



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

Rok XXXV

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 6/2003

Zespół redakcyjny (Editorial Staff)

Prof. dr hab. **Stefan Kruś** (Redaktor Honorowy – Honourable Editor)

Dr hab. **Piotr Fiedor** (Redaktor Naczelny – Editor-in-Chief)

Mgr **Mirosława Müldner-Kurpeta** (Z-ca Red. Nacz. – Associate Editor)

Mgr **Magdalena Zielonka** (Z-ca Red. Nacz., korekta – Associate Editor, Proof-Reading)

Mgr **Małgorzata Sieradzka** (Asystent Red. Nacz., tłumaczenia – Assistant Editor, Translation)

Współpraca ze środowiskiem (Public Relation)

Mgr **Mariusz Forys**

Rada Programowa i Naukowa – Scientific Council

Profesor **Janusz Piekarczyk** – Rector of Medical University of Warsaw

Profesor **Leszek Pączek** – Deputy Rector for Educational Affairs

Profesor **Wiesław Gliński** – Deputy Rector for Science and International Relations

Profesor **Józef Sawicki** – Deputy Rector for Human Resources

Profesor **Grzegorz Opolski** – Deputy Rector for Clinical Affairs, Development and Regional Cooperation

Profesor **Marek Krawczyk** – Dean of the First Medical Faculty

Profesor **Hubert Wanyura** – Deputy Dean for the Division of Dentistry

Profesor **Jerzy Stelmachów** – Dean of the Second Medical Faculty

Profesor **Jerzy A. Polański** – Deputy Dean for the English Division

Profesor **Jan Pachecka** – Dean of the Faculty of Pharmacy

Profesor **Piotr Małkowski** – Dean of the Faculty of Health Sciences

Profesor **Wojciech Noszczyk** – Dean of the Faculty of Postgraduate Studies

Wydawca:

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

Adres Redakcji, Działu Promocji i Reklamy:

Sekretariat: mgr Ewa Kępska, ul. Żwirki i Wigury 61, tel. 5720-109

e-mail: ewak@akamed.waw.pl i mziel@amwaw.edu.pl

Dokumentacja fotograficzna:

Dział Fotomedyczny AM

Prawa autorskie zastrzeżone

Skład tekstu, druk i oprawa

Zakład Wydawniczo-Poligraficzny, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3

Tel/fax 864 36 44, e-mail:drukarnia@druk.waw.pl

Spis treści 6/2003

| | |
|---|----|
| Od Redakcji | 4 |
| Z życia Akademii Medycznej w Warszawie | 5 |
| Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych o systemie ochrony zdrowia w Polsce | 5 |
| Akademickie spotkanie europejskie z Józefem Oleksym | 9 |
| Wystąpienie JM Rektora Akademii Medycznej | 10 |
| Jubileusz 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza | 12 |
| <i>M. Krawczyk, W. Patkowski</i> | |
| VI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego | 14 |
| <i>P. Tomaszewski</i> | |
| Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Wydziału Farmaceutycznego | 16 |
| <i>J. Kowalski</i> | |
| Wystąpienie prodziekana | 17 |
| <i>H. E. Makulska-Nowak</i> | |
| Podziękowania doktorantów | 20 |
| <i>B. Haznar</i> | |
| Podziękowania absolwentów | 21 |
| Prace doktorskie obronione na I Wydziale Lekarskim AM | 22 |
| <i>M. Foryś</i> | |
| Piknik naukowy 2003 Polskiego Radia | 25 |
| Medycyna | 27 |
| <i>A. Wojtowicz, M. Kisłowska-Syrczyńska</i> | |
| Miazga zębów mlecznych– potencjalne źródło komórek macierzystych | 27 |
| <i>K. Niemczyk, M. Kujawińska, A. Bruzgielewicz, T. Kucharski</i> | |
| Możliwości poprawy wizualizacji w polu operacyjnym | 31 |
| Nauka | 37 |
| Granty | 37 |
| <i>M. Sieradzka</i> | |
| Warsztaty mikroskopowe Olympus Optical Polska | 40 |
| Dydaktyka | 43 |
| <i>M. Papiernik, A. Wieczorek</i> | |
| Pielęgniarstwo chirurgiczne w nauczaniu licencjackim | 43 |

J. Matlak, J. Sokolnicki

Biuro Karier – rynek szans czy też szansa dla rynku 45

J. Pachecka, P. Tomaszewski, G. Kubiak-Tomaszewska

Opinia studentów o nauczaniu biochemii na III roku Wydziału Farmaceutycznego .. 47

Wychowanie 54

W. Nielubowicz

Polemiki – Przysięga Hipokratesa 54

Cz. M. Szczepaniak

Uskrzydleni cierpieniem (2) 56

Nowości wydawnicze 60

J. Tatoń: Filozofia w medycynie 60

Komunikaty 62

Nominacje na stanowiska profesorów AM 62

Konferencja „Medycyna-Etyka-Ekonomia” 62

Rekrutacja na studia w Akademii Medycznej w Warszawie 62

Od Redakcji

Szanowni Czytelnicy,

Nadchodząca przerwa akademicka i okres urlopowy sprzyja spowolnieniu pracy i rozleniwieniu. Wszyscy składamy się raczej w kierunku planowania wakacji, ale nie dotyczy to abiturientów szkół średnich ubiegających się o indeks naszej Uczelni. Wyteżona jest szczególnie praca Komisji Rekrutacyjnej oraz Komisji Uczelnianych, które sprawnie prowadzą nabór kandydatów na drodze egzaminów testowych do naszej Alma Mater.

Wszyscy przyjęci nowi studenci myślą o swojej przyszłości po zakończeniu studiów oraz marzeniu realizowania dalszych etapów kariery zawodowej. Uwieńczeniem ciężkiej pracy jest dla absolwenta chwila wręczenia dyplomu i rozstania się z Uczelnią.

Ale co dalej !? Czy rynek pracy w naszym kraju jest przygotowany na odbiór najlepszych absolwentów zapewniając im dalszy indywidualny rozwój? Integracja z krajami członkowskimi UE wymusza zmiany w zakresie dydaktyki, analizy rynku pracy w kraju i zagranicą, ale przede wszystkim ujednoczonego systemu cyklicznej weryfikacji pracowników naukowo-dydaktycznych oraz sposobu praktycznego przygotowania absolwentów do przyszłego wykonywania zawodu. Kształcenie przed i podyplomowe wymaga najlepszej kadry dydaktycznej, która powinna posiadać doświadczenie we współpracy z partnerami zagranicznymi. Przyszły potencjalny absolwent wymaga przygotowania do pełnienia obowiązków w każdym kraju, który uczestniczy w standardowym, ujednoczonym programie dydaktycznym, a następnie zawodowym. Czy programy realizowane w Naszej Uczelni odpowiadają w pełni takim programom międzynarodowych uczelni ? Rozmowa z absolwentami AM w Warszawie potwierdza, że istnieje potrzeba rozszerzenia praktycznej części programu, a nacisk powinien być przede wszystkim położony na programy szkoleń w trakcie praktyk wakacyjnych, programy szkoleń dla stażystów, które odpowiadałyby w pełnym zakresie programom międzynarodowym. Biuro Karier to artykuł, który zmusza do refleksji, ale także zmusza do poszukiwania lepszych rozwiązań. Jest to jedna z form promocji nie tylko Uczelni, ale przede wszystkim najlepszych absolwentów i powoduje ożywienie rynku pracodawców, bowiem dobrze wykształcony absolwent jest „perłą” poszukiwaną najczęściej na zagranicznym rynku pracy.

Wymierną oceną osiągnięć i oznaką aktywności naszej Uczelni jest działalność pracowników naukowych i dyda-

ktycznych, która zauważona jest przez uznane autorytety w międzynarodowym środowisku naukowym. Takim przykładem jest VI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego na którym gościli wybitne osobistości światowej nauki, uznając 10 letni dorobek naukowy naszego środowiska akademickiego prezentowany przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego prof. Marka Krawczyka.

Z nieukrywaną dumą trzeba podkreślić, że właśnie profesorowie Akademii Medycznej w Warszawie, w większej części, stanowią napęd dla rozwoju transplantologii w Polsce. Przyszłe sukcesy zależą od nas – od tego jak wykształcimy następne pokolenie lekarzy-naukowców. Tak więc marzenie otrzymania indeksu, dyplomu jest osiągalne, ale weryfikacja następuje później w pracy, w której codziennie zmagamy się nie tylko z Przysięgą Hipokratesa, ale również z nauką, która umożliwi indywidualny rozwój oraz międzynarodową promocję Uczelni.

Wszystkim ubiegającym się o indeks naszej Uczelni życzę, aby znaleźli w Jej murach prawdziwą naukę, przyjaciół i aby wszystkie oczekiwania stały się realne.

Nauczycielom akademickim życzę udanego wypoczynku, aby w nowym roku akademickim w pełni sił stawili czoła nowym zadaniom dydaktycznym oraz wymaganiom studentów, rzetelnie wprowadzając ich w trudne arkania nowoczesnej medycyny.

Redaktor Naczelny

P.S. Wakacyjny konkurs pt. **Wakacje z Chochełką** dla wszystkich, którzy muszą pozostać w pracy, umieszczony jest na str. 3 miesięcznika. Życzymy samych smacznych wygranych w wakacyjnej promocji!



AKADEMIA MEDYCZNA W BIAŁYMSTOKU
15-230 Białystok, ul. Kiłińskiego 1
Rektor: Prof. dr hab. Jan GÓRSKI
tel.: (085) 748 54 03, 748 54 04, fax: 748 54 16
e-mail: rektor@amb.ac.bialystok.pl



AKADEMIA MEDYCZNA
IM. LUDWIKA RYDYGIERA W BYDGOSZCZY
85-067 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 13
Rektor: Prof. dr hab. Danuta MIŚCICKA-SŁIWKA
Tel.: (052) 585 33 80 DO 83, tel./fax: 585 33 84
e-mail: rektor@amb.bydgoszcz.pl



AKADEMIA MEDYCZNA W GDANSKU
80-210 Gdańsk, ul. M. C. Skłodowskiej 3A
Rektor: Prof. dr hab. Wiesław MAKAREWICZ
tel.: (058) 349 10 00, fax: 520 40 38
e-mail: rektor@amg.gda.pl



ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA
W KATOWICACH
40-006 Katowice, ul. Warszawska 14
Rektor: Prof. dr hab. Tadeusz WILCZOK
tel.: (032) 251 49 64, fax: 208 35 61
rektor@infomed.slam.katowice.pl



UNIwersytet Jagielloński w Krakowie
COLLEGIUM MEDICUM
31-008 Kraków, ul. Św. Anny 12
Prorektor UJ ds. Collegium Medicum:
Prof. dr hab. Marek ZEMBALA
tel.: (012) 422 69 22, tel./fax: 422 25 78
e-mail: prorektor@cm-uj.krakow.pl



AKADEMIA MEDYCZNA W LUBLINIE
20-950 Lublin, al. Raclawickie 1
Rektor: Prof. dr hab. Maciej LATAŁSKI
tel.: (081) 534 67 39, tel./fax: 532 46 33
e-mail: rektor@eskulap.am.lublin.pl



UNIwersytet Medyczny w Łodzi
90-419 Łódź, al. Kościuszki 4
Rektor: Prof. dr hab. Andrzej LEWIŃSKI
tel.: (042) 632 21 13, tel./fax: 630 07 07
e-mail: akmed@rkt2.rkt.am.lodz.pl



AKADEMIA MEDYCZNA
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
61-701 Poznań, ul. Fredry 10
Rektor: Prof. dr hab. Grzegorz BRĘBOROWICZ
tel.: (061) 852 03 42, fax: 852 04 55
rektor@mail.usoms.poznan.pl



POMORSKA AKADEMIA MEDYCZNA
W SZCZECINIE
70-204 Szczecin, ul. Rybacka 1
Rektor: Prof. dr hab. Wenancjusz DOMAGAŁA
tel.: (091) 480 08 01, fax: 480 07 05
rektor@pam.szczecin.pl



AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61
Rektor: Prof. dr hab. Janusz PIEKARCZYK
tel.: (022) 572 01 01, fax: 572 01 61
e-mail: rektor@amwaw.edu.pl



AKADEMIA MEDYCZNA
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 1
Rektor: Prof. dr hab. Leszek PARADOWSKI
tel.: (071) 784 10 01, fax: 784 01 09
e-mail: rektor@am.wroc.pl



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
W WARSZAWIE
01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 99
Dyrektor:
Prof. dr hab. Jadwiga SŁOWIŃSKA-SRZEDNICKA
tel./fax: (022) 834 12 28
e-mail: dyrektor@cmkp.edu.pl

KONFERENCJA REKTORÓW UCZELNI MEDYCZNYCH PRZEWODNICZĄCY

Prof. zw. dr hab. n. med. Maciej Latałski
20-950 Lublin, al. Raclawickie 1, tel.: (081) 534 67 39, tel./fax: 532 46 33
e-mail: rektor@eskulap.am.lublin.pl

STANOWISKO Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych przyjęte na posiedzeniu w dniu 20 maja 2003 r. w Krakowie

Sytuacja panująca w krajowym systemie ochrony zdrowia, grożąca w każdej chwili jego paraliżem, a nawet całkowitą zapaścią budzi najwyższe zaniepokojenie rektorów wyższych uczelni medycznych Polski.

Występuje szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak: wykupywanie długów jednostek ochrony zdrowia, obrót wierzytelnościami szpitali. Pragniemy z całą stanowczością podkreślić, że dalsze trwanie stanu destabilizacji finansowej zagraża egzystencji szpitali klinicznych, utrudnia coraz bardziej kształcenie przyszłych kadr medycznych, może ponadto w najbliższym czasie spowodować wybuch społecznego niepokoju. Uchwalona przed kilkoma miesiącami ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ zrównała pod względem kategoryzacji i referencji wszystkie jednostki krajowego systemu ochrony zdrowia. Stan ten stawia dziś szpitale kliniczne, zatrudniające kadrę legitymującą się najwyższymi kwalifikacjami zawodowymi, promującą postęp i najnowocześniejsze osiągnięcia światowej medycyny, predestynowane do prowadzenia diagnostyki i terapii najtrudniejszych chorób, w jakże niezwykle trudnej – wręcz przymusowej sytuacji, skutkującej ograniczeniami przyjęć pacjentów, redukcjami personelu. Czyni je ubogimi krewnymi finansów publicznych, podmiotami zebrzącymi o jałmużnę w obliczu widma rychłego bankructwa. Innym, niepokojącym zjawiskiem jest problem nieadekwatnego do potrzeb finansowania kształcenia przeddyplomowego, czyli dydaktyki klinicznej, zapewnienia takiej alokacji środków budżetowych, aby zagwarantować prawidłowe utrzymanie i rozwój wszystkich rodzajów studiów, w tym także kierunków licencjackich.

Pilnej rewizji wymaga ponadto obecne funkcjonowanie procesu szkolenia podyplomowego kadr medycznych, w dużej mierze oderwanego od uczelni medycznych, nadmiernie skomercjalizowanego za sprawą działających mechanizmów rynkowych. Wyrażamy także stanowczy sprzeciw wobec prób kreowania wydziałów medycznych przez nie posiadające własnej kadry i bazy uczelnie niepaństwowe, przy czym budzi nasze zdumienie bierność czynników instytucjonalnych względem takich poczynań.

Wobec powyższego, pozwalamy sobie w poczuciu odpowiedzialności za stan wyższego szkolnictwa medycznego, oraz za przyszłe losy medycyny akademickiej, przekazać kilka projektów zmierzających do poprawy sytuacji w dziedzinach o kluczowym znaczeniu dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Wskazując na pogłębiające się zadłużenie szpitali klinicznych, nie płacenie im za wykonane świadczenia zdrowotne ponad limity wynikające z kontraktów, ożywiony obrót wierzycelnościami tych jednostek oraz w trosce o prawidłowość toku kształcenia przed i podyplomowego, Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych podnosi konieczność wprowadzenia kilku źródeł finansowania działalności szpitali klinicznych oraz zgłasza potrzebę pilnego rozwiązania następujących kwestii:

1. Ustalenia dla szpitali klinicznych odrębnej stawki za udzielane świadczenia zdrowotne;
2. Wyodrębnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia środków celowanych na finansowanie w szpitalach klinicznych procedur innowacyjnych;
3. Częściowego finansowania działalności szpitali klinicznych z budżetu państwa;
4. Udziału państwowych uczelni medycznych w procesie tworzenia planu zdrowotnego i Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych;
5. Problematyki kształcenia podyplomowego;
6. Problematyki kształcenia licencyjnego;

UZASADNIENIE

Ad.1/ Pomimo odejścia w aktach prawnych od poziomów referencyjności szpitali, podział taki istnieje w świadomości społecznej. Szpitale kliniczne stanowią ostatnie ogniwo w leczeniu pacjentów najciężej chorych, skomplikowanych czy wręcz źle rokujących dźwigają najtrudniejszy i najkosztowniejszy etap procesu leczenia. Okoliczności te w sposób oczywisty uzasadniają ustalenie dla szpitali klinicznych odrębnej, preferencyjnej stawki za udzielane świadczenia zdrowotne. Proponuje się zastosowanie przelicznika 1 – dla szpitali powiatowych; 1,1- dla szpitali wojewódzkich i 1,2 – dla szpitali klinicznych;

Ad.2/ Konieczność wydzielenia z NFZ środków na finansowanie nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych i wszelkich innych działań innowacyjnych nie mających charakteru eksperymentu medycznego jest warunkiem postępu w medycynie. Dlatego też proponuje się utworzenie w Funduszu rezerwy w wysokości 1% środków całego rocznego budżetu (przed jego podziałem) na finansowanie działań innowacyjnych z przekazaniem tych środków do szpitali klinicznych, z zastosowaniem przelicznika „na łóżko”.

Ad.3/ Finansowanie działalności szpitali klinicznych nie może odbywać się wyłącznie w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szpitale kliniczne realizujące zadania dydaktyczne, naukowe i lecznicze w dziedzinie nauk medycznych wymagają dla prawidłowej realizacji powierzonych im zadań wsparcia finansowego z budżetu państwa. Z budżetu winny być dofinansowane świadczenia zdrowotne w których uczestniczą studenci w ramach szkolenia przeddyplomowego oraz osobnym nutem wydatki natury technicznej związane z remontami, bieżącą eksploatacją sal wykładowych, seminaryjnych oraz z zakupem odzieży ochronnej dla studentów itp. Finansowane z budżetu państwa procedury wysokospecjalistyczne winny być wycenione w oparciu o realne koszty ich wykonania.

Ad. 4/ Państwowe uczelnie medyczne w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ zostały pozbawione głosu opiniującego przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego i prawa wnioskowania o zmianę plan krajowego. Ponieważ prawo to zapisane zostało innym podmiotom uprawnionym do tworzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej jak również samorządom zawodów medycznych, uzasadnione jest dokonanie w tym zakresie zmian w ustawie. Proponuje się dodania w art. 102 ust.7 państwowych uczelni medycznych i w art. 111 ust.2 rektora państwowej uczelni medycznej.

Ad. 5/ Rektorzy uczelni medycznych podtrzymują swoje dotychczasowe stanowisko wyrażone w sprawie kształcenia podyplomowego w dniu 22 lutego 2003 roku. W ocenie KRUM system kształcenia podyplomowego powinien się odbywać w strukturach uczelni medycznych, egzaminu winno przeprowadzać CEM a obsługa procedur specjalistycznych i innych form kształcenia podyplomowego będących w gestii Ministra Zdrowia winna być przeprowadzana przez CMKP. Wszelkie próby przejęcia tych zadań przez podmioty nie dysponujące bazą i wyodrębnionymi strukturami są niebezpieczne dla prawidłowego toku szkolenia. Podstawowym problemem obecnego systemu jest niedostateczna liczba miejsc akredytowanych oraz ograniczona dostępność do obowiązkowych kursów specjalizacyjnych. Działania jakie należy podjąć powinny zmierzać do poprawy systemu a nie jego zmiany. Konieczna jest więc analiza i weryfikacja programów specjalizacyjnych przez wyznaczone zespoły. Wydaje się bezwzględnie słuszne zabezpieczenie w ramach specjalizacji bezpłatnego udziału lekarzy i lekarzy stomatologów w kursach określonych programem specjalizacji jako obligatoryjne. Rozwiązania wymaga również specjalizowanie się w ramach studiów doktoranckich. Uzasadnione jest w tym przypadku zsynchronizowanie czasu trwania szkolenia ze studiami.

Ad.6/ Istnieje konieczność zapewnienia uczelniom środków na prowadzenie kształcenia w ramach licencjatu. Środki na to zadanie winny pochodzić z dotychczasowego budżetu Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Utrzymanie w uczelniach tego zadania wymaga zarezerwowania w budżecie państwa na rok 2004 około 300 milionów złotych, bowiem przekazanie uczelniom przez samorządy województw, zadania kształcenia licencjackiego nastąpiło bez równoczesnego przekazania środków.

Stanowisko niniejsze uzyskało poparcie Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych oraz Związku Pracodawców Szpitali Klinicznych.

PRZEWODNICZĄCY KRUM


Prof. dr hab. med. dr h.c. Maciej Latański

Adresaci stanowiska:

1. Premier Rządu R.P.
2. Minister Zdrowia;
3. Prezes NFZ;
4. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia;
5. Koordynator Obrad Okrągłego Stołu ;

Standpoint of the Conference of Rectors of Medical Universities

According to the Conference of Rectors of Medical Universities, the situation of health care system in Poland, that can lead to dangerous and permanent crisis, is a matter of a great concern of the Rectors of medical universities in Poland.

The resolution on common insurance in National Health Fund makes all the medical units of national system of health care equal. This is a very difficult and unfavourable situation for clinical hospitals, which not only has the best qualified personnel, but as well diagnose and cure the most complicated medical cases.

Another disturbing matter is a question of insufficient financing of the pre-graduate studies (clinical didactics).

Also the current process of postgraduate teaching of medical professionalists, in isolation from medical universities, needs to be change and revised urgently.

Due to all this matters, and feeling responsible for the sate of medical higher education, Conference of Rectors of Medical Universities would like to urge for improving the situation of clinical hospitals and solving the following problems:

1. Establishing the distinct rate for providing health services by the clinical hospitals
2. Isolating special means for financing innovative procedures in clinical hospitals in NFZ
3. Financing the clinical hospitals partly from government budget
4. Participation of medical universities in creating the health care plan and National Programme of Providing Health Service
5. Problems of Postgraduate studies
6. Problems of Bachelor studies

This standpoint was adressed to: the Prime Minister of RP, the Ministry of Health, The President of NFZ, The Chairman of the Seym Committee of Health, Coordinator of the Round Table Debate.

Akademickie spotkanie europejskie z Józefem Oleksym poświęcone referendum akcesyjnemu do Unii Europejskiej

W dniu 3 czerwca 2003 roku, na otwartym posiedzeniu Senatu Akademii Medycznej odbyło się spotkanie społeczności akademickiej naszej Uczelni z przedstawicielem Polski w Konwencji Unii Europejskiej, Przewodniczącym Komisji Europejskiej Sejmu RP – Józefem Oleksym.

Premier Oleksy uważa działanie w silnej, zintegrowanej grupie państw Wspólnoty za najlepszy sposób na sukces państwa, narodu i poszczególnych obywateli. Unia Europejska jest formacją wyjątkową, wspólnotą państw narodowych działającą z woli tych państw i w zakresie określonym przez członków.

Ciągle aktualna jest misja Unii wyznaczona 40 lat temu:

- Bezpieczeństwo człowieka i państwa.
- Warunki wszechstronnego rozwoju jednostki.
- Godne życie wszystkich obywateli.

Unia Europejska jest organizacją, która ma wspólne wartości i zasady, wspólny rynek, walutę i budżet, wspólne prawo. Jest zorganizowana i stara się o równowagę pomiędzy elementami narodowymi i ponad narodowymi. Ale pozycja każdego kraju Wspólnoty zawsze zależy od jego potencjału i siły wewnętrznej.

Unia jest szansą wzmocnienia naszego kraju i źródłem finansowania jego sprawnej modernizacji, ale brak wzrostu gospodarczego, ładu społecznego, korupcja mogą spowodować, że korzyści z przystąpienia będą o wiele mniejsze, niż zakłada się obecnie.

JM Rektor AM, prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, powiedział, że wobec bliskiej akcesji do UE nie sposób pominąć problemów polskiej służby zdrowia, w tym uczelni medycznych.

O zagrożeniach i obawach mówi Stanowisko Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych przyjęte 20 maja br. W szczególności trudnej sytuacji są szpitale kliniczne, które dosłownie toną w długach. Podobnie jak w krajach Unii, niezbędne jest dofinansowanie klinik z budżetu Państwa na cele związane z ich działalnością naukową i dydaktyczną.

Rektor AM skierował do premiera Oleksego apel o ratowanie polskiego szkolnictwa wyższego i pomoc w dotarciu do szczybla decyzyjnego.

Po wystąpieniu Rektora uczestnicy spotkania zadawali pytania Józefowi Oleksemu.

Profesor Dziedzic-Goćławska poruszyła sprawę „Europejskiego Programu Zdrowia Publicznego”, który jest realizowany w latach 2003-2008. W ramach programu pani profesor może otrzymać 45 tys. euro na badania związane z bezpieczeństwem stosowania przeszczepów trzustkowych i bankowania tkanek, pod warunkiem, że wniesie 20% wkładu własnego (9 tys. euro). Niestety, ani Ministerstwo Zdrowia, ani inne instytucje nie umieją pomóc. Pani Profesor zapytała, czy rząd polski zabezpieczył środki finansowe na realizację programów naukowych i programów w zakresie ochrony zdrowia, oferowanych przez Unię Europejską.

Premier Oleksy potwierdził, iż do dziś nie rozwiązano sprawy zasilania finansowego dla podmiotów, które muszą wносить własne środki. Program ten wymaga rozwiązań systemowych – poręczenia Państwa, wprowadzenia systemów umarzalnych kredytów.

Dr Andrzej Włodarczyk z Warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej zasygnalizował problem trudnej sytuacji emerytowanych lekarzy oraz leczenia pacjentów z innych Państw Unii w polskich szpitalach. Sprawa ta niesie wiele zagrożeń, a nie jest rozwiązana systemowo.

Dziekan I WL, profesor Marek Krawczyk, poruszył problem zdawania przez absolwentów akademii medycznych Lekarskiego Egzaminu Państwowego, który nie istnieje w krajach Unii Europejskiej.

Dr Henryk Rebandel podzielił się swoimi obawami, iż na terenie Polski zaczną powstawać szpitale z udziałem obcego kapitału, w których będą leczeni cudzoziemcy, a pracujący lekarze otrzymywać będą wysokie wynagrodzenie, co spowoduje, że pacjenci będą oczekiwać w długich kolejkach po świadczenia zdrowotne.

Podsumowując, Józef Oleksy stwierdził, że należy opracować nową strategię dla Polski po wejściu do Unii Europejskiej, która da nam poczucie stabilnej przyszłości. Premier uważa, że przepustką do przyszłości jest kapitał intelektualny, odkrycie tego, co tkwi w ludziach i wykorzystanie ich możliwości.

(Oprac. na podstawie protokołu mgr E. Kępskiej – mgr M. Müldner-Kurpeta)

Wystąpienie JM Rektora na otwartym posiedzeniu Senatu Akademii Medycznej poświęconym referendum akcesyjnemu do Unii Europejskiej

Otwieram specjalne, otwarte posiedzenie Senatu Akademii Medycznej w Warszawie poświęcone referendum akcesyjnemu do Unii Europejskiej.

Serdecznie witam naszych gości, a przede wszystkim Pana Posła Józefa Oleksego, jako Przewodniczącego Sejmowej Komisji Europejskiej i Przedstawiciela Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w Konwencji Unii Europejskiej.

Panie Premierze, Panie Pośle, Szanowni Państwo. Senat naszej Alma Mater po zakończeniu przez Rząd negocjacji w sprawie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej przyjął Uchwałę zawierającą apel o wzięcie udziału w Referendum Europejskim i o głosowanie za przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Uchwała ta przyjęta została jednomyślnie, natomiast **wyrażona została opinia dotycząca niezbędnej konieczności** podjęcia dyskusji dotyczącej sytuacji polskiej służby zdrowia oraz polskich uczelni medycznych obecnie, tuż przed i bezpośrednio po, a także w pewnym dystansie czasowymi po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Oczekiwaniu temu wychodzi naprzeciw Uchwała Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, którą Państwu, uczestnikom dzisiejszego zgromadzenia przekładam, zwracam uwagę jednocześnie, że uchwałę tę przesłaliśmy do Ministra Zdrowia, Premiera Rządu, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i do przedstawicieli Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej.

Nie jest to pierwsza nasza inicjatywa w sprawie najwyższych zagrożeń, przed którymi stoi polska służba zdrowia, a w szczególności uczelnie medyczne i ich szpitale kliniczne. Ten proces trwa już od 4 lat. Zmienił się w międzyczasie Rząd Rzeczypospolitej, Parlament, kolejno 5 Ministrów Zdrowia, a my ponad podziałami niezależnie od opcji politycznej będącej u władzy, chodzimy do najwyższych jej przedstawicieli upominając się o ratowanie naszych uczelni i naszych szpitali klinicznych.

Pod pretekstem tak zwanej reformy służby zdrowia doprowadzono do najwyższego zagrożenia, do możliwości załamania się podstawowych funkcji naszych uczelni. Najpierw walczyliśmy o odzyskanie tych szpitali klinicznych, bo Minister Maksymowicz w swojej łaskawości je usamodzielił. Szpitale te, jako tzw. samodzielne zostały niebotycznie zadłużone, po czym czyniąc Akademię Medyczną ich organami założycielskimi, obdarowano je szpitalami wraz z tymi długami. Ustawienie kompetencji kas chorych z jednoczesnym wyeliminowaniem jakiegokolwiek wpływu na

wszystkie parametry kontraktów z tymi kasami, tzn. na liczbę kontraktowanych świadczeń, wysokość kontraktu z jednoczesnym brakiem możliwości odmówienia przyjęcia chorego do leczenia, jeżeli chory do szpitala się zgłosi.

Jest to sytuacja absolutnej bezradności dyrektorów szpitali, również kierowników klinik, którzy, nie mogąc odmówić usługi, która jest ekonomicznie nie uzasadniona, z każdym wyleczonym chorym pograżali i nadal pograżają w długach szpital. Im cięższa choroba wymagająca olbrzymiego wysiłku, tym większy dług dla szpitala.

Ta sytuacja doprowadziła do tego, że największe szpitale kliniczne w Polsce – wykonujące zabiegi, czy stosujące procedury medyczne, porównywalne z najlepszymi ośrodkami europejskimi – zaczęły zadłużać się coraz gwałtowniej.

Obecnie długi te sięgają od kilku, kilkunastu do kilkudziesięciu milionów złotych. Nasi rozmówcy powtarzali nam jedno „oddłużenia szpitali nie będzie” i „o wysokości kontraktu decyduje rada kasy”, która nie jest zainteresowana faworyzowaniem szpitali klinicznych. Dla rady tak samo ważny jest każdy szpital powiatowy, jak i szpital kliniczny, kolejni ministrowie zdrowia dobrotliwie kiwali głowami i mówili, że nic nie mogą zrobić bo „kiedyś cała władza była w rękach mas a teraz jest w rękach kas”. W tej fazie ktoś wymyślił Narodowy Fundusz Zdrowia argumentując, że poprzez centralizację decyzji pozwoli on na przywrócenie polityki zdrowotnej Państwa Polskiego, której w ostatnich latach niema. Był to program wyborczy lewicy, który poparliśmy wszyscy – mówię o wszystkich rektorach polskich uczelni medycznych.

Mieliśmy po prostu nadzieję, że jest to szansa na przywrócenie polityki zdrowotnej państwa, która pozwoli na racjonalne zaplanowanie, na przywrócenie rozsądnego kierowania zasobami z pozycji Ministerstwa Zdrowia, które otrzyma kompetencje, ale będzie ponosiło też odpowiedzialność za całość polityki zdrowotnej. Niestety od obietnic wyborczych do chwili obecnej mijają 2 lata, nasza sytuacja się pogorszyła na tyle, że znaleźliśmy się na skraju bankructwa. Nadal obowiązują stare zasady i nadal wszystkie szpitale kliniczne zadłużają się, sytuacja finansowa przez okres 2 lat rządów SLD diametralnie pogorszyła się, a najgorszy jest obecny rok, który miał być według deklaracji rokiem przełomowym, w którym zaczniemy funkcjonować na normalnych, zdrowych zasadach. Tymczasem po podsumowaniu 1-szego kwartału okazało się, że będzie to rok o 20% – 30%

gorszy od roku poprzedniego. W niektórych naszych szpitalach stałym gościem jest komornik, który pobiera dodatkowo 15% opłat od ściągniętych długów. Nasze 2 największe szpitale stoją przed sytuacją braku możliwości zakupu podstawowych leków do leczenia chorych. Sytuacja jest dramatyczna! I w tej sytuacji jest kolejny pomysł, który ma odsunąć podjęcie decyzji – jest to okrągły stół służby zdrowia, zamiast natychmiastowego programu ratunkowego. Powinniśmy razem z całym medycznym personelem tuż przed referendum wyjść na ulice, wzorem innych branży, które są w ten sposób bardziej skuteczne. Jesteśmy ludźmi odpowiedzialnymi i tego nie uczynimy, ale chcemy rozmawiać o sytuacji naszych szpitali i naszych uczelni na decyzyjnym szczeblu, nie z ludźmi nieodpowiedzialnymi, którzy oddalając decyzje pogarszają sytuację. My mamy konkretne propozycje rozwiązań, które zostały przedstawione we wspomnianej Uchwale Konferencji Rektorów Akademii Medycznych. Można je streścić w krótkich punktach, które oczywiście związane są z decyzjami finansowymi.

I. Przesunięcie pewnych środków w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia poprzez :

- zniesienie limitów w szpitalach klinicznych, które są specjalistycznymi ośrodkami o zasięgu regionalnym a nawet krajowym.
- Przeznaczenie około 1% środków funduszu na innowacje kliniczne w polskiej medycynie.

II. Dofinansowanie szpitali klinicznych z budżetu państwa na cele związane z ich funkcją dydaktyczną i naukową, w naszej sytuacji tzw. dziury budżetowej ta dotacja nie może być od razu docelowa, ale powinna ona wynosić 5 – 10% finansowania tych szpitali.

Jest jeszcze inna część działalności uczelni medycznych związana z nowymi zadaniami ściśle związanymi z wejściem Polski do Unii Europejskiej. Są to zadania dydaktyczne na poziomie wyższego kształcenia zawodowego tzw. kształcenia licencjackiego, które przewidywane jest np.: dla

zawodu pielęgniarki, położnej, dietetyka, fizjoterapeuty. Uczelnia nasza w sposób aktywny przygotowała się do tych zadań, podjęła te zadania zwiększając w okresie 2 lat o 30% liczbę studentów. Natomiast nasze władze ministerialne nie zauważyły w ogóle tego problemu i nie zabezpieczyły w budżecie Ministerstwa Zdrowia w ogóle wzrostu dotacji na ten cel. Sytuacja nie zmienia się od 3 lat, każdy nowy Minister Zdrowia przychodząc na swój urząd mówi, że jego poprzednik nie zadbał o to, aby środki na ten cel zostały zabezpieczone w budżecie. Na szkolenie pielęgniarek i położnych na poziomie szkół pomaturalnych przeznaczono było ponad 200 mln zł w skali całego kraju. Wobec tego Konferencja nasza upomina się o środki na poziomie 300 mln bez jakichkolwiek rezultatów!!!

Rośnie dokumentacja, a wzrost liczby studiujących na tych niezwykle ważnych kierunkach, których absolwenci są natychmiast zatrudniani, tak w Polsce jak i w całej Unii Europejskiej, odbywa się kosztem obniżenia jakości studiów na wykładach lekarskich, farmacji, stomatologii...

Panie Pośle, Wielce Szanowni Państwo, mimo wszystko poziom merytoryczny, naukowy, dydaktyczny naszych uczelni medycznych jest jeszcze ciągle wysoki, jest absolutnie porównywalny z poziomem dobrych uczelni europejskich, dlatego apeluję o to, aby je uratować.

Za chwilę, za kilka miesięcy może być za późno, prosimy o pomoc, prosimy o poważną rozmowę na szczeblu decyzyjnym. Zagrożenia wynikające z niekompetencji, może zbyt często zmieniających się władz, może również z braku ich wyobraźni są ogromne i mogą prowadzić do katastrofy, która może zagrażać bezpieczeństwu Państwa!

Jesteśmy przygotowani do rozmów i do bardzo konkretnych działań.

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk
REKTOR
Akademii Medycznej w Warszawie

Jubileusz 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie z rocznika 1953

W dniu 6 czerwca br. w Rektoracie Akademii Medycznej w Warszawie obchodzono jubileusz 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza. W spotkaniu uczestniczyli absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie z rocznika 1953, profesorowie, kierownicy Klinik i pracownicy naukowcy. JM Rektor zwrócił się do absolwentów ze słowami podziękowania za trud kształcenia młodych pokoleń

lekarzy i uznania dla ich dokonań zawodowych. Jednocześnie Rektor podkreślił, że proces wychowawczy trwa nieprzerwanie a doświadczenie zdobyte w trakcie pracy zawodowej i naukowej służy lepszemu przygotowaniu kolejnych pokoleń lekarzy i kadr naukowych, co wpływa na ciągłość pokoleniowego przekazywania zawodu i rozwoju naukowo-dydaktycznego.

Wystąpienie JM Rektora

Wielce Szanowni Państwo,
Dostojni Jubilaci!

Witam Państwa w murach naszej Alma Mater po 50 latach. I nawet nie mam wątpliwości, że te pół wieku zleciało „jak z bicza strzelił”. Przecież wszyscy Państwo doskonale pamiętacie ten moment, gdy trzymaliście świeży, jeszcze pachnący farbą dyplom lekarza i z entuzjazmem, zapałem charakterystycznym dla młodości, która była Państwa głównym atrybutem, wystartowaliście w życie ze świadomością, że niezależnie od piętujących się trudności, a wiemy jaki to był czas – rok 1953, będziecie potrzebni ludziom. Jestem pewien że mieliście Państwo tę świadomość, że zdobyliście dyplom a zarazem zawód, który może dać wiele satysfakcji.

Jestem również pewien, że dzisiaj, może w szczególnie sposób, na kanwie tej doniosłej rocznicy, już bez wątpliwości wiecie o tym, że zawód lekarza przyniósł Wam moc satysfakcji i po wielokrotnym przeanalizowaniu swojej drogi życiowej, zawodowej z zadowoleniem wypowiedzicie gdzieś głęboko w duszy tkwiące przekonanie, podobnie jak kolejne roczniki Państwa poprzedników i Państwa następców; „gdybym miał szansę jeszcze raz wybierać, wybrałbym ten zawód, zawód lekarza”.

Jeżeli tak, to jesteście Państwo szczęśliwymi ludźmi ... Gratuluję Państwu tej wielkiej liczby sukcesów; stanowiących o postępie wiedzy medycznej, Państwa sukcesem są też uczniowie, którym przekazaliście losy służby zdrowia tak pieczołowicie budowanych instytutów, klinik, oddziałów, przychodni czy praktyk lekarskich, gdzie mieliście pod opieką dwa i trzy pokolenia pacjentów. My czujemy się Państwa uczniami i składamy podziękowania za wszelkie dobro, które było naszym udziałem, a którego doznaliśmy od Państwa. To nie są ogólne stwierdzenia, lecz bardzo konkretne i rzeczywiste.

My, tu obecni, pobieraliśmy u Państwa nauki i dziękujemy za cenne wskazówki, uwagi, za przekazaną wiedzę, której nauczyliśmy się u dr Aleksandrowicza w ramach anatomii prawidłowej, jeszcze na pierwszym roku studiów, u pana dr Kusia w Klinice Otolaryngologii, czy później już, w ramach szkolenia podyplomowego, np.: w Instytucie Onkologii wtedy u doc. Andrzeja Kułakowskiego, który chciał, lubił uczyć i doskonale to robił. Był dla mnie osobiście przykładem znakomitego lekarza i naukowca, który otrzymany talent zwielokrotnił, zmnożył.

Dziękujemy wszystkim Państwu, profesorom, nauczycielom akademickim za szeregi wychowanych specjalistów, w tym docentów, profesorów. Za kreatywny udział w naszych specjalizacjach, promocjach doktorskich, habilitacjach, profesurach. Dziękujemy, że wierni przysiędze lekarskiej bez zwłoki staraliście się przekazywać wszystko to, co udało się wynaleźć lub udoskonalić. Na Państwa oczach i z Państwa udziałem dokonał się szalony postęp w medycynie. Weszliśmy wspólnie w nowy, XXI wiek, po którym tak wiele sobie obiecujemy, tak wiele oczekujemy, wyznaczając cele na pograniczu science fiction i to na każdym polu. Może te oczekiwania wyzwolone były XX-wieczną literaturą, poezją, a tymczasem zaczął się ten XXI wiek bynajmniej nie jako okres szczęśliwości; wzrost terroryzmu, kolejne wojny, katastrofizm, epidemie trudne do opanowania. A w Polsce – reforma ochrony zdrowia, zadłużenie szpitali, zwłaszcza wysoko specjalistycznych szpitali klinicznych. Politykom i urzędnikom udało się przerzucić na nas odpowiedzialność za ich złe decyzje. Ordynator, kierownik kliniki, zamiast leczyć chorych musi zastanawiać się nad problemami ekonomicz-

nymi. Robimy to i nawet widzimy rozwiązanie problemów, ale nikt nas nie słucha a politycy starają się wykorzystywać czasami naszą łatwowierność a nawet naiwność, dla uzyskania poparcia swoich partykularnych celów, bo zanim przyjdzie do rozliczenia się z zobowiązań okazuje się, że już nie ma możliwości ich realizacji lub już nie ma decydentów, którzy te obietnice składali. Jesteśmy przerażeni i zastanawiamy się, czy te pogarszające się warunki i brak realizacji, brak pilnych programów ratunkowych wynika z beztroski, czy jest to celowe działanie destrukcyjne.

Staramy się jednak być optymistami, lekarz zawsze musi być przecież optymistą.

Dlaczego ja dzisiaj mówię Państwu o tym wszystkim. Cóż, chcę się podzielić z Państwem naszymi najtrudniejszymi i najważniejszymi sprawami, mówić że dzisiaj też nie jest łatwo.

Czasami pod wpływem osobistych retrospekcji przychodzi nam na myśl refleksja: „za wcześnie się urodziłem, postęp jest tak szybki, ciekawe jakimi metodami będą pracowały, jakimi technologiami będą posługiwały się nasze dzieci, nasi wnukowie; teraz kończący studia medyczne? Tak, to jest jeszcze w dużej mierze przed nami zakryte...”

Niewątpliwie w medycynie są wartości ponad czasowe. Od starożytności przez wieki, jako lekarze byliśmy z oczywistych względów na ustach mówców jak również przedmiotem krytyki myślicieli i wielkich tego świata.

Aleksander Wielki u kresu swej ziemskiej drogi powiedział „Umieram dzięki pomocy zbyt wielu lekarzy”. Znaną są też łacińskie sentencje jak: „Niektóre leki są gorsze od choroby” czy „Brak umiarkowania jest źródłem dobrobytu lekarzy”. Nie oszczędzał nas też nasz ojciec Hipokrates mówiąc „Wielu jest doktorami z tytułu, ale bardzo mało z postępowania”. Dlatego nie możemy się dziwić, że i obecnie massmedia, dziennikarze nas nie oszczędzają z satysfakcją zauważają nasze potknięcia, z niechęcią piszą o sukcesach.

Choć obiektywnie musimy przyznać, że w całej historii naszej cywilizacji mieliśmy i sprzymierzeńców. Owidiusz powiedział przecież „Za późno na lekarstwo, gdy zło nabrało siły na skutek zwłoki”, a Seneka „Pragnienie wyzdrowienia jest już połową zdrowia”.

I wreszcie najcenniejsza, krótka i precyzyjna sentencja Hipokratesa: „Ze wszystkich nauk medycyna jest najszlachetniejsza”. Chciałoby się dodać ... była, jest i niech zawsze będzie najszlachetniejsza ...

I jeżeli można podnieść jeszcze problem sukcesu, o którym mówimy, rozmawiamy z osobami startującymi w życie zawodowe. Można im zacytować sentencję Fiodora Dostojewskiego „Wielcy wynalazcy i geniusze niemal zawsze – na początku, a niekiedy i na końcu swej kariery zawodowej – byli uważani za głupców”.

Można też zacytować Thomasa Edisona, który napisał: „Geniusz to mieszanina jednego procentu natchnienia z dziewięćdziesięcioma dziewięcioma procentami potu”.

Państwo wiecie najlepiej jak jest naprawdę, dlatego uważam, że niezwykle interesujące byłyby spotkania doświadczenia z młodością i, mówiąc językiem młodzieżowym, tzw. „napędem”. To byłyby ciekawe, niezwykle interesujące spotkania. Wiemy wszyscy, że młodzieży łatwiej jest porozumieć się z dziadkami niż z rodzicami.

Wracając do podniosłego i refleksyjnego nastroju dzisiejszej uroczystości, chciałbym życzyć Państwu wiele dalszych sukcesów i zadowolenia wynikającego z głębokiej, przemyślanej refleksji, zgodnej ze stwierdzeniem zawartym w starej maksymie „Zrobiłem co mogłem, Ci którzy mogą niechaj robią lepiej”.

Bądźcie Państwo pewni, że cała społeczność akademicka naszej Alma Mater **jest dumna** z Państwa dokonań. Jako absolwenci naszej Uczelni, ciągle jesteście członkami naszej społeczności. Bardzo prosimy, abyście ciągle byli z nami i abyście wspierali nas w budowaniu, mamy nadzieję lepszej przyszłości dla nas samych oraz dla tych, którzy przyjdą po nas.

Dziękuję Państwu za uwagę,

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk
REKTOR
Akademii Medycznej w Warszawie

VI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego i 10. Jubileusz PTT

Prof. dr hab. Marek Krawczyk, dr Waldemar Patkowski
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby AM

The Sixth Congress of The Polish Transplantation Society and Tenth Anniversary of PTS

From 15th to 17th May, in Jahranka near Warsaw, took place the Sixth Congress of The Polish Transplantation Society. The Society also celebrates its 10th anniversary this year.

Since establishing in 1993, Polish transplantologists have taken part in 5 national congresses and 12 symposiums.

This year Congress was the occasion for nearly 350 guests to focus on theme of transplanting organs: liver, pancreas, islet cells and bone marrow, as well as on problems of immunosuppression, transplantation genetics and infections.

Despite of the scientific sessions, the programme of Congress also included such special ceremonies like rewarding an Honoured Member of PTS and presenting Awards of PTS called „Pro transplantationibus fovendis”. All rewarded Honoured Members of PTS, received commemorative medals of 10th anniversary, as well as special diplomas.

W dniach 15–17 maja 2003 roku odbył się w Jachrance k. Warszawy VI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, które w bieżącym roku obchodzi 10-lecie istnienia. Idea utworzenia Towarzystwa zrodziła się w maju 1991 roku dzięki Profesorom: Mieczysławowi Lao, Wojciechowi Rowińskiemu, Zbigniewowi Relidze, Jackowi Szmidtowi oraz Michałowi Myśliwcowi. Utworzyli oni Komitet Założycielski Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, który doprowadził do oficjalnej rejestracji Towarzystwa w 1993 roku. Od tego czasu środowisko polskich transplantologów miało możliwość odbycia wspólnych dyskusji naukowych na 5 krajowych Kongresach i 12 tematycznych Sympozjach.

Tegoroczne 3-dniowe spotkanie polskich transplantologów w Jachrance skupiło ponad 350 osób zainteresowanych tematyką przeszczepiania narządów – wątroby, nerek, trzustki, wysepek trzustkowych i szpiku, a także problemami immunosupresji, genetyki transplantacyjnej oraz zakażeń.

Kongres rozpoczął się wykładem Prezesa PTT Profesora

Marka Krawczyka, który przedstawił dorobek naukowy 10 lat działalności Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego oraz kliniczne osiągnięcia poszczególnych ośrodków akademickich zajmujących się przeszczepianiem narządów.

Wykład inauguracyjny wygłosił Barry D. Kahan, honorowy gość naszego Kongresu z USA, który omówił genetyczne i komórkowe mechanizmy modulujące odpowiedź immunologiczną, a także przedstawił stan bieżący, i nowe trendy w leczeniu immunosupresyjnym.

Dalszą część pierwszego dnia VI Kongresu PTT zajęły szczególnie zaszczytne uroczystości, tj. nadanie godności Członka Honorowego PTT oraz wręczenie Nagród PTT *Pro transplantationibus fovendis*. Pierwszą ceremonię poprowadził Profesor Bogdan Michałowicz, Przewodniczący Komitetu ds. Członkostwa Honorowego PTT.

Godność tę otrzymali:

1. Prof. Barry D. Kahan, którego laudację wygłosił Prof. M. Krawczyk,
2. Prof. Didier Houssin – laudacja Prof. J. Wałaszewski,





Prof. dr hab. Marek Krawczyk



Prof. Barry D. Kahan

3. Prof. Nigel Heaton – laudacja Doc. K. Zieniewicz,
4. Prof. Marten J. H. Slooff – laudacja Prof. W. Rowiński,
5. Prof. Liliana Gradowska – laudacja Prof. L. Pączek,
6. Prof. Mieczysław Lao – laudacja Prof. M. Durlik,
7. Prof. Janusz Komender – laudacja Prof. A. Dziedzic-Gołąwska,
8. Prof. Stanisław Zieliński – laudacja Doc. J. Pawlak.

Drugą uroczystość poprowadził Prezes Kapituły Nagrody *Pro transplantationibus fovendis*, Profesor Marian Klinger. Laureatami zostali:

1. Prof. Janusz Komender,
2. Prof. Wojciech Rowiński,
3. Prof. Tomasz Szepietowski,
4. Prof. Marian Zembala.

Wszyscy wyróżnieni tego dnia Honorowi Członkowie PTT i laureaci Nagrody PTT otrzymali pamiątkowe, jubileuszowe medale 10-lecia (zdjęcie) działalności PTT i VI Kongresu naszego Towarzystwa oraz specjalne uroczyste dyplomy.

Uroczystość otwarcia zakończył występ chóru Akademii Medycznej w Warszawie pod dyrekcją Beaty Herman przynosząc wszystkim chwilę odprężenia i refleksji.

W godzinach wieczornych uczestnicy kongresu relaksowali się na spotkaniu powitalnym przy ognisku, zbierając siły na następne dni Kongresu obfitujące w sesje naukowe.

UROCZYSTOŚĆ WRĘCZENIA DYPLOMÓW ABSOLWENTOM WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

Mgr Piotr Tomaszewski

Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej AM

Dnia 24 maja 2003 r. w pełnej majestatu sali Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II Fundacji Carroll-Porczyńskich odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie. Uroczystości przewodniczył Dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Jan Pachecka.

Wręczenie dyplomów 134 magistrów farmacji zostało poprzedzone przez wystąpienie prodziekana ds. studentów, prof. dr hab. Józefa Kowalskiego, który w pełnych głębokiej refleksji słowach pożegnał absolwentów, odbierając następnie przyrzeczenie magistra farmacji.

Dziekan prof. dr hab. Jan Pachecka, rozpoczynając wręczenie dyplomów magistrów farmacji, podkreślił, iż 23 promowanych w tym dniu magistrów otrzymuje dyplom z wyróżnieniem, osiągnąwszy w toku studiów ocenę końcową co

najmniej 4,5. Gratulując wyróżnionym dziekan podkreślił, iż rosnąca z roku na rok liczba absolwentów osiągających tak znakomite wyniki dowodzi utrzymującego się zainteresowania farmacją wśród zdolnej młodzieży, która dzięki wysokiemu poziomowi kształcenia na Wydziale opuszcza mury Uczelni, uzyskawszy doskonale przygotowanie teoretyczne i praktyczne.

W gronie wyróżnionych absolwentów znaleźli się (w nawiasach ostateczna ocena): mgr Katarzyna Maria Strusińska (4,82), mgr Magdalena Hanna Legat (4,81), mgr Anna Brewińska (4,70), mgr Katarzyna Ewa Jankowska (4,70), mgr Katarzyna Joanna Pękala (4,70), mgr Agata Anita Jaworek (4,67), mgr Katarzyna Ewa Księżycka-Majewska (4,67), mgr Krystyna Łapo (4,66), mgr Justyna Jarosińska (4,64), mgr Anna Iwona Majcherkiewicz (4,64), mgr Sylwia Moni-



Nowo promowani doktorzy farmacji z członkami Rady Wydziału Farmaceutycznego



Dziekan prof. Jan Pachecka wręcza dyplom absolwentce Wydziału Farmaceutycznego



Od prawej: dziekan J. Pachecka, mgr K. Strusińska, mgr M. Legał, prodziekan J. Konalski. Absolwentki, które otrzymały najwyższą średnią ocen ze studiów i otrzymały dyplom magistra farmacji z wyróżnieniem

ka Perlak (4,64), mgr Olga Anna Mularczyk (4,63), mgr Anna Demczuk (4,62), mgr Magdalena Cąkała (4,61), mgr Magdalena Marzena Błażejczyk (4,60), mgr Grzegorz Sobczak (4,59), mgr Paulina Anna Cygan (4,58), mgr Justyna Mieczkowska (4,57), mgr Krystyna Kristosiuk (4,56), mgr Wojciech Szymon Łągiewka (4,55), mgr Katarzyna Ewa Markowska (4,55), mgr Monika Agnieszka Zielińska (4,52), mgr Ewa Lidia Buczek (4,50).

Kolejnym doniosłym elementem uroczystości stało się wręczenie dyplomów doktora i doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych. Otrzymali je z rąk promotorów: dr hab. Helena E. Makulska-Nowak, dr Magdalena Izabela Bujalska, dr Monika Jarocka-Wierzba, dr Maciej Jaworski, dr Andrzej Kinasiewicz, dr Krzysztof Jarosław Krajewski, dr Agnieszka Ewa Laudy, dr Mirosław Adrian Perliński, dr Bogdan Zagrodzki.

Pełne ciepłych słów podziękowania w imieniu promowanych złożyli: dr hab. n. farm. Helena E. Makulska-Nowak – przedstawiciel doktorantów, mgr Bożena Haznar – przedstawiciel magistrów (tekst wystąpienia na kolejnych stronach).

Prezes Warszawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dr Włodzimierz Hudemowicz złożył gratulacje młodym magistrów farmacji, wskazując na główne cele działalności Izby.

Prezes Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji dr n. med. Tadeusz Kocon, winszując promowanym zakończenia niezwykle istotnego w ich życiu etapu jakim były studia farmaceutyczne, zaprosił kolejny rocznik absolwentów do wstępowania w szeregi Stowarzyszenia.

Uroczystość uświetnił koncert Chóru Akademii Medycznej w Warszawie pod dyrekcją mgr Beaty Herman.

WYSTĄPIENIE PRODZIEKANA

Prof. dr hab. Józef Kowalski

Panie Dziekanie, Panowie Prodziekani, Wysoka Rado, Dostojni Doktorzy i Doktorzy habilitowani, Szanowni Goście oraz Drogie Koleżanki i Koledzy – absolwenci Warszawskiego Wydziału Farmaceutycznego.

Zgodnie z tradycją naszego Wydziału spotykamy się dziś w tej pięknej i bliskiej sercu każdego Polaka sali na szczególnej uroczystości – uroczystości wręczenia dyplomów

magistra farmacji oraz dyplomów doktora i doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych.

Pragnę wyrazić wdzięczność dyrekcji Muzeum im. Jana Pawła II, Fundacji Carroll-Porczyńskich za umożliwienie odbycia naszego spotkania w tych dostojnych murach, które były i są świadkiem wielu ważnych wydarzeń w życiu kulturalnym, naukowym i politycznym Warszawy i całej Polski.

Uroczystość promocji magistrów farmacji oraz doktorów i doktorów habilitowanych jest największym wydarzeniem akademickim Wydziału, jest też świętem całej Uczelni. Mam nadzieję, że zarówno doniosły charakter dzisiejszego spotkania, jak i dostojne otoczenie tej sali przyczynią się do tego, że zapamiętacie Państwo to wydarzenie na długo. Dobrze byłoby gdybyście je zapamiętali na całe życie.

Szanowni Państwo i Dostojni Goście.

W dniu dzisiejszym Warszawski Wydział Farmaceutyczny przekazuje w służbę społeczeństwu 133 magistrów farmacji. Oby jak najwięcej spośród nich służyło Polsce – tu w naszym kraju. Dodam jeszcze, że w gronie dzisiejszych absolwentów 23 osoby uzyskały dyplom z wyróżnieniem. Cieszymy się z tego wszyscy, fakt ten bowiem świadczy najlepiej, że w uczelnianych murach coraz liczniej gromadzą się charaktery wysokiej próby, a wiara w potęgę nauki dodaje im sił i ducha. Również my, nauczyciele możemy mieć poczucie dobrze spełnionej misji i szczególnego zadowolenia. Dziękuję za to całej Wysokiej Radzie i wszystkim nauczycielom akademickim naszego Wydziału za olbrzymie zaangażowanie, entuzjazm, czas i trud poniesione w przekazywaniu wiedzy i kształtowaniu umysłów młodych adeptów farmacji.

Drodzy Absolwenci.

W tym radosnym dniu Waszego sukcesu, dajemy również świadectwo wdzięczności waszym Rodzicom i Opiekunom. Dzień dzisiejszy jest dla nich co najmniej tak samo ważny i tak samo wyjątkowy, jak i dla was. Ich udział w Państwa sukcesie jest niepodważalny i trudny do przecenienia. Aby ułatwić wasz start w nowe życie wzięli na swoje barki poświęcenie i wyrzeczenia. Bez ich wsparcia duchowego i materialnego w wielu przypadkach ukończenie studiów nie byłoby możliwe. Wszystkim zatem Rodzicom i Opiekunom tegorocznych absolwentów składam w imieniu całej społeczności akademickiej Wydziału wyrazy szacunku i gratulacje.

Szanowni Państwo, wszyscy tu obecni jesteśmy, każdy na swoim odcinku, współtwórcami tego sukcesu, a dzień dzisiejszy jest naszym wspólnym świętem. W tym ważnym dla nas wszystkich dniu, należy przypomnieć, że byliście, Drogie Koleżanki i Koledzy, studentami najstarszego w Polsce Wydziału Farmaceutycznego o bogatych tradycjach akademickiego nauczania farmacji, bo sięgających aż 1809 roku. Przełomowym jednak momentem był rok 1926, w którym na mocy rozporządzenia Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego utworzony został w Uniwersytecie Warszawskim pierwszy w Polsce samodzielny Wydział Farmaceutyczny. Wydział ten pracuje do dnia dzisiejszego, od roku 1950 jako Wydział Akademii Medycznej w Warsza-

wie. Ta ponad 190-letnia historia i tradycja naszego Wydziału zobowiązuje nas wszystkich – nauczycieli i pracowników oraz studentów i was, absolwentów tego Wydziału. Patrzymy z wielkim szacunkiem na dokonania naszych wspaniałych poprzedników, kierujących się zawsze umiłowaniem prawdy i głębokim humanizmem. Myślmy o znakomitych nazwiskach naszych znanych i wybitnych profesorów jak: Władysław Mazurkiewicz – pierwszy dziekan, Bronisław Koskowski, Antoni Ossowski, Jan Zaleski, Adam Koss, Bolesław Olszewski, Stanisław Biniński, Stanisław Krauze, Władysław Rusiecki, Jakub Deryng, Henryk Bukowiecki, Józef Jeske, Władysław Wiśniewski, Władysław Dobrzański, Zdzisław Zakrzewski. Pamiętamy również o tych, którzy nie tak dawno od nas odeszli: Jerzy Chodkowski, Bohdan Fitak, Jacek Brzeziński.

Drodzy Państwo, uważam, że warto było z okazji dzisiejszej uroczystości przypomnieć choćby w paru zdaniach o tym, co stanowi historię i tradycję naszego Wydziału i naszej Uczelni. Warto przywołać najwybitniejsze postaci warszawskiej farmacji, które nie tylko budowały i utrwały tradycję Wydziału, ale dzięki wybitnym osiągnięciom naukowym decydowały o pozycji i znaczeniu farmacji w Polsce i nie tylko w Polsce. Bądźcie więc dumni, że właśnie na tym Wydziale studiowaliście i tu uzyskaliście dyplom magistra farmacji.

Poszanowanie tradycji, tak starannie pielęgnowane na naszym Wydziale, nie oznacza jednak ścisłego powielania osiągnięć naszych poprzedników, ale uczy nas, podobnie jak oni to czynili w swoim czasie, szukania nowych rozwiązań, odpowiadających aktualnym potrzebom i wyzwaniom na miarę XXI wieku. Wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu społecznemu i międzynarodowym wymaganiom, związanym z bliskim już członkostwem Polski w Unii Europejskiej, Wydział Farmaceutyczny zgodnie z rozwojem całej uczelni, tworzy nowe kierunki studiów oraz udoskonala formy i programy kształcenia studentów. Chcemy, aby nasi absolwenci legitymujący się nowoczesnym wykształceniem o europejskich standardach znaleźli satysfakcjonujące miejsce i warunki pracy. Od 1 października 2002 roku wprowadzone zostały, po raz pierwszy w historii naszego Wydziału, oprócz tradycyjnego nauczania farmacji na studiach dziennych, studia wieczorowe – niestety płatne oraz 3-letnie studia licencjackie z zakresu analityki medycznej – dzienne i wieczorowe. Innym niezwykle ważnym kierunkiem rozwoju Wydziału jest poszerzenie kształcenia podyplomowego farmaceutów zmierzającego do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych zgodnie z rozwijającą się nieustannie i dynamicznie wiedzą farmaceutyczną.

Drodzy absolwenci. Opuszczacie mury uczelni i rozpoczynacie pracę zawodową, która w całości przypada już na XXI wiek, na okres głębokich przemian dokonujących się

zarówno w Polsce, jak i na całym świecie, na okres, któremu historia z pewnością nada mniej lub bardziej pozytywne przymiotniki. Musicie być zatem czujni i aktywni w obronie dobrze rozumianych zadań służby zdrowia, które powinny być zgodne z szeroko rozumianym interesem społecznym. Wybraliście bowiem zawód szczególnego zaufania publicznego, zawód niezwykle piękny i trudny, ale zawsze potrzebny. Zawód wasz, niezależnie od okresu historycznego i modelu ochrony zdrowia, zawsze będzie wymagał ścisłego zespolenia rozumu z sercem, myśli z uczuciem, wiary z głęboko pojętym poczuciem odpowiedzialności.

Obserwując jednak naszą rzeczywistość, można odnieść wrażenie, że przestrzeganie przez elity rządzące wysokiego standardu moralnego i etycznego oraz życzliwości i wyrozumiałości dla przeciętnego obywatela pozostawia wiele do życzenia. Realizowana reforma opieki zdrowotnej, nastawiona głównie na jej ekonomizację, uchwalane ustawy i lawinowo wydawane zarządzenia, często ze sobą sprzeczne i gmatwające już i tak dostatecznie zagmatwaną rzeczywistość, oraz korupcja w polityce i gospodarce, zupełnie zagłuszyły prawa człowieka, a zwłaszcza człowieka chorego lub chociażby cierpiącego tylko na samotność. Historyk rzymski Tacyt napisał: „Im bardziej chore jest państwo, tym więcej w nim ustaw i rozporządzeń”. Inny autor Lao-Tsey zauważa: „Im więcej praw i przepisów, tym więcej jest rabusiów i złodziei”.

Pragnę jednak wyrazić nadzieję, że to wy, Drodzy Państwo, będziecie siłą sprawczą zarówno w kształtowaniu właściwego klimatu moralnego, obyczajów jak i postępu naukowego i ekonomicznego. Posłuchajcie rady sławnego liryka rzymskiego Horacego: „Chcesz zmienić prawo? Zmień wpierw obyczaje, Bo co warte prawa bez obyczajów?”. Bądźcie w tym działaniu zdeterminowani, nie zniechęcajcie się i nie ulegajcie presji bezideowości i moralnego nihilizmu, ukrytego za hasłami wszechobecnej wolności i pluralizmu. Nie dajcie sobie narzucić relatywizmu w zakresie prawdziwych wartości, relatywizmu połączonego najczęściej z egoizmem i dążeniem różnych układów do zaspokojenia swych partykularnych interesów grupowych. Miejcie zawsze świadomość, że jesteście farmaceutami, a ten zawód zobowiązuje i daje szansę niesienia pomocy cierpiącym, nawet tym nieznośnym i dokuczliwym, doświadczonym przez chorobę i życie, miejcie dla nich i dla wszystkich zawsze szczery uśmiech. Uśmiech, o którym napisał Jepsen Pac, że:

„. . . nic nie kosztuje, a może tak wiele
Wzbożaca obdarowanego nie zubożając ofiarodawcy,
To tylko chwila, ale pozostaje w pamięci, czasami na
zawsze,
Jest czułym znakiem przyjaźni.

Uśmiech daje odpoczynek wyczerpanym,
Dodaje odwagi załamany,
Nie można go kupić, pożyczyć, czy ukraść,
A jeżeli któregoś dnia spotkasz kogoś, kto nie umie się
uśmiechać,

Bądź szczodry i daj mu swój uśmiech.
Ponieważ nikt nie potrzebuje go bardziej,
Niż ten, kto nie może go dać innym. ”

Szanowni Państwo. Uroczysta promocja młodych farmaceutów połączona jest tradycyjnie z wręczaniem dyplomów doktora i doktora habilitowanego, osobom, którym stopnie te nadała nasza Rada Wydziału. W imieniu całej społeczności akademickiej składam naszym doktorantom i habilitantom szczere gratulacje i życzenia dalszych sukcesów naukowych i zawodowych. Niech Państwa sukces w postaci zdobytych stopni naukowych stanowi zachętę dla młodych kolegów, otrzymujących dziś dyplom magisterski. Wyrazy wdzięczności kieruję również do promotorów prac doktorskich i opiekunów przewodów habilitacyjnych za udział w rozwoju kadry naukowej Wydziału i innych instytucji.

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy.

Po zakończeniu dzisiejszej uroczystości rozstaniemy się, rozejdziecie się, moi drodzy, do różnych, często bardzo odległych miejscowości. W tym gronie być może już się nigdy nie spotkamy. Ścisłe więzy łączące Was dotąd z Uczelnią ulegną powoli rozluźnieniu. Tylko niektórzy z Was zwiążą z Wydziałem swoje życie zawodowe. Za kilka czy kilkanaście lat z nutą szczerzej sympatii i tęsknoty wspominać będziecie własne lata studenckie, zawiązane przyjaźnie, towarzyszące często przez całe życie oraz nauczycieli, którzy oprócz przekazywania wiedzy uwrażliwiali was na cierpienie chorego człowieka i potrzebę niesienia mu pomocy.

Życzę wszystkim Państwu ambitnych planów na całe życie zawodowe i osobiste, życzę skutecznego rozwiązywania wszystkich problemów. Pozwólcie, że na zakończenie zacytuję słowa Matki Teresy z Kalkuty, która już niedługo, bo na jesieni bieżącego roku zostanie zaliczona do grona błogosławionych. Myślę, że słowa te najtrafniej wyrażą życzenia, jakie pragnę Państwu przekazać na progu nowego etapu waszej drogi życiowej:

„Życie jest szansą, chwyć ją
Życie jest piękne, podziwiaj je
Życie jest błogostanem, rozkoszuj się nim
Życie jest snem, uczyn z niego rzeczywistość
Życie jest wyzwaniem, staw mu czoła
Życie jest obowiązkiem, spełnij go
Życie jest grą, graj w nią
Życie jest cenne, troszcz się o nie

Życie jest bogactwem, zachowaj je
Życie jest miłością, ciesz się nią
Życie jest tajemnicą, przeniknij ją
Życie jest obietnicą, dotrzyмай jej
Życie jest hymnem, śpiewaj go

Życie jest walką, podejmij ją
Życie jest tragedią, weź się z nią za bary
Życie jest przygodą, odważ się na nią
Życie jest szczęściem, zasłuż na nie
Życie jest życiem, broń go.”

PODZIĘKOWANIA DOKTORANTÓW

Dr hab. n. farm. Helena E. Makulska-Nowak

Panie Dziekanie, Panowie Prodziekani, Wysoka Rado, Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy.

Mam zaszczyt w tym uroczystym dniu, w imieniu wszystkich promowanych i swoim własnym złożyć bardzo serdeczne podziękowania Wysokiej Radzie i całemu zespołowi nauczającemu w naszym Wydziale za ogromne zaangażowanie w naszą dotychczasową edukację.

Jak mówi stara łacińska sentencja „Finis coronat opus”, właśnie dyplomy, które dzisiaj otrzymujemy „wieńczę” naszą dotychczasową pracę, która jest naszym, wspólnym dziełem.

Jestem przekonana, że bez wiedzy, mądrości i życzliwości Naszych Nauczycieli, nie byłoby to możliwe. Szczególnie ciepłe słowa skierować pragnę ku Naszym Paniom i Panom Profesorom – Promotorom, którzy zechcieli dzielić się z nami swoim doświadczeniem, poprawiać nasze błędy, korygować nasze entuzjastyczne formułowane hipotezy nie zawsze racjonalne i uzasadnione, a nade wszystko inspirować naszą działalność tak, aby w oparciu o realia, w których egzystujemy, wносиły jednak nowe i wartościowe treści do tej skarbnicy myśli ludzkich, którą jest nauka. Naszym pragnieniem byłoby, aby to, co udało się nam dotychczas wypracować we wspólnym trudzie, mogło przyczynić się do poprawy jakości życia chorych lub przynajmniej posłużyło jako wskazówka dla bardziej satysfakcjonujących osiągnięć naszym następcom.

Oprócz prób rozwiązywania różnych zagadnień naukowych mieliśmy również okazję doskonalenia swoich umie-

jętności dydaktycznych, w których także nasi opiekunowie mają niebagatelny wkład. Za to wszystko chciałabym jeszcze raz gorąco podziękować, a także całej naszej akademickiej rodzinie życzyć dalszych sukcesów, wytrwałości, znakomych koncepcji naukowych, wnoszących znaczący wkład w optymalizację leczenia, zaangażowanych i zdolnych uczniów, a także spełnienia marzeń, nie tylko tych osobistych, ale i tych o doskonałym warsztacie pracy, abyśmy mogli sprostać nowym wyzwaniom, które niesie nam nasza najbliższa przyszłość.

Niech będzie wolno mnie także dołączyć się do gratulacji dla naszych najmłodszych Koleżanek i Kolegów, którzy w dniu dzisiejszym odebrali dyplom magistra farmacji. Życzę Wam, abyście znaleźli dobre miejsce pracy, aby praca zawodowa przyniosła Wam wiele satysfakcji i abyście lubili swoją pracę. Na jednym z ostatnich wykładów inauguracyjnych Pan Rektor Tadeusz Tołoczko powiedział:

„Jak się robi to, co się lubi, to już wcale nie trzeba pracować.”

Warto przypomnieć, że wykonywać będziecie zawód zaufania publicznego, trzeba na to zaufanie zasłużyć i nie wolno zapominać, że Wasze działania będą dotyczyć chorego człowieka. Aby dobrze spełniać swoje obowiązki, nie wystarczy zdobyta w czasie studiów wiedza, potrzebne jest doświadczenie, które zdobywać będziecie w miarę upływu czasu, ciągłe doksztalcanie, a także na co dzień ogromna cierpliwość i uśmiech.

Dziękuję Państwu za uwagę.

PODZIĘKOWANIA ABSOLWENTÓW

Mgr Bożena Haznar

Panie Dziekanie, Panowie Prodziekani, Szanowna Rado oraz wszyscy przybyli Goście.

Zgodnie z naszą akademicką tradycją spotykamy się w dniu dzisiejszym, aby wspólnie dać wyraz satysfakcji i radości z osiągnięcia ważnego etapu drogi akademickiej, jakim jest uzyskanie stopnia magistra, doktora i doktora habilitowanego. Jest to znaczący dzień dla nas wszystkich, dzień, w którym możemy wyrazić swe uznanie, jak i szczerze słowa podziękowania połączone z ogromną wdzięcznością dla obecnych i nieobecnych na tej sali: naszych profesorów, nauczycieli, asystentów oraz wszystkich tych, którzy towarzyszyli nam podczas studiów, a następnie w trakcie naszych poczynań naukowych.

Chciałabym podziękować w imieniu Magistrów oraz swym własnym – wszystkim Państwu za trud włożony w naszą edukację oraz wpojenie nam wielu prawd życiowych. Wasza troska i surowość zarazem, dzięki której ukończyli-

śmy te studia, pozwoli nam, mam nadzieję, także na łatwiejsze życie w otaczającym nas świecie. Wiedza to nie wszystko, co wynieśliśmy z tych kilku lat spędzonych na Uczelni – to także rozwój duchowy i wrażliwość, które zapewne w równym stopniu pomogą nam w dalszej edukacji.

Jak w każdej nauce bardzo istotny jest punkt wyjścia. W naszym przypadku punktem wyjścia było podjęcie wiele lat temu decyzji dotyczącej wyboru studiów farmaceutycznych. Dalszym punktem zwrotnym były próby pogłębiania wiedzy przez przyjmowanie kolejnych, coraz to nowszych wyzwań naukowych. Tylko od nas teraz zależy, ile jeszcze osiągniemy. Ale mając tak wspaniałe wzorce do naśladowania, na pewno będziemy mierzyć wysoko i starać się dotrzeć na same szczyty wiedzy. Myślę, że okażemy się godnymi zaufania następcami naszych nauczycieli i spełnimy pokładane w nas nadzieje.

Dziękuję.

Prace doktorskie obronione na I Wydziale Lekarskim AM

Prace obronione w dniu 05-06-03:

Mgr Anna Majcher: *Wskaźniki antropometryczne, metoda impedancji elektrycznej i densytometria w ocenie składu ciała u dzieci otyłych.*

Promotor: prof. dr hab. Barbara Rymkiewicz-Kluczyńska

Lek. Kamila Hołocińska-Kwiatkowska: *Ocena czynności tarczycy u dzieci z zespołem Downa z uwzględnieniem zaburzeń autoimmunologicznych.*

Promotor: prof. dr hab. Barbara Rymkiewicz-Kluczyńska

Mgr Marzena Modzelewska: *Zmiany ekspresji białek regulujących apoptozę i lekowrażliwość komórek krwi i szpiku w ostrych białaczkach dziecięcych.*

Promotor: dr hab. Maria Wąsik, prof. nadzw. AM

Lek. Małgorzata Gajewska: *Zakażenia HPV u kobiet w ciąży prawidłowej, powikłanej cukrzycą i po przeszczepieniu nerek.*

Promotor: prof. dr hab. Longin Marianowski

Lek. Sadegh Toutounchi: *Ocena ryzyka endarteriektomii szyjnej u chorych z przeciwstronną niedrożnością tętnicy szyjnej wewnętrznej.*

Promotor: dr hab. Maciej Skórski

Lek. Tomasz Gotliba: *Wpływ fazy cyklu nosowego na przebieg donosowej próby prowokacyjnej z alergenem w ocenie rynometrią akustyczną.*

Promotor: dr hab. Bolesław Samoliński

Prace obronione w dniu 12-06-03

Lek. Joanna Wilczyńska: *Wpływ aktywności fibrynolitycznej na drożność tętnicy dozawałowej po leczeniu trombolitycznym świeżego zawału.*

Promotor: prof. dr hab. Grzegorz Opolski

Praca doktorska obroniona dn. 29. 05. 03

Dorota Agata Bomba-Opoń: *Wpływ wolnych kwasów tłuszczowych na przebieg cukrzycy ciężarnych oraz występowanie powikłań u potomstwa*

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Domańska-Janczewska

Abstract

Effects of free fatty acids on course of gestational diabetes mellitus and perinatal complications.

Objective was to determinate whether maternal serum FFA levels are associated with risk factors of GDM and the degree of carbohydrate disturbance at GDM diagnosis and during therapy and whether therapy can influence FFA concentration. Also the effects of maternal plasma FFA level on fetal growth was investigated. On the basis of GDM diagnosis 52 diabetic and 39 non-diabetic pregnant women were recruited to the study. **Results:** Plasma levels of FFAs were higher in GDM pregnant

women treated later only by diet compare with GDM patients required later insulin and non-diabetic gravidas. Maternal plasma FFA concentration before GDM therapy positively correlated with prepregnancy weight and prepregnancy BMI whereas advanced age and diabetes in family were negatively correlated with FFA level. In GDM diet treated group plasma FFA levels progressively decreased with treatment duration. The plasma FFA levels in umbilical cord blood did not differ between the study groups. We found a positive correlation between maternal venous and umbilical cord blood concentration of FFA. Serial USG examination showed accelerated abdominal circumference (AC) growth in the GDM group compares with control subjects. Also there were a positive correlation between maternal plasma FFA concentration and weekly changes in fetal AC. A significantly higher incidence of LGA infants was observed in women with GDM. Maternal FFA levels positively correlated with neonatal births weight and neonatal mass centile. **Conclusion:** Elevated plasma FFA levels are associated with GDM and can influence fetal growth and can determinate neonatal births weight. Early and intensified GDM treatment may decrease the level of circulating fatty acids. Advancing perinatal outcome and improving pancreatic β -cell function are benefits of lowering level of free fatty acids in GDM.

Streszczenie

Cel pracy: Analiza stężenia WKT u kobiet z GDM w relacji do czynników ryzyka i stopnia zaburzeń gospodarki węglowodanowej w momencie rozpoznania i w trakcie leczenia oraz wpływu leczenia GDM na stężenie WKT. Badano także wpływ stężenia WKT u matki na dynamikę wzrostu wewnątrzmacicznego płodu. Grupę badaną stanowiły 52 ciężarne z GDM natomiast do grupy kontrolnej włączono 39 zdrowych ciężarnych. **Wyniki:** Stwierdzono wyższe stężenie WKT u ciężarnych z GDM leczonych później wyłącznie dietą w porównaniu zarówno z grupą zdrowych ciężarnych jak i ciężarnych leczonych później insuliną. Wielkość stężenia WKT przed leczeniem wykazywała dodatnią korelację z przedciążową masą ciała i BMI. Odwrotną zależność stwierdzono pomiędzy poziomem WKT a wiekiem ciężarnych oraz rodzinnym występowaniem cukrzycy. W grupie ciężarnych leczonych dietą stężenie WKT obniżało się wraz z trwaniem leczenia. Nie stwierdzono różnic w stężeniach WKT we krwi pępowinowej pomiędzy analizowanymi grupami. Stężenie WKT w krążeniu płodowym wykazywało dodatnią korelację z poziomem WKT u matki. W badaniach USG zauważono istotnie większe tygodniowe przyrosty obwodu brzucha (AC) u płodów matek z GDM. Istniała dodatnia korelacja pomiędzy stężeniem WKT u matki a dynamiką wzrostu AC. Odsetek noworodków z makrosomią był trzykrotnie wyższy w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną. Stwierdzono dodatnią korelację pomiędzy stężeniem WKT we krwi matki a masą urodzeniową i centylem masy noworodka. **Wnioski:** Podwyższony poziom WKT wiąże się z występowaniem GDM i wpływa na dynamikę wzrostu oraz masę urodzeniową płodu. Wcześnie rozpoczęte leczenie GDM może przyczynić się do obniżenia stężenia WKT. Konsekwencją zmniejszenia stężenia WKT może być poprawa wyników położniczych oraz dłuższe utrzymanie sprawności wydzielniczej trzustki u kobiet z GDM.

Praca doktorska obroniona dn. 25. 06. 2003

Iwona Szlaska: *Oznaczanie niektórych modyfikowanych nukleozydów purynowych w liofilizowanej surowicy krwi metodą wysokociśnieniowej chromatografii cieczowej*

Promotor: Prof. dr hab. Ryszard Paruszewski

Abstract:

The HPLC method for determination of four nucleosides was developed. The compounds were isolated by SPE; analyzed on Kromasil C₁₈ column in RP system, using UV detection. The methods were validated; following parameters were calculated: selectivity, precision, accuracy, linearity, limit of detection and quantification.

Streszczenie:

Opracowano metodę HPLC oznaczania czterech nukleozydów w liofilizowanej surowicy krwi. Związki izolowano metodą SPE; analizowano na Kolumnie Kromasil C₁₈ w systemie RP, stosując detekcję UV. Metody zwalidowano, obliczając ich selektywność, precyzję, dokładność, liniowość, limit oznaczalności i wykrywalności.

Piknik Naukowy 2003 Polskiego Radia

Mgr Mariusz Foryś

Biuro Obsługi Władz Uczelni AM

14 czerwca br., po raz siódmy już, Polskie Radio BIS zorganizowało doroczną mega-imprezę naukową o charakterze popularyzatorskim, przeznaczoną dla masowego odbiorcy. Od rana do późnych godzin wieczornych, Rynek Nowego Miasta oraz Podzamcze znalazły się we władaniu blisko 90. instytucji naukowych, uczelni – ich instytutów i wydziałów, oficyn wydawniczych; obecne były także muzea, stowarzyszenia naukowe i techniczne.

Po raz kolejny okazało się, iż zainteresowanie społeczne imprezami przystępnymi pokazującymi osiągnięcia współczesnej nauki, umożliwiającymi – chociażby krótkie – odwiedziny w hermetycznym świecie naukowców cieszą się ogromnym powodzeniem. Kilkadziesiąt tysięcy osób zobaczyło, doświadczyło lub uczestniczyło w ponad 900. pokazach, prelekcjach, eksperymentach, jak również konkursach i grach tematycznych.



Trakt pomiędzy Podzamczem a Nowym Miastem



Scena główna Pikniku

Piknik adresowany jest do wszystkich pragnących poszerzyć swoją wiedzę, „polepszyć” ogólną orientację w poszczególnych dziedzinach nauki. Znajdą tu coś dla siebie zainteresowani naukami technicznymi, jak i humaniści.

Niezmiennie, bardzo dobrą recepcją cieszyły się stanowiąca instytucji związanych z medycyną i zdrowiem.

Wiodącym tematem imprezy było DNA, jako że w tym roku mija 50. rocznica odkrycia jego struktury. Wiele pokazów, z tego też powodu, miało odniesienia do problematyki genetycznej.

Imponowała rozpiętość tematyczna tego, jak twierdzą organizatorzy – największego w Europie festynu nauki. Z biwakiem napoleońskich szwoleżerów sąsiedował czynny wulkan przygotowany przez chemików, obok barwnych i spektakularnych pokazów fizyków miały miejsce prezentacje dawnych manuskryptów. Niektóre wydarzenia miały charakter happeningów – np. formowanie podwójnej helisy DNA z ludzi, z udziałem kilkuset osób.

Akademia Medyczna w Warszawie po raz pierwszy prezentowała się na Pikniku, i debiut ten należy uznać za udany oraz godny kontynuacji.

Kontynuacji – w sensie znaczącego udziału w kolejnych edycjach tej i podobnych imprez, ale też w kontekście bardziej ogólnym, to jest orientacji na promocję Uczelni poprzez naukę. Jej dorobek, najnowsze osiągnięcia, wybitne postaci. Ta forma promocji wydaje się być niezwykle nośna, vide – liczebność uczestników imprezy, a także relatywnie niedroga – ponieważ wkomponowana w poważne, ogólnopolskie przedsięwzięcie medialne.



Prezes PAN prof. A. Legocki wizytuje Podzamcze



Stanowisko AM, prezentacje Zakładu Anatomii Prawidłowej oraz II Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej



Stanowisko Akademii w trakcie prezentacji: „Nowe kierunki w leczeniu cukrzycy”

Na program prezentacji i prelekcji AM złożyło się 9 zagadnień tematycznych:

- *Anatomia wczoraj, dziś, jutro – dlaczego medycyna nie może się obyć bez anatomii* (Zakład Anatomii Prawidłowej)
- *Implanty w stomatologii* (II Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej)
- *Metody Alternatywne w toksykologii* (Zakład Transplantologii i Centralny Bank Tkanek)
- *Cukrzyca – choroba XXI wieku; nowe kierunki w leczeniu cukrzycy* (Instytut Transplantologii)
- *Naturalne antyoksydanty* (Zakład Chemii Fizycznej)
- *Kardiologia i kardiochirurgia – szansa dla serca.* (Oddział Kliniczny Kardiologii i Klinika Kardiologii)

- *Współczesne możliwości leczenia głuchoty i głębokiego niedosłuchu* (Klinika Otolaryngologii)
- *Pomiar poziomu drżenia rąk – interpretacje* (Zakład Farmakodynamiki)
- *Medycyna ratunkowa – pokaz podstawowych czynności ratujących życie* (Zakład Medycyny Ratunkowej)

Obok Radia Publicznego, współorganizatorami VII Pikniku Naukowego byli: Urząd Miasta Stołecznego Warszawy i NBP. Patronat prasowy objęli: Rzeczpospolita, Wprost, Focus, Onet.pl, TVP1.

Współsponsorami stanowiska Akademii byli: **TUIR Warta S.A.** i firma **World Courier**; wyposażenie elektroniczne zapewniła firma **Betacom S.A.**

Miazga zębów mlecznych – potencjalne źródło komórek macierzystych. Możliwości augmentacji kości w chirurgii stomatologicznej

*Dr hab. Andrzej Wojtowicz, lek. stom. Magdalena Kisłowska-Syrczyńska
Zakład Chirurgii Stomatologicznej IS AM*

The baby teeth, called also as milk teeth are a source of stem cells. These cells could repair damaged teeth and maybe treated degenerative diseases. Two types of stem cells were isolated: embryonic (their harvesting requires the death of the embryo) and adult stem cells, which have limited biological abilities. It seems, that stem cells, derived from baby teeth could be intermediate and easily source. Tooth pulp derived stem cells have more opportunities to plasticity phenomenon than adult stem cells.

In the paper one case with using of bone marrow derived stem cells in alveolar bone augmentation in surgical-orthodontic treatment were described. Bone augmentation after using of auto-xeno transplant (stem cells + inorganic bovine bone) were observed 3 month after surgery and allows for orthodontic movement of the teeth.

Key words: stem cells, baby teeth, bone augmentation, surgical-orthodontic treatment.

Słowa kluczowe: komórki macierzyste, zęby mleczne, augmentacja kości, leczenie chirurgiczno-ortodontyczne.

Zawiązki zębów mlecznych powstają ok. 5-6 tygodnia życia płodowego ze struktur zębowej listewki ektodermalnej, wpuklającej się w mezenchymę, z której powstaje miazga zęba a później z części jej komórek, odontoblastów, zębina. Zęby mleczne ulegają wymianie na zęby stałe od ok. 6 miesiąca do 13 roku życia. Miazga zębów mlecznych okazała się dosyć istotnym źródłem komórek macierzystych, łatwych do pozyskania.

Uważa się, iż istnieją co najmniej dwa główne rodzaje komórek macierzystych: embrionalne (przez wielu badaczy uważane za tzw. prawdziwe komórki macierzyste) i nieembrionalne (dorosłe lub rzekome komórki macierzyste).

Komórki macierzyste wykazują kilka charakterystycznych cech:

1. są klonogenne, oznacza to, iż mogą w wyniku podziałów i różnicowania stworzyć zespół identycznych komórek wchodzących w skład określonej specjalizującej się lub wyspecjalizowanej tkanki,

2. są samoodnawiające – mają zdolność powielania się w razie potrzeby,

3. mają zdolność różnicowania się poza szpikiem,

4. są identyfikowalne w narządach, co pozwala na regenerację określonych tkanek/narządów w określonych warunkach,

5. mogą być izolowane, a przeszczepianie ektopowe komórek macierzystych pochodzących ze szpiku (BMSC bone marrow stem cells) powoduje powstanie tkanki kostnej i szpiku.

O ile embrionalne komórki macierzyste mają zdolność przekształcania się we wszystkie rodzaje komórek organizmu, to ich pobranie prowadzi do zniszczenia embrionu, poza tym stwarza to problemy natury etycznej. Pozyskanie nieembrionalne „dojrzałych” komórek macierzystych nie powoduje tego problemu, lecz komórki mają ograniczone właściwości w porównaniu z embrionalnymi.

W czasie powstawania zębów w wyniku interakcji między komórkami nabłonkowymi narządu szkliwnego a komórkami brodawki zębowej dochodzi do promocji morfogenezy zębów przez stymulację komórek mezenchymatycznych w odontoblasty produkujące pierwotną zębinę. Odontoblasty mają charakterystyczny, kolumnowy (walcowaty) kształt z silnie zaznaczoną polaryzacją końców. Po wyrżnięciu się zębów w odpowiedzi m.in. na mechaniczne starcie zębów oraz bakteryjną degradację zębiny – zębina reparacyjna jest tworzona przez nowo powstałe odontoblasty.

Odontoblasty „reparacyjne” powstają w wyniku proliferacji i różnicowania się populacji prekursorów, rezydujących w miazdze. O ile proces morfogenezy zębów jest sto-

sunkowo dobrze poznany, o tyle wiedza na temat charakterystyki i właściwości odpowiednich komórek i ich prekursorów w procesach regeneracji składowych tkanek zębów u dorosłych organizmów jest znikoma. Zarówno zębinotwórcze odontoblasty, jak i szkliwotwórcze adamantoblasty produkujące odmienne, mineralizujące macierze, są odpowiedzialne za proces biologicznej mineralizacji inny w szkliwie i inny w zębinie. Jednak w przeciwieństwie do kości tkanki i ich macierze nie ulegają przebudowie, a proces regeneracji dotyczy wyłącznie zębiny, polega na wytworzeniu tkanki zębinopodobnej. Szkliwo jest tkanką nieregenerowalną.

Regeneracja zębiny jest procesem wymagającym aktywności wyspecjalizowanych komórek odontoblastów. Prekursory odontoblastów wywodzące się z miazgi nie są zdefiniowane. Prekursory te, zwane komórkami macierzystymi miazgi zęba, DPSCs (human dental pulp stem cells) są odmienne od komórek macierzystych szpiku BMSCs (human bone marrow stem cells), które są prekursorami osteoblastów. Cechą komórek BMSCs jest m.in. zdolność przekształcania się w adipocyty, chondrocyty, nawet komórki nerwowe i mięśniowe (7-12). Komórki DPSCs nie mają zdolności przekształcania się w adipocyty. O ile DPSCs sporadycznie produkują jądra wapnienia/mineralizacji, o tyle BMSCs rutynowo mineralizują tkanki. Z kolei DPSCs przeszczepione myszom z niereaktywnością układu immunologicznego są zdolne do produkcji zębiny przez komórki odontoblastyczne. BMSCs produkują po przeszczepieniu tkankę kostną z osteoblastami na zewnątrz i osteocytami wewnątrz struktur oraz włóknistą unaczynioną tkankę z ogniskami hemopoezy i adipocytami. Zdolność różnicowania się komórek macierzystych w inne komórki jest specyficzna tkankowo i zależy od stopnia zróżnicowania komórek wyjściowych, a także od mikrośrodowiska, a więc od „koktailu” cytokin, czynników wzrostowych i sekwencji ich aktywacji.

Uważa się, że miazga zębów stałych jest źródłem zębinowych komórek macierzystych, szpik jest źródłem komórek macierzystych w szerszym znaczeniu. DPSCs charakteryzują się znacznie wyższą zdolnością do proliferacji w porównaniu z BMSCs. Transformujący czynnik wzrostu TGF, białka morfogenetyczne kości BMP 2, BMP 4 silne regulatory procesu kościotworzenia, są uważane za czynniki promujące powstawanie odontoblastów. Inne czynniki wzrostowe regulujące proliferację i różnicowanie odontoblastów takie jak FGF, PDGF, EGF, IGF1, TNF α , Il, wszystkie wykazują również wpływ na osteoblasty. Zarówno odontoblasty i osteoblasty wykazują ekspresję białek uczestniczących w procesie biologicznej mineralizacji: dentin matrix protein 1 (DMP1), fibronektyna (FN), kolagen typ I, fosfataza zasadowa (AF), osteonektyna (ON), osteopontyna (OP), kostna sialoproteina (BSP), osteokalcyna (OC). Różnice dotyczą sialoproteiny zębinowej (DSP) i fosfoproteiny zębinowej (DPP),

obydwu kodowanych przez ten sam gen *DSPP* i występujących wyłącznie w dojrzałych komórkach zębinowych. Brak jest specyficznych markerów dla DPSCs, i ich lokalizacja nie jest precyzyjna. Nowo wytworzona doświadczalnie indukowana zębina przy wykorzystaniu ludzkich komórek macierzystych izolowanych z miazgi przedtrzonowców ma strukturę perpendykularną w stosunku do pokładu odontoblastów w przeciwieństwie do nieregularnej zębiny reparacyjnej, powstającej praktycznie przez całe życie.

Na podstawie prowadzonych badań wydaje się, że komórki miazgi usuniętych ludzkich zębów mlecznych (DPSCs dental pulp stem cells, zwane ostatnio SHED – stem cells from human exfoliated deciduous teeth) stanowią pośredni typ komórek macierzystych i są stosunkowo łatwo osiągalne. Stwierdzono też, że te komórki rosną szybciej i mają większy potencjał do różnicowania się w inne typy komórek niż dorosłe komórki macierzyste. Oczywiście mają zdolność różnicowania się w odontoblasty, a także np. w komórki nerwowe oraz tłuszczowe.

We wcześniejszych pracach wykazano, że komórki macierzyste są obecne w centralnej części miazgi wokół naczyń i nerwów (histologicznie warstwa bogatokomórkowa), zewnętrzna warstwa jest bezkomórkowa (tzw. pas Weila), zawiera zróżnicowane odontoblasty. W celu pozyskania komórek macierzystych miazgi badacze nie usuwają zębów mlecznych przed czasem (utrzymują one przestrzeń w kości dla zębów stałych). Tracone naturalnie zęby mleczne przeznaczone do izolacji komórek macierzystych przechowywane na czas transportu w mleku w temp. 4°C. Tak pozyskana miazga zawiera 12 – 20 komórek macierzystych z jednego siecznego zęba mlecznego. Różnicowanie w komórki nerwowe, zębinotwórcze oraz tłuszczowe odbywa się w hodowli z wykorzystaniem różnych czynników wzrostowych. Podskórne i domózgowe wszczepienie tak izolowanych komórek macierzystych immunosupresjonowanym myszom pozwala na ocalenie tych komórek.

Uważa się, że komórki macierzyste towarzyszące zębom mlecznym promują osteogenezę związaną z powstaniem kanału wiodącego w procesie wyrzynania się zębów, co może być związane z ich uwalnianiem z kanału/komory zęba mlecznego podczas jego fizjologicznej resorpcji do otaczającej tkanki kostnej szczęk.

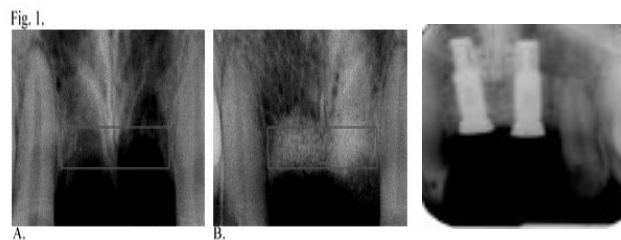
Kolejnym krokiem w procesie pozyskiwania komórek zdolnych do regeneracji tkanek i narządów jest odkrycie 17 badaczy z: Advanced Cell Technology, Worcester, Wake Forest University, Winston Salem, Sloan Kettering Cancer Center, NY, oraz Mayo Clinic, którzy udowodnili, że alternatywą prawdziwych komórek macierzystych są komórki macierzyste uzyskiwane na drodze partenogenezy. Zaproponowanie pozyskania i wykorzystania komórek macierzystych uzyskiwanych tą drogą, poza ogromnymi możliwościami

mi klinicznego ich wykorzystania, nie stwarza problemów natury etycznej związanej z pozyskiwaniem komórek macierzystych z embrionów.

Odkrycie komórek macierzystych w miazdze zębów mlecznych może okazać się ważnym przełomowym momentem nie tylko w chirurgii stomatologicznej. Futurystycznie brzmi pomysł biologa Bjorna Reino Olsena z Harvard Medical School, który uważa, iż komórki macierzyste pochodzące z miazgi zęba mogą różnicować się w odontoblasty, następnie produkować zębinę *in vitro*. Ten kościopodobny materiał może zastąpić biokompatybilny metal np. tytan wykorzystywany w implantologii, osteosyntezie płytkowej i w odtwarzaniu ubytków kostnych.

Istnieje kilka systemów pozwalających na odbudowę kości, jej augmentację. Wszystkie znane systemy opierają się na wszczepianiu w miejsce ubytku kostnego materiałów kościostępczych-kościopochodnych i/lub syntetycznych substytutów kości. Wybór naturalnego biologicznego materiału kościopochodnego czy też syntetycznego jej substytutu w zasadzie należy do pacjenta i lekarza. Najczęściej w chirurgii stomatologicznej stosuje się allogeniczną procesowaną kość ze zwłok (banki tkanek), ksenogenną kość odbiałczoną, syntetyczne hydroksyapatyty i trójfosforany wapniowe. Oczywiście lista materiałów wszczepialnych jest znacznie dłuższa. Do augmentacji kości potrzebna jest triada czynników: komórki niezróżnicowane (macierzyste) lub zdeterminowane w kierunku preosteoblastów, określony koktail cytokin, czynników wzrostowych, których największe stężenie jest we krwi, stąd obiecujące próby wykorzystania komórek i preparatów krwiopochodnych. Wprowadzenie tych metod było możliwe dzięki kilkudziesięcioletnim badaniom prowadzonym w Zakładzie Transplantologii i Centralnym Banku Tkanek w zespołach kierowanych przez Prof. K. Ostrowskiego, Prof. J. Komendera, Prof. A. Dziezic-Gocławską, Prof. K. Włodarskiego i innych. Fenomen heterotopowej indukcji osteogenezy został bardzo szczegółowo opisany w setkach publikacji zagranicznych przez tych badaczy wiele lat temu, również we współautorstwie z niekwestionowanym pionierem w tej dziedzinie Prof. Marshallem Uristem.

W Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej wykonano w 2000 roku, po raz pierwszy w Polsce, przeszczepienie autogennej masy płytkowej wraz z odbiałczoną kością wołową (produkt firmy Osteohealth w USA i BioGeistlich w Europie) w miejsca po cytektomiach w celu augmentacji tkanki kostnej i przeciwdziałania powstawania blizny łącznotkankowej ze strony błony śluzowej. Po 3 miesiącach od zabiegu powstająca tkanka kostna wewnątrz jamy w zuchwie została wypełniona pełnowartościową tkanką kostną, co potwierdzono w badaniach, wykorzystując fourierowską analizę obrazów rtg.



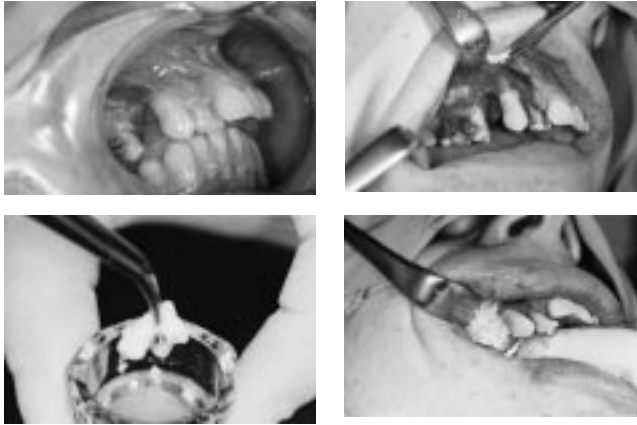
Ryc. 1a, b, c. Zębowe zdjęcia rentgenowskie okolicy górnych siekaczy: po urazie (A), w wyniku którego doszło do odłamania bloku kostnego z siekaczami centralnymi do wysokości kolca przedniego nosowego, 3 miesiące po założeniu przeszczepu złożonego masa płytkowa (PRP), odbiałczona kość wołowa Bio-Oss (Osteohealth, USA) – widoczna odbudowa kości na wysokość ok. 7 mm wystarczająca do pograżenia implantów stomatologicznych (B), stan po osteointegracji dwóch implantów w miejsce siekaczy przyśrodkowych (C).



Ryc. 2, 3. Zdjęcia wewnątrzustne: stan po urazie (lewe), aplikacja przeszczepu PRP (górne, Bio-Oss, wszycie błony zaporowej Bio-Gide – dolne (Bio-Geistlich). W 2002 roku po raz pierwszy w Polsce w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej ISAM przeszczepiono autogenne komórki macierzyste, izolowane ze szpiku z nośnikiem Bio-Oss, w celach augmentacyjnych tkanki kostnej, w leczeniu zespołowym chirurgiczno-ortodontycznym. Izolację i przygotowanie komórek macierzystych przeprowadzono w Banku Komórek Krwi Katedry Hematologii, Chorób Wewnętrznych i Onkologii, Akademii Medycznej w Warszawie (Prof. W. Wiktor-Jędrzejczak, dr. E. Urbanowska).



Ryc. 4, 5. Zdjęcia zębów rtg.: stan przed zabiegiem (ryc. 4.) znaczne obnażenie korzeni zębów sąsiadujących z miejscem po ekstrakcji zęba trzonowego, stan 3 miesiące po aplikacji komórek macierzystych.



Ryc. 6-9. Zdjęcia wewnątrzustne: brak tkanki kostnej okolicy usuniętego zęba przedtrzonowego (6,7) (niemożliwe przesunięcie ortodontyczne zęba w kierunku braku zębowego z powodu małej ilości tkanki kostnej), przygotowanie przeszczepu auto-xeno (8) (komórki macierzyste + Bio-Oss) ex-tempore. Aplikacja przeszczepu, zaopatrzenie błoną zaporową (9). W 3 miesiące po zabiegu wszczepienia autogenych komórek macierzystych wysokość wyrostka zębodołowego w szczęce wyniosła ok. 5 mm, co jest wystarczające do podjęcia leczenia ortodontycznego.

W świetle zachęcających efektów terapeutycznych prowadzonych zabiegów augmentacji tkanki kostnej szczęk

wyduje się, iż metodologia ta w najbliższym czasie zostanie rozszerzona do rekonstrukcji w chirurgii ortognatycznej np. do leczenia roszczepów podniebienia. Mimo tych korzystnych efektów odbudowywania kości nadal nie możemy tego powiedzieć o regulowaniu ilości tkanki łącznej np. dziąseł, metody chirurgiczne bywają niewysytarczające, a próby odtworzenia błony śluzowej in vitro, aczkolwiek obiecujące, nadal nie spełniają oczekiwań chirurga stomatologa.

Literatura:

1. Gronthos S., Mankani M., Brahim J., P. Gehron Robey, Shi S.: Postnatal human dental pulp stem cells (DPSCs) in vitro and in vivo. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2000; 597(25): 13625-13630
2. Miura M., Gronthos S., Zhao M., et al. : SHEAD: Stem cells from human exfoliated deciduous teeth. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2003; 100(10): 5807-5812
3. Cibelli J B., Grant K A., Chapman K B., Cunniff K., Worst T., Green H., Walker S., Gutin P., Vilner L., Tabar V., Dominko T., Kane J., Wettstein P., Lanza R., Studer L., Vrana K., West M. : Parthenogenetic stem cells in nonhuman primates. *Science* 2002; 295 (5556): 819.
4. Ratajczak M. Z., Majka M., Kucia M., et al. : Expression of functional CXCR4 by muscle satellite cells and secretion of SDF-1 by muscle-derived fibroblasts is associated with the presence of both muscle progenitors in bone marrow and hematopoietic stem/progenitor cells in muscles. *Stem Cells* 2003; 21: 363-371.

Możliwości poprawy wizualizacji w polu operacyjnym

Prof. dr hab. inż. Małgorzata Kujawińska¹, dr hab. Kazimierz Niemczyk², dr Antoni Bruzgielewicz², dr Tomasz Kucharski¹

¹Zakład Techniki Optycznej Instytutu Mikromechaniki i Fotoniki Politechniki Warszawskiej

²Katedra i Klinika Otolaryngologii AM

Possibility to improve visualization in operating field

Abstract

New methods of 3D visualization in operating field give better possibilities in different surgical specialities. Authors analyzed current optical systems for comparing different aspects of its possible clinical application. In some clinical situations imaging in the classic microscope can be improved by additional digital processing on the display fitted to the head of the operating microscope.

Key words: visualisation, surgery

Słowa kluczowe: wizualizacja, chirurgia

1. Wstęp

W związku z pojawiającymi się nowymi metodami trójwymiarowej wizualizacji obiektów rzeczywistych rysują się szersze możliwości przed wieloma gałęziami nauki, między innymi medycyną. Różne sposoby obrazowania, połączone ze wzbogaceniem obrazu o dodatkowe elementy, wykorzystywane są w celach pomocniczych pozwalających na identyfikację słabo rozróżnialnych tkanek widocznych w polu obserwacji w trakcie operacji chirurgicznych bądź do symulacji wirtualnego nałożenia na siebie i wyświetlenia kilku typów obrazów, np. rzeczywistego i pozyskanego dzięki tomografii pozytronowej [1] lub rezonansowi magnetycznemu [2].

Wizualizacja może być dokonywana w sposób tradycyjny na ekranie monitora, co powoduje jednakże zmniejszenie ergonomiczności pracy osoby użytkującej. Dodatkowo zaburza się w ten sposób widzenie stereoskopowe (utrata głębi). W przypadku chirurga dokonującego zabiegu oderwanie wzroku od sceny operacyjnej jest uciążliwe, a jednocześnie niebezpieczne dla pacjenta znajdującego się na stole operacyjnym.

Z tego względu odchodzi się od tradycyjnych metod wizualizacyjnych bazujących na wrażeniu trójwymiarowości na ekranie monitora [3]. Obecnie na świecie obserwuje się następujące trendy w trójwymiarowej wizualizacji obrazu rzeczywistego wzbogaconego o dodatkowe informacje pozyskane z innych źródeł:

1. System mikroskopu stereoskopowego połączonego z układem projekcyjnym, nakładającym dodatkową stereopa-

rę obrazów na obrazy rzeczywiste w obu kanałach wizyjnych mikroskopu [4].

2. System ekspozycji trójwymiarowego obrazu za pomocą monitora stereoskopowego [5].

3. System do wizualizacji stereoskopowej, wykorzystujący metodę wideografii [6].

4. System hełmu optycznego w świetle przechodzącym wraz z układem pary kamer pozyskujących obraz [7].

5. System odizolowanego hełmu optycznego wraz z osprzętem przechwytyjącym obraz [8].

2. System mikroskopu stereoskopowego połączonego z układem projekcyjnym, nakładającym dodatkową stereoparę obrazów na obrazy rzeczywiste w obu kanałach wizyjnych mikroskopu

Efekty prac badawczych, kryją się pod nazwą projektu **MAGI** (Microscope-Assisted Guided Interventions) [4]. Dotyczą one wykorzystania mikroskopu stereoskopowego, o którym informacje można odnaleźć w Oddziale Nauk Radiologicznych (ang. *The Division of Radiological Sciences*) szpitala – *Guy's Hospital* w Londynie. Badania miały na celu sprawdzenie możliwości wzbogacenia obrazu widzianego bezpośrednio w mikroskopie operacyjnym o struktury niewidoczne, np. naczynia krwionośne, znajdujące się bezpośrednio pod operowaną powierzchnią. Mikroskop ten miał być w założeniu udoskonaleniem systemu mikroskopu powszechnie stosowanego w laboratoriach.

Tradycyjnie stosowany układ mikroskopu, będący pierwowzorem systemu **MAGI**, był wyposażony w kamery po-

zyskujące obraz z obserwowanej sceny operacyjnej. Następnie dokonywana była komputerowa konwersja stereopary obrazów z obu kanałów mikroskopu stereoskopowego na wirtualny obraz pseudostereoskopowy w kartezjańskim układzie współrzędnych x,y,z . W ten sposób uzyskany obraz był następnie wyświetlany na monitorze. Największą niedogodnością tego typu systemów mikroskopowych był brak bezpośredniego kontaktu wzrokowego lekarza z obserwowaną sceną operacyjną.

Wspomniany już system *MAGI* pozwala przewyciężyć wyżej wymienione utrudnienia. W oba kanały wizyjne mikroskopu stereoskopowego są projektowane obrazy wygenerowane komputerowo. Obraz rzeczywisty znajdujący się na scenie operacyjnej jest składany z obrazem wirtualnym. Powstaje złudzenie obserwowania jednego obrazu stereoskopowego z dodatkowymi informacjami (Rys. 1).



Rys. 1. Stereopara obrazów modelu czaszki z naniesionymi strukturami podkostnymi [9].

Wadą systemu *MAGI* jest skomplikowana konstrukcja, zwłaszcza układu optycznego. W związku z potrzebą nałożenia z dużą dokładnością obrazów rzeczywistego i wirtualnego, transmitowanych przez odrębne na pewnym odcinku toru optycznego, istnieje konieczność zacieśnienia tolerancji na elementy składowe zarówno optyczne, jak i mechaniczne. Pociąga to za sobą wysokie koszty produkcji, a także konieczność numerycznej korekcji układu. Niespełnienie powyższych warunków prowadzi do obciążenia komputera obsługą dodatkowych algorytmów korekcyjnych, co może zdecydowanie opóźnić działanie programu i w efekcie uniemożliwić funkcjonowanie systemu w czasie rzeczywistym. Aby zapewnić nałożenie się obu typów obrazów, układ optyczny systemu przed każdym użyciem musi zostać wykalibrowany. Do tego celu służy wzorzec kalibracyjny, który wraz z kamerą CCD, pracującą w paśmie podczerwieni, stanowi tzw. przystawkę kalibracyjną.

W fazie eksploatacji systemu kamera wraz z naniesionymi na obiekt – pacjent znacznikami (diody emitujące promieniowanie w paśmie podczerwieni), pełni rolę układu

identyfikującego położenie obiektu w ustalonym na etapie kalibracji kartezjańskim układzie współrzędnych. Znaczniki są przytwierdzone do czaszki za pomocą śrub (Rys. 2), bądź montowane na charakterystycznym steleżu przytwierdzanym do zębów pacjenta (Rys. 3).

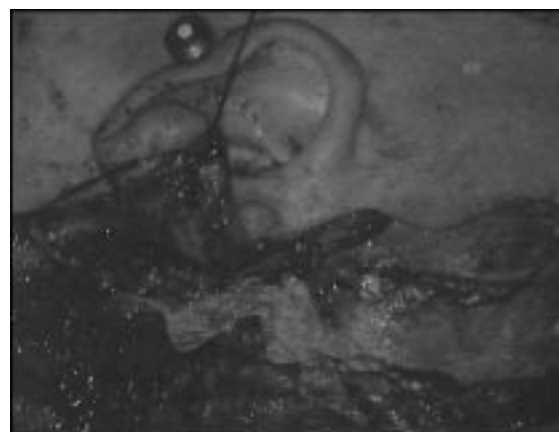


Rys. 2. Mocowanie znacznika diodowego na głowie pacjenta [9].



Rys. 3. Mocowanie zbioru znaczników diodowych [9].

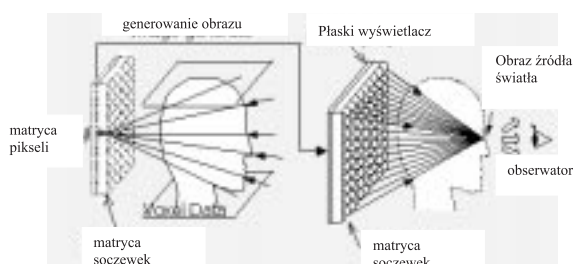
W trakcie operacji obraz stereoskopowy jest obserwowany w czasie rzeczywistym. Wynik złożenia obrazu rzeczywistego i wirtualnego został przedstawiony na Rys. 4. Widoczny niebieskawy nieregularny kształt przedstawia rys naczyn krwionośnych.



Rys. 4. Widok z jednego kanału wizyjnego mikroskopu stereoskopowego z naniesioną strukturą naczyń krwionośnych [9].

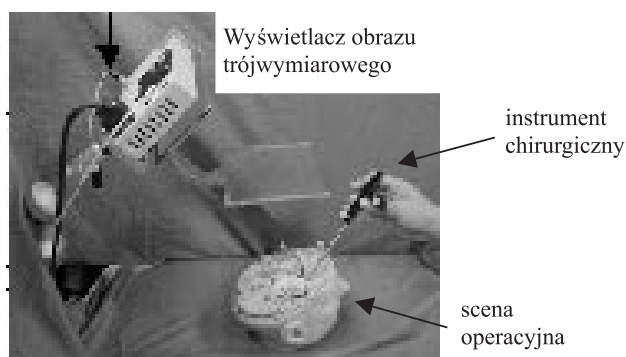
3. System do wizualizacji stereoskopowej wykorzystujący metodę wideografii

Metoda ta opiera się na koncepcji mającej swoje korzenie w holografii. Rejestracja obiektów trójwymiarowych wymaga zastosowania odpowiednio zmodyfikowanego wyświetlacza ciekłokrystalicznego. Na strukturze ciekłokrystalicznej znajduje się matryca mikrosoczewek ogniskująca promieniowanie w obrębie pikseli (Rys. 5). Odtwarzanie następuje poprzez podświetlenie wyświetlacza z tyłu. Efektem jest wytworzenie oryginału obrazu w przestrzeni [6].



Rys. 5. Proces rejestracji i odtwarzania obiektu [10].

W celu uzyskania złożonego obrazu, pomiędzy pacjentem a powierzchnią wyświetlacza umieszczone jest zwierciadło półprzepuszczalne, rzutujące obraz struktur wewnętrznych na obserwowaną powierzchnię (Rys. 6). Dane o strukturach wewnętrznych pochodzą z ultrasonografii bądź rezonansu magnetycznego.



Rys. 6. Modelowa prezentacja procesu wizualizacji metodą wideografii [10].

System wideografii składa się dodatkowo z optycznego układu śledzącego, zapewniającego prawidłowe nakładanie się obrazów, rzeczywistego i wirtualnego. Układ ten umożliwia również uaktualnianie bieżącego stanu na scenie pomiarowej przez rejestrację położenia instrumentu chirurgicznego.

4. System ekspozycji trójwymiarowego obrazu za pomocą monitora stereoskopowego

Do nowego typu urządzeń, mogących służyć trójwymiarowemu obrazowaniu w czasie rzeczywistym, należy zaliczyć monitor zapewniający widok stereoskopowy. System służący do wizualizacji składa się z zestawu kamer pracujących w układzie zapewniającym szeroką gamę powiększeń. W przedstawionej konfiguracji system wizualizacji stereoskopowej współpracuje z mikroskopem stereoskopowym. Kamery cyfrowe, rejestrujące obraz, umieszczone są w obu gałęziach mikroskopu. Przekazują one obraz z detektorów do środowiska komputera. Następnie obraz stereoskopowy jest wyświetlany na monitorze stereoskopowym, którego ekran stanowi wyświetlacz ciekłokrystaliczny wykonany w oparciu o technologię TFT – płaski ekran [5]. Efekt trójwymiarowy jest uzyskiwany dzięki układowi skanującemu, składającemu się z dwóch kamer pomocniczych, skierowanych na obszar znajdujący się przed monitorem. Celem jest przekazanie do komputera współrzędnych położenia źrenic obserwatora w celu należytego wyświetlenia obrazu na wyświetlaczu monitora tak, aby zapewnić złudzenie trójwymiarowości (Rys. 7). Sekwencje są wyświetlane z częstotliwością, 25 Hz, co pozwala na uzyskanie obrazu ciągłego z punktu widzenia ludzkiej percepcji.



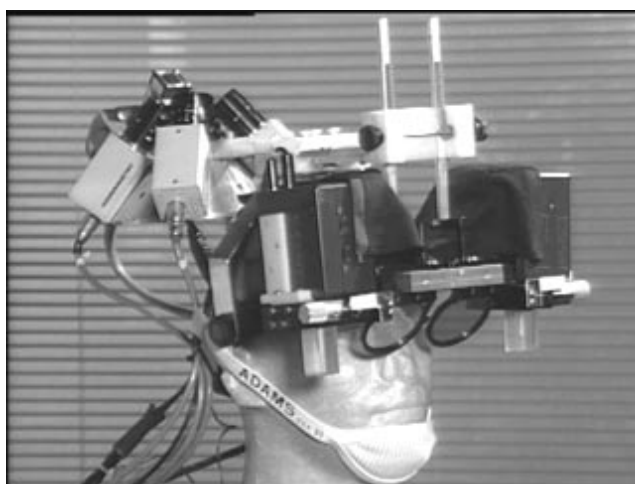
Rys. 7. Widok układu wyświetlającego obraz stereoskopowy w trakcie operacji oka [11].

Pierwszą operację oka, podczas której wykorzystano wyżej przedstawioną aparaturę, wykonał w lutym 2002 roku zespół kierowany przez prof. dr med. Heinrich Gerding w klinice oftalmicznej na Uniwersytecie w Muenster. W fazie operacji nie dokonywano dodatkowej obróbki obrazu mającej na celu naniesienie na obraz rzeczywisty dodatkowych elementów pomocniczych, takich jak krawędzie czy widok tkanek bądź naczyń krwionośnych pozyskanych w trakcie wcześniejszych analiz, np. tomografii rezonansowej.

Podstawową wadą tego systemu jest konieczność odwracania wzroku chirurga przeprowadzającego operację od operowanego pacjenta.

5. System hełmu optycznego w świetle przechodzącym wraz z układem pary kamer pozyskujących obraz

Wiele ośrodków badawczych na całym świecie prowadzi prace badawcze nad wykorzystaniem nowoczesnych technologii. W wielu branżach przemysłu oraz nauki pojawiają się nowatorskie narzędzia służące do wizualizacji stereoskopowej nazywane hełmami optycznymi – HMD (ang. Helmet Mounted Display). Hełmy pracują w różnych konfiguracjach. Mogą to być między innymi hełmy przystosowane do pracy w świetle przechodzącym (Rys. 8).



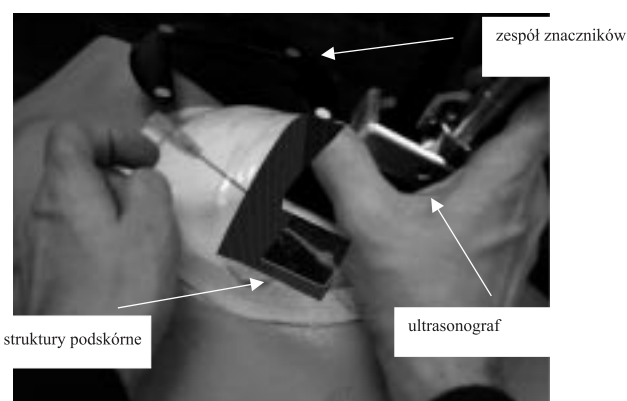
Rys. 8. Hełm optyczny do pracy w świetle przechodzącym [12].

Prace nad wykorzystaniem hełmu optycznego w świetle przechodzącym trwają między innymi na Uniwersytecie w Północnej Karolinie – University of North Carolina [13]. Celem jest projekt systemu obrazowania stereoskopowego umożliwiający wizualne „wejście” w pacjenta poprzez wirtualne nałożenie i wizualizację w hełmie optycznym powierzchni skóry pacjenta oraz struktury pozyskanej z ultrasonografii (Rys. 9) bądź laparoskopii (Rys. 10) [13].

W związku z wykorzystaniem hełmu optycznego i koniecznością nałożenia na siebie dwóch typów obrazów wyłaniają się trudności. Na pierwszy plan wysuwają się te związane z dokładnym pozycjonowaniem względem siebie obu obrazów. Wiąże się to z koniecznością skorelowania dwóch rodzajów danych wejściowych, rzeczywistych i wirtualnych, we wspólnym układzie współrzędnych. Z tego powodu system musi być wzbogacony o punkty orientacyjne naniesione na obserwowaną powierzchnię. Znaczniki powinny charakteryzować się właściwościami zapewniający-



Rys. 9. Obraz rzeczywisty i uzyskany dzięki wykorzystaniu laparoskopii [12].



Rys. 10. Obraz rzeczywisty i uzyskany dzięki ultrasonografii [12].

mi widoczność z punktu widzenia ludzkiego oka jak i widoczność dla dodatkowego urządzenia skanującego np. ultrasonografii.

Nieco odmienną strukturę ma system prezentowany przez School of Optics na Florydzie. W systemie tym także został wykorzystany hełm optyczny w świetle przechodzącym (Rys. 11).



Rys. 11. Hełm optyczny w świetle przechodzącym [14].

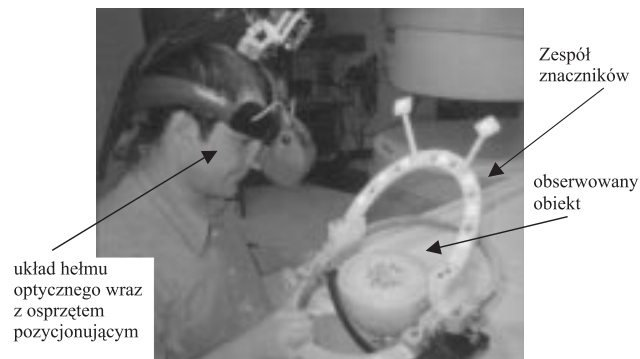
W tym systemie dodatkowe informacje z obserwowanej sceny nie są pobierane interaktywnie, ale jedynie rzutowane w układ wyjściowy hełmu optycznego. Pochodzą one z wcześniej pozyskanych danych, np. z prześwietlenia rentgenowskiego bądź z sondy ultra dźwiękowej [14]. Fakt ten niesie ze sobą znaczne uproszczenie konstrukcji całego systemu hełmu optycznego. Nie unika się jednakże interaktywnej kalibracji układu przy zastosowaniu znaczników naniesionych na obserwowaną powierzchnię.

6. System odizolowanego hełmu optycznego wraz z osprzętem przechwytyjącym obraz

Stereoskopowe odizolowane hełmy optyczne nie są tak powszechnie stosowane ze względu na bardziej skomplikowaną konstrukcję. Jednakże gwarantują one większe możliwości niż ich odpowiednik w świetle przechodzącym. Zapewniają bowiem zdecydowanie większe pole manewru w przypadku dodatkowej obróbki obrazu, zwłaszcza rzeczywistego. Pozyskiwanie danych przed jego wyświetleniem pozwala na idealne czasowe dopasowanie do siebie różnych typów obrazów. Istnieje również możliwość dowolnego manipulowania udziałem jednego z typów obrazów, a nawet całkowite wyłączenie obrazu rzeczywistego. Tej opcji pozbawione są hełmy optyczne w świetle przechodzącym, w których podział wiązek jest uzależniony od komponentu światłodzielnego.

Jednym z najciekawszych rozwiązań jest system hełmu optycznego zaprezentowany w projekcie badawczym opracowywanym w laboratoriach Siemens Corp. w Princeton, NY pod kierownictwem Franka Sauera [8]. Opracowywany system jest wyposażony w stereoskopowy hełm optyczny (Rys. 12), w którym mają być wyświetlone dane, pochodzące z uprzednio przeprowadzonego rezonansu magnetycznego oraz obraz rzeczywisty rejestrowany interaktywnie przez parę kamer cyfrowych. Umieszczone są one na hełmie optycznym i przekazują dane do komputera. Podobnie jak w poprzednich systemach konieczna jest bieżąca kalibracja systemu tak, aby dwa typy obrazów były zorientowane w tym samym układzie współrzędnych i istniała zgodność współrzędnych x,y,z. Do tego celu służy dodatkowa kamera cyfrowa, pracująca w paśmie podczerwieni, umieszczona na hełmie optycznym. Kamera ta wraz z pierścieniem diod emitujących promieniowanie w tym samym paśmie optycznym oraz z układem znaczników otaczających obserwowany obiekt stanowi podukład bieżącej kalibracji systemu.

Odizolowany stereoskopowy hełm optyczny może być również wykorzystany w innej konfiguracji. Jednym z wyjść jest zastosowanie go, wraz z systemem akwizycji w postaci układu kamer bądź mikroskopu stereoskopowego, do wyświetlenia pozyskanego obrazu poddanego dodatkowo ob-



Rys. 12. Widok systemu wykorzystujący odizolowany hełm optyczny z układem śledzącym [8].

róbce cyfrowej. Operacje te mają na celu np. wyróżnienie szczegółów słabo rozróżnialnych w rzeczywistości.

Podsumowanie

Obecne systemy optyczne umożliwiają poprawę oczekiwanych cech obrazu i ich trójwymiarową prezentację. Ważnym elementem takiego systemu jest dopasowanie do warunków śródoperacyjnych i stosowanych urządzeń podczas operacji. Odmienność problemów, które spotyka się we współczesnej medycynie, powoduje, że systemy optyczne muszą być dopasowane do najistotniejszych z punktu widzenia efektywności zabiegu etapów. Większa ilość informacji w polu operacyjnym może przekładać się na poprawę wyników leczenia. Nie chodzi tu o zastąpienie chirurga, ale o umożliwienie mu działania w warunkach optymalnych.

Literatura:

- [1] J. Smith, D. Frederick „PET neuroimaging of clomipramine challenge in humans: focus on the thalamus”, Brain Research 892 (2001) 193–197.
- [2] M. Rijpkema, J. Schuurin, J. Van Der Meulen „A. Characterization of oligodendrogliomas using short echo time 1H MR spectroscopic imaging” NMR Biomed. 2003 Feb;16(1):12-8.
- [3] S. A. Cover, N. F. Ezquerro, J. F. O’Brien „Interactively Deformable Models for Surgery Simulation”, IEEE: Computer Graphics and Applications, Vol 13, No 6. , pp. 68-75, November 1993.
- [4] P. J. Edwards, D. J. Hawkes, D. L. G. Hill, D. Jewell, R. Spink, A. J. Strong, M. J. Gleeson. "Augmentation of Reality in the Stereo Operating Microscope for Otolaryngology and Neurosurgical Guidance", Computer Assisted Surgery, 1995 1(3), p172-178.
- [5] Eckmiller RE, Hornig R, Ortmann V, Gerding H (2002) „Test technology for acute clinical trials of retina

implants". 2002 Annual Meeting Association for Reserach in Vision and Ophthalmology. Abstract 2848.

[6] H. Liao, N. Hata, M. Iwahara, S. Nakajima, I. Sakuma, T. Dohi „Integral Videography, a new 3-D autostereoscoic medical image”, The 6th internatinal Conference on Biomedical Engineering and Rehabilitation Engineering, ICBME 2002 (2002/5/27-30,China), pp. 172-175.

[7] H. Fuchs, M. A. Livingston, R. Raskar „Augmented Reality Visualisation for Laparoscopic Surgery”, Proceedings of Medical Image Computing and Computer-Assisted Intervention (MICCAI98), 11-13 October 1998, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA.

[8] Dale Ott „Augmented reality moves closer to use in

surgery”, A Laurin Publications – Biophotonics, September 2002, 18-19.

[9] www-ipg.umds.ac.uk.

[10] www.u-tokyo.ac.jp.

[11] www.inf.tu-dresden.de.

[12] www.cs.unc.edu.

[13] M. Bajura, H. Fuchs, R. Ohbuchi. "Merging Virtual Objects with the Real World: Seeing Ultrasound Imagery within the Patient." *Proceedings of SIGGRAPH '92* (Chicago, IL, July 26-31, 1992). In *Computer Graphics* 26, #2 (July 1992): 203-210.

[14] www.creol.ucf.edu.



Granty Komitetu Badań Naukowych KBN nr 3 PO5B 123 23

Prospektywna, zintegrowana ocena chorych z obecnością angiograficznie granicznych zwężeń tętnic wieńcowych – ze szczególnym uwzględnieniem roli angiografii ilościowej oraz ultrasonografii wewnątrzwieńcowej

Lek. Grzegorz J. Horszyczaruk

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM

Zjawisko pęknięcia blaszki miażdżycowej z wytworzeniem skrzepliny utrudniającej lub uniemożliwiającej przepływ wieńcowy stanowi przyczynę występowania większości ostrych zespołów wieńcowych. Natomiast klinicznie bezobjawowe pęknięcie i gojenie się zmian miażdżycowych odpowiada za skokowy, nieliniowy charakter progresji miażdżycy. Zwężenia powodujące w koronarografii 40-70% redukcję średnicy światła tętnicy wieńcowej, uważa się za zmiany graniczne – mogące w pewnych przypadkach istotnie ograniczać przepływ wieńcowy. Jak wiadomo, blaszki miażdżycowe, które podlegają pęknięciu doprowadzającemu do wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, na ogół nie powodują zwężeń przekraczających 70% średnicy światła naczynia – w koronarografii wykonywanej kilka-kilkanaście miesięcy wcześniej. W obrazie angiograficznym zmiany te mogą cechować się swoistą morfologią (zwężenie ekscentryczne, o nierównych granicach itd.) – określaną jako kompleksowa. Zwężenia o takiej morfologii są częściej obecne u chorych z ostrymi incydentami wieńcowymi, ulegają także szybszej progresji. Ultrasonografia wewnątrzwieńcowa (ICUS), umożliwiając dokładniejszą niż koronarografia ocenę morfologii oraz parametrów morfometrycznych zmian miażdżycowych, stanowi metodę weryfikującą istotność zwężeń angiograficznie granicznych. Za zmiany hemodynamicznie istotne – w ocenie ICUS uważa się takie, w których minimalne pole powierzchni przekroju światła naczynia jest mniejsze niż 4 mm^2 (w pniu lewej tętnicy wieńcowej – poniżej 9 mm^2). Jeśli pole powierzchni światła jest

większe niż podane wartości, wówczas zmianę miażdżycową można uznać za nieistotną hemodynamicznie i odroczyć zabieg rewaskularyzacji wieńcowej. Zagadnieniem najbardziej istotnym z klinicznego punktu widzenia, jest określenie istotności zwężeń granicznych zlokalizowanych w proksymalnych odcinkach tętnic wieńcowych, a także w odcinkach środkowych naczyń zaopatrujących duży obszar mięśnia sercowego. Progresja zwężenia albo nagłe zamknięcie naczynia w tym miejscu może prowadzić do groźnych następstw klinicznych.

W pierwszym etapie realizacji projektu, w grupie chorych z obecnością przynajmniej jednego angiograficznie granicznego zwężenia (40-70% lub $< 50\%$ w pniu lewej tętnicy wieńcowej) w proksymalnym lub środkowym segmencie naczynia, zostanie wykonana ultrasonografia wewnątrzwieńcowa. Do badania nie będą włączani chorzy ze świeżym lub przebytym w ciągu ostatnich 30 dni zawałem serca, a także kwalifikowani do pomostowania tętnic wieńcowych oraz z istotnymi ($>70\%$) zwężeniami w ponad dwóch tętnicach wieńcowych lub w pniu lewej tętnicy wieńcowej. W przypadku obecności zwężeń granicznych w więcej niż dwóch tętnicach wieńcowych chory również nie zostanie włączony do badania. Jeśli minimalne pole powierzchni światła naczynia będzie wynosić co najmniej 4 mm^2 – zabieg angioplastyki wieńcowej (PCI) nie będzie wykonywany. Jeśli natomiast pole światła będzie poniżej 4 mm^2 , wtedy zwężenie to zostanie poszerzone. U chorych, którzy poza zwężeniem granicznym mają także zmianę istotną ($> 70\%$

redukcji światła), niezależnie od tego, czy znajduje się ona w tej samej, czy w innej tętnicy wieńcowej, będzie również wykonane badanie ICUS takiej zmiany oraz zabieg angioplastyki – według typowych wskazań. Kolejnym etapem realizacji projektu będzie 18-miesięczna obserwacja chorych. Zakładamy wykonanie kontrolnej koronarografii i badania ICUS-u wszystkich chorych, w okresie obejmującym obserwację odległą. Szacujemy przy tym, że łącznie u ponad 30% chorych wystąpią kliniczne wskazania do wykonania koronarografii.

Szczególnie dokładnie oceniane będą parametry morfometryczne zwężeń angiograficznie granicznych za pomocą angiografii ilościowej oraz ultrasonografii wewnątrzwieńcowej. Ponadto planujemy dwukrotnie (w okresie obserwacji wczesnej i odległej) wykonanie testu rozszerzenia tętnicy ramiennej, oceniającego funkcję śródbrzońka. Zarówno w obserwacji wczesnej, jak i odległej, analizie podlegać będą także: prezentacja kliniczna chorych, profil klinicznych

i biochemicznych czynników ryzyka choroby wieńcowej, w tym niektórych nieklasycznych – jak: stężenie białka C-reaktywnego oraz fibrynogenu w osoczu. Wszyscy chorzy bez przeciwwskazań będą leczeni inhibitorem konwertazy angiotensyny, beta-adrenolitykiem oraz statyną.

Projekt ma na celu wyróżnienie zmian szczególnie łatwo ulegających progresji lub destabilizacji, prowadzącej do wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, a także scharakteryzowanie zwężeń angiograficznie granicznych, lecz istotnych w ocenie ICUS. Zostanie także podjęta próba opracowania modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opartego na integracji wszystkich danych pochodzących z analizy klinicznej, biochemicznej, oceny funkcji śródbrzońka za pomocą testu rozszerzania tętnicy ramiennej oraz, przede wszystkim z inwazyjnego badania tętnic wieńcowych (koronarografia i ICUS). Do badania planujemy włączyć w sumie 100 chorych.

Główni wykonawcy:

lek. Janusz Kochman, prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski, dr n. med. Krzysztof J Filipiak,

lek. Joanna Wilczyńska, dr med. Jolanta Stanisławska

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie,

www.amwaw.edu.pl/cardiology

Badania nad możliwością poprawy wyleczalności chorych na raka żołądka w oparciu o prospektywne, randomizowane badania kliniczne nad nowymi metodami leczenia chirurgicznego i skojarzonego

Dr hab. n. med. Mariusz Frączek

Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM

W Polsce rocznie stwierdza się ok. 6.000 nowych przypadków raka żołądka. Jest to więc, mimo zmniejszającej się zapadalności, poważny problem epidemiologiczny. Od lat poszukuje się sposobów poprawy wciąż niezadowolających wyników leczenia.

Poprawa wyników leczenia możliwa jest dzięki większej wykrywalności wczesnych postaci raka, bądź dzięki wprowadzeniu bardziej skutecznych metod leczenia. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, iż agresywne postępowania

nie chirurgiczne, nawet jeżeli nosi znamiona braku radykalności onkologicznej jest najbardziej skuteczną metodą leczenia. Nie jest jednak jednoznacznie ustalony optymalny zakres resekcji narządu, jak i zakres wycięcia węzłów chłonnych dla różnych postaci zaawansowania raka żołądka. Podobnie wciąż poszukuje się miejsca dla teoretycznie uzasadnionych metod leczenia skojarzonego, zwłaszcza uzupełniającego doszczętność postępowania chirurgicznego.

Stan zaawansowania procesu nowotworowego, patomor-

fologia raka, jak również stan chorego wymuszają indywidualizację leczenia, którego celem jest przynajmniej poprawa jakości życia chorego, wydłużenie czasu przeżycia bądź wyleczenie. To ostatnie możliwe jest w przypadkach wczesnego wykrycia raka. Wskazują na to nieliczne, niestety – obserwacje własne, jak i dane z piśmiennictwa światowego.

Prowadzone w ubiegłych latach wieloośrodkowe prospektywne badania kliniczne w 8 ośrodkach w Polsce pozwoliły na zgromadzenie obfitego materiału chorych na raka żołądka. Ocenia się, że jest to jeden z większych materiałów klinicznych w skali światowej, co pozwala myśleć o włączeniu wyników do dorobku prowadzonych w świecie badań międzynarodowych.

Dotychczas prowadzone badania pozwoliły na określenie bardziej doskonałych rozwiązań organizacyjnych, zwłaszcza jeśli chodzi o wczesną wykrywalność raka żołądka. Niemniej odsetek wykrywalności wczesnych postaci raka pozostaje nadal niski. Taka sytuacja wymusza równoległe zajęcie się problemem doskonalenia programów leczenia bardziej zaawansowanych postaci nowotworu. Zasadniczym sposobem leczenia raka żołądka pozostaje radykalne leczenie chirurgiczne, dobrane indywidualnie, uwzględniające szereg czynników, takich jak patomorfologia raka, stan ogólny chorego czy indywidualne czynniki rokownicze. Kluczem do poprawy wyników leczenia – zwłaszcza w przypadkach zaawansowanych – jest rozległa i precyzyjna limfadenektomia, jak również uzupełnienie leczenia chirurgicznego chemioterapią systemową. Istnieje grupa chorych, u których stwierdza się obecność komórek nowotworowych w szpiku kostnym już w momencie rozpoznania choroby i zakwalifikowania do leczenia resekcyjnego. Z oczywistych względów nawet najdoskonalsza resekcja nie doprowadzi u tych chorych do wyleczenia, a chemioterapia systemowa podana w okresie przedoperacyjnym może stanowić jedyną szansę na poprawę wyników leczenia.

Realizację obecnego projektu badawczego przewiduje się na lata 2002 – 2005. W każdym roku trwania programu do badań włączonych zostanie 30 chorych (łącznie 90 pacjen-

tów). Głównym celem projektu jest dalsza poprawa wyników leczenia raka żołądka w Polsce. Planuje się przeprowadzenie prospektywnych, randomizowanych badań klinicznych, których zadania badawcze obejmują:

1. Opracowanie ostatecznych wyników dotychczasowego modelu wieloczynnikowego leczenia chorych na raka żołądka w wyniku sprawdzenia tzw. punktów końcowych, co pozwala na pełną ocenę umieralności i czasu przeżycia u chorych włączonych do badań w latach poprzednich

2. Przeprowadzenie klinicznych badań prospektywnych nad skutecznością współczesnych metod leczenia raka żołądka w zakresie:

a. Leczenia chirurgicznego – wycięcie całkowite żołądka *versus* wycięcie prawie całkowite; zakres wycięcia węzłów chłonnych D1 *versus* D2 dla raka wczesnego oraz D2 *versus* D3 dla raka zaawansowanego; ocena funkcji przewodu pokarmowego i komfortu przeżycia chorych w bliskim i odległym okresie po zabiegu w zależności od różnych sposobów odtworzenia funkcji rezerwuarowej po wycięciu całkowitym żołądka.

b. Leczenia skojarzonego – ocena modeli leczenia skojarzonego w badaniach randomizowanych (EAP, CDDP+5FU) stosowanych w formie leczenia adjuwantowego, neoadjuwantowego i paliatywnego wraz z oceną toksyczności chemioterapii.

c. Określenie wartości monitorowania i modyfikacji sposobu leczenia chirurgicznego oraz skojarzonego w oparciu o badanie niektórych czynników prognostycznych takich jak obecność komórek raka w krwi obwodowej, wynik badania histologicznego węzła wartowniczego, obecność komórek nowotworowych w szpiku kostnym.

3. Określenie w planowaniu sposobu leczenia roli czynników rokowniczych zależnych od: chorego, patomorfologii guza i metody leczenia.

4. Ustalenie przyczyn opóźnionej diagnostyki i złych wyników leczenia raka żołądka w Polsce.

5. Opracowanie wyników badań, analiza komputerowa

6. Publikacja wyników.

Warsztaty mikroskopowe firmy Olympus Optical Polska

Mgr Małgorzata Sieradzka

Biblioteka Główna AM

Microscopic workshops of Olympus Optical Polska

From 6th to 7th May, at the International Centre of Biocybernetics in Warsaw, Olympus Optical Polska organized microscopic workshops. These workshops were focused on modern techniques in fluorescent microscopy (potential of Cell R station) and advanced systems of image analysis (especially deconvolution technique). The lectures on the topics mentioned above were given by dr Anette Burzlaff from Olympus Europa and dr Christian Seel from Olympus BioSystems.

Each day of workshops consisted of three parts: lectures, practical presentation of microscopic systems at five research stations and specimen session (during which participants could try out microscopic systems using their own specimens).

During workshops the participants gained not only theoretical knowledge, but as well practical experiences referring to modern microscopic systems, among them the possibilities and potential of Cell R station – system used for measuring dynamic processes in live cells.

Workshops were attended by 120 scientists and research workers.

W dniach 6-7 maja br., na terenie Międzynarodowego Centrum Biocybernetyki w Warszawie przy ul. Trojdena, firma Olympus Optical Polska zorganizowała warsztaty mikroskopowe, poświęcone nowoczesnym technikom w mikroskopii fluorescencyjnej oraz zaawansowanym systemom analizy obrazu.

Plan każdego dnia warsztatów składał się z trzech części: wykładów, praktycznej prezentacji przygotowanych systemów mikroskopowych oraz sesji preparatowej. Dr Anette Burzlaff z Olympus Europa podczas wykładu nt. „Zaawansowanych technik analizy obrazu” zaprezentowała możliwości oprogramowania do dekonwolucji obrazu mikroskopowego. Dr Christian Seel z Olympus BioSystems w ramach wykładu „Nowoczesne techniki w mikroskopii fluorescencyjnej – możliwości stacji Cell R” przedstawił system prze-

znaczony do prowadzenia obserwacji procesów dynamicznych, stanowiący idealne rozwiązanie w zaawansowanych technikach mikroskopowych takich jak FRAP, FRET, TIRF, ratio imaging, time laps imaging.

Po wykładach odbyły się prezentacje pięciu stanowisk badawczych:

1. Stacja badawcza „Cell R”, służąca do obserwacji procesów dynamicznych.
2. Automatyczny system mikroskopowy Olympus IX81 z możliwością cyfrowej rejestracji obrazów z wykorzystaniem kamery DP70 i oprogramowania analySIS.
3. Zautomatyzowany system rejestracji i analizy obrazów fluorescencyjnych przy użyciu mikroskopu Olympus BX51 i kamery monochromatycznej F-View.



4. Oprogramowanie analySIS firmy Soft Imaging Systems.

5. Komputerowa rekonstrukcja 3D obrazów mikroskopowych w oparciu o oprogramowanie firmy Bitplane.

Po zakończeniu prezentacji stanowisk roboczych odbyła się sesja preparatowa, podczas której uczestnicy mogli zapoznać się bliżej z interesującymi ich systemami oraz wypróbować ich możliwości na przywiezionych przez siebie preparatach i zrobić ich dokumentację.

Warsztaty zorganizowano w sposób profesjonalny, który

służył zarówno zdobyciu wiedzy teoretycznej, jak i praktycznych doświadczeń związanych z nowoczesnymi systemami mikroskopowymi. Podczas sesji praktycznych oraz w trakcie przerw można było nawiązać bezpośredni kontakt z wykładowcami i uzyskać wiele szczegółowych informacji, a także wymienić doświadczenia z uczestnikami z innych ośrodków naukowych.

W warsztatach wzięło udział ok. 120 uczestników, pracowników naukowych z uczelni medycznych i instytutów badawczych z całej Polski.

PRZYSZŁOŚĆ NOWYCH TECHNIK MIKROSKOPOWYCH W MEDYCYNIE

Wywiad z przedstawicielem firmy Olympus Optical Polska

Małgorzata Sieradzka: Czy obecne warsztaty są pierwszymi tego rodzaju warsztatami?

Jacek Reinhold: Nie, są to już kolejne warsztaty organizowane przez firmę Olympus Optical Polska.

Jak przebiegał postęp w dziedzinie technologii mikroskopowych?

Początkowo obserwacje były prowadzone w tradycyjnym mikroskopie, potem nastąpił rozwój technik barwienia preparatów, najpierw w kierunku mikroskopii świetlnej, później w kierunku mikroskopii fluorescencyjnej. Pojawiła się potrzeba, aby obserwowane obrazy dokumentować, i tak rozwijała się fotografia klasyczna.

Nastąpił postęp w dziedzinie technologii komputerowych, w tym również fotografii cyfrowej, co umożliwiło obserwacje zjawisk, które dawniej były niedostępne z powodu np. bardzo słabego sygnału oraz procesów dynamicznych, tak, aby całe sekwencje zdarzeń mogły być rejestrowane i oglądane na ekranie monitora komputerowego. Możemy obecnie zaprojektować własne stanowisko badawcze w ten sposób, że mając odpowiedni zestaw mikroskopowy, urządzenie rejestrujące wraz z programem komputerowym, ustalamy szczegółowe parametry pomiarów, dotyczące np. rodzaju wzbudzenia, czasu ekspozycji i powtarzalności tej ekspozycji, i system wykonuje poszczególne pomiary, realizując eksperyment krok po kroku, zgodnie z tym, co zaplanowaliśmy w programie.

Czy te systemy są już dostępne na rynku?

Olympus Europa powołał specjalną spółkę Olympus Biosystems, której zadaniem jest wprowadzenie na rynek kompletnych systemów badawczych służących do obserwacji procesów życiowych przebiegających w żywych komór-

kach, za pomocą technik fluorescencyjnych, jak również ich rejestracji i obróbki uzyskanych danych w komputerze.

Czy mikroskopia fluorescencyjna jest stosowana powszechnie w badaniach np. w klinikach?

To jest bardzo znana technika badawcza, która ma szerokie zastosowanie zarówno w rutynowych badaniach diagnostycznych, jak i w zaawansowanych pracach badawczych prowadzonych w klinikach i ogólnie jest wykorzystywana w biologii i medycynie.

W jakich szczególnych przypadkach w medycynie, czy jest pomocna np. w diagnostyce nowotworów?

Oczywiście tak. Stale rozwijają się kierunki związane z genetyką, gdzie specjalne barwienia fluorescencyjne chromosomów czy fragmentów chromosomów pozwalają wykryć geny, które są odpowiedzialne np. za dziedziczenie



Mgr Jacek Reinhold, Manager działu Mikroskopów Olympus Optical Polska

pewnych chorób nowotworowych. W przypadku niektórych schorzeń metody fluorescencyjne są stosowane w rutynowej diagnostyce (np. diagnostyce gruźlicy czy innych chorób wywoływanych przez bakterie i wirusy). Coraz częściej stosuje się także badania prenatalne, chociaż nie są one w Polsce tak powszechne jak w innych krajach na świecie, gdzie dziedzina ta bardzo szybko się rozwija, mimo dość wysokich kosztów.

Natomiast prezentowana przez nas w ramach warsztatów stacja Cell R do pomiarów procesów dynamicznych zachodzących w żywych komórkach jest systemem służącym do badań eksperymentalnych.

Jaki kraj w tej chwili przoduje w rozwijaniu innowacyjnych technik związanych z mikroskopami?

W Japonii i USA rozwój nauki jest najszybszy i najbardziej spektakularny, natomiast jest wiele innych ośrodków, także europejskich, które mają w tej dziedzinie osiągnięcia o znaczeniu światowym.

Czy te nowoczesne systemy mikroskopowe są kupowane głównie przez kliniki, czy ośrodki badawcze, laborato-

ria? Kto jest w tej chwili ich głównym odbiorcą w Polsce?

Głównie ośrodki naukowe. Kliniki, które mają możliwość pozyskania środków na badania, czy to z Ministerstwa Nauki i Informatyzacji, czy z innych źródeł, są również w kręgu naszych odbiorców.

Czy po wejściu Polski do Unii spodziewa się pan obniżenia cen sprzętu mikroskopowego, czy też przeciwnie?

W przypadku zaawansowanych systemów mikroskopowych ich produkcja nie jest i nie będzie produkcją masową, tak w skali światowej, jak i europejskiej; więc koszty produkcji, a co za tym idzie i ceny, są i będą dosyć wysokie.

Natomiast, jeżeli chodzi o kontakty z Unią Europejską, to tutaj stawka celna na wiele produktów już obecnie jest zerowa. W przypadku produktów japońskich istnieje możliwość, że ceny zmaleją. W przypadku np. urządzeń cyfrowych ceny systematycznie maleją, urządzenia stają się coraz bardziej dostępne i są powszechnie stosowane do dokumentacji mikroskopowych na polskim rynku.

Dziękuję za rozmowę.

DYDAKTYKA

PIELĘGNIARSTWO CHIRURGICZNE W NAUCZANIU LICENCJACKIM

Mgr Małgorzata Papiernik, mgr Alicja Wieczorek
Wydział Nauki o Zdrowiu AM

Nauczanie pielęgniarstwa chirurgicznego odbywa się w czasie 35 godzin zajęć seminaryjnych oraz 40 godzin zajęć praktycznych.

Zajęcia seminaryjne i praktyczne realizowane są w trzecim semestrze. Realizacja zajęć przygotowuje studenta do sprawowania opieki nad chorym leczonym chirurgicznie.

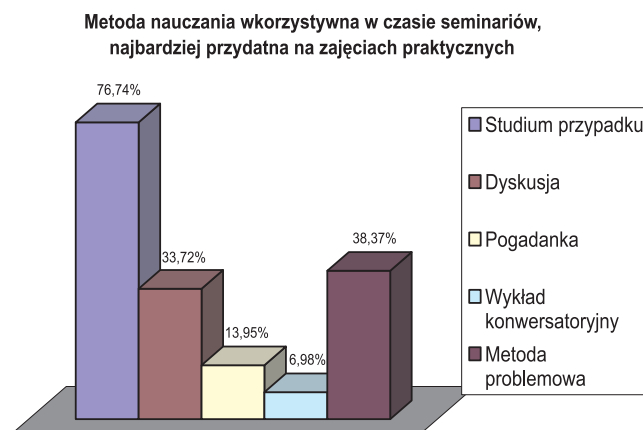
Badania ankietowe przeprowadzono w grupie 86 studentów II roku pielęgniarstwa a ich celem było uzyskanie odpowiedzi na pytania:

- czy zastosowane metody dydaktyczne na zajęciach seminaryjnych ułatwiają studentom pracę z chorym w oddziale?
- na którym etapie procesu pielęgnowania studenci napotykają największą trudność?

Seminaria z pielęgniarstwa chirurgicznego prowadzone są w 20-osobowych grupach i realizowane są z zastosowaniem różnych metod dydaktycznych. Wiodącą metodą jest studium pacjenta, w którym uwzględniony jest pełny, zaawansowany obraz kliniczny danej jednostki chorobowej, określony stan psychiczny oraz sytuacja społeczna pacjenta.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż 76,74% studentów uważa, że właśnie ta metoda ułatwia im pracę z chorymi na zajęciach praktycznych.

Jak widać metoda studium pacjenta jest w pełni akceptowana przez studentów.



Zastosowana metoda nauczania:

- zachęca do interakcji i aktywnego poszukiwania informacji przez studenta
- rozwija umiejętność myślenia analitycznego i krytycznego
- zachęca studenta do współpracy i uczenia się od innych członków grupy
- promuje pewność siebie i umiejętność zajęcia jasno sprecyzowanego stanowiska w dyskusji

Powyższe umiejętności pomagają studentom znaleźć właściwe miejsce w drugim etapie kształcenia, jakim są zajęcia praktyczne w oddziale szpitalnym.

Zajęcia praktyczne odbywały się w kilkuosobowych grupach w wymiarze 40 godzin z pielęgniarstwa chirurgicznego. Dla grupy badanych studentów był to pierwszy kontakt z oddziałem chirurgicznym, w związku z tym zwrócono szczególną uwagę na nawiązanie kontaktu z pacjentem.

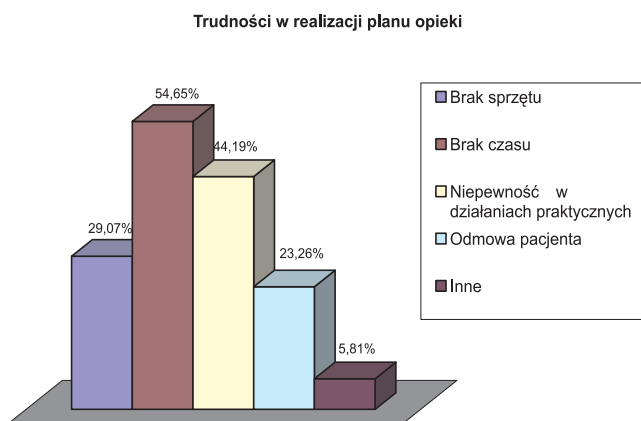
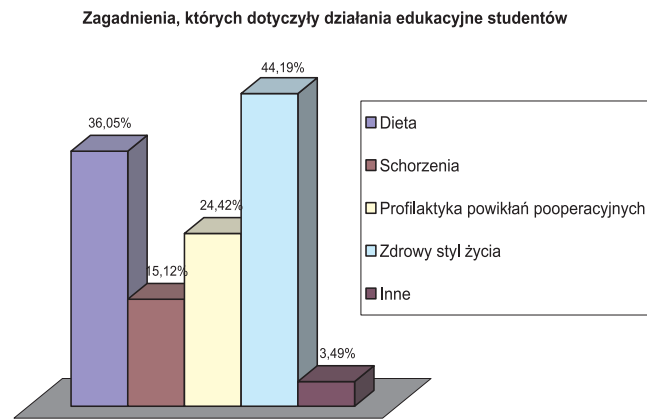
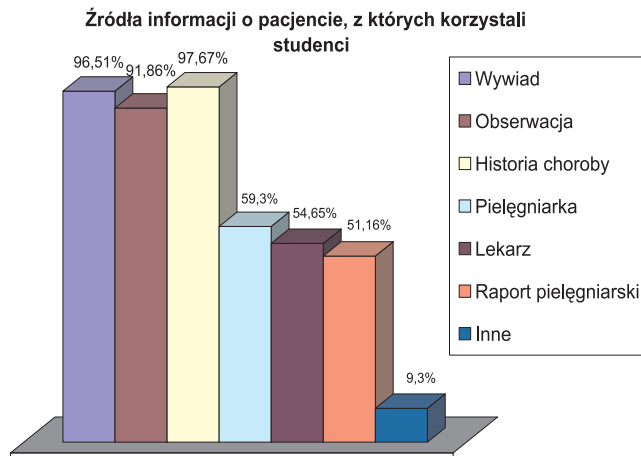
Nawiązanie kontaktu z pacjentem w oddziale nie stanowiło trudności dla większości studentów – 89,53% ankietowanych nie miało problemów z nawiązaniem kontaktu z pacjentem. Zbierając informacje o chorym najczęściej studentów skorzystało z historii choroby. Nie bez znaczenia jest również wywiad i obserwacja. Duży procent badanych podaje lekarza i pielęgniarkę jako źródło informacji o chorym, co świadczy o bardzo dobrej współpracy zespołu terapeutycznego.

Dokonanie oceny stanu pacjenta tylko u niewielkiej grupy studentów sprawiło trudności 9,3% a pozostałe 90,75 nie miało z tym żadnych problemów.

Z wyłonieniem problemów pielęgnacyjnych u pacjenta na podstawie zebranych danych trudności miało tylko 4,65% studentów. Planując opiekę nad chorym, 91,8% studentów uwzględniło wszystkie wcześniej wyłonione problemy.

W realizacji planu opieki nad pacjentem studenci napotkali też na trudności.

Największą trudnością dla studentów był brak czasu oraz niepewność w działaniach praktycznych. Te trudności są ze sobą ściśle powiązane, ponieważ jedna wynika z drugiej. Za brak sprzętu studenci uważają niedostateczną liczbę rękawiczek. Odmowa pacjenta wynikała z braku zaufania do kwalifikacji i umiejętności studenta.



Podczas trwania zajęć praktycznych 62,8% badanych podjęło działania edukacyjne w stosunku do chorego. Działania edukacyjne dotyczyły w większości zdrowego stylu życia i diety.

Edukacja pacjenta wynikała w 22,09% z inicjatywy nauczyciela, natomiast w pozostałych przypadkach z własnej inicjatywy badanych.

W przygotowaniu chorego do badań diagnostycznych wzięło udział 45,35% studentów (głównie badania endoskopowe). Wynika z tego, że duża grupa studentów czuje się niepewnie w działaniach edukacyjnych.

Wnioski

Stosowane metody nauczania przygotowują studenta do podjęcia całościowej opieki nad pacjentem leczonym chirurgicznie.

Najtrudniejszym etapem procesu pielęgnowania jest realizacja planu opieki. Studentom potrzeba więcej czasu na realizację procesu pielęgnowania oraz na doskonalenie swoich umiejętności praktycznych.

Analiza szczegółowa badań u autorek.

Biuro Karier – rynek szans czy też szansa dla rynku

Mgr Joanna Matlak, mgr Jakub Sokolnicki
Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia AM

Career Service – the market of opportunities or opportunity for the market ?

Career Service, which basic aim is to help students and postgraduates to start a professional career, became, within the last years, widely known as an important part of most higher education institutions in Poland.

The idea of Career Service came to Poland from Western European countries, among which Great Britain has the longest tradition of cooperation between academies and public institutions dealing with job market, as well as employers.

Career Service answers to the current job market demand to employ people with certain skills and experience, by helping students and postgraduates to develop these skills and abilities. One of the main tasks of academic Career Service is to have personnel advisory services for groups and for individuals. Training usually includes such topics as: writing curriculum vitae, letter of intent, selfpresentation and interview.

Career Services also gives its clients access to address data base of employers/companies, catalogues and information about postgraduate studies and summer internships.

At Medical University of Warsaw the Department of Didactics and Teaching Effects, which started its activity from September 2002, plays the role of Career Service.

Biuro Karier, Centrum Promocji Zawodowej Studentów i Absolwentów, Centrum Promocji i Kariery – te nazwy już na dobre zagościły w krajobrazie wyższych uczelni w Polsce i stały się istotnym elementem życia akademickiego.

Jest to zjawisko jednak nadal dość nowe, wzbudzające zainteresowanie, ale rodzące również wiele pytań i dyskusji. Celem tego artykułu jest przybliżenie tej tematyki, wskazanie jej głównych cech i genezy.

Biuro Karier – bo ta nazwa używana jest najczęściej jako odpowiednik angielskiego „Career Service” – w założeniu jest inicjatywą mającą na celu pomóc studentom i absolwentom uczelni w płynnym i efektywnym przejściu ze świata edukacji do świata pracy. To może nazbyt definicyjne ujęcie wskazuje jednak na bardzo istotny element stanowiący o specyfice działań podejmowanych przez Biura Karier.

Tradycyjny model kształcenia akademickiego w znacznym stopniu opierał się na założeniu, że przekazywana w trakcie studiów wiedza merytoryczna i umiejętności są wystarczającym zasobem umożliwiającym absolwentowi wejście w dalsze życie zawodowe. Decyzja o wyborze i realizacji ścieżki zawodowej miała charakter w pełni osobisty, a troska o studenta kończyła się wraz z momentem opuszczenia przez niego uczelni. Sytuacja ta powoli jednak się zmienia. Wynika to zarówno z sytuacji wyższych uczelni, które w coraz większym stopniu zmuszone są do wzajemnego konkutowania w pozyskiwaniu nowych słuchaczy, jak i z sytuacji na rynku pracy, który stawia coraz wyższe wymagania wobec młodych osób, nie zawsze odpowiednio przygotowanych do podjęcia startu zawodowego.

Jednym z najważniejszych zasobów wyższej uczelni są studenci – ich indywidualny sukces na rynku pracy przekłada się na zwiększoną atrakcyjność i prestiż uczelni, której są absolwentami. Współczesne systemy edukacyjne opierające się na kształceniu masowym muszą się liczyć z coraz większymi trudnościami w odpowiedniej alokacji studentów na rynku pracy. Postęp technologiczny wymusza modyfikację zakresu kompetencji w wielu istniejących zawodach i powstawanie nowych zawodów. Badania i analizy rynku pracy jednoznacznie wskazują, że to właśnie młodzi ludzie w największym stopniu narażeni są na pozostawanie bez pracy. Pracodawca mając wybór, chętniej zatrudnia osobę mającą już doświadczenie zawodowe. Wyższe wykształcenie mające być czynnikiem zwiększającym szanse na rynku pracy nie jest już dziś gwarantem znalezienia odpowiedniego zatrudnienia.

Rynek pracy wymaga nie tylko praktycznego potwierdzenia zdobytych umiejętności, ale zmusza do częstego podnoszenia swoich kwalifikacji. Cenionymi wartościami są: otwartość, mobilność, interdyscyplinarność wiedzy, chęć dostosowywania się do zmieniających się potrzeb. Czy obecny model kształcenia na poziomie akademickim przygotowuje absolwentów do sprostania tym wymogom? Czy uczelnia w wystarczającym stopniu interesuje się losami własnych absolwentów umożliwiając im rozwój umiejętności zwiększających ich szansę trwałego zaistnienia na rynku pracy i osobistego sukcesu?

Próba odpowiedzi na te niezwykle istotne pytania jest koncepcja Biur Karier. Jest to szansa na połączenie ze sobą

dwóch na pozór przeciwstawnych obszarów: wiedzy i pracy, jest to szansa na zachowanie odpowiedniego transferu ze świata edukacji do świata rynku pracy.

Koncepcja Biura Karier przywędrowała do Polski z Europy Zachodniej. Największe tradycje w tym obszarze ma Wielka Brytania, gdzie tego typu inicjatywy z powodzeniem funkcjonują już od 40–50 lat. Tam współpraca między uczelnią, instytucjami publicznymi zajmującymi się rynkiem pracy i pracodawcami ma najbardziej zinstytucjonalizowany charakter i przynosi najlepsze efekty. Również w innych krajach europejskich, ale także i w Stanach Zjednoczonych Biura Karier stały się istotnym elementem funkcjonowania wyższych uczelni. W Polsce pierwsze Biuro Karier powstało w roku 1993 na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. W 1998 roku powołana została nawet Ogólnopolska Sieć Biur Karier – będąca platformą programową skupiającą organizacje tego typu z całej Polski. Na początku skupiała ona 8 Biur Karier, rok później było ich już 19. W roku 2003 certyfikaty OSBK miało już ponad 60 Biur, a ich łączna ilość przekroczyła już 130. Skala tego zjawiska pokazuje jak wielkie nadzieje, jak i wielkie zadania stawiają uczelnie przed biurami Karier.

Powołanie Biura Karier jest autonomiczną decyzją władz uczelni, jego usytuowanie w strukturze i nazwa uzależnione są od specyfiki wyższej uczelni. Najczęściej jednak umieszczane są one w działach zajmujących się dydaktyką i promocją uczelni. Kadre Biura Karier powinni stanowić specjaliści z takich dziedzin jak: psychologia, socjologia, pedagogika czy doradztwo zawodowe. Ważną rolę we właściwym funkcjonowaniu tej struktury jest współpraca i wymiana informacji z władzami uczelni i samorządem studenckim.

Biuro Karier jest tym miejscem w uczelni, gdzie studenci oraz absolwenci powinni uzyskać pełną wiedzę na temat interesującego ich obszaru rynku oraz pomoc w znalezieniu zatrudnienia zgodnego z ich kwalifikacjami i aspiracjami zawodowymi. Do głównych zadań należy promocja danej uczelni w makroregionie, studentów i absolwentów wśród potencjalnych pracodawców, prowadzenie doradztwa grupowego i indywidualnego oraz prowadzenie badań i analiz pod kątem rynku pracy. Każde Biuro Karier ze względu na specyfikę uczelni na której działa ma odmienne problemy do zdefiniowania i rozwiązania oraz określony rynek pracy do zbadania.

Jednym z podstawowych zadań jest prowadzenie poradnictwa zawodowego, czyli procesu, w którym pomagają się zarówno jednostkom, jak i grupom w wyborze przyszłej pracy. Poradnictwo grupowe prowadzone jest w ramach kursów lub szkoleń na tematy związane z podjęciem przyszłej pracy lub samorozwoju. Mają one na celu ukierunkować uczestnika i przygotować go zarówno do poszukiwania pracy, jak i kontaktu z przyszłym pracodawcą. Dlatego najczęściej szkolenia obejmują takie tematy jak: pisanie życiory-

sów, listów motywacyjnych, autoprezentację czy rozmowę kwalifikacyjną. Mają też za zadanie informowanie o dynamice zmian na rynku pracy w danej dziedzinie. Zajęcia grupowe służą większej liczbie studentów, dlatego często prowadzą do wymiany poglądów, doświadczeń i problemów z jakimi spotkali się przy szukaniu pracy, przełamują bariery komunikacyjne oraz bardziej integrują studentów, a w przyszłości absolwentów, którzy spotkają się na rynku pracy i być może pomogą sobie nawzajem przez wymianę doświadczeń. Każdy student w zależności od potrzeb może umówić się na rozmowę, aby zweryfikować otrzymaną ofertę pracy lub przedyskutować ewentualny problem z dokumentami aplikacyjnymi.

Istotną rolę odgrywają też porady indywidualne i konsultacje. Szczególnie ważne są one dla osób kończących studia, ponieważ osoby te często nie wiedzą czego oczekują, jakie mają predyspozycje i co sobą reprezentują. Rozmowa doradczą ma na celu pomóc im w samopoznaniu, zdefiniowaniu predyspozycji oraz uświadomieniu dotychczasowych osiągnięć, doświadczeń i umiejętności. Natomiast inną formą rozmowy są konsultacje, które polegają na wyjaśnieniu czy doinformowaniu w konkretnej sprawie np. przy przygotowaniu CV, odbyciu próbnej rozmowy kwalifikacyjnej itp.

Studenci i absolwenci dzięki działalności Biura Karier mogą liczyć na pomoc w zbieraniu informacji o firmach. Mogą swobodnie korzystać z informatorium, gdzie znajdują się książki pomocne w poruszaniu się po rynku pracy, foldery i katalogi z adresami potencjalnych pracodawców czy informacje o zawodach, studiach podyplomowych lub praktykach i stażach wakacyjnych.

Biura Karier przyczyniają się w dużej mierze do promocji uczelni na rynku pracy, ponieważ promując studentów promują też uczelnię. Dobrze przygotowani kandydaci do pracy, umiejący znakomicie zaprezentować się, zostają zapamiętani, a to otwiera drogę ich młodszym kolegom. W obecnych czasach bardzo duże znaczenie ma promocja uczelni, gdyż zarówno licealiści, jak i firmy zwracają uwagę na to, co dana uczelnia oferuje studentom, czy szybko znajdują pracę, jakiego rodzaju imprezy ogólnodostępne organizuje oraz jak się reklamuje.

Nieodłącznym zadaniem biur Karier jest też nawiązanie i utrzymywanie kontaktów z pracodawcami poprzez gromadzenie informacji o firmach branżowych, pozyskiwanie atrakcyjnych ofert pracy, organizowanie prezentacji firm i targów pracy. To właśnie pracodawcy stawiają wymagania do których student musi się dopasować. Niestety to nie zawsze jest łatwe, ponieważ często poszukiwane są osoby z kilkuletnim stażem pracy. Dlatego istotna jest promocja studentów i uczelni, aby ułatwić im poruszanie się po rynku pracy i ewentualnie podpowiedzieć co trzeba zrobić, aby szanse na znalezienie zatrudnienia wzrosły.

Przedstawiając ogólnie działalność Biur Karier, staraliśmy się podkreślić jak ważną rolę pełnią one w wyższych uczelniach, gdyż pomagają studentom i absolwentom odnaleźć się na rynku pracy. Odgrywają one też istotną rolę w promocji absolwentów i samej uczelni przez co zwiększają szanse na pozyskanie przyszłych studentów. Ze względu na duże bezrobocie młodzi ludzie przy wyborze uczelni

zwracają też uwagę na to, czy mogą otrzymać w niej pomoc tak w trakcie studiów, jak i po ich zakończeniu.

W Akademii Medycznej rolę Biura Karier pełni Pracownia Dydaktyki i Efektów Kształcenia, która rozpoczęła swą działalność od połowy września 2002 roku. Mamy nadzieję, że wkrótce będziemy mogli zaprezentować na łamach tego pisma naszą szczegółową działalność.

Opinia studentów o nauczaniu biochemii na III roku Wydziału Farmaceutycznego w świetle badań ankietowych z lat 1998-2003

*Prof. dr hab. Jan Pachecka, Mgr Piotr Tomaszewski, Mgr Grażyna Kubiak-Tomaszewska
Katedra i Zakład Biochemii i Chemii Klinicznej Wydziału Farmaceutycznego AM*

Nauczanie biochemii na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Warszawie ma na celu zapoznanie studentów z funkcjonowaniem żywej materii w oparciu o jej budowę molekularną oraz metabolizm, w stopniu pozwalającym na zrozumienie w toku dalszych studiów zagadnień:

- laboratoryjnego różnicowania stanów fizjologicznych i patologicznych organizmu człowieka;
- biologicznego wytwarzania leków;
- mechanizmu działania oraz metabolizmu leków i innych substancji egzogennych.

Dla osiągnięcia powyższych celów niezbędne jest:

- zrozumienie budowy i funkcji biologicznych białek, kwasów nukleinowych, węglowodanów, lipidów oraz hormonów i witamin;
- zapoznanie się z metodami wykrywania i oznaczania wspomnianych wyżej substancji i ich metabolitów oraz metodami badania kinetyki reakcji enzymatycznych;
- poznanie głównych szlaków metabolicznych i ich współzależności wraz z mechanizmami regulacji;
- nabycie umiejętności praktycznego wykorzystania zdobytych wiadomości do zrozumienia procesów fizjologicznych i patologicznych ustroju oraz wpływu na te procesy leków i substancji toksycznych;
- ukształtowanie postawy twórczego rozwiązywania problemów farmaceutycznych w oparciu o postęp nauk.

Kurs biochemii realizowany jest przez zespół dydaktyczny Katedry i Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej w semestrze zimowym III roku studiów i obejmuje: 45 godzin

wykładów i 75 godzin ćwiczeń laboratoryjnych, w tym 20 godzin seminariów, 3 kolokwia, 4 kartkówki oraz egzamin.

Program nauczania obejmuje następujące treści:

- struktura i funkcje biologiczne białek;
- podstawy biokatalizy – enzymologia;
- molekularna organizacja oraz aktywność błon biologicznych;
- bioenergetyka;
- metabolizm węglowodanów;
- metabolizm lipidów;
- katabolizm białek i aminokwasów;
- molekularne mechanizmy biosyntezy oraz funkcje DNA i RNA;
- mechanizmy biosyntezy białek;
- mechanizmy działania oraz metabolizmu leków i innych substancji egzogennych.

Materiał i metoda

W celu oceny zwrotnej nauczania biochemii na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie przeprowadzana jest, począwszy od 1998 r., ankieta dydaktyczna, której respondentami są studenci III roku, po zakończonym kursie biochemii. Ankieta ma charakter anonimowy i dobrowolny, co oznacza, iż student ma prawo nie udzielić odpowiedzi na wszystkie lub wybrane pytania ankiety.

Liczba ankietowanych w odniesieniu do ogółu studentów nauczanych biochemii w latach 1998-2003 oscylowała wo-

Tabela 1. Liczba respondentów badań ankietowych w latach 1998-2003 w odniesieniu do liczby studentów nauczanych biochemii.

| | 1998 r. | 1999 r. | 2000 r. | 2001 r. | 2002 r. | 2003 r. |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Liczba studentów nauczanych biochemii | 150 | 150 | 143 | 165 | 144 | 163 |
| Liczba ankietowanych | 130 (86,7%) | 134 (89,3%) | 119 (83,2%) | 134 (81,2%) | 126 (87,5%) | 129 (79,1%) |

kół 84,5 % (tab. 1).

Ankieta w roku 1998 obejmowała 24 pytania zaklasyfikowane do 5 bloków zagadnień opiniowanych. Począwszy od roku 1999 blok II poszerzono o jedno pytanie:

Blok I. Opinie dotyczące przedmiotu:

1. Wiadomości z poprzednich lat studiów pomogły mi w uczeniu się biochemii:

a) bardzo, b) trochę, c) niezbyt, d) w ogóle nie.

2. Przedmiot jest dla mnie:

a) bardzo interesujący, b) interesujący, c) niezbyt interesujący, d) zupełnie mnie nie interesuje.

3. Uczenie się biochemii było dla mnie:

a) łatwe, b) dość łatwe, c) niezbyt łatwe, d) trudne.

4. Uważam, że dla moich dalszych studiów wiedza z zakresu biochemii jest:

a) niezbędna, b) przydatna, c) mało przydatna, d) niepotrzebna, e) nie wiem.

5. Uważam, że dla mojej przyszłej pracy zawodowej wiedza z zakresu biochemii jest:

a) niezbędna, b) przydatna, c) mało przydatna, d) niepotrzebna, e) nie wiem.

W blokach II, III, IV i V respondenci opiniowali postawione tezy, zaznaczając wybrany wariant opinii zgodnie ze schematem: a) tak, b) raczej tak, c) raczej nie, d) nie.

Blok II. Opinie dotyczące Zakładu:

1. W działalności Zakładu nauczanie zajmuje ważne miejsce.

2. Zajęcia dydaktyczne są dobrze zorganizowane, odbywają się punktualnie, zgodnie z planem.

3. Nauczyciele akademicki dbają o to, by studenci wiedzieli skąd czerpać potrzebne wiadomości, poprzez informowanie o dostępnych podręcznikach oraz innych materiałach pomocniczych.

4. Zapewniona jest dokładna informacja dotycząca rozkładu i programu zajęć oraz trybu i kryteriów zaliczania, a także praw i obowiązków studentów.

5. *Przygotowany przez zespół dydaktyczny Zakładu *Przewodnik Dydaktyczny do Zajęć z Biochemii* przedstawia treści nauczania, tematykę wykładów i seminariów, zakres

materiału obowiązujący do kolokwiów, zestawy pytań egzaminacyjnych oraz tematykę i metodykę ćwiczeń laboratoryjnych, jest pomocny w prawidłowym przygotowaniu się do seminariów, ćwiczeń, kolokwiów i egzaminu (*pytanie wprowadzone do ankiety od roku 1999).

Blok III. Opinie dotyczące pracy nauczycieli akademickich:

1. Nauczyciele dysponują obszerną i głęboką wiedzą z zakresu nauczanego przedmiotu.

2. Asystent potrafi umiejętnie przekazywać wiedzę.

3. Asystent jest punktualny, dobrze organizuje pracę, prowadzi zajęcia sumiennie, widać, że jest do nich przygotowany.

4. Asystent życzliwie i po koleżeńsku odnosi się do studentów, chętnie im pomaga, umie wzbudzić ich zainteresowanie, zachęca do pytań i dyskusji.

5. Nauczyciel prezentuje wysoki poziom etyki i uczy właściwego stosunku do studiów, może stanowić wzór osobowy.

Blok IV. Opinie o formach i treściach nauczania:

1. Studenci znają cele i program nauczania przedmiotu oraz zakres wymaganych wiadomości.

2. Treści nauczania są zgodne z programem zajęć i pokrywają się z zakresem wymagań.

3. Studentom podawane są wiadomości nowe.

4. W nauczaniu uwzględnia się najnowsze osiągnięcia wiedzy z danej dyscypliny.

5. Treści nauczania pozostają w związku i w zgodzie z treściami nauczania w ramach innych przedmiotów.

Blok V. Ogólne opinie o realizacji nauczania biochemii:

1. Zajęcia prowadzone są w sposób ciekawy i zrozumiały dla studentów, prowadzą je nauczyciele dobrze przygotowani, korzystający z odpowiednich pomocy naukowych.

2. Program zajęć jest tak ułożony, że opanowanie nauczanych treści, tematyka i układ zajęć tworzą logiczną całość.

3. Podczas zajęć możliwe jest zadawanie pytań, wyjaśnianie wątpliwości, dyskusja.

4. Sposób prowadzenia zajęć pobudza inicjatywę, zachęca do samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów.

5. Kończąc zajęcia mam odczucie, że nauczyłam (-em) się wielu ciekawych rzeczy.

Wyniki

Przeprowadzone w latach 1998-2003 badania ankietowe wykazały (tab. 2), iż zdaniem sześciu kolejnych roczników studentów, wiadomości z poprzednich lat studiów były bardzo pomocne w uczeniu się biochemii dla $7,0 \pm 4,8\%$ respondentów. Na częściową przydatność wskazało $51,6 \pm 5,6\%$ ankietowanych. Powyższe wyniki traktowane łącznie wskazują, iż około 59% respondentów zauważa znaczenie i użyteczność wiedzy chemicznej, biologicznej i fizycznej zdobytej w toku I i II roku studiów, dla prawidłowego rozumienia biochemii poznawanej na III roku studiów.

Biochemię za bardzo interesujący lub interesujący przedmiot nauczania uznało aż $85,6 \pm 2,3\%$ ankietowanych. Równocześnie uczenie się biochemii uznało za łatwe lub dość łatwe $40,8 \pm 4,5\%$ respondentów. Wyniki te potwierdzają powszechnie panującą wśród studentów opinię, iż biochemia jest dla zdecydowanej większości z nich przedmiotem interesującym, przy czym z racji na rozległość problematyki i liczne interdyscyplinarne powiązania (zwłaszcza z biologią molekularną i fizjologią), wymagającym sporego wysiłku intelektualnego i zaangażowania czasu w jego zgłębianie. Opinie te znalazły swój wyraz także w licznych uwagach własnych zamieszczanych w końcowej części corocznych ankiet.

Wnioskiem pośrednim, płynącym zarówno z powyższych opinii studentów, jak i z obserwacji przebiegu nauczania biochemii, jest potrzeba "umedyczenia" studiów farmaceutycznych, ze szczególnym wskazaniem na poszerzenie zakresu nauczania fizjologii na niższych latach studiów. Oczekiwaniom tym wychodzi naprzeciw nowy program nauczania zatwierdzony przez Radę Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie 19 czerwca 2002 r. i dostosowany do „Minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na kierunku farmacja”, przyjętych 11 lipca 2001 r. przez Konferencję Dziekanów Wydziałów Farmaceutycznych w Polsce. W programie tym, który wszedł w życie na pierwszym roku studiów z początkiem roku akademickiego 2002/2003 i będzie wprowadzany sukcesywnie w kolejnych latach na wyższych rocznikach studiów, liczba godzin dydaktycznych przeznaczonych na nauczanie fizjologii wzrosła z dotychczasowych 45 do 75 godzin (wzrost o 67%).

Wiedzę z zakresu biochemii w ocenie perspektywnej za przydatną lub wręcz niezbędną dla dalszych studiów uznało $77,9 \pm 3,9\%$ ankietowanych. Równocześnie $61,5 \pm 4,4\%$ respondentów uznało wiedzę z biochemii za przydatną lub wręcz niezbędną dla przyszłej pracy zawodowej. Przedstawione tu wyniki, będące przede wszystkim miarą stopnia

unaocznienia studentom znaczenia wiedzy biochemicznej w nauce przedmiotów kierunkowych na wyższych latach studiów oraz w przyszłej pracy zawodowej, dowodzą znaczącego stopnia świadomości co do przydatności zdobytej wiedzy.

Opiniując działalność dydaktyczną Katedry i Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej AM w Warszawie (tabela 3) $86,8 \pm 5,9\%$ ankietowanych uznało, poprzez wybór odpowiedzi "tak" lub "raczej tak", iż nauczanie zajmuje ważne miejsce w działalności Katedry. Ta pozytywna ogólna opinia znalazła potwierdzenie w ocenach poszczególnych aspektów działalności dydaktycznej. I tak, $89,7 \pm 4,7\%$ respondentów poparło tezę, iż zajęcia dydaktyczne są dobrze zorganizowane, odbywają się punktualnie, zgodnie z planem. Opinię, iż nauczyciele akademicy dbają o to, by studenci wiedzieli skąd czerpać potrzebne wiadomości, poprzez informowanie o dostępnych podręcznikach oraz innych materiałach pomocniczych, wyraziło $84,3 \pm 11,0\%$ ankietowanych. Tezę, iż zapewniona jest dokładna informacja dotycząca rozkładu i programu zajęć oraz trybu i kryteriów zaliczania, a także praw i obowiązków studentów poparło $90,0 \pm 8,7\%$ respondentów.

Analizując wyniki ankiety przeprowadzonej w 1998 r. zauważono, iż oceny dotyczące dwóch ostatnich, opisanych wyżej aspektów działalności dydaktycznej, tj. dostępności informacji o podręcznikach, innych materiałach pomocniczych, rozkładzie i programie zajęć, trybie i kryteriach zaliczania oraz prawach i obowiązkach studentów, były niższe o około 20% od ogólnej opinii co do organizacji, punktualności i zgodności z planem zajęć dydaktycznych z biochemii, prowadzonych przez Katedrę w tymże roku. Wnioski płynące z powyższej analizy oraz uwagi własne respondentów skłoniły zespół dydaktyczny Zakładu do opracowania *Przewodnika Dydaktycznego do Zajęć z Biochemii*, przedstawiającego treści nauczania, tematykę wykładów i seminariów, zakres materiału obowiązujący do kolokwium, zestawy pytań egzaminacyjnych oraz tematykę i metodykę ćwiczeń laboratoryjnych. Skrypt ten w swym założeniu miał stanowić jednolity, łatwo dostępny zbiór informacji pomocnych w prawidłowym przygotowaniu się studentów do seminariów, ćwiczeń, kolokwium i egzaminu. Pierwsze jego wydanie trafiło do rąk studentów w roku akademickim 1998/1999, następne zaś, uzupełnione i poprawione w latach akademickich 1999/2000, 2001/2002, oraz 2002/2003. W roku 2000 Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Warszawie przyznał zespołowi dydaktycznemu Katedry i Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej zespołową nagrodę dydaktyczną I za opracowanie *Przewodnika Dydaktycznego do Zajęć z Biochemii*.

Chcąc uzyskać ocenę zwrotną wprowadzonego *Przewodnika*, począwszy od roku 1999 uzupełniono blok II ankiety o

pytanie opiniujące przydatność tego skryptu. W latach 1999-2003 aż 94,5 ± 5,6% respondentów wyraziło opinię, iż *Przewodnik Dydaktyczny do Zajęć z Biochemii* jest pomocny w prawidłowym przygotowaniu się studentów do seminariów, ćwiczeń, kolokwium i egzaminu. Tak wysokiemu wskaźnikowi pozytywnych opinii o przydatności *Przewodnika* towarzyszył zasadniczy – ponad 20% wzrost odsetka pozytywnych opinii o dostępności informacji o podręcznikach, innych materiałach pomocniczych, rozkładzie i programie zajęć, trybie i kryteriach zaliczania oraz prawach i obowiązkach studentów, co wydaje się dowodzić, iż *Przewodnik* spełnił zadanie, jakie przyświecało jego opracowaniu i wprowadzeniu.

Opiniując pracę nauczycieli akademickich (tab. 3) prowadzących zajęcia z biochemii 91,7 ± 5,3% ankietowanych poparło tezę, iż nauczyciele dysponują obszerną i głęboką wiedzą z zakresu nauczanego przedmiotu. Świadczy to o dużym zaangażowaniu i dobrym przygotowaniu merytorycznym zespołu dydaktycznego. Równocześnie 80,1 ± 4,9% respondentów wyraziło opinię, poprzez wybór odpowiedzi "tak" lub "raczej tak", iż asystenci potrafią umiejętnie przekazywać wiedzę. Opinię, że asystenci są punktualni, dobrze organizują pracę, prowadzą zajęcia sumiennie i widać, że są do nich przygotowani wyraziło 87,0 ± 6,0% ankietowanych. Tezę, iż asystenci życzliwie i po koleżeńsku odnoszą się do studentów, chętnie im pomagają, umieją wzbudzić ich zainteresowanie, zachęcają do pytań i dyskusji, poparło 82,7 ± 5,4% respondentów.

Na kolejne postawione w ankiecie pytanie odpowiedzi twierdzące – "tak" lub "raczej tak", dowodzące, iż nauczyciele prezentują wysoki poziom etyki, uczą właściwego stosunku do studiów i mogą stanowić wzór osobowy, udzieliło 80,8 ± 3,7% respondentów. Uzyskane wyniki wskazują, iż wiedza merytoryczna, umiejętność jej przekazywania, sumiennosc, punktualność, życzliwość, inspiratywnosc oraz etyka osobista i zawodowa nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia z biochemii, zostały przez studentów ocenione wysoko.

Odpowiadając na pytania kolejnego – IV już bloku pytań (tab. 3), poświęconego treściom i formom nauczania, 87,1 ± 6,4% respondentów poparło tezę, iż studenci znają cele i program nauczania przedmiotu oraz zakres wymaganych wiadomości. Opinię, iż treści nauczania są zgodne z programem zajęć i pokrywają się z zakresem wymagań wyraziło 80,8 ± 9,4% ankietowanych. Stwierdzona wyraźna różnica w odsetku pozytywnych opinii na temat postawionej tu tezy, pomiędzy rokiem 1998 i latami późniejszymi (patrz tabela 2) na korzyść tych drugich jest, jak można przypuszczać, pochodną omawianych już wcześniej opinii dotyczących zaistniałej w roku akademickim 1997/1998 nie dość dobrej dostępności informacji o podręcznikach, innych materiałach

pomocniczych, rozkładzie i programie zajęć, trybie i kryteriach zaliczania oraz prawach i obowiązkach studentów. Może być także efektem wyraźnej poprawy jaka nastąpiła w tym względzie w latach następnych, w związku z wprowadzeniem *Przewodnika Dydaktycznego*.

Postawiona w kolejnym punkcie ankiety teza, iż studentom podawane są wiadomości nowe znalazła poparcie 79,9 ± 9,6% respondentów. Równocześnie opinię, iż w nauczaniu biochemii uwzględnia się najnowsze osiągnięcia wiedzy biochemicznej, wyraziło 68,0 ± 10,6% ankietowanych. Pewna dysproporcja pomiędzy ocenami tych dwóch zagadnień oraz opiniami uzyskanymi w przypadku poprzednio stawianych pytań, może być wynikiem nabytej przez studentów w toku studiowania świadomości, iż poznawane przez nich wiadomości stanowią arkana bardzo rozległej i dynamicznie rozwijającej się dyscypliny naukowej, której najnowsze osiągnięcia dotyczą zaawansowanych aspektów w ramach wąskich kierunków badawczych (często nie uwzględnianych w szerszym zakresie w toku podstawowego kursu biochemii dla studentów III roku Wydziału Farmaceutycznego). Wskaźniki te wydają się dowodzić, iż rozbudzone w toku nauki biochemii zainteresowania generują u licznych studentów potrzebę dalszego zgłębiania najnowszych kierunków biochemii i biologii molekularnej, co stać się może cennym przyczynkiem do wyboru kierunku dalszego kształcenia w ramach decyzji o specjalności.

Kolejna teza poddana weryfikacji w ramach ankiety, dotyczyła pozostawiania treści nauczania biochemii w związku i zgodzie z treściami nauczania innych, dotychczas poznawanych przedmiotów. Odpowiedzi twierdzące – "tak" lub "raczej tak" udzieliło 72,7 ± 6,3 % ankietowanych. Towarzyszące odpowiedziom uwagi własne respondentów wskazywały, iż aspekty chemiczne w ramach nauczania biochemii znajdowały liczne odniesienia w nabytej przez studentów wiedzy z zakresu chemii organicznej, fizycznej, analitycznej, ogólnej, czy też równolegle poznawanej chemii leków i farmakognozji. Równocześnie dał się odczuć niedosyt zaplecza wiedzy medycznej, zwłaszcza z zakresu fizjologii, potrzebnej do pełnego zrozumienia znaczenia procesów i zjawisk biochemicznych w warunkach prawidłowej czynności organizmu.

Odpowiadając na pytania ostatniego – V bloku ankiety, stanowiącego zespół opinii podsumowujących realizację nauczania biochemii dla studentów III roku Wydziału Farmaceutycznego (tabela 3), 72,6 ± 7,5% respondentów uznało, że zajęcia są prowadzone w sposób ciekawy i rozumiały dla studentów, prowadzą je nauczyciele dobrze przygotowani, korzystający z odpowiednich pomocy naukowych. Równocześnie 66,5 ± 8,8% ankietowanych wyraziło opinię, iż program zajęć jest tak ułożony, że opanowanie nauczanych treści, tematyka i układ zajęć tworzą logiczną całość. Liczne

uwagi własne zamieszczane przez respondentów w końcowej części corocznych ankiet wskazują, iż niższe poparcie dla ostatniej z analizowanych tez wynikało przede wszystkim z włączenia do programu biochemii w połowie semestru bloku zagadnień biologii molekularnej. Skumulowanie ciekawego, acz bardzo rozległego materiału biologii molekularnej, w ramach dwóch tygodni zajęć dydaktycznych, utrudniało, zdaniem studentów, skuteczne, rozumowe opanowanie materiału z tej niezwykle szybko rozwijającej się dziedziny. Poprawę przejrzystości układu treści programowych zarówno z zakresu biochemii klasycznej jak i biologii molekularnej, przyniesie, jak się oczekuje, wspomniany już wcześniej nowy program nauczania dostosowany do „Minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich na kierunku farmacja”. W programie tym, który zostanie wprowadzony w roku akademickim 2004/2005, biologia molekularna została wyodrębniona jako samodzielny przedmiot nauczany w wymiarze 30 godzin (15 godzin wykładów, 15 godzin ćwiczeń) w semestrze letnim III roku. Biochemia pozostanie przedmiotem nauczania w semestrze zimowym III roku w wymiarze 105 godzin (30 godzin wykładów, 75 godzin ćwiczeń). Nowy układ programu pozwoli na zapewnienie studentom solidnych podstaw wiedzy biochemicznej zdobywanych w semestrze zimowym, które w kolejnym semestrze zostaną twórczo wykorzystane dla opanowania treści programowych biologii molekularnej. W ten sposób spełniony zostanie pośrednio, pojawiający się od dawna w ankietach postulat studencki, dotyczący rozszerzenia dotychczasowego wymiaru nauczania biochemii na dwa semestry.

Koleją poddaną opiniowaniu respondentów tezę, iż podczas zajęć możliwe jest zadawanie pytań, wyjaśnianie wątpliwości, dyskusja, poparło aż $89,9 \pm 4,9\%$ respondentów.

Opiniując sposób prowadzenia zajęć $52,0 \pm 6,1\%$ ankietowanych uznało, iż pobudza on inicjatywę studentów, zachęca do samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów. Tę, z pozoru niespójną z poprzednimi wynikami ocenę, liczni ankietowani w kolejnych latach uzasadniali twierdzeniem, iż mimo aktywnych form nauczania stosowanych w dydaktyce biochemii, rozległość i złożoność koniecznego do opanowania materiału merytorycznego jest na tyle duża, przy niewystarczających podstawach wiedzy fizjologicznej, iż „nie wystarcza często czasu na samodzielne myślenie”. Poprawę sytuacji w tym zakresie przyniesie, jak można oczekiwać, wspomniany już dwukrotnie nowy program nauczania, który zakłada m. in. zwiększenie wymiaru nauczania fizjologii oraz wyodrębnienie biologii molekularnej i immunologii jako samodzielnych przedmiotów.

Podsumowując swe oceny dokonywane w toku badań ankietowych $77,1 \pm 6,9\%$ respondentów wyraziło opinię, iż kończąc zajęcia mają odczucie, że nauczyli się wielu ciekawych rzeczy. Stanowi to niewątpliwym sukces zespołu naukowo-dydaktycznego Katedry i może być źródłem dużego zadowolenia i satysfakcji z dobrze wykonywanej pracy dydaktycznej.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie przeprowadzonych w latach 1998-2003 badań ankietowych, służących ocenie nauczania biochemii przez studentów III roku Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie, wysnuć można następujące wnioski:

- prowadzone przez zespół dydaktyczny Katedry i Zakładu Biochemii i Chemii Klinicznej nauczanie bio-

Tabela 2. Procentowy udział odpowiedzi twierdzących na pytania bloku I

| Treść pytań | Odpowiedzi | Procentowy udział odpowiedzi | | | | | | średnia ± odchylenie standardowe |
|---|---------------------|------------------------------|------|------|------|------|------|--|
| | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | |
| Blok I: OPINIE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU | | | | | | | | |
| Wiadomości z poprzednich lat studiów pomogły mi w uczeniu się biochemii | bardzo | 3,1 | 5,2 | 9,2 | 15,7 | 4,8 | 3,9 | 58,6 ± 7,1 |
| | trochę | 51,5 | 55,2 | 58,8 | 47,8 | 42,9 | 53,5 | |
| Przedmiot jest dla mnie: | bardzo interesujący | 25,4 | 18,6 | 26,0 | 11,2 | 8,7 | 20,1 | 5,6 ± 2,3 |
| | interesujący | 60,7 | 68,6 | 63,0 | 73,1 | 75,4 | 62,8 | |
| Uczenie się biochemii było dla mnie: | łatwe | 5,4 | 2,2 | 5,9 | 4,5 | 7,9 | 5,4 | 40,8 ± 4,5 |
| | dość łatwe | 33,9 | 37,3 | 42,0 | 37,3 | 34,2 | 28,7 | |
| Uważam, że dla moich dalszych studiów wiedza z zakresu biochemii jest: | niezbędna | 10,8 | 12,7 | 22,7 | 9,7 | 11,9 | 17,8 | 77,9 ± 3,9 |
| | przydatna | 61,6 | 67,9 | 59,6 | 68,7 | 61,9 | 62,1 | |
| Uważam, że dla mojej przyszłej pracy zawodowej wiedza z zakresu biochemii jest: | niezbędna | 10,8 | 7,5 | 15,9 | 7,5 | 6,3 | 11,6 | 61,5 ± 4,4 |
| | przydatna | 49,2 | 56,0 | 52,9 | 51,5 | 55,5 | 44,2 | |

Tabela 3. Procentowy udział odpowiedzi twierdzących tj. "tak" i "raczej tak" na pytania bloków II, III, IV i V ankiety.

| Treść opiniowanych w ankiecie tez | Procentowy udział odpowiedzi twierdzących | | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|------|---------------------------------------|
| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | średnia ±odchylenie standardowe |
| Blok II: OPINIE DOTYCZĄCE ZAKŁADU | | | | | | | |
| W działalności Zakładu nauczanie zajmuje ważne miejsce | 81,6 | 94,7 | 88,9 | 91,0 | 85,5 | 79,0 | 86,8 ± 5,9 |
| Zajęcia dydaktyczne są dobrze zorganizowane, odbywają się punktualnie, zgodnie z planem | 88,5 | 89,4 | 94,1 | 96,2 | 86,4 | 83,8 | 89,7 ± 4,7 |
| Nauczyciele akademicy dbają o to, by studenci wiedzieli skąd czerpać potrzebne wiadomości, jakie są dostępne podręczniki, materiały pomocnicze | 66,9 | 93,9 | 93,2 | 93,3 | 79,4 | 79,1 | 84,3 ± 11,0 |
| Zapewniona jest dokładna informacja dotycząca rozkładu, programu zajęć, trybu i kryteriów zaliczania, a także praw i obowiązków studentów | 73,8 | 94,7 | 94,9 | 97,8 | 87,3 | 91,5 | 90,0 ± 8,7 |
| Przygotowany przez zespół dydaktyczny Zakładu „Przewodnik Dydaktyczny do Zajęć z Biochemii” przedstawia treści nauczania, tematykę wykładów i seminariów, zakres materiału obowiązujący do kolokwium, zestawy pytań egzaminacyjnych, oraz tematykę i metodykę ćwiczeń laboratoryjnych, i jest pomocny w prawidłowym przygotowaniu się do seminariów, ćwiczeń, kolokwium i egzaminu | * | 98,4 | 98,2 | 96,2 | 84,9 | 94,6 | 94,5 ± 5,6 |
| Blok III: OPINIE DOTYCZĄCE PRACY NAUCZYCIELI AKADEMICKICH | | | | | | | |
| Nauczyciele dysponują obszerną i głęboką wiedzą z zakresu nauczanego przedmiotu | 95,4 | 97,5 | 88,9 | 92,6 | 82,6 | 93,0 | 91,7 ± 5,3 |
| Asystent potrafi umiejętnie przekazywać wiedzę | 77,0 | 89,5 | 80,6 | 79,8 | 77,8 | 76,0 | 80,1 ± 4,9 |
| Asystent jest punktualny, dobrze organizuje pracę, prowadzi zajęcia sumiennie, widać, że jest do nich przygotowany | 83,8 | 96,0 | 91,5 | 86,5 | 85,0 | 79,1 | 87,0 ± 6,0 |
| Asystent życzliwie i po koleżeńsku odnosi się do studentów, chętnie im pomaga, umie wzbudzić ich zainteresowanie, zachęca do pytań i dyskusji | 83,8 | 86,3 | 89,9 | 82,8 | 74,6 | 79,0 | 82,7 ± 5,4 |
| Nauczyciel prezentuje wysoki poziom etyki i uczy właściwego stosunku do studiów, może stanowić wzór osobowy | 80,7 | 86,3 | 84,0 | 79,1 | 76,3 | 78,3 | 80,8 ± 3,7 |
| Blok IV: OPINIE O TREŚCIACH I FORMACH NAUCZANIA | | | | | | | |
| Studenci znają cele i program nauczania przedmiotu oraz zakres wymaganych wiadomości | 76,1 | 92,8 | 92,4 | 91,0 | 85,8 | 84,5 | 87,1 ± 6,4 |
| Treści nauczania są zgodne z programem zajęć i pokrywają się z zakresem wymagań | 63,0 | 85,7 | 85,6 | 88,9 | 78,6 | 82,9 | 80,8 ± 9,4 |
| Studentom podawane są wiadomości nowe | 86,1 | 89,6 | 89,0 | 76,8 | 68,3 | 69,7 | 79,9 ± 9,6 |
| W nauczaniu uwzględnia się najnowsze osiągnięcia wiedzy z danej dyscypliny | 59,2 | 81,6 | 76,5 | 72,4 | 64,2 | 54,2 | 68,0 ± 10,6 |
| Treści nauczania pozostają w związku i w zgodzie z treściami nauczania w ramach innych przedmiotów | 77,7 | 80,6 | 74,7 | 64,3 | 66,6 | 72,1 | 72,7 ± 6,3 |
| Blok V: OPINIE OGÓLNE O REALIZACJI NAUCZANIA BIOCHEMII | | | | | | | |
| Zajęcia prowadzone są w sposób ciekawy i zrozumiały dla studentów, prowadzą je nauczyciele dobrze przygotowani, korzystający z odpowiednich pomocy naukowych | 68,5 | 81,0 | 79,9 | 76,1 | 68,3 | 62,1 | 72,6 ± 7,5 |
| Program zajęć jest tak ułożony, że opanowanie nauczanych treści, tematyka i układ zajęć tworzą logiczną całość | 58,5 | 78,9 | 75,5 | 62,0 | 65,9 | 58,1 | 66,5 ± 8,8 |
| Podczas zajęć możliwe jest zadawanie pytań, wyjaśnianie wątpliwości, dyskusja | 96,1 | 93,2 | 93,3 | 87,4 | 84,9 | 84,5 | 89,9 ± 4,9 |
| Sposób prowadzenia zajęć pobudza inicjatywę, zachęca do samodzielnego myślenia i rozwiązywania problemów | 47,7 | 58,2 | 59,7 | 53,7 | 46,9 | 45,7 | 52,0 ± 6,1 |
| Kończąc zajęcia mam odczucie, że nauczyłam (-em) się wielu ciekawych rzeczy | 81,5 | 85,5 | 79,0 | 78,4 | 72,3 | 66,0 | 77,1 ± 6,9 |

* pytanie wprowadzone do ankiety od roku 1999

chemii jest wysoko oceniane przez kolejne roczniki studentów farmacji;

- badania ankietowe są cenną formą informacji zwrotnej o prowadzonym procesie dydaktycznym i jako takie powinny być kontynuowane w kolejnych latach;
- wnioski płynące z analizy wyników ankiet stanowiły przyczynek do optymalizacji metod, środków, treści

oraz programów nauczania;

- ankieta dydaktyczna stwarza studentom możliwość oceniania i opiniowania poszczególnych aspektów prowadzonego procesu nauczania, służąc realizacji jednej z zasad poprawy jakości nauczania: *oceniający też powinien być oceniany*.

Polemiki - Przysięga Hipokratesa

Dr med. Wojciech Nielubowicz

Dyrektor Medyczny Hexal Polska Sp. z o.o.

„...zgodnie z tradycją najstarszych uniwersytetów Europy im ten wykład poświęcam” – co dzisiaj znaczy przysięga Hipokratesa?

Jestem bardzo wdzięczny p. Redaktorowi Naczelnemu niniejszego pisma za propozycję zabrania głosu w dyskusji nt. „**Co dzisiaj znaczy przysięga Hipokratesa?**”. Będąc absolwentem Akademii Medycznej w Warszawie sprzed 20 lat i z wykształcenia chirurgiem, od kilku lat nie jestem lekarzem czynnym zawodowo, a tym bardziej nie jestem ani Profesorem, ani w żadnym razie Rzeczywistym Autorytetem, do których to Redakcja zwróciła się na łamach pisma w tej sprawie. Zachęcony jednak przez p. doc. Fiedora spróbuję, biorąc pod uwagę poglądy mojego ojca prof. Jana Nielubowicza, znane mi z bezpośrednich rozmów i jego prac na pokrewne tematy, publikowanych przez niego głównie po przejściu na emeryturę oraz swoje własne, po części wynikające ze zmiany mojego statusu lekarskiego. Uważam, że doskonałym pomysłem było zacytowanie profesjonalnego przekładu oryginału – kto z obecnych czytelników, im starszy, tym bardziej zapracowany i zmęczony codziennymi obowiązkami, pamiętał ten tekst dokładnie? Ja, mimo upływu „tylko” 20 lat od dyplomu – na pewno nie. Zwróciło moją uwagę, że w rzeczywistości Przysięga dotyczy tylko kilku kwestii, także tych w dzisiejszym naszym rozumieniu nie pierwszoplanowych, ale czy rzeczywiście? Na pierwszym miejscu jest mowa o stosunku lekarza do swego mistrza i jego synów, dalej stosowania przez lekarza eutanazji i przerywania ciąży, nie krzywdzenia i nie szkodenia chorym w ich domu, a chyba w mniejszym stopniu (sądząc po objętości tekstu) prawidłowego leczenia chorych i tajemnicy lekarskiej a także przestrzegania specjalizacji (urologicznej). Czy na przełomie IV i III wieku p. n. e. to były właśnie najistotniejsze problemy nękające ówczesne środowisko lekarskie? Na pierwszy rzut oka tekst Przysięgi wydaje się nam dzisiaj archaiczny, ale czy rzeczywiście tak jest? Od czasów Hipokratesa dzieli nas prawie 25 wieków rozwoju medycyny. Ale czy te same ponad dwa tysiąclecia rozwoju dzieli od tamtych czasów niektórych ordynatorów, następców swoich mistrzów i nauczycieli, którzy następnego dnia po przejściu swojego poprzednika na emeryturę zabraniają

mu wstępu na, często stworzony przez niego przed laty, oddział? Czy i ile czasu dzieli od czasów Hipokratesa niektórych lekarzy stosujących zalegalizowaną w niektórych krajach Europy eutanazję? Przerywających ciążę, tak jak w Polsce, nawet wbrew ustawie? Nie mówiąc już o braku zachowania tajemnicy lekarskiej, co jest zjawiskiem częstym, zwłaszcza, gdy dotyczy chorych ze środowiska lekarskiego? Czy nie bardziej wygląda, jakby Hipokrates żył właśnie w naszych czasach i to nad Wisłą, a nie przed wiekami na wyspie Kos?

Nie mam żadnego tytułu do komentowania wszystkich, co najmniej sześciu aspektów życia lekarskiego wymienionych w tekście Przysięgi przez Hipokratesa, na pewno inni zrobią to znacznie lepiej ode mnie. Wiem jednak, że mój ojciec uważał stosunek ucznia do swojego mistrza i nauczyciela medycyny za niezwykle ważny, na miarę wartości tego pierwszego jako człowieka i jako lekarza, który sam ma przekazywać wiedzę i doświadczenie swoim następcom. Bardzo często to podkreślał przy różnych okazjach, będąc w sytuacji „mistrza na emeryturze” i mając nie najlepsze w tej materii własne doświadczenia ze swojej Kliniki. W wielu publikowanych w tym okresie artykułach ojciec wspominał z wielkim szacunkiem swoich nauczycieli medycyny i chirurgii, cytował ich samych lub ich prace, mimo, że rewolucja w chirurgii, jaka dokonała się w ciągu ostatnich 50 lat, zdezaktualizowała wiele z ich prac lub poglądów:

„ale to, że zostałem lekarzem zawdzięczam przede wszystkim moim nauczycielom medycyny klinicznej w Warszawie. Pamiętałem i pamiętam przez całe życie czym oni byli dla mnie i dla mego pokolenia. Z tego powodu, zgodnie z tradycją najstarszych uniwersytetów Europy w dniu mojej promocji im ten wykład poświęcam. Pragnę, aby jeszcze raz w dniu mego święta wymienione zostały ich imiona w gronie tej Rady, którą stworzyli. Chcę sobie i tu obecnym przypomnieć o ich zasługach. (-) ...czy my, ich spadkobiercy w tej Radzie potrafimy godnie kontynuować ich dzieło? (1)

„Listę moich nauczycieli rozpoczynam od prof. Tadeusza Butkiewicza, który był moim mistrzem i wieloletnim nauczycielem chirurgii, któremu zawdzięczam bardzo wiele. Niezwykle mądry i doświadczony, prawy i uczciwy lekarz

nauczył mnie chirurgii, a szczególnie logicznego klinicznego myślenia i wnioskowania. Prof. Butkiewicz pomagał mi stale i jemu zawdzięczam ciągłą zachętę do pracy naukowej i dydaktycznej”. (1)

„Drugi wieniec składam w murach Uniwersytetu Warszawskiego (-) na śladach pamięci naszych nauczycieli medycyny. Im zawdzięczamy naszą wiedzę lekarską i to, że nasze zawodowe życie dokonało się w służbie dla innych. To im zawdzięczamy trzy największe prawdy, które winny kierować każdym lekarzem: myśleć mądrze, mówić prawdę, dobrze leczyć chorego.” (2).

„Po wojnie byłem obecny na (-) wykładzie mego mistrza i nauczyciela prof. T. Butkiewicza

(-), mówił o żółciowym zapaleniu otrzewnej bez przedziurawienia dróg żółciowych. (-) ... gdy 12 XII 1959 zostałem wybrany przez Radę Wydziału Lekarskiego na kierownika tej samej Kliniki Chirurgicznej, którą prowadzę do dnia dzisiejszego, zacząłem już wtedy układać sobie mój wykład, który chciałem poświęcić całkowicie dorobkowi naukowemu i osobie mego nauczyciela prof. T. Butkiewicza. (3).

Wykład ten akademickim zwyczajem chcę poświęcić pracy prof. Butkiewicza. W ciągu minionych 50 lat wiele się zmieniło w medycynie i dlatego szereg jego wątpliwości rozwiązał po prostu bieg historii medycyny. Chce natomiast złożyć hołd pamięci mego głównego nauczyciela chirurgii”. (3).

...mój mistrz i nauczyciel chirurgii profesor Tadeusz Butkiewicz, czynny zawodowo do 80 roku życia – lekarz o wielkim doświadczeniu i mądrości (-) mówił mi wielokrotnie: trzeba uczyć młodych przede wszystkim myślenia lekarskiego, bez tego bowiem cały ogrom przełomowych nowości zamiast wspierać postęp zahamuje go tworząc felczerów naszych czasów...” (4).

Kilka lat temu, w ostatnich latach życia mego ojca, mój rówieśnik i przyjaciel z Kliniki bywał świadkiem częstych zwykłych rozmów, także telefonicznych, mego ojca z jego uczniem i następcą, obecnym Kierownikiem Kliniki, a naszym wspólnym z kolei nauczycielem i mistrzem. Specjalnie zwrócił on moją uwagę na wielki wzajemny szacunek, z jakim ci dwaj nasi mistrzowie, znacznie starsi chirurdzy, ze sobą rozmawiali. Musiało być coś nadzwyczajnego i nietypowego w ich codziennych, zwykłych kontaktach, co tak bardzo zwróciło jego uwagę!

Na koniec, w sprawie tajemnicy lekarskiej. Mam wrażenie, że wśród lekarzy pokolenia mego ojca, a zwłaszcza mego dziadka była to rzecz oczywista. Obecnie, wobec znacznego skomplikowania medycyny ten problem nie jest tak oczywisty. Niech świadczy o tym kilka cytatów z po-

święconej temu tematowi pracy mego ojca:

„Mój ojciec, który był lekarzem i którego często odprawiałem do Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, rozmawiał kiedyś na dziedzińcu szpitalnym z pewnym chorym, który jak dziś sądzę, miał zespół ruchów mimowolnych. Zapytałem ojca dlaczego ten pan jest taki dziwny? Usłyszałem „jest chory” a gdy chciałem się dowiedzieć, co to za dziwna choroba, usłyszałem: „to jego i moja tajemnica, o której ci nic nie powiem, bo mi nie wolno” (5).

„Gdy Hipokrates układał swoją przysięgę lekarską, sprawa była łatwa. Istniał tylko prosty stosunek lekarz i chory, który przychodził, powierzając szereg informacji i wiadomości o sobie. Tylko lekarz i chory wiedzieli o tym i tylko od nich zależało utrzymanie tajemnicy. Sprawa uległa zasadniczej zmianie, gdy powstał przytułek, lazaret, szpital, instytut czy kompleks przychodni czy klinik. My lekarze przestaliśmy zdawać sobie sprawę, że chociaż wszystko stało się tajemnicą służbową (Art. 624 KK), dla chorego jest nadal jego tajemnicą prywatną”. (5).

„Zachowanie tajemnicy lekarskiej było, jest i będzie jednym z najważniejszych nakazów i obowiązków każdego lekarza. Wobec korzyści płynących z postępu medycyny utrzymanie tajemnicy zwanej służbową dotyczącej leczenia w dużych specjalistycznych zakładach służby zdrowia jest prawie niemożliwe. Zachowanie tajemnicy lekarskiej jest jednym z przejawów humanizmu w medycynie, czymś, czego mimo wielu zmian w naszych zachowaniach chory człowiek naprawdę bardzo potrzebuje”. (5).

Literatura:

1. J. Nielubowicz. Do ut des. Promotio Doctorum Honoris Causa in Academia Medica Varsoviensis A. D. 1999. Wydawnictwo A. M. w Warszawie str. 9-23.
2. J. Nielubowicz. Przemówienie na uroczystości wręczenia dyplomów 50-lecia absolwentom z lat 1937, 1938 i 1939. *Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie* 1990, 22, 3-4, 123-127.
3. J. Nielubowicz. Zamiast ostatniego wykładu. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 1987, 59, 7, 545-555.
4. J. Nielubowicz. 50 lat ewolucji myślenia lekarskiego w Polsce. Artykuł redakcyjny. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1990, 14, 1-3, 5-9.
5. J. Nielubowicz. Tajemnica lekarska. Referat przedstawiony na posiedzeniu Polskiej Akademii Umiejętności w Krakowie 15. 11. 1993. *Polska Akademia Umiejętności, Prace komisji etyki medycznej*, 1994, 1, 15-24.

Uskrzydleni cierpieniem (2)

Czesław Mirosław Szczepaniak

Józef Gielniak (18. II. 1932-15. V. 1972)

*Sztuka opanowania życia jest sprawą zasadniczą,
a wszystkie formy wyrażania się wobec niej wtórne.*

Paul Klee

Józef Gielniak urodził się 18 lutego 1932 roku w Denain (Francja). W 1949 roku przyjeżdża wraz z rodziną do Polski z zamiarem studiowania na wydziale konsularno-dyplomatycznym, *ale skrycie marzyłem o studiach na Akademii Sztuk Pięknych*. Mając siedemnaście lat zachorował na płuca. Jego stan zdrowia po wielu operacjach jest nieuleczalny. *Kilka operacji torakoplastycznych, poprzez zapad zmniejszyły go (płuco – przyp. Cz. M. Sz.) bardzo / przy okazji płuco lewe zapadło się całkowicie/ ale nieduży ropniak pozostał wraz z przetoką oskrzelową, zagrażając ciągle sercu, nerkom.*

Życie chorego grafika związane było z sanatorium Wysoka Łąka i Bukowiec w Kowarach (linoryt *Mój czarodziejski Bukowiec*). Do prof. Stanisława Dawskiego pisał: *Treść jego związana jest przede wszystkim z leczeniem, z pewnymi stopniami, objawami, skutkami choroby (. . .)*. W innym liście wyzna: *pracuję tylko późnymi wieczorami – kiedy cały Bukowiec śpi! Bukowiec przedstawiał taki jaki znał i doświadczał na własnej skórze: prawdziwy i okrutny. Żył cały czas na uboczu, jak mawiał w cieplarnianych warunkach sanatoryjnego odosobnienia. Chwali sobie taki stan rzeczy: mieszkanie mamy tutaj bardzo ciepłe zimą, chłodne latem, w cieniu gęstej zieleni. . . i ciszę, absolutna cisza. Prawdziwa Arkadia: żyję tutaj jak święty /Józef/.*

Zaledwie kilka razy opuścił Bukowiec (odbiór Nagrody Państwowej II stopnia, wystawa indywidualna we Wrocławiu). Gielniakowi towarzyszy w tych peregrinacjach artystycznych żona Grażynka, doktor Józef Gardulski, który zawiózł chorego artystę na wystawę i *postanowił cały czas czuwać* oraz prof. S. Dawski. Na zdjęciach widzimy Józefa Gielniaka w otoczeniu najbliższych, których nazwie *moje podpory życiowe*. Kiedy podczas składania wizyty u prof. Stanisława Dawskiego chce wejść na drugie piętro, nie ma siły. Wnoszą go na rękach. Jest rok 1968.

Autor *Bukowca* wymagał stałej opieki lekarskiej. Studia plastyczne odbył pod kierunkiem prof. Stanisława Dawskiego z Państwowej Szkoły Sztuk Plastycznych we Wrocławiu. Do *ukochanego Profesora* pisze: *O studiach w normalnych warunkach uczelni nie ma już nadziei, jedynie pozostaje mi*

samokształcenie. Po latach student wyzna swemu nauczycielowi: *dzięki panu życie nie jest takie bezsensowne i teraz naprawdę chcę żyć, i to jak najdłużej*. Nie tylko sztuka była spoiwem znajomości ucznia i profesora, ale wiele razy Stanisław Dawski starał się o skuteczne leki zagraniczne. Swoim autorytetem powodował, że przyjeżdżali specjaliści. Życzliwe słowa profesora przyjmował zawsze z zachwytem i prosił o *bezwzględną krytykę* swoich prac.

*

Życie Józefa Gielniaka wypełnione było leczeniem sanatoryjnym oraz pracą nad linorytami, którą nazwał *święto w mojej chorobie*. W 1959 roku wyzna: *chęć przedstawienia »chorób« zapędziła mnie do pracy / w trakcie pracy pozostaje jednak tylko tworzenie i zapomina się o wszystkich innych nie »plastycznych sprawach«/*. Nigdy nie zapomniał o tym, że *trzeba zawsze o tym przeklętym zdrowiu pamiętać, by nie rozdrażniać choroby*.

*

Swój świat przedstawiał w różnych technikach plastycznych. Malował obrazy olejne, ale zaniechał, ponieważ – jak pisał – *najlepsze w nich jest obramowanie*. Zainteresowany był miedziorytem. Wykonał przy pomocy Jacka Gaja kilka mezzotint: *W miedzi interesuje mnie nie linia ryta w sposób niewolniczy czy możliwość otrzymania /tego czego nie mogę w linorycie/ bardzo cieniutkich delikatnych kresek i punktów i szarości /przez wiele ułożonych i przecinających się kresek / przy ograniczonych ruchach ręki jakie narzuca twardość metalu. To mnie bardzo kusi!* Wykonał kilka akwafort, ale nigdy Go ta technika nie interesowała: *to za łatwe dla mnie*. Opracował graficznie *Boską komedię* Dantego, która ukazała się nakładem Państwowego Instytutu Wydawniczego.

*

Choroba dniem i nocą trawiła Jego ciało i pustoszyła. Jedyny ślad sennych dni i bezsennych nocy to każdy milimetr kwadratowy i centymetr kwadratowy wydłubanego linorytu *i to cała moja aktywność*. Nie zawsze mógł twórczo pracować. Nawroty choroby były niespodziewane i bolesne. Na przekór chorobie tworzył: *W tym dłubaniu widzę jakieś usprawiedliwienie mego nędznego »zabiegania« o resztki*

zdrowia. O własnej pracy miał nad wyraz skromne zdanie: *to moja radość i ucieczka i »terapia zajęciowa«. A dłubię już tak delikatnie, że prawdziwą »sztuką« będzie odbijanie.*

Dobrze poznał żal z nieskończonej pracy. Dotkliwie doświadczał braku siły, *bo odbitki to »przedłużenie« mojej pracy, to jej »promieniowanie«. Widoczny ślad dłubaniny.*

Józef Gielniak nigdy nie przyjął roli pacjenta. Z życia czerpał maksimum; dawał tyle samo ludziom i sztuce. Prowadził bardzo ożywioną korespondencję, by podzielić się z przyjaciółmi kilkoma *zadyszanyimi chwilami*, które były *znakiem niezmiennej pamięci, skreślonym w czasie bezustannej, szaleńczej gonitwy z czasem.* Dzięki wielkiej empatii i serdeczności dla bliźniego, był zawsze otoczony ludźmi. Oto niektórzy z nich: dr Józef Gardulski (*lekarz, przyjaciel, który wielokrotnie uratował mi życie*), prof. Stanisław Dawski (*Kochany Profesor*), Ignacy Witz (*człowiek o wielkim sercu i wielkim umyśle*), Jerzy Panek (*autentyczny artysta*), Jacek Gaj (*mój wielki przyjaciel*), Wojciech Siemion (*jest moim wielkim przyjacielem*), Henryk Płóciennik (*to bardzo utalentowany grafik, bardzo »fajny facet«, pogodny, żywotny i kocha Jazz tak jak ja!*), Władysław Śmigielski (*wspólny los nas złączył i jesteśmy sobie bliscy*), Anna Zelenay (*moja znajoma, stara współtowarzyszka w chorobie*), Józef Pawłowicz, Konrad Jacobs (*niezwykle subtelny, wrażliwy i mądry człowiek*) i wielu, wielu innych.

Każdy list, a czasami załączony nowy linoryt, był komunikatem o stanie zdrowia, a zarazem *k ł a d k a*, po której przechodzili *bliscy przyjaciele.*

*

Józef Gielniak nigdy nie marnotrawił czasu: *dłubałem leżąc – od dwóch dni »dłubię« teraz leżąc.* Czas nazywa *rozpamiętywaniem.* Z powodu ostrych nawrotów choroby, odpoczywa i bardzo dużo czyta książek. Wielkie wrażenie wywarła na Nim *Czarodziejska góra* Tomasza Manna, o której napisze: *może dlatego, że znalazłem w niej wiele własnych przeżyć.* Czyta F. Kafkę (*Listy do Mileny*), J. W. Goethego *Fausta* (*zachwycam się ciuchutko, cóż to za potężna ludzka treść tak pełna i różnorodna jak życie*), poezje Anny Zelenay, Haliny Poświatowskiej *Opowieść dla przyjaciela* (*piękna i wzruszająca książka*), prozę Brunona Schulza (*żyście aż kipi z jego prozy! / to wielki artysta-poeta*).

Książki *to moi wierni przyjaciele długich miesięcy, długich lat kuracji.* Lubił oprócz beletrystyki czytać *poważne książki* jak *Stres życia* Hansa Selyego (przeczytał tylko 24 rozdział *Wnioski filozoficzne*; w rozdziale tym kanadyjski badacz zajmuje się m. in. *filozofią wdzięczności*). Ludziom poddanym stresorom radzi: *Rozumnym sposobem postępowania jest: hojnie czerpać, ale nie wydawać marnotrawnie.)*

Chory grafik ubolewał, że w naszych sanatoriach tak rzadko prowadzi się biblioterapię. Nie szkoli się bibliotekarzy dla potrzeb szpitali i sanatorium.

Obok książek miał inną pasję. Był jazz-fanem. Pisał: *jazzem interesuję się od 1949 r. – należałem do Hot Club de France.* Do ulubionych jazzmenów zaliczał: Cornera (*lubię*), Totuma (*kocham*), O. Petersona, Coltrana, Fats Wallera, Mahalie Jackson, R. Kirka, Elle Fitzgerald, Brubecka, B. Evansa i inne znakomitości.

Uwielbiał J. Sebastiana Bacha.

Z malarzy cenił: Goyę, Rembrandta, Van Gogha, Chagalla (*pozostał czysty jak dziecko*), Hasiora, Witza, Panka, Gaja, Dawskiego i innych.

Nie mógł zwiedzać wystaw plastycznych. Przyjaciele przysyłali Gielniakowi katalogi, książki, albumy, własne prace, a wiele razy przywozili samochodem prace innych malarzy.

*

Gielniak jest znany przede wszystkim ze swych linorytów. W ciągu 15 lat wykonał zaledwie 68 prac plastycznych (w tym 15 ex librisów). *Żdziebko!* W linorytach zamknął filozoficzną wizję świata napisanego językiem poezji i *m i l c z e n i a.* Choroba znalazła w Jego grafice swój wygłos. Świat ten, widziany oczyma człowieka śmiertelnie chorego, ma w swym wstrząsającym dramacie swoiste piękno. Wszelkiego rodzaju kryteria estetyczne należy odrzucić wchodząc w świat *Czarodziejskiego Bukowca.* Wszystkie kompozycje krążą wokół metafory choroby. Albo inaczej: jest to podróż dookoła karty gorączkowej. Gielniak stworzył cykliczne wersje *Sanatorium*, które nazwie *metafora, to mój mikroświat, można go zastąpić każdym zbiorowiskiem ludzkim, społecznością, cywilizacją!* Z wielkim znanstwem odbija w czerwonym tuszu *Podróż dookoła karty chorobowej.* Wszyscy pacjenci wiedzą, że stany gorączkowe oznacza się na karcie choroby kolorem czerwonym.

Wizja sanatorium i powstające impresje nie są li tylko utrwalaniem *ja pacjenta*, ale artystycznym zapisem bardzo chorego człowieka, który zмага się z *martwą płaszczyzną linorytu, z sobą.*

Jego credo artystyczne, to *mowa najgłębsza – nasza praca; nasza siła i oparcie jest wtedy, kiedy identyfikujemy się z wszystkimi ludźmi.*

Uważnie obserwując prace Józefa Gielniaka jesteśmy świadomi, jak świat wyobraźni sklepia się w nim i coraz wyraźniej *Kryształuje się w Jego rękach.*

Twórca-pacjent zawsze pracuje ze szkodą dla zdrowia: *bywa tak, około południa podtrzymuje mnie tlen i zastrzyki, a pod wieczór wstają i pracuje.* Dodajmy, gwoli uniknięcia błędu, że nie zawsze cierpienie uskrzydla: *Po lekach, które muszą bez przerwy brać /5 antybiotyków/ nie mogę po prostu się skupić ani myśleć po ludzku, chodzę nieprzytomny i bez pamięci, a raczej leżę otepiaty (. . .).*

Z każdym dniem powtarzają się znane objawy: niedomoga serca, stan zapalny oskrzeli. Coraz częściej korzysta z

zabiegów inhalacyjnych. Bierze cały czas leki nasercowe i przeciwpłatkowe. Przyjaciół zaniepokojonych milczeniem pociesza: *by móc jakoś popracować, używam dużo tlenu, co kilka dni przynoszą mi butlę, a doktor mówi, żebym sobie nie żałował*. W zmaganiach z chorobą nigdy nie jest samotny. Zawsze obecna jest żona Grażyna (*wierna towarzysza albo po prostu Kochana Grażynka*) i syn (*Józinek*). Żonie dedykuje większość swoich prac.

Linoryty to maleńka wartość, którą mogłem wynieść z tego nędnego chorowania.

Na zarzut jakoby w Jego pracach zabrakło miejsca dla człowieka, odpowiadał, że *jest OBECNY, w całkiem inny sposób, przez swoją wrażliwość, swoje radości, zachwyty, trwogi, nadzieje – przez wewnętrzną rzeczywistość, która jest naszą własną /także realną!/.*

Rzadki to przypadek u pacjenta, tak wielka świadomość własnej sztuki i życia: *jeżeli chodzi o moje plany na przyszłość. . . z takim stanem zdrowia już się nie planuje! A jednak. . . pozostawiony ślad rylcem na zimnym linoleum jest bardzo wyraźnym znakiem osoby. To nie tylko list, notatnik szpitalny, ale plastyczna karta choroby; osobisty sznyt. Nie znaczy to wcale, aby Gielniak gloryfikował ból i cierpienie: choroba nikomu nie ułatwia tworzenia. Jest sprawą drugorzędną.*

Nie tragizował. Wprost przeciwnie! Ironicznie pisał w listach: *Czuję się nadal dość dobrze /choć męczę się łatwo, a butlę z tlenem często poufale i z wdzięcznością poklepuję!/. Kiedyś podczas wyraźnej poprawy zdrowia pracował nad linorytem *Odlot Gielniaków z Bukowca*. Tytuł musiał jednak zmienić pod wpływem powrotu choroby na *Nie będzie odlotu Gielniaków z Bukowca (N. B. O. G. Z. B.)*. Po zastrzyku, który spowodował ciężką zapaść, napisze: *myślałem, że przechodzę już do Historii Polskiej Grafiki. Poprzez zgrozy bólu uśmiecha się: dostaję środki jak ENCORTON i A.C.T.H., tak że temperatura, która tak mnie męczyła, dała za wygraną, a Gielniakowi uszy się podniosły.**

Wzruszające są prace plastyczne Józefa Gielniaka. Cudowne maleńkie exlibrisy dla dr. J. Gardulskiego, Jerzego

Aleksandra Iwanowska

Aleksandra Iwanowska mieszka w Sopocie. W tradycyjnym domu, gdzie szanuje się chleb: *Podnosimy zawsze każdy kawałek na ulicy. A w domu – z podłogi, jeśli niechcący spadnie, całując na przeproszenie, zaś każdy nowy bochenek przed ukrojeniem piętki przekreślamy znakiem Krzyża. Bułki też!*

Jej pewnym ramieniem jest Matka (*Mateńka* – ileż w tym słowie czułości!). Poza tym towarzyszą Oleńce dwaj starsi panowie: prof. dr hab. Edmund Kotarski (*mój promotor,*

Panka, Jacka Gaja. Wstrząsająca jest *Ilustracja Pieca*. Nie sposób wymienić wszystkie. Tworzą one spójną całość. Nie lekceważmy poszczególnych tytułów linorytów (*Wnętrze pokoju, Sanatorium, Improwizacja II, Mój czarodziejski Bukowiec, Z okna sanatorium, Przeciwno chorobom, Podróż dookoła karty chorobowej, Czas rozpamiętywany* i inne). To nie kaprys Artysty, ale. . . klucz do zrozumienia Dzieła i Życia tego Marzyciela z Bukowca.

Za każdym razem, ilekroć oglądam prace Józefa Gielniaka, jestem wstrząśnięty rzetelną i autentyczną twórczością. Dzieło to zrodzone zostało z cierpienia, którego Gielniak dotykał rylcem i które uwznioślił do uniwersalnych wymiarów. Trzeba być wielkim Artystą, żeby nie pytać: dlaczego cierpieć?

Na ostatnim swym exlibrisie (dedykował go prof. Stanisławowi Daw-skiemu) napisze: *SĄ SŁOWA KTÓRE RZUCASZ JAK ZIARNA. . .* Te ziarna Gielniakowe obumarły i wypełniły się życiem, światłem i czernią. Są dobre jak światło.

Józef Gielniak zmarł 15 maja 1972 roku. Pozostawił po sobie linoryty i *Listy do przyjaciół*. W Kowarach został pochowany. Nieopodal sanatorium, gdzie łąki, lasy mieszane i *ziota żałobne*, jak w wierszu Stanisława Grochowiaka:

*Trawa wzięła się w zapasy z trawą,
oset nie daruje pokrzywie -
Gielniak umarł.
Zaniósł się płaczem przyziemne badyle,
a mleczce – jak wdowy – rozpuściły swe siwe włosy,
Gielniak umarł.*

*O, jak tkliwie go przyjmą, jak cienko,
jakby sam to rytował
przezroczystą ręką,
Gielniak – który umarł.*

*I zostanie w listku, w zapachu, w łopianie,
jak nikt nie zostanie.*

człowiek, który mnie prowadzi naukowo od lat, któremu nieprawdopodobnie wiele zawdzięczam /w ostatnich chorych latach do wszystkich naukowych dobrodziejstw doszły wielka cierpliwość, wiara w niemożliwe, dodawanie otuchy i nadziei/) i kardiolog dr Wojciech Kozłowski.

Po studiach (1977) pracowała w Bibliotece Gdańskiej PAN.

W latach 1983/4 parę miesięcy przebywała na oddziale kardiologii. Choroba serca dała o sobie znać; odcisnęła bo-

lesną pieczęć w życiorysie. Ale nie do końca. Nie przyjęła roli pacjenta. W czasie wolnym od bólu i cierpienia, wykonała *Bibliografię zawartości »Komunikatów Instytutu Bałtyckiego« 1974-1983, Bibliografię zawartości »Materiałów z Zakresu Historii Techniki, Gospodarki i Terminologii Morskiej. Lata 1955-1957«, Bibliografię zawartości »Biuletynu Nautologicznego« (1958-1985) i »Nautologii« (1966-1985).*

Po powrocie ze szpitala zajęła się spuścizną Michała Abrahama Troca. Potem odkryła ks. Jana Twardowskiego. Rzeźmiennym dyszlem połączyła pasje XVIII w. i XX w.

Od kilkunastu lat Aleksandra Iwanowska prowadzi bibliografię adnotowaną ks. Jana Twardowskiego. Wszystko zbiera i karmi komputer całym ks. Twardowskim, ze wszystkimi redakcjami tekstów, indeksami, bibliografią.

Przez lata sekretarowała Księdzu-poecie. Bywała *od kuchni z Jego cudownymi pomysłami, lapsusami, humorami (!) i wreszcie papierami.*

Owocami pracy są: Jan Twardowski, *Tak ludzka. Wybór wierszy maryjnych* (Poznań 1990). Przygotowała wraz ze Stefanem Figlarowiczem z Gdańskiej Galerii Fotografii wystawę fotograficzną twórczości księdza Jana Twardowskiego pt. *Niech się pan nie martwi, panie profesorze* (Uniwersytet Gdański, 1992). Opracowała wybór kazań ks. Jana Wszędy pełno Ciebie. . . (Warszawa 1991). W sumie: na palcach tego nie da się policzyć.

Ksiądz-poeta dedykował Aleksandrze Iwanowskiej wiersz:

*Nie płacz w liście
nie pisz że los ciebie kopnął
nie ma sytuacji na ziemi bez wyjścia
kiedy Bóg drzwi zamyka – to otwiera okno
odetnij popatr
spadają z obłoków
małe wielkie nieszczęścia potrzebne do szczęścia
a od zwykłych rzeczy naucz się spokoju
i zapomnij że jesteś gdy mówisz że kochasz.*

Wiersz kiedy mówisz jest sygnowany rokiem 1988.

Kiedy zapytałem ks. Jana o charakterystykę Oleńki, to powiedział: *Jest bardzo sumienna. Typ naukowca. Píše prace monograficzne. Jest perfekcjonistką, tzn. bardzo dokładna w podawaniu szczegółów, informacji. Jak pisze o autorze, to wszystko wygrzebie.*

Czasami przyjeżdża do Warszawy i odwiedza Klasztor Sióstr Wizek: (. . .) *To kościół, w którym wiele powiedziała Panu Bogu o sobie. (. . .) Bardzo bliska jest mi s. Anna Teresa.*

Jest do końca ufna Bożej reżyserii.

Pracuje i zмага się z chorobą.

Zdarza się, że patrzy na świat przez tży i bardzo, bardzo trudno podnieść mi opuszczone ręce.

Odwiedza biblioteki, lekturuje książki i gazety. Notuje na

żagielkach fiszek.

Aktualnie prowadzi ćwiczenia ze studentami polonistyki Uniwersytetu Gdańskiego: (. . .) *Bardzo mnie ćwiczenia męczą, ale dają, z drugiej strony, niebywałą satysfakcję. Mam wspaniałych studentów, dających wiele radości i słodzących trudy siedzenia w nocy nad konspektami ćwiczeń.*

W maju 1994 roku obroniła pracę doktorską liczącą sobie 750 stron maszynopisu: 1400 przypisów, 6 rozdziałów, wstęp i zakończenie. Recenzenci warszawscy powiedzieli, że praca jest *wykwintna*. Gwoli ścisłości dziennikarskiej przypomnę, że dr Aleksandra Iwanowska za pracę: *Michał Abraham Troc (ok. 1703-1769). Edytor-leksykograf-tłumacz* (wykonana pod kierunkiem prof. dr hab. Edmunda Kotarskiego) otrzymała w grudniu 1995 r. pierwszą nagrodę w konkursie im. Klemensa Szaniawskiego za najlepszą pracę doktorską z dziedziny nauk historycznych ufundowaną przez Fundację Stefana Batorego. Doktorat ma cudowną dedykację: *Mojej Mamie, która każde słowo tej pracy ogrzała swoim sercem.*

A jednak. . . można na przekór losowi ocalić własne marzenia. Umie Oleńka spojrzeć przez palce na ból i cierpienie: *nie uskrzydliły mnie, choć na pewno nie działa się wszystko obok Pana Boga a bardzo z Nim. (. . .)*

Cierpieć, to znaczy nie pytać: dlaczego?

Gdy Jej samopoczucie jest lepsze, potrafi się spontanicznie cieszyć, że *mój macierzysty Uniwersytet Gdański, a w szczególności Instytut Filologii Polskiej tak chętnie »kibicuje« mi w pracy edytorskiej, choć przecież startowałam XVIII wiekiem.*

W chwilach radości śle kartki i listy, na które nakleja biedronki i bajecznie kolorowe rysunki.

O swoim pisaniu ma bardzo skromne zdanie: (. . .) *Bo choć myśl czasem pobuja po łąkach, leśnych drogach i pod niebem, to w piórze jestem obrzydliwie skonkretyzowana do genetycznie obciążonej perfekcji. (. . .) Michał Abraham Troc. (. . .) Tkwie w czasach saskich. (. . .) Drugi nurt to relacje podróżników polskich epoki saskiej. Kto, dokąd, jak, po co jechał, co widział, jak to opisał. (. . .) I to naprawdę nie jest poezja a raczej produkcja dla grona zblizowanych ludzi, którym chce się dłużyć w starych papierach. (. . .)*

A jednak. . . tym pierwszym jest i będzie Ksiądz-poeta Jan Twardowski. Podziwiam Oleńkę, że tak serdecznie zajmuje się tym wszystkim, czego dotknęła ręka ks. Jana od Biedronki. Zbiera, dokumentuje, fiszkuje, niepokoi się, żeby czasami złośliwy chochlik nie narozrabiał. Wzrusza człowieka takie potraktowanie wierszy (chciałem napisać »poezji«, ale ks. Jan bardzo nie lubi tego słowa). Autor *Patyków i patyczków* za życia doczekał się rzetelnego bibliografa i spolegliwego krytyka. Ze szczerym sercem i pasją.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

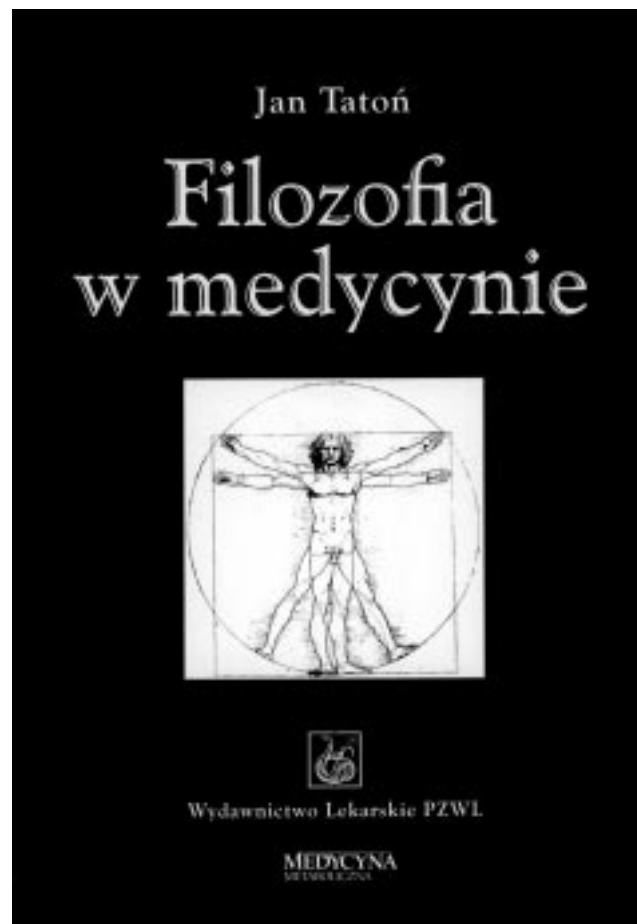
Filozofia w medycynie

Na początku 2003 r. ukazała się książka Jana Tatonia, profesora medycyny wewnętrznej, wieloletniego kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Akademii Medycznej w Warszawie. Tytuł zestawia filozofię i medycynę tak, jak to czynili poprzednicy autora, wielcy dwudziestowieczni lekarze-humaniści Władysław Biegański, Zygmunt Kramsztyk, Władysław Szumowski, Władysław Szenajch czy Tadeusz Kielanowski, a także liczni mniej znani, choć znakomici, np. Ksawery Rowiński, Romuald W. Gutt, Piotr Zaborowski, Zdzisław Marek, Bolesław Górnicki. Oni również kierowali się Galenową zasadą, „jako lekarz doskonały jest zarazem filozofem”, i w podobny sposób przesiali dzieje filozofii pod kątem jej użyteczności dla medycyny. Potrzeba filozofowania jest oczywista, bo lekarz, który uprawia zawód bez refleksji i uważa go za rzemiosło, jest złym lekarzem.

Od śmierci T. Kielanowskiego (1992) minęło ponad dziesięć lat, a to w naszej przyśpieszonej historii okres bardzo długi. Pojawiły się nowe problemy, nowe wyzwania, medycyna jako nauka poczyniła znaczne postępy. Co prawda uległa jeszcze większemu atomizowaniu, ale paradoksalnie stała się bardziej interdyscyplinarna, o co przed dwudziestu laty heroicznie walczył Julian Aleksandrowicz. Uwydatnia się to szczególnie w jednoczesnym traktowaniu chorego jako niepowtarzalnej jednostki i jako członka narodowego, a nawet światowego społeczeństwa. Autor dostrzega w tym procesie szansę dla humanistyki lekarskiej i z tego stanowiska rozpatruje potrzebę zmiany systemu nauczania studentów. Pomiął co prawda słynny udany australijski eksperyment Uniwersytetu w Newcastle i nie ustosunkował się do przyczyn stagnacji w polskim środowisku nauczycieli akademickich, ale jest ważne, że przypomina o tym problemie. Przedstawia także sylwetkę dobrego lekarza jako autorytet o cechach mędrca, moralisty i charyzmatycznego opiekuna, a warto wspomnieć, że „Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie” nader celnie kilkakrotnie pisała o tym w latach siedemdziesiątych, zaś „Etyka” poświęciła osobny zeszyt (nr 14, 1975). Podnosi też wagę współczesnej psychoterapii lekarskiej i edukacji terapeutycznej i zwraca uwagę na płynącą z tego obustronną korzyść: pacjent zaczyna być postrzegany jako pełnowymiarowa osoba, natomiast lekarz uczy się od niego społecznego, holistycznego myślenia o życiu, zdrowiu i chorobie. Pacjent i lekarz coraz wyraźniej stają się dla siebie wzajemnym źródłem wiedzy, doświadczenia i obowiązku etycznego. Konstatacja ta jest ważnym krokiem ku stworze-

niu płaszczyzny rzeczywistego partnerstwa osoby leczącej i leczonej zamiast wciąż jeszcze funkcjonującej pozycji „lekarza, który ma władzę absolutną i tyraniczną”, jak to kiedyś z goryczą określił T. Kielanowski.

Choć starożytne podwaliny medycyny nadal obowiązują, w drugiej połowie dwudziestego wieku pojawiły się problemy, których jeszcze przed stu laty nie można było sobie nawet wyobrazić. „Hipokrates dziś już nie wystarczy”, pisze Taton w tytule jednego z rozdziałów, bo „etyka medyczna ma dziś nowe potrzeby”. Temat to nienowoty, poruszany obficie choćby na łamach krakowskiego „Przeglądu Lekarskiego” (rocznik 1984) pod redakcją Jana Sznajda czy „Polskiego Tygodnika Lekarskiego” (1983 i 1985), którego autor był wieloletnim naczelnym redaktorem. Szkoda, że nie sięgnął do tych artykułów (również własnych), bo nic się nie zeszły, a wnoszą wiele. Słusznie jednak zauważa, że zakres etyki lekarskiej poszerzył się o mocno dziś rozbudowaną gałąź zwaną bioetyką, a także o relacje między biznesem,



głównie farmaceutycznym, a lekarzami. Można jednak odczuć pominięcie istotnych elementów problematyki ochrony życia ludzkiego, zwłaszcza u jego początków i w związku z chorobą nieuleczalną. Czytelnikowi należało się poznanie stanowiska tak znanego i poważanego lekarza.

Nowością jest omówienie wprowadzenia do piśmiennictwa medycznego i praktyki lekarskiej obowiązującej dziś metody evidence-based medicine (EBM), która pozwala lepiej niż kiedykolwiek oceniać wyniki i przydatność badań

klinicznych. Autor dostrzega zagrożenia ze strony globalizacji, komercjalizacji i informatyzacji naszego świata, dlatego wskazuje na potrzebę obrony nadrzędności działania dla dobra indywidualnych chorych jako misji lekarza i medycyny.

Dr med. Piotr Müldner-Nieckowski

Jan Tatoń: Filozofia w medycynie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Medycyna Metaboliczna, Warszawa 2003.

KOMUNIKATY

Nominacje na stanowiska profesorów AM

- W dniu 26. 05. 03 Senat AM powołał następujące osoby
- na stanowisko *profesora nadzwyczajnego*:
 - dr hab. Olę Olszowską w Katedrze i Zakładzie Biologii i Botaniki Farmaceutycznej ;
 - dr hab. Dorotę Maciejewską w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej;
 - dr hab. Kazimierza Suwalskiego w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii
 - dr hab. Pawła Nyckowskiego w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby
 - dr hab. Roberta Słotwińskiego w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia
 - na stanowisko *kierownika*:
 - prof. dr hab. Marię Borszewską-Kornacką w Klinice Neonatologii II Katedry Położnictwa i Ginekologii
 - dr hab. Leopolda Wagnera w Zakładzie Propedeutyki i Profilaktyki Stomatologicznej
 - prof. dr hab. Magdalenę Durlik w Klinice Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Instytutu Transplantologii
 - dr hab. Jarosława Deszczyńskiego w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji
 - na stanowisko Dyrektora Centrum Biostruktury
 - prof. dr hab. Stanisław Moskałewski

Konferencja „Medycyna-Etyka-Ekonomia”

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza w dniu 16. 06 br. zorganizowała ogólnopolską konferencję na temat: „Medycyna– Etyka– Ekonomia”.

W sesji „Wiedza-Sumienie-Możliwości” referaty wygłosili profesorowie: Leszek Kubicki, Jacek Zaremba, Waldemar Chrostowski, Tadeusz Tołłoczko, Andrzej Szczeklik, Jacek Hołówka i Leszek Pączek.

W sesji „Medycyna na styku z biznesem – etyczne granice promocji i sponsoringu” na temat relacji lekarzy z firmami farmaceutycznymi mówił profesor Wojciech Rowiński, etyczne dylematy rodzące się na styku medycyny i biznesu przedstawił dr Paweł Łuków z Instytutu Filozofii UW.

Dr hab. Tomasz Pasierski omówił problem, czy możliwa

jest etyczna współpraca między lekarzami a firmami farmaceutycznymi.

W sesji „Zarządzanie ochroną zdrowia, alokacja środków – pozycja lekarza” między innymi referaty wygłosili: prof. Zbigniew Religa – „Etyczne dylematy lekarza-menedżera w sytuacji niedoboru środków”, a prof. Andrzej Zoll – „Rzecznik Praw Obywatelskich a problemy dostępności usług medycznych”.

W dyskusji przedstawiano problemy planowanych zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Nowelizacji kodeksu będzie poświęcony Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się we wrześniu w Toruniu.

UWAGA KANDYDACI NA STUDIA MEDYCZNE !

Trwa jeszcze rekrutacja na niektóre kierunki medyczne na Akademii Medycznej w Warszawie.

Uczelnia prowadzi rekrutację na studia: dzienne, dzienne licencjackie, uzupełniające magisterskie, wieczorowe, licencjackie zaoczne, studia w języku polskim dla obcokrajowców, studia angielskojęzyczne oraz podyplomowe.

Aktualnie można jeszcze składać dokumenty na następujące kierunki **studiów dziennych(do 12 lipca)**: elektrokardiologia, techniki dentystryczne, dietetyka, ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo i położnictwo oraz na **studia wieczorowe**.

Szczegółowe informacje dotyczące postępowania kwalifikacyjnego oraz wykaz niezbędnych dokumentów dostępne są w Rektoracie Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury 61, na stoisku informacyjnym lub w pokoju nr 9; pod telefonami: 57 205 09, 57 20 559 lub na stronie internetowej: [www. amwaw. edu. pl](http://www.amwaw.edu.pl)

Uczelnia prowadzi także odpłatne studia w **języku angielskim**. Szczegółowe informacje na stronie: [www. amwaw. edu. pl](http://www.amwaw.edu.pl)