



MEDYCINA DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XXXVIII

AKADEMIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

NR 6/2006

Zespół redakcyjny:

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

Rada Programowa i Naukowa:

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

Wydawca:

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

Adres redakcji:

Biuro Organizacyjno-Prawne ul. Żwirki i Wigury 61,
02-091 Warszawa, tel. (22) 5720-615, (22) 5720-304
e-mail: ebarciszewska@bibl.amwaw.edu.pl;
www.amwaw.edu.pl/biuletyn

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny AM

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

Skład i druk:

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

Spis treści

Z ŻYCIA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Akademickie Dni Kardiologiczne	3
Program sesji.....	3
<i>Ewa Burbicka, Wojciech Braksator</i> – „Tętniąca” akademia....	3
<i>Leszek Pączek</i> – Słowo Rektora	6
Program sesji studenckich.....	8
<i>Zbigniew Gaciong</i> Od bomby, przez Viagrę, po Nobla	9
Etyka w medycynie	11
<i>Leszek Pączek</i> – Słowo Rektora	11
<i>Ewa Barciszewska</i> Jest nad czym myśleć – rozmowa z prof. Pasierskim.....	12
<i>Ryszarda Chazan</i> Trzydzieści lat historii i dokonań „w pigułce”.....	16
<i>Leszek Pączek</i> – Słowo Rektora	17

NAUKA

Streszczenia prac doktorskich	19
<i>Kinga Ziółkowska</i> – Ocena wpływu edukacji przedporodowej na przebieg porodu rodzinnego.....	19
<i>Piotr Remiszewski</i> – Wyniki przeszczepiania wątroby w zależności od rodzaju techniki zespolenia żyły głównej dolnej.....	20
<i>Adam J. Sybilski</i> – Stężenie immunoglobuliny E we krwi pępowinowej a występowanie chorób atopowych w pierwszym roku życia	21
<i>Janusz Kochman</i> – Ocena parametrów odczynu zapalnego u chorych poddawanych zabiegom angioplastyki wieńcowej.....	22
<i>Krzysztof Dudek</i> – Ocena standardowych parametrów czynności wątroby oraz ekspresji wybranych cytokin w prognozowaniu przebiegu pooperacyjnego u chorych po transplantacji wątroby.....	22
<i>Monika Wieliczko</i> – Ocena antymiażdżycowego działania α-tokoferolu u chorych przewlekle dializowanych	23
<i>Katarzyna Wajs</i> – Historia naturalna ospy prawdziwej od XVIII wieku na terenie ziem polskich i w Polsce	24
Obrony prac doktorskich	24

MEDYCINA

<i>Halina Zielińska</i> – Więczkowska <i>Kornelia Kędziora</i> – Kornatowska Użyteczność koncepcji jakości życia w medycynie.....	26
---	----

HISTORIA

<i>Janina Wereszczak</i> – Wzorek Wiktor Dega – twórca polskiej szkoły rehabilitacji	31
<i>Janina Wereszczak</i> – Wzorek Marian Allan Weiss – rozślawił imię polskiej rehabilitacji w świecie.....	34

DYDAKTYKA

<i>Janusz Piekarczyk</i> – Kiedy nadejdą „lepsze czasy”?	35
--	----

WYCHOWANIE

Jerzy Rudzik

Zdrowotne znaczenie aktywności ruchowej..... 37

NOMINACJE

Prof. dr hab. Jakub Gołąb 40

KOMUNIKATY..... 42

FELIETON

Stefan Kruś 44

Polecamy m.in:



relację z Akademickich Dni Kardiologicznych (str. 3 – 8),



migawki z wizyty w AM laureata Nagrody Nobla – prof. Louisa Ignarro, który m. in. wraz z prof. Gaciongiem odwiedził Zamek Królewski w Warszawie (str. 9 – 10).



Akademickie Dni Kardiologiczne

Program sesji

- **Postępy i wyzwania kardiologii** pod przewodnictwem prof. Grzegorza **Opolskiego** i Mirosława **Dłużniewskiego**: *Czy zatorowość płucną można trwale wyleczyć?* – prof. Piotr **Pruszczyk**; *Ablacja w leczeniu zaburzeń rytmu serca – terażniejszość i przyszłość* – dr Edward **Koźluk**; *Współczesne możliwości chirurgii wewnątrznaczyniowej* – doc. Piotr **Szopiński**; *Co należy zrobić, by pacjent kardiologiczny bezpiecznie przeżył zabieg operacyjny?* – dr Wojciech **Braksator**.
- **Czy czeka nas rewolucja w leczeniu nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca?** pod przewodnictwem prof. Zdzisławy **Kornacewicz – Jach** i Grzegorza **Opolskiego**: *Miejsce beta-blokerów w leczeniu nadciśnienia tętniczego* – prof. Andrzej **Tykowski**; *Niewydolność serca – trudne wyzwanie dla lekarza praktyka* – prof. Lech **Poloński**; *Beta-blokery a inhibitory ACE w oparciu o medycynę opartą na faktach – najnowsze doniesienia* – prof. Piotr **Ponikowski**.
- **Od zespołu metabolicznego do niewydolności serca?** pod przewodnictwem prof. Marka **Naruszewicza** i Mirosława **Dłużniewskiego**: *Zespół metaboliczny – czy tylko piękni inaczej?* – prof. Mirosław **Dłużniewski**; *Zespół metaboliczny – nie tylko piękni inaczej!* – prof. Mirosław **Dłużniewski**; *Lipidogram w zespole metabolicznym – co jest celem dla lekarza praktyka?* – prof. Marek **Naruszewicz**; *Prawidłowe naczynia wieńcowe – czy możliwe u osób z czynnikami ryzyka?* – prof. Robert **Gil**; *Lecze-*

NOWY KONGRES NAUKOWO-DYDAKTYCZNY AKADEMII MEDYCZNEJ

Organizatorzy: Podyplomowa Szkoła Kardiologiczna Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie oraz Wydział Kształcenia Podyplomowego AM. Przewodniczący kongresu – prof. dr hab. Mirosław **Dłużniewski** – kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii II WL AM. Patronat – JM AM prof. dr hab. Leszek **Pączek**. Komitet Naukowy: prof. Mirosław **Dłużniewski**, Zbigniew **Gaciong**, Maciej **Karolczak**, Marek **Naruszewicz**, Grzegorz **Opolski**, Piotr **Pruszczyk**, Kazimierz **Suwalski**, Bożena **Werner**. Kongres odbył się dzięki wsparciu firm farmaceutycznych: Pfizer, Polpharma, Solvay Pharma, Krka, Merck, Servier i Sanofi Aventis, a także dzięki grantom edukacyjnym, które AM w Warszawie zaoferowała dla wybranych sesji dydaktycznych.

„Tętniąca” akademia

Lek. Ewa **Burbicka**, dr Wojciech **Braksator**

W dniach 11–14 maja 2006 roku odbyły się w Warszawie po raz pierwszy Akademickie Dni Kardiologiczne. W nowoczesnym i przestronnym Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej przy ul. Żwirki i Wigury, zgromadzili się lekarze, naukowcy i – jak przystało na *Alma Mater* – studenci. Przez cztery majowe dni AM tętniła kardiologia. W dobie licznych zjazdów i kongresów towarzystw naukowych, szczerze wypełniających terminarz praktykującego lekarza, pojawił się następny kongres kardiologiczny. Skąd zatem pomysł, by ciepły majowy weekend konkurował z poczuciem zawodowego obowiązku? Zaczniemy zatem od początku.

Akademickie Dni Kardiologiczne powstały z inspiracji Podyplomowej Szkoły Kardiologicznej Katedry i Kliniki Kardiologii II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej oraz Wydziału Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej w Warszawie. Inicjatorem i pomysłodawcą przedsięwzięcia był prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski. Przy wsparciu zespołu Kliniki Kardiologii, w iście „ekspresowym” tempie kilku miesięcy, przygotowano osiemnaście sesji naukowo-dydaktycznych, dziesięć sesji szkoleniowych z zakresu elektrokardiografii (zorganizowanych przy wsparciu firmy Pfizer) oraz sesje studenckie. Do udziału w kongresie zaproszono znamienite grono profesorskie, czołowe osobistości świata kardiologii i kardiologii polskiej w imponującej liczbie 56 wykładowców. Wystarczy wspomnieć takie nazwiska, jak prof. Włodzimierz Januszewicz, prof. Witold Rużyłło, prof. Ryszard Gryglewski, prof. Jerzy Korewicz czy prof. Kazimierz Suwalski, by odczuć prestiż spotkania. Patronat nad kongresem objął Jego Magnificencja Rektor Akademii Medycznej prof. dr hab. Leszek Pączek. W trakcie inauguracji odbyła się uroczystość wręczenia medali im. Tytusa Chałubińskiego za istotny wkład w rozwój kardiologii polskiej profesorom Jerzemu **Kuchowi** i Mirosławowi **Dłużniewskiemu**.

W ciągu czterech dni kongresu obradowało ponad 1000 osób. Połowę tej liczby stanowili studenci. O wszechstronności tematyki wykładów oraz ich wartości merytorycznej może świadczyć fakt przyznania uczestnikom kongresu po 27 punktów edukacyjnych z trzech towarzystw:

nie farmakologiczne w zespole metabolicznym – kiedy rozpoczynając, czy może być skuteczne? – prof. Henryk Wysocki.

- **Aterotromboza – problem nie tylko ludzi starszych** pod przewodnictwem prof. Andrzeja Beręsewicza i Andrzeja Budaja: *Kiedy i jak się rozwija?* – prof. Andrzej Beręsewicz; *Jak leczyć różne postaci? Udar mózgu* – prof. Danuta Ryglewicz; *Choroba wieńcowa, choroba tętnic obwodowych – postępowanie inwazyjne* – prof. Robert Gil, – *postępowanie farmakologiczne* – prof. Andrzej Budaj; *Jak zapobiegać pierwotnie i wtórnie?* – prof. Tomasz Pasierski.
- **Problemy w kardiologii dziecięcej** pod przewodnictwem prof. prof. Wandy Kawalec i Bożeny Werner: *Stany nagłe w kardiologii dziecięcej* – prof. Wanda Kawalec; *Powikłania zatorowo–zakrzepowe w wadach wrodzonych serca u dzieci* – dr Monika Kowalczyk; *Odległe wyniki leczenia zespołu Fallota* – dr Anna Tur-ska – **Kmieć**; *Nadciśnienie tętnicze u dzieci po korekcji aorty* – dr Tomasz Floriańczyk.
- **Zaburzenia lipidowe – jeden z najczęstszych problemów lekarza praktyka** pod przewodnictwem prof. Ryszarda Piotrowicza: *Niefarmakologicznie i farmakologicznie z chorym o nieprawidłowych wartościach wskaźników lipidowych* – prof. Marianna Janion; *Cel leczenia zaburzeń lipidowych według najnowszych zaleceń AHA, ESC i PTK* – doc. Marek Kuch; *Interakcje leków hipolipemizujących z lekami najczęściej stosowanymi w codziennej praktyce lekarskiej* – doc. Artur Mamcarz.
- **Zastosowanie kwasu acetylosalicylowego w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca** pod przewodnictwem

Kardiologicznego, Internistów Polskich i Medycyny Rodzinnej.

Tematyka sesji obejmowała zagadnienia kardiologiczne i kardiochirurgiczne, jak też interdyscyplinarne. Dyskutowano nie tylko o nadciśnieniu tętniczym, niewydolności serca i chorobie wieńcowej – jej leczeniu farmakologicznym i zabiegowym – ale także o zatorowości płucnej, udarach mózgu, chorobach naczyń obwodowych i współdziałaniu kardiologów z chirurgami naczyniowymi. Warto wspomnieć o wykładzie doc. Piotra Szopińskiego, dotyczącym współczesnych możliwości chirurgii wewnątrznaczyniowej. O globalnym podejściu do leczenia nadciśnienia tętniczego w 2006 roku dyskutowali: prof. Andrzej Januszewicz, prof. Zbigniew Gaciong, prof. Andrzej Tykarski, prof. Zdzisława Korna-



Profesorowie: Grzegorz Opolski, Jerzy Korewicki i Jerzy Kuch

cewicz – Jach i prof. Andrzej Ciechanowicz. Jak na każdym spotkaniu kardiologów i tu nie zabrakło najnowszych informacji o beta-blokerach, ACE inhibitorach, sartanach czy lekach przeciwkrzepliwych – przekazanych przez prof. Andrzeja Tykarskiego, prof. Piotra Ponikowskiego, prof. Stefana Grajka, prof. Henryka Wysokiego, doc. Danutę Czarnecką i doc. Piotra Podolca. Wiele miejsca poświęcono zespołowi metabolicznemu i omówieniu towarzyszących mu zaburzeń biochemicznych. Mówili o nich: prof. Mirosław Dłużniewski, doc. Artur Mamcarz, prof. Marek Naruszewicz, prof. Robert Gil, prof. Barbara Cybulska, prof. Bogna Wierusz – Wysoka, prof. Henryk Wysocki i prof. Bogdan Wyrzykowski. Ważnym tematem była także aterotromboza – w dyskusji wzięli udział prof. Andrzej Beręsewicz, prof. Andrzej Budaj, prof. Danuta Ryglewicz, prof. Robert Gil i prof. Tomasz Pasierski. Pokrewną aterotrombozie tematyką zajęli się podczas sesji „Od czynników ryzyka do niestabilnej blaszki miażdżycowej” tacy wykładowcy, jak prof. Waldemar Banasiak, prof. Grzegorz Opolski, doc. Krzysztof J. Filipiak, dr Janusz Kochman i dr Łukasz Kownacki. Sesja dotycząca współczesnych problemów kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii nie tylko dorosłych, ale i dzieci zgromadziła liczne grono słuchaczy, jako że wzięli w niej udział wybitni specjaliści w tych dziedzinach: prof. Witold Rużyłło, prof. Maciej Karolczak, prof. Kazimierz Suwalski, prof. Andrzej Biederman, prof. Bohdan Maruszewski, doc. Adam Witkowski. Swoje miejsce podczas kongresu znalazła również kardiologia dziecięca – wykłady dotyczące stanów nagłych, powikłań zatorowo–zakrzepowych w wadach wrodzonych serca u dzieci, leczenia zespołu Fallota czy nadciśnienia tętniczego po koarktacji aorty, wzbudziły duże zainteresowanie pomimo późnej pory spotkania (wieczorne sesje czwartkowe). Nie sposób wymienić wszystkie sesje zawarte w czterodniowym programie naukowym.

Jedną z największych atrakcji okazała się jednak transmisja z sali operacyjnej zabiegu kardiochirurgicznego, przeprowadzonego przez prof. Kazimierza Suwalskiego.

Ważnym akcentem Akademickich Dni Kardiologicznych były zorganizowane przez firmy farmaceutyczne Polpharma i Servier konsultacje medyczne dla mieszkańców Warszawy. W rozmieszczonych obok budynku Centrum Edukacyjnego namiotach można było zbadać poziom cholesterolu i glukozy, zmierzyć ciśnienie tętnicze, wykonać badanie EKG i echo serca oraz uzyskać poradę lekarską, poradę dietetyka i rehabilitanta. Badania te cieszyły się dużą popularnością, a liczba zgromadzonych warszawiaków świadczyła o istotnym zapotrzebowaniu na tego typu działania.

Zamysłem organizatorów było stworzenie kongresu, który stałby się naukowym świętem Akademii Medycznej, łączył lekarzy praktyków ze źródłem wiedzy, jaki stanowi Akademia z jej naukowym potencjałem. Kardiologia, jako jedna z najprężniej rozwijających się dziedzin medycyny, łączy ze sobą wiele dyscyplin i zapewne jest bliska lekarzom innych specjalności. W tak trudnych dla środowisk medycznych czasach propozycja zorganizowania wspólnego akademickiego święta nauki wydaje się być bardzo cenna. Powrót do naszych lekarskich korzeni, poczucie, że stanowimy jedność akademicką nie tylko gdy jesteśmy studentami, ale może nawet bardziej wówczas, gdy stajemy się lekarzami, niewątpliwie integruje środowiska medyczne. Jak wspomniał prof. Mirosław Dłużniewski podczas otwarcia kongresu, nie ma podziału dydaktyki na studencką i podyplomową, a tylko na dobrą i złą. Zorganizowane przez studentów sesje były tego najlepszym przykładem. Określenie „poziom studencki” straciło tu swoje pejoratywne znaczenie.

Akademickie Dni Kardiologiczne spełniły swoją rolę i zapewne staną się corocznym dydaktycznym świętem AM.

prof. Henryka **Wysockiego**: *Mechanizm działania leków przeciwplatek – prof. Józef **Drzewoski**; Dowody medyczne na skuteczność ASA w profilaktyce pierwotnej i wtórnej ChNS – prof. Henryk **Wysocki**; Dawki ASA w profilaktyce pierwotnej i wtórnej ChNS – doc. Danuta **Czarnecka**.*

- **Pacjent z cukrzycą typu 2 – wspólny problem kardiologa i diabetologa** pod przewodnictwem prof. Wiesławy **Tracz**: *Zagrożenia kardiologiczne u chorego na cukrzycę typu 2 – prof. Wiesława **Tracz**; Skąd się biorą trudności w leczeniu cukrzycy typu 2 – prof. Bogna **Wierusz – Wysocka**; Miejsce glibepridu we współczesnej terapii cukrzycy typu 2 – doc. Danuta **Zozulińska**.*
- **Skuteczna prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego – co nowego?** Pod przewodnictwem prof. Witolda **Rużyłły**: *Nowoczesne leczenie nadciśnienia tętniczego – co wniosło ba-*



danie ASCOT? – prof. Andrzej Tykarski; Sartany – czy rzeczywistość alternatywa dla ACE-I? – punkt widzenia kardiologa – prof. Stefan Grajek; American College of Cardiology 2006 – czy najnowsze doniesienia zmieniają codzienną praktykę kliniczną? – prof. Piotr Podolec.

– **Globalne leczenie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym** pod przewodnictwem prof. Mirosława Dłużniewskiego: *Nadciśnienie tętnicze łagodne i umiarkowane – wybór leku pierwszego rzutu* – prof. Zbigniew Gaciong; *Nadciśnienie tętnicze ciężkie i odporne – zasady terapii skojarzonej* – prof. Andrzej Tykarski; *Leczenie pozahipotensyjne pacjenta z nadciśnieniem tętniczym* prof. Zdzisława Kornacewicz – Jach.

– **Nadciśnienie tętnicze 2006 – wskazówki dla lekarza praktyka** pod przewodnictwem prof. Zbigniewa Gacionga: *Niezbędne badania u pacjenta z nadciśnieniem tętniczym* – prof. Andrzej Ciechanowicz; *Wybór leku hipotensyjnego* – prof. Andrzej Tykarski; *Pacjent z nadciśnieniem tętniczym – czego potrzebuje poza lekami hipotensyjnymi?* – prof. Zbigniew Gaciong.

– **Współczesne problemy kardiologii interwencyjnej** pod przewodnictwem prof. Witolda Rużyłły: *Ostry zespół wieńcowy bez przetrwałego uniesienia odcinka ST – nowe spojrzenie na ocenę ryzyka* – prof. Witold Rużyłło; *Mechaniczne i farmakologiczne leczenie zwężenia tętnic szyjnych* – doc. Adam Witkowski; *Przyżyciowa ocena morfologii blaszki miażdżycowej w tętnicach wieńcowych i żylnych pomostach aortalno-wieńcowych. Rola ultrasonografii wewnątrznaczyniowej* dr Jerzy Pręgowski; *Choroba wieńcowa bez możliwości rewa-*

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek



Szanowni Państwo. Rozpoczynają się Akademickie Dni Kardiologiczne, organizowane przez Katedrę i Klinikę Kardiologii II Wydziału Lekarskiego. Jest to pierwsza impreza naukowa tego typu organizowana przez Podyplomową Szkołę Kardiologiczną tegoż wydziału. Impreza duża – swój udział zapowiedziało bowiem ponad 2000 lekarzy kardiologów z całej Polski. Będą oni słuchać wykładów największych sław polskiej medycyny, także tych, których Akademia Medyczna w War-

szawie ma honor być macierzystą uczelnią i miejscem pracy.

Kongres, jak powiedziałem, jest organizowany przez Katedrę i Klinikę Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie. Została ona utworzona decyzją Rektora AM w pierwszych dniach stycznia 1981 roku. Obchodzi więc w tym roku 25-lecie swojej działalności. Od samego początku stała się dynamicznym ośrodkiem kardiologicznym, biorącym udział w szeregu badań naukowych, prowadząc przy tym także dydaktykę – pracuje tam 11 wykładowców AM, kilkunastu rezydentów i doktorantów. Na tym polu katedra odniosła znaczące sukcesy, docenione także przez samych studentów. Kilkakrotnie bowiem zajęła pierwsze miejsce w swoistym „plebiscycie publiczności”, zyskując miano najlepszej jednostki dydaktycznej Akademii Medycznej, przyznawane przez studentów. Przede wszystkim jednak klinika prowadzi intensywne szkolenie przed- i podyplomowe, którego częścią jest także ten kongres.

Od sześciu lat katedra prowadzi także Podyplomową Szkołę Kardiologiczną, która zorganizowała już ponad 130 spotkań szkoleniowych z udziałem ponad siedmiu tysięcy lekarzy. Z tych spotkań wyrosła tradycja organizowania największej polskiej imprezy tej specjalności w Polsce – dorocznych Zakopiańskich Dni Kardiologicznych. Do tej pory katedra zorganizowała także dwa ogólnopolskie kongresy kardiologiczne, w 2001 i 2004 r. – ten ostatni połączony z 50-leciem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Oprócz tego Katedra i Klinika Kardiologii prowadzi normalną działalność leczniczą – jest wyposażona w 80 łóżek i 10 na oddziale intensywnej terapii. Na tym polu także ma znaczące sukcesy: oferując pełny zakres usług medycznych w zakresie kardiochirurgii – klinika wszczepia na przykład wszystkie typy stymulatorów serca. Ostatnio uchwałą Senatu AM Katedra i Klinika Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM została przedstawiona do nagrody Ministra Zdrowia RP.

Ten kongres jest dowodem, że jedna dobra rzecz rodzi kolejne. Akademickie Dni Kardiologiczne odbywają się bowiem w otwartym

niemal dokładnie przed miesiącem Centrum Dydaktycznym Akademii Medycznej. Jesteśmy dumni, że wybudowany z wielkim nakładem sił i środków gmach niemal od dnia otwarcia służy studentom, wykładowcom, polskiej nauce i wreszcie – Polsce.

Są więc Akademickie Dni Kardiologiczne wielką premierą dla nowych obiektów naszej uczelni, ale są także sprawdzianem naszego przygotowania do organizacji takich imprez, sprawdzianem naszych zdolności i naszej organizacji.

2000 uczestników to 100% możliwości lokalowych naszego Centrum Dydaktycznego. To cieszy, unaocznia bowiem, jak wielki potencjał ono nam daje, jak wiele dobra możemy uczynić. Będą Państwo podczas tej konferencji świadkami między innymi najnowocześniejszych metod telemedycznych. Przeprowadzimy bowiem łączami internetowymi transmisję operacji: z sali operacyjnej szpitala na Banacha do auli Centrum Dydaktycznego i sal seminaryjnych.

2000 uczestników to wreszcie sukces nie tylko Akademii Medycznej i jej Katedry i Kliniki Kardiologii, to także sukces samych lekarzy, którzy zdecydowali się wziąć udział w Akademickich Dniach Kardiologicznych.

W wielu miejscach Polski tli się konflikt pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami a Ministerstwem Zdrowia. Wczoraj w Warszawie odbyła się manifestacja służby zdrowia. Protestować przeciwko sytuacji w służbie zdrowia zjechało prawie 5 tysięcy osób, lekarzy i pielęgniarek z całej Polski. Domagają się tego, czego domagali się od roku 1989 – podwyżek i zaprzestania dokonywania oszczędności na służbie zdrowia. Ta rzeczywistość to tylko jedna, smutna strona medalu. Ta jaśniejsza znajduje pełną reprezentację podczas tych kilku Akademickich Dni Kardiologicznych.

Trudna sytuacja służby zdrowia, głodowe pensje, brak inwestycji, odpływ wykształconej kadry za granicę – te problemy wydają się nie dotyczyć tych, którzy zdecydowali się wziąć udział w konferencji. Ich liczny udział świadczy o nieustającej woli nauki i dalszego kształcenia się lekarzy, mimo prozaicznych, codziennych trudności i kłopotów, protestów i strajków. To daje nadzieję na przyszłość, że nie wszyscy, którzy zainteresowani są własnym rozwojem, a więc jednostki najbardziej wartościowe i pracowite, wybiorą drogę jedynie finansowego awansu w zachodnich szpitalach.

Zebrani tutaj lekarze, ludzie ogarnięci pasją zawodową, są najlepszym przykładem dla także tu obecnych przyszłych lekarzy, przedstawicieli najmłodszego pokolenia naszego zawodu.

Akademickie Dni Kardiologii są bowiem imprezą sprzężoną z Konferencją Kardiologiczną Studentów Medycyny, zorganizowaną przez polski oddział EMSY, ponadnarodowego zrzeszenia studentów medycyny. Ma ona na celu zapoczątkowanie corocznych spotkań młodych lekarzy i naukowców, pogłębienie ich wiedzy z zakresu kardiologii i kardiochirurgii, scalenie i konsolidację przyszłego środowiska naukowego naszych następców. Będą oni bowiem, tak jak my jesteśmy teraz, kolejnym ogniwem w ponad dwustuletnim łańcuchu tradycji medycyny akademickiej w Warszawie. Cieszy, że jeszcze w trakcie studiów ci młodzi ludzie wykazują tak duże zaangażowanie i pasję naukową. Możemy być spokojni o przyszłość polskiej medycyny. Serdecznie ich witam i życzę owocnych obrad.

Na zakończenie chciałbym bardzo gorąco podziękować za zaproszenie do objęcia moim patronatem tej konferencji. Uważam za swój obowiązek wspierać tak cenne inicjatywy, łączące nie tylko różne dziedziny wiedzy medycznej, ale również pokolenia przyszłych lekarzy.

skularyzacji. Czy terapia genowa może być opcją leczniczą? – dr Krzysztof Kukuła.

- **Stabilna choroba wieńcowa – jak leczyć – zachowawczo czy inwazyjnie?** Pod przewodnictwem prof. prof. Jacka **Dubiela** i Mirosława **Dłużniewskiego**: *Jestem za leczeniem inwazyjnym* – doc. Dariusz **Dudek**; *Jestem za leczeniem zachowawczym* – prof. Jacek **Dubiel**; *A co na to nasi pacjenci?* – prof. Mirosław **Dłużniewski**, dr Marek **Chmielewski**.
- **Od czynników ryzyka do niestabilnej blaszki miażdżycowej** pod przewodnictwem prof. Waldemara **Banasiaka** i Grzegorza **Opolskiego**: *Pacjent wysokiego ryzyka – klasyczne i nowe czynniki ryzyka* – doc. Krzysztof J. **Filipiak**; *Blaszka wysokiego ryzyka – obrazowanie nieinwazyjne* – dr Łukasz **Kownacki**; *Blaszka wysokiego ryzyka – obrazowanie inwazyjne* – dr Janusz **Kochman**; *Optymalna terapia w chorobie wieńcowej – co to znaczy w praktyce?* – prof. Waldemar **Banasiak**.
- **Postępowanie z chorym z nadciśnieniem tętniczym o dużym ryzyku sercowo-naczyniowym** pod przewodnictwem prof. Włodzimierza **Januszewicza**, Ryszarda **Gryglewskiego** i Andrzeja **Januszewicza**: *Farmakologia śród-błonka* – prof. Ryszard **Gryglewski**; *Ocena ryzyka i terapia pacjenta o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym* – prof. Kalina **Kawecka** – **Jaszcz**; *Leczenie zaburzeń lipidowych u chorych z nadciśnieniem tętniczym* – prof. Barbara **Cybulska**; *Współczesne zasady leczenia nadciśnienia tętniczego* – prof. Andrzej **Januszewicz**.
- **Od zespołu metabolicznego do cukrzycy – kiedy rozpocząć leczenie przeciwcukrzycowe?** pod przewodnictwem prof. Bar-

bary Cybulskiej: *Epidemiologia zespołu metabolicznego w Polsce i na świecie* – prof. Bogdan **Wyrykowski**; *Zespół metaboliczny – na jakim etapie rozpocząć leczenie zaburzeń gospodarki węglowodanowej?* – prof. Bogna **Wierusz – Wysocka**; *Metformina – kluczowa rola w leczeniu cukrzycy t. 2 – dlaczego?* – prof. Maria **Górska**.

– **Wyzwania dla lekarza praktyka** pod przewodnictwem prof. Waldemara **Banasiaka** i Jerzego **Korewickiego**: *Chory z chorobą wieńcową – wybór pomiędzy lekiem a postępowaniem rewaskularyzacyjnym* – prof. Waldemar **Banasiak**; *Chory z niewydolnością serca – sartany, inhibitory ACE, beta-blokery – konkurencja czy jedność* – prof. Jerzy **Korewicki**; *Jakie badania u chorego z chorobą wieńcową, niewydolnością serca powinien zlecić lekarz?* – dr Wojciech **Braksator**; *Leczenie hiperlipidemii – kogo lekarz rodzinny a kogo specjalista leczyć powinien?* – prof. Barbara **Cybulska**.

– **Postępy i wyzwania kardiologii dzieci i dorosłych** pod przewodnictwem prof. Macieja **Karolczaka** i Kazimierza **Suwalskiego**: *Operacje < 1 kg – ewenement czy rutyna?* – prof. Maciej **Karolczak**; *Serce jednokomorowe – algorytm postępowania* – dr Zbigniew **Malec**; *Przełożenie wielkich pni tętniczych* – dr Andrzej **Kansy**; *Współczesne możliwości i wyniki leczenia chirurgicznego wad wrodzonych serca* – prof. Bohdan **Maruszewski**; *Nowoczesne techniki chirurgicznej rewaskularyzacji serca* – prof. Kazimierz **Suwalski**; *Chirurgiczne leczenie migotania przedsionków – większe możliwości, szersze wskazania* – prof. Kazimierz **Suwalski**; *Rola kardiochirurga w leczeniu zatorowości płucnej* – prof. Andrzej **Biederman**.

Program sesji studenckich*

W ramach Akademickich Dni Kardiologicznych odbyły się dwie półtoragodzinne sesje dydaktyczne zorganizowane przez studentów Oddziału Fizjoterapii II WL i członków Studenckiego Koła Naukowego Fizjoterapii (przy pomocy Prodziekana ds. Oddziału Fizjoterapii – dr hab. Artura Mamcarza) oraz Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczno-Kardiochirurgiczna EMSA. Prezentujemy program obu przedsięwzięć.

Fizjoterapia w kardiologii – Recepta na wysiłek

Sesja I: Programowanie aktywności fizycznej – dr Hubert Krysztofiak, Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej; *Serce sportowca* – dr Andrzej Świątowiec, dr Karol Wrzosek, Katedra i Klinika Kardiologii II Wydziału Lekarskiego.

Sesja II: Wpływ występowania i leczenia wrodzonych wad serca na aktywność ruchową dzieci i młodzieży – dr Maria Witesik-Melonik, prof. dr hab. Bożena Werner, Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej; *Problemy terapii psychologicznej w ramach rehabilitacji w chorobach układu krążenia* – prof. dr hab. Jan Tylka, Klinika Rehabilitacji Instytutu Kardiologii Warszawa – Anin, Krajowy Konsultant ds. Psychologii Klinicznej.

EMSA – Międzynarodowa Studencka Konferencja Kardiologiczno-Kardiochirurgiczna

– **Teletransmisja operacji kardiochirurgicznej: Valve surgery – demonstration of a modern operating technique.** Komentarz ciągły: prof. prof. Kazimierz Suwalski i Bohdan Maruszewski. Referaty w czasie transmisji: *Ewolucja możliwości chirurgicznego leczenia wad zastawkowych serca* (prof. K. Suwalski); *Porównanie technik rewaskularyzacji serca wg evidence based medicine – czy ocena w pełni wiarygodna?* (dr Grzegorz Suwalski); *Dyskusja ekspertów z operatorem – wnioski z zabiegu operacyjnego. Dalsze leczenie i rokowanie.*

– **Nowoczesne metody oceny wyników leczenia w kardiologii dziecięcej** (prof. Bohdan Maruszewski).

– **Implikacje kliniczne zmian w zapisie EKG** (dr Edward Koźłuk)

– **Koronarografia w praktyce** (dr Karol Wrzosek)

– **Nadciśnienie tętnicze – problemy na XXI wiek** (prof. Zbigniew Gaciong)

– **Wady serca w zespołach wad wrodzonych** (prof. Bożena Werner)

– **Niewydolność serca – nowoczesna diagnostyka i leczenie** (dr Ewa Anita Jankowska)

– **Nowoczesne metody mechanicznego wspomaganie krążenia** (dr Paweł Litwiński)

– **Kardiologia – nauka i sztuka** (prof. Tomasz Pasiński)

– **Prezentacja ciekawych przypadków klinicznych** (studenci) oraz panel specjalistów: prof. Maciej Karolczak, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Tomasz Pasiński, prof. Kazimierz Suwalski, prof. Bożena Werner, dr hab. Marek Kuch, dr hab. Artur Mamcarz.

– **Bóle w klatce piersiowej** – interaktywna sesja oparta na metodzie nauczania PBL (Problem-Based Learning, z zastosowaniem bezprzewodowego systemu do głosowania); panel ekspertów pod przewodnictwem dr hab. Marka Kucha: prof. Piotr Pruszczyk, dr hab. Piotr Szopiński, dr Włodzimierz Gierlak.

– **Objective structured clinical examination – OSCE** (prof. Jadwiga Mirecka).

* Redakcja dziękuje Państwu: Annie Słupik – studentce fizjoterapii oraz Magdalenie Restel i Pawłowi Chomickiemu z EMSA.

29 maja Alma Mater gościła profesora Louisa J. Ignarro, laureata Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii z 1998 roku. Pan profesor przyjechał z wykładem wyjaśniającym działanie tlenu azotu, czyli prezentującym badania, które Komitet Noblowski w Sztokholmie uhonorował najcenniejszym wyróżnieniem w nauce. Wykład, połączony z prezentacją multimedialną, poprzedziło wystąpienie Rektora AM, prof. Leszka Pączka i Dziekana Wydziału Kształcenia Podyplomowego, prof. Zbigniewa Gacionga. Wyrazem niezwykłego szacunku, którym Akademia Medyczna w Warszawie darzy profesora Louisa J. Ignarro, było wręczenie Medalu im. dr. Tytusa Chałubińskiego.

Od bomby, przez Viagrę, po Nobla

prof. dr hab. Zbigniew Gaciong

Louis Ignarro urodził się w Brooklynie, w stanie Nowy Jork, w rodzinie imigrantów z Neapolu. Jego ojciec był stolarzem, a matka zajmowała się wychowywaniem dwóch synów – Louisa i Angello.

W wieku 8 lat po raz pierwszy odkryto zainteresowanie Louisa chemią. Pierwszymi wyzwaniem, jakich się podjął, było zbudowanie bomby oraz wysłanie rakiety. Mniej więcej po roku eksperymentowania Louis wreszcie osiągnął swój cel, o czym jeszcze przez wiele lat pamiętali sąsiedzi.

Kontynuując swoje zainteresowania zdecydował się studiować chemię i farmację w Columbia University w Nowym Jorku. Podczas studiów szczególnie zainteresowała go farmakologia, a po ich ukończeniu został przyjęty do grona uczestników programu farmakologicznego University of Minnesota w Minneapolis, do jednego z najlepszych zakładów farmakologii w kraju. Po obronie doktoratu odbył staż podoktorski w National Institutes of Health w laboratorium farmakologii chemicznej w National Heart, Lung and Blood Institute. Podczas tego krótkiego stażu był bardzo aktywny naukowo, na przykład poproszony przez swojego opiekuna naukowego Elwooda Titusa rozpoczął badania dotyczące chemii receptorów beta adrenergicznych. Dr Ignarro zdecydował się wyizolować, scharakteryzować oraz określić strukturę chemiczną nie tylko receptorów beta, ale również alfa i osiągnął ten



W drodze na Stare Miasto – profesorowie Gaciong i Ignarro

cel po dwóch latach pracy.

Kilka lat współpracował z przemysłem farmaceutycznym,

a w 1968 roku rozpoczął pracę w firmie Geigy, w której nadzorował program badań biochemicznych

dotyczących reakcji zapalnych. Dr Ignarro uczestniczył w badaniach, które doprowadziły do opracowania diklofenaku, nadal często stosowanego niesteroidowego leku przeciwzapalnego. Podczas pracy w Geigy dr Ignarro kontynuował swoje prace badawcze w dziedzinie farmakobiochemii. Wówczas natknął się na relatywnie nowy cykliczny nukleotyd, cykliczny GMP (cGMP). To był prawdziwy początek historii Tlenku Azotu, którą już za kilka chwil opowie nam dr Ignarro.

W styczniu 1973 roku, po opuszczeniu Ciba-Geigy dr Ignarro objął pozycję profesora nadzwyczajnego farmakologii w Szkole Medycznej Tulane University w Nowym Orleanie. Te lata swojej pracy poświęcił badaniom cGMP, w których ustalił rolę tej cząsteczki w funkcjonowaniu układu sercowo-naczyniowego.

W 1985 roku zdecydował się wyjechać z Tulane i rozpocząć nowe życie w Szkole Medycznej Uniwersytetu Kalifornia w Los

Angeles (UCLA). Wiele spośród jego najważniejszych odkryć dotyczących tlenku azotu powstało właśnie w tym uniwersytecie. W UCLA pracował nie tylko naukowo, ale zajmował się również dydaktyką. Opracował i prowadził kurs farmakologii, który został uznany za najlepszy w całym uniwersytecie. Większość seminariów i wykładów dr Ignarro prowadził osobiście, co przyczyniło się do jego ogromnej popularności wśród studentów medycyny. Jedenaście razy pod rząd otrzymał nagrodę Golden Apple (Złote Jabłko), przyznaną przez studentów najlepszemu nauczycielowi.

W 1998 roku otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny za odkrycie roli tlenku azotu w układzie sercowo-naczyniowym. Otrzymał wiele prestiżowych nagród i został wybrany do Narodowej Akademii Nauk.

Nadal jest aktywnym badaczem i nauczycielem, który do swojego laboratorium zaprasza wielu mło-

dych naukowców z wielu krajów, w tym również z Polski. Badania dr Ignarro przyczyniły się nie tylko do rozwoju nauk medycznych, ale również pomogły w codziennym życiu wielu młodym, nieszczęśliwym parom ludzi. Odkrycie przez niego roli, jaką pełni tlenek azotu, umożliwiło nie tylko zrozumienie wielu procesów fizjologicznych toczących się w naszym organizmie, ale doprowadziło również do opracowania nowych skutecznych medykamentów, takich jak sildenafil (Viagra).

Żona profesora Ignarro – Sharon Elizabeth Williams – jest anesteziologiem w UCLA. Ma córkę Heather. Louis Ignarro jest aktywnym biegaczem długodystansowym, uczestniczył w wielu słynnych maratonach, które ukończył na wysokich pozycjach w swojej kategorii. Jeszcze raz chciałbym podziękować panu profesorowi Ignarro za przyjęcie naszego zaproszenia i za to, że mamy dziś okazję spotkać jednego z najwybitniejszych naukowców naszych czasów.



Profesor Ignarro przed muzeum „koleżanki po Noblu”

Etyka w medycynie

20 maja w Sali Senatu AM odbyła się Konferencja Dydaktyczno-Naukowa „Problemy etyczne w nauczaniu medycyny i w praktyce lekarskiej”. O „Roli nauczania etyki w kształtowaniu wrażliwości moralnej lekarza” mówiła pani prof. dr hab. Alicja **Przyłuska – Fiszer** z Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Temat „Bezstronności i obiektywizmu w wykładzie etyki medycznej” poruszył prof. dr hab. Marek **Wichrowski** z naszej Alma Mater, a o „Roli kształcenia akademickiego w kształtowaniu postawy moralnej lekarza” wykładał Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych AM, prof. dr hab. Piotr **Zaborowski**. Usłyszeliśmy także wykłady: prof. dr hab. Magdaleny **Środy** z UW pt. „Godność pacjenta”, doktora Pawła **Łukowa** – również z UW – pt. „Wartość prawdomówności w medycynie”, doktora Zbigniewa **Zalewskiego** z UJ pt. „Czego w XXI wieku możemy nauczyć się od twórców polskiej szkoły filozofii i medycyny” oraz prof. Tomasza **Pasierskiego**, sekretarza ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego: „Czym jest współczucie i jak go nauczać?”

Słowo Rektora

Prof. dr hab. Leszek Pączek

Szanowne Panie, Szanowni Panowie, spotkaliśmy się dziś na konferencji „Problemy etyczne w nauczaniu medycyny i praktyce lekarskiej” z wielu powodów. Pojęcie etyki lekarskiej znacznie bowiem rozszerzyło swoje znaczenie w ostatnich latach. Do odwiecznych problemów – jak rzetelność i uczciwość – dołączono nowe: działanie w oparciu na wiedzy (słynne EMB) oraz wiarygodność publikowanych badań. Wyrazem tego jest często ostatnio stosowane słowo plagiat. Te, a także inne problemy etyczne, z którymi stykamy się jako lekarze i nauczyciele akademicy sprawiają, że nie możemy pozostać obojętni.

Problemy etyczne są wynikiem postępu naukowo – technicznego. Rozwój biomedycyny pozwala na zastępowanie niewydolnych narządów za pomocą przeszczepienia, trwają prace nad tworzeniem hybryd sztucznych narządów, wykorzystujących tkanki, powszechnie stosujemy produkty inżynierii genetycznej. Trwają prace nad modyfikacją genomu człowieka dla leczenia chorób metabolicznych i nowotworowych.

Należy zauważyć, że:

– rozwój cywilizacji, który nastąpił w ostatnich latach, stworzył całkowicie nowe problemy,

** „W każdej sytuacji należy unikać metod, które naruszają godność i wartość osoby ludzkiej.”*

otworzył obszary badawcze, o których istnieniu nic nie wiedzieliśmy jeszcze 50 lat temu;

– postęp nauki jest tak ogromny, że systemy prawa kodyfikowanego stają się niewystarczające. Po prostu nie można zapisać wszystkich możliwych do wykonania procedur i zabiegów wraz z komentarzem etyka. Istnieje potrzeba systemowego podejścia do zagadnienia. Środowisko medyczne musi tworzyć system ocen etycznych niejako na bieżąco, stojąc przy łóżku chorego;

– oceny etyków różnią się, i to znacznie. Etycy lubią dyskutować o „niepewności moralnej”. Pozwala to na piękną i bardzo potrzebną akademicką dyskusję. Przykładowo: Jan Paweł II w orędziu wygłoszonym w 2000 roku z okazji Światowego Zjazdu Transplantologów w Rzymie powiedział, że nie ma piękniejszego daru niż ofiarowanie – po śmierci – swojego narządu innemu, choremu człowiekowi. W tym samym czasie, a i po tym czasie, profesor filozofii UW ogłasza w mediach, że transplantologia niczym nie różni się od kanibalizmu. Pośrodku jest chory na śmiertelną chorobę – niewydolność nerek, serca czy wątroby – który poznaje oba te poglądy, jest też lekarz, który tę chorobę może wyleczyć. Opisana sytuacja, całkowicie prawdziwa, jest tylko jednym z wielu problemów, z jakimi lekarz styka się na co dzień.

Dzisiejsza konferencja jest pierwszą z cyklu spotkań poświęconych etyce i medycynie.

Stara łacińska maksyma mówi: „Medycyna jest siostrą filozofii”. Pierwsze uniwersytety miały zawsze wydziały filozofii i wydział medycyny. Te dwie dyscypliny od wieków były nierozdzielne. Nie ma w tym nic dziwnego: przedmiotem i podmiotem obu nauk – filozofii i medycyny – jest przecież człowiek. Profesor Marek Wichrowski – filozof i etyk oraz profesor Tomasz Pasierski – lekarz realizujący swój zawód z dużą dozą humanizmu, podjęli się trudu niezwyklego. Zorganizowali bowiem konferencję poświęconą nauczaniu etyki lekarskiej.

Przygotowania trwały dwa miesiące. W tym miejscu chciałbym podziękować wszystkim, którzy przyjęli nasze zaproszenie do dyskusji nad tą trudną problematyką.

Wielkim zaszczytem dla naszej uczelni jest gościć tak wybitnych humanistów.

Witam serdecznie wszystkich uczestników i życzę owocnych obrad. Cieszę się, że w sobotnie przedpołudnie konferencja zyskała tylu uczestników.

Na zakończenie przytoczę jeszcze raz słowa Jana Pawła II: *In any event, methods that fail to respect the dignity and value of the person must always be avoided**. Gdybyśmy umieli zastosować tę regułę w życiu, nie byłyby potrzebne kodeksy i regulaminy.

Jest nad czym myśleć...

Rozmowa z prof. dr hab. Tomaszem Pasierskim



ne. Podstawą w tym zawodzie jest bezpośredni kontakt człowieka z człowiekiem. Drugi człowiek nie jest przedmiotem naszej manipulacji, naszego działania, ale drugim podmiotem, z którym się spotykamy. Częścią tego kontaktu jest leczenie. Kiedy inżynier reperuje zepsuty sprzęt, to mówimy o kontakcie podmiotu z przedmiotem. Niestety, medycyna ma tendencje do technicyzacji – jest chory narząd, trzeba zadziałać, wyleczyć... i tu gubi się humanizm, gubi się człowiek.

I wówczas staramy się dodać humanizm do medycyny. Gdzie on się gubi, dokąd ucieka?

Gubi się, bo medycyna jest częścią działania bardzo dużych systemów opieki zdrowotnej, dużych systemów szpitalnych, systemów rozliczeń, które – w swoich założeniach – nie biorą pod uwagę tego, jak lekarz odnosi się do pacjenta. Lekarz jest rozliczany z liczby operacji, leczonych jednostek chorobowych. Nie chcę głosić utopijnych teorii, że to źle, bo te systemy muszą działać, ale one zawsze mają tendencję do absolutyzacji, narzucają swój wewnętrzny charakter zawodowi, z którym mają do czynienia.

A czego oczekuje Pan profesor po tej konferencji?

Oczekiwałem i oczekuję nadal możliwości wymiany myśli, uświadomienia środowisku, że poza problemami stricte medycznymi, nad którymi debatujemy spotykając się na konferencjach naukowych, jest jeszcze ten humanistyczny wymiar medycyny, w którym nie wszystko jest oczywiste: zachowania, wybory, kształtowanie postaw. Np. w sposób naturalny traktujemy to, że niedoświadczonych ludzi, którzy zaczynają studia medyczne, po 6 latach wykształcimy na współczujących, wrażliwych na drugiego człowieka lekarzy. To jest nierealne! Po studiach wiemy jedynie, jak zoperować, jak sprawić, że

„Lekarz realizujący swój zawód z dużą dozą humanizmu”. Tak przedstawił Pana profesora JM Rektor AM. A ja chciałabym wiedzieć, jak duża jest ta doza i dlaczego nie jest pełna? Bo według mnie zawód lekarza jest z założenia humanistyczny. To tokarz albo kierowca może dodać dozę humanizmu do swojej pracy i wtedy jest artystą w swoim zawodzie...

– Chyba zbyt dosłownie odebrała pani to stwierdzenie. Myślę, że wynika ono z języka medycznego, jakim na co dzień Pan Rektor się posługuje: duża, mała, pełna doza/dawka leku, dawka optymalna. Ale jeśli chodzi o humanizm, to w pełni się z panią zgadzam: on albo jest, albo go nie ma. Nie można go dozować.

A zdefiniować można?

W medycynie to szalenie trud-

choroba ustępuje. Oczekiwałem wymiany myśli i zwrócenia uwagi na to, że pewne problemy są cały czas ważne. Wydaje mi się, że w Polsce ostatnio ten rodzaj refleksji bardzo się zmarginalizował. Ożywa tylko wówczas, gdy pojawiają się nagle debaty o aborcji czy eutanazji. To są bardzo ważne zagadnienia, ale ja w codziennej praktyce się z tym nie spotykam. Jestem kardiologiem, a więc nie podejmuję decyzji na temat aborcji, jak również nikt nie zwraca się do mnie w sprawach eutanazji. Ale wielokrotnie spotykam się z problemem, czy nakłaniać pacjenta do poddania się zabiegowi o dużym stopniu ryzyka. Na co dzień pojawiają się bardzo konkretne problemy, które nie rozwiążą się same. Są wtedy przeważnie rozwiązywane przypadkowo i – siłą rzeczy – na niskim poziomie fachowości. Bo aktualne formuły nauczania socjologii medycyny, psychologii medycyny polegają na tym, żeby przedmioty te zaliczyć i zapomnieć.

Na konferencji były głosy, jaką pomoc może przynieść lekarzom wykwalifikowany psycholog. Nauczy ich, jak rozmawiać z pacjentem, jak tłumaczyć mu chorobę, jakie techniki rozmowy stosować. Podobno w trakcie typowej wizyty lekarskiej po kilkunastu sekundach lekarz przestaje słuchać pacjenta. Jego myśl zaczyna wędrować i trzeba zrobić coś, żeby się skupić na słuchaniu. Trzeba też umieć tak prowadzić rozmowę z pacjentem, żeby ona dostarczała cennych informacji, a jednocześnie, żeby tego człowieka nie zniechęcać, dać mu możliwość wypowiedzenia się.

Podczas konferencji zabrakło mi tematu „strajki lekarzy i pielęgniarek”. No i etycznej oceny tego – skądinąd słusznego – buntu.

Myśmy tę konferencję zaplanowali na początku roku kalendarzowego i jeszcze problem

strajków nie istniał. Ale gdybym chciał wkomponować aktualną sytuację w służbie zdrowia do tematu konferencji, to chyba nie wprowadzałbym tematu strajków, ale to, jak lekarze są postrzegani przez społeczeństwo. Bo wydaje mi się, że w tej sprawie dokonana się bardzo duża zmiana. Przez wiele lat nasza grupa zawodowa jechała na kapitale zarobionym przez poprzednie pokolenia ofiarnych, bezinteresownych lekarzy, a to się w ciągu ostatnich lat bardzo zmieniło. Społeczeństwo jeszcze się swoim lekarzom nie przyjrzało, ale w tej chwili to, że ich strajki nie mają zbyt dużego społecznego wsparcia jest wyrazem tego, że obraz lekarza w Polsce bardzo się zmienił. Wbrew temu, co utrzymują cały czas izby lekarskie, że jest fantastycznie, lekarze są doskonali i lubiani – tak nie jest. Obwiniam trochę Izbę Lekarską, że zamiast spojrzeć prawdzie w twarz i starać się dbać o obraz lekarza, od szeregu lat na przykład ignoruje i lekceważy sprawę korupcji w służbie zdrowia. Ciągłe mówi się, że to marginalne przypadki. Brałem przed laty udział w konferencjach z prezesem Radziwiłłem, który twierdził, że w ogóle nie ma o czym mówić, bo lekarze za mało zarabiają. Dziś coraz częściej spotykam się z negatywnymi ocenami ludzi mojego zawodu. Po strajkach to się nasiliło. Bo ludzie uważają, że lekarze mają ich w nosie.

Ale oficjalne płace lekarzy i pielęgniarek są dramatycznie niskie. Pielęgniarka w Polsce dostaje około 1/3 tego, co kasjerka w banku, a jej praca jest bardzo ciężka, zarówno w sensie fizycznym, jak i w sensie odpowiedzial-



Profesor Alicja Przyłuska-Fischer: „Rola nauczania etyki w kształtowaniu wrażliwości moralnej lekarza”.



Profesor Piotr Zaborowski: „Rola kształcenia akademickiego w kształtowaniu postawy moralnej lekarza”.

ności. Takie płace to absolutny skandal i dlatego, gdy ci ludzie występują o większe zarobki, powinno się oczekiwać, że całe społeczeństwo chórem powie: tak, należy im się!!! Skoro tak nie jest, to znaczy, że nasz zawód stracił na wartości.

I bez tego typu konferencji, które pokazują, że pozycja lekarza nie jest danym nam „monumentem”, będzie jeszcze gorzej. Tym bardziej, że korupcja po 1989 roku (jak wiele innych nieprawidłowości) nie



Profesor Magdalena Środa: „Godność pacjenta”.



Profesor Marek Wichrowski: „Bezstronność i obiektywizm w wykładzie etyki medycznej”.

uległa unicestwieniu, a wręcz się nasiliła. Dalej występują bolesne dla mnie zachowania lekarzy, którzy wymagają opłat za przyjęcie do szpitala czy za operację. Ludzie słyszą o tym na co dzień, mają z tym do czynienia, a potem słyszą, że lekarze żądają podwyżki pensji. No i mają mieszane uczucia. Nawet jeśli tylko 10% lekarzy jest skorpumpowanych (myślę o tej twardej korupcji, a więc wymuszaniu pieniędzy przed jakimkolwiek działaniem, które się pacjentowi należy), to wystarczy, żeby zaszargać opinię całej grupie zawodowej. A Naczelna Rada Lekarska zamiast usiłować

„namierzyć” te 10%, by podać je ostracyzmowi, cały czas uważała, że problemu nie ma.

Taka konferencja przypomina także o prawach pacjenta, które w ostatnich czasach bardzo wzrosły. Poruszono problem mówienia pacjentom prawdy i informowania ich o rozpoznaniu. Wiele osób stwierdziło, że do niedawna lekarz nie dość, że miał władzę podejmowania decyzji dotyczących zdrowia pacjenta, to jeszcze miał władzę egzystencjalną, fundamentalną, bo władzę nad informacją – był w stanie podjąć decyzję, czy pacjent powinien wiedzieć o swoim rozpoznaniu, czy nie. Teraz pacjenci są coraz lepiej poinformowani, a my dalej tkwimy w tym modelu paternalistycznej władzy lekarza. Władzy, jaką mają (poza weterynarzami) chyba jeszcze tylko pediatrizy wobec pacjentów niczego nieświadomych i geriatrzy w stosunku do bardzo starych pacjentów, którzy przywykli do tego, że lekarz rozstrzyga o wszystkim.

To wszystko się zmienia, jesteśmy członkami społeczeństwa przez to społeczeństwo osądzanymi, musimy zgodnie z tym się zachowywać, nie czuć się bogami wolnymi od krytyki, ale ludźmi skromnymi, „służebnikami ludzkości”.

Czy widział Pan profesor film Piwowskiego „Oskar i pani Róża”?

Oczywiście. Czytałem książkę i widziałem film. Uważam, że to doskonała adaptacja.

Jak odbiera Pan takie podejście do śmierci?

Sądzę, że trzeba stanąć z nią twarzą w twarz i zacząć ją traktować jako element całej naszej

egzystencji. Opieram się w tym wszystkim na bardzo odległej intuicji, bo akurat w kardiologii chorzy najczęściej umierają nagle i nie trzeba aż tak ich do tego przygotowywać. Nie mam takich doświadczeń z wyjątkiem kilku pacjentów w ciągu roku, umierających z powodu niewydolności serca. Ale uważam, że ten film i ta książka wskazują na wartość szczerości i tego, że tak naprawdę nie wiemy, co jest po drugiej stronie. Są przecież ludzie, którzy wierzą w Boga, i ludzie niewierzący. Mówienie umierającemu: „nie wiem, co będzie potem” jest moim zdaniem bardzo uczciwe.

Ale książkowo-filmowa wolontariuszka nie jest uczciwa, kłamie przecież mówiąc, że była bokserką, mistrzynią tego sportu itp. itd....

Myślę, że ona prowadzi grę, którą ten chłopiec – Oskar – rozpoznaje i podejmuje. To nie jest kłamstwo, bo ta mistyfikacja dotyczy tylko dekoracji. Ona nie mówi Oskarowi, że jest zdrowy, że wszystko będzie w porządku. Ona po prostu odrealnia śmierć. Sprawia, że ten dzieciak zaczyna dystansować się do swojej sytuacji.

Podczas konferencji była mowa o protokole z Groningen, ale bez szczegółów. Co to takiego?

Ja też nie dokładnie się orientuję... Powiem tyle, ile wiem. Jest ogromny problem dotyczący postępowania z bardzo ciężko uszkodzonymi noworodkami. Pewna ich liczba zupełnie nie rokuje szans na życie. Mają przed sobą kilkanaście dni albo godzin. Wspomniany protokół stwarza możliwość aktywnej eutanazji. Znaczące jest, że do tej pory dyskutowało się o eutanazji na życzenia pacjenta. Żaden z krajów, które do tej pory eutanazję usankcjonowały nie dokonał wyłomu, nie pozwolił poddawać eutanazji innej osoby ludzkiej bez jej zgody. Z drugiej strony można



Doktor Paweł Łuków: „Wartość prawdomówności w medycynie”.

Oni się zastanawiają, bo jest nad czym myśleć!!! Ale w dyskusji padł głos, który mnie przeraził. Ktoś, czyjego nazwiska nie przypominę, stwierdził, że społeczeństwo Europy się starzeje, a koszty opieki nad ludźmi starymi są bardzo wielkie, więc musimy się zastanowić nad ich eutanazją. To jest dla mnie przerażające.

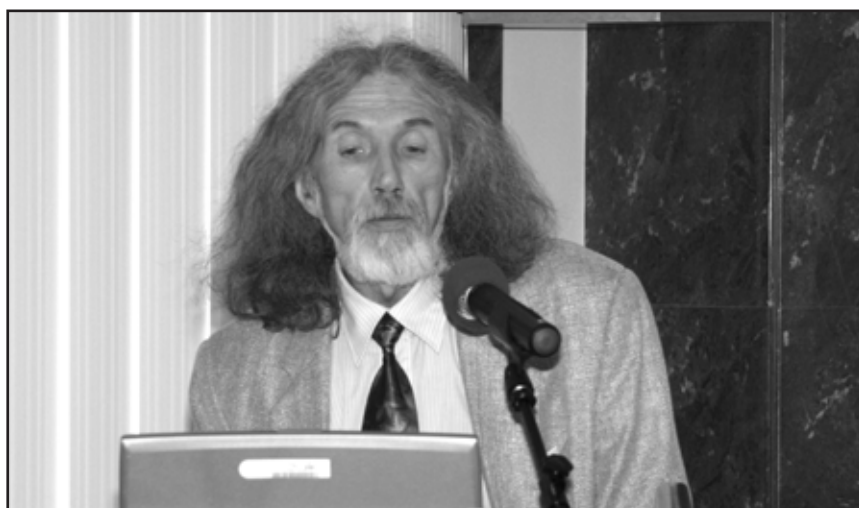
W dyskusji o eutanazji dochodzi często do tematu wyczerpania wszelkiej możliwości opieki paliatywnej, gdy mamy do czynienia z bólem nie tyle egzystencjalnym, co fizycznym, na który nie jesteśmy w stanie nic pomóc i wtedy można się zastanawiać nad „aktem miłosierdzia”. W średniowieczu istniał przecież specjalny sztylet – mizerykordia – którym rycerze przebijali rannych na polu bitwy. To nie była

Temat nie jest wcale tak lekki, bo – jako proceder – nagminny. Lekarze są oczywiście bardzo zapracowani i właśnie w związku z tym się spóźniają, ale uważam, że akurat sytuacja „lekarz – pacjent” jest wyjątkowa. Bo jest to a priori sytuacja asymetryczna. Jeden człowiek zależy od drugiego. Kiedy umawiamy się z kolegą, a on spóźnia się pół godziny, to mówimy „stary, jak mogłeś”. Pacjent do lekarza tak nie może powiedzieć. Spóźniając się powiększamy jego poczucie zależności od nas. Poczucie niemocy. Mało, że ten człowiek jest chory, to jeszcze jest traktowany z góry, bo zawieszono zostają niektóre normy w relacjach międzyludzkich, jak norma solidności i odpowiedzialności. Spóźniając się do pacjenta powinno się znacznie bardziej go przeproszać niż kolegę. Ja zawsze mówię przepaszam i kiedy ktoś mnie objeżdża, „biorę to na siebie”, bo rzeczywiście się spóźniłem. Niezależnie od wszystkiego, nie możemy – jako lekarze – robić z siebie bogów. Jesteśmy takimi samymi ludźmi, jak inni, a nawet mamy dodatkowe obciążenia.

Często ludzie myślą Was z aniołami, a od anioła do boga już nie tak daleko...

Jest takie pomieszanie pojęć, bo z jednej strony lekarze robią z siebie bogów, co jest niemądre, a z drugiej ludzie uważają, że ta praca nie powinna być dobrze płatna, bo jest pracą humanitarną, działalnością aniołów, które nie mają żadnych potrzeb materialnych, bo są spoza tego świata. Tymczasem lekarze są z tego świata i gdyby społeczeństwo trochę lepiej w nich inwestowało – wszyscy mieliby lepiej. Lekarze byliby mniej zaganiani, mieliby więcej czasu na naukę i byliby po prostu bardziej sprawnymi lekarzami.

rozmawiała Ewa Barciszewska



Doktor Zbigniew Zalewski: „Czego w XXI wieku możemy nauczyć się od twórców polskiej szkoły filozofii i medycyny”.

powiedzieć, że stopień uszkodzenia tych płodów i kompletny brak nadziei na poprawę jest oczywisty, bo bezmózgi płód nie jest w stanie żyć. Pozostaje dylemat, czy podłączyć go do kroplówki, czy po prostu pozwolić mu umrzeć. Nie mam dogłębnych przemyśleń na ten temat.

Mówiło się jednak o zbrodni eutanazji....

Ludzie, którzy się nad tym zastanawiają to nie są zbrodniarze.

zbrodnia, ale akt miłosierdzia. Ale gdy słyszę, że państwo z przyczyn ekonomicznych powinno w którymś momencie zacząć się pozbywać swoich staruszków, to jest to dla mnie przerażające i w żadnej mierze nie mogę się na to zgodzić.

Żeby złapać oddech przejdźmy do lżejszego tematu. Wspomniał Pan profesor podczas konferencji o... spóźniającym się lekarzu, który nie mówi pacjentom: przepaszam...

Trzydzieści lat historii i dokonań „w pigułce”

Prof. dr hab. Ryszarda Chazan

W roku 1976 decyzją Rady I Wydziału Lekarskiego powołano w ramach Instytutu Chorób Wewnętrznych Klinikę Pneumonologii Akademii Medycznej w Warszawie. Klinika powstała na bazie 27-lóżkowego Oddziału Wewnętrznego Instytutu Chirurgii, który został utworzony w bloku A nowo wybudowanego budynku chirurgicznego CSK przy ulicy Banacha 1a. Ordynatorem Oddziału, a następnie kierownikiem Kliniki został prof. Waław Droszcz (w tym okresie nowo habilitowany dr med.) – już wówczas uznany autorytet w środowisku pulmonologów w całym kraju.

Zainteresowania kierownika kliniki, tematy jego pracy doktorskiej i habilitacyjnej dotyczyły patofizjologii oddychania chorych na astmę i alergię. One też były inspiracją do utworzenia w klinice pierwszej pracowni diagnostycznej, w której wykonywano badania czynnościowe układu oddechowego. Pracownia Patofizjologii Oddychania została zorganizowana przez prof. Janusza Kowalskiego (wówczas doktora med.) wspólnie z pielęgniarkami Anną Sawicką i Grażyną Krawczyk w udostępnionym pomieszczeniu części naukowej Instytutu Chirurgii. Dzięki pomocy władz uczelni pracownia była nie tylko miejscem wykonywania specjalistycznych badań czynnościowych układu oddechowego, było to też miejsce spotkań asystentów, pierwszych dyskusji naukowych, planów prac badawczych i prezentacji doniesień zgłaszanych na pierwsze konferencje naukowe. W roku 1980 w zaadaptowanym korytarzu zorganizowana została pierwsza



pracownia zabiegowa. Początkowo skromnie wyposażona stale poszerzała zakres swoich usług. Tam pierwsze zabiegi bronchoskopowe wykonywali dr Andrzej Lasota, Jacek Barliński, Maria Karpińska, a pierwsze cewnikowania tętnicy płucnej Ryszarda Chazan. W roku 1984 do zespołu dołączyły prof. Elżbieta Wałajtys – Rode (wówczas dr nauk przyrodniczych – biochemik) oraz prof. Hanna Grubek – Jaworska (wówczas dr nauk przyrodniczych – mikrobiolog). Utworzyły one Pracownię Biochemii i Immunologii, którą udało się wyposażyc w nowoczesną aparaturę. Wówczas rozpoczęły się pierwsze prace badawcze dotyczące patogenezy astmy na modelu zwierzęcym.

W roku 1986 klinika została przeniesiona do nowo zbudowanego bloku internistycznego i zajęła całe piętro. Zwiększyła się znacznie liczba łóżek – do 71. W bloku E powstały nowoczesne

pracownie naukowo-badawcze i diagnostyczne bronchoskopii oraz biochemii i immunologii.

W roku 1990 powstał w klinice 4-lóżkowy Oddział Leczenia Stanu Astmatycznego. Pierwszym kierownikiem był dr Witold Pokorski, a od roku 2000 ośrodkiem kieruje dr med. Krzysztof Karwat. W tym samym czasie powstała jedna z pierwszych w Polsce Pracownia Zaburzeń Oddychania podczas Snu. Jej organizatorem i autorem pierwszych prac naukowo-badawczych był dr Tadeusz Przybyłowski. Od 2000 roku kierownikiem tej pracowni jest dr med. Krzysztof Byśkiniewicz.

W roku 2000 prof. Waław Droszcz odszedł na emeryturę i kierownikiem kliniki została prof. Ryszarda Chazan. Klinika zmieniła nazwę – powstała Katedra Chorób Wewnętrznych Pneumonologii i Alergologii, rozszerzył się zakres działalności leczniczej i dydaktycznej, powstały nowe

pracownie naukowe: Pracownia Indukcji Płwociny i Pracownia Immunoterapii, kierowane przez dr Joannę Hermanowicz, Pracownia Ergospirometrii, Oznaczania Tlenku Azotu w Powietrzu Wydechowym kierowane przez dr Tadeusza Przybyłowskiego oraz Testów Nadrektywności Oskrzeli kierowana przez dr Katarzynę Wrotek. W roku 2003 utworzono Ośrodek Tlenoterapii Domowej prowadzony przez dr Jacka Nasiłowskiego i dr Joannę Klimiuk wraz zespołem pielęgniarskim kierowanym przez Jolantę Piesiewicz.

W roku 2006 powstał Ośrodek Pneumonologii Interwencyjnej oraz Ośrodek Diagnostyki Laboratoryjnej Układu Oddechowego. Kierownikiem Ośrodka Pneumonologii Interwencyjnej jest dr med. Rafał Krenke.

wych, biopsji transtorakalnej, gabinet USG, pH-metrii oraz 24-godzinnej rejestracji pracy serca metodą Holtera.

Kierownikiem Ośrodka Diagnostyki Laboratoryjnej Chorób Układu Oddechowego jest dr hab. med. Hanna Grubek – Jaworska – prof. nadzwyczajny AM. W skład ośrodka wchodzi Pracownia Biochemii i Immunologii oraz Pracownia Cytologii kierowana przez dr hab. Joannę Domagałę – Kulawik.

Bardzo ważnym ogniwem kliniki była i jest Poradnia Przykliniczna. Przez wiele lat prowadziła ją dr med. Jolanta Wrońska. Od 2000 roku w Poradni Peumonologii i Alergii Oddechowych pracuje kilkunastu lekarzy „na godzinach”, którzy konsultują cały zakres schorzeń chorób układu od-

Słowo Rektora



Prof. dr hab. Leszek Pączek

Pani Rektor, Szanowne Panie, Szanowni Panowie! Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii obchodzi dziś trzydziestą rocznicę powstania. Trzydzieści lat temu, w maju 1975 roku, w nowo otwartym szpitalu przy ulicy Banacha powstał oddział internistyczny, jako zaplecze dla chorych leczonych w klinikach chirurgii. Jego pierwszym ordynatorem został pan profesor Waław Droszcz, pracujący wówczas jako adiunkt w I Klinice Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. Tadeusza Orłowskiego, nestora internistów polskich i doktora honoris causa naszej uczelni.

Prześledzenie dziejów kliniki dowodzi, że dobrany zespół ludzi, działający z pasją i zaangażowaniem przynosi znakomite rezultaty.

W roku 2000 nastąpiła zmiana nazwy: powstała Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii. Obecnie kliniką kieruje pani profesor Ryszarda Chazan. Wraz ze zmianą nazwy nastąpiło dalsze rozszerzenie działalności leczniczej i dydaktycznej, powstało szereg nowych pracowni, odpowiadających zapotrzebowaniu pacjentów.

Centralny Szpital Kliniczny wraz ze Szpitalem CLO im. Dzieciątka Jezus są najlepszymi szpitalami nie tylko w Warszawie, ale



XXX-lecie Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Pneumonologii i Alergologii AM – 18 maja 2006 r. Odznaczeni: Prof. Hanna Grubek – Jaworska, dr hab. Joanna Domagała – Kulawik, pielęgniarka oddziałowa Grażyna Krawczyk, st. pielęgniarka Barbara Krzyżańska dr med. Rafał Krenke, dr med. Andrzej Dąbrowski, dr med. Krzysztof Karwat, dr med. Tadeusz Przybyłowski.

W skład ośrodka wchodzi gabinet bronchoskopii, videotorakoskopii, zabiegów opłucno-

dechowego. Kierownikiem poradni jest dr med. Joanna Marzurek.

również w Polsce. Dobitnie świadczą o tym dane zebrane w trzech pierwszych miesiącach 2006 roku. SPCSK ul. Banacha przyjął w tym czasie 171 chorych skierowanych z innych szpitali klinicznych, 55 chorych skierowanych z Instytutów resortowych Ministerstwa Zdrowia, 51 chorych ze szpitali wojewódzkich i 67 różnych powikłań, przesłanych z innych specjalistycznych szpitali.

Łącznie 344 najtrudniejszych ciężko chorych, których nie mogły leczyć specjalistyczne i wyskospecialistyczne szpitale znalazło opiekę w CSK przy ulicy Banacha. Ale nie słyszymy słów podziękowań i uznania. Słyszymy, że szpital ma dług. Dzisiaj my możemy zadać pytanie, dlaczego szpitale, które nie leczą powikłań i odsyłają ciężko chorych mają długi.

Obecny Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii, pani profesor Ryszarda Chazan, obchodzi w tym roku 30-lecie pracy naukowej. Proszę o przyjęcie najserdeczniejszych gratulacji i życzeń dalszych lat owocnej pracy naukowej i dydaktycznej. Kierowana przez panią Katedra i Klinika stale się rozwija. Jestem pewny, że Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii będzie w dalszym ciągu rozwijać się dla dobra studentów i pacjentów Akademii Medycznej w Warszawie. Wymieniając kolejne etapy rozwoju Katedry i Kliniki tylko raz wymieniałem nazwisko jej pierwszego kierownika, człowieka, który prowadził ją od momentu powstania aż do przejścia na emeryturę w roku 2000, pana profesora Wacława Droszcza. Panie profesorze, chciałbym podziękować panu za niezwykle wkład w rozwój Akademii Medycznej w Warszawie, jednocześnie prosząc o przyjęcie medalu im. dr. Tytusa Chałubińskiego, medalu przyznawanego wyjątkowo, osobom najbardziej zasłużonym dla naszej uczelni.

Owocem intensywnie prowadzonej pracy naukowej były liczne publikacje oraz tytuły i stopnie naukowe uzyskane przez asystentów. W ciągu XXX lat 4 osoby otrzymały tytuł profesora: Wacław Droszcz w 1983 r., Janusz Kowalski w r. 1992, Elżbieta Wałajtys – Rode w 1994 r. i Ryszarda Chazan w r.1995; 6 osób otrzymało stopień doktora habilitowanego: Janusz Kowalski – 1981 r., Elżbieta Wałajtys – Rode w 1983 r., Ryszarda Chazan – 1990 r., Anna Doboszyńska – 1997 r., Hanna Grubek – Jaworska w 2000 r., Joanna Domagała – Kulawik w 2004 r. Ponadto 33 osoby otrzymały tytuł doktora nauk medycznych, a 9 osób ma otwarty przewód doktorski. Kilka przewodów przeprowadzono w ramach studiów doktoranckich odbywanych w klinice. Od 2000 roku zrealizowano w klinice pięć grantów promotorskich KBN, pięć grantów jest w toku realizacji.

Główne kierunki badań naukowych

- badania patogenetyczne i ocena działania leków na modelu astmy u małych zwierząt;
- badania patogenetyczne i monitorowanie przebiegu astmy;
- wykorzystanie analizy stężenia tlenu azotu w powietrzu wydechowym;
- wykorzystanie testów ergo spirometrycznych w patogenetyce i diagnostyce chorób układu oddechowego;
- badania i różnicowanie stanu zapalnego u chorych na astmę i POChP na podstawie badań endoskopowych;
- ocena składu komórkowego w BALF oraz mediatorów uwalnianych z komórek zapalnych: komórek tucznych, eozynofików, limfocytów: histaminy ECP, leukotrienów, cytokin IL-4, IL-5, IL-8,

- TNF, IFN γ ;
- wykorzystanie płwociny indukowanej do badania procesów zapalnych w astmie POChP;
- badania odpowiedzi immunologicznej u chorych na raka płuc metodą cytometrii przepływową z wykorzystaniem BALF indukowanej płwociny;
- badanie i wpływ choroby na układ krążenia oraz gruczoły dokrewne u chorych na OBPS;
- badanie różnych metod leczenia OBPS;
- nowoczesna molekularna diagnostyka mykobakterioz i gruźlicy;
- diagnostyka zakażeń atopowych;
- udział w licznych międzynarodowych badaniach klinicznych i nowo wprowadzanych leków u chorych na astmę i POChP, zapalenia płuc ze-

Działalność dydaktyczna

wnątrz i wewnątrzszpitalne. W klinice odbywają się zajęcia dydaktyczne w zakresie diagnostyki chorób wewnętrznych dla studentów III roku, w zakresie chorób wewnętrznych (pneumologia) dla studentów V roku I Wydziału Lekarskiego i VI roku II WL.

Klinika prowadzi liczne kursy obowiązkowe do specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, alergologii i chorób płuc. Od 1980 roku co 3 lata organizowane tu są ogólnopolskie konferencje poświęcone alergii, astmie i POChP, a od roku 2002, co dwa lata, ogólnopolskie konferencje pt. Zakażenia Układu Oddechowego.

Przy klinice działa Szkoła dla Chorych na POChP oraz Ośrodek Edukacji Chorych na Astmę.

Jesteśmy autorami podręczników i skryptów dla studentów.



Streszczenia prac doktorskich

Ocena wpływu edukacji przedporodowej na przebieg porodu rodzinnego

Lek. Kinga Ziółkowska

promotor –

dr hab. Paweł Kamiński, prof. nadzw. AM

recenzenci:

*prof. dr hab. Bożena Leszczyńska – Gorzelak,
prof. dr hab. Bogdan Chazan*

Położnictwo jest najdawniejszą dziedziną medycyny uprawianą przez człowieka, doświadczeniem wielu pokoleń. Od czasu, gdy kobiety zamiast w domu zaczęły rodzić w szpitalu, wiele zmieniło się w praktyce położniczej, w tym pozycja kobiety rodzącej, stosowane leki oraz udział towarzyszących osób. Niestety do lat 50. ubiegłego stulecia główny nacisk w opiece okołoporodowej położono na zwalczaniu bólu. W konsekwencji poród w warunkach szpitalnych stał się dla wielu kobiet wydarzeniem przeżywanym w izolacji emocjonalnej. Psychoprofilaktyka, znana w Europie zwłaszcza w modyfikacji Lamazea, stanowi krok naprzód w stosunku do idei naturalnego porodu. Przygotowanie kobiety do porodu już nie tylko uwalnia ją od lęku, lecz także obejmuje całkowite wyszkolenie w umiejętnościach rodzenia. W ten sposób zaczęły powstawać pierwsze szkoły rodzenia, nastawione głównie na przygotowanie tylko ciężarnych, jako że mężowie nie mieli wstępu na salę porodową. W 1993 r. odbył się w Warszawie międzynarodowy kongres pod hasłem „Jakość Narodzin – Jakość Życia” oraz zainicjowana została, prowadzona przez media ogólnopolska akcja „Rodzić po ludzku”. W ciągu kolejnych lat stworzono w większości szpitali warunki do odbycia porodu rodzinnego. W latach 80. na polskich salach porodowych zaczęły pojawiać się ojcowie mającego narodzić się dziecka, aczkolwiek przełamanie barier kulturowych i stereotypowych poglądów było procesem trudnym.

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że grupa kobiet uczestniczących w zajęciach szkoły rodzenia była istotnie starsza od tych, które w zajęciach nie uczestniczyły, natomiast nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami pod względem czasu trwania związku. Także pod względem wykształcenia uczestniczki szkoły rodzenia w stosunku do kobiet z grupy kontrolnej były istotnie lepiej wykształcone. W obu grupach życie seksualne oceniano najczęściej jako satysfakcjonujące oraz w pełni zadowolające. Żadna z pacjentek grupy kontrolnej nie podała odpowiedzi, że było ono nieudane.

Stwierdzono, że zbliżona była ocena ciężkości porodu w obu grupach – za bardzo ciężki uznało poród 14% i 15% kobiet odpowiednio z grupy badanej i kontrolnej, za ciężki 55% i 56%, a za lekki 31% i 30% kobiet odpowiednio z grupy badanej i kontrolnej. Pomimo zbliżonej oceny ciężkości porodu odczucie bólu w obu grupach było istotnie różne. W grupie kobiet uczestniczących w szkole rodzenia 23% uznało ból za bardzo duży, a 56% jako duży, podczas gdy w grupie kobiet z grupy kontrolnej żadna kobieta nie deklarowała najwyższej oceny nasilenia bólu w czasie porodu, a jako duży ból oceniło 71% kobiet z tej grupy. Jednak pod względem częstości korzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego obie grupy były porównywalne (53, 16% i 52, 59%). W obu grupach kobiet ocena partnera jako osoby, która sprawdziła się podczas porodu wyglądała podobnie – 99% kobiet wyraziło taką opinię niezależnie od tego czy uczestniczyły, czy nie uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia. Chęć odbycia kolejnego wspólnego porodu w grupie badanej deklarowało 97% kobiet, podczas gdy w grupie kontrolnej 100%, natomiast istotnie częściej kobiety nie uczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia w porównaniu z grupą badaną poleciłyby poród w obecności partnera innym kobietom.

Czasy zarówno I, jak i II okresu były istotnie krótsze w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną, natomiast obie grupy nie różniły się pod względem masy i długości urodzonych dzieci. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami: badaną i kontrolną pod względem punktacji Apgar. Do kolejnego wspólnego porodu zachęconych było 92% mężczyzn z grupy badanej i 97% z grupy kontrolnej, natomiast częściej zdecydowani byli polecić innym wspólny poród mężczyźni z grupy nieuczestniczącej w zajęciach szkoły rodzenia. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy obiema grupami mężczyzn pod względem dalszego trwania związku i pod względem deklaracji chęci odbycia kolejnego wspólnego porodu. Natomiast stwierdzono, że istotnie częściej w grupie mężczyzn nieuczestniczących uprzednio w zajęciach szkoły rodzenia pożycie po roku od porodu było nieudane, ale zadowolonych z pożycia po roku było więcej w grupie kontrolnej, podczas gdy jako poprawne pożycie oceniło więcej mężczyzn z grupy badanej. Zaobserwowano, że mężczyźni uczestniczący w szkole rodzenia mieli prawie dwukrotnie większe szanse na pozostawanie w związku w stosunku do pozostałych. Również ci, którzy podkreślali wspólnotę małżeńską jako czynnik skłaniający do podjęcia decyzji o wspólnym porodzie mieli większe szanse (prawie 4-krotnie większe) na pozostawanie w związku po roku w stosunku do tych, którzy tej przyczyny nie wymienili.

Wyniki przeszczepiania wątroby w zależności od rodzaju techniki zespolenia żyły głównej dolnej

Lek. Piotr Remiszewski

promotor – *dr hab. Krzysztof Zieniewicz*

recenzenci: *prof. dr hab. Andrzej Habior,*

dr hab. Roman Danielewicz



Streszczenie: Celem tej pracy jest retrospektywna ocena wyników wczesnych i odległych ortotopowego przeszczepienia wątroby, w zależności od zastosowanej techniki operacyjnej: sposobu klasycznego, czyli z wycięciem zawątrobowego odcinka żyły głównej dolnej z jednoczesnym czasowym zastosowaniem krążenia pozaustrojowego żylny-żylnego oraz techniki z zachowaniem zawątrobowego odcinka żyły głównej dolnej (piggy back).

Pacjenci: Badaniem objęto 100 kolejnych pacjentów, u których wykonano ortotopowe przeszczepienie wątroby (OLTx) w Klinice Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby AM w Warszawie w latach 2000-2003. U 50 pacjentów z tej grupy zastosowano klasyczną technikę OLTx (grupa A). Druga połowa pacjentów była operowana techniką piggy back (grupa B). Średni wiek pacjentów wynosił odpowiednio w grupie A: 43.5 lat, w grupie B: 46 lat. Płeć – kobiety/mężczyźni – odpowiednio w grupie A: 24/26 i w grupie B: 28/22.

Wskazaniami do OLTx były: przewlekła niewydolność wątroby (77%), ostra niewydolność wątroby (8%), guzy wątroby (8%), choroby metaboliczne (5%) oraz zespół Budd-Chiari (2%). Do oceny wydolności marskiej wątroby posłużono się trzystopniową skalą Childa-Turcotte'a-Pugha, natomiast pilność wskazań do OLTx określono na podstawie skali UNOS.

Z grupy badanych wykluczeni zostali ci pacjenci, u których wykonywano retransplantację wątroby i u których w trakcie operacji techniką piggy back konieczne było zastosowanie czasowego by-passu żylny-żylnego. Brano też pod uwagę tylko transplantacje z użyciem płynu University of Wisconsin (UW).

Metodyka: W pracy porównano całkowity czas niedokrwienia przeszczepianego narządu w obu technikach (suma czasu zimnego i ciepłego niedokrwienia).

Wydolność przeszczepionego narządu porównano na podstawie aktywności enzymów wątrobowych we krwi: AST, ALT, GGTP, fosfatazy zasadowej, stężenia bilirubiny w osoczu oraz wskaźników układu krzepnięcia (wskaźnik Quicka, czas kaolinowo-kefalinowy APTT, liczba płytek krwi). Wyniki porównano w 1, 3, 5, 7 i 10 dobie pooperacyjnej.

Porównano również maksymalny spadek ciśnienia tętniczego krwi, czas trwania tego spadku oraz wzrost zapotrzebowania na aminy katecholowe w okresie reperfuzji; hemodynamikę przepływu w żyłach wątrobowych przeszczepionego narządu w pierwszej dobie pooperacyjnej z zastosowaniem techniki USG Doppler; czas hospitalizacji pacjentów operowanych obiema technikami. Przedstawiono przeżycie pacjentów 1, 2 i 3-letnie oraz wczesne powikłania pooperacyjne.

Na koniec porównano koszty stosowania obu technik operacyjnych w ortotopowym przeszczepieniu wątroby.

Wyniki: Średni czas całkowitego niedokrwienia w badanej grupie A wyniósł 530 minut, odpowiednio w grupie B czas ten wynosił 515 minut, $p > 0.05$.

Maksymalna wartość spadku ciśnienia tętniczego krwi była wyższa w grupie A. Czasy trwania spadku ciśnienia w obu grupach były takie same. Pacjenci operowani sposobem klasycznym rzadziej wymagali stosowania katecholamin w okresie reperfuzji.

Jedynie statystycznie znamienne różnice w wynikach biochemicznych wydolności wątroby uzyskano w 7 i 10 dobie pooperacyjnej: stężenie bilirubiny niższe w grupie B i długości czasu APTT większe w grupie A.

Średni czas hospitalizacji był zbliżony: odpowiednio w grupie A – 17 dni, w grupie piggy back – 16 dni.

W grupie A częściej występował prawidłowy trójfazowy przepływ krwi w żyłach wątrobowych, natomiast w grupie B częściej występował przepływ jednofazowy.

Liczba i rodzaj powikłań były zbliżone w obu grupach. W klasycznej technice wystąpiło więcej przypadków pooperacyjnej niewydolności nerek, wymagającej hemodializy, a w grupie piggy back wodobrzusze w wyniku zespołu żyły głównej dolnej.

Roczne, dwuletnie i trzyletnie przeżycie pacjentów w obu grupach wynosiło odpowiednio dla grupy A: 98%, 92% i 87%, a dla grupy B: 96%, 87% i 87%, $p=0,473$.

Koszty techniki klasycznej w porównaniu z techniką piggy back są wyższe o koszt zastosowania czasowego krążenia żylny-żylnego.

Wnioski: Wyniki stosowania obu technik są zbliżone. Żadna nie jest pozbawiona wad. Bardzo

ważne jest odpowiednie indywidualne zakwalifikowanie pacjenta do danej techniki operacyjnej. Biorąc pod uwagę brak istotnych różnic w wynikach i wszystkie korzyści płynące ze stosowania techniki piggy back, można tę technikę polecić jako metodę z wyboru w ortotopowym przeszczepieniu wątroby, a technikę klasyczną z czasowym krążeniem żylny-żylnym należy stosować w zależności od doświadczenia zespołu jedynie w wybranych przypadkach.

Stężenie immunoglobuliny E we krwi pępowinowej a występowanie chorób atopowych w pierwszym roku życia

Lek. Adam Jerzy Sybilski

promotor – *dr hab. Anna Doboszyńska*

recenzenci: *prof. dr hab. Jerzy Kruszewski,*
dr hab. Marek Kulus, prof. nadzw. AM



Istnieje potrzeba znalezienia prostych i tanich metod umożliwiających wczesne wyodrębnianie niemowląt z ryzykiem alergii. Wydaje się, że ocena stężenia całkowitego IgE (cIgE) i obecności wybra-

nych antygenowo swoistych IgE (sIgE) we krwi pępowinowej wraz z wywiadem rodzinnym może być wysoce pomocna.

Cel: Ocena znaczenia dziedzicznych predyspozycji i wybranych czynników środowiskowych na cIgE i sIgE w surowicy krwi pępowinowej.

Ustalenie związków między zwiększonym stężeniem cIgE i obecnością sIgE w połączeniu z wywiadami rodzinnymi, a późniejszymi objawami chorób atopowych oraz ocena wartości badanych parametrów jako czynników prognostycznych.

Metody: Oznaczono stężenie cIgE (podział na 3 grupy: <0, 1; 0, 1-0, 5; >0, 5IU/ml) i obecność sIgE (roztocza, trawy/zboża, pokarmy) we krwi pępowinowej metodą immunoenzymatyczną. Niemowlęta obserwowano do 12 m.ż. Przeprowadzono 3-krotne badanie ankietowe (po urodzeniu, 6 m.ż., 12 m.ż.).

Wyniki i wnioski: Średnie stężenie cIgE – 0, 157 IU/ml. Wyższe cIgE zaobserwowano u chłopców ($p=0,007$), u dzieci z ciężą powikłanych ($p=0,003$), z licznym rodzeństwem ($p=0,02$). Występowanie kataru siennego w rodzinie predysponowało do podwyższonego stężenia ($p=0,03$). Obecność sIgE stwierdzono w 40 próbkach u 34 niemowląt. Stały kontakt matki w czasie ciąży z kotem skutkowałam częstszym występowaniem sIgE przeciw trawom/zbożom ($p=0,09$) i pokarmom ($p=0,04$), kontakt z psem zmniejszył obecność sIgE przeciw trawom/zbożom ($p=0,07$). Palenie tytoniu przez rodziców powodowało częstszą obecność sIgE przeciw roztoczom kurzu domowego ($p=0,005$). Pozostałe czynniki (wywiad rodzinny, ciąża, poród, miejsce zamieszkania, zagęszczenie w mieszkaniu) nie miały wpływu na obecność sIgE.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy stężeniem cIgE a pojawieniem się chorób alergicznych u niemowląt (w 3 grupach podobny odsetek). Podwyższone cIgE i obecność sIgE w połączeniu z dodatnim wywiadem rodzinnym nie mają związku z rozwojem chorób atopowych w 1. r.ż. i nie są wystarczająco czułymi parametrami do wyodrębnienia grupy niemowląt o podwyższonym ryzyku alergii.

Ocena parametrów odczynu zapalnego u chorych poddawanych zabiegom angioplastyki wieńcowej

Lek. Janusz Kochman

promotor – *prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski*

recenzenci: *prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski,*
prof. dr hab. Lech Poloński

Wprowadzenie: Zjawisko nawrotu zwężenia po angioplastyce wieńcowej (PCI) jest jednym z najpoważniejszych ograniczeń odległej skuteczności przezskórnych technik rewaskularyzacyjnych. Istnieją dane świadczące o przydatności monitorowania miejscowej i ogólnoustrojowej reakcji zapalnej w celu identyfikacji pacjentów narażonych na wysokie ryzyko nawrotu zwężenia.

Cel: Celem pracy była ocena wybranych parametrów odczynu zapalnego u chorych poddawanych zabiegom PCI; służyło temu:

1. Oznaczenie wyjściowego i okołozabiegowego profilu zapalnego.
2. Ustalenie, czy określone parametry zapalne mogą być powiązane z ryzykiem restenozy.
3. Próba wyznaczenia niezależnych, istotnych predyktorów odległej skuteczności zabiegu PCI spośród badanych parametrów zapalnych.

Materiał i metodyka: Badaniem objęto 64 pacjentów poddanych planowej PCI. Oznaczane parametry zapalne obejmowały: morfologię krwi obwodowej z rozmazem, CRP, SAA, IL-1 β i sICAM – 1. Angiograficzną ocenę stopnia zwężenia wykonywano bezpośrednio przed zabiegiem PCI oraz po półrocznej obserwacji, jednocześnie z ultrasonografią wewnątrzwieńcową.



Wyniki i wnioski:

1. Wykazano charakterystyczne, okołozabiegowe zmiany stężeń osoczowych parametrów zapalnych; **zabieg PCI wiąże się z istotną indukcją ogólnoustrojowej reakcji zapalnej.**
2. W podgrupie chorych z restenozą, okołozabiegowe wzrosty stężenia SAA, jak i liczby monocytów były znamienne większe; **u chorych z większym odczynem zapalnym ryzyko restenozy jest większe.**
3. Osoczowe stężenie SAA oraz liczba monocytów po zabiegu korelowały z nasileniem proliferacji neointymy; **spośród badanych parametrów zapalnych – liczba monocytów oraz stężenie SAA wniosły najwięcej informacji, co do wyniku zabiegu w odległej obserwacji.**
4. Liczba obwodowych monocytów w 48 h po zabiegu angioplastyki okazała się w wieloczynnikowej analizie regresji przepowiadać znamienne zarówno ryzyko wystąpienia restenozy, jak i objętość neointymy – w obserwacji odległej. Był to jedyny, istotny parametr zapalny w tej grupie; **wydaje się, że rutynowa ocena liczby monocytów po zabiegu PCI może nieść z sobą istotne wartości kliniczne.**

Ocena standardowych parametrów czynności wątroby oraz ekspresji wybranych cytokin w prognozowaniu przebiegu pooperacyjnego u chorych po transplantacji wątroby

Lek. Krzysztof Dudek

promotor – *prof. dr hab. Marek Krawczyk*

recenzenci: *prof. dr hab. Leszek Pączek,*
dr hab. Przemysław Pyda

Ortotopowe przeszczepienie wątroby (OLTx) jest najbardziej skutecznym i uznanym w świecie sposo-

bem leczenia schyłkowej niewydolności wątroby.

Cele. 1) Ocena wartości standardowych parametrów funkcji wątroby oraz ekspresji wybranych cytokin, jako czynników prognostycznych dla przebiegu pooperacyjnego oraz ostrego odrzucania przeszczepu u chorych po OLTx; 2) Ustalenie różnic pomiędzy badanymi grupami na podstawie oznaczenia wartości poziomu ekspresji genów dla wybranych cytokin; 3) Ocena przydatności tej metody badawczej w praktyce klinicznej.

Materiał i metody. W analizie uwzględniono 30 chorych, podzielonych na dwie 15-osobowe grupy: (A) – z poalkoholową i (Z) – z pozapalną marskością wątroby. W analizie uwzględniono: ALT, AST, bilirubinę, wskaźnik protrombinowy. Wybrane cytokiny to: HGF, TGF- β 1, TGF- β 2 oraz IL-6. Ekspresja mRNA została oznaczona w limfocytach krwi obwodowej. Do

izolacji mRNA użyto zestawów PAXgene Blood RNA Tube. Wykonano odwrotną transkrypcję, a następnie badanie Real Time – PCR. Do analizy wyników wykorzystano pakiet statystyczny SAS System wersji 8.02.

Wyniki. 1) W badaniu standardowych parametrów funkcji wątroby nie stwierdzono różnic pomiędzy badanymi grupami A i Z oraz chorymi z niepowikłanym i powikłanym przebiegiem pooperacyjnym; 2) w badaniu poziomu ekspresji cytokin nie ustalono różnic statystycznych pomiędzy grupami A i Z oraz w porównaniu grupy chorych z niepowikłanym przebiegiem pooperacyjnym, a chorymi z ostrym odrzucaniem oraz objawowym zakażeniem.

Wnioski. 1) Monitorowanie standardowych parametrów funkcji wątroby u chorych po OLTx jest wiarygodną metodą badawczą, jednak mało swoistą. 2) Ocena wartości ekspresji genów w limfocytach krwi obwodowej jest metodą bardzo czułą, która może być stosowana w monitorowaniu chorych po OLTx. 2) Wartości ekspresji: TGF- β 1, TGF- β 2, HGF i IL-6 nie są swoiste w różnicowaniu przejściowych powikłań pooperacyjnych oraz w prognozowaniu długoterminowym, w przypadku stabilnych chorych przeszczepionych z powodu przewlekłej niewydolności wątroby. 3) Uzyskane wyniki wskazują na konieczność poszukiwania innych cytokin różnicujących.

Ocena antymiażdżycowego działania alfa-tokoferolu u chorych przewlekle dializowanych

Lek. Monika Wieliczko

promotor – *prof. dr hab. Joanna Matuszkiewicz – Rowińska*

recenzenci: *prof. dr hab. Stanisław Czekalski, prof. dr hab. Grzegorz Opolski*

Chorych ze schyłkową niewydolnością nerek charakteryzuje szybki rozwój miażdżycy i częstsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego.

Cele pracy:

1. Ocena wpływu stosowania dużych dawek alfa-tokoferolu na postęp miażdżycy naczyń, występowanie zdarzeń sercowo-naczyniowych, czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego oraz odpowiedź immunologiczna.
2. Analiza związków pomiędzy zmianami miażdżycowymi w tętnicach szyjnych i występowaniem zdarzeń sercowo-naczyniowych a czynnikami ryzyka oraz upośledzeniem odpowiedzi immunologicznej.

Badaniem objęto 55 chorych bez cukrzycy, leczonych przewlekle hemodializami, w średnim wieku 50 lat.

Oznaczono stężenie: alfa-tokoferolu, nadtlenków lipidowych, przeciwciał anty-ox-LDL, lipidów, Lp (a) parametrów stanu zapalnego, cząstek adhezyjnych, homocysteiny, kwasu foliowego, wapnia, fosforu, PTH;

oceniano: zdolność proliferacyjną limfocytów T i B, zdolność do produkcji przeciwciał; grubość IMT, liczbę blaszek miażdżycowych w tętnicach szyjnych (Duplex Doppler); wykonywano ABPM. Na podstawie wyników wyciągnięto wnioski:

1. Duże dawki witaminy E nie są skuteczne w ograniczaniu procesów oksydacyjnych, opóźnianiu



zmian miażdżycowych, nie wywierają istotnego wpływu na inne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych hemodializowanych.

2. Chorzy przewlekle hemodializowani mają głębokie upośledzenie humoralnej i komórkowej odpowiedzi immunologicznej. Duże dawki witaminy E nie poprawiają odpowiedzi proliferacyjnej limfocytów T i B na mitogeny.
3. U badanych stężenie IL-6 jest jednym z parametrów najlepiej korelujących z ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych i progresji miażdżycy. Nie stwierdzono związku pomiędzy stopniem oksydacji lipidów a nasileniem miażdżycy w tętnicach szyjnych i występowaniem zdarzeń sercowo-naczyniowych, ani innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego.
4. Zmiany w tętnicach szyjnych są dobrym wykładnikiem miażdżycy innych naczyń ustroju i korelują z występowaniem poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych hemodializowanych.

Historia naturalna ospy prawdziwej od XVIII wieku na terenie ziem polskich i w Polsce

Lek. Katarzyna Wajs

Promotor – *prof. dr hab. Mirosław Łuczak*

Recenzenci: *prof. dr hab. Andrzej Śródka,*
prof. dr hab. Piotr Zaborowski



Przedstawiona praca, oparta na dokumentach z Archiwum Akt Nowych oraz na pracach publikowanych w XVIII, XIX i XX wieku, materiałach z posiedzeń towarzystw naukowych i lekarskich tego okresu, pozwala bardzo szczegółowo zapoznać się

z problemem ospy prawdziwej na terenie ziem polskich i w Polsce.

W pracy zawarte są opisy dotyczące poglądów na temat etiologii, epidemiologii, zapobiegania, leczenia i szerzenia się w środowisku zakażenia ospą prawdziwą. Te wszystkie zagadnienia były różnie traktowane w zależności od tego, pod którym zaborem znajdowały się ziemie polskie.

Dokonano również szczegółowej analizy postępowania lekarskiego tak w leczeniu, jak i w zapobieganiu ospie. Przykładem wskazującym na niezmierny wysiłek medyków w opanowaniu tej choroby, przykładem dobrego, wspólnego działania środowiska lekarskiego, było szczepienie ospą ludzką, dokonane 31 maja 1769 roku, z dobrym efektem ochronnym.

Jednym z jaśniejszych momentów po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku, było wydanie 19 lipca 1919 roku jednej z pierwszych ustaw dotyczących chorób zakaźnych – ustawy o obowiązkowym szczepieniu ospy.

W pracy wykazano zmagania całego społeczeństwa i władz lokalnych w połączeniu z wysiłkiem służby medycznej w opanowaniu na naszych terenach tej jakże ciężkiej choroby.

Wiedza dotycząca historii medycyny coraz bardziej odchodzi w zapomnienie. Praca opisuje medyczne, historyczne i mikrobiologiczne aspekty ospy prawdziwej, rzutujące na współczesną wiedzę i postępowanie medyczne w zakresie chorób zakaźnych. Wspomniano liczne grono medyków polskich, którzy przez lata swą ciężką pracą, niezłomnością i zaangażowaniem doprowadzili do zlikwidowania ospy prawdziwej w Polsce oraz włączyli się do programu eradykacji ospy na świecie. W pracy zawarta jest cała, pochodząca z XVIII, XIX i XX wieku dokumentacja, dotycząca opisanego tematu, wyszukana w różnych archiwach.

Obrony prac doktorskich

1 czerwca 2006 r. (I WL)

godz. 10.³⁵

Lek. Adam Przybyłkowski – *Cyklooksygenazy w doświadczalnym modelu choroby Parkinsona wywołanym 1-metylo-4-fenylo-1, 2, 3, 6-tetrahydropirydyną u myszy*
promotor – prof. dr hab. Andrzej Członkowski
recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Pierzchała,
prof. dr hab. Ryszard Gryglewski

godz. 12.¹⁰

Lek. Paweł Świercz – *Przeszczepianie nerek u chorych z miazdzącą tętnic biodrowych*
promotor – prof. dr hab. Jacek Szmidt
recenzenci: gen. bryg. prof. dr hab. Marek Maruszyński,
prof. dr hab. Wojciech Rowiński

godz. 13.⁰⁰

Lek. Tomasz Bujnowski – *Ocena częstości występowania przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w raku krtani i gardła dolnego*
promotor – dr hab. Ewa Osuch – Wójcikiewicz
recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Gołąbek,
dr hab. Zbigniew Sonnenberg

godz. 13.⁴⁵

Lek. Barbara Goraj – Szczypiorowska – *Biostymulacja laserowa jako nieinwazyjna metoda leczenia zespołów bólów krzyża*
promotor – prof. dr hab. Jerzy Kiwerski
recenzenci: prof. dr hab. Włodzisław Kuliński,
prof. dr hab. Andrzej Górecki

2 czerwca 2006 r. (II WL)

godz. 10.⁰⁰

Lek. Karol Wrzosek – *Rola wybranych polimorfizmów genetycznych w przebudowie serca w grupach sportowców wyczynowych – ocena echokardiograficzna*

promotor – prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski

recenzenci: prof. dr hab. Grzegorz Opolski,
prof. dr hab. Piotr Hoffman

godz. 11.⁰⁰

Lek. Agnieszka Pawlak – *Zaburzenia desminowe w badaniu immunohistochemicznym bioptatu mięśnia sercowego, a rozwój niewydolności serca*

promotor – prof. dr hab. Robert Gil

recenzenci: prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski,
prof. dr hab. Stefan Grajek

godz. 11.⁴⁵

Lek. Tomasz Floriańczyk – *Ocena ciśnienia tętniczego i czynności lewej komory serca u dzieci po operacyjnym usunięciu zwężenia cieśni aorty*

promotor – dr hab. Bożena Werner, prof. nadzw. AM

recenzenci: prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski,
dr hab. Jadwiga Moll

godz. 12.³⁰

Lek. Jolanta Popielska – *Lipodystrofia u dzieci zakażonych HIV*

promotor –

dr hab. Magdalena Marczyńska, prof. nadzw. AM
recenzenci: dr hab. Bożena Werner–prof. nadzw. AM,
dr hab. Piotr Socha

godz. 13.³⁰

Lek. Maciej Dratwiczki – *Wyniki leczenia jatrogennych tętniaków rzekomych tętnicy udowej za pomocą wstrzykiwania trombiny pod kontrolą ultrasonograficzną*

promotor – prof. dr hab. Piotr Andziak

recenzenci: prof. dr hab. Jerzy Polański,
prof. dr hab. Paweł Chęciński

godz. 14.³⁰

Lek. Tadeusz Mularczyk – *Ocena sposobu wytworzenia i skuteczności funkcjonowania dostępu naczyniowego do hemodializ w materiale własnym*

promotor: dr hab. Waldemar Kostewicz

recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Stryga,
prof. dr hab. Andrzej Dorobisz

8 czerwca 2006 r. (I WL)

godz. 11.⁰⁵

Lek. Elżbieta Kuźma – *Mroczkowska* – *Ustalenie wskazań do leczenia hipolipemizującego u dzieci z zespołem nerczycowym obciążonych ryzykiem rozwoju miażdżycy*

promotor – prof. dr hab. Maria Roszkowska – Blaim

recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Sancewicz – Pach
dr hab. Andrzej Radzikowski, prof. nadzw. AM

godz. 12.³⁵

Lek. Janusz Kochman – *Ocena parametrów odczynu zapalnego u chorych poddawanych zabiegom angioplastyki wieńcowej*

promotor – prof. dr hab. Grzegorz Opolski

recenzenci: prof. dr hab. Mirosław Dłużniewski
prof. dr hab. Lech Poloński

godz. 13.¹⁵

Lek. Jolanta Buczyńska – *Chyl* – *Stężenie homocysteiny jako czynnik ryzyka sercowo–naczyniowego u chorych leczonych hemodializami*

promotor – prof. dr hab. Magdalena Durlik

recenzenci: prof. dr hab. Jan Duława
prof. dr hab. Grzegorz Opolski

godz. 14.⁰⁰

Lek. Monika Wieliczko – *Ocena antymiażdżycowego działania alfa– tokoferolu u chorych przewlekle dializowanych*

promotor –

prof. dr hab. Joanna Matuszkiewicz – Rowińska
recenzenci: prof. dr hab. Stanisław Czekański
prof. dr hab. Grzegorz Opolski

godz. 14.⁴⁵

Lek. Bassem Mohsen Abou Chaz – *Przydatność oznaczania wybranych markerów nowotworowych w diagnostyce wysięku w jamie opłucnej*

promotor – prof. dr hab. Ryszarda Chazan

recenzenci: prof. dr hab. Renata Jankowska
prof. dr hab. Elżbieta Wiatr

12 czerwca 2006 r. (I WL)

godz. 10.⁰⁵

Lek. Krzysztof Dudek – *Ocena standardowych parametrów czynności wątroby oraz ekspresji wybranych cytokin w prognozowaniu przebiegu pooperacyjnego u chorych po transplantacji wątroby*

promotor – prof. dr hab. Marek Krawczyk

recenzenci: prof. dr hab. Leszek Pączek
dr hab. Przemysław Pyda

godz. 11.⁰⁰

Lek. Piotr Remiszewski – *Wyniki przeszczepiania wątroby w zależności od rodzaju techniki zespolenia żyły głównej dolnej*

promotor – dr hab. Krzysztof Zieniewicz

recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Habor
dr hab. Roman Danielewicz

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

Użyteczność koncepcji jakości życia w medycynie

dr Halina Zielińska-Więczkowska¹⁾

dr hab. Kornelia Kędziora – Kornatowska, prof. UMK²⁾

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,

¹⁾Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej,

²⁾Katedra i Klinika Geriatrii

Streszczenie

Prowadzenie badań nad jakością życia świadczy o całościowym i interdyscyplinarnym podejściu do procesu leczenia. Jest przejawem troski o dobro pacjenta i wyrazem zaangażowania w tę złożoną i jakże ważną problematykę, ludzi wielu zawodów medycznych i paramedycznych (lekarz, pielęgniarka, psycholog, socjolog). Ocena jakości życia w medycynie okazuje się niezwykle przydatna, ponieważ dostarcza nam informacji o funkcjonowaniu chorego w ważnych dla niego dziedzinach, ponadto – służy coraz częściej – jako doskonałe kryterium oceny efektywności leczenia.

Celem prezentowanego artykułu przygotowanego na podstawie przeglądu literatury było ukazanie zakresu znaczeniowego oraz uzasadnienie użyteczności koncepcji jakości życia w naukach medycznych.

Jakość życia – rozważania ogólne, ujęcie teoretyczne

Początek badań nad jakością życia datuje się w latach 60. ub. wieku. Wśród prekursorów tej problematyki wymienia się Campbella [1].

Pojęcie „jakość życia” (quality of life) trudno jest jednoznacznie

zdefiniować. Pierwotnie oznaczało ono dobre życie w odniesieniu – głównie – do posiadania dóbr materialnych.

Jakość życia to pojęcie wielowymiarowe i wieloznaczne, a zarazem bardzo istotne dla każdej jednostki. W życiu codziennym bywa ujmowane w różnym kontekście znaczeniowym. Wiąże się z satysfakcją życiową, poczuciem szczęścia, spełnieniem pragnień, zaspokojeniem potrzeb, w tym jakże ważnej dla każdego człowieka – potrzeby bezpieczeństwa. Większość badaczy porównuje je z dobrostanem, szczęściem, zadowoleniem [1, 2, 3]. Obecnie dobra jakość życia oznacza szczęście osobiste (mażeńskie, rodzinne), również w sferze seksualnej (zwłaszcza dla osób młodszych), stabilizację życiową, sukces zawodowy, dobry status materialny, umiejętność rozwiązywania problemów życiowych, optymistyczne podejście do życia itp. Być może dla niektórych może oznaczać czynienie dobra innym, poświęcanie się dla potrzebujących oraz życie zgodne z wartościami najwyższymi, takimi jak prawda, dobro, piękno, miłość. Jednak, nowy preferowany styl życia, jak pisze Sokolnicka i Mikuła [1], bardziej „hołduje egoizmowi, hedonizmowi, postawie konsumpcyjnej”. Zdaniem Jaronia [4] współczesnego człowieka cechuje tzw. merkantylny charakter, który „opiera

się na rozumieniu samego siebie jako towaru, a własnej wartości nie jako wartości użytkowej, lecz wartości wymiennej”. Charakterystyczna dla takiego człowieka jest dążność za wszelką cenę do dopasowania się i funkcjonowania w określonych warunkach i sytuacji [4].

Zwłaszcza obecnie szybkie tempo przemian społecznych powoduje, że człowiek żyjący w ciągłym pośpiechu i „niepewności jutra”, zapomina o drugim człowieku, a dobra materialne często przedkłada ponad wartości najwyższe. W obecnych czasach mówi się nawet o „pustce egzystencjalnej” i poczuciu braku sensu życia. Taka refleksja nad sensem własnego istnienia nadchodzi najczęściej w momentach dramatycznych (śmierć bliskiej osoby, nagła ciężka choroba, utrata pracy, inne nieszczęścia losowe).

Jakość życia stanowi ocenę własnej sytuacji życiowej. W znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości, oczekiwań i pragnień wobec własnego życia. Jest efektem wychowania człowieka. Dobre wychowanie – zapewne – sprzyja lepszej jakości życia. Podobnie jak muzyka – jest czynnikiem pozytywnie oddziałującym na zdrowie i jakość życia [5]. Dla poczucia jakości życia bardzo ważny okazuje się bilans dokonania całego życia, w tym osiągnięć w sferze wychowawczej. Dlatego celowe jest ujmowanie problematyki jakości życia z punktu widzenia różnych nauk – medycznych, przyrodniczych, humanistycznych, czy też nauk ścisłych.

Każdy człowiek jest kreatorem własnego życia i dzięki rozumności powinien sam dokonywać

słusznym wyborów, ustawicznie doskonaląc własną osobowość. W ten sposób podnosimy jakość naszego bytu. Wychowujemy się przez całe życie. Zwłaszcza trudne sytuacje i doświadczenia życiowe – zdaniem pedagogów – kształtują osobę i tożsamość człowieka. Tożsamość daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa, własnej wartości i sensu istnienia. We współczesnym świecie wiele jest czynników zagrażających poczuciu własnej tożsamości (przemoc, wzrastająca liczba przestępstw, korupcja, bezrobocie). Coraz częściej zadajemy sobie pytanie o sens naszego istnienia.

Człowiek powinien nieustannie się doskonalić. Poprzez realizację celów, ambicji i marzeń osiągamy poczucie szczęścia i satysfakcji życiowej. W przeciwnym przypadku mamy poczucie dyskomfortu psychicznego, pustki życiowej [3, 6]. We współczesnym świecie jesteśmy szczególnie narażeni na negatywny stres i zagrożeni depresją. Depresję uważa się obecnie za chorobę cywilizacyjną.

Edukacyjne aspekty jakości życia – jak pisze Czerniawska – „polegają na akceptacji reinterpretacji własnych doświadczeń, własnej przeszłości, poszukiwaniu w niej wartości zapomnianych lub niedocenianych, przeżywaniu ich na nowo dla rozwoju siebie, dla lepszego życia w teraźniejszości, dla akceptacji przemiany własnej osoby przez dojrzenie do dziś, do jutra, przez stałe projektowanie swego życia, na dostrzeganiu perspektywy przyszłości, nawet jeśli ta perspektywa ma dotyczyć jutra, tygodnia, miesiąca” [7].

Jakość życia to pojęcie interdyscyplinarne, łączące wiele ważnych dziedzin życia człowieka [6]. W ujęciu socjologicznym oznacza stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb,

w psychologicznym – dobrostan psychiczny [1]. Według Stelcera [3] przewaga emocji pozytywnych będzie świadczyć o wysokiej jakości życia. Teologia podkreśla rolę wartości duchowych w życiu człowieka, medycyna natomiast bada jakość życia pacjenta w kontekście zmagania człowieka z chorobą.

Jakość życia zależy od wcześniejszych doświadczeń i poprzednich faz życia oraz cech charakterologicznych jednostki [3]. W znacznej mierze zależy od indywidualnej umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Człowiek musi się starać sprostać wielu wyzwaniom i zagrożeniom współczesnego świata. W trosce o jakość życia musi wychodzić wielu sytuacjom trudnym naprzeciw i być przygotowanym na szukanie wciąż nowych możliwości (np. nowych miejsc pracy w sytuacji zagrożenia bezrobociem).

Ocena jakości życia obejmuje jednak i sfery życia bardzo osobiste, w wielu przypadkach drażliwe. W związku z tym może wzbudzać wśród badanych wiele kontrowersji i sprzecznych odczuć. Stąd niezmiernie ważne jest stworzenie sprzyjającego klimatu do badań, celem zlikwidowania ewentualnych barier, w tym językowych. W badaniach jakościowych język badacza powinien być językiem osoby badanej, w przeciwnym razie respondent się nam „nie otworzy”. Ponadto w czasie prowadzenia rozmowy nie powinno być w pobliżu osób postronnych. Stworzenie sprzyjających warunków do prowadzenia badań jest warunkiem podstawowym.

W literaturze przedmiotu znajdujemy wiele definicji jakości życia. Wskazuje to na wieloznaczne rozumienie tego pojęcia. Według Farquhar wszystkie definicje (określenia) jakości życia można podzielić na dwie

grupy [2]: definicje sformułowane przez ekspertów (globalne, złożone, specyficzne, mieszane) oraz określenia potoczne. Definicje globalne dotyczą całościowej, subiektywnej jakości życia; złożone obejmują zarówno oceny globalne, jak i cząstkowe; specyficzne (swoiste) dotyczą wybranych tylko obszarów życia (np. zdrowia, funkcjonowania jednostki) i zawierają wszystkie określenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Warto tu przytoczyć definicję Schipperera i wsp. – „jakość życia to funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta” [2, 8]. Przykładem definicji mieszanych „jakości życia” jest – wg WHO – „postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [9]. Niektórzy badacze – jak Beckman i Ditlev [10] – uważają, że jakość życia powinna być utożsamiana przede wszystkim ze szczęściem. Szczęście jednak należy pojmować w kategoriach wyższych – humanistycznych, zgodnie z którymi oznacza ono samorealizację i harmonię życia, a nie wyłącznie odczuwanie własnej przyjemności w ujęciu czysto biologicznym [10]. Trafiątek określa jakość życia jako „komplementarną strukturę czynników determinujących zaspokajanie potrzeb egzystencjalnych, socjalnych, bezpieczeństwa, rozwoju i samorealizacji” [11]. Jak widzimy, różni badacze na różne sposoby i zawsze trafnie określają to, czym jest jakość życia. Zapewne przytoczone definicje nie wyczerpują tej złożonej problematyki – przybliżają nam tylko zakres tego pojęcia, tak ważnego dla każdego człowieka, a zwłaszcza dotkniętego chorobą.

Jakość życia w medycynie

W ostatnich latach widzimy wzrost zainteresowania problematyką jakości życia w medycynie. Znajduje to wyraz w wielu pracach badawczych. Pojęcie jakości życia związane ze stanem zdrowia (HRQOL – health-related quality of life) zostało wprowadzone na początku lat 90. ubiegłego stulecia. Wśród pierwszych badaczy wymienia się m.in.: Patric, Guyaff, Spilker, Schipper [12]. Do późniejszych znanych zwolenników tej koncepcji należą Wołowicka, de Walden-Gałuszko, Jarema i wielu innych.

Koncepcja ta wśród niektórych badaczy budzi też i wiele kontrowersji oraz sprzecznych odczuć. Przeciwnikiem włączania HRQOL w zakres znaczeniowy jakości życia jest m.in. Kowalik [13]. Przestrzega przed zbyt dużym nadużywaniem tego pojęcia w medycynie. Różnie też interpretują zastosowanie koncepcji „jakości życia” w medycynie Lepage i Hunt [14]. Według nich kwestionariusze do badania jakości życia nie do końca odzwierciedlają to, czym jest jakość życia. Uważają, że jest to jednak pojęcie zbyt ogólne. Ich zdaniem takie oceny wyznaczają tylko pewien kierunek działań w medycynie. W swoich rozważaniach piszą, że tak naprawdę brak jest konkretnego ujęcia jakości życia i jego zakresu znaczeniowego. W znacznej mierze zależy ona od sytuacji socjalnej, życia prywatnego, kultury itp. [14].

Problematyka jakości życia nawiązuje do holistycznej koncepcji zdrowia [6]. Według tej koncepcji człowiek choruje nie tylko jako organizm biologiczny, ale jako istota biopsychospołeczna. Bywa tak, że chorobę w ujęciu fizycznym może rekompensować pozytywne nastawienie psychiczne i życzliwość okazywana

choremu. I odwrotnie, zły stan psychiczny może powodować, że człowiek sprawny fizycznie czuje się chory. W medycynie jakość życia oznacza całościowe spojrzenie na problemy pacjenta, służy umacnianiu zdrowia w szerokim jego aspekcie. Ocena jakości życia w medycynie jest niezwykle przydatna, ponieważ dostarcza informacji o funkcjonowaniu chorego w ważnych dla niego dziedzinach. Ponadto jest niezmiernie ważnym wskaźnikiem korzyści osiągniętych przez pacjenta poddanego leczeniu [12]. Oceny jakości życia są również przydatne przy monitorowaniu wpływu leków na jakość życia pacjenta.

Problematyka jakości życia jest domeną badań psychologów, socjologów, a w ostatnich latach coraz częściej lekarzy i pielęgniarek. Powszechnie uważa się, że choroba w różnym stopniu zakłóca normalne funkcjonowanie człowieka, wpływając tym samym na jakość życia w wielu jego wymiarach [6, 10]. Choroba często wiąże się bólem, cierpieniem, a hospitalizacja powoduje odosobnienie. Wpływa też znacząco na pełnienie dotychczasowych ról społecznych, niekiedy zaburza ważne plany życiowe. Stanowi źródło napięć i stresu, powoduje zachwianie – jakże ważnej dla każdego człowieka – potrzeby bezpieczeństwa. Ważnym czynnikiem, który wpływa na obniżony dobrostan jest poczucie niedokończonych spraw życiowych, zwłaszcza wówczas, gdy człowieka zaskakuje ciężka, nieuleczalna choroba. Zmaganie się chorego ze skutkami niektórych metod terapeutycznych, np. chemioterapii, bywa też bardzo bolesne [3]. Ponadto dochodzi obawa chorego przed reakcją otoczenia. Najwięcej tego typu obaw przeżywają ludzie z chorobą nowotworową, stąd jest

ona najczęściej przedmiotem badań w aspekcie jakości życia. Choroba związana jest niekiedy z bolesnym okaleczeniem ciała, utratą jakiegoś narządu (np. po mastektomii, po amputacji kończyn, blizny po oparzeniach czy innych urazach itp.) [3]. Ponadto wiąże się z ponoszeniem określonych kosztów leczenia i wpływa tym samym na pogorszenie się sytuacji finansowej chorego. Daje też poczucie zależności od innych, w tym personelu medycznego oraz rodziny. Dlatego wiele osób pod wpływem choroby, zwłaszcza przewlekłej czy nieuleczalnej, popada w depresję. Zdaniem psychologów, do ujawnienia się depresji predysponują szczególnie te sytuacje trudne, które mają charakter przewlekły, bądź nieodwracalny i pozbawiają człowieka nadziei. Choroba – zwłaszcza nagła (wypadki) lub nieuleczalna – stanowi rodzaj wyzwania, na które trzeba odpowiedzieć. Niezwykle pomocny okazuje się tu psycholog.

W literaturze znane są różne typy zachowań człowieka w chorobie. Jedni próbują z nią walczyć, drudzy całkowicie się jej poddają, przyjmując postawę rezygnacji. W znacznej mierze zależy to od rodzaju choroby oraz cech osobowościowych chorego. Z psychologii wiemy, że reakcją człowieka na chorobę może być zaprzeczanie, pomniejszanie, akceptacja, bądź wyolbrzymianie. Zachowanie człowieka w chorobie wiąże się nierozdzielnie z jakością życia [15]. Dla zachowania tejże jakości wskazane jest podejmowanie prób walki z chorobą. W przypadku postawy rezygnacji jakość życia zmierza w kierunku negatywnym.

Choroba daje też poważne konsekwencje społeczne, jak m.in. ograniczenie kontaktów towarzyskich, rezygnację z pracy zawodowej, niemożność wypełniania ważnych ról społecznych

i wiele innych niekorzystnych dla człowieka skutków [3, 15]. Choroba członka rodziny może powodować dezorganizację życia w całej rodzinie, wpływając tym samym niekorzystnie na ogólną sytuację zdrowotną oraz jakość życia całej rodziny. Dlatego w przypadku ciężkiej, nieuleczalnej choroby, pomocy psychoterapeutycznej wymaga cała rodzina. Dla chorego niezmiernie istotny jest fakt, czy dana choroba wiąże się z „piętnem społecznym” (np. padaczka, AIDS, schizofrenia, gruźlica) [15]. Takie ujemne skutki chorób można by jeszcze mnożyć. Wszyscy jednak zgadzają się w tym, że choroba – w mniejszym czy większym zakresie – komplikuje sytuację życiową chorego, co znajduje odbicie w jakości życia. Warto jednak w tym miejscu przytoczyć słowa Pankiewicza i wsp. [16] – „cierpienie i choroba nie zawsze wiążą się z poczuciem nieszczęścia, nieraz mogą być drogą do poznania siebie, mogą mieć walor twórczy i konstruktywny, zwłaszcza w rozwoju osobowości, w wewnętrznym dojrzywaniu”. Dlatego odczucia chorego najlepiej oddają oceny subiektywne.

W medycynie istnieją dwa podejścia do oceny jakości życia [6, 17]. Pierwsze – obiektywne, dokonywane przez wykwalifikowany personel medyczny oceny różnych parametrów klinicznych, które nie zawsze sam chory potrafi precyzyjnie określić i drugie – subiektywne, w odczuciach samego chorego. Dla całościowej oceny tejsze jakości konieczne jest uwzględnienie tych dwóch wskaźników. Obiektywna ocena wiąże się z kliniczną oceną choroby oraz czynników społeczno-ekonomicznych. Natomiast subiektywna dotyczy stopnia zadowolenia z życia oraz przejawianej aktywności w różnych sferach życia codziennego. Słu-

żą do tego specjalnie w tym celu skonstruowane kwestionariusze, które wypełnia sam chory.

Pomiar jakości życia

– narzędzia badawcze

Istnieją różne możliwości badania i oceny jakości życia. Jednak najbardziej użyteczne i zalecane są specjalnie w tym celu skonstruowane kwestionariusze. W celu zminimalizowania błędów zaleca się stosowanie kwestionariuszy wystandaryzowanych. Kwestionariusze do badania jakości życia można podzielić na:

- ogólne
- specyficzne
- mieszane.

Kwestionariusze ogólne (ang. generic) – służą do pomiaru jakości życia w sposób najbardziej ogólny. Ich zaletą jest to, że są uniwersalne i mają szerokie zastosowanie. Można je stosować zarówno u osób chorych, jak i zdrowych. Mają zastosowanie w różnych schorzeniach. Jednak wówczas wskazane jest stosowanie pomocniczo innych narzędzi, czy skal mających zastosowanie w określonej jednostce chorobowej lub grupie schorzeń. W przeciwnym razie może powstać luka badawcza. Kwestionariusze te dość precyzyjnie określają jakość życia w wymiarze ogólnym. Mają dużą stabilność w czasie.

Przez innych badaczy jakości życia są one ujmowane w ramy skal niespecyficznych [2, 8]. Przykładem skal ogólnych (niespecyficznych) są: WHOQOL-100 i WHOQOL-Bref (wersja krótka), Sickness Impact Profile 136 (SIP), Short Form Health Survey (SF-36), Indeks Jakości Życia (QOL) Ferrans i Powers w wersji generic.

Sickness Impact Profile występuje w wersji pełnej (SIP-136) oraz skróconej, zawierającej 49 pytań. Jest to skala często wykorzystywana do oceny ogólnej jakości życia. Ocena właściwo-

ści psychometrycznych polskiej wersji tego narzędzia została przeprowadzona przez Jaracz i Kozubskiego w badaniach u chorych po niedokrwiennym udarze mózgu [18].

Short-Form Health Survey (SF-36) – zawiera pytania odnoszące się do funkcjonowania fizycznego, społecznego, do poczucia własnego zdrowia psychicznego, zdrowia w sensie ogólnym, witalności, odczuwania bólu oraz dyskomfortu psychicznego. Kwestionariusz ten był stosowany na szerszą skalę w badaniach Jaremy i wsp. [18]. Jak donosi literatura, został on także zastosowany w badaniach u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Kwestionariusz SF-36 jest obecnie jednym z najbardziej popularnych narzędzi wykorzystywanych do badania jakości życia [18].

Kwestionariusze specyficzne (ang. disease or dimension specific) służą do oceny jakości życia w określonej jednostce chorobowej lub grupie schorzeń, np. sercowo-naczyniowych [2, 19, 20]. Skale te zawierają pytania związane z objawami oraz przebiegiem choroby. Ich zaletą jest duża czułość, mają jednak bardziej ograniczony zasięg [20]. Ich stabilność w czasie jest mała. Warto wymienić za Górną i Suwalską [18] niektóre ze znanych kwestionariuszy specyficznych:

- Kwestionariusz Ferrenca i Pawersa – dla osób z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej;
- Kwestionariusz Parfrey – dla pacjentów dializowanych;
- Narzędzie QLS-100 – stosowane w schorzeniach psychiatrycznych;
- Kwestionariusz QLO-C30 – dla pacjentów z chorobą nowotworową oraz stosowany w przypadkach pourazowych [18].

Wśród kwestionariuszy specyficznych w niewydolności krążenia

wymieniany jest Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LIHFE). Natomiast u pacjentów z chorobą nadciśnieniową ma zastosowanie Health Status Index (HSI) oraz Vital Signus Quality of Life Questionnaire (VSQOL) [20]. Kwestionariusze te nadają się przede wszystkim do badania wpływu leków – głównie hipotensyjnych – na jakość życia chorego. Niestety, wiele z tych cennych narzędzi, nie zostało dotychczas zaadaptowanych do polskich warunków.

Kwestionariusze mieszane zawierają elementy zarówno kwestionariusza ogólnego, jak i specyficznego.

Przed wyborem danego kwestionariusza i przystąpieniem do badań ważne jest ustalenie celu i zakresu badań. Ponadto musimy sprawdzić, czy wybrane przez nas narzędzie przeszło niezbędny proces adaptacji i standaryzacji [19]. Konieczne jest też uzyskanie pisemnej zgody autora (-ów) na jego wykorzystanie. Należy podzielić pogląd Jaracz [2], że nie ma dotychczas żadnego uniwersalnego, a jednocześnie doskonałego narzędzia badawczego do oceny jakości życia. Zapewne pomocna jest intuicja badacza oraz dobra znajomość problematyki badawczej i metodologicznej. Badania nad jakością życia muszą być prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Reasumując: koncepcja jakości życia służy do całościowej oceny pacjenta, dając tym samym lepszy wgląd w złożone problemy medyczne w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego, środowiska, w którym funkcjonuje oraz wskazuje na zakres i jakość relacji. Ocena jakości życia ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie doraźnej i długofalowej opieki. Świadczy o całościowym i interdyscyplinarnym podejściu do procesu leczenia.

Piśmiennictwo

1. Sokolnicka H., Mikuła W.: *Medycyna a pojęcie jakości życia*. Med. Rodz. 2003, 3–4, 24, 126–128.
2. Jaracz K.: *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*. Pielęg. Pol. 2001, 2 (12), 219–226.
3. Stelcer B.: *Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe*. Pielęg. Pol. 2001, 2, (12), 227–233.
4. Jaroń J.: *Filozoficzna koncepcja człowieka współczesnego według E. Fromma i K. Lorenza*. W: Wujek T. (red.): *Wprowadzenie do andragogiki*. Wyd. Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa 1996, 47–58.
5. Szulc W.: *Muzyka jako czynnik jakości życia*. W: Wołowicka L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001, 78–89.
6. Tobiasz-Adamczyk B.: *Jakość życia w naukach społecznych i w medycynie*. Sztuka Leczenia 1996, 2, 2, 33–34.
7. Czerniawska O.: *Style życia ludzi starszych*. W: Czerniawska O. (red.): *Style życia w starości*. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 1998, 17–26.
8. Jaracz K.: *Jakość życia po niedokrwinnym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe*. Rozprawa habilitacyjna. AM Poznań 2002.
9. WHOQOL Group. *Development of the WHOQOL: rationale and current status*. Int J Mental Health, 1994, 23, 24–56.
10. Stelcer B.: *Jakość życia i integracja psychiczna*. W: Wołowicka L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001, 117–127.
11. Trafiałek E.: *Polska starość w dobie przemian*. Wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 2003.
12. Wołowicka L., Jaracz K.: *Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref*. W: Wołowicka L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001, 231–238.
13. Kowalik S.: *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*. W: Bańka A., Derbis R. (red.): *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań–Częstochowa, UAM, WSP, 1994, 75–78.
14. Leplege A.L., Hunt S.: *The problem of quality of life in medicine*. JAMA 1997, 47–50.
15. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1995.
16. Pankiewicz P., Szeluga J., Szemrowicz D.: *Droga rozwoju wewnętrznego przez sens cierpienia*. Ann. UMCS Sectio D Medicina 2004, supl., XIV, 486.
17. Jaracz K.: *Jakość życia – wymiar obiektywny i subiektywny*. Pielęg. Pol. 2002, 1 (13), 28–37.
18. Górna K., Suwalska A.: *Badanie jakości życia w psychiatrii*. W: Wołowicka L. (red.): *Jakość życia w naukach medycznych*. Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001, 158–177.
19. Olas J. i wsp.: *Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu dysfunkcji układu ruchu – przegląd najczęściej stosowanych instrumentów pomiarowych i implikacje kliniczne*. Gerontol. Pol. 2002, 10 (2), 57–60.
20. Klocek M.: *Badanie jakości życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. Nadciśnienie Tętnicze 1998, 2, 3, 176–184.

WIKTOR DEGA

– twórca polskiej szkoły rehabilitacji (1886 – 1995)

mgr Janina Wereszczak – Wzorek

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL



*Prof. Wiktor Dega podczas odbierania Nagrody Alberta Laskera, Wiesbaden, 16 września 1966 roku.**

W tym roku przypada 110 rocznica urodzin wielkiego lekarza, humanisty, człowieka o ogromnym sercu dla chorych – profesora Wiktora Degi.

Urodził się w Poznaniu i tam chodził do szkół. Jak wspomina „językiem wykładowym był niemiecki. W klasach przeważająca większość uczniów

była polska (ok. 70%) ... wielu z nas czuło potrzebę poznawania historii i literatury polskiej”. Jego najserdeczniejszym przyjacielem z tego okresu był Janusz Zeyland (późniejszy znany badacz gruźlicy u dzieci, zastrzelony przez hitlerowców w 1944 r.). Razem byli w podziemnym ruchu skautowym, w 1914 r. wstąpili do Tajnej Organizacji Niepodległościowej. Była to „świetna szkoła dyscypliny i autodyscypliny”, ponieważ oprócz zajęć wojskowych odbywały się zajęcia szkolne.

W 1915 r. Wiktor Dega otrzymał pozew do wojska niemieckiego. Przeżył w 1917 r. pierwszy atak gazowy zastosowany przez Niemców na froncie wschodnim pod Baranowiczami. W 1918 r. został przerzucony na front zachodni. Rozkazem dywizji w tym też roku w Koblencji nad Renem, wraz z innymi gimnazjalistami zdał maturę i rozpoczął naukę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Berlinie. Dzięki karcie studenta medycyny przyłączono go do pomocy lekarzom. W początku grudnia opuścił szpital w München-Gladbach i po tułaczce dotarł do Poznania. Tu włączył się w przygotowania do powstania, a potem walczył z bronią w rękę.

27 grudnia 1918 r. brał udział w zdobyciu magazynów wojskowych przy ul. Artyleryjskiej w Poznaniu, w walkach na Starym Rynku, 5 i 6 stycznia w zdobywaniu gmachu Urzędu Poczтового przy Dworcu Zachodnim oraz w odbiciu z rąk niemieckich lotniska na Ławicy.

25 maja 1919 r. dostał nominację na podporucznika i został dowódcą VII Kompanii Piechoty 10 Pułku Strzelców Wielkopolskich. W czerwcu 1919 r. przeniesiony został na front galicyjski. Po zakończeniu akcji powstańczej otrzymał urlop i w styczniu 1920 r. razem z Januszem Zeylandem przybył do Warszawy. Tu 17 stycznia 1920 r. został studentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Profesor wspomina: „...przystąpiłem do studiów tak jak ktoś bardzo wygłodzony zabiera się do jedzenia. Nie przepuściłem żadnego wykładu”. W 1921 r. prof. dr Ireneusz Wierzejewski, kierownik Kliniki Ortopedycznej w Poznaniu operował złamaną szyjkę kości udowej Janusza Zeylanda. Pozwolił młodemu studentowi przyglądać się operacji. „...wykonał ją z imponującą techniką, a wynik operacji zdecydował, że postanowiłem obrać chirurgię ortopedyczną i ortopedię jako swoją specjalizację po zakończeniu studiów”.

Jesienią 1922 r. Dega rozpoczął studia kliniczne w Poznaniu. Wykładowcami w klinikach byli znani profesorowie: Wincenty Jezierski – internista, Adam Karwowski – specjalista w chorobach skórnych, Witold Kapuściński – okulista, Kazimierz Nowakowski – chirurg, Ireneusz Wierzejewski – ortopeda. Jak stwierdza prof. Dega: „...dla studenta medycyny ogromną rolę odgrywa doświadczenie praktyczne (nauczycieli – przyp. red.) i umiejętność przekazywania tego doświadczenia studentowi. Od nich nauczyłem się najwięcej praktycznej medycyny...”.

1 kwietnia 1924 r. Wiktor Dega rozpoczął pracę jako zastępca młodszego asystenta w Klinice Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego u prof.

Wierzejewskiego. I tu łatwość dostępu do bogatego piśmiennictwa w bibliotece kliniki, ogromna życzliwość i praca ze światowym operatorem i wielkim autorytetem, jakim był prof. Wierzejewski, konieczność przedstawiania na posiedzeniach naukowych, zjazdach „wyrobiły w nas nawyk gruntownego opracowywania wszystkich „przypadków”.

W 1925 r. prof. Dega wyjechał na stypendium do Francji i tu dostał się na kurs dokształcający z chirurgii dziecięcej, organizowany przez prof. Mori-quanda (nabyte wiadomości wykorzystał, gdy pełnił funkcję ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Karola i Marii w Warszawie). W Lyonie brał udział w codziennych zajęciach kliniki, łącznie z asystowaniem podczas operacji. Z metod leczenia poznał pogląd na leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego oraz gruźlicy kostno-stawowej, jak również na operacje końsko-szpotawej stopy porażonej na skutek *poliomyelitis*. Był w Paryżu, Strasburgu i Nancy, gdzie zdobywał wiedzę z chirurgii i ortopedii, ale uświadomił sobie, że siła nauki to dobra organizacja dotycząca tak „badań naukowych, jak i dydaktyki oraz dokształcania”. Po powrocie z Francji pracował nad leczeniem wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego oraz wdrożeniem metod operacyjnych, które „uwolnią chorych od noszenia aparatów ortopedycznych”.

W lutym 1927 r. wyjechał do Włoch i pracował w Klinice Ortopedycznej Uniwersytetu w Bolonii u prof. V. Puttiego.

Okres przedwojenny cechuje bardzo intensywna działalność naukowa, zawodowa i społeczna prof. Degi. Przygotowywał wówczas pracę habilitacyjną do-

tyczącą wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. W roku akademickim 1925/26 w Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego został wprowadzony lektorat z zakresu teorii i praktyki gimnastyki leczniczej i masażu. Prowadzenie wykładów zostało zlecone prof. Dedze. W roku 1930 Wiktor Dega organizuje pierwszy kurs gimnastyki leczniczej dla dzieci szkół poznańskich. Kursy te były starannie prowadzone przy współpracy lekarza ortopedy i instruktorów gimnastyki. W 1937 r. Profesor przenosi się do Bydgoszczy i w szpitalu na Bielawkach organizuje oddział usprawniania leczniczego z salą gimnastyczną i terapią zajęciową.

Po II wojnie światowej ośrodkiem, który rozwijał i szerzył zagadnienia rehabilitacji była Klinika Ortopedyczna Akademii Medycznej w Poznaniu, którą kierował prof. Wiktor Dega. Doceniając znaczenie pracy zespołowej włączył do stałej obsady kliniki lekarza fizjologa, rentgenologa oraz psychologa. Poza tym zainicjował i zorganizował współpracę z Zakładem Leczniczo-Wychowawczym dla Dzieci Kalekich w Świebodzinie, w Połczynie, z Zakładem Leczniczo-Szkoleniowym dla Reumatyków w Śremie, z Państwową Wytwórnią Protez w Poznaniu, ze Szkołą Inwalidzką w Poznaniu. Zorganizował też Kliniczny Ośrodek Naukowy w Cieplicach Zdroju. Klinika na nowo zaczęła promieniować swym wpływem na cały kraj.

W 1950 r. Wiktor Dega został mianowany Krajowym Specjalistą do spraw Rehabilitacji.

W 1953 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej mianował dwu pierwszych w kraju specjalistów w zakresie rehabilitacji z Kliniki Ortopedycznej

w Poznaniu, a w 1958 r. rehabilitacja została uznana za dwustopniową specjalizację z własnym programem. Dwa lata później powstała pierwsza Katedra Medycyny Rehabilitacyjnej w Akademii Medycznej w Poznaniu, a kolejna w 1961 r. w Warszawie. Na podkreślenie zasługuje fakt, że były one pierwszymi tego rodzaju katedrami nie tylko w kraju, ale i na świecie.

W 1969 r. rehabilitacja została uznana za integralną część służby zdrowia, i to nie tylko w przypadkach wad i chorób powodujących dysfunkcje ruchowe, ale także chorób układu krążenia i oddychania oraz chorób psychicznych. Powiązanie rehabilitacji z procesem leczenia chorego nadało jej kompleksowy charakter. Przyczyniło się to do ukształtowania swoistego modelu rehabilitacji stosowanej w Polsce.

W 1967 r. prof. Dega przeszedł na emeryturę i aktywnie zajął się propagowaniem i wcielaniem w życie własnej, oryginalnej koncepcji nowoczesnej rehabilitacji, nazwanej przez niego „polskim modelem rehabilitacji medycznej”. Kanony polskiej rehabilitacji to: powszechność, kompleksowość,

wczesność i ciągłość. W 1970 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaakceptowała polski model rehabilitacji i uznała go za godny naśladowania.

Dorobek naukowy Profesora Wiktora Degi jest bardzo bogaty i różnorodny, obejmujący wiele dziedzin, takich jak: ortopedia, rehabilitacja, a także działalność na polu organizacji służby zdrowia i dydaktyki. Jego publikacje ukazały się w wielu językach. Profesor występował też wielokrotnie z referatami na posiedzeniach naukowych lub zjazdach różnej specjalności towarzystw naukowych – krajowych i zagranicznych. Był cennym człowiekiem nauki nie tylko w Polsce, ale również za granicą. Wyszkolił liczne grono specjalistów z zakresu ortopedii i rehabilitacji. Otrzymał wiele polskich i międzynarodowych wyróżnień.

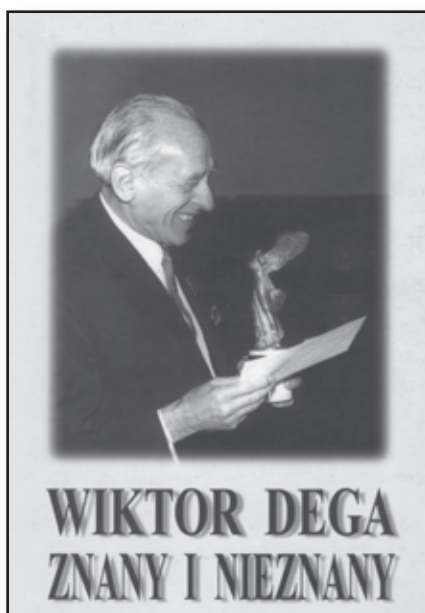
Wymowne są słowa przewodniczącego Komitetu Fundacji Alberta Laskera, który wręczając nagrodę na X Światowym Kongresie Międzynarodowego Towarzystwa Rehabilitacji Inwalidów w Wiesbaden powiedział: „... Profesor Dega w swej działalności przekroczył granice narodowe i służył swoją wiedzą i pracą

całej ludzkości. Dzięki swemu zaangażowaniu się w niesienie pomocy bliźnim, dzięki szacunkowi i umiłowaniu, jakie wyrobił sobie wśród wszystkich, którzy z nim pracowali, profesor Dega jest dziś natchnieniem działających na polu rehabilitacji”.

Wszechstronność zainteresowań naukowych, wrażliwość na sprawy ludzkie, niezmiernie cenne koncepcje pełnego, kompleksowego leczenia chorych w celu przywrócenia im sprawności fizycznej, psychicznej i pełnej integracji społecznej zdecydowały, że wielu lekarzy i fizjoterapeutów, chociaż nie miało z Profesorem bezpośredniego kontaktu, uważa się za jego uczniów.

Piśmiennictwo:

1. K. Milanowska. *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa 2003
2. K. Milanowska. *Kinezyterapia*, PZWL, Warszawa 2001
3. A. Senger. 60-lecie urodzin prof. dr Wiktora Degi. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol.* 1/57, str. 1-6
4. I. Stasiewicz – Jasiukowa. *Wiktor Dega znany i nieznany*, Wyd. AM Poznań 2000



* Zdjęcie pochodzi z okładki książki I. Stasiewicz – Jasiukowej „Wiktor Dega znany i nieznany”, Wyd. AM Poznań 2000; Nagroda Alberta Laskera, którą na fotografii odbiera prof. Dega, jest jedną z najbardziej prestiżowych nagród przyznawanych za badania medyczne. Jest przyznawana nieprzerwanie od 1946 roku przez Lasker Foundation, założoną przez Alberta Laskera (milionera, pioniera reklamy) oraz jego żonę Mary Woodward Lasker. Nagroda przyznawana jest w trzech kategoriach – nauki podstawowe, nauki kliniczne oraz służba publiczna. Jest to

największe wyróżnienie naukowe w Stanach Zjednoczonych, przez wielu uznawane za małą Nagrodę Nobla. Spośród laureatów Nagrody Laskera ponad 70 naukowców to późniejsi laureaci Nagrody Nobla. Dodatkowo, co kilka lat wręczane są Nagrody fundowane przez Fundację Laskera w specjalnych dziedzinach nauk medycznych, np. Nagroda Laskera przyznawana przez Międzynarodowe Towarzystwo Rehabilitacji Niepełnosprawnych. Bardzo ważnym wyróżnieniem jest również Nagroda Laskera dla dziennikarzy medycznych.

MARIAN ALLAN WEISS

– rozślawił imię polskiej rehabilitacji w świecie (1921 – 1981)

Mgr Janina Wereszczak – Wzorek

Zakład Rehabilitacji Oddziału Fizjoterapii II WL



*Profesor Marian Allan Weiss w swoim mieszkaniu, 1973 r.**

W lipcu 2006 r. minęło 25 lat od tragicznej śmierci profesora Mariana Weissa. W tym roku mija także 85 rocznica urodzin Profesora.

Urodził się w 1921 r. w Kali-

szu. Studia medyczne rozpoczął we Lwowie w 1938 r., potem kontynuował je podczas okupacji. Dyplom lekarski nostryfikował w 1946 r. w Uniwersytecie Jagiellońskim. Krótko pracował

w oddziale chirurgicznym w Jeleniej Górze. W 1947 r. przeniósł się do Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie, prowadzonego przez prof. Adama Grucę. Tu zdobył wykształcenie ortopedyczno-traumatologiczne. W 1949 roku objął kierownictwo filii Centralnego Instytutu Chirurgii Urazowej w Konstancinie, pełniąc jednocześnie obowiązki asystenta Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Warszawie. Dwa lata później Rada Wydziału Lekarskiego nadała mu stopień naukowy doktora medycyny. W 1975 roku mianowany został profesorem zwyczajnym. Pełniąc obowiązki dyrektora szpitala przekształcił oddział ortopedyczny w ośrodek kompleksowej rehabilitacji, zwiększył bazę kliniczną, rozwinął zaplecze rehabilitacyjne.

W 1961 roku powstaje Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie (druga w Polsce po Klinice w Poznaniu). W 1965 roku z inicjatywy prof. Mariana Weissa powstaje pierwszy w Polsce oddział leczenia pacjentów z urazem rdzenia kręgowego. Rehabilitacją kompleksową objęci byli wszyscy pacjenci. Działalność kliniki nie ograniczała się tylko do rehabilitacji medycznej. Powstały warsztaty ortopedyczne, które umożliwiały szybkie zaopatrzenie pacjentów w niezbędne pomoce i sprzęt ortopedyczny. Co bardzo ważne, w warsztatach tych były zatrudnione osoby niepełnosprawne. W pobliskich Chylicach powstał nowoczesny ośrodek rehabilitacyjno-pedagogiczny dla dzieci i młodzieży z różnymi wadami wrodzonymi i nabytymi. Pacjenci mogli tutaj

* Zdjęcie pochodzi ze zbiorów prywatnych prof. dr. hab. Jerzego Kiwerskiego, następcy prof. Weissa na stanowisku dyrektora Centrum Rehabilitacji, który obiecał nam również osobisty artykuł wspomnieniowy.

kontynuować naukę, mieli możliwość nauki zawodu.

Prof. Weiss wprowadził szereg modyfikacji i nowych metod leczniczych. Opracował metodę repozycji centralnego zwinięcia stawu biodrowego, zmodyfikował i upowszechnił metodę amputacji mioplastycznej. Jest twórcą oryginalnych metod, m. in. fizjologicznej amputacji kończyn i dynamicznej korekcji i stabilizacji złamań kręgosłupa z porażeniami, umożliwiającymi wczesną rehabilitację chorych.

Prof. Marian Weiss był też cennym dydaktykiem. Prowadził wykłady dla studentów Akademii Medycznej i Akademii Wychowania Fizycznego. Organizował i prowadził kursy doształcające, specjalizacyjne z rehabilitacji. Opublikował 156 rozpraw nauko-

wych w kraju i za granicą, obejmujących zagadnienia kliniczne i metodyczne. Wygłosił szereg odczytów na zjazdach naukowych krajowych i zagranicznych. Już od 1959 roku wykładał na międzynarodowych seminariach z zakresu protezowania i rehabilitacji amputowanych.

W 1974 roku na V Krajowym Zjeździe Magistrów Wychowania Fizycznego Pracujących w Rehabilitacji powiedział: „W programie rehabilitacji zawodowej nie można sobie wyobrazić utrzymania dobrej kondycji pracującego inwalidy bez kontynuowania ćwiczeń fizycznych.... Utrzymanie kondycji zarówno fizycznej, jak i psychicznej jest głównym celem programu rehabilitacji w Polsce”.

Był twórcą ośrodka rehabilitacyjnego w Konstancinie, dążył do

rozwoju i podniesienia prestiżu tego ośrodka oraz polskiej koncepcji rehabilitacji w świecie.

Piśmiennictwo:

1. Bahrynowska –Fic J. – *Systematyka i metodyka wykonywania ćwiczeń fizycznych*, PZWL, Warszawa 1999
2. Kiwerski J., Górski W. – *Wspomnienie o profesorze Marianie Weissie*, „Postępy Rehabilitacji” 1989, tom III, zeszyt 2, str. 65 – 68
3. Krasuski M. – *40-lecie Kliniki Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie*, Wyd. Katedra i Klinika Reh. AM, Centrum Reh. w Konstancinie, 2002
4. Zembaty A. – *Kinezyterapia*, tom I, Wyd. „Kasper” 2002



Kiedy nadejdą „lepsze czasy”?*

Prof. dr hab. Janusz Piekarczyk

Bardzo dziękuję Pani Rektor, prof. Teresie Bachanek i Komitetowi Organizacyjnemu Konferencji za zaproszenie mnie na kolejną, VIII już Konferencję Okrągłego Stołu, która w tym roku zatytułowana została „Umiejętności absolwenta – ujednoczenie programów dydaktycznych i dostosowanie ich do postanowień (Procesu Bolońskiego)”.

Ta już 8-letnia aktywność, wyzwoliła potrzebę włączenia się do dyskusji wszystkich dziekanów wydziałów i oddziałów stomatologicznych i zdecydowanej większości kierowników

katedr i zakładów wszystkich polskich akademickich uczelni medycznych. Trudno byłoby przecenić tę inicjatywę i owoce jej realizacji. Trafiła ona na szczególnie podatny grunt w okresie transformacji polskiego szkolnictwa wyższego i jego dostosowywania do budowanego obecnie Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego.

Na kolejnych konferencjach dyskutowaliśmy kierunki zmian w programie studiów. Jak wiemy, były one inspirowane, a czasami i wymuszone przez urzędników Unii Europejskiej. Przyjmowaliśmy te wymogi

nie tyle z rezerwą co z rozważą, podnosząc walory naszego polskiego systemu kształcenia, który można nazwać kształceniem akademickim w odróżnieniu od oferowanego nam modelu zbliżonego do wyższego kształcenia zawodowego. W pełni natomiast wsparliśmy wszystkie praktyczne uzgodnienia, między innymi zmierzające do zwiększenia mobilności zarówno studentów, jak i absolwentów naszych uczelni, w tym ich pracowników – nauczycieli akademickich.

W odniesieniu do studentów służyć temu zadaniu ma dyskuutowany w ubiegłym roku system ECTS – system punktacji przyjętej w większości uczelni,

*Wypowiedź oficjalna na otwarciu VIII Konferencji Okrągłego Stołu w Nałęczowie – 10-12 maja 2006 r. Tytuł artykułu pochodzi od redakcji.

którego celem jest stworzenie szansy na odbywanie części studiów poza uczelnią macierzystą. Pod tym pojęciem rozumie się na ogół studiowanie w uczelniach zagranicznych, z czego należy się oczywiście cieszyć, chociaż nie wiadomo dlaczego w ogóle nie przewiduje się takiej możliwości w uczelniach krajowych. Polskie uczelnie, a może nawet szerzej – środowiska akademickie – mają z pewnością do zaoferowania wiele atrakcyjnych programów w ramach poszczególnych kierunków i specjalności studiów, w tym studiów stomatologicznych.

W szczególny sposób oferta ta mogłaby dotyczyć młodzieży pracującej w kołach naukowych, a więc najbardziej aktywnej i najzdolniejszej. W wielu miastach istnieją obok akademii medycznych instytuty resortowe, PAN-owskie, wydziały przyrodnicze innych uczelni, gdzie ta najbardziej zdolna i najbardziej zaangażowana młodzież mogłaby odbywać część studiów, czemu ma właśnie przeciw służyć system ECTS. Przy czym chodziłoby tutaj o indywidualny tok studiów, a nie o studia masowe. Jak dotąd obserwujemy brak zrozumienia tego problemu, jak i brak bodźców ze szczebla centralnego – myślę o Ministerstwie Edukacji i Ministerstwie Szkolnictwa Wyższego, które nie stymulują inwestycji w rozwój naszych najzdolniejszych absolwentów.

W tym także studentów III stopnia, tzn. doktorantów. Wprawdzie w Warszawie istnieją studia doktoranckie w ramach tzw. Studium Medycyny Molekularnej, do którego przystąpiło 6 uczelni medycznych, ale nie jest to rozwiązanie na miarę potrzeb – przede wszystkim nie uwzględnia ono potrzeb dyscyplin klinicznych,

w tym stomatologii. Jeżeli „Proces Boloński” uznajemy za podstawową inspirację w tym zakresie, to warto przypomnieć, że w komunikacie berlińskim z 2003 r. Konferencja Ministrów zadeklarowała konieczność ścisłej współpracy pomiędzy Europejskim Obszarem Szkolnictwa Wyższego a Europejską Przestrzenią Badawczą. W komunikacie tym podkreślano znaczenie badań naukowych jako nieodłącznej, integralnej części w ramach zadań szkolnictwa wyższego. Może dobrze byłoby bardziej szczegółowo zastanowić się nad tym zagadnieniem podczas kolejnej Konferencji Okrągłego Stołu. Może warto pomyśleć nad stworzeniem, przynajmniej podstawowej, bazy laboratoryjnej – również w stomatologii. Reorganizacja struktur uczelnianych, która polega na zmianie nazewnictwa i organizacji, właściwie niewiele wnosi, a w niektórych przypadkach wręcz utrudnia dostęp do bazy laboratoryjnej nauk podstawowych, która pozostaje w wydziałach lekarskich. Dlatego trzeba byłoby może pomyśleć o rozwoju części naukowo-badawczej wydziałów czy oddziałów (niezależnie od nazewnictwa) stomatologii polskich uczelni medycznych.

Istnieją, jak wiemy, niemal doskonałe wzorce w tym zakresie. Jeżeli chodzi o Europę, przykładem może być Uniwersytet w Meinz w Niemczech, ale jedną z najlepiej pod tym względem zorganizowanych jest Szkoła Uniwersytetu Stanowego w Buffalo. Obok koncepcji modelowo wręcz rozwiązanych pracowni naukowych „wywieźć stamtąd można” doskonałe wzorce oficjalnej współpracy z przemysłem, który wspiera jednostki uniwersytetu, korzystając z zamian z wyników

badania naukowych. Tymczasem dosyć bezwzględne zapisy polskich aktów normatywnych nie do końca zauważają i tę drogę rozwoju badań naukowych, przy jednoczesnym braku realizacji zobowiązań międzynarodowych w zakresie dotacji budżetowej na naukę.

Cóż, kolejny raz chciałoby się powiedzieć: *Ad feliciora tempora* – do lepszych czasów, ale mówiliśmy tak przecież odkąd pamięcią sięgnąć, może więc przyszła pora, aby poważnie brać zobowiązania wszystkich stron, a w tym wszystkich szczebli władzy i upominać się o dawane nam przez polityków obietnice.

Pozwólcie Państwo, że przedstawię jedną z definicji polityki: „Polityka to sztuka zdobywania głosów biednych i pozyskiwania pieniędzy bogatych w zamian za obietnice ochrony jednych przed drugimi”. Odkąd żyjemy w demokratycznym państwie mamy prawo wierzyć, że nasi politycy czynią to na tyle sprawnie, że mogą nawet osiągnąć wymierne korzyści dla społeczeństwa. Mogą... ale czy osiągną? – czas pokaże. Ale czy my musimy czekać na prawo głosu w tej sprawie aż do kolejnych wyborów? Różne są na ten temat poglądy, różne reakcje naszych środowisk, czasami niecierpliwe. Choć trudno się dziwić, ponieważ w niektórych dziedzinach życia społecznego poprawy nie widać i na pierwszym miejscu należy wymienić tutaj niestety ochronę zdrowia.

W każdym razie rozważając ewentualne podejmowanie czynnych form protestu, powinniśmy mimo wszystko zawsze mieć w pamięci powiedzenie Sofoklesa: „Nie ma większego zła od anarchii. Ona państwa niszczy i domy rujnuje”.



Zdrowotne znaczenie aktywności ruchowej

Mgr Jerzy Rudzik

Studium Wychowania
Fizycznego i Sportu AM
w Warszawie

*Czyż zdrowie to nie cud?
(Antoni Czechow)*

Zdrowie było i jest uznawane za jedną z najcenniejszych wartości ludzkiego życia. „Zdrowie jest najpierwszym darem, uroda drugim, a bogactwo trzecim” (Platon 426 – 347 r. pne). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie to nie tylko nieobecność choroby i niepełności, ale stan dobrego, fizycznego, psychicznego, społecznego dobrostanu” (well being). Temu klasycznemu już ujęciu zdrowia zarzuca się idealizację – tak rozumiane zdrowie jest praktycznie nie do osiągnięcia. W związku z tym w naukach społecznych pojawiły się nowe propozycje określenia zdrowia. Można tu wyróżnić dwie koncepcje:

1. W pierwszej zdrowie traktowane jest jako dyspozycja – „podająca się zmianom zdolność człowieka zarówno do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych, społecznych możliwości, jak i reagowania na wyzwania środowiska” [4].
2. Drugie ujęcie określa zdrowie jako „proces poszukiwania i utrzymania równowagi w obliczu obciążeń, jakie nieustannie nakłada na organizm otoczenie” [2]. To podejście do zdrowia można określić jako dynamiczne.

Na stan zdrowia społeczeństwa wpływają cztery grupy czynników. Są to czynniki genetyczne, środowiska zewnętrznego, czynniki związane ze stylem życia, oraz efekty działalności służb medycznych.

Współczesne badania przypisują stylowi życia 50% udziału w tym procesie. Wpływ pozostałych czynników ujmowany jest następująco: czynniki środowiskowe – 25 – 30%, czynniki biologiczne (genetyczne) – 10 – 15%, opieka medyczna – 10 – 20% [9].

Z danych tych można wysnuć wniosek, że nawet przy maksymalnych nakładach na leczenie, jego wpływ na stan zdrowia społeczeństwa nie przekroczy 25 – 30% wszystkich czynników je warunkujących. W obrębie więc pozostałych 70% zmiennych oddziałujących prozdrowotnie, istotną rolę odgrywa realizowany przez człowieka aktywny styl życia.

Ocena stylu życia społeczeństwa i jego kultury zdrowotnej wskazuje na niski poziom wiedzy w zakresie żywienia, na rozpowszechnienie palenia tytoniu, konsumpcji napojów alkoholowych i znaczny deficyt ruchu [3].

Mająca trzy tysiące lat tradycji nauka jogów indyjskich zna system ćwiczeń ruchowych, których celem jest poprawienie oddychania, zwalczanie zaburzeń w trawieniu, poprawienie krążenia itd.

Uboga aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi chorób cechujących się spowolnieniem ruchowym. Objawami występującymi w tych warunkach, pogłębionymi często przez niedostateczny wypoczynek, brak snu i ciągły pośpiech, są naruszenia regulacji neurovegetatywnej, sprzyjające rozwojowi zaburzeń przemiany materii, przedwczesnym zmianom sklerotycznym w naczyniach i schorzeniom degeneracyjnym serca. Ale okazjonalnie wykonywane ćwiczenia nie wpływają na poprawę i utrzymanie cech motorycznych. O wydolności człowieka w ciągu jego życia decydują dwa czynniki: sprawność fizyczna, jaką osiągnie do 25 roku życia oraz aktywność

ruchowa w starszych latach. Wynika to z wielkości tzw. „zaopatrzenia tlenowego”, które wzrasta u dzieci i młodzieży, utrzymuje się na stałym poziomie przez kilka lat, a następnie stopniowo ulega zmniejszeniu. Im wyższy pułap wydolności fizycznej osiągnie człowiek po 25 roku życia, z tym wyższego poziomu tlenowego rozpoczyna się jej obniżanie.

Siedzący tryb życia, przebywanie w dusznych i zadymionych pomieszczeniach, nie stwarzają korzystnych warunków do uruchomienia mechanizmów odpornościowych organizmu i dostosowania budowy i funkcji narządów do poziomu zapewniającego normalną sprawność psychofizyczną. W tej sytuacji jest przeważająca większość współczesnego społeczeństwa, zwłaszcza dzieci i młodzież szkolna. Mała aktywność upośledza rozwój sprawności i wydolności fizycznej. Cechą szczególnie zaniedbaną u współczesnej młodzieży jest wytrzymałość, co w konsekwencji odbija się niekorzystnie na sprawności funkcjonalnej układu krążenia.

Pod wpływem wysiłku fizycznego zachodzą określone zmiany we krwi. Uboga aktywność ruchowa powoduje zmniejszenie ilości krążącej krwi i liczby czerwonych krwinek.

Konsekwencją tego jest ograniczenie pułapu tlenowego, w dalszej kolejności – obniżenie wydolności fizycznej.

Aktywność ruchowa zapobiega wielu schorzeniom: chorobie wieńcowej, jej powikłaniom, chorobie nadciśnieniowej, powikłaniom naczyniowym w miażdżycy, zmianom zarostowo-zakrzepowym naczyń mózgowych, powikłaniom naczyniowym w cukrzycy, żylakom kończyn dolnych, chorobie Buergera, niedokrwistości pokrwotocznej i zaburzeniom

niedoboru żelaza [10]. Praca fizyczna, zwłaszcza o charakterze dynamicznym, wykonywana w pozycji pionowej, wpływa usprawniająco na krążenie obwodowe. Praca nóg podczas marszu i biegu dostarcza przeszło 30% energii niezbędnej do przemieszczania się krwi w kierunku serca. [6]. Wysiłki o charakterze dynamicznym i wytrzymałościowym powodują zwiększenie metabolizmu tłuszczowego, obniżenie stężenia cholesterolu, lepsze ukrwienie mięśni szkieletowych, zwiększenie pojemności mięśniowych rezerwuarów tlenu poprzez zwiększenie ilości mioglobiny.

Przy tych wszystkich korzystnych zmianach nie następuje przyrost masy ciała, jak przy ćwiczeniach siłowych.

Systematycznie uprawiane ćwiczenia fizyczne usprawniają czynność układu nerwowego, wysubtelniają analizatory, pozwalają na lepszą orientację i zachowanie się człowieka w środowisku zewnętrznym. Systematyczna i trwała aktywność ruchowa o optymalnym obciążeniu zapobiega gromadzeniu się w tkankach substancji zapasowych i wpływa na zwiększenie masy mięśniowej.

Można założyć, że tego rodzaju aktywność jest warunkiem podnoszenia na wyższy poziom sprawności motorycznej i wzbogacenia walorów zdrowotnych organizmu. Powstaje pytanie: jaka jest wielkość optymalnego bodźca, który można uznać za wzorzec fizjologiczny? Parametry fizjologiczne ludzi „systematycznie aktywnych ruchowo” należy uznać za wartości „prawidłowe”, będące wskaźnikiem optymalnej wydolności mechanizmów adaptacyjnych organizmu. Ale optymalna aktywność ruchowa jest inna u każdego człowieka, zależy od wieku i indywidualnych możliwości sprawnościowych. Jednocześnie wysiłki o zbyt dużych obciążeniach, przekraczających możliwości fizjologiczne organizmu, powodują szybsze kostnienie

nasad kości i mineralizację całego szkieletu [11].

W ostatnich latach nasiliło się zjawisko tzw. chorób cywilizacyjnych. Wymienia się tu miażdżycę, cukrzycę, chorobę wieńcową, otyłość ze wszystkimi jej konsekwencjami, wady postawy, nerwice, a także choroby nowotworowe [1]. Zwiększona aktywność fizyczna zapobiega w jakimś stopniu tym chorobom, lecz sam czynnik ruchowy nie może być jedynym [5].

Podsumowując należy stwierdzić, że systematycznie stosowane ćwiczenia fizyczne wpływają regulująco na:

- metabolizm lipidów i węglowodanów,
- procesy krzepnięcia krwi,
- przemiany biochemiczne mięśnia sercowego i ścian naczyń krwionośnych,
- układ hormonalny (powodując przewagę procesów metabolicznych),
- układ nerwowy (przywracając równowagę psychiczną),
- układ krążenia (usprawniając jego funkcje),
- układ oddechowy (zwiększając jego wydolność),
- układ ruchowy (doskonaląc jego budowę i funkcjonalność).

Poprzez ćwiczenia ruchowe można wpływać na prawidłową postawę ciała, korygować istniejące wady lub zapobiegać dalszemu ich pogłębianiu. Ruch jest biologicznym nakazem. Dzieje świata dowodzą, że pełnym zdrowiem cieszą się organizmy ruchliwe i że aktywność ruchowa od najmłodszych lat do późnego wieku tworzy społeczeństwo zdrowe i odporne na zewnętrzne czynniki szkodliwe. Z. Gilewicz nazywa bodźce ruchowe „najlepszym regulatorem i modelatorem wszystkich funkcji ustroju” [5].

Nie akceptujemy nieaktywnego ruchowo stylu życia, starajmy się zmniejszyć deficyt ruchu.

Nawet krótkotrwałe ograniczenie aktywności ruchowej prowadzi

do daleko idących zmian strukturalnych i fizjologicznych ustroju. Systematyczna aktywność fizyczna to ważna część określonego stylu życia. Jest ona jednym z podstawowych warunków zdrowia.

Zdrowie to dynamiczny proces wymagający poznania i stosowania zasad zdrowego stylu życia aż po jego kres, bowiem wiek nie może zwalniać człowieka z obowiązku aktywnego dbania o zdrowie. Pamiętajmy też, że dbałość o zdrowie nie może być celem samym w sobie, ale środkiem do twórczego, aktywnego życia.

Są pewne truizmy, które przez swoją oczywistość uchodzą uwadze i dopiero nowe sformułowania zawartej w nich myśli pobudzają do zainteresowania. Takim truizmem jest prawda, że ruch to czynnik zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Bobińska Z., Hebanowski M., *Otyłość – światowa epidemia*. Med. Dypl., 2001, vol. 10, nr 9, s. 12, 14, 16, 19 – 21.
2. Demel M., 1980, *Pedagogika zdrowia*. Warszawa, WSiP.
3. Demel M., 2000, *Z dziejów promocji zdrowia w Polsce*. Tom I – II. Kraków, Studia i Monografie 13.
4. Dubos R., 1970, *Człowiek, środowisko, adaptacja*. Warszawa, PWN.
5. Gilewicz Z., 1956, *Teoria wychowania fizycznego*. Warszawa, PZWL.
6. Kozłowski S., 1970, *Fizjologia wysiłków fizycznych*. Warszawa, PZWL.
7. Kuński H., 1997, *Pomnażanie zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9 – 14.
8. Małarecki I., 1987, *Wstęp do fizjologii wysiłku i treningu sportowego*. Warszawa, AWF.
9. Ostrowska A., 1999, *Realizacja prozdrowotnego stylu życia w Polsce*. W: Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN s. 40 – 41.
10. Raczek J., 1995, *Hipokinezja i jej skutki jako problem współczesnej cywilizacji*. W: Nauki o kulturze fizycznej wobec wyzwań cywilizacji. Katowice, AWF, s. 29 – 94.
11. Romanowski W., Eberhard A., 1972, *Profilaktyczne znaczenie zwiększonej aktywności ruchowej człowieka*. Warszawa, PZWL.

8 czerwca 2006 r. Prezydent RP nadał tytuł profesora nauk medycznych Jakubowi Gołąbowi z Zakładu Immunologii Centrum Biostruktury AM

Prof. dr hab. Jakub Gołąb

Prof. Jakub Gołąb urodził się w 1972 r. w Warszawie. W 1991 r. ukończył XIV LO im. Stanisława Staszica, a w 1998 r. studia na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Już na III roku studiów rozpoczął działalność naukową w Kole przy Zakładzie Immunologii, Centrum Biostruktury. Kilka miesięcy po odebraniu dyplomu lekarza obronił z wyróżnieniem pracę doktorską pt. „Próby zmniejszenia działań ubocznych oraz zwiększenia efektywności przeciwnowotworowej interleukiny 12 u myszy”, której promotorem był prof. Marek Jakóbsiak. W połowie 1999 r., po uzyskaniu stypendium zagranicznego Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, wyjechał na staż naukowy (tzw. postdoc) do Zakładu Medycyny Doświadczalnej w Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Institutes of Medicine w Bostonie. Po powrocie, w 2003 r., na podstawie rozprawy pt. „Zastosowanie wybranych cytokin w leczeniu doświadczalnych nowotworów u myszy” i oceny dorobku naukowego Rada Naukowa I Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie nadała mu stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – immunologii, onkologii. Odbył również kilkumiesięczne staże naukowe w University of Calgary w Kanadzie oraz w University of Texas w Dallas.

Dorobek naukowy

Nie uwzględniając doniesień zjazdowych, obejmuje on łącznie ponad 100 publikacji, w tym około 60 prac oryginalnych, prace przeglądowe oraz rozdziały w podręcznikach i skryptach. Pra-

wie 70 artykułów opublikowano w języku angielskim w czasopiśmie z tzw. „listy filadelfijskiej”. Sumaryczny impact factor tych prac wynosi ponad 250, były one cytowane ponad 600 razy.



Główne zainteresowania naukowe, osiągnięcia badawcze

– Badania dotyczące immunoterapii w modelach przeszczepialnych nowotworów u myszy: wykazanie potencjalnych możliwości zmniejszania działań ubocznych interleukiny 12 przez czynniki krwiotwórcze, przy jednoczesnym utrzymaniu lub nawet zwiększeniu efektywności przeciwnowotworowej tej cytokiny (publikacje w *Blood*, *Ann. Oncol.*, *Tumor Biol.*, *J Natl Cancer Inst.*).

– Badania dotyczące prób łączenia immunoterapii czynnej nieswoistej z innymi metodami leczenia nowotworów, jak: chemioterapia, terapia antyangiogenna (publikacje w *Life Sci*, *Leukemia*, *Anticancer Res.*, *Cancer Lett.*, *Clin. Cancer Res.*, *Oncology Rep.*, *Immunol. Lett.*).

- Badania przeciwnowotworowych właściwości inhibitorów proteasomów (publikacje w *Apoptosis*, *Anticancer Res.*, *Blood*, *Cancer Res.*, *Clin Chim Acta*, *Drug Discovery Today*).
- Badania dotyczące terapii fotodynamicznej w modelach przeszczepialnych nowotworów u myszy: ustalenie roli niedokrwistości w efektywności przeciwnowotworowej tej terapii oraz wykazanie, że czynnik stymulujący wzrost kolonii granulocytów (G-CSF) potęguje efektywność przeciwnowotworową terapii fotodynamicznej (publikacje w *Brit. J. Cancer*, *Clin. Cancer Res.*).
- Badania dotyczące mechanizmów oporności komórek nowotworowych na działanie terapii fotodynamicznej (publikacje w *J. Biol. Chem.*, *Clin. Cancer Res.*, *Oncogene*).
- Badania dotyczące przeciwnowotworowego działania statyn (publikacje w *Int. J. Cancer*, *Oncology Rep.*, *Int. J. Oncol.*, *Eur. J. Cancer*, *Gastroenterology*).

Programy badawcze

Profesor Gołąb uczestniczył/uczestniczy w 7 grantach finansowanych przez KBN. W trzech dotyczących terapii fotodynamicznej był kierownikiem projektu. Jest członkiem dwóch dużych konsorcjów naukowych (każde składa się z kilkunastu ośrodków z całej Europy) ubiegających się o granty unijne. Prowadzi badania naukowe we współpracy z ośrodkami w Europie (Katholieke Universiteit Leuven w Belgii, Charite University w Berlinie) i w Stanach Zjednoczonych (Harvard

Institutes of Medicine w Bostonie, University of Texas w Dallas, Indiana University School of Medicine w Evansville).

Zjazdy naukowe, konferencje, wykłady

Prof. Jakub Gołąb uczestniczył w kilkunastu konferencjach krajowych i ponad 20 zagranicznych (na wielu jako „invited speaker”). Wielokrotnie był zapraszany z wykładem do ośrodków krajowych (Komitet Cytobiologii PAN, wrocławski oddział Polskiego Towarzystwa Biochemii, Instytut Chemii Organicznej w Warszawie, Uniwersytet Jagielloński) oraz zagranicznych (Baylor College of

Medicine w Houston, European Society of Photobiology).

Praca dydaktyczna i organizacyjna

Od początku pracy w Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury prof. Jakub Gołąb jest czynnym dydaktykiem. Prowadzi wykłady i seminaria z immunologii dla studentów wydziałów lekarskich, stomatologii oraz farmacji, a także dla obu kursów English Division. Wykłada również dla lekarzy w ramach szkolenia poddyplomowego. Uczestniczy w opracowywaniu programów nauczania immunologii. Ponadto jest współredaktorem podręcznika „Immunologia” wydawanego

nakładem PWN oraz książki „Fascynująca immunologia”, zalecanej jako lektura dodatkowa dla uczniów szkół średnich o profilu biologiczno–chemicznym. Poza tym był wykładowcą podczas Zimowej Szkoły Biotechnologii oraz na międzynarodowych studenckich konferencjach naukowych i przez kilka lat pełnił funkcję Opiekuna Koła Naukowego przy Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury.

Był członkiem Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej, Klubu Stypendystów Zagranicznych Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, American Society for Biochemistry and Molecular Biology, Federation of American

Łowca nagród

Oto najważniejsze z nich:

Data	Miejsce	Nagroda
1996, 1997, 1998, 2000, 2001, 2003	Warszawa	Nagrody przyznane przez Rektora Akademii Medycznej w Warszawie za osiągnięcia naukowe
1998	Warszawa	Stypendium Krajowe Fundacji na rzecz Nauki Polskiej;
1998	Warszawa	Indywidualna Nagroda Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
1999	Warszawa	Nagroda Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej; Nagroda Polskiego Towarzystwa Naukowego oraz Nagroda Dyrektora Biblioteki Głównej AM w Warszawie za prace naukowe przedstawione na Kongresie Naukowym Młodych Medyków
1999	Warszawa	Stypendium Zagraniczne Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej
2000	Warszawa	Nagroda zespołowa dydaktyczna pierwszego stopnia przyznana przez Rektora AM w Warszawie za wybitne osiągnięcia dydaktyczne
2002	Warszawa	Stypendium tygodnika Polityka „Zostańcie z nami“
2003	Łódź	Nagroda Fundacji im. Tomasza Jakuba Michalskiego za wybitne osiągnięcia w dziedzinie terapii chorób nowotworowych
2003, 2004	Warszawa	I nagroda dla Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Immunologii kierowanego przez Jakuba Gołąba – dla najbardziej aktywnego Koła Naukowego Akademii Medycznej w Warszawie
2003	Warszawa	Nagroda Wydziału Medycznego Polskiej Akademii Nauk za cykl prac dotyczących terapii fotodynamicznej nowotworów
2004, 2005	Warszawa	Zespołowe nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za cykl publikacji naukowych
2006	Kraków	Nagroda im. Tadeusza Browicza, Polska Akademia Umiejętności za cykl publikacji naukowych dotyczących terapii fotodynamicznej nowotworów
2006	Warszawa	Stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla wybitnych młodych naukowców



Osiągnięcia prywatne

Dwie córki: Karolina (6) oraz Monika (3) i jedna żona (Anna – wieku nie podaje i woli robić zdjęcia niż do nich pozować). Mimo wielu wysiłków do dziś nie udało mu się zainteresować córek immunologią.

Societies for Experimental Biology (FASEB). Jest członkiem Komitetu Cytobiologii Wydziału Nauk Biologicznych PAN, członkiem Komisji Biologii Nowotworów Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej Wydziału Nauk Medycznych PAN oraz członkiem Komisji Immunologii Nowotworów Komitetu Immunologii i Zakażeń Człowieka PAN. Od października 2005 r. przewodniczy Senackiej Komisji ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw.

Prof. Gołąb był promotorem 6 zakończonych przewodów doktorskich, jednej pracy magisterskiej i dwóch licencjackich. Dwukrotnie powoływano go na recenzenta rozpraw doktorskich.

Komunikaty



Piknik Naukowy Radia BIS.

W sobotę, 3 czerwca, już po raz dziesiąty na Rynku Nowego Miasta i Podgrodziu odbył się Piknik Naukowy Polskiego Radia BIS. Wzięło w nim udział ponad 120 instytucji naukowych, szkół wyższych i instytutów badawczych. Osobną alejką na Podgrodziu przeznaczoną była dla szkół medycznych i instytutów badawczych. Oprócz warszawskiej Akademii Medycznej obecni byli m. in. kardiolog z Zabrze i Anina, grupa ratowników wysokościowych i pogotowie ratunkowe. AM w Warszawie zaprezentowała między innymi metodę naprawy uszkodzeń stawów za

pomocą inżynierii tkankowej, którą prezentował – z użyciem kolan pochodzących od zwierząt rzeźnych – dr Konrad Słynarski z Katedry Ortopedii i Rehabilitacji II WL. Oprócz „zajęć praktycznych” była także teoria. Klinika Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych przedstawiła dwie prezentacje: dr Bartosz Foronczewicz opowiedział o „Przyszłości transplantologii”, prezentacja dr Krzysztofa Muchy nosiła tytuł „Przeszczepy od dawców żywych”.

Równocześnie trwała praktyczna nauka udzielania pierwszej pomocy. „Lekcji” udzielali pracownicy Zakładu Medycyny Ratunkowej. Po południu odbyły się prezentacje: Katedry i Kliniki Psychiatrycznej – „Jak zbadać

sen?” i Katedry i Kliniki Okulistyki ze Szpitala Okulistycznego przy ulicy Sierakowskiego – „Choroby cywilizacyjne oczu” i „Nowe możliwości i techniki leczenia chorób oczu”, które zakończyły 10. Piknik Naukowy Radia BIS.

Senat AM przyjął nowy statut

12 czerwca br. Senat Akademii Medycznej przyjął nowy statut naszej uczelni, zgodny z obowiązującą od 25 lipca 2005 r. ustawą „prawo o szkolnictwie wyższym”. Statut został przyjęty w obecności 32 senatorów, z których 31 było za jego przyjęciem, a jeden wstrzymał się od głosu.

Sukces studentów AM

Troje studentów II roku studiów: Dorota **Brodowska**, Paweł **Salwa** i Paweł **Stajno**, zajęło II miejsce w III Ogólnopolskim Konkursie Wiedzy Biochemicznej dla Studentów Wydziałów Lekarskich Wyższych Uczelni „SUPERHELISA 2006”, który odbył się w dniach 22–23 maja w Bydgoszczy. Drużynę AM wyłoniono w drodze wstępnych eliminacji przeprowadzonych w Katedrze i Zakładzie Biochemii AM. Wszyscy troje pokonali etap I (test zawierający 100 pytań MSQ/100 min) oraz II etap (pismy – 5 pytań problemowych) i jako jedna z dwóch drużyn (na 11 startujących) weszli do finału, w którym zajęli II miejsce w klasyfikacji drużynowej. Pierwsze miejsce w konkursie „SUPERHELISA 2006” zajęła ekipa z Akademii Medycznej w Poznaniu.

Uroczyste promocje lekarzy

– 3 czerwca br. w Auli Centrum Dydaktycznego odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów absolwentom **Wydziału Farmacji**. Dyplomy magistra farmacji odebrały 144 osoby, z których pięć ukończyło studia z wyróżnieniem, osiągając średnią ocen ze studiów powyżej 4, 8. Były to panie: Katarzyna **Czerwińska**, Marta **Jamróż**, Magdalena **Kuręda**, Aleksandra **Łada** i Olga **Wiśniewska**. Ponadto dziesięć osób otrzymało tytuł doktora farmacji, a dwie doktora habilitowanego.

Po raz pierwszy także wręczono dyplomy licencjata analityki medycznej. W uroczystości wzięli udział, oprócz absolwentów i ich rodzin, władz uczelni i wydziału także zaproszeni goście, m. in. Prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej, dr Włodzimierz **Chudemowicz**, a także Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, pani Małgorzata **Szelachowska**. Uroczystość otworzyło przemówienie Prodziekana Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. Andrzeja **Tokarza**. Na najlepszych absolwentów, a także na doktorów i doktorów habilitowanych czekała niespodzianka: książka „Leki współczesnej terapii”, którą wręczał przedstawiciel wydawcy, pan Jerzy **Zawistowski**.

– 14 czerwca, również w Auli Centrum Dydaktycznego promowani byli absolwenci **Oddziału Nauczania w Języku Angielskim II WL AM**. Dyplomy otrzymało 25 osób pochodzących z dziewięciu krajów: Palestyny, Norwegii, USA, Kanady, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Danii, Izraela i Tajwanu. Łącznie w latach 1999–2006 dyplom ukończenia Akademii Medycznej w Warszawie otrzymało 129 obcokrajowców, w tym wielu polskiego pochodzenia, którzy urodzili się lub wychowali na obczyźnie. Podczas uroczystości głos zabrał Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim dr hab. Waldemar **Koszewski**, który pogratulował absolwentom i zaznaczył, że już na zawsze są związani z murami swojej uczelni. Przypomniał także słowa sta-

rej angielskiej pieśni „You’ll never walk alone”, które odczytał jako zapewnienie, że zawsze mogą liczyć na pomoc swoich kolegów. Przemawiali także: Małgorzata **Szepyro**, absolwentka AM i przedstawiciel uczestników kursu czteroletniego English Division, Sammy **Vaidyanathan**. W auli obecni byli rodzice i członkowie rodzin promowanych, którzy stawili się na uroczystość pomimo wielkich niekiedy odległości, jakie musieli pokonać.

Publikacje, granty, nagrody, sukcesy...

– **Zakład Stomatologii Zachowawczej IS AM** poinformował nas, że 24 kwietnia br. Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów nadała stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie stomatologii–periodontologii dr Ewie **Iwanickiej-Grzegorek**.

Ponadto w II kwartale br. ukazały się następujące publikacje naukowe pracowników zakładu:

1. Ganowicz M., Pierzynowska E., Zawadziński M., Strużycka I, Iwanicka-Grzegorek E., Szatko F., Dybiżbańska E., Wierzbicka M., Jodkowska E.: *Ocena stanu uzębienia i stomatologicznych potrzeb leczniczych młodzieży w wieku 18 lat w Polsce w 2004 roku*. Nowa Stom. 2006, 1, 27–33.
2. Brus-Sawczuk K., Józwiak M.: *Rotacyjne narzędzia NiTi dzisiaj – niebo czy piekło*. TPS, 2006, maj 5, 26–30

3. Iwanicka-Grzegorek E.,: *Moodyfikacja postępowania diagnostycznego i leczniczego w przypadkach halitozy ustnej*. Medycyna-Dydaktyka-Wychowanie 2006, XXXVIII, 4
4. Jodkowska E., Małkiewicz K.: *Ocena porównawcza wypełnień przyszłykowych z materiałem Dyract DP w dwóch różnych wiekowo grupach pacjentów (3-letnie obserwacje)*. Dental Forum, 2006, XXXIV, 1, 27-31.
5. Kwiatkowska A., Mielczarek A., Jodkowska E.: *Ogólnoustrojowe bezpieczeństwo stosowania nadtlenu wodoru w preparatach do wybielania zębów z żywą miazgą*. Stom. Współcz., 2006, 2, 18-25.
6. Raczyńska M., Jodkowska E., Lewandowska M., Kurzydłowski K.: *Wpływ techniki preparacji ubytków próchnicowych na uzyskaną powierzchnię zębiny - obserwacje w SEM*. Dental Forum, 2006, XXXIV, 1, 43-48.
7. Politowska J., Jodkowska E.,: *Rozwinięcie problemów klinicznych pacjentów zgłaszających się z bólem zębów*. Mag. Stom., 2006, 4, (171) XVI, 10-12
8. Strużycka I., Aleksiański M.: *Możliwość transmisji drobnoustrojów próchnicotwórczych*. Nowa Stom. 2006, XI, 1, 24-26.
9. Strużycka I.: *Etiologia i patogeniza próchnicy zębów*. Asyst. i Hig.Stomat., 2006, 1, 14-16.
10. Szatko F., Wierzbicka M., Włostek A., Ramada-Drobnik A., Pierzynowska E.: *Stan i potrzeby stomatologiczne 18-letniej młodzieży z grupy szczególnego ryzyka*. Nowa Stom., 2006, 1, 23-26.
11. Wasilewska A., Słotwińska S., Słotwiński R.: *Występowanie w ślinie inhibitorów cytokin u osób z przewlekłym i agresywnym zapaleniem przyzębia*. Nowa Stom., 2006, XI, 1, 47-50.
- **I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa** wśród swoich sukcesów wymieniła następujące publikacje:
1. Kosińska K., Krychowska A., Wielgoś M., Myszewska A., Przyboś A.: *Postawy ciężarnych wobec porodu - analiza form przygotowania i preferencji*. Ginekologia Polska 2005; 76 (12); 973-979.
2. Jabiry-Zieniewicz Z., Pietrzak B., Cyganek A., Ołdakowska-Jedynak U., Kamiński P., Bińkowska M., Wielgoś M.: *Wybrane choroby wątroby w przebiegu ciąży*. Hepatologia 2005; 5; 85-90.
3. Jabiry-Zieniewicz Z, Kamiński P, Cyganek A, Bobrowska K, Ziółkowski J, Ołdakowska-Jedynak U, Zieniewicz K, Pączek L, Jankowska I, Wielgoś M, Krawczyk M.: *Outcome of four high-risk pregnancies in female liver transplant recipientson tacrolimus immunosuppression*. Transplant Proc. 2006 Jan-Feb; 38 (1): 255-7
- oraz grant z Akademii Medycznej dla dr Katarzyny **Luterek** (nr grantu 1W51/1WB1/06) na badania pt. *Monitorowanie stężenia BNP u płodów leczonych wewnątrzmacicznie z powodu choroby hemolitycznej*.
- **Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii** odniosło sukcesy na wymienionych poniżej zjazdach:
- 3rd International Scientific Congress of Medical Students and Young Doctors, 13 maja 2006 r., Warszawa
- 1. miejsce** w sesji kardiologicznej:
- *Young adults with hypertension remain undertreated despite significant cardiovascular risk*. Chlipała I., Wieniawski P., Fronczewska - Wieniawska K. Opiekun pracy: dr B. Symonides
- 1. miejsce** w sesji internistycznej, *ex aequo* 2 prace:
- *Pulmonary embolism - tough diagnostic problem*. Łabyk A., Piaszczyk A., Kalbarczyk A. Opiekun pracy: dr M. Kostrubiec
- *Takayasu's arteritis - a typical course of an untypical disease - a case report*. Kapłańska A., Łabyk, A. Tyimiński S. Opiekun pracy: dr B. Symonides
- Wyróżnienie** PTNT za pracę *The baroreceptor reflex is impaired in healthy individuals with high-normal blood pressure*. Artyszuk Ł., Ostrowski F. Opiekun pracy: dr J. Lewandowski
- 14th International Students Scientific Conference for Students and Young Doctors, 11-13. maja 2006 r., Gdańsk
- Nagroda specjalna** Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oddział w Gdańsku za pracę: *Predictors of cardiovascular events in hypertensives during 5-year follow-up at a specialized hypertension clinic*. Marciniak M., Słupek K., Kolbusz J. Opiekun pracy: dr P. Jędrusik



Obywatelu Redaktorze! (K. I. Gałczyński, koniec cytatu)

Krąży pogłoska o wykształceniu ludzi mieszkających we Francji. Otóż tam każdy mówi po francusku, nawet hydraulicy i nadzorcy trawników. Spośród przybyszów perfekcyjnym władaniem tym językiem i pozycją społeczną wyróżnili się: książę Józef Poniatowski, marszałek Napoleon I, pani Poniatowska z rodziny ostatniego polskiego króla – Miss France i Aleksander Walewski, polski syn Napoleona I i podpora Napoleona III.

Nie wiem, czy na francuskich trawnikach można znaleźć coś do poczytania. Możliwe, że nie. Pracujący w polskich parkach albo spacerujący tam są w lepszej sytuacji. Oni, a i ja, z paczek po papierosach podniesionych z gazonów mogą się dowiedzieć po polsku, że:

1. **Substancje smoliste: 10 mg/papieros; nikotyna: 0, 9 mg/papieros; tlenek węgla: 10 mg/papieros.**
2. **Dym tytoniowy zawiera benzen, nitrozoaminy, formaldehyd i cyjanowodór.**
3. **Palenie tytoniu silnie uzależnia – nie zaczynaj palić.**
4. **Dzwoniąc pod nr telefonu 0801-108-108 uzyskasz pomoc w rzuceniu palenia.**
5. **Twój lekarz lub farmaceuta pomoże Ci rzucić palenie.**
6. **Zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko groźnych chorób serca i płuc.**
7. **Palenie tytoniu może uszkodzić nasienie i zmniejszyć płodność.**
8. **Palenie tytoniu może zmniejszyć przepływ krwi i powodować impotencję.**
9. **Palenie tytoniu w czasie ciąży szkodzi Twojemu dziecku.**
10. **Chrońcie dzieci – nie zmuszajcie ich do wdychania dymu tytoniowego.**
11. **Palenie poważnie szkodzi Tobie i osobom w Twoim otoczeniu.**
12. **Palenie przyspiesza starzenie się skóry.**
13. **Palenie tytoniu powoduje śmiertelnego raka płuc.**
14. **Palenie zabija.**
15. **Palacze tytoniu umierają młodziej.**
16. **Palenie tytoniu może spowodować powolną i bolesną śmierć.**
17. **Palenie tytoniu zamyka naczynia krwionośne i jest przyczyną zawałów serca i udarów mózgu.**
18. *La Menthe... Fraîche et vive. Aussi attirante qu`une journée de soleil**

Drukując siedemnaście pozycji dużą, tłustą czcionką producenci wyrobów groźnych, ale zyskownych prawdopodobnie krępują się przyznać do konfliktu między prawdą, a interesem. Pozycja osiemnasta, czcionką drobnutką i cieniutką, po francusku, poprawia nastrój łącząc zysk z przekonaniem. Najlepiej tego nie czytać... A może właśnie zacząć się uczyć tamtego języka, albo sięgnąć do resztek pozostałych w głowie ze szkoły? Polskim panom od trawników jest to pewnie niepotrzebne, ale np. hydraulikom utożsamia drogę do własnego warsztatu na paryskich bulwarach, albo i do wyższych dostojeństw.

Stefan Krus

*Mięta... (nawiązanie do mentolu) Świeża i ozywiałąca, tak pociągająca jak słońce o brzasku.