniu części oficjalnej uroczystości wystąpiła Galicyjska Orkiestra Straussowska „Obligato” pod kierunkiem Jerzego Sobeńko, z udziałem tenora Tadeusza Szlenkiera i śpiewaczki Ewy Romaniak.

Walka o indeks AM

Wieczorem 7 maja rozpoczęła się rekrutacja kandydatów na studia w warszawskiej Akademii Medycznej. Nasza Uczelnia przygotowała dla nich około 4 tysięcy miejsc. Ubiegający się o indeks mogą składać aplikacje wyłącznie drogą elektroniczną.

Kandydaci na studia rejestrują się za pośrednictwem elektronicznego systemu rekrutacyjnego, dostępnego na stronie www.am.edu.pl. Pierwszym krokiem jest wypełnienie formularza, w którym każdy z nich podaje ogólne dane osobowe, wskazuje kierunki i specjalności, na jakie chce się dostać. Następnie dokonuje opłaty rekrutacyjnej w wysokości 80 zł. Dopiero po jej uregulowaniu uzyskuje dostęp do właściwej aplikacji, którą musi wypełnić w odpowiednim, nieprzekraczalnym terminie.

Ostateczny termin składania aplikacji przez tegorocznych maturzystów wyznaczono początkowo na 5 lipca, jednak ostatecznie przedłużono do 8 lipca. Zmianę wprowadzono z uwagi na tych kandydatów, którzy przystąpili do matury międzynarodowej – okazało się bowiem, że jej wyniki nie będą znane wcześniej niż 6 lipca. Z kolei maturzyści z lat ubiegłych mogli składać aplikacje do 31 maja. Dla kandydatów ze starą maturą wyznaczono terminy egzaminów wstępnych: 11 czerwca – z fizyki, 12 czerwca – z biologii i chemii, a w drugiej połowie miesiąca – z języków obcych.

W ostatnim dniu rekrutacji – 8 lipca o godzinie 20⁰⁰ dostęp do systemu rekrutacyjnego zostanie zablokowany i rozpocznie się przeliczanie wyników oraz tworzenie list rankingowych. Wstępne wyniki kwalifikacji kandydaci poznają wieczorem 9 lipca. Najlepsi z nich zostaną poproszeni o złożenie dokumentów w ściśle określonym terminie. Dopiero po dopełnieniu tej

formalności będą oficjalnie przyjęci na I rok studiów. Jeśli nie dostarczą dokumentów we właściwym czasie, zostaną skreśleni z listy rankingowej, wskutek czego kolejne osoby „spod kreski” będą miały szansę na uzyskanie indeksów AM.

(Karolina Gwarek)

Drugie spotkanie stomatologów

W dniach 10–12 maja 2007 r. odbyła się „Druga międzynarodowa konferencja stomatologiczna ZACHÓD – WSCHÓD”. Organizatorami spotkania były Katedry, Kliniki i Zakłady Instytutu Stomatologii oraz Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii Akademii Medycznej w Warszawie, a miejscem – Centrum Dydaktyczne Uczelni.

Już po raz drugi w budynku Akademii Medycznej w Warszawie prof. Janusz Piekarczyk zorganizował międzynarodową konferencję „ZACHÓD – WSCHÓD”. Ubiegłoroczna była pierwszą i miała dać początek cyklicznym spotkaniom, służącym wymianie poglądów oraz prezentacji osiągnięć naukowych w zakresie stomatologii i chirurgii szcękowo-twarzowej. Wśród tegorocznych zaproszonych gości znaleźli się naukowcy z Niemiec, Kanady, Francji oraz z polskich uczelni medycznych.

Konferencja podzielona była na kilka tematów, równocześnie odbywały się wykłady w trzech salach Centrum. Pierwszego dnia tematyka skupiła się wokół sześciu następujących sesji:

1. „Nowe metody diagnostyki i leczenia w chirurgii szcękowo-twarzowej”.
2. „Morfologia. Biologia komórki”.
3. „Protetyka, implantologia”.
4. „Ortopedia szcękowa, chirurgia szcękowo-twarzowa”.
5. „Choroby błony śluzowej i przyzębia”.

6. „Stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza”.

Ponadto goście konferencji mogli uczestniczyć w sesji historycznej:

1. „Zawód dentysty – lekarza stomatologa”.

Drugi dzień konferencji (piątek, 11 maja) poświęcony był w dużej mierze „Niemiecko-polskiemu sympozjum stomatologicznemu”, omawiano zagadnienia związane z:

1. „Implantologią. Regeneracją kości”.
2. „Traumatologią”.
3. „Chirurgią plastyczną”.

Pozostałe sesje dotyczyły:

1. „Chirurgii czaszkowo-szczękowo-twarzowej i chirurgii plastycznej”. Sesja ta poświęcona była pamięci prof. Stanisława B. Bartkowskiego.
2. „Ortopedii szczękowej i chirurgii ortognatycznej”.
3. „Zakażeniom grzybiczym jamy ustnej i okolic anatomicznie przyległych”. A także:
4. „Dydaktyce podyplomowej i aspektom prawnym”.

Wiele uwagi na sobotniej sesji poświęcono również onkologii i chirurgii szcękowo-twarzowej.

Podczas konferencji odbyły się także trzy sesje plakatowe – pierwsza drugiego dnia zjazdu, dwie pozostałe w ostatni dzień spotkania.

(Małgorzata Pietkiewicz)

Proper Medical Writing

W dniach 24–25 maja 2007 r. odbyły się warsztaty pod nazwą „Proper Medical Writing”, zorganizowane przez **Studenckie Stowarzyszenie IFMSA (International Federation of Medical Student) i Studenckie Koło Farmakoekonomiki. Projekt miał na celu profesjonalne przygotowanie autorów do publikowania prac naukowych w języku angielskim w czasopiśmie naukowych.**

W trakcie dwudniowego szkolenia uczestnicy poznali wiedzę z zakresu zasad redakcji oraz korekty. Autorzy, którzy napisali już swoje prace naukowe, mieli możliwość uzyskania pomocy w zakresie korekty w trakcie drugiego dnia warsztatów. Szkolenie prowadził dr Stephen Lock, były redaktor naczelny „British Medical Journal”, lekarz i szkoleniowiec, autor i recenzent wielu publikacji i książek z dziedziny dziennikarstwa medycznego. Udział w warsztatach był bezpłatny. Od uczestników wymagano jednak:

1. znajomości języka angielskiego (mile widziane było przesłanie informacji o posiadanym certyfikacie językowym),
2. doświadczenia w pisaniu abstraktów lub publikacji medycznych.

(Małgorzata Pietkiewicz)

Teatr Akademii Medycznej

Wiosną 2007 roku z inicjatywy studentów Akademii Medycznej w Warszawie powstał **Teatr AM.**

Już wcześniej miały miejsce nieudane próby założenia teatru na Uczelni, jednak tym razem studenci sięgnęli po niekonwencjonalną metodę. O współpracę poprosili uczestników projektu Start-Art, zrealizowanego w ubiegłym roku przez stowarzyszenie Stop Klatka.

Przygotowany przez „startartowców” dramat „Zwykli Ludzie” autorstwa Jana Dulki postanowiono przenieść na deski Klubu Medyków. Dramat ów został kilkakrotnie wystawiony przez Start-Art jesienią ubiegłego roku w Teatrze Remus na warszawskiej Pradze oraz zimą w Starej Prochowni. Każdy kolejny spektakl wzbudzał powszechne uznanie bardzo licznej widowni, wśród której znajdowali się także studenci Akademii Medycznej.

Z końcem roku 2006 wyczerpały się, przyznane przez Dom Kultury Praga, fundusze na

działalność projektu Start-Art, w związku z czym dalsze wystawianie „Zwykłych Ludzi” stało się pod znakiem zapytania. Wówczas studenci Akademii zwrócili się do „startartowców” z propozycją współpracy, która spotkała się z entuzjastycznym przyjęciem.

Na spotkaniu organizacyjnym Teatru AM 9 marca 2007 r., obsadzono brakujące role studentami Akademii. Pośród łącznej liczby 15 aktorów występujących w „Zwykłych Ludziach” znalazło się, obok „startartowców”, pięcioro studentów obydwu Wydziałów Lekarskich.

Ideą wystawienia „Zwykłych Ludzi” było pokazanie studentom Akademii, jak duże wrażenie może zrobić na widzach spektakl przygotowany niemal w całości przez amatorów, którzy z teatrem nie mają nic wspólnego lub mają wspólnego niewiele, a łączy ich chęć współpracy i zamiłowanie do sztuki.

My, czyli wszyscy twórcy premiery „Zwykłych Ludzi” w reżyserii Jędrzeja Karpińskiego, mamy gorącą nadzieję, że premiera pierwszego spektaklu pokazała wielu studentom Akademii, iż to właśnie oni mogą zostać, jeszcze w tym roku, twórcami kolejnych przedstawień Teatru AM.

Do tej pory, pomimo skromnej promocji, zawężającej się przede wszystkim do ogłoszeń zamieszczanych na stronach internetowych odwiedzanych przez studentów naszej Uczelni, chęć udziału w pracach Teatru wyraziło przeszło 40 osób, z czego kilkanaście zdążyło już zaangażować się w prace nad kolejnym dramatem. Jest nim „Pułapka na samotnego mężczyznę”, w której obsadzone zostały już prawie wszystkie role.

Próby Teatru odbywały się dotychczas regularnie, w piątki o godz. 18⁰⁰, w Klubie Medyków, co sprawiło, że nie kolidowały one z zajęciami na Uczelni. Zawiesili-

śmy je w czerwcu, ze względu na sesję, jednak zamierzamy wznowić przygotowania już od października. Natomiast od 21 lipca do 5 sierpnia część z nas jedzie na Letni Obóz Pracy Twórczej. Poza tym kolejną premierę – sztuki „Pułapka na samotnego człowieka” – planujemy na początku przyszłego roku akademickiego.

Chcąc poszerzyć grono członków Teatru o osoby mające już na tym polu doświadczenie, których na Akademii nie ma zbyt wiele, postanowiliśmy uczynić Teatr organizacją otwartą dla wszystkich zainteresowanych. Członkiem Teatru może zostać każdy student Akademii oraz każda inna osoba, która aktywnie zaangażuje się w jego pracę – czy to na scenie, czy też w „kwestiach technicznych”.

To, ile dramatów uda się nam wystawić w najbliższych miesiącach, zależy od tego, ile osób wyrazi chęć zostania aktorami. Pozostałe sprawy, w tym pomieszczenia na występy i promocja, nie powinny stanowić problemu, gdyż władze Uczelni ustosunkowały się do inicjatywy bardzo pozytywnie. Szczególny jest wkład prof. Piotra Zaborowskiego, Prorektora ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, bez którego nieocnionej pomocy nie byłaby możliwa, jeszcze w tym roku akademickim, inauguracja działalności Teatru premierą spektaklu „Zwykli Ludzie”.

(Michał Batycki)

Medykalia 2007

Pod koniec maja studenci Akademii Medycznej włączyli się w organizację warszawskich Juwenaliów. Od kilku lat w czasie tego Święta urządzają pokazy ratownictwa, szkolenia z zakresu pierwszej pomocy oraz opiekują się jedną ze scen koncertowych. W tym roku zadbali o obecność muzyki reggae podczas imprezy głównej na Polach Mokotowskich oraz przeprowadzili wiele ciekawych konkursów.

Tradycyjne Juwenalia warszawskie i w tym roku nie mogły odbyć się bez udziału studentów naszej Uczelni. 19 maja 2007 r. na Placu Teatralnym świętowanie rozpoczęliśmy tuż po odbiorze symbolicznego klucza do bram Warszawy z rąk Przedstawicieli Miasta. Ulicami Stolicy ruszyła Wielka Parada Studentów. Całe miasto podziwiała inwencję twórczą warszawskich Żaków. Laweta Akademii Medycznej przekształciła się w salę operacyjną na kółkach, pielęgniarki i chirurdzy opanowali całą trasę Parady. Wycie syreny towarzyszyło wykrzykiwanym przez studentów hasłom prozdrowotnym.

Finał Parady był równocześnie rozpoczęciem obchodów Juwenaliów na Polach Mokotowskich, podczas których w licznych namiotach prezentowały się poszczególne uczelnie. W naszych namiotach Medycy zdradzali tajniki pracy pielęgniarek i farmaceutów. Pojawili się również przedstawiciele organizacji studenckich – IFMSA. Zachęcali oni do samokontroli stanu swojego zdrowia.

Zabawę uświetniły zespoły prezentujące się na uczelnianej scenie z muzyką reggae. Specjalnie dla nas zagrali: Paprika Korps, Indios Bravos, Vavamuffin i Daab. W przerwach między występami zaprezentowała się para tancerzy z programu „Asystent”, wspierającego studentów niepełnosprawnych.

Uwieńczeniem Medykaliów była impreza integracyjna studentów Akademii Medycznej w Domu Studenta nr 2. Dn. 25 maja we własnym gronie Medycy bawili się i grillowali. Rozstrzygnięto również turnieje: bilardowy, tenisa stołowego i darta.

Tegoroczne Medykalia uczyniły Juwenalia warszawskie wydarzeniem zupełnie wyjątkowym.

(Dagmara Opoczyńska

Agata Matysiak

Komisja Kultury

Samorząd Studentów AM w Warszawie)



VIII Międzynarodowy Kongres
Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego
Warszawa 11-13 maja 2007

W dniach 11-13 maja 2007 r. odbył się w Warszawie VIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Zjazd zorganizowali doc. Krzysztof Zieniewicz – Sekretarz Generalny PTT oraz doc. Tomasz Zieliński i dr Małgorzata Sobieszkańska-Małek – członkowie Zarządu z Instytutu Kardiologii w Aninie.

W Kongresie wzięło udział ponad 500 uczestników z całego kraju oraz 6 wybitnych gości zagranicznych, w tym prof. John S. Najarian z Minneapolis, prof. N. Heaton, prof. U. Heemann, prof. R. G. Bretzel. W ramach sympozjum odbyły się sesje referatowe (przedstawiono 53 prace) oraz sesje plakatowe (138 prezentacji). W referatach omówiono wyniki przeszczepiania narządów, szpiku i rogówki w Polsce oraz problemy przeszczepów biostacyjnych.

Na szczególne podkreślenie zasługuje sesja poświęcona etycznym zasadom współpracy środowiska lekarskiego z przemysłem farmaceutycznym. Po referacie wprowadzającym mec. Agnieszki Deeg-Dąbrowskiej, w którym prelegentka omówiła obowiązujące zasady wynikające z Kodeksu Farmaceutycznego, miała miejsce dyskusja panelowa. Zarząd PTT w najbliższych miesiącach przygotowuje kodeks zasad etycznych współpracy, który zostanie przesłany do wszystkich członków z prośbą o uwagi. Wszystkie plany, jak i działalność Zarządu będą regularnie przedstawiane na stronie internetowej Towarzystwa (www.transplant.pl).

Warto zauważyć, że Kongres odbywał się w okresie medialnej burzy związanej z wydarzeniami w Szpitalu MSWiA, która

wzbudziła zrozumiały niepokój środowiska. Uczestnicy Walnego Zgromadzenia wystosowali apel do społeczeństwa, mediów, polityków i środowiska lekarskiego (w załączeniu). Wystosowano również pismo do Prokuratury w Warszawie z postulatem zwolnienia z tymczasowego aresztu dra Mirosława Garlickiego i umożliwienia mu odpowiadania za stawiane zarzuty z wolnej stopy.

Apel do społeczeństwa, mediów i środowiska lekarskiego

Uchwalony przez Członków Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego podczas VIII Kongresu Towarzystwa, w dniu 13 maja 2007 roku w Warszawie.

„Z wielkim niepokojem obserwujemy katastrofalny spadek liczby zabiegów przeszczepienia narządów. Uważamy, że stanowi to wynik wydarzeń, które miały miejsce w ostatnich trzech miesiącach – nierozważnych oskarżeń ze strony polityków i niesprawiedliwych, napastliwych przekazów medialnych. Potwierdzają to najnowsze badania opinii publicznej, które wykazały, że zaufanie społeczeństwa do lekarzy-transplantologów uległo drastycznemu spadkowi. Doszło do tego, że ponad 1/3 Polaków wierzy w kłamliwe doniesienia o stosowaniu przez lekarzy środków usypiających w celu uzyskania większej liczby narządów. W sposób nieuzasadniony i krzywdzący posądza się lekarzy o handel narządami.

W następstwie tych wydarzeń społeczeństwo obawia się lekarzy, a lekarze – bojąc się pochopnych posądzeń – nie przystępują do rozmów z rodzinami osób zmarłych, nie uczestniczą w identyfikacji możliwości pobrania narządów i nie biorą udziału w komisijnym rozpoznawaniu zgonu. Cierpią na tym ci chorzy, którzy

nie mogą doczekać się transplantacji. Część z nich umiera.

Chcemy zapewnić społeczeństwo, że:

- naszym celem jest zapobieganie i eliminowanie jakiegokolwiek patologii związanej z pobieraniem i przeszczepianiem narządów,

- procedury transplantacyjne w naszym kraju są przejrzyste i zgodne z Dyrektywą Unii Europejskiej, a transplantologia należy do najbardziej kontrolowanych dziedzin medycyny,

- naszym dążeniem jest szerokie propagowanie idei przeszczepiania narządów dlatego, że dla wielu chorych jest to jedyna skuteczna metoda leczenia.

Apelujemy do kolegów lekarzy, którzy opiekują się pacjentami z rozpoznaniem śmierci mózgu, aby – jak dawniej zgodnie z procedurami – identyfikowali możliwość pobrania narządów. **Nie lękajcie się działać w słusznej sprawie.** Jednocześnie apelujemy do Ministra Zdrowia, aby zapewnił pełne wsparcie każdemu lekarzowi, który – wypełniając zgodnie z procedurami i prawem swoje obowiązki – zostanie poddany niesłusznym oskarżeniom lub innym formom krzywdzącego nacisku.

Apelujemy do mediów, aby w godnym zamiarze wyjaśnienia prawdy nie posługiwały się półprawdami, kłamstwami lub pochopnymi oskarżeniami, działały z rozwagą i troską o dobro człowieka; również tego, który bez transplantacji jest skazany na śmierć.

Los tych, którzy czekają na możliwość uratowania życia zależy od przywrócenia zaufania społecznego do środowiska lekarskiego. Musimy się o to wspólnie postarać.”

W imieniu Walnego Zebrania
Prezes PTT
prof. Wojciech Rowiński